

20250522 Nota van Inlichtingen - Open House Collectieve Zorgvoorziening

Beantwoording eerste vragenronde

	Rubriek	Onderdeel	Vraag	Antwoord
1	Toelatingsdocument	Algemeen	Uit rechtspraak volgt dat op grond van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur en de precontractuele redelijkheid en billijkheid, de aanbestedingsrechtelijke beginselen ook van toepassing zijn bij open house procedures, ook wanneer een duidelijk grensoverschrijdend belang ontbreekt. Gelet hierop gaat inschrijver ervan uit dat de aanbestedingsrechtelijke beginselen ook in deze open house procedure gelden. Kunt u dit bevestigen?	Het is juist dat bij de open-house procedure de fundamentele beginselen van het aanbestedingsrecht gelden, met name de beginselen van non-discriminatie en gelijke behandeling van ondernemers, en de daaruit voortvloeiende transparantieplichting. Ook zijn de algemene beginselen van behoorlijk bestuur van toepassing.
2	Toelatingsdocument	Algemeen	In het toelatingsdocument ontbreekt wat te gelden heeft wanneer een zorgverzekeraar niet wordt toegelaten tot de open house en zich niet in dat besluit kan vinden. Inschrijver gaat ervan uit dat de zorgverzekeraar in dat geval een kort geding kan starten en haar afdoende rechtsbescherming wordt geboden om het besluit aan de rechter voor te leggen teneinde alsnog toegelaten te worden op moment dat de rechter de zorgverzekeraar in het gelijk stelt. Kunt u dit bevestigen?	Ja, wij bevestigen dat een zorgverzekeraar die niet wordt toegelaten tot de open house-procedure en het daar niet mee eens is, rechtsbescherming kan invoeren. Wij verwijzen naar paragraaf 6.4 van het Toelatingsdocument.
3	Toelatingsdocument	Par. 1.1, pag 3	Kunt u in de volgende zin bedrijfszorg toevoegen? "Opdrachtgevers hebben, gelet op de marktsituatie, besloten om de inkoop van collectieve zorgverzekeringen niet opnieuw via een aanbestedingsprocedure te organiseren."	De zin blijft ongewijzigd. Deze beschrijft de aanleiding voor de keuze voor het open house systeem, die is ingegeven door de marktsituatie ten aanzien van collectieve zorgverzekeringen.
4	Toelatingsdocument	1.2, pag 4	VNG zal onder de Overeenkomst verplicht zijn via een vergelijkingsportal (op een website) het aanbod van collectieve zorgverzekeringen voor alle vijf verenigingen inzichtelijk te maken. Kunnen wij er vanuit gaan dat hier bedoeld wordt op collectiefzorgaanbod.nl?	Ja, u kunt ervan uitgaan dat met de vergelijkingsportal wordt bedoeld op www.collectiefzorgaanbod.nl . Via dit platform wordt het aanbod van collectieve zorgverzekeringen voor de vijf betrokken verenigingen inzichtelijk gemaakt.

5	Toelatingsdocument	1.2 (Inkoop via Open House)	Klopt onze veronderstelling dat alle verzekeraars die voldoen aan de eisen van het bestek worden toegelaten als verzekeraar op dit contract? Kunnen dit dan meer verzekeraars zijn dan de huidige 3 verzekeraars?	Dat klopt. Iedere aanbieder die aan de gestelde eisen voldoet, wordt tot het Open House systeem toegelaten.
6	Toelatingsdocument	1.2 (Inkoop via Open House)	Klopt onze veronderstelling dat een zorgverzekeraar gedurende de looptijd van deze overeenkomst alsnog toegelaten kan worden op dit contract?	Gedurende de looptijd van het open house systeem, kunnen deelnemers worden toegelaten tot het open house systeem, mits zij aan de gestelde eisen voldoen. Met hen zal alsdan een overeenkomst worden afgesloten, op basis waarvan zij in het eerstvolgende jaar de diensten kunnen aanbieden.
7	Toelatingsdocument	1.2 (Inkoop via Open House)	Klopt onze veronderstelling dat een zorgverzekeraar gedurende de looptijd van deze overeenkomst ook kan uitstappen en dus geen aanbieder meer is van deze collectieve overeenkomst?	Ja, gedurende de looptijd van de overeenkomst kan een zorgverzekeraar de overeenkomst schriftelijk opzeggen, met inachtneming van het bepaalde in artikel 14.4 van de Overeenkomst.
8	Toelatingsdocument	2.1 a	Doen naast de G4 gemeenten alle gemeenten mee aan deze aanbesteding?	In paragraaf 2.1. onder a. is toegelicht namens welke gemeenten de VNG in deze optreedt.
9	Toelatingsdocument	2.1 a t/m e	Kunt u ons de volgende gegevens aangeven per deelneming:	In paragraaf 2.3 van het Toelatingsdocument ("Omvang van de opdracht") zijn per Opdrachtgever de aantallen verzekerden weergegeven. Wij kunnen en zullen dit niet verder specificeren naar de door u genoemde subcategorieën.
10	Toelatingsdocument	2.1 a t/m e	· Aantal verzekeringnemers	Idem.
11	Toelatingsdocument	2.1 a t/m e	· Aantal gezinsleden	Idem.
12	Toelatingsdocument	2.1 a t/m e	· Aantal verzekerden met aanvullende (tand)verzekering	Idem.
13	Toelatingsdocument	2.1 a t/m e	· Aantal mensen met budget, natura, restitutie, combinatie basisverzekering	Idem.

14	Toelatingsdocument 2.1 (Over Opdrachtgevers)	De verzekeraar wil graag weten op welke wijze en frequentie de aanbestedende partijen in overleg willen met elkaar? Is dit maandelijks of per kwartaal? Is dit overleg met alle aanbestedende diensten en verzekeraar(s)?	Er is ieder kwartaal een overleg met verzekeraars, los van elkaar, en met zoveel mogelijk een vertegenwoordiging van alle koepels aanwezig.
15	Toelatingsdocument 2.2, pag 6	Kunt u ermee instemmen om in de volgende omschrijving het onderstreepte deel weg te laten? "De onder punt 4. genoemde bedrijfszorg betreft het aanbod van een elektronische (web)portal aan, waarop Werkgevers kunnen zoeken naar aanbod van bedrijfszorg en direct, <u>dan wel na een aanbesteding bedrijfszorg</u> ten behoeve hun Werknemers kunnen inkopen." Zo niet, kunt u aangeven waarom hier een aanbestedingsprocedure wordt benoemd?	Nee, wij stemmen er niet mee in om het onderstreepte deel weg te laten. De inkoop van bedrijfszorg is een verantwoordelijkheid van de werkgevers. Voor zover deze inkoop aanbestedingsplichtig is, zullen zij daarvoor een aanbestedingsprocedure moeten volgen.
16	Toelatingsdocument 2.2 en 5.3	In het toelatingsdocument staat op meerdere plekken dat gedurende de looptijd van de Open House er kort gezegd mogelijk nadere eisen gesteld worden c.q. geüpdatet worden en afspraken gemaakt worden met de toegelaten zorgverzekeraars in het kader van deze Open House. Inschrijver constateert dat dit voorbehoud zeer ruim geformuleerd is en de VNG/opdrachtgever de onbegrensde mogelijkheid biedt om achteraf allerlei nadere eisen te stellen en aan de zorgverzekeraars op te leggen, hetgeen in strijd is met het transparantie- en proportionaliteitsbeginsel. Inschrijver verzoekt de VNG/opdrachtgever dan ook om deze bepaling aan te passen door hier ofwel een herzieningsclausule van te maken in de zin van, naar analogie, artikel 2.163c Aw 2012, ofwel op te nemen dat voor het stellen van nadere eisen/voorwaarden, instemming nodig is van de inschrijver. Kunt u deze bepaling aanpassen? Zo nee, waarom niet?	Met de gestelde eisen, hebben wij ervoor gekozen om voor langere tijd uit te gaan van bepaalde vertrekpunten voor wat betreft de gevraagde dienstverlening. Inherent aan de systematiek van Open House is dat eisen en voorwaarden gedurende de looptijd kunnen worden aangepast. Wij merken daarbij op dat aanpassing van deze eisen voor alle betrokken partijen laagdrempeliger is dan een nieuwe procedure op te starten. Zoals toegelicht, in paragraaf 5.3 van het Toelatingsdocument, zullen Opdrachtgevers deelnemende zorgverzekeraars tijdig informeren. Gelet hierop achten wij het niet nodig om de betreffende bepaling aan te passen.

17	Toelatingsdocument 2.4, bullit 5, p. 7	Welk bedrag aan commissie dient de Toegelaten Zorgverzekeraar voor elke verzekeringnemer te betalen aan VNG Risicobeheer?	De hoogte van de provisie is opgenomen in artikel 11.1 van de Overeenkomst.
18	Toelatingsdocument 2.4, pag 7	Kunt u bevestigen dat de rapportages enkel hoeven te worden opgeleverd indien dit rechtmatig en in overeenstemming met de AVG kan plaatsvinden en dat de verantwoordelijkheid voor de beoordeling daarvan bij de Toegelaten Zorgverzekeraar ligt? En dat als de Toegelaten Zorgverzekeraar op basis van wet- en regelgeving geen mogelijkheden ziet om te leveren, dat dan geen sprake is van wanprestatie?	Ja, wij bevestigen dat rapportages enkel hoeven te worden opgeleverd indien dit rechtmatig en in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) kan plaatsvinden.
19	Toelatingsdocument 2.4, pag 7	"Verplichting voor Toegelaten Zorgverzekeraar om ten minste drie basisverzekeringen aan te bieden." Kunnen we er vanuit gaan dat u twee en niet drie basisverzekeringen bedoelt, zoals opgenomen in het Programma van eisen?	Dat klopt. Dat staat daar per abuis verkeerd. Conform eis 3.1 van het Programma van Eisen moet Inschrijver ten minste twee basis basisverzekeringen aanbieden.
20	Toelatingsdocument 2.4, pag 7	Verplichting voor Toegelaten Zorgverzekeraar om VNG Risicobeheer een commissie te betalen voor elke verzekeringspolis die wordt gesloten met een verzekeringnemer van de gedefinieerde groep. U geeft hier 'commissie' aan, terwijl in andere stukken provisie of kostenvergoeding wordt aangegeven. Wat bedoelt u precies?	Bedoeld is de provisie, als bedoeld in artikel 11.1 van de Overeenkomst.

21	Toelatingsdocument 2.4, bullit 3. p. 7	Dient de toegelaten zorgverzekeraar voor alle gemeenten een apart contractnummer en eigen portaal open te stellen voor het aanbod van bedrijfszorg? Als een deelnemende partij een interventie wil afnemen, bij welke zorgverzekeraar neemt deze partij dit dan af in het kader van bedrijfszorg? Kunt u nader toelichten hoe de bedrijfszorg is ingeregeld bij de huidige verzekeraars? Als er meerdere verzekeraars zijn, hoe wordt dan bepaald welke portal van welke verzekeraar wordt ingezet?	Er dient per Werkgever een apart contractnummer te worden aangeboden. Zoals omschreven in eis 5.1 van het Programma van Eisen, kunnen Werkgevers op de portal zoeken naar het door de zorgverzekeraar beschikbaar gestelde aanbod van bedrijfszorg. De inkoop van de bedrijfszorg t.b.v. werknemers is een verantwoordelijkheid van de Werkgever zelf. De Werkgever bepaalt of zij via de portal van een van de zorgverzekeraars zorg afnemen en zo ja, of zij dat bij één of meerdere partijen doet.
22	Toelatingsdocument 3.2	Betreft 'Ervaring': Gaat u er mee akkoord dat de drie Zorgverzekeraars die momenteel een overeenkomst hebben met de contractanten door de uitvoering van dit contract al de benodigde ervaring hebben en hiermee voor deze partijen deze eis komt te vervallen?	De ervaringseis zoals opgenomen in paragraaf 3.2 van het Toelatingsdocument geldt voor alle inschrijvers. Wij laten deze niet vallen voor de bestaande aanbieders van collectieve zorgverzekeringen.
23	Toelatingsdocument 4.4, pag 12	Voor sommige stukken is het opleveren van bewijs binnen 5 werkdagen niet haalbaar. Niet tijdig en volledig overleggen van bewijsstukken kan tot uitsluiting leiden. Kunt u ermee instemmen om de termijn van 5 werkdagen te verlengen óf toe te staan dat de termijn in overleg zal worden verlengd?	Wij merken op dat Inschrijvers de bedoelde bewijsstukken in principe reeds gereed behoren te hebben en dat de gestelde vijf-dagentermijn geen bezwaar zou moeten zijn. Coulancehalve zijn wij bereid de termijn te verlengen tot zeven werkdagen. Alleen in uitzonderlijke situaties kunnen wij overwegen deze termijn te verlengen, zonder dat daaraan rechten kunnen worden ontleend.

24	Toelatingsdocument 4.9	Toelatingsdocument, paragraaf 4.9 1) In paragraaf 4.9 staat, kort gezegd, dat indien na toelating blijkt dat verklaringen onjuistheden bevatten of toezeggingen bevatten die niet waargemaakt kunnen worden, opdrachtgever de overeenkomst kan ontbinden zonder gehouden te zijn schadevergoeding te betalen en aansprakelijk is voor alle directe en indirecte schade die de opdrachtgever leidt. Inschrijver gaat ervan uit dat de VNG/opdrachtgever op grond van het bepaalde in paragraaf 4.9 alleen tot ontbinding overgaat indien de betreffende onjuistheden of toezeggingen van dien aard zijn dat het de ontbinding van de overeenkomst rechtvaardigt. Kan de opdrachtgever dit bevestigen? 2) Daarnaast zijn de begrippen 'directe schade' en 'indirecte schade', geen juridische begrippen die nader gedefinieerd worden in het schade- en aansprakelijkheidsrecht. Kunt u aangeven wat hieronder moet worden verstaan?	1. Ja, dat kunnen wij bevestigen. 2. Bedoeld is alle schade die Opdrachtgevers lijden, als gevolg van de valse verklaring (conform het causaliteitsvereiste van artikel 6:98 BW).
25	Toelatingsdocument 5.2	Toelatingsdocument, paragraaf 5.2 In paragraaf 5.2 staat onder andere dat toegelaten zorgverzekeraars de wijzigingen uiterlijk 1 juli van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de wijzigingen gelden dienen te verstrekken. Dit kan voor ons in uitzonderlijke gevallen niet haalbaar zijn. Gaat u ermee akkoord dat in deze gevallen in overleg getreden kan worden?	Voor alle niet-wettelijke wijzigingen houden wij 1 juli aan, voor alle wettelijke wijzigingen kan 23 oktober als uiterlijke datum worden aangehouden.

	Rubriek	Artikel	Vraag	Antwoord
26	Overeenkomst	Considerans, onderreel A	De initiële looptijd van de overeenkomst is 6 jaar. Daarna kan de overeenkomst tweemaal met twee jaar verlengd worden. Gaat u er mee akkoord om deze verlengingsopties wederkerig te maken én deze na gezamenlijk overleg van toepassing te laten zijn? Zo nee, waarom niet	Wij hebben gekozen voor een termijn van zes jaar, met verlengingsmogelijkheid om als Opdrachtgevers te laten zien wat onze bedoeling voor de komende jaren is. Gelet op het belang van de verzekeringsnemers is ervoor gekozen om de beslissing tot verlenging bij de Opdrachtgevers te laten, zodat zekerheid bestaat over het aanbod van collectieve zorgverzekeringen onder dit systeem. Daarbij wijzen wij erop dat in artikel 4.2 van de Overeenkomst is voorzien in de verplichting voor Contractanten om Zorgverzekeraars voordien van het voornemen tot verlenging te informeren. Bovendien hebben Zorgverzekeraars op grond van artikel 14.4 de mogelijkheid om de overeenkomst met inachtneming van de daar opgenomen opzegtermijn op te zeggen. Naar ons oordeel zijn de afspraken daarmee evenwichtig.
27	Overeenkomst	1 (definitie Zorgweb)	Definitie Zorgweb: Graag 'Zorgverzekering' aanpassen naar 'Zorgverzekeraar'.	Dit is correct. Wij zullen in de definitie van Zorgweb 'zorgverzekering' vervangen door 'zorgverzekeraar'.
28	Overeenkomst	1. (Overeenkomst)	In de definitie van Zorgweb staat Zorgverzekering. Moet dit niet zijn: Zorgverzekeraar?	Zie het antwoord op vraag 27
29	Overeenkomst	1 (Definities: VNG Risicobeheer)	Bij deze definitie is opgenomen dat de Contractanten een volmacht hebben afgegeven tot het sluiten en uitvoeren van deze Overeenkomst aan VNG Risicobeheer B.V. Waarom is deze partij dan niet opgenomen als contractspartij	Aan VNG Risicobeheer is een volmacht afgegeven om namens Contractanten de overeenkomst te sluiten en uit te voeren. Daarmee is zij zelf geen partij bij de overeenkomst.
30	Overeenkomst	2.2 (Contractanten)	Hier is enkel opgenomen dat VNG Risicobeheer aanspraakpunt is voor de uitvoering van de Overeenkomst. Hoe verhoudt dit zich tot de definitie en de volmacht die is afgegeven tot het sluiten en uitvoeren van deze Overeenkomst? En de afspraken die in de Overeenkomst zijn opgenomen over vergoedingen in artikel 11.	VNG Risicobeheer is in de overeenkomst benoemd als aanspreekpunt voor de uitvoering, namens de betrokken verenigingen. Daarnaast hebben Contractanten aan VNG Risicobeheer de volmacht gegeven tot het sluiten, uitvoeren en administratief afhandelen van alle verplichtingen en bepalingen die in de Overeenkomst zijn opgenomen. Daarvoor is de provisie als bedoeld in artikel 11.1 van de Overeenkomst bedoeld.

31	Overeenkomst	3.1 onder a	Kan in artikel 3.1 onder a de passage ten behoeve van worden vervangen door het woord met. Zie onderstaand. Anders wekt de tekst de indruk dat de verzekeringsovereenkomsten worden gesloten met de Contractanten t.b.v. de potentiële verzekerden en dat is niet correct. 1. het sluiten van verzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 5.1 voor basisverzekeringen en aanvullende (tandarts)verzekeringen met de potentiële Verzekerden, een en ander overeenkomstig het bepaalde in de Overeenkomst;	In artikel 3.1 (a) van de overeenkomst zullen wij 'ten behoeve van' vervangen door 'met'.
32	Overeenkomst	3.1 b	Gaat u er mee akkoord om de tekst aan te passen naar 'het aanbieden van een elektronisch portaal waarin Werkgevers kunnen opzoeken welke bedrijfszorg zij kunnen afnemen, zoals bedoeld in artikel 5.3, en'?	In artikel 3.1 onder b. wordt 'via zorgverzekeraar' geschrapt.
33	Overeenkomst	3.3	In de rangorde zoals opgenomen in artikel 3.3 van de overeenkomst staan de Nota's van Inlichtingen onderaan. Inschrijver gaat er daarom vanuit dat eventuele wijzigingen in de NvI, doorgevoerd worden in de betreffende documenten. Kunt u dit bevestigen? Zo nee, bent u dan bereid om de rangorde aan te passen teneinde de NvI te laten prevaleren boven alle andere documenten zodat eventuele wijzigingen in de NvI wel gelding hebben.	De rangorde wordt aldus aangepast, dat de Nota('s) van Inlichtingen als sub worden genoemd. D.w.z. dat de volgorde als volgt zal luiden: (a) bijlage(n) met gewijzigde eisen, als bedoeld in artikel 9.2 (Wijzigingen); (b) De Nota('s) van Inlichtingen, zoals aangehecht in bijlage XX; (c) deze Overeenkomst, zonder de onder a en c t/m e van dit artikellid genoemde bijlagen; (d) het Toelatingsdocument, zoals aangehecht in bijlage XX; (e) Het Programma van Eisen, zoals aangehecht in bijlage XX;
34	Overeenkomst	4.1	De optie tot verlenging is eenzijdig. Is het mogelijk dit te wijzigen naar een wederzijdse optie tot verlenging, zodat er sprake is van een gezamenlijk besluit?	Nee, de optie tot verlenging blijft eenzijdig aan de zijde van de opdrachtgever. Zie het antwoord op vraag 27 hiervóór.
35	Overeenkomst	4.1	De ingangsdatum van de Overeenkomst staat op 1 januari 2026. In punt 4.6 van het Toelatingsdocument wordt echter 1 oktober 2025 genoemd als ingangsdatum. Kunt u dit verschil toelichten?	Deze bepaling zal worden aangepast, met dien verstande dat de Overeenkomst zal duren vanaf het moment van ondertekening tot 1 januari 2032, met de optie voor Contractanten dat de overeenkomst na afloop van deze termijn tweemaal met twee jaar kan worden verlengd. De reden daarvoor is dat de aanbidding voor zorgverzekeringen voor het jaar 2026 wordt gedaan vanaf 12 november 2025 en daarvoor gegevens moeten worden verstrekt ten behoeve van de vergelijkingssite, conform het bepaalde van de Overeenkomst. Om die reden zal de Overeenkomst reeds eerder in werking treden.

36	Overeenkomst	4.2	Is het mogelijk om op te nemen dat de zorgverzekeraar ook kan besluiten niet te willen verlengen	Wij stemmen hier niet mee in. Zoals toegelicht in het antwoord op vraag 26, zijn wij van oordeel dat de afspraken rondom verlenging (en opzegging) van de Overeenkomst evenwichtig zijn. Wij handhaven daarom deze bepaling in de Overeenkomst.
37	Overeenkomst	5.4	Het opgebouwde vitaliteitsbudget blijft gedurende de looptijd van de Overeenkomst beschikbaar voor Werkgevers en wordt op verzoek van Werkgevers uitgekeerd. Kunt u bevestigen dat, als de Overeenkomst tussentijds wordt beëindigd, daarmee ook de verplichtingen van Zorgverzekeraar vanuit het vitaliteitsbudget per einddatum Overeenkomst zijn beëindigd?	Als de Overeenkomst tussentijds wordt beëindigd, vervalt daarmee ook de verplichting van Zorgverzekeraar rondom het vitaliteitsbudget per einddatum Overeenkomst.
38	Overeenkomst	5.4	1) We hebben begrip voor uw wens om het eventueel resterende vitaliteitsbudget mee te nemen naar een opvolgend jaar. Hiermee kunnen budgetten gecombineerd worden en grotere projecten gefinancierd worden. Echter om te voorkomen dat er een stuwmeer aan reserveringen ontstaat bij het herhaaldelijk niet inzetten van budgetten, stellen wij voor dat er maximaal 3 jaar gebruik gemaakt kan worden van het budget. Gaat u daar mee akkoord? 2) We stellen voor om het proces betreffende verdeling van de budgetten na gunning overeen te komen, met o.a. de huidige gehanteerde systematiek met zelfstandige en centrale budgetten als uitgangspunt. Gaat u daar mee akkoord? 3) Gaat u akkoord met de tekstuele aanpassing van 'wordt op verzoek van Werkgevers uitgekeerd' naar 'kan door Werkgever ingezet worden ter financiering van gecontracteerde bedrijfszorginterventies'? Zo niet, wilt u toelichten waarom?	1) Vitaliteitsbudget: benuttingstermijn van 3 jaar Ja, wij stemmen in met het voorstel om een benuttingstermijn van maximaal 3 jaar te hanteren voor het resterende vitaliteitsbudget. 2) Proces verdeling budgetten: systematiek na gunning Ja, wij kunnen instemmen met het voorstel om het proces van budgetverdeling na gunning gezamenlijk nader te concretiseren, uitgaande van de huidige systematiek met een onderscheid tussen zelfstandige en centrale budgetten. De precieze invulling wordt nader afgestemd in overleg met de betrokken partijen. 3) Tekstuele aanpassing: van 'wordt op verzoek uitgekeerd' naar 'wordt in overleg uitgekeerd' is acceptabel
39	Overeenkomst	5.4	Is onze veronderstelling juist dat het opgebouwde budget in overleg met zorgverzekeraar moet worden besteed aan vitaliteitsprogramma's? Kunt u nader toelichten wat u bedoeld met het gestelde in artikel 5.4 dat wij budget op verzoek van werkgever moeten uitkeren? Is onze aanname juist dat hier een factuur met een vitaliteits-interventie tegenover moet staan?	Ja, uw veronderstelling is juist. Het opgebouwde budget dient in overleg met de zorgverzekeraar te worden besteed aan vitaliteitsprogramma's. Uw aanname is correct: er dient een factuur of vergelijkbaar bewijsstuk tegenover het verzoek te staan, waaruit blijkt dat het budget wordt aangewend voor een vitaliteitsinterventie of -activiteit die valt binnen het afgesproken kader.

40	Overeenkomst	6.1	Er wordt een deadline van 23 oktober genoemd voor aanlevering van databestanden, met daarin de polisvoorwaarden. In de praktijk wordt het moment van aanlevering bepaald in overleg met Zorgweb. Kunt u ermee instemmen om de genoemde deadline te vervangen door: Het moment van tijdige aanlevering wordt in overleg met Zorgweb bepaald?	Gekozen is voor 23 oktober voor aanlevering van databestanden met daarin de polisvoorwaarden en het zorgaanbod, zodat kan worden beoordeeld of deze aan de gestelde eisen voldoen. Conform de bepalingen in artikel 6 en 7 van de overeenkomst moet voldoende tijd zijn voor deze beoordeling en moet de zorgverzekeraar de gelegenheid hebben het aanbod, indien dat niet voldoet aan de eisen, aantoonbaar aan te passen. Om deze reden houden wij vast aan deze deadline.
41	Overeenkomst	6.1	Zorgweb is de leverancier van de zoekmachines waarin het gecontracteerde zorgaanbod van een zorgverzekeraar te raadplegen is. De daarvoor benodigde data wordt regelmatig aangeleverd volgens het proces van Zorgweb. De benoemde datum van 23 oktober in deze eis kan daarmee ons inziens vervallen. Gaat u daarmee akkoord? Zo nee, waarom niet?	Zie het antwoord op vraag 40 hierboven
42	Overeenkomst	6.1	Is het mogelijk om op te nemen dat de zorgverzekeraar ook kan besluiten niet te willen verlengen	Zie het antwoord op vraag 26.
43	Overeenkomst	6.1	Als zorgverzekeraar leveren wij jaarlijks data aan bij Zorgweb. Wij garanderen hierbij een redelijke verwerkingstijd. De benoemde datum van 23 oktober kunnen wij niet waarmaken en we verzoeken u deze datum te laten vervallen in de eis. Gaat u hier mee akkoord?	Zie het antwoord op vraag 40.
44	Overeenkomst	7.1	Kunt u aangeven wanneer de jaarlijkse beoordelingen van de zorgverzekeringen plaatsvinden?	De jaarlijkse beoordeling vindt plaats conform artikel 6, d.w.z. tussen 23 oktober en 12 november. Eventuele voorgenomen wijzigingen die betrekking hebben op één of meerdere in het Programma van Eisen gestelde eisen moeten uiterlijk op 1 juli worden doorgegeven en worden binnen een termijn van drie weken beoordeeld (vgl. artikel 8 van de Overeenkomst).
45	Overeenkomst	8.1	Graag zien wij in deze eis opgenomen dat Contracten prudent dienen om te gaan met de gevraagde informatie. Gaat u hier mee akkoord?	Ja, wij stemmen in met het opnemen van een bepaling in artikel 8.1 waarin wordt vastgelegd dat contractanten zorgvuldig en prudent omgaan met de opgevraagde informatie.

46	Overeenkomst	8.2	Zorgverzekeraar dient voorgenomen wijzigingen in de aangeboden zorgverzekeringen vóór 1 juli van het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de wijzigingen betrekking hebben te melden aan VNG Risicobeheer. Vaak dienen zich medio het jaar nog ontwikkelingen aan die ons nopen tot wijzigingen, o.a. door politieke besluitvorming. Kunt u instemmen om de datum van 1 juli alleen te hanteren voor alle voorgenomen niet-wettelijke wijzigingen en reeds bekende wettelijke wijzigingen?	Daar kunnen wij akkoord mee gaan. Wijzigingen als gevolg van wettelijke wijzigingen die na 1 juli bekend worden, dienen uiterlijk 23 oktober te worden doorgegeven. Alle overige wijzigingen dienen vóór 1 juli te worden doorgegeven.
47	Overeenkomst	8.2	Zorgverzekeraar verstrekt informatie over de wijzigingen aan VNG Risicobeheer, uiterlijk op 1 juli van het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de wijzigingen betrekking hebben. Zorgverzekeraar is niet in staat om op 1 juli deze wijzigingen te verstrekken omdat op die datum de wijzigingen nog niet bekend zijn en besluitvorming nog niet heeft plaatsgevonden. Kan deze termijn worden aangepast?	Zie het antwoord hiervóór, op vraag 46.
48	Overeenkomst	9	1) Klopt de constatering dat Zorgverzekeraar op 1 januari over de voorgenomen wijzigingen geïnformeerd wordt? 2) Graag zien wij in dit artikel een consultatieronde opgenomen vóór 1 maart waarin de voorgenomen wijzigingen met Zorgverzekeraar worden besproken. Gaat u hier mee akkoord?	1) Ja, dat klopt. Op grond van artikel 9 zullen eventuele wijzigingen ieder jaar uiterlijk op 1 maart worden bekendgemaakt. Het <u>voornemen</u> tot deze wijzigingen worden uiterlijk twee maanden voordien gedaan, waardoor zorgverzekeraar gelegenheid heeft om daarop te reageren. 2) Wij stemmen niet in met een consultatieronde. Wel zullen zorgverzekeraars gelegenheid hebben om hierover inlichtingen in te winnen bij Contractanten.
49	Overeenkomst	10.1	Zorgverzekeraar verstrekt na ieder kwartaal aan elk van de Contractanten de volgende informatie over het voorgaande kwartaal: Gedecclareerde zorg: de door Zorgverzekeraar gemaakte kosten aan gedecclareerde zorg, per type ingreep en geanonimiseerd inzicht in de aantallen interventies bij de actieve werknemers. Kunt u bevestigen dat de hier gevraagde rapportage uitsluitend bedrijfszorg betreft? Zo nee, kunt u de scope van deze rapportage dan nader toelichten?	Dit betreft niet uitsluitend bedrijfszorg maar alle vergoedingen onder alle aangeboden zorgverzekeringen. Wij willen zicht hebben op alle kosten die gemaakt worden voor onze verzekerden.
50	Overeenkomst	10.1	Toevoegen aub: passend binnen wet- en regelgeving	Wij zullen toevoegen dat de informatie conform de bepalingen van de AVG worden verstrekt.

51	Overeenkomst	10.1	De zorgverzekeraar dient een overzicht van gemaakte kosten van gedeclareerde zorg, per type ingreep geanonimiseerd aan te leveren. Is onze aannahme juist dat hier bedrijfszorg interventies wordt bedoeld? En dienen wij dit voor VNG, IPO, Vwww, WSGO en WVSF afzonderlijk aan te leveren?	Hier worden de basis- en aanvullende verzekeringen en de bedrijfszorg bedoeld en ja het is de bedoeling dat dit per koepel wordt gerigistreerd en aangeleverd.
52	Overeenkomst	10.1	1) Gaat u er mee akkoord om de informatie 'type ingreep' aan te passen naar 'Diagnose omschrijving' ter verduidelijking?	Ja, wij stemmen in met de aanpassing van de term 'type ingreep' naar 'diagnoseomschrijving' in artikel 10.1, ter bevordering van de duidelijkheid.
53	Overeenkomst	10.1	2) Wellicht ten overvloede, maar graag ook in dit artikel toevoegen dat de rapportage voldoet aan de AVG.	Zie het antwoord op vraag 50.
54	Overeenkomst	10.1	3) De opgevraagde informatie is ons inziens beperkt en geeft contractanten weinig tot geen inzichten om o.a. sturing te geven op het behalen van de doelstellingen ten behoeve van bedrijfszorg, zoals beschreven in paragraaf 2.2. in het Toelatingsdocument. We adviseren daarom de eisen rondom de informatie uit te breiden met: - De zorgconsumptie van zowel de Basisverzekering als de aanvullende verzekeringen; - Keuze verzekeringspakket (Basisverzekering, aanvullende zorgverzekering en aanvullende tandverzekering); - Uitsplitsing in hoofdverzekerden en medeverzekerden mét leeftijdsverdeling; - Betalingsachterstanden en schuldenopbouw; - Besteding vitaliteitsbudget.	Op dit moment is deze informatie wat ons betreft voldoende en blijft het artikel 10.1 zoals het is opgesteld. Mocht aanleiding bestaan dat er nadere informatie moet worden versterkt dan zullen contractanten en zorgverzekeraars daar nadere afspraken over maken.
55	Overeenkomst	10.3	U vraagt een check op de prolongatiebrieftekst vóór 1 september. Vanwege mogelijke wijzigingen op Prinsjesdag is dit te vroeg. Kunt u instemmen met wijziging van die datum naar uiterlijk 1 oktober (huidige praktijk)?	De termijn in artikel 10.3 wordt aangepast van 1 september naar 1 oktober.

56	Overeenkomst	10.3	Zorgverzekeraar verstrekt aan elk van de Contractanten elk jaar uiterlijk 1 september inzage in de prolongatieberichten. Opdrachtgevers moeten voorafgaand instemmen met de inhoud van deze prolongatieberichten. Zorgverzekeraar heeft op 1 september de prolongatieberichten nog niet 100% definitief. Bijvoorbeeld in verband met naderende prinsjesdag en besluitvorming over premies. Kan deze termijn worden aangepast?	De termijn in artikel 10.3 wordt aangepast van 1 september naar 1 oktober.
57	Overeenkomst	10.3	Overeenkomst, artikel 10.3 1) Is de aanname correct dat met 'prolongatiebericht' bedoeld wordt op artikel 6.2 van de overeenkomst? 2) Klopt het dat met 'Opdrachtgevers' hier ook Contractanten wordt bedoeld? Zo ja, dan voor de eenduidigheid graag aanpassen.	Ja, het is correct dat met het 'prolongatiebericht' wordt bedoeld op de in artikel 6.2 van de overeenkomst bedoelde mededeling over verlenging. Ja, in artikel 10.3 wordt met 'Opdrachtgevers' tevens verwezen naar de Contractanten. Voor de duidelijkheid zullen wij de terminologie in dit artikel aanpassen zodat dit eenduidig en in lijn met de rest van de overeenkomst is.
58	Overeenkomst	11	Waarom wordt er een vergoeding opgenomen in de Overeenkomst voor VNG Risicobeheer? Als je afspraken daarover vast wil leggen in de tussen Zorgverzekeraar en Contractanten gesloten overeenkomst dient VNG Risicobeheer dan geen partij te zijn bij deze overeenkomst?	De vergoeding aan VNG Risicobeheer wordt opgenomen in de overeenkomst omdat VNG Risicobeheer in opdracht van de betrokken organisaties een uitvoerende rol vervult in het kader van deze regeling. VNG Risicobeheer is formeel gemachtigd om namens de organisaties op te treden als contractpartij en aanspreekpunt voor de uitvoering, monitoring en communicatie. De gemaakte afspraken over vergoeding zijn daarmee contractueel verankerd in deze overeenkomst.

59	Overeenkomst 11.1	De gevraagde provisie is bijna 3 x hoger dan de huidige gevraagde provisie. Dit is lastig uitlegbaar. Kun u, naast de beantwoording van bovenstaande vraag, aangeven waarom de gevraagde provisie zoveel wordt verhoogd? Bijkomend punt is dat, gezien het feit dat de premies de komende jaren blijven stijgen door de hogere zorgkosten, dit ook betekent dat de provisie voor VNG Risicobeheer zal blijven stijgen. Provisie wordt door alle betalende premiebetalende verzekerden opgebracht, we betalen een passende beloning voor de belangen van onze verzekerden. Maar wel in het licht van de grote maatschappelijke uitdaging die voor ons ligt om de zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden. Dit vergt een gezamenlijke inspanning van alle betrokkenen om premiegelden adequaat te besteden. Een verlaging van de gevraagde provisie is hiervoor wenselijk.	Wij houden vast aan deze vergoeding. De vergoeding wordt ingezet voor de uitvoering van taken die bijdragen aan publieke meerwaarde. Het gaat nadrukkelijk niet om een winstgedreven vergoeding, maar om een kostengebaseerde bijdrage aan structurele ondersteuning van gemeenten. De vergoeding dekt onder andere: 1) het beschikbaar stellen via een portaal van risicolabels met actueel en meetbaar inzicht in verzuimrisico's; 2) ondersteuning van gemeenten bij de implementatie van duurzaam inzetbaarheidsbeleid; 3) toegang tot bewezen interventies, pilots en thematische leernetwerken. 4) monitoring, dataverwerking en coördinatie richting betrokken werkgevers. De hoogte van de vergoeding is afgestemd op de feitelijke uitvoeringslast en infrastructuur die daarvoor noodzakelijk is.
60	Overeenkomst 11.1	Bent u zich ervan bewust dat het betalen van provisie is voorbehouden aan adviseurs/bemiddelaars? En dat een bemiddelaar op grond van de Wft de daarvoor benodigde vergunningen zou moeten hebben? Heeft u deze vergunningen en bent u een bemiddelaar op grond van de Wft? En zo niet, hoe verhoudt de bepaling over het betalen van provisie zich dan tot de bepalingen in de Wft en de wetgeving over (actieve) provisietransparantie? Kunt u uw rol op dit punt nader toelichten? Eens temeer vanwege de eis dat de Toegelaten Zorgverzekeraar ook zal moeten kunnen uitleggen welke werkzaamheden u verricht die de provisie rechtvaardigen. Indien het niet uw bedoeling is geweest om u als adviseur/bemiddelaar op grond van de Wft te profileren en daadwerkelijk 'provisie' te vragen, vragen wij u om deze bepaling aan te passen en te spreken over een	VNG Risicobeheer treedt in het kader van deze overeenkomst op als bemiddelaar en/of adviseur zoals bedoeld in de Wet op het financieel toezicht (Wft) en beschikt over de daarvoor vereiste vergunning. De in de overeenkomst opgenomen provisiebepaling is daarmee in lijn met de geldende wet- en regelgeving. VNG Risicobeheer is zich bewust van de verplichtingen ten aanzien van provisietransparantie.
61	Overeenkomst 11.1	Het percentage is hoog en heeft een (negatief) effect op de premie. Kunt u overwegen om dit percentage te verlagen?	Zie het antwoord hiervóór, op vraag 59.

62	Overeenkomst	11.1	In de overeenkomst bij artikel 11.1 is deze vergoeding uitgewerkt. De gevraagde provisie 0,43% is bijna driemaal het % van het huidige contract. Kunt u aangeven wat de werkzaamheden zijn waarvoor deze provisie gevraagd wordt?	Zie het antwoord hiervóór, op vraag 59.
63	Overeenkomst	11.1	Gaat aanbestedende partij akkoord met een vast bedrag per betalende Basisverzekering verzekerde conform provisiebeleid van verzekeraar, waarbij de genoemde 0,43% in acht wordt genomen?	Wij houden vast aan de tekst van artikel 11.1.
64	Overeenkomst	11.1	Overeenkomst, artikel 11.1 Om voor Provisie in aanmerking te komen moet de VNG een samenwerkingsovereenkomst met Zorgverzekeraar sluiten en als assurantietussenpersoon voldoen aan de hieraan wettelijk gestelde eisen. In de huidige overeenkomst wordt gesproken over een administratiekostenvergoeding'. Wilt u dit aanpassen?	In de nieuwe overeenkomst kiezen we voor provisie, VNG Risicobeheer is assurantietussenpersoon in deze.
65	Overeenkomst	11.2	U vraagt op 14 februari om een opgave van de base voor de prognose van de kostenvergoeding voor het nieuwe jaar. In februari vinden echter nog mutaties plaats naar aanleiding van de campagne. Kunt u instemmen met wijzigen van deze datum naar 1 maart (huidige praktijk)?	De deadline van 14 februari wordt aangepast naar 1 maart.
66	Overeenkomst	11.2	Overeenkomst, artikel 11.2 Om de vergoeding zoals benoemd juist te kunnen berekenen zal het aantal betalende verzekerden met de afgenomen producten en de netto (te) ontvangen premie aangeleverd moeten worden. Wilt u dit aanpassen?	Nee, wij zien op dit moment geen aanleiding om artikel 11.2 aan te passen.
67	Overeenkomst	11.3	Overeenkomst, artikel 11.3 We adviseren u om provisie en/of vergoeding op te nemen in de eis	In het programma van eisen is een eis opgenomen t.a.v. de provisie die aan VNG Risicobeheer is verschuldigd. Wij achten het niet noodzakelijk ook een eis op te nemen t.a.v. provisies voor derden.
68	Overeenkomst	13.1	Overeenkomst, artikel 13.1 Kunt u de definitie van 'Werknemers' toevoegen aan artikel 1?	Werknemers is gedefinieerd in paragraaf 1.1 van het Toelatingsdocument.

69	Overeenkomst	14.1	Overeenkomst, artikel 14.1 In artikel 14.1 is een regeling opgenomen dat betrekking heeft op tekortkomingen in de nakoming van de overeenkomst en voortijdige beëindiging. Is met deze regeling beoogt aan te sluiten op de wettelijke regeling in het Burgerlijk Wetboek? Zo nee, wat zijn dan de afwijkingen?	Ja, met artikel 14.1 van de overeenkomst wordt aangesloten bij de wettelijke regeling van het Burgerlijk Wetboek, met name Boek 6 (verbintenissenrecht). Van Boek 6 zullen onverkort de bepalingen over tekortkoming (wanprestatie), ingebrekestelling, ontbinding en schadevergoeding (artikelen 6:74 e.v. BW en 6:265 e.v. BW) in acht worden genomen.
70	Overeenkomst	14.4	De opgenomen opzegtermijn van 12 maanden is erg lang, kan de opzegtermijn worden ingekort naar 6 maanden	Nee, wij houden vast aan de opzegtermijn van 12 maanden. De termijn van 12 maanden is nodig om bij opzegging van de overeenkomst voldoende tijd te hebben voor zorgvuldige afwikkeling en communicatie met betrokken werkgevers en verzekeren en eventuele overgang naar een nieuwe regeling.
71	Overeenkomst	15.1	Overeenkomst, artikel 15.1 In artikel 15 lid 1 van de overeenkomst is bepaald, kort gezegd, dat indien de NZa de zorgverzekeraar een verplichting op grond van artikel 48 of 49 Wmg oplegt, de zorgverzekeraar de schade van de contractanten, werkgevers en de verzekerden dient te compenseren die ontstaat door oplegging van eerdergenoemde verplichting. Zorgverzekeraar constateert dat deze bepaling wel erg ver gaat. Kunt u voorbeelden geven van situaties waar deze bepaling betrekking op heeft?	De bepaling in artikel 15.1 beoogt uitzonderlijke situaties te dekken waarin een verplichting die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt opgelegd op grond van artikel 48 of 49 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), leidt tot rechtstreekse schade voor contractanten, werkgevers of verzekerden binnen het kader van de overeenkomst. Voorbeelden van situaties waarop deze bepaling betrekking kan hebben: 1) Indien de NZa verplicht tot aanpassing van premiecomponenten of productstructuur met terugwerkende kracht, waardoor reeds gemaakte afspraken met werkgevers of werknemers financieel worden doorkruist; 2) Als de NZa een verbod oplegt op een specifieke vergoedingsstructuur die essentieel is voor het functioneren van een collectieve regeling, waardoor reeds overeengekomen dienstverlening niet meer geleverd kan worden; 3) In het geval de NZa een aanpassing eist in de wijze waarop de zorgverzekeraar informatie mag verstrekken of verwerken, waardoor systemen moeten worden aangepast en dat leidt tot kosten of schade bij ketenpartners.

72	Overeenkomst	15.2	Overeenkomst, artikel 15.2 In artikel 15 lid 2 van de overeenkomst is bepaald, kort gezegd, dat indien de NZa de zorgverzekeraar een verplichting op grond van artikel 48 of 49 Wmg oplegt, de opdrachtgever de overeenkomst kan ontbinden. Zorgverzekeraar constateert dat deze bepaling wel erg ver gaat en acht het proportioneel dat de opdrachtgever de overeenkomst op deze grond alleen kan ontbinden als de opgelegde verplichting verband houdt met het uitvoeren van de onderhavige dienstverlening. Kunt u hiermee instemmen?	Wij zullen de bepaling in artikel 15.2 van de overeenkomst zodanig aanpassen dat ontbinding door de opdrachtgever uitsluitend aan de orde is wanneer de opgelegde verplichting van de NZa op grond van artikel 48 of 49 Wmg een aantoonbaar en rechtstreeks verband houdt met de uitvoering van de onderhavige dienstverlening.
73	Overeenkomst	15.3	De tekst ontbreekt. Kan dit artikellid vervallen?	Artikel 15.3 kan vervallen.
74	Overeenkomst	17	Klopt het dat de aansprakelijkheid alleen geldt voor Zorgverzekeraar. Zo ja, waarom?	Wij zijn van mening dat in de Overeenkomst geen afspraken worden gemaakt die van dien aard zijn dat het noodzakelijk is om daarover nadere regels over de aansprakelijkheid van Contractanten op te nemen.
75	Overeenkomst	17.3	Kan de aansprakelijkheid worden beperkt tot € 1.000.000,- per gebeurtenis met een maximum van € 3.000.000,- per jaar?	Naar ons oordeel is de aansprakelijkheidsbeperking van artikel 17.3 evenredig, ook in het licht van de aansprakelijkheidsbeperking die in de huidige overeenkomst is opgenomen. Wij houden daarom aan deze regeling vast.
76	Overeenkomst	17.3	Overeenkomst, artikel 17.3 Bent u bereid om de aansprakelijkheid te beperken tot situaties waarvoor de aansprakelijkheidsverzekering dekking biedt?	Nee, wij zijn niet bereid om de contractuele aansprakelijkheid uitsluitend te beperken tot situaties die gedekt worden door de aansprakelijkheidsverzekering. Wij hanteren in artikel 17.3 reeds een proportionele regeling waarbij aansprakelijkheid begrensd is, tenzij sprake is van opzet of bewuste roekeloosheid. Dit biedt een gebalanceerde bescherming voor beide partijen.
77	Overeenkomst	18.2	Mogen we er vanuit gaan dat, in omgekeerde zin, werkgevers de namen en logo's van zorgverzekeraars juist wél zonder toestemming van de zorgverzekeraars zullen benoemen wanneer zij vitaliteitsbudget van de desbetreffende verzekeraar inzetten?	Nee daar kunt u niet vanuit gaan. U zult met de desbetreffende partij daarover afspraken moeten maken.

	Rubriek	Eis	Vraag	Antwoord
78	Programma van Eisen	2.1 (aanbod collectieve zorgverzekeringen)	Wenst de aanbestedende partij voor elke gemeente een apart contractnummer? Wenst de aanbestedende partijen ook een apart contractnummer voor gepensioneerden?	Wij wensen dat Inschrijver voor alle deelnemende Werkgevers (dus iedere gemeente, provincie, etc.) een apart contractnummer aanmaakt. Wij wensen dat Inschrijver ook voor alle gepensioneerden of in-actieven een afzonderlijk contractnummer aanmaakt.
79	Programma van Eisen	2.2 (losse AV afsluiten)	Kan de aanbestedende partij aangeven hoeveel verzekerden een losse aanvullende verzekering hebben afgesloten in het huidige contract?	In paragraaf 2.3 van het Toelatingsdocument ("Omvang van de opdracht") zijn per Opdrachtgever de aantallen verzekerden weergegeven. Wij kunnen en zullen dit niet verder specificeren naar de door u genoemde subcategorieën.
80	Programma van Eisen	2.2	Bij het aanvragen van een zorgverzekering is het niet gebruikelijk om alleen een aanvullende verzekering af te sluiten. Ook zorgt het scheiden van de basisverzekering van de aanvullende verzekering voor nadelen voor verzekerden, zoals een hogere premie en administratieve splitsing van declaraties. Overigens kan momenteel in de aanmeldstraat www.collectiefzorgaanbod.nl niet enkel een aanvullende verzekering los afgesloten worden. Zorgverzekeraars zijn echter wel wettelijk verplicht om de mogelijkheid te bieden aan verzekerden om hun basisverzekering op te zeggen met behoud van de huidige aanvullende verzekering. Gaat u er mee akkoord om deze eis aan te passen naar 'Bestaande verzekeringsnemers kunnen overstappen naar een andere verzekeraar voor een basisverzekering, waarbij verzekeraar de (wettelijk verplichte) mogelijkheid biedt om de aanvullende verzekering te behouden'? Zo niet, wilt u dit dan toelichten?	Eis 2.2 komt te vervallen.
81	Programma van Eisen	2.4, sub 2 (Zorginkoop)	Wij contracteren zorgverleners en zorginstellingen per kalenderjaar. Op onze website kan verzekerde de gecontracteerde zorgverleners en zorginstellingen raadplegen. De verzekerde kan vooraf contact met ons opnemen voor een alternatief. Indien verzekerde alsnog gebruik maakt van niet gecontracteerde zorg zal door verzekeraar een aangepaste vergoeding plaatsvinden. Is aanbestedende partij bereid deze eis te laten vervallen?	Zie antwoord op vraag 83 sub. b.

82	Programma van Eisen	2.4, sub 1	De eis stelt dat Zorgverzekeraar op een landelijke, uniforme wijze selectief zorg inkoop. Kunt u nader toelichten wat u verstaat onder 'selectief' in relatie tot landelijk en uniform?	Daaronder verstaan wij landelijk inkoopbeleid, waarbij niet automatisch elke zorgaanbieder wordt gecontracteerd, maar aanbieders worden geselecteerd op basis van inhoudelijke of contractuele voorwaarden. Dit beleid moet landelijk op eenzelfde wijze worden toegepast.
83	Programma van Eisen	2.4 PvE	Toegelaten Zorgverzekeraar is zelf verantwoordelijk voor de juiste en duidelijke manier van communiceren over gecontracteerd zorgaanbod. Zij zal zich daarbij houden aan daarvoor geldende wet- en regelgeving. Indien en voor zover een zorginstelling/zorgaanbieder geen contract heeft met zorgverzekeraar, kan de zorgverzekeraar niet gehouden worden om de kosten van de eerste factuur te behandelen als ware deze afkomstig van een gecontracteerde aanbieder. Indien en voor zover en jegens verzekerde daarover onduidelijkheid bestond, is het aan de zorgverzekeraar om dat via reguliere (klachten)procedure op te lossen. a) Stemt u ermee in dat de reguliere processen worden gevolgd en dat het aan verzekeraar is om ervoor te zorgen dat de verzekerde goed geïnformeerd wordt over wel of niet gecontracteerde zorg? b) Stemt u ermee in dat Toegelaten Verzekeraar daarmee niet gehouden is om de kosten van de eerste factuur te vergoeden als ware het gecontracteerde zorg? Hiertoe bestaat geen noodzaak als er gewoon goed over geïnformeerd wordt.	a) de eis 2.4 dat verzekerde schriftelijk wordt geïnformeerd over een passend alternatief laat ruimte voor zorgverzekeraar om via hun reguliere procedures zorg te dragen voor duidelijke communicatie. b) wij achten van belang dat verzekerden, in het geval van een lopende zorgbehandeling ook de kosten vergoed krijgen op het moment dat een zorgverlener of een zorginstelling niet langer is gecontracteerd. Daarom houden wij vast aan de eis dat de eerste factuur conform wordt vergoed alsof het om gecontracteerde zorg gaat.
84	Programma van Eisen	2.5	U vraagt een aanvullende tandverzekering met 10% korting. Bedoelt u tenminste 10% korting? Kunt u dit verduidelijken?	Hier wordt ten minste 10% korting bedoeld. Overigens geldt ook voor de aanvullende verzekering dat de collectiviteitskorting <u>ten minste 20%</u> moet zijn.
85	Programma van Eisen	2.6 (Betaaltermijn kortingen)	De procentuele korting voor betaaltermijnen is afhankelijk van renteontwikkeling in de markt. Verzekeraar kan de voorgestelde betaaltermijnkortingen niet voor de gehele looptijd garanderen. De betaaltermijnkorting kan door marktontwikkeling zowel lager als hoger worden. Netto premie moet leidend zijn waarbij de termijnkorting slechts één element is. Is aanbestedende partij bereid deze eis te laten vervallen c.q. aan te passen?	Eis 2.6 komt te vervallen.

86	Programma van Eisen	2.6 (Betaaltermijn kortingen)	Er is niets opgenomen over premie-incasso dus wij gaan ervan uit dat er rechtstreeks bij verzekerden premie wordt geïncasseerd. Is deze aanname juist?	Zoals aangegeven in antwoord op vraag 85, komt deze eis te vervallen.
87	Programma van Eisen	2.6 (Betaaltermijn kortingen)	Kan de premie-incasso door zorgverzekeraar ook plaatsvinden bij de werkgever? Zo ja, betaald de werkgever dan de totale factuur van verzekeraar of alleen het premiedeel die de werkgever bij haar werknemer kan inhouden?	Zoals aangegeven in antwoord op vraag 85, komt deze eis te vervallen.
88	Programma van Eisen	2.6 (Betaaltermijn kortingen)	Uit de praktijk blijkt dat er zo goed als geen gebruik wordt gemaakt van kwartaal- of halfjaarbetalen van de premie. Gezien deze kennis, kan worden volstaan met een jaarbetalingskorting zoals in het huidige contract?	Zoals aangegeven in antwoord op vraag 85, komt deze eis te vervallen.
89	Programma van Eisen	2.8	a) Als de Overeenkomst is beëindigd, doet Zorgverzekeraar zijn verzekerden een nieuw voorstel; dit is verplicht volgens de Zvw. Kunt u aangeven waarom Zorgverzekeraar daarin een verwijzing naar www.collectiefzorgaanbod.nl zou moeten opnemen als de Overeenkomst met Zorgverzekeraar is beëindigd? Acht u dit proportioneel? b) De tekst van de prolongatiebrief kan niet op 1 september gereed zijn, omdat er op Prinsjesdag wijzigingen kunnen komen. Kunt u instemmen met de datum van 1 oktober?	a. de reden voor deze eis is dat Opdrachtgevers, gelet op hun werkgeversverantwoordelijkheid, het van belang achten dat Werknemers uit de doelgroep actief worden gewezen op het collectieve verzekeringsaanbod dat zij hebben georganiseerd. b. wij stemmen in met de datum van 1 oktober voor toezending van het prolongatievoorstel.
90	Programma van Eisen	2.9	Kunt u concretiseren wat u verstaat onder telefonische bereikbaarheid op werkdagen?	Bedoeld is dat zorgverzekeraars op werkdagen telefonisch bereikbaar zijn, zonder dat wij daaraan specifieke tijdsvakken verbinden. Ter verduidelijking stellen wij daarbij als nieuwe eis dat zorgverzekeraars op werkdagen ten minste vier uur telefonisch bereikbaar zijn.
91	Programma van Eisen	3.2	Er wordt hier aangegeven dat de inschrijver ten minste 2 basisverzekeringen moet aanbieden, dit is tegenstrijdig met artikel 2.4 van het toelatingsdocument waarin gesproken wordt van ten minste 3 basisverzekeringen. Kunt u aangeven wat exact gevraagd wordt?	De eis is dat twee basisverzekeringen worden aangeboden. In het toelatingsdocument stond dit foutief.

92	Programma van Eisen	3.2	Contractant eist minimaal één basisverzekering met minimaal 80% vergoeding bij niet gecontracteerde zorg. Wij voldoen hier momenteel aan maar vinden het niet realistisch om ons hier voor de gehele contractduur aan te verbinden. Daarnaast voorziet het hinderpaalcriterium (Artikel 13 zorgverzekeringswet) in zekerheid voor verzekerden dat indien een laag vergoedingspercentage de keuze voor een zorgverlener om financiële redenen hindert, er bij de zorgverzekeraar een verzoek ingediend kan worden om het percentage bij te stellen. Ook kan de zorgverlener middels coulance een deel van het bedrag voor zijn rekening nemen. Hiermee is de keuzevrijheid van verzekerden geborgd. Wij vragen of contractant bereid is deze eis te verwijderen of het percentage vrij te laten aan de zorgverzekeraar zolang dit marktconform is. Indien u hiertoe niet bereid bent, graag een toelichting.	Wij handhaven deze eis. Mochten (markt)ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, dan kunnen Opdrachtgevers ieder jaar opnieuw bezien of deze eis moet worden aangepast, conform het bepaalde in artikel 9 van de Overeenkomst.
93	Programma van Eisen	3.2	Kunnen we er vanuit gaan dat, bij een veranderende markttrend, in overleg met VNG aanpassingen gedaan kunnen worden in gestelde eisen in het PvE?	Mochten (markt)ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, dan kunnen Contractanten ieder jaar opnieuw bezien of eisen moeten worden aangepast, conform het bepaalde in artikel 9 van de Overeenkomst.
94	Programma van Eisen	3.3	Programma van Eisen, eis 3.3 Kunt u toelichten hoe en op welk moment deze score van Zorgweb tot stand komt?	De gegevens over de landelijke dekkingsgraad conform de Zorgweb-puntensystematiek zijn te vinden in Z-analyse van Zorgweb en dan de module "Zorginkoop", onder het onderdeel "Specifieke zorginkoopinformatie". Per zorgsoort dient u 950 punten te scoren. In de score per zorgsoort is de basis het totaal aantal zorgverleners in Nederland, daar wordt het aantal gecontracteerde zorgverleners (van de verzekeraar) tegen afgezet en dan blijven de niet gecontracteerde zorgverleners over. Dat aantal niet gecontracteerde zorgverleners wordt afgezet ten opzichte van het percentage niet-gecontracteerde zorg. Als de verzekeraar niet over de module Zorginkoop beschikt dan kan Zorgweb het overzicht van de verzekeraar delen indien gewenst. Zorgweb voert deze beoordeling uit conform het bepaalde in artikelen 6 tot en met 8 van de Overeenkomst waarin ook de data worden geregeld.

95	Programma van Eisen	3.3	U vraagt om ten minste één basisverzekering met een landelijke dekkinggraad van minimaal 950 punten conform waardering zorginkoop door Zorgweb voor wat betreft ziekenhuiszorg, zelfstandige behandelcentra, apotheken en verloskunde. Waar zijn deze gegevens in Zorgweb te vinden?	Zie bovenstaand antwoord op vraag 94.
96	Programma van Eisen	4.3 en 4.4.	Hier wordt de dekking: zwangerschap, met 100% vergoeding genoemd. Kunt u aangeven welke vormen van zorg hier bedoeld worden?	Daarmee worden ziekenhuisbevallingen en kraamzorg bedoeld. Voor de goede orde: de in hoofdstuk 4 van het Programma van Eisen gestelde eisen aan de dekkingen betreffen minimumeisen. De zorgverzekering mag vanzelfsprekend ook meer dekkingen bevatten, zoals voor andere vormen van zwangerschapzorg.
97	Programma van Eisen	4.3 en 4.4	Zwangerschap: betreft het hier de volledige vergoeding van de eigen bijdrage op kraamzorg?	Dat klopt.
98	Programma van Eisen	4.3 t/m 4.8	We begrijpen dat u met de kaders wilt borgen dat voor de verschillende klantprofielen een passend zorgpakket beschikbaar is. Echter, gezien de lange looptijd van de overeenkomst wordt met de gedetailleerdheid van de eisen weinig ruimte gegeven aan inschrijvers om een onderscheidend aanbod te kunnen doen. Wij stellen voor om inschrijvers meer vrijheid te geven en vanuit hun expertise het beste aanbod voor de verzekerden te doen. Indien u hier niet voor open staat, kunt u toelichten waarom niet?	Wij hebben bewust gekozen voor het opnemen van minimumeisen per klantprofiel (eis 4.3 t/m 4.8) om te waarborgen dat voor alle doelgroepen binnen het collectief een basisniveau van dekking en kwaliteit gegarandeerd is. De eisen zijn zo geformuleerd dat ze een ondergrens aangeven, inschrijvers hebben nadrukkelijk de mogelijkheid om daarbovenop een aanvullend of onderscheidend pakket aan te bieden. Daarbij merken wij op dat artikel 9 van de Overeenkomst ruimte biedt om eisen gedurende de looptijd van het Open House systeem te wijzigen.
99	Programma van Eisen	4.3	Kunt u aangeven wat u verstaat onder zwangerschap? Eigen Bijdrage Bevalling? Eigen Bijdrage Kraamzorg?	Zie het antwoord op vraag 96.
100	Programma van Eisen	4.5	Er is geformuleerd: Naast de in eisen 4.3 en 4.4 bedoelde AV's, biedt Inschrijver ten minste één AV en TV , met ten minste de volgende dekkingen (...). De eis gaat om de AV. Kunt u ermee instemmen om hier TV te schrappen?	Ja wij stemmen er mee in om TV te schrappen uit 4.5 van het programma van Eisen.
101	Programma van Eisen	5.1	Bedoelt u met 'inkopen' hier 'aanvragen'?	Wij passen dit aan naar "aanvragen en/of inkopen".

102	Programma van Eisen	5.1	Kunt u ermee instemmen om volgende tekst in het artikel te schrappen: <i>direct, dan wel na voltooiing van een aanbestedingsprocedure</i> . Zo niet, kunt u verduidelijken waarom hier een aanbestedingsprocedure wordt benoemd?	Nee, wij stemmen er niet mee in om de tekst "direct, dan wel na voltooiing van een aanbestedingsprocedure" te schrappen. De inkoop van bedrijfszorg is een verantwoordelijkheid van de werkgevers. Voor zover deze inkoop aanbestedingsplichtig is, zullen zij daarvoor een aanbestedingsprocedure moeten volgen.
103	Programma van Eisen	5.2	Wat wordt er verstaan onder Werkplekcontrole?	Een werkplekonderzoek richt zich op het voorkomen of verminderen van lichamelijke klachten die samenhangen met de inrichting van de werkplek en directe werkomgeving.
104	Programma van Eisen	5.3	Directe samenwerking en contact met de werkgever is essentieel voor het effectief inzetten van dit budget. De genoemde organisaties zijn (overkoepelende) belangenorganisaties. Kunt u meer uitleg geven op welke wijze het budget effectief wordt ingezet? Hoe is de huidige werkwijze en wat zijn de huidige afspraken rond het inzetten van het budget?	De budgetten worden in overleg met de werkgevers ingezet. Er kan door werkgevers gebruik worden gemaakt van verschillende budgetten (verschillende verzekeraars) en de budgetten worden altijd in overleg ingezet. Het gaat hierbij altijd om een groep medewerkers er worden geen individuele trajecten vanuit dit budget gefinancierd.
105	Programma van Eisen	5.3	Er is sprake van meerdere verzekeraars, dus van meerdere budgetten. Worden deze samengevoegd? Er is sprake van meerdere verzekeraars, dus van meerdere budgetten. Geldt het budget van verzekeraar enkel voor eigen verzekerden of voor alle verzekerden en niet deelnemende werknemers ?	De Werkgever kan kiezen hoe het budget ingezet wordt. Het budget kan worden ingezet voor alle werknemers van een werkgever los van waar deze werknemers verzekerd zijn.