

**Maatschappelijk verslag 2011**  
**DSW Zorgverzekeraar**

## Inhoudsopgave

<b>1. AANBIEDING DOOR DE RAAD VAN BESTUUR</b>	<b>4</b>
1.1. VERANTWOORDING IN HOOFDLIJNEN DOOR DE RAAD VAN BESTUUR	4
1.2. MAATSCHAPPELIJK VERSLAG	6
<b>2. VERSLAG RAAD VAN COMMISSARISSEN</b>	<b>7</b>
2.1. TERUGTREDEN RAAD VAN COMMISSARISSEN	7
2.2. NEVENFUNCTIES VAN DE COMMISSARISSEN	7
2.3. BELONING VAN DE COMMISSARISSEN	8
2.4. RELATIE MET DE ACCOUNTANT	8
<b>3. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE</b>	<b>9</b>
3.1. AARD VAN DE ACTIVITEITEN	9
3.2. GEOGRAFISCHE GEBIEDEN	9
3.3. STRUCTUUR VAN DE ORGANISATIE	9
3.4. DIENSTVERLENENDE PROCESSEN	11
3.5. CONCERNSTRUCTUUR/ALLIANTIES EN SAMENWERKINGSVERBANDEN	12
3.6. WERKZAAMHEDEN VOOR DERDEN	13
3.7. WERKZAAMHEDEN DOOR DERDEN	13
3.8. ONDERSCHIED PUBLIEK EN PRIVAAT	14
<b>4. VISIE EN BELEID</b>	<b>15</b>
4.1. VISIE	15
4.2. BELEID	17
4.2.1. <i>Financiën</i>	17
4.2.2. <i>Investerings (en desinvesteringen)</i>	18
4.2.3. <i>Organisatie en beheersing van bedrijfsprocessen</i>	18
4.3. NALEVING WETTELIJKE VERPLICHTINGEN	19
4.3.1. <i>Toegang van de verzekerde tot de zorgverzekeringsmarkt</i>	19
4.3.2. <i>Toegang van de verzekerde tot de zorg</i>	20
4.3.3. <i>Betaalbaarheid van de zorg</i>	24
4.3.4. <i>Verantwoording overige wettelijke verplichtingen van de Zvw</i>	29
4.3.5. <i>Privacy van persoonsgegevens</i>	30
4.4. CONSUMENTENBELANGEN	31
4.4.1. <i>Relaties met verzekerden</i>	31
4.4.2. <i>Premievaststelling</i>	34
<b>5. STURING EN BEHEERSING</b>	<b>36</b>
5.1. BEDRIJFSVOERING EN CORPORATE GOVERNANCE	36
5.1.1. <i>Taken en verantwoordelijkheden</i>	36
5.1.2. <i>Verantwoording over naleving van de gedragscodes</i>	37
5.1.3. <i>Toelichting op het interne risicobeheersings- en controlesysteem</i>	38
5.1.4. <i>Naleving relevante wet- en regelgeving</i>	38
5.1.5. <i>Externe accountant</i>	39
5.2. DIALOOG MET BELANGHEBBENDEN	40
5.2.1. <i>Dialoog met verzekerden en patiënten(organisaties)</i>	40
5.2.2. <i>Dialoog met zorgverleners</i>	40
5.2.3. <i>Aanwijzingen toezichhoudend college</i>	40

5.2.4.	<i>Belangenafwegingen</i> .....	40
<b>6.</b>	<b>PRESTATIES IN RELATIE TOT BELANGHEBBENDEN</b> .....	<b>41</b>
6.1.	KWALITEIT VAN INFORMATIE EN DIENSTVERLENING .....	41
6.1.1.	<i>Informatieverstrekking aan verzekerden</i> .....	41
6.1.2.	<i>Aantal en aard van klachten en geschillen</i> .....	42
6.1.3.	<i>Mutatieverwerking</i> .....	43
6.1.4.	<i>Afhandelingstermijn restitutenota's</i> .....	44
6.1.5.	<i>Zorgbemiddeling</i> .....	44
6.1.6.	<i>Verzekerdentevredenheid</i> .....	45
6.2.	RELATIE MET ZORGAANBIEDERS .....	45
6.2.1.	<i>Betalingstermijn</i> .....	45
6.3.	PERSONEELSBELEID EN WERKSFEER .....	46
6.3.1.	<i>Opleiding en training</i> .....	46
6.3.2.	<i>Ziekteverzuim</i> .....	46
6.3.3.	<i>Personeelsverloop</i> .....	46
6.3.4.	<i>Ongewenst gedrag</i> .....	46
6.4.	SAMENLEVING: FINANCIËEL-ECONOMISCHE KENGETALLEN .....	47
<b>BIJLAGE 1:</b>	<b>TABEL KWALITEIT, TIJDIGHEID EN BEREIKBAARHEID VAN ZORG</b> .....	<b>48</b>
<b>BIJLAGE 2:</b>	<b>NALEVING CODE VERZEKERAARS</b> .....	<b>51</b>

## 1. Aanbieding door de Raad van Bestuur

### 1.1. Verantwoording in hoofdlijnen door de Raad van Bestuur

#### Premie basisverzekering

De premie voor de basisverzekering is al sinds 2006 een belangrijke factor in de keuze van verzekerden voor een zorgverzekeraar. Om deze reden hanteren veel zorgverzekeraars scherpe premies speciaal voor collectiviteiten en labels exclusief voor internet. DSW is van mening dat je heel zorgvuldig moet omgaan met de solidariteit van de basisverzekering, daarom besteden we er ook extra veel aandacht aan in onze communicatie. Je moet je klanten namelijk serieus nemen, vertrouwen is hierin dan ook essentieel.

#### - *Wéér als eerste met de premie*

DSW heeft voor 2012 opnieuw als eerste zorgverzekeraar de premie bekend gemaakt. Sinds de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is DSW ieder jaar de zorgverzekeraar die als eerste de nieuwe premie bekendmaakt. Wij kunnen dat zo snel, omdat wij onze zaken goed op orde hebben. Bovendien hoeven wij niet ingewikkeld te berekenen hoeveel hoger de individuele premie moet zijn, om een korting aan collectieve verzekerden te financieren. Iedereen betaalt bij ons namelijk precies dezelfde premie voor de basisverzekering.

#### - *Transparantie*

Dat wij de premie zo snel mogelijk bekendmaken, komt ook omdat we transparant willen zijn naar onze verzekerden. Wij vinden het van belang dat onze verzekerden op een zo vroeg mogelijk tijdstip op de hoogte zijn van onze premie voor het volgende jaar. In 2011 zijn we echter nog verder gegaan in ons streven naar transparantie rondom te premie. DSW heeft de opbouw van haar premie 2012 voor iedereen raadpleegbaar op haar internetsite geplaatst. Zo kan iedereen zien dat wij geen opslag hanteren voor winst of collectiviteiten, hoe hoog onze bedrijfskosten zijn en wat de verdere bestanddelen in de opbouw van de premie zijn.

#### - *Onze premie: "goedkoper kan niet, duurder hoeft niet"*

De premie voor de basisverzekering is voor 2012 vastgesteld op € 102,50 per maand (€ 1.230 per jaar) voor alle verzekerden vanaf 18 jaar. De premie wordt nét kostendekkend vastgesteld. Goedkoper kan niet, duurder hoeft niet. Wij geven vanaf de start van de basisverzekering in 2006 geen korting aan collectiviteiten.

#### Verstoring van gelijk speelveld door wijzigingen in vereveningsbijdrage

Als relatief kleine en vooral regionaal werkende zorgverzekeraar is DSW zeer afhankelijk van de kwaliteit van het risicovereveningssysteem. Het risicovereveningssysteem wijzigt met ingang van 2012, waardoor zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. De minister heeft in een brief aan de Tweede Kamer onder andere gemeld dat de wijzigingen, waaronder het afbouwen van de ex-post compensaties, niet onevenredig neerslaan bij kleine zorgverzekeraars.

DSW heeft bezwaar aangetekend tegen de vaststelling van de ex ante vereveningsbeschikking voor 2012. De kern van het bezwaar van DSW is dat als gevolg van de voornoemde wijzigingen het gelijke speelveld op de zorgverzekeringsmarkt verder wordt

verstoord doordat wij als kleine, regionaal georiënteerde zorgverzekeraar onevenredig zwaar worden benadeeld ten opzichte van de grote, wel in concernverband werkende, zorgverzekeraars.

De overheid heeft bij het vaststellen van haar gewijzigde beleid onvoldoende rekening gehouden met de belangen van kleine zorgverzekeraars, zoals DSW. DSW heeft sterke aanwijzingen dat de werkelijke gezondheidsrisico's van haar verzekerdenportefeuille onvoldoende wordt gecompenseerd door de aan de gewijzigde vereveningscriteria gekoppelde normbedragen. Deze normbedragen zijn in onze optiek dan ook onvoldoende statistisch onderbouwd. Uit onderzoek dat het ministerie jaarlijks uit laat voeren, de zogenoemde 'Overall toets risicovereveningsmodel somatische zorg', blijkt dat het resultaat 'variabele ziekenhuiszorg en overige prestaties' in Rotterdam en Den Haag in 2012 zowel absoluut als ten opzichte van de andere grote steden substantieel is verslechterd ten opzichte van eerdere jaren. DSW kent als regionale zorgverzekeraar een grote oververtegenwoordiging in de regio Rotterdam en Den Haag, en een grote ondervertegenwoordiging in Amsterdam en Utrecht. Op basis van dit onderzoek blijkt dat het risicovereveningsmodel tot een fors aantoonbaar verlies voor DSW leidt.

#### Uitholling van solidariteit door acquisitie op doelgroepen

Reeds eerder heeft DSW haar zorgen geuit over de manier waarop andere zorgverzekeraars zich aan het brede publiek presenteren. Om de gunst van de verzekerde wordt nog steeds stevig gestreden. Cadeautjes bij een polis in de vorm van iPad of spelcomputer zijn geen uitzondering meer. Van een andere orde is de toename van het actief benaderen van bepaalde doelgroepen. Internetverzekeringen gericht op jongeren en speciale labels voor hoogopgeleide mensen zijn hier duidelijke voorbeelden van. Hierbij arbitreran zij op een niet optimaal werkend vereveningssysteem door met name de goede risico's uit de markt te selecteren. DSW is van mening dat deze voortgaande ontwikkeling het solidariteitsprincipe dat ten grondslag ligt aan het verzekeren ondergraft. Het is nu eenmaal de bedoeling dat jong voor oud, gezond voor ziek en –algemener- de weinig consumerende meebetaalt aan de kosten van de veel consumerende.

#### De klant waardeert wat we doen

Dat wij zaken anders aanpakken blijft niet onopgemerkt bij onze verzekerden. Iets wat tot uiting komt in het feit dat wij over 2011 wederom in het jaarlijkse klanttevredenheidsonderzoek van Nivel drie sterren scoren, de hoogst mogelijke score. Wij zien dit als een enorm compliment dat onze verzekerden ons keer op keer blijven geven.

#### Betere benutting ICT mogelijkheden

Het zorgvuldig omgaan met de hoogte van onze premie, betekent ook dat we goed letten op de bedrijfskosten van onze organisatie.

De door ons gebruikte, zelf ontwikkelde, programmatuur staat in de bijzondere belangstelling van collega zorgverzekeraars. Vooruitlopend op de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars strekt deze interesse zich ook uit naar onze automatisering op het gebied van de AWBZ in het algemeen en het PGB in het bijzonder.

De hierdoor dalende kosten voor onze eigen organisatie komen vanzelfsprekend ten goede aan onze verzekerden.

## 1.2. Maatschappelijk verslag

Het maatschappelijk verslag is opgesteld in brede afstemming binnen de organisatie en tracht de activiteiten van DSW Zorgverzekeraar zo transparant en helder mogelijk te verantwoorden. Diverse activiteiten die in 2011 zijn ondernomen, komen aan bod. In principe betreft het activiteiten op het terrein van de basisverzekering, maar deze staan niet altijd los van de activiteiten voor de aanvullende verzekeringen.

Schiedam, april 2012

C.A.C.M. Oomen, voorzitter

F.C.W. ten Brink

## 2. Verslag Raad van Commissarissen

In het verslagjaar bestond de Raad van Commissarissen uit drie personen: de heren L.A. van Eijk (voorzitter), C. Mostert en F.C.W. Briët. In de drie vergaderingen die in 2011 hebben plaatsgevonden is onder meer aandacht besteed aan:

- het maatschappelijk verslag 2010 (inclusief jaarrekening);
- het accountantsverslag 2010;
- rapportages toezichthouders;
- de financiële rapportages;
- ontwikkelingen in de regio;
- de overstapronde 2010-2011;
- maximering reserve Ziekenfondswet;
- Solvency II;
- beloningsbeleid;
- DNB besluitvormingsproces;
- Wijzigingen in het risicovereveningssysteem;
- Premie 2012;
- Interesse van zorgverzekeraars in automatiseringssysteem van DSW.

### 2.1. Terugtrekken Raad van Commissarissen

In november 2011 heeft de Raad van Commissarissen zelf besloten terug te treden naar aanleiding van een verschil van inzicht. Dit besluit hebben zij middels een brief kenbaar gemaakt aan De Nederlandsche Bank. In deze brief benadrukken de leden van de Raad van Commissarissen dat zij DSW een schitterend bedrijf te vinden, een van de beste zorgverzekeraars van Nederland, met zeer goede prestaties en wensen zij DSW een voorspoedige toekomst.

Naar aanleiding van het besluit van de Raad van Commissarissen is, in nauwe afstemming met de voorzitter en de leden van de ledenraad, de heer C.J. de Swart benaderd om als (in)formateur op te treden in de totstandkoming van een nieuwe Raad van Commissarissen. De heer De Swart heeft op dit verzoek positief gereageerd en heeft inmiddels de nodige stappen gezet om te komen tot een spoedige opvolging van de teruggetreden Raad van Commissarissen.

### 2.2. Nevenfuncties van de commissarissen

Onderstaande tabel geeft de nevenfuncties van de leden van de Raad van Commissarissen weer.

Tabel 1 Nevenfuncties Raad van Commissarissen per 1 januari 2011

<i>L.A. van Eijk (voorzitter)</i>
- Voorzitter RvT OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
- Voorzitter RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Voorzitter RvC DSW Assurantiën B.V.
- Voorzitter RvC Delphi R & D B.V.
- Voorzitter bestuur Stichting Phoenix
- Eigenaar/directeur management B.V. Van Eijk & Partners
- Eigenaar/directeur management B.V. Van Eijken Holding
- Mede-eigenaar Kunstgalerie De Vijf Eijken

<i>C. Mostert</i>
- Voorzitter bestuur Varend Corso Westland
- Lid RvC Westland Infra
- Lid RvT OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
- Lid RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Lid RvC DSW Assurantiën B.V.
- Lid RvC Delphi R & D B.V.
- Lid bestuur Stichting Phoenix
- Lid bestuur Stichting tot beheer van de loswal 'De Bonnen'
- Lid comité van Aanbeveling Westlandse Druif
<i>F.C.W. Briët</i>
- Voorzitter RvC Flora Holland
- Lid RvC Alliander
- Lid RvC Monuta
- Lid RvA Boval
- Lid Administratiekantoor De Goudse
- Lid Administratiekantoor Van Lanschot Bankiers
- Lid RvT OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
- Lid RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.
- Lid RvC DSW Assurantiën B.V.
- Lid RvC Delphi R & D B.V.
- Lid bestuur Stichting Phoenix

### 2.3. Beloning van de commissarissen

De beloning van de Raad van Commissarissen van OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. bedraagt in het verslagjaar 2011 in totaal € 28.000.

### 2.4. Relatie met de accountant

Alle door de (externe) accountant opgestelde rapportages worden aan de Raad van Bestuur en aan de Raad van Commissarissen uitgebracht. Het accountantsverslag is door de Raad van Commissarissen in aanwezigheid van de accountant besproken.



### 3. Profiel van de organisatie

Om het verslag in de juiste context te kunnen plaatsen, is inzicht in het profiel van DSW Zorgverzekeraar nodig. Dit hoofdstuk gaat daarom in op onderwerpen als de activiteiten, de structuur en enkele kerncijfers van de organisatie.

#### 3.1. Aard van de activiteiten

Het maatschappelijk verslag beperkt zich tot de activiteiten van DSW Zorgverzekeraar: de uitvoering van de Zvw. De aangeboden aanvullende verzekeringen sluiten inhoudelijk aan op de basisverzekering.

#### 3.2. Geografische gebieden

DSW Zorgverzekeraar is een landelijk werkende zorgverzekeraar. Van oorsprong concentreert de verzekerdenpopulatie zich in de regio Delfland Westland Oostland (DWO) en Nieuwe Waterweg Noord (NWN). De invoering van de Zvw heeft in 2006 geleid tot een toename van verzekerden met bijna 30%. Het aantal verzekerden is daarna tot 2011 ieder jaar toegenomen. De beperkte daling per 1 januari 2012 wordt mogelijk veroorzaakt door de landelijke gesignaleerde overstap naar goedkopere (internet)labels en naar collectiviteiten met premiekorting.

Tabel 2 Verzekerdengroei per jaar (peilmoment 1 februari)

	<b>Groei</b>
2006	28,5%
2007	1,3%
2008	2,8%
2009	3,2%
2010	4,0%
2011	1,6%
2012	- 0,5%

Onderstaande tabel geeft de geografische spreiding van de verzekerden weer.

Tabel 3 Concentratie van verzekerden per 31 december 2011

	<b>2011</b>
Schiedam	43.200
Vlaardingen	41.400
Delft	39.500
Maasland/Maassluis	21.100
Westland	51.300
Oostland	15.000
Rotterdam en omgeving	66.700
Den Haag en omgeving	47.100
Rest van Nederland	53.400
Totaal	378.700

#### 3.3. Structuur van de organisatie

DSW Zorgverzekeraar is een onderlinge waarborgmaatschappij met uitgesloten aansprakelijkheid, die voor haar verzekerden de Zvw uitvoert.

De uitgesloten aansprakelijkheid betekent dat er geen verhaalsrecht is op de leden.

Het hoogste orgaan van DSW Zorgverzekeraar is de Ledenraad. Deze bestaat per 31 december 2011 uit de volgende personen:

- J.J. Franke, voorzitter
- H.B.L. Kho, secretaris
- C.W.L. van den Bos
- A.B. Gan
- G. van der Most
- H.E. Nauta-Geerts
- M.D. van der Stelt
- A.J.P. Verver-Charlier
- S.J. Warmenhoven

De Ledenraad kwam in het verslagjaar tweemaal bijeen, in aanwezigheid van de leden van de Raad van Commissarissen, de Raad van Bestuur en de directieleden. Geagendeerde onderwerpen waren onder meer het maatschappelijk verslag 2010 (inclusief jaarrekening), toetreding van nieuwe leden in de Ledenraad, de premie 2012, prestatie bekostiging en vrije prijsvorming, de samenstelling van de Raad van Commissarissen en de ontwikkelingen in de regio.

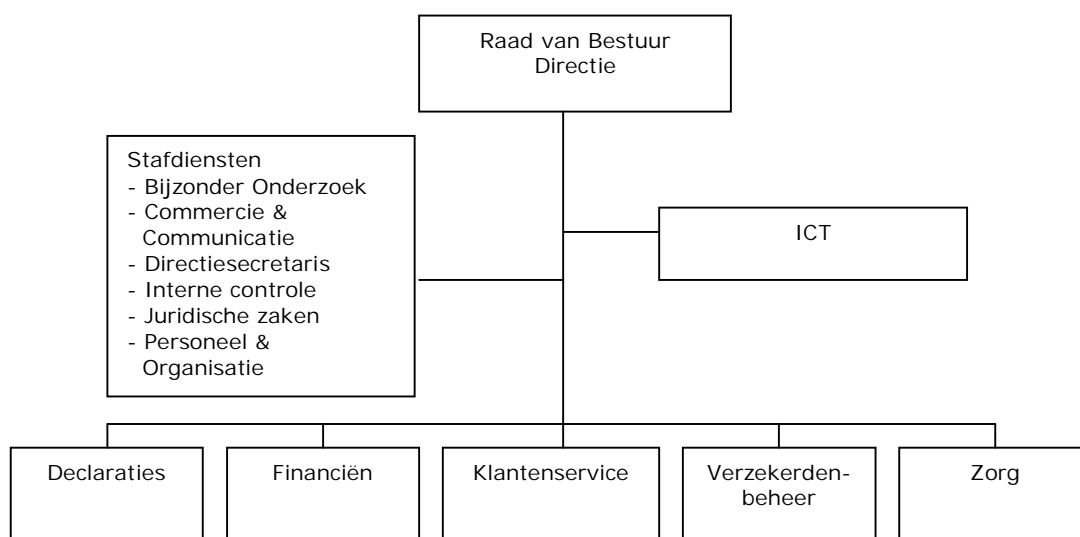
De Ledenraad delegeert zijn taken gedeeltelijk aan de Raad van Commissarissen (zie hoofdstuk 2), namelijk het toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken. Na het terugtreden van de Raad van Commissarissen heeft de Ledenraad tijdelijk deze taken zelf uitgeoefend.

De Raad van Bestuur bestaat uit de heren C.A.C.M. Oomen (voorzitter) en F.C.W. ten Brink. De directie bestaat uit de heren J.M.A. le Conge, D. Pons en J. Papac (adjunct).

Voor de honorering wordt verwezen naar het financieel jaarverslag.

In het organogram (figuur 1) zijn alle afdelingen weergegeven. In 2011 hebben geen wijzigingen in het organogram plaatsgevonden.

Figuur 1 Organogram per 31-12-2011



### 3.4. Dienstverlenende processen

DSW vindt het belangrijk dat de dienstverlening richting de verzekerden van hoog niveau is. Al vele jaren tonen onafhankelijke onderzoeken aan dat verzekerden onze inspanningen zeer positief ervaren. Dienstverlenende processen vinden voornamelijk plaats op de afdelingen Verzekerdenbeheer, Declaraties, Klantenservice en Zorg. Afdelingshoofden en teamleiders monitoren deze processen dagelijks via het managementinformatiesysteem 'Planning & Control'.

De afdeling Verzekerdenbeheer heeft onder meer de volgende taken:

- *Inschrijving*  
In het inschrijfproces vinden (geautomatiseerde) controles plaats op rechtmatigheid: de verzekerde moet rechtmatig in Nederland wonen of anders hier werken en op grond daarvan belasting betalen.
- *Uitschrijving*  
Uitschrijving in de loop van het jaar gebeurt op basis van schriftelijke berichten van verzekerden. Tevens worden overleden verzekerden en emigranten direct uitgeschreven na ontvangst van de melding via de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Aan het einde van het jaar worden bijna alle uitschrijvingen elektronisch ontvangen. Dit geschiedt via de door de gezamenlijke zorgverzekeraars opgezette overstapservice, die wordt uitgevoerd door VECOZO.
- *Mutaties*  
Mutaties worden gemiddeld binnen vijf werkdagen verwerkt. Verzekerden kunnen ook via de beveiligde internetomgeving 'MijnDSW' mutaties doorgeven. De verwerking hiervan gebeurt volledig geautomatiseerd met behulp van systeemcontroles. Ook adreswijzigingen vinden geheel geautomatiseerd plaats aan de hand van meldingen via de GBA.
- *Debiteurenbeheer*  
Aan het begin van elke maand biedt DSW de nominale premie ter incasso bij de verzekerde aan. Bij de meeste verzekerden (81%) gaat dit via automatische incasso.

De afdeling Declaraties houdt zich bezig met de verwerking en controle van declaraties. Bijna alle declaraties van zorgverleners worden via het portaal van VECOZO ontvangen. Ook in 2011 heeft dit tot een hoog percentage elektronisch ontvangen declaratieregels geleid (97%). Dit verbetert de kwaliteit en de doelmatigheid van de verwerking van de declaratieregels, mede doordat zorgverleners eenvoudig de verzekeringsgerechtigdheid en persoonsgegevens van verzekerden kunnen controleren. Ook handelt deze afdeling aanvragen, machtigingen en vragen over verstrekkingen en declaraties af. Door het gebruik van protocollen is er een uniforme verwerking van machtigingsaanvragen.

Op de afdeling Klantenservice vinden de meeste contacten met de verzekerden plaats. Dit gebeurt via de telefoon, e-mail, chat, de loketten in Schiedam, Vlaardingen en Delft en het mobiele loket. Alle algemene vragen worden hier beantwoord. Specifieke vragen worden door de desbetreffende afdelingen beantwoord.

De afdeling Zorg richt zich vooral op het inkopen van betaalbare, toegankelijke, doelmatige en kwalitatief hoogstaande zorg bij instellingen en beroepsbeoefenaren die zorg aanbieden in het kader van de Zvw. Hiertoe worden productieafspraken gemaakt en overeenkomsten gesloten.

De afdeling anticipeert eveneens op de vele ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en is betrokken bij het uitvoeren van het beleid dat aansluit bij deze ontwikkelingen. Daarnaast heeft de afdeling de volgende taken:

- Zij vormt het aanspreekpunt voor beleidsmatige vragen van zorgverleners en zorginstellingen.
- Medewerkers voeren in samenwerking met de afdeling Declaraties materiële controles op ingediende declaraties uit.
- Het team Zorgbemiddeling is beschikbaar om op verzoek van een verzekerde te bemiddelen bij knelpunten.
- De medisch adviseurs beoordelen casuïstiek van verzekerden in het kader van vergoedingen, machtigingen en verhaalszaken.

### 3.5. Concernstructuur/allianties en samenwerkingsverbanden

De rechtspersoon DSW Zorgverzekeraar maakte in het verslagjaar geen deel uit van een concern of alliantie. OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. is, als concessiehouder AWBZ, voor 100% aandeelhouder van Zorgkantoor DSW B.V.

DSW is bestuurlijk gelieerd, en heeft een intensief samenwerkingsverband, met OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.

DSW Zorgverzekeraar is bestuurlijk gelieerd aan de Stichting Phoenix. Deze stichting heeft ten doel het (doen) bevorderen van de volksgezondheid in het algemeen en meer in het bijzonder het (doen) stimuleren en plegen van al die activiteiten, welke de volksgezondheid, hetzij direct of indirect, ten goede komen.

DSW Zorgverzekeraar participeert direct in het volgende samenwerkingsverband:

- *Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)*  
De ZEL wil in de regio WSD (Westland, Schieland, Delfland) kwalitatief goede, onafhankelijke en zelfstandige huisartsenzorg ondersteunen, borgen en vernieuwen. DSW heeft vanaf januari 2008 een bestuurlijke inbreng in de ZEL, gezamenlijk met twee huisartsen en een onafhankelijk lid.

Daarnaast participeert DSW indirect, via de Stichting Phoenix, in diverse samenwerkingsverbanden:

- *Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG)*  
Deze stichting werkt in de regio's DWO en NWN. De FSG richt zich op het creëren van een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn door geschikte panden in eigendom te verwerven, deze exploitatiegereed te maken en te verhuren.
- *Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis*  
Eind 2008 hebben enkele belangrijke spelers uit de regionale gezondheidszorg zich verenigd in een coöperatie i.o., te weten het personeel en de medische specialisten van het Vlietland Ziekenhuis, DSW Zorgverzekeraar (via Stichting Phoenix), een coöperatie van regionale huisartsen en de verpleeghuisorganisaties Argos Zorggroep, Frankeland Zorggroep en Zorgcombinatie Nieuwe Maas. Dit samenwerkingsverband heeft ten doel de beschikbaarheid van kwalitatief goede ziekenhuiszorg in de regio te waarborgen en innovatieve zorgprojecten te stimuleren (zie ook paragraaf 4.1.).

### 3.6. Werkzaamheden voor derden

DSW Zorgverzekeraar verrichtte in 2011 voor de volgende organisaties administratieve en ondersteunende werkzaamheden, waarvoor vergoeding plaatsvindt op basis van integrale kosten.

Organisatie	Doelstelling
Zorgkantoor DSW B.V.	Uitvoering AWBZ in de regio NWN en DWO
OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.	Uitvoering Zorgverzekeringswet
DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.	Aanvullende verzekeringen voor DSW Zorgverzekeraar en Stad Holland Zorgverzekeraar
Stichting Phoenix	Activiteiten ter bevordering van de volksgezondheid
DSW Assurantiën B.V.	Intermediair voor verzekeringsovereenkomsten
Delphi R & D B.V.	Automatisering op het terrein van volksgezondheid
DSW Apotheken B.V.	Exploitatie van apotheken

### 3.7. Werkzaamheden door derden

DSW Zorgverzekeraar is aandeelhouder van drie organisaties die faciliterend zijn voor diverse organisaties in de gezondheidszorg:

- *VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg)*

VECOZO is opgericht om veilige communicatie via internet mogelijk te maken. De belangrijkste applicaties zijn de online controle op het verzekeringsrecht, het elektronisch declaratieportaal en de overstapservice. Zorgverleners kunnen met een wachtwoord van VECOZO het zorgverlenerdeel van de website van DSW Zorgverzekeraar benaderen.

- *Multizorg VRZ B.V.*

Multizorg VRZ B.V. is een zorginkoopcombinatie die de landelijke zorginkoop van B-DBC's bij ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek), geestelijke gezondheidszorg en hulpmiddelen realiseert. In de kernregio behoudt DSW Zorgverzekeraar echter zelf de zorginkoopfunctie. De zorginkoop van farmacie wordt voor geheel Nederland door DSW zelf gedaan. De andere zorgverzekeraars die (inclusief hun labels) zijn aangesloten bij Multizorg VRZ, zijn:

- ASR Ziektekostenverzekeringen;
- De Friesland Zorgverzekeraar;
- ONVZ Ziektekostenverzekeraar;
- Eno Zorgverzekeraar;
- Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid.

- *Vektis*

Vektis is het centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars. De gegevens over kosten van de gezondheidszorg in Nederland worden door Vektis verzameld en geanalyseerd.

De volgende werkzaamheden worden uitbesteed aan externe organisaties:

- een callcenter staat de afdeling Klantenservice bij in drukke periodes;
- via detacheringbureaus worden regelmatig specialisten, zoals onder andere ICT-ontwikkelaars, ingehuurd;
- een gerechtsdeurwaarder krijgt, conform het landelijke incassoprotocol, openstaande vorderingen van verzekerden overgedragen;
- een gespecialiseerd bedrijf verzorgt de productie van verzekerdenpasjes en polisbladen;
- een gespecialiseerd bedrijf verzorgt de verzending van grote mailings, waaronder acceptgiro's;
- een gespecialiseerd bedrijf faciliteert de uitwijkmogelijkheid voor de ICT-omgevingen;
- leveranciers van hulpmiddelen leveren, repareren en nemen specifieke bruikleenartikelen voor verzekerden in zoals hoog/laagbedden en sta-op-stoelen.

De kwaliteit van de werkzaamheden door derden wordt onder meer geborgd door Service Level Agreements, door frequent te overleggen met de desbetreffende organisaties en door wederzijdse terugkoppeling bij knelpunten en (steekproefsgewijze) controle van uitgevoerde werkzaamheden.

### 3.8. Onderscheid publiek en privaat

De uitvoering van de Ziekenfondswet was een publieke activiteit evenals de afwikkeling ervan. Eind 2008 zijn de laatste verantwoordingen ingediend bij het CVZ. In maart 2009 is van de NZa de finale afwikkeling van de per eind 2005 beëindigde Ziekenfondswet ontvangen. Dit onderzoek heeft, net als het eerste onderzoek in 2006, niet tot opmerkingen geleid. Eind november 2009 is de slotstand van de wettelijke reserve Ziekenfondswet van de NZa ontvangen en medio december van het CVZ de "Vaststelling maximering reserves ZFW 2005." Het CVZ heeft hierin vastgesteld dat de reserve van DSW per ultimo 2005 het gestelde maximum overschrijdt. Eind juli 2010 heeft het CVZ het bezwaar van DSW tegen het besluit ongegrond verklaard. DSW heeft in oktober 2010 bij de Raad van State beroep aangetekend tegen de beslissing op bezwaar van het CVZ. In september 2011 heeft de afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State dit beroep ongegrond verklaard.

Met de invoering van de Zvw is het zorgverzekeringsstelsel een private taak van de zorgverzekeraars geworden. De uitvoering van de Zvw komt in dit maatschappelijk verslag uitgebreid aan bod.

DSW Zorgverzekeraar is concessiehouder voor Zorgkantoor DWO en voor Zorgkantoor NWN. Deze beide zorgkantoren voeren de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) uit. De zorgkantoren zijn ondergebracht in Zorgkantoor DSW B.V.

## 4. Visie en beleid

### 4.1. Visie

#### Eigenzinnig

DSW vaart een eigen koers binnen de zorgverzekeringswereld. In tegenstelling tot andere verzekeraars geven wij niemand korting op de premie van de basisverzekering, ook niet aan collectiviteiten.

Het zorgstelsel in Nederland is namelijk gebaseerd op solidariteit: iedereen heeft dezelfde basisverzekering en de premie is niet afhankelijk van leeftijd of gezondheid. DSW vindt dat deze solidariteit in de basisverzekering zover hoort te gaan dat de hoogte van de premie ook niet afhankelijk mag zijn van het feit of een verzekerde collectief of individueel verzekerd is. Iedereen – individueel en collectief – betaalt bij ons dezelfde, net kostendekkende premie. In dit opzicht onderscheidt DSW zich bewust van alle zorgverzekeraars die collectiviteiten wel kortingen geven op de premie van de basisverzekering.

Verzekeraars die premiekorting geven aan collectief verzekerden, wekken de indruk dat dit mogelijk is omdat de (administratie)kosten lager zouden zijn. Collectiviteiten leiden echter niet tot lagere kosten. Integendeel: hoe meer collectiviteiten – met allemaal een eigen afspraak – hoe ingewikkelder de administratie. Alle verzekerden moeten immers gewoon individueel in de administratie worden verwerkt, ongeacht of zij deel uitmaken van een collectiviteit of niet. Ook de zorguitgaven zijn niet lager bij een collectiviteit, want verzekerden maken niet minder gebruik van zorg als ze collectief verzekerd zijn.

#### Vrije zorgverlenerkeuze

DSW voert vanaf de invoering van de Zvw slechts één polis. Deze polis is gebaseerd op twee belangrijke uitgangspunten:

- *Het gemak van natura*

DSW probeert met zoveel mogelijk zorgverleners tot afspraken te komen. Onderdeel van deze afspraken is, dat de zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert. Hierdoor heeft de verzekerde het gemak dat de kosten van de geleverde zorg niet voorgesloten hoeven te worden.

- *De voordelen van restitutie*

De verzekerde mag altijd zelf kiezen welke zorgverlener geconsulteerd wordt. Deze keuzevrijheid mag niet worden beperkt door de hoogte van de vergoeding. Als een verzekerde kiest om naar een niet-gecontracteerde zorgverlener te gaan, krijgt hij de kosten voor 100% vergoed tot maximaal het wettelijke of het marktconforme tarief.

Hiermee laat de polis zich volledig als restitutiepolis kwalificeren, terwijl wij hiervoor geen hogere premie vragen dan kostendekkend nodig is.

DSW constateert dat, zelfs binnen een restitutiepolis, de keuzevrijheid steeds vaker een eigen bijdrage zal vergen van haar verzekerden. Door middel van het voeren van een breed contracteringsbeleid probeert DSW de zorg voor haar verzekerden kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Dit wordt belangrijker nu de overheid steeds verder gaat met het vrijgeven van tarieven in de gezondheidszorg. Maar ook daar waar wettelijke maximum tarieven onze verzekerden zouden moeten beschermen tegen uitwassen, zoals bij de verslavingszorg binnen de GGZ, merken we dat het noodzakelijk is om de vergoeding van geconsumeerde zorg bij bepaalde instellingen te maximaliseren. Er zijn instellingen die binnen het wettelijk mogelijke er het maximale uit halen. In 2012 heeft

DSW in haar contacteerbeleid hiermee rekening gehouden. Bij de zorgverleners die geen overeenkomst met ons willen sluiten wordt tot maximaal de vastgestelde marktconforme vergoeding uitgekeerd.

#### Nieuwe ankerpunten voor onze organisatie

De ontwikkelingen rondom vrije tarieven in de gezondheidszorg, maar ook op het gebied van de vereveningssystematiek binnen de Zorgverzekeringswet, nopen ons om op zoek te gaan naar nieuwe ankerpunten om de uitgangspunten van onze organisatie te blijven borgen.

Inmiddels heeft dit onder andere vorm gekregen in allerlei vormen van bedrijfsbreed overleg. Doel hiervan is te komen tot het vaststellen van het inkoopbeleid van Zorg, met een daarop afgestemde premiestelling.

Verder zal DSW meer en meer een eigen koers varen op het gebied van Zorginkoop en we zullen vanzelfsprekend alternatieven moeten zoeken die de huidige wijze van zorginkoop kunnen vervangen.

Ook de toegenomen aandacht binnen onze organisatie voor fraude en bijzondere onderzoeken, alsmede het onderzoek naar de effecten van de wijzigingen binnen het risicovereveningssysteem, zijn in dit kader het vermelden waard.

#### Innovatie en kwaliteitsverbetering door regionale samenwerking

In de regio's Delfland, Westland, Oostland en Nieuwe Waterweg Noord stimuleert Stichting Phoenix de regionale gezondheidszorg. Voorbeelden van gefinancierde activiteiten zijn de realisatie van diverse projecten in zorginstellingen en wetenschappelijk onderzoek. DSW participeert via de Stichting Phoenix ook in de Facilitaire Stichting Gezondheidszorg (FSG) (zie paragraaf 3.5.).

#### *Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis*

Eind 2008 hebben enkele belangrijke spelers uit de regionale gezondheidszorg zich verenigd met de intentie deel te nemen in een nog op te richten coöperatie Vlietland Ziekenhuis. Zoals eerder beschreven is DSW Zorgverzekeraar via de Stichting Phoenix betrokken bij de coöperatie i.o. De stichting Phoenix maakt gebruik van de expertise van DSW. DSW en Stichting Phoenix zijn twee financieel zelfstandige organisaties. De deelname van Stichting Phoenix aan de coöperatie i.o. heeft dus geen enkel effect op de premie van de basisverzekering bij DSW Zorgverzekeraar. Dit samenwerkingsverband heeft ten doel de beschikbaarheid van kwalitatief goede zorg in de regio te waarborgen en innovatieve zorgprojecten te stimuleren.

Het momentum van deze doelstelling is inmiddels verlopen. In het verslagjaar is nog wel gehandeld volgens de principes die men voor ogen had, maar eind 2011 zijn de gesprekken gestart voor een lichtere coöperatieve structuur. Dit zal naar verwachting in 2012 zijn beslag krijgen.

#### *Stichting Zorggroep Eerste Lijn (ZEL)*

In onze regio zijn verschillende eerstelijns ondersteuningsorganisaties actief, zoals de Stichting Eerste Lijns Ondersteuning (ELO), het Transmuraal Zorg Bureau, de Centrale Huisartsenpost (CHP) Nieuwe Waterweg Noord, de CHP Westland en CHP Delft en de Huisartsenkring WSD.

Naar aanleiding van de ontwikkelingen rondom eerstelijns DBC's is tevens de ZEL opgericht. De huisartsen en DSW Zorgverzekeraar werken hierin sinds 2008 samen.



Deze samenwerking heeft verder vorm gekregen in de ZEL Beheer BV. Deze organisatie werkt ten behoeve van een coöperatieve vereniging van 180 huisartsen in de regio's Nieuwe Waterweg Noord en Delft Westland Oostland. DSW heeft een bestuurlijke inbreng gezamenlijk met twee huisartsen en een onafhankelijk lid. Ruim 90% van de huisartsen in de regio heeft zich aangesloten bij de ZEL.

De samenwerking tussen de ZEL en de ELO heeft geleid tot de verhuizing van de werkorganisatie van de ELO naar Naaldwijk, alwaar de ZEL is gehuisvest.

Door deze samenwerking en afstemming kunnen de huisartsen de (inhoudelijke) regierol naar zich toe trekken en kunnen de (eerstelijns- en regiobrede) inhoudelijke projecten slagvaardig worden opgepakt. Ook wordt efficiencywinst behaald, doordat:

- de overlap van de activiteiten van de organisaties wordt beperkt;
- activiteiten worden gecombineerd en gecoördineerd;
- een aantal back-office activiteiten gezamenlijk wordt georganiseerd.

Concrete activiteiten van de ZEL zijn het uitvoeren van de ketens diabetes en COPD, het voorbereiden van de uitvoering van de keten CVR, nascholing van huisartsen en het mede ontwikkelen van prescriptiebeleid.

Binnen de regio's NWN en DWO zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen verschillende zorgorganisaties voor een concrete samenwerking op ICT-gebied. Het doel van de deelnemers is om hiermee een push te geven aan de gezamenlijke ICT-inrichting, en een zichtbare voorsprong te creëren op het gebied van kwaliteit, bereikbaarheid, transparantie en ketenintegratie. De bestuurders hebben aangegeven te starten waar op dat moment een concrete behoefte is, en dan wellicht steeds meer vanuit de eigen instellingen te convergeren naar een gezamenlijke ICT-ondersteuningsorganisatie. Dit regionale samenwerkingsproces wordt gefaciliteerd door DSW Zorgverzekeraar in de vorm van projectbegeleiding en financiering.

## 4.2. Beleid

### 4.2.1. Financiën

De premie voor de basisverzekering bedroeg in 2011 € 1.194 op jaarbasis. De premie is voor alle premieplichtige verzekerden hetzelfde, aangezien DSW Zorgverzekeraar geen collectiviteitskortingen geeft.

DSW Zorgverzekeraar heeft deze premie opnieuw als eerste zorgverzekeraar bekendgemaakt. Op basis van de destijds beschikbare informatie is de premie net kostendekkend vastgesteld. Zoals uit de jaarrekening blijkt bedraagt in 2011 het resultaat € 12,8 miljoen positief, en wordt voor een belangrijk deel bepaald door de opbrengsten uit rente en beleggingen van € 6,0 miljoen en door een positief resultaat op zogenoemde 'oude jaren' van € 3,8 miljoen.

Vanaf 2006 vallen de zorgverzekeraars onder het toezicht van De Nederlandsche Bank (DNB). Bij de premieberekening wordt derhalve rekening gehouden met de solvabiliteitseisen van DNB. DSW Zorgverzekeraar voldoet ruimschoots aan de geldende solvabiliteitseisen en streeft, onder de huidige Wet op het financieel toezicht (Wft), naar een solvabiliteit van 200%. Met een aanwezige solvabiliteit per ultimo 2011 van 228% (2010: 214%) wordt voldaan aan de intern gestelde doelstelling.

#### 4.2.2. Investerings (en desinvesterings)

Voor het jaar 2011 worden, net als in 2010, geen bijzondere investeringen verwacht en is er derhalve geen aanvullende financieringsbehoefte.

#### 4.2.3. Organisatie en beheersing van bedrijfsprocessen

De administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) zijn vastgelegd in richtlijnen, procedurebeschrijvingen en werkinstructies. Het actualiseren van de procedurebeschrijvingen op basis van wijzigingen in de wet- en regelgeving is een continu proces dat ook in 2011 heeft plaatsgevonden.

#### Risicobeheer met betrekking tot financiële instrumenten

Gedurende het verslagjaar is het al sinds jaar en dag conservatieve beleggingsbeleid niet gewijzigd. Minimaal 50% van het wettelijk vermogen wordt in liquiditeiten en kortlopende deposito's aangehouden. Beleggingen zijn ondergebracht bij de KAS Bank N.V. en hebben plaatsgevonden in Europese obligaties en in aandelen. Voorts is het valutarisico volledig afgedekt.

#### Geautomatiseerde gegevensverwerking

De geautomatiseerde gegevensverwerking is een belangrijke voorwaarde voor een ordelijk en controleerbaar financieel beheer. Criteria hierbij zijn onder meer betrouwbaarheid en continuïteit.

Er bestonden gedurende de verslagperiode voldoende waarborgen ten aanzien van de betrouwbaarheid van de geautomatiseerde systemen. Dit betreft met name procedures en maatregelen ten aanzien van:

- het testen van nieuwe programmatuur;
- de logische toegangsbeveiliging;
- de fysieke toegangsbeveiliging;
- de conversie van bestanden;
- het werken met de juiste bestandsversie.

Binnen DSW Zorgverzekeraar zijn voor alle bestanden en databases adequate 'back-up and recovery'-procedures ontwikkeld en in gebruik.

Er is een uitwijkmogelijkheid voor het rekencentrum. Op een andere locatie (in Rotterdam) is een tweede rekencentrum ingericht, waardoor alle gegevens tegelijkertijd op twee locaties worden vastgelegd. Deze uitwijkmogelijkheid betreft zowel de mainframeomgeving als alle overige (open) systemen. Er is een draaiboek voor uitwijk in geval van calamiteiten. De uitwijkprocedure is in 2011 getest en in orde bevonden.

De algemene ICT-beheersmaatregelen, General Computer Controls, worden jaarlijks door EDP (Electronic Data Processing) -specialisten van de externe accountant getoetst in opzet, bestaan en werking. Uit deze toetsing blijkt dat de automatiseringsomgeving een betrouwbare gegevensverwerking ondersteunt en dat de continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking is gewaarborgd.

### 4.3. Naleving wettelijke verplichtingen

De verantwoording over de naleving van de wettelijke verplichtingen bestaat uit:

- toegang van de verzekerde tot de zorgverzekeringsmarkt (paragraaf 4.3.1.);
- toegang van de verzekerde tot de zorg (paragraaf 4.3.2.);
- betaalbaarheid van de zorg (paragraaf 4.3.3.);
- verantwoording overige wettelijke verplichtingen van de Zvw (paragraaf 4.3.4.);
- privacy van persoonsgegevens (paragraaf 4.3.5.).

#### 4.3.1. Toegang van de verzekerde tot de zorgverzekeringsmarkt

##### Acceptatieplicht

Voor de basisverzekering geldt een acceptatieplicht. Een zorgverzekeraar mag alleen weigeren een zorgverzekering af te sluiten als de betreffende verzekerde, binnen een periode van vijf jaar hieraan voorafgaand, bij dezelfde zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gehad die is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding of wanbetaling. In 2011 zijn bij DSW geen verzekerden op grond van deze redenen de toegang tot de basisverzekering geweigerd. De acceptatieplicht van de andere verzekeraars blijft in geval van opzettelijke misleiding of wanbetaling gewoon bestaan.

DSW accepteert alle verzekerden die aan de voorwaarden van de Zvw voldoen. Dit wordt bij aanmelding gecontroleerd. In geval van twijfel wordt er aanvullende informatie opgevraagd om een goede beslissing te kunnen nemen. Incidenteel zijn aspirant verzekeringnemers geweigerd als zij niet konden aantonen dat zij rechtmatig in Nederland verbleven, maar het aantal is niet bekend.

##### Geen premiedifferentiatie

In de Zvw is vastgelegd dat er geen premiedifferentiatie mag plaatsvinden: de verzekeraar mag voor eenzelfde verzekering geen hogere premie vragen op grond van leeftijd, geslacht of gezondheid. DSW Zorgverzekeraar gaat zelfs nog een stap verder en hanteert voor alle verzekerden (individueel en collectief) dezelfde premie voor de basisverzekering. Op de basisverzekering wordt wel een betalingskorting gegeven als een verzekerde de premie voor een langere periode vooruitbetaalt. Deze kortingen zijn in 2011 verlaagd ten opzichte van 2010 vanwege de gedaalde rente.

DSW doet ook niet aan 'verkapte' premiedifferentiatie. Enkele andere zorgverzekeraars geven aan bijvoorbeeld seizoenarbeiders de maximale korting voor het vrijwillige eigen risico van € 500. Vervolgens wordt het vrijwillig en in sommige gevallen zelfs het verplicht eigen risico tegen een zeer geringe premie 'herverzekerd' zodat er in feite geen eigen risico is, maar er wel een korting wordt gegeven. Naar de mening van DSW is dit een vorm van premiedifferentiatie.

Tabel 4 Betalingskorting

<b>Betalingstermijn</b>	<b>Betalingskorting</b>
Jaar	2,0%
Halfjaar	1,0%
Kwartaal	0,5%

Aan de diverse wettelijk toegestane varianten van het vrijwillige eigen risico zijn premiekortingen verbonden. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting.

Tabel 5 Vrijwillig eigen risico

<b>Vrijwillig eigen risico per jaar</b>	<b>Korting per jaar</b>	<b>Korting per maand</b>
€ 100,-	€ 42,-	€ 3,50
€ 200,-	€ 78,-	€ 6,50
€ 300,-	€ 114,-	€ 9,50
€ 400,-	€ 150,-	€ 12,50
€ 500,-	€ 186,-	€ 15,50

#### 4.3.2. Toegang van de verzekerde tot de zorg

##### Keuzevrijheid voor onze verzekerden

Het uitgangspunt van DSW dat elke verzekerde zelf moet kunnen bepalen bij welke zorgverlener hij zich onder behandeling stelt, brengt met zich mee dat DSW ten aanzien van de keuze van de zorgverlener geen beperkingen oplegt en geen sturend beleid voert. DSW streeft een hoge contracteringsgraad na.

DSW sluit geen contract af met een zorgaanbieder die niet aan de kwaliteitseisen voldoet. In het inkoopbeleid zijn deze eisen verwoord. Tevens dienen zorgverleners te voldoen aan de eisen die vanuit hun beroepsgroep worden opgelegd.

De verzekerde kan via de website van DSW de zorgverleners opzoeken.

##### Beperking van zorg ten opzichte van de polis

DSW Zorgverzekeraar legt haar verzekerden geen beperkingen op als het gaat om de toegang tot het wettelijke bepaalde pakket van zorg. De aanspraken van een verzekerde zijn in de polis omschreven. De verzekerde kan er dan ook op rekenen dat die zorg wordt vergoed.

##### Machtigingsbeleid

Het uitgangspunt van het machtigingenbeleid van DSW Zorgverzekeraar is "geen machtigingen, tenzij...".

In de polisvoorwaarden en reglementen is vastgelegd wanneer een verzekerde een machtiging moet aanvragen. De verstrekkingen waarvoor nog wel een machtiging is vereist, betreffen met name bepaalde hulpmiddelen, plastische chirurgie, tandheelkundige implantaten en vervoer. De machtigingsprocedure treedt in werking op het moment dat een verzekerde of zorgverlener een aanvraag indient. De adviserend geneeskundigen of andere medisch adviseurs van DSW Zorgverzekeraar behandelen verzoeken tot het verlenen van machtigingen. Als de aanvraag voldoet aan de polisvoorwaarden en reglementen wordt een machtiging verleend.

In onderstaande tabellen worden de aangevraagde machtigingen naar soort verstrekking weergegeven. Ook wordt inzicht gegeven in de gemiddelde doorlooptijd van de machtigingsaanvragen en de aard van de afwijzingsgronden.

Tabel 6 Overzicht ingediende machtigingsaanvragen

<b>Verstrekking</b>	<b>Aanvragen</b>	<b>Afgewezen</b>	<b>Doorlooptijd (in werkdagen)</b>
Hulpmiddelen	14.890	1.331	7
Tandheelkunde	4.636	185	19
Ziekenhuiszorg	2.095	997	6
Vervoer	1.441	278	5
Farmacie	419	87	5
Overig	556	25	1
<b>Totaal</b>	<b>24.037</b>	<b>2.903</b>	

Tabel 7 Overzicht afwijsredenen

<b>Verstrekking</b>	<b>Geen verstrekking in basisverzekering</b>	<b>Voldoet niet aan voorwaarden basisverzekering</b>	<b>Dubbel ingediende aanvraag</b>	<b>Aanvraag ingetrokken of geen reactie</b>
Hulpmiddelen	20%	60%	4%	16%
Tandheelkunde	8%	44%		48%
Ziekenhuiszorg		96%		4%
Vervoer		71%	21%	8%
Farmacie	38%	50%	12%	

### Zorgplicht

DSW Zorgverzekeraar voert een actief contracteerbeleid. Het sluiten van overeenkomsten is voor alle partijen gunstig. Verzekerden hoeven geen nota's rechtstreeks aan de zorginstelling te betalen, de zorginstelling loopt geen debiteurenrisico en heeft minder administratiekosten, en de zorgverzekeraar heeft eveneens minder administratiekosten. Een ander belangrijk voordeel is dat met het contracteren tussen partijen overeenstemming is over de aard en omvang van de zorg en de kwaliteit ervan. Verder is door het contracteren vastgelegd hoe bij eventuele problemen, geschillen of onregelmatigheden zal worden gehandeld.

DSW Zorgverzekeraar streeft succesvol naar een zo hoog mogelijke contracteringsgraad. Nagenoeg alle zorgverleners hebben voor 2011 dan ook een overeenkomst aangeboden gekregen. De contractering buiten de kernregio heeft DSW Zorgverzekeraar voor een aantal verzekerde prestaties (gedeeltelijk) ondergebracht bij de landelijke zorginkoopcombinatie Multizorg VRZ (zie paragraaf 3.7.).

### Inkoopbeleid

Belangrijke pijlers bij het inkoopbeleid zijn: kwaliteit, tijdigheid, bereikbaarheid en toetsing. DSW analyseert de zorgmarkt, maar als gevolg van haar beleid om breed te contracteren vindt er op basis van deze analyses geen selectieve inkoop plaats. Deze gegevens dienen wel als input voor onze gesprekken met de zorgpartijen.

### *Kwaliteit*

De eisen voor kwaliteit, waaraan moet worden voldaan, zijn beschreven in de contracten. De kwaliteitseisen zijn vastgesteld door de beroepsgroep of door certificering zoals bij hulpmiddelen. Tevens dient sprake te zijn van doelmatige en efficiënte zorg.

Andere eisen zijn bijvoorbeeld BIG<sup>1</sup>-registratie, het vermeld staan in het (centrale) kwaliteitsregister, afspraken over doorstroming, ligduur, IGZ<sup>2</sup>-indicatoren en ICT.

DSW Zorgverzekeraar acht in de eerste plaats de zorgverleners verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Onze rol is vooral signalerend, stimulerend en faciliterend naar de zorgverleners toe: daar waar kwaliteitsverbeteringen mogelijk zijn, wil DSW ondersteunen bij realisering daarvan. Wij ondersteunen diverse projecten die zich op die kwaliteitsverbetering richten en maken specifieke afspraken over kwaliteit van zorg in de overeenkomsten met zorgverleners. Op diverse niveaus overlegt DSW Zorgverzekeraar structureel met zorgverleners in de regio.

In de contracten met de (regionale) zorgverleners neemt DSW Zorgverzekeraar kwaliteitscriteria op. Naast landelijk vastgestelde kwaliteitsindicatoren worden afspraken gemaakt met betrekking tot richtlijnen en protocollen op het gebied van transparantie, patiëntveiligheid, doorlooptijden, hygiëne. Daarnaast zijn thema's als tijdigheid, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid onderdeel van de overeenkomst.

Contractueel worden afspraken gemaakt welke behandelingen, onder welke voorwaarden gedeclareerd mogen worden. Ook de stand van wetenschap en praktijk speelt hier een rol in. Tevens worden jaarlijks afspraken gemaakt op het gebied van specifieke (innovatieve) projecten waarbij ook concreet meetbare doelstellingen worden overeengekomen. Hierbij valt te denken aan medisch-inhoudelijke projecten (nieuwe technieken, toepassingen) en het optimaliseren van processen en projecten op het gebied van klantgerichtheid. Voorbeelden van het laatste zijn Zorgdomein (een digitale verwijsapplicatie) en het Shared Service Center (een regionale ondersteuningsorganisatie voor de eerste lijn).

Naast het maken van concrete afspraken in de overeenkomsten worden bij diverse beroepsgroepen jaarlijks benchmarks uitgevoerd. Aan de regionale ziekenhuizen, GGZ zorgverleners, huisartsen en paramedici verstrekt DSW Zorgverzekeraar spiegelinformatie. Deze vorm van benchmarken biedt DSW Zorgverzekeraar en de zorgverleners inzicht in de doelmatigheid en in de meetbare onderdelen van de kwaliteit van de door hen geboden zorg. Naar aanleiding van de uitkomsten van de spiegelinformatie gaat DSW Zorgverzekeraar met zorgverleners in gesprek om concrete afspraken te maken inzake het optimaliseren van de kwaliteit, doelmatigheid en effectiviteit. Voorbeelden hiervan zijn voorschrijfgedrag specialisten en huisartsen, verwijsgedrag, behandel frequentie en aantallen van de behandelingen.

Ook is DSW alert op signalen van verzekerden die op kwaliteits- of capaciteitsproblemen zouden kunnen wijzen.

#### *Tijdigheid en bereikbaarheid*

Het inkoopbeleid van DSW is erop gericht dat de DSW-verzekerden tijdig over de noodzakelijke zorg kunnen beschikken. Ook de maximale toegangstijden worden vastgelegd in het contract. Deze zijn gebaseerd op de Treeknormen.

Als nadere duiding van het begrip 'tijdig' worden de zogenoemde treeknormen gehanteerd. Deze normen worden landelijk beschouwd als aanvaardbare wachttijden.

---

<sup>1</sup> Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

<sup>2</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg

Tabel 8 Treeknormen

<b>Toegangs-/wachttijden specialisme</b>	<b>Treeknorm</b>
Toegangstijd huisarts	3 werkdagen
Toegangstijd apotheek	1 werkdag
Toegangstijd paramedische zorg	1 week
Toegangstijd GGZ	4 weken
Toegangstijd ziekenhuizen/ specialist	4 weken
Wachttijd diagnostiek/ indicatiestelling	4 weken
Wachttijd poliklinische behandeling	6 weken
Wachttijd klinische behandeling	7 weken

Tevens zijn afspraken over bereikbaarheid opgenomen (waaronder telefonische bereikbaarheid). Als aanbieders of instellingen de Treeknormen overschrijden overlegt DSW met hen om de bereikbaarheid te verbeteren en afspraken daarover te maken.

### *Toetsing*

Doelmatigheid wordt getoetst aan de hand van spiegelinformatie. Bij vermoeden van ondoelmatig of inefficiënte zorg worden dossiercontroles uitgevoerd en zo nodig afspraken gemaakt. Bij instellingen wordt getoetst op basis van declaratie- en door instellingen zelf gepubliceerde gegevens. Ook gegevens van CQ-index<sup>3</sup> worden betrokken bij het toetsen van de geleverde kwaliteit van de gecontracteerde instellingen. Indien een aanbieder of leverancier bij herhaling niet aan bepaalde (kwaliteits)criteria voldoet wordt niet tot contractering overgegaan. In bijlage 1 wordt op bovenstaande gedetailleerder ingegaan.

### Monitoring beschikbaarheid

DSW heeft steeds een actueel beeld van de beschikbaarheid van zorg en verkrijgt dat overzicht op basis van:

#### A. Overleg met de diverse zorgverleners

De relaties met de zorgverleners zijn goed en de lijnen zijn kort. Overleg met zorgverleners vindt frequent plaats. Waar (lokaal) knelpunten dreigen te ontstaan is dit vroegtijdig bekend, omdat zorgverleners gewoonlijk snel contact met DSW zoeken. Bovendien zijn over tijdigheid en beschikbaarheid afspraken met de zorgverleners gemaakt.

#### B. Signalen van verzekerden

Indien een verzekerde vragen heeft over de tijdigheid van de zorg, kan hij altijd contact opnemen met de afdeling Zorgbemiddeling (zie ook paragraaf 6.1.5.). De aard van de melding en de frequentie van vergelijkbare meldingen kunnen indicatief zijn voor een mogelijk tekort.

#### C. Monitoring productiecijfers

De schadelast wordt voortdurend gevolgd en vergeleken met die van voorgaande jaren en met de volumeafspraken voor zover die met zorgverleners zijn gemaakt. De geleverde zorg wordt kwantitatief en kwalitatief onderzocht (benchmark, spiegelinformatie).

<sup>3</sup> Consumer Quality Index

Tevens worden de instellingen geacht wachttijden op hun internetsite te vermelden. Waar wachttijden de Treeknorm overschrijden, treedt DSW in overleg om te bespreken hoe dit te verbeteren.

#### D. Overleg met belangenorganisaties van patiënten

Er wordt regelmatig overleg gevoerd met verschillende organisaties die patiëntenbelangen vertegenwoordigen, waaronder Zorgbelang. Toegang tot de zorg is daarbij een belangrijk onderwerp.

DSW is alert op de signalen die onder meer via voornoemde kanalen binnenkomen. In 2011 zijn geen indicaties ontvangen dat er sprake is van structurele en onaanvaardbare wachttijden.

Ons beleid is er in elk geval op gericht om de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van de zorgverlening te borgen. In afstemming met de betreffende zorgverlener(s) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden de juiste maatregelen behorend bij die specifieke situatie genomen, geborgd en gemonitord. Bij (eventueel tijdelijke) tekorten in de zorg bij een bepaalde instelling spannen wij ons in om zo nodig op andere wijze te voldoen aan de zorgplicht richting onze verzekerden.

#### Naleving afgegeven zorggaranties

DSW Zorgverzekeraar heeft in haar polisvoorwaarden geen zorggaranties vastgelegd en geeft ook in andere uitingen geen zorggaranties af.

#### Zittend ziekenvervoer

In 2011 zijn bij DSW relatief weinig klachten binnengekomen over zittend ziekenvervoer. In het verslagjaar hebben wij opnieuw een klanttevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Op diverse aspecten zijn de vervoerders gescoord waaronder telefonische bereikbaarheid, vriendelijkheid, servicegerichtheid, deskundigheid en afhandeling van de vraag. Ten opzichte van 2009 worden wederom 'de wachttijden' (zowel telefonisch om een rit te boeken als de retourrit zelf) het minst gewaardeerd. Dit blijft een aandachtspunt. Dit geldt ook voor de bejegening door de chauffeurs.

Het gemiddelde rapportcijfer is met 0,4 punten gestegen naar 8,2 en laat zien dat de verzekerden met de ziekenvervoerders die DSW contracteert steeds meer tevreden zijn. De uitslagen zullen weer meegenomen worden in de contractbesprekingen voor komend jaar.

Tabel 9 Aantal klachten

<b>Prestatie-indicator</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>	<b>2009</b>
Aantal klachten	17	17	16

#### 4.3.3. Betaalbaarheid van de zorg

##### Verantwoording over de opgaven van de verevening en de betaalde nota's

De in de diverse verantwoordingen opgegeven prestaties zijn conform de, door de NZa en CVZ goedgekeurde, polisvoorwaarden en reglementen.

Er heeft geen overschrijding van het wettelijk pakket (bv. zogenoemde 'rode' DBC's) ten laste van de basisverzekering plaatsgevonden.



In het verslagjaar hebben naast formele ook materiële<sup>4</sup> controles plaatsgevonden. De volgende controles zijn uitgevoerd:

1. geprogrammeerde systeemcontroles;
2. handmatige controles tijdens declaratieverwerking;
3. het verstrekken van zogenoemde 'consumptie'<sup>5</sup> -overzichten aan verzekerden;
4. het uitvoeren van (bestands-)controles per verstrekking (het controleplan). Het controleplan is op risicoanalyse is gebaseerd, en wordt zowel op basis van interne als externe signalen opgesteld;
5. het controleren van een steekproef op rechtmatigheid (de protocollering);
6. het oproepen van verzekerden door medisch adviseurs.

De materiële controles en detailcontroles voldoen aan de eisen zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering.

Bovenstaande onderzoeken worden uitgevoerd door de afdelingen Zorg (waaronder de medisch adviseurs), Declaraties, Bijzonder Onderzoek en de afdeling Interne Controle.

Op basis van deze controles vonden in 2011 terugbetalingen plaats voor een totaal bedrag van circa € 862.000. Terugbetalingen door zorgverleners worden dusdanig bij de betreffende verzekerden verwerkt dat, waar van toepassing, restitutie van betaald eigen risico plaatsvindt.

#### Project 'Gepast gebruik'

Gezien de steeds maar toenemende kosten in de gezondheidszorg is in het Regeerakkoord de opdracht aan de NZa opgenomen om te toetsen of vergoedingen door Zorgverzekeraars wel conform de Zvw plaatsvinden. Deze inspanning gaat verder dan de vraag of er sprake is van een concreet verzekerde prestatie in de Zvw. Het gaat hier om de aanvullende wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het feit, of, onder welke voorwaarden en wanneer bepaalde zorg onder de verzekering valt. Deze bepalingen heeft het CVZ als volgt geduid:

- geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen etc, plegen te bieden;
- inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk;
- verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen;
- de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

In 2011 heeft DSW de eerste twee onderwerpen in zijn controleplannen opgenomen en controles daarop uitgevoerd. In het verslagjaar zijn de laatste twee voornoemde items uitgewerkt. Zij zullen in 2012 in het project 'Gepast Gebruik' worden uitgevoerd. Per verstrekking is in 2011 een risicoanalyse uitgevoerd. Deze resultaten worden tezamen met de resultaten van de materiële controles en aan de hand van signalen uit het veld (onder andere CVZ, ZN, VAGZ) verwerkt in een projectplan. De onderwerpen zijn dusdanig gekozen dat er gecontroleerd wordt op zowel het criterium 'stand van wetenschap en praktijk', als de criteria 'redelijkerwijs aangewezen zijn op', 'uitsluitingen in de aanspraak', 'formele voorschriften' en 'doelmatigheid'.

---

<sup>4</sup> Waar nodig is, conform de regels van het College bescherming persoonsgegevens, vooraf toestemming aan de verzekerde gevraagd.

<sup>5</sup> In de vorm van eigen risico overzichten, daarnaast kunnen verzekerden op de beveiligde 'MijnDSW' omgeving al hun zorgkosten raadplegen.

### Controle indicatievoorwaarden

Bij de volgende verstrekkingen is gecontroleerd of aan de indicatievoorwaarden is voldaan:

1. plastische chirurgie (zogenoemde 'oranje' DBC's);
2. hulpmiddelen;
3. extramurale geneesmiddelen van bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering;
4. intramurale geneesmiddelen van de beleidsregel Dure Geneesmiddelen.

De indicatievoorwaarden voor plastische chirurgie worden in het merendeel gecontroleerd door middel van een machtigingseis (oranje DBC met machtigingseis). Dit geldt ook voor de hulpmiddelen (ad 2).

Een kleine minderheid van de DBC's plastische chirurgie heeft geen machtigingseis en hier is door middel van een steekproef geconstateerd dat aan de indicatievoorwaarden werd voldaan.

Ook voor de extramurale geneesmiddelen bijlage 2 heeft steekproefsgewijze controle van de ZN-artsenverklaring plaatsgevonden.

Voor de regionale ziekenhuizen is gecontroleerd of de opgevoerde intramurale geneesmiddelen voor de beleidsregel voldeden aan de indicatievoorwaarden. Bij een zeer beperkt aantal geneesmiddelen waarbij niet aan de indicatievoorwaarden werd voldaan, is een terugvorderingsactie uitgevoerd.

### Controle declaraties op criterium 'stand van wetenschap en praktijk'

Om declaraties goed te kunnen controleren op het criterium 'stand van wetenschap en praktijk' is vaak te weinig informatie voorhanden. Gekozen is dan ook om bij risicovolle aanspraken (zoals die van ongecontracteerde zorgverleners in het buitenland) een controle vooraf in te bouwen door middel van een machtigingseis. Bij de inhoudelijke beoordeling van de machtigingsaanvragen zijn voor de medewerkers van de afdeling Declaraties specifieke werkinstructies opgesteld. Deze instructies bestaan uit beslisbomen, cursusmateriaal/naslagwerk en een intern digitaal naslagwerk. De genoemde items zijn vervaardigd door de (para)medisch adviseurs op basis van de Zvw, Regeling en Besluit Zorgverzekering en de polisvoorwaarden. Het merendeel van de aanvragen kan hiermee afgehandeld worden. Steekproefsgewijs worden de beoordelingen van de medewerkers van de afdeling Declaraties die conform de instructies zijn afgehandeld, achteraf op juistheid gecontroleerd.

Een deel van de machtigingsaanvragen zal, bij twijfel of op geleide van de beslisbomen, voorgelegd worden aan een van de (para)medisch adviseurs voor nadere inhoudelijke advisering. Deze zullen hun inhoudelijk advies bepalen aan de hand van verschillende bronnen zoals Kennis Gebundeld en de gepubliceerde standpunten van het CVZ, CFH-rapporten (Commissie Farmaceutische Hulp), VAGZ-werkwijzer (Vereniging voor artsen werkzaam bij (zorg)verzekering), (inter)nationale richtlijnen van de beroeps-groepen of eigen literatuuronderzoek (bijvoorbeeld PubMed). Met deze werkwijze is geborgd dat de stand van wetenschap en praktijk als criterium wordt meegenomen in alle medisch inhoudelijke beoordelingen.

Naast de individuele beoordeling door de (para)medisch adviseurs vindt er een wekelijks overleg van alle (para)medisch adviseurs plaats waarin casuïstiek wordt behandeld waarover onduidelijkheid is over het standpunt, gebaseerd op de stand van wetenschap en praktijk. Daarbij wordt gebruik gemaakt van zoekacties op de CVZ-site naar een al beschreven standpunt of van literatuuronderzoek om te bepalen of er sprake is van

evidence based behandeling Tevens vindt er incidenteel intercollegiale consultatie plaats met (para)medisch adviseurs van andere zorgverzekeraars (onder andere via het platform van de VAGZ). Verder bespreken de deelnemers aan dit overleg de maandelijkse CVZ-nieuwsbrief waarin de nieuwe standpunten aan de orde komen. Ook bestaat de mogelijkheid om het CVZ om advies te vragen.

De standpuntbepaling in dit overleg, die wordt vastgelegd in het databestand van DSW, nemen alle (para)medische adviseurs eenduidig over. Als er aanleiding toe bestaat worden de instructies voor de afdeling Declaraties navenant aangepast.

Bij gecontracteerde zorgverleners worden de standpunten (voor zover van toepassing) geïmplementeerd in de overeenkomsten met de zorgverleners. Dit wordt vormgegeven door bepaalde vormen van zorg bij bepaalde indicaties uit te sluiten van het contract of juist alleen op te nemen onder bepaalde voorwaarden. Een voorbeeld hiervan is dat de behandeling van varices pas bij stadium C3 verzekerde zorg betreft en daarmee onder 'gecontracteerde zorg' valt. De nota's van niet-gecontracteerde zorgverleners - die de verzekeren zelf insturen – worden, voordat we tot betaling overgaan, op deze bepalingen/standpunten gecontroleerd.

Wat betreft monitoring worden er benchmarks uitgevoerd waarin bekeken wordt hoe zorgvuldig zorgverleners de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen naleven. Hieronder vallen onder andere de spiegelinformatie van huisartsen, fysiotherapie en het voorschrijfgedrag geneesmiddelen door medisch specialisten. De uitkomsten van deze benchmarks worden besproken met de betreffende zorgverleners en hierover worden afspraken gemaakt, als onderdeel van de overeenkomst, om tot kwaliteitsverbetering te komen door middel van een inspanningsverplichting.

*Voorbeeld:*

Door middel van spiegelinformatie is de doelmatigheid van fysiotherapiepraktijken in beeld gebracht. Met doelmatigheid wordt bedoeld op de verhouding tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten hiervan. Indien de doelmatigheid sterk afwijkt van de cijfers uit de regio kunnen maatregelen getroffen worden. Op basis van schadelast en afwijking wordt bekeken bij welke fysiotherapeuten een verbetering op het gebied van doelmatigheid het meest noodzakelijk is. Samen met de praktijk wordt een verbeterplan opgesteld, dat door de praktijk wordt ondertekend. De praktijk krijgt de kans om de doelmatigheid in het volgende jaar te verbeteren. Wanneer ondanks de gemaakte afspraken de doelmatigheid van de praktijk niet verbetert, wordt in het volgende contractjaar een addendum volume toegevoegd aan het contract. Aan deze volumebeperking is ook een aanvraag - machtigingsprocedure gekoppeld.

Naast deze jaarlijks terugkomende benchmarks kunnen signalen uit het veld (ZN, NZa, zorgverleners, VAGZ, CVZ) aanleiding geven tot een risicoanalyse; een voorbeeld is het oorsmeerdossier, hetgeen uiteindelijk, via het lichten van medische dossiers, leidde tot een terugvordering.

DSW ziet het als zijn verantwoordelijkheid en taak om de komende jaren (nog) meer in te zetten op controles betreffende stand van wetenschap en praktijk. Dit doel wordt bereikt door nauwere samenwerking tussen enerzijds de (para)medische adviseurs en de afdelingen Declaraties en Zorginkoop, en anderzijds de afdelingen Informatiemanagement en Interne Controle. Met name is geïnvesteerd in de kwaliteit en specifieke statistische expertise van de afdeling Informatiemanagement opdat de samenwerking zal leiden tot meer gerichte risicoanalyses om tot een scherpere zorginkoop en controletool te kunnen komen. Het project 'Gepast gebruik' is hier een eerste stap in.

#### Controle declaraties op criterium 'redelijkerwijs aangewezen zijn op'

Dit criterium komt voort uit het Besluit Zorgverzekering dat bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit toetsingscriterium volgt na het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Met andere woorden: indien een behandeling niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, hoeft niet getoetst te worden of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling. Omgekeerd: indien een behandeling wel voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, maakt dit de behandeling nog niet automatisch tot verzekerde zorg, omdat vervolgens eerst bepaald moet worden of de verzekerde hier redelijkerwijs op is aangewezen.

Aangezien het criterium toegespitst is op de situatie van een individuele verzekerde, kan er alleen getoetst worden als de behandelindicatie voor de specifieke verzekerde bekend is. Deze indicatie kan de verzekeraar niet opmaken uit de declaratiegegevens. Een manier om dit te ondervangen is door vooraf het individuele behandelplan op te vragen. Dit wordt dan ook bij risicovolle declaraties, zoals die van ongecontracteerde zorgverleners uit het buitenland, gedaan. Of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling wordt in deze situatie altijd door de medisch adviseur getoetst.

Daarnaast wordt het criterium 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' opgenomen in de overeenkomst met zorgverleners. Dit wordt vormgegeven door vast te leggen dat er volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroep moet worden gewerkt. Immers, in de richtlijnen is aangegeven bij welke indicaties welke behandeling aangewezen is. Overige controle van declaraties vindt steekproefsgewijs plaats aan de hand van benchmarks. Deze benchmarks zijn gericht op praktijkvariaties die niet verklaard kunnen worden door verschillen in de casemix van patiënten. Een knelpunt in de uitvoering van deze controles is ook in dit geval dat de behandelindicatie niet bekend is uit de declaratiegegevens. Inzicht hierin kan pas worden verkregen door materiële controle. Dit is een onderdeel van het project 'Gepast gebruik'.

Voor het toetsen of vergoedingen door Zorgverzekeraars wel conform de Zvw plaatsvinden zoals hierboven in paragraaf 4.3.3. beschreven, is de inzet van medisch adviseurs van groot belang. DSW heeft voldoende capaciteit om alle controles en maatregelen uit te voeren. DSW is een kleine organisatie, sterk regionaal georiënteerd, waarbij dit soort controles en onderzoek goed te doen zijn. Bij DSW zijn alle typen medisch adviseurs vertegenwoordigd die nodig zijn. Tevens zijn er korte lijnen tussen de verschillende afdelingen die belast zijn met de controles, zoals de afdeling Bijzonder Onderzoek. Zodra sprake is van (vermoedelijke) fraude wordt de casus ingediend bij deze afdeling. De resultaten worden betrokken bij de Zorginkoop.

#### Verantwoording over de uitvoering van de 'Compensatie verplicht eigen risico'

Chronisch zieken en gehandicapten worden door de overheid (gedeeltelijk) gecompenseerd voor het eigen risico. Op basis van de gegevens van onder andere de verzekeraar wordt bepaald of personen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming door de overheid. DSW levert deze gegevens conform de aanleverspecificaties periodiek aan bij Vektis. Voor de borging van de volledigheid van de farmacie- en DBC-gegevens zijn de aangeleverde gegevens volledig gebaseerd op de wettelijk verplichte aanleveringen voor de risicoverevening. Deze aanleveringen zijn voorzien van een accountantsverklaring.

De juiste en tijdige aanlevering van Vektis aan het CAK is verder geborgd door de overlegstructuur van Vektis met het CAK en ZN.

#### 4.3.4. Verantwoording overige wettelijke verplichtingen van de Zvw

##### Wanbetalers

Ook in 2011 heeft DSW Zorgverzekeraar in overeenstemming met het gestelde in de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers Zorgverzekering gehandeld.

In overeenstemming met de eisen van artikel 18a van de Zvw heeft DSW niet betalende verzekeringnemers binnen tien werkdagen na constatering van een premieachterstand van twee maanden een brief gestuurd en een betalingsregeling aangeboden.

Aan verzekeringnemers met een premieachterstand van vier maanden is een zogenoemde vierdemaandsmelding verstuurd. Bij een premieachterstand van meer dan zes maanden zijn de verzekeringnemers door DSW overgedragen aan het CVZ behalve:

- indien de vierdemaandsmelding tijdig is betwist en DSW nog niet zijn standpunt hierover aan de verzekeringnemer of de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
- indien binnen vier weken na mededeling van het standpunt van DSW er door de verzekeringnemer of de verzekerde een geschil is voorgelegd aan de SKGZ (Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen) of de burgerlijke rechter en er nog geen beslissing is in dit geschil;
- ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener en heeft aangetoond dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

Bij elke aanmelding bij het CVZ heeft DSW aangegeven, dat de wettelijke regeling van artikel 18b en het 2<sup>e</sup> lid van artikel 18c van de Zvw in acht is genomen. De verzekeringnemer is de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CVZ de melding van DSW heeft ontvangen.

Het CVZ en de verzekeringnemer worden door DSW direct geïnformeerd wanneer:

- de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgedaan;
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing wordt;
- door tussenkomst van een schuldhulpverlener een stabilisatieovereenkomst is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen tussen de verzekeringnemer en DSW.

De verzekeringnemer is de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ verschuldigd tot aan de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CVZ de melding van DSW heeft ontvangen.

Als een verzekeringnemer, die met een premieachterstand van meer dan zes maanden aan het CVZ is overgedragen, een verzoek bij DSW indient om uit het zogenoemde 'bestuurlijke regime van het CVZ' te komen, dan stelt DSW zich coöperatief op. Waar mogelijk werkt DSW mee aan voorstellen tot schuldregelingen van verzekeringnemers of schuldhelpverleners.

Behalve dat DSW Zorgverzekeraar zich aan de regeling in de Zvw betreffende de gevolgen van het niet betalen van de premie heeft gehouden, is ook in overeenstemming met het Protocol incassotraject wanbetalers Zvw gehandeld. Dit houdt in dat DSW de activiteiten heeft verricht die in het 'Incassoprotocol' zijn vastgelegd en hierdoor kan aantonen in 2011 voldoende inspanning te hebben verricht om te komen tot inning van de verschuldigde premie.

#### Uitvoering Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Op 15 maart 2011 is de Wet opsporing en verzekering onverzekerden in werking getreden. Deze wet regelt onder andere het volgende:

- de beëindiging van de bestaande boeteregeling;
- de opsporing en ambtshalve inschrijving van onverzekerden;
- de aanleg van een register met AWBZ-verzekerden bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Het CVZ is na inwerkingtreding van de wet begonnen met het aanschrijven van onverzekerden. Een deel van deze onverzekerden heeft zich inmiddels bij een zorgverzekeraar aangemeld. In februari 2012 ontvangen de zorgverzekeraars de eerste ambtshalve te verzekeren personen van het CVZ.

Voorts is in de wet geregeld dat een verzekerde niet meer in staat wordt gesteld een tweede verzekering te sluiten, omdat de acceptatieplicht is opgeheven voor personen die al een zorgverzekering hebben. Bij aanmeldingen bij DSW gedurende het jaar wordt gecontroleerd of iemand al verzekerd is en als dat zo is moet eerst de huidige verzekering worden beëindigd. In de overstapperiode wordt bij aanmelding de oude verzekering opgezegd.

#### 4.3.5. Privacy van persoonsgegevens

##### Procedures voor gegevensverwerking en controle op naleving

DSW heeft een procedure voor de melding van het verwerken van persoonsgegevens bij het College bescherming persoonsgegevens. De controle op naleving vindt plaats door de afdeling Interne Controle. In deze procedure is de rechtmatige grondslag en het verenigbaar gebruik van persoonsgegevens verwerkt. Na evaluatie kan worden geconcludeerd dat conform de procedure gehandeld is.

Zorgverzekeraars kennen een zogenoemde uniforme maatregel voor medewerkers die vallen onder de functionele eenheid, dat wil zeggen alle medewerkers die medische gegevens van verzekerden kunnen raadplegen. DSW geeft uitvoering aan deze maatregel.

##### Proportionaliteit van verwerkte gegevens

De grondslag voor de gegevensverwerking ten behoeve van de verstrekking van verzekerdengegevens staat in artikel 8, onder f, Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Hierbij dient voldaan te zijn aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

Dit betekent dat er geen onevenredige inbreuk op de belangen van de verzekerde mag plaatsvinden in relatie tot het te bereiken doel. Bovendien mag het doel niet op een andere, voor de verzekerde minder nadelige, wijze kunnen worden verwekelijkt.

DSW handelt in overeenstemming met voornoemde vereisten. Zowel DSW als de verzekerde heeft namelijk een gerechtvaardigd belang bij de gegevensverwerking. Het doel waarvoor de gegevens worden verwerkt, is om uitvoering te geven aan de tussen DSW en de verzekerde gesloten verzekeringsovereenkomst.

#### Bewaartermijn van persoonsgegevens

DSW hanteert de wettelijk voorgeschreven bewaartermijnen. Indien de verzekering is beëindigd, blijven de gegevens over de gezondheid van de verzekerde, naast de nawegegevens, zeven jaar bewaard. Indien er geen verzekering tot stand is gekomen, worden deze gegevens niet in het systeem opgenomen.

#### Beleid omtrent inzage van persoonsgegevens en uitvoering hiervan

De verzekeringnemer heeft op grond van artikel 9 Zvw en artikel 7:932 BW recht op afgifte van een polis. De verzekeringnemer heeft ook recht op afgifte van de polis als deze polis de verzekering van iemand anders dan hemzelf betreft. Ouders hebben, ook als zij niet de verzekeringnemer zijn, recht op inzage in de declaratie- en polisgegevens van hun kinderen die jonger zijn dan 16 jaar, tenzij hen door de rechter het ouderlijk gezag is ontnomen.

DSW heeft een protocol voor het verstrekken van informatie aan verzekerden. Wanneer een verzekerde om inzage in zijn gegevens verzoekt, worden deze pas aan hem verstrekt als er voldoende zekerheid bestaat over de juistheid van de identiteit van deze verzekerde. Medische gegevens worden alleen schriftelijk verstrekt aan de verzekerde waarop de gegevens betrekking hebben.

### 4.4. Consumentenbelangen

#### 4.4.1. Relaties met verzekerden

Bij DSW Zorgverzekeraar staat de goede relatie met de verzekerden hoog in het vaandel. Daarbij streeft DSW voortdurend naar verbeteringen. Onze inspanningen blijven niet onopgemerkt, getuige de positieve beoordeling in onafhankelijke onderzoeken. DSW scoort vooral hoog op dienstverlening, klantvriendelijkheid, bereikbaarheid en informatievoorziening.

#### Informatieverstrekking

DSW hecht veel waarde aan het juist, volledig en tijdig informeren van haar (potentiële) verzekerden. Om dit te realiseren hanteert DSW verschillende mogelijkheden om in contact met hen te treden zoals per telefoon en via de website, e-mail of de reguliere postverzending. Maar ook persoonlijk contact is mogelijk via de vaste loketten, of het mobiele loket. Wij proberen onze dienstverlening op dit gebied steeds te verbeteren. Zo kan een (potentiële) verzekerde sinds het najaar van 2011 op de website aangeven dat hij meteen door ons teruggebeld ('bel me nu') wil worden. Daarnaast hebben wij in 2011 ook onze eerste twee Apps voor iPhone en Android toestellen gepubliceerd. Hiermee spelen we in op de behoefte om ook locatie onafhankelijk relevante informatie te ontsluiten.

### *Telefonisch contact*

Het telefonisch contact komt aan de orde in paragraaf 6.1.1. 'Informatieverstrekking aan verzekerden'.

### *Contact via de website*

De website is een belangrijke bron van informatie voor (potentiële) verzekerden. Zij kunnen hier folders vinden en informatie over de premie, de dekking, voorwaarden en diverse zorgsoorten. Ook kunnen verzekerden via de website op een eenvoudige wijze vragen stellen. Ook in het verslagjaar is weer sprake van een stijging van het internetgebruik:

- ruim 80% van de aanmeldingen verloopt via internet;
- in 2011 is het gebruik van het algemeen toegankelijke gedeelte van de website gestegen met 14%;
- het gebruik van 'MijnDSW' is ten opzicht van 2010 toegenomen met bijna 10%. 'MijnDSW' is de beveiligde omgeving waarin verzekeringsnemers (de zogenoemde polishouder) hun zorgverzekering kunnen beheren.

### *E-mail*

In 2011 zijn er, net als in 2010, bijna 34.000 e-mails ontvangen en behandeld.

### *Chat*

In het najaar van 2010 zijn we begonnen om een chatfunctionaliteit als informatiekanaal aan onze verzekerden te bieden. Van de mogelijkheid om via de website een chatgesprek te voeren, wordt gemiddeld 72 keer per week gebruikt gemaakt. De eerste ervaringen hiermee zijn dan ook positief te noemen. De mogelijkheden om een chatsessie te starten zijn naar aanleiding van deze eerste ervaringen dan ook verder uitgebreid. Dat chat een goed en volwaardig informatiekanaal blijkt te zijn en niet zo vluchtig is als men in eerste instantie misschien zou verwachten, blijkt wel uit de gemiddelde duur van een sessie, namelijk negen minuten.

### *Schriftelijke contact*

Bestaande en potentiële verzekerden ontvangen bij hun polisaanbod of offerte een uitgebreide folder die informatie geeft over de belangrijkste aspecten en wijzigingen van de basis- en aanvullende verzekering. Andere uitgebrachte folders gaan over de aanvullende verzekeringen, zorg in het buitenland, zittend ziekenvervoer, kraamzorg en verloskunde, en klachten.

### *Persoonlijk contact*

DSW Zorgverzekeraar heeft in de regio drie vaste loketten en een mobiel loket. Dit mobiele loket staat op vaste tijdstippen op bepaalde standplaatsen in de regio. Niet alleen front-officemedewerkers en administratief personeel, maar ook beleidsmedewerkers, zorginkopers, medisch adviseurs, leden van de directie en van de Raad van Bestuur hebben regelmatig persoonlijk contact met verzekerden.

### Verbetering van dienstverlening

De mogelijkheden van onze website zijn in 2011 uitgebreid, zowel in het voor iedereen toegankelijke deel, als in het beveiligde 'MijnDSW'.



### *Verbeteringen in het voor iedereen toegankelijke deel*

Dit betreffen met name verbeteringen op het gebied van gebruiksgemak:

- het vergoedingenoverzicht is uitgebreid met een overzicht van de vergoedingen uit de basisverzekering;
- de functionaliteit om een zorgverlener te zoeken is vergroot door het invoegen van een plattegrond en een daarbij behorende routeplanner. Daarnaast wordt onderscheid gemaakt in het weergeven van gecontracteerde- en niet gecontracteerde zorgverleners;
- het zoeken op de website is geoptimaliseerd door de inzet van de Google Search Appliance (GSA);
- de navigatie (horizontale navigatie met een pulldown-menu en het gebruik van een zogenoemd 'kruimelpad') en de look- en feel van de website zijn verder geoptimaliseerd;
- het doorgeven van eenvoudige wijzigingen zoals eigen risico, aanvullende verzekering en betaalgegevens kan via een 'light' authenticatie-methodiek op de website.

### *Verbeteringen in het beveiligde 'MijnDSW':*

- de verzekeringnemer heeft nu de mogelijkheid om te kiezen voor een digitale polis en digitale correspondentie met dien verstande, dat volledig digitale correspondentie stapsgewijs wordt ingevoerd: in 2011 het merendeel, in het voorjaar van 2012 de laatste documenten;
- het overzicht van de gemaakte zorgkosten uit enerzijds de basisverzekering en anderzijds de aanvullende verzekering is uitgebreid. Het betreft niet alleen de zorgkosten die de verzekeringnemer declareert, maar ook de rekeningen die zijn zorgverleners indienen;
- de verzekeringnemer kan zijn fysiotherapienota's controleren, zodat hij onjuistheden hierin kan doorgeven via 'MijnDSW'.

Niet alleen via internet merken onze verzekerden de kwaliteit van de dienstverlening. Voor wat de administratieve processen betreft, kunnen de korte wachttijd van onze verzekerden aan de telefoon (11 seconden, zie paragraaf 6.1.1.), en de snelle uitbetaling van de door onze verzekerden gedeclareerde nota's (zie paragraaf 6.1.4.) worden genoemd.

### Beschikbaarheid alle polisvarianten voor (potentiële) verzekerden

DSW Zorgverzekeraar biedt slechts één polis aan die voor alle (potentiële) verzekerden beschikbaar is. Dit is anders bij de aanvullende verzekeringen, die in enkele gevallen alleen beschikbaar zijn voor specifieke doelgroepen of collectief verzekerden (studenten/werkers in de zorg/minima).

### Beleid ten aanzien van aanvullende verzekeringen

Het beleid aangaande aanvullende verzekeringen van DSW Zorgverzekeraar is gebaseerd op solidariteit, hoge dekkingsgraad en een lage premie. Onze aanvullende verzekeringen kennen onder meer een uitstekende dekking voor tandheelkunde en fysiotherapie. Verzekerden dienen de basisverzekering bij DSW Zorgverzekeraar te hebben om een aanvullende verzekering te kunnen afsluiten. Er geldt echter geen enkele

vorm van medische selectie. De overheid heeft voor 2012 besloten een aantal versoeringen in de basisverzekering door te voeren. Een deel van de zorg die uit de basisverzekering is verdwenen, hebben wij opgenomen in onze aanvullende verzekeringen.

#### Collectieve contracten

Bij ons betaalt iedere verzekerde – individueel en collectief – dezelfde, net kostendekkende, premie voor het basispakket. Goedkoper kan niet, duurder hoeft niet. In dit opzicht onderscheiden wij ons bewust van zorgverzekeraars die aan collectiviteiten kortingen geven op de premie voor de basisverzekering. Natuurlijk bieden wij ook collectiviteiten aan, maar dat doen wij voor de basisverzekering tegen dezelfde premie die ook individuele verzekerden betalen. Wij zijn juist blij met wat wij beschouwen als onze grootste ‘collectiviteit’: de individuele verzekerden.

#### 4.4.2. Premievaststelling

Eind september 2011 is de premie voor 2012 vastgesteld. De factoren die van invloed zijn op de vaststelling van de nominale premie zijn:

- de door de overheid vastgestelde rekenpremie;
- de bijdrage uit het vereveningsfonds;
- de ontwikkeling van de reserve en de solvabiliteit;
- de verhoging van de solvabiliteitseis in 2012 met 22%;
- het (gewijzigde) vereveningsmodel, inclusief de afschaffing van de macronacalculatie;
- de verwachte ontwikkeling van de zorgkosten;
- de verwachte ontwikkeling van de beheerskosten;
- de verwachte compensatie voor wanbetalers;
- de verwachte oninbaarheid van op te leggen eigen bijdragen;
- de verwachte opbrengsten uit rente, beleggingen en verhaalszaken.

Op basis van de uitkomsten van deze berekeningen heeft DSW Zorgverzekeraar eind september 2011 de premie van de basisverzekering voor 2012 vastgesteld op € 1.230 per jaar. Daarmee was DSW Zorgverzekeraar voor de zevende keer op rij de eerste zorgverzekeraar die de premie bekend maakte, ruim voor alle andere verzekeraars. De volledige opbouw van deze premie, waaronder een opslag voor de verhoging van de solvabiliteitseis, is in 2012 op de website inzichtelijk gemaakt.

Het beleid van DSW Zorgverzekeraar voor de nominale premievaststelling richt zich op het vaststellen van een verantwoorde en net kostendekkende premie die de zorg toegankelijk en beschikbaar houdt.

In 2011 bedroeg de nominale premie per premieplichtige verzekerde € 1.194 op jaarbasis (€ 99,50 per maand).

Tabel 10 Premies

<b>Prestatie-indicator</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Nominale premie per premieplichtige per verzekerde op jaarbasis	€ 1.194	€ 1.080

In de jaarrekening over 2011 komen de onzekerheden aan bod die meespelen bij het bepalen van het resultaat 2011. Samenvattend kan worden gesteld dat het vele jaren duurt voordat 'definitief' het resultaat over enig jaar bekend is. Dit betekent dat deze onzekerheden in de 'oude jaren' in feite ieder jaar ook gelden bij de premieberekening voor het komende jaar. Een reden dat DSW de premie toch zo snel kan bepalen en bekendmaken, is dat zij haar zaken goed op orde heeft en dat langer wachten niet leidt tot vermindering van de in de jaarrekening beschreven onzekerheden.

## 5. Sturing en beheersing

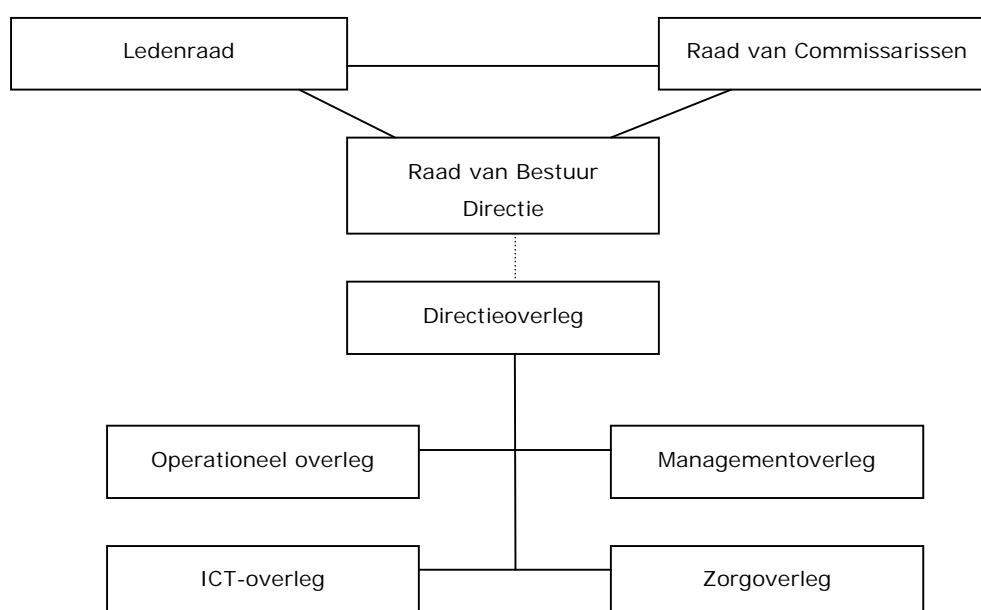
Dit hoofdstuk geeft weer welke maatregelen er zijn genomen om te zorgen dat het beleid en de doelstellingen worden gerealiseerd. Hieronder vallen ook aspecten als behoorlijk ondernemingsbestuur en naleving van wet- en regelgeving.

### 5.1. Bedrijfsvoering en corporate governance

#### 5.1.1. Taken en verantwoordelijkheden

De Raad van Bestuur stelt de bedrijfsstrategie van DSW Zorgverzekeraar vast. De strategie wordt met de directie besproken. Hierbij worden de risico's en kansen van de beleidsbeslissingen vanuit diverse invalshoeken belicht. Strategische beleidsbeslissingen worden vervolgens binnen de organisatie gecommuniceerd via reguliere overleggen op verschillende niveaus. In figuur 2 is een aantal reguliere overlegorganen binnen DSW Zorgverzekeraar weergegeven. De betreffende afdelingshoofden vertalen het strategische beleid in concrete taken en (indien nodig) verbeteracties. Diverse afdelingen stellen daarvoor een afdelingsgebonden jaar- en/of beleidsplan op.

Figuur 2 Overzicht reguliere overlegorganen



De Raad van Commissarissen (RvC) is belast met het toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur (RvB) en op de algemene gang van zaken in DSW Zorgverzekeraar en het bedrijf dat zij uitoefent. Om zijn taak correct te kunnen uitvoeren, moet de RvC voldoende geïnformeerd zijn. Informatie komt van de RvB, de accountant en eventueel van de Ondernemingsraad. De RvC besteedt in de periodieke vergaderingen onder meer aandacht aan de genomen beleidsbeslissingen. Er zijn geen commissies ingesteld. De wettelijke taken van de auditcommissie worden door de voltallige RvC uitgevoerd.

### 5.1.2. Verantwoording over naleving van de gedragscodes

Behoorlijk ondernemingsbestuur ofwel 'corporate governance' bevat gedragsregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording. Voor de gezondheidszorgsector zijn gedurende 2011 drie (specifieke) codes van kracht geweest, de Health Insurance Governance, de Code Verzekeraars en de Gedragscode van de Zorgverzekeraar. De codes zijn in onderstaande tabel toegelicht.

Tabel 11 Gehanteerde gedragscodes

<b>Corporate governance</b>	<b>Toelichting</b>
Health Insurance Governance (tot 1 mei 2011)	De eisen die gesteld moeten en mogen worden aan zorgverzekeraars ten aanzien van hun interne en externe verantwoording en de betekenis hiervan voor de besturing van en het toezicht op de zorgverzekeraar.
Code Verzekeraars (vanaf 1 januari 2011)	Deze code vervangt de Health Insurance Governance. Met ingang van 1 mei 2011 conformeren de leden van ZN zich aan deze (algemene) code voor verzekeraars. Deze code is opgesteld door het Verbond van Verzekeraars en bevat aanwijzingen op de volgende vijf terreinen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RvC (samenstelling, taak en werkwijze);</li> <li>- RvB (samenstelling, taak en werkwijze);</li> <li>- risicomangement;</li> <li>- audit;</li> <li>- beloningsbeleid.</li> </ul>
Gedragscode van de Zorgverzekeraar	De code bevat een aantal specifieke Gedragsrichtlijnen met betrekking tot de relaties die zorgverzekeraars aangaan met verschillende groeperingen en individuen. Deze code geeft aan wat de branche van zorgverzekeraars juist gedrag vindt en welk gedrag iedere zorgverzekeraar hoort te vertonen. Iedere zorgverzekeraar moet verplicht de volgende basiswaarden hanteren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zekerheid</i> Voor de verzekeraar betekent dit dat hij te allen tijde zijn verplichtingen nakomt en dat zijn dienstverlening van goede kwaliteit en consistent is.</li> <li>- <i>Betrokkenheid</i> Van de verzekeraar wordt verwacht dat hij bij de uitvoering van zijn taak blijf geeft van betrokkenheid bij en inleving in de belangen van de verzekerde.</li> <li>- <i>Solidariteit</i> Van de verzekeraar mag een bijdrage worden verwacht aan de maatschappelijke solidariteit en een bijdrage aan een zodanig stelsel van voorzieningen dat noodzakelijke gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is.</li> </ul> <p>Ten slotte zijn de Gedragsrichtlijnen geformuleerd, die met de positiebepaling, het patroon van verantwoordelijkheden en de basiswaarden één onlosmakelijk geheel vormen.</p>

DSW Zorgverzekeraar voldoet aan bijna alle relevante gestelde normen in deze codes. In bijlage 2 is de verantwoording over de naleving van de Code Verzekeraars opgenomen.

### 5.1.3. Toelichting op het interne risicobeheersings- en controlesysteem

Het interne risicobeheersings- en controlesysteem bestaat uit een mix van systeem- en gegevensgerichte controles. De totale administratieve organisatie kenmerkt zich door administratieve processen met veel aandacht voor controleaspecten en monitoring.

- Voor de meeste afdelingen geldt dat deze processen dagelijks worden gevolgd via een managementinformatiesysteem. Er wordt actie ondernomen bij afwijking van de norm.
- Effectieve en betrouwbare automatiseringssystemen met geprogrammeerde controles ondersteunen de uitvoering van de processen.
- Binnen deze processen wordt waar nodig functiescheiding toegepast om zowel het risico op fouten als het risico op interne fraude te minimaliseren.
- Naast de directe procescontroles vinden ook materiële en speerpuntcontroles plaats volgens het opgestelde Controleplan.
- Om de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van het controlesysteem vast te stellen, wordt gebruik gemaakt van statistische steekproeven.

#### Bijzonder onderzoek

Vanwege het (toenemend) aantal gedetecteerde (vermoedelijke) fraudezaken is medio 2011 een team geformeerd dat zich volledig richt op het onderzoek naar- en de afhandeling van fraudezaken. Deze afdeling Bijzonder Onderzoek, die het fraudebeleid van DSW uitvoert en de geldende protocollen bewaakt en waar nodig in de processen implementeert, werkt nauw samen met de afdelingen Zorg (zowel ZvW als AWBZ), Juridische Zaken en Declaraties. Zij biedt actieve ondersteuning bij materiële controles.

Alle afdelingen zijn derhalve bij de controles betrokken, waarbij de afdeling Interne Controle, namens de RvB, zorgt voor onafhankelijk toezicht. De afdeling Interne Controle is tevens het centrale aanspreekpunt voor de externe accountant.

In het interne risicobeheersings- en controlesysteem zijn gedurende de verslagperiode geen wijzigingen aangebracht.

### 5.1.4. Naleving relevante wet- en regelgeving

DSW Zorgverzekeraar legt in deze paragraaf verantwoording af over de maatregelen die zij heeft genomen om de relevante wet- en regelgeving na te leven. In onderstaande tabel is de belangrijkste wet- en regelgeving vermeld die van toepassing is.

Tabel 12 Normenkader Bedrijfsvoering Zorgverzekeraars

<b>Wet- en regelgeving</b>	<b>Toelichting</b>
Zvw Zorgverzekeringswet (inclusief polisvoorwaarden)	Hierin zijn onder meer bepalingen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"><li>- de acceptatieplicht;</li><li>- de te verzekeren prestaties;</li><li>- zorgplicht;</li><li>- het verbod op premiedifferentiatie;</li><li>- de uitvoering van de eigen risicoregeling;</li><li>- de uitvoering van de wanbetalersregeling en;</li><li>- de aansluiting bij een onafhankelijke geschillencommissie.</li></ul>

Wft Wet op het financieel toezicht	In deze wet zijn bepalingen opgenomen in het kader van prudentieel toezicht (soliditeit van de onderneming) en in het kader van gedragstoezicht. Er zijn onder meer bepalingen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- vergunningsplicht;</li> <li>- betrouwbaarheid, deskundigheid en integriteit bestuurders;</li> <li>- inrichting bedrijfsvoering;</li> <li>- vakbekwaamheid van medewerkers;</li> <li>- uitbesteding van werkzaamheden;</li> <li>- minimumbedrag van solvabiliteit;</li> <li>- toereikendheid technische voorzieningen.</li> </ul>
Wbp Wet bescherming persoonsgegevens	De wet stelt onder andere voorwaarden aan de rechtmatigheid en doelmatig van verwerking van persoonsgegevens. Er zijn onder meer bepalingen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bewustzijn in de organisatie;</li> <li>- transparantie en meldingsplicht;</li> <li>- doelbinding;</li> <li>- rechtmatige grondslag;</li> <li>- kwaliteit;</li> <li>- beveiliging.</li> </ul>
Wet marktordening Gezondheidszorg	Het doel van de wet is meer concurrentie te krijgen in de zorg. Het belang van de consument staat hierbij voorop. Er zijn onder meer bepalingen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- informatieverstrekking aan consumenten;</li> <li>- aanmerkelijke marktmacht.</li> </ul>
Mededingingswet	Deze wet verbiedt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kartelvorming;</li> <li>- misbruik van een economische machtspositie;</li> <li>- concentraties van ondernemingen zonder voorafgaande melding.</li> </ul>
Verzekeringsrecht (Burgerlijk wetboek)	Het verzekeringsrecht is het geheel van rechtsregels, die de onderlinge betrekkingen bepalen tussen enerzijds de verzekeraar en anderzijds de verzekeringnemer en/of de verzekerde.

Naleving van wet- en regelgeving wordt gewaarborgd doordat deze waar nodig, is opgenomen in de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) en is vastgelegd in richtlijnen, procedurebeschrijvingen en werkinstructies.

DSW Zorgverzekeraar voldoet aan alle eisen van de relevante wet- en regelgeving. In dit maatschappelijk verslag wordt de naleving van bovenstaande wet- en regelgeving op diverse plaatsen uitgebreid besproken.

#### 5.1.5. Externe accountant

De externe accountant onderzoekt of het uitvoeringsverslag Zvw is opgesteld overeenkomstig de daarvoor geldende verantwoordingsvoorschriften, zoals opgenomen in het Informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2011. Aangezien het uitvoeringsverslag onderdeel uitmaakt van dit maatschappelijk verslag, beperkt het onderzoek van de accountant zich tot de verantwoordingsvoorschriften van de NZa. De accountant stelt vast dat de opgenomen niet-financiële informatie niet strijdig is met de financiële informatie.

## 5.2. Dialoog met belanghebbenden

### 5.2.1. Dialoog met verzekerden en patiënten(organisaties)

Al jaren scoort DSW Zorgverzekeraar in onafhankelijke onderzoeken zeer hoog als het gaat om klanttevredenheid. Om dit te handhaven trachten wij inzicht te krijgen in de onderwerpen die onze verzekerden belangrijk vinden. DSW Zorgverzekeraar voert de dialoog met haar verzekerden onder meer via de Ledenraad, de cliëntenraden van zorginstellingen en de patiëntenorganisatie Zorgbelang. In paragraaf 3.3. is de rol van de Ledenraad aan bod geweest. In 2011 heeft DSW de zorginkoop expliciet met Zorgbelang besproken. DSW heeft Zorgbelang Zuid-Holland ondersteund bij het initiatief voor het opzetten van de Meldactie Mondzorg naar aanleiding van ontwikkelingen binnen de mondzorg.

Ook vinden gesprekken met verzekerden plaats op de administratieve afdelingen en bij de loketten. Deze gesprekken vormen belangrijke contactmomenten tussen de individuele verzekerden en DSW Zorgverzekeraar. Hoewel deze gesprekken meestal een dienstverlenend karakter hebben, geven ze direct of indirect de verwachtingen en wensen van onze verzekerden weer.

De medisch adviseurs van DSW Zorgverzekeraar hebben regelmatig contact met verzekerden. Zij leggen bijvoorbeeld ten behoeve van hulpmiddelenverstrekking bezoeken af bij verzekerden en hulpmiddelen leveranciers. Deze bezoeken hebben ten doel de aanvragen te beoordelen of problemen af te handelen. Ook houden de medisch adviseurs periodiek spreekuur en telefonisch spreekuur voor verzekerden. De RvB, Directie en management zijn te allen tijde bereid om verzekerden te woord te staan.

### 5.2.2. Dialoog met zorgverleners

Regionale eerstelijns zorgverleners zijn per beroepsgroep vertegenwoordigd in Commissies van Overleg. In het overleg met deze commissies komen kwaliteitsaspecten van de zorgverlening en administratieve aangelegenheden aan bod. Met de regionale ziekenhuizen, Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's), revalidatiecentra, GGZ-instellingen, huisartsen, paramedici, hulpmiddelenleveranciers, verloskundigen en kraamzorginstellingen worden periodiek ontwikkelingen, zorgvernieuwing, projecten en verbetertrajecten besproken. Zorgbrede ontwikkelingen op regionaal niveau worden geagendeerd in het overleg met onder andere de ZEL, Coöperatie i.o. Vlietland Ziekenhuis en samenwerkingsverbanden van Care- en Cure-instellingen.

### 5.2.3. Aanwijzingen toezichthoudend college

Gedurende de verslagperiode heeft DSW Zorgverzekeraar geen aanwijzing van de NZa gekregen.

### 5.2.4. Belangenafwegingen

Belangenafweging speelt op tal van niveaus en bij tal van beslissingen een belangrijke rol. Bij alle besluiten staan de belangen van onze verzekerden voorop. De gemaakte belangenafwegingen hebben onder andere geleid tot de visie, strategie en beleid zoals beschreven in hoofdstuk 4.



## 6. Prestaties in relatie tot belanghebbenden

### 6.1. Kwaliteit van informatie en dienstverlening

#### 6.1.1. Informatieverstrekking aan verzekerden

##### Mondelinge informatievoorziening

Verzekerden kunnen via een lokaal telefoonnummer DSW Zorgverzekeraar bereiken. De eerstelijns telefonisten verbinden hen door naar de medewerkers van Klantenservice óf naar de betreffende afdeling. In 2011 waren dat 273.707 telefoongesprekken.

De gemiddelde wachttijd voordat een beller een medewerker aan de lijn krijgt, was in 2011 elf seconden. Verzekerden kunnen ook zonder afspraak terecht bij de verschillende loketten.

Kwaliteitsmedewerkers van de afdeling Klantenservice luisteren periodiek mee met de gesprekken van de medewerkers Klantenservice. De frequentie is afhankelijk van de ervaring van de laatstgenoemden. De kwaliteitsmedewerker dient tevens als algemene vraagbaak voor de medewerkers Klantenservice en schakelt tussen de verschillende afdelingen. Daarnaast hebben de teamleiders hun medewerkers gecoacht aan de hand van de door hen opgenomen telefoongesprekken.

Tweemaal per kwartaal wordt er voor alle medewerkers Klantenservice in samenwerking met de afdelingen een themabijeenkomst georganiseerd.

Nieuwe medewerkers volgen de cursus 'Zorgverzekering Klantadvisering'. Deze wordt afgesloten met het Cito-examen dat landelijk wordt afgenomen. Voor deze nieuwe medewerkers verzorgen kwaliteitsmedewerkers daarnaast een interne training.

De goed opgeleide medewerkers van de afdeling Klantenservice worden ondersteund door een systeem, dat alle informatie over een verzekerde samenbrengt, zodat zij de vraag van een verzekerde gemakkelijk en juist kunnen beantwoorden.

Bij een meer specifieke of inhoudelijke vraag met betrekking tot de aanspraak op zorg en de vergoeding daarvan raadplegen de medewerkers dit kennissysteem of de afdeling Declaraties. Desgewenst kunnen zij ook navraag doen bij de teamleider of bij medewerkers van de afdeling Zorg.

##### Informatie met betrekking tot afgewezen zorg en bezwaarmogelijkheden

Indien een aanvraag voor zorg wordt afgewezen, wordt de verzekerde schriftelijk geïnformeerd over de reden van afwijzing. Hierin worden de reden van afwijzing en de wettelijke grondslag vermeld. Ook wordt de verzekerde in dat geval gewezen op de mogelijkheid tot het aanvragen van een herbeoordeling.

De uiteindelijke afhandeling hiervan loopt via onze afdelingen Juridische Zaken en Zorg, zodat een objectief nieuw oordeel kan plaatsvinden of een aanvraag terecht of onterecht is afgewezen en of er alsnog tot vergoeding dient te worden overgaan.

In 2010 zijn er in het totaal 24.023 machtigingen aangevraagd, waarvan er 2.909 (12%) werden afgewezen.

## 6.1.2. Aantal en aard van klachten en geschillen

### Aard en aantal schriftelijke klachten

DSW Zorgverzekeraar beschouwt iedere klacht als een serieuze uiting van ontevredenheid van een verzekerde. Een klacht kan bovendien belangrijke informatie bieden over mogelijke verbetering van de dienstverlening. Het is daarom belangrijk dat zorgvuldig met klachten wordt omgegaan. Omdat wij klachten structureel willen oplossen is inzicht in de aard van de klachten essentieel.

Het aantal schriftelijke klachten in absolute aantallen staat in onderstaande tabel, waarbij een schriftelijke klacht is gedefinieerd als een uiting van ongenoegen van een verzekerde die door of namens verzekerde zelf op schrift dan wel elektronisch is verzonden.

Tabel 13 Klachten 2011

<b>Categorie</b>	<b>Aantal</b>	<b>Rechter</b>
1. Zorgplicht	48	0
2. Acceptatieplicht	4	0
3. Verbod op premiedifferentiatie	0	0
4. Kwaliteit van zorg	85	0
5. Informatievoorziening	57	0
6. Overig basisverzekering	23	0
Totaal	217	0

De gemiddelde doorlooptijd van een klacht bedroeg 16 werkdagen (2010: 17). Het aantal klachten is licht gestegen naar 217 (2010: 189). Het percentage klachten dat gegrond werd verklaard bedroeg 13% (2010: 10%).

### Analyse van de klachten

De ontvangen klachten zijn per categorie geanalyseerd. Bij de klachten geuit onder 'Zorgplicht' betrof het zowel zeven keer een klacht over de verstrekte farmaceutische zorg als over de specialistische zorg. De andere klachten waren verspreid over de overige verstrekkingen.

Bij de 'Kwaliteit van zorg' betrof meer dan de helft van de klachten (52) de categorie mondzorg. Daarnaast zijn er twintig klachten over specialistische zorg ontvangen. De overige klachten waren te verspreid over de overige verstrekkingen om hier te categoriseren.

Bij 'Informatievoorziening' kwamen klachten over onvoldoende/geen informatie (17) en foutieve informatie (14) het meest voor.

En onder 'Overig basisverzekering' vallen vooral klachten over de premie (9) en het eigen risico (5). Ook hiervoor geldt dat de overige klachten te versnipperd waren om er een trend in te ontdekken.

Uit de analyse van de klachten blijkt dat er geen herkenbare structuur is en dat er met betrekking tot specifieke zorgverleners geen conclusies kunnen worden getrokken. De klachten hebben betrekking op incidentele kwesties, en hebben derhalve niet geleid tot wijzigingen in beleid of procedures. Vanzelfsprekend worden de klachten met betrekking tot 'informatievoorziening' en dan met name de categorieën 'foutieve informatie' en 'onvoldoende/geen informatie' besproken met, dan wel doorgegeven aan, de betreffende teamleider of het afdelingshoofd, die hun medewerkers inlichten, zodat de informatievoorziening naar onze verzekerden verder geoptimaliseerd wordt.

### Afhandeling van schriftelijke klachten

De afdeling Juridische zaken registreert alle klachten centraal. Per omgaande wordt een ontvangstbevestiging verstuurd. Het verdere proces van de klachtenafhandeling is gedigitaliseerd en geautomatiseerd.

Afhankelijk van de aard van de klacht vindt de afhandeling in eerste instantie plaats door een afdelingshoofd of medisch adviseur. In nagenoeg alle gevallen heeft telefonisch contact plaats met de indiener van de klacht zodat ook achtergrondinformatie wordt verkregen en waar nodig vindt wederhoor plaats bij een zorgverlener. Het laatste kan afhandeling van een klacht vertragen. Onze verzekerde wordt hiervan telefonisch dan wel schriftelijk op de hoogte gesteld.

De definitieve afhandeling vindt schriftelijk plaats, waarbij alle ongegronde klachten door de RvB worden afgehandeld. Bij een ongegrondverklaring wordt een aparte alinea gewijd aan 'rechtsbescherming'. Hierin wordt aangegeven dat een verzekerde zich kan wenden tot de SKGZ of rechter als hij/zij het niet eens is met onze beslissing.

### Aantal overige procedures

Als verzekerden het oneens zijn met een beslissing op grond van de Zvw, kunnen zij een verzoek om heroverweging indienen bij de RvB. Juridische Zaken neemt deze verzoeken in behandeling, eventueel in overleg met een medisch adviseur, waarna de RvB een besluit neemt. Omdat wij de relatie met onze verzekerden van groot belang achten, vindt in nagenoeg alle gevallen persoonlijk contact met de verzekerde plaats.

Tabel 14 Heroverwegingen 2011

<b>Categorie</b>	<b>Aantal</b>	<b>Afgehandeld</b>	<b>SKGZ Bindend advies</b>	<b>Rechter</b>	<b>Doorloop- tijd (dagen)</b>	<b>Percentage gegrond</b>
1. Zorgplicht	423	411	9	0	26	17
2. Acceptatieplicht	12	11	0	0	15	9

Het aantal verzoeken om heroverweging is toegenomen van 350 (2010) naar 435. DSW Zorgverzekeraar constateert dat veel van deze verzoeken betrekking blijven houden op plastische chirurgie, met name op een gewenste correctie van de bovenoogleden. In 2011 ging het in totaal om 148 verzoeken om heroverweging die betrekking hadden op een bovenooglidcorrectie. Op grond van de Zvw zijn plastisch-chirurgische ingrepen aan bovenoogleden, op twee uitzonderingen na, van vergoeding uitgesloten.

De gemiddelde doorlooptijd ligt ruim binnen de door ons gestelde norm van 60 dagen; gemiddeld wordt op een verzoek om heroverweging binnen 26 werkdagen (2010: 38 dagen) een besluit genomen.

#### 6.1.3. Mutatieverwerking

Bij het vastleggen van gegevens streeft DSW een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en tijdigheid na. Voor in- en uitschrijven en overige mutaties geldt een maximale doorlooptijd van vijf werkdagen. In de piekperiode aan het einde van het jaar wordt geaccepteerd dat deze termijn niet altijd wordt gehaald.

In 2011 is 77% van de inschrijvingen via internet ontvangen, vervolgens geautomatiseerd gecontroleerd en indien correct zonder menselijke interventie verwerkt.

De gemiddelde doorlooptijd van de inschrijvingen bedroeg drie werkdagen en die van de uitschrijvingen en overige mutaties twee werkdagen.

Telefonische mutaties worden, indien mogelijk, meteen verwerkt. Verzekerden kunnen ook via internet ('MijnDSW') mutaties in hun gegevens doorgeven, ook deze worden binnen de normen volledig geautomatiseerd verwerkt. Adreswijzigingen vinden geheel geautomatiseerd plaats op basis van de informatie uit de GBA. De voorraad en de ouderdom van de mutaties worden in de systemen door de teamleiders gevolgd, zodat bijgestuurd kan worden om de doelstellingen te behalen.

#### 6.1.4. Afhandelingstermijn restitutenota's

De omvang van de restitutenota's is licht gestegen naar 236.080 (2010: 235.183). Deze nota's hebben voornamelijk betrekking op de aanvullende verzekeringen. Volgens de interne norm mag de afhandelingstermijn van een verzekerdennota maximaal tien werkdagen bedragen. De gerealiseerde afhandelingstermijn bedroeg, net als in 2010, gemiddeld drie werkdagen.

Om de gemiddelde doorlooptijd te bepalen, geldt de datum van binnenkomst van de nota als het begin en het afgeven van de betalingsopdracht als het einde van de termijn.

Tabel 15 Prestatie-indicator termijn restitutenota

<b>Prestatie-indicator</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Gemiddelde doorlooptijd nota restitutie in werkdagen	3	3

#### 6.1.5. Zorgbemiddeling

DSW Zorgverzekeraar maakt met de ziekenhuizen en andere zorgverleners goede afspraken over het tijdig bieden van zorg. Uitgangspunten hierbij zijn de Treeknormen (zie paragraaf 4.3.2.). Hierdoor kan een verzekerde binnen een redelijke termijn terecht voor de benodigde zorg.

In het geval dat de verzekerde ervaart dat hij of zij onaanvaardbaar lang moet wachten op medische behandeling of zorg, wordt de betrokkene geadviseerd eerst contact op te nemen met de huisarts. Deze kent de situatie van de verzekerde en is de aangewezen persoon om de urgentie te beoordelen en eventueel een spoedafpraak te regelen.

In tweede instantie is het team Zorgbemiddeling beschikbaar om op verzoek van een verzekerde te bemiddelen bij knelpunten. Het team inventariseert de mogelijkheden. Verzekerden kunnen ook informatie over zorgbemiddeling terugvinden op de website.

Uit tabel 16 blijkt dat DSW bijna 70% van de verzoeken om zorgbemiddeling effectief heeft weten te bemiddelen. Met effectieve bemiddeling wordt bedoeld dat wij de datum van behandeling in het behandelend ziekenhuis of bij een ander ziekenhuis hebben kunnen vervroegen.

Het percentage waarbij effectief is bemiddeld geldt als indicator. Bij verzoeken waarbij niet effectief kon worden bemiddeld, was veelal sprake van specifieke specialistische ingrepen/consulten op het gebied van met name orthopedie. In de overige gevallen waarin niet is bemiddeld was dit uiteindelijk niet nodig, omdat de verzekerde, na telefonisch contact hierover, bijvoorbeeld berustte in de wachttijd.

Tabel 16 Zorgbemiddeling

<b>Prestatie-indicator</b>	<b>2011</b>
Percentage zorgbemiddelingsverzoeken waarbij effectief is bemiddeld	67%

Bij het eerste contact is in 2011 gevraagd aan de verzekerde of men tevreden is met de ondernomen actie. Bijna 95% van de verzekerden antwoordde positief.

#### 6.1.6. Verzekerdentevredenheid

DSW geeft geen miljoenen euro's uit aan reclame om aan haar imago of naamsbekendheid te werken. Geen dure tv-spotjes, of radiocommercials die uitdragen waarom DSW zo goed zou zijn. Desondanks heeft DSW sinds de invoering van de basisverzekering een forse groei doorgemaakt. Deze groei heeft DSW gerealiseerd met behulp van individueel verzekerden, ondanks een explosieve groei aan collectiviteiten in de markt. Mond-tot-mondreclame en het telkens als eerste bekendmaken van de premie blijken belangrijke redenen waarom nieuwe verzekerden voor DSW hebben gekozen. Bovendien waarderen onze verzekerden ons hoog. Wij komen dan ook al jaren als één van de beste zorgverzekeraars van Nederland naar voren in de consumentenonderzoeken van Nivel/kiesBeter. In het onderzoek van 2011 scoort DSW wederom een 8,1 als algemene waardering en zit daarmee weer bovengemiddeld. Tabel 17 geeft een weergave van de tevredenheid van onze verzekerden door de jaren heen.

Tabel 17 Algemeen oordeel van verzekerden door de jaren heen  
(bron: Nivel/kiesBeter)

<b>Jaar</b>	<b>Score</b>	<b>Score</b>
2006	***	8,1
2007	***	8,1
2008	***	8,0
2009	***	8,1
2010	***	8,1
2011	***	8,1

\* Benedengemiddelde score      \*\*Gemiddelde score      \*\*\* Bovengemiddelde score

## 6.2. Relatie met zorgaanbieders

### 6.2.1. Betalingstermijn

In het verslagjaar zijn 233.597 declaraties van zorgverleners verwerkt (2010: 212.269).

Tabel 18 Prestatie-indicator betalingstermijn

<b>Prestatie-indicator</b>	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Gemiddelde doorlooptijd facturen in werkdagen	20	19

De definitie van de gemiddelde doorlooptijd in werkdagen is voor deze zorgverlenersdeclaraties hetzelfde als voor verzekerdennota's. Voor het bepalen van de gemiddelde doorlooptijd geldt de binnenkomst van de declaratie als het begin en het afgeven van de betalingsopdracht als einde van de termijn. Indien de declaratie via VECOZO wordt ingediend geldt als datum van binnenkomst de datum waarop het bestand door ons is ontvangen. De maximale betalingstermijn is vastgelegd in de overeenkomst en bedraagt gemiddeld 22 werkdagen.

### 6.3. Personeelsbeleid en werksfeer

De werksfeer binnen DSW Zorgverzekeraar is informeel en wordt gekenmerkt door een hoge mate van collegialiteit. Plezier in het werk staat bij DSW Zorgverzekeraar centraal. Sfeer is daarbij belangrijk, maar het is ook erg belangrijk dat medewerkers voldoende uitdagingen hebben waarin zij hun creativiteit kwijt kunnen.

#### 6.3.1. Opleiding en training

In een competitieve markt als die van de zorgverzekeraars is de kwaliteit van medewerkers één van de meest onderscheidende factoren. De eisen die aan medewerkers worden gesteld, veranderen en zijn de afgelopen jaren gestegen.

DSW kent een systeem van competentiegerichte beoordeling waarbij met medewerkers afspraken worden gemaakt over te volgen cursussen, trainingen of opleidingen. DSW stimuleert de ontwikkeling van haar medewerkers door een goede studiekostenregeling en het beschikbaar stellen van tijd.

De totale kosten voor opleiding en training bedroegen € 322.744 in 2011. De gemiddelde kosten per medewerker bedroegen € 877 (2010: € 550).

#### 6.3.2. Ziekteverzuim

Ten opzichte van 2010 is het verzuim in het verslagjaar gestegen naar 4,0% (2010: 3,4%). De meldingsfrequentie bedroeg 1,4 (2010: 1,3).

In de cyclus rond verzuim en re-integratie speelt, naast de medewerker zelf, de direct leidinggevende een belangrijke rol. Bij hem of haar dient de medewerker zich te melden bij ziekte of andersoortig verzuim. De leidinggevende houdt bij terugkeer een verzuimgesprek. Medewerkers die frequent verzuimen, worden opgeroepen voor het spreekuur van de bedrijfsarts van de Arbodienst.

Langdurig en/of opvallend verzuim worden besproken tijdens het Sociaal Medisch Overleg, waaraan naast de bedrijfsarts en de personeelsadviseurs de betrokken leidinggevende deelneemt. Wanneer sprake is van re-integratie treedt de direct-leidinggevende meestal op als Casemanager.

#### 6.3.3. Personeelsverloop

Eind 2011 waren er 368 mensen in dienst bij DSW Zorgverzekeraar. Een deel hiervan voert werkzaamheden uit voor derden, zoals Zorgkantoor DWO/NWN, Stad Holland Zorgverzekeraar en DSW Verzekeringen. De kosten van deze werkzaamheden worden integraal doorbelast. In het afgelopen jaar traden 22 mensen uit dienst, terwijl er 46 in dienst traden. Het totale verloop bedroeg 6,0% (2010: 5,8%).

#### 6.3.4. Ongewenst gedrag

De klachtenregeling geeft de individuele medewerker een middel om een voor hem/haar ongewenste situatie ten aanzien van ongewenste omgangsvormen te melden.

In 2011 zijn geen meldingen van ongewenst gedrag ontvangen. De functie van vertrouwenspersoon is belegd bij de Arbodienst.

#### 6.4. Samenleving: Financieel-economische kengetallen

In onderstaande tabel is een aantal kerncijfers van DSW Zorgverzekeraar vermeld.

Tabel 19 Kerncijfers

	<b>2011</b>	<b>2010</b>
Zorgkosten per verzekerde	€ 2.161	€ 2.127
Beheerskosten per verzekerde	€ 54,64	€ 51,36
Aanwezige solvabiliteit	€ 139.440.000	€ 126.500.000

### Bijlage 1: Tabel kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg

Verstrekking	Kwaliteit	Tijdigheid (toegangstijd / wachttijd)	Bereikbaarheid
Huisartsenzorg	Contractueel overeengekomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- geregistreerd zijn in BIG-register;</li> <li>- verplicht aantal uur bijscholing;</li> <li>- gebruik maken van landelijke en beroepsgroep specifieke normen, richtlijnen en standaarden;</li> <li>- deelnemen aan farmacotherapeutisch overleg;</li> <li>- in overleg treden met andere zorgverleners bij verwijzing;</li> <li>- actief deelnemen aan overlegvormen met collegae huisartsen.</li> </ul>	Maximaal 3 werkdagen	Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:  Telefonisch bereikbaarheid Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website) Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)
Mondzorg	Contractueel overeengekomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- geregistreerd zijn in BIG-register;</li> <li>- gebruik maken van landelijke en beroepsgroep specifieke normen, richtlijnen en standaarden.</li> </ul>	geen wachttijd	
Farmaceutische zorg	<u>Eerste lijn:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stimulering, substitutie van spécialité naar generiek door apotheek door middel van het pakjesprijsmodel bij patent verloop;</li> <li>- voorschrijfgedrag huisartsen conform NHG standaard, monitoring door spiegel informatie.</li> </ul> <u>Tweede lijn:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorschrijfgedrag bij de regionale ziekenhuizen 25% spécialité/75% generiek maagzuurremmers en cholesterolverlagers.</li> </ul>	1 werkdag	
Verloskundige zorg	- Kwaliteitseisen contractueel overeengekomen	geen wachttijd, mits op tijd aangevraagd bij zorgverlener	
GGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benchmarking van behandelresultaten</li> <li>- Uitkomsten basisset prestatie-indicatoren</li> <li>- Klanttevredenheid</li> </ul>	4 weken  <ul style="list-style-type: none"> <li>- instellingen zijn verplicht wachttijden op internetsite te vermelden.</li> <li>- Waar wachttijden de Treeknormen overschrijden: in gesprek hoe toegang te verbeteren. Er zijn hiertoe afspraken gemaakt met instellingen om productie te verhogen voor hetzelfde budget.</li> </ul>	



<p>Medisch specialistische zorg</p>	<p>A-segment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij de regionale ziekenhuizen aanvullende kwaliteitsafspraken gemaakt. Deze hebben betrekking op onder andere doorstroming, ligduur, IGZ-indicatoren en ICT.</li> <li>- afspraken binnen de lokale productiegebonden component ter stimulering van kwaliteitsprojecten.</li> </ul> <p>B-segment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij de vijftien ziekenhuizen aandacht besteed aan de CQ-index van Miletus die betrekking heeft op patiënttevredenheid en de analyses van Mediquest welke een benchmark tussen de ziekenhuizen weergeeft van de prestaties op het gebied van een aantal behandelingen.</li> <li>- ZBC: hanteren van inkoopcriteria bij het al dan niet contracteren van nieuwe aanbieders en het maken van aanvullende afspraken bijv. inzake voorschrijfgedrag.</li> </ul>	<p>4 weken</p> <p>Bij de inkoop van zorg in het A-segment en B-segment worden afspraken gemaakt over de treeknormen. Indien ziekenhuizen hier niet aan voldoen worden afspraken gemaakt om de zorg binnen deze normen te bieden (bijv. een kwaliteitsproject in het kader van de LPC of het toestaan van een hogere productie bij de betreffende parameters.</p> <p>De max. toegangstijden worden vastgelegd in de overeenkomsten.</p>	<p>Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:</p> <p>Telefonisch bereikbaarheid Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website) Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)</p>
<p>Kraamzorg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eisen voor kwaliteit zijn beschreven in de contracten</li> <li>- Zorgverlener moet voldoen aan de kwaliteitseisen zoals vastgesteld door de beroepsgroep</li> <li>- Doelmatige en efficiënte zorg</li> </ul>	<p>Geen wachttijd, mits op tijd aangevraagd bij zorgverlener.</p>	
<p>Paramedie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eisen voor kwaliteit zijn beschreven in de contracten</li> <li>- Zorgverlener moet voldoen aan de kwaliteitseisen zoals vastgesteld door de beroepsgroep</li> <li>- Doelmatige en efficiënte zorg</li> <li>- BIG-geregistreerd zijn</li> <li>- Vermeld staan in het (centraal) kwaliteitsregister</li> </ul>	<p>1 week</p> <p>Verzekerde kan na aanmelding binnen 5 werkdagen terecht voor eerste afspraak.</p>	

Hulpmiddelenzorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De eisen voor kwaliteit zijn beschreven in contracten per hulpmiddelengroep. Voor de meeste gecontracteerde leveranciers is certificering bij SEMH, StAr, Kema, ISO en of HKZ een onderdeel van de overeenkomst 2011.</li> <li>Bij een aantal hulpmiddelengroepen is opgenomen dat er conform (ZN)protocollen, richtlijnen en of hulpmiddelen kompassen wordt gewerkt.</li> </ul>	3 weken gemiddeld	<p>Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:</p> <p>Telefonisch bereikbaarheid</p> <p>Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website)</p> <p>Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)</p>
Vervoer	<p>Contractueel worden afspraken gemaakt over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- individueel vervoer (bij verzekerden met chemokuur);</li> <li>- kwaliteit voertuig;</li> <li>- aanrijtijd ambulance;</li> <li>- naar aanleiding van resultaten uit klanttevredenheidsonderzoek aanvullende afspraken (onder andere over bejegening en wachttijden).</li> </ul>	n.v.t.	

## **Bijlage 2: Naleving Code Verzekeraars**

### Naleving code

DSW Zorgverzekeraar onderschrijft de intenties van de Governance Principes uit de Code verzekeraars (hierna: de code). In de Leidraad bij de code is opgenomen, dat aan een aantal principes 'proportioneel' kan worden voldaan. Dit wil zeggen dat rekening kan worden gehouden met de aard, omvang, risico's en complexiteit van de werkzaamheden van de verzekeraar. DSW is een relatief kleine verzekeraar en is als onderlinge waarborgmaatschappij alleen actief op het gebied van zorgverzekeringen. Bij de naleving van de code wordt rekening gehouden met deze kenmerken.

### Raad van Commissarissen (RvC)

- De RvC is zodanig samengesteld dat hij op basis van kennis, ervaring en achtergrond zijn taak naar behoren kan vervullen.
- Er is een algemene profielschets, waarin is opgenomen over welke specifieke kennis en ervaring een commissaris, respectievelijk de voorzitter dient te beschikken.
- Ieder lid van de RvC ontvangt een passende vaste vergoeding gebaseerd op een in 2003 door een externe partij uitgevoerde benchmark. In 2012 zal een nieuwe benchmark plaatsvinden.
- Nieuwe commissarissen volgen een kennismakingsprogramma waarin zij door DSW worden geïnformeerd over specifieke (zorg)verzekeringsaspecten. Daarna vindt in voldoende mate 'training on the job' plaats. Een formeel opleidingsprogramma voor permanente educatie ontbreekt.
- Op het gebied risicobeheer en audit is sprake van proportionele toepassing van de code. Er zijn geen aparte commissies, de taken worden door de gehele RvC uitgeoefend. De RvC heeft als geheel voldoende ervaring om een gedegen beoordeling mogelijk te maken.

### Raad van Bestuur (RvB)

- De RvB heeft een zeer brede kennis en een jarenlange ervaring op het gebied van zorgverzekeringen, zorg, financiën, governance en ICT.
- Op het gebied van permanente educatie is sprake van proportionele toepassing van de code. De RvB houdt zich op de hoogte van relevante ontwikkelingen op het gebied van o.a. de zorgverzekeringen, de zorg, de (financiële) economie, governance en de ICT. DSW ziet geen toegevoegde waarde in een formeel programma.
- DSW Zorgverzekeraar kent als onderlinge waarborgmaatschappij geen commerciële belangen. De risicobereidheid van DSW, die mede daardoor gering is, bespreekt de RvB met de RvC. De risicobereidheid heeft de RvB in 2011 niet ter goedkeuring aan de RvC voorgelegd.
- Op het gebied van de voorbereiding van de besluitvorming op het gebied van risicobeheer binnen de RvB is sprake van proportionele toepassing. De voorzitter van de RvB is verantwoordelijk voor het risicobeheer. Het belang van financiële stabiliteit blijkt mede uit het beleid om de premie altijd net kostendekkend vast te stellen. De aard van DSW brengt met zich mee dat er geen spanningsveld is tussen risicobeheer en commerciële verantwoordelijkheid.

- De RvB verklaart nadrukkelijk zich te houden aan de kernwaarden van DSW, te weten:
  - Dichtbij, menselijk
  - Eerlijk en Direct
  - Realistisch en Praktisch
  - Gezamenlijk
  - Eigenzinnig

De kernwaarden van DSW gelden vanzelfsprekend niet alleen voor de RvB maar voor iedereen die bij DSW werkzaam is. De kernwaarden zijn niet in de arbeidsovereenkomst opgenomen, maar gelden als gedragsregels en bij indiensttreding wordt hieraan tijdens het trainingsprogramma expliciet aandacht besteed.

De RvB heeft geen moreel-ethische verklaring ondertekend. Naar onze mening gaan de bovengenoemde kernwaarden verder dan de aanbevolen tekst in de code.

*Aanbevolen moreel-ethische verklaring*

*"Ik verklaar dat ik mijn functie als verzekeraar integer en zorgvuldig zal uitoefenen. Ik zal een zorgvuldige afweging maken tussen alle belangen die bij de verzekeraar betrokken zijn, te weten die van de klanten, de aandeelhouders, de werknemers en de samenleving waarin de verzekeraar opereert. Ik stel in die afweging het belang van de klant centraal en zal de klant zo goed mogelijk inlichten. Ik zal mij gedragen naar de wetten, de reglementen en de gedragscodes die op mij als verzekeraar van toepassing zijn. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik maak geen misbruik van mijn verzekeringskennis. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal mij inspannen om het vertrouwen in het verzekeringswezen te behouden en te bevorderen. Ik zal zo het beroep van verzekeraar in ere houden."*

Bron: Toelichting Gedragscode van de verzekeraar

### Risicomanagement

- De voorzitter van de RvB is verantwoordelijk voor het risicobeheer. Een bedrijfsbrede risicoanalyse in 2009 is voor DSW de basis geweest om haar interne risicomanagement verder vorm te geven en te verstevigen. De risico's uit de risicoanalyse zijn toebedeeld aan verschillende eigenaren (afdelingshoofden en directie) en ondergebracht in een risicoregister.
- Zoals eerder genoemd kent DSW Zorgverzekeraar als onderlinge waarborgmaatschappij geen commerciële belangen. De risicobereidheid van DSW is mede daardoor gering, en wordt door de RvB besproken met de RvC. De risicobereidheid is door de RvB in 2011 niet ter goedkeuring aan de RvC voorgelegd.
- De inhoud van het product 'Zorgverzekeringswet' wordt door de overheid vastgesteld, waarbij ook de zorgplicht aan de verzekerde wettelijk is vastgesteld. Voor deze wettelijke zorgverzekering kent DSW geen Product Goedkeuringsproces.

### Audit

- De interne audit functie wordt op dit moment gedeeltelijk intern ingevuld door de afdeling Interne Controle, en is gedeeltelijk uitbesteed aan de externe accountant. In het kader van Solvency II zal deze invulling worden herbezien.
- De afdeling Interne Controle is onafhankelijk gepositioneerd binnen de organisatie.
- De periodieke informatie-uitwisseling tussen de interne auditfunctie, de externe accountant en de RvC vindt proportioneel plaats. De interne auditfunctie heeft geen formele rapportagelijnen naar de RvC; de externe accountant rapporteert aan de RvC.
- In 2011 heeft tripartite overleg plaatsgevonden tussen de interne audit functie, de externe accountant en DNB.

### Beloningsbeleid

- DSW heeft in 2011 het bestaande beloningsbeleid geformaliseerd. Dit beloningsbeleid voldoet aan de Regeling beheerst beloningsbeleid Wft 2011.
- De RvC stelt de beloning van de RvB en directie vast. De beloning is gebaseerd op een in 2003 door een externe partij uitgevoerde benchmark. In 2012 zal een nieuwe benchmark plaatsvinden.
- Het beleid voor vaste beloningen voor alle andere medewerkers is gebaseerd op de CAO zorgverzekeraars. Deze vaste beloningen worden door de Raad van Bestuur en directie conform de CAO salarisschalen, inclusief Advieschalen boven CAO, vastgesteld.
- Variabele beloningen bedragen voor RvB, directie en alle andere medewerkers maximaal 10% van het vaste salaris.
- De RvC wordt volgens het beleid geïnformeerd over alle variabele beloningen aan alle andere medewerkers hoger dan € 5.000.