



LEIDRAAD AUDIT REGISTER LETSELSCHADE

De Letselschade Raad

JANUARI 2019

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Leeswijzer	3
1. Inleiding Leidraad Audit Register Letselschade	4
1.1. Doel van de audit	4
1.2. Relatie tussen audit en reglementen	4
1.3. Denkkader audit	4
1.4. Organisatiegebieden	5
1.5. Resultaatgebieden	5
1.6. Auditcyclus	6
2. Uitvoering audit	7
2.1. Verloop bezoekaudit	7
2.1.1. Voorbereiding	7
2.1.2. Interviews	7
2.1.3. Dossieronderzoek	8
2.1.4. Terugkoppeling	8
2.1.5. Methodiek bezoekaudit	8
2.1.6. Terugkoppeling en rapportage	8
2.2. Verloop self assessment	9
2.2.1. Methodiek self assessment	9
2.2.2. Rapportage	9
2.3. Eisen aan auditoren	10
2.4. Kwaliteitsborging audit	10
2.4.1. Geheimhouding	10
2.4.2. AVG	10
2.4.3. Auditplan	10
Bijlagen	11
Bijlage 1: Processchema self assessment	11
Bijlage 2: Processchema bezoekaudit	12
Bijlage 3: Certificeringsreglement	13
Bijlage 4: Doelgroepen	16
4.2. Medische aansprakelijkheidsverzekeraars	16

4.3. Rechtsbijstandsverzekeraars	16
4.4. Belangenbehartigers/ Advocaten.....	16
4.5. WA-experts	17
Bijlage 5: Toelichting indicatoren per resultaatgebied	18
5.1 Naleving reglementen	18
5.2 Visie en beleid	18
5.3 Communicatie	18
5.4 Overdracht dossiers.....	19
5.5 Vakvolwassenheid	19
5.6 Deskundigheid & Opleiding	20
5.7 Urenlegalisatie.....	20
5.8 Urenregistratie	20
5.9 Klachten.....	21
5.10 Klanttevredenheid.....	21

Voorwoord

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

Gescheiden rollen binnen een keurmerk

Ingeschreven zijn in het Register 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 kwaliteitsmaatstaven te borgen.

Dat doen we in een organisatie waarin we de rollen van elkaar scheiden. De commissie Register Letselschade bestaat uit een representatieve vertegenwoordiging van de markt, de commissie heeft de taak de letselschaderegeling te normeren, daarbij staan de leden van de commissie in contact met hun achterban. Onafhankelijke partijen toetsen de praktijk via audits en self assessments. De Letselschade Raad besluit over toetreding, prolongatie, schorsing of uitschrijving uit het Register.

De waarde van het register voor een letselschade slachtoffers

Of een Register (of keurmerk) goed is, wordt niet alleen bepaald door de inhoudelijke eisen die worden gesteld aan ingeschrevenen. Idealiter is de inschrijving in het Register van doorslaggevende betekenis voor benadeelden en opdrachtgevers om voor een dienstverlener te kiezen. Ons streven is de relevantie van het Register in die zin steeds verder te ontwikkelen. Samenwerking tussen alle betrokken partijen is een kritieke succesfactor om dat te bereiken. En 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 Register: in het belang van letselschade slachtoffers 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 het self assessment en de bezoekaudit van De Letselschade Raad inhouden. Daartoe wordt in eerste instantie een toetsingskader toegelicht, het perspectief van waaruit de toetsing plaatsvindt. Vervolgens wordt beschreven hoe het self assessment verloopt, gevolgd door 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 Register Letselschade

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.

Op basis van de reglementen van het Register Letselschade wordt beoogd de kwaliteit van de letselschadebehandeling te vergroten en meer transparant te maken. De Letselschade Raad beheert het Register. Kenmerkend voor ingeschrevenen in het Register Letselschade is betrouwbaarheid en kwaliteit. Naleving van eisen uit de reglementen van het Register Letselschade door de ingeschrevenen dient geborgd te zijn. Daartoe heeft De Letselschade Raad een toetsingsmethode ontwikkeld bestaande uit een self assessment en een bezoekaudit. De audits hebben tot doel:

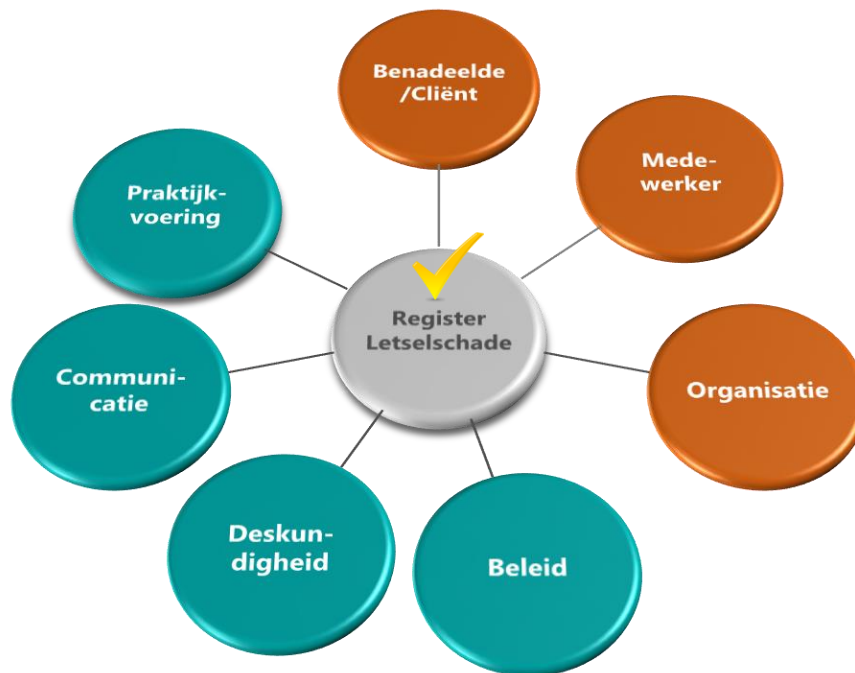
- vrijblijvendheid in de naleving van de reglementen weg te nemen door toezicht in te stellen
- vast te stellen of partijen voldoen aan de normen en regels uit de reglementen voordat zij worden toegelaten tot het Register
- organisaties aan te sporen tot het ondernemen van verbeteracties waar ze nog niet helemaal voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.
- het in verbinding blijven staan met organisaties binnen de branche
- het opdoen van best practices, waardoor dit gedeeld kan worden met andere partijen in de branche.
- het verwijderen van organisaties uit het Register wanneer zij niet (tijdig) voldoen aan de eisen en verbeterafspraken.

1.2. Relatie tussen audit en reglementen

In de reglementen van het Register Letselschade (verder: reglementen) zijn de kwalitatieve en kwantitatieve eisen geformuleerd zoals deze door De Letselschade Raad zijn vastgesteld. In de Leidraad Audit Register Letselschade zijn deze kwalitatieve eisen omgezet naar normatieve kaders in de vorm van vragenlijsten en concreet meetbare indicatoren. De leidraad beschrijft de wijze waarop De Letselschade Raad ingeschrevenen in het Register onafhankelijk en op uniforme wijze laat toetsen aan de eisen uit de reglementen. De 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.



1.4. Organisatiegebieden

De audit gaat uit van de gedachte dat iedere organisatie een visie heeft op de letselschaderegeling. De 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 uit gegaan dat er onderlinge afspraken zijn gemaakt over de praktijkvoering. *Welke werkafspraken hebben wij met elkaar gemaakt over de wijze waarop letselschaden 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 benadeelde/cliënt, de medewerker, en de organisatie.

1.6. Auditcyclus

De Letselschade Raad kent twee typen audits:

- *Bezoekaudit*
Eens in de drie jaar wordt een ingeschrevene getoetst in een bezoekaudit. Het doel is in de praktijk vast te stellen of de organisatie voldoet aan de eisen uit het reglement van het Register Letselschade. De resultaten uit het meest recente self assessment en de ontvangen (beleids)informatie vormen de basis voor de bezoekaudit. Wanneer tijdens een audit kritieke afwijkingen worden geconstateerd, kan De Letselschade Raad besluiten een re-audit te laten plaatsvinden. Het is ook mogelijk dat De Letselschade Raad een aanvullende bezoekaudit aanzegt als zij hiertoe aanleiding ziet. Bijvoorbeeld door signalen vanuit de markt, het vermoeden van kwalijke praktijken of ingrijpende wijzigingen in de bedrijfsvoering van de ingeschrevene.
- *Self assessment*
In de tussenliggende jaren, waarin geen bezoekaudit plaatsvindt, vult ingeschrevene een self assessment in. Het assessment is een online vragenlijst gebaseerd op de reglementen van het Register Letselschade.

2. Uitvoering audit

2.1. Verloop bezoekaudit

De kern van een bezoekaudit wordt gevormd door interviews en steekproefsgewijze dossiercontroles. De auditor werkt volgens een auditplan dat uiterlijk twee weken voor de audit aan de organisatie wordt toegezonden. Eventueel neemt de auditor telefonisch contact op met de contactpersoon van de ingeschrevene om een toelichting 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

Bij de aankondigingsbrief van de bezoekaudit ontvangt de organisatie de Leidraad Audit Register Letselschade. Hierin wordt aangegeven hoe de audit verloopt.

Voorafgaand aan de audit ontvangt de contactpersoon van de ingeschrevene 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
- Klachtenreglement
- Privacyreglement
- Resultaten dossieronderzoek organisatie
- Overzicht lopende dossiers (dossiernummer, schadedatum en datum melding)

2.1.2. Interviews

In de interviews met het management en medewerkers worden alle aandachtgebieden uit het reglement aan de orde gesteld. De resultaten uit eerdere bezoekaudits en self assessments worden besproken, waarbij wordt gekeken of de organisatie werkt aan continu verbeteren van de kwaliteit van de letselschadebehandeling. Daarnaast is er aandacht voor relevante ontwikkelingen bij de ingeschrevene, 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 wordt aan de ingeschrevene¹ verzocht een dossieronderzoek uit te voeren. Het dossieronderzoek wordt door de organisatie zelf uitgevoerd over een deel van haar dossiers en heeft tot doel het aantonen dat de normen en regels uit de reglementen ook daadwerkelijk bij de behandeling van letselschadezaken worden toegepast. Het aantal te onderzoeken dossiers is gebaseerd op het totaal aantal lopende dossiers van de organisatie. De ingeschrevene 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 meegenomen in het door de organisatie uitgevoerde dossieronderzoek. 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.

2.1.4. Terugkoppeling

Aan het einde van de audit-dag(en) worden de belangrijkste resultaten van de audit op hoofdlijnen en procesniveau teruggekoppeld aan het management van de organisatie.

2.1.5. Methodiek bezoekaudit

Om een 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. Terugkoppeling en rapportage

De rapportage van de auditor bevat een beschrijving van geaccordeerde respectievelijk positieve punten, kritieke afwijkingen, afwijkingen en aanbevelingen. De auditor geeft in de rapportage zijn advies af aan het bestuur van De Letselschade Raad en de Commissie Register Letselschade over de toelating tot c.q. continuering van de inschrijving in het Register:

- Positief advies: geen (kritieke) afwijkingen geconstateerd tijdens de audit.
- Positief advies onder voorwaarden: (kritieke) afwijkingen geconstateerd tijdens de audit 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.
- Advies tot re-audit (negatief advies): (kritieke) afwijkingen geconstateerd tijdens de audit die zodanig ingrijpend 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.

Als de Letselschade Raad aanwijzingen krijgt vanuit signalen uit de branche, een rapportage of het self assessment, dan kan een incidentele bezoekaudit worden uitgevoerd. Ook van een incidentele audit

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

wordt de organisatie tijdig op de hoogte gesteld.

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

2.2. Verloop self assessment

In de jaren dat ingeschrevene geen bezoekaudit krijgt, neemt De Letselschade Raad een self assessment af. Dit hoofdstuk beschrijft het verloop van dit onderzoek.

2.2.1. Methodiek self assessment

Het assessment bestaat uit een online vragenlijst met open en gesloten vragen die betrekking hebben op de organisatiegebieden beleid, deskundigheid, communicatie en praktijkvoering. Aanvullend wordt de organisatie gevraagd de resultaten op de indicatoren uit de resultaatgebieden aan te leveren. De indicatoren zijn opgenomen in bijlage 5.

Het ingevulde assessment komt bij auditor binnen inclusief de onderliggende documentatie. De antwoorden worden binnen 3 weken na aanlevering getoetst op afwijkingen.

Voor een aantal doelgroepen² maakt een dossieronderzoek onderdeel uit van het self assessment. In dat geval wordt de ingeschrevene verzocht een aantal dossiers door te nemen. Deze dossiers worden via een online steekproefgenerator aselekt gekozen. Dit zijn minimaal 5 en maximaal 15 dossiers, afhankelijk van de omvang van de portefeuille. De criteria voor de dossiers zijn:

- Er is sprake van een minimaal belang van €1500
- De schade is in de afgelopen 2 jaar, voorafgaand aan de audit, in behandeling genomen;
- Het betreft particuliere zaken.

De auditor ontvangt de resultaten van de uitgevoerde dossieraudits. In de eerstvolgende bezoekaudit controleert de auditor de resultaten op basis van een steekproef.

2.2.2. Rapportage

De rapportage van de auditor bevat een beschrijving van positieve punten, kritieke afwijkingen, afwijkingen en aanbevelingen. De auditor geeft in de rapportage zijn advies af aan het bestuur van De Letselschade Raad over de toelating tot c.q. continuering van de inschrijving in het Register:

- Positief advies: geen (kritieke) afwijkingen geconstateerd in het self assessment.
- Positief advies onder voorwaarden: (kritieke) afwijkingen geconstateerd in het self assessment 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.
- Advies tot audit: (kritieke) afwijkingen geconstateerd in het self assessment die zodanig ingrijpend 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 advies voor een audit.

² Dit geldt voor belangenbehartigers en advocaten omdat zij geen uitgebreid dossieronderzoek hoeven te doen in aanloop naar een bezoekaudit.

2.3. Eisen aan auditoren

Algemene eisen die aan auditoren die voor het Register Letselschade worden gesteld zijn:

- Onafhankelijk
- Open
- Integer
- Opbouwend
- Behulpzaam
- Betrouwbaar
- Tactvol
- Uitdrukkingsvaardig
- Afdoende kennis van de letselschadebranche en de behandelprocessen

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 ingeschrevene. 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

Ingeschrevene 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 waarop de ingeschrevene zelf in het kader van het self assessment een dossieraudit heeft uitgevoerd, aangevuld met een nader te bepalen aantal aselect gekozen dossiers. In de voorbereiding wordt een standaard machtiging aangeleverd.

Geen machtiging

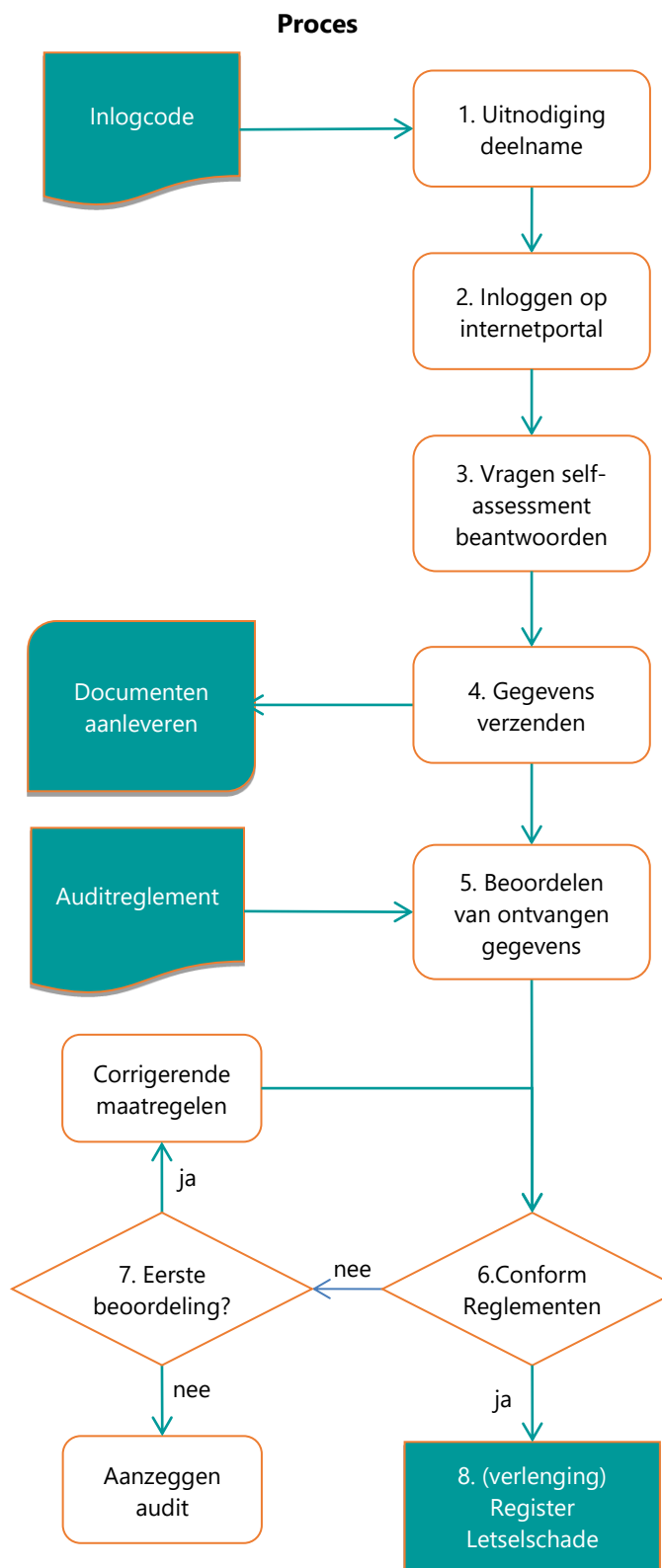
Mocht de ingeschrevene geen machtiging hebben ontvangen van de cliënt, dan wordt de behandelaar geïnterviewd over het dossier door de auditor. Hierdoor kan er toch een dossieraudit plaatsvinden op het betreffende dossier.

2.4.3. Auditplan

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

Bijlagen

Bijlage 1: Processchema self assessment

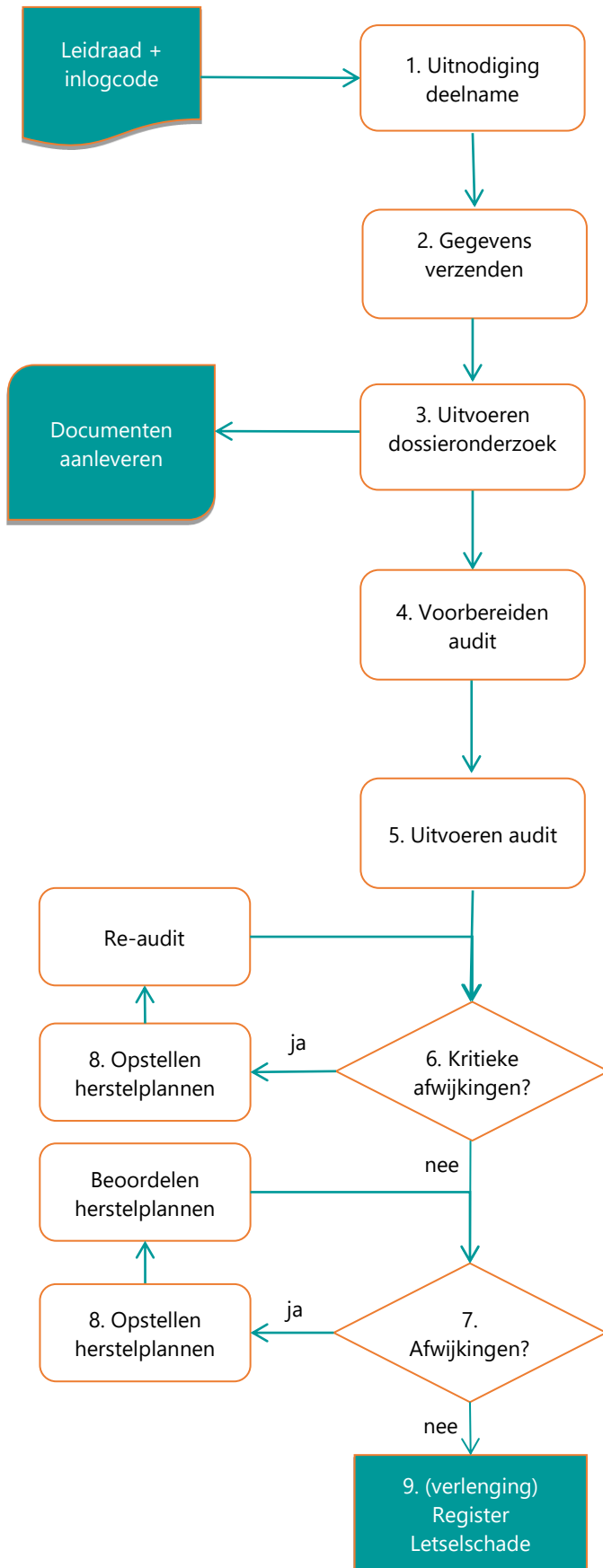


Toelichting

1. De ingeschrevene ontvangt via email een uitnodiging tot deelname aan het self assessment. Deze mail bevat de unieke inlogcode voor de internetportal.
2. De ingeschrevene logt in op de internetportal
3. De ingeschrevene beantwoordt de vragen van de vragenlijst.
4. De ingeschrevene verzendt de gegevens en levert de gevraagde documenten aan.
5. De auditor ontvangt de gegevens en de documenten en beoordeelt deze op basis van het auditreglement en brengt een advies uit aan de Commissie Register Letselschade.
6. Positief advies?
 - Ja → naar 8.
 - Nee → er zijn afwijkingen geconstateerd waarop de ingeschrevene corrigerende maatregelen moet nemen, er volgt een hernieuwde beoordeling.
7. Bij een negatief advies wordt aan het bestuur van DLR geadviseerd een audit aan te zeggen.
8. Wanneer de resultaten aan de eisen voldoen, ontvangt de ingeschrevene (verlenging van) de inschrijving in het Register Letselschade.

Bijlage 2: Processchema bezoekaudit

Proces



1. De ingeschrevene ontvangt een uitnodiging tot deelname aan de audit, voorzien van Leidraad Audit *Register Letselschade* waarin het procesverloop van de audit staat beschreven.
 2. De ingeschrevene levert de gevraagde documenten aan (zie paragraaf 4.2).
 3. De ingeschrevene voert 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 (zie paragraaf 4.1). De auditor brengt een advies uit aan het bestuur van DLR.
 6. Is er sprake van kritieke afwijkingen?
 - Ja → naar 7. de ingeschrevene stelt herstelplannen op, deze worden tijdens een re-audit beoordeeld
 - Nee → naar 8.
- Als de ingeschrevene kritieke afwijkingen niet binnen de gestelde periode oplost, leidt dit tot schorsing van de inschrijving in het Register Letselschade. Dit kan uiteindelijk leiden tot uitschrijving uit het Register Letselschade.
7. Is er sprake van positief advies onder voorwaarden?
 - Ja → naar 9.
 - Nee → naar 10.
 8. De ingeschrevene stelt herstelplannen op en corrigerende maatregelen worden genomen; deze zijn op afstand te beoordelen.
 9. Positief advies. De ingeschrevene ontvangt (verlenging van) de inschrijving in het Register Letselschade.

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 daarbij aangesloten ingeschrevenen.

Uitkomsten van een self assessment of bezoekaudit

Een self assessment of bezoekaudit kan leiden tot drie uitkomsten:

1. Positief advies → geen afwijkingen
2. Positief advies onder voorwaarden → afwijking(en), maar niet kritiek
3. Negatief advies → kritieke afwijking(en)

Definitie afwijkingen

- Kritieke afwijking: beleidsmatige borging en bewijs voor uitvoering van de betreffende eis uit het reglement ontbreekt. Het oplossen van een kritieke afwijking door het nemen van effectieve corrigerende maatregelen is een voorwaarde voor toekenning of behoud van registratie in het Register Letselschade.
- Afwijking: beleidsmatige borging *of* bewijs voor uitvoering van 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 ingeschrevene 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 het Bestuur van De Letselschade Raad wel of niet kan adviseren om de afwijking als afgedaan te beschouwen.

Verstrekken van registratie in het Register Letselschade

Na ontvangst van het advies van de auditor, neemt de directeur van De Letselschade Raad in overleg met zijn bestuur een beslissing over toekenning of behoud van de registratie in het Register Letselschade voor de betreffende ingeschrevene. Bij een positieve beslissing wordt overgegaan tot (verlenging van) de registratie in het Register Letselschade. De ingeschrevene wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gesteld door de secretaris van de Commissie Register Letselschade.

In geval van een negatief advies van de auditor, besluit de directeur van De Letselschade Raad in overleg met het Bestuur over schorsing of uitschrijving van de registratie in het Register Letselschade. Ingeschrevene wordt hiervan mondeling en schriftelijk op de hoogte gesteld door de directeur van De Letselschade Raad.

Schorsen van registratie in het Register Letselschade

De inschrijving in het Register Letselschade kan voor een bepaalde periode, door De Letselschade Raad worden geschorst, bijvoorbeeld als:

- een ingeschrevene niet in staat is aan te tonen dat er adequate corrigerende maatregelen op afwijkingsrapporten van De Letselschade Raad zijn genomen;
- er onjuist gebruik wordt gemaakt van de registratie, de inschrijving in het Register Letselschade en/of het logo niet wordt herzien naar tevredenheid van De Letselschade Raad;
- de ingeschrevene haar financiële verplichtingen tegenover De Letselschade Raad niet nakomt.

Schorsing van de registratie wordt schriftelijk aan de ingeschrevene medegedeeld. In dit schrijven worden de voorwaarden vermeld aan welke de ingeschrevene moet voldoen om de schorsing ongedaan te maken. De periode dat de inschrijving wordt geschorst is maximaal 6 maanden en hangt af van de aangegeven en omschreven afwijking. Zodra binnen de vastgestelde periode aan de condities met betrekking tot de afwijking is voldaan, maakt De Letselschade Raad de schorsing ongedaan. Mocht niet aan de condities worden voldaan, dan volgt definitieve uitschrijving uit het Register Letselschade.

Corrigerende maatregelen

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

Verwijderen uit het Register Letselschade

De Letselschade Raad kan besluiten de ingeschrevene uit het Register Letselschade te verwijderen, als:

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

De ingeschrevene wordt mondeling en schriftelijk op de hoogte gebracht van verwijdering uit het Register. De Letselschade Raad kan de kennisgeving van het intrekken van registratie publiceren.

Commissie van Beroep

Ingeschrevenen kunnen zich in eerste instantie tot de Commissie van Bezwaar en in tweede instantie tot de Commissie van Beroep wenden wanneer zij het niet eens zijn met het besluit tot schorsing of verwijdering uit het Register Letselschade.

Additionele audit

De Letselschade Raad kan besluiten een additionele bezoekaudit uit te voeren bij een ingeschrevene wanneer:

- signalen uit de markt duiden op slechte praktijken;
- er klachten binnenkomen;
- rapportages op basis van het self assessment of bezoekaudit 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 ingeschrevene.

Bijlage 4: Doelgroepen

Het Register letselschade kent zes verschillende doelgroepen. Voor iedere doelgroep is een eigen reglement opgesteld. Afhankelijk van de rol van de ingeschrevene, zijn een aantal indicatoren vastgesteld die tijdens de bezoekaudit en het self assessment 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 toegelicht.

4.1. Wettelijke 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, 5.5, 5.9, 5.10

4.2. Medische 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, 5.5, 5.9, 5.10

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: 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.9, 5.10

4.4. Belangenbehartigers/ 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: 5.2, 5.3, 5.4, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10

4.5. 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, 5.2, 5.3, 5.5, 5.9

4.6. 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, 5.2, 5.3, 5.6, 5.9, 5.10

Bijlage 5: Toelichting indicatoren per resultaatgebied

5.1 Naleving reglementen

Resultaatgebied Indicator	Organisatie Naleving reglementen
Informereren	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.
Afstemmen	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/ email waarin de afspraken zijn vastgelegd.
Betalen	Binnen 14 dagen (10 werkdagen) na erkenning of overeenstemming (toezegging) over een voorschot of slotbepaling, wordt daadwerkelijk uitbetaald (betalingsopdracht verstrekt).
Norm	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 Visie en beleid

Resultaatgebied Indicator	Organisatie Visie en Beleid
Visie	Wat is de visie van de ingeschrevene op de letselschadebehandeling en de rol die ingeschrevene hierbij inneemt? Voorbeelden hiervan zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn de kernwaarden? • Waar staat de organisatie voor? • Hoe wil ingeschrevene bekend staan onder cliënten en betrokken partijen?
Beleid	Vragen die gesteld kunnen worden over, van, voor beleid: <ul style="list-style-type: none"> • Wat zeggen cliënten over de dienstverlening? Hoe worden de sterke punten geborgd en ontwikkelpunten opgepakt? • Hoe wordt de kwaliteit van de letselschadebehandeling bewaakt en bevorderd? • Hoe bevordert de ingeschrevene de deskundigheid van haar medewerkers? • Welke evaluatiemomenten zijn er die input geven aan continue verbetering?

5.3 Communicatie

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

5.4 Overdracht dossiers

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

5.5 Vakvolwassenheid

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Vakvolwassenheid
Definitie	Letselschadebehandelaars moeten binnen 3 jaar dat ze als zodanig werkzaam zijn vakvolwassen zijn. Hiervan is sprake wanneer de behandelaar een branche-erkende opleiding heeft gevolgd, of wanneer de maatschappij op een andere manier aantoont dat de behandelaar vakvolwassen is. <ul style="list-style-type: none"> • Leergang Licht letsel • Leergang Middelzwaar letsel • (interne geaccrediteerde) Opleiding personenschade • Grotius opleiding • PIV-opleiding • M&S • OWAS-cursus
Selectiecriteria	Zie criteria PR1
Meetmethode	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaars dat minimaal drie jaar als zodanig werkzaam is. 2. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaars dat minimaal drie jaar als zodanig werkzaam is en een branche-erkende opleiding met succes heeft afgerond. 3. Vastleggen van het aantal letselschadebehandelaar dat verondersteld wordt vakvolwassen te zijn.
Norm	Letselschadebehandelaars, 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

5.6 Deskundigheid & Opleiding

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Deskundigheid en Opleiding
Definitie	Aantal medewerkers dat een erkende beroepsopleiding heeft afgerond, gerelateerd aan het aantal medewerkers in dienst van de betreffende ingeschrevene, uitgedrukt in procenten. Aanvullende voorwaarde is dat de medewerkers die geen erkende opleiding hebben afgerond daarvoor in opleiding zijn ten tijde van de audit.
Meetmethode	De formule voor berekening van de Indicator Deskundigheid en Opleiding is: $\frac{\#medewerker \text{ dat lid is van beroepsvereniging op 31 dec. In afgelopen kalenderjaar}}{\#medewerker \text{ in dienst op 31 dec. van het afgelopen kalenderjaar}}$ Uitgedrukt in procenten
Norm	De norm voor het percentage medewerkers dat een erkende beroepsopleiding succesvol heeft afgerond is 33% (kantoren met 2 belangenbehartigers: 50%).

5.7 Urenlegalisatie

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Urenlegalisatie
Definitie	Aantal belangenbehartigers dat per kalenderjaar meer dan 500 dossiergebonden 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.
Meetmethode	De formule voor berekening van de Indicator Urenlegalisatie is: $\frac{\#bbh \text{ dat voldoet aan urenlegalisatie in het afgelopen kalenderjaar}}{\#bbh \text{ dat in dienst was in het gehele afgelopen kalenderjaar}}$ Uitgedrukt in procenten
Norm	De norm voor het percentage belangenbehartigers dat voldoet aan de urenlegalisatie is 100%

5.8 Urenregistratie

Resultaatgebied Indicator	Medewerker Urenregistratie
Definitie	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.
Meetmethode	De formule voor berekening van de Indicator Urenregistratie is: $\frac{\#dossier \text{ met zorgvuldige urenregistratie in het afgelopen kalenderjaar}}{\#afgewikkelde \text{ dossiers in het gehele afgelopen kalenderjaar}}$ Uitgedrukt in procenten
Norm	De norm voor het percentage dossiers waarin een zorgvuldige urenregistratie is gevoerd is 100%

5.9 Klachten

Resultaatgebied Indicator	Benadeelde Klachten
Definitie	<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"> • Een klacht is een schriftelijke, aan de directie of klachtenfunctionaris gerichte uiting van onvrede over de schadebehandeling danwel het functioneren van de belangenbehartiger • Klachten kunnen zich voordoen in lopende en afgewikkelde dossiers • De schriftelijke klachten worden volgens de klachtenprocedure behandeld en worden per kalenderjaar geregistreerd
Meetmethode	<p>De formule voor berekening van de Indicator Klachten is:</p> $\frac{\text{\#klachten per kalenderjaar 20XX}}{(\text{\#lopende dossier op 1 jan. 20XX} + \text{\#lopende dossiers op 31 dec. 20XX}) / 2}$ <p>Uitgedrukt in procenten</p>
Norm	De norm voor het percentage klachten is een maximum van 2%.

5.10 Klanttevredenheid

Resultaatgebied Indicator	Benadeelde Klanttevredenheid
Definitie	<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"> • De tevredenheid is gemeten in dossiers waarvan de afwikkeling in de afgelopen 12 maanden heeft plaatsgevonden. • Een representatieve groep klanten is geraadpleegd (in verhouding tot het totaal aantal klanten op jaarbasis).
Meetmethode	<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 ingeschrevene is vrij om de tevredenheidsmeting vorm te geven (mondeling dan wel schriftelijk of digitaal).</p>
Norm	De norm voor de gemiddelde tevredenheid over alle klanten bij wie een meting heeft plaatsgevonden is een minimum van een 7.