



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Premie, eigen risico, hoogte betalingsachterstand, aanmelding CAK, detentie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2019, artt. 16, 18a t/m 18d, 19 en 24 Zvw, voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2007

Zaaknummer : 201900553

Zittingsdatum : 4 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 26 mei 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 14 augustus 2019 en 29 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Afschriften van deze brieven zijn op 10 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid afgezien. Op 28 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar op verzoek van de commissie een nadere toelichting gegeven op de door hem gestelde betalingsachterstand. Verzoeker is op 4 december 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2006 tot heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was verzoeker van 1 januari 2006 tot en met 31 januari 2007 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op grond van de CZ Aanvullende verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 april 2010 aan verzoeker meegedeeld dat hij als wanbetaler is aangemeld bij het toenmalige CVZ (thans: het CAK) in verband met een premieachterstand voor de zorgverzekering van zes maanden of meer. Verzoeker stond hierdoor met ingang van 1 mei 2010 als wanbetaler geregistreerd. Op 19 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering beëindigd en is verzoeker afgemeld bij het CAK. Bij brief van 20 maart 2013 is namens verzoeker verzocht de zorgverzekering met terugwerkende kracht te herstellen. Aan dit verzoek heeft de ziektekostenverzekeraar gehoor gegeven. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 april 2013 aan verzoeker meegedeeld dat hij met ingang van 1 mei 2013 opnieuw is aangemeld als wanbetaler.
- 3.3. Verzoeker heeft de hoogte van de betalingsachterstand en de aanmelding als wanbetaler bij het CAK op verschillende momenten betwist. Dit heeft er niet toe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissingen heeft herzien.

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op verschillende momenten geïnformeerd over de betalingsachterstand die sinds 2006 is ontstaan. Voor het laatst bij brief van 10 mei 2019, waarbij de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker heeft meegedeeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 5.896,67 was en dat deze achterstand zag op onbetaald gelaten premie, eigen risico, incassokosten en rente vanaf 1 januari 2006.
- 3.5. Bij brief van 28 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de betalingsachterstand van verzoeker naar de stand van die datum € 8.685,02 bedraagt. Deze achterstand ziet op onbetaald gelaten premie, eigen risico, incassokosten en rente vanaf 1 januari 2006.
- 3.6. Verder is in deze procedure het volgende vast komen te staan:
- Bij verstekvonnis van 27 mei 2009 heeft de Rechtbank Haarlem geoordeeld dat verzoeker de premie over de periode van 1 november 2007 tot en met 31 maart 2008 aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen. De toegewezen hoofdsom bedraagt € 462,25. Daarnaast is verzoeker gehouden de proceskosten en rente te betalen.
 - De deurwaarder heeft het vonnis geëxecuteerd en beslag gelegd op de zorgtoeslag van verzoeker van 14 december 2009 tot en met 3 februari 2012. Er is beslag gelegd voor een bedrag van totaal € 1.585,30.
 - Verzoeker heeft een klacht ingediend bij zijn apotheek met betrekking tot medicatie die in 2015 ten onrechte is geleverd en rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd. Naar aanleiding van deze klacht heeft de apotheek de hiermee samenhangende kosten aan verzoeker voldaan. Dit blijkt uit de verklaring van de apotheek van 11 oktober 2017.
 - Verzoeker verbleef in detentie van 21 juli 2006 tot en met 7 maart 2008, 8 oktober 2010 tot en met 28 maart 2011 en van 23 juli 2014 tot en met 25 juli 2014.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
- (i) Geen sprake is van een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar in 2015 geen eigen risico bij hem in rekening mocht brengen in verband met de verstrekking van farmaceutische zorg;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar is gehouden met terugwerkende kracht een vergoeding toe te kennen voor fysiotherapie, de aanschaf van een voetbad en aangepast schoeisel in verband met klachten gerelateerd aan de voeten;
 - (v) de ziektekostenverzekeraar hem een schadevergoeding moet betalen.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.21. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2019). Een artikel van gelijke strekking is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van 2006 tot en met 2018.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) met betrekking tot de verschuldigdheid van premie, het eigen risico en de wanbetalersregeling zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Betalingsachterstand en aanmelding als wanbetaler

- 6.2. Verzoeker voert aan dat geen sprake is van een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar. In dit verband wijst hij erop dat het UWW een bijdrage voor de zorgverzekering op zijn inkomen inhoudt. Daarnaast heeft de deurwaarder, in opdracht van de ziektekostenverzekeraar, beslag gelegd op zijn zorgtoeslag en inmiddels een bedrag van totaal € 1.585,30 geïncasseerd. Verder voert verzoeker aan dat hij sinds 2006 meerdere keren in detentie heeft verbleven en dat over die perioden ten onrechte premie en eigen risico bij hem in rekening zijn gebracht.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker met ingang van 14 april 2010 is aangemeld als wanbetaler bij de rechtsvoorganger van het CAK. De aanmelding is met ingang van 1 mei 2010 geëffectueerd. Vanaf dat moment is verzoeker geen (nominale) premie meer verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar, maar dient hij de bestuursrechtelijke premie te voldoen aan het CAK. Het CAK kan deze premie onder andere innen door het bedrag te laten inhouden op de uitkering van verzoeker.
- Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de Rechtbank Haarlem bij vonnis van 27 mei 2009 heeft geoordeeld dat verzoeker is gehouden de premie over de periode van 1 november 2007 tot en met 31 maart 2008 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Tevens is bepaald dat verzoeker is gehouden de proceskosten en rente te betalen. De deurwaarder heeft de vordering en de kosten door middel van beslaglegging op de zorgtoeslag van verzoeker geïnd. Met het geïncasseerde bedrag zijn de vordering en de kosten voldaan. Overigens voert de ziektekostenverzekeraar aan dat bij verzoeker geen premie en eigen risico in rekening is gebracht in de periode(s) dat hij in detentie verbleef, dan wel dat eventueel geïncasseerde bedragen zijn gecorrigeerd en zijn geboekt op andere openstaande posten. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de betalingsachterstand naar de stand van 28 november 2019 totaal € 8.685,02 bedraagt. Dit volgt uit een financieel overzicht dat de ziektekostenverzekeraar op deze datum heeft opgesteld.

Aanmelding als wanbetaler

- 6.4. Als een verzekerde een premieachterstand heeft voor zijn zorgverzekering van zes maandpremies of meer wordt hij als wanbetaler aangemeld. Dit staat in artikel 18c Zvw. De zorgverzekeraar moet een verzekerde voor deze aanmelding laten weten dat een premieachterstand van respectievelijk twee en vier maanden is ontstaan. Dit staat in de artikel 18a en 18b Zvw. Op grond van artikel 24 Zvw worden de rechten en plichten die voortvloeien uit de zorgverzekering van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde in detentie verblijft. Dit betekent enerzijds dat een verzekerde gedurende deze periode geen premie en eigen risico is verschuldigd aan de zorgverzekeraar en anderzijds dat de zorgverzekeraar niet is gehouden zorgkosten die in deze periode ten behoeve van de verzekerde worden gemaakt te vergoeden.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 mei 2010 aangemeld als wanbetaler bij de rechtsvoorganger van het CAK. De commissie stelt vast dat op dat moment sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maandpremies. Verzoeker was weliswaar geen premie verschuldigd over de periode van 21 juli 2006 tot en met 7 maart 2008 omdat hij in detentie verbleef, maar ook na deze periode betaalde hij geen premie aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat de premieachterstand op het moment van aanmelding op 1 mei 2010 meer dan zes maandpremies was.

Tussen partijen is verder niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de aanmelding de zogenoemde twee- en viermaandsbrief heeft verstuurd en dat verzoeker deze heeft ontvangen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker mocht aanmelden als wanbetaler.

- 6.6. Een verzekerde hoeft niet langer de bestuursrechtelijke premie te betalen als een betalingsregeling met de zorgverzekeraar wordt getroffen voor de gehele openstaande schuld (opschorting van de aanmelding), of als de volledige schuld is voldaan (beëindiging van de aanmelding). Dit staat in artikel 18d Zvw.

Uit het dossier volgt dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar verschillende keren een voorstel heeft gedaan voor een betalingsregeling, waarbij ook een deel van de schuld werd kwijtgescholden. De ziektekostenverzekeraar heeft de voorstellen van verzoeker afgewezen. Er is dus geen betalingsregeling tot stand gekomen. Verder staat vast dat verzoeker nog steeds een betalingsachterstand heeft en de schuld dus niet volledig is voldaan. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding bij het CAK niet hoefde op te schorten of te beëindigen.

Betalingsachterstand

- 6.7. Op grond van artikel 16, tweede lid, sub b, Zvw is een verzekerde geen premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd gedurende de periode dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Zoals hiervoor is vermeld, hoeft een verzekerde ook geen premie en eigen risico te betalen over de periode dat hij in detentie verblijft. Dit staat in artikel 24 Zvw.
- 6.8. De commissie stelt vast dat verzoeker gedurende de periode van 21 juli 2006 tot en met 7 maart 2008 in detentie verbleef. Verder staat vast dat verzoeker met ingang van 1 mei 2010 als wanbetaler is aangemeld. Dit betekent dat verzoeker premie was verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar van 1 januari 2006 tot 21 juli 2006 en van 8 maart 2008 tot 1 mei 2010.

6.9. *Betalingsachterstand 2006*

Verzoeker was in 2006 een maandpremie verschuldigd van € 87,30 voor de zorgverzekering en € 31,45 voor de aanvullende ziektekostenverzekering, totaal € 118,75. Voor de maanden januari 2006 tot en met mei 2006 moest verzoeker dus € 712,50 (6 x € 118,75) voldoen. Voor de maand juli 2006 was verzoeker 20 dagen premie verschuldigd, dus € 76,61 (20/31 x € 118,75). Totaal was hij € 789,11 aan premie verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop een bedrag van € 435,09 in mindering gebracht. Hierdoor staat nog een bedrag van € 359,55 open. Dit bedrag moet verzoeker nog voldoen.

6.10. *Betalingsachterstand 2007*

Verzoeker verbleef het hele jaar in detentie en was om die reden geen premie of eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd. De Rechtbank Haarlem heeft echter bij verstekvonnis van 27 mei 2009 beslist dat verzoeker de premie voor de maanden november en december 2007 aan de ziektekostenverzekeraar moet voldoen. Het is niet gebleken dat verzoeker in verzet is gekomen tegen dit vonnis. Daarom is het vonnis onherroepelijk geworden. Het heeft de kracht van gewijsde gekregen. Dit betekent dat er niets meer kan worden veranderd aan het vonnis. Verzoeker moest de genoemde premies dus voldoen. Dit heeft hij inmiddels gedaan, omdat destijds beslag is gelegd op zijn zorgtoeslag.

6.11. *Betalingsachterstand 2008*

De commissie leidt uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar af dat verzoeker in 2008 een maandpremie was verschuldigd van € 90,75 voor zijn zorgverzekering. De commissie merkt op dat verzoeker van 1 januari 2008 tot en met 7 maart 2008 in detentie verbleef en om die reden geen premie was verschuldigd. De Rechtbank Haarlem heeft echter bij verstekvonnis van 27 mei 2009 ook beslist dat verzoeker deze premie dient te voldoen. Ook dit heeft hij inmiddels gedaan door middel van de beslaglegging op zijn zorgtoeslag.

Volgens het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker premie verschuldigd voor de maanden april 2008 tot en met december 2008, totaal € 816,75 (9 x € 90,75). Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 371,50 in mindering gebracht. Hierdoor staat nog een bedrag van € 445,25 open. Dit bedrag moet verzoeker nog voldoen.

6.12. *Betalingsachterstand 2009*

Verzoeker was in 2009 een maandbedrag van € 90,75 verschuldigd aan premie. Voor de periode van januari 2009 tot en met december 2009 moest hij dus € 1.089,-- voldoen (12 x € 90,75,--). Dit bedrag staat nog open en moet verzoeker dus nog voldoen.

De ziektekostenverzekeraar heeft naast premie het wettelijke verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar volgt dat een bedrag van € 150,-- en € 155,-- aan eigen risico in rekening is gebracht. Hierop is € 5,-- in mindering gebracht, waardoor nog € 300,-- openstaat. De commissie merkt op dat het wettelijk verplicht eigen risico in 2009 totaal € 155,-- bedroeg. Dit zou betekenen dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 150,-- teveel in rekening heeft gebracht. Aangezien een nadere onderbouwing hiervoor ontbreekt, beslist de commissie dat dit bedrag ten onrechte in rekening is gebracht. Verzoeker moet dus totaal een bedrag van € 150,-- aan eigen risico voldoen.

6.13. *Betalingsachterstand 2010*

Verzoeker was in 2010 een maandbedrag van € 93,75 verschuldigd aan premie. Verzoeker is deze premie verschuldigd over de maanden januari 2010 tot en met april 2010. Met ingang van 1 mei 2010 is hij namelijk aangemeld als wanbetaler en is hij dus niet langer premie verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat verzoeker totaal € 375,-- moest voldoen (4 x € 93,75). Dit bedrag moet hij nog voldoen.

De ziektekostenverzekeraar heeft naast premie ook eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht, namelijk € 150,30. Dit is minder dan het wettelijk verplicht eigen risico van dit jaar van € 165,--. Verzoeker moet ook dit bedrag nog voldoen.

6.14. *Betalingsachterstand 2011*

De ziektekostenverzekeraar heeft voor 2011 een bedrag van € 170,-- aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Dit bedrag moet hij nog voldoen.

6.15. *Betalingsachterstand 2012*

De ziektekostenverzekeraar heeft voor 2012 een bedrag van € 220,-- aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Hierop is een bedrag van € 150,-- in mindering gebracht. Hierdoor staat nog een bedrag van € 70,-- open. Dit bedrag moet verzoeker nog voldoen.

6.16. *Betalingsachterstand 2013*

De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker premie in rekening heeft gebracht voor de periode van 20 januari 2013 tot en met 30 april 2013. Uit de verklaring van de ziektekostenverzekeraar volgt dat de zorgverzekering op 19 januari 2013 is beëindigd, omdat werd getwijfeld aan de verzekeringsplicht van verzoeker. Om die reden is ook de aanmelding als wanbetaler beëindigd. Dit bleek achteraf niet terecht. Op verzoek van verzoeker is de zorgverzekering namelijk met terugwerkende kracht hersteld. De commissie overweegt dat daarmee feitelijk sprake was van een doorlopende verzekering alsmede een doorlopende aanmelding als wanbetaler. Dit laatste had de ziektekostenverzekeraar ook aan het CAK moeten doorgeven. Blijkbaar heeft hij dit nagelaten, omdat de aanmelding van verzoeker pas met ingang van 1 mei 2013 is hersteld. De gevolgen hiervan behoren voor risico van de ziektekostenverzekeraar te komen, zodat hij geen premie bij verzoeker in rekening mocht brengen voor de periode van 20 januari 2013 tot en met 30 april 2013.

De ziektekostenverzekeraar heeft in 2013 bedragen van € 200,-- en € 350,-- aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Het wettelijk verplicht eigen risico dit jaar is echter vastgesteld op € 350,--. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 200,-- teveel in rekening heeft gebracht. Aangezien een nadere onderbouwing hiervoor ontbreekt, beslist de commissie dat dit bedrag ten onrechte in rekening is gebracht. Verzoeker moet dus totaal een bedrag van € 350,-- aan eigen risico voldoen.

6.17. *Betalingsachterstand 2014*

De ziektekostenverzekeraar heeft in 2014 een bedrag van € 360,-- aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Dit bedrag moet hij nog voldoen.

6.18. *Betalingsachterstand 2015*

De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 217,98 aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar € 78,63 in mindering gebracht. Uit de toelichting bij het financieel overzicht volgt dat dit bedrag ziet op een verrekening van een vergoeding van € 69,08 en een betaling van € 9,55. Hierdoor staat nog een bedrag van € 139,35 open.

Verzoeker voert aan dat dit bedrag ziet op het eigen risico dat in rekening is gebracht voor medicatie die ten onrechte is geleverd en gedeclareerd door de apotheek. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en aangevoerd dat een bedrag van € 78,63 door de apotheek is gedeclareerd en dat dit is verrekend met het eigen risico. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de apotheek verzoeker hiervoor schadeloos heeft gesteld.

De commissie treft in het dossier een verklaring aan van de apotheek van 11 oktober 2017. Uit deze verklaring volgt dat de apotheek erkent dat in 2015 ten onrechte farmaceutische zorg ten behoeve van verzoeker heeft gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar mag geen eigen risico bij verzoeker in rekening brengen voor zorg die ten onrechte is gedeclareerd.

Dat de apotheek in dit verband geen creditnota bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend, doet hieraan niet af. Ook het gegeven dat de apotheek verzoeker financieel heeft gecompenseerd maakt dit niet anders. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 augustus 2019 volgt dat het in rekening gebrachte eigen risico € 78,63 bedraagt. Dit bedrag hoefde verzoeker niet aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen en moet dus in mindering worden gebracht op de vordering. Dit betekent dat verzoeker nog een bedrag van € 60,72 (€ 139,35 - € 78,63) aan eigen risico moet voldoen.

6.19. *Betalingsachterstand 2016*

De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 528,10 aan eigen risico in rekening gebracht bij verzoeker. Hierop is € 10,95 in mindering gebracht, waardoor nog een bedrag van € 517,15 openstaat. Het wettelijk verplicht eigen risico voor 2016 is € 385,--. Dit ziektekostenverzekeraar heeft € 143,10 meer in rekening gebracht. Aangezien hiervoor een nadere onderbouwing ontbreekt, beslist de commissie dat verzoeker dit bedrag niet hoeft te voldoen. Dit betekent dat verzoeker nog een bedrag moet betalen van € 374,05 (€ 385 - € 10,95).

6.20. *Betalingsachterstand 2017*

De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 385,-- aan eigen risico in rekening gebracht bij verzoeker. Hierop is € 11,47 in mindering gebracht. Hierdoor staat nog een bedrag van € 373,53 open. Dit bedrag moet verzoeker nog voldoen.

6.21. *Betalingsachterstand 2018*

Verzoeker heeft geen betalingsachterstand in dit jaar.

6.22. *Betalingsachterstand 2019*

De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 539,56 aan eigen risico in rekening gebracht bij verzoeker. Dit bedrag is voldaan. Het wettelijk verplicht eigen risico voor 2019 is € 385,--. De ziektekostenverzekeraar heeft € 154,56 meer in rekening gebracht. Aangezien hiervoor een nadere onderbouwing ontbreekt, beslist de commissie dat verzoeker dit bedrag niet hoefde te voldoen. Omdat het al is betaald, moet € 154,56 in mindering worden gebracht op de totale vordering.

Rente en incassokosten

- 6.23. De commissie stelt vast dat de betalingsachterstand volgens de ziektekostenverzekeraar naar de stand van 28 november 2019 totaal € 8.685,02 bedraagt. Uit het voorgaande blijkt dat de commissie tot een ander oordeel komt. In de overwegingen die ten grondslag liggen aan dit andere oordeel ziet de commissie mede aanleiding te beslissen dat verzoeker over de in geschil zijnde periode geen rente en incassokosten is verschuldigd.

Conclusie

- 6.24. De commissie beslist op basis van het voorgaande dat de betalingsachterstand van verzoeker naar de stand van 28 november 2019 totaal € 3.797,84 bedraagt.

Vergoeding zorgkosten gerelateerd aan klachten aan de voeten

- 6.25. Verzoeker voert aan dat hij zorgkosten heeft gemaakt in verband met klachten gerelateerd aan zijn voeten. Hij vordert vergoeding hiervan en stelt dat het gaat om kosten van fysiotherapie, een voetbad en (aangepast) schoeisel. De commissie treft in het dossier geen stukken aan waaruit volgt dat de bedoelde kosten bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd en dat hij heeft geweigerd deze te vergoeden. Er kan dan ook niet worden geconcludeerd dat de betreffende nota's terecht zijn afgewezen. Evenmin volgt uit het dossier welke kosten precies voor rekening van verzoeker zijn gebleven. Omdat een nadere onderbouwing van deze vordering ontbreekt, wordt dit onderdeel van het verzoek afgewezen.

Schadevergoeding

- 6.26. Verzoeker voert aan dat hij schade heeft geleden, omdat hij ten onrechte is aangemeld als wanbetaler en zijn gezondheid door de gang van zaken achteruit is gegaan. De schade is door verzoeker becijferd op € 5.400,--. De commissie heeft hiervoor reeds overwogen dat verzoeker door de ziektekostenverzekeraar destijds terecht is aangemeld als wanbetaler. Dit betekent dat geen aanleiding bestaat het verzoek om schadevergoeding toe te wijzen.
- 6.27. Aangezien de commissie verzoeker deels in het gelijk stelt, is de ziektekostenverzekeraar wel gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te voldoen.
- 6.28. Dit leidt tot de volgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) De betalingsachterstand van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar naar de stand van 28 november 2019 totaal € 3.797,84 bedraagt;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 mei 2010 mocht aanmelden als wanbetaler bij de rechtsvoorganger van het CAK;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een schadevergoeding te betalen;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 5 februari 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 24

- 1 De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn van rechtswege opgeschort gedurende de periode waarover Onze Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een verzekerde.
- 2 Het eerste lid is niet van toepassing gedurende de periode waarover iemand die geen gedetineerde is in de zin van de Wet forensische zorg, forensische zorg als bedoeld in die wet geniet.
- 3 De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn eveneens van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde blijkens een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland buiten Nederland in detentie is genomen.
- 4 De verzekeringnemer, de verzekerde, of de gemachtigde van de verzekeringnemer of verzekerde meldt de zorgverzekeraar de dag waarop de periode, bedoeld in het eerste of derde lid, aanvangt, waarbij hij indien het derde lid van toepassing is, tevens de daar bedoelde verklaring aan de zorgverzekeraar overlegt.

Zorgverzekeringswet

Artikel 18a

- 1 Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
- 2 De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijke automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.
- 3 Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
- 4 Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
- 5 Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18b

- 1 Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekerde, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in [artikel 18c](#), zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.
- 2 Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in [artikel 18c, eerste lid](#), bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in [artikel 114](#) of aan de burgerlijke rechter.
- 3 Indien een betalingsregeling als bedoeld in [artikel 18a](#) ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18c

- 1 Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van [artikel 34a](#) noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
- 2 De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in [artikel 18b, eerste lid](#), zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - b. gedurende de termijn, genoemd in [artikel 18b, tweede lid](#);
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in [artikel 18b, tweede lid](#), zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in [artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet](#) en aantoonde dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;

- e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in [artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c](#).
- 3 Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij [artikel 18b](#) en het tweede lid in acht heeft genomen.

Artikel 18d

- 1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in [artikel 18c](#), heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.
- 2 De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:
 - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de [Faillissementswet](#), op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhelpverlener als bedoeld in [artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet](#) een overeenkomst als bedoeld in [artikel 18c, tweede lid, onderdeel d](#), is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
- 3 Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
- 4 In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van [artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet](#), is beëindigd,
 - b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

- 5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhelpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhelpverlener te zijn ondertekend.
- 6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.