

FORUM

Toepassing van het VWEU in het zorgstelsel: van zorgen verzekerd

*Prof. mr. E. Steyger**

1. Inleiding

De werking van het Unierecht in het zorgstelsel heeft het afgelopen jaar volop in de belangstelling gestaan. Dat begon met het wetsvoorstel om artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) te wijzigen, zodat budgetpolissen mogelijk zouden worden die de polishouders zouden dwingen zorg af te nemen bij de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Het land leek te klein. Zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zou immers niet meer worden vergoed en dus zouden patiënten niet bij de arts van hun keuze terecht kunnen.

In eerste instantie kwam het tegengeluid uit Europeesrechtelijke hoek. In diverse artikelen werd het standpunt ingenomen dat het wetsvoorstel in strijd zou zijn met Richtlijn 2011/24/EU (hierna: Patiëntenrichtlijn) die de rechten van patiënten die grensoverschrijdende zorg ontvangen, zou schenden. Immers nu zorgverzekeraars geen contracten afsluiten met in het buitenland gevestigde zorgaanbieders, zouden patiënten die zorgaanbieders niet meer kunnen inschakelen, aangezien hun behandeling dan niet zou worden vergoed. Daaruit werd, wat voorbarig, afgeleid dat het wetsvoorstel überhaupt niet zou kunnen worden ingevoerd.

De regering dacht er anders over, maar het wetsvoorstel strandde in de Eerste Kamer. Vervolgens kwam de minister in de brief 'Kwaliteit loont' met een ander voorstel, namelijk om gebruik te maken van artikel 2.17 Besluit zorgverzekering (Bzv) dat de zorgverzekeraars de bevoegdheid geeft om zorg verleend door, door hen aangewezen, zorgaanbieders vrij te stellen van het wettelijke eigen risico. Het is echter zeer de vraag of dat plan houdbaar is. Daarnaast kwamen in de rechtspraak vragen omtrent de rechtstreekse toepassing van het VWEU in het zorgstelsel door zorgverzekeraars zelf naar voren.

Om een overzicht van de problemen te geven bespreek ik eerst de bezwaren tegen het wetsvoorstel betreffende artikel 13 Zvw en de vraag of het VWEU überhaupt rechtstreeks in het stelsel kan werken. Vervolgens zie ik de mogelijkheden die de regering op basis van 'Kwaliteit loont' heeft.

* Elies Steyger is hoogleraar Europees bestuursrecht aan de Vrije Universiteit en advocaat te 's-Hertogenbosch. Dit artikel is gedeeltelijk ontleend aan haar preadvies 'Het zorgstelsel in Europeesrechtelijk perspectief', jaarvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2015.

2. Artikel 13 Zvw en de vrije artskeuze

De reuring om het nieuwe artikel 13 Zvw begint bij de roep dat het recht op vrije artskeuze geschonden zou worden als de budgetpolis mogelijk wordt gemaakt. Dit is een misverstand: noch in het Nederlandse of het Europese recht, noch in grondrechtenverdragen is het recht op een vrije artskeuze neergelegd. Dat die er leek te zijn kwam door de contracteerplicht die lang heeft gegolden. Met de opheffing daarvan is er geen zelfstandig recht op de vrije artskeuze overgebleven.

Wel zijn in het Europese recht in de loop der jaren de rechten van patiënten als grensoverschrijdende dienstenontvangers erkend. Het beperken van een uitkering door ziekenfondsen tot zorg verleend in de eigen lidstaat bleek een schending van het vrij verkeer van werknemers¹ en het Hof van Justitie merkte het toestemmingsvereiste van ziekenfondsen voor het ontvangen van een behandeling in het buitenland als een beperking van het vrij verkeer van diensten aan.² De wijze waarop het stelsel is ingericht maakt hierbij niet uit.³ Dit betekent overigens niet dat grensoverschrijdende behandelingen in alle gevallen moeten worden vergoed,⁴ of dat de hoogte van de te vergoeden kosten niet mag worden beperkt.⁵

De Patiëntenrichtlijn codificeert die jurisprudentie en hanteert het beginsel dat grensoverschrijdende zorg in een andere lidstaat in beginsel wordt vergoed, indien die zorg in de eigen lidstaat verzekerd is. Die vergoeding hoeft niet hoger te zijn dan in het dienstverlenende land, als daar de kosten lager zijn dan in het eigen land en tevens niet hoger te zijn dan hetgeen de patiënt in eigen land zou hebben gekregen.

Op basis van die richtlijnbevestiging ging de regering, in haar ijver de kosten van de gezondheidszorg te beperken, met haar wetsvoorstel de fout in. Op dit moment moet zorg ontvangen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders nog steeds worden vergoed, zij het dat de vergoeding lager mag zijn dan die op basis van de naturapolis. In de MvT bij de Zorgverzekeringswet was aangegeven dat de hoogte van de vergoeding voor deze zorg niet zo laag mocht zijn dat het voor verzekerden een feitelijke hinderpaal zou worden om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit criterium volgde uit het door het Hof van Justitie geformuleerde vereiste dat de verzekerde, wanneer hij zonder voorafgaande toestemming voor behandeling naar een andere lidstaat gaat dan de lidstaat van vestiging van zijn ziekenfonds, aanspraak kan maken op vergoeding van de behandeling binnen de grenzen van de dekking die in de lidstaat van inschrijving is gegarandeerd.⁶ Door dit 'hinderpaalcriterium' in de wet vast te leggen zouden Nederlandse zorgaanbieders niet benadeeld worden ten opzichte van buitenlandse, wanneer verzekeraars in Nederland niet-gecontracteerde zorg niet of heel laag zouden mogen vergoeden, terwijl dat voor buitenlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet mag.

1 HvJ EU 5 maart 1998, C-160/96, ECLI:EU:C:1998:84 (*Molenaar*).

2 HvJ EU 28 april 1998, C-158/96, ECLI:EU:C:1998:171 (*Kohll*) en C-120/95, ECLI:EU:C:1998:167 (*Decker*); HvJ EU 12 juli 2001, C-157/99, ECLI:EU:C:2001:404 (*Smits en Peerbooms*).

3 HvJ EU 16 mei 2006, C-372/04, ECLI:EU:C:2006:325 (*Watts*).

4 HvJ EU 5 oktober 2010, C-512/08, ECLI:EU:C:2010:579 (*Commissie vs. Frankrijk*).

5 HvJ EU 12 juli 2001, C-368/98, ECLI:EU:C:2001:400 (*Vanbraekel*).

6 HvJ EG 13 mei 2003, C-385/99, ECLI:EU:C:2003:270 (*Müller-Fauré en Van Riet*).

De regering leidde uit de bepalingen van de nieuwe richtlijn af dat het minimumvergoedingssysteem verlaten mag worden, omdat volgens artikel 7 van de Patiëntenrichtlijn de vergoeding voor in het buitenland genoten niet-gecontracteerde zorg gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die daarvoor in Nederland zou worden gegeven. En die vergoeding kan dus nihil zijn, als het wetsvoorstel betreffende artikel 13 Zvw wet zou worden.

Deze redenering is overigens niet af te leiden uit de richtlijn zelf, die immers bepaalt dat de toepassing van de terugbetalingsregeling niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrij verkeer, en tevens niet uit de jurisprudentie van het Hof.⁷ En een richtlijn kan de werking van een arrest van het Hof niet beperken.

De Hoge Raad⁸ steunde in de zomer van 2014 het standpunt van de regering met zijn oordeel dat het 'hinderpaalcriterium' niet is af te leiden uit de jurisprudentie.⁹ Die zaak betrof de werking van het niet gewijzigde artikel 13 Zvw. Het 'hinderpaalcriterium' in artikel 13 Zvw zou uitsluitend voortvloeien uit het uitgangspunt van de minister en het parlement dat de vergoeding niet dusdanig laag mag zijn dat dit een belemmering vormt voor de toegankelijkheid van niet-gecontracteerde zorg. Vervolgens constateert de HR dat de richtlijn *niet in de weg staat* aan het hanteren van het 'hinderpaalcriterium', maar dus tevens dat artikel 13 Zvw wel degelijk kan worden gewijzigd in de door de regering beoogde zin.

Dit is een vreemd oordeel. Weliswaar kan binnen Nederland worden toegestaan, dat alleen behandelingen door gecontracteerde zorgaanbieders worden vergoed; dit kan niet voor behandelingen in andere EU-lidstaten gelden, omdat dan nog steeds het vrij verkeer van diensten belemmerd wordt, terwijl de richtlijn juist beoogt de jurisprudentie van het Hof te codificeren en het vrij verkeer van diensten te vergemakkelijken.

Ook de Raad van State bracht op 22 oktober 2014¹⁰ een advies uit waarin hij oordeelt dat het enkele feit dat de verzekerde de keuze heeft tussen verschillende polissen, waarvan de restitutiepolis garandeert dat zorg niet gebonden is aan een contract tussen verzekeraar en zorgaanbieder, de strijd met het Europese recht vermindert. Wel signaleert de Raad de spanning tussen de richtlijn en artikel 13 met betrekking tot de vergoedingen voor extramurale zorg in het buitenland.

Zowel de Hoge Raad als de Raad van State miskent dat de richtlijn bedoeld is om het grensoverschrijdend patiëntenverkeer te vergemakkelijken, niet om dit te bemoeilijken. Beide nemen het functioneren van het Nederlandse stelsel tot uitgangspunt, terwijl de jurisprudentie aangeeft dat de *inrichting* van het nationale stelsel niet tot een ongerechtvaardigde belemmering van het vrij verkeer mag leiden. Ook moet volgens artikel 288 VWEU het Nederlandse stelsel het resultaat van de richtlijn realiseren, ongeacht die inrichting. En het niet vergoeden van niet-gecontracteerde behandelaars in het buitenland is een belemmering, omdat daarmee het toestemmingsvereiste gewoon weer wordt ingevoerd.

Dit betekent Europeesrechtelijk gezien dat Nederland aan de eigen ingezetenen naturaverzekeringen mag laten opleggen, waarin geen vergoeding wordt betaald voor niet-gecontracteerde zorg, zolang Nederland maar garandeert dat zorg in het buitenland onder de

7 J.W. van de Gronden, 'Grensoverschrijdend patiëntenverkeer in de Zorgverzekeringswet: is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Europeesrechtelijk houdbaar?', TvGR 2013, p. 9-11.

8 HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646 (CZ/Momentum), r.o. 3.5.6.

9 Zie noot 6.

10 Advies W13.14.0351/III/Vo.

voorwaarden van de richtlijn vergoed wordt. En dat doen de artikelen 13 e.v. van het wetsvoorstel niet.¹¹

3. 'Kwaliteit loont': marktbescherming en een delegatieprobleem

Nadat het wetsvoorstel was verworpen, bracht op 6 februari 2015 de minister de brief 'Kwaliteit loont' uit, waarin zij een ander voorstel deed om de kosten te beperken. Voor het stimuleren van de inschakeling van gecontracteerde zorgaanbieders wil zij nu dat zorgverzekeraars gebruik gaan maken van de mogelijkheid een lager verplicht eigen risico te berekenen, wanneer de verzekerde gebruik maakt van de diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder. Wie zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, ontvangt de korting niet. Deze mogelijkheid is in artikel 2.17 Bzv gecreëerd, maar tot dusver nauwelijks gebruikt.

Primair bevat dit plan een Nederlandsrechtelijk probleem. De Zorgverzekeringswet voorziet namelijk niet in de bevoegdheid voor de zorgverzekeraars om zorg aan te wijzen die buiten het wettelijk eigen risico kan blijven. Artikel 21 lid 2 Zvw geeft zorgverzekeraars wel de mogelijkheid kosten van behandelingen buiten het verplichte eigen risico houden, maar dan moet het gaan om vormen van zorg of overige diensten die bij AMvB zijn aangewezen. Artikel 2.17 lid 2 Bzv luidt voor zover relevant:

'De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:

- a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of*
- b. (...)*
- c. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.'*

Wat de besluitgever hier nu doet is, in plaats van, zoals de wet voorschrijft zelf zorg die onder de Zvw valt, alsmede overige diensten, geneesmiddelen of hulpmiddelen aan te wijzen, de zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden deze zorg te kiezen uit alle zorg die onder de wet valt. Vervolgens mogen de zorgverzekeraars de uitzondering van deze door henzelf aangewezen zorg van het verplicht eigen risico ook nog koppelen aan een door hen aangewezen zorgaanbieder. Zo mogen de zorgverzekeraars vrij vergaande nadere regels voor hun verzekerden stellen.

Daarmee geeft het Bzv de zorgverzekeraars een bevoegdheid die de Zvw niet biedt. In artikel 2.17 gaat het immers niet om bij AMvB aangewezen vormen van zorg, genees- of hulpmiddelen. De regering heeft met artikel 2.17 Bzv een bevoegdheid aan de zorgverzekeraars doorgedelegeerd, waarin artikel 21 Zvw niet voorziet. Dergelijke subdelegatie is al sinds jaar en dag verboden.¹² Waar de formele wet voorschrijft dat de AMvB-gever de zorg moet aanwijzen, kan hij niet alle zorg welke onder de wet valt aanwijzen, met nog een extra keuzemogelijkheid voor de zorgverzekeraar inzake de voorwaarden waaronder het verplicht eigen risico niet wordt gegeven.

11 Op 26 november 2014 heeft de Commissie informatie gevraagd betreffende het toen geldende art. 13 Zvw.

12 HR 25 januari 1926, NJ 1926, p. 246.

Er is wel betoogd dat er geen sprake is van (verboden) nadere regelstelling maar van uitvoering, wanneer de instantie waaraan op deze wijze wordt gesubdelegeerd geen algemeen verbindende regels stelt maar alleen concretiserende besluiten van algemene strekking neemt.¹³ Dat is hier naar mijn mening niet het geval, nu de verzekeraars geheel zelfstandig de keuze mogen maken welke zorg zij wensen uit te zonderen van het verplichte eigen risico. Dit is niet pure uitvoering van de wettelijke regeling, maar levert regelstelling op voor de verzekerden. Om met Donner te spreken ‘Verboden delegatie wordt (...) aangenomen, wanneer het gaat om de “uitvoering” van zo ruim geformuleerde voorschriften, dat de uitvoerende organen in feite “naar goedvinden” of “naar willekeur” zouden kunnen regelen of beschikken.’¹⁴

Daarnaast wordt met het gebruik van deze optie nog steeds het vrij verkeer van diensten in de grensoverschrijdende zorg belemmerd én leidt de maatregel tot bescherming van de Nederlandse zorgaanbiedersmarkt. Immers, het wordt pas aantrekkelijk om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan als het jaarlijks eigen risico is opgesoupeerd. Dit betekent dat de patiënt die grensoverschrijdende zorg wil ontvangen, wordt benadeeld ten opzichte van de patiënt die in Nederland blijft, ook al zijn er goede redenen om wel naar een buitenlandse zorgaanbieder te gaan. En ook hiervoor is de Patiëntenrichtlijn niet geschreven, omdat de vergoeding die op deze wijze wordt verleend groter is dan enkel het verschil in vergoeding tussen de reguliere Nederlandse vergoeding en de vergoeding van een behandeling in het buitenland. Er kan natuurlijk worden betoogd dat dit een aanmerkelijk minder vergaande belemmering is dan het in het geheel niet vergoeden van een behandeling in het buitenland; dit neemt niet weg dat de Nederlandse patiënt wordt gestimuleerd om naar een Nederlandse zorgaanbieder te gaan. En zoals we de laatste jaren gezien hebben: de hoogte van het wettelijk eigen risico is niet gehouwen in steen. Als dit een middel is om het gebruik van gecontracteerde zorgaanbieders te stimuleren dat werkt, is niet gegarandeerd dat de hoogte van het wettelijk eigen risico in de komende jaren niet flink wordt opgeschroefd.

Dat artikel 2.17 al in het Bzv staat is dus geen garantie voor zijn rechtmatigheid onder het Europese of Nederlandse recht. Als zorgverzekeraars van dit artikel gebruik gaan maken, zal er vast weer een onwillige patiënt of zorgaanbieder opstaan die er tegen zal opkomen. Dan zal het op zijn merites getoetst moeten worden. En dat is natuurlijk het zure: dan moeten er weer mensen zijn die bereid zijn om jaren te procederen over iets wat allang door het Hof is beslist en door de Uniewetgever geregeld.

4. Ook zorgaanbieders in de juridische kou

Ook als het niet de Patiëntenrichtlijn betreft, maar het gaat om de rechtstreekse toepassing van het vrij verkeer van diensten ten opzichte van *zorgaanbieders*, blijft de toepassing van het VWEU problematisch. Naast de vraag of de wetgever de vergoeding mag weigeren aan

13 S.A.J. Munneke, ‘De bevoegdheid tot wetgeving bij de centrale overheid’, in: S.E. Zijlstra e.a., *Wetgeven, Handboek voor de centrale en decentrale overheid*, Deventer: Kluwer 2012, p. 257.

14 A.M. Donner, *Handelingen der Nederlandse Juristen-Vereeniging*, 1951, I, p. 173. Zie HR 6 januari 1908, W 8646, 2e kolom; HR 25 januari 1926, NJ 1926, p. 246, m.nt. L.Ch. Besier, W 11.464; A.M. Donner, *Van der Pot, Handboek van het Nederlandse staatsrecht*, Deventer: Kluwer, 1972, p. 385.

patiënten, zodat daarmee een belemmering in het vrij verkeer van diensten in het leven wordt geroepen, is inmiddels ook de vraag opgeworpen of zorgaanbieders in andere lidstaten zich ten opzichte van zorgverzekeraars direct op het VWEU kunnen beroepen om belemmeringen die ontstaan door de geringere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland tegen te gaan.¹⁵ Een in België gevestigde privékliniek gespecialiseerd in heupoperaties (NHK), liet haar overwegend Nederlandse patiënten hun vorderingen aan de kliniek cederen, waarna zij de vorderingen inde. De verzekeringsmaatschappijen hebben vervolgens een verbod op het overdragen van vorderingen geïntroduceerd, waarna de verzekerden NHK zelf moesten betalen. Omdat NHK niet gecontracteerd was door de zorgverzekeraars, bedroeg die vergoeding voor naturapatiënten 60 tot 80% van het gemiddelde tarief van de desbetreffende verzekeringsmaatschappij. NHK had in kort geding de toepassing van artikel 56 VWEU verzocht en, voor zover van belang, gevorderd dat het de verzekeringsmaatschappijen verboden zou worden alleen dit lagere tarief te vergoeden, nu NHK daarmee met vergoeding op dezelfde wijze werd behandeld als een Nederlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

De voorzieningenrechter van de Rechtbank Gelderland oordeelde, in een nogal gewrongen redenering, dat, nu NHK ook een Nederlandse vestiging heeft, in Nederland consulten houdt en bijna uitsluitend Nederlandse cliënten bedient, er geen sprake was van grensoverschrijdende dienstverlening en dat dus NHK gelijk moest worden behandeld met een in Nederland gevestigde niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat NHK in België gevestigd was, belette niet het aannemen van een zogenoemde 'zuiver interne situatie' waarop het VWEU niet van toepassing was.

Het Hof Arnhem-Leeuwarden ging daar niet in mee en beschouwde NHK wel als dienstverrichter uit een andere lidstaat. Echter, het hof zag de toepasselijkheid van artikel 56 VWEU stranden op het feit dat het zou gaan om horizontale rechtstreekse werking. Immers, zorgverzekeraars maken geen onderdeel uit van de overheid, maar zijn particuliere ondernemingen. Het hof stelt, onder verwijzing naar de jurisprudentie op het gebied van regulering van sportbonden en collectieve overeenkomsten, dat het HvJ EU alleen horizontale werking heeft aangenomen als het gaat om 'niet-publiekrechtelijke regelingen die op collectieve wijze de verrichting van diensten beogen te regelen'. Ook zouden zorgverzekeraars geen organisaties zijn die onder gezag of toezicht van de lidstaat staan of over bevoegdheden beschikken die afwijken van die welke voortvloeien uit de regels die in de betrekkingen tussen particulieren gelden.¹⁶

Vervolgens overweegt het hof ten overvloede dat zelfs als horizontale werking wel zou moeten worden aangenomen, dit alleen zou gelden voor discriminerende maatregelen en niet voor maatregelen zonder onderscheid die voor zowel dienstverrichters uit de eigen lidstaat als voor dienstverrichters uit andere EU-lidstaten gelden. Ook daarom zou de regeling van zorgverzekeraars die niet-gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland en uit andere lidstaten gelijkelijk raken, buiten de werkingssfeer van artikel 56 VWEU vallen.

15 Rb. Gelderland 30 juni 2014, ECLI:NL:RBGEL:2014:4013; Hof Arnhem-Leeuwarden 2 juni 2015, ECLI:NL:GHARL:2015:3913.

16 HvJ EU 12 juli 1990, C-188/89, ECLI:EU:C:1990:313 (Foster).

Wat betreft dit laatste argument merk ik op dat in *Meca-Medina*¹⁷ het HvJ EU een door het IOC opgestelde dopingregeling die zonder onderscheid van toepassing was op sporters integraal aan het vrij verkeer van werknemers en het vrij verkeer van diensten toetste. De stelling dat alleen discriminatoire maatregelen aan het VWEU kunnen worden getoetst is daarmee onjuist.

Blijft over het eerste argument. Zorgverzekeraars zijn inderdaad geen organisaties die niet-publiekrechtelijke collectieve regelingen opstellen die beogen de verrichting van diensten te reguleren. Zij voeren met name de Zvw uit. Wel nemen zij in het Nederlandse verzekeringsrecht een bijzondere positie ten opzichte van andere verzekeraars in, in die zin dat verzekerden een aantal rechten toekomen die zij bij het afsluiten van gewone verzekeringen niet hebben, maar tevens niet de mogelijkheid hebben om maandelijks van verzekeraar te switchen als het gevoerde beleid van de zorgverzekeraar hen niet bevalt. Bovendien zijn Nederlandse ingezetenen verplicht zich bij een Nederlandse zorgverzekeraar te verzekeren. Dit roept op zijn minst de vraag op of zorgverzekeraars niet bevoegdheden hebben die de bevoegdheden die tussen particulieren gebruikelijk zijn te buiten gaan. Om die reden is het oordeel van het hof wel erg kort door de bocht te noemen.

Vanaf de intrede van het stelsel is er twijfel geweest over de status van zorgverzekeraars binnen het stelsel. Zijn ze nu wel of geen onderneming,¹⁸ wel of geen aanbestedende dienst,¹⁹ en nu is het weer de vraag of de inregeling van hun activiteiten hen ertoe dwingt de vrij-verkeersbepalingen uit het VWEU rechtstreeks toe te passen. Op geen van deze vragen is tot dusver een bevredigend antwoord gekomen. Misschien wordt het tijd om prejudiciële vragen over die status te stellen aan het HvJ EU.

5. Conclusie

De keuze voor marktwerking in de zorg heeft allerlei complicaties wanneer een regering van een lidstaat het gedrag van de spelers op die markt wil afdwingen met eigen maatregelen. Dergelijke maatregelen leiden tot dwang ten opzichte van de verzekerden, bescherming van de eigen markten ten opzichte van andere EU-lidstaten en, zoals we in het afgelopen jaar zagen, ontevredenheid bij de meeste van de spelers op deze markt.

Het kiezen van de eigen zorgaanbieder is een gekoesterd goed. De koppeling van budgetverzekeringen die patiënten moeten bewegen naar door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders te gaan, is niet bepaald goed ontvangen. De vraag is dan ook of het treffen van maatregelen om verzekerden naar niet door hen gekozen zorgaanbieders te dwingen de meest effectieve manier is om kosten te besparen en kwaliteit te verhogen.

17 HvJ EU 18 juli 2006, C-519/04P, ECLI:EU:C:2006:492; zie ook de in het arrest aangehaalde zaak *Wouters*, HvJ EU 19 februari 2002, C-309/99, ECLI:EU:C:2002:98.

18 Zie art. 122 Zvw, waarin is bepaald dat, ook al zou de zorgverzekeraar geen onderneming zijn in het VWEU, hij dat wel is in de zin van de Mededingingswet.

19 Rb. Zeeland-West-Brabant (vzr.) 19 juni 2014, ECLI:NL:RBZWB:2014:4205; Hof 's-Hertogenbosch 12 mei 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1697.