

**BESLISSING OP BEZWAAR****255617-428866  
287340-495004**

Bij brief van 28 augustus 2017, binnengekomen bij de NZa op 28 augustus 2017, is door u namens de stichting Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep (hierna: bezwaarde of NWZ) een pro forma bezwaarschrift ingediend tegen de beschikking met kenmerk 0102520-BB-2017-ZOV-VE01-SAV d.d. 21 juli 2017 (hierna: bestreden besluit 2017) betreffende de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage Spoedeisende hulp (hierna: SEH) en Acute verloskunde (hierna: AV) voor het jaar 2017 voor de locatie Den Helder. Bij brieven van 28 september 2017 en 10 november 2017 heeft bezwaarde verzocht om uitstel voor het indienen van de aanvullende gronden van bezwaar. Vervolgens heeft bezwaarde telefonisch op 21 december 2017 wederom verzocht om uitstel voor het indienen van de aanvullende gronden. Dit verzoek is bij brief van 22 december 2017 ingewilligd. Tot slot is op 26 januari 2018 een laatste maal om uitstel verzocht. Dit verzoek is bij brief van dezelfde datum ingewilligd. Bij brief van 8 februari 2018 heeft bezwaarde de aanvullende gronden van bezwaar ingediend.

Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 17 april 2018 gehoord. Nadien is bij brief van 26 april 2018 pro forma bezwaar ingediend tegen de beschikking met kenmerk 0102520-BB-2018-ZOV-VE01-SAV d.d. 29 maart 2018 (hierna: bestreden besluit 2018) met bijbehorende motivatiebrief met kenmerk 260123/424776 betreffende de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV (hierna: beschikbaarheidsbijdrage) voor het jaar 2018 voor de locatie Den Helder. Bij brief van 3 mei 2018 is de ontvangst van het bezwaarschrift bevestigd en is aan bezwaarde een termijn van zes weken gegund om aanvullende gronden van bezwaar in te dienen. Op 4 juni 2018 is telefonisch verzocht om de termijn voor het indienen van de aanvullende gronden met één week te verlengen. Per e-mailbericht van dezelfde dag is dit uitstel verleend. Bij brief van 11 juni 2018 zijn de aanvullende gronden van bezwaar ingediend. In deze brief verzoekt bezwaarde hetgeen ten aanzien van 2017 is ingebracht als herhaald en ingelast te beschouwen. Dit geldt ook voor hetgeen tijdens de hoorzitting op 17 april 2018 is ingebracht.

Bezwaarde heeft daarnaast verzocht om gevoegde behandeling van de bezwaren gericht tegen de bestreden besluiten 2017 en 2018. De NZa heeft hiermee ingestemd. Met de brieven van 8 februari 2018 en 26 april 2018 hebben VGZ Zorgverzekeraars N.V., VGZ voor de Zorg N.V., IZA Zorgverzekeraars N.V., N.V. Zorgverzekeraar UMC, N.V. Univé Zorg en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. zich als derde-belanghebbenden gesteld.

In haar vergadering van 19 februari 2019 heeft de NZa de bestreden besluiten 2017 en 2018 in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan de bezwaren en dat de bestreden besluiten ongewijzigd in stand dienen te blijven. De bezwaren worden dan ook ongegrond verklaard.

Hieronder volgt de motivering daarvan.

## DE AANGEVOERDE BEZWAREN

### *Inleidend*

De kern van het geschil is volgens bezwaarde dat de door de NZa toegekende beschikbaarheidsbijdragen voor de jaren 2017 en 2018 voor de locatie Den Helder te laag zijn waardoor zij haar afdelingen SEH en AV niet kostendekkend kan exploiteren. Daarnaast behoort het volgens bezwaarde tot de verantwoordelijkheid van de NZa om aannemelijk te maken dat de toegekende beschikbaarheidsbijdragen redelijkerwijs kostendekkend zijn.<sup>1</sup> Hieronder worden de bezwaargronden voor het jaar 2017 en 2018, zoals weergegeven in de aanvullende bezwaarschriften en tijdens de hoorzitting, gezamenlijk en samengevat weergegeven, waarbij de bezwaargronden die aangevoerd zijn namens andere partijen dan bezwaarde, onder de noemer van bezwaarde worden meegenomen.

### *Achterwacht*

Bezwaarde voert aan dat poortspecialismen 24/7 beschikbaar moeten zijn in de achterwacht. De achterwachtfunctie is onlosmakelijk verbonden met het in stand houden van de afdelingen SEH en AV. Daarom moeten deze poortspecialismen ook bekostigd worden uit de beschikbaarheidsbijdragen SEH en AV. Volgens bezwaarde volgt dit uit de toelichting bij de aanwijzing, het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (hierna: AMvB)<sup>2</sup> en de professionele standaard.

Uit Tweede Kamerstukken uit 2007 volgt dat voor de achterwacht van de SEH minimaal 8 poortspecialismen zijn vereist. In 2009 is door een werkgroep profiel gegeven aan de SEH en is aangegeven dat acute zorg vanuit het ziekenhuis wordt verleend en niet per se op de locatie van de SEH. Een SEH en de achterliggende infrastructuur moeten zijn toegerust op opvang en behandeling van verschillende categorieën van patiënten. Dat is breder dan waar de NZa van uitgaat bij de beschikbaarheidsbijdrage. Daarnaast heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in 2009 uitlatingen gedaan over de prestatie-indicatoren voor de spoedeisende keten. Daaruit kan volgens bezwaarde worden opgemaakt dat zonder achterwacht geen spoedeisende zorg kan worden verleend. Ook de Gezondheidsraad heeft aangegeven dat er veldnormen zijn voor SEH en achterwacht en daarmee dat er gedifferentieerd personeel beschikbaar moet zijn. De NZa moet het profiel van de Gezondheidsraad dan ook als uitgangspunt nemen, waarbij bezwaarde opmerkt dat de veldnormen van de Gezondheidsraad duidelijk zijn, maar de uitwerking ervan niet.

Bezwaarde geeft aan dat het een feit van algemene bekendheid is dat een afdeling SEH niet kan worden gereduceerd tot de inzet van één SEH-arts of één arts-SEH en één SEH-verpleegkundige. Ook voor de afdeling AV geldt dat de inzet niet kan worden gereduceerd tot de inzet van één gynaecoloog of één obstetrisch professional. Volgens bezwaarde dienen daarom poortspecialismen 24/7 beschikbaar te zijn in de achterwacht op de locatie Den Helder.

---

<sup>1</sup> ECLI:NL:CBB:2015:246 en ECLI:NL:CBB:2015:428

<sup>2</sup> Stb. 2012, 396

*Onzorgvuldige besluitvorming: beleidsregel en kostenonderzoek NZa*

Volgens bezwaarde is de toegekende beschikbaarheidsbijdrage als gevolg van een onzorgvuldige besluitvorming niet redelijkerwijs kostendekkend. Daartoe voert zij in algemene zin aan dat de besluiten in strijd met artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) zijn genomen omdat de relevante feiten en belangen onvoldoende zijn gewogen. Daarnaast is er sprake van schending van artikel 3:4 van de Awb dan wel zijn er bijzondere omstandigheden in de zin van artikel 4:84 van de Awb.

Voorts stelt bezwaarde dat zowel de NZa als de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) inzien dat de vergoeding niet passend is. Volgens bezwaarde blijkt dit uit de motivering die aan de beslissing over de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage 2018 ten grondslag is gelegd. Bezwaarde meent dat de stelling van de NZa dat het meten van de achterwachtfunctie een intensief proces is, geen reden mag zijn de achterwachtfunctie niet te berekenen. Volgens bezwaarde heeft de NZa door het verrichten van dit onderzoek naar de kwantificering van achterwacht van poortspecialisten juist erkend dat zij van mening is dat de achterwachtfunctie in de beschikbaarheidsbijdrage moet worden opgenomen.

Daarnaast kan het kostenonderzoek uit 2016, volgens bezwaarde, niet de toets aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur doorstaan. Bezwaarde stelt dat de beleidsregel tot stand is gekomen na een zeer beperkte en gemankeerde uitvraag van kosten. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft haar bezwaren tegen de beleidsregel bij brief van 16 januari 2017 kenbaar gemaakt. Deze bezwaren worden door bezwaarde onderschreven. Ten eerste betekent dit dat de uitgangspunten wat personele invulling van de SEH en de AV betreft, geen recht doen aan de praktijk in Nederland. Daarnaast gaat de NZa voorbij aan de rol van de medisch specialist binnen de SEH. Tot slot wordt in de rekenmethode uitgegaan van een onrealistische productiviteitsfactor voor SEH-artsen en gynaecologen om het benodigde aantal fte voor 24/7 beschikbaarheid te bepalen. Bezwaarde verwijst voor een verdere onderbouwing naar Bijlage 12.

Ook meent bezwaarde dat het kostenonderzoek gebrekkig is. Er heeft een gebrekkige terugkoppeling door ziekenhuizen plaatsgevonden en er is een nieuwe uitvraag gedaan omdat kosten niet duidelijk zouden zijn of omdat de invulwijze onduidelijk zou zijn. Deze omstandigheden maken dat het kostenonderzoek niet representatief is en daarom is dit kostenonderzoek niet toepasbaar.

Op de roep van de ziekenhuizen en de NVZ om de kostenberekening te baseren op kostendekking en werkelijke kosten wordt niet gereageerd. De NVZ en de ziekenhuizen hebben tijdens algemene overleggen nadrukkelijk aangegeven dat de personele invulling door de NZa geen recht doet aan de werkelijkheid.

*Goede zorg*

Bezwaarde zet uiteen wat in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) onder goede zorg wordt verstaan. Bezwaarde meent dat een normale exploitatie alleen mogelijk is als wordt gekeken naar goede zorg. Bezwaarde suggereert dat een normale exploitatie van een afdeling SEH en een afdeling AV enerzijds en goede zorg anderzijds uitwisselbare termen zijn. Nu er geen bekostiging van de achterwacht is opgenomen in de beschikbaarheidsbijdrage kan bezwaarde niet aan de normen van de goede zorg voldoen. Goede acute zorg ziet namelijk niet alleen op het stabiliseren van de patiënt maar ook op de behandeling van de patiënt. Bezwaarde geeft aan dat in januari het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is aangeboden aan het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut). Bezwaarde ziet daarin haar standpunt bevestigd dat binnen de huidige benadering een ziekenhuis geen goede spoedzorg kan bieden.

*Bijzondere geografische locatie Den Helder*

Bezwaarde doet vervolgens een beroep op bijzondere omstandigheden. De NZa had moeten beoordelen of de door bezwaarde aangevoerde omstandigheden tot afwijking van beleid in de zin van artikel 4:84 van de Awb hadden moeten leiden. Er heeft geen inhoudelijke behandeling plaatsgevonden van de bijzondere positie van bezwaarde. Bezwaarde heeft veelvuldig aandacht gevraagd voor haar bijzondere positie bij de NZa en bij het ministerie van VWS. De locatie Den Helder is uniek vanwege haar geografische ligging met aan drie kanten zee. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis ligt op 50 kilometer afstand over een tweebaansweg en meerdere keren per jaar is er een grote toestroom van toeristen naar Texel. Daarnaast kan er geen beroep worden gedaan op zorg uit naast gelegen landen.

Ook is bezwaarde van mening dat de landelijke discussie over de achterwachtfunctie niet bij twee of drie partijen kan worden neergelegd. Dit is namelijk bij uitstek de verantwoordelijkheid voor een overheidsorgaan. Bezwaarde meent in dit kader dat in de Awb en in de algemene beginselen van behoorlijk bestuur een verplichting ligt voor de NZa om een beleidsregel te ontwerpen waarmee recht wordt gedaan aan het in stand moeten houden van de functionaliteiten SEH en AV.

*Aanwijzingen en gewekt vertrouwen*

Bezwaarde stelt dat uit de geschiedenis blijkt dat de aanwijzingen niet zijn bedoeld om limitatief met kostenposten SEH en AV om te gaan. Bezwaarde meent dat de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag in strijd is met de door de minister van VWS gegeven aanwijzingen en in strijd met artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bezwaarde haalt de toelichting aan bij de aanwijzingen. Volgens bezwaarde reduceert de NZa in Beleidsregel BR/REG-17180a de SEH en AV, wat hoogte betreft, ten onrechte tot een genormeerde inzet van personeel, materieel en kapitaallasten. Volgens bezwaarde bevatten de aanwijzingen en de Wmg een dergelijke beperking van kosten niet en kunnen kosten voor de achterwacht voor vergoeding in aanmerking komen. Ook wordt in de aanwijzingen geen verbinding gelegd met normen die vastgesteld zouden moeten zijn voordat kostenposten voor vergoeding in aanmerking komen.

De NZa handelt in strijd met het vertrouwen dat de minister van VWS heeft gewekt in de aanwijzingen<sup>3</sup>. Het ministerie van VWS en de NZa erkennen dat medisch specialisten in de achterwacht beschikbaar moeten zijn en dat dat tot kosten leidt. Dat vereiste is voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderdeel van "goede zorg". Onbegrijpelijk is dat het ministerie van VWS en de NZa blijven verwijzen naar normen die nog niet door het veld zouden zijn vastgesteld.

Daarnaast handelt de NZa volgens bezwaarde in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en artikel 56a van de Wmg door een beschikbaarheidsbijdrage te verlenen die niet kostendekkend is. De NZa kan niet stellen dat de aanwijzingen moeten worden aangepast en tegelijk aangeven dat zij alles heeft uitgevraagd maar niet tot een kostenbepaling kan komen. De aanwijzingen zijn daarnaast gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad.

#### *Gevoeligheid voor de 45-minutennorm*

Volgens bezwaarde heeft elke patiënt recht op acute zorg binnen 45 minuten. De NWZ verkeert als gevoelig ziekenhuis voor de 45-minutennorm in bijzondere omstandigheden ten opzichte van andere gevoelige ziekenhuizen. Volgens KPMG Plexus is de locatie Den Helder de gevoeligste van alle gevoelige ziekenhuizen vanwege haar geografische ligging. Het RIVM merkt de locatie Den Helder als gevoelig aan maar laat zich niet uit over de beschikbaarheidsbijdrage of de berekening ervan. Bezwaarde meent dat de 45-minutennorm maakt dat zij niet de vrijheid heeft de zorg op de locatie Den Helder naar eigen inzicht in te richten ondanks dat op deze locatie de afdeling SEH en de afdeling AV niet kostendekkend kunnen worden uitgevoerd. Of bezwaarde dat vanuit bedrijfskundige overwegingen nu wel of niet wenst, zij heeft geen keuze. Er is een volwaardig basis ziekenhuis vereist dat 24/7 stabiliseren en behandelen voor de acute as kan dragen.

De minister van VWS heeft in een Tweede Kamer debat op 1 december 2014 en in een brief aan de burgemeester van Den Helder van 8 september 2016 aangegeven dat de locatie Den Helder niet mocht sluiten. Bezwaarde heeft bij brief van 25 augustus 2017 aan de minister van VWS aangekondigd per 1 januari 2018 de afdelingen SEH en AV te moeten beëindigen.

Bezwaarde stelt dat de voorwaarden waaronder een beschikbaarheidsbijdrage kan worden verkregen niet passend zijn voor het verplicht uitvoeren van de functionaliteit SEH en AV. Sinds 2014 heeft bezwaarde dit kenbaar gemaakt aan de NZa, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars. De locatie Den Helder is sterk verouderd. Voor bezwaarde is het daarnaast ook van groot belang dat zij investeringen kan doen in de locatie Den Helder. De beschikbaarheidsbijdrage zou ook de kosten voor investeringen in stenen en het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) moeten omvatten en de kosten van alle andere voorzieningen die ten goede komen aan de SEH en AV. Volgens bezwaarde moet de beschikbaarheidsbijdrage alle kosten voor de totale infrastructuur van de acute zorg omvatten.

---

<sup>3</sup> College van Beroep voor het bedrijfsleven 11 november 2015, AB 2016/402.

Bezwaarde heeft een externe commissie gevraagd om haar te adviseren over het minimaal vereiste locatieprofiel voor de locatie Den Helder. Daarnaast heeft KPMG Plexus de benodigde beschikbaarheidsbijdrage op verzoek van bezwaarde en VGZ berekend om aan te kunnen geven wat bezwaarde minimaal nodig heeft om SEH en AV te verzorgen. Alleen de noodzakelijke kosten voor de beschikbaarheid van de SEH en AV en die aan de acute zorg kunnen worden toegerekend zijn daarbij door bezwaarde bepaald.

#### *Zorgplicht en zorgverzekeraars*

VGZ heeft haar verantwoordelijkheid genomen voor de zorgplicht, maar die staat los van de beschikbaarheidsbijdrage en het recht op een kostendekkende bijdrage voor bezwaarde. Van zorgverzekeraars kan echter niet worden verwacht dat zij de ondoelmatigheid binnen de regio Den Helder op zich nemen. Uit het advies van de NZa van 3 maart 2015 over de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV en de brief van de minister van VWS van 28 april 2015 volgt dat de kosten voor de locatie Den Helder zo hoog zijn dat sprake is van geografische marktverstoring en dus een groot nadeel voor zorgverzekeraars.

#### *Aanvullende financiering*

Volgens bezwaarde dekt de toegekende beschikbaarheidsbijdrage niet de kapitaallasten ter zake van investeringen, afschrijvingen en operationele kosten van een ziekenhuisinformatiesysteem. In dit verband voert bezwaarde nogmaals aan dat de locatie Den Helder sterk verouderd is en dat instandhoudingsinvesteringen nodig zijn.

Bezwaarde geeft voorts aan dat zij schriftelijk noch mondeling heeft erkend dat aanvullende financiering niet mogelijk is. Bezwaarde is van mening dat de aanvullende financiering dient te worden verwerkt in de beschikbaarheidsbijdrage omdat de regelgeving dat toestaat.

In september 2017 heeft de NZa de Marktscan Acute Zorg uitgebracht en in januari 2018 is het Kwaliteitskader Spoedzorgketen aan het Zorginstituut aangeboden. Uit dit kader volgt dat een ziekenhuis geen goede spoedzorg kan bieden met uitsluitend een SEH-arts. De NWZ krijgt van zowel de minister van VWS als van de NZa te horen dat het locatieprofiel, zoals dat na uitgebreid onderzoek tot stand is gekomen, nog maar eens gezamenlijk tegen het licht moet worden gehouden. Volgens bezwaarde is dit gebeurd. Er is gekeken hoe de beschikbare financiering en het locatieprofiel met elkaar in evenwicht kunnen worden gebracht. Volgens bezwaarde zijn de berekeningen helder. Ook stelt bezwaarde dat de NZa niet aangeeft waar de berekeningen niet zouden kloppen of waar kosten zouden kunnen worden geschrapt.

#### *Solvabiliteit*

Bezwaarde heeft gemotiveerd onderbouwd welke kosten zij in 2017 heeft gedragen voor de SEH en de AV. Ook heeft zij aangegeven al die kosten jaarlijks te kunnen onderbouwen voor een functionaliteit die zij omwille van bedrijfseconomische overwegingen niet zelf zal kunnen stoppen. Voor 2018 en verder zijn de investeringen die toe te rekenen zijn aan de acute zorg hoger dan in 2017. De NZa geeft aan dat de solvabiliteit van

de NWZ over 2016 in orde is en dat de NZW de kosten als geheel daarom kan dragen. De NZa gaat daarmee voorbij aan de investeringen voor vastgoed, infrastructuur en ICT die op de locatie Den Helder zullen moeten worden gedaan. Bezwaarde verwijst in dit verband naar alle overgelegde plannen en berekeningen.

Tot slot verzoekt bezwaarde om vergoeding van haar kosten voor rechtsbijstand in de bezwaarschriftprocedure.

## **RELEVANTE WET- EN REGELGEVING**

Alvorens in te gaan op de gronden van het bezwaar zal eerst de achtergrond van het toepasselijk beleid worden weergegeven.

Voor een aantal activiteiten en voorzieningen van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om deze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen. In artikel 56a van de Wmg wordt de NZa de mogelijkheid geboden een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen voor de beschikbaarheid van bij AMvB aangewezen vormen van zorg.

### *Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG*

In de AMvB zijn bepaalde vormen van zorg aangewezen die in aanmerking kunnen komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. In onderdeel B van de bijlage bij de AMvB is onder 7 en 8 bepaald dat voor de zorgfuncties SEH en AV beschikbaarheidsbijdragen kunnen worden toegekend door de NZa.

De AMvB verstaat onder SEH: "zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van acute medische patiënten. De SEH betreft het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars. Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling SEH het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling SEH per ambulance kan bereiken, doet toenemen en dat de spoedeisende hulp 7x24 uur per dag beschikbaar is."

Ook wordt in de AMvB AV gedefinieerd. Onder AV wordt verstaan:

"Verloskundige zorg in geval van een spoedeisende situatie. Hierbij geldt als voorwaarde dat sluiting van de afdeling voor acute verloskunde het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten een afdeling voor acute verloskunde per ambulance kan bereiken doet toenemen en dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart."

### Aanwijzingen

De volgende aanwijzingen liggen aan de beleidsregel ten grondslag:

- Aanwijzing van de minister van VWS van 12 december 2012 met kenmerk MC-U-3147126;
- Aanwijzing van de minister van VWS van 16 juni 2015 met kenmerk 776212-137548-MC;
- Aanwijzing van de staatssecretaris van VWS van 21 april 2017 met kenmerk 1123133-163202-MC.

Op grond van de aanwijzing uit 2012 kent de NZa beschikbaarheidsbijdragen toe voor SEH en AV. Dit volgt uit de artikelen 8 en 9 van deze aanwijzing, die verwijzen naar zorg als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 en 8 van de bijlage bij de AMvB.

In de artikelen 4 en 5 van de aanwijzing uit 2015 is opgenomen dat de NZa de beschikbaarheidsbijdrage uitsluitend verstrekt onder de voorwaarde dat die bijdrage tot doel heeft een dreigende verslechtering in de bereikbaarheid te voorkomen ten opzichte van de bestaande landelijke situatie waarbij wordt uitgegaan van de gevoeligheid voor de zogenaamde 45-minuten bereikbaarheidsnorm zoals bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 en 8 van de bijlage bij de AMvB.

In de artikelsgewijze toelichting bij de aanwijzing van 2015 is onder artikel 4 nader toegelicht wat onder SEH moet worden verstaan. Het betreft *“zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars.”* Verder geldt blijkens de aanwijzing van 21 april 2017 dat op de *“bedoelde afdeling SEH 7x24 uur minimaal één door de KNMG geregistreerde SEH-arts of één arts-SEH en één SEH-verpleegkundige aanwezig is.”*

Op grond van de aanwijzing van 16 juni 2015 gelden de volgende cumulatieve eisen voor het verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage SEH:

- 1 De SEH moet voldoen aan de geldende minimum normen die worden gesteld aan een SEH;
- 2 De SEH moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm;
- 3 De SEH moet onvoldoende inkomsten uit tarieven hebben om de kosten van een SEH te dekken.

Als aan deze voorwaarden wordt voldaan dan geldt, zoals volgt uit de aanwijzing van 16 juni 2015, dat de NZa een beschikbaarheidsbijdrage voor SEH-zorg uitsluitend verleent *“onder de voorwaarde dat daarmee wordt bereikt dat geen verslechtering in bereikbaarheid optreedt ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie. Met andere woorden: SEH op die locatie moet noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat de huidige bereikbaarheidssituatie niet verslechtert. Om de bereikbaarheid van ziekenhuizen met een SEH, die voldoet aan de thans geldende normen van de IGJ, te beoordelen wordt uitgegaan van de zogenaamde 45-minutennorm. De norm stelt dat iedereen binnen 45 minuten naar een afdeling SEH vervoerd moet kunnen worden. De afdeling SEH van een ziekenhuis kan noodzakelijk zijn voor de bereikbaarheid binnen de 45 minuten in die situaties dat de sluiting van de spoedeisende hulp van dit ziekenhuis tot gevolg heeft dat een aantal*



*mensen niet meer binnen de norm naar een spoedeisende hulp vervoerd kan worden. Kortom, als ook maar één inwoner door de sluiting van de betreffende afdeling SEH niet meer binnen 45 minuten bij een afdeling SEH zou kunnen komen, en dat wordt niet op een andere manier opgelost, dan komt de SEH-aanbieder in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. Er wordt dus geen bereikbaarheidsverlies geaccepteerd. Om deze status-quo te bewerkstelligen zijn zorgverzekeraars als eerste aan zet om te blijven voldoen aan hun zorgplicht."*

Op grond van de aanwijzing van 16 juni 2015 gelden de volgende cumulatieve eisen voor het verlenen en vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage AV:

- 1 De afdeling voor acute verloskunde moet voldoen aan de geldende (minimum) normen die worden gesteld aan acute verloskundige zorg;
- 2 De afdeling voor acute verloskunde moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm;
- 3 De afdeling voor acute verloskunde moet onvoldoende inkomsten uit tarieven hebben om de kosten van een SEH te dekken.

Een afdeling AV moet binnen 45 minuten bereikbaar zijn per ambulance en van belang is *"dat binnen 30 minuten na vaststelling van de diagnose van een spoedeisende situatie door een gynaecoloog of geautoriseerd obstetrisch professional de benodigde medisch specialistische behandeling kan worden gestart."*

#### *Beleidsregels*

Het bestreden besluit 2017 is gebaseerd op het Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage NZa met kenmerk BR/REG-17152. Dit uniform kader is met ingang van 1 januari 2018 vervangen door het Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage NZa met kenmerk BR/REG-18156. Dit Uniform kader is vervolgens vervangen door het Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage NZa met kenmerk BR/REG-18156a. Voor wat betreft de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV is er inhoudelijk geen wijziging opgetreden wat betreft de toekenning met het vervangen van het Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage NZa met kenmerk BR/REG-17152 door het Uniform kader beschikbaarheidsbijdrage NZa met kenmerk BR/REG-18156 en BR/REG-18156a (hierna: uniform kader). Het bestreden besluit 2018 is gebaseerd op het laatstgenoemde en tevens thans geldende uniform kader.

Daarnaast is het bestreden besluit 2017 gebaseerd op de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-17180a. Deze beleidsregel is met ingang van 1 januari 2018 vervangen door de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-18155 en vervolgens door de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-18155a. Het bestreden besluit 2018 is gebaseerd op de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-18155. Voor wat betreft de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV is er voor de toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage geen wijziging opgetreden met het vervangen van de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-17180a door de Beleidsregel beschikbaarheidsbijdrage op aanvraag met kenmerk BR/REG-18155 en BR/REG-18155a (hierna: beleidsregel).

In de beleidsregel worden de voorwaarden uit de AMvB als uitgangspunt genomen bij de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage SEH. Op grond van de beleidsregel kunnen aanbieders van SEH voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen indien aan drie cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

- De SEH moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan een SEH;
- De SEH moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH te dekken;
- De SEH moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de meest relevante analyse van het RIVM.

In artikel 7.4 van de beleidsregel is bepaald hoe de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage SEH wordt berekend. Om 7 x 24 uur beschikbaarheid te borgen gaat de NZa uit van een normatieve vergoeding voor personele inzet gebaseerd op de Cao Ziekenhuizen 2017-2019, een vergoeding voor materiële kosten en een opslag voor kapitaallasten.

De beschikbaarheidsbijdrage SEH beoogt alleen een eventueel tekort te dekken. Opbrengsten die een SEH genereert worden in mindering gebracht op de personele kosten, de materiële kosten en de kapitaallasten. De opbrengsten worden bepaald op basis van het aantal gerealiseerde SEH-consulten van de zorgaanbieder en een normatieve opbrengst per SEH-consult van € 90,60. Indien de normatieve opbrengst van de SEH-consulten hoger is dan de normatieve kosten, ontvangt de zorgaanbieder geen beschikbaarheidsbijdrage.

Ook voor de verlening en vaststelling van een beschikbaarheidsbijdrage AV gelden de eisen uit de AMvB als uitgangspunt.

Op grond van deze beleidsregel kunnen aanbieders van AV voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen indien aan drie cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

- De afdeling AV moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan AV;
- De afdeling AV moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de AV te dekken;
- De afdeling AV moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de meest relevante analyse van het RIVM.

In artikel 8.4 van de beleidsregel is bepaald hoe de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage AV kan worden berekend. Om 7x24 uur beschikbaarheid te borgen gaat de NZa uit van een normatieve vergoeding voor personele inzet gebaseerd op de Cao Ziekenhuizen 2017-2019, een vergoeding voor materiële kosten en een opslag voor kapitaallasten.

Tot slot worden de opbrengsten uit de AV meegenomen in de berekening van de beschikbaarheidsbijdrage. Voor de bepaling van de omzet van AV wordt uitgegaan van het gemiddelde tarief van de ziekenhuizen uit het kostenonderzoek 2016 voor de diagnose behandelcombinaties (dbc's) voor verloskunde. De normatieve opbrengst wordt in mindering gebracht op de personele kosten, de materiële kosten en de kapitaallasten. Indien de opbrengst uit de zorgproducten AV hoger is dan de normbedragen, ontvangt de zorgaanbieder geen beschikbaarheidsbijdrage.

Op de beschikbaarheidsbijdrage zijn eveneens titel 4.2 'subsidies' en titel 4.4 'bestuursrechtelijke geldschulden' van de Awb en het Besluit van de Europese Commissie van 20 december 2011 (C(2011)9380) van toepassing.

## **OORDEEL NZa**

### **Beoordeling bezwaren**

Op grond van de beleidsregels en de daaraan ten grondslag liggende aanwijzingen is de aanvraag van bezwaarde voor de jaren 2017 en 2018 voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV toegekend.

De NZa stelt voorop dat zij via de beleidsregels en de bestreden besluiten 2017 en 2018 uitvoering heeft gegeven aan de aanwijzingen die de minister van VWS aan de NZa heeft gegeven. De grondslag voor de bevoegdheid van de minister van VWS tot het geven van aanwijzingen is in artikel 7 van de Wmg vastgelegd. De NZa is gehouden de aanwijzingen te volgen, nu deze voldoen aan de wettelijke eis dat een aanwijzing betrekking moet hebben op een onderwerp waarover de NZa ingevolge de wet beleidsregels kan vaststellen, namelijk de beschikbaarheidsbijdrage. Bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de aanwijzingen heeft de minister van VWS, naar het oordeel van de NZa, in redelijkheid doorslaggevende betekenis kunnen toekennen aan het feit dat met het toekennen van beschikbaarheidsbijdragen bekostiging van zorgaanbieders voor vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties redelijkerwijs niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden mogelijk wordt gemaakt. Derhalve is de NZa van oordeel dat de aanwijzingen rechtmatig zijn en dat de minister van VWS met de aanwijzingen niet buiten de grenzen van een redelijke beleidsbepaling is getreden.

De bestreden besluiten 2017 en 2018 zijn daarnaast in overeenstemming met de daarvoor geldende beleidsregels tot stand gekomen. Dit wordt in beginsel ook niet betwist door bezwaarde.

Vervolgens dient te worden getoetst of er ingevolge artikel 4:84 van de Awb sprake is van bijzondere omstandigheden die de NZa noodzaken om af te wijken van de beleidsregels.

#### *Achterwacht*

Bezwaarde is van mening dat een achterwacht voor de SEH en de AV via de beschikbaarheidsbijdragen voor bekostiging in aanmerking moet komen. Ten aanzien van de door bezwaarde aangevoerde gronden die zien op de bekostiging van de achterwachtfunctie van de SEH en AV oordeelt de NZa als volgt.

In de AMvB is expliciet omschreven welke zorg voor bekostiging in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV in aanmerking komt. Een achterwacht maakt geen deel uit van deze omschrijving. De AMvB biedt dus geen grondslag voor bekostiging van een achterwacht via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en/of AV. De NZa is op grond van artikel 56a van de Wmg gehouden de AMvB en de aanwijzingen te volgen.

Dit betekent dat het aan de minister van VWS is om te bepalen welke soorten zorg voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen. Dat volgt eveneens uit de aanwijzing van 2012<sup>4</sup> en de toelichting bij de aanwijzing van 16 juni 2015.<sup>5</sup>

Zoals hiervoor reeds uiteengezet wordt SEH die voor bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking kan komen in de aanwijzingen omschreven als *"zorg die bestaat uit het herkennen, stabiliseren en reanimeren van acute medische patiënten en vervolgens om het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaren"*. AV is omschreven als *"het binnen 30 minuten een diagnose kunnen stellen door één gynaecoloog of één obstetrisch professional waarna de benodigde medische behandeling kan worden gestart."* Hieruit volgt dat alle zorg die wordt verleend ná behandeling van een spoedeisende aandoening, niet meer onder de omschrijving van SEH en AV in de AMvB en de aanwijzingen valt en dus niet meer voor bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV in aanmerking komt. De aanvang van de benodigde medische vervolgbehandeling (in de achterwacht) valt dus ook niet meer onder de omschrijving uit de aanwijzingen. Deze zorg kan via de reguliere bekostiging (dbc's) gedeclareerd worden.

In dit verband vindt de NZa het van belang nogmaals te benadrukken dat uit artikel 56a, eerste lid, van de Wmg volgt dat het primaat voor de inhoud van zorg die via een beschikbaarheidsbijdrage voor bekostiging in aanmerking kan komen bij de minister van VWS ligt. In de AMvB die aan de aanwijzingen ten grondslag ligt, wordt dit nogmaals benadrukt. Daarbij wordt overwogen dat de minister van VWS ook het algemeen (financieel) belang meeweegt.<sup>6</sup> Dit uitgangspunt mag ook bij bezwaarde bekend worden verondersteld, gelet op de brief van de minister van VWS aan bezwaarde van 4 september 2017, die door bezwaarde als productie 19 is overgelegd. Hierin is opgenomen dat *"als u algemeen geldende veldnormen aandraagt op basis waarvan de regeling met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage zou moeten worden aangepast, ik bereid ben dit te doen. Dit aanbod staat nog steeds. Tot nu toe heeft u mij deze gegevens, ondanks dat dit aanbod meerdere keren is gedaan, nog niet aangeleverd. Er zijn op dit moment dus geen algemene normen op basis waarvan ik NWZ, bovenop de [vertrouwelijk ] euro subsidie die het ziekenhuis jaarlijks al ontvangt, nog eens structureel [vertrouwelijk ] zou kunnen toekennen."* Om die reden is het ook aan de minister van VWS om te bepalen welke uitgangspunten en randvoorwaarden bij de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen moeten worden toegepast.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Stcrt. 2012, 26978, p. 4.

<sup>5</sup> Toelichting bij de aanwijzing uit 2015, pagina 4, laatste alinea: "mede op basis van het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de gewenste inhoud en omvang van spoedeisende hulp een kabinetsstandpunt zou worden bepaald over de toekomst van de SEH. Als gevolg van het demissionair worden van het kabinet was er onvoldoende politieke grondslag voor het nemen van dergelijke verstrekkende besluiten en moest het kabinetsstandpunt ter zake aan een volgend kabinet worden overgelaten. Door deze noodgedwongen pas op de plaats is er geen grondslag voor het aanbrengen van wijzigingen voor die zorgaanbieders die de beschikbaarheidsbijdrage reeds in 2012 ontvingen".

<sup>6</sup> Stb. 2012, 396, p. 10.

<sup>7</sup> Stb. 2012, 396, p. 10.

De NZa is met de minister van VWS, anders dan bezwaarde, van mening dat er thans geen algemeen geaccepteerde normen voor een achterwacht SEH zijn. En mochten die er al zijn, dan komt de achterwacht op basis van de huidige omschrijving van SEH-zorg en AV-zorg niet voor bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking, zoals hiervoor reeds uiteengezet.

Zoals bezwaarde ook al aangeeft, heeft het RIVM in 2009 een rapport uitgebracht over indicatoren voor de spoedeisende keten. Dat rapport is opgesteld in opdracht van de IGJ. In het rapport wordt een beschrijving gegeven van een aantal indicatoren voor de spoedeisende keten en van de beschikbaarheid van diagnostische apparatuur en functies voor de achterwacht van een SEH. De IGJ heeft naar aanleiding van de publicatie van dit rapport gepoogd om de indicatoren algemeen geaccepteerd te krijgen. Dit is niet gelukt omdat er discussie bleef bestaan over de indicatoren.

In vervolg op deze discussie heeft de Gezondheidsraad in 2012-2013 een onderzoek gedaan naar de achterwacht van de SEH. Het advies van de Gezondheidsraad is, anders dan bezwaarde veronderstelt, door de minister van VWS echter niet onverkort overgenomen. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat aan het Zorginstituut is aangeboden moet meer helderheid geven over de achterwacht als onderdeel van de spoedzorgketen. In dit kader zijn vereisten voor de achterwacht opgenomen, maar die hebben voornamelijk betrekking op normen voor de opleiding en werkervaring van de medewerkers op een afdeling voor SEH. Het is nog onduidelijk of deze normen daadwerkelijk effect hebben op de beschikbaarheid van het personeel op een afdeling voor SEH en wat de (financiële) impact hiervan is. Partijen die betrokken zijn bij het opstellen van dit kader hebben een voorbehoud gemaakt ten aanzien van vier normen die gaan over de inzet van personeel en middelen. Daarnaast willen zorgverzekeraars pas instemmen met dit kader als duidelijk is wat de financiële gevolgen zijn.

Het Zorginstituut heeft de NZa opdracht gegeven een Budget Impact Analyse (BIA) uit te voeren. Dit moet meer inzicht geven in de financiële gevolgen van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. De BIA is gepubliceerd. Op basis van de BIA overlegt het Zorginstituut met partijen over inschrijving van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen in het Register van het Zorginstituut en over de verdere implementatie. Op dit moment kunnen de normen opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorg, op grond van de artikel 1, aanhef en onder z en artikel 66b, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) nog niet als landelijke kwaliteitsstandaard worden aangemerkt. Dat de overheid haar verantwoordelijkheid niet zou nemen voor het vraagstuk van de achterwachtfunctie, zoals bezwaarde aanvoert, kan de NZa dan ook niet volgen.

Concluderend hebben de AMvB en de aanwijzingen thans niet tot doel om via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV de achterwacht te bekostigen.

De NZa is daarnaast van oordeel dat er thans geen algemeen geaccepteerd kader bestaat waaraan de achterwacht van een ziekenhuis kan worden getoetst, zoals hiervoor reeds uiteengezet. Dat er momenteel een onderzoek naar de achterwacht voor SEH en AV wordt gedaan waaruit mogelijk een kader voor de achterwacht volgt, houdt daarnaast niet per definitie in dat de achterwacht via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV moet worden bekostigd. In de paragraaf over de aanwijzingen zal dit nader uiteengezet worden.

*De toegekende beschikbaarheidsbijdrage is redelijkerwijs kostendekkend*  
Uit jurisprudentie volgt dat het aan de NZa is om aannemelijk te maken dat door haar verleende beschikbaarheidsbijdragen redelijkerwijs kostendekkend zijn.

Nu de achterwachtfunctie niet onder de omschrijving van de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV valt, hoeft de NZa zich ook niet uit te laten over de berekeningen of te schrappen kosten, die ten grondslag liggen aan het door bezwaarde overgelegde locatieprofiel dat ziet op de achterwacht. Dit is aan bezwaarde en haar zorgverzekeraars. De NZa dient enkel aannemelijk te maken dat de aan bezwaarde verleende beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV redelijkerwijs kostendekkend is om een afdeling voor SEH en/of afdeling AV overeenkomstig de omschrijvingen in de AMvB en de aanwijzingen beschikbaar te houden.

De NZa heeft alvorens zij heeft beslist op de aanvraag van de NWZ onderzocht of de aan bezwaarde te verlenen beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV in redelijkheid kostendekkend is. Als uitgangspunt is genomen de formatie zoals deze benodigd is om 24/7 te kunnen voldoen aan de omschrijving van SEH en/of AV zoals die is opgenomen in de AMvB en de aanwijzingen. Hiervoor zijn personele gegevens gebruikt over het jaar 2016, die bezwaarde bij haar aanvraag heeft verstrekt. Daarbij valt op dat de NWZ meer personeel inzet dan de norm die wordt gesteld en die wordt bekostigd vanuit een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV. Het personeel, dat wordt ingezet en uitgaat boven de norm, kan niet worden bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage.

Aan de NWZ is een beschikbaarheidsbijdrage SEH verleend ten bedrage van € [vertrouwelijk ]. Met dit bedrag 6,1 fte SEH-arts KNMG worden bekostigd. Tevens is het mogelijk om met dit bedrag 6,1 fte SEH-verpleegkundige te bekostigen. Daarnaast is aan de NWZ een beschikbaarheidsbijdrage AV verleend ten bedrage van € [vertrouwelijk ]. Met dit bedrag kan 4,5 fte vrijgevestigde gynaecoloog worden bekostigd. Bovendien kan met dit bedrag 0,72 fte obstetrisch professional worden bekostigd.

Uit de gegevens blijkt dat op de afdeling voor SEH van de NWZ [vertrouwelijk ] fte SEH-verpleegkundige werkzaam is. Daarnaast is [vertrouwelijk ] fte SEH-arts KNMG aangevuld met [vertrouwelijk ] SEH-ANIOS werkzaam op de afdeling voor SEH. Deze laatste groep is goedkoper kan een SEH-arts KNMG. Daarnaast verdienen de SEH-artsen KNMG bij bezwaarde minder dan waar de berekening van de verleende beschikbaarheidsbijdrage vanuit gaat. Dit betekent dat de NWZ locatie Den Helder voor de SEH een positief saldo overhoudt aan de verleende beschikbaarheidsbijdrage SEH. Ook wat betreft de beschikbaarheidsbijdrage AV is het saldo voor de NWZ locatie

Den Helder positief. De kosten van de [vertrouwelijk ] fte vrijgevestigde gynaecoloog zijn lager dan waar de berekening van de verleende beschikbaarheidsbijdrage van uitgaat. Omdat het saldo positief is, betekent dit dat de [vertrouwelijk ] fte klinisch verloskundige die in Den Helder wordt ingezet tegen hogere kosten kan worden ingezet dan waar de berekening van de verleende beschikbaarheidsbijdrage vanuit gaat.

De NZa stelt bovendien vast dat het verlenen en vaststellen van een hogere beschikbaarheidsbijdrage aan één specifiek ziekenhuis boven andere ziekenhuizen, in navolging van de door bezwaarde overgelegde brief van de minister van VWS van 4 september 2017, als staatssteun kan worden aangemerkt. Staatssteun aan een individuele partij is alleen onder strenge voorwaarden toegestaan. De subsidie moet zijn gebaseerd op (de kosten die voortvloeien uit het voldoen aan) algemene normen, waar meerdere instellingen in een vergelijkbare situatie een beroep op moeten kunnen doen.

*Onzorgvuldige besluitvorming: kostenonderzoek NZa*

Het kostenonderzoek dat in 2016 heeft plaatsgevonden naar de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV (hierna: kostenonderzoek) heeft tot herijking van het bedrag aan beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV geleid maar niet tot aanpassing in de afbakening van de zorg waarvoor deze beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend. Dit is immers voorbehouden aan de minister van VWS.

Gedurende het kostenonderzoek is een aanvullende uitvraag gedaan die diende ter verificatie van de al door de ziekenhuizen aangeleverde gegevens. Het was als het ware een dubbelcheck uit zorgvuldigheidsoverwegingen. Anders dan bezwaarde suggereert was dit dus niet omdat kosten onduidelijk zouden zijn en/of omdat de invulwijzer onduidelijk zou zijn geweest.

De vraag van bezwaarde of de personele invulling met minimaal één SEH-arts of één arts-SEH en één SEH-verpleegkundige recht doet aan de werkelijkheid is een vraag die aan het ministerie van VWS moet worden gesteld, zoals al meerdere malen tijdens overleggen is aangegeven. Dit geldt ook voor de personele bezetting van een afdeling AV die via een beschikbaarheidsbijdrage voor bekostiging in aanmerking kan komen. Het is daarnaast een andere vraag dan hoe de bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV er uit ziet.

De thans geldende aanwijzingen bieden geen ruimte om een achterwachtfunctie via de beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen. De NZa en de ziektekostenverzekeraars hebben gezamenlijk gezocht naar een manier om de achterwachtfunctie te kwantificeren. Dit wil echter niet zeggen dat als dit tot een resultaat had geleid, de achterwachtfunctie voor de SEH en AV via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd had kunnen worden.

Tijdens het kostenonderzoek heeft de NZa overigens aangegeven dat, om daadwerkelijk conclusies te kunnen trekken over de achterwachtfunctie, jarenlang een minutenregistratie in alle ziekenhuizen zou moeten worden bijgehouden. Het waren vooral de ziekenhuizen die dit een te intensief administratief proces vonden.

De keuze of een achterwacht SEH en/of AV via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd kan worden, is een keuze die de politiek zal moeten maken. Indien de politiek dit wenst, zal vervolgens een aanwijzing aan de NZa moeten worden gegeven om dit in een beleidsregel uit te werken.<sup>8</sup>

Voor zover de NWZ betoogt dat het kostenonderzoek waarop zij zich beroept op onzorgvuldige wijze heeft plaatsgevonden, deelt de NZa deze opvatting gelet op bovenstaande overwegingen niet.

*Onzorgvuldige besluitvorming: beleidsregel*

De NVZ heeft in haar brief van 16 januari 2017 een drietal bezwaren geuit tegen de conceptbeleidsregel voor beschikbaarheidsbijdragen SEH en AV. Bezwaarde onderschrijft deze bezwaren, maar licht deze niet nader toe. Een oordeel van de NZa over één van de bezwaren – betreffende de bekostiging van een achterwacht middels de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV – is reeds gegeven in deze beslissing op bezwaar. De NZa beoordeelt in het navolgende de andere twee bezwaren van de NVZ.

De NVZ stelt dat de beleidsregel voorbijgaat aan de rol die de medisch specialist heeft binnen de SEH. Echter, anders dan de NVZ veronderstelt, voorzien de AMvB en de aanwijzingen niet in bekostiging van zorg geleverd door een medisch specialist, maar in bekostiging van één SEH-verpleegkundige en één arts-SEH of één SEH-arts. Derhalve is deze bekostiging terecht niet meegenomen in de beleidsregels.

Ook meent de NVZ dat in de rekenmethodiek een onrealistische productiviteitsfactor wordt gehanteerd voor SEH-artsen en gynaecologen om het benodigde aantal fte voor 24/7 beschikbaarheid te bepalen.

Het gevolg is dat het aantal benodigde fte te laag uitvalt. Bij het bepalen van de productiefactor is de NZa van een ander uitgangspunt uitgegaan dan de NVZ. De NZa heeft naar aanleiding van opmerkingen van de NVZ uren toegevoegd voor overdracht. Als gevolg hiervan is het aantal benodigde fte toegenomen. De NZa stelt voorop dat uit de AMvB en de aanwijzingen volgt dat de beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om SEH- en AV-zorg beschikbaar te hebben voor patiënten. Tegen deze achtergrond is er geen ruimte om bij de productiviteitsnormen rekening te houden met improductieve uren waarin geen directe zorg aan patiënten wordt geleverd zoals commissiewerk, richtlijnen en procesverbeteringen. Daarom wordt geen rekening gehouden met deze werkzaamheden in de gehanteerde productiviteitsfactor. Zodoende worden deze werkzaamheden niet bekostigd vanuit de beschikbaarheidsbijdrage. Voor het overige heeft de NZa de berekening van de NVZ overgenomen en op onderdelen aangepast. De gedane aanpassingen zien op het verzuimpercentage, de vakantiedagen en de Persoonlijk Levensfase Budgeturen (PLB-uren). Wat betreft de PLB-uren heeft de NVZ aangegeven dat de door de NZa aangebrachte aanpassing terecht is. Wat betreft het verzuimpercentage en de vakantiedagen is, noch door de NVZ, noch door bezwaarde, nader toegelicht waarom deze door de NZa uitgevoerde correcties niet juist zouden zijn.

---

<sup>8</sup> Stb. 2012, 396, p. 16.



Voor het overige merkt de NZa nog op dat een percentage van 70% als productieve tijd voor een gynaecoloog zoals opgenomen in de Het Kaap Doorn Manifest niet onderbouwd is met een berekening. De NVZ is in de gelegenheid gesteld om deze berekening alsnog te verstrekken. De NVZ heeft hier echter geen gevolg aan gegeven. Ook bezwaarde heeft dit niet gemotiveerd.

De NZa is dan ook niet van oordeel dat de totstandkoming van de beleidsregels op onzorgvuldige wijze heeft plaatsgevonden.

#### *Goede zorg*

Als uitgangspunt bij de beoordeling van deze bezwaargrond stelt de NZa voorop dat de beschikbaarheidsbijdragen zijn bedoeld om te voorzien in een voorziening SEH en AV als bedoeld in de aanwijzingen, voor ziekenhuizen die gevoelig zijn voor de 45-minutennorm en waarbij de opbrengsten uit de SEH en AV onvoldoende zijn om redelijkerwijs kostendekkend te zijn. Daarbij benadrukt de NZa dat de kostendekkendheid slechts betrekking heeft op de kosten die voortvloeien uit de omschrijving van SEH en AV uit de AMvB en de aanwijzingen, zoals hiervoor reeds uiteengezet.

De NZa is van oordeel dat, los van het feit dat het Kwaliteitskader Spoedzorgketen nog niet door het Zorginstituut in het register is ingeschreven, het al dan niet kunnen voldoen aan de normen van goede zorg los staat van de vraag of de achterwachtfunctie al dan niet via de beschikbaarheidsbijdrage moet worden bekostigd. Het ligt voor de hand dat bezwaarde in haar ziekenhuis organisatorische maatregelen treft om goede zorg te verlenen in de zin van de Wkkgz nadat de SEH patiënt is verwezen voor medisch-specialistische behandeling dan wel de diagnose is gesteld bij een patiënt op de afdeling AV. De bekostiging van deze organisatorische maatregelen moet plaatsvinden via het door bezwaarde met de voor haar dominante zorgverzekeraar overeengekomen locatieprofiel en niet via de beschikbaarheidsbijdrage. De NZa zal hier in de paragraaf zorgplicht en zorgverzekeraar nader op in gaan.

Concluderend oordeelt de NZa dat bezwaarde niet aannemelijk heeft gemaakt dat de verleende beschikbaarheidsbijdragen SEH en AV onvoldoende zijn om te voldoen aan een voorziening SEH en AV zoals in de aanwijzingen bedoeld. De stelling van bezwaarde dat zij geen goede zorg kan leveren zonder aanvullende beschikbaarheidsbijdragen SEH en AV staat los van de vraag of de achterwacht via de beschikbaarheidsbijdragen of op andere wijze moet worden bekostigd. Deze aangedragen grond leidt de NZa dan ook niet tot een ander oordeel.

*Gevoeligheid voor de 45-minutennorm*

In de AMvB en in de aanwijzingen<sup>9</sup> is opgenomen dat voor de verlening van een beschikbaarheidsbijdrage van belang is dat een afdeling voor SEH en/of AV gevoelig is voor de 45-minutennorm. De 45-minutennorm en de beschikbaarheidsbijdrage zien op de spreiding en beschikbaarheid van afdelingen SEH en AV over Nederland. Om te toetsen of een afdeling SEH of AV gevoelig is, hanteert het RIVM een theoretisch model. Hiervoor maakt het RIVM gebruik van een rijtijdenmodel, dat is gebaseerd op waarnemingen van ambulancesnelheden, gemeten in een meetperiode van een heel jaar waarbij alle ambulances in Nederland zijn meegenomen. Het RIVM brengt in opdracht van de minister van VWS rapporten uit over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van afdelingen SEH en AV en geeft in deze rapporten aan welke afdelingen SEH en AV gevoelig zijn voor de 45-minutennorm.

Een afdeling voor SEH of AV is gevoelig voor de 45-minutennorm als het aantal inwoners dat niet binnen 45 minuten op een afdeling SEH of AV kan zijn, zou toenemen door de sluiting van deze specifieke afdeling SEH of AV. Het feitelijk gebruik van een afdeling SEH of AV doet bij deze beoordeling niet ter zake. Zo lang de beschikbaarheid van tenminste de 'gevoelige' afdeling SEH en AV is gegarandeerd (al dan niet met een beschikbaarheidsbijdrage), kan een ambulancedienst theoretisch altijd terecht bij een afdeling SEH of AV.

De afdeling SEH en AV van bezwaarde in Den Helder zijn door het RIVM als gevoelig aangemerkt. Anders dan bezwaarde suggereert, gaat het RIVM niet over de berekening van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage. Het RIVM oordeelt in haar analyses alleen over de vraag of een afdeling SEH en/of AV gevoelig is. Voor de verlening van een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV maakt het RIVM daarbij geen onderscheid naar de, door bezwaarde veronderstelde, mate van gevoeligheid.

*Bijzondere geografische locatie Den Helder*

Naar aanleiding van de aangevoerde bijzondere omstandigheden op grond waarvan bezwaarde meent dat de NZa moet afwijken van de beleidsregels en een hoger bedrag aan beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV voor de jaren 2017 en 2018 moet verlenen dan op grond van de beleidsregels is toegestaan, oordeelt de NZa als volgt.

Volgens bezwaarde zijn de geografische en demografische kenmerken van de NWZ zodanig dat zij zijn aan te merken als bijzondere omstandigheden die tot afwijking van de beleidsregels nopen en leiden tot een hogere beschikbaarheidsbijdrage. Zoals hiervoor reeds uiteengezet moet vooropgesteld worden dat de toegekende beschikbaarheidsbijdragen SEH en AV in redelijkheid kostendekkend zijn.

---

<sup>9</sup> In de Regeling van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juni 2015, kenmerk 776212-137548-MC, houdende aanpassing toetsing beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV. In de toelichting (voetnoot 6) wordt aangegeven dat de NZa bij de invulling van de 45-minutennorm de relevante 'Analyse gevoelige ziekenhuizen' van het RIVM hanteert. Stcrt. 2015, nr. 16992

De NZa stelt voorop dat juist de geografische kenmerken van NWZ locatie Den Helder er toe leiden dat zij als gevoelig wordt aangemerkt en derhalve een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV toegekend heeft gekregen. Bovendien maakt bezwaarde niet inzichtelijk op welke wijze haar geografische kenmerken leiden tot hogere kosten. Dit geldt evenzeer voor de aangedragen omstandigheid dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis volgens bezwaarde op 50 kilometer afstand ligt over een tweebaansweg.

Ook de door bezwaarde gestelde bijzondere demografische kenmerken kunnen niet leiden tot een hogere beschikbaarheidsbijdrage. Er bestaat immers geen enkel oorzakelijk verband tussen de kosten die vanuit een beschikbaarheidsbijdrage worden gedekt en veranderingen in de demografie wat betreft de SEH en AV.

Dat daarnaast, zoals bezwaarde naar voren brengt, geen beroep kan worden gedaan op zorg uit naast gelegen landen wordt niet nader toegelicht in relatie tot eventuele hogere kosten die dit met zich zou brengen. Ook van de door bezwaarde aangedragen grond dat de afdeling SEH Den Helder van belang is voor de opvang van de grote toestroom van toeristen naar Texel meerdere keren per jaar, ziet de NZa niet in, zonder nadere onderbouwing, hoe deze omstandigheid tot een hoger bedrag aan beschikbaarheidsbijdrage zou moeten leiden.

Daarnaast staan de aangedragen omstandigheden los van de vraag of met het vervallen van de afdelingen SEH en AV een dreigende verslechtering in de *bereikbaarheid* van afdelingen SEH en AV in Nederland optreedt. Als de lokale kenmerken van een ziekenhuis aanvullend maatwerk vereisen, is er voldoende ruimte voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om hier afspraken over te maken. Zorgverzekeraars hebben de plicht om de lokale kenmerken van ziekenhuizen in het oog te houden bij de inkoop van de benodigde zorg voor hun verzekerden. Voor de locatie Den Helder van de NWZ behoort dit op grond van de Zvw tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft onverkort van toepassing, óók als een beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend.

#### *Aanwijzingen, AMvB en gewekt vertrouwen*

In de huidige AMvB en de aanwijzingen worden geen achterwacht of invulling hiervan benoemd en daarmee is niet voorzien in de mogelijkheid om achterwacht van diverse poortspecialismen voor de SEH en AV te bekostigen via de beschikbaarheidsbijdrage. Dit betekent dat de NZa geen ruimte ziet voor bekostiging van een kinderarts, anesthesioloog, anesthesiemedewerker, OK-ruimte en IC via een beschikbaarheidsbijdrage, te meer omdat deze personen en faciliteiten bekostigd worden via dbc's, nadat verwijzing heeft plaatsgevonden.

In de door bezwaarde overgelegde brief van de minister van VWS van 4 september 2017 wordt hier verder ook niet over uitgeweid en geeft de minister van VWS het volgende aan:

*"U heeft mij in 2016 laten weten van oordeel te zijn dat de regeling met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage niet voldoet, omdat deze geen compensatie bevat voor de volgens u noodzakelijke personele bezetting.*

*Ik heb het ziekenhuis vervolgens uitgenodigd om mij aan te geven op grond van welke algemeen geldende normen voor de SEH en/of acute verloskunde (veldnormen) men in aanmerking denkt te komen voor een hogere beschikbaarheidsbijdrage. Het verstrekken van subsidie door de overheid aan een specifieke instelling is immers staatssteun, en dit is alleen onder strenge voorwaarden toegestaan. De subsidie moet zijn gebaseerd op (de kosten die voortvloeien uit het voldoen aan) algemene normen, waar meerdere instellingen in een vergelijkbare situatie een beroep op moeten kunnen doen. Ik heb NWZ in dat kader vorig jaar ook gewezen op het Kwaliteitskader Spoedzorgketen dat in ontwikkeling is, en waarin door het veld normen worden opgenomen waar de acute zorg aan moet voldoen. Daarbij heb ik u laten weten dat als u algemeen geldende veldnormen aandraagt op basis waarvan de regeling met betrekking tot de beschikbaarheidsbijdrage zou moeten worden aangepast, ik bereid ben om dat te doen. Dit aanbod staat nog steeds. Tot nu toe heeft u mij deze gegevens, ondanks dat dit aanbod meerdere keren is gedaan, nog niet aangeleverd. Er zijn op dit moment dus geen algemene normen op basis waarvan ik NWZ, bovenop de [vertrouwelijk] euro subsidie die het ziekenhuis jaarlijks al ontvangt, nog eens structureel [vertrouwelijk] euro zou kunnen toekennen.”*

Naar het oordeel van de NZa blijkt noch uit de AMvB en/of de aanwijzingen en/of de brief van enig gewekt vertrouwen dat een achterwachtfunctie via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV kan worden bekostigd. Derhalve kan een verwijzing naar de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven bezwaarde niet baten.<sup>10</sup>

Tot slot merkt de NZa volledigheidshalve nogmaals op dat als de minister van VWS in de toekomst besluit de achterwachtfunctie in de beschikbaarheidsbijdrage op te nemen, de aanwijzing daarop aangepast zal moeten worden. De NZa bekostigt immers binnen de kaders die door de minister van VWS worden vastgesteld.

#### *Zorgplicht en zorgverzekeraars*

In de Zvw is vastgelegd dat op zorgverzekeraars een zorgplicht rust. Deze zorgplicht houdt in dat het de verantwoordelijkheid is van bezwaarde en de dominante zorgverzekeraars – in casu VGZ en Zilveren Kruis – om gezamenlijk te bepalen welke zorg op een bepaalde locatie wordt verleend (het locatieprofiel), en welke vergoeding van de zorgverzekeraar daar tegenover staat. Dit geldt ook wanneer een beschikbaarheidsbijdrage SEH en/of AV wordt verleend.<sup>11</sup> De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat voor zijn verzekerden voldoende en kwalitatief goede zorg beschikbaar is, binnen de tijdigheidsnormen en binnen een redelijke afstand (zorgplicht).<sup>12</sup> In het bijzonder moet hij er in dat kader voor zorgen dat een afdeling SEH en AV die gevoelig zijn voor de 45-minuten norm – zoals de afdeling SEH en AV in Den Helder – deze zorg leveren.

<sup>10</sup> College van Beroep voor het bedrijfsleven 11 november 2015, AB 2016/402.

<sup>11</sup> Stb. 2012, 396, p. 10.

<sup>12</sup> Stcrt. 2012, 26978, p. 6, Stcrt. 2015, 16992, p.3 en Stcrt. 2017, 24121, p. 2.

Ziekenhuis en zorgverzekeraar moeten in dit kader ook afspraken maken over huisvesting (wanneer moet onderhoud plaatsvinden, gerenoveerd worden of nieuwbouw plaatsvinden), een eventuele uitbreiding van de personele bezetting of innovatie et cetera. Als de zorgverzekeraar instemt met een locatieprofiel, dan dient de zorgverzekeraar ook voor de bekostiging daarvan te zorgen. Dat geldt in heel Nederland en dus ook in Den Helder.

De zorg in Nederland wordt bekostigd op basis van dbc's. Dbc's bevatten een totaalvergoeding voor het leveren van bepaalde ziekenhuiszorg, en bevatten dus ook een vergoeding voor huisvesting en andere kosten. Er is voldoende ruimte voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om maatwerkafspraken te maken met het oog op de lokale kenmerken van een ziekenhuis. Ook op andere plekken in Nederland zijn er ziekenhuizen die in een regio liggen waar de bevolking in aantal krimpt, en die in dat opzicht met vergelijkbare problematiek te maken hebben als bezwaarde. VGZ en de andere zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de (ziekenhuis)zorg voor hun verzekerden in de regio Den Helder.

Overigens bestaat daarnaast de mogelijkheid voor ziekenhuizen om over bijvoorbeeld nieuwbouw afspraken te maken met externe investeerders en/of financiers. De minister van VWS adviseert in haar brief van 4 september 2017 dat de NWZ samen met de VGZ gelet op de financiële problematiek die de NWZ in haar brief heeft gepresenteerd, opnieuw naar het opgeleverde locatieprofiel kijkt en beziet of de wensen voor de locatie Den Helder en de beschikbare financiering met elkaar in evenwicht gebracht kunnen worden. Wellicht zijn er andere oplossingen (ook binnen de NWZ) mogelijk. Het is in ieder geval niet aan de orde dat de overheid moet bijbetalen voor een locatieprofiel waar de zorgverzekeraar wel mee instemt maar dat de zorgverzekeraar vervolgens niet bereid is te financieren. Daarbij geldt dat zorgaanbieders de laatste jaren meer vrijheid hebben gekregen om keuzes te maken. Hierbij hoort wel de verantwoordelijkheid voor de gevolgen van deze keuzes.<sup>13</sup>

*Aanvullende financiering, solvabiliteit en kosten- en kapitaallastenoverzicht*

Bezwaarde stelt dat de beschikbaarheidsbijdrage onvoldoende is om de in haar ogen noodzakelijke investeringen te doen om een afdeling SEH en AV draaiende te houden. Aan bezwaarde is een beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV verleend. Dit betekent dat bezwaarde via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV een extra normatieve opslag voor kapitaallasten heeft gekregen. Daarnaast bevatten dbc's, die bezwaarde in beginsel kan declareren voor elke patiënt die onder behandeling is nadat een acute medische patiënt is doorverwezen voor behandeling naar een specialist of de behandeling na een diagnose van de gynaecoloog of obstetrisch professional, compensatie voor investeringen.

---

<sup>13</sup> Stb. 2012, 396 p. 25.

Binnen deze kaders dient bezwaarde te voorzien in haar investeringsbehoefte wat betreft de bekostiging of intensivering van nieuwbouw, kapitaallasten ter zake van investeringen, afschrijvingen ICT, het EPD, operationele kosten van een ziekenhuisinformatiesysteem, achterstallig onderhoud en de kosten van alle andere voorzieningen die ten goede komen aan de SEH en AV. Wat bezwaarde minimaal nodig meent te hebben om een afdeling SEH en AV draaiende te houden doet niet ter zake voor de bekostiging via de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV op basis van de omschrijvingen in de AMvB en de aanwijzingen. Bezwaarde zal hierover, zoals eerder uiteengezet, afspraken moeten maken met de voor haar dominante zorgverzekeraar of haar financieringsbehoefte uit andere bronnen moeten betrekken. In dit verband acht de NZa het nog van belang dat de NWZ op financieel en juridisch vlak een geconsolideerde organisatie is. Dit betekent dat de twee locaties van de NWZ in Alkmaar en Den Helder, anders dan bezwaarde suggereert, niet als aparte entiteiten moeten worden gezien.

De beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV is niet bedoeld om te voorzien in bekostiging van achterstallig onderhoud. In dit verband herhaalt de NZa dat het uitgangspunt is dat aan de hand van normatieve bedragen geld beschikbaar wordt gesteld om onderhoud te verrichten en/of investeringen te doen. Daarbij geldt dat bezwaarde een grote mate van keuzevrijheid heeft. Dit betekent dat wanneer bezwaarde gronden aankoopt voor nieuwbouw en later afziet van nieuwbouw waardoor er sprake is van waardeverlies<sup>14</sup>, dit een omstandigheid is die bezwaarde zelf moet oplossen nu zij de verantwoordelijkheid draagt van deze keuzes. In dit verband is de NZa van oordeel dat bezwaarde er in afwachting van een nieuwe locatie, zelf voor heeft gekozen om achterstallig onderhoud tijdelijk niet op te pakken. In het jaarverslag van de NWZ is hierover het volgende opgenomen: *"In voorgaande jaren is minimaal geïnvesteerd in de gebouwen en installaties op locatie Den Helder in de verwachting een nieuwe locatie in gebruik te nemen. Nu is afgezien van de realisatie van deze nieuwe Helderse locatie moeten op korte termijn de opgelopen achterstanden in het onderhoud en de vervanging van gebouwen en installaties worden ingelopen."*<sup>15</sup>

Verder concludeert de NZa dat er geen voorschriften zijn voor de wijze waarop de personele bezetting georganiseerd moet worden. Elk ziekenhuis kan de personele bezetting naar eigen inzicht inrichten. Het kostenoverzicht op pagina 4 en het kapitaallastenoverzicht op pagina 5 van het bezwaarschrift doen voor de beoordeling van dit bezwaar dan ook niet ter zake, omdat dit de wijze is waarop bezwaarde invulling geeft aan haar personele bezetting. Voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV is niet van belang hoe een ziekenhuis invulling geeft aan haar personele bezetting, nu de beschikbaarheidsbijdrage SEH en AV niet voorziet in bekostiging van de gehele personele bezetting.

Zoals eerder is aangegeven, is de NWZ een geconsolideerde organisatie. Uit de jaarrekeningen van de NWZ over de jaren 2016 en 2017 volgt dat de belangrijkste financiële kengetallen (ruim) boven de norm uitkomen. Daarmee is de financiële positie van de NWZ goed te noemen.

---

<sup>14</sup> Jaarverslag 2016 Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep, p. 28.

<sup>15</sup> Jaarverslag 2016 Stichting Noordwest Ziekenhuisgroep, p. 27.

<b>Financiële kengetallen NWZ</b>			
	2016	2017	Norm
Bedrijfsresultaat in miljoenen Euro's	14,3	14,9	
Solvabiliteit	[vertrouwelijk]%	[vertrouwelijk]%	[vertrouwelijk]%
Liquiditeit (current ratio)	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk]
Rentabiliteit	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk] <sup>16</sup>
Debt Service Capacity Ratio	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk]	[vertrouwelijk]

Alles overwegende concludeert de NZa dat de door bezwaarde naar voren gebrachte gronden geen bijzondere omstandigheden vormen die leiden tot de conclusie dat de bestreden besluiten 2017 en 2018 moeten worden herzien en de verleende beschikbaarheidsbijdragen aangepast moeten worden.

Ten overvloede overweegt de NZa ten aanzien van de financiële positie van bezwaarde en het effect van de afwijzing van het verzoek dat zij uit de financiële gegevens van de NWZ als geheel niet af heeft kunnen leiden dat haar financiële positie dusdanig is dat het afwijzen van het verzoek onevenredig nadelige gevolgen met zich brengt.

Voor zover de primaire beslissing niet voldoende is gemotiveerd wordt dit gebrek in deze beslissing op bezwaar hersteld met bovenstaande overwegingen.

## **CONCLUSIE**

Gelet op het voorgaande heeft de NZa dan ook besloten om de bezwaren ongegrond te verklaren.

Bezwaarde heeft ten slotte verzocht om een vergoeding van de kosten van rechtsbijstand. De NZa is van oordeel dat dit niet gehonoreerd kan worden. Om in aanmerking te komen voor een proceskostenvergoeding dient het primaire besluit te worden herroepen wegens een aan de NZa te wijten onrechtmatigheid. Daarvan is hier geen sprake.

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur

<sup>16</sup> Het gaat bij de rentabiliteit niet om een algemene norm, maar om het gemiddelde in de sector.

*Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.*