

Bijlage 1: Informatiemodel UV Zorgverzekeraars 2011

I. Algemeen

De zorgverzekeraars verantwoorden zich tegen de achtergrond van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en de hieruit voortvloeiende normenkaders. Voor de inrichting van het UV zijn de zorgverzekeraars gehouden aan dit informatiemodel.¹ Op aspecten die niet in dit model zijn opgenomen zijn zorgverzekeraars vrij om het UV vorm te geven.

Met betrekking tot specifieke verantwoording in het UV gelden ten minste de onderstaande aspecten.

II. Profiel zorgverzekeraar / organisatiestructuur

De zorgverzekeraar schetst zijn profiel en betreft hierbij de volgende aspecten:

1. Aard van de activiteiten;
2. Landelijk of regionaal werkend en belangrijkste geografische gebieden;
3. Concernstructuur en allianties/samenwerkingsverbanden;
4. Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden);
5. Samenstelling bestuur, directie en toezichthoudende organen.

III. Corporate Governance

De zorgverzekeraar neemt het volgende op in het UV:

1. Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur;
2. Honorering van directie en bestuur;²
3. Expliciete verantwoording over de naleving van de gedragscodes en protocol / wetgeving.

IV. Consumentenbelang

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over het waarborgen van de consumentenbelangen over de volgende aspecten:

1. Informatieverstrekking aan verzekerden;
2. Afhandeling van klachten en geschillen.

V. Naleving wettelijke verplichtingen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van de wettelijke verplichtingen op de volgende aspecten:

1. Toegang tot de verzekering;
2. Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg;
3. Betaalbaarheid zorgstelsel;
4. Overige wettelijke verplichtingen.

¹ Het is toegestaan het Informatiemodel Maatschappelijk Verslag van Zorgverzekeraars Nederland te hanteren. Het Informatiemodel UV NZa wordt hierin opgenomen.

² De NZa verstrekt deze informatie aan VWS. VWS beoordeelt de informatie inhoudelijk.

Bijlage 2: Specificatie van het Informatiemodel UV Zorgverzekeraars 2011

II Profiel zorgverzekeraar / organisatiestructuur

*Ad 4. Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden)*³

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de werkzaamheden door derden slechts voor zover deze direct zijn gerelateerd aan de uitvoering van de Zvw.

- a. Voor de (eventuele) verkoop en het beheer van verzekeringsproducten door volmachten verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:
 - o de naam van de volmachten en de absolute en de relatieve omvang van de kosten in de jaarstaat Zvw, onderdeel A;
 - o hoe sturing is gegeven aan de werkzaamheden van de volmachten, welke afspraken zijn gemaakt en hoe de kwaliteit van de volmachten is geborgd;
- b. Voor de (eventuele) overige uitbestede werkzaamheden verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:
 - o de wijze waarop is geborgd dat de juiste verschuldigde betalingen (o.a. premie, eigen risico) worden geïnd en tijdig worden verantwoord (via incassobureaus);
 - o de wijze waarop is geborgd dat de aan consumenten verstrekte informatie transparant is en niet misleidend (via bv. collectiviteiten of externe callcenters);
 - o de wijze waarop is geborgd dat gegevens volledig en juist worden aangeleverd aan derden, waaronder het CAK (via o.a. Vektis);
 - o de wijze waarop andere dan de hierboven genoemde uitbestede werkzaamheden zijn geborgd door de zorgverzekeraar.

III Corporate Governance

Ad 1. Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur

De zorgverzekeraar verantwoordt zich specifiek over de afwijkingen van het gevoerde beleid bij de uitvoering van de Zvw, ten opzichte van:

- a. het voorgenomen beleid;
- b. de wet- en regelgeving, inclusief de genomen herstelacties.

Ad 2. Honorering van directie en bestuur

De zorgverzekeraar verantwoordt zich specifiek over de bezoldiging van de zittende en gewezen leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van de zorgverzekeraar conform de bijlagen 3 en 4.⁴

Ad 3. Expliciete verantwoording over de naleving van gedragscodes en protocol

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over naleving van onderstaande:

- a. Gedragscode ZN inclusief bijlagen, toelichtingen en addenda;

³ Als u als zorgverzekeraar werkzaamheden uitbesteedt blijft u integraal verantwoordelijk voor de uitgevoerde werkzaamheden. Ook wanneer de zorgverzekeraar de plicht heeft om zorg te leveren en deze inkoop bij zorgaanbieders is er sprake van uitbestede werkzaamheden. Dit valt onder de zorgplicht van zorgverzekeraars en de informatie hierover wordt uitgevraagd bij onderdeel V.2.c en V.2.d (Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg;).

⁴ Met Raad van Bestuur (RvB) wordt bedoeld het hoogste uitvoerende orgaan en met Raad van Toezicht (RvT) het hoogste toezichthoudende orgaan. Afhankelijk van het type organisaties wordt onder Raad van Toezicht tevens verstaan de Raad van Commissarissen. Bij een stichting / vereniging waar ook een directie in functioneert, wordt gewerkt volgens het Raad van Beheer model. Hier is het stichtings- of verenigingsbestuur het equivalent voor de RvT en de directie voor de RvB.

- b. Health Insurance Governance;
- c. Wanbetalers:
 - o Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet met specifieke aandacht voor de volgende vragen:
 - Is het protocol nagekomen?
 - Zo nee, op welke onderdelen niet, waarom niet, en wat is in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden verricht?

IV Consumentenbelang

Ad 1. Informatieverstrekking aan verzekerden

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de informatie die wordt verstrekt aan zijn verzekerden, specifiek over hoe wordt geborgd dat consumenten de juiste informatie (o.a. recht op zorg, vergoeding van zorg) krijgen wanneer de informatie mondeling wordt verstrekt.

Ad 2. Afhandeling van klachten en geschillen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de afhandeling van klachten en geschillen en over de resultaten daarvan. Specifiek wordt verantwoording afgelegd over de volgende punten:

- a. Informatie over bezwaarmogelijkheden bij genomen besluiten;
- b. Procedure/registratie;
- c. Analyse/evaluatie van de klachten en hieruit voortvloeiende (procedure-) aanpassingen: is een klachtenanalyse uitgevoerd, en zo ja, welke verbeteringen zijn er naar aanleiding van deze klachtenanalyse doorgevoerd?
- d. De wijze waarop de verzekerde over het verloop van de klachtenprocedure wordt geïnformeerd;
- e. Aantal (klachten en geschillen samen) en gemiddelde termijn van afhandeling, gespecificeerd naar in ieder geval de onderwerpen transparante informatie, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht;

V Naleving wettelijke verplichtingen

Ad 1. Toegang tot de verzekering

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de toegang van de verzekerde tot de zorgverzekeringsmarkt op de volgende punten:

- a. Naleving van de acceptatieplicht met als aandachtspunten:
 - o uitsluitingsgronden acceptatieplicht;
 - o de beschikbaarheid van alle polisvarianten voor [potentiële] verzekerden én naleving van de acceptatieplicht op de diverse polisvarianten;
 - o aantal weigeringen van aspirant verzekerden met een splitsing naar soort uitsluitingsgrond (bijvoorbeeld fraude);
- b. Naleving van het verbod op premiedifferentiatie met als aandachtspunten:
 - o expliciete vermelding of het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd;
 - o kortingen op de premiegrondslag als gevolg van collectiviteiten en vrijwillig eigen risico;
 - o kortingen op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico;
 - o overige kortingen/toeslagen op de verschuldigde premie.

Ad 2. Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg

De zorgverzekeraar verantwoordt zich op de volgende punten:

- a. Eisen aan het verkrijgen van (vergoeding van) zorg met als aandachtspunten⁵:
- o machtigingsprocedures;
 - borging van de medische deskundigheid;
 - gebruik van (standaard)formulieren;
 - doorlooptijden;
 - accepteren van de toestemming van een voorgaande zorgverzekeraar;
 - o vergoedingsprocedures
 - procedure voor vergoedingen nota's;
 - gebruik van (standaard)formulieren;
 - doorlooptijden;
 - o weigeringen tot het verkrijgen van zorg;⁶
 - de meest voorkomende motivaties (afwijzingsgronden) die hierbij zijn gehanteerd, met specifieke aandacht voor het gebruik van andere gronden dan zorginhoudelijke;⁷
 - per afwijzingsgrond de frequentie waarmee zorg geheel of gedeeltelijk is geweigerd;
 - o beperkingen van vergoeding van zorg ten opzichte van de polis;⁸
 - de meest voorkomende motivaties die hierbij zijn gehanteerd;
 - per motivatie de frequentie waarmee vergoeding van zorg geheel of gedeeltelijk is beperkt;
 - o zorggaranties
 - welke zorggaranties zijn gegeven?
 - hoe is de naleving van de zorggaranties geborgd?
 - in welke mate (aantal of percentage) kunt u zorggaranties niet nakomen?
 - o informatieverstrekking met betrekking tot afgewezen zorg / vergoeding van zorg;
 - wordt bij de afwijzing verwezen naar regelgeving op grond waarvan afwijzing plaatsvindt?
 - zo ja, hoe wordt geborgd dat de juiste afwijzingsgronden worden gegeven en dat deze toetsbaar zijn voor de verzekerden (aan polisvoorwaarden / regelgeving)?
 - zo nee, welke verbeteringen zullen worden doorgevoerd om dit wel te bereiken en op welke termijn?;
- b. Wat de zorgverzekeraar verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg (ongeacht of het gaat om gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg), of welke normen de zorgverzekeraar hanteert.⁹
- c. De wijze waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van gecontracteerde zorg (zowel bij prestaties in natura als bij prestaties via restitutie) waarborgt, met als specifieke aandachtspunten:
- o de wijze waarop de zorgverzekeraar inzicht verkrijgt in de kwaliteit en tijdigheid van zorg die zorgaanbieders in een bepaalde inkoopmarkt leveren en de bereikbaarheid van die zorgaanbieders ten opzichte van zijn verzekerden;

⁵ Voor het 'Follow up onderzoek naar de uitvoering van de zorgplicht Zvw 2010' van de NZa is begin maart 2011 een meer gedetailleerde vragenlijst aan de zorgverzekeraars gestuurd. Deze vragenlijst kunt u als richtinggevend gebruiken bij de verantwoording.

⁶ Het gaat hier ook om weigeringen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.

⁷ Bijvoorbeeld of een zorgaanbieder wel of niet is gecontracteerd, of dat er geen aanspraak bestaat op die zorg.

⁸ Het gaat hier ook om beperkingen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.

⁹ Er moet in ieder geval verantwoord worden over de volgende verstrekkingen: Huisartsenzorg, Mondzorg, Farmaceutische zorg, Verloskundige zorg, GGZ, Medisch specialistische zorg, Kraamzorg, Fysiotherapie, Oefentherapie, Logopedie, Ergotherapie, Dieetadviesing, Hulpmiddelenzorg en Vervoer. Het gaat hierbij niet om acute zorg. Voor de verantwoording kan de tabel in bijlage 5 worden gehanteerd.

- voor welke verstrekkingen afspraken worden gemaakt met zorgaanbieders over kwaliteit en voor welke over tijdigheid en/of bereikbaarheid;
 - op welke manier de zorgverzekeraar controleert of er zich kwaliteits, tijdigheids of bereikbaarheidsproblemen voordoen (welk proces) en hoe de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van een zorgaanbieder beoordeelt (welke toetsing), eventueel onderscheiden naar verstrekking;
 - de (eventuele) situaties waarin gecontracteerde zorgaanbieders onvoldoende kwalitatieve zorg hebben geleverd (naar het oordeel van de IGZ of conform de eigen kwaliteitscriteria) en welke consequenties de zorgverzekeraar hier aan heeft verbonden;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar zijn verzekerden (pro-actief) ondersteunt bij het maken van een keuze voor een goede zorgaanbieder (bv. door selectief zorgaanbieders te contracteren of gerichte informatieverstrekking);
 - in hoeverre de zorgverzekeraar zorgaanbieders prikkelt om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg te verhogen;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar transparant is naar zijn verzekerden over wat hij verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en in hoeverre zijn gecontracteerde zorgaanbieders op deze onderdelen presteren;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar afwijkt van gangbare normen en de motivatie hiervoor, zoals het hanteren van langere tijden dan de Treeknormen;
- d. De waarborgen van de zorgplicht bij prestaties in natura, specifiek met betrekking tot de wijze waarop de zorgverzekeraar 'voldoende' zorg beschikbaar heeft voor zijn verzekerden (per inkoopmarkt), met als aandachtspunten:¹⁰
- de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn inkoopmarkten heeft geanalyseerd en afgebakend;
 - de wijze waarop de zorgverzekeraar de zorgbehoefte van zijn verzekerden heeft bepaald;
 - welke activiteiten de zorgverzekeraar onderneemt om vroegtijdig mogelijke beschikbaarheidsproblemen bij gecontracteerde zorgaanbieders te signaleren;
 - de beschikbaarheid van alternatieven in gevallen van schaarste of andere beschikbaarheidsproblemen;
 - de (eventuele) situaties waarin het de zorgverzekeraar niet is gelukt om zorg te leveren en welke maatregelen toen zijn genomen om de toegankelijkheid van zorg voor betreffende verzekerden te waarborgen;
- e. Zittend ziekenvervoer, specifiek met betrekking tot:
- aantal, aard en afhandeling van de klachten;
 - gemaakte kwaliteitsafspraken en borging hiervan, waaronder verantwoording over in hoeverre gebruik wordt gemaakt van het handboek 'professioneel aanbesteden zittend ziekenvervoer';
 - acties zorgverzekeraars naar aanleiding van geconstateerde knelpunten, uitkomsten klachtenanalyse en eventuele klanttevredenheidsonderzoeken.

Ad 3. Betaalbaarheid

- a. Verantwoording over de opgaven voor de verevening met als aandachtspunten:
- overschrijdingen wettelijk pakket / coulancebetalingen en wijze van financiering;
 - uitvoering formele controles;

¹⁰ Met 'voldoende' zorg wordt niet alleen bedoeld de hoeveelheid zorg, maar ook dat deze zorg kwalitatief goed, tijdig en op een redelijke reisafstand beschikbaar moet zijn.

- uitvoering materiële controles: de zorg moet geleverd zijn. Dit moet worden aangetoond via materiële controles gericht op de levering van de prestatie. Aandachtspunten voor de verantwoording zijn:
 - het voldoen aan de eisen aan materiële controles zoals opgenomen in de Regeling Zorgverzekering (RZv). Deze is gewijzigd en gepubliceerd in de Staatscourant van 8 juli 2010 (nr. 10581). In de Regeling zijn de eisen bepaald voor het uitvoeren van materiële controles en detailcontroles door zorgverzekeraars;
 - plan van aanpak/controleplan, inclusief voorgeschreven risicoanalyses vanuit de RZv;
 - voldoende scheiding tussen het proces materiële controle en de zorginkoop;
 - adequate onderbouwing van de gekozen controlemethoden en inzet controlemiddelen;
 - uitgangspunt is dat de materiële controles zo dicht mogelijk tegen het verantwoordingsjaar aanzitten. Enige dynamisering is mogelijk en soms ook efficiënt. Het is niet de bedoeling dat achterstanden te groot worden, waardoor geen oordeel gegeven kan worden over de feitelijke levering van de zorg in het desbetreffende verantwoordingsjaar. Achterstanden moeten worden betrokken in de risico-analyse en de evaluatie;
 - uitvoering volgens plan en/of een onderbouwing van afwijkingen van het plan;
 - betrekken van interne en externe signalen, bevindingen vanuit zorginkoop, 'fraudeteam', patronen in klachten van verzekerden, afwijkende declaratiepatronen, en dergelijke;
 - analyse van de uitkomsten van de materiële controles en het bepalen van de vervolgacties (terugvordering, strafrechtelijke vervolging, vervolgcontroles, relatie met zorginkoop, etcetera);
 - trekken en vastleggen van de conclusie of de kosten van prestaties zoals verantwoord in de jaarstaat geleverd is. Het niet, te laat of onvoldoende uitvoering geven aan de materiële controles moet worden meegewogen bij het accountantsoordeel.
- controle indicatievoorwaarden: de wijze waarop de controle op de gestelde indicatievoorwaarden op plastische chirurgie, dure intramurale geneesmiddelen, hulpmiddelen en farmacie heeft plaatsgevonden en de bevindingen die hieruit voort zijn gekomen;
- controle declaraties op stand wetenschap en praktijk. Volgens het Besluit Zorgverzekering behoort een prestatie alleen tot de verzekerde prestatie als het voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dat wil zeggen 'evidence based'. Aandachtspunten voor de verantwoording zijn:
 - de opzet van de risicoanalyses en het hierin betrekken van de CVZ-standpunten, andere externe rapporten (bijvoorbeeld Plexusrapport uit 2010), signalen vanuit media en verzekerden, informatie vanuit ZN, prikkels vanuit de tarieven, makkelijk planbare zorg waar mogelijk indicatieverruiming zou kunnen spelen, uitkomsten materiële controles en andere eigen onderzoeken, inbreng vanuit zorginkoop en de medisch adviseurs, financiële omvang, etc;
 - betrekken van het thema in de zorginkoop en het maken van concrete afspraken (bijvoorbeeld selectieve inkoop door zorgverzekeraars, stellen van voorwaarden in de contracten, afspraken met de zorgaanbieders over controle en verantwoording door de zorgaanbieder, expliciete uitsluiting van behandelingen, etcetera);

- controle en handhaving van de contractuele afspraken met de zorgaanbieders;
 - overwegingen om het instrument van machtigingen in te zetten op risicovolle aanspraken;
 - het formuleren van maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de wettelijke criteria te bevorderen;
 - de kwaliteit van de spiegelinformatie, statistische analyse en datamining die opgezet wordt om de onderkende risico's nader in beeld te brengen;
 - inzet van voldoende medische adviseurs;
 - onderbouwing van de keuze op welke thema's/risico's de zorgverzekeraar de focus legt;
 - samenwerking tussen zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controles en Audit;
 - het lichten van medische dossiers indien daartoe aanleiding bestaat;
 - het registreren van de uitkomsten van de inspanningen.
- b. Verantwoording over de uitvoering van de Compensatie verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten en gegevensverstrekking aan het CAK (Zvw, artikel 118a) met als aandachtspunten:
- de borging van de volledigheid van de aanlevering van de farmaciegegevens (FKG's) en DBC-gegevens (DKG's);
 - de borging van de werkzaamheden namens de zorgverzekeraar door Vektis. Deze werkzaamheden betreffen het verstrekken van gegevens aan het CAK vóór 1 oktober van het jaar waarin een uitkering wordt verstrekt.
- c. Vergoeden van een tarief dat niet gedeclareerd mag worden door zorgaanbieders, specifiek m.b.t.:^{11 12}
- de wijze waarop is geborgd dat nota's terecht en voor de juiste tarieven worden vergoed;
 - de wijze waarop bij constatering en correctie met het belang van de consument wordt omgegaan (zowel m.b.t. de gegeven vergoeding als verrekening van het eigen risico).

Ad 4. Overige wettelijke verplichtingen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de volgende overige wettelijke verplichtingen:

- a. Naleving Zvw met betrekking tot wanbetalers voor het verkrijgen van een bijdrage van CVZ (artikel 34a Zvw):¹³
- Heeft de zorgverzekeraar uiterlijk tien werkdagen nadat een premie-achterstand van twee maanden is geconstateerd, een betalingsregeling aangeboden die aan de eisen van artikel 18a Zvw voldoet?

¹¹ Zorgaanbieders mogen geen tarieven declareren:

- voor prestaties die niet geleverd zijn;
- zonder prestatiebeschrijving;
- met een andere prestatiebeschrijving dan geleverd is;
- met een afwijkend tarief of niet conform de Wmg;
- die niet aan de gestelde voorwaarden voldoen.

¹² Het gaat hier om een bepaling uit de Wmg. De zorgverzekeraar is daarom niet verplicht om zich over dit punt te verantwoorden in het UV.

¹³ Per 1 september 2009 is de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers Zorgverzekering van kracht geworden. Hierbij is een overgangsregime van toepassing waarbij voor elke zorgverzekeraar een andere datum geldt waarop hij overgaat van het oude regime naar de nieuwe wetgeving. Bij dit onderdeel dient u zich alléén te verantwoorden over de naleving van de Zvw met betrekking tot wanbetalers voor de periode waarop dit voor u (eventueel) van toepassing is. Verantwoording over het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet vindt plaats bij onderdeel III.3.c.

- Heeft de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk nadat een premie-achterstand van vier maanden is geconstateerd, de in artikel 18b bedoelde vierdemaandsmelding verricht?
 - Heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer die tegen deze vierdemaandsmelding in het geweer is gekomen, niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld zolang niet onherroepelijk (ten nadele van de verzekeringnemer) is beslist?
 - Heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer gedurende de looptijd van een schuldstabilisatie-overeenkomst niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld?,
 - Heeft de zorgverzekeraar bij de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regime jegens het CVZ verklaard dat hij zich aan het voorgaande heeft gehouden?
 - Heeft de zorgverzekeraar zich gehouden aan de verplichting artikel 18d, 3e lid Zvw?
 - Heeft de zorgverzekeraar ook nog voldoende andere op incasso van de premieschuld gerichte activiteiten, als bedoeld in artikel 3.24 tweede lid onderdeel b van het Besluit zorgverzekeringen, verricht?
 - Heeft de zorgverzekeraar meegewerkt aan activiteiten van de verzekeringnemer of een schuldhulpverlener om iemand door middel van het sluiten van een schuldregeling weer uit het bestuursrechtelijke regime te krijgen?
 - Indien de zorgverzekeraar niet meedoet aan de compensatieregeling (artikel 34a Zvw), hoe heeft hij dan de naleving van artikel 18 Zvw geborgd?
- b. Privacy van persoonsgegevens, met als specifieke aandachtspunten:
- procedures voor gegevensverwerking en controle op naleving hiervan;
 - proportionaliteit van verwerkte gegevens in relatie tot doel waarvoor deze worden verwerkt;
 - bewaartermijnen van persoonsgegevens;
 - beleid omtrent inzage van persoonsgegevens en de uitvoering hiervan.

Bijlage 3: Tabel verantwoording bezoldiging leden van de Raad van Bestuur van de zorgverzekeraar (werkmaatschappij) en gewezen bestuurders

	Naam	Naam 1	Naam 2	Naam 3	Naam 4
1	Vanaf en tot welke datum (van dd-mm-jjjj tot dd-mm-jjjj (of tot heden)) is/was de persoon als bestuurder werkzaam in uw organisatie?				
2	Is de persoon in het verslagjaar voorzitter van het bestuur geweest?				
3	Hoeveel maanden is de persoon voorzitter geweest in het verslagjaar?				
4	Wat is de aard van de (arbeids)overeenkomst?				
5	Welke salarisregeling is toegepast?				
6	Wat is de deeltijdfactor? (0-100%)				
7	Bruto-inkomen, incl. vakantiegeld, eindejaarsuitkeringsalaris en andere vaste toelagen				
8	<i>Waarvan verkoop verlofuren</i>				
9	<i>Waarvan nabetalingen voorgaande jaren</i>				
10	Bruto-onkostenvergoeding				
11	Werkgeversbijdrage sociale lasten				
12	Werkgeversbijdrage pensioen, VUT, FPU				
13	Ontslagvergoeding				
14	Bonussen				
15	Totaal inkomen (7 + 10 t/m 14)				
16	Cataloguswaarde auto van de zaak				
17	Eigen bijdrage auto van de zaak				
Toelichting:					

Wanneer een verzekeraar naast zorg ook schade verzekert, dan moet in de toelichting bij de inkomens van alle vermelde personen worden gemeld in hoeverre hun honorering kan worden toegerekend aan het zorggedeelte (in een percentage tussen 0 en 100).

Als er geen bestuurders in dienst zijn en er geen salaris/vaste vergoeding wordt uitgekeerd aan de bestuurders, maar de organisatie wel een bestuur en een directie kent, dan moeten de vacatiegelden worden opgegeven. Wat aan honorering moet worden verantwoord staat in het BW en in de regels van de Raad voor de Jaarverslaggeving.

Hieronder wordt indien nodig per regel van de tabel een toelichting gegeven.

Regel 2+3:

Omdat het voor de hoogte van de bezoldiging uitmaakt of iemand voorzitter is of niet, moet de functie van voorzitter apart in de tabel worden aangegeven. Als een bestuurder gedurende het verslagjaar slechts een gedeelte van het jaar voorzitter is geweest, ook dan dient de bestuurder als voorzitter aangemerkt te worden. Bij regel 3 geeft u vervolgens het aantal maanden op, zonodig afgerond op een halve maand.

Regel 4:

Hier geeft u aan wat de aard van de overeenkomst is die de zorgverzekeraar met de bestuurder heeft. De volgende mogelijkheden kunt u kiezen:

- 1= Arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd
- 2= Arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd
- 3= Interne waarnemer bestuursfunctie
- 4= Extern ingehuurd, dus geen dienstverband
- 5= Gewezen bestuurder
- 6= Anders

Als de bestuurder extern is ingehuurd dan dient de vergoeding daarvoor (inclusief BTW) in zijn geheel bij de bruto-onkostenvergoeding opgenomen te worden (regel 9). Bij de overige regels 8 tot en met 15 wordt dan een 0 genoteerd.

Indien de categorie 'Anders' van toepassing is, dan dient u dat nader toe te lichten onderaan de tabel.

Regel 5:

Bij deze regel dient aangegeven te worden welke van de hieronder genoemde criteria gevolgd is bij de vaststelling van de beloning.

- 1= Er is gebruik gemaakt van een benchmark of methode van marktvergelijking, namelijk:
- 2= CAO
- 3= Anders

Indien is afgeweken van de uit de toepasselijke regeling voortvloeiende inschaling dan is op grond van het 'pas toe of leg uit'-principe een toelichting vereist over het hoe en waarom van die afwijking.

Indien de categorie 'Anders' van toepassing is, dan dient u dat nader toe te lichten onderaan de tabel.

Regel 6:

Deze regel invullen met een percentage. Referentiepunt: als de afgesproken werktijd gelijk is aan die van een (normale) voltijder bij uw organisatie vult u 100% in. Dat wil dus zeggen dat het percentage ook op meer dan honderd uit kan komen als met de bestuurder bijvoorbeeld

een veertigurige werkweek is overeengekomen zonder dagen voor arbeidsduurverkortings terwijl het overige personeel een gemiddeld zesendertigurige werkweek heeft.

Regel 7:

Hier worden opgenomen de periodiek betaalde beloningen. Deze omvatten alle regelmatig betaalbaar of beschikbaar gestelde vergoedingen inclusief beloningen betaalbaar op termijn. Salarissen, doorbetalingen bij ziekte en vakantie, eindejaars- en vakantie-uitkeringen en dergelijke worden gerekend tot de periodiek betaalde beloningen.

Ingeval er een all-in functiebeloning is afgesproken (dus géén aparte vergoeding voor specifieke posten als bijvoorbeeld ziektekosten en/of pensioen), dan vult u deze totale bezoldiging op deze regel in en wordt in de andere betrokken rijen een nul gevuld.

Regel 8:

Hier worden de brutovergoedingen opgenomen ten behoeve van de verkoop van verlofuren, die ook zijn meegerekend bij het bruto-inkomen (regel 7).

Regel 9:

Het betreft hier de (bruto) nabetalings in verband met de door de bestuurder verrichtte werkzaamheden in de jaren voorafgaand aan het verslagjaar. Het gaat bij deze regel niet om vergoedingen voortvloeiend uit het ontslag (zie regel 13).

Regel 10:

In de kolom 'bruto-onkostenvergoeding' worden de onkostenvergoedingen vermeld die de zorgverzekeraar bruto vergoedt. Met andere woorden vergoedingen waartegenover geen kostendeclaraties van de bestuurder staan. Tevens valt onder deze categorie het brutobedrag dat de werkgever bijdraagt aan de kosten van een ziektekostenverzekering plus een eventueel betaalde verhuiskostenvergoeding.

In geval van externe inhuur van de bestuurder vult u hier het volledige bedrag (inclusief BTW) in dat uw instelling betaald heeft voor de externe inhuur.

Regel 11:

Dit betreft de werkgeversbijdrage in het kader van de wettelijke en eventuele bovenwettelijke sociale verzekeringen.

Regel 12:

Hier worden opgenomen de beloningen betaalbaar op termijn, zijnde de lasten van de rechtspersoon uit hoofde van pensioenverplichtingen, VUT- en/of FPU-regelingen, jubileumuitkeringen, doorbetaling van (een deel van) het loon in het kader van een zogenaamd sabbatical.

Regel 13:

Onder deze categorie worden opgenomen de uitkeringen bij beëindiging van het dienstverband. Dit zijn vergoedingen die de rechtspersoon moet voldoen uit hoofde van een ontslag. Hieronder vallen door de rechter vastgestelde uitkeringen in het kader van een procedure tot beëindiging van het dienstverband van een bestuurder, gouden handdrukken en dergelijke.

Wanneer met betrekking tot gewezen bestuurders is overeengekomen dat bepaalde bezoldigingscomponenten nog enige jaren worden doorbetaald terwijl de bestuurder geen prestaties meer levert, wordt

hetgeen in het verslagjaar voor hem ten laste van de zorgverzekeraar is gekomen ook in deze regel opgenomen.

Regel 14:

Bonusbetalingen zijn vergoedingen die in het algemeen afhankelijk zijn van de vervulling van bepaalde voorwaarden, zoals het bereiken van een vooraf afgesproken resultaat of een beoordeling door degene die een besluit moet nemen over de toekenning van de bezoldiging. Hiertoe worden ook gerekend vergoedingen in verband met het in dienst treden bij de rechtspersoon.

Wanneer de zorgverzekeraar een bezoldiging in de vorm van bonussen heeft uitbetaald die geheel of gedeeltelijk is gebaseerd op het bereiken van door de zorgverzekeraar gestelde doelen, wordt dit apart toegelicht. Daarbij vermeldt de zorgverzekeraar of deze doelen in het verslagjaar zijn gerealiseerd (art.2:383c lid 1 BW).

Wanneer de zorgverzekeraar een bezoldiging in de vorm van winstdeling of bonus heeft toegekend aan een bestuurder, vermeldt zij deze afzonderlijk onder opgave van de redenen die ten grondslag liggen aan het besluit tot het toekennen van bezoldiging in deze vorm.

Regel 15:

Dit is het totaal van de regels 7 plus 10 tot en met 14.

Regel 16:

Het inkomenseffect van de auto van de zaak is voor de werkgever niet altijd duidelijk omdat dat door de betrokkene zelf in de sfeer van de inkomstenbelasting moet worden geregeld. Daarom dient op dat punt de cataloguswaarde/aanschafwaarde te worden vermeld in deze regel. Indien de leden de beschikking hebben over een chauffeur met auto, en daar zelf niet in rijden, moet de auto met chauffeur worden verantwoord indien de auto fiscaal gezien als inkomen wordt aangemerkt. Uw accountant moet u daarover kunnen informeren.

Regel 17:

Naast de cataloguswaarde van de auto is ook een eventuele (jaarlijkse) eigen bijdrage van belang om goed inzicht in het totaalinkomen te verkrijgen.

Bijlage 4: Tabel verantwoording bezoldiging leden van de Raad van Toezicht van de zorgverzekeraar (werkmaatschappij) en gewezen leden.

		Naam 1	Naam 2	Naam 3	Naam 4
1	Bezoldiging				
2	Nevenfunctie(s)				

Bijlage 5: Tabel kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg.

Verstrekking¹⁴	Kwaliteit	Tijdigheid¹⁵	Bereikbaarheid¹⁶
Huisartsenzorg			
Mondzorg			
Farmaceutische zorg			
Verloskundige zorg			
GGZ			
Medisch specialistische zorg			
Kraamzorg			
Fysiotherapie			
Oefentherapie			
Logopedie			
Ergotherapie			
Dieetadvisering			
Hulpmiddelenzorg			
Vervoer			

¹⁴ Overige verstrekkingen of vormen van zorg kunt u onder aan de tabel toevoegen. Het kan hier ook gaan om vormen van ketenzorg. Indien dit het geval is s.v.p. duidelijk de keten omschrijven onder de kop 'Verstrekking'.

¹⁵ De tijdigheid waarmee een prestatie of product wordt geleverd wordt vaak uitgedrukt in 'toegangstijd' en 'wachtijd'.

¹⁶ De bereikbaarheid komt vaak tot uitdrukking in de wijze waarop contact met de zorgaanbieder kan worden opgenomen ('contactmogelijkheden'), de geografische afstand ('reisafstand') en de snelheid waarmee contact kan worden gekregen met de zorgaanbieder ('reistijd' en 'toegangstijd'). Dit contact kan zowel persoonlijk contact zijn (bv. spreekuur), als contact op afstand (o.a. via telefoon, internet).