

20250624 Nota van Inlichtingen 2 - Open House
Beantwoording tweede vragenronde

Rubriek		Onderdeel/ Artikel/ Eis	Nr.	(Vervolg)vraag 2e ronde	Antwoord 2e vragenronde
106	Toelatingsdocument	Onderdeel	5.2	Betreft vraag 25 en 44 uit Nvl 1 In de antwoorden op vragen 25 en 44 houdt de VNG vast aan de tekst in paragraaf 5.2 van het toelatingsdocument waaruit volgt dat toegelaten zorgverzekeraars de wijzigingen uiterlijk 1 juli moeten verstrekken (voor alle niet-wettelijke wijzigingen). Het gaat hier om wijzigingen die 'betrekking hebben op één of meerdere gestelde eisen'. Na het verstrekken van een overzicht van de wijzigingen, wordt door VNG beoordeeld of de wijzigingen voldoen aan de gestelde eisen. Zo niet, dan volgt op grond van artikel 8.4 een overleg. Dit systeem in paragraaf 5.2 van het Toelatingsdocument en artikel 8 van de Overeenkomst is niet werkbaar. Hoewel inschrijver zijn best wil doen wijzigingen op 1 juli te communiceren, zal het in de praktijk voorkomen dat (nietwettelijke) wijzigingen later dan 1 juli bekend worden. Het systeem houdt geen rekening met deze realiteit. Ook houdt dit systeem geen rekening met het feit dat (voorgenomen) wijzigingen voor toekomstige verzekeringsproducten uiterst gevoelige/bedrijfsvertrouwelijke informatie betreft. Voorkomen moet worden dat die informatie via de VNG terecht komt bij concurrenten. Onze eerste vraag is: hoe gaat de VNG borgen dat de informatie niet terecht kan komen bij onze concurrenten? Een tweede vraag is: wij willen de VNG verzoeken om van 1 juli een 'streefdatum' te maken, zodat het de zorgverzekeraar is toegestaan om later nog wijzigingen door te voeren en om die te bespreken met de VNG. Kan de VNG daarmee instemmen? Indien de VNG hier niet mee in wil stemmen dan is geen sprake van proportionele allocatie van risico's, hetgeen in strijd is met het proportionaliteitsbeginsel. De VNG kan dan immers eenzijdig wijzigingen in eisen doorvoeren en wanneer zorgverzekeraars daar niet mee in kunnen stemmen of daarvan af willen wijken, dan trekken zij contractueel aan het kortste eind. In dit kader willen wij de VNG er ten derde op attenderen dat 'overlegbepalingen' zoals bedoeld in artikel 8.4 geen adequaat veiligheidsventiel betreffen en niet proportioneel zijn wanneer aanmerkelijk is dat geen sprake is van een proportionele risicoallocatie (ECLI:GHDH:2017:260). Inschrijver wil daarom vernemen wat de consequentie is wanneer het overleg in artikel 8.4 niet tot een uitkomst leidt die acceptabel is voor de zorgverzekeraar. Ook in die situatie zou het in de optiek van zorgverzekeraar mogelijk moeten zijn om de overeenkomst te beëindigen voor 1 januari van het nieuwe jaar. Zorgverzekeraar kan niet gedwongen worden om verzekeringsproducten een jaar extra in de lucht te houden met eisen waar zij niet aan kan of wil voldoen. Kan de VNG instemmen met deze beëindigingsmogelijkheid?	In antwoord op de eerste vraag: gesprekken die VNG Risicobeheer voert met individuele zorgverzekeraars zijn altijd vertrouwelijk. Informatie die in deze gesprekken en ten behoeve van deze gesprekken wordt gedeeld, wordt nooit gedeeld met derden. Verder zullen afspraken worden gemaakt die moeten waarborgen dat (bedrijfs)vertrouwelijke en concurrentiegevoelige informatie niet op enigerlei wijze wordt gedeeld tussen Zorgverzekeraars of andere derden. In antwoord op de tweede vraag: wij stemmen ermee in om van 1 juli een streefdatum te maken. Daarbij merken wij wel op dat het ook in het belang van de Zorgverzekeraar is om Opdrachtgevers spoedig van wijzigingen als hier aan de orde te informeren. De regeling van artikel 8 van de Overeenkomst is namelijk vooral bedoeld om Opdrachtgevers in een vroegtijdig stadium te informeren over voorgenomen wijzigingen en zo mogelijk de voorgestelde wijzigingen aan te passen, zodat zowel Opdrachtgevers als de Zorgverzekeraar niet voor verrassingen komen te staan bij de beoordeling door Zorgweb in het najaar. In antwoord op de derde vraag: wanneer een Zorgverzekeraar conform artikel 8 wijzigingen voorstelt, is dat met de kennis van de alsdan geldende eisen. Van Zorgverzekeraars kan daarom worden verwacht dat zij zelf reeds weet of het gewijzigde aanbod aan de gestelde eisen voldoet. Wij stemmen niet in met dit verzoek.
107	Overeenkomst / Programma van Eisen	Artikel/ Eis	6.1 / 3.3	Betreft vraag 41 en 94 uit Nvl 1 Wij wijzen u er graag op dat de Nederlandse zorgverzekeraars hebben afgesproken de jaarlijkse zorgcontractering vóór 12 november af te ronden. Dit wordt gemonitord door de NZa. Dit wordt beschreven in 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg' (Link: Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg - Nederlandse Zorgautoriteit) waar onderstaand citaat uit komt: "Wij realiseren ons dat er een spanningsveld zit tussen de beoogde doelstellingen. Er is een belang om de noodzakelijke transitie in de zorg vorm te geven via contracten en hierover goede afspraken met elkaar te maken. Dit vraagt veel tijd en aandacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierdoor kan de afronding van de contractering langer duren dan nu soms het geval is. Tegelijkertijd is het van belang dat consumenten weten waar zij aan toe zijn in de overstapperiode en daarvoor is het nodig dat de contractering sneller wordt afgerond dan nu soms het geval is. We trachten deze twee belangen zo goed mogelijk te balanceren. We hanteren in dit document 12 november als een richtpunt voor de afronding van het contracteerproces, zoals ook is overeengekomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het is evenwel geen harde deadline. Dit zou de marktverhoudingen naar huidig inzicht teveel verstoren. Het kan voorkomen dat de contractering op 12 november nog niet is afgerond. In dat geval verwacht de NZa van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel eenduidige, heldere en bruikbare informatie gedurende de overstapperiode voor de consument." Het beoogde toetsmoment van de data op 23 oktober is met het oog op bovenstaande géén realistische weergave van de contracteringsgraad voor het nieuwe jaar. We vragen u de toetsing op de eis van 950 zorgwebpunten danwel te baseren op de contractering van het lopende jaar, danwel het toetsingsmoment op te schorten.	De data voor het aanleveren van informatie aan Zorgweb, als bedoeld in artikel 6 van de Overeenkomst, zullen worden aangepast, met dien verstande dat: (1) de datum van 23 oktober voor het aanleveren van de polisvoorwaarden een streefdatum wordt, waarbij deze gegevens uiterlijk 1 november moeten worden aangeleverd; (2) de datum voor het aanleveren van het gecontracteerde zorgaanbod van het betreffende jaar wordt aangepast naar 1 januari, waarbij Zorgverzekeraar tot 1 maart gelegenheid krijgt aanvullende gegevens betreffende het zorgaanbod te verstrekken, indien blijkt dat niet aan de in Eis 3.3 opgenomen minimale contracteergraad wordt voldaan. Ten aanzien van de contracteergraad zal de toetsing voor het opvolgende jaar worden gebaseerd op de contracteergraad in het lopende jaar. Wij zijn van mening dat met deze wijzigingen Zorgverzekeraars voldoende tijd en gelegenheid hebben om de benodigde informatie aan te leveren, waarbij ook rekening wordt gehouden met de (inkoop)praktijk van Zorgverzekeraars.

108	Rubriek Overeenkomst	Onderdeel/ Artikel/ Eis Artikel	Nr. 6.1	(Vervolg)vraag 2e ronde Betreft vraag 40, 41, 43 en 94 uit NvI 1 In de aanloop naar de premiebekendmaking deelt elke zorgverzekeraar op verschillende momenten databestanden met Zorgweb met informatie over o.a. polisvoorwaarden, dekkingen en premies. Dit is een iteratief proces met meerdere bestandsuitwisselingen, controles en afstemmingsmomenten. O.a. vergelijkers zijn afnemers van de data die uiteindelijk door Zorgweb gedeeld wordt. In dit proces wordt de planning bepaald. U eist dat wij voor 23 oktober databestanden aanleveren. De eerste aanlevering vindt voor de gestelde datum plaats. Wij wijzen u er echter op dat in de opvolgende testfase(s) wij bij controles op bevindingen kunnen stuiten (die niet vooraf in te schatten zijn). Dit maakt dat het een iteratief proces is, waardoor het kan zijn dat de data in zorgweb na 23 oktober pas juist en volledig is. Wij adviseren u om de beoordeling pas uit te voeren na een signaal van zorgweb en/of zorgverzekeraars dat de data juist en volledig is.	Antwoord 2e vragenronde Zie het antwoord op vraag 107.
109	Overeenkomst	Artikel	6.1	Artikel 6.1 Overeenkomst - vervolgvraag: Bij de voorwaarden van de basisverzekeringen dienen soms aanpassingen te worden doorgevoerd na opmerkingen vanuit de NZa, waardoor de deadline van 23 oktober wel eens overschreden wordt. Dit ligt buiten onze invloed. Kunt u ermee akkoord gaan dat de deadline van 23 oktober geldt voor de aanvullende verzekeringsvoorwaarden? En dat -indien echt noodzakelijk- voor de basisverzekering de voorwaarden in concept worden aangeleverd? Met mogelijk later een definitieve versie.	Zie het antwoord op vraag 107.
110	Overeenkomst	Artikel	11.1	vraag 59 Overeenkomst 11.1 Vraag: Zoals aangegeven is de provisie 2,7 keer hoger dan op dit moment het geval is. U geeft in uw antwoord aan dat het een op kosten gebaseerde bijdrage is aan de structurele ondersteuning van gemeenten. Provisie is een onderdeel in de kosten van de zorgverzekeraar die door alle premiebetalende verzekerden moet worden opgebracht. Daarmee is het een element waar we verantwoording over moeten en willen afleggen. Het is voor ons van groot belang dat duidelijk is hoe deze uitgaven ten gunste komen van onze verzekerden. Een belangrijk uitgangspunt is: beloning volgt werk, daar waar werkzaamheden worden verricht mag een passende beloning worden betaald. De toegekende beloning moet ook daadwerkelijk overeenkomen met de geleverde diensten. Hier zit een dilemma, de provisie zoals deze gevraagd wordt, zal elk jaar blijven stijgen met de oplopende premies op BV en AV. In onze ogen staat dit niet in verhouding met de hoeveelheid werk dat daarvoor gedaan wordt of gaat worden. En is er tevens een grens aan de verhouding premie-equivalenten waarover provisie wordt betaald in relatie tot de hoeveelheid werk die dit voor VNG kost. U geeft aan dat de vergoeding onder andere wordt ingezet voor de ondersteuning van gemeenten bij de implementatie van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Betekent dit dat VNG risicobeheer ook veranderingen doorvoert op het gebied van bedrijfszorg, richting de gemeenten? Op dit moment ligt daarvoor nog een grote rol bij de zorgverzekeraars. Kunnen zij dan daardoor een stap terug doen? Gezien bovenstaande willen wij een dringend beroep doen op VNG risicobeheer om de gevraagde provisie te vertalen naar een bedrag per premiebetalende verzekerde, los van de hoogte van de premie en/of de verzekerde een aanvullende verzekering sluit of niet. En in overleg met zorgverzekeraars te kijken naar een acceptabele cap zodat de betaalde vergoeding uitlegbaar blijft.	Wij houden vast aan deze provisie en de wijze van berekening van de provisie. Zoals in antwoord op vraag 59 opgemerkt, is de vergoeding afgestemd op de feitelijke uitvoeringslast en betreft het nadrukkelijk geen winstgedreven vergoeding. In het antwoord zijn voorbeelden genoemd waarvoor de vergoeding onder meer is bedoeld. Zoals in opgemerkt in het antwoord op vraag 117 zal VNG Risicobeheer mogelijk ook een taak krijgen bij het ondersteunen bij de inkoop van bedrijfszorg. VNG Risicobeheer zal periodiek verantwoording afleggen over de besteding van de provisie-inkomsten.
111	Overeenkomst	Artikel	14.4	Betreft vraag 70 in NvI In het antwoord op vraag 70 wordt aangegeven dat de VNG vasthoudt aan een opzegtermijn van 12 maanden (artikel 14.4 Overeenkomst). Wij hebben begrip voor het feit dat een relatief lange opzegtermijn nodig is om bij opzegging van de overeenkomst voldoende tijd te hebben voor een zorgvuldige afwikkeling e.d. Echter, deze opzegtermijn is niet redelijk en niet proportioneel in gevallen dat VNG op basis van artikel 9 van de overeenkomst per 1 maart wijzigingen wil doorvoeren in de eisen, waar een zorgverzekeraar niet aan kan of wil voldoen. Voor zover opzegging vóór 1 januari van het nieuwe jaar niet mogelijk is (vanwege een opzegtermijn van 12 maanden), moet artikel 9.4 van de Overeenkomst dan zo worden begrepen dat de overeenkomst eindigt wanneer de VNG op basis van artikel 9 van de overeenkomst per 1 maart wijzigingen wil doorvoeren in de eisen, waar een zorgverzekeraar niet aan kan of wil voldoen? In dat geval eindigt de overeenkomst op 1 januari. De facto zou dat een kortere beëindigingmogelijkheid opleveren dan de opzegmogelijkheid in artikel 14.4. Graag vernemen wij hoe VNG hier tegen aan kijkt en of de interpretatie van ons van artikel 14.4 juist is.	Wij stemmen ermee in de opzegtermijn van artikel 14.4 aan te passen in het geval Opdrachtgevers wijzigingen als bedoeld in artikel 9.1 bekend maken binnen de opzegtermijn van twaalf maanden van artikel 14.4. Daartoe zal artikel 14 worden aangevuld met een bepaling op grond waarvan in het geval Opdrachtgevers na 1 januari wijzigingen bekendmaken voor het opvolgende jaar, Zorgverzekeraar de Overeenkomst binnen een maand na deze bekendmaking kan opzeggen tegen 1 januari van het opvolgende jaar.

112	Rubriek Overeenkomst	Onderdeel/ Artikel/ Eis Artikel	Nr. 15.1	(Vervolg)vraag 2e ronde Betreft vraag 71 in NvI Het antwoord op vraag 71 is onredelijk. Zorgverzekeraar wil hier verduidelijken dat het in artikel 15.1 gaat om een situatie waarin de NZa de zorgverzekeraar een verplichting oplegt om -kort gezegd - in lijn met de wet te handelen. Hoe een zorgverzekeraar in die omstandigheden verplicht kan worden om schade te vergoeden die ontstaat doordat zij nota bene de wet naleeft valt niet te begrijpen. Wil de VNG gecompenseerd worden wanneer eerdere onrechtmatige afspraken niet langer nageleefd kunnen worden? Wij menen dat deze bepaling nietigheid/vernietigbaarheid riskeert op grond van artikel 3:40 BW. Immers, wat in het artikel feitelijk wordt verlangd is dat de leden van de VNG worden gecompenseerd voor de onrechtmatige situatie die niet langer mag voortbestaan van de toezichthouder. Wij willen u nogmaals dringend verzoeken om artikel 15 te schrappen of aan te passen.	Antwoord 2e vragenronde Wij merken op dat het AMM-instrument van artikel 48 Wmg is bedoeld om de marktwerking in de zorg te waarborgen en een gelijk speelveld te creëren. Artikel 48 Wmg voorziet in ex ante instrumenten, die moeten voorkomen dat concurrentie op de markt wordt verhinderd. Van misbruik van een machtspositie of enige andere vorm van onrechtmatig handelen hoeft, anders dan de vragensteller veronderstelt, dus nog geen sprake te zijn. Van enige compensatie voor een onrechtmatige situatie is dus evenmin sprake. Wij houden vast aan deze bepaling in de Overeenkomst.
113	Overeenkomst	Artikel	17.3	Vraag 75 Overeenkomst 17.3 Vraag: U geeft aan dat de beperking van de aansprakelijkheid in verhouding staat met de huidige overeenkomst. Zoals dit nu is opgenomen is dit echter niet gelijk aan de huidige overeenkomst. Is het mogelijk om dezelfde aansprakelijkheidsbeperking te hanteren zoals die nu in de huidige overeenkomst is opgenomen (€ 2.000.000,-)?	Het is juist dat dit percentage hoger is dan in de huidige overeenkomst. Vanwege prijsontwikkelingen, achten Opdrachtgevers een hogere aansprakelijkheidsbeperking redelijk. Wij houden daarom vast aan de in de Overeenkomst opgenomen aansprakelijkheidsbeperking.
114	Programma van Eisen	Eis	2.4	2.4 PvE - vervolgvraag: Kan er worden vanuit gegaan dat hier aansluiting wordt gezocht bij artikel 13 lid 5 Zvw en het verzoek zoals hier is opgenomen enkel geldt in gevallen van artikel 13 lid 5 Zvw?	Ja, er kan worden uitgegaan van aansluiting bij artikel 13, lid 5 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De in het Programma van Eisen opgenomen eis geldt enkel voor situaties, zoals bedoeld in artikel 13, lid 5 Zvw.
115	Programma van Eisen	Eis	2.4	Betreft vraag 83 uit NvI 1 Het antwoord op vraag 83 heeft betrekking op eis 2.4 in het PvE. Deze eis bepaalt: "Indien Inschrijver op enig moment een zorgverlener of zorginstelling uitsluit van contractering, zal Inschrijver na de datum van uitsluiting de eerste factuur voor de aan Verzekerde geleverde prestatie van die zorgverlener of zorginstelling vergoeden alsof het om gecontracteerde zorg gaat. In voorkomend geval, informeert Inschrijver de Verzekerde schriftelijk over een passend alternatief bij een gecontracteerde zorgverlener/zorginstantie." Deze eis valt niet goed te begrijpen. Zorgverzekeraar wil ten eerste verduidelijken dat het haar vanwege privacyregels niet is toegestaan om verzekerden bij prolongatie individueel te benaderen dat de zorgaanbieder waar zij zorg afnemen niet langer gecontracteerd is in het nieuwe jaar. Ook praktisch gezien is dit ondoenlijk. Wel worden verzekerden bij prolongatie in staat gesteld te controleren of de zorgaanbieders waar zij zorg afnemen gecontracteerd zijn. Indien een zorgverzekeraar de verzekerde bij prolongatie in staat stelt te controleren of de zorgaanbieder waar de verzekerde zorg afneemt wel/niet gecontracteerd is voor het nieuwe jaar, hoe redelijk is het dan dat de zorgverzekeraar alsnog de eerste nota moet betalen, wanneer de verzekerde geïnformeerd is c.q. had kunnen zijn over het feit dat de zorgaanbieder niet langer gecontracteerd is? Op grond van artikel 4 van de Regeling transparantie zorgaanbieders (Regeling transparantie zorgaanbieders - TH/NR-035 - Nederlandse Zorgautoriteit) is de zorgaanbieder verplicht de verzekerde te informeren over het feit of hij wel/niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar. Zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar informeren de verzekerde hierover. Bij deze stand van zaken is het een onredelijke risicoallocatie (en in strijd met het proportionaliteitsbeginsel) wanneer zorgverzekeraar de eerste nota moet vergoeden, als ware het gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraar verzoekt u met klem deze bepaling aan te passen, in die zin dat zorgverzekeraar niet tot vergoeding behoeft over te gaan, wanneer de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar de verzekerde inlicht heeft. Indien de VNG hier niet toe bereid is, kan de VNG dan toelichten waarom het in haar optiek proportioneel is om de risico's bij de zorgverzekeraar neer te leggen, wanneer de zorgverzekeraar niet meer kán doen om het risico te voorkomen?	Zoals aangegeven in antwoord op vraag 114, geldt deze eis alleen in situaties, zoals bedoeld in artikel 13, lid 5 Zvw. Op grond van dat artikel geldt dat indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder eindigt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht houdt op zorgverlening voor rekening van de (voormalige) zorgverzekeraar. Met de eis is bedoeld te verduidelijken dat ten minste de eerste factuur moet worden vergoed, wat de wettelijke verplichting van artikel 13, lid 5 vanzelfsprekend onverlet laat. Dit hebben we in de eis verduidelijkt.

116	Rubriek Programma van Eisen	Onderdeel/ Artikel/ Eis Eis	Nr. 3.2	(Vervolg)vraag 2e ronde Betreft vraag 92 in NvI In het antwoord op vraag 92 wordt verduidelijkt dat de VNG vasthoudt aan eis 3.2 in het Programma van Eisen, waarin eisen worden gesteld aan de hoogte van de vergoeding bij nietgecontracteerde zorg bij combinatie- en naturopolissen. Deze eis doet vermoeden dat de VNG de eisen toeschrijft naar één specifieke zorgverzekeraar. Hier komt bij dat percentages die de VNG voorschrijft dusdanig hoog zijn, dat deze zorgverzekeraars belemmeren bij zorginkoop. De mogelijkheid voor zorgverzekeraars om bij inkoop het verschil te maken (door bijvoorbeeld kwaliteit te belonen) wordt ondergraven, wanneer ook niet gecontracteerde partijen een relatief hoge vergoeding krijgen. Sturing door inkoop wordt zo onmogelijk en zorgaanbieders zullen hierdoor ook eerder in overweging nemen om niet te contracteren met zorgverzekeraars (omdat zij toch een relatief hoge vergoeding krijgen wanneer zij niet gecontracteerd zijn). Alleen al om deze reden zijn de gestelde eisen niet redelijk. Bovendien kunnen de gestelde eisen strijd opleveren met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Een 80% vergoeding van een behandeling die honderdduizend euro's kost, kan namelijk wel degelijk een hinderpaal opleveren. Terwijl 60% van een behandeling van enkele tientallen euro's geen hinderpaal oplevert. Door percentages te hanteren, wordt geen rekening gehouden met de daadwerkelijke kosten, die maken of een hinderpaal aanwezig is of niet. Bovendien doen deze eisen in zeer grote mate afbreuk aan het concurrentievermogen van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen zich juist onderscheiden op basis van de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg. Dat concurrentievermogen is er niet bij handhaving van deze eisen. Deze eisen leiden er mogelijk toe dat zorgverzekeraar specifiek voor de VNG een aparte polis (met een apart prijskaartje) zou moeten creëren. Dit terwijl het juist de bedoeling van inschrijver is om een polis-oerwoud te voorkomen. Dit is ook de wens van VWS. Indien de VNG vasthoudt aan deze eisen, dan zal zorgverzekeraar in overweging nemen om niet in te schrijven op de toelatingsprocedure. Zorgverzekeraar verzoekt u met klem om de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg over te laten aan zorgverzekeraars, te meer nu het hinderpaalcriterium in de Zorgverzekeringswet al zorgt voor voldoende keuzevrijheid.
117	Programma van Eisen	Eis	5.1	Regel 18, eis 5.1 PvE - Vervolg vraag: Uit uw antwoord begrijpen wij dat een aanbesteding nodig is vanuit de werkgevers (gemeenten e.a. deelnemende organisaties). Het huidige contract waarin Bedrijfszorg is geborgd, wordt zowel door werkgevers als zorgverzekeraars als interessant ervaren juist omdat inzet van interventies een cruciale variabele is voor het behoud en het verhogen van duurzame inzetbaarheid en vitaliteit van de ambtenaren. Het wegvallen van bestaande contracten is een risico voor de landelijke doelstelling om het verzuim te verlagen. Voor de gemeenten waarmee we als bestaande aanbieder een samenwerking hebben, wordt samenwerken bemoeilijkt wanneer het bestaande contract wordt beëindigt. Deelvraag1: Mogen wij ervan uitgaan dat VNG, gezien de eigen VNG ambities en gezien bovenstaande zorg, een betekenisvolle rol zal innemen in óf a) het centraal aanbesteden van Bedrijfszorg tegen 1 januari 2027 óf b) het ondersteunen van aanbestedingstrajecten die mogelijk komend jaar volgen vanuit gemeenten? Deelvraag2: Kunnen wij ervan uitgaan dat VNG een rol oppakt in de contract-loze periode voor Bedrijfszorg in 2026? Hiermee bedoelen wij de periode waar bestaande contracten beëindigd zijn tot het moment van een nieuwe (centrale) aanbestedingsprocedure. Denk daarbij aan communicatie richting werkgevers over de toekomstplannen alsook gezamenlijke ambities, inclusief de rol van Bedrijfszorg daarbinnen.

Antwoord 2e vragenronde

Zoals aangegeven in de eerste nota van inlichtingen, kunnen Opdrachtgevers ieder jaar bezien in hoeverre (markt)ontwikkelingen aanleiding geven om de vergoedingspercentages te herzien. Op dit moment zien wij geen aanleiding om de in Eis 3.2 genoemde percentages te herzien. Wij vinden het van belang dat Werknemers ook keuze krijgen uit verzekeringspakketten, waarbij ook bij niet-gecontracteerde zorg een goede vergoeding wordt geboden.

Dat deze eis in strijd zou komen met het hinderpaal-criterium onderschrijven Opdrachtgevers niet. Uit artikel 13 lid 1 Zvw volgt dat een verzekerde recht heeft op een door de verzekeraar te bepalen vergoeding, maar dat deze vergoeding niet zo laag mag zijn dat die daardoor een feitelijke hinderpaal vormt. Het betreffen hier echter minimeisen, waarbij Zorgverzekeraars ook hogere vergoedingen mogen bieden. Deze eisen doen naar onze mening ook geen afbreuk aan het concurrentievermogen van de Zorgverzekeraar. Zorgverzekeraar staat het vrij om naast de twee basisverzekeringen waar Eis 3.2 betrekking op heeft, ook andere basisverzekeringen aan te bieden, met andere vergoedingspercentages en zich daarmee te onderscheiden.

Deelvraag 1: Opdrachtgevers onderzoeken momenteel de mogelijkheden voor het organiseren van een gezamenlijke of centrale inkoopstructuur per 1 januari 2027. In dit kader is nog geen besluit genomen. Indien wordt besloten tot centrale aanbesteding, dan zal VNG Risicobeheer hierin een regisserende en faciliterende rol vervullen richting de Werkgevers. Deze rol zal alsdan nog nader worden ingevuld. Indien wordt gekozen voor decentrale aanbestedingstrajecten, zullen Opdrachtgevers bezien op welke wijze zij gemeenten hierbij kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van modeldocumenten, procesbegeleiding of het delen van best practices. Ook deze rol zal alsdan nog worden ingevuld.

Deelvraag 2: Omdat de inkoop van bedrijfszorg een verantwoordelijkheid is van de Werkgevers, is het primair aan hen om de inkoop vorm te geven. Zij zijn zich van deze verantwoordelijkheid bewust. Opdrachtgevers, noch VNG Risicobeheer heeft in deze een uitvoerende rol. Wel verkent VNG Risicobeheer op welke wijze zij Werkgevers bij de inkoop kan ondersteunen.