



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen AnderZorg N.V. te Wageningen  
Zaak : Huisartsenzorg, schadevergoeding  
Zaaknummer : 201701110  
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

AnderZorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Anderzorg Basis verzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een beroep gedaan op diens zorgplicht en aanspraak gemaakt op huisartsenzorg, meer specifiek afgifte van een verklaring door de huisarts (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat kan worden bemiddeld naar een (andere) huisarts, en voor het afgeven van de gevraagde medische verklaring verwezen naar de huisarts en de gemeente.

3.2. De rechtbank Den Haag heeft op 31 mei 2017 uitspraak gedaan in diverse zaken tussen verzoeker en de gemeente Den Haag, aangaande afwijzende beslissingen op aanvragen voor voorzieningen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning en voor bijzondere bijstand op grond van de Participatiewet. In deze zaken is het beroep van verzoeker ongegrond verklaard.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van diens beslissing gevraagd. Bij brief van 26 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Verzoeker heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 9 augustus 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.5. Bij brief van 12 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering, (ii) aan hem een schadevergoeding toe te kennen, en (iii) het entreegeld aan hem te vergoeden (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de

stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 november 2017 aan verzoeker gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.9. Verzoeker was op 10 januari 2018 op het vooraf doorgegeven tijdstip telefonisch niet bereikbaar. De zorgverzekeraar is op in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker zit al jaren ziek thuis vanwege onder meer psychische klachten en ontvangt een uitkering. In februari 2006 heeft hij zich aangemeld bij de zorgverzekeraar. Twee jaar later was noch een diagnose gesteld noch een behandeling voorhanden.

Om gebruik te kunnen maken van diverse (zorg)voorzieningen is verzoeker meerdere procedures gestart en zijn medische verklaringen nodig. Een huisartsverklaring is niet afgegeven, ondanks dat dit valt binnen het werkdomein van een huisarts. Er is door verzoeker een beroep op de gemeente gedaan in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar dit heeft niets opgeleverd omdat geen medische verklaring voorhanden is. Verzoeker heeft zich tot de zorgverzekeraar gewend en een beroep gedaan op diens zorgplicht (in het kader van de door hem afgesloten naturapolis), maar deze schuift zijn taak en verantwoordelijkheid van zich af. Ook de letselschadezaak waarin verzoeker is verwickeld ligt stil bij een gebrek aan medische verklaringen. Kennelijk is sprake van onduidelijkheid over de taakverdeling tussen de gemeente en de zorgverzekeraar. Verzoeker verwijst in dit kader naar de Werkagenda, die is opgesteld in samenspraak met de gemeente waarin hij woonachtig is, en naar de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Kort gezegd is uit beide documenten af te leiden dat iemand niet van zorg mag worden uitgesloten, en dat de zorgverzekeraar een belangrijke rol heeft in de toegang tot en de betaling van die zorg.

Huisartsenzorg behoort tot het verzekerd pakket, en het opstellen van een verklaring behoort tot het werkdomein van de huisarts. Hiervan mag niet worden afgeweken. Uit de Tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) is af te leiden dat consulten en onderzoeken door een huisarts verzekerde zorg zijn, en dat deze zorg valt onder de 'verrichtingen' van de huisarts. Voor een 'kleine keuring' door de huisarts geldt een tarief van € 77,39, en voor een 'grote keuring' een tarief van € 115,99. De zorgverzekeraar dient zich derhalve ervoor in te spannen dat deze zorg beschikbaar is voor verzoeker en dient deze zorg te vergoeden.

Verzoeker is tot op heden niet succesvol in zijn zoektocht naar zorg. Zijn hulpvraag blijft overal om onbegrijpelijke redenen onbeantwoord. Dit heeft geleid tot een verslechtering van zijn gezondheidssituatie. Zo is thans duidelijk dat sprake is van een depressie.

Overigens heeft verzoeker hoger beroep ingesteld tegen de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 mei 2017.

4.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn wettelijke zorgplicht (artikel 11 Zvw). De door hem gewenste zorg wordt namelijk niet geleverd. De houding van de zorgverzekeraar in dezen is verre van passend. De zorgplicht dient volgens de NZa ruim te worden uitgelegd. Verzoeker mag als verzekerde en zorgvrager, verzoeken om zorg en afgifte van medische verklaringen.

Aangezien de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht, heeft verzoeker de betaling van de premie voor de zorgverzekering vanaf mei 2017 opgeschort. Dit is het enige pressiemiddel dat hij heeft, en bovendien mag dit middel worden ingezet, in ieder geval lopende de procedure bij de commissie. Overigens heeft verzoeker ook niet de financiële middelen om deze premie te voldoen. Het is schandelijk dat de zorgverzekeraar de wanbetalersregeling uit de Zorgverzekeringswet in dit geval zonder meer toepast.

Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar wanprestatie pleegt door langdurig niet over te gaan tot het leveren van zorg. Hierdoor is schade aan zijn gezondheid ontstaan. Immers, was verzoeker tijdig behandeld, dan waren zijn klachten niet dermate ernstig geworden. De wet bepaalt dat als iemand schade wordt toegebracht, deze schade dient te worden vergoed. Dit is feitelijk de keerzijde van de zorgplicht: schade die is ontstaan door het niet leveren van zorg, dient te worden vergoed.

4.3. De oplossing van de kwestie kan in eerste instantie erin zijn gelegen dat een onafhankelijk medisch onderzoek plaatsvindt, en een huisarts een verklaring ten behoeve van verzoeker opstelt. Voorts dient aan verzoeker een schadevergoeding te worden toegekend. De schade bestaat onder meer uit kosten die verzoeker heeft moeten maken voor procedures/verzoeken bij diverse instanties, zoals porto-, telefoon- en reiskosten. Tevens heeft verzoeker minimaal twee jaar premie betaald zonder daarvoor zorg te hebben gekregen. Gemakshalve dient de schadevergoeding te worden gesteld op € 1.000,--.

4.4. Verzoeker was op 10 januari 2018 op het vooraf doorgegeven tijdstip telefonisch niet bereikbaar.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft op 27 juni 2016 voor het eerst zijn vraag gesteld: "*Ik wil graag vragen wat de gebruikelijke gang van zaken is rondom het opstellen van medische verklaringen. Het schijnt zo te zijn dat de eigen huisarts die niet mag geven wegens de richtlijn KNMG maar dat een andere praktijk de bereidheid niet heeft er aan mee te werken*". De zorgverzekeraar heeft verzoeker hierop geïnformeerd over de mogelijkheden. Voor het afgeven van een gezondheidsverklaring kan verzoeker terecht bij een huisarts bij wie hij niet onder behandeling is. Om voor een vergoeding/voorziening vanuit de Wmo in aanmerking te komen, zal een consulent een beoordeling uitvoeren en medische gegevens opvragen bij de huisarts.

Op 4 juni 2017 heeft verzoeker opnieuw gevraagd of de kosten van een consult bij een andere huisarts worden vergoed. Daarbij lichtte hij toe dat dit te maken had met het verkrijgen van medische verklaringen ten behoeve van de Wmo. De zorgverzekeraar heeft verzoeker uitgelegd dat de afdeling Zorgadvies kan bemiddelen bij het vinden van een andere huisarts en dat hij voor een consult eventueel ook terecht kan bij een andere huisarts.

Wat betreft de medische verklaring is het aan de huisarts van verzoeker om te beoordelen of deze verklaring door hem mag worden afgegeven of dat dit bijvoorbeeld valt onder de verantwoordelijkheid van een onafhankelijk arts die door de gemeente dient te worden aangesteld. Verzoeker is aangeraden dit met de gemeente te bespreken.

In het e-mailbericht van 12 juni 2017 heeft de afdeling Zorgadvies van de zorgverzekeraar medegedeeld niet meer schriftelijk te reageren, maar verzoeker graag persoonlijk te willen spreken. Verzoeker reageerde hier op door te melden dat dit voor hem geen zin had. Hij wenste enkel nog dat de zorgverzekeraar telefonisch contact opnam met de huisarts om na te vragen wie de door hem gewenste verklaring kan afgeven.

De zorgverzekeraar meent dat verzoeker voldoende is geïnformeerd aangaande zijn vraag naar het verkrijgen van een medische verklaring.

5.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 24 november 2017 aan de commissie medegedeeld dat de NZa bij tariefbeschikking TB/REG-17621-03 1 heeft beschreven welke keuringen en onderzoeken een huisarts in rekening mag brengen. Verzoeker verwijst naar de 'kleine keuring' en de 'grote keuring' in deze tariefbeschikking. Echter, in de toelichting bij de prestatie wordt beschreven dat het onderzoeken betreft ten behoeve van een verzekering, levensverzekering of hypotheekaanvraag. De zorgverzekeraar is van mening dat de medische verklaring die verzoeker nodig heeft voor zijn Wmo-aanvraag niet tot de verzekerde zorg op grond van de Zvw behoort. In artikel 11 Zvw in samenhang met artikel 2.1, eerste lid, Bzv is namelijk bepaald dat de zorg of diensten naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. Volgens de zorgverzekeraar valt de medische verklaring die verzoeker wenst, niet onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (artikel 2 4, eerste lid, Bzv)

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard niets te willen toevoegen aan hetgeen hij eerder in de procedure heeft gebracht.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is (i) of verzoeker in het kader van de zorgplicht aanspraak heeft op huisartsenzorg, meer specifiek het opstellen en afgeven van een medische verklaring door de huisarts, alsmede (ii) of verzoeker aanspraak heeft op een schadevergoeding en vergoeding van het entreegeld.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina 5 tot en met 54 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op huisartsenzorg bestaat. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

**“Welke zorg**

*U heeft recht op:*

- huisartsenzorg, behalve de griep prik,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Anderzorg en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de 1e opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ),
- ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg als Anderzorg hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen Anderzorg deze afspraken heeft gemaakt, vindt u op [anderzorg.nl/zorgvinder](http://anderzorg.nl/zorgvinder). Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op [anderzorg.nl](http://anderzorg.nl).

**Welke zorgaanbieder**

*Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Anderzorg afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg.*

*(...)”*

8.4. Op pagina 5 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering is het volgende opgenomen:

**"Natura**

*U heeft gekozen voor Anderzorg Basis. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Anderzorg Basis is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen). Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.*

**Naar een gecontracteerde zorgaanbieder**

*Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit Anderzorg overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. Anderzorg heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Anderzorg wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welk soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. (...)*

**De Anderzorg Zorgvinder**

*Anderzorg maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Anderzorg een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Anderzorg Zorgvinder', op [anderzorg.nl/zorgvinder](http://anderzorg.nl/zorgvinder). Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Anderzorg Zorgadviseur (...).*

**De inhoud en omvang van de zorg**

*De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden worden bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.*

*Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.  
(...)*

**Redelijke termijn en afstand**

*U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd."*

8.5. Artikel A22 van de zorgverzekering luidt:

*"Anderzorg is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van Anderzorg voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van Anderzorg is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Anderzorg zouden zijn gekomen."*

- 8.6. De - zorginhoudelijke - voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 en het bepaalde op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties , bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Huisartsenzorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op zorg verleend door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. Daarbij is bepaald dat het dient te gaan om zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Ingevolge de 'Tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017' van de NZa vallen onder huisartsenzorg onder meer een consult en enkele medische handelingen. Daarnaast behoort eerstelijns geestelijke gezondheidszorg tot het werkgebied van de huisarts. De commissie gaat - omdat het tegendeel gesteld noch gebleken is - ervan uit dat verzoeker is ingeschreven bij een huisarts. Dit betekent dat verzoeker zich tot zijn huisarts kan wenden voor een consult om zijn problematiek te bespreken. Tot de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden behoort tevens het afgeven van medische verklaringen, waarbij echter niet iedere verklaring door de eigen huisarts kan worden opgesteld, en sommige verklaringen - bijvoorbeeld die in het kader van de keuring voor het rijbewijs - niet tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering behoren. Verzoeker heeft gesteld dat hij een verklaring van de huisarts wenst, en dat het hem tot op heden niet is gelukt die te verkrijgen. De zorgverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat indien de huisarts van verzoeker een dergelijke verklaring niet kan opstellen, verzoeker zich tot een andere huisarts kan wenden. De zorgverzekeraar kan hem hierin ondersteunen. De commissie begrijpt de opstelling van verzoeker aldus dat hij van de geboden mogelijkheid geen gebruik wenst te maken.
- 9.2. Volgens verzoeker voldoet de zorgverzekeraar niet aan de op hem ingevolge artikel 11 van de Zvw rustende zorgplicht, omdat de gewenste zorg niet wordt geleverd.

Uit artikel 11, eerste lid, onder b, Zvw valt op te maken dat zorgbemiddeling een onderdeel vormt van de zorgplicht, echter alleen indien sprake is van een restitutieverzekering. In dit geval betreft het evenwel een naturaverzekering en bestaat zonder meer aanspraak op de verzekerde zorg en diensten. Het is aan de verzekerde om de verzekeraar hierop aan te spreken.

Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op huisartsenzorg, meer specifiek een consult en afgifte van een medische verklaring. De commissie merkt in de eerste plaats op dat in de procedure niet duidelijk is geworden dat verzoeker zich tot de eigen huisarts heeft gewend voor afgifte van de door hem gewenste verklaring, en - indien dit het geval is - waarom de huisarts afgifte van de verklaring heeft geweigerd.

Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard verzoeker te ondersteunen indien hij gebruik wil maken van de diensten van een andere huisarts. Verzoeker heeft dit aanbod afgewezen. De commissie concludeert dat aldus niet kan worden gesproken van schending van de zorgplicht. Hierbij zij aangetekend dat verzoeker, op grond van de wet en de polisvoorwaarden, aanspraak heeft op zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, maar niet zonder meer op afgifte van een verklaring door de huisarts met de door verzoeker gewenste inhoud.

- 9.3. Voorts heeft verzoeker gesteld dat sprake is van wanprestatie door de zorgverzekeraar, op grond waarvan aan hem een schadevergoeding dient te worden toegekend. Door langdurig niet over te gaan tot het leveren van zorg is volgens verzoeker schade aan zijn gezondheid ontstaan. Hij heeft diverse procedures moeten voeren en in dat kader zijn onder meer porto-, telefoon- en reiskosten gemaakt. Tevens is volgens verzoeker minimaal twee jaar premie betaald zonder dat hij daarvoor zorg heeft gekregen. Verzoeker vordert een bedrag van € 1.000,- aan schadevergoeding. Aangezien geen sprake is van schending van de zorgplicht door de zorgverzekeraar, kan de vordering tot schadevergoeding niet op deze grond worden toegewezen. Tussen de door verzoeker genoemde kosten en de vermeende schending van de zorgplicht door de zorgverzekeraar ontbreekt het vereiste causaal verband. Immers, verzoeker heeft zelf ervoor gekozen de diverse procedures te voeren. De stelling van verzoeker dat door hem twee jaar lang premie is betaald, zonder dat hij daarvoor zorg heeft gekregen treft geen doel, aangezien verzoeker zich enkel richt op huisartsenzorg en de zorgverzekering meer biedt dan dat. Los hiervan is hiervoor geconstateerd dat de zorgverzekeraar verzoeker heeft aangeboden de huisartsenzorg elders te verkrijgen, welk aanbod - naar de commissie hiervoor reeds heeft overwogen - verzoeker heeft afgewezen. Aangezien de zorgverzekeraar in dezen geen verwijt valt te maken bestaat geen grond voor het toekennen van een schadevergoeding aan verzoeker. Dit geldt eveneens voor de door hem gevorderde vergoeding van het entreegeld.
- 9.4. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat de gemeente het aanspreekpunt is in het kader van de Wmo. Voor de uitvoering, maar ook voor het toezicht op en de handhaving van deze wet dient verzoeker zich te wenden tot de gemeente, en niet tot de zorgverzekeraar. In dit kader stelt de commissie vast dat verzoeker reeds in een gerechtelijke procedure hierover met de gemeente is verwickeld, en dat een en ander buiten haar bevoegdheid valt.

### Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 januari 2018,

A.I.M. van Mierlo