

Staatssteuntoets compensatie niet-geleverde zorg Zvw-pgb – Juni 2020

Inleiding en achtergrond

Hoofdpijnen pgb-zorg op grond van de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op de zorg die binnen het verplicht verzekerde pakket in Nederland valt. In Nederland dient iedereen zich in beginsel verplicht aan te sluiten bij een private zorgverzekeraar. Deze verzekeraars hanteren een acceptatieplicht en dienen ten minste het verplichte basispakket aan zorg te bieden.

In algemene zin gaat het bij zorg op grond van de Zvw om curatieve zorg, bijvoorbeeld een behandeling in het ziekenhuis of door de huisarts. Voor de meeste van deze vormen van zorg is het niet mogelijk om een pgb te krijgen. Vormen van zorg die onder de Zvw vallen en waar een pgb voor aan te vragen is zijn verpleging en verzorging thuis, bijvoorbeeld wijkverpleging.

Het merendeel van het pgb wat onder de Zvw wordt uitgekeerd betreft wijkverpleging en verzorging. Je krijgt deze wijkverpleging vergoed op grond van de Zvw als daarvoor een indicatie van de wijkverpleegkundige is. Als budgethouder heb je dan de keuze voor wijkverpleging bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling. Je kan ook verzoeken om je zorg niet 'in natura' te laten uitkeren, maar om een persoonsgebonden budget te ontvangen, waarmee je zelf de wijkverpleegkundige (organisatie) van je keuze kan inhuren.

De basis voor een Zvw-pgb ligt in artikel 13a van de Zvw, waarin staat dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb.

De doelgroep van de Zvw ziet op verzekerden die langer dan 1 jaar op verpleging en verzorging zijn aangewezen, dan wel tot de doelgroep voor palliatieve terminale zorg horen¹. De verzekerde laat zijn zorgvraag vervolgens indiceren door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige en stuurt de indicatie samen met het aanvraagformulier naar de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar beoordeelt vervolgens de zorgvraag (indicatie) en toetst aan de in artikel 2.15c, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering neergelegde eisen: "Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

- a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
- b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
- c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
- d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen."

Het tweede lid van artikel 2.15 van het Besluit zorgverzekering bepaalt: "Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:

- a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;

¹ Vastgelegd in de bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2019 – 2022.

- b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
- c. de verzekerde rechtez zijn vrijheid is ontnomen;
- d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan de regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.”

Veelal toetst de zorgverzekeraar bovengenoemde eisen in een ‘bewust keuze gesprek’ met de verzekerde. Overigens kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen in zijn pgb-reglement waaraan de individuele pgb-houder moet voldoen. Deze voorwaarden mogen niet in strijd zijn met wet- en regelgeving.

Verder kijkt de zorgverzekeraar of je, eventueel met hulp van anderen:

- de administratie kunt bijhouden en je pgb kunt beheren;
- goede zorg kunt regelen;
- je zorgverleners kunt aansturen.

Als zorg op grond van een pgb gepast is kan je bij de zorgverzekeraar de zorg van de wijkverpleegkundige declareren. De zorgverzekeraar vergoed dan deze kosten als deze overeenkomstig de afspraken zijn die zijn gemaakt.

Eerste regeling – Wijze van compensatie

Tijdens de eerste golf van coronabesmettingen kon pgb-zorg om verschillende redenen niet geleverd worden. Bijvoorbeeld omdat pgb-zorgverleners geen PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) tot hun beschikking hadden of vanwege besmetting met COVID-19 (hetzij bij de zorgverlener, hetzij bij de budgethouder).

Er is besloten dat de zorgverzekeraars de niet-geleverde zorg zullen vergoeden. Het vergoeden van niet-geleverde zorg was op grond van het bestaande wettelijke kader niet mogelijk. Daarom is een nieuwe regeling opgesteld op grond waarvan zorgverzekeraars niet-geleverde zorg *moeten* vergoeden indien het niet-verlenen van de zorg een gevolg is van de maatregelen in verband met COVID-19.

Het gaat daarbij om de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2020, houdende wijziging van de Regeling Jeugdwet, de Regeling langdurige zorg, de Regeling zorgverzekering en de Uitvoeringsregeling Wmo 2015 in verband met het doorbetalen van niet-geleverde jeugdhulp, zorg of ondersteuning indien deze op grond van de maatregelen als gevolg van Covid-19 niet is verleend en het verhogen van het Wlz-rgb indien naar aanleiding van deze maatregelen de inkoop van extra zorg nodig is (hierna: de Regeling).

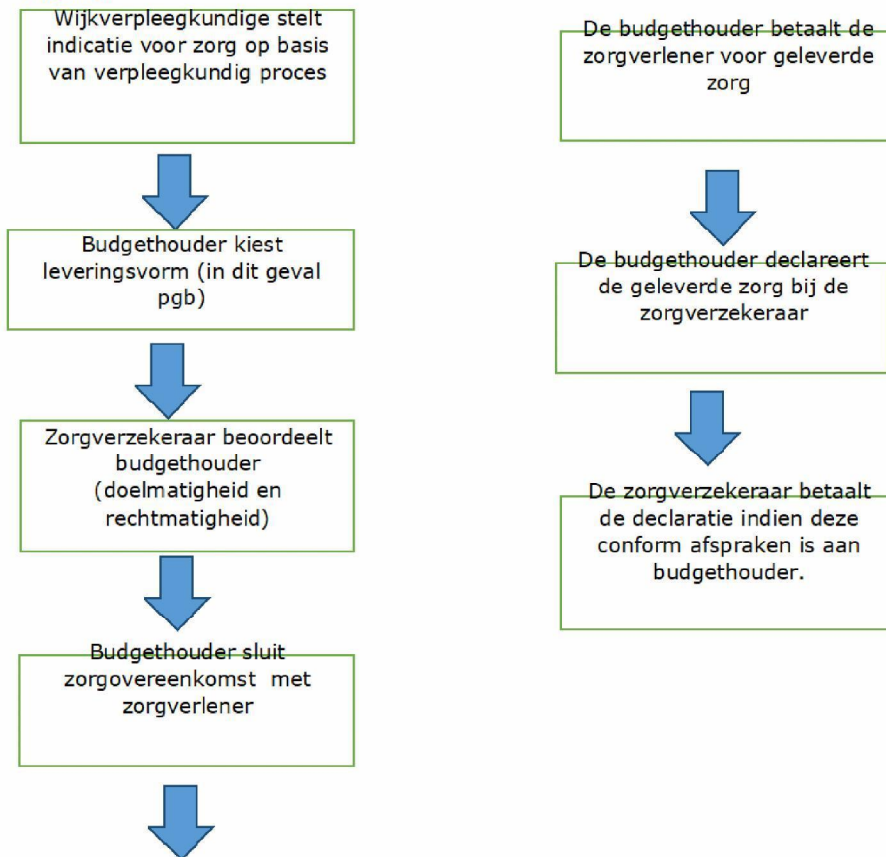
Deze niet-geleverde zorg dient vergoed te worden door zorgverzekeraars, maar kan niet ten laste komen van de systematiek van de risicoverevening. Het was daarom noodzakelijk dat zorgverzekeraars voorzien worden van aparte middelen die bestemd zijn om de beoogde niet-geleverde zorg te financieren. De Beleidsregel compensatie zorgverzekeraars niet-geleverde zorg Zvw-rgb voorziet daarin.

Deze staatssteuntoets hoort bij de Regeling van 29 juni 2020 en de daarmee verband houdende Beleidsregel compensatie zorgverzekeraars niet-geleverde zorg Zvw-rgb.

Proces en wijze van financiering geleverde zorg bij pgb oqv Zvw

Onderstaande geeft de wijze van financiering van de geleverde pgb-zorg op grond van de Zvw aan:

PROCES:



Wijze van financiering Zvw pgb

Zorg wordt betaald door de Zorgverzekeraar

Pgb-zorg via de Zvw valt binnen de basisverzekering van de verzekerde. De kosten van deze zorg worden in Nederland gedekt via afdrachten via de premies aan de zorgverzekeraars en een bijdrage van de overheid aan de verzekeraars om de risico's voor de acceptatieplicht af te dekken. Deze bijdrage van de overheid is reeds getoetst op staatssteun.

Zorgverzekeraar betaalt budgethouder voor gedeclareerde zorg

De budgethouder schiet de kosten voor Zvw-zorg zelf voor en declareert deze bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar betaalt aan de budgethouder de kosten voor de zorg als deze een indicatie heeft en de kosten binnen het verzekerde pakket van de budgethouder passen.

Reden compensatie

Door de uitbraak van COVID-19 kan niet alle zorg in het kader van de pgb's meer geleverd worden. In algemene zin is daar sprake van als bij de zorg de richtlijnen niet meer in acht kunnen worden genomen, die het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) hebben opgesteld in het kader van de uitbraak van COVID-19 (hierna: de richtlijnen).

In het geval dat de zorgverlener zelf besmet is met het COVID-19 virus kan er ziekteverlof worden opgenomen. De zorgverlener krijgt dan alsnog de uren uitbetaald die normaliter zouden zijn geleverd.

In de overige gevallen zou de zorgverlener normaliter niet betaald krijgen voor de niet-geleverde zorg. Dit heeft twee onwenselijke consequenties:

- Instellingen die met name pgb-zorg leveren kunnen moeilijk deze periode doorkomen, mogelijk gaan zij zelfs failliet.
- Zorgverleners die hun beroep niet kunnen uitoefenen omdat dit in strijd is met de richtlijnen zullen geen inkomsten meer hebben gedurende de COVID-19 crisis.

In beide gevallen heeft dit zijn weerslag op de continuïteit van de zorg. Als instellingen nu failliet gaan kunnen zij straks geen zorg meer leveren. Als zorgmedewerkers nu geen inkomsten ontvangen zullen zij zich misschien genooddacht zien om een ander beroep te zoeken. Na de COVID-19 crisis zullen zij mogelijk niet meer in de zorg werken. Dit terwijl het aanbod van zorgmedewerkers al geruime tijd lager is dan de vraag daarnaar. Een uitstroom van zorgmedewerkers lijkt daarom een onwenselijke consequentie.

Staatssteunbeoordeling

Er zijn drie partijen die betrokken zijn bij de compensatie van niet-geleverde zorg:

1. Zorgverzekeraars
2. Budgethouders
3. Zorgverleners
- 4.
- 5. Geen staatssteun zorgverzekeraars: aan het derde criterium wordt niet voldaan**
6. Voor de Beleidsregel compensatie zorgverzekeraars niet-geleverde zorg is een aparte staatssteuntoets gedaan.
- 7.
8. Daarin wordt geconcludeerd dat niet aan het derde criterium voor staatssteun wordt voldaan bij compensatie van de Zorgverzekeraars op grond van deze beleidsregels. Zorgverzekeraars hebben geen enkel voordeel bij deze financiering. Zij hebben de verplichting gekregen om nu ook niet-geleverde zorg uit te betalen. Voor deze verplichting worden zij nu ook gecompenseerd. Zij worden niet meer gecompenseerd dan het geheel van de verschillende bedragen die door een verzekeraar op grond van artikel 2.29a, vijfde lid, van de Regeling zorgverzekering zijn vergoed. Omdat zij niet meer worden gecompenseerd dan nodig is om deze verplichting uit te voeren, ontstaat er geen voordeel voor de zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar of van andere marktpartijen.
- 9.
- 10. Geen staatssteun budgethouders: natuurlijke personen**
11. De budgethouder ontvangt van de zorgverzekeraar geld om te kunnen betalen voor niet-geleverde zorg. Zij zijn natuurlijke personen, er is hier dus geen sprake van staatssteun.
- 12.
- 13. Staatssteun zorgverleners**
- 14.**
- 15. Algemeen: er valt niet uit te sluiten dat sprake is van staatssteun**
16. *Elementen van staatssteun*
17. Voor de beantwoording van de vraag of een overheidsmaatregel staatssteun in de zin van artikel 107 van het Werkingsverdrag met zich meebrengt, moet een viertal elementen cumulatief aanwezig zijn:
 1. de steun wordt verleend aan een onderneming die een economische activiteit verricht;
 2. de steun wordt door staatsmiddelen bekostigd;
 3. deze staatsmiddelen verschaffen een economisch voordeel dat niet via normale commerciële weg zou zijn verkregen (non-marktconformiteit);
 4. de maatregel is selectief: het geldt voor één of enkele ondernemingen, een specifieke sector/regio;

5. de maatregel vervalst de mededinging (in potentie) en (dreigt te) leiden tot een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer in de EU.
- 6.
7. *Aan de eerste vier criteria wordt voldaan*
8. Het lijkt geen twijfel dat de steun wordt verleend aan ondernemingen. Zorgverleners bieden diensten aan op een markt, daarmee verrichten zij economische activiteiten en zijn het ondernemingen in de zin van de staatssteunregels.
- 9.
10. Ook wordt de steun door staatsmiddelen bekostigd.
- 11.
12. De compensatie van niet-geleverde zorg zou niet via normale commerciële weg zijn verkregen.
- 13.
14. Verder is, gezien het gefragmenteerde veld waarbinnen de pgb-zorg wordt geleverd, niet te onderbouwen dat alle ontvangers van de steun zich feitelijk en juridisch in dezelfde situatie bevinden.
- 15.
16. Het is de vraag of aan het vijfde criterium voor staatssteun wordt voldaan. Er kan echter niet uitgesloten worden dat deze maatregel in potentie de mededinging vervalst en dreigt te leiden tot een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer in de EU. Zie daarover later meer onder het kopje '**Zonder melding risico op staatssteun beperkt**'.
- 17.
18. **Melding ogv artikel 107(2)(b) VWEU geschikte route**
19. Omdat er niet volledig uitgesloten kan worden of er sprake is van staatssteun, leek een meldingsprocedure op grond van artikel 107(2)(b) VWEU de meest geëigende route voor deze compensatieregeling.
- 20.
21. Steun is op grond van dit artikel verenigbaar met het Verdrag als het gaat om de compensatie van natuurrampen of uitzonderlijke omstandigheden. In de Mededeling van de Commissie: Tijdelijke kaderregeling inzake staatssteun ter ondersteuning van de economie vanwege de huidige COVID-19-uitbraak (hierna: Tijdelijk steunkader COVID-19), heeft de Commissie aangegeven dat de COVID-19-crisis een uitzonderlijke omstandigheid is.
- 22.
23. Er kan een beroep op het steunkader worden gedaan indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - er is een causaal verband tussen de schade die wordt gecompenseerd en (maatregelen die de overheid neemt in het kader van) de COVID-19 crisis;
 - er is geen sprake van overcompensatie
 - voor steunverlening vindt melding bij de Europese Commissie plaats.
 -
 - Aan de eerste voorwaarde is voldaan: er wordt immers alleen compensatie gegeven voor niet-geleverde zorg, indien de zorg niet geleverd kan worden vanwege de COVID-19 uitbraak (zie bovenstaand de redenen waarom gecompenseerd kan worden).
 -
 - Ook zal er naar alle waarschijnlijkheid geen sprake zijn van overcompensatie. De zorgverlener wordt enkel gecompenseerd indien budgethouders daadwerkelijk de niet-geleverde pgb-zorg declareren als 'niet-geleverd'. Indien een budgethouder dit niet doet, betaalt de zorgverzekeraar voor de zorg zonder daarbij voor compensatie in aanmerking te komen.
 -
 - Het lijkt, gezien alle checks and balances in het systeem, onwaarschijnlijk dat overcompensatie plaats zal vinden.
 -
 - Op het moment dat WJZ werd betrokken bij dit dossier om een advies over staatssteun te geven, waren betalingen voor compensatie voor niet-geleverde zorg echter al in gang gezet. De melding bij de Europese Commissie kon dus niet meer plaatsvinden *voordat* de steunverlening had plaatsgevonden. Daarmee was een meldingsprocedure bij de Commissie niet meer mogelijk.
 -
 - **Zonder melding risico op staatssteun beperkt**
 -

- De meest koninklijke route was voor dit dossier waarschijnlijk dus een melding bij de Europese Commissie geweest. Ook zonder die melding zijn de risico's op staatssteun echter beperkt, om de volgende redenen:
 - De steun zorgt waarschijnlijk niet voor een beperking van de mededinging
 - de meeste pgb-zorgverleners opereren zuiver lokaal, waardoor een grensoverschrijdend effect onwaarschijnlijk lijkt
 - de meeste pgb-zorgverleners zullen een bedrag ontvangen dat ruim onder de de-minimisnorm blijft.
 -
 - Hieronder worden bovenstaande punten nader toegelicht.
 -
 - De steun zorg waarschijnlijk niet voor een beperking van de mededinging
- Ten eerste zorgt de steun waarschijnlijk niet voor een (potentiële) beperking van de mededinging.

Daarbij is ten eerste de beginsituatie van de markt belangrijk. Voor *geleverde* pgb-zorg op grond van de Zvw geldt dat er een concurrerende markt bestaat. De budgethouder kiest waar hij zijn pgb-zorg inkoopt. Er zijn maximumtarieven vastgesteld voor formele en informele zorgverleners. Zorgverzekeraars kunnen kiezen voor lagere tarieven (maar niet lager dan het minimumloon). Dit betekent dat familieleden ook pgb-zorg kunnen verlenen. Dan geldt het informele tarief. Er zijn geen belemmeringen om tot deze markt toe te treden. Er geldt dus en 'level playing field' voor alle aanbieders van pgb-zorg in het Zvw-domein.

De compensatie voor de *niet-geleverde* zorg, verstoort deze markt waarschijnlijk niet. Ten eerste gelden voor de compensatie dezelfde randvoorwaarden als de voorwaarden die ook gelden voor de compensatie van de geleverde zorg, namelijk:

- Een zorgverlener levert Zvw zorg,
- bij een budgethouder,
- die hiervoor een indicatie heeft,
- en een toekenning van een pgb door de zorgverzekeraar.
- De zorg valt binnen het verzekerde (basis)pakket van de zorgverzekeraar.
-
- Deze voorwaarden zijn gelijk aan de voorwaarden die ook al gelden in de beginsituatie. Er is op gelijke wijze gecontracteerd voor de zorg die is geleverd voor de compensatie als die is geleverd na de compensatie. Door deze voorwaarden gelijk aan te houden zijn de voorwaarden voor markttoetreding gelijk gebleven. Ook nieuwe marktpartijen kunnen onder gelijke voorwaarden toetreden en zich in gelijke mate beroepen op de compensatie voor niet-geleverde zorg. In die zin kan de compensatie van niet-geleverde zorg de mededinging waarschijnlijk niet verstoren.
-

Naast de algemene voorwaarden geldt dat niet-geleverde zorg enkel gecompenseerd wordt als de zorg niet geleverd kon worden *vanwege* de uitbraak van het COVID-19 virus. Het gaat daarbij om verschillende situaties, bijvoorbeeld omdat pgb-zorgverleners geen PBM (persoonlijke beschermingsmiddelen) tot hun beschikking hadden of vanwege besmetting met COVID-19 (hetzij bij de zorgverlener, hetzij bij de budgethouder).

Deze voorwaarden zorgen ervoor dat de zorgverlener enkel in een beperkt aantal situaties compensatie voor niet-geleverde zorg kan krijgen. Dat is enkel indien deze zorgverlener (op het laatste moment) geen zorg meer kan leveren. Ook deze beperkte mogelijkheden zorgen ervoor dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de mededinging verstoord wordt:

- Een instelling met zorgverleners waar veel zorg niet-geleverd kan worden, kan minder zorg leveren maar wordt daarvoor gecompenseerd. Het is in deze situaties niet mogelijk om toch veel (andere) zorg te leveren gedurende de uren waarvoor de zorgverlener wordt gecompenseerd, omdat de zorg niet op organisatieniveau wordt gedeclareerd maar op individueel niveau door de budgethouder. Ofwel omdat ze zorgverlener zelf ziek is of een zieke huisgenoot heeft en daarom niet kan werken. Ofwel omdat de budgethouder (vermoedelijk) besmet is geraakt. In het tweede geval is de zorgverlener immers pas relatief laat op de hoogte, dit kan niet worden ingepland. Deze instellingen ontvangen daarom geen *voordeligere* mededingingspositie dan andere instellingen

- Een instelling met zorgverleners waar de meeste zorg wel geleverd kan worden, ontvangt minder compensatie, maar kan wel gewoon haar diensten draaien en haar omzet daaruit halen. Zij heeft daardoor geen *nadeliger* mededingingspositie dan andere instellingen.

Er kan geen *keuze* gemaakt kan worden tussen de situaties van veel of weinig niet-geleverde zorg. Dat is immers afhankelijk van het aantal COVID-19 besmettingen. Een instelling kan hier niet op sturen. Maar zelfs als er een keuze gemaakt zou kunnen worden is niet één van beide bovenstaande situaties voordeliger dan de andere. Daarmee verstoort de compensatie voor niet-geleverde zorg Zvw-pgb de concurrentiepositie van partijen niet.

Kortom, de compensatie van de niet-geleverde pgb-zorg in het zvw-domein zorgt waarschijnlijk niet voor een (potentiële) beperking van de mededinging.

- De steun heeft waarschijnlijk geen grensoverschrijdende effecten
- Daarbij komt ook nog dat, zelfs als er wel een potentiële beperking van de mededinging zou zijn, er waarschijnlijk geen grensoverschrijdende effecten hiervan zouden zijn. De pgb-zorg in het Zvw-domein wordt immers zeer lokaal aangeboden.
-
- De meeste pgb-zorgverleners zullen een bedrag ontvangen dat ruim onder de de-minimisnorm blijft
- Op grond van de de-minimisverordening kunnen overheden ondernemingen over een periode van drie belastingjaren tot € 200.000,- steunen zonder dat dit staatssteun oplevert. De verwachting is dat de uitgekeerde bedragen in het kader van compensatie voor niet-geleverde zorg in de meeste gevallen ruim binnen dit bedrag van € 200.000 zal blijven. Zorgverzekeraars hebben een indicatie gegeven van de declaraties voor niet-geleverde pgb-zorg tijdens de eerste golf. Per zorgverzekeraar lagen deze declaraties tussen de € 5.000 en € 300.000. De kans dat het hoogste bedrag in die range, te weten € 300.000, naar één zorgaanbieder gaat, is zeer onwaarschijnlijk.
-
- Er is echter een reden waarom er niet voor is gekozen om de staatssteun dmv de-minimisverklaringen te rechtvaardigen. In het huidige systeem bestaat er geen direct contact tussen overheid en de zorgverlener. Het is dus uitvoeringstechnisch heel moeilijk om bij al deze zorgverleners een dergelijke verklaring op te vragen. Bovendien zorgt dat voor veel aanvullende administratieve lasten, die niet in verhouding staan tot het uitgekeerde bedrag per zorgverlener.
-
- Gezien de Q&A over COVID-19 van de Europese Commissie, risico op staatssteun zeer beperkt
- Ten slotte komt daar nog bij dat het staatssteunrisico in dit geval nog beperkter wordt ingeschat gezien de op een op 13 maart 2020 gepubliceerde gecoördineerde reactie van de EC op de COVID-19 uitbraak, uitgewerkt in Q&A's op de site van de EC: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_458.
-
- In deze reactie is het volgende terug te vinden onder het kopje 'State aid':
"Financial support from EU or national funds granted to health services or other public services to tackle the Covid-19 situation falls outside the scope of State aid control."
-
- De EC heeft in een eerder gesprek op 19 augustus 2020 aangegeven dat e.e.a. ruim moet worden geïnterpreteerd. Maatregelen en steun vanuit de nationale overheid die gerelateerd zijn aan zorg en de COVID-19 uitbraak vallen buiten het bereik van de staatssteuncontrole door de EC en daarmee buiten de staatssteunregels. Volgens de Commissie moet dit gezien worden als een zogenaamd overheidsprerogatief (het is de taak van een overheid om zo nodig financieel bij te springen, in dit geval in de zorg, gedurende een pandemie als Corona). Overheidsprerogatief sluit economische activiteiten feitelijk uit.

5.1.2a

- Hoewel de steun voor niet-geleverde zorg niet rechtstreeks bestemd is om de COVID-19 uitbraak aan te pakken, houdt de steun wel een rechtstreeks verband met de COVID-19 uitbraak. Daarnaast wordt het risico op klachten en procedures zeer klein geacht. Alle zorgverleners die geen zorg hebben kunnen verlenen vanwege de COVID-19 uitbraak komen in aanmerking voor compensatie van niet-geleverde zorg onder dezelfde voorwaarden.

- Alles overwegende acht WJZ ook het staatssteunrisico voor de steun die richting de zorgverleners gaat zeer beperkt.

Conclusie

- Staatssteun is volledig uit te sluiten op het niveau van de zorgverzekeraars en de budgethouders.

- Hoewel staatssteun niet volledig uit te sluiten is op het niveau van de zorgverleners, en een meldingsprocedure ogv art. 107(2)(b) VWEU daarom de meest zuivere route zou zijn geweest, acht WJZ de risico's op staatssteun ook zeer beperkt voor wat betreft de steun aan de zorgverleners.