

**Maatschappelijk verslag 2014  
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. BENOEMING VAN DE COMMISSARISSEN.....  | 7         |
| 2.2. NEVENFUNCTIES VAN DE COMMISSARISSEN.....  | 8         |
| 2.3. BELONING VAN DE COMMISSARISSEN.....   | 9         |
| 2.4. RELATIE MET DE ACCOUNTANT.....  | 9         |
| <b>3. PROFIEL VAN DE ORGANISATIE.....</b>  | <b>10</b> |
| 3.1. AARD VAN DE ACTIVITEITEN.....   | 10        |
| 3.2. GEOGRAFISCHE GEBIEDEN .....   | 10        |
| 3.3. STRUCTUUR VAN DE ORGANISATIE .....  | 11        |
| 3.4. DIENSTVERLENENDE PROCESSEN .....  | 12        |
| 3.5. CONCERNSTRUCTUUR/ALLIANTIES EN SAMENWERKINGSVERBANDEN .....                     | 13        |
| 3.6. WERKZAAMHEDEN VOOR DERDEN .....   | 14        |
| 3.7. WERKZAAMHEDEN DOOR DERDEN .....   | 15        |
| 3.8. ONDSCHIED PUBLIEK EN PRIVAAT .....  | 16        |
| <b>4. VISIE EN BELEID.....</b>   | <b>17</b> |
| 4.1. ALGEMENE VISIE.....   | 17        |
| 4.2. VISIE OP MAATSCHAPPELIJK VERANTWOORD ONDERNEMEN .....                           | 18        |
| 4.3. VISIE OP REGIONALE ZORG .....   | 20        |
| 4.4. BELEID.....   | 21        |
| 4.4.1. <i>Financiën</i> .....  | 21        |
| 4.4.2. <i>Investerings (en desinvesteringen)</i> .....                               | 22        |
| 4.4.3. <i>Organisatie en beheersing van bedrijfsprocessen</i> .....                  | 22        |
| 4.5. NALEVING WETTELIJKE VERPLICHTINGEN .....  | 23        |
| 4.5.1. <i>Toegang tot de verzekering</i> .....                                       | 23        |
| 4.5.2. <i>Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg</i> .....                    | 25        |
| 4.5.3. <i>Betaalbaarheid van de zorg</i> .....                                       | 32        |
| 4.5.4. <i>Overige wettelijke verplichtingen</i> .....                                | 42        |
| 4.5.5. <i>Privacy van persoonsgegevens</i> .....                                     | 43        |
| 4.6. CONSUMENTENBELANGEN .....   | 44        |
| 4.6.1. <i>Relaties met verzekerden</i> .....   | 44        |
| 4.6.2. <i>Premievaststelling</i> .....   | 47        |
| <b>5. STURING EN BEHEERSING .....</b>  | <b>49</b> |
| 5.1. BEDRIJFSVOERING EN CORPORATE GOVERNANCE.....                                    | 49        |
| 5.1.1. <i>Taken en verantwoordelijkheden</i> .....                                   | 49        |
| 5.1.2. <i>Verantwoording over naleving van de gedragscodes</i> .....                 | 49        |
| 5.1.3. <i>Toelichting op het interne risicobeheersings- en controlesysteem</i> ..... | 50        |
| 5.1.4. <i>Misbruik en Oneigenlijk gebruik</i> .....                                  | 51        |
| 5.1.5. <i>Naleving relevante wet- en regelgeving</i> .....                           | 53        |
| 5.1.6. <i>Externe accountant</i> .....   | 54        |
| 5.2. DIALOOG MET BELANGHEBBENDEN .....   | 54        |

|                     |   |           |
|---------------------|---|-----------|
| 5.2.1.              | <i>Dialogo met verzekerden en patiënten(organisaties)</i>     | 54        |
| 5.2.2.              | <i>Dialogo met zorgverleners</i>                              | 54        |
| 5.2.3.              | <i>Aanwijzingen toezichhoudend college</i>                    | 55        |
| 5.2.4.              | <i>Belangenafwegingen</i>                                     | 55        |
| <b>6.</b>           | <b>PRESTATIES IN RELATIE TOT BELANGHEBBENDEN</b>              | <b>56</b> |
| 6.1.                | KWALITEIT VAN INFORMATIE EN DIENSTVERLENING                   | 56        |
| 6.1.1.              | <i>Informatieverstrekking aan verzekerden</i>                 | 56        |
| 6.1.2.              | <i>Aantal en aard van klachten en geschillen</i>              | 57        |
| 6.1.3.              | <i>Mutatieverwerking</i>                                      | 59        |
| 6.1.4.              | <i>Afhandelingstermijn restitutienota's</i>                   | 59        |
| 6.1.5.              | <i>Zorgbemiddeling</i>  | 59        |
| 6.1.6.              | <i>Verzekerdentevredenheid</i>                                | 60        |
| 6.2.                | RELATIE MET ZORGAANBIEDERS                                    | 61        |
| 6.2.1.              | <i>Betalingstermijn</i>                                       | 61        |
| 6.3.                | PERSONEELSBELEID EN WERKSFEER                                 | 61        |
| 6.3.1.              | <i>Opleiding en training</i>                                  | 61        |
| 6.3.2.              | <i>Duurzame inzetbaarheid</i>                                 | 62        |
| 6.3.3.              | <i>Ziekteverzuim</i>  | 62        |
| 6.3.4.              | <i>Personeelsverloop</i>                                      | 62        |
| 6.3.5.              | <i>Ongewenst gedrag</i>                                       | 62        |
| 6.4.                | SAMENLEVING: FINANCIIEEL-ECONOMISCHE KENGETALLEN              | 63        |
| <b>BIJLAGE 1:</b>   | <b>PREMIE OPBOUW 2015</b>                                     | <b>64</b> |
| <b>BIJLAGE 2:</b>   | <b>TABEL KWALITEIT, TIJDIGHEID EN BEREIKBAARHEID VAN ZORG</b> | <b>65</b> |
| <b>BIJLAGE 3:</b>   | <b>NALEVING CODE VERZEKERAARS</b>                             | <b>69</b> |
| <b>JAARREKENING</b> |   | <b>72</b> |

## 1. Aanbieding door de Raad van Bestuur

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

#### Zorgpremie DSW gaat in 2015 niet omhoog

Met dit opmerkelijke bericht trad DSW op 23 september 2014 naar buiten. Daarmee heeft DSW voor de tiende keer op rij als eerste zorgverzekeraar de premie bekend gemaakt. Evenals in 2012 en 2013 hebben wij de markt volledig verrast met een premie die substantieel lager is dan door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) was geraamd. De opbouw van onze premie hebben we net als in eerdere jaren op een transparante wijze op onze website gepresenteerd (zie bijlage 1).

Naast de gelijkblijvende premie voor de basisverzekering en aanvullende verzekering, hebben wij onze verzekerden, net als in 2013, weer een deel van de premie teruggegeven. Half december hebben alle premiebetalende verzekerden een bedrag van € 20 ontvangen. Deze premieruggave brengt tot uitdrukking dat wij geen op winst gerichte verzekeraar zijn en dat wij de teruggegeven premie niet voor het werven van nieuwe leden willen inzetten, maar dat wij juist de loyaliteit van de bestaande verzekerden willen belonen. Goedkoper kan niet, duurder hoeft niet.

Na onze premiebekendmaking heeft het maar liefst zeven weken geduurd voordat de eerstvolgende verzekeraar, één week voor de deadline, met een premie naar buiten kwam. Deze verzekeraar heeft de premie voor zijn budgetpolis na een paar dagen alsnog verlaagd. Het verschil met de andere verzekeraars was kennelijk te groot.

DSW geeft vanaf de start van de basisverzekering in 2006 geen korting aan collectiviteiten.

#### DSW start in Twente met nieuw label

DSW is van mening dat het verzekeren van zorg vanuit een regionale benadering, die op een solidaire manier is vormgegeven, een extra toegevoegde waarde kan hebben in onderscheidende regio's. Om die reden hebben wij in 2014 besloten om in de regio Twente met een nieuw label op de markt te komen, inTwente Zorgverzekeraar. DSW is risicodragers voor dit nieuwe label. Vanzelfsprekend zijn daarom de uitgangsprincipes van dit label dezelfde, dus voor iedereen dezelfde restitutiepolis en dezelfde premie als bij DSW. Zo hoort dat volgens ons onder de basisverzekering altijd te zijn. Ook de aanvullende verzekeringen zijn identiek qua dekking en premie.

#### DSW niet in ZN bestuur vertegenwoordigd

Sinds jaar en dag is DSW de enige verzekeraar die niet in het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is vertegenwoordigd. Dat is een bewuste keuze omdat DSW niet de bestuursbesluiten van ZN wenst te legitimeren, zolang andere leden de solidariteit van het systeem ondergraven. Dit doen zij door onderscheid te maken tussen restitutie- en naturapolissen, door het aanbieden van collectiviteiten met kortingen die tot 10% kunnen oplopen en bewust te sturen op risicoselectie. DSW heeft altijd openlijk gecommuniceerd zich in beginsel aan geen enkel bestuursbesluit gebonden te achten en zich vrij te voelen de eigen mening uit te dragen. Omdat ZN gerechtigd is de branche te representeren en in vergaderingen, onder andere met het ministerie, afspraken te maken die de sector kunnen binden, is het echter wel van belang dat wij beschikken

over de gegevensstroom die aan ZN ter beschikking wordt gesteld en tijdig op de hoogte zijn van afspraken die gemaakt worden dan wel in voorbereiding zijn.

#### Open brief over artikel 13 met onverwachte gevolgen

Op zaterdag 31 mei 2014 hebben wij een open brief aan de minister van VWS in de NRC en De Telegraaf geplaatst. Wij hebben hiermee aandacht gevraagd voor het feit dat aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, bekend geworden als de vrije artsenkeuze, een zeer ongewenste situatie zou gaan opleveren.

Deze aanpassing zouden verzekeraars, in onze optiek niet moeten voorstaan, omdat het machtsevenwicht tussen verzekeraar, zorgverlener en verzekerde juist van essentieel belang is. Teveel macht bij één partij, zeker als die partij uit zo weinig spelers bestaat, betekent op termijn het einde van de marktwerking en daarmee het einde van een op zichzelf goed functionerend zorgverzekeringsstelsel. Een aanpassing immers die de ziekenhuizen ertoe kan stimuleren om in plaats van met elkaar naar samenwerkingsvormen te zoeken, over te gaan tot heilloze fusies. Een aanpassing ook die voor de innovatie in de zorg een grote belemmering zal zijn. Een aanpassing ten slotte die de verzekerde zijn fundamentele recht op vrije keus van zorgverlener ontnemt en daarmee de marktwerking via de verzekerde tot een holle frase maakt.

Op maandag 2 juni 2014 heeft het ZN-bestuur zijn verontwaardiging over de brief uitgesproken en besloten om DSW een brief te sturen, in afschrift aan de Raad van Commissarissen, waarin DSW min of meer de wacht wordt aangezegd. Met de opstelling van het ZN-bestuur is in ieder geval bewezen dat wij niet in een echte markt opereren. Er is geen markt te bedenken waarin concurrenten elkaar een brief in afschrift aan de Raad van Commissarissen schrijven indien een partij in die markt er een afwijkende mening, die overigens in de samenleving zeer breed gesteund wordt, op nahoudt. Bewezen is ook dat men het vanzelfsprekend vindt dat een andersluidende mening niet getolereerd kan worden.

Het idee had postgevat dat beperking van de vrije artsenkeuze van belang zou zijn voor het beheersen van de kosten, het paradepaardje van de verzekeraars. Dit ondanks het feit dat noch bij het ministerie, noch bij ZN, noch bij enige verzekeraar er ook maar één velletje papier ligt waarop ook maar het begin van een onderbouwing wordt gegeven voor een te bereiken besparing op de zorgkosten via de beoogde beperking. De media zaten desalniettemin in de denkgroef vast, dat het natuurlijk logisch is dat er bespaard kan worden door middel van genoemde beperking, al was het maar omdat dan de luxe verslavingsklinieken niet meer vergoed hoeven te worden. Zoals wij reeds eerder hebben betoogd is dit geen verzekerde zorg en werd deze zorg ook zonder aanpassing van artikel 13 niet door DSW vergoed. De aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, zoals beoogd, levert in onze optiek dan ook geen enkele besparing op.

De ZN-brief heeft uiteindelijk als een boemerang gewerkt. Nadat de brief in de Ledenraad was besproken en daarmee openbaar was geworden, is de pers ermee aan de haal gegaan. Dit was uiteraard van tevoren niet te voorzien. Het heeft in ieder geval de discussie over de vrijheid van keuze van zorgverlener en de vraag of het wel verantwoord is de regie over de zorg in handen van vier verzekeraars te leggen, een nieuwe dimensie gegeven. DSW heeft, een logisch vervolg op onze brief, vervolgens als

enige verzekeraar een onder de bevolking en bij organisaties zeer breed gedragen petitie tegen aanpassing van artikel 13 ondertekend en mede aangeboden aan de Eerste Kamer. De instemming van de Eerste Kamer met de aanpassing leek nog slechts een formaliteit, maar werd na verwerping bijna een fatale bananenschil voor het kabinet. Onze open brief aan de minister van VWS heeft achteraf beschouwd een belangrijke bijdrage geleverd aan het niet doorgaan van de aanpassing van artikel 13.

Is er nog meer bereikt met alle publiciteit? Jazeker. Zo heeft de NZa aangekondigd kritischer te zullen kijken naar machtsconcentratie bij verzekeraars en met meer aandacht naar de kroonjuwelen van de Zorgverzekeringswet: de zorgplicht van verzekeraars, de naleving van het verbod op premiedifferentiatie en het verbod op risicoselectie met name in combinatie met de budgetpolis. Bij ZN ten slotte wordt hard gewerkt aan een verbeteragenda. Risicoselectie en collectiviteiten zijn topprioriteit geworden.

## 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 2014 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, mei 2015

C.A.C.M. Oomen, voorzitter

F.C.W. ten Brink

## 2. Verslag Raad van Commissarissen

In het verslagjaar bestond de Raad van Commissarissen (RvC) uit drie personen: de heren J.J.A.H. Klein Breteler (voorzitter), C.J. de Swart en J.A.C.F. Tuijtel. In de vier vergaderingen die in 2014 hebben plaatsgevonden is onder meer aandacht besteed aan:

- Het maatschappelijk verslag 2013 (inclusief jaarrekening);
- Het accountantsverslag 2013;
- Rapportages toezichthouders (Nederlands Zorgautoriteit (NZa), De Nederlandse Bank (DNB));
- De financiële rapportages;
- Vermogensbeheer;
- Kapitaalbeleid;
- Solvency II;
- Governance;
- Compliance;
- Risicomanagement;
- Fraude;
- De overstapronde 2013-2014;
- Premie 2015 en wijzigingen verzekerd pakket in 2015;
- Ontwikkelingen in de regio;
- Selectie nieuwe accountant;
- Technologische revolutie in relatie tot personeelsbeleid;
- Aanpassing statuten in verband met WLZ;
- Anno12;
- inTwente Zorgverzekeraar.

In het verslagjaar is er bijzondere aandacht besteed aan de concentratie van spoed-, geboorte- en beroertezorg, het afschaffen van artikel 13 en de brief van ZN aangaande branchestandpunten.

Een externe organisatie heeft in 2014, net als in 2013, de uitkomsten van de door haar uitgevoerde compliance monitor gerapporteerd. In deze monitor wordt de compliance aan de Wet op het financieel toezicht (Wft) van onze organisatie onderzocht. Uit deze monitor is een beperkt aantal verbeterpunten voortgekomen die opgepakt zijn.

### 2.1. Benoeming van de commissarissen

De zittingsduur van commissarissen is in de statuten vastgesteld op maximaal drie termijnen van drie jaar. De leden worden (her)benoemd door de Ledenraad op voordracht van de RvC en/of van ten minste één derde van het aantal leden van de Ledenraad gezamenlijk. De voordracht wordt met redenen omkleed, waarbij de relevante huidige betrekkingen en andere commissariaten van de kandidaten worden gemeld.

Het aftreden van de leden vindt periodiek plaats, zodanig dat er ieder jaar ten minste de benoeming van één lid is. Deze persoon (personen) is (zijn) tweemaal herbenoembaar. Zodra een lid van de RvC de leeftijd van tweeënzeventig jaar bereikt, is deze niet langer herbenoembaar. In 2014 zijn geen leden van de RvC afgetreden.

## 2.2. Nevenfuncties van de commissarissen

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

Tabel 1 Nevenfuncties RvC per 31 december 2014

|   |
|---|
| <i>J.J.A.H. Klein Breteler (voorzitter)</i>   |
| - Voorzitter RvC Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A.  |
| - Voorzitter RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.   |
| - Voorzitter RvC DSW Assurantiën B.V.   |
| - Voorzitter RvC Delphi R & D B.V.  |
| - Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Phoenix  |
| - Voorzitter Raad van Toezicht Kenniscentrum Zorg Vilans, Utrecht                               |
| - Voorzitter Raad van Toezicht Woningcorporatie Mooiland, Amersfoort/Grave                      |
| - Voorzitter Raad van Toezicht Zorg Binnen Bereik (joint venture Philips en Achmea), Amersfoort |
| - Voorzitter Landelijke Geschillencommissie Arbodiensten BOABOREA, Utrecht                      |
| - Voorzitter RvC Valstar Simonis B.V., Rijswijk   |
| - Lid RvC Weboma B.V.   |
| - Lid Raad van Toezicht Stichting Lijn 1, Voorburg  |
| - Lid Raad van Toezicht Osira/Amstelring, Amsterdam/Amstelveen                                  |
| - Bestuurslid/Vice-voorzitter PGGM Coöperatie, Zeist  |
| - Bestuurslid Kogar, Wateringen   |
| - Lid Raad voor Economische Aangelegenheden (REA) Bisdom Rotterdam                              |
| - Lid Adviesraad Meeus/MVGM B.V., Rijswijk (ZH)   |
| - Arbitr Scheidsgerecht Gezondheidszorg, Utrecht  |
|   |
| <i>C.J. de Swart</i>  |
| - Lid RvC Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A.   |
| - Lid RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.  |
| - Lid RvC DSW Assurantiën B.V.  |
| - Lid RvC Delphi R & D B.V.   |
| - Lid Raad van Toezicht Stichting Phoenix   |
| - Voorzitter Bestuur Stichting Administratiekantoor Heijmans N.V.                               |
|   |
| <i>J.A.C.F. Tuijtel</i>   |
| - Lid RvC Stad Holland Zorgverzekeraar OWM U.A.   |
| - Lid RvC DSW Ziektekostenverzekeringen N.V.  |
| - Lid RvC DSW Assurantiën B.V.  |
| - Lid RvC Delphi R & D B.V.   |
| - Lid Raad van Toezicht Stichting Phoenix   |
| - Voorzitter Raad van Toezicht ROC Midden Nederland   |
| - Toezichthouder Ro Theater Rotterdam   |
| - Bestuurslid Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO)                                |



### 2.3. Beloning van de commissarissen

De beloning van de Raad van Commissarissen van OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. bedraagt in het verslagjaar 2014 in totaal € 48.400 (inclusief btw).

### 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 2013 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 aard van 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 Zorgverzekeringswet (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%. De overstapperiode eind 2014 heeft tot een toename van bijna 70.000 verzekerden geleid. Dit is absoluut gezien de grootste stijging van alle zorgverzekeraars, maar ook absoluut gezien de grootste stijging in de historie van DSW. Opmerkelijk is de zeer forse groei in de rest van Nederland, iets wat we vooral danken aan het feit dat landelijk gezien onze uitgangspunten goed over het voetlicht zijn gebracht.

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%       |
| 2013 | - 1,2%       |
| 2014 | 0,9%         |
| 2015 | 18,6%        |

Onderstaande tabel geeft de geografische spreiding van de verzekerden weer.

Tabel 3 Concentratie van verzekerden per 31 december 2014 en per 1-1-2015

|                       | <b>31-12-2014</b> | <b>01-01-2015</b> |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Schiedam              | 41.500            | 42.800            |
| Westland              | 41.300            | 42.700            |
| Vlaardingen           | 40.600            | 41.700            |
| Delft                 | 37.300            | 38.400            |
| Maassluis             | 18.100            | 18.600            |
| Pijnacker-Nootdorp    | 14.400            | 15.000            |
| Midden-Delfland       | 7.800             | 8.200             |
| Rotterdam en omgeving | 67.500            | 74.300            |
| Den Haag en omgeving  | 45.600            | 50.800            |
| Rest van Nederland    | 58.800            | 108.100           |
| Totaal                | 372.900           | 440.600           |

### 3.3. Structuur van de organisatie

DSW Zorgverzekeraar is een onderlinge waarborgmaatschappij met uitgesloten aansprakelijkheid, die voor zijn 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 2014 uit de volgende personen:

- J.J. Franke, voorzitter
- H.B.L. Kho, secretaris
- C.W.L. van den Bos
- A.B. Gan
- E.J. Middendorp
- H.E. Nauta-Geerts
- M.P. Sloot
- N.J. Smid-Zilverentant
- M.D. van der Stelt

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 2013 (inclusief jaarrekening), fraude, de concentratie van spoedzorg en CVA-zorg, afschaffen artikel 13, de brief van ZN aangaande branchestandpunten, statutenwijzigingen in verband met de WLZ, de premie 2015, ontwikkelingen rond het gebruik van de automatiseringssystemen van DSW door andere zorgverzekeraars en de ontwikkelingen in de regio.

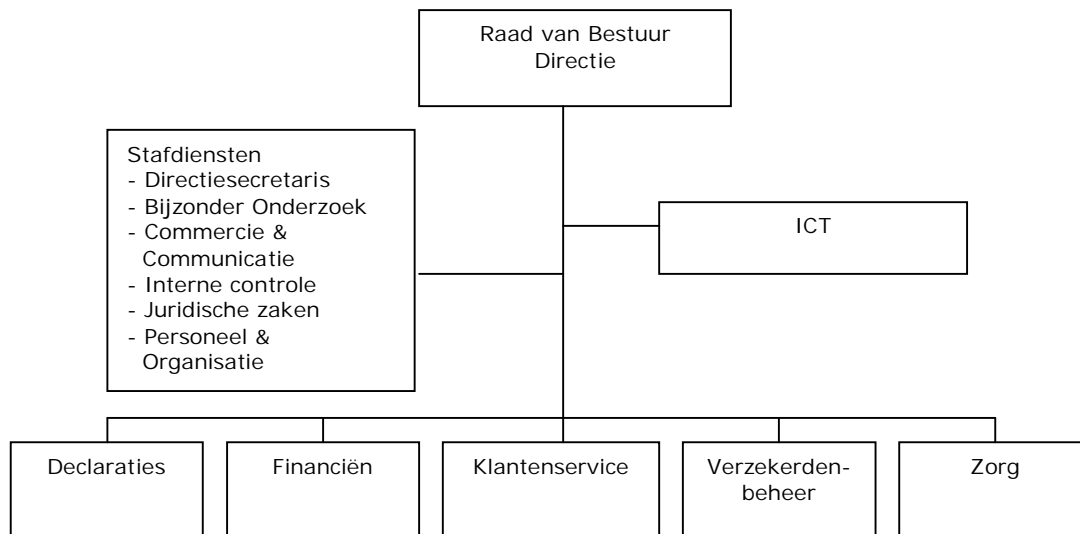
De Ledenraad delegeert zijn taken gedeeltelijk aan de Raad van Commissarissen (zie hoofdstuk 2), namelijk het toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken.

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, A. de Groot, D. Pons en J. Papac (adjunct).

Voor de honorering wordt verwezen naar het financieel jaarverslag.

Het organogram (figuur 1), waarin alle afdelingen zijn weergegeven, is in 2014 niet gewijzigd.

Figuur 1 Organogram per 31-12-2014



#### 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 e-mail- en schriftelijke berichten van verzekerden. Tevens worden overleden verzekerden en emigranten direct uitgeschreven na ontvangst van de melding via de Basisregistratie Personen (BRP). 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 mutaties telefonisch, schriftelijk, per e-mail, via de algemene website en via de beveiligde internetomgeving 'MijnDSW' doorgeven. De verwerking via de website en de beveiligde internetomgeving gebeurt volledig geautomatiseerd met behulp van systeemcontroles. Ook adreswijzigingen worden geheel geautomatiseerd verwerkt aan de hand van meldingen via de BRP.

- *Debiteurenbeheer*

Aan het begin van elke maand biedt DSW de nominale premie ter incasso bij de verzekerde aan. Bij de meeste verzekerden (80%) 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 2014 heeft dit tot een hoog percentage elektronisch ontvangen declaratieregels geleid (99%). 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 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 Zorg 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. Daarnaast beoordelen zij inhoudelijk de controles in het kader van Gepast Gebruik van zorg en van Misbruik & Oneigenlijk gebruik.

### 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 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor 100% aandeelhouder van Zorgkantoor DSW B.V.

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

DSW heeft in 2014 een nieuw label, onder risicodragerschap van DSW, in de markt gezet. Dit label, inTwente Zorgverzekeraar, is een exacte kopie van DSW in de regio Twente. Dus zelfde dekking, zelfde premie, zelfde uitgangspunten. Wat wij benadrukken in de uiting: "samen met DSW Zorgverzekeraar".

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, direct of indirect, ten goede komen.

DSW Zorgverzekeraar participeert direct in het samenwerkingsverband van de Stichting Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL). De ZEL is per 1 januari 2014 ontstaan vanuit een fusie van Zorggroep Eerste Lijn en Stichting Eerste Lijns Ondersteuning (ELO). De ZEL wil in de regio's Westland, Schieland en Delfland (WSD) alle 1e-lijnszorgverleners faciliteren om kwalitatief hoogwaardige geïntegreerde zorg te realiseren en landelijke en regionale ontwikkelingen naar praktijkniveau te vertalen. De ZEL is contractpartner voor het faciliteren en bewaken van de kwaliteit ten behoeve van de uitvoering van de chronische zorgketens. Daarnaast is de ZEL één van de contractpartners voor het uitvoeren van de Regionale Ondersteuning Eerstelijnszorg. DSW heeft vanaf januari 2008 een bestuurlijke inbreng gehad in de ZEL, gezamenlijk met twee huisartsen en een onafhankelijk lid. Met ingang van 1 januari 2014 is dit voortgezet voor de Zorgorganisatie Eerste Lijn.

#### Samenwerking met gemeenten

Het verslagjaar heeft in het teken gestaan van de voorbereiding op de invoering van de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Deze wet is in de plaats gekomen van de AWBZ en bij de invoering vindt ook decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden vanuit de AWBZ naar gemeenten en verzekeraars plaats. Verzekeraars en gemeenten worden daardoor in 2015 de hoofdfinanciers van het domein zorg en welzijn. Afstemming van beleid tussen gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar is van essentieel belang met als doel een optimale, op elkaar aansluitende en doelmatige zorg en welzijn te garanderen aan verzekerden. Samenwerking is dan ook geen eenmalige activiteit voor de transitieperiode, maar zal ook na de overheveling van taken noodzakelijk blijven.

In 2014 zijn verschillende samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en DSW tot stand gebracht. DSW heeft met de drie NWN-gemeenten en drie van de vijf DWO-gemeenten en Rijswijk respectievelijk een convenant en een intentieovereenkomst ondertekend om de samenwerkingsafspraken te formaliseren.

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.

- *Zorgcoöperatief Vlietland*

Dit samenwerkingsverband heeft ten doel de beschikbaarheid van kwalitatief goede ziekenhuiszorg in de regio te waarborgen en innovatieve zorgprojecten te stimuleren.

#### 3.6 Werkzaamheden voor derden

DSW Zorgverzekeraar verrichtte in 2014 voor de volgende organisaties werkzaamheden, waarvoor vergoeding plaatsvindt op basis van integrale kosten.

| Organisatie                           | Doelstelling   |
|---------------------------------------|--|
| Zorgkantoor DSW B.V.                  | Uitvoering AWBZ in de regio NWN en DWO   |
| Stad Holland Zorgverzekeraar OWM 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 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.
- *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:

- 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;
- 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

Sinds de invoering van de Zvw is het zorgverzekeringsstelsel een private taak van zorgverzekeraars. 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 AWBZ uit. De zorgkantoren zijn ondergebracht in Zorgkantoor DSW B.V.



## 4. Visie en beleid

### 4.1. Algemene visie

#### Nederland in de top

De Nederlandse saamhorigheid heeft geleid tot een zorgstelsel dat tot de top van de wereld behoort. Maar staan we er wel genoeg bij stil dat de zorg die we zo gewoon vinden zo vanzelfsprekend niet meer is? Goede zorg, nu en later, is minder vanzelfsprekend dan veel mensen denken. Want zorg is er alleen zolang we bereid zijn daarvoor samen en welbewust te kiezen.

#### Zieke mensen buiten spel

Solidariteit, de basis van ons zorgstelsel, is zelfs bij de zorgverzekeraars geen vanzelfsprekendheid meer. Veel zorgverzekeraars gedragen zich meer en meer als schadeverzekeraars door vooral de klanten met een gunstig risicoprofiel aan zich te willen binden. Er zijn inmiddels voldoende voorbeelden van dat een gelijke toegang tot de zorgverzekering tegen een gelijke prijs al niet meer voor iedereen bereikbaar is. Steeds vaker worden mensen met een gemiddeld minder goede gezondheid schaamteloos weggezet. De wil om voor elkaar te zorgen is een kenmerk van beschaving en daarvan wordt een deel achteloos overboord gezet.

#### Gaat het nog wel om zorg?

Wat is nog het karakter van een zorgverzekeraar die vele verschillende labels in de markt brengt, die allemaal een ander verhaal hebben om zoveel mogelijk mensen te lokken? Waar staat zo'n zorgverzekeraar dan nog voor? Zien we dan niet dat ogenschijnlijke voordeeltjes en kortingen feitelijk de bijl aan de wortel van ons zorgstelsel zijn en ons beperken in de keuzes die we kunnen maken? Daarbij komt dat de vrijheid om voor een bepaalde zorgverlener of ziekenhuis te kunnen kiezen ook al niet meer algemeen is.

#### Recht op inzicht in premie

DSW is een relatief kleine zorgverzekeraar. Onze opvattingen en omvang maken dat we onafhankelijk, wendbaar en alert in het zorgverzekeringsveld staan. Wij varen al jarenlang een bestendige en eigenzinnige koers en worden om de keuzes die we maken door onze klanten hoog gewaardeerd. Als kleine zorgverzekeraar maken wij het onderscheid, ook voor de 97% van de Nederlanders die niet bij ons verzekerd zijn.

Velen kennen ons als de zorgverzekeraar die jaarlijks als eerste de premie bekend maakt. Wij calculeren zo scherp mogelijk om net kostendekkend uit te kunnen komen. Zo zetten wij jaarlijks de trend waar zelfs de grootste verzekeraars nauwelijks van af durven te wijken. Hoe onze premie precies is opgebouwd, is op onze website voor iedereen die het weten wil tot in detail toegelicht. Dat doen we al jaren zo.

#### Keuzevrijheid en geen risicoselectie

Wij bieden uitsluitend een restitutiepolis aan, zodat onze verzekerden kunnen kiezen waar en door wie zij behandeld willen worden. We contracteren daarom alle ziekenhuizen, ook de regionale kleinere ziekenhuizen. We weten dat mensen er grote waarde aan hechten de zorg zo dicht mogelijk bij huis te hebben. Ook daarmee maken wij het onderscheid.

Het onderscheid dat we niet maken, is het onderscheid tussen jong en oud, gezond en ziek, arm en rijk, of tussen hoger en lager opgeleid. Wij stellen aan nieuwe verzekerden

daarom geen vragen over hun gezondheid of opleidingsniveau; ook niet voor onze aanvullende verzekeringen. Iedereen moet zonder onderscheid van goede zorg verzekerd kunnen zijn. Op de basisverzekering bieden wij geen collectiviteitskortingen, zodat niemand bij ons andermans korting hoeft te betalen.

#### Liever écht gewaardeerd dan betaald gewaardeerd

Aan commerciële vergelijkingssites betalen wij geen cent. Dat we daardoor niet als beste keuze geadviseerd worden door die sites, nemen we graag voor lief. We worden liever echt gewaardeerd door onze klanten omdat ze tevreden zijn, dan door vergelijkingssites omdat we ervoor betalen. En zo houden wij bij de keuzes die we maken steeds in gedachten dat het om de zorg voor onze verzekerden moet gaan. Nu en later. Ook het belang van de ruim 16 miljoen mensen die niet bij ons verzekerd zijn, verliezen we daarbij niet uit het oog. Zo is eigenlijk iedereen een beetje bij DSW verzekerd.

#### 4.2. Visie op maatschappelijk verantwoord ondernemen

##### Geen papieren exercitie

Maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) lijkt soms een mode term geworden, waarmee vele bedrijven zich graag afficheren. Maar in de praktijk, en dat geldt zeker ook voor zorgverzekeraars, blijken er grote verschillen te bestaan tussen beleid en het werkelijke handelen. Bij DSW is MVO geen papieren exercitie van bestuurders en beleidsmedewerkers die mooie verhalen in rapporten schrijven. DSW heeft op dit terrein dan ook geen beleidsplan en geen "duidelijk geformuleerde doelstellingen". MVO komt al veel langer in ons handelen tot uiting.

##### MVO en verzekeren

In onze visie kan een zorgverzekeraar zijn maatschappelijk verantwoord ondernemen met name tot uiting laten komen in zijn handelen als verzekeraar. Zoals op diverse plekken in dit verslag uitgebreid wordt toegelicht, maakt DSW hierin duidelijke keuzes:

- Bij DSW betaalt iedereen dezelfde premie voor de basisverzekering en geven wij collectiviteiten geen korting op deze premie;
- Om zo vroeg mogelijk duidelijkheid te geven aan onze verzekerden, maken wij altijd als eerste de premie voor de basisverzekering bekend, waarbij deze premie elk jaar trendsettend is voor andere zorgverzekeraars;
- Wij geven elk jaar, volledig transparant, de opbouw van onze premie weer op onze website, omdat wij vinden dat klanten recht hebben om te weten wat er met hun premiegeld gebeurt;
- DSW hanteert het motto: goedkoper kan niet, duurder hoeft niet. Daarom hebben wij in 2014, net als in 2013, onze verzekerden gedurende het jaar premie teruggegeven;
- Wij bieden alleen een polis met vrije keuze van zorgverlener, omdat dit een basisrecht is binnen de Zorgverzekeringswet.

Daarnaast maakt DSW ook bewust keuzes om bepaalde dingen juist niet te doen:

- Bij DSW is iedereen welkom en stellen wij geen medische vragen, ook niet voor onze aanvullende verzekeringen;
- Wij richten geen 'goedkope' labels op met afwijkende premiestelling en productaanbod, om ons met behulp van marketinginspanningen te richten op bepaalde doelgroepen in de markt die berekenbaar winstgevend zijn;
- Bij DSW doen we niet aan dual pricing van de basisverzekeringspremie;

- Wij herverzekeren niet het verplicht of vrijwillig eigen risico om gunstige doelgroepen daarmee een verkapt financieel voordeel te bieden en ze zo aan ons te binden.

#### MVO en het milieu

Het handelen van DSW heeft vanzelfsprekend een impact op het milieu en laat een ecologische voetafdruk achter. DSW probeert in zijn handelen deze impact te reduceren. In een organisatie als DSW is een belangrijke factor het verbruik van papier. DSW heeft diverse maatregelen ondernomen om dit verbruik te reduceren:

- DSW stimuleert het gebruik van de digitale mogelijkheden bij zijn verzekerden. Wij investeren veel in onze beveiligde omgeving, zodat verzekerden papierloos allerlei zaken met ons kunnen regelen. Maar ook onze mobile strategie draagt daar aan bij, door apps beschikbaar te stellen waarmee bijvoorbeeld zorgkosten gedeclareerd kunnen worden. Daarnaast stimuleren wij de correspondentievoorker digitaal, waarbij onze communicatie papierloos met de klant plaats vindt. Ook in 2014 hebben we een actie opgezet waarbij wij voor elke polishouder die koos voor deze communicatiewijze een bedrag van € 2,50 zouden overmaken aan KiKa, Stichting Kinderen Kankervrij. Dit heeft geresulteerd in ruim 12.500 polishouders die deze keuze hebben gemaakt;
- De post die bij ons op papier binnenkomt wordt vanaf het moment van binnenkomst gedigitaliseerd, waarna het administratieve proces volledig papierloos afgehandeld kan worden;
- Voor vergaderingen bij DSW wordt ook een papierloos traject nagestreefd. Hiertoe beschikken Raad van Bestuur, directie en afdelingshoofden over een tablet-pc waarop alle vergaderstukken digitaal beschikbaar worden gesteld;

DSW ontmoedigt daarnaast het gebruik van de auto als vervoermiddel om naar de werklocatie te komen door alternatieve vervoersvormen te stimuleren. Wij hebben voor ons personeel een fietsplan en moedigen het gebruik van openbaar vervoer aan door de volledige vergoeding van OV-trajectkaarten.

#### MVO en de maatschappij om ons heen

DSW maakt integraal onderdeel uit van de maatschappij waarbinnen hij opereert. Deze maatschappij is in ons perspectief beïnvloedbaar, als de juiste zaken gestimuleerd worden.

Wij doen dit op de bij ons passende bescheiden schaal, door het financieel ondersteunen van initiatieven op verschillende vlakken:

- *Gezondheidszorg*  
DSW ondersteunt diverse initiatieven op het gebied van gezondheidszorg, zoals de OOGbus en de Alcoholpoli in Delft (zie hiervoor ook paragraaf 4.3).
- *Sport*  
DSW ondersteunt een groot aantal amateur sportverenigingen. Daarnaast maakt DSW ook de ijsbaan in Delft en de Bruggenloop in Rotterdam mogelijk.
- *Cultuur*  
Ook op het gebied van cultuur geeft DSW organisaties een steuntje in de rug. Zo sponsoren wij de Stadsschouwburg in Vlaardingen, het jaarlijks Kerstconcert in Delft en het poppodium de Kroepoekfabriek in Vlaardingen.

#### 4.3. Visie op regionale zorg

##### Innovatie en kwaliteitsverbetering door regionale samenwerking

###### *Stichting Phoenix*

In de regio's DWO en NWN stimuleert Stichting Phoenix de regionale gezondheidszorg. Ook in 2014 heeft DSW onder andere via Stichting Phoenix financiële ondersteuning geboden bij de ontwikkeling van diverse nieuwe initiatieven. Voorbeelden hiervan zijn:

- de aanpak van alcoholvergiftiging bij jongeren (in samenwerking met medisch specialisten van de Reinier de Graaf Groep);
- onderzoek naar concentratie van de chirurgische behandeling van pancreas-carcinomen (in samenwerking met Erasmus Medisch Centrum);
- promotie onderzoek "Nieuwe samenwerking" (uitgevoerd door het samenwerkingsverband tussen de Reinier de Graaf Groep en de sectie BioMechanical Engineering van de TU Delft);
- onderzoek Modernisering Opleiding Heelkunde (in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum);
- subsidie Keteninformatiesysteem huisartsen;
- vruchtbaarheidspreservatie project bij vrouwen met kanker van de Reinier de Graaf Groep (in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum).

DSW participeert via de Stichting Phoenix ook in de FSG en Zorgcoöperatief Vlietland (zie paragraaf 3.5.).

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

De ZEL is in de regio's Westland, Schieland en Delfland de partij voor het faciliteren en bewaken van de kwaliteit ten behoeve van de uitvoering van de chronische zorg in de eerste lijn. Ruim 90% van de huisartsen in de genoemde regio's heeft zich hierbij aangesloten evenals apothekers, diëtisten, fysiotherapeuten, logopedisten, oefentherapeuten, psychologen en verloskundigen.

Daarnaast biedt de ZEL in de regio ondersteuning aan zorgverleners in de eerste lijn met als doel zorg efficiënter te organiseren en multidisciplinaire samenwerking te faciliteren.

###### *Regionale ICT ontwikkelingen*

In de regio's DWO en NWN is een Stuurgroep ICT geformeerd bestaande uit bestuurders van de regionale zorgpartijen. Deze stuurgroep initieert, stimuleert en financiert regionale ICT-projecten in de zorg. De deelnemende partijen maken zich hiermee gezamenlijk sterk voor een goede zorg in de keten. Stichting Phoenix levert een financiële bijdrage aan de stuurgroep. DSW neemt ook deel aan de Stuurgroep ICT, voert het secretariaat en levert projectmanagement op de lopende projecten. Zij heeft dus een faciliterende rol, maar vooral ook een aanjagende en stimulerende rol in de lopende Zorg ICT-trajecten in de regio.

Bij instelling overstijgende onderwerpen vindt samenwerking plaats, zoals bij:

- de aansluiting van zorgaanbieders op de landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling tussen huisartsen, huisartsenposten, apotheken en ziekenhuizen;
- de toestemming van de patiënt voor gegevensdeling in de keten;
- de medicatieoverdracht die verplicht wordt gesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- gegevensdeling in andere ketenprocessen, zoals binnen de wijkgerichte zorg.

In 2014 is samen met betrokken stakeholders (apotheken, ZEL, individuele huisartsen, huisartsenposten en Huisartsenkring WSD) verder doorgepakkt met de implementatie van de uitwisseling van gegevens tussen de huisarts en huisartsenpost ten behoeve van de waarneming. Ook is geïnvesteerd in de uitwisseling van medicatiegegevens tussen apotheken onderling en tussen de apotheken en de ziekenhuizen.

Op het 'Landelijk Schakel Punt' is 100% van de apotheken en 90% van de huisartsen in de regio aangesloten. In de regio is van 30% van de inwoners de toestemming geregistreerd, waardoor gegevens uitwisselbaar zijn. Vanaf januari 2015 zal de oude infrastructuur niet langer worden gebruikt, en zal alle gegevensuitwisseling verlopen via de landelijke infrastructuur.

In 2014 is de 'Regioviewer' in gebruik genomen. Uitwisseling van de gegevens vanuit het ziekenhuis richting zorgverleners in de regio is hiermee mogelijk gemaakt. Alle zorginstellingen, de huisartsen en de apotheken in de regio zijn hierbij betrokken. De informatievoorziening is ingericht volgens de geldende wet- en regelgeving en de eisen die worden gesteld aan de uitwisseling van medische gegevens. DSW heeft het projectmanagement uitgevoerd en levert ondersteuning op het vlak van beheer.

In 2014 zijn daarnaast voorbereidingen getroffen om het keteninformatiesysteem dat in gebruik is bij de huisartsen ook in te zetten voor de langdurige zorg in de wijk. Niet alleen de huisartsen, maar juist ook mantelzorgers, wijkverpleegkundigen en de patiënt zelf worden betrokken bij het zorgtraject. Pilots zijn gestart en in 2015 worden afspraken gemaakt over het vervolg. Gemeenten zijn benaderd en de mogelijkheden voor deelname aan het traject wordt verkend.

#### 4.4. Beleid

##### 4.4.1. Financiën

De premie voor de basisverzekering bedroeg in 2014 € 1.140 op jaarbasis. De premie is voor alle premieplichtige verzekerden gelijk, aangezien DSW geen collectiviteitskortingen geeft.

DSW 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 2014 het resultaat € 17,6 miljoen positief.

DSW kondigde bij het bekendmaken van de premie voor 2014 aan dat als de kosten lager uitvallen dan verwacht, dit op toekomstige premies in mindering wordt gebracht. DSW is deze belofte nagekomen en heeft medio december 2014 een bedrag van € 20 per premiebetalende verzekerde teruggegeven. DSW heeft ervoor gekozen om dit voordeel direct terug te geven aan zijn verzekerden en legt hiermee de nadruk op de onderlinge loyaliteit tussen DSW en zijn huidige verzekerden. DSW geeft hiermee een signaal af dat een eenmaal vastgestelde premie, indien de kostenontwikkeling daar aanleiding toe geeft, in het lopende jaar neerwaarts kan worden bijgesteld.

Zorgverzekeraars vallen onder het toezicht van DNB. Bij de premieberekening wordt derhalve rekening gehouden met de solvabiliteitseisen van DNB. Het aanwezige eigen vermogen ultimo 2014 als percentage van de minimaal vereiste solvabiliteit bedraagt

320%, hiermee wordt ruimschoots voldaan aan de door DNB vereiste minimumsolvabiliteit onder de huidige Wft (Solvency I).

Vanaf 1 januari 2016 wordt Solvency II van kracht. Vanaf 2015 dienen zorgverzekeraars rapportages aan te leveren aan DNB volgens Solvency II richtlijnen. Onder Solvency II neemt de vereiste solvabiliteit, de zogenoemde Solvency Capital requirement (SCR), fors toe. Op basis van de nu bekende gegevens zou het solvabiliteitspercentage dalen naar 155%. DSW voldoet hiermee aan de nieuwe richtlijn van DNB.

#### 4.4.2. Investerings (en desinvesteringen)

Voor het jaar 2015 worden, net als in 2014, geen bijzondere investeringen verwacht en is er derhalve geen aanvullende financieringsbehoefte.

#### 4.4.3. 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 2014 heeft plaatsgevonden. Het actualiseren heeft in 2014 extra aandacht gekregen in het kader van de vernieuwing van automatiseringssystemen en vanwege de invoering van Solvency II, de Europese richtlijn voor toezicht op verzekeraars.

#### 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 hebben plaatsgevonden in obligaties en in aandelen. Voorts is het valutarisico volledig afgedekt.

Mede door de invoering van Solvency II is DSW zijn beleggingsportefeuille aan het herinrichten en wordt het beleggingsbeleid verder geformaliseerd. Hiervoor is een fiduciaire vermogensbeheerder aangesteld. De verwachting is dat het nieuwe beleggingsbeleid medio 2015 wordt geëffectueerd.

#### 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 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. Er is een draaiboek voor uitwijk in geval van calamiteiten. De uitwijkprocedure is in 2014 getest en in orde bevonden.

De werking van de algemene ICT-beheersingsmaatregelen, de General Computer Controls, wordt jaarlijks extern onderzocht. Daarbij wordt de focus gelegd op de betrouwbaarheid en de continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking omtrent de applicaties die relevant zijn voor de verschillende financiële verantwoordingen. Op basis van dit jaarlijkse onderzoek trekt DSW de conclusie dat de betrouwbaarheid en continuïteit gewaarborgd is.

#### 4.5. Naleving wettelijke verplichtingen

In deze paragraaf wordt de verplichte verantwoording op detailniveau volgens het NZA-informatiemodel puntsgewijs beschreven.

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

- toegang tot de verzekering (paragraaf 4.5.1.);
- toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg (paragraaf 4.5.2.);
- betaalbaarheid van de zorg (paragraaf 4.5.3.);
- overige wettelijke verplichtingen (paragraaf 4.5.4.);
- privacy van persoonsgegevens (paragraaf 4.5.5.).

##### 4.5.1. Toegang tot de verzekering

###### Acceptatieplicht

DSW is verplicht alle verzekerden die aan de voorwaarden van de Zvw voldoen te accepteren. De voorwaarden worden bij aanmelding getoetst. In geval van twijfel wordt er aanvullende informatie opgevraagd om een goede beslissing te kunnen nemen. Incidenteel worden aspirant-verzekeringnemers niet ingeschreven, als zij niet kunnen aantonen dat zij rechtmatig in Nederland verblijven. Hun aantal is in het verslagjaar niet bekend.

Er zijn twee uitzonderingen op de acceptatieplicht van een zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar mag namelijk 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 wegens wanbetaling.

In 2014 heeft DSW geen verzekerden op grond van deze redenen de toegang tot de basisverzekering geweigerd. Wel is in het verslagjaar de verzekering van veertien verzekerden vanwege opzettelijke misleiding beëindigd. De acceptatieplicht van de andere verzekeraars blijft in geval van opzettelijke misleiding of wanbetaling wel bestaan.

###### 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 gaat zelfs nog een stap verder en hanteert voor alle verzekerden (individueel en collectief) dezelfde premie voor de basisverzekering.

DSW doet ook niet aan 'verkapte' premiedifferentiatie. Enkele andere zorgverzekeraars geven aan bijvoorbeeld seizoenarbeiders een zeer hoge korting voor het vrijwillig eigen risico van € 500. Vervolgens wordt het vrijwillige en in sommige gevallen zelfs het verplichte eigen risico tegen een zeer geringe premie 'herverzekerd', zodat er in feite

geen eigen risico is, maar er wel een korting wordt gegeven. Ook hebben enkele zorgverzekeraars binnen één risicodragers labels geïntroduceerd die zich richten op specifieke (winstgevende) doelgroepen. Deze labels hanteren een lagere premie dan de 'moedermaatschappij'. Naar de mening van DSW zijn dit vormen van verboden dual pricing.

Op de basisverzekering geeft DSW wel een betalingskorting, als een verzekerde de premie voor een langere periode vooruitbetaalt.

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 vrijwillig 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,-                                 | € 48,-                  | € 4,-                    |
| € 200,-                                 | € 96,-                  | € 8,-                    |
| € 300,-                                 | € 144,-                 | € 12,-                   |
| € 400,-                                 | € 192,-                 | € 16,-                   |
| € 500,-                                 | € 276,-                 | € 23,-                   |



#### 4.5.2. Toegang tot de zorg en/of vergoeding van 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.

Een (potentiële) verzekerde kan via de website van DSW zorgverleners opzoeken. Via de functionaliteit 'Zoek een zorgverlener' communiceren we voor alle verstrekkingen of een contract is afgesloten met een zorgaanbieder. Tevens vermelden wij per behandeljaar welke marktconforme vergoeding wordt gehanteerd indien er geen contract is afgesloten.

##### Geen beperking van zorg ten opzichte van de polis

DSW legt zijn verzekerden geen beperkingen op als het gaat om de toegang tot het wettelijk 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 machtigingsbeleid van DSW is 'geen machtiging, 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, niet-gecontracteerde klinische gespecialiseerde GGZ, en tandheelkundige implantaten. De machtigingsprocedure treedt in werking op het moment dat een verzekerde of zorgverlener een aanvraag indient. Onder verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundigen of andere medisch adviseurs van DSW worden verzoeken tot het verlenen van machtigingen behandeld. Als de aanvraag voldoet aan de polisvoorwaarden en reglementen wordt een machtiging verleend (zie ook paragraaf 4.5.3.).

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 2014

| <b>Verstrekking</b> | <b>Aanvragen</b> | <b>Afgewezen</b> | <b>Doorlooptijd<br/>(in werkdagen)</b> |
|---------------------|------------------|------------------|--|
| Hulpmiddelen        | 12.020           | 946              | 13                                     |
| Tandheekkunde       | 3.581            | 271              | 19                                     |
| Vervoer             | 904              | 166              | 5                                      |
| Ziekenhuiszorg      | 823              | 218              | 13                                     |
| Farmacie            | 1.022            | 270              | 6                                      |
| Overig              | 256              | 145              | 9                                      |

Tabel 7 Overzicht afwijsredenen 2014

| Verstrekking   | Geen verstrekking in basisverzekering | Voldoet niet aan voorwaarden basisverzekering | Dubbel ingediende aanvraag | Aanvraag ingetrokken of geen reactie |
|----------------|---------------------------------------|---|----------------------------|--------------------------------------|
| Hulpmiddelen   | 42%                                   | 26%   | 4%                         | 28%                                  |
| Tandheelkunde  | 20%                                   | 48%   | 4%                         | 28%                                  |
| Ziekenhuiszorg | 10%                                   | 76%   | 8%                         | 6%                                   |
| Vervoer        | 0%                                    | 62%   | 22%                        | 16%                                  |
| Farmacie       | 34%                                   | 48%   | 12%                        | 6%                                   |

#### Contractering Medisch Specialistische Zorg

Tot en met de contractering voor het jaar 2013 werkte DSW samen met de zorginkoopcombinatie Multizorg VRZ die buiten onze regio Medisch Specialistische Zorg (MSZ) inkocht. Vanaf de contractering voor het jaar 2014 wordt MSZ door DSW landelijk geheel zelfstandig ingekocht.

In het Hoofdlijnenakkoord tussen VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen is afgesproken dat alle partijen de landelijke contractering voor 2015 voor medio november 2014 trachten af te ronden.

Bij de contractering van ziekenhuizen zijn ook bij DSW alle activiteiten erop gericht geweest de contractering 2015 al in het verslagjaar af te ronden. Voor 92% van de schadelast is dit gelukt. Dit betreft een aanzienlijk hoger percentage dan eerdere jaren. Voor de overige aanbieders zijn de afspraken begin 2015 afgerond.

Dat DSW met alle ziekenhuizen voor het jaar 2015, net zoals voor het jaar 2014, een contract afsluit is medio november 2014 met onze (potentiële) verzekerden op de website gecommuniceerd en is per ZBC op de website de actuele stand van contractering weergegeven. Tegelijkertijd zijn alle marktconforme vergoedingen voor de ZBC's gepubliceerd op de website.

Bij de contractering van aanbieders van MSZ worden naast een beheerste kostenontwikkeling in toenemende mate kwaliteitscriteria meegewogen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om benchmarkrapportages van Mediquest op basis van prestatie-indicatoren. Daarnaast wordt de spreiding en concentratie van zogenoemde 'hoogcomplexiteit laagvolume zorg' bij de inkoop betrokken. Voor een aantal specialismen (bariatrie, oncologie, cardiologie en kaakchirurgie) gelden verder specifieke inkoopcriteria voor ZBC's die de betreffende zorg aanbieden.

Ten slotte hanteert DSW bij de contractering van nieuwe aanbieders randvoorwaarden op grond waarvan kritisch wordt gekeken naar het waarborgen van de continuïteit en de kwaliteit van zorg. Hiervoor worden lijsten met gerichte vragen en aandachtspunten gebruikt.

#### *Acute Zorg en standpunt DSW*

In 2013 en begin 2014 heeft ZN plannen voorbereid om de spoedeisende zorg te concentreren bij een kleiner aantal ziekenhuizen, gebaseerd op de "Kwaliteitsvisie spoedeisende zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)". Het gaat om acute zorgstromen voor neurologische zorg (CVA), acute cardiologische zorg en multitraumazorg.

DSW heeft aangegeven het niet juist te vinden dat zorgverzekeraars de spoedzorg verdelen en als dictaat willen opleggen. Concentratie van de spoedeisende zorg zal bovendien grote gevolgen hebben voor de niet-spoedeisende zorg. Als ziekenhuizen hun spoedeisende hulp moeten sluiten, moeten ook vaak andere afdelingen, zoals verloskunde, stoppen. Daarmee neemt de keuzemogelijkheid voor patiënten af.

In juli 2014 heeft ook de Autoriteit, Consument & Markt (ACM) aangegeven dat deze plannen mogelijk in strijd zijn met de Mededingingswet en verzoekt ze met onafhankelijke kwaliteitsstandaarden te onderbouwen. ZN heeft het ZiN gevraagd deze standaarden vast te stellen. ZiN heeft echter besloten het traject opnieuw te doorlopen met alle betrokken partijen.

#### Curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

In 2014 hebben grote wijzigingen plaatsgevonden binnen de curatieve GGZ.

##### *Representatiemodel*

Het representatie model, waarmee voor de contractering van 2008 tot en met 2013 zorg werd ingekocht bij een groot aantal GGZ-instellingen, verviel per 1 januari 2014. DSW maakte via dit model, samen met CZ en Menzis in de regio Haaglanden namens alle zorgverzekeraars afspraken met de zorgaanbieders. In de overige regio's werden er door andere zorgverzekeraars afspraken gemaakt met de aanbieders mede namens DSW. Nu dit model is vervallen, vindt de zorginkoop zelfstandig plaats

##### *Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ)*

Een andere grote wijziging in 2014 betrof de introductie van de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ). De vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg zijn per 1 januari 2014 vervallen. Hiervoor in de plaats zijn zorgvraagzwaarteproducten ontwikkeld welke behoren tot de GB-GGZ. Deze zorgvraagzwaarteproducten bieden de mogelijkheid om in de eerste lijn zwaardere zorg te leveren aan patiënten dan gemiddeld in de voormalige eerstelijnspsychologische zorg. Naast de voormalige eerstelijnspsychologische zorg wordt dus nu tevens een deel van de populatie uit de voormalige tweedelijns GGZ behandeld via de GB-GGZ.

Deze majeure stelselwijzigingen hebben hun beslag gehad op de organisatie van zorginkoop in de curatieve GGZ. Om de zorginkoop te ondersteunen is in 2013 een zorginkoopmodule ontwikkeld ten behoeve van de zorginkoop 2014. In 2014 is deze module verder verfijnd.

Ook bij de contractering van GGZ-zorg zijn alle activiteiten erop gericht geweest de contractering 2015 al in het verslagjaar af te ronden. Voor 96% van onze schadelast heeft dit plaatsgevonden. Via de functionaliteit 'zoek een zorgverlener' op onze website kan een verzekerde nagaan of DSW een contract heeft met een zorgverlener voor GB-GGZ en/of Gespecialiseerde GGZ.

Indien een zorgverlener geen contract heeft, geldt dat DSW – voor zover de zorgverlener over de juiste kwalificaties beschikt – een marktconforme vergoeding hanteert. Medio november 2014 zijn voor de curatieve GGZ alle marktconforme vergoedingen 2015 op de website geplaatst.

Tijdens de inkoop-gesprekken is de rol van de patiënt als volgt aan de orde gesteld:

- de patiënt moet juist en volledig worden geïnformeerd over het behandeltraject,
- wat betekenen de wijzigingen in wet- en regelgeving voor de patiënt
- wat mag de patiënt van de zorgverlener verwachten, maar ook
- wat wordt er van de patiënt verwacht.

Dit alles in het licht van het aanleveren door de zorgaanbieders bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG) van de begin- en eindmetingen van hun behandeltraject, zodat er door deze trusted third party gebenchmarkt kan worden op de effectiviteit van de behandeling. De doelmatigheid wordt gestimuleerd, omdat ook in dit jaar weer met de zorgaanbieders is overeengekomen dat zij meer patiënten helpen voor hetzelfde geld.

#### Kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg inclusief toetsing en waarborging

Net zoals in 2013 blijven transparantie, doelmatigheid en patiëntgerichtheid belangrijke speerpunten bij het inkoopbeleid.

Daarnaast zijn belangrijke pijlers: kwaliteit, tijdigheid, bereikbaarheid en toetsing. DSW analyseert de zorgmarkt en deze gegevens dienen als input voor onze gesprekken met de zorgpartijen waarbij DSW breed contracteert.

DSW acht in de eerste plaats de zorgverleners verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, die zij leveren. Onze rol is daarbij vooral signalerend, stimulerend en faciliterend. DSW ondersteunt diverse projecten die zich op kwaliteitsverbetering richten en maakt specifieke afspraken over kwaliteit van zorg in de overeenkomsten met zorgverleners. Op diverse niveaus overlegt DSW structureel met zorgverleners in de regio.

De kwaliteitseisen, die DSW hanteert, zijn vastgesteld door de beroepsgroep of betreffen externe certificering, zoals bij hulpmiddelen. Tevens dient sprake te zijn van doelmatige en efficiënte zorg. Andere eisen zijn bijvoorbeeld registratie in het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), het vermeld staan in een (centraal) kwaliteitsregister, afspraken over doorstroming, ligduur, IGZ-indicatoren en ICT.

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

Contractueel worden de behandelingen, die gedeclareerd mogen worden, vastgelegd evenals de voorwaarden waaronder dit mag gebeuren. Ook de stand van wetenschap en praktijk speelt hierin een rol.

#### *Toetsing*

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

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

Bij vermoeden van ondoelmatige en/of inefficiënte zorg worden dossiercontroles uitgevoerd en zo nodig afspraken gemaakt. Bij instellingen wordt getoetst op basis van declaratiegegevens en andere door instellingen zelf gepubliceerde gegevens. Ook gegevens van de Consumer Quality Index (CQ-Index) worden betrokken bij het toetsen van de kwaliteit, geleverd door de gecontracteerde instellingen.

Indien een aanbieder of leverancier niet aan bepaalde (kwaliteits)criteria voldoet, wordt niet tot contractering overgegaan.

#### *Tijdigheid en bereikbaarheid*

Het inkoopbeleid van DSW is erop gericht dat zijn verzekerden tijdig over de noodzakelijke zorg kunnen beschikken. Ook de maximale toegangstijden worden vastgelegd in het contract. Deze zijn gebaseerd op de zogenoemde Treeknormen. De Treeknormen worden landelijk beschouwd als aanvaardbare wachttijden.

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 worden afspraken over (telefonische) bereikbaarheid opgenomen. Met aanbieders of instellingen, die de Treeknormen overschrijden, overlegt DSW om de bereikbaarheid te verbeteren en afspraken daarover te maken.

DSW heeft steeds een actueel beeld van de beschikbaarheid van zorg zowel op basis van wachtlijstgegevens als door middel van overleg met belangenorganisaties van patiënten. Toegang tot de zorg is daarbij een belangrijk onderwerp.

DSW neemt signalen van verzekerden serieus. Indien een verzekerde vragen heeft over de tijdigheid van de zorg, kan er contact opgenomen worden 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.

Daarnaast zijn de relaties met de zorgverleners goed. Overleg met zorgverleners vindt frequent plaats. Waar (lokaal) knelpunten dreigen te ontstaan is dit vroegtijdig bekend, omdat de lijnen kort zijn. Bovendien zijn over tijdigheid en beschikbaarheid afspraken met de zorgverleners gemaakt. Tevens dienen de instellingen wachttijden op hun websites te vermelden. Ook wordt de schadelast gevolgd en vergeleken met die van voorgaande jaren en met de volumeafspraken voor zover die met zorgverleners zijn gemaakt.

In 2014 zijn geen signalen ontvangen die wijzen op structurele en onaanvaardbare wachttijden. In bijlage 2 wordt gedetailleerder op kwaliteit, bereikbaarheid en tijdigheid ingegaan.

#### *Waarborging van de zorgplicht*

Hoewel DSW Zorgverzekeraar alleen een restitutiepolis kent, voert DSW een actief contracteerbeleid, aangezien het sluiten van overeenkomsten voor alle partijen gunstig is. Verzekerden hoeven geen nota's rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, de zorgverlener loopt geen debiteurenrisico en heeft minder administratiekosten. Het laatste geldt ook voor de zorgverzekeraar.

Andere belangrijke voordelen van het afsluiten van een contract zijn:

- er is tussen partijen overeenstemming over de aard en omvang van de te verlenen zorg en de kwaliteit ervan;
- vastgelegd is, hoe bij eventuele problemen, geschillen of onregelmatigheden zal worden gehandeld.

DSW Zorgverzekeraar streeft naar een zo breed mogelijke contractering. Dit beleid heeft in 2014 daadwerkelijk tot een hoge contracteringsgraad geleid.

#### Continuïteit van de zorg

Zorgverzekeraars hebben op basis van de Zvw een wettelijke zorgplicht. Deze houdt onder meer in dat een zorgverzekeraar ervoor dient te zorgen dat hij zelf vroegtijdig op de hoogte is van een mogelijk risico voor de continuïteit van zorg voor zijn verzekerden door in zijn contracten met zorgaanbieders afspraken daarover op te nemen.

DSW heeft in aansluiting op de beleidsregels Beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg (AL/BR-0013) en Overmacht continuïteit van zorg (TH/BR-011) een protocol opgesteld voor het geval zich een situatie voordoet, waarbij een zorgaanbieder in financiële problemen komt en de continuïteit van zorg niet meer kan waarborgen. Wanneer DSW een risico op discontinuïteit van zorg signaleert, wordt het protocol doorlopen.

Een zorgverzekeraar moet in het kader van een proactief beleid, een stappenplan opstellen en beschrijven, welke acties kunnen worden ondernomen om aan de zorgplicht te kunnen blijven voldoen, als een aanbieder in de problemen komt.

Aangezien iedere zorgaanbieder anders is, zal er bij problemen altijd sprake zijn van maatwerk. In de overeenkomsten is opgenomen dat aanbieders verplicht zijn DSW vroegtijdig in te lichten over mogelijke risico's voor de continuïteit van de zorgverlening. Hierdoor zal in geval van (al dan niet tijdelijke) continuïteitsproblemen voor de integrale instelling of voor een specifieke afdeling/specialisme zo tijdig mogelijk kunnen worden gestart met het terugvalplan.

Naast voornoemde informatieplicht wordt er via een Early Warning System (EWS) ook aanvullend gemonitord. De focus ligt hierbij op de grootste aanbieders binnen de kernregio. Op basis van financiële en kwalitatieve indicatoren worden instellingen gevolgd en beoordeeld. Uiteraard worden ook signalen in de media en/of van andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierbij betrokken.

Indien de uitkomst van het EWS 'onvoldoende' is, dient de zorgaanbieder een herstelplan op te stellen.

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 IGZ worden de juiste maatregelen behorend bij een 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.

#### *Continuïteit van zorg bij Stichting Riagg Rijnmond*

Begin 2014 heeft Riagg Rijnmond, een voor DSW belangrijke GGZ instelling, DSW ingelicht over het feit dat een grote reorganisatie nodig is om continuïteit van de organisatie te waarborgen. Dit was geen verrassing voor DSW, omdat DSW al meer malen had aangegeven dat Riagg Rijnmond haar organisatie moest afslanken. Riagg Rijnmond heeft een jaaromzet van 19 miljoen, het marktaandeel van DSW is 33%. Al snel wordt duidelijk dat de kosten van de reorganisatie niet door de Riagg Rijnmond zelf gedragen kunnen worden. Riagg Rijnmond gaat op zoek naar een fusiepartner. Het bestuur van DSW heeft herhaalde malen aangedrongen op een fusie met GGZ Delfland, omdat de benodigde inkrimping wellicht niet door Riagg Rijnmond zelf gedragen kon worden. GGZ Delfland is een logische fusiepartner en de continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd. DSW heeft hierbij echter aangegeven dat Riagg Rijnmond haar eigen keuzes maakt. GGZ Delfland blijkt echter in de ogen van de Riagg geen mogelijke kandidaat te zijn voor een fusie.

Vanaf het moment dat het voor Riagg Rijnmond duidelijk wordt dat zij alleen een faillissement kan voorkomen door een grootscheepse reorganisatie heeft DSW het bestuurlijk overleg geïntensiveerd. DSW heeft Riagg Rijnmond in contact gebracht met een specialist op het gebied van de GGZ en een specialist op het gebied van reorganisaties om te helpen bij de benodigde reorganisatie. Zodra duidelijk is dat Riagg Rijnmond niet met deze specialisten wil samenwerken is het toezicht op Riagg Rijnmond verscherpt, wat inhoudt dat Riagg Rijnmond maandelijks heeft moeten rapporteren over het resultaat en de liquiditeit.

Medio 2014 wordt DSW geïnformeerd dat Riagg Rijnmond op een fusie met de Forta Groep aanstuurt en dat Riagg Rijnmond ook niet meer met andere partijen in gesprek is. Eind 2014 wordt meegedeeld dat de Forta Groep afziet van de fusie, waardoor Riagg Rijnmond geen financiële dekking meer heeft voor het benodigde reorganisatieplan. Op 17 november 2014 is Riagg Rijnmond failliet verklaard. DSW heeft toen het standpunt ingenomen dat de op dat moment lopende behandelingen binnen de bestaande productieafspraken bij andere aanbieders in de regio konden worden voortgezet. De curator heeft echter aangestuurd op een doorstart en daardoor heeft DSW de zorgovereenkomst met RIAGG Rijnmond na de faillissementsdatum gecontinueerd, zodat de behandelingen tot eind 2014 zijn voortgezet. Op deze manier is de periode tussen het faillissement en de uiteindelijke overname overbrugd. Uiteindelijk is eind 2014 duidelijk geworden dat de Parnassia Groep een deel van Riagg Rijnmond overneemt en zorgdraagt voor de continuïteit van zorg. De Parnassia Groep heeft vervolgens met GGZ Delfland afspraken gemaakt over hoe de zorg in de regio NWN gecontinueerd wordt.

#### 4.5.3. Betaalbaarheid van de zorg

##### Overschrijding wettelijk pakket / coulance betalingen en wijze van financiering

De in de diverse verantwoordingen opgenomen prestaties zijn conform de door de NZa en ZiN (tot 1 april 2014 College voor Zorgverzekeringen (CVZ)) goedgekeurde polisvoorwaarden en reglementen.

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

##### Uitvoering formele en materiële controles

In 2014 hebben naast formele ook materiële controles plaatsgevonden op basis van controleplannen, opgesteld door de afdelingen Declaraties, Zorg en Bijzonder Onderzoek. Per verstrekking zijn controleteams samengesteld. DSW heeft hiervoor voldoende medisch adviseurs beschikbaar.

In het verslagjaar zijn de volgende controles uitgevoerd:

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

Het controleproces heeft in 2014 geen wijzigingen ondergaan.

De afdeling Declaraties voert de formele controles uit, de afdeling Zorg de materiële controles en de eventuele detailcontroles<sup>2</sup>. Voor de formele controles heeft DSW in 2014 een inventarisatie gemaakt van alle toetsingspunten uit relevante wet- en regelgeving en per toetsingspunt aangegeven op welke wijze de controle ervan is georganiseerd.

De betreffende adviserend geneeskundige is eindverantwoordelijke van de functionele eenheid. Deze functionele eenheid bestaat uit deskundige medewerkers die voor specifieke doeleinden betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid (Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, art. 1.11). De adviserend geneeskundige heeft vanuit zijn professe geheimhoudingsplicht. De medewerkers in de functionele eenheid hebben een afgeleide geheimhoudingsplicht. De zorgaanbieder is op grond van artikel 87 Zvw - ondanks het beroepsgeheim - verplicht om de noodzakelijke persoons- en gezondheidsgegevens aan de zorgverzekeraar te verstrekken. De zorgverzekeraar is verplicht tot geheimhouding. Het gebruikmaken van persoonsgegevens gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundige.

De medewerkers van de afdeling Zorg, die controles uitvoeren, zijn ieder verantwoordelijk voor een of meer verstrekkingen. De analisten van de afdeling

---

<sup>1</sup> In de vorm van eigen risico overzichten, daarnaast kunnen verzekerden op de beveiligde 'MijnDSW' omgeving al hun zorgkosten raadplegen.

<sup>2</sup> Waar nodig is, conform de regels van het College bescherming persoonsgegevens, vooraf toestemming aan de verzekerde gevraagd.



Informatie Management voeren indien nodig statistische analyses uit. Er is sprake van voldoende functiescheiding tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles. In het kader van de materiële controles vervult de adviserend geneeskundige een belangrijke rol vanwege het onafhankelijke advies. Daarnaast draagt de adviserend geneeskundige de verantwoordelijkheid voor de omgang met medische gegevens bij de uitvoering van detailcontroles.

Voor het toetsen of vergoedingen door zorgverzekeraars wel conform de Zvw plaatsvinden is de inzet van medisch adviseurs van groot belang. DSW heeft voldoende capaciteit om alle controles en maatregelen uit te voeren. DSW beschikt over alle (BIG-geregistreerde) medisch adviseurs die nodig zijn. DSW is een kleine organisatie waardoor de lijnen tussen de verschillende afdelingen, belast met controles, kort zijn. Zodra in het kader van logica- en verbandcontroles of externe signalen sprake is van (vermoedelijke) fraude wordt de casus voorgelegd aan de afdeling Bijzonder Onderzoek. Deze afdeling functioneert onafhankelijk binnen DSW, rapporteert rechtstreeks aan de voorzitter van de Raad van Bestuur en heeft geen relatie met zorgaanbieders. De afdeling hanteert het fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars. In dit kader pleit DSW voor een toegankelijker recht op het doen van boekenonderzoeken bij zorgaanbieders.

Afhankelijk van de ernst van de bevindingen zijn in 2014 andere instanties geïnformeerd, zoals NZa, IGZ en Inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, bijvoorbeeld over het feit dat een zorgaanbieder weigerde mee te werken aan een boekenonderzoek in het kader van een fraudeonderzoek en een melding van DSW over misbruik van de medische titel. De resultaten zijn uiteraard betrokken bij zorginkoop en resulteren in drie mogelijkheden: geen contract, contract met voorwaarden en/of instellen van een machtigingenbeleid.

De afdeling Interne Controle bewaakt het gehele proces door erop toe te zien, dat de controles op de juiste manier worden uitgevoerd.

#### *Risicoanalyse*

Conform de Regeling Zorgverzekering heeft DSW in 2014 een algemene risicoanalyse uitgevoerd en een Algemeen Controleplan opgesteld. In het Algemeen Controleplan zijn het wettelijk kader, de te doorlopen stappen bij de controles, de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden rondom de uitvoering van controles en eventueel te nemen maatregelen bij het ontdekken van onregelmatigheden opgenomen. Het Algemeen Controleplan is gepubliceerd op de website (publieksversie).

In het Algemene Controleplan wordt tevens dieper ingegaan op de controlemiddelen (bestandsanalyses, spiegelinformatie, cijferanalyses, datamining en onderzoek bij verzekerden door middel van enquêtes), waarbij rekening wordt gehouden met de procedurele waarborgen inzake persoonsgegevens, zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering.

De afdelingen Zorg, Declaraties en Bijzonder Onderzoek voeren in gezamenlijkheid een algemene risicoanalyse uit, die wordt aangevuld met externe signalen, uitkomsten uit het specifieke controleplan jaar t-1 en standpunten van het ZiN. Voor de algemene risicoanalyse wordt gebruik gemaakt van een risicomatrix die per verstrekking

inzichtelijk maakt waar de aandachtspunten voor controles zitten en waarvoor eventueel specifieke controleplannen dienen te worden geschreven. Er is een onderscheid gemaakt tussen doelmatigheid, rechtmatigheid, het naleven van contractuele afspraken en gepast gebruik. De impact van het risico wordt vervolgens per verstrekking bepaald door onder andere het meewegen van de schadelast en het aan-/afwezig zijn van interne beheersmaatregelen.

#### *Controlemiddelen*

Bij het uitvoeren van de controles wordt gebruik gemaakt van diverse controlemiddelen:

- Datamining

Onder datamining wordt een verzameling van (statistische) technieken verstaan die gericht is op het vinden van schijnbaar onzichtbare verbanden in data. In 2014 is datamining gebruikt voor verschillende types van verbandcontroles zowel binnen verstrekkingen als over verstrekkingen heen, waarbij de bedrijfsregels vooraf gedefinieerd zijn. Er heeft bijvoorbeeld datamining plaatsgevonden op declaratiegegevens van aanbieders in de GGZ, huisartsen en tandartsen. Dit heeft geleid tot opvallende constatering ten aanzien van groepsbehandelingen bij fysiotherapie en inzet POH GGZ.

Daarnaast is datamining gebruikt voor het afdekken van het gevaar dat bij het opstellen van de risicoanalyse risico's over het hoofd zijn gezien. Daartoe hebben wij, zonder het vooraf bepalen van "businessrules", diverse zorgverleners op meerdere kenmerken tegen elkaar afgezet en tegen de DSW-gemiddelden. De uitschieters (bijvoorbeeld zorgverleners met hoge kosten maar niet afwijkende andere kenmerken) zijn vervolgens onder de loep genomen. Voor diverse verstrekkingen zoals mondzorg, huisartsenzorg en fysiotherapie zijn de resultaten van deze vorm van datamining gecommuniceerd naar regionale zorgverleners van de desbetreffende verstrekking door middel van spiegelinformatie.

- Steekproeven

Bij het uitvoeren van sommige onderdelen van het specifieke controleplan is er sprake van onderzoek in de vorm van een steekproef. Hierbij is veel aandacht besteed aan de representativiteit van de steekproef en de juiste steekproefgrootte. De steekproefgrootte wordt bepaald met een nauwkeurigheid van 97% en een betrouwbaarheid van 95%.

- Detailcontroles en enquêtes

Indien noodzakelijk worden detailcontroles uitgevoerd als onderdeel van het specifieke controleplan, waarbij onder andere gebruik wordt gemaakt van enquêtes. Hierbij wordt rekening gehouden met de procedurele waarborgen inzake persoonsgegevens, zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering. Bij detailcontroles wordt altijd gelet op de proportionaliteit van de in te zetten controlemiddelen. Zoals beschreven in het Algemeen Controleplan, wordt een zwaarder controle-instrument pas ingezet wanneer met een minder ingrijpend instrument het op voorhand gestelde controledoel niet is of niet kan worden gerealiseerd.

Veel onderzoeken zijn in 2014 uitgevoerd met gebruik van verschillende controlemiddelen. Zo vond bijvoorbeeld bij de steekproefcontroles regelmatig een vooronderzoek plaats met gebruik van datamining, waarbij een subpopulatie van 'uitschieters' (eenheden met de afwijkende kenmerken en hiermee met het grootste risico) is opgesteld. Vervolgens is vanuit deze subpopulatie de steekproef getrokken. Hiermee wordt de kans dat de steekproef "onjuiste" declaratieregels of dossiers bevat, groter.

### *Medisch Specialistische Zorg*

DSW heeft in 2014 deelgenomen aan het zogenoemde zelfonderzoek van de ziekenhuizen in het kader van het Plan van Aanpak verantwoording en jaarrekeningen ziekenhuizen. In het zelfonderzoek hebben de ziekenhuizen formele en materiële controles uitgevoerd en hierover gerapporteerd. Het controleplan dat hierbij door de ziekenhuizen was opgesteld, is vooraf door de gezamenlijke zorgverzekeraars beoordeeld en waar nodig aangescherpt. De projectleiding hiervoor berustte bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In dit kader is intensief overlegd met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Tevens is er contact onderhouden met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ten behoeve van nadere duiding en aanscherping van de regelgeving en is er afstemming geweest met VWS en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA).

DSW heeft een aanzienlijke bijdrage geleverd aan de beoordeling van het controleplan, de review van de rapportages en als lid van de Expertgroep. In de Expertgroep hadden naast ZN en vertegenwoordigers van de Zorgverzekeraars, ook leden van NVZ en NFU zitting. De financiële afwikkeling van de Zelfonderzoeken zal in 2015 plaats hebben.

Bij de uitvoering van de formele controles is door DSW in 2014 gebruik gemaakt van de landelijke Dot Controle Module Administratieve Ondersteuning Module (DCM AOM). Deze module ondersteunt het uitvoeren van de formele controles en de afhandeling/monitoring van de controle-uitkomsten. Mede dankzij deze module zijn de controles op juiste toepassing van registratieregels verbeterd.

In het kader van kostenbeheersing in de Medisch Specialistische Zorg is tevens verhoogde aandacht geweest voor kostprijzen en zorgprofielen van zorgaanbieders. Als gevolg hiervan zijn inkoopprijzen waar nodig, bijgesteld en zijn terugvorderingen in gang gezet.

### *Foutenevaluatie*

Aan het einde van verslagjaar (jaar t) wordt bekeken of de controles uit jaar t zijn afgerond en het controledoel is behaald of dat de controles doorlopen in jaar t+1. De controles die vanuit jaar t doorlopen worden in een foutentabel opgenomen. In de foutentabel wordt weergegeven welke onzekerheden er nog zijn over het jaar t en eerdere jaren. De onzekerheid is de schatting van het bedrag dat mogelijk ten onrechte is betaald.

### *Cyclisch proces*

Het uitvoeren van het specifieke controleplan is een cyclisch proces waarbij alle te doorlopen stappen van risicoanalyse tot het instellen van vervolgacties richting zorgaanbieders worden gevolgd. De controles worden regelmatig geëvalueerd en indien nodig bijgesteld en/of uitgebreid. Zo zijn aan het controleplan GGZ detailcontroles toegevoegd naar aanleiding van verschillende externe signalen. Eventuele afwijkingen van het controleplan worden onderbouwd.

Het management en bestuur worden periodiek geïnformeerd over opzet, voortgang, resultaten en vervolgacties van de materiële controles. De voorzitter van de Raad van Bestuur is nauw betrokken bij de controles en geeft actief sturing aan de uitvoering daarvan.

### 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 hierbij om de aanvullende wettelijke bepalingen die ten grondslag liggen aan het feit of en zo ja, onder welke voorwaarden en wanneer bepaalde zorg onder de verzekering valt. Deze bepalingen heeft het ZiN als volgt geduid:

- geneeskundige zorg omvat zorg zoals zorgverleners die plegen te bieden;
- inhoud en omvang van de zorg worden mede bepaald door de stand van wetenschap en praktijk;
- een 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.

Ook in 2014 heeft DSW deze items bij 'Gepast Gebruik' opgenomen en is voor een aantal onderwerpen een risicoanalyse uitgevoerd. De keuze voor de diverse onderwerpen wordt onder andere bepaald door uitkomsten van eerdere controles, beoordeling van rechtmatigheid en doelmatigheid van geleverde zorg, onderzoeken naar praktijkvariatie, datamining en spiegelinformatie, input van medisch adviseurs en zorginkoop. Het betreft hier nieuwe onderzoeken, maar ook doorlopende of herhaal-onderzoeken uit 2013 of monitoring van de afspraken die naar aanleiding van de controles uit 2013 zijn gemaakt met de zorgverleners. Deze onderzoeken zijn verricht door middel van een statistische analyse aan de hand van het verstrekkingenbeeld van individuele verzekerden en AGB-codes van zorgverleners.

Daarnaast is de keuze van onderwerpen bepaald aan de hand van signalen en rapportages uit het veld:

- ZN (werkgroep Medische Controles Gepast Gebruik);
- Vereniging voor artsen werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ).
- Standpunten van het ZiN

In de selectie van de onderwerpen wordt rekening gehouden met het feit dat er gecontroleerd kan worden op zowel het criterium 'stand van wetenschap en praktijk', als de criteria 'redelijkerwijs aangewezen zijn op', 'uitsluitingen in de aanspraak', 'formele voorschriften' en 'doelmatigheid'. Daarnaast wordt rekening gehouden met de financiële impact indien niet aan bovengenoemde criteria wordt voldaan.

De risicoanalyse wordt jaarlijks gedaan, maar tussentijds wordt wel geïnventariseerd of er wijzigingen zijn waardoor de risicoanalyse moet worden aangepast en eventueel controles gepast gebruik aan de specifieke controleplannen moeten worden toegevoegd of komen te vervallen. Deze eventuele wijzigingen worden adequaat onderbouwd.

Zo is op basis van afwijkend declaratiegedrag in maart de controle benchmark Eerste Terhandstellings Gesprek (ETG) toegevoegd aan het controleplan Farmacie. Bij Paramedie is juist een controle gepast gebruik vervallen omdat de richtlijn in het controlejaar werd aangepast, waardoor het niet mogelijk was om praktijken goed onderling te vergelijken.

### *Controle indicatievoorwaarden*

Per controle op indicatievoorwaarden verschilt het of preventieve of repressieve maatregelen worden ingezet. Bij preventieve maatregelen wordt gebruik gemaakt van specifieke werkinstructies en machtigingsaanvragen. Bij repressieve maatregelen wordt gebruik gemaakt van controles achteraf, waarbij, indien noodzakelijk om het controledoel te bereiken, gebruik wordt gemaakt van detailcontroles met inzage in het medisch dossier. Bij de volgende verstrekkingen is in het verslagjaar gecontroleerd of aan de indicatievoorwaarden is voldaan:

#### 1. Plastische chirurgie

De indicatievoorwaarden voor plastische chirurgie, de zogenoemde 'oranje' DOT zorgproducten, worden merendeels gecontroleerd door middel van een machtigingseis (oranje zorgactiviteiten met machtigingseis) en verlopen via het landelijke machtigingenportaal. Een klein deel van de oranje zorgactiviteiten, onder andere op het terrein van de plastische chirurgie, heeft geen machtigingseis en hierbij is via een risicoanalyse en controle (onderdeel van het controleplan) gecontroleerd of er aan de indicatievoorwaarden is voldaan.

#### 2. Bariatrische chirurgie

Hoewel er wettelijk geen machtigingseis bestaat voor bariatrische ingrepen, is het bij DSW vaststaand beleid een machtiging vooraf te vragen bij dit type zorg gezien de risico's op vergoeden van ingrepen die niet aan de indicatiecriteria van de beroepsgroepen (IFSO-criteria) voldoen.

#### 3. Longrevalidatie in het hooggebergte

Hoewel er tot voor kort geen strikte criteria waren ontwikkeld, aan de hand waarvan kon worden bepaald of longrevalidatie al dan niet verzekerde zorg betrof, is gezien de grote financiële risico's ervoor gekozen om te werken met een machtiging vooraf. Geregeld treffen wij aanvragen aan die wij moeten afwijzen omdat de beoogde zorg niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en/of niet doelmatig is.

#### 4. Hulpmiddelen

De indicatievoorwaarden voor hulpmiddelen worden merendeels gecontroleerd door middel van een machtigingseis.

#### 5. Extramurale geneesmiddelen

Voor de extramurale geneesmiddelen van bijlage 2 van de Regeling Zorgverzekering vindt steekproefsgewijze controle van de ZN-artsenverklaring plaats als onderdeel van het controleplan.

#### 6. Intramurale geneesmiddelen

Voor ziekenhuizen wordt gecontroleerd of de opgevoerde (dure) geneesmiddelen, add-ons voldoen aan de indicatievoorwaarden uit de beleidsregel van de NZa. Bij een beperkt aantal geneesmiddelen waarbij niet aan de indicatievoorwaarden is voldaan, vindt een terugvorderingsactie plaats. Deze controle maakt deel uit van het zelfonderzoek van de ziekenhuizen.

### *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. Daarom is ervoor gekozen om bij risicovolle aanspraken (zoals die van niet-gecontracteerde zorgverleners in het buitenland) een controle vooraf in te bouwen door middel van een machtigingseis. Voor de inhoudelijke beoordeling van de machtigingsaanvragen hanteren de medewerkers van de afdeling Declaraties specifieke werkinstructies. Deze instructies bestaan uit beslisbomen, cursusmateriaal en naslagwerk. De genoemde items zijn vervaardigd door

de (para)medisch adviseurs op basis van de Zvw, Regeling respectievelijk Besluit Zorgverzekering en de polisvoorwaarden. Het merendeel van de aanvragen kan hiermee worden afgehandeld. Steekproefsgewijs worden de beoordelingen van de medewerkers van de afdeling Declaraties die conform de instructies zijn afgewikkeld, achteraf op juistheid gecontroleerd.

Een deel van de machtigingsaanvragen is op geleide van de beslisbomen, of bij twijfel, voorgelegd aan een van de (para)medisch adviseurs voor nadere inhoudelijke advisering. Deze bepaalt zijn inhoudelijk advies aan de hand van verschillende bronnen zoals "Kennis Gebundeld" en de gepubliceerde standpunten en duidingsrapporten van het ZiN, VAGZ-werkwijzers, (inter)nationale richtlijnen van de beroepsgroepen of eigen literatuuronderzoek (bijvoorbeeld PubMed). Met deze werkwijze wordt geborgd dat de stand van wetenschap en praktijk als criterium wordt meegenomen in alle medisch inhoudelijke beoordelingen.

Naast genoemde eventuele individuele beoordeling vindt wekelijks overleg van alle (para)medisch adviseurs plaats waarin casuïstiek wordt behandeld waarover onduidelijkheid bestaat over het op basis van de stand van wetenschap en praktijk in te nemen standpunt. Daarbij is gebruik gemaakt van zoekacties op de website van het ZiN 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 nieuwe standpunten van ZiN.

De standpuntbepaling in dit overleg, die wordt vastgelegd in een databestand, nemen alle (para)medische adviseurs eenduidig over. Door deze werkwijze is sprake van onderlinge kennisdeling en hebben de (para)medisch adviseurs kennis van verschillende vakgebieden. Daarnaast toetsen ze op deze wijze de uitkomsten van hun werkzaamheden en de mogelijke impact op werkzaamheden van anderen. Zo worden, als daar aanleiding toe bestaat, de instructies voor de afdeling Declaraties aangepast. Ook is gebruik gemaakt van de mogelijkheid van het vragen van advies aan het ZiN. Gevraagd is bijvoorbeeld welke zorg onder medisch specialistische revalidatie valt. Duiding hiervan wordt in 2015 opgeleverd door ZiN.

Bij gecontracteerde zorgverleners worden de standpunten, voor zover van toepassing, geïmplementeerd in de overeenkomsten met de zorgverleners. Dit vindt plaats door bepaalde vormen van zorg bij bepaalde indicaties uit te sluiten van het contract of 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. DSW controleert de nota's van niet-gecontracteerde zorgverleners, die de verzekerden zelf insturen, op deze aspecten alvorens tot vergoeding over te gaan.

Daarnaast wordt bij bepaalde gecontracteerde instellingen, bijvoorbeeld voor bariatrische chirurgie en longrevalidatie in Davos, gewerkt met een machtigingsplicht voor zorg die op zich niet machtigingsplichtig is, maar waarbij wel een risico bestaat op het declareren van niet-verzekerde zorg. Ook bij nota's met een hoog bedrag van niet-gecontracteerde zorgverleners, zoals bij revalidatiezorg, wordt voor betaling gecontroleerd of de geleverde zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Naast de jaarlijkse benchmarks zijn signalen uit het veld (ZN, NZa, zorgverleners, VAGZ, ZiN) aanleiding tot een risicoanalyse, zoals het dossier betreffende medisch specialistische revalidatie gericht op pijn waarover nog een rechtszaak loopt. Het dossier betreffende een grootschalige bereiding van methyfenidaat retard, heeft uiteindelijk via het lichten van medische dossiers tot een terugvordering geleid.

DSW ziet het als zijn verantwoordelijkheid en taak om de komende jaren het beleid met betrekking tot controles betreffende stand van wetenschap en praktijk te continueren en zal dit in 2015 weer projectmatig oppakken. Dit doel kan worden bereikt mede dankzij de al bestaande nauwe samenwerking tussen enerzijds de (para)medische adviseurs en de afdelingen Declaraties en Zorginkoop en anderzijds de afdeling Informatiemanagement en SAS. Daartoe is reeds geïnvesteerd in de kwaliteit en specifieke statistische expertise van de afdeling SAS en in het fraudedetectiesysteem SAS Fraude Framework. De samenwerking zal leiden tot nieuwe gerichte risicoanalyses om vervolgens tot een scherpere zorginkoop en controletool te kunnen komen.

#### *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 er 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 hierop redelijkerwijs is aangewezen.

Aangezien het criterium toegespitst is op de situatie van de 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 prestaties, zoals die van niet-gecontracteerde zorgverleners uit het buitenland gedaan. Ook vindt deze controle achteraf plaats bij dure behandelingen van niet-gecontracteerde zorgverleners in Nederland. 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 case mix van patiënten. Voorbeelden hiervan zijn de landelijke trajecten rondom varices, P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen) en hernia nuclei pulposi, waarin DSW actief deelneemt. Daarnaast heeft DSW zelf de praktijkvariatie onderzocht van dermatologische behandelingen.

Een knelpunt in de uitvoering van deze controles is ook in dit geval dat de behandelindicatie niet uit de declaratiegegevens kan worden opgemaakt. Inzicht hierin kan pas worden verkregen door dossiercontroles. Dit is een onderdeel van Gepast gebruik. In het verslagjaar is veel onderzoek in het kader van het landelijk traject naar varices verricht. Deels werd dit ook met het zelfonderzoek afgehandeld. Dit heeft geleid tot een landelijke terugvordering.

Evenals bij de formele en materiele controles wordt het management en bestuur periodiek geïnformeerd over opzet, voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles gepast gebruik. De voorzitter van de Raad van Bestuur is nauw betrokken bij de controles en geeft actief sturing aan de uitvoering daarvan.

#### *Medisch Specialistische Zorg*

Specifiek te noemen controles op het gebied van gepast gebruik bij MSZ houden in het verslagjaar onder andere verband met:

- Upcoding  
De controles gericht op upcoding gaan bijvoorbeeld over het declareren van een (dag)behandeling met verrichting, waarbij feitelijk volgens de richtlijnen sprake is van een consult c.q. (enkelvoudige conservatieve) poliklinische behandeling. In 2014 is daarnaast specifieke aandacht besteed aan upcoding bij de behandeling van spataderen als gevolg van het feit dat in 2011 de verzekeringsindicatie voor vergoeding verlegd is van C2 en hoger naar C3 en hoger (classificatie van de ernst van spataderen). Daarnaast is uit een zorgbrede benchmark gebleken dat een ZBC zeer afwijkend declaratiegedrag vertoont in verhouding tot andere instellingen. De uitkomsten van deze analyses zijn aanleiding geweest voor verdere controles, waaronder een dossiercontrole.
- Het voorschrijfgedrag van medisch specialisten  
De controles met betrekking tot het voorschrijfgedrag van medisch specialisten betreffen onder andere de afspraak dat, indien er geen zorginhoudelijk criterium is om een spécialité voor te schrijven, een generiek geneesmiddel wordt afgeleverd, conform de standaarden en richtlijnen van de beroepsgroepen. Controles op de zogenaamde medische noodzaak zijn in 2014 verricht. In 2015 wordt een nadere controle uitgevoerd op de toepassing van de wettelijke indicatievoorwaarden betreffende intramurale geneesmiddelen.
- Medisch specialistische revalidatie  
Een uitgebreid dossieronderzoek heeft plaatsgevonden bij een revalidatie ZBC wegens het vermoeden dat de geleverde zorg niet onder medisch specialistische revalidatie valt maar wel als zodanig gedeclareerd is. Conclusie van het onderzoek is dat de geleverde zorg inderdaad geen medisch specialistische zorg betreft. Hierover loopt momenteel een bodemprocedure.

#### *Geestelijke Gezondheidszorg*

In het kader van gepast gebruik van zorg heeft DSW in 2012 een aantal controles opgestart. Controles over gepast gebruik van zorg worden uitgevoerd om te toetsen of de patient is aangewezen op de zorg en of deze zorg vervolgens ook 'gepast' (= doelmatig, conform richtlijnen, etc.) wordt geleverd. Zo is klinische noodzakelijkheid getoetst bij verslavingszorgaanbieders, is er een audit depressie opgestart om te bezien of zorgaanbieders conform de landelijke richtlijn werken en zijn er bij nieuwe GGZ-



instellingen controles uitgevoerd. Door de vele tekortkomingen die de DBC- GGZ systematiek kent, moeten veelal dossiers worden ingezien bij de controles om te kunnen vaststellen of er sprake is van rechtmatige en doelmatige zorg.

De ervaring leert dat de controles met betrekking tot gepast gebruik van zorg een lange doorlooptijd kennen. De drie type controles die in 2012 zijn opgestart, kennen allen een doorloop richting 2013 en 2014. Enkele zaken met betrekking tot de controle op verslavingszorg vanuit 2012 zijn in arbeidsintensieve juridische procedures terecht gekomen welke nog steeds doorlopen en waarvoor ook in 2014 de nodige activiteiten zijn uitgevoerd. En gelukkig niet zonder succes; recent is DSW bij een van de zaken in het gelijk gesteld door de rechter. Ook de audit depressie kent een doorloop in 2014. Deze audit wordt als 0-meting gebruikt waarbij wordt gekeken in hoeverre de aanbieder volgens de landelijke richtlijn behandelt, en welke punten er verbeterd kunnen worden. Een van de uitkomsten van deze audit is dat de aanbieders over het algemeen werken conform richtlijnen, maar dat de vastlegging in de dossiers beter kan. Een andere in het oog springende controle was de controle bij een instelling gespecialiseerd in begeleiding en zorg voor kinderen. De instelling heeft lang geprobeerd te voorkomen dat DSW inzage kreeg in administratieve en medische gegevens, waarbij zij veelvuldig de pers hebben gezocht. Uiteindelijk is in 2014 door de rechter bepaald dat de instelling moet meewerken aan de controle van DSW. De controle is inmiddels afgerond en de vermoedens van DSW met betrekking tot onrechtmatigheid/ondoelmatigheid van zorg zijn bevestigd. Dit heeft geleid tot een forse terugvordering op deze instelling. In het kader van de controle bij nieuwe GGZ-instellingen is bij een aantal aanbieders voor een tweede keer een controle uitgevoerd. Daar waar in 2012 eerder was bepaald dat de zorg bij deze nieuwe GGZ-instellingen niet gepast was, hebben sommige van deze aanbieders verbeterlagen gemaakt. Alvorens tot uitbetaling over te gaan, heeft DSW in 2014 wederom gecontroleerd of de zorg daadwerkelijk verbeterd was en 'gepast' geleverd werd. Tot op heden is er bij deze aanbieders echter nog geen grondslag gevonden om de nota's wel uit te betalen.

#### *Huisartsenzorg*

Net als in eerdere jaren is voor de verstrekking huisartsenzorg in het kader van gepast gebruik van zorg in beeld gebracht van wie het declaratiegedrag sterk afwijkt ten opzichte van wat op basis van de populatiekenmerken van de praktijk verwacht mag worden. In 2014 is het onderzoek naar een aantal huisartsen met opvallende uitkomsten voortgezet. De volgende items zijn onderzocht:

- Consulteenheden;
- Voorschrijfgedrag farmacie;
- Doorverwijsgedrag naar de tweedelijns (MSZ en GGZ);
- Diagnostiek.

Deze onderzoeken lopen door in het volgende jaar. Het blijkt dat ook binnen de huisartsenzorg het boven tafel krijgen van de juiste documentatie tijdsintensief is. Eén van de huisartsen waarnaar onderzoek wordt uitgevoerd heeft in de tussentijd besloten zijn beide praktijken over te doen.

Daarnaast is landelijk besloten dat de huisartsenfinanciering per 2018 gewijzigd wordt. In 2014 is door DSW, vooruitlopend op de landelijke wijziging, met de huisartsen in de regio gesproken op welke manier deze overgang vormgegeven gaat worden. Ons belangrijkste doel is om voor de huisartsen als "spin in het web" en poortwachter van de

zorg te komen tot een passende en overzichtelijke financiering. Gevolgen van het nieuwe model zijn een versimpeling van het systeem, minder administratieve lasten, geen productieprikkel en belonen op resultaat. Zo kunnen per 1 januari 2015 de consulten niet langer apart gedeclareerd worden. Met de consultloze financiering wijkt DSW af van de landelijke ontwikkeling in de huisartsenfinanciering. De wijziging van financiering is geen bezuinigingsmaatregel, aangesloten wordt op het Eerstelijns Convenant. Het financieringsmodel van DSW is meermalen besproken met de NZa en past binnen de bestaande wet- en regelgeving. Ondanks het feit dat in de regio alle huisartsen het contract hebben ondertekend, heeft de LHV toch gemeend een bezwaar te moeten indienen bij de NZa tegen ons nieuwe financieringsmodel.

#### 4.5.4. Overige wettelijke verplichtingen

##### Wanbetalers

Ook in 2014 heeft DSW Zorgverzekeraar in overeenstemming met het gestelde in de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers Zorgverzekering gehandeld.

Conform artikel 18a van de Zvw heeft DSW niet-betalende verzekeringnemers binnen tien werkdagen na constatering van een premieachterstand van twee maanden een bericht 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 overgedragen aan het ZiN, 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 Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter en er nog geen beslissing in dit geschil is genomen;
- 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;
- ingeval de verzekeringnemer geen geldig adres heeft in de BPR.

Bij elke aanmelding bij het ZiN 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 ZiN verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand, waarin het ZiN de melding van DSW heeft ontvangen.

DSW informeert het ZiN en de verzekeringnemer direct 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 ZiN verschuldigd tot aan de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het ZiN de melding van DSW heeft ontvangen.

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

Behalve dat DSW 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 verrichtte die in het 'Incassoprotocol' zijn vastgelegd en hierdoor kan aantonen in 2014 voldoende inspanning te hebben verricht om te komen tot inning van de verschuldigde premie.

#### Uitvoering Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

In 2011 is de Wet opsporing en verzekering onverzekerden in werking getreden. Deze wet regelt onder andere de opsporing en ambtshalve inschrijving van onverzekerden.

In 2014 zijn er 124 onverzekerden door ZiN bij DSW aangemeld en door DSW ambtshalve ingeschreven. Zij betalen het eerste jaar geen premie aan DSW, maar moeten de bestuursrechtelijke premie aan ZiN betalen. Verder hebben zij dezelfde rechten en plichten als alle andere verzekerden.

Voorts is in deze 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 aanmelding bij DSW gedurende het jaar wordt gecontroleerd of iemand al verzekerd is. In dat geval moet eerst de huidige verzekering worden beëindigd. In de overstapperiode wordt bij aanmelding de oude verzekering opgezegd.

#### Verantwoording uitvoering Regeling 'Compensatie eigen risico (Cer)'

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. 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 gegevens gebaseerd op de wettelijk verplichte aanleveringen voor de risicoverevening. Deze zijn voorzien van een accountantsverklaring.

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

#### 4.5.5. 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 zijn de rechtmatige grondslag en het verenigbaar gebruik van persoonsgegevens verwerkt.

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

Op basis van de grondslag voor de gegevensverwerking ten behoeve van de verstrekking van verzekerdengegevens (artikel 8, onder f, Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)) 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 verwerkelijkt.

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 NAW-gegevens, 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

DSW vindt het belangrijk om zorgvuldig met persoonsgegevens om te gaan. Op [www.dsw.nl](http://www.dsw.nl) staat een uitgebreide privacyverklaring waarin duidelijk uiteengezet wordt hoe DSW met persoonsgegevens omgaat, hoe verzekerden inzage kunnen krijgen en hoe zij hun correctie- en klachtenrecht kunnen uitoefenen.

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 op wie de gegevens betrekking hebben.

### 4.6. Consumentenbelangen

#### 4.6.1. Relaties met verzekerden

Bij DSW 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 dekking, service en kosten.

#### Informatieverstrekking

DSW hecht veel waarde aan het juist, volledig en tijdig informeren van zijn (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.

Vanaf september 2014 is DSW ook actief op Social Media. Via Facebook en Twitter is het mogelijk om vragen te stellen aan DSW of kunnen verzekerden zich laten informeren.

### *Telefonisch contact*

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 (zie ook paragraaf 6.1.1.).

### *Contact via de website*

De website is een belangrijke bron van informatie voor (potentiële) verzekerden. Zij kunnen hier informatie over de premie, de dekking en voorwaarden vinden. Tevens kunnen zij brochures raadplegen en op een eenvoudige wijze vragen stellen. In het verslagjaar is sprake van een aanzienlijke stijging van het internetgebruik:

- Op het algemeen toegankelijke gedeelte van de website waren circa 55% meer bezoekers dan in 2013. Deze forse stijging wordt veroorzaakt door het bezoek gedurende de laatste 2 maanden van het jaar. In deze maanden is er sprake geweest van 140% meer bezoekers ten opzichte van het vorige verslagjaar.
- Op 'MijnDSW' waren bijna 85% meer bezoekers dan in 2013. 'MijnDSW' is de beveiligde omgeving waarin de polishouders hun zorgverzekering kunnen beheren. Deze groei wordt veroorzaakt door de mogelijkheid van online declareren, het per email attenderen van verzekerden op zorgverlenersnota's die toegevoegd zijn aan het overzicht 'Zorgverbruik' en door de grote instroom van nieuwe verzekerden aan het eind van het jaar.

Van de bezoeken aan zowel het algemeen toegankelijke deel als de beveiligde Mijn-omgeving heeft bijna 30% (2013: 22%) plaatsgevonden vanaf een smartphone of tablet-pc.

### *E-mail*

In 2014 zijn circa 67.000 e-mails ontvangen en behandeld (2013: 51.000). Dit is een toename van 30%. Ook hier betreft de stijging met name de maanden november en december.

### *Chat*

Van de mogelijkheid om via de website een chatgesprek te voeren is in 2014 circa 5.000 (2013: ca. 4.000) keer gebruik gemaakt.

### *Schriftelijk contact*

Bestaande en potentiële verzekerden ontvangen bij hun polisaanbod of offerte een uitgebreide folder die informatie geeft over de belangrijkste aspecten van en wijzigingen in 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 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.

### *Social Media*

Daar waar DSW in het verleden een terughoudend beleid hanteerde aangaande social media, hebben wij dit jaar de eerste stappen gezet om op Twitter en Facebook juist meer aanwezig te zijn. Rondom onze premiebekendmaking in september 2014 zijn de eerste berichten geplaatst. De resultaten van onze inspanningen hebben onze verwachtingen overtroffen, mede door de enorme media aandacht voor DSW tijdens de overstapperiode. Onze "fan-base" groeide in de afgelopen periode van 300 fans naar 2.318 en ook onze berichtgeving werd door velen gewaardeerd. Aanwezig zijn op social media gebied, betekent echter niet alleen berichten sturen, maar heeft ook tot gevolg dat mensen daarop reageren. Het binnen de afdeling Klantenservice vormgegeven Webcareteam heeft dan ook veel extra inspanning geleverd om alle reacties te verwerken. We kunnen dan ook concluderen dat we een vliegende start hebben gehad van onze social media inzet en dat dit hoopgevend is naar de toekomst als volwaardig kanaal in onze klantcommunicatie.

### Verbetering van dienstverlening

De mogelijkheden van onze website zijn in 2014 uitgebreid zowel in het voor iedereen toegankelijke deel, als in het beveiligde 'MijnDSW' en de mobiele applicaties.

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

Deze betreffen met name het gebruiksgemak:

- Responsive webdesign: Het ontwerp van een responsive website schaalbaar met de afmetingen van een scherm, zonder in te leveren op leesbaarheid van tekst of bruikbaarheid van informatie. Hiermee wordt gestreefd naar een optimale webervaring voor een breed scala aan apparaten zoals de desktop, de tablet-pc en de smartphone.
- De "look en feel" is verder geoptimaliseerd.

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

Het 'Betaaloverzicht' is verder geoptimaliseerd door het tonen van meer detailinformatie over de openstaande saldi. Het 'Zorgverbruik' waarin een overzicht is terug te vinden van de verzekerdennota's en de nota's van zorgverleners is verder uitgebreid. Vanaf 1 juni 2014 is de informatievoorziening naar de verzekerden over de gemaakte kosten van het zorggebruik verder uitgebreid.

Conform de gemaakte afspraken tussen de NZa en zorgverzekeraars is de informatievoorziening over medisch specialistische zorg aangepast. In MijnDSW is hierdoor informatie zoals de DBC-diagnose, het specialisme en het DBC-zorgproduct inclusief consumentenvertalingen beschikbaar.

De verzekerden met een MijnDSW-account worden, na de verwerking van bepaalde zorgverlenersnota's, per mail op de hoogte gesteld. Op deze wijze worden verzekerden geattendeerd op de kosten die door zorgverleners in rekening zijn gebracht.

#### *Verbeteringen in mobiele applicaties*

Vanaf 2013 is DSW bezig met de ontwikkeling van apps voor zowel iOS- als Android-apparaten. Met de MijnDSW app is het mogelijk eenvoudig te declareren. Door het maken van een foto van de nota kan de verzekeringnemer deze via zijn smartphone indienen. Tevens wordt in deze app de Zorgpas digitaal beschikbaar gesteld. In 2014 is

de MijnDSW app verder uitgebreid met de Eigen Risico stand en het Betaaloverzicht. Met onze diverse apps spelen we in op de behoefte om ook locatieafhankelijk relevante informatie te ontsluiten.

Niet alleen via internet merkten onze verzekerden de hoge kwaliteit van de dienstverlening. Voor wat de administratieve processen betreft, kunnen de korte wachttijd van onze verzekerden aan de telefoon (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 collectiefverzekerden. In samenwerking met diverse gemeenten zijn aanvullende verzekeringen voor de minima beschikbaar. Daarnaast zijn er aanvullende verzekeringen voor studenten en werkers in de zorg.

#### Collectieve contracten

Bij ons betaalt iedere verzekerde – individueel en collectief – dezelfde, net kosten-dekkende, 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.

#### Beleid ten aanzien van aanvullende verzekeringen

Het beleid van DSW aangaande aanvullende verzekeringen is gebaseerd op solidariteit, hoge dekkingsgraad en lage premie. Onze aanvullende verzekeringen kennen onder meer een uitstekende dekking voor tandheelkunde en fysiotherapie. Alleen verzekerden met een basisverzekering bij DSW kunnen een aanvullende verzekering afsluiten. Er geldt echter geen enkele vorm van medische selectie. De overheid heeft voor 2015 besloten een aantal veranderingen in de basisverzekering door te voeren. De wijzigingen hebben dit jaar niet geleid tot aanpassingen in onze aanvullende verzekeringen.

#### 4.6.2. Premievaststelling

Eind september 2014 heeft DSW de premie voor 2015 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;
- het (gewijzigde) vereveningsmodel;
- het verwachte tekort als gevolg van imperfecties in het risicovereveningsmodel;
- 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 is de premie van de basisverzekering voor 2015 gelijk gebleven aan de premie van 2014 (€ 1.140 per jaar). De volledige opbouw van de premie is ook voor 2015 op de website inzichtelijk gemaakt (zie bijlage 1).

Opvallende zaken zijn:

- DSW acht het verantwoord om eenmalig vanuit de reserves de premie met € 100 lager vast te stellen.
- Omdat DSW het afbouwen, door de minister van VWS, van de zogenoemde ex-post correcties in het risicovereveningsmodel expliciet onder de aandacht wil brengen, heeft DSW besloten om het structurele tekort van € 30 in 2015 niet in de premie door te berekenen.
- DSW heeft besloten om het verwachte tekort op Verpleging & Verzorging van € 15 in 2015 niet als opslag in de premie op te nemen. DSW wil hiermee het signaal afgeven dat het beheersen van het landelijk budget Verpleging & Verzorging beperkt of niet mogelijk is.
- DSW heeft de premie 2015 € 35 lager kunnen vaststellen doordat VWS het budget 2015 voor somatische zorg te hoog heeft vastgesteld.

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

In 2014 bedroeg de nominale premie per premieplichtige verzekerde € 1.140 op jaarbasis (€ 95, - per maand).

Tabel 9 Premies

| <b>Prestatie-indicator</b>                                      | <b>2015</b> | <b>2014</b> | <b>2013</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Nominale premie per premieplichtige per verzekerde op jaarbasis | € 1.140     | € 1.140     | € 1.230     |

In de jaarrekening over 2014 komen de onzekerheden aan bod die meespelen bij het bepalen van het resultaat 2014. 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 gelden bij de premieberekening voor het komende jaar. Een reden dat DSW de premie toch zo snel kan bepalen en bekendmaken, is dat wij onze zaken goed op orde hebben en dat langer wachten niet leidt tot vermindering van de in de jaarrekening beschreven onzekerheden.



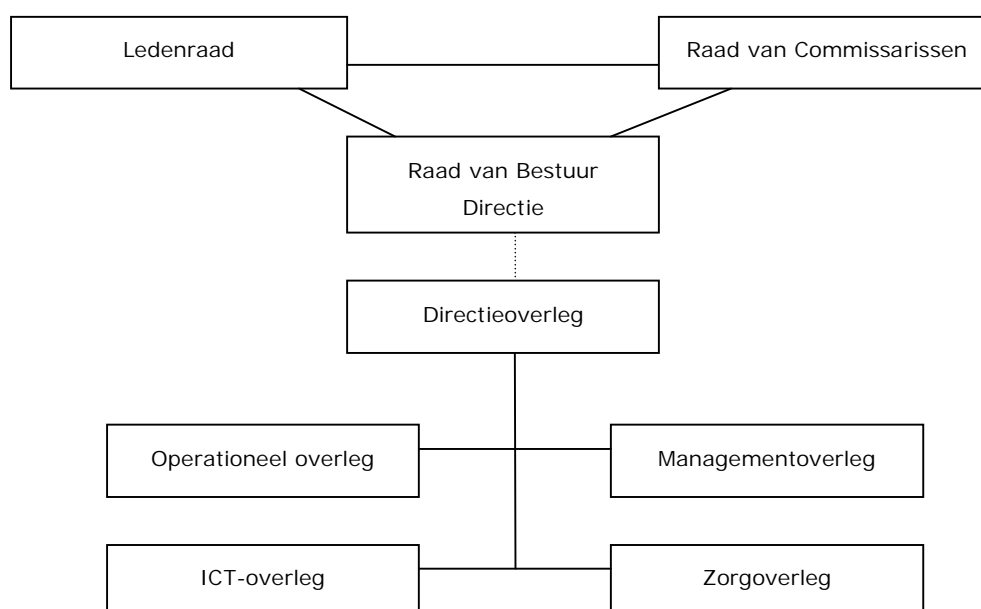
## 5. Sturing en Beheersing

### 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 binnen DSW Zorgverzekeraar en het bedrijf dat hij uitoefent. Om zijn taak correct te kunnen uitvoeren, moet de RvC voldoende geïnformeerd zijn. Informatie komt van de RvB, de accountant en 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 zorgverzekeraars zijn gedurende 2014 twee codes van kracht geweest, de Code Verzekeraars en de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. De codes zijn in onderstaande tabel toegelicht.

Tabel 10 Gehanteerde gedragscodes

| <b>Corporate governance</b>           | <b>Toelichting</b>  |
|---------------------------------------|---|
| Code Verzekeraars                     | <p>Deze code is in 2010 opgesteld door het Verbond van Verzekeraars en in 2011 wettelijk verankerd. De code bevat aanwijzingen op de volgende vijf terreinen:</p> <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> <p>In 2013 heeft een aanpassing van de code plaatsgevonden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verantwoording dient per bepaling plaats te vinden in het jaarverslag en op de website;</li> <li>- implementatie en naleving (nieuwe) wet- en regelgeving.</li> </ul>   |
| Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap | <p>De code bevat een aantal specifieke gedragsrichtlijnen met betrekking tot de relaties die zorgverzekeraars aangaan met verschillende groeperingen en individuen.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zekerheid</i><br/>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><br/>Van de verzekeraar wordt verwacht dat hij bij de uitvoering van zijn taak blijk geeft van betrokkenheid bij en inleving in de belangen van de verzekerde.</li> <li>- <i>Solidariteit</i><br/>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 de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en de daarin opgenomen en uitgewerkte operationele uniforme maatregelen. In bijlage 3 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 formele controles, materiële controles en controles op gepast gebruik plaats volgens het opgestelde controleplan.
- Om de betrouwbaarheid en nauwkeurigheid van het controlesysteem vast te stellen, wordt gebruik gemaakt van statistische steekproeven.

Alle afdelingen zijn 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. Misbruik en Oneigenlijk gebruik

Fraude is een actueel thema en ook in 2014 een speerpunt in het beleid van DSW. Fraude ondermijnt het vertrouwen in de gezondheidszorg en tast ons op solidariteit berustend verzekeringssysteem aan. Het is niet acceptabel dat door fraude de kosten van zorg onnodig hoog zijn. DSW vindt dat het zijn maatschappelijke plicht is fraude actief tegen te gaan en te voorkomen. DSW heeft, binnen de mogelijkheden van wet- en regelgeving, een verantwoordelijkheid voor een rechtmatige en doelmatige besteding van financiële middelen en het voorkomen van misbruik.

#### *Organisatie en uitvoering*

De afdeling Bijzonder Onderzoek (BO) werkt hard aan fraudebeheersing. BO is een stafafdeling en valt onder de directe leiding van de voorzitter van de RvB. In 2014 bedraagt de formatie van BO 5,3 fte. De afdeling coördineert en behandelt de onderzoeken van DSW op het gebied van misbruik, oneigenlijk gebruik en fraude. Ook met de andere verzekeraars wordt in het kader van fraude samengewerkt onder meer via het Fraudemeldpunt en de Werkgroep Fraudebeheersing van ZN.

De signalen van (vermoedelijke) fraude kunnen onder andere voortkomen uit meldingen van verzekerden, monitoring van zorgaanbieders, materiële controles bij de zorgaanbieders, meldingen vanuit ZN, anonieme meldingen of bestands- en systeemvergelijkingen. Blijkt na verdiepend onderzoek dat er sprake is van fraude dan worden in ieder geval de onverschuldigde bedragen teruggevorderd en maatregelen getroffen conform de landelijk gebruikte sanctiechecklist. DSW heeft in 2014 de volgende meldingen, aangiftes en registraties gedaan:

- Melding aan de NZa;
- Aangifte bij de politie;
- Aangifte FIOD;
- Registratie in het Intern Verwijs Register
- Registratie in het Externe Verwijs Register;
- Melding aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN;
- Melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Aangifte bij de iSZW.

#### *Fraudebeleidsplan en plan van aanpak*

DSW beschikt over een adequaat beleidsplan voor fraudebestrijding. Het beleidsplan is geoperationaliseerd in een plan van aanpak en sluit aan op de eisen, gesteld in het Fraudeprotocol Zorgverzekeraars en Criminaliteit, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap, het

Protocol Incidenten-waarschuwingssysteem Financiële Instellingen en het Convenant aanpak verzekeringsfraude. In 2014 zijn het beleidsplan en het plan van aanpak geactualiseerd.

In 2014 heeft de externe accountant, conform het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit, kennis genomen van het fraudebeleidsplan en het plan van aanpak. De accountant heeft voorts het bestaan en de opzet van de procedures aangaande het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit vastgesteld.

Het fraudebeheersingsbeleid van DSW is meer en meer proactief geworden. Een aantal frauduleuze praktijken is door het screenen van nieuwe zorgaanbieders reeds ontdekt zodat betalingen van declaraties tijdig konden worden tegengehouden.

De intensieve samenwerking tussen de afdeling Bijzonder Onderzoek en de overige afdelingen werpt zijn vruchten af bij het onderzoek en de verdere afhandeling van gedetecteerde fraude. Het betreft hier, naast onder andere de afdeling Declaraties, vooral de afdeling Zorg, waarvan de diverse deskundigen bij de verschillende onderzoeken naar zorginstellingen en zorgverleners hun inbreng hebben geleverd.

De in 2010 gestarte proef waarbij verzekerden via 'MijnDSW' de nota van de fysiotherapeut kunnen controleren en eventuele onregelmatigheden kunnen melden, is blijvend succesvol en inmiddels vast onderdeel van 'Mijn DSW'. Het heeft tot diverse nieuwe fraudeonderzoeken geleid en wordt in 2015 naar andere verstrekkingen uitgebreid. Ook de 100% controle op nota's van verzekerden voor zorg in risicolanden leidde tot de detectie van relatief veel pogingen tot fraude. Deze aangescherpte controle wordt voorlopig voortgezet. Ten opzichte van het jaar 2013 is de totale hoeveelheid bewezen fraude in 2014 met 29 procent gegroeid naar een bedrag van circa € 2,5 miljoen (2013 € 1,9 miljoen). Ruim € 0,5 miljoen hiervan betrof de Zvw, € 0,7 miljoen de aanvullende verzekering en € 1,25 miljoen de AWBZ.

#### *Sturing en managementinformatie*

De voorzitter van de RvB wordt wekelijks op de hoogte gesteld van de voortgang in de verschillende onderzoeken. De RvB, de directie en het management van DSW worden geïnformeerd over de inspanningen en de resultaten van de bestrijding van fraude via de voortgangsrapportage van het controleplan en de kwartaalrapportages.

#### *Registratie en vastleggen van signalen van mogelijke fraude*

De afdeling BO registreert signalen van (vermoedelijke) fraude in de fraudedatabase. Aangezien het landelijk ontwikkelde FACTS! niet voldeed aan de wensen van DSW, is ervoor gekozen om een nieuw softwareproduct te ontwikkelen. Het programma D-Tect, waarin iedere casus volgens protocol wordt gedocumenteerd en gevolgd, wordt sinds december 2013 gebruikt. De landelijke geldende protocollaire vereisten worden in D-Tect gehanteerd. Ook is gegevensuitwisseling met het Kenniscentrum Fraude in de Zorg van ZN vanuit D-Tect mogelijk.

#### *Opleiding en scholing*

ZN heeft een opleiding opgezet die specifiek gericht is op fraudebeheersing in de zorg. Iedere zorgverzekeraar moet over minimaal een Registercoördinator Fraudebeheersing beschikken. Bij DSW hebben inmiddels drie medewerkers van de afdeling BO de opleiding daartoe voltooid.

### 5.1.5. 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 11 Normenkader Bedrijfsvoering Zorgverzekeraars

| <b>Wet- en regelgeving</b>                                | <b>Toelichting</b>   |
|---|--|
| Zorgverzekeringswet (Zvw)<br>(inclusief polisvoorwaarden) | Hierin zijn onder meer bepalingen opgenomen over: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de acceptatieplicht;</li> <li>- het vallen van verstrekkingen binnen kaders wet;</li> <li>- zorgplicht;</li> <li>- risicoverevening;</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>  |
| Wet op het financieel toezicht (Wft)                      | In deze wet zijn bepalingen opgenomen in het kader van prudentieel toezicht (soliditeit van de onderneming) en van gedragstoezicht zoals bepalingen 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> |
| Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)                    | 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 informatieplicht;</li> <li>- doelbinding;</li> <li>- rechtmatige grondslag;</li> <li>- kwaliteit;</li> <li>- beveiliging.</li> </ul>  |
| Wet marktordening Gezondheidszorg (WMG)                   | 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 AO/IB en is vastgelegd in richtlijnen, procedurebeschrijvingen en werkinstructies. Nieuwe en gewijzigde wet- en regelgeving worden via de bestaande overlegstructuren geïmplementeerd (zie figuur 2).

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.

#### 5.1.6. Externe accountant

De externe accountant onderzoekt of het uitvoeringsverslag Zvw is opgesteld overeenkomstig de daarvoor geldende verantwoordingsvoorschriften, zoals opgenomen in het Informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2014. 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 in onafhankelijke onderzoeken hoog als het gaat om klanttevredenheid. Om dit te handhaven trachten wij inzicht te krijgen in de onderwerpen die onze verzekerden belangrijk vinden. DSW voert in dit verband de dialoog met zijn verzekerden onder meer via de Ledenraad en de patiëntenorganisatie Zorgbelang Zuid-Holland. In paragraaf 3.3. komt de rol van de Ledenraad aan bod. In 2014 heeft DSW de zorginkoop met Zorgbelang besproken. De accenten lagen dit jaar op de hervorming van de AWBZ naar de Wet Langdurige Zorg en de overhevelingen van verstrekkingen naar de Zvw en de gemeenten.

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 hulpmiddelenleveranciers. 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 leden van de RvB, Directie en het management zijn te allen tijde bereid om verzekerden te woord te staan.

#### 5.2.2. Dialoog met zorgverleners

Regionale eerstelijnszorgverleners zijn per beroepsgroep vertegenwoordigd in Commissies van Overleg. Daarin komen kwaliteitsaspecten van de zorgverlening en

administratieve aangelegenheden aan bod. Met de regionale ziekenhuizen, 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, Zorgcoöperatief Vlietland en samenwerkingsverbanden van Care- en Cure-instellingen.

#### 5.2.3. Aanwijzingen toezichthoudend college

In 2014 heeft DSW Zorgverzekeraar als AWBZ-verzekeraar een aanwijzing van de NZa gekregen naar aanleiding van het functioneren van enkele (andere) zorgkantoren in het jaar 2012.

Via de zogenoemde "Mandaat- en volmachtverlening/overeenkomst inzake uitvoering van werkzaamheden Zorgkantoren" hebben alle AWBZ-verzekeraars de concessiehouders (zorgkantoren) belast met de uitvoering van de AWBZ. Op grond hiervan treedt in een bepaalde regio de concessiehouder (het zorgkantoor) op namens alle AWBZ-verzekeraars. De concessiehouder (het zorgkantoor) verzorgt de feitelijke uitvoering voor alle verzekerden in deze regio. De AWBZ-verzekeraar blijft volgens de NZa echter eindverantwoordelijk voor de uitvoering.

DSW heeft voor zijn zorgkantoren in de regio's DWO en NWN geen aanwijzing ontvangen, waardoor andere zorgverzekeraars, als AWBZ-verzekeraar, geen aanwijzing hebben ontvangen voor de DSW zorgkantoren.

#### 5.2.4. Belangenafwegingen

Belangenafweging speelt op tal van niveaus en bij allerlei 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

In 2014 zijn circa 377.000 telefoongesprekken (2013: 352.000) gevoerd. Dit betreft een stijging van 6%. Deze stijging wordt volledig veroorzaakt door de drukte in december als gevolg van de overstapperiode. Het aantal gesprekken in deze maand bedroeg 61.600 (2013: 36.100). De gemiddelde wachttijd voordat een beller een medewerker aan de lijn krijgt, was gedurende het jaar 18 seconden. In december was de wachttijd hoger, namelijk 59 seconden.

Door het jaar heen ontstaat veel telefoonverkeer als gevolg van:

- door ons verstrekte Eigen Risico overzichten;
- het aanvragen van een betalingsregeling;
- vragen over machtigingen voor of vergoedingen van bepaalde behandelingen, zoals bijvoorbeeld het eerste terhandstelling gesprek bij de apotheek;
- onze e-mail attendering aangaande door ons betaalde zorgkosten.

Kwaliteitsmedewerkers van de afdeling Klantenservice luisteren periodiek mee met de gesprekken van de medewerkers van deze afdeling. 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 coachen de teamleiders hun medewerkers aan de hand van de speciaal voor dit doel opgenomen telefoongesprekken.

Tweemaal per kwartaal wordt voor alle medewerkers Klantenservice in samenwerking met de afdelingen een themabijeenkomst georganiseerd. Daarnaast zijn er de jaarlijkse bijeenkomsten met de afdelingen Zorg en Declaraties waarin de pakketwijzigingen centraal staan.

Nieuwe medewerkers volgen de cursus 'Zorgverzekering Klantadvisering', 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, naast dit kennissysteem, de afdeling Declaraties. Desgewenst kunnen zij ook navraag doen bij medewerkers van de afdeling Zorg.

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

Indien een aanvraag voor zorg wordt afgewezen, ontvangt de verzekerde schriftelijk de reden van afwijzing, met de wettelijke grondslag daarvan. 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 objectief een nieuw oordeel kan plaatsvinden of een aanvraag terecht of onterecht is afgewezen en of er alsnog tot vergoeding dient te worden overgegaan.



In 2014 zijn er in het totaal 18.606 machtigingen aangevraagd, waarvan er 2.016 (11%) zijn afgewezen.

#### 6.1.2. Aantal en aard van klachten en geschillen

##### Aard en aantal schriftelijke klachten

DSW neemt iedere klacht serieus en besteedt er grote zorg aan. Een klacht kan belangrijke informatie bieden over mogelijke verbetering van de dienstverlening. Daarom wordt een laagdrempelige mogelijkheid geboden om klachten in te dienen en stuurt DSW niet op een zo laag mogelijk aantal klachten. Omdat wij klachten structureel willen oplossen, is inzicht in de aard van de klachten essentieel.

Het aantal schriftelijke klachten 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 ingediend.

Tabel 12 Klachten 2014

| <b>Categorie</b>                  | <b>Aantal</b> | <b>Percentage<br/>gegronde<br/>klachten</b> | <b>Rechter</b> |
|-----------------------------------|---------------|---|----------------|
| 1. Zorgplicht                     | 157           | 18%   | 0              |
| 2. Acceptatieplicht               | 22            | 27%   | 0              |
| 3. Verbod op premiedifferentiatie | 0             | 0%  | 0              |
| 4. Kwaliteit van zorg             | 104           | 12%   | 0              |
| 5. Informatievoorziening          | 107           | 9%  | 0              |
| 6. Overig basisverzekering        | 190           | 10%   | 0              |
| Totaal                            | 580           | 13%   | 0              |

Het aantal klachten is vergeleken met 2013 (581) gelijk gebleven. Het percentage afgehandelde klachten dat gegrond is verklaard bedraagt 13% (2013: 17%). In het verslagjaar zijn er geen klachten door een verzekerde aan de rechter voorgelegd.

Analyse van de klachten:

- Veel klachten in het kader van de 'Zorgplicht' gaan over het leveren of vergoeden van een generiek geneesmiddel als er geen medische noodzaak voor een spécialité is.
- Net als in voorgaande jaren gaan de klachten over de 'Kwaliteit van zorg' bijna altijd over een zorgverlener, dit betreft vooral mondzorg (2014: 46).
- Vanzelfsprekend zijn de 107 klachten met betrekking tot 'Informatievoorziening' en dan met name de categorieën 'foutieve informatie' en 'onvoldoende/geen informatie' besproken met het betreffende afdelingshoofd, die hun medewerkers betrekken bij een verbeterplan, zodat de informatievoorziening naar onze verzekerden verder geoptimaliseerd wordt.
- Relatief veel klachten onder 'Overige basisverzekering' gaan over het eigen risico (122).

Op grond van de analyse treffen we verder geen herkenbare structuur in de klachten aan. Ook met betrekking tot specifieke zorgverleners kunnen we geen conclusies trekken.

Gemiddeld worden de klachten binnen 15 dagen afgehandeld.

Klachten hebben veelal betrekking op incidentele kwesties en hebben daarom slechts in beperkte mate geleid tot wijzigingen in beleid en/of procedures.

#### Afhandeling van schriftelijke klachten

De afdeling Klantenservice 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 SKGZ of rechter als hij 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 13 Heroverwegingen 2014

| Categorie                | Aantal | Afgehandeld | SKGZ<br>Bindend<br>advies | Rechter | Doorloop-<br>tijd<br>(dagen) | Percentage<br>gegrond |
|--------------------------|--------|-------------|---------------------------|---------|------------------------------|-----------------------|
| 1. Zorgplicht            | 396    | 389         | 3                         | 2       |                              |                       |
| 2. Acceptatie-<br>plicht | 5      | 6           | 1                         | 0       |                              |                       |
| Totaal                   | 401    | 395         | 4                         | 2       | 29                           | 39%                   |

De gegevens komen uit DIS voor Juza, de applicatie waarin de klachten en heroverwegingen worden geregistreerd en administratief worden verwerkt.

Het aantal verzoeken om heroverweging is gestegen naar 396 (2013: 377). De meeste verzoeken om heroverweging hebben betrekking op de MSZ, zoals bovenooglidcorrectie en borstcorrectie. Gemiddeld ligt de doorlooptijd binnen de wettelijke termijnen.

Het aantal heroverwegingen dat een bindend advies krijgt van de SKGZ is laag. Dat komt veelal omdat verzekerden in een eerder stadium naar de Ombudsman zijn gestapt en op grond van het advies van de Ombudsman meestal niet alsnog de SKGZ inschakelen.

### 6.1.3. Mutatieverwerking

DSW streeft bij het vastleggen van gegevens naar een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid (in casu juistheid, volledigheid en tijdigheid). In de geautomatiseerde systemen vinden daarom allerlei controles plaats. Voor wat betreft de tijdigheid geldt voor in- en uitschrijven en overige mutaties een maximale doorlooptijd van vijf werkdagen. In de piekperiode aan het einde van het jaar wordt geaccepteerd dat deze termijn niet altijd wordt gehaald.

De gemiddelde doorlooptijd van de in- en uitschrijvingen in 2014 bedroeg iets meer dan twee werkdagen en die van de overige mutaties minder dan twee werkdagen.

In 2014 is 92% van de inschrijvingen via internet ontvangen, vervolgens geautomatiseerd gecontroleerd en indien correct zonder menselijke interventie verwerkt.

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 worden geheel geautomatiseerd verwerkt op basis van de informatie uit de Basisregistratie Personen. 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

Restitutenota's hebben voornamelijk betrekking op de aanvullende verzekeringen. De interne norm voor de afhandelingstermijn van een verzekerdennota is teruggebracht van maximaal tien werkdagen naar maximaal vijf werkdagen. De gemiddelde afhandelingstermijn van de in totaal 169.949 declaraties (2013: 191.467) ligt op twee 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 14 Prestatie-indicator termijn restitutenota

| <b>Prestatie-indicator</b>                           | <b>2014</b> | <b>2013</b> |
|--|-------------|-------------|
| Gemiddelde doorlooptijd nota restitutie in werkdagen | 2           | 3           |

### 6.1.5. Zorgbemiddeling

DSW Zorgverzekeraar maakt met de ziekenhuizen en andere zorgverleners duidelijke afspraken over het tijdig bieden van zorg. Uitgangspunten hierbij zijn de Treeknormen (zie paragraaf 4.5.2.). Hierdoor kan een verzekerde binnen een redelijke termijn terecht voor de benodigde zorg.

In het geval dat de verzekerde ervaart dat hij 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 kunnen verzekerden informatie over wachtlijstbemiddeling vinden op de website van DSW Zorgverzekeraar. Bovendien is het team wachtlijstbemiddeling beschikbaar om op verzoek van een verzekerde te helpen bij het vinden van oplossingen.

Van het totaal aantal vragen dat in het verslagjaar bij het team wachtlijstbemiddeling

binnenkwam, betrof het in 79% van de gevallen een verwachte overschrijding van de Treeknormen.

Het team inventariseert, meestal in nauw overleg met de verzekerde, de mogelijkheden. Steeds meer verzekerden zijn gewend om op internet te zoeken. Hierdoor gebeurt het vaker dat, met enige uitleg door het team wachtlijstbemiddeling, de verzekerde zelf een zorgverlener vindt bij wie de wachttijd korter is. Indien gewenst, neemt het team contact op met zorgverleners.

In 65% van de gevallen (2013: 65%) heeft het team wachtlijstbemiddeling, de datum van behandeling in het behandelend ziekenhuis of bij een ander ziekenhuis kunnen vervroegen.

Het percentage waarbij effectief is bemiddeld geldt als indicator. Bij verzoeken waarbij de datum niet door het team wachtlijstbemiddeling is vervroegd, was dit meestal niet nodig. Soms was wachtlijstbemiddeling niet meer noodzakelijk, omdat er al een oplossing gevonden was. Een andere keer gaven verzekerden aan tevreden te zijn met de verstrekte informatie en zelf actie te ondernemen. In een enkel geval was er sprake van een specialistische ingreep, waarbij het bespoedigen van de behandeling niet lukte en de verzekerde berustte in de wachttijd. Bij twee ZBC's is in de loop van 2014 het afgesproken omzetplafond bereikt. Bij deze ZBC's was geen doorleverplicht overeengekomen en is door ons actief bemiddeld. Uiteindelijk hebben beide ZBC's toch doorgeleverd.

Tabel 15 Wachtlijstbemiddeling

| <b>Prestatie-indicator</b>  | <b>2014</b> | <b>2013</b> |
|---|-------------|-------------|
| Percentage wachtlijstbemiddelingsverzoeken waarbij effectief bemiddeld is | 65%         | 65%         |

#### 6.1.6. Verzekerdentevredenheid

DSW geeft geen miljoenen euro's uit aan reclame om zijn imago of naamsbekendheid te vergroten. Geen dure tv-spotjes, of radiocommercials die uitdragen waarom DSW zo goed zou zijn. Mond-tot-mondreclame, het telkens als eerste bekendmaken van de premie en onze duidelijke, afwijkende, standpunten zoals op het gebied van de vrije artsenkeuze (de aanpassing van artikel 13), risicoselectie op de basisverzekering en premiedifferentiatie binnen de basisverzekering blijken belangrijke redenen waarom nieuwe verzekerden voor DSW kiezen. De klantervaring die onze verzekerden bij ons hebben zorgt er vervolgens voor dat zij een grote mate van loyaliteit richting DSW hebben. Dit blijkt ook uit het feit dat onze verzekerden ons hoog waarderen. Wij komen al jaren als één van de beste zorgverzekeraars van Nederland naar voren in onafhankelijke consumentenonderzoeken.

Sinds de invoering van de basisverzekering heeft Nivel/kiesBeter jaarlijks onafhankelijk onderzoek gedaan naar de klantbeleving. Vanaf 2012 is Nivel/kiesBeter door bezuinigingen gestopt met deze jaarlijkse meting. In dat jaar heeft er geen meting plaatsgevonden. In 2013 heeft DSW de meting van de klanttevredenheid ondergebracht bij MarketResponse. Ook deze organisatie verzorgt vergelijkend onderzoek onder alle zorgverzekeraars. Hierdoor zijn de uitkomsten vergelijkbaar. De uitkomst van het klantonderzoek 2014 en de eerdere uitkomsten zijn in onderstaande tabel weergegeven. Ook in 2015 heeft Marketresponse een meting gedaan van de klanttevredenheid.

In deze laatste meting behaalde DSW met een cijfer 8,4 de hoogste score van alle zorgverzekeraars. Wij zijn zeer trots op dit enorme compliment van onze verzekerden.

Tabel 16 Algemeen oordeel van verzekerden door de jaren heen  
(bron: Nivel/kiesBeter en MarketResponse)

| Jaar | Score |
|------|-------|
| 2006 | 8,1   |
| 2007 | 8,1   |
| 2008 | 8,0   |
| 2009 | 8,1   |
| 2010 | 8,1   |
| 2011 | 8,1   |
| 2013 | 8,0   |
| 2014 | 8,2   |
| 2015 | 8,4   |

## 6.2. Relatie met zorgaanbieders

### Betalingstermijn

In het verslagjaar zijn 279.137 declaraties van zorgverleners verwerkt (2013: 248.309). Het aantal declaraties dat elektronisch gedeclareerd wordt, is dit jaar wederom gestegen.

Tabel 17 Prestatie-indicator betalingstermijn

| Prestatie-indicator                           | 2014 | 2013 |
|---|------|------|
| Gemiddelde doorlooptijd facturen in werkdagen | 17   | 16   |

De definitie "gemiddelde doorlooptijd in werkdagen" is voor deze zorgverleners-declaraties dezelfde 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 afhankelijk van de inhoud van de overeenkomst en varieert tussen de 10 en 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 essentieel, maar het is ook zeer 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 zijn medewerkers door een goede studiekostenregeling en het beschikbaar stellen van tijd.

De totale kosten voor opleiding en training bedroegen € 341.210 in 2014. De gemiddelde kosten per medewerker bedroegen € 737 (2013: € 779).

#### 6.3.2. Duurzame inzetbaarheid

Uitgangspunt in het beleid rond duurzame inzetbaarheid bij DSW is dat alle medewerkers nodig zijn. Het is van belang dat medewerkers worden gewaardeerd voor de bijdrage die zij leveren. Individuele medewerkers zullen wel de bereidheid moeten tonen om met de organisatie mee te veranderen en zullen zich moeten instellen op permanente educatie. Voor diegenen die deze bereidheid tonen, is er ook in de toekomst een plaats binnen DSW.

#### 6.3.3. Ziekteverzuim

Het verzuim in het verslagjaar bedraagt 4,5% (2013: 5,6%). Minder langdurig verzuim is de belangrijkste oorzaak voor deze daling. De meldingsfrequentie bedraagt 1,2 (2013: 1,1).

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. De betreffende medewerker heeft een gesprek met zijn leidinggevende waarbij een P&O adviseur aanwezig is en het verslag van de Arbodienst besproken wordt.

Voorts wordt langdurig en/of opvallend verzuim 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.

Ter versterking van de rol die leidinggevend en ingeval van verzuim spelen zijn zij in 2013 getraind door een hierin gespecialiseerde organisatie. De focus van de trainingen lag op het verbeteren van vaardigheden en het opdoen van praktische kennis met betrekking tot preventie en het begeleiden van en leren omgaan met 'moeilijke' verzuimsituaties.

#### 6.3.4. Personeelsverloop

Eind 2014 zijn 463 mensen in dienst bij DSW Zorgverzekeraar. Een deel hiervan voert werkzaamheden uit voor derden, zoals Zorgkantoor DWO/NWN, Stad Holland Zorgverzekeraar en DSW Verzekeringen. In het afgelopen jaar zijn 31 mensen uit dienst getreden, terwijl er 53 in dienst zijn gekomen. Het totale verloop bedraagt 7,0% (2013: 4,3%).

#### 6.3.5. Ongewenst gedrag

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

De functie van vertrouwenspersoon is belegd bij de Arbodienst.

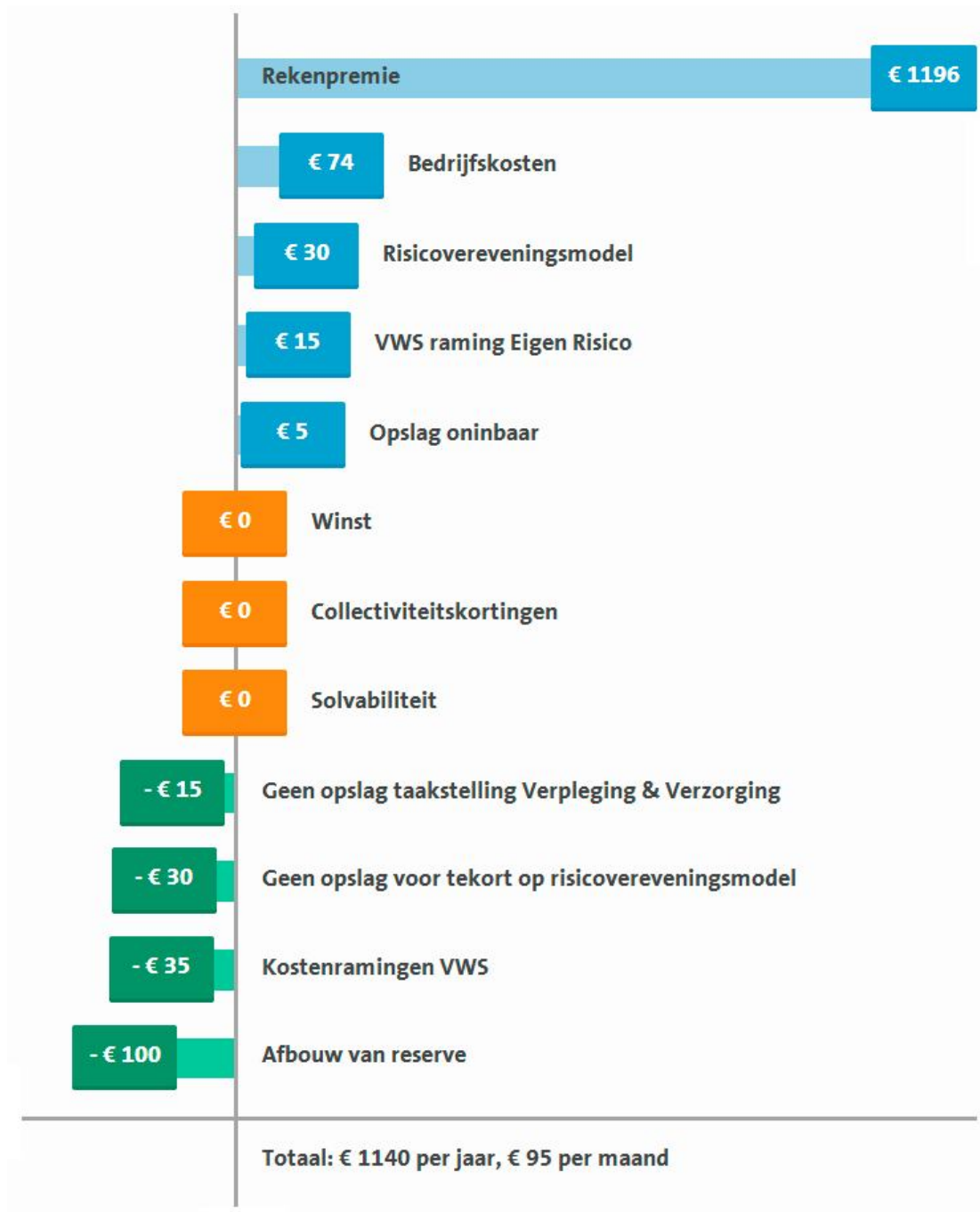
#### 6.4. Samenleving: Financieel-economische kengetallen

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

Tabel 18 Kerncijfers

|                              | <b>2014</b>   | <b>2013</b>   |
|------------------------------|---------------|---------------|
| Zorgkosten per verzekerde    | € 2.242       | € 2.213       |
| Beheerskosten per verzekerde | € 69,77       | € 63,76       |
| Aanwezige solvabiliteit      | € 245.350.000 | € 227.150.000 |

## Bijlage 1: Premie opbouw 2015





## Bijlage 2: 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 collega-huisartsen.</li> </ul>   | 24x7 uur bereikbaar voor spoed        | Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:<br><br>Telefonisch bereikbaarheid<br>Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website)<br>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 | Voorwaarden: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voldoen aan de kwaliteitseisen zoals vastgesteld door de beroepsgroep;</li> <li>- Doelmatige en efficiënte zorg (gepast gebruik) leveren, bijvoorbeeld bij eerste terhandstellingsgesprekken;</li> </ul> <p>Verantwoordelijkheid voor het bieden van farmaceutische zorg gedurende 24 uur per dag en 7 dagen in de week; Afspraken worden gemaakt over de farmaceutische zorg buiten openingstijden.</p> <p>Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DSW bevordert de substitutie van spécialité geneesmiddelen naar generieken door de apotheek.</li> <li>- Apotheken kunnen aan onze verzekerden verbruikshulpmiddelen leveren zoals incontinentiemateriaal, diabetesmateriaal en verbandhulpmiddelen;</li> <li>- Het voorschrijfgedrag huisartsen voldoet aan de NHG standaard.</li> </ul> | 1 werkdag                             |  |

|                    |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring via spiegelinformatie;</li> <li>- DSW maakt over voorschrijfgedrag bij ziekenhuizen over generieke en spécialité geneesmiddelen.</li> </ul>   |  |   |
| Verloskundige zorg | <p>Kwaliteitseisen contractueel overeengekomen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingeschreven in het BIG-register</li> <li>- Lid van de KNOV</li> <li>- De verloskundigen leveren kwaliteitsindicatoren aan het Kwaliteitsinstituut (opvolger van Zichtbare Zorg).</li> <li>- De praktijk neemt deel aan de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR-1).</li> </ul>   | geen wachttijd, mits op tijd aangevraagd bij zorgverlener  | <p>Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:</p> <p>Telefonisch bereikbaarheid<br/>Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website)<br/>Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)</p> |
| GGZ                | <p>Vrijevestigden – contractueel overeengekomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoofdbehandelaren geregistreerd in het BIG-register</li> <li>- De Zorgaanbieder handelt conform de beschikbare (multidisciplinaire) richtlijnen en voor die stoornissen waarvoor nog geen (multidisciplinaire) richtlijnen beschikbaar zijn handelt de Zorgaanbieder conform de stand van de praktijk.</li> <li>- De Zorgaanbieder maakt – in ieder geval aan het begin en het eind van de behandeling - gebruik van gevalideerde, door de beroepsgroep erkende meetinstrumenten / vragenlijsten ter ondersteuning van o.a. de diagnosestelling, het bewaken van de voortgang van de behandeling en het meten van de effectiviteit van de zorg.</li> <li>- De Zorgaanbieder heeft voor de stoornissen die hij behandelt zorgprogramma's/zorgpaden/protocollen ontwikkeld</li> <li>- Er zijn afspraken over de inzet van ondersteunend personeel</li> <li>- Aanleveren uitkomsten behandelresultaten</li> <li>- De uitkomsten van de effectmetingen worden gebruikt in de behandeling en worden teruggekoppeld naar de individuele patiënt.</li> </ul> <p>GGZ-instellingen - contractueel overeengekomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De instelling dient overeenkomstig de WTZi toegelaten te zijn en draagt er zorg voor dat de zorg geleverd wordt met inachtneming van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet Klachtrecht</li> </ul> | <p>De Zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk in ieder geval binnen de Treeknormen. Wanneer de Zorgaanbieder de Treeknormen overschrijdt, neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar en neemt maatregelen om verlening van zorg binnen de Treeknormen te bereiken. De zorgaanbieder wijst de Verzekerden op de mogelijkheden om zich bij andere zorgaanbieders te melden of contact te zoeken met de Zorgverzekeraar.</p> <p>De Zorgaanbieder publiceert op de eigen website per locatie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aan welke doelgroepen zorg wordt geleverd.</li> <li>o Welke stoornissen worden behandeld.</li> </ul> <p>De actuele wachttijden per hoofddiagnose groep.</p> <p>De Zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treeknormen. Wanneer de Zorgaanbieder de Treeknormen overschrijdt, neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar en neemt maatregelen om verlening van zorg binnen de Treeknormen te bereiken. De zorgaanbieder wijst de Verzekerden op de mogelijkheden om zich bij andere zorgaanbieders te melden of contact te zoeken met de Zorgverzekeraar.</p> |   |

|                                     | <p>cliënten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De Zorgaanbieder handelt conform de beschikbare (multidisciplinaire) richtlijnen en voor die stoornissen waarvoor nog geen (multidisciplinaire) richtlijnen beschikbaar zijn handelt de Zorgaanbieder conform de stand van de praktijk.</li> <li>- De Zorgaanbieder maakt – in ieder geval aan het begin en het eind van de behandeling - gebruik van gevalideerde, door de beroepsgroep erkende meetinstrumenten / vragenlijsten ter ondersteuning van o.a. de diagnosestelling, het bewaken van de voortgang van de behandeling en het meten van de effectiviteit van de zorg.</li> <li>- De Zorgaanbieder heeft voor de stoornissen die hij behandelt zorgprogramma's/zorgpaden/protocollen ontwikkeld</li> <li>- Aanleveren uitkomsten behandelresultaten.</li> <li>- De uitkomsten van de effectmetingen worden gebruikt in de behandeling en worden teruggekoppeld naar de individuele Patiënt.</li> </ul> |  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
|-------------------------------------|--|--|-----------|------------------------|------|--------------------------|--------------|---------|----------------------------------|-----------------------|---------|-----------|-----------------------|---------|-----------------------|-----------------------|---------|---|
| <p>Medisch specialistische zorg</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij de regionale ziekenhuizen aanvullende kwaliteitsafspraken gemaakt. Deze hebben betrekking op onder andere doorstroming, ligduur, voorschrijfgedrag van medisch specialisten, IGZ-indicatoren en ICT.</li> <li>- De landelijke minimumnormen zoals vastgesteld door de beroepsgroep worden in acht genomen bij de contractering. Als een ziekenhuis de volumennorm voor een bepaalde behandeling niet haalt, dan wordt deze behandeling uitgesloten van het contract.</li> <li>- Wij maken afspraken dat ziekenhuizen doelmatige en gepaste zorg leveren.</li> <li>- Bij het contracteren van nieuwe aanbieders hanteert DSW vaste inkoopcriteria.</li> </ul>  | <table border="1" data-bbox="958 754 1771 951"> <thead> <tr> <th>Zorgsoort</th> <th>Toegangs- of wachttijd</th> <th>Norm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>eerste polikliniekbezoek</td> <td>toegangstijd</td> <td>4 weken</td> </tr> <tr> <td>diagnostiek en indicatiestelling</td> <td>wachttijd diagnostiek</td> <td>4 weken</td> </tr> <tr> <td>Dagopname</td> <td>wachttijd behandeling</td> <td>6 weken</td> </tr> <tr> <td>klinische behandeling</td> <td>wachttijd behandeling</td> <td>7 weken</td> </tr> </tbody> </table> <p>Bij de inkoop van zorg worden afspraken gemaakt over het leveren van zorg binnen de zogenaamde Treeknormen, weergegeven in bovenstaande tabel. Met ziekenhuizen die hieraan niet voldoen, worden (verbeter)afspraken gemaakt om de zorg alsnog binnen deze normen te kunnen bieden.</p> <p>De maximumtoegangstijden worden vastgelegd in de overeenkomsten.</p> | Zorgsoort | Toegangs- of wachttijd | Norm | eerste polikliniekbezoek | toegangstijd | 4 weken | diagnostiek en indicatiestelling | wachttijd diagnostiek | 4 weken | Dagopname | wachttijd behandeling | 6 weken | klinische behandeling | wachttijd behandeling | 7 weken | <p>Met alle contractanten zijn afspraken gemaakt over de bereikbaarheid:</p> <p>Telefonisch bereikbaarheid<br/>Diverse andere contactmogelijkheden (onder andere website)<br/>Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)</p> |
| Zorgsoort                           | Toegangs- of wachttijd   | Norm   |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
| eerste polikliniekbezoek            | toegangstijd   | 4 weken  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
| diagnostiek en indicatiestelling    | wachttijd diagnostiek  | 4 weken  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
| Dagopname                           | wachttijd behandeling  | 6 weken  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
| klinische behandeling               | wachttijd behandeling  | 7 weken  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |
| <p>Kraamzorg</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kwaliteitseisen contractueel overeengekomen</li> <li>- Zorgverlener moet voldoen aan de Basiskwaliteitseisen Kraamzorg zoals vastgesteld door de beroepsgroep</li> <li>- In het bezit van HKZ/ISO certificaat voor kraamzorg</li> <li>- In het bezit van WHO/UNICEF certificaat Zorg voor</li> </ul>  | <p>Geen wachttijd, mits op tijd aangevraagd bij zorgverlener.</p>  |           |                        |      |                          |              |         |                                  |                       |         |           |                       |         |                       |                       |         |   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <p>Borstvoeding</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De kraamzorgorganisatie levert kwaliteitsindicatoren aan het Kwaliteitsinstituut (opvolger van Zichtbare Zorg).</li> <li>- Gebruik maken van het Landelijk Indicatieprotocol (LIP)</li> </ul>  |   |   |
| Fysiotherapie  | <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 (gepast gebruik)</li> <li>- Artikel 3BIG-geregistreerd zijn</li> <li>- Vermeld staan in het (centraal) kwaliteitsregister</li> </ul>   | <p>1 week</p> <p>Verzekerde heeft binnen 5 werkdagen na aanmelding een eerste afspraak aangeboden gekregen.</p> |   |
| <p>Oefentherapie</p> <p>Logopedie</p> <p>Dieetadvisering</p> <p>Huidtherapie</p> <p>Ergotherapie</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 (gepast gebruik)</li> <li>- Artikel 34 BIG-geregistreerd zijn</li> <li>- Vermeld staan in het kwaliteitsregister paramedici</li> </ul>   | <p>1 week</p> <p>Verzekerde heeft binnen 5 werkdagen na aanmelding een eerste afspraak aangeboden gekregen.</p> | <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> |
| Hulpmiddelen zorg  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- De eisen voor kwaliteit zijn beschreven in contracten per hulpmiddelengroep. Voor de verschillende gecontracteerde leveranciers kunnen o.a. certificering bij SEMH, StAr, ISO, NUVO sectie Low Vision keurmerk en ANKO onderdeel van de overeenkomst vormen;</li> <li>- Bij een aantal hulpmiddelengroepen is opgenomen dat er conform protocollen, richtlijnen en/of hulpmiddelenkompas wordt gewerkt;</li> </ul> | <p>3 weken gemiddeld afhankelijk van confectie en of maatwerk hulpmiddelen</p>                                  | <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 medische noodzaak, bijvoorbeeld bij een chemotherapie);</li> <li>- kwaliteit voertuig;</li> <li>- eisen chauffeurs m.b.t. o.a. kwaliteit en certificering</li> <li>- bij gecombineerd vervoer is er een afspraak over maximale rijtijd</li> </ul>  | <p>n.v.t.</p>   | <p>Er is een goede spreiding van de voorzieningen (fysieke bereikbaarheid)</p>  |

### **Bijlage 3: 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 2012 door een externe partij uitgevoerde benchmark.
- 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.
- Op het gebied van 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 2014 ter goedkeuring aan de RvC voorgelegd.
- Op het gebied van de voorbereiding van de besluitvorming ter zake 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 begin 2013 de zogenoemde moreel-ethische verklaring afgelegd en ondertekend. De verklaringen zijn op de website gepubliceerd.

#### Risicomanagement

- De voorzitter van de RvB is verantwoordelijk voor het risicobeheer. Een bedrijfsbrede risicoanalyse in 2009 is voor DSW de basis geweest om zijn interne risicomanagement verder vorm te geven en te verstevigen. Vanaf 2012 vindt in het kader van de voorbereiding op Solvency II een Own Risk and Solvency Assessment (ORSA) plaats. Een jaarlijks Strategisch Risk Assessment is hier een onderdeel van. In 2014 is de vrijwillige ORSA vervangen door een verplichte Eigen Risico Beoordeling (ERB). De ERB 2014 is uitgevoerd met een grote betrokkenheid van afdelingshoofden en directie, waarbij het jaarlijkse Strategisch Risk Assessment een belangrijk onderdeel vormde.
- 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 2013 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 de wettelijke zorgverzekering kent DSW om deze reden geen Product Goedkeuringsproces.

#### Audit

- De audit functie wordt op dit moment gedeeltelijk intern ingevuld door de afdeling Interne Controle, en gedeeltelijk door 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 controlefunctie, de externe accountant en de RvC vindt proportioneel plaats. De interne controlefunctie heeft geen formele rapportagelijnen naar de RvC, de externe accountant rapporteert aan de RvC.
- Jaarlijks vindt tripartite overleg plaats tussen de interne controlefunctie, de externe accountant en DNB.

#### Beloningsbeleid

- DSW heeft in 2011 het bestaande beloningsbeleid geformaliseerd. Dit beloningsbeleid voldoet aan de Regeling beheerst beloningsbeleid (Rbb) Wft 2014.
- De RvC stelt de beloning van de RvB en directie vast. De beloning is gebaseerd op een in 2012 door een externe partij uitgevoerde benchmark. In het kader van de Wet Normering Topinkomens (WNT) is eind 2013 een sectorale bezoldigingscode in de Staatscourant gepubliceerd. De beloning van de RvB en directie voldoet aan deze sectorale code.
- 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.

- Over het jaar 2014 ontvangt de RvB en de directie geen variabele beloning.
- De RvC wordt volgens het beleid geïnformeerd over alle variabele beloningen aan andere medewerkers als het bedrag hoger is dan € 5.000. De variabele beloning is gemaximeerd op 10% van het vaste salaris.

## JAARREKENING