



# LEIDRAAD AUDIT NATIONAAL KEURMERK LETSELSCHADE

De Letselschade Raad

December 2022

# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	3
Leeswijzer .....	4
1. Inleiding Leidraad Audit NKL.....	5
1.1. Doel van de audit.....	5
1.2. Relatie tussen audits en reglementen .....	5
1.3. Denkkader audit.....	6
1.4. Organisatiegebieden .....	6
1.5. Resultaatgebieden .....	7
1.6. Auditcyclus.....	7
1.7. Aspirant lidmaatschap .....	8
2. Uitvoering bezoekaudit.....	8
2.1. Verloop bezoekaudit .....	8
2.1.1. Voorbereiding.....	9
2.1.2. Interviews .....	9
2.1.3. Dossieronderzoek .....	9
2.1.4. Terugkoppeling.....	10
2.1.5. Methodiek bezoekaudit.....	10
2.1.6. Advies en rapportage .....	10
2.2. Verloop tussentijdse toet.....	11
2.2.1. Methodiek tussentijdse toets .....	11
2.2.2. Rapportage .....	12
2.3. Eisen aan auditoren.....	12
2.4. Kwaliteitsborging audit.....	12
2.4.1. Geheimhouding.....	12
2.4.2. AVG .....	12
2.4.3. Auditplan.....	13
3. Franchiseorganisaties .....	13
3.1. Inschrijving .....	13
3.2. Website vermelding.....	13
3.3. Audits franchiseorganisaties.....	14
Bijlagen .....	15

Bijlage 1: Processchema tussentijdse toets .....	15
Bijlage 2: Processchema bezoekaudit .....	16
Bijlage 3: Certificeringsreglement .....	17
Bijlage 4: Doelgroepen NKL.....	19
4.1. Wettelijk aansprakelijkheidsverzekeraars .....	19
4.2. Medisch aansprakelijkheidsverzekeraars .....	19
4.3. Rechtsbijstandsverzekeraars.....	19
4.4. Belangenbehartigers.....	20
4.5. LSA-advocaten .....	20
4.6. WA-experts .....	20
4.7. Herstelgerichte Dienstverleners.....	20
Bijlage 5: Toelichting indicatoren per resultaatgebied.....	21
5.1 Naleving reglementen.....	21
5.2.a Doorlooptijd start letselschadebehandeling .....	21
5.2.b Doorlooptijd beoordeling aansprakelijkheid .....	22
5.2.c Doorlooptijd 2-jaarsevaluatie.....	22
5.2.d Doorlooptijd grip op zaken > 3 jaar .....	23
5.3 Medisch traject.....	23
5.4 Visie en beleid .....	24
5.5 Communicatie .....	24
5.6 Houding en gedrag .....	24
5.7 Overdracht dossiers.....	24
5.8 Vakvolwassenheid.....	25
5.9 PE/ Vervolgopleiding.....	26
5.10 Deskundigheid & Opleiding .....	27
5.11 Urenlegalisatie.....	27
5.12 Urenregistratie .....	27
5.13 Klachten .....	28
5.14 Klanttevredenheid .....	28
Toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.....	29

## Voorwoord

Het Nationaal Keurmerk Letselschade (NKL) is hét overkoepelend kwaliteitskeurmerk voor professionele dienstverleners in letselschadezaken. Dat is een ambitieuze doelstelling. De letselschadebranche is namelijk veranderlijk en wekelijks dienen zich nieuwe dienstverleners aan. Het NKL is in trek bij nieuwe spelers, zo hebben we gemerkt. Dat is natuurlijk goed nieuws. Tegelijkertijd moeten we kritisch zijn en blijven aan wie wij het Keurmerk toekennen, zodat we het kaf van het koren blijven scheiden. Wij zien dat als een belangrijke taak van De Letselschade Raad.

### **Gescheiden rollen binnen het Nationaal Keurmerk Letselschade**

Houder zijn van het Nationaal Keurmerk Letselschade betekent dat een organisatie een keurmerk draagt dat borg staat voor kwaliteit van dienstverlening. Daar zitten meerdere kanten aan. Enerzijds formuleren en evalueren we in overleg met de doelgroepen specifieke kwaliteitsmaatstaven. Anderzijds moeten we effectief toezicht organiseren en uitoefenen om naleving van die kwaliteitsmaatstaven te borgen.

Deze borging doen we in een organisatie waarin we de rollen van elkaar scheiden: de zogenaamde Trias Politica. De Normcommissie NKL bestaat uit een representatieve vertegenwoordiging van de markt en heeft als taak normen voor het NKL vast te stellen. Daarbij staan de leden van de Normcommissie NKL in nauw contact met hun achterban. Onafhankelijke auditors toetsen de praktijk bij de aanvraag via een initiële bezoekaudit en periodiek via een bezoekaudit en een tussentijdse toets. De Letselschade Raad besluit over de verlening en de verlenging van het Keurmerk.

### **De waarde van het Nationaal Keurmerk Letselschade voor letselschade benadeelden**

Of een keurmerk goed is, wordt niet alleen bepaald door de inhoudelijke eisen die worden gesteld aan de houders van dat keurmerk. Idealiter is het keurmerkhouderschap van doorslaggevende betekenis voor zowel benadeelden als opdrachtgevers om voor een dienstverlener met dit keurmerk te kiezen. Ons streven is de relevantie van het NKL in die zin steeds verder te ontwikkelen. Samenwerking tussen alle betrokken partijen is daarbij een kritieke succesfactor om dat te bereiken. Wij zien het als onze rol om die samenwerking tot stand te brengen en partijen met elkaar te verbinden.

Daar mag u aan bijdragen en daar mag u ons op aanspreken. Laten we samen werken aan een sterk Keurmerk: in het belang van letselschade benadeelden én in het belang van uw eigen organisatie!

Remco Heeremans

Directeur De Letselschade Raad

## Leeswijzer

Deze leidraad heeft tot doel op een zo helder mogelijke manier te beschrijven wat de initiële bezoekaudit, de tussentijdse toets en de bezoekaudit van het NKL inhouden. Daartoe wordt in eerste instantie een toetsingskader toegelicht; het perspectief van waaruit de toetsing plaatsvindt. Vervolgens wordt beschreven hoe de tussentijdse toets verloopt, gevolgd door een beschrijving van de bezoekaudit. Tot slot wordt ingegaan op de beoordeling en rapportage. De bijlagen bevatten specifieke opmerkingen voor de verschillende soorten dienstverleners in de letselschadebranche.

# 1. Inleiding Leidraad Audit NKL

## 1.1. Doel van de audit

*De Letselschade Raad werkt met betrokken professionele partijen aan verbetering van het schaderegelingsproces bij letselschade. Gezamenlijk streven zij naar meer harmonie, openheid en respect. Dit alles in het belang van mensen met letselschade.*

De reglementen behorend bij het Nationaal Keurmerk Letselschade beogen de kwaliteit van de letselschadebehandeling te vergroten en meer transparant te maken. Organisaties die deze kwaliteitseisen onderschrijven en willen naleven, kunnen zich aansluiten bij het Nationaal Keurmerk Letselschade.

De Letselschade Raad beheert dit keurmerk. Organisaties die het Nationaal Keurmerk Letselschade hebben, kenmerken zich door betrouwbaarheid en kwaliteit. De naleving van eisen zoals omschreven in de reglementen van het NKL dient geborgd te zijn. Daartoe heeft De Letselschade Raad een toetsingsmethode ontwikkeld, bestaande uit bezoekaudit en een tussentijdse toets. Deze auditcyclus heeft tot doel:

- de vrijblijvendheid in de naleving van de reglementen weg te nemen door toezicht in te stellen;
- vast te stellen of partijen voldoen aan de normen en regels uit de reglementen voordat zij het keurmerk krijgen;
- organisaties aan te sporen tot het ondernemen van verbeteracties in het geval zij nog niet geheel voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen;
- in verbinding te blijven staan met organisaties binnen de letselschadebranche;
- 'best practices' te signaleren en die te delen met andere partijen in de branche;
- organisaties het keurmerk te ontnemen wanneer zij niet (tijdig) voldoen aan de eisen en/of verbeterafspraken.

## 1.2. Relatie tussen audits en reglementen

In de reglementen van het Nationaal Keurmerk Letselschade (verder: reglementen) zijn de kwalitatieve en kwantitatieve eisen geformuleerd zoals deze door De Letselschade Raad zijn vastgesteld. In deze Leidraad Audit Nationaal Keurmerk Letselschade (verder: Leidraad) zijn deze kwalitatieve eisen omgezet naar normatieve kaders in de vorm van vragenlijsten en concreet meetbare indicatoren. De Leidraad beschrijft de wijze waarop de keurmerk houdende organisaties zich onafhankelijk en op uniforme wijze dienen te laten toetsen op de eisen uit de reglementen. Deze eisen worden nader gespecificeerd in Bijlage 4 en 5.

### 1.3. Denkkader audit

Voor de audit is een denkkader ontwikkeld. Daarin worden organisatiegebieden en resultaatgebieden onderscheiden.



\*Met klant wordt bedoeld: benadeelde, cliënt en/of opdrachtgever

### 1.4. Organiseatiegebieden

De audit gaat uit van de gedachte dat iedere organisatie een visie heeft op de letselschaderegeling. Deze visie is vastgelegd in de vorm van een beleid. Hier passen vragen bij als: *Waar staan wij als organisatie voor? Wat willen wij bereiken als organisatie?*

Vervolgens is het beleid vertaald naar de benodigde deskundigheid van medewerkers. *Aan welke opleidingseisen moeten onze medewerkers voldoen? Hoe bevorderen wij deskundigheid van medewerkers?*

Van de organisatie wordt ook verwacht dat zij de visie vertaalt naar een manier van communiceren met externe partijen, waaronder de benadeelde. *Hoe benaderen en bejegenen wij benadeelden/cliënten en andere betrokken partijen?*

Tenslotte wordt ervan uitgegaan dat er onderlinge afspraken zijn gemaakt over de praktijkvoering. *Welke werkafspraken hebben wij met elkaar gemaakt over de wijze waarop letselschadezaken worden behandeld?*

Deze vier aspecten vormen samen de inrichting van de organisatie.

## 1.5. Resultaatgebieden

De inrichting van de organisatie heeft invloed op de resultaten die worden geboekt. Er zijn drie perspectieven gedefinieerd van waaruit naar de resultaten wordt gekeken: de klant (dit kunnen benadeelden, cliënten of opdrachtgevers zijn), de medewerker en de organisatie.

## 1.6. Auditcyclus

De auditcyclus bestaat bij aanvang uit een initiële bezoekaudit en vervolgens uit een bezoekaudit eens per 3 jaar en halverwege de periode van 3 jaar een tussentijdse toets. Voorafgaand aan de initiële bezoekaudit, een bezoekaudit of tussentijdse toets ontvangt de organisatie de actuele versie van de Leidraad Audit Nationaal Keurmerk Letselschade. Hierin wordt aangegeven hoe de audit verloopt.

- *Bezoekaudit*  
Eens in de drie jaar laat een keurmerkhouders zich door een onafhankelijk en door De Letselschade Raad geaccrediteerd auditbureau toetsen tijdens een bezoekaudit. Het doel is om in de praktijk vast te stellen of de organisatie voldoet aan de eisen uit het reglement. De resultaten uit de tussentijdse toets en de ontvangen (beleids-)informatie vormen de basis voor de bezoekaudit. Wanneer tijdens een audit kritieke afwijkingen worden geconstateerd, kan De Letselschade Raad gelasten een re-audit te laten uitvoeren. Het is ook mogelijk dat De Letselschade Raad een aanvullende bezoekaudit aanzegt, als zij hiertoe aanleiding ziet, bijvoorbeeld als gevolg van signalen vanuit de markt, het vermoeden van kwalijke praktijken of ingrijpende wijzigingen in de bedrijfsvoering van de keurmerkhouders.
- *Tussentijdse toets*  
In de tussenliggende jaren, waarin geen bezoekaudit plaatsvindt, vindt halverwege de 3 jaar cyclus, d.w.z. rondom 18 maanden na de bezoekaudit, een tussentijdse toets plaats. Deze tussentijdse toets bestaat uit een meting van procesprestaties zoals neergelegd in de NKL-normen, een inhoudelijke beoordeling van een aantal dossiers op onder andere houding en gedrag én een gesprek met het management. Het doel van de tussentijdse toets is de actuele stand van zaken in kaart te brengen. De uitkomsten geven de bevestiging dat de keurmerkhouders nog voldoet aan de normen, of zijn input voor tussentijdse bijsturing.



## 1.7. Aspirant keurmerkhouders

De organisaties die zich na 1 januari 2021 aanmelden voor het Nationaal Keurmerk Letselschade (NKL), dienen eerst de toelatingsprocedure te doorlopen. Daarin worden zij getoetst op de basiscriteria van het NKL en wordt hen verzocht een aantal documenten aan te leveren. Dit betreft, afhankelijk van de soort organisatie:

- motivatiebrief
- verklaring van deskundigheid
- verklaring van integriteit
- overeenkomst van opdracht (indien van toepassing)
- CV's van medewerkers en een overzicht van de formatie inclusief opleidingsniveaus
- algemene voorwaarden
- Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) van alle bestuurders
- uittreksel van de Kamer van Koophandel (indien van toepassing)

Als de toelatingsprocedure succesvol is doorlopen, wordt de initiële bezoekaudit gepland. Het beleid en de praktijkvoering van de betreffende organisatie worden getoetst op de reglementen van het NKL die gelden voor de doelgroep waartoe de organisatie behoort.

De onafhankelijke auditor adviseert De Letselschade Raad over het toekennen van het NKL. Wanneer de directeur van De Letselschade Raad het keurmerk toekent op basis van een positief advies van de auditor, wordt de betreffende organisatie aspirant keurmerkhouders.

Een aspirant keurmerkhouders voldoet dus aan alle reglementen en heeft de toelatingsprocedure én de initiële bezoekaudit met goed gevolg doorlopen.

De status van aspirant geldt voor één kalenderjaar, gemeten vanaf de datum waarop het aspirant keurmerkhouderschap is toegekend. Deze periode wordt gebruikt om vast te stellen of de praktijkvoering van de aspirant keurmerkhouders daadwerkelijk voldoet aan de eisen van het NKL. Dit wordt onder andere gemeten aan de hand van eventuele signalen en (externe) klachten, de klanttevredenheid, uitingen in de media en het resultaat van een onderhoudsgesprek 9 maanden na de initiële bezoekaudit.

## 2. Uitvoering bezoekaudit

### 2.1. Verloop bezoekaudit

De kern van een bezoekaudit bestaat uit interviews en steekproefsgewijze dossiercontroles. De auditor werkt volgens een auditplan dat uiterlijk twee weken voorafgaand aan de audit aan de organisatie wordt toegezonden. Eventueel neemt de auditor telefonisch contact op met de contactpersoon van de keurmerkhouders om een toelichting op het auditplan te verzorgen. Onderstaande toelichting op het verloop van de bezoekaudit geldt ook voor incidentele bezoekaudits.

Het auditplan ziet er als volgt uit:

- Aftrap met management en betrokken medewerkers
- Interview management
- Interview medewerker(s)
- Controle op dossierniveau

- Controle resultaten op basis van indicatoren (zie Bijlage 4)
- Terugkoppeling en rapportage

### 2.1.1. Voorbereiding

Voorafgaand aan de audit ontvangt de contactpersoon van de keurmerkhouders tijdig een e-mail voorzien van een tijdsplanning.

Vooraf dient de organisatie de volgende documenten aan te leveren:

- Beleidsstukken
- Procesbeschrijving letselschadebehandeling
- Opleidingsplannen
- Voorbeeld van tevredenheidsonderzoek
- Rapportage tevredenheidsonderzoek
- Klachtenreglement
- Privacyreglement
- Resultaten dossieronderzoek organisatie
- Overzicht lopende dossiers (dossiernummer, schadedatum en datum melding)
- Laatste rapportage bezoekaudit

### 2.1.2. Interviews

In de interviews met het management en medewerkers worden alle aandachtsgebieden uit het reglement aan de orde gesteld. De resultaten uit eerdere bezoekaudits en de tussentijdse toets worden besproken, waarbij wordt gekeken of de organisatie werkt aan continue verbetering van de kwaliteit van de letselschadebehandeling. Daarnaast is er aandacht voor relevante ontwikkelingen bij de keurmerkhouders, denk aan personeelwisselingen, innovaties of samenwerkingsverbanden. Op ieder gebied kunnen afwijkingen worden geconstateerd en/of aanbevelingen worden gedaan.

### 2.1.3. Dossieronderzoek

Voorafgaand aan de bezoekaudit krijgt de keurmerkhouders<sup>1</sup> het verzoek om een dossieronderzoek uit te voeren. Dit dossieronderzoek wordt door de organisatie zelf uitgevoerd over een deel van haar dossiers. Doel van het onderzoek is om aan te tonen dat de normen en regels uit de reglementen ook daadwerkelijk bij de behandeling van letselschadezaken worden toegepast.

Het aantal te onderzoeken dossiers staat beschreven in Bijlage 5. De keurmerkhouders ontvangt via de auditor een toelichting op het verloop van het dossieronderzoek.

De resultaten van het dossieronderzoek worden vooraf bij de auditor aangeleverd. De auditor neemt tijdens de bezoekaudit een steekproef op het door de organisatie uitgevoerde dossieronderzoek. Het doel is vast te stellen dat het dossieronderzoek zorgvuldig en naar waarheid is uitgevoerd en de resultaten representatief zijn. De auditor kan daarnaast ook enkele dossiers onderzoeken die niet zijn

---

<sup>1</sup> Dit geldt niet voor belangenbehartigers, advocaten en herstelgerichte dienstverleners. Bij hen wordt op de auditdag zelf een representatief aantal dossiers doorgenomen. Bij de grotere organisaties is dit praktisch niet uitvoerbaar, vandaar dat hier op voorhand dossiers worden doorgenomen.

meegenomen in het door de organisatie uitgevoerde dossieronderzoek. Bijvoorbeeld wanneer wordt getwijfeld over de resultaten van dat dossieronderzoek of wanneer bepaalde afwijkingen regelmatig voorkomen.

De check op het zelf uitgevoerde dossieronderzoek en ook een eventuele controle van andere dossiers vindt plaats binnen de kaders van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

#### 2.1.4. Terugkoppeling

Aan het einde van de auditdag(en) wordt de uitkomst van de audit middels een presentatie teruggekoppeld aan het management van de organisatie. De auditor geeft eveneens aan wat zijn advies is aan De Letselschade Raad. Tevens vindt een korte evaluatie van de auditdag(en) plaats.

#### 2.1.5. Methodiek bezoekaudit

Om een betrouwbare en objectieve uitspraak te kunnen doen over de kwaliteit van de dagelijkse bedrijfsvoering, worden de resultaten uit de diverse auditonderdelen samengevoegd. Dit resulteert in een beknopte beschrijving van de constatering op de organisatiegebieden en een weergave van de metingen op de resultaatgebieden (de indicatoren).

#### 2.1.6. Advies en rapportage

Na de auditdag stelt de auditor binnen één week een rapportage op. Deze rapportage bevat een beschrijving van geaccordeerde respectievelijk positieve punten, afwijkingen, kritieke afwijkingen en aanbevelingen. De auditor geeft in de rapportage tevens zijn advies af aan De Letselschade Raad over de verlening tot (bij de initiële bezoekaudit) c.q. verlenging van het Keurmerk. Het advies kan er als volgt uitzien:

- Positief advies (POS): geen (kritieke) afwijkingen geconstateerd tijdens de audit.
- Positief advies onder voorwaarden (POV): afwijkingen geconstateerd tijdens de audit waarvan mag worden aangenomen dat deze oplosbaar zijn binnen de gestelde termijnen en dat verificatie van de corrigerende maatregelen op afstand mogelijk is. De corrigerende maatregelen moeten naar de auditor worden gestuurd.
- Negatief advies (NEG): kritieke afwijkingen geconstateerd tijdens de audit die zodanig ernstig zijn, dat aangenomen mag worden dat deze niet oplosbaar zijn binnen de gestelde termijnen en verificatie van de corrigerende maatregelen op locatie noodzakelijk is. De auditor geeft een advies voor een re-audit.

## Mogelijke adviezen auditor



De Letselschade Raad kan besluiten tot een aanvullende bezoekaudit als zij daar aanleiding toe ziet, bijvoorbeeld door signalen uit de branche, klachten of de resultaten van de tussentijdse toets. Deze aanvullende bezoekaudit dient te worden uitgevoerd door een andere auditor dan die de reguliere auditcyclus uitvoert.

De organisatie wordt verzocht (kritieke) afwijkingen volgens het Certificeringsreglement in Bijlage 3 af te handelen.

### 2.2. Verloop tussentijdse toets

In de jaren dat de keurmerkhouders geen bezoekaudit krijgt, vindt anderhalf jaar na de bezoekaudit een tussentijdse toets plaats. Dit hoofdstuk beschrijft het verloop van dit onderzoek.

#### 2.2.1. Methodiek tussentijdse toets

Het doel van de tussentijdse toets is de actuele stand van zaken bij de keurmerkhouders te bespreken in relatie tot de normen van het NKL. Dit gebeurt in de vorm van een interview met het management en/of de contactpersoon bij de keurmerkhouders. In het interview komen in ieder geval de volgende vragen aan de orde:

- Wat heeft de keurmerkhouders gedaan met de aanbevelingen uit de laatste bezoekaudit?
- Wat zijn relevante ontwikkelingen uit de afgelopen 1,5 jaar bij de keurmerkhouders die invloed kunnen hebben op de kwaliteit van de schadebehandeling?
- Wat is de actuele stand van zaken m.b.t. het deskundigheidsniveau bij de keurmerkhouders?
- Wat zijn de resultaten van het klanttevredenheidsonderzoek over de afgelopen 1,5 jaar? Wat zijn de belangrijkste positieve punten en ontwikkelpunten die cliënten aangeven?

Wanneer de keurmerkhouders als uitvloeisel van de voorgaande bezoekaudit werkt aan een verbeterplan, dan worden de vorderingen daarvan eveneens besproken.

Tijdens de tussentijdse toets wordt een beperkt aantal dossiers doorgenomen. De aantallen zijn afhankelijk van de omvang van de organisatie en worden individueel afgestemd in de voorbereiding van de tussentijdse toets.

## 2.2.2. Rapportage

De rapportage van de auditor bevat een korte samenvatting van het interview, aangevuld met eventuele kritieke afwijkingen, afwijkingen en aanbevelingen. De auditor geeft in de rapportage zijn advies af aan De Letselschade Raad over de verlenging van het keurmerk:

- Positief advies (POS): geen (kritieke) afwijkingen geconstateerd in de tussentijdse toets.
- Positief advies onder voorwaarden (POV): afwijkingen geconstateerd in de tussentijdse toets waarvan mag worden aangenomen dat deze oplosbaar zijn binnen de gestelde termijnen en verificatie van de corrigerende maatregelen op afstand mogelijk is. De corrigerende maatregelen moeten naar de auditor worden gestuurd.
- Negatief advies (NEG): kritieke afwijkingen geconstateerd tijdens de tussentijdse toets die zodanig ernstig zijn, dat aangenomen mag worden dat deze niet oplosbaar zijn binnen de gestelde termijnen en verificatie van de corrigerende maatregelen op locatie noodzakelijk is. De auditor geeft een advies voor een re-audit.

## 2.3. Eisen aan auditoren

De eisen aan auditoren die voor het NKL-audits uitvoeren staan beschreven in het document *Accreditatienormen Auditoren Nationaal Keurmerk Letselschade*.

## 2.4. Kwaliteitsborging audit

### 2.4.1. Geheimhouding

De auditor is gebonden aan een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht is gericht op alle informatie/gegevens die de auditor tijdens haar onderzoeken ontvangt van de keurmerkhouders. Vertrouwelijkheid wordt gewaarborgd doordat de auditoren een geheimhoudingsverklaring tekenen.

### 2.4.2. AVG

Vanwege de AVG is dossierinzage niet zondermeer mogelijk. Echter, het dossieronderzoek vormt een essentieel onderdeel van de bezoekaudit. Op dossierniveau wordt vastgesteld of de praktijkvoering volgens beleid verloopt en aansluit op de eisen uit de reglementen.

#### *Machtiging*

De keurmerkhouders wordt verzocht op voorhand toestemming te vragen aan cliënten voor het verlenen van inzage in hun schadedossier via een machtiging. Dit geldt voor de dossiers in de aselecte steekproef die de auditor neemt. In de voorbereiding wordt een standaard machtiging aangeleverd. Het heeft de voorkeur dat de keurmerkhouders een standaard machtiging opneemt in de algemene voorwaarden van dienstverlening.

#### *Geen machtiging*

Mocht de keurmerkhouders geen machtiging hebben ontvangen van de cliënt, dan wordt de behandelaar geïnterviewd over het dossier door de auditor. Hierdoor kan er toch een dossieraudit plaatsvinden op het betreffende dossier.

### 2.4.3. Auditplan

De auditor zorgt voor een document waarin de data van de interviews, de interviewtijdstippen, de interviewlocaties en de te verifiëren onderwerpen zijn vermeld.

## 3. Franchiseorganisaties

### 3.1. Inschrijving

In toenemende mate organiseren zelfstandig ondernemers op het gebied van letselschadebehandeling zich in een franchise constructie. Op grond van de definitie van franchise zijn franchisenemers als zelfstandige organisaties aan te merken. Deze organisaties opereren als zelfstandige ondernemingen maar hebben bepaalde afspraken gemaakt met de hoofdvestiging. In de praktijk blijkt echter dat de franchisenemers niet altijd een fysiek kantoor met bezoekfunctie hebben. De franchisenemers lijken dan ook eerder als werknemers te kunnen worden beschouwd.

Vanuit de hoofdvestiging wordt het algemene beleid voor alle franchisenemers bepaald. De franchisenemers hebben verder de vrijheid om hun praktijk naar eigen inzicht te voeren. Voor de toekenning van het NKL gelden de inschrijvingseisen van het reglement dat op de desbetreffende beroepsgroep van toepassing zijn.

Naast het voldoen aan de inschrijvingsvereisten die bij de beroepsgroep horen, dient de franchisegever die in aanmerking wil komen voor toekenning van het NKL, bij aanmelding, bij wijziging en jaarlijks, tenminste de volgende stukken te overleggen:

1. Franchiseovereenkomst;
2. Opgave van het aantal fte letselschadebehandelaren binnen de franchiseonderneming;
3. Bewijs van volwaardig lidmaatschap NIVRE of LSA conform de 1 op 2 eis.

### 3.2. Website vermelding

Net als in de huidige situatie zal de hoofdvestiging van de franchiseorganisatie éénmaal vermeld staan in het overzicht op de website. Via een uitklap/dropdown-menu zullen alle franchisenemers op alfabetische wijze zichtbaar zijn.

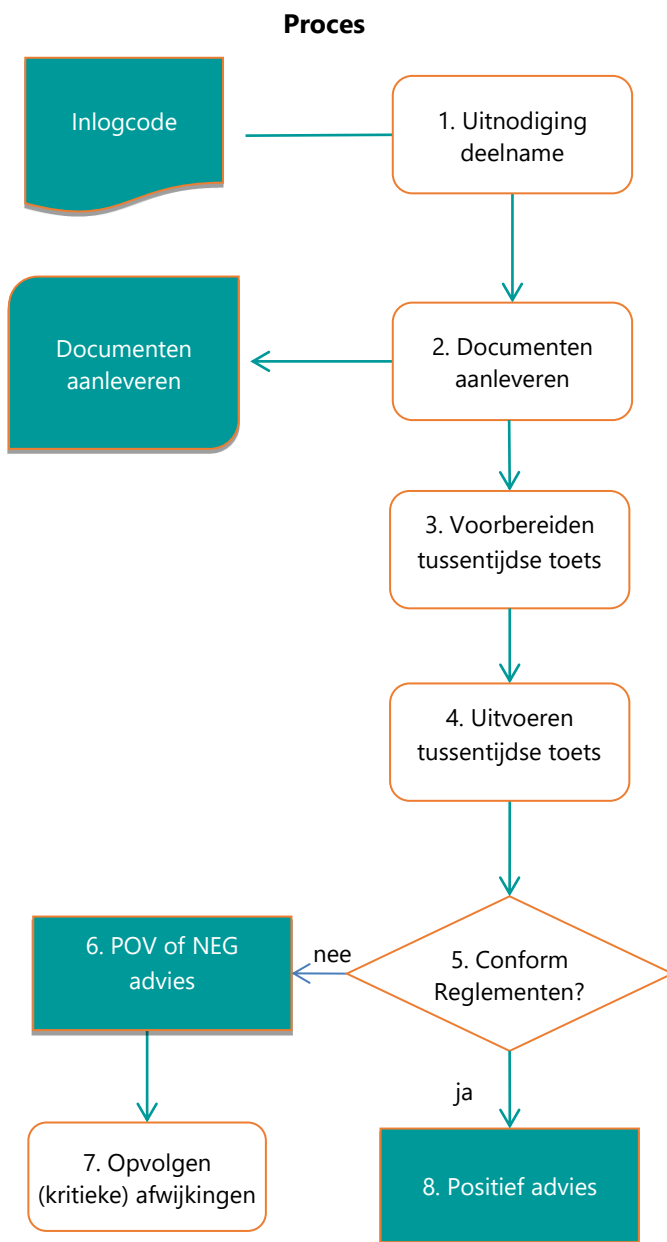
De franchise constructie verschilt van de constructie van hoofd- en nevenvestigingen. In dat laatste geval heeft de onderneming een of meerdere filialen/nevenvestigingen met dezelfde naam. Bij deze vestigingen werken meerdere personen op het gebied van letselschade. Daarnaast hebben de vestigingen een kantoor- en bezoekfunctie. Per vestiging geldt eveneens de 1 op 2 eis zoals vermeld bij 3.1. Indien een vestiging niet aan deze eis voldoet, wordt deze vestiging als vestiging met puur en alleen een bezoekfunctie gezien en derhalve niet als nevenvestiging vermeld in het Nationaal Keurmerk Letselschade. Dit is anders bij franchisenemers: zij werken feitelijk vanuit eigen huis of locatie, er is geen sprake van een kantoor met bezoekfunctie. Zij zijn dan ook eerder aan te merken als werknemer met eigen werklocatie, reden waarom zij wél als nevenvestiging worden vermeld.

### 3.3. Audits franchiseorganisaties

Voor een goede uitvoering van de audit, is het van belang om vast te stellen of een franchisenemer als werknemer of als zelfstandige organisatie moet worden gezien. De audits dienen ter vaststelling van de kwaliteit van een kantoor inclusief alle vestigingen. Hierbij maakt het wezenlijk geen groot verschil of de experts allen op 1 kantoor werken of dat zij vanuit diverse plekken in het land werken. Het is wél een must dat per vestiging/filiaal/franchisenemer met enige betrouwbaarheid vastgesteld kan worden, of er vergelijkbare kwaliteit wordt geleverd. Om deze kwaliteit te borgen, geldt voor franchiseorganisaties (aanvullend op de gestelde eisen van het voor hen geldende reglement) dat er minimaal 5 dossiers per vestiging dienen te worden getoetst.

# Bijlagen

## Bijlage 1: Processchema tussentijdse toets



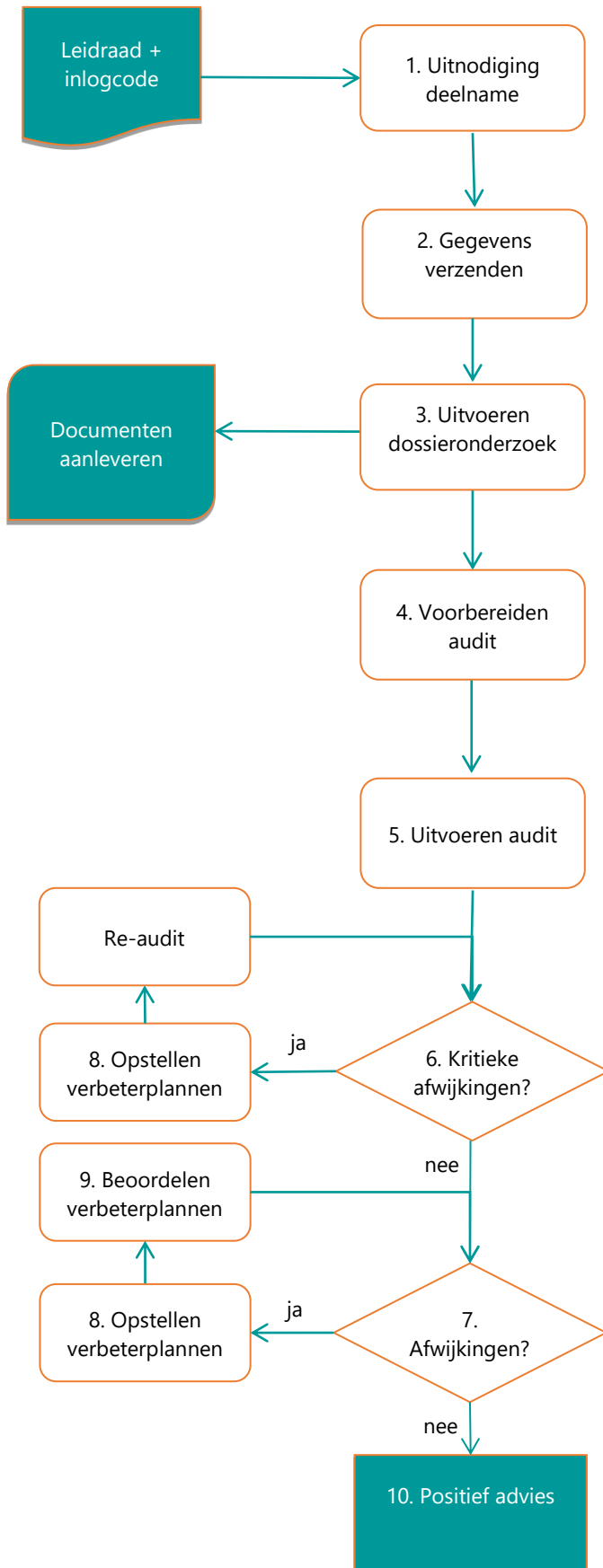
## Toelichting

1. De keurmerkhouders ontvangt via e-mail een uitnodiging tot deelname aan de tussentijdse toets, voorzien van de Leidraad Audit NKL waarin het procesverloop van de toets staat beschreven.
2. De keurmerkhouders levert de gevraagde documenten aan.
3. De auditor ontvangt de documenten en bereidt de tussentijdse toets voor.
4. Uitvoeren tussentijdse toets: interview en dossieronderzoek
5. Positief advies?
  - Ja → naar 8.
  - Nee →
6. POV of NEG advies: er zijn afwijkingen geconstateerd waarop de keurmerkhouders corrigerende maatregelen moet nemen.
7. De auditor maakt situatie specifieke afspraken over de opvolging van de (kritieke) afwijkingen. De keurmerkhouders dient corrigerende maatregelen aan te leveren.



## Bijlage 2: Processchema bezoekaudit

### Proces



1. De keurmerkhouders ontvangt via de e-mail een uitnodiging tot deelname aan de audit, voorzien van de Leidraad Audit NKL waarin het procesverloop van de audit staat beschreven.
2. De keurmerkhouders levert de gevraagde documenten aan.
3. De keurmerkhouders voert, indien van toepassing, zelf een dossieronderzoek uit op een steekproef van het dossierbestand.
4. De auditor bereidt de audit voor op basis van de toegezonden documenten.
5. De audit wordt uitgevoerd volgens auditplan. De auditor brengt een advies uit aan De Letselschade Raad.
6. Is er sprake van kritieke afwijkingen?
  - Ja → naar 8. de keurmerkhouders stelt verbeterplannen op, deze worden tijdens een re-audit beoordeeld.
  - Nee → naar 7. De keurmerkhouders stelt verbeterplannen op, deze worden door de auditor beoordeeld.

Als de keurmerkhouders kritieke afwijkingen niet binnen de gestelde periode oplost, leidt dit tot het tijdelijk afnemen van het keurmerk. Dit kan leiden tot het definitief ontnemen van het Nationaal Keurmerk Letselschade.

7. Is er sprake van positief advies onder voorwaarden?
  - Ja → naar 8.
  - Nee → naar 10.
8. De keurmerkhouders stelt verbeterplannen op en corrigerende maatregelen worden genomen; deze zijn op afstand te beoordelen.
9. Positief advies. Het keurmerkhouderschap wordt verlengd.

## Bijlage 3: Certificeringsreglement

Dit reglement formuleert de voorwaarden voor een gedegen organisatie van de audits in de samenwerking tussen auditor, De Letselschade Raad en de keurmerk houdende organisaties.

### *Uitkomsten van een bezoekaudit of tussentijdse toets*

Een bezoekaudit of tussentijdse toets kan leiden tot drie uitkomsten:

1. POS: positief advies → geen afwijkingen
2. POV: positief advies onder voorwaarden → afwijking(en), maar niet kritiek
3. NEG: negatief advies → kritieke afwijking(en) → opvolging en controle daarop in de vorm van een re-audit

### *Definitie afwijkingen*

- Kritieke afwijking: beleidsmatige borging *en* bewijs voor uitvoering van de betreffende eis uit het reglement ontbreken. Het oplossen van een kritieke afwijking door het nemen van effectieve corrigerende maatregelen is een voorwaarde voor verlenging van het keurmerk en dient binnen de daarvoor gestelde termijn plaats te vinden. Het niet correct oplossen van een afwijking binnen de gestelde termijn resulteert in een advies tot het tijdelijk afnemen van het keurmerk of het ontnemen van het keurmerk.
- Afwijking: beleidsmatige borging *of* bewijs voor uitvoering van de betreffende eis uit het betreffende reglement ontbreekt. Het oplossen van een afwijking door het nemen van effectieve corrigerende maatregelen is noodzakelijk en dient binnen de daarvoor gestelde termijn plaats te vinden. Het niet oplossen van een afwijking binnen de gestelde termijn resulteert in een kritieke afwijking.

### *Omgang met (kritieke) afwijkingen*

In het geval er (kritieke) afwijkingen zijn geconstateerd, dient de keurmerkhouder de oorzaakanalyse en genomen corrigerende maatregel(en) binnen de overeengekomen termijn aan de auditor toe te sturen. Voor kritieke afwijkingen geldt een termijn van 1 maand, voor afwijkingen een termijn van 3 maanden. Kritieke afwijkingen worden beoordeeld in een (re-)audit. Afwijkingen worden beoordeeld op basis van de toegezonden documentatie.

### *Verificatie van corrigerende maatregel(en)*

De toegestuurde documenten worden door de auditor geverifieerd. Hierbij kijkt de auditor naar:

- Oorzaakanalyse: is deze gericht op de grondoorzaak van de afwijking?
- Corrigerende maatregelen: zijn deze gericht op het wegnemen van de grondoorzaak?
- Bewijs: is er bewijs dat de corrigerende maatregelen uitgevoerd zijn?
- Eventuele correctie: is deze doorgevoerd?

Op basis van deze verificatie zal de auditor beslissen of hij De Letselschade Raad wel of niet kan adviseren om de afwijking als opgelost te beschouwen.

### *Toekennen NKL*

Na ontvangst van het advies van de auditor, neemt De Letselschade Raad een beslissing over toekenning, verlenging, schorsing of ontneming van het keurmerk. Bij een positieve beslissing wordt overgegaan tot (verlenging van) het keurmerk. De keurmerkhouder wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld door De Letselschade Raad.

In geval van een negatief advies van de auditor, besluit De Letselschade Raad over een tijdelijke afname of ontneming van het keurmerk. De keurmerkhouders wordt hiervan zowel mondeling als schriftelijk op de hoogte gesteld door De Letselschade Raad.

### *Corrigerende maatregelen*

In het geval van tijdelijke afname van het keurmerk, dient de keurmerkhouders direct adequate corrigerende acties te nemen om De Letselschade Raad in staat te stellen de tijdelijke afname op te heffen. De keurmerkhouders dient de auditor schriftelijk te benaderen met betrekking tot de voorgestelde corrigerende maatregel(en). De corrigerende maatregel(en) in verband met de tijdelijke afname van het keurmerk worden op de locatie van de keurmerkhouders door de auditor geverifieerd (verificatie audit).

### *Ontnemen van het Keurmerk Letselschade*

De Letselschade Raad kan besluiten een keurmerk te ontnemen als:

- de auditor daartoe adviseert omdat de keurmerkhouders niet in staat is (kritieke) afwijkingen tijdig op te lossen;
- de (kritieke) afwijkingen niet naar tevredenheid zijn opgelost;
- de keurmerkhouders voor meer dan 6 maanden is gestopt met het leveren van diensten;
- de keurmerkhouders haar financiële verplichtingen tegenover De Letselschade Raad niet nakomt;
- als naar het oordeel van De Letselschade Raad sprake is van kwalijke praktijken.

De keurmerkhouders wordt mondeling en schriftelijk op de hoogte gebracht van het ontnemen van het keurmerk. De Letselschade Raad publiceert de kennisgeving van het ontnemen van het keurmerk.

### *Gevolgen van ontnemen van het keurmerk*

Na ontneming van het keurmerk door De Letselschade Raad kan de betreffende voormalig keurmerkhouders het keurmerk tenminste één jaar na de datum van ontneming ervan opnieuw aanvragen, volgens de dan geldende criteria.

### *Bezwaarcommissie*

Keurmerkhouders kunnen zich tot de Bezwaarcommissie wenden wanneer zij het niet eens zijn met het besluit tot het tijdelijk of definitief ontnemen van het keurmerk.

### *Additionele audit*

De Letselschade Raad kan besluiten een aanvullende bezoekaudit uit te voeren bij een keurmerkhouders wanneer:

- één of meerdere signalen uit de markt duiden op slechte en/of kwalijke praktijken bij een keurmerkhouders;
- er één of meer klachten binnenkomen bij De Letselschade Raad;
- rapportages op basis van de bezoekaudit en/of de tussentijdse toets daar aanleiding toe geven.

### *Geheimhouding*

- Auditoren:  
De auditoren zijn gebonden aan een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht is gericht op alle informatie/gegevens die de auditor tijdens haar onderzoeken ontvangt van de keurmerkhouders.

## Bijlage 4: Doelgroepen NKL

Het Nationaal Keurmerk Letselschade kent momenteel zeven verschillende doelgroepen: wettelijk aansprakelijkheidsverzekeraars, medisch aansprakelijkheidsverzekeraars, rechtsbijstandsverzekeraars, LSA-advocaten, belangenbehartigers, WA-experts en herstelgerichte dienstverleners. Voor iedere doelgroep is een eigen reglement opgesteld. Afhankelijk van de rol van de keurmerkhouders is een aantal indicatoren vastgesteld die tijdens de bezoekaudit en de tussentijdse toets getoetst worden. Onderstaand is per doelgroep aangegeven welke indicatoren dit zijn en welke onderwerpen tijdens een bezoekaudit getoetst worden. In Bijlage 5 worden de indicatoren nader toegelicht.

### 4.1. Wettelijk aansprakelijkheidsverzekeraars

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Naleving reglementen
2. Visie en beleid
3. Communicatie
4. Vakvolwassenheid
5. Klachten
6. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.8, 5.9, 5.13, 5.14

### 4.2. Medisch aansprakelijkheidsverzekeraars

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Naleving reglementen
2. Visie en beleid
3. Communicatie
4. Vakvolwassenheid
5. Klachten
6. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.8, 5.9, 5.13, 5.14

### 4.3. Rechtsbijstandsverzekeraars

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Visie en beleid
2. Communicatie
3. Overdracht dossiers
4. Deskundigheid en Opleiding
5. Klachten
6. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.4, 5.5, 5.6, 5.8, 5.9, 5.13, 5.14

#### 4.4. Belangenbehartigers

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Visie en beleid
2. Communicatie
3. Overdracht dossiers
4. Deskundigheid en Opleiding
5. Urenlegalisatie
6. Urenregistratie
7. Klachten
8. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14

#### 4.5. LSA-advocaten

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Visie en beleid
2. Communicatie
3. Overdracht dossiers
4. Deskundigheid en Opleiding
5. Urenlegalisatie
6. Urenregistratie
7. Klachten
8. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.4, 5.5, 5.6, 5.7, 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14

#### 4.6. WA-experts

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Naleving reglementen
2. Visie en beleid
3. Communicatie
4. Vakvolwassenheid
5. Klachten

Indicatoren: 5.1, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.8, 5.10, 5.13, 5.14

#### 4.7. Herstelgerichte dienstverleners

Tijdens de bezoekaudit komen de volgende onderwerpen aan bod:

1. Naleving reglementen
2. Visie en beleid
3. Communicatie
4. Deskundigheid en Opleiding
5. Klachten
6. Klanttevredenheid

Indicatoren: 5.1, 5.4, 5.5, 5.6, 5.10, 5.13, 5.14

## Bijlage 5: Toelichting indicatoren per resultaatgebied

### 5.1 Naleving reglementen

Resultaatgebied	Organisatie
Indicator	Naleving reglementen
<b>Informereren</b>	Behoudens de gevallen dat de schade helemaal telefonisch is behandeld, moet de benadeelde geïnformeerd worden over het proces via een folder, brief of verwijzing naar de website van De Letselschade Raad.
<b>Afstemmen</b>	Als er binnen 6 maanden geen (verwacht) herstel optreedt zonder beperkingen, vindt er afstemming plaats over het behandelproces (acties, wie doet wat wanneer) via een behandelplan, of een toegestuurd rapport van de schaderegelaar of brief/ e-mail waarin de afspraken zijn vastgelegd.
<b>Betalen</b>	Binnen 14 dagen (10 werkdagen) na erkenning of overeenstemming (toezegging) over een voorschot of slotbetaling, wordt daadwerkelijk uitbetaald (betalingsopdracht verstrekt).  De norm van 14 dagen geldt ook als er tussenschakels een rol spelen (schaderegelaar en/of volmacht). Hoe borgt men bij tussenschakels het halen van de termijn. Heeft de schaderegelaar in SLA's of vooraf via afstemming- voldoende mandaat gekregen en het mandaat waar mogelijk ook gepakt (toezegging).
<b>Selectiecriteria</b>	De schade is gemeld in de periode tussen 10 en 3 maanden voor de auditdatum. De dossierselectie betreft lopende en afgelegde dossiers.  Zie toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.
<b>Norm</b>	Gemiddelde score op alle GBL-normen > 90% = goed Gemiddelde score op alle GBL-normen tussen 80-90% = voldoende Gemiddelde score op alle GBL-normen < 80% = onvoldoende

### 5.2.a Doorlooptijd start letselschadebehandeling

Resultaatgebied	Organisatie
Indicator	Doorlooptijd start letselschadebehandeling
<b>Doorlooptijd start letselschadebehandeling</b>	Doorlooptijd gemeten vanaf datum bekendheid letsel (expliciete melding letselschade) bij de verzekeraar tot en met de datum waarop de afdeling personenschade voor het eerst inhoudelijk contact heeft gelegd met benadeelde c.q. belangenbehartiger (schriftelijk of telefonisch).
<b>Selectiecriteria</b>	De schade is gemeld in de periode tussen 10 en 3 maanden voor de auditdatum. De dossierselectie betreft lopende en afgelegde dossiers.  Zie toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. vaststellen aantal letselschades binnen selectiecriteria</li> <li>2. indien van toepassing, vaststellen steekproef</li> <li>3. vastleggen datum bekendheid letsel verzekeraar</li> <li>4. vastleggen datum waarop de afdeling personenschade voor het eerst contact heeft gelegd met benadeelde c.q. belangenbehartiger (schriftelijk of telefonisch)</li> <li>5. vaststellen van het aantal eerste contacten met benadeelde c.q. belangenbehartiger binnen 14 kalenderdagen</li> </ol>
<b>Norm</b>	Binnen 14 dagen na bekendheid letsel (expliciete melding letselschade) bij verzekeraar vindt het eerste inhoudelijke contact met benadeelde c.q. de belangenbehartiger plaats.  Score > 90% = goed Score 80/90% = voldoende < 80 % is onvoldoende

### 5.2.b Doorlooptijd beoordeling aansprakelijkheid

Resultaatgebied	Organisatie
Indicator	Doorlooptijd beoordeling aansprakelijkheid
<b>Doorlooptijd beoordeling aansprakelijkheid</b>	Doorlooptijd gemeten vanaf datum bekendheid letsel (expliciete melding letselschade) bij de verzekeraar tot en met de datum waarop de verzekeraar zijn standpunt over de aansprakelijkheid mededeelt aan benadeelde c.q. belangenbehartiger, of een motivatie geeft waarom het langer duurt.
<b>Selectiecriteria</b>	De schade is gemeld in de periode tussen 10 en 3 maanden voor de auditdatum. De dossierselectie betreft lopende en afgelegde dossiers.  Zie toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. vaststellen aantal letselschades binnen selectiecriteria</li> <li>2. indien van toepassing, vaststellen steekproef</li> <li>3. vastleggen bekendheid letsel</li> <li>4. vastleggen datum waarop standpunt over de aansprakelijkheid is meegedeeld aan benadeelde c.q. belangenbehartiger (erkenning, afwijzing, schulddeling, schikking), of een motivatie is gegeven waarom het langer duurt</li> <li>5. vaststellen van het aantal definitieve standpunten over aansprakelijkheid dat binnen 12 weken is medegedeeld aan benadeelde c.q. belangenbehartiger in de referentieperiode</li> </ol>
<b>Norm</b>	<p>Binnen 12 weken na bekendheid letsel (expliciete melding letselschade) wordt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een standpunt ingenomen (erkenning, afwijzing, schulddeling, schikking)</li> <li>• of een motivatie gegeven waarom het langer duurt</li> </ul> <p>Score &gt; 90% = goed Score 80/90% = voldoende Score &lt; 80 % is onvoldoende</p>

### 5.2.c Doorlooptijd 2-jaarsevaluatie

Resultaatgebied	Organisatie
Indicator	Doorlooptijd 2-jaarsevaluatie
<b>Doorlooptijd 2-jaarsevaluatie</b>	Het aantal geëvalueerde dossiers als percentage van alle na 2 jaar na schademelding nog lopende persoonlijke schades binnen de selectiecriteria of de steekproef. Onder een evaluatie wordt verstaan een beoordeling en vastlegging van de reden waarom de zaak na twee jaar nog loopt en vastlegging van de te ondernemen acties door: <ul style="list-style-type: none"> <li>• een vier ogenbeleid en/of</li> <li>• een ingevuld (overdrachts)document en/of</li> <li>• een ingevuld behandelplan</li> <li>• voor dossiers met een meldingsdatum vanaf 1 juli 2010 geldt een vierogen beleid.</li> </ul>
<b>Selectiecriteria</b>	De schade is gemeld in de periode tussen 3 jaar en 2,5 jaar voor de auditdatum. De dossierselectie betreft lopende dossiers waarvan de persoonlijke schade nog niet is afgewikkeld.  Zie toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. vaststellen aantal letselschades binnen selectiecriteria</li> <li>2. indien van toepassing, vaststellen steekproef</li> <li>3. vastleggen datum schademelding</li> <li>4. vastleggen datum evaluatiemoment</li> <li>5. vaststellen van het aantal zaken, waarvan de persoonlijke schade nog niet is geregeld binnen 2 jaar en 3 maanden na schademelding, dat geëvalueerd is</li> </ol>
<b>Norm</b>	<p>In de zaken waarin afwikkeling persoonlijke schade na schademelding langer loopt dan 2 jaar is er binnen 3 maanden na het verstrijken van de termijn geëvalueerd waarom het dossier nog loopt en welke acties genomen moeten worden.</p> <p>Score &gt; 90% = goed Score 80/90% = voldoende Score &lt; 80 % is onvoldoende</p>

### 5.2.d Doorlooptijd grip op zaken > 3 jaar

Resultaatgebied	Organisatie
<b>Indicator</b>	<b>Doorlooptijd grip op zaken &gt; 3 jaar</b>
<b>Doorlooptijd grip op zaken &gt; 3 jaar</b>	Structurele evaluatie van zaken die langer lopen dan drie jaar, waarbij overeenkomstig aan Bedrijfsregeling 15 tenminste eenmaal per jaar contact wordt opgenomen met benadeelde, tenzij er een goede reden is om hiervan af te wijken (benadeelde geeft aan dat hij hier geen prijs op stelt, de zaak is onder de rechter, sprake van gebitsschade, etc.). Tevens aandacht voor de implementatie Plan van Aanpak Langlopende letselszaken.
<b>Selectiecriteria</b>	De schade is gemeld in de periode tussen 4 jaar en 3,5 jaar voor de auditdatum. De dossierselectie betreft lopende dossiers waarvan de persoonlijke schade nog niet is afgewikkeld.  Zie toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep.
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. vaststellen aantal letselschades binnen selectiecriteria</li> <li>2. indien van toepassing, vaststellen steekproef</li> <li>3. vastleggen datum schademelding</li> <li>4. vastleggen datum evaluatiemoment</li> <li>5. vaststellen van het aantal zaken, waarvan de persoonlijke schade nog niet is geregeld binnen 3 jaar en 3 maanden na schademelding, dat geëvalueerd is</li> </ol>
<b>Norm</b>	In de zaken waarin afwikkeling persoonlijke schade na schademelding langer loopt dan 3 jaar is er binnen 3 maanden na het verstrijken van de termijn geëvalueerd waarom het dossier nog loopt en welke acties genomen moeten worden.  Score > 90% = goed Score 80/90% = voldoende Score < 80 % is onvoldoende

### 5.3 Medisch traject

Resultaatgebied	Organisatie
<b>Indicator</b>	<b>Medisch traject</b>
<b>Medisch traject</b>	Opzet: Er is een beleid voor een strikte scheiding van het medisch traject en dit is intern aan de betrokkenen uitgedragen en op de naleving wordt toegezien. Uitsluitend de medisch adviseur en het medisch secretariaat hebben toegang tot de medische dossiers. De strikte scheiding van het medisch traject geldt ook expliciet voor uitbestede zaken. De verzekeraar heeft zicht op de inrichting van het medisch traject bij de door haar ingeschakelde schaderegelingsbureaus via gemaakte afspraken in een Service Level Agreement en/of kwaliteitscontroles.  Werking Praktijk: Er is in de uitvoering sprake van een strikte scheiding van het medisch traject, het dossier bevat geen medische stukken.
<b>Selectiecriteria</b>	Zie selectiecriteria die gelden voor de indicator doorlooptijden.
<b>Meetmethode</b>	Vastleggen van het aantal zaken waar medische informatie in het dossier zit.
<b>Norm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Score dossieronderzoek 100% voldaan = goed</li> <li>• Score dossieronderzoek 1 afwijking = voldoende</li> <li>• Score dossieronderzoek meer dan 1 afwijking = onvoldoende</li> </ul>



## 5.4 Visie en beleid

Resultaatgebied Indicator	Organisatie Visie en Beleid
<b>Visie</b>	<p>Wat is de visie van de keurmerkhouders op de letselschadebehandeling en de rol die de keurmerkhouders hierbij inneemt? Voorbeelden hiervan zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de kernwaarden?</li> <li>• Waar staat de organisatie voor?</li> <li>• Hoe wil de keurmerkhouders bekend staan onder cliënten en betrokken partijen?</li> <li>• Welk beleid heeft de keurmerkhouders t.a.v. werkvoorraden?</li> </ul>
<b>Beleid</b>	<p>Vragen die gesteld kunnen worden over beleid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zeggen cliënten over de dienstverlening? Hoe worden de sterke punten geborgd en ontwikkelpunten opgepakt?</li> <li>• Hoe wordt de kwaliteit van de letselschadebehandeling bewaakt en bevorderd?</li> <li>• Hoe bevordert de keurmerkhouders de deskundigheid van haar medewerkers?</li> <li>• Welke evaluatiemomenten zijn er die input geven aan continue verbetering?</li> </ul>
<b>Praktijk</b>	<p>De keurmerkhouders stuurt actief op de beheersing van werkvoorraden om te voldoen aan korte reactietermijnen. Het betreft de volgende werkvoorraden: e-mail, post en telefoon.</p> <p>Selectiecriteria: Ouderdom werkvoorraad in de periode tussen 12 weken voor de auditdatum en de auditdatum.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe maakt de keurmerkhouders de werkvoorraden inzichtelijk?</li> <li>• Hoe wordt de werkvoorraad gemeten?</li> <li>• Hoe worden er acties uitgezet t.a.v. de werkvoorraad?</li> </ul>

## 5.5 Communicatie

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Communicatie
<b>Communicatie</b>	<p>Hoe wordt er gecommuniceerd met de benadeelde, cliënt of wederpartij? Worden alle afspraken nagekomen en wordt er proactief gecommuniceerd? Worden partijen tijdig teruggebeld?</p>
<b>Voorbeeld</b>	<p>Vragen die gesteld kunnen worden over communicatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is juridisch jargon zo veel mogelijk vermeden in gesprekken met de benadeelde?</li> <li>• Wordt er tijdig gecommuniceerd?</li> <li>• Worden er notities gemaakt van (telefoon)gesprekken?</li> <li>• Heeft er een driegesprek plaatsgevonden?</li> </ul>

## 5.6 Houding en gedrag

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Communicatie
<b>Bejegening</b>	<p>Partijen gaan respectvol met elkaar om. Betrokken partijen streven naar een constructieve samenwerking, waarbij zij oplossingen aandragen en verharding voorkomen.</p>
<b>Voorbeeld</b>	<p>WA/MA-verzekeraars en experts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In acht neming van fatsoenlijke reactietermijnen (doorlooptijden en werkvoorraden e.d.).</li> <li>• Bejegening naar de benadeelde / belangenbehartiger vanuit het harmoniemodel</li> <li>• Adequaats en tijdig bevoorschotten om te voorkomen dat benadeelde de te verwachten kosten moet voorschieten</li> <li>• Benadeelden bij middelzwaar en zwaar letsel wijzen op de wenselijkheid van het inschakelen van een NKL-belangenbehartiger</li> <li>• Schaderegelaars een werkbaar mandaat meegeven (zie reglementen)</li> </ul>

	<p>Belangenbehartigers, LSA-advocaten en Rechtsbijstandverzekeraars:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdens de gehele looptijd van het dossier, ook uit eigener beweging, de relevante informatie aanleveren en overleggen aan de WA-verzekeraar alsmede, voor zover van toepassing, de SVI-verzekeraar</li> <li>• De in het reglement opgenomen reactietermijnen altijd toepassen</li> <li>• Cliënten informeren over het behandelproces, ook de informatie die door WA-verzekeraars wordt aangeleverd</li> <li>• In overeenstemming met de Medische Paragraaf werken</li> <li>• Bejegening naar de verzekeraar vanuit het harmoniemodel</li> <li>• De 2-jaar evaluatie met elkaar over en weer delen.</li> </ul> <p>Herstelgerichte Dienstverleners:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elkaar met wederzijds respect en vertrouwen bejegenen</li> <li>• Fatsoenlijke reactietermijnen in acht nemen</li> <li>• Cliënten informatie verstrekken over het behandelproces, alsmede over de aangeleverde informatie</li> <li>• Bejegening van de benadeelde, verzekeraar en belangenbehartiger vanuit harmonie.</li> </ul>
--	---

## 5.7 Overdracht dossiers

Resultaatgebied Indicator	Benadeelde Overdracht dossiers
<b>Definitie</b>	Aantal gevallen waarin een dossier op verzoek van een klant wordt overgedragen aan een andere keurmerk houdende organisatie gerelateerd aan het gemiddeld aantal lopende dossiers in dat kalenderjaar, uitgedrukt in procenten.
<b>Meetmethode</b>	<p>De formule voor berekening van de Indicator Overdracht is:</p> $\frac{\#overdracht\ dossiers\ in\ kalenderjaar\ 20XX}{(\#lopende\ dossiers\ op\ 1\ jan.\ 20XX + \#lopende\ dossiers\ op\ 31\ dec.\ 20XX) / 2}$ <p>Uitgedrukt in procenten</p>
<b>Norm</b>	De norm voor het percentage overgedragen dossiers is een maximum van 5%.

## 5.8 Vakvolwassenheid

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Vakvolwassenheid
<b>Definitie</b>	<p><b>Procesgang Licht Letsel</b></p> <p>80% van de letselschadebehandelaars die als zodanig <u>uitsluitend</u> licht letsel zaken behandelen, moet tenminste binnen 1 jaar met goed gevolg een geaccrediteerde opleiding licht letsel hebben afgerond, <u>vergelijkbaar</u> met de Module Personenschaderegeling van NIBE-SVV.</p> <p><b>GBL zaken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letselschadebehandelaars moeten binnen 3 jaar nadat ze als zodanig werkzaam zijn, vakvolwassen zijn. Hiervan is sprake wanneer de behandelaar een branche-erkende opleiding heeft gevolgd.</li> <li>- 80% van de medewerkers bij een keurmerkhoudende (binnen- en buitendienstmedewerkers) moet binnen 3 jaar een branche-erkende vakopleiding op licht of middelzwaar letsel met succes hebben afgerond.</li> </ul>
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaren dat minimaal drie jaar als zodanig werkzaam is.</li> <li>2. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaren dat minimaal drie jaar als zodanig werkzaam is en een branche-erkende opleiding met succes heeft afgerond.</li> </ol>

	3. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaren dat verondersteld wordt vakvolwassen te zijn.
<b>Norm</b>	Letselschadebehandelaren, met minimaal drie jaar werkervaring, hebben een branche-erkende opleiding met succes afgerond, of worden verondersteld vakvolwassen te zijn. Score > 90 % = goed Score 80/90% met verbeterplan = voldoende Score < 80 % is onvoldoende

## 5.9 PE/ Vervolgopleiding

<b>Resultaatgebied</b>	<b>Medewerker</b>
<b>Indicator</b>	<b>PE/ Vervolgopleiding</b>
<b>Definitie</b>	<p><b>- Vervolgopleiding binnendienst:</b> Letselschadebehandelaars die uitsluitend in binnendienst werken, moeten na afronding van een branche-erkende opleiding jaarlijks voldoen aan het behalen van voldoende PE punten (norm: minimaal 3 dagdelen hebben besteed aan in- of externe vervolgopleidingen op minimaal HBO-niveau)</p> <p><b>- Vervolgopleiding buitendienst:</b> * Buitendienstmedewerkers dienen binnen 5 jaar te voldoen aan de eisen van een NIVRE Register-Expert Personenschade, met daarbij de minimale verplichting te voldoen aan de eisen van het PE-reglement van het NIVRE. * Per organisatie geldt dat minimaal 50% van de buitendienstmedewerkers NIVRE Register-Expert Personenschade is. Dit geldt ook voor een zelfstandige belangenbehartiger. * Voor een franchisenemer die als zelfstandig ondernemer valt aan te merken, geldt dat deze franchisenemer NIVRE Register-Expert Personenschade moet zijn.</p> <p><b>- Vervolgopleiding Rechtsbijstand</b> Bij rechtsbijstandverzekeraars wordt géén onderscheid gemaakt tussen binnen- en buitendienst medewerkers. Voor de vervolgopleiding geldt dat de medewerkers jaarlijks moeten voldoen aan het behalen van voldoende PE punten (minimaal 3 dagdelen). De opleidingen die in dit kader worden gevolgd, passen binnen het curriculum van een NIVRE Register Expert.</p>
<b>Meetmethode</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaren dat verondersteld wordt vakvolwassen te zijn.</li> <li>2. Per veronderstelde vakvolwassen letselschadebehandelaar vastleggen hoeveel PE-punten behaald zijn en waar de PE-punten uit bestaan (opleiding, workshop, congres, etc.)</li> </ol>
<b>Norm</b>	Score > 90 % = goed Score 80/90% met verbeterplan = voldoende Score < 80 % is onvoldoende

## 5.10 Deskundigheid & Opleiding<sup>2</sup>

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Deskundigheid en Opleiding
<b>Definitie</b>	Aantal medewerkers dat een erkende beroepsopleiding heeft afgerond, gerelateerd aan het aantal medewerkers in dienst van de betreffende keurmerkhouder, uitgedrukt in procenten. Aanvullende voorwaarde is dat de medewerkers die geen erkende opleiding hebben afgerond daarvoor in opleiding zijn ten tijde van de audit. Hiertoe moet een opleidingsplan kunnen worden overgelegd.
<b>Meetmethode</b>	De formule voor berekening van de Indicator Deskundigheid en Opleiding is:  $\frac{\#medewerkers\ die\ lid\ zijn\ van\ beroepsvereniging\ op\ 31\ dec.\ In\ afgelopen\ kalenderjaar}{\#medewerkers\ in\ dienst\ op\ 31\ dec.\ van\ het\ afgelopen\ kalenderjaar}$ Uitgedrukt in procenten
<b>Norm</b>	De norm voor het percentage medewerkers dat een erkende beroepsopleiding succesvol heeft afgerond is minimaal 50%. De overige medewerkers dienen ten tijde van de audit in opleiding te zijn. Voor iedere medewerker in opleiding is een opleidingsplan beschikbaar.

## 5.11 Urenlegalisatie

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Urenlegalisatie
<b>Definitie</b>	Aantal belangenbehartigers dat per kalenderjaar meer dan 500 dossier-gebonden uren besteedt aan de behandeling van letselschadedossiers gerelateerd aan het aantal belangenbehartigers dat het gehele jaar in dienst is geweest van het betreffende kantoor, uitgedrukt in procenten. Belangenbehartigers in opleiding worden buiten beschouwing gelaten.
<b>Meetmethode</b>	De formule voor berekening van de Indicator Urenlegalisatie is:  $\frac{\#bbh\ dat\ voldoet\ aan\ urenlegalisatie\ in\ het\ afgelopen\ kalenderjaar}{\#bbh\ dat\ in\ dienst\ was\ in\ het\ gehele\ afgelopen\ kalenderjaar}$ Uitgedrukt in procenten
<b>Norm</b>	De norm voor het percentage belangenbehartigers dat voldoet aan de urenlegalisatie is 100%.

## 5.12 Urenregistratie

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Urenregistratie
<b>Definitie</b>	Aantal dossiers waarin een zorgvuldige en op ieder moment door de benadeelde opvraagbare urenregistratie is bijgehouden, gerelateerd aan het totaal van afgewikkelde dossiers in het afgelopen kalenderjaar, uitgedrukt in procenten. Met zorgvuldig wordt bedoeld een compleet overzicht van bestede uren.
<b>Meetmethode</b>	De formule voor berekening van de Indicator Urenregistratie is:  $\frac{\#dossiers\ met\ zorgvuldige\ urenregistratie\ in\ het\ afgelopen\ kalenderjaar}{\#afgewikkelde\ dossiers\ in\ het\ gehele\ afgelopen\ kalenderjaar}$ Uitgedrukt in procenten
<b>Norm</b>	De norm voor het percentage dossiers waarin een zorgvuldige urenregistratie is bijgehouden is 100%.

<sup>2</sup> Voor de LSA-advocaten geldt de 1 uit 2 eis: per 2 advocaten ten minste 1 volwaardig LSA-lid (de LSA noemt dit in haar statuten een gewoon lid en is het onderscheid voor een aspirant-lid. Voor een volwaardig LSA-lid gelden o.a. uren-eisen, opleidingsverplichtingen en auditverplichtingen.

### 5.13 Klachten

Resultaatgebied Indicator	Benadeelde Klachten
<b>Definitie</b>	<p>Aantal klachten per kalenderjaar gerelateerd aan het gemiddelde aantal lopende dossiers in dat kalenderjaar, uitgedrukt in procenten.</p> <p>De tevredenheidsmeting voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een klacht is een schriftelijke, aan de directie of klachtenfunctionaris gerichte uiting van onvrede over de schadebehandeling dan wel het functioneren van de behandelaar</li> <li>• Klachten kunnen zich voordoen in lopende en afgewikkelde dossiers</li> <li>• De schriftelijke klachten worden volgens de klachtenprocedure behandeld en worden per kalenderjaar geregistreerd</li> </ul>
<b>Meetmethode</b>	<p>De formule voor berekening van de Indicator Klachten is:</p> $\frac{\text{\#klachten per kalenderjaar } 20xx}{(\text{\#lopende dossiers op 1 jan. } 20xx + \text{\#lopende dossiers op 31 dec. } 20xx) / 2}$ <p>Uitgedrukt in procenten</p>
<b>Norm</b>	De norm voor het percentage klachten is een maximum van 2%.

### 5.14 Klanttevredenheid

Resultaatgebied Indicator	Benadeelde Klanttevredenheid
<b>Definitie</b>	<p>Gemiddelde tevredenheid van een representatieve groep benadeelden over de totale schadebehandeling, uitgedrukt in een cijfer tussen 0 en 10. De persoonlijke schade van de benadeelde is afgewikkeld.</p> <p>De tevredenheidsmeting voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De tevredenheid is gemeten in dossiers waarvan de afwikkeling in de afgelopen 12 maanden heeft plaatsgevonden.</li> <li>• Een representatieve groep klanten is geraadpleegd (in verhouding tot het totaal aantal klanten op jaarbasis).</li> </ul>
<b>Meetmethode</b>	<p>In een tevredenheidsmeting onder klanten wordt tenminste de volgende vraag voorgelegd:</p> <p><i>op een schaal van 0 tot 10 (0 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden), hoe tevreden bent u over de totale schadebehandeling?</i></p> <p>De tevredenheidsmeting moet aan een bepaald betrouwbaarheidsniveau voldoen. Een jaarlijks tevredenheidsonderzoek met een betrouwbaarheidsniveau van 90% en een interval van 5%. De verzending en de respons moet op orde zijn (niet selectief versturen).</p>
<b>Norm</b>	De norm voor de gemiddelde tevredenheid over alle klanten bij wie een meting heeft plaatsgevonden is een minimum van een 7.

## Toelichting aantal door te nemen dossiers per doelgroep

Doelgroep	Metingen	Steekproef
<b>WA-verzekeraars</b>	Resultaatmeting doorlooptijden	49 tot 95, afh. van de populatie, bij betrouwbaarheid van 95/10
	Resultaatmeting GBL-normen	Idem
	Dossieronderzoek externe auditoren	23 tot 41, afh. van de populatie, bij betrouwbaarheid van 80/10
<b>Rechtsbijstandsverzekeraars</b>	Resultaatmeting doorlooptijden	49 tot 95, afh. van de populatie, bij betrouwbaarheid van 95/10
	Resultaatmeting GBL-normen	Idem
	Dossieronderzoek externe auditoren	23 tot 41, afh. van de populatie, bij betrouwbaarheid van 80/10

Doelgroep	Aantal fee earners	Aantal door te nemen dossiers
<b>WA-bureaus</b>	1 tot 5	10
<b>LSA-advocaten en Belangenbehartigers</b>	5 tot 10	15
	10 tot 15	20
<b>Herstelgerichte dienstverleners</b>	15 of meer	30

Indien de keurmerkhouders een franchiseorganisatie is, geldt aanvullend onderstaand:

Franchisenemer	Aantal door te nemen dossiers
Per vestiging dienen altijd minimaal 5 dossiers getoetst te worden.	

### Aspirant lidmaatschap

Voor de initiële audit bij aspirant keurmerkhouders wordt een hoger aantal dossier getoetst dan in een reguliere bezoekaudit bij een keurmerkhouders.

Doelgroep	Aantal fee earners	Aantal door te nemen dossiers initiële audit (voor nieuwe deelnemers)
<b>WA-bureaus</b>	1 tot 5	4 per fee earner, minimaal 10 totaal
<b>Belangenbehartigers</b>	5 tot 10	3 per fee earner
	10 tot 15	3 per fee earner
<b>Herstelgerichte dienstverleners</b>	15 of meer	2 per fee earner, minimaal 35 totaal