

ECLI	ECLI:NL:RVS:2009:BK0849
Datum uitspraak	21 oktober 2009
Inhoudsindicatie	Bij onderscheiden besluiten van 17 oktober 2006 heeft het College zorgverzekeringen (hierna: het College) de aan de naamloze vennootschappen IZA Zorgverzekeraar N.V. en N.V. Zorgverzekeraar UMC (hierna: IZA en UMC) bij onderscheiden besluiten van 18 januari 2006 toegekende vereveningsbijdragen Zorgverzekeringswet voor het jaar 2006 herzien.

Volledige tekst

200900693/1/H2 en 200900699/1/H2.

Datum uitspraak: 21 oktober 2009

AFDELING

BESTUURSRECHTSPRAAK

Uitspraak in het geding tussen:

de naamloze vennootschappen IZA Zorgverzekeraar N.V. en N.V. Zorgverzekeraar UMC,
gevestigd te Nijmegen,
appellanten,

en

het College zorgverzekeringen,
verweerder.

1. Procesverloop

Bij onderscheiden besluiten van 17 oktober 2006 heeft het College zorgverzekeringen (hierna: het College) de aan de naamloze vennootschappen IZA Zorgverzekeraar N.V. en N.V. Zorgverzekeraar UMC (hierna: IZA en UMC) bij onderscheiden besluiten van 18 januari 2006 toegekende vereveningsbijdragen Zorgverzekeringswet voor het jaar 2006 herzien.

Bij onderscheiden besluiten van 13 oktober 2006 heeft het College aan IZA en UMC vereveningsbijdragen Zorgverzekeringswet voor het jaar 2007 toegekend.

Bij besluiten van 22 december 2008 en 23 december 2008 heeft het College het door IZA en UMC tegen de besluiten van 17 oktober 2006 onderscheidenlijk 13 oktober 2006 gemaakte bezwaar ongegrond verklaard.

Tegen die besluiten hebben IZA en UMC bij brief, bij de Raad van State ingekomen op 26 januari 2009, beroep ingesteld. De gronden van het beroep zijn aangevuld bij brief van 10

maart 2009.

Het College heeft een verweerschrift ingediend.

IZA en UMC en het College hebben nadere stukken ingediend.

Op verzoek van de Afdeling heeft het College schriftelijk inlichtingen gegeven en nadere stukken in het geding gebracht.

De Afdeling heeft de zaken ter zitting behandeld op 27 augustus 2009, waar IZA en UMC, vertegenwoordigd door mr. M.E. Gelpke, advocaat te Den Haag, vergezeld van W.A.M.A. Huis, en het College, vertegenwoordigd door mr. M. van Dijen en L.J.M. de Heij, beiden werkzaam bij het College, zijn verschenen.

2. Overwegingen

2.1. Ingevolge artikel 32, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) kent het College een zorgverzekeraar die voldaan heeft aan zijn verplichtingen, bedoeld in artikel 25, voor ieder kalenderjaar waarin hij zorgverzekeringen aanbiedt en uitvoert een bijdrage toe.

Ingevolge het tweede lid worden bij algemene maatregel van bestuur regels omtrent de berekening van de bijdragen gesteld.

Ingevolge het derde lid bepalen de regels, bedoeld in het tweede lid, ten minste dat de hoogte van de bijdrage wordt berekend op basis van bij die maatregel te bepalen, voor alle zorgverzekeraars gelijke criteria, waaronder in ieder geval het aantal verzekerden bij een zorgverzekeraar en een aantal verzekerdenkenmerken.

Het vierde lid bepaalt dat bij ministeriële regeling:

- a. voor 1 oktober van ieder jaar wordt bepaald welk bedrag in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend;
- b. kan worden bepaald dat in aanvulling op de criteria, bedoeld in het derde lid, voor de berekening van de hoogte van de bijdragen eenmalig rekening wordt gehouden met een bij die regeling te bepalen, voor alle zorgverzekeraars gelijk criterium;
- c. statistisch onderbouwd aan elk criterium als bedoeld in het derde lid of aan een criterium als bedoeld in onderdeel b een bijdrage wordt gekoppeld;
- d. nadere regels omtrent de berekening van de bijdragen worden gesteld en wordt geregeld hoe de op grond van het eerste lid toegekende bijdragen door het College worden betaald.

Ingevolge het vijfde lid stelt het College jaarlijks voor 15 oktober beleidsregels vast waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de in het vierde lid bedoelde regels.

Ingevolge het zevende lid behoeven de beleidsregels, bedoeld in het vijfde lid, de goedkeuring van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister).

Het Besluit zorgverzekering (Stb. 2005, 389; hierna: het Besluit) is de in artikel 32, tweede lid, van de Zvw bedoelde algemene maatregel van bestuur.

Ingevolge artikel 3.2 van het Besluit, zoals dit besluit gold ten tijde hier van belang, verdeelt het College de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.3 tot en met 3.6 in deelbedragen voor iedere zorgverzekeraar.

Ingevolge artikel 3.3, eerste lid, verdeelt het College het macro-deelbedrag variabele kosten

van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, farmaceutische kostengroepen (hierna: FKG's), diagnose kostengroepen (hierna: DKG's), aard van het inkomen en regio.

Ingevolge het tweede lid kent de minister aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

Ingevolge het derde lid worden de klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Ingevolge artikel 3.6, eerste lid, verdeelt het College het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.

Ingevolge het tweede lid kent de minister aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

Ingevolge het derde lid worden de klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Ingevolge artikel 3.7, eerste lid, sommeert het College de ingevolge artikelen 3.2 tot en met 3.6 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag.

Ingevolge het tweede lid brengt het College vervolgens op het berekende normatieve bedrag de door hem voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie gecorrigeerd voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave in mindering.

Ingevolge het derde lid kent het College een bijdrage toe aan de zorgverzekeraar ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid.

De Regeling zorgverzekering (Stcrt. 2005, 171; hierna: de Regeling) is de in artikel 32, vierde lid, van de Zvw bedoelde ministeriële regeling voor het jaar 2006. Voor het jaar 2007 is de Regeling gewijzigd (Stcrt. 2006, 189).

Ingevolge artikel 3.3, eerste lid, van de Regeling, zoals die Regeling gold ten tijde hier van belang, staan de gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.3 en 3.6 van het Besluit vermeld in bijlage 4 bij de Regeling.

Bij besluit van 8 september 2005 heeft het College de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006 (Stcrt. 2005, 184) vastgesteld. Deze regeling is driemaal gewijzigd (Stcrt. 2006, 14, Stcrt. 2006, 210 en Stcrt. 2007, 195).

Bij besluit van 28 september 2006 heeft het College de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007 (Stcrt. 2006, 196) vastgesteld. Deze regeling is tweemaal gewijzigd (Stcrt. 2007, 20 en Stcrt. 2008, 183).

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006 en de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007 worden hierna ook tezamen de Beleidsregels genoemd.

2.2. De omvang van de voor alle zorgverzekeraars tezamen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbare middelen voor de kosten van prestaties ingevolge de Zvw wordt afgeleid uit het zogenoemde macro-prestatiebedrag. De hoogte van het macro-prestatiebedrag wordt jaarlijks vastgesteld in de Regeling. Dit bedrag wordt, voor zover thans van belang, onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen: variabele kosten van

ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van overige prestaties. De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de in het Besluit genoemde criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio. In de Regeling worden de klassen van verzekerden en de gewichten voor de verdeelcriteria bepaald die het College hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag, als bedoeld in artikel 3.7, eerste lid, van het Besluit, ten behoeve van een zorgverzekeraar. De daarop gebaseerde vereveningsbijdrage wordt voorafgaand aan het kalenderjaar waarop deze betrekking heeft (ex ante) aan een zorgverzekeraar toegekend. Na afloop van dat kalenderjaar wordt de vereveningsbijdrage (ex post) vastgesteld, rekening houdende met de werkelijke aantallen verzekerden en hun kenmerken, waarbij bepaalde hoge kosten worden gecompenseerd.

Het regiocriterium wordt, voor zover thans van belang, in de artikelen 3.3 en 3.6 van het Besluit genoemd als één van de criteria voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp onderscheidenlijk het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties. De gewichten voor het regiocriterium zijn gelet op artikel 3.3 van de Regeling opgenomen in de bij dat artikel behorende bijlage 4. Blijkens de in die bijlage opgenomen Tabel B4.5 "Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)" (hierna: Tabel B4.5) gelden voor voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden afzonderlijke gewichten. Zoals volgt uit de geschiedenis van de totstandkoming van artikel 3.3 van de Regeling (nota van toelichting, blz. 38; Stort. 2005, 171) is hiervoor gekozen, omdat uit onderzoeksresultaten naar voren is gekomen dat het regiocriterium zoals gehanteerd in de verstrekkingenbudgettering op grond van de Ziekenfondswet (hierna: Zfw), ook na aanpassing voor de verbreding van de verzekerdenpopulatie onder de Zfw, "onvoldoende in staat is compensatie te bieden voor de bestaande (sociaaleconomische) verschillen tussen de (voormalige) ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden (waaronder ook publiekrechtelijk verzekerden)". Door deze nadere onderverdeling in verzekerdenklassen wat betreft het regiocriterium is dit criterium zogenoemd hybride gemaakt.

In de door het College vastgestelde Beleidsregels 2006 is het hybride regiocriterium overgenomen. Artikel 1, aanhef en onder d, van de Beleidsregels bepaalt dat onder regioklasse wordt verstaan: een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is en op de verzekeringsgerechtigdheid van de verzekerde op grond van de Zfw op de datum 1 december 2005 overeenkomstig, voor zover thans van belang, Tabel B4.5 van bijlage 4.

2.3. Bij de bestreden besluiten heeft het College zich op het standpunt gesteld dat uit de Regeling en de nota van toelichting volgt dat zowel voor het jaar 2006 als het jaar 2007 bij de toepassing van het hybride regiocriterium onderscheid moet worden gemaakt tussen voormalig particulier verzekerden (waaronder ook publiekrechtelijk verzekerden) en voormalig ziekenfondsverzekerden, zodat het College bij het vaststellen van de Beleidsregels hiervan eveneens diende uit te gaan. Voorts stelt het College zich op het standpunt dat de door IZA en UMC gewenste aanpassing van de Beleidsregels, in de zin dat voor voormalig publiekrechtelijk verzekerden bij de toepassing van het hybride regiocriterium hetzelfde gewicht wordt gebruikt als voor voormalig ziekenfondsverzekerden, achteraf nog gevolgen zou hebben voor de verdelende werking van het risicovereveningsmodel en daardoor de marktverhoudingen zou verstoren.

2.4. Het geschil ziet uitsluitend op de herziening van de ex ante toekenning van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2006 en op de ex ante toekenning van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2007.

2.5. Voor zover IZA en UMC eerst ter zitting hebben betoogd dat de bezwaarprocedure onzorgvuldig is geweest omdat het College IZA en UMC niet in de gelegenheid heeft gesteld te reageren op de door andere zorgverzekeraars ingebrachte reacties op een brief van het College van 8 mei 2005, dient dit betoog wegens strijd met de goede procesorde buiten beschouwing te blijven. Nu IZA en UMC blijkens een brief van het College van 22 augustus 2008 reeds tijdens de bezwaarprocedure van het bestaan van die reacties op de hoogte waren, valt niet in te zien dat zij dit betoog niet eerder hadden kunnen - en dus moeten - aanvoeren.

2.6. IZA en UMC betogen voorts - samengevat weergegeven - dat de ex ante vereveningsbijdragen voor de jaren 2006 en 2007 voor hen te laag zijn vastgesteld, omdat zij door de toepassing van het hybride regiocriterium onvoldoende worden gecompenseerd voor de gezondheidsverschillen tussen voormalig publiekrechtelijk verzekerden en voormalig privaatrechtelijk verzekerden.

Hiertoe voeren zij aan dat ten onrechte aan voormalig publiekrechtelijk verzekerden hetzelfde gewicht wordt toegekend als aan voormalig privaatrechtelijk verzekerden en dat het College zich bij de besluiten op bezwaar ten onrechte op het standpunt heeft gesteld dat het geen keuzemogelijkheid zou hebben gehad ten aanzien van de gelijkstelling van voormalig publiekrechtelijk verzekerden met voormalig privaatrechtelijk verzekerden. Het College heeft volgens IZA en UMC onvoldoende onderzocht of die gelijkstelling naar behoren statistisch is onderbouwd als bedoeld in artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zvw. In dit verband wijzen IZA en UMC op het deskundigenrapport van SEO Economisch Onderzoek (hierna: SEO) van 15 augustus 2008, waarin is gesteld dat het kostenbeeld van de voormalig publiekrechtelijk verzekerden meer lijkt op dat van de voormalig ziekenfondsverzekerden dan op dat van de voormalig privaatrechtelijk verzekerden. Aangezien de gezondheidsrisico's van de voormalig publiekrechtelijk verzekerden afwijken van zowel de voormalig privaatrechtelijk- als de voormalig ziekenfondsverzekerden hadden de voormalig publiekrechtelijk verzekerden als een afzonderlijke klasse moeten worden aangemerkt, waaraan afzonderlijke gewichten of gewogen gemiddelden van de aan de voormalig ziekenfonds- en de voormalig particulier verzekerden toegekende gewichten hadden moeten worden toegekend, aldus IZA en UMC.

2.7. Het College heeft zich - samengevat weergegeven - op het standpunt gesteld dat het op juiste wijze uitvoering heeft gegeven aan de Regeling en de daarop gebaseerde Beleidsregels. Volgens het College was het bij het vaststellen van de Regeling de bedoeling van de minister dat de gewichten voor voormalig ziekenfondsverzekerden en overige verzekerden verschillend werden vastgesteld en is niet bedoeld dat de voormalig publiekrechtelijk verzekerden tot de voormalig ziekenfondsverzekerden zouden moeten worden gerekend. De Beleidsregels dienden volgens het College aan te sluiten bij de Regeling. Nu de minister zich op het standpunt heeft gesteld dat het ex ante vereveningssysteem zich kenmerkt doordat voorafgaand aan het jaar waarop de risicoverevening van toepassing is, alle spelregels zijn vastgelegd en deze spelregels niet tussentijds of achteraf worden aangepast, is een wijziging van de Beleidsregels waarbij alsnog in het aldus vastgestelde speelveld wordt ingegrepen, niet toegestaan, aldus het College. Het SEO-rapport gaf volgens het College ook geen aanleiding om de Beleidsregels achteraf aan te passen.

2.8. Naar aanleiding van het door IZA en UMC gemaakte bezwaar dat de grond voor de indeling van de voormalig publiekrechtelijk verzekerden bij de voormalig particulier verzekerden niet is onderzocht, heeft het College SEO opdracht gegeven onderzoek te doen naar de volgende twee vragen:

1. Wat was er in 2005 bekend uit onderzoek over de kosten van publiekrechtelijk verzekerden in vergelijking tot ziekenfonds- en particulier verzekerden?

2. Bij welke groep (ziekenfonds of particulier verzekerden) hadden de publiekrechtelijk verzekerden op basis van dat onderzoek ingedeeld moeten worden?

SEO vermeldt in haar rapport van 15 augustus 2008 dat voor het onderzoek gebruik is gemaakt van onder meer de onderzoeksrapporten van Vektis en iBMG die in opdracht van de minister in 2005 en eerdere jaren zijn uitgevoerd. Daaruit blijkt dat in de onderzoeksrapporten van Vektis de kostenverschillen tussen ziekenfonds-, privaatrechtelijk- en publiekrechtelijk verzekerden zijn onderzocht, waarbij de publiekrechtelijk verzekerden als afzonderlijke groep zijn beschouwd. Volgens SEO kan geen uitsluitsel worden gegeven over de kostenverschillen tussen de drie groepen verzekerden op basis van de kenmerken van verzekerden die in het risicovereveningsmodel als verdeelcriteria zijn opgenomen, omdat in de Vektis-rapporten geen correctie voor de kenmerken FKG's en DKG's heeft plaatsgevonden, terwijl in de iBMG-rapporten geen afzonderlijke resultaten voor publiekrechtelijk verzekerden zijn opgenomen. Op grond van de in 2005 beschikbare informatie kan volgens SEO daarom niet meer worden vastgesteld of de publiekrechtelijk verzekerden bij de ziekenfondsverzekerden hadden moeten worden gevoegd of bij de particulier verzekerden.

2.8.1. Aan deze conclusie in het SEO-rapport kan naar het oordeel van de Afdeling niet de betekenis worden toegekend die het College daaraan gehecht wenst te zien. Hiertoe wordt overwogen dat niet de vraag van belang was of de voormalig publiekrechtelijk verzekerden bij de voormalig particulier verzekerden moesten worden ingedeeld dan wel bij de voormalig ziekenfondsverzekerden hadden moeten worden gevoegd, maar de vraag of de door het College bij de berekening van de vereveningsbijdrage gehanteerde indeling van de voormalig publiekrechtelijk verzekerden bij de voormalig particulier verzekerden, waardoor voor deze verzekerden dezelfde gewichten voor het regiocriterium golden, voldoende statistisch is onderbouwd in de zin van artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zvw. Deze vraag werd door het College niet aan SEO gesteld. Het College heeft de aan SEO voorgelegde onderzoeksvragen dan ook te beperkt geformuleerd.

In het SEO-rapport staat vermeld dat de gemiddelde gestandaardiseerde kosten per verstrekking van publiekrechtelijk verzekerden lager liggen dan die van ziekenfondsverzekerden maar fors hoger dan die van privaatrechtelijk verzekerden. In het SEO-rapport is Tabel 7 "Kostenbeeld selectiegroep (gestandaardiseerd) per verstrekking (2002)" opgenomen. De bron van deze tabel is het derde Vektis-rapport (2005). In deze tabel wordt in drie afzonderlijke kolommen informatie gegeven over het kostenbeeld van respectievelijk: "Privaat, Zfw en Publiek". Uit deze tabel kan worden afgeleid dat tussen de kosten van het totale basispakket (onder meer betrekking hebbende op "Ziekenhuis + specialisten", "Geneesmiddelen" en "Hulpmiddelen") van voormalig privaatrechtelijk-, ziekenfonds- en publiekrechtelijk verzekerden niet geringe verschillen bestaan. De laatste zinnen van de conclusie van het SEO-rapport luiden ten slotte dat niet meer vastgesteld kan worden of de publiekrechtelijk verzekerden bij de ziekenfondsverzekerden hadden moeten worden gevoegd of bij de particulier verzekerden. Daartoe hadden bij de doorrekening van het risicovereveningsmodel de publiekrechtelijk verzekerden als een aparte categorie moeten worden gepresenteerd.

In het SEO-rapport lagen voor het College derhalve voldoende aanwijzingen besloten dat de voormalig publiekrechtelijk verzekerden een eigen gezondheidsrisicoprofiel hadden en als een afzonderlijke groep hadden moeten worden beschouwd.

Het betoog van het College in verweer dat op de kostenverschillen in Tabel 7 van het derde Vektis-rapport een correctie moet worden toegepast wat de kosten van hulpmiddelen betreft door deze buiten beschouwing te laten, kan niet tot een ander oordeel leiden, nu een dergelijke correctie onverlet laat dat kostenverschillen tussen voormalig publiekrechtelijk-, privaatrechtelijk- en ziekenfondsverzekerden bestaan. Bovendien heeft het College in zijn verweerschrift, mede gezien de daarin gestelde alternatieve berekeningsresultaten, de omstandigheid dat er tussen deze drie groepen verzekerden kostenverschillen bestaan op zichzelf niet bestreden. Met het betoog in verweer dat kostenverschillen geen criterium voor risicoverevening kunnen zijn, miskent het College dat uit de risicovereveningssystematiek voortvloeit dat bij de berekening van de ex ante vereveningsbijdrage voor een zorgverzekeraar de gemiddeld te verwachten kosten van die zorgverzekeraar voor de bij hem in portefeuille zijnde verzekerden bepalend zijn en dat die kosten gebaseerd zijn op het gezondheidsrisicoprofiel van die verzekerden, bestaande uit onder meer het kenmerk regio en voormalig verzekeringsregime.

Uit het vorenoverwogene volgt dat de in de besluiten op bezwaar gehanteerde criteria onvoldoende statistisch zijn onderbouwd, zoals ingevolge artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zvw wordt vereist. De besluiten zijn aldus niet deugdelijk gemotiveerd.

Voorts bracht het vereiste van zorgvuldigheid met zich dat het College bij het nemen van de besluiten op bezwaar had moeten bezien of voor een evenwichtige toepassing van de Regeling de voormalig publiekrechtelijk verzekerden wat de toepassing van het regiocriterium betreft als een afzonderlijke groep hadden moeten worden beschouwd en of de Beleidsregels, waarin ingevolge artikel 32, vijfde lid, van de Zvw wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de Regeling, in voormelde zin hadden moeten worden aangepast alvorens het College op het bezwaarschrift van IZA en UMC besliste. Hierbij wordt in aanmerking genomen dat de tekst van artikel 3.3 van de Regeling, gelezen in samenhang met Tabel B4.5 van bijlage 4, een afzonderlijke categorie voor voormalig publiekrechtelijk verzekerden niet uitdrukkelijk uitsluit en dat evenmin op voorhand valt uit te sluiten dat de gewijzigde beleidsregels door de minister zouden worden goedgekeurd, nu de minister gezien het Verslag van een schriftelijk overleg van 15 september 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 220, blz. 18) op de hoogte was van het onderzoek van het College naar de uitvoeringsmogelijkheden, indien tot wijziging van de Beleidsregels op het punt van de toepassing van het hybride regiocriterium zou worden overgegaan. Omdat het College die mogelijkheid niet, althans onvoldoende heeft onderzocht, heeft het de belangen van IZA en UMC, waarvan niet in geschil is dat deze verhoudingsgewijs veel voormalig publiekrechtelijk verzekerden in portefeuille hebben, onvoldoende onderkend.

2.9. Het beroep is gegrond. De besluiten van 22 december 2008 en 23 december 2008 komen wegens strijd met artikel 3:2, eerste lid, en artikel 7:12, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht voor vernietiging in aanmerking. Hetgeen IZA en UMC overigens hebben aangevoerd, behoeft gelet hierop geen bespreking.

2.10. Het College dient op na te melden wijze in de proceskosten te worden veroordeeld.

3. Beslissing

De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State

Recht doende in naam der Koningin:

I. verklaart het beroep gegrond;

II. vernietigt de besluiten van het College zorgverzekeringen van 22 december 2008 en 23 december 2008, kenmerken JZ/28113994 onderscheidenlijk JZ/28121525;

III. veroordeelt het College zorgverzekeringen tot vergoeding van bij de naamloze vennootschappen IZA Zorgverzekeraar N.V. en N.V. Zorgverzekeraar UMC in verband met de behandeling van het beroep opgekomen proceskosten tot een bedrag van € 644,00 (zegge: zeshonderdvierenveertig euro), geheel toe te rekenen aan door een derde beroepsmatig verleende rechtsbijstand;

IV. gelast dat het College zorgverzekeringen aan de naamloze vennootschappen IZA Zorgverzekeraar N.V. en N.V. Zorgverzekeraar UMC het door hen voor de behandeling van het beroep betaalde griffierecht ten bedrage van in totaal € 576,00 (zegge: vijfhonderdzesevenveertig euro) vergoedt.

Aldus vastgesteld door mr. T.M.A. Claessens, voorzitter, en mr. C.W. Mouton en mr. K.J.M. Mortelmans, leden, in tegenwoordigheid van mr. J.H.M. Kessels, ambtenaar van Staat.

w.g. Claessens w.g. Kessels
voorzitter ambtenaar van Staat

Uitgesproken in het openbaar op 21 oktober 2009

505.