

Het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet:

houdbaar in het licht van het Europese mededingingsrecht??



N. Kok

Studentnummer: 300726

Erasmus Universiteit Rotterdam

Instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg

Master Zorgmanagement

Afstudeerbegeleider: Dhr. Mr. Dr. H.E.G.M. Hermans

Meelezer: Dhr. Dr. H. Finkenflugel

Maastricht, november 2007

Voorwoord

Deze afstudeerscriptie vormt de afsluiting van mijn master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Aan het einde van mijn afstudeerperiode kijk ik terug op een leuke en leerzame ervaring.

Aangezien ik naast mijn master Zorgmanagement nog een juridische master heb gevolgd, heb ik gekozen voor een juridische afstudeeropdracht. Bij een afstudeergroep, onder leiding van Dhr. Mr. Dr. H.E.G.M. Hermans, kreeg ik de mogelijkheid om een juridisch onderwerp nader te belichten. Het uitgangspunt van deze afstudeergroep is het Mededingingsrecht. Het Mededingingsrecht zei mij in het begin niet zoveel, alleen dat het te maken had met het waarborgen van de concurrentie op verschillende markten, waaronder de zorgmarkt. Na het raadplegen van wetenschappelijke literatuur en juridische bronnen, begon mijn interesse voor de nieuwe Zorgverzekeringswet op de zorgverzekeringsmarkt toe te nemen. Gedurende mijn afstudeerperiode is gebleken dat de keuze voor het afstudeeronderwerp 'Het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet' een leerzame en verstandige keuze is geweest.

Tijdens mijn afstudeerperiode is mijn oog vaak gevallen op verschillende krantenartikelen, waarin het risicovereveningssysteem ter sprake werd gesteld. Het viel mij op dat dit onderwerp in de politiek en media veel aandacht kreeg. Ik ben blij dat ik dit onderwerp nader hebben kunnen onderzoeken en ik hoop dat ik een steentje heb kunnen bijdragen aan een verheldering van dit probleemgebied.

Hierbij wil ik van de gelegenheid gebruik maken om enkele personen te bedanken, die mij hebben geholpen bij het tot stand brengen van mijn afstudeerscriptie. Allereerst wil ik mijn afstudeerbegeleider, Dhr. Mr. Dr. H.E.G.M. Hermans, bedanken bij het zoeken naar een afstudeeronderwerp en voor het begeleiden tijdens mijn afstudeerperiode. Daarnaast wil ik ook mijn meelezer, Dhr. Dr. H. Finkenflugel, bedanken voor het meerdere keren kritisch bekijken van mijn afstudeerscriptie. Als laatste wil ik alle personen bedanken, die ik heb mogen interviewen over mijn scriptieonderwerp. Door hen is voor mij het systeem van risicoverevening een stuk duidelijker geworden.

Maastricht, december 2007

Noor Kok

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Summary	7
1 Inleiding.....	10
1.1 Doel van het onderzoek, probleemstelling en deelvragen	12
1.2 Conceptueel model	13
1.3 Onderzoeksopzet	15
1.4 Opbouw van het onderzoek.....	15
2 Het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet.....	16
2.1 De nieuwe Zorgverzekeringswet	16
2.1.1 Verzekeringplicht voor burgers.....	17
2.1.2 Acceptatieplicht voor zorgverzekeraars	18
2.1.3 Verbod op premiedifferentiatie	19
2.1.4 Te verzekeren risico en prestaties	20
2.2 Het risicovereveningssysteem.....	20
2.2.1 Het Zorgvereveningsfonds.....	22
2.2.2 Ex-ante risicoverevening.....	22
2.2.3 Ex-post risicoverevening.....	24
2.2.4 Mogelijke gevolgen van een <i>niet</i> goed werkend risicovereveningssysteem	25
2.3 Het nieuwe algemene verzekeringsrecht.....	26
2.3.1 Verhouding Zorgverzekeringswet tot het algemene verzekeringsrecht	27
3 Het mededingingsrecht.....	29
3.1 De Nederlandse Mededingingswet.....	29
3.1.1 Ondernemingsbegrip in het mededingingsrecht.....	29
3.1.2 Pijlers in de Mededingingswet.....	32
3.2 Het Europese mededingingsrecht	33
3.2.1 Europese schadeverzekeringsrichtlijnen.....	34
3.2.2 Staatssteun.....	36
3.2.2.1 Risicovereveningssysteem als staatssteunmaatregel.....	37
3.2.2.2 Uitzonderingen op het staatssteunverbod	38

4 Methoden en onderzoek	42
4.1 Aard en type onderzoek	42
4.1.1 Literatuur en juridisch bronnenonderzoek	42
4.1.2 Interviews	42
4.2 Kwaliteit van het onderzoek.....	44
4.2.1 Betrouwbaarheid.....	44
4.2.2 Interne validiteit.....	45
4.2.3 Externe validiteit	45
4.3 Data-analyse.....	45
5 Resultaten	47
5.2 Verloop van het onderzoek.....	47
5.3 Dataweergave	47
5.4 Reflectie	51
6 Conclusie	52
7 Discussie	59
7.1 Resultaten	59
7.2 Azivo-zaak	60
7.2 Tekortkomingen van het onderzoek	61
7.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	61
Lijst van afkortingen	63
Literatuurlijst	64
Bijlagen	68

Samenvatting

Op 1 januari 2006 is in Nederland het zorgstelsel aangepast, waarbij ook het zorgverzekeringsstelsel is gewijzigd. Het verzekeringsrecht in het algemeen is veranderd en de nieuwe Zorgverzekeringswet is ingevoerd. De kern van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel vormt de verplichte basisverzekering voor iedereen. Het spiegelbeeld van deze verzekeringsplicht voor burgers is de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars voeren de verplichte basisverzekering uit tegen een vast, maar per zorgverzekeraar variërende zorgpremie en mogen de premies niet differentiëren naar gezondheidsrisico's. De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars hangen samen met een systeem van verplichte risicoverevening. Doordat zorgverzekeraars iedere burger moeten accepteren voor de basisverzekering lopen zij financiële risico's. Hierdoor bestaat de kans dat één of meer zorgverzekeraars een groot aantal ouderen, chronisch zieken of mensen met een hoog gezondheidsrisico moet(en) verzekeren. Om die zorgverzekeraars te compenseren, voorziet de Zorgverzekeringswet in een risicovereveningssysteem. Bij risicoverevening worden de financiële risico's over alle zorgverzekeraars gelijk verdeeld. De middelen tot dekking van de zorgverzekering komen uit het Zorgvereveningsfonds. Dit fonds wordt gevuld door inkomensafhankelijke bijdrage van verzekerde, een verplichte werkgeversbijdrage en een rijksbijdrage van de overheid. Uit het vereveningsfonds wordt onder andere de risicoverevening voor zorgverzekeraars bekostigd. Risicoverevening kan vooraf (ex-ante) en achteraf (ex-post) plaatsvinden. Bij ex-ante risicoverevening worden de risico's van verzekerden op basis van kenmerken, die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde, zo goed mogelijk ingeschat. Om onvolkomenheden in de ex-ante verevening op te vangen en om te corrigeren voor verschillen tussen geschatte en gerealiseerde verzekerdenaantallen wordt een ex-post risicoverevening toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van de kostenrealisaties. Deze laatste vorm van risicoverevening moet uitlijk in 2011 zijn afgebouwd. De recente veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel wekken nogal wat vragen in de politiek en media op. Ten eerste is de Zorgverzekeringswet een mengeling van publieke en private elementen. Een systeem wordt vaak óf publiek, waarbij burgers alle vrijheid hebben óf publiek vormgegeven, waarbij er geen ruimte is voor private partijen. De randvoorwaarden in de Zorgverzekeringswet, zoals de verzekeringsplicht voor burgers, de acceptatieplicht en het premiedifferentiatieverbod voor zorgverzekeraars, zijn elementen die meer bij een publieke dan bij een private zorgverzekering horen. Daarmee lijkt de Zorgverzekeringswet in een aantal opzichten van het gewijzigde algemene verzekeringsrecht af te wijken. De zorgverzekeringsoverkomst verschilt namelijk op enkele punten van een algemene verzekeringsovereenkomst. Ten tweede kent het risicovereveningssysteem

mogelijke conflictpunten met het Europese mededingingsrecht, met name op het gebied van staatssteun. Mededinging is een ander woord voor concurrentie. De Nederlandse Mededingingswet is gericht op versterking van de concurrentie op onder andere de zorgverzekeringsmarkt. Uitgangspunten van deze wet zijn het verbod op mededingingsbeperkende afspraken, het verbod van misbruik van (economische) machtsposities en de controle op concentraties. Het Europese mededingingsrecht richt zich, naast de uitgangspunten van de Mededingingswet ook op het corrigeren van nationale wetgeving of beleidsmaatregelen die de mededinging verstoren, zoals de controle op staatssteun. In het risicovereveningssysteem zit een vorm van staatssteun, die misschien niet geaccepteerd kan worden. Daarnaast lijkt de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars met een winstoogmerk met de zogenoemde Derde schadeverzekeringsrichtlijn te botsen. Vervolgens kan een verplichte deelname aan het risicovereveningssysteem een beperkende maatregel zijn voor buitenlandse zorgverzekeraars die zich op de zorgverzekeringsmarkt in Nederland willen begeven. Ten derde zijn voor zorgverzekeraars die in het oude stelsel geen winstoogmerk hadden (voormalige ziekenfondsen) de omstandigheden in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel veranderd, waardoor deze kleine zorgverzekeraars ten opzichte van grote zorgverzekeraars misschien teveel nadeel ondervinden van het nieuwe zorgstelsel. Een voormalig ziekenfonds in Den Haag, zorgverzekeraar Azivo, vindt bijvoorbeeld dat zij te weinig vergoeding krijgen voor dure verzekerden en dat andere zorgverzekeraars, die niet gecompenseerd hoeven te worden, wel een vergoeding ontvangen. Volgens deze zorgverzekeraar is er sprake van ongelijke concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt en zij vindt het risicovereveningssysteem niet acceptabel. Zorgverzekeraar Azivo is naar het Europese Hof van Justitie gestapt om het zorgstelsel aan te vechten. Het Hof moet in de zaak nog een uitspraak doen. Het doel van het onderzoek is na te gaan of het risicovereveningssysteem in strijd is met het Europese mededingingsrecht en hoe het systeem van risicoverevening in de praktijk werkt. De probleemstelling van het onderzoek luidt daarmee als volgt: *'Is het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet mogelijk in strijd met het mededingingsrecht en hoe werkt het risicovereveningssysteem in de praktijk?'*

De nadruk van het onderzoek ligt op het literatuuronderzoek in het theoretisch kader. De literatuurstudie en het juridisch bronnenonderzoek komen tot stand door een analyse van de geldende wet- en regelgeving op nationaal en Europees gebied, relevante rechtspraak en andere wetenschappelijke bronnen. In het praktijkonderzoek wordt nader onderzocht hoe het risicovereveningssysteem in de praktijk voor zorgverzekeraars werkt. Relevante organisaties, instellingen en zorgverzekeraars worden benaderd voor het afnemen van interviews.

Uit het onderzoek is gebleken dat het Nederlandse zorgstelsel in Europa nogal wat vragen oproept. Ten eerste vanwege het feit dat er in de Zvw sprake is van een vermenging van publieke en private elementen. Het nieuwe Nederlandse zorgstelsel is een sociaal verzekeringsstelsel dat wordt uitgevoerd door commerciële zorgverzekeraars die winst mogen maken. Het opleggen van verplichtingen aan zorgverzekeraars is niet onder de Derde schadeverzekeringsrichtlijn en niet onder het Europese mededingingsrecht per definitie zomaar acceptabel. Op bepaalde onderdelen van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen kan wel een inbreuk op de voorschriften worden gerechtvaardigd met een beroep op 'het algemeen belang' in algemene zin én op grond van artikel 54 van de Derde richtlijn in het bijzonder. Daarbij dient artikel 54 ruim te worden geïnterpreteerd, waardoor een privaatsysteem volgens de Europese Commissie gedeeltelijk of geheel kan fungeren voor een publieksysteem, zodat de wettelijke randvoorwaarden in de Zorgverzekeringswet gerechtvaardigd kunnen worden met een beroep op het algemeen belang. Het opleggen van verplichte deelname van zorgverzekeraars aan het risicovereveningssysteem kan onder het Europese mededingingsrecht ook niet direct worden goedgekeurd. Het Zorgvereveningsfonds in het risicovereveningssysteem wordt onder andere gefinancierd door een rijksbijdrage van de staat en moet worden aangemerkt als een staatssteunmaatregel in de zin van het eerste lid van artikel 87 van het EG-verdrag. Over de vraag of deze maatregel misschien als verboden staatssteun kan worden gezien, bestaat nog veel discussie. Staatssteun kan verboden zijn, wanneer de maatregel niet als verenigbaar met de gemeenschappelijke markt kan worden beschouwd. Ten aanzien van verboden staatssteun bestaan er een aantal uitzonderingen. Voor ondernemingen die 'belast zijn met het beheer van diensten van economische belang' kan staatssteun onder enkele voorwaarden worden gerechtvaardigd. De vraag is echter wat onder 'het beheer van diensten van algemeen economisch belang' moet worden verstaan en of zorgverzekeraars dergelijke diensten uitvoeren. Wanneer zorgverzekeraars inderdaad belast zijn met 'het beheer van diensten van economische belang', kan zorgverzekeraars staatssteun worden toegekend op grond van het tweede lid van artikel 86 van het EG-verdrag. De staatssteun is dan verenigbaar met het EG-verdrag, omdat deze steun noodzakelijk is voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en de steun de ontwikkeling van het handelsverkeer niet beïnvloedt in een mate die met het belang van de Europese Gemeenschap strijdig is. Volgens zorgverzekeraar Azivo gedooft de Europese Commissie echter ten onrechte een verkapte vorm van ongeoorloofde staatssteun in het Nederlandse zorgstelsel. Mocht het Europese Hof zorgverzekeraar Azivo in het gelijk stellen, dan kan het gevolg zijn dat Nederland het zorgstelsel moet ombouwen van een private verzekering naar een publiekstelsel en dan is Nederland weer terug bij af. Of het Nederlandse zorgstelsel houdbaar is in het licht van het mededingingsrecht is dus nog maar de vraag.

Summary

On January 1 2006 the health care system has been changed in Netherlands, including the health care insurance system. The general insurance law has been changed and the Health Care Insurance Law is introduced. The core of the new health care insurance system outlines de compulsory base insurance for everyone. The mirror image of this compulsory insurance is the acceptance duty for insurance companies. Insurance companies offer the compulsory base insurance for a fixed, but varying amongst insurance companies, premium, and are not allowed to differentiate the premiums according to health risks. The acceptance duty and the ban on premium differentiation for health care insurance companies go together with a system of compulsory risk equalization. Because insurance companies have to accept each citizen for the base insurance, they run financial risks. As a result it is possible that one or several insurance companies have to insure high numbers of senior citizens, chronically ill or people with high health risks. In order to compensate those health care insurance companies, the Health Care Insurance Law provides the risk equalization system. Risk equalization divides the financial risks amongst all insurance companies equally. The funds for the coverage of the health care insurance are derived from the Health Care Equalization Fund. This fund is comprised of the income-dependant contribution of the insured, a compulsory employers' contribution and a contribution of the government. The equalization fund contributes, amongst others, to the risk equalization for insurance companies. Risk equalization can take place in advance (ex-ante) or in retrospective (ex-post). With ex-ante risk equalization the risks of the insured are estimated based on the health characteristics of the insured. In order to overcome and correct inaccuracies in the ex-ante equalization for the differences between the estimated and realized numbers of insured, the ex-post risk equalization is used. With ex-post risk equalization the division of funds for the insurance companies is adjusted in retrospect based on cost realizations. Ex-post risk equalization has to end ultimately in 2011. The recent changes in the Dutch health care system have raised a fair amount of questions in politics and the media. First, the Health Care Insurance Law is a mixture of public and private elements. A system is usually either private, in which all citizens have complete freedom, or public, in which there is no room for private parties. The preconditions of the Health Care Insurance law, like the insurance duty for citizens, the acceptance duty and the premium differentiation ban for insurance companies, are elements which are more compatible with a public health care insurance rather than a private one. Due to that, the Health Care Insurance Law seems to deviate on a couple of points from the altered general insurance law. With respect to a couple of things, the health care agreement differs from the general insurance law. Secondly, the risk equalization has probable conflicts with the European competition law, especially regarding governmental support. The Dutch Competition law is aimed at strengthening the competition on, amongst others, the health

care market. The main elements of this law are: the ban on competition limiting agreements, the ban on the abuse of (economic) power and the control on conglomerates. The European Competition law aims at, besides the main elements of the Competition Law, correcting the national legislation or administrative measures that disrupt competition, like the control on governmental support. The risk equalization system contains a form of governmental support that is perhaps not acceptable. Besides that it seems that the execution of the Health Care Insurance Law by commercial insurance companies clashes with the so-called Third Damage Insurance Guideline. In addition, a compulsory participation in the risk equalization system can be a measure to limit the entrance of foreign insurance companies in the Dutch health care insurance market. Thirdly, circumstances for health care insurance companies that were non-profit in the former health care system have changed in such a way that these small insurance companies, compared to large companies, may experience too many disadvantages in the new system. A former non-profit insurance company from The Hague, Azivo, believes that they receive too little compensation for expensive clients, and other insurance companies that do not need to be compensated, do receive compensation. According to this insurance company there is no fair competition in the health care insurance market and the risk equalization system is not acceptable. Azivo went to the European Court of Justice to fight the health care system. The Court still has to make its final judgment. The goal of the investigation is to examine whether the risk equalization system clashes with the European competition law and to investigate how the risk equalization system works in practice. Therefore, the problem statement of the research is: *'Does the risk equalization system in the new Health Care Insurance Law possibly clash with the competition law and how does the risk equalization system work in practice?'*

The emphasis of the research is on literature research in a theoretical context. The literature study and the legal resource investigation is based on an analysis of the applying law and legislation in national and European area, relevant jurisdiction and other scientific resources. The practical research part deals with the practical implications for insurance companies of the risk equalization system. Relevant organization, institutions and health care insurance companies are interviewed.

Research shows that the Dutch health care system raises a lot of questions in Europe. First of all because the Health Care Insurance Law consists of public and private elements. The new Dutch health care system is a social security system that is being executed by commercial health care insurance companies that are allowed to make profit. Imposing obligations to health care insurance companies is not by definition acceptable by the Third Damage Insurance Guideline and the European Competition Law. Some parts of the European Damage Insurance Guidelines justify an infringement to the instructions by calling

on 'the public interest' in general and based on article 54 of the Third guideline in particular. Article 54 needs to be interpreted broadly; in such a way that a private system according to the European Commission can partly or completely function as a public system, through which the legal preconditions in the Health Care Insurance Law can be justified when calling on the public interest. The obligatory participation of insurance companies in the risk equalization system can under European Competition law not be directly approved. The Risk Equalization Fund in the Risk Equalization System is amongst others financed by a contribution from the state and needs to be recognized as a governmental subsidy in the first sentence of the first paragraph of article 87 of the European Community-treaty. There is still a lot of debate whether this measure could be labeled as illicit governmental support. Governmental support can be illegal when the measure is regarded as incompatible with the common market. With respect to illicit governmental support, a couple of exceptions exist. Under certain circumstances governmental support can be justified for companies that deal with 'the management of economically relevant services'. The question is what can be labeled as 'the management of economically relevant services' and whether health care insurance companies can provide such services. When health care insurance companies are indeed performing 'the management of economically relevant services', health care insurance companies can receive governmental support based on the second paragraph of article 86 of the European Community-treaty. The governmental support is then compatible with the European Community-treaty, because this support is necessary for the management of the economically relevant service and the support does not influence the development of the trade in a manner that contradicts the importance of the European Community. However, according to health care insurance company Avizo the European Commission unlawfully tolerates a form of governmental support in the Dutch health care system. If the European Court agrees with Avizo, the consequence could be that the Dutch health care system needs to be modified from a private insurance into a public system: exactly the way it was before. As a result, the question remains whether the Dutch health care system is compatible with the competition law.

1 Inleiding

Op 1 januari 2006 is het Nederlandse zorgstelsel aangepast, waarbij de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) is ingevoerd en het verzekeringsrecht in het algemeen is gewijzigd. De kern van het nieuwe zorgstelsel vormt de invoering van een verplichte basisverzekering voor iedereen die legaal in Nederland woont, waarbij de pakketsamenstelling van de basisverzekering vergelijkbaar is met het oude ziekenfondspakket. Een systeem van nominale zorgpremies moet de onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt versterken. Zorgverzekeraars, met of zonder winstoogmerk, voeren de verplichte basisverzekering uit tegen een vaste, maar per zorgverzekeraar variërende zorgpremie. Voor deze private zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht ten aanzien van de basisverzekering voor iedere burger met een verbod op premiedifferentiatie naar onder andere gezondheid en leeftijd¹. Deze acceptatieplicht hangt samen met een systeem van verplichte risicoverevening. Bij risicoverevening worden de financiële risico's, die zorgverzekeraars lopen door iedere burger te moeten accepteren, over alle zorgverzekeraars gelijk verdeeld. Door de acceptatieplicht bestaat de kans dat één of meer zorgverzekeraars een onevenredig groot aantal ouderen, chronisch zieken of mensen met een hoog gezondheidsrisico moet(en) verzekeren. Om die zorgverzekeraars te compenseren, voorziet de Zvw in een risicovereveningssysteem.

De recente veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel wekken nogal wat discussie in de politiek en media op. Ten eerste lijkt de Zvw in een aantal opzichten van het gewijzigde algemene verzekeringsrecht af te wijken. Door de acceptatieplicht en de verplichte deelname aan het systeem van risicoverevening kent de zorgverzekeringsovereenkomst in de Zvw een aanzienlijk aantal voorwaarden, waardoor de contractvrijheid tussen zorgverzekeraars en verzekerden wordt beperkt. Dit in tegenstelling tot de verzekeringsovereenkomst in het algemene verzekeringsrecht. Ten tweede is in de Zvw sprake van een vermenging van publieke en private elementen. Een systeem is vaak óf publiek, met alle vrijheid voor burgers, óf publiek, waarbij er geen ruimte voor private partijen is. Wanneer men kijkt naar de geplande randvoorwaarden van de verplichte basisverzekering, zoals de verzekeringsplicht voor burgers, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie voor zorgverzekeraars, dan komt men voorwaarden tegen die meer bij een publieke dan bij een private zorgverzekering horen. Ten derde kent het risicovereveningssysteem mogelijk conflictpunten met het Europese mededingingsrecht en nadere wet- en regelgeving². De uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars met een winstoogmerk (voormalige particuliere

¹ Exter, den, A.P., (2003). *Basisverzekering stuit op Gemeenschapsrecht. Stelsel herziening binnen Europese Unie. Zorgvisie* 1 maart 2003, nr. 3, jaargang 33. P. 1.

² Exter, den, A.P., (2003). *Basisverzekering stuit op Gemeenschapsrecht. Stelsel herziening binnen Europese Unie. Zorgvisie* 1 maart 2003, nr. 3, jaargang 33. P. 1.

zorgverzekeraars) lijkt namelijk met de zogenoemde Europese Derde schadeverzekeringsrichtlijn te botsen. Daarnaast is een verplichte deelname in een risicovereveningssysteem een beperkende maatregel voor buitenlandse zorgverzekeraars, die zich op de Nederlandse zorgverzekeringmarkt willen begeven. Het vrije verkeer van diensten kan op deze manier worden belemmerd. Ook voor zorgverzekeraars zonder winstoogmerk (voormalige ziekenfondsen) zijn in het nieuwe Nederlandse zorgstelsel de omstandigheden veranderd, waardoor deze kleinere zorgverzekeraars ten opzichte van grotere (voormalige particuliere) zorgverzekeraars nadeel zouden kunnen ondervinden. Een kleinere zorgverzekeraar in Den Haag vindt bijvoorbeeld dat ze te weinig vergoeding krijgen voor dure verzekerden en dat andere zorgverzekeraars, die niet gecompenseerd hoeven te worden, wel een vergoeding ontvangen. Volgens deze zorgverzekeraar is er sprake van ongelijkheid van concurrentie op de zorgverzekeringmarkt en zij vindt het risicovereveningssysteem in de Zvw niet acceptabel. De volgende casus illustreert deze kritiek:

Zorgverzekeraar stapte naar Europees Hof om zorgstelsel³

Verzekeraar Azivo gaat het zorgstelsel aanvechten bij het Europees Hof van Justitie. De zaak kan vergaande consequenties krijgen voor Nederland.

Senatoren waarschuwden vorig jaar met klem: het nieuwe zorgstelsel van minister Hoogervorst (Volksgezondheid, VVD) kan door het Europese Hof van Justitie onderuit worden gehaald. De kans dat dit nu gaat gebeuren, is een stuk groter geworden nu zorgverzekeraar Azivo de Europese Commissie voor het Hof sleept met als inzet het nieuwe Nederlandse zorgstelsel. Volgens Azivo gedooft de Commissie ten onrechte een verkapte vorm van staatssteun die in het stelsel zit. Mocht het Hof Azivo in het gelijk stellen, dan kan het gevolg zijn dat Nederland het zorgstelsel alsnog moet ombouwen van een private verzekering naar een publiek stelsel. En dan is Hoogervorst dus terug bij af.

De Haagse verzekeraar stelt dat staatssteun verwerkt zit in het solidariteitsfonds, een van de pijlers van de nieuwe zorgverzekering. Dat zogenoemde risicovereveningsfonds zorgt ervoor dat verzekeraars van de overheid een compensatie krijgen voor klanten waar ze anders verlies op zouden maken, zoals ouderen en zieken.

De Rotterdamse hoogleraar Wynand van de Ven, specialist op dit gebied, noemt het risicovereveningsstelsel 'de achilleshiel' van de nieuwe zorgverzekering. 'Als dat goed is geregeld, werkt het zorgstelsel goed. Maar zodra de risicoverevening niet werkt, gaat het fout met het hele zorgstelsel. We zitten in Nederland op het randje.' Voor diabetespatiënten bijvoorbeeld ontvangen verzekeraars een goede compensatie, maar volgens hem voor mensen met een depressie niet. 'Zo zitten er nog meer onvolkomenheden in die risicoverevening en daar kunnen verzekeraars met veel van zulke verzekerden last van ondervinden', zegt Van de Ven. De hoogleraar wijst op Zwitserland. Daar bestaat al langer een zorgstelsel dat vergelijkbaar is met het Nederlandse. Maar daar werkt de

³ NRC Handelsblad, 23 mei 2007. Den Haag. *Zorgverzekeraar stapte naar Europees Hof om zorgstelsel.*

risicoverevening nog veel slechter, zegt Van de Ven. 'Daar zie je dat verzekeraars er belang bij hebben om kwetsbare groepen te weigeren.'

De Europese Commissie oordeelde eerder dat het compenseren van verzekeraars neerkomt op staatssteun. Het verlenen van staatssteun aan commerciële bedrijven is op de Europese vrije markt verboden omdat het tot oneerlijke concurrentie leidt. De Commissie vond deze vorm van staatssteun, bij wijze van uitzondering, echter aanvaardbaar. Azivo bestrijdt dat nu in de rechtszaak die het 13 maart 2007 al aanhangig maakte.

Azivo is voortgekomen uit de arbeidersbeweging en heeft veel verzekerden uit de Haagse achterstandswijken. Advocaat Van der Wal zegt dat zorgverzekeraars in grote steden te maken hebben met hogere claims van klanten. 'De categorie van oud-ziekenfondsverzekerden doet een groter beroep op de verzekeraar dan de voormalig particulier verzekerden. Die verschillen worden onvoldoende weggepoetst. Daarbij gaat het gaat om vele miljoenen. Azivo komt geld tekort, dat terechtkomt bij anderen.' Verzekeraars die het volgens hem minder nodig hebben krijgen ongeoorloofde staatssteun.

Azivo voert in de rechtszaak ook aan dat het verbod op premiedifferentiatie in het zorgstelsel in strijd is met de Europese schaderichtlijn. Verzekeraars mogen aan oudere en zieke mensen die doorgaans meer zorg nodig hebben, geen hogere premie vragen. Zo'n verbod is gezien de Europese regels, onhoudbaar op een markt waar commerciële verzekeraars met elkaar moeten concurreren, meent Azivo. Het verbod op premiedifferentiatie vindt hoogleraar Van de Ven inderdaad op 'Europees drijfzand' gebaseerd. Minister Hoogervorst baseert zich op een brief van de vroegere eurocommissaris Frits Bolkestein. Die schreef in wat inmiddels 'de Bolkestein-brief' is gaan heten: 'Ik geloof dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie gerechtvaardigd zouden kunnen zijn, omdat zij noodzakelijk lijken te zijn om de legitieme doelen van de Nederlandse regering te realiseren.' Van de Ven vindt dat een bijzonder zwakke en vage redenering. Naar verwachting doet het Hof van Justitie over anderhalf jaar uitspraak.

1.1 Doel van het onderzoek, probleemstelling en deelvragen

Na aanleiding van het gewijzigde Nederlandse zorgstelsel komen er ten aanzien van de invoering van de Zvw verschillende problemen naar voren. Het eerste probleem is dat de Zvw lijkt af te wijken van het gewijzigde algemene verzekeringsrecht. Ten tweede is er sprake van enkele conflictpunten in verband met het Europese mededingingsrecht en de Derde Europese schadeverzekeringsrichtlijn. Tenslotte kunnen er vraagtekens worden gezet bij de zuiverheid van het risicovereveningssysteem in de Zvw. Het doel van het onderzoek is te onderzoeken of het risicovereveningssysteem in de Zvw mogelijk in strijd is met het mededingingsrecht en hoe het systeem van risicoverevening in de praktijk werkt. Wanneer het risicovereveningssysteem niet verenigbaar met het mededingingsrecht blijkt te zijn, dan kan het zo zijn dat Nederland het zorgstelsel alsnog moet ombouwen van een private zorgverzekering naar een publiek stelsel. De probleemstelling van het onderzoek luidt: *'Is het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet mogelijk in strijd met het mededingingsrecht en hoe werkt het risicovereveningssysteem in de praktijk?'*

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, moet eerst antwoord worden gegeven op de volgende deelvragen:

- 1) Wat houden de nieuwe Zorgverzekeringswet en nadere wet- en regelgeving, in relatie tot het risicovereveningssysteem, in?
- 2) Wat houdt het mededingingsrecht, in relatie tot het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet, in?
- 3) Hoe werkt het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet in de praktijk voor zorgverzekeraars?

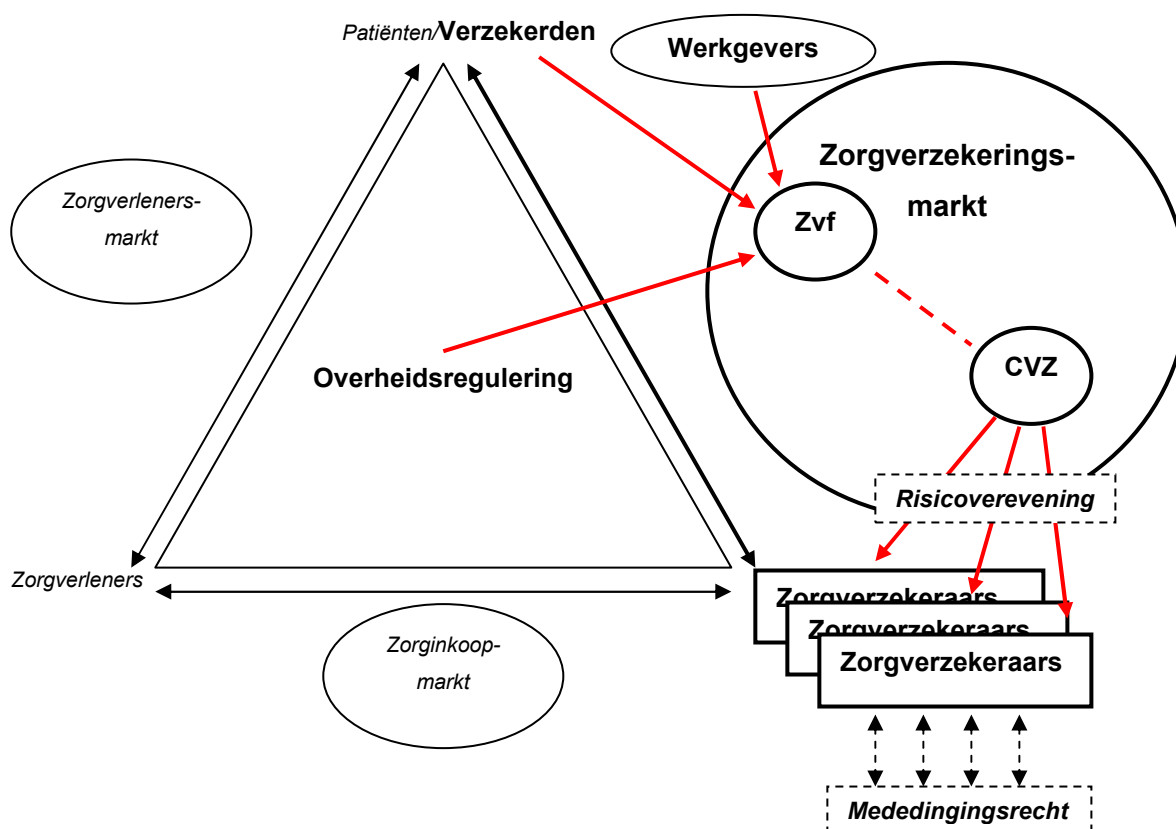
1.2 Conceptueel model

Om inzicht te krijgen in de kennis die nodig is om het doel van het onderzoek te bereiken en de probleemstelling en de bijbehorende deelvragen te kunnen beantwoorden, wordt de probleemsituatie van het onderzoek aan de hand van een conceptueel model geanalyseerd, zie onderstaand figuur 1. Een dergelijk model geeft een afbakening van het onderzoekselement, de selectie van de eigenschappen en de relaties tussen deze eigenschappen weer⁴. In de Nederlandse zorgsector kunnen drie soorten markten worden onderscheiden, namelijk de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt, waarbij het zorgstelsel vaak wordt beschreven als een driehoeksverhouding tussen burger, zorgverlener en zorgverzekeraar met enige vorm van overheidsregulering⁵. Met de zorgverleningsmarkt wordt de verhouding tussen burger en zorgverlener bedoeld. Hierbij kan worden gedacht aan een bezoek aan de huisarts. De zorgverlener maakt met zorgverzekeraars afspraken en sluit contracten op de zorginkoopmarkt. De zorgverzekeringsmarkt bepaalt de verhouding tussen verzekerde en zorgverzekeraar. Op deze markt kiest de burger de zorgverzekeraar die zijn voorkeur heeft. Dit onderzoek heeft alleen betrekking op de zorginkoopmarkt en daarom worden de zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt buiten beschouwing gelaten.

⁴ Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M., (1997). *Methoden en technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese. P. 42.

⁵ Maarse, J. (2001). *De hervorming van de gezondheidszorg. Enkele politieke aspecten*. Blad bestuurskunde, jaargang 10, nr. 5. P. 187-188.

Figuur 1: Het Nederlandse zorgstelsel, met de nadruk op het risicovereveningssysteem



In het conceptueel model is aan de rechterkant van het figuur weergegeven welke verbanden er op de zorgverzekeringsmarkt voor het risicovereveningssysteem in de Zvw van belang zijn. De zorgverzekeraar heeft met de verzekerde een zorgverzekeringsovereenkomst afgesloten. Hiervoor betaalt de verzekerde per maand een nominale zorgpremie, die door de zorgverzekeraar is vastgesteld, aan de zorgverzekeraar. Daarnaast betaalt de verzekerde een inkomensafhankelijke premie aan het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Naast de premies van verzekerden wordt het Zorgvereveningsfonds nog gevoed door een rijksbijdrage van de overheid en een verplichte werkgeversbijdrage. De werkgeversbijdrage bedraagt de helft van de inhoud van het Zorgvereveningsfonds. Uit het Zorgvereveningsfonds worden de zorgpremies voor kinderen onder de 18 jaar betaald. Daarnaast verdeelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) via transparante en objectieve criteria de middelen uit het Zorgvereveningsfonds over de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars krijgen uit het vereveningsfonds een uitkering voor de verevening van ongelijke risico's in hun verzekeringsportefeuille. Dit wordt risicoverevening genoemd. Dit is in grote lijnen de werking van het risicovereveningssysteem in de Zvw. Daarnaast hebben zorgverzekeraars te maken met het mededingingsrecht.

1.3 Onderzoeksopzet

Het onderzoek naar het risicovereveningssysteem gebeurt op empirische basis en is van kwalitatieve aard. Bij een empirisch onderzoek worden ideeën aan de werkelijkheid getoetst⁶. Het onderzoek is kwalitatief, vanwege de manier van informatieverzameling, de data-analyse en het karakter van de onderzoeksopzet. De benodigde informatie wordt voornamelijk verzameld door middel van een literatuurstudie en een juridisch bronnenonderzoek. Vanwege het recente karakter van het onderzoeksobject worden ook enkele recente internetbronnen en krantenartikelen geraadpleegd. De data worden geanalyseerd door het aandachtig lezen en herlezen van methodologische en theoretische stukken en het schrijven en herschrijven van de geraadpleegde bronnen. Typisch voor een kwalitatieve opzet, en ook voor dit onderzoek, is dat het verzamelen van informatie en het analyseren van deze data elkaar steeds afwisselen⁷. Met behulp van interviews met respondenten van verschillende organisaties, instellingen en zorgverzekeraars wordt naar aanvullende informatie op het theoretisch kader gezocht en een antwoord gegeven op derde deelvraag. Het theoretisch kader en het praktijkonderzoek geven uiteindelijk samen een antwoord op de probleemstelling.

1.4 Opbouw van het onderzoek

Het onderzoek is als volgt opgebouwd. Het theoretische gedeelte, waarop in dit onderzoek de nadruk ligt, bestaat uit twee verschillende hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk van het theoretisch kader staat het risicovereveningssysteem centraal. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste elementen, die voor het risicovereveningssysteem noodzakelijk zijn, van het Zvw uitgelegd. Daarna komt het risicovereveningssysteem zelf aan bod. Omdat een zorgverzekeringsovereenkomst in enkele opzichten afwijkt van een algemene verzekeringsovereenkomst, wordt kort het verzekeringsrecht in het algemeen aangehaald. Het tweede hoofdstuk gaat over het nationale en Europese mededingingsrecht, waarbij met name het aspect 'staatssteun' uitgebreid aan bod komt. In het vierde hoofdstuk wordt ingegaan op de methoden van onderzoek, waarbij de aanpak van het praktijkonderzoek wordt uitgelegd. Hoofdstuk vijf geeft de resultaten van het onderzoek weer. Gevolgd in het zesde hoofdstuk door een conclusie en in het zevende, en tevens laatste hoofdstuk, worden de gevonden resultaten bediscussieerd. Daarnaast worden er in dit laatste hoofdstuk enkele aanbevelingen gedaan. Aan het einde van het onderzoek is een lijst van afkortingen en een literatuurlijst toegevoegd en worden de vragenlijsten van de interviews in de bijlagen weergegeven.

⁶ Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M., (1997). *Methoden en technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese. P. 17.

⁷ Maso, I., Smaling, A., (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom. P. 20.

2 Het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet

Het risicovereveningssysteem in de Zvw staat centraal in dit onderzoek. Om te kunnen begrijpen wat het systeem van risicoverevening inhoudt en hoe het werkt, is het van belang om eerst enkele belangrijke begrippen uit de Zvw uit te leggen. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk komen de, voor het risicovereveningssysteem, belangrijkste bepalingen uit de Zvw aan bod. Daarna wordt in de tweede paragraaf ingegaan op het risicovereveningssysteem, waarbij het Zorgvereveningsfonds en twee verschillende vormen van risicoverevening worden toegelicht. De derde en tevens laatste paragraaf van dit hoofdstuk gaat over het algemene verzekeringsrecht, omdat een zorgverzekering op enkele punten verschilt van andere verzekeringen.

2.1 De nieuwe Zorgverzekeringswet

De Zvw is een wettelijke regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking⁸. De verschillende artikelen van de Zvw worden in de Memorie van Toelichting (MvT) bij de Zvw uitgebreid toegelicht. In het Besluit Zorgverzekering zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zvw⁹. In dit besluit zijn definitiebepalingen, de werking van de risicovereveningsregeling¹⁰, aanspraken van verzekerden inzake het te verzekeren pakket en de no-claimteruggave opgenomen¹¹. In de Regeling Zorgverzekering zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zvw en van het Besluit Zorgverzekering¹². In deze regeling zijn definitiebepalingen en nadere regels met betrekking tot de prestaties, de risicoverevening, het Zorgvereveningsfonds, de inkomensafhankelijke bijdrage, het College toezicht, de gegevensverstrekking, de overgangsbepalingen en slotbepalingen neergelegd¹³.

Het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg krijgt vorm door de risico- en inkomenssolidariteit. De risicosolidariteit is gewaarborgd door een plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket, waarbij een verbod op premiedifferentiatie naar aan de persoon gerelateerde factoren geldt. Daarbij hoort een risicovereveningssysteem dat zorgverzekeraars compenseert voor verschillen in het risicoprofiel bij verzekerden. De inkomenssolidariteit wordt vormgegeven door de invoering van een inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringsplichtigen en een eventuele wettelijke zorgtoeslag¹⁴. Daarnaast zijn werkgevers verplicht aan hun werknemers een vergoeding over de door deze werknemers

⁸ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 1.

⁹ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

¹⁰ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389. *Nota van Toelichting. Algemeen.*

¹¹ De no-claimteruggave wordt per 1 januari 2008 afgeschaft. Hier komt een verplicht eigen risico voor in de plaats.

¹² Regeling Zorgverzekering, 1 september 2005, Stcrt. 2005, 171.

¹³ Regeling Zorgverzekering, 1 september 2005, Stcrt. 2005, 171. *Toelichting. Algemeen.*

¹⁴ Burgers voor wie de hoogte van de nominale premie, gezien hun inkomenssituatie, problematisch is, kunnen op grond van de Wet op de zorgtoeslag voor een zorgtoeslag in aanmerking komen.

over het loon verschuldigde inkomensafhankelijke bijdrage te verstrekken¹⁵. Om uit te leggen wat het risicovereveningssysteem is en hoe dit systeem werkt, is het noodzakelijk om eerst in te gaan op de begrippen die de risico- en inkomenssolidariteit waarborgen.

2.1.1 Verzekeringplicht voor burgers

De Zvw legt in beginsel een verzekeringplicht op voor iedereen die is verzekerd ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (art. 2 Zvw). Dit houdt in dat iedereen die legaal in Nederland woont, verplicht wordt om een zorgverzekering tegen ziektekosten af te sluiten. Burgers kunnen voor zichzelf, maar ook voor hun partner en kinderen een zorgverzekering afsluiten. Ook een werkgever kan voor zijn werknemers een zorgverzekering of een wettelijke vertegenwoordiger of curator voor degenen die niet de verzekeringsovereenkomst kunnen of mogen afsluiten, een zorgverzekering afsluiten. In ieder geval kan niemand zich aan de verzekeringplicht onttrekken. Mensen die op grond van hun geloofsovertuiging bezwaar hebben tegen elke vorm van verzekeren kunnen van de zorgverzekering worden uitgezonderd. In plaats van de inkomensafhankelijke bijdrage van verzekeringplichtigen zijn deze mensen, zogenaamde gemoedsbezwaarden, een verhoogd bedrag aan inkomstenbelasting verschuldigd. De hoogte van deze vervangende belasting is gelijk aan de inkomensafhankelijke bijdrage die gemoedsbezwaarden zouden hebben moeten betalen, indien zij wél verzekeringplichtig zouden zijn geweest. De burgers hebben bij het verplicht afsluiten van de zorgverzekering de vrije keuze uit alle zorgverzekeraars die deze zorgverzekering in hun provincie uitvoeren. De verzekerde is verplicht aan de gekozen zorgverzekeraar de nominale premie, die de zorgverzekeraar zelf heeft vastgesteld, te voldoen. De verzekerde kan ten minste één keer per jaar, namelijk op 1 januari, voor een andere zorgverzekeraar kiezen, maar bij tussentijdse verhoging van de premie is directe overstap ook mogelijk¹⁶. De nieuwe zorgverzekering moet uiterlijk 31 januari van het volgende jaar afgesloten zijn. Met terugwerkende kracht is de ingangsdatum van de zorgverzekering dan 1 januari van het betreffende jaar¹⁷. De Zvw biedt hiermee de mogelijkheid van mobiliteit voor de verzekerden die gelijk is aan de mobiliteit in de ziekenfondsverzekering, maar groter is dan in de particuliere ziektekostenverzekering. De burger kan zijn keuze voor een zorgverzekeraar baseren op de wijze waarop de zorgverzekeraar invulling geeft aan zijn zorgplicht, aan het wettelijk omschreven te verzekeren pakket, de hoogte van de nominale premie die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden in rekening brengt en de service die de zorgverzekeraar aan zijn verzekerden verleent. Daarnaast moet de verzekerde overwegen of hij ervoor kiest om een (vrijwillig)

¹⁵ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 17.

¹⁶ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 35.

¹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dossier. *Veranderingen in de zorg 2008*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

eigen risico¹⁸ te nemen. Dat de zorgverzekering ten minste één keer per jaar kan worden opgezegd, belemmert de vrijheid van de zorgverzekeraar. Deze mogelijk is echter ter bescherming van het algemeen belang wel noodzakelijk, omdat zonder deze regel er een risico bestaat dat verzekerden niet vaak genoeg van zorgverzekeraar kunnen wisselen, met als gevolg dat de beoogde concurrentie tussen zorgverzekeraars onvoldoende tot stand kan komen. Aan de andere kant wordt de vrijheid voor de verzekerde beperkt, doordat de verzekerde bij een door de wetgever opgelegde pakketverslechtering gedurende een kalenderjaar niet mag opzeggen. De reden daarvan is dat opzegging in dit geval weinig zin heeft, aangezien alle zorgverzekeraars de nieuwe pakketvoorwaarden in hun zorgverzekeringen moeten verwerken, zodat de verzekerde ook bij iedere andere zorgverzekeraar met de pakketbeperking geconfronteerd wordt. Burgers zijn wettelijk verplicht om ervoor te zorgen dat zij zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen vier maanden nadat zij verzekeringsplichtig zijn geworden, een zorgverzekering afsluiten¹⁹. Burgers die zich niet binnen de voorgeschreven termijn verzekeren, zijn een boete verschuldigd. Iemand die nalaat een zorgverzekering af te sluiten, is zelf aansprakelijk voor de kosten van zorg die aan hem zijn verleend tijdens de periode van nalatigheid. Daarenboven verliest een burger die zich niet verzekert daarmee zijn eventuele aanspraak op een uitkering ingevolge de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) voor de niet-verzekerde periode. De boete en het vervallen van het recht op de zorgtoeslag gelden niet, indien men niet-verwijtbaar heeft nagelaten zich te verzekeren²⁰.

2.1.2 Acceptatieplicht voor zorgverzekeraars

Als spiegelbeeld van de verzekeringsplicht voor burgers regelt de Zvw de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars (art. 3 Zvw). Dit houdt in dat de zorgverzekeraar voor alle verzekeringsplichtigen, die in zijn werkgebied wonen, een zorgverzekering af moet sluiten. Het werkgebied van een zorgverzekeraar is in principe heel Nederland, maar als een zorgverzekeraar minder dan 850.000 verzekerden heeft, mag hij zijn werkgebied beperken tot één of meer provincies in Nederland. Het selecteren van burgers op medische risico's of andere verzekerdenkernmerken is niet toegestaan. De acceptatieplicht geldt voor alle zorgverzekeraars die werken in de provincie waar de verzekeringsplichtige woont, waardoor deze burger een vrije keuze tussen die zorgverzekeraars krijgt²¹. Iedere zorgverzekeraar moet ook in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen accepteren. Zorgverzekeraars kunnen geen zorgverzekering afsluiten voor niet-verzekeringsplichtigen en voor burgers die in een andere provincie van Nederland wonen, dan de provincie(s) waarover hun werkgebied

¹⁸ Per 1 januari 2008 wordt de no-claimteruggave afgeschaft. Hier komt een *verplicht* eigen risico voor in de plaats.

¹⁹ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 36.

²⁰ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 37.

²¹ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 84.

zich uitstrekt²². De artikelen 19 en 20 van de Europese socialezekerheidsverordening nr. 1408/71²³ geven de in een andere EU-lidstaat wonende verzekeringsplichtigen soms ook de mogelijkheid te kiezen voor de prestaties van hun woonland²⁴. Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om verschillende varianten van zorgverzekeringen aan te bieden. Deze varianten kunnen op het punt van de te verzekeren prestaties van elkaar verschillen. De zorgverzekeraar kan per verzekerde vorm van zorg, of een daarmee verband houdende andere dienst, bepalen of hij deze zorg of dienst levert, laat leveren (natura) of dat hij de kosten daarvan vergoedt (restitutie), waarbij hij ook mag besluiten om op dit onderdeel meerdere varianten aan te bieden. Daarnaast kunnen de varianten van zorgverzekeringen verschillen naar het aantal zorgaanbieders, waarbij de verzekerde terecht kan. Wanneer er sprake is van restitutie zonder dat er een overeenkomst is tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder, dan heeft een verzekerde een vrije keuze tussen verschillende zorgaanbieders. Heeft de zorgaanbieder daarentegen contracten met bepaalde zorgaanbieders gesloten, dan kan de zorgverzekeraar eisen dat de verzekerde zijn zorg van die zorgaanbieders betreft. De zorgverzekeraar mag de premie zelf vaststellen en mag deze af laten hangen van de verhouding tussen natura en restitutie of van de mate van keuzevrijheid van de verzekerde tussen zorgaanbieders. De zorgverzekeraar heeft de vrijheid om in de ene provincie een andere set varianten van zorgverzekeringen aan te bieden dan in de andere provincie²⁵. Een zorgverzekeraar kan besluiten in bepaalde provincies zorgaanbieders te contracteren en met een naturastelsel te werken en in de overige provincies zorgverzekeringen op restitutiebasis aan te bieden, zonder dat verzekerden daarbij naar een gecontracteerde zorgaanbieder toe moeten gaan. Tegenover deze vrijheid voor de zorgverzekeraar staat de vrijheid van de verzekeringnemer om uit alle varianten te kiezen die alle zorgverzekeraars in de woonprovincie van de verzekeringsplichtige aanbieden. Op deze manier wordt de concurrentie tussen zorgverzekeraars bevorderd en kunnen zorgverzekeraars niet op risico's selecteren, indien zij bepaalde varianten van de zorgverzekering zouden kunnen voorbehouden aan bepaalde groepen verzekeringsplichtigen²⁶.

2.1.3 Verbod op premiedifferentiatie

Per polisvariant geldt één nominale premie, die door de zorgverzekeraar zelf mag worden vastgesteld. De hoogte van de premie is één van de middelen om te concurreren met andere zorgverzekeraars. Burgers voor wie de hoogte van de nominale premie, gezien hun

²² Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 85.

²³ Per 1 januari 2008 wordt de Verordening 1408/71 vervangen door de Verordening 883/2004. Beide Verordeningen vormen het referentiepunt ten aanzien van de coördinatie van de socialezekerheidsstelsel van de EU-lidstaten.

²⁴ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 89.

²⁵ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 86.

²⁶ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 87.

inkomenssituatie, problematisch is, kunnen op grond van de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) voor een zorgtoeslag in aanmerking komen. Premiedifferentiatie door zorgverzekeraars is niet toegestaan bij de verplichte basisverzekering (art. 17 lid 2 Zvw). Iedere verzekerde die eenzelfde polisvariant afsluit, betaalt voor deze variant dezelfde nominale premie. Naast de betaling van de nominale premie aan de zorgverzekeraar is de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage aan de overheid verschuldigd. Deze bijdrage wordt ingehouden op de loon of de uitkering van de verzekerde²⁷.

2.1.4 Te verzekeren risico en prestaties

In art. 10 Zvw wordt geregeld welke vormen van zorg met de daaraan verbonden diensten in de zorgverzekering moeten worden opgenomen, namelijk geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, verblijf in verband met geneeskundige zorg en vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten op grond van de Zvw of de AWBZ²⁸. Door de opname van deze vormen van zorg in de polis wordt het te verzekeren risico het verzekerde risico. Alleen indien een in art. 10 Zvw verzekerd risico zich bij de verzekerde voordoet, kan de verzekerde rechten aan de zorgverzekering ontlenen. Daarmee staat echter nog niet vast dat recht bestaat op een prestatie, waarmee de behoefte aan zorg of de overige diensten vervuld kan worden. Het zich voordoen van het verzekerde risico is wél een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het recht op een verzekerde prestatie. Dit laatste wordt bij en krachtens de artt. 11 tot en met 14 Zvw bepaald²⁹. Art. 11 Zvw regelt welke prestaties de zorgverzekering bevat en wordt als één van de kernbepalingen van de Zvw gezien. Het artikel regelt de zorgplicht, die op de zorgverzekeraar berust. De zorgverzekeraar moet invulling geven aan bepaalde vormen van zorg of diensten³⁰.

2.2 Het risicovereveningssysteem

Binnen de voormalige Ziekenfondswet (Zfw) is ervaring opgebouwd met een risicovereveningssysteem voor ziekenfondsverzekerden. De risicoverevening binnen de Zvw bouwt hierop voort, waarbij op enkele punten aanpassingen zijn gedaan. De Directie Zorgverzekeringen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor de totstandkoming van de risicoverevening binnen de Zvw³¹. Private zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering, binnen de

²⁷ Beerepoot, C.C., Cremers, N.J.E.G., (2005). *Vraagbaak Zorgverzekeringswet*. Onderdeel B 8-1: *Totstandkoming en inhoud Zvw. De premie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

²⁸ Cremers, N.J.E.G., Groot, de, G.J., (2006). *Handboek Zorgverzekeringen. De Zorgverzekeringswet in de praktijk*. Den Haag: Sdu Uitgevers. P. 44.

²⁹ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3. P. 101-102.

³⁰ Cremers, N.J.E.G., Groot, de, G.J., (2006). *Handboek Zorgverzekeringen. De Zorgverzekeringswet in de praktijk*. Den Haag: Sdu Uitgevers. P. 44.

³¹ Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Februari 2006. P. 9.

gestelde randvoorwaarden door de overheid: een betaalbare, toegankelijke gezondheidszorg van voldoende kwaliteit³². In een volledige vrije zorgverzekeringsmarkt, zonder door de overheid gestelde randvoorwaarden, hebben zorgverzekeraars verschillende instrumenten om hun werkzaamheden te optimaliseren door middel van risicoselectie, premiestelling, doelmatige (zorg)inkoop en een efficiënte bedrijfsvoering. Het belangrijkste uitgangspunt is, dat zorgverzekeraars aan hun verzekerden premies in rekening kunnen brengen, die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de zorgverzekeraar vormt³³. Dit wordt ook wel het equivalentiebeginsel genoemd³⁴. Binnen de kaders van de Zvw is echter geen sprake van een dergelijke volledige vrije zorgverzekeringsmarkt en is deze markt wel aan randvoorwaarden gebonden. De Zvw legt zorgverzekeraars een acceptatieplicht (art. 3 Zvw) en een premiedifferentiatieverbod naar verzekerdenkenmerken op (art. 17 lid 2 Zvw). Hiermee wordt het equivalentiebeginsel buiten werking gesteld. Zonder aanvullende maatregelen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie. Zorgverzekeraars met een ongezonde populatie zijn haast gedwongen een hogere premie te vragen aan hun verzekerden, dan zorgverzekeraars met een gezonde populatie. Zorgverzekeraars hebben op deze manier geen gelijk uitgangspunt, waardoor ongelijke concurrentie kan ontstaan. Risicoverevening is noodzakelijk om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben³⁵. Naast het bereiken van een gelijk uitgangspunt tussen zorgverzekeraars is risicoverevening ook belangrijk voor het waarborgen van een goede toegankelijkheid van een zorgverzekering voor alle burgers. Door de wettelijke acceptatieplicht voor zorgverzekeraars is directe risicoselectie niet mogelijk. Vanwege het feit dat voor alle verzekerden met dezelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, leidt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan ertoe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de wettelijke acceptatieplicht, proberen ongezonde risico's te mijden. Deze ongewenste prikkel tot indirecte risicoselectie wordt gematigd door een risicovereveningssysteem. Door het risicovereveningssysteem zijn verzekerdenkenmerken niet langer bepalend voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar. De mogelijkheden om premies te differentiëren, zijn teruggebracht, waardoor andere instrumenten voor zorgverzekeraars, zoals de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiency van de uitvoering van de zorgverzekering, interessanter worden. Hiermee ontstaat voor zorgverzekeraars een extra prikkel om zich te richten op het

³² Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

³³ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

³⁴ Volgens het equivalentiebeginsel wordt de door de verzekeringnemer te betalen premie gerelateerd aan het risico dat hij door de verzekering zoekt te dekken.

³⁵ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

betaalbaar houden van de zorg, om op deze manier via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te creëren³⁶.

2.2.1 Het Zorgvereveningsfonds

De middelen tot dekking van de kosten van de zorgverzekering komen uit het Zorgvereveningsfonds. Het Zorgvereveningsfonds, dat beheerd wordt door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), wordt gevoed door de inkomensafhankelijke bijdragen van verzekerden die door de Belastingdienst via de werkgever of de uitkeringsinstantie worden geïnd, de jaarlijkse rijksbijdrage van de overheid en de verplichte werkgeversbijdrage³⁷. Uit het Zorgvereveningsfonds worden de zorgpremies van kinderen onder de 18 jaar betaald en de risicoverevening voor zorgverzekeraars bekostigd.

2.2.2 Ex-ante risicoverevening

Er kunnen twee vormen van risicoverevening worden onderscheiden, namelijk een risicoverevening vooraf (ex-ante) en een risicoverevening achteraf (ex-post). Om de prikkel tot doelmatig handelen van zorgverzekeraars te bewerkstelligen, in combinatie met risicoverevening, is een systeem van ex-ante risicoverevening ingevoerd³⁸. In dit systeem worden niet de verschillen in kosten gecompenseerd, maar de risico's van verzekerden worden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde zo goed mogelijk ingeschat. Deze kenmerken dienen als basis voor de bijdrage die zorgverzekeraars krijgen uit het Zorgvereveningsfonds. Naast deze bijdrage kunnen zorgverzekeraars bij hun verzekerden een nominale premie in rekening brengen, waarvan zorgverzekeraars de hoogte zelf kunnen bepalen. Elke zorgverzekeraar die in Nederland een zorgverzekering aanbiedt, ontvangt aan het begin van het jaar een genormeerde bijdrage, die is afgestemd op de gezondheidsrisico's van de verzekerden in zijn portefeuille. Deze bijdrage is gelijk aan de verwachte kosten van aanspraken, waardoor de zorgverzekeraar de prikkel om doelmatig met de verkregen middelen om te gaan behoudt. Door doelmatig zorg in te kopen en de zorgverzekering doelmatig uit te voeren, kan de zorgverzekeraar zijn nominale premie laag houden en zo nieuwe verzekerden aantrekken. Het ex-ante risicovereveningssysteem kent eigenlijk twee doelstellingen, namelijk het *verdelingsaspect*, waarbij de verdeling van het Zorgverzekeringsfonds over zorgverzekeraars zodanig moet plaatsvinden dat verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulaties bij zorgverzekeraars worden verevend en het *doelmatigheidsaspect*, zodat zorgverzekeraars, die doelmatig omgaan met de middelen die zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen, een

³⁶ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

³⁷ Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2006. P. 9.

³⁸ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

voordeel kunnen behalen dat zij tot uitdrukking kunnen brengen in een lagere nominale premie³⁹.

Bij risicoverevening wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende categorieën van prestaties, te weten⁴⁰:

- *variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp* (geneeskundige zorg en variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging)
- *vaste kosten van ziekenhuisverpleging* (verblijf, verpleging en verzorging)
- *kosten van overige prestaties* (onder meer ziekenhuisvervoer, huisartsenzorg, tandartsenzorg, farmaceutische zorg, et cetera).

De geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt per 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en wordt daarmee een aparte prestatiecategorie. De deelbijdrage 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en 'kosten van overige prestaties' worden ex-ante verdeeld op basis van de vereveningscriteria. De deelbijdrage 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' wordt verdeeld op basis van voor de zorgverzekeraar specifieke historische kosten.

De verdeling van de middelen uit het Zorgvereveningsfonds gebeurt via objectieve criteria. Risicoverevening voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties kent vijf criteria⁴¹;

- *Leeftijd en geslacht*: compenseert voor kosten die samenhangen met de leeftijd en het geslacht;
- *Farmacie kostengroepen (FKG's)*: een gezondheids criterium, dat gebaseerd is op het geneesmiddelengebruik in het verleden en compenseert voor de hoge kosten van chronisch zieken;
- *Diagnose kostengroepen (DKG's)*: een gezondheids criterium, dat gebaseerd is op ziekenhuisopname in het verleden en compenseert voor de hoge kosten van chronisch zieken;
- *Aard van het inkomen*: compenseert voor hogere kosten van arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, WW-ers⁴² en lagere kosten van zelfstandigen;
- *Regiocriterium*: compenseert voor sociaal-economische en zorgaanbodgerelateerde factoren, die samenhangen met de woonlocatie en die voor een zorgverzekeraar niet beïnvloedbaar zijn.

³⁹ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

⁴⁰ Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2006. P. 11.

⁴¹ Brief Ministerie van VWS, nr. Z/F-2713055. Kamerstuk, 11 september 2006. *Risicovereveningssysteem 2007*.

⁴² WW-ers zijn werklozen die een uitkering uitvangen.

In 2008 wordt het sociaal-economische status criterium (*SES-criterium*) toegevoegd, waarmee de kostenverschillen als gevolg van verschillen in sociaal-economische status, in het bijzonder de verschillen tussen voormalig ziekenfondsverzekerden en overige verzekerden, worden overbrugd⁴³. De vereveningscriteria moeten voldoen aan enkele voorwaarden. Een criterium moet een *verdelende werking* hebben. Het risicovereveningssysteem dient de beschikbare middelen uit het Zorgvereveningsfonds zodanig over de zorgverzekeraars te verdelen, dat de financiële consequenties van de systematische verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulaties bij deelnemende zorgverzekeraars worden gecompenseerd. Een vereveningscriterium moet een *stimulerende werking* hebben. Het risicovereveningssysteem dient risicoselectie te voorkomen en daarmee zorgverzekeraars te stimuleren tot doelmatig werken. De vereveningscriteria mogen niet beïnvloedbaar zijn door zorgverzekeraars, zorgaanbieders of door de overheid. Een criterium dient *uitvoerbaar* te zijn. De benodigde informatie dient beschikbaar te komen met inachtneming van de privacy van de verzekerde, de vertrouwelijkheid van de cijfers van de zorgverzekeraar, op regelmatige basis, op administratief uitvoerbare wijze en zonder al te veel kosten. Als laatste dient een vereveningscriterium *betrouwbaar* te zijn. De criteria dienen zonder meetfouten te kunnen worden gemeten en op systematische verschillen in zorgconsumptie te berusten⁴⁴.

2.2.3 Ex-post risicoverevening

Om onvolkomenheden in de ex-ante normering op te vangen en om te corrigeren voor verschillen tussen geschatte en gerealiseerde verzekerdenaantallen (verzekerdennacalculatie), worden ex-post compensatiemechanismen toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van de kostenrealisaties. De vaststelling van de vereveningsbijdrage houdt een herberekening van de bijdragen in op basis van het werkelijke aantal verzekerden die de zorgverzekeraar in het desbetreffende jaar had en de werkelijke verdeling van de verzekerdenkenmerken over die verzekerden. Er zijn drie ex-post compensatiemechanismen bij de risicoverevening⁴⁵:

- *hoge kosten compensatie (HKC)*: verevening van een percentage van de kosten voor een verzekerde boven een bepaalde drempel. De HKC beoogt tegemoet te komen aan de kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van hoge schadegevallen over zorgverzekeraars;

⁴³ Brief Ministerie van VWS, nr. Z/F-2799290. Kamerstuk, 24 september 2007. *Risicovereveningssysteem 2008*.

⁴⁴ Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2006. P. 12-13.

⁴⁵ Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2006. P. 12.

- *generieke verevening*: onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars van het verschil tussen kosten en bijdrage. Deze verevening bestaat om mogelijke onvolkomenheden in de risicoverevening te corrigeren;
- *nacalculatie*: verrekening met het Zorgvereveningsfonds van het verschil tussen kosten en vereveningsbijdrage. Deze nacalculatie is gevoerd om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden.

In een geval van een kernexplosie, natuurramp, of andere buitengewone gebeurtenissen die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kunnen worden gerekend, kan achteraf de bijdragen aan zorgverzekeraars worden aangepast aan het uiteindelijke kostenbeeld. Dit wordt ook wel *uitgavenkadernacalculatie* genoemd⁴⁶. Jaarlijks worden de percentages en bedragen vastgesteld die nodig zijn voor de berekening van de ex-post compensatiebedragen. Op grond van art. 34 lid 3 Zvw moet de ex-post risicoverevening uiterlijk in 2011 zijn afgebouwd⁴⁷.

2.2.4 Mogelijke gevolgen van een *niet* goed werkend risicovereveningssysteem

Waarneer een systeem van risicoverevening niet goed werkt, kan risicoselectie optreden. De nadelen van de prikkels tot risicoselectie kunnen tot uiting komen in de vorm van een verminderde toegankelijkheid tot goede zorg van bijvoorbeeld dure chronisch zieken en verminderde doelmatigheid. Een zorgverzekeraar kan besluiten om niet in te spelen op de voorkeur van sommige groepen chronisch zieken. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het selectief verlenen van slechte service, lange wachttijden en slechte bereikbaarheid voor invaliden. Ook contracten met zorgaanbieders kunnen prikkels bevatten, zodat zorgaanbieders patiënten met hoge verwachte kosten kunnen aanmoedigen de zorgverzekering of de inschrijving als patiënt te beëindigen, bijvoorbeeld door onvriendelijk gedrag of door lange wachttijden. Dergelijke prikkels ontstaan bijvoorbeeld als zorgverzekeraars en zorgaanbieders een budget overeenkomen, waarbij de budgetvariabelen gelijk zijn aan de variabelen van het risicovereveningssysteem⁴⁸. Een tweede gevolg van een prikkel tot risicoselectie is dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijker is meer tijd, energie en menskracht te besteden aan een portefeuilleopbouw met zo min mogelijk hoge-risico verzekerden, dan aan het bevorderen van de doelmatigheid. Een doelmatige zorgverzekeraar met relatief veel hoge-risico verzekerden kan een slechtere financiële marktpositie hebben en daardoor worden weggeconcurrerd, dan een

⁴⁶ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

⁴⁷ Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, 389.

⁴⁸ Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Federatie (NPCF). 4 maart 2005. *Verbetering risicoverevening in de Zorgverzekeringswet. Van groot belang van chronisch zieken*. Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. P. 24.

ondoelmatige zorgverzekeraar met relatief weinig hoge-risico verzekerden⁴⁹. Wanneer het systeem van risicoverevening niet goed functioneert, betekent dat niet alle zorgverzekeraars met een gelijkwaardige uitgangspositie op de zorgverzekeringsmarkt van start gaan en dat er daardoor ongelijke concurrentieposities tussen zorgverzekeraars kunnen ontstaan.

2.3 Het nieuwe algemene verzekeringsrecht

Op 1 januari 2006 is het nieuwe algemene verzekeringsrecht, zoals neergelegd in Boek 7 Titel 17 van het Burgerlijk Wetboek (BW), in werking getreden⁵⁰. Het oude algemene verzekeringsrecht was opgenomen in het Wetboek van Koophandel (WvK) en geregeld in de artt. 246 e.v. en artt. 592 e.v. WvK⁵¹. Het nieuwe verzekeringsrecht in Boek 7 Titel 17 BW is ondergebracht in drie afdelingen, namelijk de algemene bepalingen, de schadeverzekering en de sommenverzekering. Deze laatste afdeling bestaat uit algemene bepalingen en de levensverzekering⁵². Een verzekeringsovereenkomst is een instrument om financiële risico's beheersbaar te maken. Met het sluiten van een verzekeringsovereenkomst kan iemand het risico, dat zijn vermogen wordt aangetast of dat zijn vermogen niet voldoende zal zijn, verzekeren. Een algemene verzekeringsovereenkomst wordt beschreven in de definitie van een algemene verzekering, die is neergelegd in art. 7:925 lid 1 BW⁵³: *'Een verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het toe doen van één of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren'*.

Een kenmerk van een algemene verzekeringsovereenkomst is dat bij het sluiten van een verzekeringsovereenkomst de risico's waartegen wordt verzekerd nog onzeker zijn⁵⁴. Bij het sluiten van een zorgverzekeringsovereenkomst zijn de ziektekosten waar tegen wordt verzekerd ook nog onzeker. Een tweede kenmerk van een verzekeringsovereenkomst in het algemeen is dat de risicodragende partij (de verzekerde) premie betaalt aan de verzekeraar. Bij een ziektekostenovereenkomst betaalt de verzekerde ook een premie aan de zorgverzekeraar, maar naast deze zorgpremie krijgt de zorgverzekeraar ook nog middelen uit het Zorgvereveningsfonds. Een derde kenmerk voor een algemene verzekeringsovereenkomst is, dat de uitkering door de verzekeraar gericht moet zijn op de

⁴⁹ Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Federatie (NPCF). 4 maart 2005. *Verbetering risicoverevening in de Zorgverzekeringswet. Van groot belang van chronisch zieken*. Erasmus Universiteit Rotterdam. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. P. 24.

⁵⁰ Huizen, van, Ph.H.J.G., Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C., (2006). *Grondslagen van het Verzekeringsrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers. Woord vooraf.

⁵¹ Plemp, S.J., (2005). *Verzekeringsrecht naar titel 7.17 BW*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff. P. 13.

⁵² Tuit, H., (2005). *Het nieuwe verzekeringsrecht. Een systematisch naslagwerk over de nieuwe wet*. Deventer: Kluwer. P. 11.

⁵³ Huizen, van, Ph.H.J.G., Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C., (2006). *Grondslagen van het Verzekeringsrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers. P. 5; Tuit, H., (2005). *Het nieuwe verzekeringsrecht. Een systematisch naslagwerk over de nieuwe wet*. Deventer: Kluwer. P. 15.

⁵⁴ Huizen, van, Ph.H.J.G., Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C., (2006). *Grondslagen van het Verzekeringsrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers. P. 3.

vergoeding van de werkelijk geleden schade⁵⁵. Bij een zorgverzekeringsovereenkomst is de uitkering door de zorgverzekeraar een vergoeding van de werkelijke gemaakte ziektekosten.

2.3.1 Verhouding Zorgverzekeringswet tot het algemene verzekeringsrecht

De Zvw regelt dat de bevolking op grond van een privaatrechtelijke zorgverzekering zich dient te verzekeren tegen de behoefte van geneeskundige zorg. De regelingen van het nieuwe algemene verzekeringsrecht zijn op deze zorgverzekeringen van toepassing. De zorgverzekering is, vanwege het sociale karakter, een gereguleerde privaatrechtelijke verzekering. In de Zvw worden enkele eisen aan burgers, zorgverzekeraars en aan de zorgverzekeringen zelf gesteld. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat iedere inwoner, die geneeskundige zorg nodig heeft, voldoende gedekt is. De belangrijkste eisen zijn de verzekeringsplicht voor burgers, de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, het te verzekeren risico en pakket en het premiedifferentiatieverbod naar persoonskenmerken van verzekerden. Dit sociale karakter van de zorgverzekering leidt ertoe dat in de Zvw voor de zorgverzekeringen op enkele artikelen van het algemene verzekeringsrecht een uitzondering moet worden gemaakt. Enkele andere artikelen van het algemene verzekeringsrecht blijven wel gelden, maar hebben door de Zvw voor zorgverzekeringen een beperktere reikwijdte dan voor andere private verzekeringen. Het merendeel van de artikelen van het algemeen verzekeringsrecht is ook voor zorgverzekeringen onverkort van toepassing⁵⁶. Voor de zorgsector zijn de regelingen van de inlichtingenverplichting van de verzekeringsnemer (art. 7:941 lid 1 BW) en de daarmee samenhangende gevolgen van de verzwijging door de verzekeringsnemer en de regelingen van de schadebeperkingsplicht (art. 7:957 BW) uit het algemene verzekeringsrecht van belang. Deze regelingen kunnen er toe leiden dat de verzekering wordt opgezegd, de uitkering wordt verminderd of dat de zorgverzekeraar niet tot vergoeding van de schade (behandelkosten) overgaat⁵⁷. Voor de wettelijke zorgverzekering bepaalt art. 15 lid 1 Zvw echter dat deze regelingen uit het algemene verzekeringsrecht niet van toepassing zijn⁵⁸. Daarnaast bepaalt art. 15 lid 2 Zvw ook dat indien nodig in afwijking van art. 7:792 BW de zorgverzekeraar niet bevoegd is een verzekerde prestatie geheel of gedeeltelijk te weigeren als het intreden van het verzekerde risico aan de verzekerde te verwijten is⁵⁹. De gevolgen van de wettelijke regelingen van het algemene verzekeringsrecht inzake inlichtingenplicht, schadeplicht, opzet en roekeloosheid lijken op het eerste gezicht voor de zorgverzekering door art. 15 Zvw beperkt te blijven. De

⁵⁵ Huizen, van, Ph.H.J.G., Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C., (2006). *Grondslagen van het Verzekeringsrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers. P. 4.

⁵⁶ Kamerstukken II 2004/05, 30 137, nr. 8. P. 2.

⁵⁷ Hermans, H.E.G.M., (2006). *Reparatie Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Knelpunten van het nieuwe verzekeringsrecht voor de aanvullende zorgverzekering*. NJB 2006/0715.

⁵⁸ Artikel 15 lid 1 BW luidt: 'de artt. 7:941 lid 1 en 7:957 BW zijn niet toepassing'.

⁵⁹ Artikel 15 lid 2 BW luidt: 'zo nodig in afwijking van art. 7:952 BW is de zorgverzekeraar niet bevoegd een verzekerde prestatie geheel of gedeeltelijk te weigeren indien het intreden van het verzekerde risico aan de verzekerde is te wijten'.

uitzonderingen op de hoofdregelingen van het algemene verzekeringsrecht gelden echter alleen voor de wettelijke zorgverzekering en niet voor de aanvullende ziektekostenverzekering⁶⁰. Dit zou kunnen betekenen dat een verzekerde die door opzet of roekeloosheid schade heeft veroorzaakt (rijden door rood licht en worden aangereden), zijn behandelkosten in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering (bijvoorbeeld noodzakelijke fysiotherapie) door de zorgverzekeraar niet vergoed krijgt. Uitsluiting van vergoeding van een noodzakelijke behandeling (zoals fysiotherapie na een ongeval) door een beroep op de nieuwe bepaling van art. 7:952 BW inzake opzet of roekeloosheid lijkt niet overeen te komen met de aard van de aanvullende zorgverzekering, die dient tot vergoeding van een noodzakelijk behandeling⁶¹. Uit het arrest van de Hoge Raad van 11 september 1998 kan worden beredeneerd, dat uit de aard van de particuliere aanvullende ziektekostenverzekering, die dient tot vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke behandeling, voortvloeit dat de regeling van opzet of roekeloosheid (vroeger 'eigen schuld') en de schadebeperkingsplicht ook hier niet van toepassing zijn⁶². Volgens de Hoge Raad zou dit niet overeenkomen met de aard van dergelijke aanvullende ziektekostenverzekeringen. Een kanttekening die hierbij moet worden gemaakt is, dat het arrest van de Hoge Raad betrekking had op de oude regeling van 'eigen schuld' en de verplichting tot voorkoming en vermindering van schade (artt. 279 en 283 WvK) in relatie tot de toenmalige particuliere ziektekostenverzekering. Men kan echter betogen dat uitsluiting van vergoeding van een noodzakelijke behandeling (zoals fysiotherapie na een ongeval) door een beroep op de nieuwe bepaling van art. 7:952 BW inzake opzet of roekeloosheid niet overeenkomt met de aard van de aanvullende zorgverzekering, die dient tot vergoeding van deze noodzakelijke behandeling. Voor de aanvullende zorgverzekering worden deze bepalingen uit het algemene verzekeringsrecht niet van toepassing verklaard, tenzij dit wettelijk zou worden vastgelegd⁶³.

⁶⁰ Bovenop het verzekeringspakket van de Zvw en de AWBZ kan de verzekerde een aanvullende verzekeringsovereenkomst sluiten. In zo'n aanvullende verzekering zitten alleen die voorzieningen waarvan de regering vindt dat die voor rekening en verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf kunnen komen.

⁶¹ Hermans, H.E.G.M., (2006). *Reparatie Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Knelpunten van het nieuwe verzekeringsrecht voor de aanvullende zorgverzekering*. NJB 2006/0715.

⁶² HR 11 september 1998, NJ 1999, 664. *Ziektekosten eigen schuld*.

⁶³ Hermans, H.E.G.M., (2006). *Reparatie Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Knelpunten van het nieuwe verzekeringsrecht voor de aanvullende zorgverzekering*. NJB 2006/0715.

3 Het mededingingsrecht

De Zvw, en daarmee het risicovereveningssysteem, is onderhevig aan het mededingingsrecht op zowel nationaal als Europees niveau. Op nationaal niveau is de Nederlandse Mededingingswet van belang, vanwege het feit of zorgverzekeraars wel of niet aan deze wet zijn onderworpen. In de eerste paragraaf wordt op de Mededingingswet ingegaan, waarbij het ondernemingsbegrip en andere belangrijke kenmerken van deze wet worden aangehaald. Nog veel belangrijker voor de Zvw is het Europese mededingingsrecht. Vanaf de tweede paragraaf komt dit Europese recht aan de orde, waarbij uitgebreid naar het risicovereveningssysteem als staatssteunmiddel wordt gekeken.

3.1 De Nederlandse Mededingingswet

Mededinging is een ander woord voor concurrentie. De Nederlandse Mededingingswet (Mw) is gericht op versterking van de concurrentie op verschillende markten, waaronder de zorgverzekeringsmarkt. Uitgangspunten van deze wet zijn:

- het verbod op mededingingsbeperkende afspraken (kartelverbod) (art. 6 Mw);
- het verbod van misbruik van (economische) machtsposities (art. 24 Mw);
- de controle op concentraties (art. 27 Mw).

Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemingsverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd of vervalst (art. 6 Mw). Voor wat betreft de zorgverzekeringsmarkt is het verboden om bijvoorbeeld afspraken ten aanzien van tarieven en marktverdelingen te maken of het realiseren van een gezamenlijke inkoop⁶⁴. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) is belast met het toezicht op de naleving Mw door onder andere zorgverzekeraars⁶⁵.

3.1.1 Ondernemingsbegrip in het mededingingsrecht

Het mededingingsrecht richt zich op ondernemingen en hun handelen. Onder het begrip 'onderneming' wordt verstaan een onderneming in de zin van art. 81 EG-verdrag (art. 1 sub f Mw). Op deze manier worden het Nederlandse en het Europese rechtssysteem ten aan zien van het mededingingsrecht aan elkaar gekoppeld. Ondernemingen kunnen natuurlijke personen of rechtspersonen zijn, private bedrijven of overheidsbedrijven, producenten, distributeurs, dienstverleners en vrije beroepsbeoefenaars⁶⁶. In het mededingingsrecht is het ondernemingsbegrip met name van belang om de scheiding tussen overheidstaken en

⁶⁴ Hamilton, G.J.A., (2001). *Gezondheidszorg en mededingingsrecht*. P. 202-203. In: Ottow, A.T., Eeken, A.F., (2001). *De rol van het mededingingsrecht in gereguleerde markten*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

⁶⁵ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, P. 54.

⁶⁶ Slot, P.J., Swaak, Ch.R.A., Mulder, M.S., (2005). *Inleiding mededingingsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. P. 41.

activiteiten van ondernemingen aan te geven⁶⁷. Dit onderscheid is soms erg klein. De vraag is of zorgverzekeraars als ondernemingen kunnen worden gezien. Aan de hand van onderstaande jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie wordt deze vraag beantwoord.

Arrest Poucet/Pistre

In de zaak Poucet/Pistre⁶⁸ hebben twee Fransen onderdanen, Poucet en Pistre, geweigerd hun sociale zekerheidsbijdragen te betalen aan de ziekenfondsen waarbij ze aangesloten waren. Deze twee heren meenden dat zij zich in alle vrijheid moesten kunnen aansluiten bij een particuliere verzekeringsmaatschappij van hun keuze in plaats van onderworpen te worden aan de eenzijdige vastgestelde voorwaarden van de ziekenfondsen. Het Europese Hof heeft hierop geantwoord dat de betrokken instellingen geen ondernemingen zijn die economische activiteiten uitoefenen, omdat de zorgverzekeringsstelsels die door deze instellingen worden beheerd op het solidariteitsbeginsel⁶⁹ berusten. Deze uitspraak is op drie overwegingen gebaseerd. Het Hof stelt ten eerste vast dat de financiering van het stelsel in kwestie uit bijdragen bestaat die evenredig zijn aan de bijdragevermogen van de verzekerde en niet aan de risicograad die hij vertegenwoordigt, terwijl de verzekerde prestaties identiek zijn voor alle rechtshebbende. Met andere woorden, er is geen verband tussen de door of voor de aangesloten werknemer gestorte bijdragen en de door hem of door zijn naasten ontvangen vergoedingen in geval het risico zich voordoet. Ten tweede stelt het Hof vast dat de verschuldigde prestaties uitgekeerd worden, dankzij de onmiddellijke verdeling van de bijdragen op een zodanige manier dat de actieve verzekerden de prestaties financieren die aan de niet-actieve verzekerden worden uitgekeerd. Ten derde stelt het Hof vast dat in geval van overschot het stelsel deelneemt aan de financiering van de stelsels die in structurele, financiële moeilijkheden verkeren. Ten slotte meent het Hof dat de ziekenfondsen en instellingen meewerken aan het beheer van de openbare dienst van sociale zekerheid en dat zij een taak van zuivere aard vervullen. Hieraan voegde het Hof nog toe dat de verplichte aansluiting die aan de basis ligt van de werking van deze stelsels noodzakelijk is om het solidariteitsbeginsel te kunnen toepassen en om hun financieel evenwicht te garanderen. Deze drie criteria, die de kern uitmaken van de solidariteit en typerend zijn voor een publiek socialezekerheidsstelsel, dienen jaren later nog steeds als een effectieve leidraad voor het

⁶⁷ Slot, P.J., Swaak, Ch.R.A., Mulder, M.S., (2005). *Inleiding mededingingsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. P. 42.

⁶⁸ Arrest Poucet/Pistre, nrs. C-159/91 en C-160/91, 17 februari 1993.

⁶⁹ Het solidariteitsbeginsel stelt dat iedereen in principe hetzelfde bij moet dragen aan gemeenschappelijke voorzieningen, ongeacht hoe vaak hij of zij daar zelf een beroep op moet doen. Het solidariteitsprincipe gaat hiermee uit van het beginsel dat iedereen in principe gelijkwaardig is en op dezelfde wijze behandeld moet worden.

Hof bij de formulering van antwoorden op de vragen over de hoedanigheid, die moet worden toegekend aan bijzondere socialezekerheidsstelsels⁷⁰.

Arrest AOK Bundesverband

Elf jaar later heeft het Europese Hof zich opnieuw gebaseerd op het arrest Poucet/Pistre in de zaak AOK Bundesverband⁷¹. Deze rechtszaak is door Duitse farmaceutische bedrijven aangespannen om de praktijk van Duitse publieke ziekenfondsverenigingen, die vaste maximumbedragen kunnen bepalen voor de tegemoetkoming van de ziekenfondsen in de kosten van geneesmiddelen en verzorgingsmaterialen, te betwisten. Het Hof heeft geoordeeld dat de ziekenfondsen geen ondernemingen zijn in de zin van de Europese mededingingsregels. Het Hof heeft met name bepaald dat ziekenfondsen wettelijk verplicht zijn hun verzekerden verplichte verstrekkingen te verlenen, die in wezen identiek zijn en niet afhangen van het bedrag van de premies en dat zij een op solidariteit gebaseerde gemeenschap vormen, omdat er compensatie plaatsvindt tussen de ziekenfondsen met lage zorgkosten en ziekenfondsen die grotere risico's verzekeren en in verband daarmee hogere kosten hebben. Het Hof heeft echter aan deze uitspraak toegevoegd, dat niet valt uit te sluiten dat ziekenfondsen en organisaties die hen vertegenwoordigen, naast hun uitsluitend sociale taken in het kader van het beheer van het Duitse socialezekerheidsstelsel, ook handelingen verrichten die geen sociaal doel hebben, maar van economische aard zijn. In dat geval zouden de beslissingen die zij in dat kader nemen, eventueel als besluiten van ondernemingen of ondernemersverenigingen kunnen worden aangemerkt⁷².

In de bovenstaande twee arresten, Poucet/Pistre en AOK Bundesverband, heeft het Hof uitgesproken dat op de uitvoerende instellingen van sociale ziektekostenverzekeringen het mededingingsrecht niet van toepassing is, omdat deze instellingen niet als ondernemingen kunnen worden aangemerkt. In relatie tot de Zvw is de belangrijkste overweging van het Hof, dat deze instellingen bij de uitvoering van hun wettelijke taak niet winstbeogend zijn. De zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn in de visie van de Nederlandse regering echter wel onderworpen aan het mededingingsrecht. Ten eerste vanwege het feit dat de Zvw slechts kan worden uitgevoerd door rechtspersonen die als onderneming toelating hebben gekregen tot uitvoering van het verzekeringsbedrijf. Ten tweede geldt dat deze ondernemingen, ook wat betreft de uitvoering van de Zvw, het maken van winst mogen beogen. In de opvatting van de regering dienen zorgverzekeraars dan ook te worden

⁷⁰ Communautair recht en gezondheidszorg: *de grote lijnen van de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen*. Toespraak gehouden op 16 januari 2006 door de Dhr. K. Lenaerts, rechter bij het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen en Hoogleraar Europees recht aan de KU Leuven. Studiën - I.B. 2006/1, P. 8-9.

⁷¹ Arrest AOK Bundesverband, nr. C-264/01, 16 maart 2004.

⁷² Communautair recht en gezondheidszorg: *de grote lijnen van de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen*. Toespraak gehouden op 16 januari 2006 door de Dhr. K. Lenaerts, rechter bij het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen en Hoogleraar Europees recht aan de KU Leuven. Studiën - I.B. 2006/1, P. 10.

gekwalificeerd als ondernemingen⁷³. De regering merkt zorgverzekeraars aan als ondernemingen als bedoeld in art. 81 EG-Verdrag (art. 122 Zvw)⁷⁴. Dit blijkt reeds uit de definitie van het begrip 'zorgverzekeraar' in art. 1 sub a en b Mw⁷⁵. Enkel het feit dat de Nederlandse regering ervan uitgaat dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn, heeft naar Europees recht echter geen doorslaggevende betekenis. De interpretatie van het Europese ondernemingsbegrip kan door een uitspraak van het Hof anders uitpakken en dan biedt art. 122 Zvw een vangnet waarmee toch een adequaat mededingingstoezicht wordt gewaarborgd. De Nederlandse Mw is niet strenger of soepeler dan het Europese mededingingsrecht. Dat uitgangspunt moet worden gezien in het licht van de omstandigheden van het specifieke geval en binnen de context van de Memorie van Toelichting (MvT) van de Zvw. De Mw is georiënteerd op het Europese mededingingsrecht, maar zolang dit niet in strijd is met EU-regels, is het mogelijk om vanwege zwaarwegende redenen, zoals het garanderen van voldoende concurrentie tussen zorgverzekeraars, een uitzondering te maken⁷⁶.

3.1.2 Pijlers in de Mededingingswet

De Mw berust op drie pijlers, te weten het kartelverbod, het verbod van misbruik van (economische) machtsposities en de controle op concentraties. Deze uitgangspunten van deze wet worden hieronder kort toegelicht.

Kartelverbod

Het kartelverbod, oftewel het verbod op de mededingingsbeperkende afspraken, houdt in, dat overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst, verboden zijn (art. 6 lid 1 Mw)⁷⁷. Collectief onderhandelen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt regelmatig voor. Zorgverzekeraars mogen bijvoorbeeld geen afspraken over tarieven en de onderlinge verdeling van de markt maken, omdat met de invoering van de Zvw een bepaalde mate van marktwerking op de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt is ingevoerd, waarbij de nadruk ligt op de totstandkoming van onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders⁷⁸.

⁷³ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, P. 28.

⁷⁴ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, P. 195.

⁷⁵ Artikel 1, onderdeel a, Mw luidt: 'een verzekeraar is een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering'. Artikel 1, onderdeel b, Mw luidt: 'een zorgverzekeraar is een verzekeraar, voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert'.

⁷⁶ Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3, P. 196.

⁷⁷ Slot, P.J., Swaak, Ch.R.A., Mulder, M.S., (2005). *Inleiding mededingingsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. P. 60.

⁷⁸ Hamilton, G.J.A., (2001). *Gezondheidszorg en mededingingsrecht*. P. 209. In: Ottow, A.T., Eeken, A.F., (2001). *De rol van het mededingingsrecht in geregeerde markten*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Verbod van misbruik van (economische) machtsposities

Het verbod van misbruik van (economische) machtsposities houdt in, dat het voor ondernemingen verboden is misbruik te maken van een economische machtspositie (art. 24 lid 1 Mw). De NMa ziet toe of zorgverzekeraars bijvoorbeeld misbruik maken van inkoopmacht⁷⁹.

Controle op concentraties

Een voorafgaande controle op concentraties moet aan bepaalde kwantitatieve drempels voldoen. De NMa toetst of concentraties tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bijvoorbeeld een dominante positie in het leven roept, dan wel verstrekt⁸⁰.

3.2 Het Europese mededingingsrecht

Een belangrijke taak van de Europese Gemeenschap (EG) is onder meer de bevordering van een hoge graad van concurrentievermogen⁸¹. Het uitgangspunt voor het economische beleid van de Gemeenschap en de lidstaten is een open markteconomie met vrije mededinging (concurrentie). De basis hiervoor wordt gevormd door het algemene discriminatieverbod naar nationaliteit (art. 12 EG-verdrag). Deze basis vertaalt zich verder in een aantal specifieke discriminatieverboden die belangrijke grondslagen voor een interne markt vormen zoals, het vrije verkeer van goederen, het vrije verkeer van werknemers, het recht van vrije vestiging, het vrije verkeer van diensten en het vrije kapitaal- en betalingsverkeer. Deze basisvrijheden worden aangevuld door twee voor ondernemingen gerichte verboden:

- het kartelverbod (art. 81 EG-verdrag);
- het verbod van misbruik van economische machtsposities (art. 82 EG-verdrag).

Ten aanzien van het subsidiariteitsbeginsel⁸² bepaalt art. 152 lid 1 EG-verdrag, dat de Gemeenschap het nationale beleid bij het treffen van maatregelen op het terrein van de volksgezondheid aanvult⁸³. Daarbij worden de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en de verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging volledig geëerbiedigd (art. 152 lid 5 EG-verdrag). De lidstaten behouden de bevoegdheid met betrekking tot de inrichting van hun nationale stelsels van sociale zekerheid. Bij de

⁷⁹ Bv. D-g NMa 1 februari 1999, zaak 1060 (*Van Wieringen t. Zorg en Zekerheid*); D-g NMa 20 april 2000, RZA 2000, 137 (*Tandprothetici*).

⁸⁰ Slot, P.J., Swaak, Ch.R.A., Mulder, M.S., (2005). *Inleiding mededingingsrecht*. Boom Juridische uitgevers: Den Haag. P. 128; Hamilton, G.J.A., (2001). *Gezondheidszorg en mededingingsrecht*. P. 211 en 212. In: Ottow, A.T., Eeken, A.F., (2001). *De rol van het mededingingsrecht in gereguleerde markten*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers; D-g NMa 29 december 1998, zaak 1165, RZA 2000, 132 (*ANOZ-Verzekeringen-ANOZA-ZAO*).

⁸¹ Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 16.

⁸² Het subsidiariteitsbeginsel is het beginsel dat een centraal gezag zich niet met zaken mag bemoeien die beter op een lager niveau geregeld kunnen worden.

⁸³ Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 17.

inrichting van het stelsel dienen de basisbeginselen van het Gemeenschapsrecht in acht te worden genomen⁸⁴. Dit betekent dat het nationale beleid van Nederland, dat gebaseerd is op de basisbeginselen van het Gemeenschapsrecht, kan worden aangevuld door Europese maatregelen op het terrein van de volksgezondheid, mits de verantwoordelijkheden van Nederland volledig worden geëerbiedigd. Anders gezegd, de Nederlandse Mw kan door het Europese mededingingsrecht worden aangevuld.

3.2.1 Europese schadeverzekeringsrichtlijnen

Naast het EG-verdrag heeft de Gemeenschap ook te maken met secundaire regelgeving, met name de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen en de socialezekerheidsverordening 1408/71⁸⁵ zijn in het kader van de Zvw van belang. De Verordening 1408/71 is van belang voor het vrije verkeer van werknemers en zelfstandigen. Het doel van deze Verordening is de coördinatie van de nationale stelsels van sociale zekerheid. Door deze stelsels op elkaar aan te laten sluiten, wordt voorkomen dat werknemers of zelfstandigen, die in een ander lidstaat economische activiteiten willen ontplooiën, daar gaan wonen of tijdelijk verblijven, niet worden getroffen door verlies of vermindering van aanspraken op sociale uitkeringen of verstrekkingen⁸⁶. Naast de Verordening bestaat ten aanzien van de sector schadeverzekeringen, inclusief de ziektekostenverzekering, een gemeenschappelijke regeling in de vorm van een drietal schadeverzekeringsrichtlijnen⁸⁷, waarin de voorwaarden voor het vrij verrichten van diensten en de uitoefening van de vrijheid van vestiging in de sector schadeverzekeringen zijn neergelegd. Deze richtlijnen gaan uit van de principes van één vergunning voor de hele interne markt en toezicht in de lidstaat van vestiging. Ondernemingen die in één van de lidstaten, onder de voorwaarden van de richtlijnen, zijn toegelaten tot het verzekeringsbedrijf moeten hun diensten in de hele EU kunnen aanbieden, vanwege het vrije verkeer van diensten en het recht van vrije vestiging⁸⁸.

Derde Europese schadeverzekeringsrichtlijn

De Derde Europese schadeverzekeringsrichtlijn stelt grenzen aan de bevoegdheid van de lidstaten om eisen te stellen aan (zorg)verzekeringsovereenkomsten. Deze Derde richtlijn

⁸⁴ Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 18.

⁸⁵ Per 1 januari 2008 wordt de Verordening 1408/71 vervangen door de Verordening 883/2004. Beide Verordeningen vormen het referentiepunt ten aanzien van de coördinatie van de socialezekerheidsstelsel van de EU-lidstaten.

⁸⁶ Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 24.

⁸⁷ De Eerste richtlijn (73/239/EEG): *coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en de uitoefening daarvan*. De Tweede richtlijn (88/357/EEG): *coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, tot vaststelling van bepalingen ter bevordering van de daadwerkelijke uitoefening van het vrij verrichten van diensten en houdende wijziging van Richtlijn 73/239/EEG*. De Derde richtlijn (92/49/EEG): *coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG*.

⁸⁸ Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 21.

stelt bijvoorbeeld verschillende voorwaarden aan de toelating tot het (zorg)verzekeringsbedrijf, waaronder eisen met betrekking tot een vergunning, financieel toezicht en het verbod op nevenactiviteiten⁸⁹. Voor de toetsing van het zorgverzekeringsstelsel aan de Derde richtlijn zijn twee uitzonderingsmogelijkheden van belang. De eerste uitzondering betreft de 'sociale zekerheidsexceptie'⁹⁰. Deze exceptie houdt in dat de Derde richtlijn niet van toepassing is op (zorg)verzekeringen die zijn opgenomen in een 'wettelijk stelsel van sociale zekerheid' (art. 2 lid 2 Derde schaderichtlijn jo. art. 2 lid 1 sub d Eerste schaderichtlijn). Duidelijke criteria voor een wettelijk stelsel van sociale zekerheid biedt het Europese recht niet. Eén zekerheid heeft het Europese Hof wel geboden, namelijk dat de sociale zekerheidsexceptie niet geldt wanneer een lidstaat de uitvoering van een wettelijk stelsel in handen geeft aan particuliere (zorg)verzekeringsmaatschappijen, die hun activiteiten voor eigen risico verrichtten⁹¹. Hiermee kan geconcludeerd worden, dat de sociale zekerheidsexceptie niet geldt voor de Nederlandse lidstaat, omdat de uitvoering van de Zvw in handen is van private zorgverzekeraars⁹². De tweede uitzondering betreft artikel 54 van de Derde schadeverzekeringsrichtlijn. Het tweede lid van dat artikel bevat een specifieke bepaling ten aanzien van ziektekostenverzekeringen. Dit lid luidt als volgt:

'Onverminderd andersluidende bepalingen kan een lidstaat waar overeenkomsten tot dekking van risico's van ziektekosten de door het wettelijk stelsel van sociale zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen, verlangen dat deze overeenkomst voldoet aan de door die lidstaat vastgestelde bijzondere wettelijke bepalingen ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft, en dat de bevoegde autoriteiten van deze lidstaat in kennis wordt gesteld van de algemene en bijzondere voorwaarden van deze verzekering, alvorens deze in omloop wordt gebracht'.

Door deze wettelijke regeling zou de Nederlandse overheid de mogelijkheid hebben om in te grijpen in particuliere zorgverzekeringsovereenkomsten, door particuliere zorgverzekeraars te verplichten een overeenkomst af te sluiten met burgers die daarvoor in aanmerking komen⁹³. In de internationaal befaamde 'Bolkestein-brief' van 23 november 2003 stelt de Europese Commissie dat de Europese richtlijnen de vrijheid van een lidstaat, om zijn (zorg)verzekeringssysteem naar eigen inzicht in te richten, niet aantasten⁹⁴. De Derde schadeverzekeringsrichtlijn bepaalt echter dat, wanneer een lidstaat de uitvoering van een sociale (zorg)verzekering overlaat aan private (zorg)verzekeraars, deze uitvoering door elke Europese (zorg)verzekeringsonderneming die in haar lidstaat is toegelaten, gehanteerd kan

⁸⁹ Exter, den, A.P., (2003). *Basisverzekering stuit op Gemeenschapsrecht. Stelsel herziening binnen Europese Unie*. Zorgvisie 1 maart 2003, nr. 3, jaargang 33. P. 1.

⁹⁰ Hamilton, G.J.A., (2005). *Een zorgverzekering die past in Europa*. Preadvis november 2005. Nederlandse Vereniging voor Europees Recht (NVER).

⁹¹ HvJ EG Commissie/België, zaak C-206/98, Jur. 2000, I-3509.

⁹² Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. P. 48; Drijber, B.J., Groot, de, G.R.J. (2002). *Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationale recht*. Den Haag: Advies van de landsadvocaat. P. 51.

⁹³ Exter, den, A.P., (2003). *Basisverzekering stuit op Gemeenschapsrecht. Stelsel herziening binnen Europese Unie*. Zorgvisie 1 maart 2003, nr. 3, jaargang 33. P. 1.

⁹⁴ Brief van de Europese Commissie van 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

worden op basis van de vrijheid van vestiging en het vrije verkeer van diensten. Vanwege de aard en gevolgen van een private ziektekostenverzekeringssysteem staat de Derde richtlijn een lidstaat toe om specifieke, wettelijke voorschriften op te leggen aan zorgverzekeraars om het algemeen belang te beschermen. De Europese Commissie stelt dat artikel 54 van de Derde schadeverzekeringsrichtlijn ruim dient te worden geïnterpreteerd. Dat betekent dat een privaatsysteem gedeeltelijk of geheel kan fungeren voor een publieksysteem. De wettelijke voorschriften in de Zvw op het gebied van acceptatie, het te verzekeren pakket, het premiedifferentiatieverbod en het risicovereveningssysteem kunnen volgens de Commissie gerechtvaardigd worden met een beroep op het algemeen belang. De voorschriften moeten wel worden opgelegd op een manier die de werking van de interne markt niet in gevaar kan brengen. De conclusie uit de 'Bolkestein-brief' is dat op een privaatrechtelijk (zorg)verzekeringssysteem de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen van toepassing zijn, maar dat op bepaalde onderdelen een inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen gerechtvaardigd kan worden met een beroep op het algemeen belang in algemene zin en op grond van artikel 54 van de Derde schadeverzekeringsrichtlijn in het bijzonder. Op grond van de overwegingen van de Commissie is de Nederlandse regering tot de conclusie gekomen, dat er Europeesrechtelijk gezien geen belemmering is, die in de weg staat voor een privaatrechtelijke vormgeving van een zorgverzekeringssysteem⁹⁵.

3.2.2 Staatssteun

Naast de drie pijlers van de Mw, te weten het kartelverbod, het verbod van misbruik van (economische) machtsposities en de controle op concentraties, richt het Europese mededingingsrecht zich ook nog op het corrigeren van nationale wetgeving of beleidsmaatregelen die de mededinging verstoren, zoals de controle op staatssteun. Het uitgangspunt voor de definitie van staatssteun is art. 87 lid 1 EG-verdrag. Dit artikel luidt als volgt⁹⁶: *'Behoudens de afwijkingen waarin dit Verdrag voorziet, zijn steunmaatregelen van de staten of in welke vorm ook met staatsmiddelen bekostigd, die de mededinging door begunstiging van bepaalde ondernemingen of bepaalde producties vervalsen of dreigen te vervalsen, onverenigbaar met de gemeenschappelijke markt, voorzover deze steun het handelsverkeer tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt'*.

Om van staatssteun te kunnen spreken moet aan vier voorwaarden zijn voldaan. Staatssteun is geen staatssteun als die niet aan ondernemingen wordt verleend. Een belangrijk element in de definitie van staatssteun is daarom dat deze ten goede komt aan één of meer ondernemingen (eerste voorwaarde)⁹⁷. Uit bovenstaand artikel blijkt verder dat de

⁹⁵ Steun voor deze conclusie is te vinden in: Houten, van, I.A., Gronden, van de, J.W., (2004). *De nieuwe Nederlandse zorgverzekeringwet en EG-recht*. SMA, 2004, nr. 11/12, P. 513-525; Vonk, G., (2004). *Europees sein op groen voor het nieuwe Nederlandse zorgverzekeringssysteem*. SEW, 2004, nr. 1, P. 467473; Veen, van, E.B., Hamilton, G.J.A., (2005). *De Zorgverzekeringwet in Europees(rechtelijk) perspectief*. TvGR, 2005, nr. 1, P. 80-97; Exter, den, A.P., (2005). *De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringwet*. NjB, afl. 2005/02, P. 87-93.

⁹⁶ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 365.

⁹⁷ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 366.

steunmaatregelen ten goede moeten komen aan 'bepaalde ondernemingen of bepaalde producties' (tweede voorwaarde). De specificiteit van een steunmaatregel van de staat, te weten het selectief karakter ervan, is daarom ook een van de kenmerken van het begrip staatssteunmaatregel van de staat in de zin van art. 87 lid 1 EG-verdrag⁹⁸. Een ander element van staatssteun is of de voordelen met staatsmiddelen zijn bekostigd (derde voorwaarde)⁹⁹. Om te beoordelen of een overheidsmaatregel als steun in de zin van art. 87 EG-verdrag is aan te merken, moet volgens vaste rechtspraak ook nog worden vastgesteld of de begunstigde onderneming een economisch voordeel ontvangt dat zij onder normale marktvoorwaarden niet zou hebben verkregen (vierde voorwaarde)¹⁰⁰.

3.2.2.1 Risicovereveningssysteem als staatssteunmaatregel

Het Zorgvereveningsfonds in het risicovereveningssysteem wordt onder andere gefinancierd door een rijksbijdrage van de overheid, oftewel een bijdrage van de staat. Deze toegekende bijdrage moet worden aangemerkt als een staatsmiddel in de zin van art. 87 lid 1 EG-verdrag, omdat aan de vier voorwaarden uit het betreffende artikel, en daarmee ook aan de voorwaarden in het Altmark-arrest, is voldaan¹⁰¹. Zorgverzekeraars worden namelijk aangemerkt als een selectieve groep ondernemingen (eerste en tweede voorwaarde). Daarnaast is het economische voordeel voor zorgverzekeraars met staatsmiddelen bekostigd (derde voorwaarde) en kunnen zorgverzekeraars dit voordeel niet onder normale marktvoorwaarden verkrijgen (vierde voorwaarde). Wanneer de Nederlandse regering zorgverzekeraars namelijk geen acceptatieplicht en premiedifferentiatieverbod op zou leggen, hebben zorgverzekeraars ook geen Zorgvereveningsfonds nodig. Het is daarnaast aan de Europese Commissie om te beoordelen of deze aangemerkte staatssteunmaatregel de concurrentie vervalst en de handel tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt. Is er sprake van concurrentievervalsing of een ongunstige beïnvloeding van de handel tussen lidstaten, dan is er sprake van verboden staatssteun¹⁰². De staatssteun in het Zorgvereveningsfonds versterkt echter wel de relatieve positie van de begunstigten ten opzichte van die van hun concurrenten in andere lidstaten. Deze steun kan daarmee een verstoring van de mededinging zijn en een ongunstige beïnvloeding hebben op het handelsverkeer tussen lidstaten¹⁰³. Uit de uitspraak van de Commissie in het Altmark-arrest blijkt dat een overheids subsidie, die wordt verleend aan een onderneming die enkel plaatselijke of regionale diensten verricht en geen diensten buiten de staat van vestiging levert, geen

⁹⁸ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 371.

⁹⁹ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 372.

¹⁰⁰ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 375.

¹⁰¹ Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - *Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie. P. 19; HvJ EG 24 juli 2003, zaak C-280/00, Altmark Trans GmbH, Jurispr. 2003, p. I-7747.

¹⁰² Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 377.

¹⁰³ Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - *Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie. P. 19.

nadelige gevolgen kan hebben voor het handelsverkeer tussen lidstaten. Financiering ter compensatie van openbare dienstverplichtingen is onder bepaalde voorwaarden géén staatssteun en behoeft daarmee niet te worden gemeld bij de Commissie¹⁰⁴. De eerste voorwaarde is dat een onderneming, die het voordeel ontvangt, daadwerkelijk belast moet zijn met de uitvoering van openbare dienstenverplichtingen. Deze verplichtingen moeten duidelijk omschreven zijn in bijvoorbeeld nationale wetgeving of vergunningen. Daarnaast dient de berekening van de kosten vooraf op objectieve en transparante wijze te zijn vastgesteld (tweede voorwaarde). De derde voorwaarde is dat de compensatie niet hoger is dan de kosten voor de uitvoering van de openbare dienstverplichting. Hierbij mag rekening worden gehouden met de opbrengsten en met een redelijke winst uit de uitvoering van die verplichtingen. Ten slotte moeten de kosten worden vastgesteld op basis van de kosten die een gemiddeld goed beheerde onderneming zou hebben gemaakt (vierde voorwaarde). Deze berekening kan in sommige gevallen achterwege blijven. Wanneer aan één van bovenstaande voorwaarden niet is voldaan, dient de steun bij de Commissie te worden aangemeld, zodat zij kunnen beoordelen of de aangemerkte staatssteunmaatregel de concurrentie vervalst en de handel tussen de lidstaten ongunstig beïnvloedt¹⁰⁵.

3.2.2.2 Uitzonderingen op het staatssteunverbod

Het verbod op staatssteun betreft geen absoluut verbod. In artt. 87 lid 2 en 3 EG-verdrag worden verschillende uitzonderingen op art. 87 lid 1 EG-verdrag toegepast, dat wil zeggen gevallen waarin steunmaatregelen als verenigbaar met de gemeenschappelijke markt worden beschouwd of op zijn minst kunnen worden beschouwd. Daarnaast bestaat er een algemene verdragsuitzondering in art. 86 lid 2 EG-verdrag buiten de afdeling in het EG-verdrag die over steunmaatregelen van lidstaten gaat¹⁰⁶.

Artikel 87 lid 2 EG-verdrag

In art. 87 lid 2 EG-verdrag wordt bepaald dat sommige steunmaatregelen verenigbaar zijn met de gemeenschappelijke markt, zodat de Europese Commissie niet bevoegd is te oordelen over de wenselijkheid om de hierin vervatte ontheffingen toe te passen. Deze steunmaatregelen zijn rechtens van toepassing, maar ontslaan de lidstaten die zich hierop beroepen niet van het feit de verplichting om de steunvoornemens te melden aan de Europese Commissie (art. 88 lid 3 EG-verdrag). De Commissie kan op deze manier nagaan of de steunmaatregelen eventueel in aanmerking komen voor de in art. 87 lid 2 EG-verdrag uitzonderingsbepaling. Deze uitzonderingsclausule is alleen van toepassing wanneer de

¹⁰⁴ HvJ EG 24 juli 2003, zaak C-280/00, Altmark Trans GmbH, Jurispr. 2003, p. I-7747.

¹⁰⁵ Wissink, A., (2007). *De gevaren als gemeenten 'Altmark' negeren. Altmark is een tussenvorm van 'steun' of 'geen steun'*. Dossier staatssteun Europese Commissie. Staatscourant, 25 februari 2007.

¹⁰⁶ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 378.

betreffende steunmaatregelen op individuele verbruikers en niet op ondernemingen worden toegepast. Aangezien zorgverzekeraars wél als ondernemingen worden aangemerkt, is deze uitzondering niet op hen van toepassing¹⁰⁷.

Artikel 87 lid 3 EG-verdrag

De uitzonderingsclausule van art. 87 lid 3 EG-verdrag is niet van rechtswege van toepassing, maar alleen wanneer de Commissie naar eigen inzicht besluit om één of andere steunvoornemen hiervoor in aanmerking te laten komen. Het gaat hierbij om een mogelijkheid die in bepaalde gevallen aan het oordeel van de Commissie wordt overgelaten. Op grond van art. 87 lid 3 EG-verdrag kunnen ten eerste steunmaatregelen om de ontwikkeling van bepaalde vormen van economische bedrijvigheid of van bepaalde regionale economieën te vergemakkelijken als verenigbaar met de gemeenschappelijke markt worden beschouwd. De voorwaarde hierbij is dat de voorwaarden waaronder het handelsverkeer plaatsvindt niet zodanig worden veranderd dat het gemeenschappelijk wordt geschaad. Daarnaast kunnen andere soorten van steunmaatregelen, die zijn aangewezen bij besluit van de Raad op voorstel van de Commissie, als verenigbaar met de gemeenschappelijke markt worden beschouwd¹⁰⁸. Aan de uitzonderingsclausule van art. 87 lid 3 EG-verdrag is echter nog geen invulling gegeven, die relevant is voor de gezondheidszorg en van toepassing is op zorgverzekeraars.

Artikel 86 lid 2 EG-verdrag

Voor ondernemingen die belast zijn met het beheer van diensten van economische belang kan op grond van art. 86 lid 2 EG-verdrag een uitzondering worden gemaakt op alle bepalingen uit het EG-verdrag. De voorwaarde hierbij is dat de uitzondering alleen kan gelden, voorzover de toepassing van die verdragsbepaling de vervulling van de hun toevertrouwde taak verhindert¹⁰⁹. Daarnaast mag de ontwikkeling van het handelsverkeer niet worden beïnvloed in een mate die in strijd is met het gemeenschappelijke belang¹¹⁰.

De vraag die op deze uitzondering van toepassing is, is wat 'belast zijn met het beheer van diensten van economische belang' betekent. Het begrip 'dienst van algemeen economisch belang' in de zin van art. 86 lid 2 EG-verdrag houdt in beginsel in, dat de lidstaat aan de betrokken onderneming een bijzondere taak heeft toevertrouwd. De toewijzing van een

¹⁰⁷ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 378-379.

¹⁰⁸ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 379.

¹⁰⁹ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 379.

¹¹⁰ Artikel 86 lid 2 EG-verdrag luidt: 'de ondernemingen belast met het beheer van diensten van algemeen economische belang of die het karakter dragen van een fiscaal monopolie, vallen onder de regels van dit Verdrag, met name onder de mededingingsregels, voor zover de toepassing daarvan de vervulling, in feite of in rechte, van de hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert. De ontwikkeling van het handelsverkeer mag niet worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Gemeenschap'.

openbare dienst door de lidstaat kan noodzakelijk zijn om de wederzijdse verplichtingen van de betrokken ondernemingen en van de lidstaat af te bakenen. De lidstaten krijgen echter niet alle vrijheid om aan elke onderneming een bijzondere taak toe te vertrouwen¹¹¹. In de zaak-Porto di Genova heeft het Europese Hof verklaard, dat een economische activiteit met een algemeen economisch belang van andere economische activiteiten moet worden onderscheiden¹¹². De Nederlandse regering heeft ervoor gekozen om in plaats van één zorgverzekeraar met een publieke taak te belasten meer zorgverzekeraars actief te laten zijn op de markt waar de risico's worden verevend ingeval de risicoprofielen van de zorgverzekeraars van elkaar verschillen. De Nederlandse regering verplicht ondernemingen die diensten verrichten, die als diensten van algemeen economisch belang kunnen worden aangemerkt, deze diensten onder bepaalde beperkingen (voor zorgverzekeraars een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie) uit te voeren¹¹³. Zorgverzekeraars mogen zorgverzekeringen aan bieden, mits zij zich houden aan de regels van de acceptatieplicht en het premiedifferentiatieverbod. In de literatuur roept de definitie van het begrip 'dienst van algemeen economisch belang' nogal wat vragen op. Het is vaak niet duidelijk wanneer een dienst een economisch belang waarborgt en wat deze taak precies inhoudt¹¹⁴. Wanneer een dergelijk dienst als zodanig wordt aangemerkt, heeft dit echter wel vergaande gevolgen. De lidstaten krijgen namelijk meer vrijheid om aan een onderneming, die deze diensten uitvoeren, een bijzondere taak toe te vertrouwen.

Om zich te kunnen beroepen op art. 86 lid 2 EG-verdrag dient aan zes voorwaarden te zijn voldaan. Ondernemingen (eerste voorwaarde), belast (tweede voorwaarde) met het beheer van diensten van algemeen economisch belang (derde voorwaarde) vallen onder regels van het EG-verdrag, voorzover (vierde voorwaarde) de toepassing daarvan de vervulling van de hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert (vijfde voorwaarde), mits de ontwikkeling van het handelsverkeer (zesde voorwaarde) niet wordt beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Gemeenschap¹¹⁵. Uit het wettelijk kader waarin zorgverzekeraars, oftewel een bepaalde onderneming (eerste voorwaarde), opereren (acceptatieplicht, premiedifferentiatieverbod, risicoverevening, het te verzekeren risico en de te verzekeren prestaties), *zou kunnen blijken* dat deze socialezekerheidsorganen belast zijn met (tweede voorwaarde) het beheer van diensten van algemeen economisch belang (derde

¹¹¹ Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - *Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie. P. 26.

¹¹² HvJ EG 10 december 1991, zaak C-179/90. (*Porto di Genova*).

¹¹³ Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - *Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie. P. 27.

¹¹⁴ Sauter, W. September 2007. *Services of general economic interest (SEGI) and universal service obligations (USO) as an EU law framework for curative health care*. Tilburg University: TILEC Discussion Paper DP 2007-029. P. 32-33; Interview met Mw. Prof. dr. mr. Steyger, hoogleraar aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.

¹¹⁵ Zie de conclusie van AG Léger in de zaak Wouters (C-309/99), punt 157.

voorwaarde)¹¹⁶. De beïnvloeding van het handelsverkeer en de verstoring van de mededinging is bij risicoverevening beperkt. Daarnaast is het voordeel dat aan de begunstigde zorgverzekeraars wordt verleend ook beperkt (vierde en vijfde voorwaarde). Nieuwkomers op de zorgverzekeringsmarkt komen voor hetzelfde risicovereveningssysteem in aanmerking. De staatssteun die zorgverzekeraars wordt toegekend op grond van art. 86 lid 2 EG-verdrag is, *wanneer zorgverzekeraars belast zijn het beheer van diensten van economische belang*, verenigbaar met het EG-verdrag, omdat deze steun dan noodzakelijk is voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en de steun de ontwikkeling van het handelsverkeer (zesde voorwaarde) niet beïnvloedt in een mate die met het belang van de Gemeenschap strijdig is¹¹⁷.

¹¹⁶ Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003. P. 383; Gronden, van der, J.G. (2003). *Richtsnoeren voor de zorgsector: codificatie van de NMa-beleidspraktijk*. Markt & Mededinging 2003, nr. 2, p. 36-53.

¹¹⁷ Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - *Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie. P. 29.

4 Methoden en onderzoek

Dit hoofdstuk gaat over de methoden van het praktijkonderzoek, waarbij de onderzoeksopzet, de wijze van dataverzameling, de data-analyse en de kwaliteit van het onderzoek aan bod komen. De casus over de Azivo-zaak vormt, net als bij het theoretisch kader, ook het uitgangspunt voor het praktijkonderzoek. Het theoretisch kader geeft antwoord gegeven op de eerste twee deelvragen met betrekking tot het mededingingsrecht. Het praktijkonderzoek is een aanvulling op het theoretisch kader en geeft daarnaast antwoord op de derde deelvraag. In onderzoek wordt gekeken naar de ervaringen met het risicovereveningssysteem in de praktijk. Verschillende kanten van het risicovereveningssysteem worden belicht door middel van het afnemen van interviews bij personen van verschillende organisaties, instellingen en zorgverzekeraars.

4.1 Aard en type onderzoek

Het onderzoek is van systematische (empirische) aard en heeft een verkennend karakter. Dergelijk onderzoek wordt ook wel een 'exploratief' onderzoek genoemd. Er wordt onderzoek verricht naar een relatief nieuw probleem, namelijk het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw, en draagt bij aan een wetenschappelijke theorievorming ten aanzien van het probleem. Het empirische onderzoek begint met het formuleren van een vraagstelling, dat wordt gevolgd door het maken van een onderzoeksopzet (design) en het uitvoeren van een onderzoek. Daarna worden de onderzoeksresultaten geïnterpreteerd door het geven van een conclusie en geanalyseerd in een discussie ¹¹⁸.

4.1.1 Literatuur en juridisch bronnenonderzoek

De nadruk van het onderzoek ligt op het theoretisch kader. Bij de verzameling van relevante literatuurstukken en juridische bronnen is gebruik gemaakt van een breed scala aan wetenschappelijke bronnen. De literatuurstudie en het juridisch bronnenonderzoek is tot stand gekomen door het voornamelijk raadplegen van de universiteitscatalogus van de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Universiteit Maastricht en de Nederlandse Centrale Catalogus. Daarnaast zijn verschillende juridische tijdschriften, krantenarchieven en enkele betrouwbare, recente internetbronnen geraadpleegd.

4.1.2 Interviews

Het praktijkonderzoek zorgt voor een aanvulling op het theoretisch kader en geeft een antwoord op de laatste deelvraag door middel van het afnemen van interviews. Enkele personen van belangrijke organisaties, instellingen en zorgverzekeraars worden voor het

¹¹⁸ Bouter, L.M., Dongen, van, M.C.I.M., (2000). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. P. 87-88.

onderzoek benaderd. Tabel 1 geeft een overzicht van deze organisaties, instellingen en zorgverzekeraars.

Naam organisatie of instelling	Rede van het interview
Vrije Universiteit Amsterdam (VU)	Hoogleraar Europees bestuursrecht
Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)	Uitvoerder en toezichthouder Mededingingswet
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Bewaakt de zorgverzekeringsmarkt
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Heeft de Zvw opgesteld
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Brancheorganisatie van Nederlandse zorgverzekeraars
Vereniging VNO-NCW	Werkgevers betalen de verplichte werkgeversbijdrage
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	Coördineert uitvoering en financiering Zvw
Zorgverzekeraar CZ Zorgverzekeringen	Grote Nederlandse zorgverzekeraar
Zorgverzekeraar VGZ	Grote Nederlandse zorgverzekeraar
Zorgverzekeraar Salland Zorgverzekeringen	Kleine Nederlandse zorgverzekeraar

Tabel 1: Overzicht te benaderen organisaties, instellingen en zorgverzekeraars

In totaal worden er tien interviews afgenomen. Eén interview wordt gehouden met een hoogleraar Europees bestuursrecht met betrekking tot het Europese mededingingsrecht. Daarnaast worden personen van verschillende organisaties, instellingen en zorgverzekeraars geïnterviewd. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) wordt benaderd, omdat deze autoriteit de uitvoerder en toezichthouder van de Mw, die van toepassing is op zorgverzekeraars, is. Ten tweede worden er vragen gesteld aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), omdat deze autoriteit de zorgmarkten, en daarmee de zorgverzekeringsmarkt waar zorgverzekeraars op opereren, bewaakt. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt bezocht, omdat dit ministerie het overheidsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg, en dus ook de Zvw, maakt. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) wordt benaderd, omdat dit college de uitvoering van de Zvw coördineert en daarmee verantwoordelijk is voor de uitvoering van de risicoverevening. Daarnaast wordt er een bezoek afgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN), vanwege het feit dat zij een brancheorganisatie is van de bedrijven die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. Het realiseren van voorwaarden, waarbinnen de leden het vak van zorgverzekeraar optimaal kunnen uitoefenen, is een belangrijke activiteit binnen deze organisatie. Vanwege de verplichte werkgeversbijdrage aan het Zorgvereveningsfonds wordt ook de grootste ondernemingsorganisatie van Nederland, Vereniging VNO-NCW, benaderd. Naast deze organisaties en instellingen worden personen van twee grote zorgverzekeraars, namelijk VGZ en CZ Zorgverzekeringen, en één kleine zorgverzekeraar, te weten Salland Zorgverzekeringen, geïnterviewd, omdat zorgverzekeraars uiteindelijk de

doelgroep is van het onderzoek. Zorgverzekeraar Azivo wil geen interview afleggen, omdat de Azivo-zaak momenteel nog bij het Europese Hof ligt om behandeld te worden.

Bij elk interview wordt gewerkt met een andere vragenlijst. Elke organisatie, instelling en zorgverzekeraar is op een andere manier bezig met het risicovereveningssysteem. Om gerichte vragen te kunnen stellen, zijn er verschillende vragenlijsten opgesteld. De te ondervragen zorgverzekeraars krijgen wel dezelfde vragenlijst onder ogen te zien. Zij zijn immers ieder op dezelfde manier met het risicovereveningssysteem bezig. De verschillende vragenlijsten worden in de bijlagen weergegeven.

4.2 Kwaliteit van het onderzoek

De kwaliteit van het onderzoek wordt bepaald aan de hand van de betrouwbaarheid en de interne en externe validiteit. De betrouwbaarheid zegt iets over in hoeverre de onderzoeksmethoden bijdragen aan de nauwkeurigheid van de dataverzameling en data-analyse, zodat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk van toevalligheden afhankelijk zijn¹¹⁹. Die toevalligheden kunnen gelegen zijn in de situatie, de interviewer, de vragenlijst of de geïnterviewde zelf. De interne validiteit geeft aan in hoeverre de verkregen uitkomsten ook daadwerkelijk voor de onderzoeksgroep gelden en de externe validiteit in hoeverre deze uitkomsten ook gelden voor andere groepen dan de onderzoeksgroep¹²⁰.

4.2.1 Betrouwbaarheid

Eventuele bedreigen van de betrouwbaarheid ten aanzien van het literatuur en juridisch bronnenonderzoek kunnen gelegen zijn in het feit dat de informatie niet recent of wetenschappelijk is. Door gebruik te maken van recente bronnen uit wetenschappelijke tijdschriften en het op een statistische wijze zoeken naar literatuur via verschillende universiteitscatalogussen worden deze bedreigingen zoveel mogelijk beperkt. Bedreigingen van de betrouwbaarheid ten aanzien van de interviews zijn het aantal interviews, het 'sturen' van de interviews en de interpretatie van de interviewgegevens door de onderzoeker¹²¹. Het aantal interviews is beperkt, maar de respondenten zijn echter wel selectief uitgezocht vanwege hun belangrijke toegevoegde waarde voor het onderzoek. De interviewvragen hebben een open karakter, waardoor het 'sturen' van de interviews wordt getracht te beperken. Ook te lang wachten met het registreren van de interviews vormt een bedreiging voor de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat de gegevens daardoor onjuist kunnen

¹¹⁹ Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M., (1997). *Methoden en technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese. P. 165.

¹²⁰ Bouter, L.M., Dongen, van, M.C.I.M., (2000). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. P. 86-88.

¹²¹ Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M., (1997). *Methoden en technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese. P. 163-164.

worden weergegeven. Door gebruik te maken van opnameapparatuur en de interviews naderhand direct uit te schrijven, wordt deze bedreiging tot het minimum beperkt.

4.2.2 Interne validiteit

Een onderzoek heeft een hoge interne validiteit wanneer de resulterende conclusies geldig zijn voor de onderzochte populatie. Een bedreiging van de interne validiteit is, net zoals bij de betrouwbaarheid, ook het aantal interviews. Het aantal interviews is beperkt, maar er is echter wel een duidelijke selectie gemaakt van de relevante organisaties, instellingen en zorgverzekeraars, die een toegevoegde waarde voor het onderzoek hebben. De interne validiteit wordt beperkt, doordat de interviews onder andere een aanvulling op het theoretische kader zijn.

4.2.3 Externe validiteit

Een onderzoek heeft een hoge externe validiteit wanneer de conclusies ook van toepassing zijn op andere populaties dan de onderzochte populatie. Externe validiteit verwijst naar de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en heeft te maken met representativiteit van de populatie en de waarnemingen in een bepaald onderzoek¹²². Generaliseerbaarheid van de resultaten betekent in hoeverre de conclusies uit de interviews kunnen worden overgedragen naar overige situaties. Het onderzoek speelt zich af op de Nederlandse verzekeringsmarkt met betrekking tot het risicovereveningssysteem in de Zvw. De doelgroep van het onderzoek is de Nederlandse zorgverzekeraar, waardoor de uitkomsten van het onderzoek niet naar zorgverzekeringsmarkten in het buitenland kunnen worden gegeneraliseerd. In het buitenland worden namelijk ander zorgstelsels met andere wet- en regelgeving gehanteerd. Een bedreiging van de externe validiteit is de selectiviteit bij het benaderen van de personen die worden geïnterviewd. De selectie, die bij het benaderen van de respondenten wordt gehanteerd, vormt geen bedreiging voor het onderzoek. Ten eerste ligt de nadruk van het onderzoek niet op de interviews, maar op het theoretische gedeelte van het onderzoek en ten tweede wordt er een selectie gemaakt van de meest belangrijke organisaties, instellingen en zorgverzekeraars voor het onderzoek, zodat vanuit iedere invalshoek belangrijke informatie kan worden verstrekt.

4.3 Data-analyse

De interviews worden opgenomen met opnameapparatuur. Na het afnemen van de interviews worden de interviews nog een keer beluisterd en in grote lijnen uitgetypt. Volgens wordt de belangrijkste informatie uit de uitgetypte interviews gehaald en in verschillende

¹²² Bouter, L.M., Dongen, van, M.C.I.M., (2000). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. P. 100.

clusters weergegeven. Na het weergeven van de belangrijkste informatie, wordt de informatie per cluster met elkaar vergeleken. Met behulp van de onderzoeksresultaten uit de praktijk wordt een antwoord gegeven op de derde deelvraag. Daarnaast worden de uitkomsten van het theoretisch kader aangevuld met de resultaten uit het praktijkonderzoek en wordt er een algemene conclusie gegeven ten aanzien van het hele onderzoek. Deze conclusie wordt vervolgens bediscussieerd en er worden, na aanleiding van het onderzoek, enkele aanbevelingen gedaan.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk komt aan bod hoe het praktijkonderzoek is verlopen. De data van het praktijkonderzoek worden weergegeven en geanalyseerd en er wordt een korte reflectie op deze resultaten gegeven. In het praktijkonderzoek zijn in totaal tien interviews afgenomen bij personen van verschillende organisaties, instellingen en zorgverzekeraars. Daarbij zijn acht verschillende vragenlijsten opgesteld. De drie zorgverzekeraars hebben dezelfde vragenlijst voorgelegd gekregen. De algemene vraagstelling van alle interviews is hetzelfde. Aan elk geïnterviewd persoon is zijn of haar mening ten aanzien van het risicovereveningssysteem gevraagd, waarbij is ingegaan op de voor- en nadelen voor de betreffende organisatie, instelling of zorgverzekeraar. Daarnaast is aan ieder persoon gevraagd wat hij of zij aan het risicovereveningssysteem verbeterd zou willen zien en op welke manier dat zou kunnen worden vormgegeven.

5.2 Verloop van het onderzoek

Via het internet zijn de contactgegevens van de verschillende organisaties, instellingen en zorgverzekeraars opgezocht. Daarna is er telefonisch contact via het algemene telefoonnummer opgenomen, om vervolgens doorverbonden te worden naar een persoon die voor het interview benaderd kon worden. Met deze personen zijn afspraken gemaakt om langs te komen voor het afnemen van een interview. De geïnterviewde personen zijn echter geen vertegenwoordigers van deze organisaties, instellingen en zorgverzekeraars, maar hebben in hun werkzaamheden wel te maken met het risicovereveningssysteem. De data uit de interviews betreffen de visie en mening van de geïnterviewde personen zelf en vertalen niet de standpunten van de organisaties, instellingen en zorgverzekeraars.

5.3 Dataweergave

De belangrijkste data uit de interviews worden in deze paragraaf in vier clusters weergegeven. Deze clusters bevatten per onderdeel de opvallendste bevindingen en geven antwoord op de deelvraag die behoort bij het praktijkonderzoek.

Grotere zorgverzekeraars versus kleinere zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van verzekerden en zorgverzekeraars en creëert ondernemingsruimte voor zorgverzekeraars. ZN ziet dat er verschillen bestaan tussen grote en kleine zorgverzekeraars ten aanzien van de uitvoering van de Zvw. Grote zorgverzekeraars hebben meer kansen om betere contracten met zorgaanbieders af te sluiten, omdat ze belangrijker zijn op de zorgverzekeringmarkt dan kleine zorgverzekeraars. Daarnaast lopen grote zorgverzekeraars een kleiner risico wanneer ze minder uit het Zorgvereveningsfonds worden gecompenseerd voor een bepaalde groep

verzekerden, omdat ze een groter aantal verzekerden in hun portefeuille hebben dan kleine zorgverzekeraars. Kleine zorgverzekeraars zijn meer kwetsbaar voor het risicovereveningssysteem. CZ Zorgverzekeringen is één van de grootste zorgverzekeraars in Nederland en heeft ongeveer drie miljoen verzekerden. CZ wil graag zien dat de ex-post risicoverevening wordt afgebouwd, zodat alleen de ex-ante risicoverevening overblijft. Op deze manier heeft deze grote zorgverzekeraar meer kans om betere contracten met zorgaanbieders af te sluiten en meer mogelijkheden om concurrentievoordelen te behalen. Volgens CZ kan deze ontwikkeling echter wel nadelig zijn voor kleine zorgverzekeraars, omdat zij minder mogelijkheden hebben om goede contracten met zorgaanbieders af te sluiten. Met ruim twee miljoen verzekerden is zorgverzekeraar VGZ ook één van de grootste zorgverzekeraars van Nederland. Ook VGZ ziet graag dat de ex-post risicoverevening wordt afgebouwd, zodat zij efficiënter hun zorg kunnen inkopen. Salland Zorgverzekeringen is een landelijke zorgverzekeraar met een regionale invalshoek met ongeveer 90.000 verzekerden en is vanuit het oude ziekenfondssysteem bekend met het risicovereveningssysteem. Salland heeft als regionale zorgverzekeraar te maken met dure ziekenhuiszorg, dat alleen kan worden ingekocht in het regionale ziekenhuis. Daarnaast heeft Salland als kleine zorgverzekeraar meer kans om bij een minimale compensatie uit het Zorgvereveningsfonds te worden benadeeld. Kleine zorgverzekeraars hebben een kleiner aantal verzekerden, zodat een nadelige groep verzekerden in de portefeuille eerder merkbaar is dan dit het geval zou zijn bij grote zorgverzekeraars. Salland is echter wel voor het afbouwen van de ex-post risicoverevening, mits de ex-ante risicoverevening optimaal is en zorgverzekeraars een gelijke startpositie hebben.

Risicoselectie in de zorgverzekering

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) brengt risico's op de verschillende zorgmarkten, waaronder de zorgverzekeringsmarkt, in kaart. Met risico's worden de ongewenste effecten bedoeld die nadelig kunnen zijn voor de consument, zorgverzekeraar en zorgaanbieder, die gebruik maken van en/of werken met de Zvw en de AWBZ. Een dergelijk risico op de zorgverzekeringsmarkt is het toepassen van risicoselectie door zorgverzekeraars. Risicoselectie is vanuit de Zvw een ongewenst effect, dat nadelig kan zijn voor bepaalde groepen consumenten. Door de verschillende randvoorwaarden in de Zvw moet risicoselectie niet mogelijk zijn. De NZa merkt echter dat er wel mogelijkheden voor zorgverzekeraars zijn om risicoselectie toe te passen. Risicoselectie kan door de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars niet aan de poort van toelating worden toegepast, maar wel bij de aanvullende verzekering of via collectieve zorgverzekeringen. Momenteel is het nog lastig voor zorgverzekeraars om hun voor- en nadelen ten aanzien van risico's te voorspellen, omdat het risicovereveningssysteem nog is gebaseerd op gegevens uit het

oude zorgstelsel. Wanneer de ex-post risicoverevening is afgebouwd en het risicovereveningssysteem alleen gebaseerd is op ex-ante risicoverevening, kunnen zorgverzekeraars deze voor- en nadelen beter inschatten. Wanneer zorgverzekeraars echter pogingen ondernemen om risicoselectie toe te passen, kan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) deze selectiepunten nader bekijken. Het risicovereveningssysteem kan dan eventueel worden aangepast, zodat de betreffende vorm van risicoselectie niet meer kan voorkomen. Het is nog niet aangetoond dat er momenteel risicoselectie door zorgverzekeraars plaats vindt. Zorgverzekeraars gedragen zich over het algemeen 'netjes', aldus zorgverzekeraars. Sommige zorgverzekeraars onderscheiden zich al wel van andere verzekeraars door onder andere gezondheid te koppelen aan ziekteverzuim. Zorgverzekeraars kunnen afspraken maken met bedrijven en bijvoorbeeld fysiotherapie op het werk aanbieden. Daarnaast bieden sommige zorgverzekeraars verschillende pakketten aan verzekerden aan, zoals een polis voor diabetici. Deze activiteiten kunnen worden gezien als een vorm van positieve risicoselectie door bepaalde, misschien wel voor de zorgverzekeraar winstgevende, groepen verzekerden naar zich toe te trekken.

Knelpunten risicovereveningssysteem

In 2005 is een nieuwe vorm van financiering van ziekenhuiszorg, zogenoemde diagnose-behandelingcombinatie's, ingevoerd. Deze nieuwe financiering verloopt nog niet optimaal en dat is ook te merken in het zorgverzekeringstelsel. Ook is het risicovereveningssysteem momenteel nog gebaseerd op gegevens uit het oude zorgverzekeringstelsel. Wanneer de dbc-systematiek optimaler gaat verlopen en het risicovereveningssysteem gebaseerd is op gegevens uit de Zvw kan de ex-ante risicoverevening optimaal worden vormgegeven en de ex-post risicoverevening worden afgebouwd.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) merkt dat de concurrentie tussen zorgverzekeraars ten aanzien van de zorginkoop toe aan het nemen is. Zorgverzekeraars beginnen steeds meer te onderhandelen met zorgaanbieders over de verschillende zorgprijzen. Direct na de invoering van de Zvw zijn zorgverzekeraars voornamelijk bezig geweest om een zo groot mogelijk marktaandeel te bemachtigen door klanten aan zich te binden. Nu deze klanten binnen zijn, neemt de concurrentie tussen zorgverzekeraars een andere wending aan door zich meer te richten op hun bedrijfsuitvoering. Deze ontwikkeling moet echter nog wel steeds meer gaan toenemen.

Vereniging VNO-NCW behartigt op nationaal en internationaal niveau de gemeenschappelijke belangen van het Nederlandse bedrijfsleven. De werkgeversbijdrage aan het Zorgvereveningsfonds is een verplichte bijdrage door werkgevers. Het is wettelijk vastgelegd dat werkgevers dit bedrag moeten betalen, maar werkgevers hebben echter geen invloed op de manier waarop deze kosten moeten worden betaald. Werkgevers zouden

bijvoorbeeld graag invloed willen hebben op de verschillende mogelijke behandelingen die door zorgaanbieders worden aangeboden, aldus VNO-NCW. Werkgevers willen maar één ding en dat is dat hun zieke werknemer weer snel aan het werk kan, zodat de kosten bij verzuim zo laag mogelijk blijven. De meerderheid van andere organisaties, instellingen en zorgverzekeraars vinden dat de verplichte werkgeversbijdrage buiten het risicovereveningssysteem valt.

Beleidsbepalende partijen, zoals de politiek en de ministeries, zijn primair verantwoordelijk voor het risicovereveningssysteem, waarbij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) verantwoordelijk is voor de uitvoering van de risicoverevening. Deze uitvoerende werkzaamheden moeten, ook volgens het CVZ zelf, nog worden verbeterd. Momenteel zijn er regelmatig problemen met (het aanleveren van) beschikbare data of de ingewikkeldheid van het risicovereveningssysteem zelf, waardoor het budget voor zorgverzekeraars soms te laat wordt vastgesteld. Het aanleveren van een accountantsverklaring vindt het CVZ echter niet nodig om hun werkzaamheden transparanter te maken, maar het CVZ zegt zelf wel dat zij misschien meer toelichting zou kunnen geven over de manier waarop CVZ werkt.

Bevindingen Azivo-zaak

Zorgverzekeraar Azivo had in het oude zorgverzekeringsstelsel, als ziekenfonds zijnde, ook al problemen met het risicovereveningssysteem. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het CVZ hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar het probleem van deze Haagse zorgverzekeraar. Tijdens dat onderzoek is er geen criterium gevonden die het (regionale) probleem van Azivo op zou kunnen lossen. Aan de kant van het risicovereveningssysteem is niets gevonden. Ook ZN zegt dat er nog geen voorspelbaar kenmerk is gevonden, waardoor de (ziekenhuis)kosten bij de Haagse zorgverzekeraar hoger liggen. ZN sluit niet uit dat deze factor er wel is. Misschien is er in Den Haag sprake van een overaanbod van ziekenhuiszorg en heeft Azivo last van te dure ziekenhuiszorg. Of misschien heeft Azivo problemen met het doelmatig inkopen van zorg en is hun bedrijfsvoering niet optimaal. De hoogleraar aan de Vrije Universiteit (VU) van Amsterdam vindt het verstandig dat Azivo in hoger beroep is gegaan tegen de beschikking van de Europese Commissie. Uit deze beschikking komt namelijk naar voren, dat het risicovereveningssysteem verenigbaar is met het Europese Verdrag, omdat zorgverzekeraars belast zijn met diensten van algemeen economisch belang. Vanwege deze constatering zouden zorgverzekeraars gecompenseerd mogen worden door staatssteun. Volgens de hoogleraar is het echter niet duidelijk of zorgverzekeraars inderdaad diensten uitvoeren die een algemeen economisch belang hebben en of ze daadwerkelijk recht hebben op het krijgen van staatssteun. Het risicovereveningssysteem moet daarom nog een keer goed getoetst worden. Aan de andere kant kan volgens de hoogleraar Azivo feitelijk nog niet aantonen dat ze benadeeld wordt,

omdat er nog geen gegevens van de afgelopen twee jaar beschikbaar zijn. Vanwege deze reden kan Azivo de zaak ook gaan verliezen.

5.4 Reflectie

Een belangrijke bevinding in het praktijkonderzoek is dat kleine zorgverzekeraars meer nadeel ondervinden van het risicovereveningssysteem dan grote zorgverzekeraars, omdat zij minder verzekerden in hun portefeuille hebben. Salland Zorgverzekeringen ondervindt niet teveel nadeel van het risicovereveningssysteem, maar misschien zorgverzekeraar Azivo wel. Over de Azivo-zaak zijn de meningen echter verdeeld. Een andere opvallende bevinding is dat alle geïnterviewde partijen vinden dat een goed werkend risicovereveningssysteem niet kan ontbreken in de Zvw. Het vereveningssysteem kan volgens alle partijen nog wel worden geoptimaliseerd. Volgens sommige partijen is het toepassen van risicoselectie door zorgverzekeraars mogelijk, maar zorgverzekeraars zeggen een dergelijke vorm van selectie momenteel niet toe te passen.

De onderlinge verbanden in het conceptueel model, weergegeven in het eerste hoofdstuk, zijn door verhalen uit de praktijk een stuk duidelijker geworden. Het is helder welke organisaties en instellingen met elkaar samenwerken en welke taken de verschillende organisaties en instellingen ten aanzien van het risicovereveningssysteem hebben. De informatie uit de praktijk is een belangrijke aanvulling op de informatie uit het theoretisch kader, omdat duidelijker is geworden hoe het risicovereveningssysteem in de praktijk werkt.

6 Conclusie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de probleemstelling van het onderzoek:

'Is het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet mogelijk in strijd met het mededingingsrecht en hoe werkt het risicovereveningssysteem in de praktijk?'

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, wordt eerst antwoord gegeven op de drie bijbehorende deelvragen.

Wat houden de nieuwe Zorgverzekeringswet en nadere wet- en regelgeving, in relatie tot het risicovereveningssysteem, in?

De nieuwe Zvw is een wettelijke regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking. In de Memorie van Toelichting (MvT) van de Zvw worden de verschillende artikelen van de Zvw nader toegelicht. Daarnaast worden er in het Besluit Zorgverzekering nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zvw en in de Regeling Zorgverzekering zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zvw én ter uitvoering van het Besluit Zorgverzekering.

Iedereen die legaal in Nederland woont, wordt verplicht om een zorgverzekering tegen ziektekosten af te sluiten. Als spiegelbeeld van deze verzekeringsplicht voor burgers verplicht de Zvw zorgverzekeraars al deze burgers, die in zijn werkgebied wonen, te accepteren voor een zorgverzekering, waarbij een premiedifferentiatieverbod naar persoon gerelateerde factoren geldt. Zonder aanvullende maatregelen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie, vanwege de wettelijke acceptatieplicht en een premiedifferentiatieverbod naar verzekerdenkenmerken, in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie. Deze zorgverzekeraars worden gedwongen een hogere premie te vragen aan hun verzekerden dan zorgverzekeraars met een gezonde populatie. Risicoverevening is noodzakelijk om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's te maken hebben. De middelen tot dekking van de kosten van de zorgverzekering komen uit het Zorgvereveningsfonds. Er kunnen twee vormen van risicoverevening worden onderscheiden, namelijk een ex-ante risicoverevening en een ex-post risicoverevening. In het ex-ante risicovereveningssysteem worden de risico's van verzekerden op basis van kenmerken, die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde, zo goed mogelijk ingeschat. Deze kenmerken dienen als basis voor de bijdrage die zorgverzekeraars krijgen uit het Zorgvereveningsfonds. De verdeling van de middelen uit het Zorgvereveningsfonds vindt plaats door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) via objectieve criteria, te weten leeftijd en geslacht, farmacie kostengroepen, diagnose kostengroepen, aard van het inkomen en het regiocriterium. In 2008 wordt nog het sociaal-economische status criterium toegevoegd. Om

onvolkomenheden in de ex-ante normering op te vangen en om te corrigeren voor verschillen tussen geschatte en gerealiseerde verzekerdenaantallen worden ex-post compensatiemechanismen toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van de kostenrealisaties. De ex-post risicoverevening moet uiterlijk in 2011 zijn afgebouwd.

De zorgverzekering wijkt in een aantal opzichten af van een algemene verzekering. Bij een algemene verzekeringsovereenkomst betaalt de verzekerde premie aan de verzekeraar. Bij een zorgverzekeringsovereenkomst betaalt de verzekerde ook een premie aan de zorgverzekeraar, maar behalve deze zorgpremie krijgt de zorgverzekeraar ook een bijdrage uit het Zorgvereveningsfonds. De regelingen van het nieuwe algemene verzekeringsrecht zijn op de Zvw wel van toepassing, maar het sociale karakter van de zorgverzekering leidt ertoe dat op enkele artikelen van het algemene verzekeringsrecht voor de zorgverzekering een uitzondering wordt gemaakt. De meeste artikelen van het algemene verzekeringsrecht gelden wel, maar hebben voor de zorgverzekering een beperktere reikwijdte dan voor andere private verzekeringen. Voor de wettelijk zorgverzekering bepaalt art. 15 lid 1 Zvw dat bepaalde regelingen uit het algemene verzekeringsrecht niet van toepassing zijn. Daarnaast bepaalt het tweede lid van dat artikel dat de zorgverzekeraar niet bevoegd is een verzekerde prestatie geheel of gedeeltelijk te weigeren als het intreden van het verzekerde risico aan de verzekerde te verwijten is (art. 15 lid 2 Zvw). Zorgverzekeraars mogen bijvoorbeeld de verzekerde, die door rood licht is gereden en daardoor een ongeluk heeft gekregen, geen benodigde zorg (gedeeltelijk) weigeren te vergoeden. De uitzonderingen op de hoofdregelingen van het algemene verzekeringsrecht gelden echter alleen voor de wettelijke zorgverzekering en niet voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Wat houdt het mededingingsrecht, in relatie tot het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet, in?

De Nederlandse Mededingingswet (Mw) is gericht op de versterking van de concurrentie op onder andere de zorgverzekeringsmarkt. Uitgangspunten van deze wet zijn het verbod op mededingingsbeperkende afspraken, het verbod van misbruik van (economische) machtsposities en de controle op concentraties. Het mededingingsrecht richt zich op ondernemingen en hun handelen. Het Europese Hof heeft in de arresten Poucet/Pistre en AOK Bundesverband uitgesproken dat op de uitvoerende instellingen van sociale ziektekostenverzekeringen, oftewel zorgverzekeraars, het mededingingsrecht niet van toepassing is, omdat deze instellingen niet als ondernemingen kunnen worden aangemerkt. In relatie tot de Zvw is de belangrijkste overweging van het Europese Hof, dat deze instellingen bij de uitvoering van hun wettelijke taak niet winstbeogend zijn. De

zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren zijn in de visie van de Nederlandse regering echter wel onderworpen aan het mededingingsrecht, vanwege het feit dat de Zvw slechts kan worden uitgevoerd door rechtspersonen die als onderneming toelating hebben gekregen tot uitvoering van het verzekeringsbedrijf. Daarnaast mogen deze ondernemingen, ook wat betreft de uitvoering van de Zvw, het maken van winst beogen. De Nederlandse regering merkt op grond van art. 122 Zvw zorgverzekeraars aan als ondernemingen als bedoeld in art. 81 EG-Verdrag. Een dergelijke nationale regeling is mogelijk, omdat in het EG-verdrag is bepaald dat de Europese Gemeenschap het nationale beleid bij het treffen van maatregelen op het terrein van de volksgezondheid aan kan vullen. De lidstaten behouden op deze manier de bevoegdheid met betrekking tot de inrichting van hun nationale stelsels van sociale zekerheid.

Op een privaatrechtelijk zorgverzekeringsstelsel zijn volgens vele auteurs in de literatuur de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen van toepassing. Op bepaalde onderdelen kan een inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen worden gerechtvaardigd met een beroep op 'het algemeen belang' in algemene zin én op grond van artikel 54 van de Derde schadeverzekeringsrichtlijn in het bijzonder. De Derde schadeverzekeringsrichtlijn stelt namelijk grenzen aan de bevoegdheid van de lidstaten om eisen te stellen aan zorgverzekeringsovereenkomsten. De Europese Commissie stelt dat artikel 54 van de Derde richtlijn ruim dient te worden geïnterpreteerd. Dat betekent dat een privaatsysteem gedeeltelijk of geheel kan fungeren voor een publiek systeem. De wettelijke randvoorwaarden in de Zvw kunnen volgens de Commissie gerechtvaardigd worden met een beroep op 'het algemeen belang'. De voorschriften moeten wel worden opgelegd op een manier die de werking van de interne markt niet in gevaar kan brengen. Door deze wettelijke regeling heeft de Nederlandse overheid de mogelijkheid om in te grijpen in particuliere zorgverzekeringsovereenkomsten door particuliere zorgverzekeraars te verplichten een overeenkomst af te sluiten met burgers die daarvoor in aanmerking komen. Dit wordt in de Zvw vormgegeven door de acceptatieplicht en het premiedifferentiatieverbod.

Het Europese mededingingsrecht richt zich, naast de uitgangspunten van de Nederlandse mededingingswet, ook op staatssteunmiddelen. Om van staatssteun te kunnen spreken moet aan vier voorwaarden zijn voldaan. Staatssteun moet ten goede komen aan één of meer ondernemingen (eerste voorwaarde). Daarnaast moeten steunmaatregelen ten goede moeten komen aan 'bepaalde ondernemingen of bepaalde producties'. Het selectief karakter is daarom ook een kenmerk van het begrip staatssteunmaatregel (tweede voorwaarde). Een ander element van staatssteun is of de voordelen met staatsmiddelen zijn bekostigd (derde voorwaarde). Om te beoordelen of een overheidsmaatregel als steun in de zin van art. 87 EG-verdrag is aan te merken, moet daarnaast nog worden vastgesteld of de begunstigde

onderneming een economisch voordeel ontvangt, dat zij onder normale marktvoorwaarden niet zou hebben verkregen (vierde voorwaarde). *De vraag is of het Zorgvereveningsfonds als een staatssteunmaatregel kan worden gezien.* Zorgverzekeraars worden aangemerkt als ondernemingen (eerste voorwaarde), die uitvoerders zijn van specifieke producties, namelijk zorgverzekeringen (tweede voorwaarde). Daarnaast zijn de economische voordelen voor zorgverzekeraars met staatsmiddelen bekostigd. Het Zorgvereveningsfonds wordt namelijk gevoed door de inkomensafhankelijke bedragen van verzekeren, de verplichte werkgeversbijdrage en de rijksbijdrage van de overheid (derde voorwaarde). Uit dit Zorgvereveningsfonds worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor het feit dat zij te maken hebben met verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's. Tenslotte kunnen zorgverzekeraars dit voordeel niet onder normale marktvoorwaarden verkrijgen. Wanneer de Nederlandse regering zorgverzekeraars niet zou verplichten iedereen die legaal in Nederland woont, te accepteren en het verbod op premiedifferentiatie niet zou invoeren, dan hadden zorgverzekeraars ook geen Zorgvereveningsfonds nodig (vierde voorwaarde). Met deze uitleg kan het Zorgvereveningsfonds als een staatssteunmaatregel worden gezien.

De staatssteun in het Zorgvereveningsfonds versterkt de relatieve positie van de begunstigden ten opzichte van die van hun concurrenten in andere lidstaten. Deze steun kan daarmee een verstoring van de mededinging zijn en een ongunstige beïnvloeding hebben op het handelsverkeer tussen lidstaten. *De vraag is of het Zorgvereveningsfonds als een verboden staatssteunmaatregel kan worden gezien.* Voor ondernemingen die 'belast zijn met het beheer van diensten van economische belang' kan echter op grond van art. 86 lid 2 EG-verdrag een uitzondering worden gemaakt op alle bepalingen uit het EG-verdrag. Om zich te kunnen beroepen op art. 86 lid 2 EG-verdrag dient aan zes voorwaarden te zijn voldaan. Er moet sprake zijn van ondernemingen (eerste voorwaarde), die belast zijn met (tweede voorwaarde) het beheer van diensten van algemeen economisch belang (derde voorwaarde), voorzover (vierde voorwaarde) de toepassing daarvan de vervulling van de aan hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert (vijfde voorwaarde). Daarnaast mag de ontwikkeling van het handelsverkeer niet worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Gemeenschap (zesde voorwaarde). Zorgverzekeraars worden door de Nederlandse regering als ondernemingen beschouwd (eerste voorwaarde). Door de verplicht gestelde randvoorwaarden in de Zvw, zoals de acceptatieplicht en het premiedifferentiatieverbod, die door de regering zijn vastgesteld, *zou kunnen blijken* dat deze socialezekerheidsorganen belast zijn met (tweede voorwaarde) 'het beheer van diensten van algemeen economisch belang' (derde voorwaarde). De vraag is echter wat onder 'het beheer van diensten van algemeen economisch belang' moet worden verstaan. In de literatuur roept de definitie van dit begrip nogal wat vragen op en is het niet duidelijk wat deze diensten

precies inhouden. Het gevolg daarvan is dat het niet voor iedereen duidelijk is of zorgverzekeraars 'belast zijn met' deze diensten. Tenslotte is uit de literatuur gebleken dat de beïnvloeding van het handelsverkeer en de verstoring van de mededinging bij risicoverevening beperkt is, omdat iedere lidstaat te maken heeft met een eigen zorgstelsel. Daarnaast is het voordeel dat aan de begunstigde zorgverzekeraars wordt verleend ook beperkt (vierde en vijfde voorwaarde), omdat de bijdrage uit het Zorgvereveningsfonds als compensatie en niet als buffer geldt. Nieuwkomers op de zorgverzekeringsmarkt komen namelijk voor hetzelfde risicovereveningssysteem in aanmerking. De staatssteun die zorgverzekeraars wordt toegekend op grond van art. 86 lid 2 EG-verdrag is waarschijnlijk, wanneer zorgverzekeraars belast zijn met 'het beheer van diensten van economische belang', verenigbaar met het EG-verdrag, omdat deze steun dan noodzakelijk is voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en de steun de ontwikkeling van het handelsverkeer (zesde voorwaarde) niet beïnvloedt in een mate die met het belang van de Europese Gemeenschap strijdig is.

Hoe werkt het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet in de praktijk voor zorgverzekeraars?

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat er enkele verschillen bestaan tussen grote en kleine zorgverzekeraars ten aanzien van de uitvoering van de Zvw. Grote zorgverzekeraars hebben meer mogelijkheden om betere contracten met zorgaanbieders af te sluiten dan kleine zorgverzekeraars. Grote zorgverzekeraars hebben meer geld en meer verzekerden in hun portefeuille en hebben daardoor meer macht dan kleine zorgverzekeraars. Daarnaast lopen grote zorgverzekeraars minder risico wanneer ze minder worden gecompenseerd voor een bepaalde groep verzekerden, omdat ze een groter aantal verzekerden hebben dan kleine zorgverzekeraars. Vanwege deze reden zijn kleine zorgverzekeraars meer kwetsbaar voor het risicovereveningssysteem, dan grote zorgverzekeraars.

Risicoselectie is vanuit de Zvw een ongewenst effect, dat nadelig kan zijn voor bepaalde groepen verzekerden. Door de randvoorwaarden in de Zvw moet risicoselectie niet mogelijk zijn. Uit de interviews is gebleken dat er echter wel mogelijkheden voor zorgverzekeraars zijn om risicoselectie toe te passen. Risicoselectie kan door de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars niet aan de poort van toelating worden toegepast, maar wel bij de aanvullende verzekering of via collectieve verzekeringen. Het risicovereveningssysteem is momenteel gebaseerd op gegevens uit het oude zorgstelsel, waardoor het voor zorgverzekeraars nog moeilijk is om te voorspellen waar voor hen de risico's in hun portefeuille zich bevinden. Wanneer het risicovereveningssysteem, over enkele jaren, alleen

is gebaseerd op ex-ante risicoverevening kunnen zorgverzekeraars deze ‘winst- en verliesgevende’ risico’s beter inschatten. Wanneer zorgverzekeraars echter pogingen ondernemen om risicoselectie toe te passen, kan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) het risicovereveningssysteem aanpassen, zodat de betreffende vorm van risicoselectie niet meer kan voorkomen. Naast het geven dat het risicovereveningssysteem nog gebaseerd is op gegevens uit het oude zorgstelsel, verloopt de nieuwe ziekenhuisfinanciering in de vorm van diagnose-behandelingcombinatie’s nog niet optimaal. Problemen met de invoering van deze financiering is ook te merken in het zorgverzekeringsstelsel. Wanneer de dbc-systematiek optimaler gaat verlopen en het risicovereveningssysteem wordt gebaseerd op gegevens uit het nieuwe zorgstelsel kan de ex-ante risicoverevening beter worden vormgegeven en de ex-post risicoverevening worden afgebouwd. Uit de interviews is gebleken dat zorgverzekeraars nog niet optimaal onderhandelen met zorgaanbieders over de verschillende zorgprijzen. Wanneer de ziekenhuisfinanciering goed verloopt en de ex-ante risicoverevening goed is vormgegeven, gaan zorgverzekeraars waarschijnlijk meer onderhandelen over zorgprijzen. De uitvoerende werkzaamheden van de risicoverevening moeten ook nog worden verbeterd en transparanter worden weergegeven. Er zijn regelmatig problemen met (het aanleveren van) beschikbare data en het ingewikkelde risicovereveningssysteem op zich, waardoor het budget voor zorgverzekeraars soms te laat wordt vastgesteld.

Na het beantwoorden van de drie deelvragen kan op de probleemstelling van het onderzoek een antwoord worden gegeven.

‘Is het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zorgverzekeringswet mogelijk in strijd met het mededingingsrecht en hoe werkt het risicovereveningssysteem in de praktijk?’

Het Nederlandse zorgstelsel roept in Europa nogal wat vragen op. Ten eerste vanwege het feit dat er in de Zvw sprake is van een vermenging van publieke en private elementen. Een systeem is vaak óf privaat, met alle vrijheid voor burgers, óf publiek, waarbij er geen ruimte voor private partijen is. Het nieuwe Nederlandse zorgstelsel is een sociaal verzekeringsstelsel dat wordt uitgevoerd door commerciële zorgverzekeraars die winst mogen maken. Het opleggen van verplichtingen aan zorgverzekeraars is niet onder de Europese Derde schadeverzekeringsrichtlijn en niet onder het Europese mededingingsrecht per definitie zomaar acceptabel. Op bepaalde onderdelen van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen kan wel een inbreuk op de voorschriften worden gerechtvaardigd met een beroep op ‘het algemeen belang’ in algemene zin én op grond van artikel 54 van de Derde richtlijn in het bijzonder. Daarbij dient artikel 54 ruim te worden geïnterpreteerd, waardoor een privaatsysteem volgens de Europese Commissie gedeeltelijk

of geheel kan fungeren voor een publieksysteem, zodat de wettelijke randvoorwaarden in de Zvw gerechtvaardigd kunnen worden met een beroep op het algemeen belang. Het opleggen van verplichte deelname van zorgverzekeraars aan het risicovereveningssysteem kan onder het Europese mededingingsrecht ook niet direct worden goedgekeurd. Er kan van een staatssteunmaatregel in het Zorgvereveningsfonds worden gesproken, maar over de vraag of deze maatregel misschien als *verboden* staatssteun kan worden gezien, bestaat nog veel discussie. Voor ondernemingen die 'belast zijn met het beheer van diensten van economische belang' kan staatssteun onder enkele voorwaarden worden gerechtvaardigd. De vraag is echter wat onder 'het beheer van diensten van algemeen economisch belang' moet worden verstaan. Wanneer zorgverzekeraars inderdaad belast zijn met 'het beheer van diensten van economische belang', kan aan zorgverzekeraars staatssteun worden toegekend op grond van het tweede lid van artikel 86 van het EG-verdrag. De staatssteun is dan verenigbaar met het EG-verdrag, omdat deze steun noodzakelijk is voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en de steun de ontwikkeling van het handelsverkeer niet beïnvloedt in een mate die met het belang van de Europese Gemeenschap strijdig is. Volgens zorgverzekeraar Azivo gedooft de Europese Commissie echter ten onrechte een verkapt vorm van ongeoorloofde staatssteun in het Nederlandse zorgstelsel. Mocht het Europese Hof zorgverzekeraar Azivo in het gelijk stellen, dan kan het gevolg zijn dat Nederland het zorgstelsel moet ombouwen van een private verzekering naar een publiekstelsel en dan is Nederland weer terug bij af. Of het Nederlandse zorgstelsel houdbaar is in het licht van het mededingingsrecht is dus nog maar de vraag.

7 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de conclusie bediscussieerd, waarbij ook wordt teruggekeken op de Azivo-zaak die in de inleiding van dit onderzoek aan de orde is gekomen. Daarnaast worden enkele tekortkomingen van het onderzoek besproken en worden er een aantal aanbevelingen voor verder onderzoek gedaan.

7.1 Resultaten

De relatie tussen de Zvw en het Europese mededingingsrecht is op meerdere vlakken problematisch. Of het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel houdbaar is in het licht van het Europese mededingingsrecht is nog maar de vraag.

Het Europese mededingingsrecht is van invloed op het economische gebied van de Zvw. Het opleggen van verplichtingen aan zorgverzekeraars is niet per definitie zomaar te accepteren onder de Derde schadeverzekeringsrichtlijn en het Europese mededingingsrecht. Dat Nederlandse zorgverzekeraars ondernemingen zijn, is wettelijk vastgelegd in de Mededingingswet (Mw), maar of zij ook belast zijn met 'het beheer van diensten van economische belang' is nergens eenduidig te vastgesteld. Dit terwijl het wel of niet uitvoeren van dergelijke diensten vergaande gevolgen kan hebben voor lidstaten. Wanneer zorgverzekeraars dergelijke diensten wel uitvoeren, zoals nu op grond van art. 86 lid 2 EG-verdrag wordt aangenomen, hebben lidstaten meer vrijheid om aan zorgverzekeraars een bijzondere taak toe te vertrouwen en dus deelname aan het risicovereveningssysteem in de Zvw verplicht te stellen. Daarnaast wordt de staatssteun in het risicovereveningssysteem momenteel verenigbaar met het EG-verdrag bevonden, omdat deze steun noodzakelijk is voor 'het beheer diensten van algemeen economisch belang'. Vanwege deze twee redenen is het uiterst noodzakelijk dat zorgverzekeraars deze vaag geformuleerde diensten van algemeen economisch belang wél aanbieden, omdat anders het zorgverzekeringsstelsel niet verenigbaar is met het Europese mededingingsrecht.

Het Europese mededingingsrecht is ook van invloed op het arbeidsrechtelijke gebied van de Zvw. Grote zorgverzekeraars zijn machtige partijen, waartegen individuele zorgverzekeraars niet gemakkelijk op kunnen bieden. Kleine zorgverzekeraars hebben vanwege hun machtspositie minder mogelijkheden om betere contracten met zorgaanbieders af te sluiten, dan grote zorgaanbieders. Individuele zorgaanbieders mogen niet collectief met zorgverzekeraars onderhandelen, omdat dit de concurrentie teveel zou beperken. Iedere zorgaanbieder moet individueel afspraken met een zorgverzekeraar maken. Hierdoor ontstaat een spanningsveld ten aanzien van de marktwerking in het gezondheidszorgstelsel: zorgaanbieders moeten wel contracteren maar mogen dat slechts individueel doen, en

zorgverzekeraars bieden contracten aan maar moeten aan iedere zorgaanbieder hetzelfde contract aanbieden, waardoor zorgaanbieders allen in een gelijke positie verkeren. Door de machtspositie van de zorgverzekeraars kunnen die contracten gemakkelijk onredelijke voorwaarden bedingen. Vanwege de zwakkere positie van zorgaanbieders kunnen zij daar moeilijk iets aan doen. Bij een collectieve actie van zorgaanbieders kan namelijk bijvoorbeeld sprake zijn van een kartelverbod.

7.2 Azivo-zaak

Wanneer we even kort de Azivo-zaak aanhalen, dan komt de kern van de zaak op het volgende neer. Volgens zorgverzekeraar Azivo gedooft de Europese Commissie ten onrechte een verkapte vorm van staatssteun, die in het Nederlandse zorgstelsel zit. De Haagse zorgverzekeraar stelt dat staatssteun verwerkt zit in het Zorgvereveningsfonds en dat zij geld tekort komt, dat ten onrechte terecht komt bij andere zorgverzekeraars die het minder nodig hebben. Volgens Azivo is hier sprake van ongeoorloofde staatssteun. Azivo voert in de rechtszaak ook aan dat het verbod op premiedifferentiatie in het zorgstelsel in strijd is met de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen. Zorgverzekeraars mogen aan oudere en zieke mensen, die doorgaans meer zorg nodig hebben, geen hogere premie vragen. Een dergelijk verbod is volgens Azivo onhoudbaar op een markt waar commerciële zorgverzekeraars met elkaar moeten concurreren. Azivo is na het oordeel van de Europese Commissie het Nederlandse zorgstelsel bij het Europese Hof van Justitie aan gaan vechten. Het is nog niet bekend welke uitspraak het Hof gaat doen, omdat de zaak momenteel nog loopt. Enerzijds kan het Hof zijn uitspraak voortborduren op de uitspraak van de Commissie en oordelen dat het compenseren van zorgverzekeraars door publieke gelden neerkomt op staatssteun, maar dat deze vorm van staatssteun, bij wijze van uitzondering, echter wel aanvaardbaar wordt geacht. Aan de andere kant kan de zaak vergaande consequenties krijgen voor Nederland, wanneer het Europese Hof zorgverzekeraar Azivo in het gelijk stelt. Het nieuwe zorgstelsel kan dan door het Europese Hof van Justitie onderuit worden gehaald. Mocht het Hof Azivo in het gelijk stellen, dan kan het gevolg zijn dat Nederland het zorgstelsel alsnog moet ombouwen van een private verzekering naar een publiekstelsel. Anderzijds kan het Hof oordelen dat de risicovereveningsbijdrage een staatssteunmaatregel betreft, die de concurrentie tussen zorgverzekeraars niet vervalst en de handel tussen lidstaten niet ongunstig beïnvloedt. Wanneer het Hof bevestigt dat zorgverzekeraars zijn belast met 'het beheer van diensten van economisch belang', kan voor zorgverzekeraars een uitzondering worden gemaakt op onder meer het toestaan van staatssteun. De vereveningsbijdrage die zorgverzekeraars wordt toegekend, is dan verenigbaar met het EG-verdrag, omdat deze staatssteun dan noodzakelijk is voor het beheer van de dienst van algemeen economisch belang en het handelsverkeer niet beïnvloedt in een mate die in strijd

is met het belang van de Gemeenschap. Het Hof kan ook oordelen dat de staatssteunmaatregel in het risicovereveningssysteem de concurrentie tussen zorgverzekeraars wel vervalst, doordat sommige zorgverzekeraars te weinig en andere zorgverzekeraars teveel worden gecompenseerd of dat de handel tussen lidstaten op een bepaalde manier wel ongunstig wordt beïnvloedt of dat kleine zorgverzekeraars in het algemeen meer, en misschien wel teveel, kwetsbaar zijn voor het risicovereveningssysteem. Wanneer het Europese Hof instemt met de uitspraak van de Europese Commissie ligt de nadelige concurrentiepositie van zorgverzekeraar Azivo niet aan het risicovereveningssysteem en aan de andere randvoorwaarden van de Zvw. Azivo is dan genoodzaakt om haar zorg, en met name de ziekenhuiszorg, doelmatiger in te kopen door onder andere betere contracten met zorgaanbieders af te sluiten.

7.2 Tekortkomingen van het onderzoek

Een nadeel van het afnemen van interviews is, dat de geïnterviewde persoon zijn of haar mening geeft en niet namens zijn of haar organisaties of instelling spreekt. Tijdens de data-analyse moet hier rekening mee worden gehouden. Specifiek voor dit onderzoek is het teleurstellend, maar wel begrijpelijk, dat zorgverzekeraar Azivo geen interviewvragen wil beantwoorden, omdat de Europese Commissie nog geen uitspraak in de betreffende zaak heeft gedaan. Daardoor kan alleen via krantenartikelen en andere publicaties vanuit het oogpunt van Azivo tegen de zaak worden aangekeken. Daarnaast is er voor het onderzoek een selectie gemaakt welke zorgverzekeraars, organisaties en instellingen werden geïnterviewd. Door deze selectie zijn interessante organisaties en instellingen, zoals de Europese Commissie, niet ondervraagd. De Europese Commissie wilde namelijk, net zoals zorgverzekeraar Azivo, geen informatie over de Azivo-zaak naar buiten brengen. Vanwege deze reden is gekozen om de Commissie niet te interviewen, maar andere interessante organisaties en instellingen te benaderen. Ook zijn er maar twee grote zorgverzekeraars en één kleine zorgverzekeraar geïnterviewd, waardoor niet bekend is wat de mening van andere zorgverzekeraars over het risicovereveningssysteem is. Tijdens het afnemen van de interviews is naar voren gekomen, dat kleine zorgverzekeraars nadeel kunnen ondervinden van het risicovereveningssysteem. Vanwege het feit dat de voor- en nadelen van het risicovereveningssysteem bij zowel grote als kleine zorgverzekeraars vrijwel hetzelfde uitpakt, is gekozen om niet meer zorgverzekeraars te ondervragen. Zorgverzekeraar Azivo is in deze waarschijnlijk een uitzondering.

7.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het risicovereveningssysteem in de Zvw is nu bijna twee jaar geleden in werking getreden. Tijdens deze twee jaar is veel ervaring opgedaan met het vereveningssysteem en is het

systeem op enkele punten aangepast. Vanwege de veranderingen aan de vormgeving en invulling van het vereveningssysteem kan het noodzakelijk zijn om het systeem wederom voor te leggen aan de Europese Commissie. De Commissie zou het systeem opnieuw kunnen beoordelen en kunnen toetsen aan het Europese mededingingsrecht. Volgens het ministerie van VWS is het echter niet nodig dat de Commissie alle details van het risicovereveningssysteem uitgebreid gaat bekijken, omdat de vormgeving en toekomstige aanpassingen aan het systeem volgens het ministerie van VWS passen binnen het raamwerk op basis waarvan de Commissie een uitspraak heeft gedaan. In het kader van de staatssteun moeten lidstaten namelijk elk jaar aangeven hoeveel geld er mee gemoeid gaat en of er wijzigingen zijn op basis waarvan de staatssteun is gegeven¹²³.

Uit onderzoek is gebleken dat er nog veel onduidelijkheid en discussie bestaat over de vraag wat het begrip 'het beheer van diensten van algemeen economisch belang' precies inhoudt en of zorgverzekeraars daadwerkelijk ook dergelijke diensten uitvoeren. Nader onderzoek kan misschien duidelijkheid geven wat er moet worden verstaan onder dit begrip.

Dit onderzoek betreft een onderzoek naar het risicovereveningssysteem in het Nederlandse zorgstelsel. Een aanbeveling voor verder onderzoek kan zijn om het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel te vergelijken met een zorgverzekeringsstelsel uit een ander land. Het Ierse zorgstelsel lijkt veel op het Nederlandse zorgstelsel¹²⁴. Een nader onderzoek zou een rechtsvergelijkende studie naar het zorgverzekeringsstelsel tussen Nederland en Ierland kunnen zijn.

Uit het onderzoek is gebleken dat kleine zorgverzekeraars meer kwetsbaar zijn voor het risicovereveningssysteem, omdat zij minder verzekerden in hun portefeuille hebben. Nader onderzocht kan of er nog meer redenen zijn waarom het risicovereveningssysteem eerder nadelig kan zijn voor kleine zorgverzekeraars dan voor grote zorgverzekeraars. Dit vervolgonderzoek vind dan meer plaats op de werkvloer van zorgverzekeraars, waarbij meer zorgverzekeraars dan in dit onderzoek geïnterviewd kunnen worden.

¹²³ Interview met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

¹²⁴ Eerste Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 29 763, F. Regels van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet).

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose-behandelingscombinatie
DKG	Diagnose Kostengroepen
EG	Europese Gemeenschap
EU	Europese Unie
FKG	Farmacie Kostengroepen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HCK	Hoge kostencompensatie
HvJ EG	Hof van Justitie Europese Gemeenschap
JUR	Jurisprudentie
MvT	Memorie van Toelichting
Mw	Mededingingswet
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlandse Juristenblad
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RZA	Rechtspraak Zorgverzekering
SES	Sociaal Economische Status
SEW	Sociaal-economische Wetgeving, Tijdschrift voor Europees en economisch recht
SMA	Sociaal Maandblad Arbeid
TvGr	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WvK	Wetboek van Koophandel
WW	Werkloosheidswet
Wzt	Wet op de zorgtoeslag
Zfw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvf	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringwet

Literatuurlijst

Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M., (1997). *Methoden en technieken. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.

Beerepoot, C.C., Cremers, N.J.E.G., (2005). *Vraagbaak Zorgverzekeringswet. Onderdeel B 8-1: Totstandkoming en inhoud Zvw. De premie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Bouter, L.M., Dongen, van, M.C.I.M., (2000). *Epidemiologisch onderzoek. Opzet en interpretatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Cremers, N.J.E.G., Groot, de, G.J., (2006). *Handboek Zorgverzekeringen. De Zorgverzekeringswet in de praktijk*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Drijber, B.J., Groot, de, G.R.J., (2002). *Een nieuw stelsel van zorgverzekering. Toetsing aan het gemeenschapsrecht en het internationale recht*. Den Haag: Advies van de landsadvocaat.

Exter, den, A.P., (2003). *Basisverzekering stuit op Gemeenschapsrecht. Stelsel herziening binnen Europese Unie*. Zorgvisie 1 maart 2003, nr. 3, jaargang 33.

Exter, den, A.P., (2005). *De Europese kwetsbaarheid van de Zorgverzekeringswet*. NJB, afl. 2005/02.

Europese Commissie., (2004). *Steunmaatregelen N 541/2004 en N 542/2004 - Nederland - Behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem*. Brussel: Europese Commissie.

Gans, de, M.T., (2003). *Staatssteun in de gezondheidszorg*. TvGr, nr. 6/2003.

Hamilton, G.J.A., (2001). *Gezondheidszorg en mededingingsrecht*. In: Ottow, A.T., Eeken, A.F., (2001). *De rol van het mededingingsrecht in gereguleerde markten*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Hamilton, G.J.A., (2005). *Een zorgverzekering die past in Europa*. Preadvies november 2005. Nederlandse Vereniging voor Europees Recht.

Hermans, H.E.G.M., (2006). *Reparatie Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Knelpunten van het nieuwe verzekeringsrecht voor de aanvullende zorgverzekering*. NJB, afl. 2006/0715.

Huizen, van, Ph.H.J.G., Wezeman, J.B., Eijk-Graveland, J.C., (2006). *Grondslagen van het Verzekeringsrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.

Houten, van, I.A., Gronden, van de, J.W., (2004). *De nieuwe Nederlandse zorgverzekeringswet en EG-recht*. SMA, 2004, nr. 11/12.

Lenaerts, K., (2006). *Communautair recht en gezondheidszorg: de grote lijnen van de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen*. Toespraak 16 januari 2006, Dhr. K. Lenaerts, rechter bij het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen en hoogleraar Europees recht aan de Katholieke Universiteit Leuven. Studiën - I.B. 2006/1.

Maarse, J., (2001). *De hervorming van de gezondheidszorg. Enkele politieke aspecten*. Blad bestuurskunde, jaargang 10, nr. 5.

Maso, I., Smaling, A., (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2001). *Europeesrechtelijke aspecten stelsel van ziektekostenverzekeringen*. Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht. Eindrapport 3 april 2001. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2007). *Dossier veranderingen in de zorg 2008*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Plemp, S.J., (2005). *Verzekeringsrecht naar titel 7.17 BW*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

PricewaterhouseCoopers, (2006). *Beschrijving besluitvormingsproces risicoverevening Zorgverzekeringswet*. PricewaterhouseCoopers, in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Februari 2006.

Prinsze, F.J., Van, van de, W.P.M.M., Bruijn, de D., Schut, F.T., (2005). *Verbetering risicoverevening in de Zorgverzekeringswet. Van groot belang van chronisch zieken*.

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Federatie. Erasmus Universiteit Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. 4 maart 2005.

Sauter, W., (2007). *Services of general economic interest (SEGI) and universal service obligations (USO) as an EU law framework for curative health care*. Tilburg University: TILEC Discussion Paper DP 2007-029.

Slot, P.J., Swaak, Ch.R.A., Mulder, M.S., (2005). *Inleiding mededingingsrecht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Tuit, H., (2005). *Het nieuwe verzekeringsrecht. Een systematisch naslagwerk over de nieuwe wet*. Deventer: Kluwer.

Veen, van, E.B., Hamilton, G.J.A., (2005). *De Zorgverzekeringswet in Europees(rechtelijk) perspectief*. TvGR, 2005, nr. 1.

Vonk, G., (2004). *Europees sein op groen voor het nieuwe Nederlandse zorgverzekeringsstelsel*. SEW, 2004, nr. 1.

Wissink, A., (2007). *De gevaren als gemeenten 'Altmark' negeren. Altmark is een tussenvorm van 'steun' of 'geen steun'*. Dossier staatssteun Europese Commissie. Staatscourant, 25 februari 2007.

Jurisprudentie

HvJ EG 17 februari 1993, zaak C-159/91 en C-160/91, Jur. 1993, p. I-637. (*Poucet/Pistre*).

HvJ EG 10 december 1991, zaak C-179/90, Jur. 1991 p. I-05889. (*Porto di Genova*).

HvJ EG 18 mei 2000, zaak C-206/98, Jur. 2000, p. I-3509. (*Commissie/België*).

HvJ EG 19 februari 2002, zaak C-309/99, Jur. 2002, p. I-1577. (*Wouters*).

HvJ EG 24 juli 2003, zaak C-280/00, Jur. 2003, p. I-7747. (*Altmark Trans GmbH*).

HvJ EG 16 maart 2004, zaak C-264/01, Jur. 2004, p. I-2493. (*AOK Bundesverband*).

HR 11 september 1998, NJ 1999/664. (*Ziektekosten eigen schuld*).

Besluit van de d-g NMa 29 december 1998, zaak 1165, RZA 2000, 132. (*ANOZ-Verzekeringen-ANOZA-ZAO*).

Besluit van de d-g NMa 1 februari 1999, zaak 1060, niet gepubliceerd. (*Van Wieringen tegen Zorg en Zekerheid*).

Besluit van de d-g NMa 20 april 2000, zaak 995, RZA 2000, 137. (*Tandprotheticci*).

Kamerstukken, besluiten en regelingen

Kamerstukken II 2003-2004, 29 763, nr. 3.

Kamerstukken II 2004-2005, 30 137, nr. 8.

Eerste Kamer 2004-2005, 29 763, F.

Besluit Zorgverzekeringswet, 28 juni 2005, Stb. 2005, nr. 389.

Regeling Zorgverzekering, 1 september 2005, Stcrt. 2005, nr. 171.

Brief Europese Commissie, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848, 25 november 2003.

Brief Ministerie van VWS, nr. Z/F-2713055. Kamerstuk, 11 september 2006.

Brief Ministerie van VWS, nr. Z/F-2799290. Kamerstuk, 24 september 2007.

Krantenartikelen

NRC Handelsblad, 23 mei 2007. Den Haag. *Zorgverzekeraar stapt naar Europees Hof om zorgstelsel.*

Bijlagen

- Vragenlijst hoogleraar Vrije Universiteit Amsterdam
- Vragenlijst Nederlandse Mededingingsautoriteit
- Vragenlijst Nederlandse Zorgautoriteit
- Vragenlijst Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Vragenlijst Zorgverzekeraars Nederland
- Vragenlijst Vereniging VNO-NCW
- Vragenlijst College voor Zorgverzekeringen
- Vragenlijst Zorgverzekeraars
 - Zorgverzekeraar CZ Zorgverzekeringen
 - Zorgverzekeraar VGZ
 - Zorgverzekeraar Salland Zorgverzekeringen

Vrije Universiteit Amsterdam - Mw. Prof. dr. mr. Steyger

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij de VU van Amsterdam in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- Wat vindt U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Wanneer zijn de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en met name de Derde schadeverzekeringsrichtlijn, van toepassing op de Zvw? Wat zijn de gevolgen van de schadeverzekeringsrichtlijnen voor de Zvw en in het bijzonder voor het risicovereveningssysteem?
- Kan het Zorgvereveningsfonds, waaruit zorgverzekeraars compensatiegelden krijgen, als verboden staatssteun worden gezien?
- Is het risicovereveningssysteem in de Zvw toelaatbaar in de Europese wet- en regelgeving?
- Wat vindt U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem, naar de Europese Commissie en daarna naar het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

Nederlandse Mededingingautoriteit - Dhr. Droste

Algemene vragen:

- Wat houdt uw functie bij de NMa in?
- Bent u bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- In hoeverre is de NMa betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt U van het risicovereveningssysteem in de Zvw?
- Krijgt de NMa klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- In hoeverre is de Mededingingswet op zorgverzekeraars van toepassing?
- Op grond waarvan kunnen zorgverzekeraars als 'een onderneming' worden aangemerkt?
- Met welke organisaties of instellingen werkt de NMa samen op het gebied van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

Nederlandse Zorgautoriteit - Dhr. Simmelink & Dhr. Kroon

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij de NZa in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- In hoeverre is de NZa betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Krijgt het NZa klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Zijn er verschillen tussen grote en kleine zorgverzekeraars met betrekking tot de concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt?
- Passen sommige zorgverzekeraars, ondanks de invoering van het risicovereveningssysteem, risicoselectie toe?
- Met welke organisaties of instellingen werkt de NZa samen op het gebied van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Dhr. de Haart

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij het ministerie van VWS in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- In hoeverre is het ministerie van VWS betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Krijgt de ministerie van VWS klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat betekent het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars?
- Wanneer zijn de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en met name de Derde schadeverzekeringsrichtlijn, van toepassing op de Zvw? Wat zijn de gevolgen van de schadeverzekeringsrichtlijnen voor de Zvw en in het bijzonder voor het risicovereveningssysteem?
- Kan het Zorgvereveningsfonds, waaruit zorgverzekeraars compensatiegelden krijgen, als verboden staatssteun worden gezien?
- Is het risicovereveningssysteem in de Zvw toelaatbaar in de Europese wet- en regelgeving?
- Is het haalbaar om de ex-post risicoverevening in zijn geheel af te bouwen?
- Met welke organisaties of instellingen werkt het ministerie van WVS samen op het gebied van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

Zorgverzekeraars Nederland - Dhr. Wijngaard

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie als ZN in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- In hoeverre is ZN betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Krijgt ZN klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat betekent het risicovereveningssysteem voor zorgverzekeraars?
- Zijn er verschillen tussen grote en kleine zorgverzekeraars met betrekking tot de concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt?
- Passen sommige zorgverzekeraars, ondanks de invoering van het risicovereveningssysteem, risicoselectie toe?
- Is het haalbaar om de ex-post risicoverevening in zijn geheel af te bouwen?
- Met welke organisaties of instellingen werkt ZN samen op het gebied van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

Vereniging VNO-NCW - Dhr. Nuyten

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij Vereniging VNO-NCW in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen

- In hoeverre is Vereniging VNO-NCW betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt U van het risicovereveningssysteem?
- Krijgt Vereniging VNO-NCW klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat betekent het risicovereveningssysteem voor werkgevers?
- Zijn de werkgeverslasten door de invoering van het risicovereveningssysteem gestegen?
- Zijn collectieve ziektekostencontracten als arbeidsvoorwaarde (nog) interessant voor werkgevers?
- Bestaat er, ondanks het risicovereveningssysteem, nog een (directe) relatie tussen werkgevers en zorgverzekeraars?
- Bestaat er, ondanks de verplichte werkgeversbijdrage aan het Zorgvereveningsfonds, een prikkel bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars om bij prijsonderhandelingen tot het uiterste te gaan?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

College voor Zorgverzekeringen - Dhr. van den Hoek

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij het CVZ in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- In hoeverre is het CVZ betrokken bij de Zvw en bij het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Wat betekent het risicovereveningssysteem voor het CVZ?
- Krijgt het CVZ klachten binnen ten aanzien van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Zijn er verschillen tussen grote en kleine zorgverzekeraars met betrekking tot de concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt?
- Passen sommige zorgverzekeraars, ondanks de invoering van het risicovereveningssysteem, risicoselectie toe?
- Is het haalbaar om de ex-post risicoverevening in zijn geheel af te bouwen?
- Met welke organisaties of instellingen werkt het CVZ samen op het gebied van de Zvw en met name het risicovereveningssysteem?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?

**Zorgverzekeraars (CZ Zorgverzekeringen (Dhr. Jacobs),
VGZ (Dhr. Opdam) en Salland Zorgverzekeringen (Dhr. Hooiveld))**

Algemene vragen:

- Wat houdt Uw functie bij CZ Zorgverzekeringen/VGZ/Salland Zorgverzekeringen in?
- Bent U bekend met het verplichte risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?

Inhoudelijke vragen:

- Wat vindt het U van het risicovereveningssysteem in de nieuwe Zvw?
- Wat betekent het risicovereveningssysteem voor U als zorgverzekeraar?
- Heeft U als zorgverzekeraar klachten over het risicovereveningssysteem?
- Zijn er verschillen tussen grote en kleine zorgverzekeraars met betrekking tot de concurrentiepositie op de zorgverzekeringsmarkt?
- Past U als zorgverzekeraar soms een vorm van risicoselectie toe?
- Is het haalbaar om de ex-post risicoverevening in zijn geheel af te bouwen?
- Wat vindt het U van het feit dat het de Haagse zorgverzekeraar Azivo, vanwege het risicovereveningssysteem naar de Europese Commissie en het Europees Hof van Justitie is gestapt?
- Is het risicovereveningssysteem van invloed op de concurrentie tussen zorgverzekeraars?
- Hoe kijkt U tegen de toekomst van het risicovereveningssysteem en de Zvw in zijn geheel aan?
- Wat zou U het liefste veranderd willen zien aan het risicovereveningssysteem en aan de rest van de Zvw?