



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden  
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, opschorting aanmelding CAK, hervatting aanmelding  
Zaaknummer : 201800085  
Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2018, paragraaf 3.3 Zvw)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering 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. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 oktober 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ), thans het CAK geheten, vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. In december 2016 is verzoeker met de zorgverzekeraar een betalingsregeling overeengekomen. In vervolg hierop heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 januari 2017 op te schorten. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan en de opschorting eerst met ingang van 1 maart 2017 te effectueren. In plaats daarvan is door hem voorgesteld verzoeker voor de maanden januari en februari 2017 financieel te compenseren. Met ingang van 1 februari 2018 heeft de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler van verzoeker hervat.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar het voorstel heeft gedaan dat verzoeker vóór 1 september 2018 de helft van de nog openstaande vordering, zijnde een bedrag van € 2.692,-, betaalt. Indien verzoeker dit bedrag vóór 1 september 2018 voldoet, zal het resterende deel worden kwijtgescholden. Verzoeker heeft dit voorstel afgewezen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 26 juli 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 januari 2017 op te schorten, (ii) de hervatting van de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 februari 2018 ongedaan te maken, en (iii) de hoogte van de betalingsachterstand correct te berekenen (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij verschillende e-mailberichten van 13, 14 en 21 november 2018 heeft verzoeker gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 2 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Partijen zijn op uitgenodigd voor de hoorzitting van 28 november 2018. Op en rond de in de uitnodiging vermelde tijdstip is verzoeker op het door hem opgegeven (mobiele) telefoonnummer verschillende keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was de verzoeker telefonisch niet bereikbaar.  
De zorgverzekeraar is op 28 november 2018 telefonisch gehoord.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie, uit blijk van service, in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen een schriftelijke reactie te geven op de van de hoorzitting gemaakte aantekeningen. Op 7 december 2018 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

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

- 4.1. Verzoeker heeft in december 2016 contact gehad met een medewerkster van de zorgverzekeraar om afspraken te maken over het aflossen van de ontstane betalingsachterstand. In vervolg op dit gesprek heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 12 december 2016 voorgesteld dat verzoeker de op dat moment openstaande vordering van € 4.679,95 in 36 maandelijkse termijnen van € 130,- mocht aflossen. Met dit voorstel is verzoeker akkoord gegaan. De ergernis bij verzoeker was dan ook groot toen de zorgverzekeraar nadien totaal andere bedragen automatisch incasseerde. In plaats van € 130,- per maand werd ruim € 80,- per maand geïncasseerd. Daarnaast werd de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK niet met ingang van 1 januari 2017 opgeschort terwijl dit wel was toegezegd.
- 4.2. In de maanden die volgden heeft verzoeker ontelbare keren contact gehad met medewerkers van de zorgverzekeraar, maar het enige dat de zorgverzekeraar heeft geregeld, is een compensatie voor het premieverschil voor de maanden januari en februari 2017 ten bedrage van twee keer € 35,-. Genoemde compensatie heeft de zorgverzekeraar ook nog eens in mindering gebracht op de openstaande vordering. Deze handelwijze van de zorgverzekeraar kan verzoeker niet accepteren. Dit is ook de reden geweest dat verzoeker het door de zorgverzekeraar gedane aanbod in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - te weten afkoop van de vordering tegen finale kwijting - heeft geweigerd. Verzoeker wil niets anders dan dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat het CAK stopt met het incasseren van de bestuursrechtelijke premie. Daarnaast wenst verzoeker van de zorgverzekeraar een duidelijk overzicht van de nog openstaande bedragen te ontvangen.
- 4.3. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 20 september 2018 stelt verzoeker dat hij enkel kan concluderen dat de zorgverzekeraar fouten blijft maken. Om die reden kan het geschil met de zorgverzekeraar alleen worden opgelost als (i) het door de zorgverzekeraar genoemde

openstaande bedrag wordt kwijtgescholden, (ii) het verzoeker vrij staat zich met ingang van 1 januari 2019 te verzekeren bij een andere zorgverzekeraar, en (iii) de zorgverzekeraar verzoeker een schadevergoeding betaalt.

4.4. 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 de opgekomen maandpremies en de andere door hem verschuldigde bedragen niet (tijdig) voldaan, waardoor een betalingsachterstand is ontstaan met als gevolg dat hij met ingang van 1 oktober 2010 als wanbetaler is aangemeld bij het toenmalige CVZ. In december 2016 heeft verzoeker contact gehad met een medewerkster van de zorgverzekeraar om een oplossing te zoeken voor de op dat moment openstaande vordering van € 4.679,95. Naar aanleiding van dit contact is aan verzoeker het voorstel gedaan genoemd bedrag te voldoen in 36 maandelijkse termijnen van € 130,--.

5.2. Om onduidelijke redenen is deze regeling niet goed geregistreerd waardoor de zorgverzekeraar bij verzoeker andere termijnbedragen incasseerde dan de bedoeling was. Verder had deze omissie tot gevolg dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler niet met ingang van 1 januari 2017 werd opgeschort. De zorgverzekeraar heeft besloten verzoeker voor de maanden januari en februari 2017 te compenseren door het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de reguliere premie ten bedrage van twee keer € 35,-- in mindering te brengen op de openstaande vordering. Omdat verzoeker de afgesproken betalingsregeling vervolgens niet meer nakwam en hij ook de opkomende maandpremies niet (tijdig) voldeed, is de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 februari 2018 hervat.

5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 september 2018 bedraagt naar de stand van 20 september 2018 totaal € 5.706,82. Genoemde vordering heeft de zorgverzekeraar niet overgedragen aan zijn incassogemachtigde.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2018 opnieuw is opgeschort.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2018) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie, de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekering, en de initiële aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het toenmalige CVZ met ingang van 1 oktober 2010. In geschil zijn (i) de opschorting van de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 maart in plaats van 1 januari 2017, (ii) de hervatting van de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 februari 2018, en (iii) de hoogte van de betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Ingevolge artikel 8 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2006-2018) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

**“Artikel 16**

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
  - a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
  - b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*

- 8.4. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het CAK. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.5. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

**“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 Zorginstituut, 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 aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.*
3. *Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.”*

- 8.6. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

**"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 schuldhulpverlener 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 schuldhulpverlener 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 schuldhulpverlener te zijn ondertekend.*

*6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."*

9. Beoordeling van het geschil

**Opschorting aanmelding CAK (met ingang van 1 januari 2017)**

- 9.1. Uit artikel 18d, tweede lid, onder d, Zvw volgt dat de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK dient op te schorten indien deze een betalingsregeling afspreekt voor de gehele vordering. De commissie stelt vast dat tussen partijen weliswaar discussie bestaat over de uitvoering van de betalingsregeling door de zorgverzekeraar, maar dat tussen hen niet in geschil is dat met ingang van 1 januari 2017 inderdaad een betalingsregeling is afgesproken. Gelet op het bepaalde in voornoemd artikel diende de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker bij het CAK daarom met ingang van 1 januari 2017 op te schorten. Uit een ongedateerde brief, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen (ontvangen op 4 juni 2018),

van de zorgverzekeraar blijkt dat deze erkent dat de aanmelding van verzoeker met ingang van 1 januari 2017 had moeten worden opgeschort en niet pas met ingang van 1 maart 2017. Verder volgt uit bedoelde brief dat de zorgverzekeraar verzoeker voor de maanden januari en februari 2017 financieel heeft gecompenseerd. Het is de commissie niet duidelijk geworden met welke reden de ziektekostenverzekeraar ervoor heeft gekozen verzoeker voor de maanden januari en februari 2017 te compenseren in plaats van de aanmelding van verzoeker bij het CAK met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 op te schorten. Om die reden is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker in de situatie te brengen als ware de aanmelding als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2017 opgeschort. De zorgverzekeraar kan dan ook niet volstaan met de door hem verleende compensatie en verrekening hiervan met de betalingsachterstand. Voor een zodanige verrekening bestaat immers geen grond. Zou het anders zijn, dan zou het gevolg hiervan zijn dat de positie van de zorgverzekeraar als schuldeiser wordt versterkt door het herstel van een door hem gemaakte fout, ten nadele van verzoeker.

Dit betekent dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK ook voor de maanden januari en februari 2017 op te schorten, zodat verzoeker aan het CAK geen bestuursrechtelijke premie over die maanden is verschuldigd. Daar staat tegenover dat verzoeker aan de zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering voor de maanden januari en februari 2017 dient te voldoen, alsmede dat hij gehouden is de reeds verrekende compensatie ten bedrage van € 70,-- (2 x € 35,--) aan de zorgverzekeraar te vergoeden.

### **Hervatting aanmelding CAK (met ingang van 1 februari 2018)**

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK uiteindelijk met ingang van 1 maart 2017 opgeschort, waarna deze met ingang van 1 februari 2018 is hervat, aangezien verzoeker zowel de termijnbedragen in het kader van de afgesproken betalingsregeling als de opkomende maandpremies niet (tijdig) had voldaan. Met betrekking hiertoe geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 18d, vierde lid, Zvw de aanmelding als wanbetaler van verzoeker per direct kon hervatten, omdat hij de gemaakte afspraken niet nakwam. In dit verband stelt de commissie vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat op 1 februari 2018 geen sprake (meer) was van een lopende betalingsregeling voor de gehele openstaande vordering. Daarnaast heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij op dat moment alle opkomende maandpremies tijdig en volledig had voldaan. Om die reden stond het de zorgverzekeraar op grond van artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw vrij de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 februari 2018 te hervatten.

### **Hoogte betalingsachterstand**

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij e-mailbericht van 12 december 2016 medegedeeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 4.679,95 bedroeg en dat verzoeker dit bedrag kon aflossen in 36 maandelijkse termijnen van € 130,--. De commissie gaat er hierbij vanuit dat het bedrag van € 4.679,95 de totale betalingsachterstand betrof en dat geen sprake was van andere openstaande vorderingen. Dit leidt de commissie af uit het feit dat de zorgverzekeraar zich op het standpunt heeft gesteld dat hij, naar aanleiding van de overeengekomen betalingsregeling, de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2017 had moeten opschorten, en opschorting alleen mogelijk is als een betalingsregeling wordt overeengekomen voor de gehele openstaande vordering. Voor de berekening van de hoogte van de actuele betalingsachterstand dient dan ook te worden beoordeeld welke bedragen verzoeker ná 12 december 2016 is verschuldigd en welke door hem zijn betaald. In dit verband heeft de zorgverzekeraar bij zijn brief van 20 september 2018 een financieel overzicht overgelegd. Uit dit overzicht, in combinatie met het gegeven dat verzoeker voor de maanden januari en februari 2017 weer de nominale premie aan de zorgverzekeraar is verschuldigd in verband met de opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK over deze maanden, kan worden afgeleid dat verzoeker ná 12 december 2018 de volgende bedragen verschuldigd is geworden:
- Eigen risico en zorgkosten: totaal € 905,12
  - Incassokosten: € 10,--

- Premie 2017: totaal € 1.052,04 (12 x € 87,95)
- Premie 2018: € 87,95 (1 x € 87,95)

Gezien het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat verzoeker naar de stand van 20 september 2018 totaal € 6.735,06 (€ 4.679,95 + € 905,12 + € 10,-- + € 1.052,04 + € 87,95) is verschuldigd.

- 9.4. Rest de vraag naar de door verzoeker ná 12 december 2016 gedane betalingen. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financieel overzicht blijkt dat verzoeker ná deze datum een bedrag van totaal € 1.137,91 heeft voldaan. Dat verzoeker meer of andere betalingen heeft gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 20 september 2018 blijken, is in de procedure niet komen vast te staan. Alle betalingen waarvan verzoeker bewijzen heeft overgelegd, zijn terug te vinden op het overzicht van 20 september 2018. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 september 2018 naar de stand van 20 september 2018 € 5.597,15 (€ 6.735,06 - € 1.137,91) bedraagt. Dit bedrag dient nog te worden verhoogd met de onder 9.1 vermelde, verrekenende compensatie van € 70,-- zodat de betalingsachterstand per laatstgenoemde datum totaal € 5.667,15 is. Tot kwijtschelding dan wel matiging van dit bedrag ziet de commissie gezien het voorgaande geen aanleiding. Hetzelfde geldt voor de door verzoeker gevorderde schadevergoeding.
- Voor zover verzoeker stelt dat hij zich met ingang van 1 januari 2019 wil verzekeren bij een andere zorgverzekeraar geldt dat dit op grond van artikel 8a Zvw alleen mogelijk is indien geen sprake meer is van een premieachterstand voor de zorgverzekering. Of dit laatste aan de orde is kan pas op 31 december 2018 worden beoordeeld. Om die reden laat de commissie dit verder rusten.

### Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK voor de maanden januari en februari 2017 alsnog op te schorten zodat verzoeker aan het CAK geen bestuursrechtelijke premie is verschuldigd over die maanden. Daarnaast bepaalt de commissie dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 september 2018 naar de stand van 20 september 2018 € 5.667,15 bedraagt. Genoemd bedrag is inclusief de verrekenende compensatie van € 70,--.
- Het meer of anders door verzoeker gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.5 is vermeld. Hetgeen meer of anders door verzoeker is gevorderd wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 12 december 2018,

G.R.J. de Groot