



Nationaal College voor sociale verzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid

Synthese van het eindrapport
December 2020



Federale Overheidsdienst
Sociale Zekerheid

.be

Nationaal College voor socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid

Synthese van het eindverslag van het College

22/12/2020

Auteurs van de nota:

Professor Philippe Mairiaux, Voorzitter

Dr. Jean-Pierre Schenkelaars, Vicevoorzitter

Inhoudsopgave

Woord vooraf	3
Inleiding	4
Voorgeschiedenis	5
Waarden, missie en visie in de socialeverzekeringsgeneeskunde	6
Visie	6
Missie.....	6
Waarden	6
Middelen	8
Het landschap van het beheer van de arbeidsongeschiktheid binnen de sociale zekerheid	9
De actoren van de evaluatie: huidig personeelsbestand en waarschijnlijke evolutie	9
Geschillen voor de arbeidsrechtbanken.....	10
Uitdagingen	11
Eerst her-inschakelen, dan compenseren	11
Groeiend tekort aan artsen binnen de sociale zekerheid	11
Gebrekkige communicatie tussen de actoren.....	11
Gelijkheid tussen sociaal verzekerden	12
Doeltreffendheid en efficiëntie	12
Kwaliteit van de evaluatie van de arbeidscapaciteit	13
Transparantie	13
Tien voorstellen om het systeem te moderniseren	14
1. Een gemeenschappelijk communicatieplatform en/of een gemeenschappelijk medisch sociaal dossier creëren voor alle sectoren binnen de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid	14
2. Een balans van de resterende capaciteiten op basis van de ICF maken	15
3. De opdracht van de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling om werklozen te begeleiden uitbreiden tot elke eventuele periode van primaire ongeschiktheid.....	15
4. Een nieuwe benadering van het systeem voor opvolging van de arbeidsongeschiktheid ...	16
5. Een uniek bezoldigingsstatuut creëren voor alle artsen van de sociale zekerheid.....	17
6. Een gemeenschappelijke opleiding verzekeren voor de artsen in de sociale zekerheid en voor de leden van de multidisciplinaire teams	17
7. Een specifieke erkenning van het statuut van de ‘socialeverzekeringsarts’, die gemeenschappelijk zou zijn voor alle artsen actief op het gebied van de sociale zekerheid	18
8. Een bemiddelingsinstantie oprichten om het beroep op de arbeidshoven en -rechtbanken te beperken	19

9. De arbeidsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde dichter bij elkaar brengen.....	19
10. Een transversale wetgeving inzake evaluatie van de arbeidsongeschiktheid opstellen voor alle socialezekerheidsstelsels, met inbegrip van de arbeidsongevallenregeling.....	20
Dankwoord	23
Bijlage 1: EUMASS 2017- Gedragsrichtlijnen voor sociaal verzekeringsartsen	24
Bijlage 2: De actoren van de medische evaluatie in het gezondheidssysteem.....	26
RVA	26
FEDRIS.....	26
Particuliere verzekeraars – arbeidsongevallen (Assuralia)	27
Bestuur van de medische expertise van de FOD Volksgezondheid – MEDEX.....	27
Medische controle.....	28
RIZIV en verzekeringsinstellingen.....	28
DG Personen met een handicap.....	28
Arbeidsgeneeskunde	29
Bijlage 3: Geschillen voor de arbeidsrechtbanken.....	31
FEDRIS.....	31
Particuliere verzekeraars – arbeidsongevallen (Assuralia)	31
RIZIV.....	31
Bestuur van de medische expertise van de FOD Volksgezondheid – MEDEX.....	31
DG Personen met een handicap.....	31

Woord vooraf

Dit verslag van het College is een syntheseverslag dat voornamelijk gericht is op 10 voorstellen ter hervorming van de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid. Deze 10 voorstellen zijn grotendeels geïnspireerd door de verslagen van vijf commissies die werden opgericht om te beantwoorden aan de verschillende opdrachten van het College. Deze synthese is echter geen loutere samenvatting van de werkzaamheden van de commissies, maar stelt elementen in het licht die tussen de regels door kunnen gelezen worden in hun verslagen.

Het eindverslag van het College bevat dus naast dit syntheseverslag ook de eindverslagen van deze commissies. Elk van deze verslagen bevat gedetailleerde voorstellen ter modernisering van de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de resterende capaciteiten. Het College onderschrijft de verslagen van deze commissies en moedigt de geïnteresseerde lezer aan deze aandachtig door te nemen.

Inleiding

De oprichting van het Nationaal College en de opdrachten die eraan worden toevertrouwd, kaderen in de ontwikkeling die het Belgische systeem van sociale bescherming kent sinds zijn oprichting in 1944. De sociale zekerheid was toen hoofdzakelijk Bismarckiaans geïnspireerd en was dus verzekeringsgericht en solidair van aard, waarbij men toegang kreeg tot de geboden bescherming via de beroepsactiviteit, de bescherming gefinancierd werd door de sociale bijdragen en het systeem paritair beheerd werd door de werknemers en de werkgevers. Het universele karakter van de bescherming was echter een directe afspiegeling van de aanpak die William Beveridge in 1942 voorstond en die vergelijkbaar is met een systeem van sociale bijstand. Geleidelijk aan werd het Belgische socialezekerheidsstelsel echter uitgebreid tot een bestaansmiddelengarantie voor elke burger¹.

Dit systeem van sociale zekerheid, dat vaak de welvaartsstaat ('Welfare State') wordt genoemd, werd zwaar op de proef gesteld door de economische crisis van de jaren '70 en de daarmee gepaard gaande stijging van de werkloosheid. Het historische compromis van het sociaal pact van 1944, dat gebaseerd is op het verdelen van de vruchten van de economische groei tussen werknemers en werkgevers, was verzwakt. De opeenvolgende regeringen streefden er dan naar het evenwicht tussen inkomsten en uitgaven te herstellen via diverse bezuinigingsmaatregelen. Er werd ook nagedacht over de hervorming van het systeem zelf.

In Groot-Brittannië verdedigt Anthony Giddens het idee van een 3^{de} weg (tussen 'rechts' en 'links') om de verzorgingsstaat te moderniseren die uit de Tweede Wereldoorlog was voortgevloeid². Deze denkwijze had een sterke invloed op Frank Vandenbroucke, toekomstige minister van Sociale Zaken binnen de regenboogregering. Toen hij in 1999 zijn functies opnam, slaagde hij erin om het begrip "actieve welvaartsstaat" te laten opnemen in de regeringsverklaring. Het doel was een nieuw evenwicht tot stand te brengen tussen een zogenaamd passief beleid van compensatie en terugtrekking uit de arbeidsmarkt en een activeringsbeleid dat met name gebaseerd is op opleiding en dat mensen aanmoedigt om actief te zijn, om te voorkomen dat sociale bescherming een werkloosheidsval wordt³.

Hoewel er nog steeds heel wat kritiek op dit activeringsbeleid komt ("jacht op werklozen", stigmatisering van zieken ...), heeft deze filosofie alle regeringen sinds de jaren 2000 beïnvloed. Deze aanpak heeft in het bijzonder geleid tot de uitvaardiging van de wet van 13 juli 2006 inzake herinschakeling op de arbeidsmarkt⁵, waarvan de oprichting van het Nationaal College een gevolg is (zie hierna). Het College heeft zich eveneens aangesloten bij deze benadering, die, met behoud en

¹ <https://socialsecurity.belgium.be/nl/publicaties/beknopt-overzicht-van-de-sociale-zekerheid-belgie>

² A. Giddens, *The third way. The renewal of social democracy*, Cambridge Polity Press, 1998.

³ P. Feltesse, *Etat social actif et contexte socio-économique. Welke economische en sociale doelstellingen?* Econosphères, 2011 (<http://www.econospheres.be/Etat-social-actif-et-contexte>)

⁴ F. Vandenbroucke, *Op zoek naar een redelijke utopie. De actieve welvaartsstaat in perspectief*, Leuven-Appeldoorn, Garant, 2000.

⁵ Wet van 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, *BS 01/09/2006*.

modernisering van het compensatiesysteem, tegelijkertijd streeft naar de ontwikkeling van een echt herinschakelingsstelsel ten behoeve van de verzekerden.

Aangezien de taken van het College gericht zijn op arbeidsongeschiktheid en het evalueren daarvan, is het ook van belang om het begrip 'werk' beter af te bakenen. In het kader van de sociale zekerheid kan 'werk' worden gedefinieerd als menselijke activiteit met het oog op het verkrijgen van loon, d.w.z. een verdienvermogen. Dit verdienvermogen wordt in de eerste plaats ten dienste gesteld van het persoonlijke of familiale levensonderhoud, maar in de loop der tijd is het begrip 'werk' en de daaraan gekoppelde verloning uitgebreid en een structurerend element van de samenleving als geheel geworden. In die zin houdt werk vandaag ook een sociaal contract in.

De recente Covid-19-pandemie en de beperkingsmaatregelen die zijn opgelegd hebben nog maar eens aangetoond hoe niet alleen werk belangrijk is voor het economische evenwicht in het land, maar ook voor het persoonlijke evenwicht van de burgers en de samenleving.

Voorgeschiedenis

Het Nationaal College werd op 18 december 2016 opgericht door het KB dat onder meer de organisatie en werking ervan vastlegt⁶. De wettelijke basis ervan werd echter bepaald door de wet van 25 april 2014⁷ die een artikel 89/1 invoegt in de voornoemde wet van 13 juli 2006 inzake beroepserschikking. Verschillende doelstellingen en taken worden toegelicht in dit artikel 89/1. De eerste (en belangrijkste) van deze taken bestaat uit gestandaardiseerde methoden voor te stellen ter evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, om zo de evaluaties op elkaar af te stemmen in de verschillende takken van de sociale zekerheid.

Het College heeft als verdienste alle federale overheidsinstellingen, sommige van hun deskundige artsen, de artsen van de verzekeringsinstellingen evenals vertegenwoordigers van medisch-wetenschappelijke verenigingen die zich bezighouden met arbeidsongeschiktheid in een zeer breed forum bijeen te brengen. Tijdens de vier jaar dat het College actief was, heeft het aangetoond dat het voor zijn leden mogelijk was om samen te werken in een echt klimaat van dialoog.

Sinds zijn oprichting heeft het College vijf commissies opgericht om zijn opdrachten te vervullen. Commissie 1 had tot doel een juridische inventaris op te stellen en voorstellen te formuleren voor synergieën tussen wetgevingen. De Commissie 1bis volgde haar eind 2018 op met als taak de concrete uitwerking van gemeenschappelijke en moderne evaluatiemethoden van de arbeidsongeschiktheid in de socialezekerheidsstelsels, ook voor het ambtenarenapparaat. Commissie 2 heeft een methodologisch doel: de ontwikkeling van multidisciplinaire benaderingen ter evaluatie van de resterende werkcapaciteit. Commissie 3 heeft als onderwerp de opleiding en revalorisatie van de sociaal verzekeringsarts en de aanverwante beroepen. Commissie 4 werd in september 2017 opgericht om te beantwoorden aan een specifiek verzoek van mevrouw de minister belast met Sociale Zaken en Volksgezondheid: de uitwerking van een referentiesysteem inzake de duur van de arbeidsongeschiktheid.

⁶ Koninklijk besluit van 18 december 2016 tot regeling van de samenstelling, de werking en de zetel van het Nationaal College voor Socialeverzekeringsgeneeskunde inzake Arbeidsongeschiktheid, *BS* 04/01/2017.

⁷ Wet van 25 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake sociale zekerheid, *B.S.* 06/06/2014

Waarden, missie en visie in de socialeverzekeringsgeneeskunde

De werkzaamheden van het College kaderen in een visie op wat de socialeverzekeringsgeneeskunde moet zijn, haar specifieke taak en het waardensysteem dat haar inspireert.

Visie

Een inclusieve maatschappij helpen uitbouwen waarin de sociale zekerheid en bescherming iedere burger in staat stellen om deel te nemen aan het maatschappelijke leven in al zijn vormen, de drijfveer te zijn van zijn persoonlijke ontwikkeling en deel te nemen aan de persoonlijke ontwikkeling van zijn naastbestaanden en van de hele maatschappij, op alle vlakken van het openbare, privé-, of beroepsleven, en dit ongeacht eventuele beperkingen.

Missie

Het verzekeren van een billijke en rechtvaardige toegang tot diensten op het vlak van sociale zekerheid en bescherming om de gezondheid te herstellen, de maatschappelijke en beroeps(her)integratie te verzekeren van personen die hierbij moeilijkheden ondervinden wegens hun gezondheidstoestand en in voorkomend geval de tekortkomingen, activiteitenbeperkingen en beperkingen inzake prestaties en participatie (materieel en financieel) te compenseren⁸.

Deze missie kan zich ontplooiën in verschillende van de volgende domeinen (zonder dat alle actoren noodzakelijk in elk van de domeinen moeten worden ingezet):

- 1. Wetenschappelijk onderzoek en analyse ontwikkelen op het vlak van de verzekeringsgeneeskunde en sociale zekerheid, en naar kwaliteit streven.**
- 2. Het zorgaanbod helpen organiseren en de toegang tot volksgezondheidsprogramma's verzekeren.**
- 3. Toelichting geven aan de sociaal verzekerden begeleiden bij hun keuze en hen informeren over hun rechten.**
- 4. Deelnemen aan opleidingen en aan het informeren van zorgverleners;**
- 5. Het recht op gezondheidszorgdiensten handhaven, misbruik opsporen en voorkomen.**
- 6. De preventie van professionele en sociale uitsluiting organiseren.**
- 7. De arbeidsongeschiktheid controleren, de functionele beperkingen en restcapaciteit beoordelen, de professionele en sociale herinschakeling organiseren en begeleiden.**

Waarden

1. Ethiek

Respect voor de beroepsethiek met betrekking tot alle invloeden van buitenaf bij het nemen van beslissingen of het opmaken van verslagen. Dit houdt meer bepaald in dat elke opdracht moet worden geweigerd die een mogelijk belangenconflict met zich meebrengt, zoals dit reeds is vastgelegd in de

⁸(ICF = Internationale Classificatie van het Menselijk Functioneren)

gedragscode van de EUMASS (Europese unie voor verzekeringsgeneeskunde in de sociale zekerheid) in bijlage 1.

2. Respect en integriteit

De integriteit wordt gewaarborgd door het engagement om onpartijdig te handelen onafgezien van nationaliteit, taal, huidskleur, leeftijd, geslacht, sociale afkomst of culturele, filosofische, religieuze, seksuele of politieke voorkeur.

Respect voor de sociaal verzekerde is opgenomen in het Handvest van de sociaal verzekerde⁹. Respect is ook verzekerd ten overstaan van de zorgverleners en andere partners op het vlak van sociale zekerheid en bescherming. Ook is respect voor het medisch geheim en de vertrouwelijkheid van medische persoonsgegevens voorzien in verschillende wetgevingen en in de code van medische deontologie.

3. Verantwoordelijkheid

Individuele verantwoordelijkheid voor zijn beslissingen of adviezen ten overstaan van de sociaal verzekerden en, in voorkomend geval, ten overstaan van de hoven en rechtbanken. De sociale zekerheidsarts is verantwoordelijk voor zijn houding tegenover de Orde der artsen en de andere bevoegde instanties.

4. Deskundigheid

De deskundigheid wordt onder andere gewaarborgd door de erkenning van de specialisatie verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, door een specifieke opleiding en door een verplichte permanente vorming. Ze is gebaseerd op een wetenschappelijke en klinische aanpak, alsook op opgedane ervaring.

5. Solidariteit (gevoel voor algemeen belang)

Door zijn opdracht is de sociaal verzekeringsarts begaan met het sociaal welzijn. Hij waakt over het efficiënte gebruik van de collectieve middelen die ter beschikking worden gesteld voor de sociale zekerheid en maatschappelijke bescherming.

6. Deelname van de sociaal verzekerden

Het is van essentieel belang dat de verzekerde in een toegankelijke taal en in alle transparantie wordt geïnformeerd over de inhoud van de evaluatie die op hem betrekking heeft, en dat de beslissingen duidelijk gemotiveerd zijn opdat hij actief kan deelnemen aan zijn sociale en professionele (re-)integratie.

⁹ Wet van 11 april 1995 tot invoering van het handvest van de sociaal verzekerde, BS 06/09/1995.

Middelen

1. Multidisciplinaire teams

Deze missie vindt plaats binnen multidisciplinaire teams bestaande uit artsen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers ... Erkenning van en respect voor de specifieke expertise van elke professionele discipline is een essentieel element voor de goede werking van deze teams. De niet-artsen professionals werken samen met artsen en nemen deel aan hun missie.

2. Administratieve en logistieke ondersteuning

De medische missie inzake sociale zekerheid en bescherming is enkel mogelijk indien ze de nodige administratieve en logistieke ondersteuning geniet.

3. Autonomie

Om de onafhankelijkheid van het medisch handelen te verzekeren, moeten de betrokken artsen over de nodige organisatie- en beheersautonomie beschikken.

4. Collegialiteit

Collegialiteit blijkt onder andere uit regelmatige peer reviews en regelmatig overleg met alle betrokken professionals.

Het landschap van het beheer van de arbeidsongeschiktheid binnen de sociale zekerheid

De actoren van de evaluatie: huidig personeelsbestand en waarschijnlijke evolutie

De globale onderzoeken betreffende het personeelsbestand van de artsen die in de sociale zekerheid werken, zijn, voor zover wij weten, reeds zeer oud (2006-07) en de gegevens die toen werden verzameld, werden niet systematisch bijgewerkt. Het College heeft zich dus toegelegd op het verzamelen van recentere gegevens, in samenwerking met elk van de socialezekerheidsinstellingen. De verkregen gegevens worden gedetailleerd beschreven in bijlage 2.

Een eerste opmerking die gemaakt moet worden: verschillende van deze gegevens dateren van 2016 of 2017 en het is dus niet mogelijk om een homogeen en erg nauwkeurig beeld te schetsen van de actieve artsen die in het socialezekerheidsstelsel de arbeidsongeschiktheid van de verzekerden evalueren. Desalniettemin kunnen we een aantal vaststellingen onder de aandacht brengen:

- Een groot aantal artsen oefenen hun expertise uit onder zelfstandig statuut voor de RVA, FEDRIS, Medex, DG Personen met een handicap of voor privéverzekeraars in arbeidsongevallen. Indien de door elke instelling gerapporteerde cijfers gecumuleerd zouden kunnen worden, zou het in totaal om ongeveer 500 artsen gaan. Hun reële aantal is echter kleiner, want de meeste van deze artsen werken slechts deeltijds voor één of soms voor meerdere van de genoemde instellingen; bovendien weten we niet hoeveel van hen zich hoofdzakelijk of exclusief wijden aan de activiteit van deskundige. We weten ook niet hoeveel van hen een klinische activiteit in een andere medische sector hebben behouden;
- Artsen met een bediendenstatuut zijn geconcentreerd in verzekeringsinstellingen ("V.I.") (momenteel ongeveer 265 VTE's) en in de externe preventiediensten van ondernemingen (momenteel ongeveer 650 VTE's);
- Een beperkter aantal artsen zijn ambtenaren (statutairen of contractuelen) die werken voor FEDRIS, Medex, het RIVIZ of DG Personen met een handicap. Dit zijn in totaal 71 artsen;
- De wettelijke verplichte openbare aanwervingsprocedure vormt een reële belemmering voor de aanwerving van artsen in verschillende sectoren. De zwaarte ervan ontmoedigt artsen om in te gaan op wervingsoproepen, en wanneer sommigen zich dan toch door dit administratieve obstakel heen werken, duurt de procedure zodanig lang dat de arts soms niet meer beschikbaar is wanneer de instelling hem laat weten dat hij of zij wordt aangeworven.
- De leeftijdspiramide van deze artsen is duidelijk naar rechts verschoven: zo bedroeg de gemiddelde leeftijd van de adviserend artsen van de VI's op 1 januari 2020 53,6 jaar, en die van de deskundigen die voor privéverzekeraars werken wordt momenteel geschat op 60 jaar. Gezien de leeftijdsstructuur van de verschillende betrokken groepen en de geringe instroom van nieuwe artsen wordt in de komende jaren een aanzienlijke vermindering van het beschikbare arbeidspotentieel verwacht: het aantal adviserend artsen in de VI's zou op 1 januari 2022 kunnen slinken tot ongeveer 207 VTE, terwijl het arbeidsvermogen van de arbeidsartsen zou kunnen dalen van 650 VTE's in 2020 tot minder dan 500 VTE's vanaf 2030.

Het tekort aan adviserend en deskundige artsen waarover de meeste instellingen momenteel klagen, kan dus tegen 2030 alleen maar groter worden als er intussen geen ingrijpende maatregelen worden

genomen om meer jonge artsen aan te trekken voor deze beroepen en functies. Een van deze maatregelen zou de aanpassing van de openbare aanwervingsprocedure voor artsen moeten zijn, zoals voor advocaten is gedaan.

Geschillen voor de arbeidsrechtbanken

In de verschillende sectoren van de sociale zekerheid heeft de verzekerde het recht om bij de arbeidsrechtbanken en -hoven in beroep te gaan tegen een beslissing die volgt op een evaluatie van zijn arbeidsongeschiktheid¹⁰. De kosten van de procedure worden gedragen door de instelling die de beslissing heeft genomen¹¹. Het College wenste het belang van dit geschil te evalueren, zowel in absolute waarde (aantal beroepen dat jaarlijks wordt ingediend) als in relatieve waarde (verhouding tussen het aantal beroepen en het aantal genomen beslissingen), alsook de financiële impact van deze procedures voor de betrokken instellingen.

De gegevens die hierover werden verzameld, worden gedetailleerd beschreven in bijlage 2. Zoals de lezer zal opmerken, konden slechts voor bepaalde sectoren gegevens worden verkregen. Bovendien zijn de kosten van geschillen voor elke instelling zelden herkenbaar in de jaarverslagen die de verschillende socialezekerheidsinstellingen publiceren.

Deze gegevens zouden echter grondig geanalyseerd moeten worden. Op die manier kan, vertrekkende van een basismetingsmeting, de vermindering van het aantal rechtszaken worden gemeten die zou moeten voortvloeien uit de implementering van een aantal van de hervormingsvoorstellen die in dit verslag zijn opgenomen.

¹⁰ Met name in voornoemde wet van 11 april 1995

¹¹ In toepassing van art. 1017, lid 2 Ger. W.

Uitdagingen

Eerst her-inschakelen, dan compenseren

Het gaat erom ons systeem van sociale bescherming te laten evolueren van een compensatielogica via een inkomensvervangende uitkering naar een aanpak die meer aandacht besteedt aan de re-integratie van de verzekerde in het sociale leven en in het bijzonder in het arbeidscircuit. Hoewel er hier aanzienlijke vooruitgang werd geboekt met de invoering van de re-integratietrajecten vanaf 1 december 2016, is deze ontwikkeling verre van voltooid, zowel op het vlak van regelgeving als van de praktische uitvoering ervan. Commissie 1bis heeft in haar verslag concrete voorstellen gedaan om te zorgen voor een beter evenwicht tussen de compensatie- en re-integratiepolen van het systeem.

Groeiend tekort aan artsen binnen de sociale zekerheid

Sinds een vijftiental jaar kent het systeem van sociale bescherming een uitdaging die jaar na jaar groter wordt: het tekort aan artsen in de sociale zekerheid!

Dit probleem stelt zich vandaag al duidelijk en kan alleen maar verergeren gezien de leeftijds piramide van de artsen die momenteel actief zijn. De functie van arts-deskundige is vrij onbekend en weinig zichtbaar in de ogen van de andere collega-artsen, en dit heeft deels te maken met de versnippering van deze deskundigen in verschillende sectoren. In sommige van deze sectoren is het financiële plaatje weinig aantrekkelijk voor de arts, omdat dit niet in lijn ligt met de evolutie die binnen de curatieve geneeskunde (en dan vooral in de huisartsgeneeskunde) wordt waargenomen.

De verloning voor de verplichte stage als onderdeel van de specialisatie arts-deskundige in de verzekeringsgeneeskunde kan ook een belemmering vormen. Ten slotte wordt ook het ontbreken van een specifiek RIZIV-nummer genoemd als een psychologisch obstakel voor jongeren die geïnteresseerd zijn in een richting in de sociale geneeskunde.

Het is dus van cruciaal belang om jonge artsen aan te trekken die gespecialiseerd zijn in sociale zekerheid om zo het groeiende tekort aan artsen in deze sector op te vangen, een tekort dat het recht van verzekerden om op basis van een objectieve medische beoordeling te kunnen genieten van de sociale zekerheid in gevaar brengt. Dit tekort dreigt binnen enkele jaren te leiden tot een geleidelijke verlamming van de medische evaluatieprocessen.

Dit nijpend artsentekort wordt ook vastgesteld voor specifieke opdrachten (inspectie, controle, audit, handhaving...) in andere sectoren (zoals bijvoorbeeld Volksgezondheid, Gezondheidszorgen en Justitie), die allen samen een enorme budgettaire impact hebben op de openbare uitgaven van ons land.

Gebrekkige communicatie tussen de actoren

De communicatie tussen de actoren lijdt vaak onder de volgende zwakke punten: alle informatie die nodig is om een beslissing te nemen wordt niet of te gedeeltelijk of ongestructureerd doorgegeven, of met grote vertraging, of onrechtstreeks via de betrokken verzekerde. Deze zwakke punten kunnen leiden tot de volgende nadelen:

- Tijdverlies voor de adviserend arts en verlenging van de procedures voordat er een beslissing wordt genomen;
- Grote kloof tussen de uitgevoerde evaluatie en de conclusie ervan, en een eerdere beslissing van een actor van een ander socialezekerheidsstelsel;
- Onbegrip door de verzekerde voor de beslissingen die ten aanzien van hem werden genomen en risico op betwisting van de beslissing voor de arbeidsrechtbanken;
- Onwetendheid over de wettelijke referenties bij de beoordeling in een andere sector kan leiden tot onbegrip tussen de medische actoren die instaan voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid.

Gelijkheid tussen sociaal verzekerden

In de toekomst moet de toegang van de sociaal verzekerde tot de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden vereenvoudigd en moet hun voorlopige uitkering worden gewaarborgd in de situaties waarin er een rechtsonzekerheid bestaat betreffende de instelling die verantwoordelijk is voor de uitbetaling.

Men kan zich vragen stellen bij bepaalde verschillen in behandeling tussen de verschillende takken van de sociale zekerheid: is het opportuun dat de arbeidsongeschiktheid verschillend wordt beoordeeld naargelang de tak in kwestie?

Algemeen gesproken zal de evaluatie van de resterende capaciteiten worden uitgevoerd door de instelling die de persoon ten laste neemt die erkend werd als arbeidsongeschikt. Deze evaluatie heeft echter gevolgen voor de begeleiding die aan de sociaal verzekerde wordt aangeboden. Wanneer een instelling de persoon ten laste neemt, kan het gevolg zijn dat er nooit steun wordt verleend wat betreft re-integratie, als de instelling slecht uitgerust is voor of weinig vertrouwd is met een dergelijk proces of wanneer men op een systeem botst dat niet voorziet in een re-integratie. De ene instelling kan dus over meer of minder voorzieningen beschikken dan een andere, wat een gebrek aan rechtvaardigheid tussen sociaal verzekerden met zich mee kan brengen op het vlak van re-integratie.

Deze verschillen doen zich bijvoorbeeld voor tussen de sector arbeidsongevallen, beheerd door private verzekeraars, en de andere sectoren van de sociale zekerheid. Er zou een debat kunnen ontstaan over de mogelijkheid op langere termijn voor verdere integratie van de arbeidsongevallenregelingen in de openbare sector, naar analogie met wat er bestaat in buurlanden en met name in Frankrijk.

Doeltreffendheid en efficiëntie

Het stelsel van sociale bescherming kan als doeltreffend worden beschouwd voor zover de nadruk wordt gelegd op de middelen, de ondersteuning en de procedures die de re-integratie op de arbeidsmarkt bevordert van een verzekerde wiens gezondheidstoestand is verslechterd.

De efficiëntie van dit systeem verhogen houdt een aanzienlijke vermindering in van het aantal betwistingen rond de toekenning van de rechten. Deze situaties rechtvaardigen het beroep op de arbeidshoven en -rechtbanken en brengen aanzienlijke kosten mee voor de sociale zekerheid. Deze gerechtelijke procedures veroorzaken lange vertragingen die de mogelijkheid om re-integratie door te voeren verder kunnen uitstellen. De re-integratie wordt vaak zelfs in gevaar gebracht door de langdurige gedwongen inactiviteit die het gevolg is van het juridische proces.

De efficiëntie van de ingezette middelen kan worden verhoogd door de verzamelde informatie te standaardiseren en door relevante gegevens systematisch over te dragen tussen de verschillende sectoren van de sociale zekerheid, met inbegrip van de wetsverzekeraars. Volgens sommige ramingen wordt tot 30 % van de tijd van de adviserend artsen momenteel besteed aan het opzoeken van de relevante elementen van het dossier van de verzekerde, elementen die in feite beschikbaar zijn in andere sectoren of administraties.

Ten slotte zullen alle maatregelen om te voorkomen dat een eerdere evaluatie door een andere actor van het systeem wordt herhaald, schaalvoordelen opleveren. Momenteel voeren verschillende federale administraties (RIZIV, RVA, FEDRIS, DG Personen met een handicap, Medex, medische afdelingen van de VI's ...) maar ook de gewestelijke (FOREM, ACTIRIS, VDAB, Dienststelle ...) medische evaluaties uit met het oog op de toekenning van uitkeringen, voordelen of hulpmiddelen voor de socioprofessionele re-integratie. Hun evaluaties worden niet samengevoegd. Een zeer recente uitzondering op deze situatie is de procedure die is ingesteld voor de slachtoffers van de aanslagen in Brussel: deze veronderstelt een unieke expertise en dus het delen van informatie tussen de betrokken partijen.

Kwaliteit van de evaluatie van de arbeidscapaciteit

Het biopsychosociaal model toont voldoende aan dat het ziekteverzuim, vooral wanneer het langdurig is, niet alleen wordt bepaald door de pathologie zelf maar ook door de sociale en milieucontext waarin de persoon leeft. Een kwalitatieve beoordeling moet dus rekening houden met al deze aspecten en hun invloed op de gezondheidstoestand en de mogelijkheden tot herinschakeling. Dit zal enkel mogelijk zijn door multidisciplinaire teams in te schakelen, bestaande uit professionelen die opgeleid zijn in de verschillende medische, sociale en arbeidswetenschappelijke domeinen. Voor deze opleidingen dient de overheid de nodige middelen ter beschikking te stellen.

Transparantie

Het Handvest van de sociaal verzekerde benadrukt de motivering van de beslissingen die worden genomen in de sociale zekerheid. Er moet veel werk worden verricht om niet alleen de beslissingen, maar ook de conclusies van de evaluatie leesbaar en toegankelijk te maken, zodat de sociaal verzekerde (in het kader van een sociaal contract) een volwaardige actor en partner kan worden in zijn/haar gezondheid en arbeidsvermogen. Zo kan een echte dialoog worden aangegaan met het multidisciplinaire team om samen aan een (re-)integratietraject te bouwen.

Tien voorstellen om het systeem te moderniseren

De onderstaande voorstellen kunnen waarschijnlijk niet allemaal binnen dezelfde termijn worden uitgevoerd. Sommige van deze maatregelen kunnen op korte termijn worden toegepast omdat zij geen ingrijpende wijzigingen in de regelgeving vereisen, terwijl er voor andere voorafgaande studies en substantiële wijzigingen in het regelgevingskader nodig zijn. Naar onze mening kadert deze laatste soort in een langetermijnvisie op de evolutie van het socialebeschermingsstelsel. De termijn voor de tenuitvoerlegging van de voorgestelde hervormingen kan dus verschillen, maar het is belangrijk dat de algemene samenhang ervan wordt gehandhaafd en dat men zich bewust is van de complementariteit ervan.

1. Een gemeenschappelijk communicatieplatform en/of een gemeenschappelijk medisch sociaal dossier creëren voor alle sectoren binnen de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid

Het doel van dit platform zou zijn om de raadgevende artsen die behoren tot de medische diensten van de verschillende sectoren van de sociale zekerheid, met inbegrip van de diensten voor arbeidsgeneeskunde en van de arbeidsongevallenverzekering, toegang te geven tot de beslissingen die eerder werden genomen rond een verzekerde inzake arbeidsongeschiktheid. Door dit platform te raadplegen, kunnen tegenstrijdige of te sterk uiteenlopende beslissingen worden vermeden.

Op technisch vlak werden twee soorten oplossingen aangehaald¹².

Een eerste optie zou zijn dat elke socialezekerheidsinstelling systematisch een standaarddocument vanuit haar eigen databank exporteert naar een gemeenschappelijk portaal om een “gedeeld” geheugen op te bouwen van de beslissingen met betrekking tot een sociaal verzekerde. Dit standaarddocument of gestandaardiseerd evaluatieverslag zou een korte beschrijving bevatten van de medische motivaties waarop de beslissing is gebaseerd. Op verzoek van de adviserend arts kan bijkomende informatie verstrekt worden.

Een tweede optie zou zijn om toegang te verlenen tot het individuele dossier van de sociaal verzekerde (of een deel ervan) via een beveiligd portaal, enerzijds aan de sociaal verzekerde zelf en anderzijds aan zijn behandelende arts en aan de verschillende artsen van de openbare instellingen van sociale zekerheid (“OISZ”) en de arbeidsongevallenverzekeraars die belast zijn met de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. De in dit dossier raadpleegbare informatie zou tot het strikt noodzakelijke moeten worden beperkt, maar zou bestaan uit:

- de administratieve informatie die noodzakelijk is om efficiënt te kunnen werken (voor de details van deze gegevens, zie verslag Commissie 1bis);
- de eigenlijke medische gegevens (“gezondheidsgegevens”), voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn en er een voldoende wettelijke basis is voor toegang tot dergelijke informatie. De raadpleging ervan zou geen toegang tot het volledige medisch dossier impliceren.

Beide opties impliceren een evolutie naar een gestandaardiseerd en geïnformatiseerd medisch-sociaal dossier waarvan het centrale gedeelte uniform zou zijn in de verschillende sectoren van de sociale

¹² Eindverslagen van de commissies 1 en 1bis.

zekerheid. Zo legt FEDRIS nu één enkel model van consolidatieverslag op aan de artsen-experten van de wetsverzekeraars¹³.

2. Een balans van de resterende capaciteiten op basis van de ICF¹⁴ maken

De multidisciplinaire evaluatie in het kader van een socioprofessionele re-integratie concentreert zich voornamelijk op de resterende capaciteiten van de verzekerde. Deze capaciteiten worden gemeten, geobjectiveerd en gestandaardiseerd. Het ICF, als voorbeeld van een biopsychosociaal model met zijn internationaal erkende classificatie, zal daartoe als kader dienen. Dit vereist de betrokkenheid van artsen en van niet-artsen in een multidisciplinair team om de resterende capaciteiten zo holistisch mogelijk in kaart te brengen. Voor bepaalde doelgroepen zal het nodig zijn dat de multidisciplinaire teams kunnen beschikken over een Functionele Capaciteits Evaluatie (FCE) hebben. Meer informatie hierover is te vinden in het verslag van de commissie 2 als bijlage.

De resultaten van deze balans worden opgenomen in een "paspoort/verslag" dat toegankelijk zou moeten zijn voor de verzekerde, de artsen van de sociale zekerheid en, met toestemming van de verzekerde, voor de behandelende arts en de bedrijfsarts.

3. De opdracht van de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling om werklozen te begeleiden¹⁵ uitbreiden tot elke eventuele periode van primaire ongeschiktheid

In het kader van het nieuwe re-integratietraject voor langdurig zieken¹⁶ worden de zieken met een arbeidsovereenkomst begeleid door preventieadviseurs-arbeidsartsen in samenwerking met de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen. Werklozen worden daarentegen enkel door de adviserend arts begeleid als ze ziek zijn.

Zou het niet logischer en efficiënter zijn als deze werkzoekenden, die al door de gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling worden gevolgd met het oog op hun professionele plaatsing en beroepsopleiding, hun (her)inschakelingstraject niet onderbroken zouden zien door een bijkomende ziekte, maar integendeel, dat deze gebeurtenis zou worden opgenomen in de longitudinale opvolging zoals elk ander voorval dat een re-integratietraject kan verstoren: financiële zorgen, huisvesting, familiale zorgen ...? De gewestelijke instellingen zouden op die manier nog meer geresponsabiliseerd worden in hun begeleidende rol. Dit zou uiteraard vereisen dat een multidisciplinaire medische evaluatie ter beschikking wordt gesteld van de medische diensten van deze gewestelijke instellingen. Dit zou ook dubbele of zelfs driedubbele evaluaties vermijden door verschillende medische teams

¹³ https://fedris.be/sites/default/files/assets/NL/Ministeriele_aanschrijvingen/2017/aanschrijving-276-consolidatieverslag.pdf

¹⁴ De ICF, internationale classificatie van het menselijk functioneren, handicap en gezondheid volgens de WGO

¹⁵ En ook de uitkering?

¹⁶ Naar het KB van 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft, B.S. 04/11/2016; en het KB van 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft, B.S. 24/11/2016.

(verzekeringsinstellingen, RVA, gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling) die geen toegang hebben tot dezelfde informatie.

4. Een nieuwe benadering van het systeem voor opvolging van de arbeidsongeschiktheid

De primaire ongeschiktheid in de zin van de ZIV¹⁷ stemt thans overeen met het eerste jaar van de ongeschiktheid. Indien de ongeschiktheid langer dan een jaar duurt, is er een overgang naar invaliditeit.

Deze overgang verandert de berekening van de uitkeringen, maar deze andere terminologie heeft vooral een grote invloed op de psychologische en sociale status van arbeidsongeschiktheid. De term 'invaliditeit' verankert (in het hoofd van de sociaal verzekerden en hun omgeving) de ongeschiktheid in een onherroepelijke situatie waarin niets meer kan of moet worden gedaan om de persoon te re-integreren op de arbeidsmarkt.

Bovendien vereisen talrijke ernstige maar geneeslijke pathologieën (kanker, ernstige trauma's, enz.) een behandeling of revalidatie die vaak langer duurt dan het eerste jaar van de ongeschiktheid.

Een wijziging van de terminologie is daarom wenselijk. "**Dingen** slecht benoemen draagt bij aan het **ongeluk** van de **wereld**" ("Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde") schreef Albert Camus!

Men zou verschillende opeenvolgende periodes kunnen onderscheiden tijdens de duur van de arbeidsongeschiktheid:

- De periode van gewaarborgd loon (niet altijd van toepassing): daarvoor is niet de adviserend arts bevoegd, maar wel de werkgever, die eventueel het advies van een door hem aangesteld controlerend arts kan inwinnen.
- De periode van primaire ongeschiktheid zou overeenstemmen met de eerste 6 maanden van de ongeschiktheid. De behandelende arts die de ongeschiktheid voorschrijft zou worden geresponsabiliseerd. De adviserend arts zou de ongeschiktheid (automatisch) erkennen, maar zou over instrumenten beschikken om de 20 tot 25 % van de verzekerden te selecteren die niet spontaan het werk hervatten vóór het einde van de 6^{de} maand, zodat deze specifieke groep vroegtijdig kan worden begeleid. Voor deze specifieke groep zou de behandelende arts worden gevraagd om tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid het contact tussen de patiënt en de bedrijfsarts in een vroeg stadium te bevorderen voor een bezoek vòòr de werkhervatting.
- Vanaf de 1^{ste} dag van de 7^{de} maand van de ongeschiktheid zou men nog niet spreken van invaliditeit, maar van een langdurige ongeschiktheid (in tegenstelling tot de primaire ongeschiktheid). Hier is een goede inschatting van de arbeidsongeschiktheid en van de mogelijkheden tot re-integratie onontbeerlijk. Indien de verzekerde nog een

¹⁷ Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, M.B. 27/08/1994.

arbeidsovereenkomst heeft, dient hiervoor een gestructureerd overleg tussen de adviserend arts en de bedrijfsarts te worden opgezet, indien dit nog niet heeft plaatsgevonden.

- Dit zal een vroege start van een re-integratietraject mogelijk maken.
- Indien uit een (eventueel collegiale) evaluatie, in geval van een re-integratietraject, zou blijken dat een terugkeer naar de arbeidsmarkt definitief is uitgesloten, zou men een definitieve overgang naar invaliditeit kunnen beslissen. Dit zou de tijd vrijmaken die thans wordt besteed aan de opvolging van de invaliditeit. De ervaring en de statistieken tonen aan dat na 24 tot 36 maanden ongeschiktheid de kans op hervatting immers minimaal is.

Voor de periode van langdurige ongeschiktheid (vanaf de 7^{de} maand) zouden stimulansen moeten worden voorzien om werkgevers aan te moedigen mee te werken aan de re-integratie van de sociaal verzekerde in het bedrijf.

NB. De invoering van deze nieuwe fase in de opvolging van ongeschiktheid ten gunste van re-integratie hoeft niet noodzakelijkerwijs gepaard te gaan met een wijziging van het niveau van de vergoeding zoals voorzien na de eerste 365 dagen AO.

5. Een uniek bezoldigingsstatuut creëren voor alle artsen van de sociale zekerheid

Dit statuut zou betrekking hebben op alle artsen die werken binnen de verschillende sectoren van de sociale zekerheid (verzekeringsinstellingen, RIZIV, FOD's, FEDRIS en andere OISZ, ...). Het zou met name de huidige ontwikkeling van concurrentie tussen de OISZ's op het vlak van vergoedingen en extralegale voordelen vermijden. Deze concurrentie, die tot doel heeft om het geringe aantal deskundigen aan te trekken, verhoogt het verloop van artsen in bepaalde instellingen en leidt tot instabiliteit en variabiliteit van de praktijken voor de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid.

Voor een betere attractiviteit zal ook een nieuwe afstemming van dit uniek statuut op de evolutie van de erelonen in de therapeutische sector nodig zijn.

6. Een gemeenschappelijke opleiding verzekeren voor de artsen in de sociale zekerheid en voor de leden van de multidisciplinaire teams

Verder dan een gezamenlijke basisopleiding voor alle artsen van de verschillende takken van de sociale zekerheid beoogt dit voorstel een voortgezette opleiding te creëren, die gemeenschappelijk zou zijn voor alle leden van de multidisciplinaire teams. Deze opleiding zou betrekking hebben op de specifieke domeinen van de multidisciplinaire evaluatie met het oog op de socioprofessionele inschakeling. Aangezien de opleiding een bijzonder verbindend element is, zou ze onder meer de volgende doelstellingen nastreven:

- De teams versterken en een groepsgevoel creëren;
- De herinschakeling behandelen met eenzelfde benaderingsfilosofie;
- Een transversaal uitmuntendheidsniveau garanderen dankzij onder meer een evaluatiesysteem dat tot accreditering kan leiden (zie voorstel 7);

- Op die manier een uitwisseling van informatie en praktijken mogelijk maken in eenzelfde taal en met dezelfde achtergrond tussen de actoren van de verschillende takken van de sociale zekerheid.

De opleiding “disability management” die momenteel georganiseerd wordt door het RIZIV¹⁸ is een goed voorbeeld van de potentiële inhoud van een dergelijke gemeenschappelijke opleiding. In het kader van deze opleiding zouden middelen worden vrijgemaakt voor de financiering van de verplichte stages voor het verkrijgen van de erkenning als arts-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise.

7. Een specifieke erkenning van het statuut van de ‘socialeverzekeringsarts’, die gemeenschappelijk zou zijn voor alle artsen actief op het gebied van de sociale zekerheid

Naast het gemeenschappelijke bezoldigingsstatuut en de organisatie van een gemeenschappelijke opleiding zou een gemeenschappelijke erkenning de aantrekkelijkheid van het beroep vergroten door een beter imago bij de therapeutische sector en zou een grotere maatschappelijke legitimiteit bevorderen voor de essentiële opdracht die deze artsen in de samenleving vervullen.

Dit zou de kwaliteit en de eenvormigheid van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid helpen waarborgen, zowel wat betreft de gebruikte criteria als de competentie van de evaluatoren.

Dit gemeenschappelijk statuut zou kunnen worden opgebouwd door verschillende aanvullende maar van elkaar onafhankelijke initiatieven:

- Naar het voorbeeld van koninklijk besluit nr. 35 van 20 juli 1967 dat de functie van adviserend arts bij de verzekeringsinstellingen organiseert, zou een uniek koninklijk besluit of een specifieke wet het organieke kader voor alle artsen van de sociale zekerheid kunnen organiseren.
- Ter aanvulling van het ministerieel besluit van 22 januari 2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise zouden de erkenningscriteria voor een aanvullende specialisatie als specialist in de geneeskunde van de sociale zekerheid kunnen verduidelijkt worden.
- Een gemeenschappelijke accreditering naar het voorbeeld van de accreditering van de adviserend artsen (KB 11 juni 2011) invoeren.
- Naar het voorbeeld van SMALS, dat is opgezet om de moeilijkheden bij de aanwerving en het management van informaticaspecialisten in de overheidsdiensten aan te pakken, zou het humanresourcesbeleid en de lonen voor alle artsen die momenteel in de sociale zekerheid werkzaam zijn, kunnen worden toevertrouwd aan een gecentraliseerde structuur. Zodoende is er één enkel bezoldigingsstatuut voor hen (voorstel 5) en blijven zij ter beschikking van de verschillende instanties (verzekeringsinstellingen, RIZIV, FOD’s, OISZ’s, ...) waar ze op een stabiele basis zouden blijven geïntegreerd. Het Nationaal College is evenwel niet noodzakelijk unaniem over dit initiatief.

¹⁸ <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/reintegratie/Paginas/disability-management-opleidingen.aspx>

Deze unieke erkenning zou ook, indien nodig, kunnen uitgebreid worden tot de instanties van de deelstaten die medische beoordelingen uitvoeren en zelfs eventueel tot de adviserend artsen van particuliere verzekeraars die bij arbeidsongevallen ingrijpen.

8. Een bemiddelingsinstantie oprichten om het beroep op de arbeidshoven en -rechtbanken te beperken

In overleg met de gerechtelijke wereld moet men beginnen na te denken over de oprichting van een interne beroeps- en bemiddelingsinstantie voor de sociale zekerheid voor geschillen in verband met de evaluatie van arbeidsongeschiktheid. In feite bestaan er reeds bemiddelings- of verzoeningsprocedures in de arbeidsongevallensector, in het bijzonder bij Fedris. Er moet worden bekeken of het mogelijk is dit soort procedures uit te breiden tot andere takken van de sociale zekerheid. Op die manier kan worden voorkomen dat de betwiste gerechtelijke procedures, die meestal betrekking hebben op blijvende arbeidsongeschiktheid, te lang duren, omdat deze termijnen elke mogelijkheid tot herinschakeling van de verzekerde onmogelijk maken.

De organisatie van deze bemiddelings- of beroepsinstantie moet haar onafhankelijkheid ten aanzien van de beslissing in eerste aanleg waarborgen. Zij zou kunnen bestaan uit referentieartsen van de sociale zekerheid die niet bij de eerste beoordeling betrokken waren. Zij zou magistraten kunnen integreren om onpartijdigheid en onafhankelijkheid te garanderen.

Het gebruik bij voorrang van deze bemiddelingsinstantie door de verzekerde zou sterk moeten worden aangemoedigd, maar het beroep op deze instantie sluit niet uit dat de arbeidsrechtbank in geval van mislukking van de bemiddeling uiteindelijk wordt ingeschakeld.

9. De arbeidsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde dichter bij elkaar brengen

Toen in 1965¹⁹ de arbeidsgeneeskunde veralgemeend werd in alle ondernemingen, ongeacht hun omvang, heeft de wetgever ervoor gezorgd dat de bedrijfsarts, met zijn bijna louter preventieve rol, duidelijk gescheiden blijft van de artsen die zorgen verstrekken, en gefinancierd blijft door de werkgevers waarvan hij de werknemers onder zijn hoede heeft. Sindsdien is de context sterk geëvolueerd en drie factoren pleiten vandaag voor een toenadering tussen de arbeidsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. De eerste is de breed gedeelde erkenning van de talrijke interacties van het werk met de algemene gezondheidstoestand van de persoon, en dit naast het bijzondere en specifieke karakter van de zogenaamde beroepsziekten. Een tweede factor is de politieke wil om de herinschakeling te bevorderen van personen die om gezondheidsredenen werden uitgesloten van werk. Die wil heeft zich vertaald in de betrokkenheid van de bedrijfsarts bij de re-intégratietrajecten²⁰ naast de adviserend arts van de verzekeringsinstellingen. En tot slot is er de vaststelling van de gedeelde competenties: zowel de bedrijfsarts als de adviserend arts moeten dagelijks de resterende arbeidscapaciteiten van respectievelijk een werknemer en een sociaal verzekerde beoordelen. Hun

¹⁹ Koninklijk besluit van 16 april 1965 tot oprichting van arbeidsgeneeskundige diensten en tot reorganisatie van eerstehulpverlening op de werkplaatsen en tot wijziging van de titels II en III van het algemeen reglement voor de arbeidsbescherming, BS 04/06/1965.

²⁰ Voormeld KB van 28 oktober 2016 en voormeld KB van 8 november 2016.

rollen zijn niet identiek maar zeer complementair, vooral omdat ze toegang tot gedeelde informatie zullen kunnen hebben.

In een gemoderniseerd socialezekerheidsstelsel zal de bedrijfsarts ongetwijfeld een aparte rol moeten behouden voor de preventie van beroepsrisico's in de onderneming, maar het lijkt noodzakelijk dat hij voor de rest van zijn functie dicht bij de sociale zekerheid komt te staan. Dit zou twee vormen kunnen aannemen: (1) de invoering van een gemeenschappelijke opleidingsbasis tussen de Master in de arbeidsgeneeskunde en de Master in de verzekeringsgeneeskunde over de sociale wetgeving, evaluatiemethodes van de resterende capaciteiten en het beleid ter preventie van professionele uitsluiting; (2) de invoering van een RIZIV-financiering voor bepaalde prestaties van de preventieadviseur-bedrijfsarts in het kader van herinschakelingstrajecten; dergelijke financiering zou afhankelijk zijn van het verwerven van vaardigheden in disability management, die door het RIZIV worden gecertificeerd.

10. Een transversale wetgeving inzake evaluatie van de arbeidsongeschiktheid opstellen voor alle socialezekerheidsstelsels, met inbegrip van de arbeidsongevallenregeling

Het feit dat de dekking van arbeidsongevallen verzekerd wordt door privéverzekeringsmaatschappijen is het resultaat van de geschiedenis: in 1903 aanvaardden de werkgevers om de 1^{ste} sociale verzekering die in België het levenslicht zag, ten laste te nemen. Deze op zich achtenswaardige vrucht van de geschiedenis stelt echter een probleem van samenhang binnen het socialezekerheidsstelsel, waarvan alle andere componenten openbaar zijn van aard. De werkzaamheden van de Commissies 1 en 1bis hebben duidelijk de moeilijkheden aan het licht gebracht die deze tweedeling tussen de private en publieke sector met zich meebrengt.

De geconstateerde inconsistenties zijn waarschijnlijk vooral te wijten aan het ontbreken van precieze criteria voor de beoordeling van ongeschiktheid in de wetgevingen voor de verschillende socialezekerheidssectoren (AO, BZ, RIZIV/ziekenfondsen, RVA, personen met een handicap, enz.). De rechtbanken en gerechtshoven hebben zich dus opgelegd om te proberen criteria te definiëren, maar ze verschillen niet alleen van wetgeving tot wetgeving, van sector tot sector, maar ook tussen de gerechtelijke arrondissementen. Algemeen is er dus een grote beslissingsongelijkheid die gepaard gaat met een reële discriminatie tussen de sociaalverzekerden.

Om een grotere samenhang en gelijke behandeling tussen verzekerden te bevorderen, is er dan ook behoefte aan horizontale wetgeving die van toepassing is op alle sectoren van de sociale zekerheid, met inbegrip van die van de arbeidsongevallen, en die gemeenschappelijke criteria vaststelt voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid/het verlies aan verdien capaciteit. Deze criteria moeten onafhankelijk zijn van het doel van de sectorspecifieke wetgeving (bv. werkloosheidsreglementering (minstens 33 %), ongeschiktheid in verband met AO (schalen van 0 tot 100 %), ongeschiktheid RIZIV of bij de DG Personen met een handicap van meer dan 66 % enz.)

Deze harmonisatie van de wetgeving zou, in het geval van een arbeidsongeval, het gecombineerde gebruik van de twee methoden die momenteel worden toegepast in de sociale zekerheid kunnen opleggen: die van de percentages (0-100 %; wetsverzekeraars) enerzijds en die van de spilwaarden (33 %-66 %; RIZIV, RVA, personen met een handicap, enz.) anderzijds. In dit verband dient de arts

adviseur van de wetsverzekeraar tijdens het consolidatieproces advies uit te brengen over de volgende vragen:

- Is de totale verdien capaciteit van de persoon/het slachtoffer tot 33 % of minder verminderd?
 - o Indien JA, dan is voldaan aan het criterium "> 66 % ongeschiktheid" en wordt de evaluatie opgelegd aan het RIZIV/ZIV. In dit geval zou er een vermoeden zijn van een verband tussen deze ongeschiktheid van meer dan 66 % en het AO, en de wetsverzekeraar zou moeten aantonen dat deze ongeschiktheid van meer dan 66 % geen verband houdt met het AO wanneer hij het geval wil consolideren met een lager percentage van de BAO.
 - o Indien NEEN, zal de adviserend arts van de wetsverzekeraar in het consolidatieverslag moeten verantwoorden wat de persoon concreet kan doen op het werk, en de medisch-juridische gegevens van het consolidatieverslag zouden beschikbaar moeten zijn voor de adviserend arts van de verschillende sectoren van de sociale zekerheid.
 - o De motivatie in het consolidatieverslag zou een mogelijke betwisting door het slachtoffer of een andere sociale zekerheidssector dan de AO-sector vergemakkelijken.
- Als de verdien capaciteit 66 % of minder bedraagt (of in de termen die momenteel worden gebruikt, indien de arbeidsongeschiktheid al dan niet gelijk is aan 33 %), zou deze beoordeling als zodanig kunnen worden overgenomen door de sectoren die deze 33 %-spilwaarde gebruiken: RVA, gewestelijke diensten voor arbeidsbemiddeling enz.).
- Voor verdien capaciteiten van meer dan 33 % (of in de thans gebruikte termen, ongeschiktheid van minder dan 66 %) zouden de artsen van de wetsverzekeraars dezelfde evaluatiemethode als vandaag (schalen van 1 tot 100 %), waaraan eventueel een evaluatieschema zou kunnen worden toegevoegd zoals besproken in commissie 2.

Terugkeer naar het werk is niet enkel een kwestie van begeleiding en medische evaluatie!

De tien bovenstaande voorstellen zijn gericht op het voorstellen van mogelijke hervormingen en reorganisaties van de begeleiding en de medische evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. Het College is zich er evenwel goed van bewust dat het probleem van arbeidsongeschiktheid veel ruimer is dan simpelweg de medische evaluatie.

Het is belangrijk erop te wijzen dat de oorzaken van de arbeidsongeschiktheid multifactorieel zijn en bijgevolg multidisciplinair moeten worden aangepakt en het resultaat zijn van complementaire vaardigheden. Verschillende instanties voor welzijn op het werk en sociaal overleg, zoals de NAR, die werknemers en hun representatieve organisaties en werkgevers en hun werkgeversorganisaties samenbrengt, of de FOD Werkgelegenheid, zijn bevoegd om deze thema's in een breder kader te behandelen. In dit licht is het College bereid zijn expertise inzake medische evaluatie beschikbaar te stellen indien deze instanties deze onderwerpen behandelen.

Conclusies en vooruitzichten

In het kader van het mandaat dat het werd toevertrouwd, heeft het Nationaal College voor socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid in de loop van zijn vierjarig²¹ bestaan getracht de doelstellingen te bereiken, die het werd opgelegd door de voornoemde wet van 25 april 2014, door antwoorden te bieden op de uitdagingen die enerzijds voortvloeien uit het toenemende tekort aan artsen-deskundigen in de sociale zekerheid en anderzijds uit de paradigmaverschuiving die voorrang geeft aan de herinschakeling qua ondersteuning van de arbeidsongeschikte sociaal verzekerden. Dit door de integratie van maatschappelijke evoluties zoals de toenemende behoefte aan communicatie tussen de actoren op het terrein, de bekommernis om billijkheid en transparantie voor de sociaal verzekerden en de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie van de evaluatie in een steeds meer multidisciplinaire context en met de opkomst van nieuwe technologische mogelijkheden.

Het College is zich ervan bewust dat de sociale zekerheid op een keerpunt in haar geschiedenis staat. Hoewel de opvolging van de arbeidsongeschiktheid slechts een element is, staat deze opvolging centraal in alle componenten. Door deze specifieke, maar centrale kwestie aan te pakken, zal men op die manier de filosofie van de sociale zekerheid in perspectief kunnen plaatsen. Vanuit die optiek wil het College het debat openen met de politieke actoren en sociale partners, maar ook met alle burgers, en dat door tien concrete voorstellen op tafel te leggen ter verbetering, evolutie en zelfs ter wijziging van de opvolging van de arbeidsongeschiktheid.

Deze tien voorstellen zijn echter slechts een eerste stap. Andere thema's die ter overweging aan het College werden voorgesteld, zijn nog niet uitgewerkt. Dit is bijvoorbeeld het geval wat betreft de validering van een referentiekader voor de duur van de arbeidsongeschiktheid²² of de evaluatie van het verband tussen "handicap" en werk. Het College pleit dus voor een verlenging van zijn bestaan. Deze verlenging, of het College zelfs permanent maken, zou het mogelijk maken verschillende doelstellingen te bereiken:

- De discussie over de nog niet uitgewerkte thema's voortzetten.
- Het College belasten met de begeleiding van de weerhouden voorstellen.
- Nieuwe onderzoeksopdrachten voorstellen.
- Zorgen voor een permanent ontmoetingsplatform tussen de verschillende actoren op het vlak van arbeidsongeschiktheid.

Het College stelt ook vast dat het domein van de opvolging van de arbeidsongeschiktheid een transversale materie is die tot verschillende bevoegdheidsniveaus behoort, zowel federaal als communautair en gewestelijk. Het College stelt bijgevolg voor om na te denken over de herziening van zijn samenstelling om zich open te stellen voor alle entiteiten die betrokken zijn bij deze materie. Dit vereist waarschijnlijk een samenwerkingsakkoord tussen het federaal niveau en de gefedereerde entiteiten en een debat over de juridische structuur zelf. Hoewel het College zich alleen maar kan

²¹ Het College werd opgericht op 18 december 2016 bij KB en beschikte over een mandaat van 3 jaar om zijn eindverslag op te stellen. Dit mandaat werd op 4 jaar gebracht door het KB van 9 februari 2020.

²² Zie eindverslag van commissie 4

verheugen over de menselijke steun die het heeft gekregen van verschillende administraties, zou een permanent College zeker een reëel werkingsbudget en een permanent secretariaat vereisen.

Door dit eindverslag en deze tien voorstellen te presenteren na vier jaar werk, meent het College ten volle tegemoet te zijn gekomen aan de zorgen die aan de basis lagen van de oprichting ervan. Tegelijkertijd stelt het echter dat dit verslag absoluut nog niet het einde is van de opdracht waarmee het volgens de wet belast werd. Het is aan de regering om na te gaan of zij het passend acht om een vernieuwd college met deze opdrachten te belasten. Dat is in ieder geval de wens van het hele college.

Dankwoord

De inhoud van dit verslag is voor een groot deel te danken aan de voorstellen, suggesties en ideeën die tijdens de werkzaamheden van de commissies op initiatief van het College naar voren zijn gebracht. Speciale dank gaat uit naar diegenen die met volharding en creativiteit deze commissies hebben voorgezeten of als secretaris hebben opgetreden: Anne-Marie Bonroy, Pierre-Paul Watrin, Marc Vandeweerd, Jacques Boly, Saskia Decuman, Jean-Pierre Schenkelaars, Bernard Hepp, Etienne Laurent en Chantal Neiryck.

We willen ook de ambtenaren van de FOD Sociale Zekerheid die belast zijn met de logistieke ondersteuning van het College, Frédéric Sauvage en Thierry De Cuyper, alsook de vertaaldienst van de FOD Sociale Zekerheid bedanken voor hun voortdurende steun bij onze werkzaamheden.

Bijlage 1: EUMASS 2017- Gedragsrichtlijnen voor sociaal verzekeringsartsen

De nationale code van de medische ethiek regelt de activiteiten van elke arts. Gelet op de specifieke inhoud, draadwijdte en bijzonderheden van de verzekeringsgeneeskunde zijn aanvullende gedragsrichtlijnen nodig. Van elke sociaal verzekeringsarts wordt verwacht dat hij deze richtlijnen volgt.

1. De rechten van de aanvrager en andere betrokken partijen eerbiedigen en deze personen met inlevingsvermogen, waardigheid en respect behandelen.
2. Een grondige kennis hebben van de verschillende statuten en wetten die de basis vormen voor verzekeringen en geneeskundige verstrekkingen.
3. De bedoeling van acties en aanvragen verduidelijken, bijvoorbeeld medische verklaringen.
4. Een grondig inzicht verwerven in de gezondheidstoestand van de aanvrager op basis van alle verstrekte informatie, waaronder, indien van toepassing, een zorgvuldig(e) consultatie/onderzoek van de aanvrager en het in overweging nemen van het zelfrapport van de aanvrager.
5. Weeg objectief en onafhankelijk alle beschikbare informatie af tegen de criteria die zijn vastgelegd in de verzekeringswetten en -reglementering.
6. Indien u de aanvrager ontmoet
 - a. zich aan de aanvrager voorstellen als evaluerende/beoordelende arts;
 - b. de aanvrager in begrijpelijke taal informeren over de procedure van de medische verzekeringsevaluatie en de rol van een eventuele begeleider;
 - c. de aanvrager ervan in kennis te stellen dat er geen behandelend arts-patiëntrelatie tot stand zal komen;
 - d. het onderzoek moet relevant zijn en in verhouding staan tot de aanvraag;
 - e. de aanvrager voldoende privacy bieden met betrekking tot alle aspecten die verband houden met de aanvrager;
 - f. het onderzoek afsluiten door de aanvrager mede te delen dat het onderzoek is afgelopen en vragen of de aanvrager aanvullende informatie wenst toe te voegen.
7. Conclusies trekken op basis van hoogstaande professionele normen die gegrond zijn op gedocumenteerde feiten en gedegen medische kennis en waarvoor de onafhankelijke medische evaluator over voldoende kwalificaties en middelen beschikt. Geef een medische motivering voor de conclusie. Geen beoordeling geven indien de medische documenten onvoldoende zijn om conclusies te trekken.
8. Wees bereid om een mogelijk conflict op een professionele en constructieve manier aan te pakken.

9. Staat niet toe dat zijn/haar oordeel wordt beïnvloed door persoonlijk gewin of oneerlijke discriminatie en aanvaard nooit een vergoeding voor diensten die afhankelijk zijn van het opmaken van een verslag dat gunstig is voor gelijk welke partij.

10. Afzien van de gevraagde raadpleging wanneer er een mogelijk beletsel is als gevolg van de relatie met de aanvrager of de behandelend arts, als mogelijk belangenconflict.

11. Vertrouwelijkheid in acht nemen in overeenstemming met de code van medische ethiek en de van toepassing zijnde voorschriften

Bijlage 2: De actoren van de medische evaluatie in het gezondheidssysteem

RVA

De RVA telt momenteel 71 artsen die erkend zijn door het beheerscomité om medische onderzoeken uit te voeren van sociaal verzekerden. Deze 71 artsen zijn eveneens gemachtigd om de RVA te vertegenwoordigen tijdens gerechtelijke expertisезittingen; zij hebben dus niet de hoedanigheid van door de rechtbank aangestelde deskundigen, maar zijn wel aanwezig op de expertisезitting die door deze gerechtsdeskundige wordt vastgelegd.

Erkende artsen verrichten hun prestaties onafhankelijk en onder het statuut van zelfstandige. Bovendien is het voor zover zij “op prestatie” werken dus moeilijk om de tewerkgestelde werkrachten in voltijdse equivalenten (“VTE”) te evalueren.

Het geleverde werkvolume is een gevolg van het aantal uit te voeren medische onderzoeken. Zo stelt de RVA voor het jaar 2019 en met betrekking tot de erkende artsen van het Luikse werkloosheidsbureau vast:

- dat een arts gemiddeld 22 onderzoeken per maand heeft uitgevoerd (1 onderzoek duurt +/- 30 minuten);
- dat een andere arts er gemiddeld 15 per maand heeft uitgevoerd;
- dat een andere arts er gemiddeld 7 per maand heeft uitgevoerd;
- dat een andere arts er gemiddeld 6 per maand heeft uitgevoerd.

Deze verschillen in activiteit tussen artsen houden voornamelijk verband met het feit dat de RVA de sociaal verzekerden probeert door te verwijzen naar de arts het dichtst bij hun woonplaats. Bijgevolg hebben artsen die een praktijk hebben in een dichtbevolkt geografisch gebied (bv. de stad Luik en agglomeratie) doorgaans meer werk dan artsen die gevestigd zijn in minder dichtbevolkte geografische gebieden (bv. de stad Hoi).

FEDRIS

Globaal kan FEDRIS op basis van de cijfers van december 2019 rekenen op:

- 2 VTE statutairen artsen (er werd een extra post geopend op het personeelsplan 2020 maar deze is nog niet ingevuld);
- Een maximum van 14,83 VTE's verdeeld over 45 samenwerkende zelfstandige artsen, maar eigenlijk werden in 2019 13,35 VTE's geteld omdat sommige artsen niet alle contractueel toegelaten prestaties uitvoerden. Deze onafhankelijke artsen-medewerkers werken immers meestal deeltijds en hebben andere publieke (MEDEX, FOD SZ ...) of private 'klanten' (verzekeringen ...). Slechts één van de artsen van FEDRIS is voltijds tewerkgesteld, 10 werken minstens ½, de anderen veel minder. Dit komt omdat niet alle artsen dezelfde categorieën van dossiers behandelen en dus niet volledig uitwisselbaar zijn.

Om bijkomende artsen aan te werven, start FEDRIS sinds eind 2018 opnieuw overheidsopdrachten op. Het is echter niet evident om het kader in te vullen, want naast de administratieve rompslomp die het beheer van overheidsopdrachten met zich meebrengt, wordt het Agentschap geconfronteerd met een tekort aan beschikbare artsen.

FEDRIS beschikt bovendien over 4 arts-sociaal inspecteurs (4 VTE's), statutairen, die rapporteren aan de directie Toezicht en die niet betrokken zijn bij de beoordeling van de schade, maar die het werk van de artsen van de verzekeringsmaatschappijen in het kader van de arbeidsongevallenregeling controleren. Ten slotte is er een onafhankelijke arts-medewerker die enkel de belangen van FEDRIS verdedigt in het kader van gerechtelijke expertises die worden bevolen door de arbeidsrechtbank. Deze arts beoordeelt de ongeschiktheid niet als dusdanig, aangezien hij dossiers verdedigt die werden voorbereid door de andere artsen.

Particuliere verzekeraars – arbeidsongevallen (Assuralia)

Assuralia verklaart het exacte aantal artsen met een bediendestatuut niet te kennen, maar verzekert dat ze niet talrijk zijn (ze zouden maximaal op twee handen te tellen zijn). Enkel grote verzekeringsondernemingen hebben artsen in dienst met een arbeidsovereenkomst en hebben bovendien geen opdracht tot medische evaluatie maar tot advies, supervisie en controle van de medische verslagen en gegevens.

In de meeste gevallen doen verzekeraars dus een beroep op zelfstandige artsen. Op basis van een steekproef van bedrijven werd het aantal artsen met een zelfstandigenstatuut in 2017 geschat op +/- 160. Deze 160 artsen zijn soms partners in dezelfde praktijk (men heeft het aantal van deze praktijken geschat op 145) en hun gemiddelde leeftijd ligt rond de 60 jaar. De werkkraft van deze artsen-deskundigen in voltijdse equivalenten (VTE) is onmogelijk in te schatten, aangezien de werkuren van deze zelfstandigen niet in verhouding tot een VTE worden geschat.

Assuralia benadrukt dat de “markt” van de adviserend verzekeringsartsen onder spanning staat en dat er een risico op schaarste bestaat: de vraag is groot terwijl het aanbod zwak is. De zoektocht naar nieuwe aanwervingen is een zorg van de sector, wat Assuralia en de professionele organisaties van Nederlandstalige (Benevermedex) en Franstalige (Abefradoc) artsen-deskundigen ertoe heeft aangezet om de vzw “Expecto” op te richten en een website te ontwikkelen: www.dr-expecto.be. Dit initiatief maakte het voorwerp uit van een informatiebrief die werd verstuurd naar de politieke wereld en de medische faculteiten. De doelstellingen van deze vzw zijn enerzijds de specialisatie in medische expertise en verzekeringsgeneeskunde bekend te maken en te bevorderen, en anderzijds stages als zelfstandige te organiseren voor de toekomstige artsen-deskundigen.

Bestuur van de medische expertise van de FOD Volksgezondheid – MEDEX

Wat de FOD Volksgezondheid - MEDEX betreft, waren er op 16 maart 2020 21 artsen-ambtenaren werkzaam in de evaluatie van de capaciteiten en van de lichamelijke schade. Parallel met deze artsen is er een netwerk van 81 onafhankelijke controleartsen. Tot slot doet MEDEX voor de opdrachten ter evaluatie van lichamelijke letsels en ter controle van de medische bekwaamheid in de transportsector een beroep op 23 artsen (huisartsen + specialisten) voor de opdrachten van de Gerechtelijk-Geneeskundige Dienst en op 26 artsen voor de andere opdrachten.

Er zijn dus in totaal 21 artsen-ambtenaren (statutairen en contractuelen) en 130 artsen die per prestatie betaald worden.

De artsen van MEDEX komen op verzoek van de openbare werkgever tussenbeide voor de controle op ziekteverzuim, maar ook in het kader van de "Pensioencommissie" van de openbare dienst. Deze laatste heeft een vrij brede opdracht, aangezien zij niet alleen kan beslissen over het vervroegd pensioen, maar ook over professionele heroriëntatie, of toestemming kan geven voor deeltijds werk of overplaatsing naar een andere functie. Slechts in ongeveer 30 % van de behandelde gevallen gaat de beslissing van de Commissie over het vervroegd pensioen.

Medische controle

Heel wat bedrijven in de particuliere sector maken gebruik van controleartsen om de geldigheid van het ziekteverlof tijdens de periode van gewaarborgd loon te controleren. Deze artsen zijn meestal huisartsen die deze activiteit deeltijd als zelfstandige uitoefenen. Deze artsen treden vaak op in het kader van verenigingen van controleartsen die hun diensten aanbieden aan werkgevers.

Deze controle geneeskunde wordt ook uitgevoerd voor de overheidsadministraties van de deelgebieden, en in het bijzonder voor de onderwijssector van de gemeenschappen van het land (MEDEX is enkel bevoegd voor de federale administratie).

Een belangrijk verschil tussen deze controleartsen en de evaluerend artsen in de sociale sector is dat de evaluerend artsen geen specifieke opleiding in expertise hebben.

RIZIV en verzekeringsinstellingen

Concreet waren er op 1 januari 2015 volgens de gegevens van de verzekeringsinstellingen 334 actieve adviserend artsen, goed voor 303,6 VTE; op 1 januari 2020 zijn er slechts tot 294 adviserend artsen (265,4 VTE) met een gemiddelde leeftijd van 53,6 jaar.

Op basis van deze demografische ontwikkeling zouden er slechts 207 VTE adviserend artsen overblijven op 1 januari 2022, wat neerkomt op een daling met 32 % in 7 jaar.

Bij het RIZIV heeft de afdeling uitkeringen 18 artsen in dienst, terwijl de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) 4 artsen die arbeidsongeschiktheid evalueren.

DG Personen met een handicap

Officieel zijn er 26 statutaire ambtenaren adviserend artsen en (minstens) 99 zelfstandigen.

Wat de onafhankelijke artsen van de DG Personen met een handicap betreft, waren er voor de prestaties van januari en februari 2019 55 Nederlandstalige artsen en 42 Franstalige artsen die vorderingen hebben ingediend, d.i. in totaal 97 artsen. Voor 2020 werd een bedrag van 5.500.000 euro voorzien in het budget voor de betaling van de zelfstandige artsen.

Op basis van een interne studie binnen de DG in september 2018 waren er op dat ogenblik 83 onafhankelijke artsen die voor de DG in totaal 32,575 VTE presteerden, hetzij gemiddeld 0,39 VTE per arts. Indien de 5 voltijdse artsen van de berekening worden uitgesloten, bedraagt het gemiddelde 0,35 VTE per arts.

Arbeidsgeneeskunde

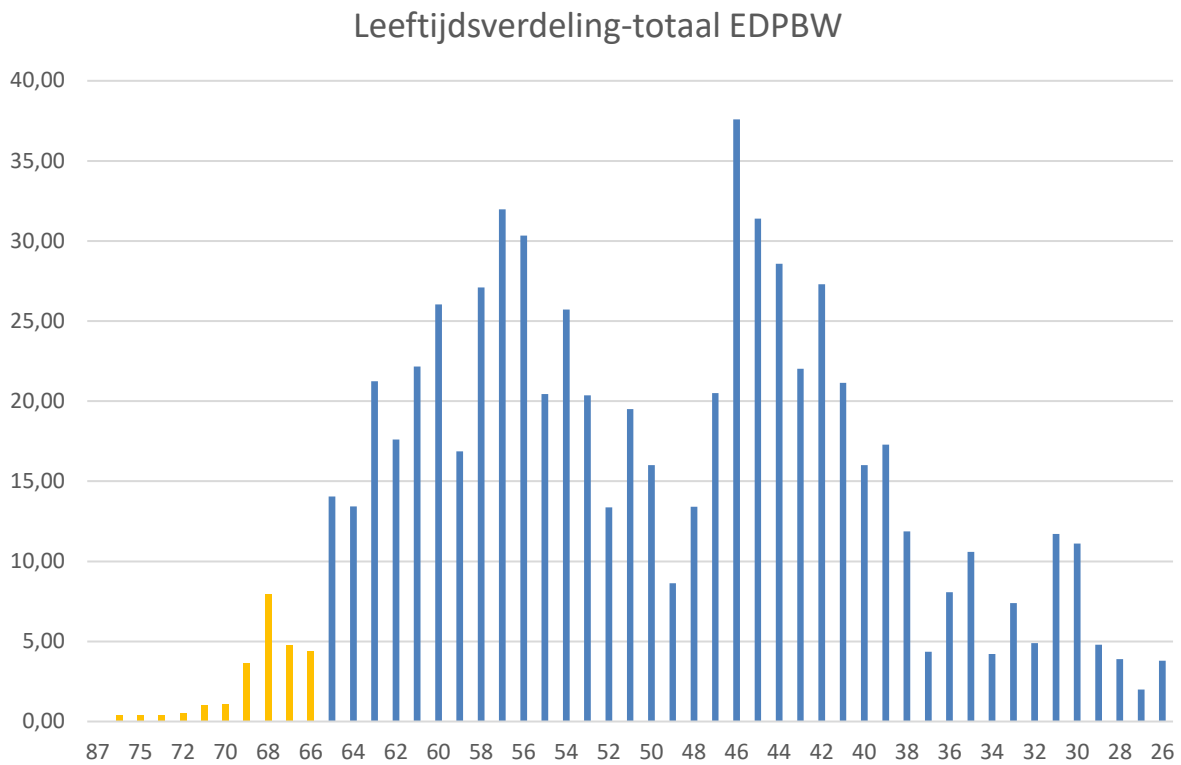
De bedrijfsartsen en de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk die een beroep doen op hen, behoren niet tot de sociale zekerheid, maar zijn betrokken bij de procedures voor re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers²³. Zo hebben de bedrijfsartsen, naast hun opdrachten inzake preventie op de werkplaatsen, de taak om de arbeidsgeschiktheid van de werknemers in verband met de uitgeoefende functie of de werkpost binnen de onderneming te evalueren. Deze beoordeling van de arbeidsgeschiktheid maakt deel uit van het reglementair kader voor alle functies of posten die blootgesteld zijn aan een beroepsrisico; ze gebeurt in het bijzonder bij de toewijzing van een nieuwe werkplaats (aanwerving of overplaatsing), bij de periodieke gezondheidsbeoordelingen en bij de werkhervattingsonderzoeken na een werkonderbreking van vier weken of langer wegens ziekte, ongeval of zwangerschap.

In 2017 waren er 877 arbeidsartsen binnen de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk ("EDPBW"), ofwel 693,4 VTE²⁴; de vrouwelijke artsen vertegenwoordigen ongeveer 60 % van het totaal en dit percentage zal in de toekomst toenemen omdat de mannelijke artsen in de meerderheid zijn boven de 50 jaar. De koepelvereniging van de Belgische EDPBW's (CoPrev) schat de huidige arbeidskracht (in 2020) op ongeveer 650 VTE's. Deze werkkraft bedroeg in 2012 nog 746,2 VTE's voor ongeveer 1.000 arbeidsartsen. Er is dus een voortdurende erosie van het aantal arbeidsartsen en de verwachting is dat dit zo zal blijven doorgaan omwille van de leeftijdspiramide van de arbeidsartsen (zie figuur 1 hierna). Zoals blijkt uit de figuur, was er in 2017 een groot aantal artsen ouder dan 55 jaar die de komende 10 jaar dus met pensioen zullen gaan. Afhankelijk van de huidige instroom in het beroep zal de arbeidskracht binnen de arbeidsgeneeskunde vanaf 2030 dalen tot onder de 500 VTE's.

²³ Zie Boek 1, Titel 4 – Maatregelen in verband met het gezondheidstoezicht op de werknemers van de Codex over het welzijn op het werk

²⁴ Bron: CoPrev 2020

Figuur 1: Leeftijdspiramide van arbeidsartsen werkzaam in 2017 bij EDPBW



Bovenstaande cijfers hebben betrekking op de artsen actief in de EDPBW's. Een aantal artsen zijn tewerkgesteld in de interne diensten (IDPBW) van grote ondernemingen. Het zou momenteel gaan om 50 à 60 artsen met een werkkraft van ongeveer 50 VTE's²⁵.

²⁵ Bron VVIB-AMTI (Vereniging Voor Interne Bedrijfsartsen - Association des Médecins du Travail Internes)

Bijlage 3: Geschillen voor de arbeidsrechtbanken

FEDRIS

Wat de dossiers rond beroepsziekte betreft, wordt gemiddeld tegen 6 % tot 7 % van de beslissingen die aan de verzekerde worden meegedeeld in beroep gegaan (de verzekerde beschikt over een termijn van een jaar om de beslissing te betwisten).

Zo werd er in 2018 692 keer in beroep gegaan, wat overeenstemt met 7,17 % van de door Fedris in 2017 betekende besluiten betreffende beroepsziekten. Een meerderheid van deze beroepsprocedures heeft betrekking op de schade (V.T.A., G.B.A. ...) en de medische evaluatie ervan, maar er zijn ook beroepsprocedures die verband houden met het begrip 'beroepsziekte' zelf en bijvoorbeeld met de niet-blootstelling aan het risico. De genomen beslissing kan gebaseerd zijn op het advies van een ingenieur zonder het advies van een arts, wat in dit geval nutteloos is.

Dit geschil voor de arbeidshoven en -rechtbanken brengen, impliceert uiteraard kosten voor het Federaal Agentschap maar deze financiële gegevens worden niet gepubliceerd. .

Voor arbeidsongevallen geeft Fedris in zijn jaarverslag enkel gegevens over de frequentie en ernst van de ongevallen. De financiële gegevens moeten voornamelijk gezocht worden bij de private verzekeringsmaatschappijen. Aangezien de rol van Fedris als verzekeraar zeer beperkt is, beogen de beroepsprocedures in dit kader meestal de terugvordering van zijn uitbetalingen bij een niet-verzekerde werkgever.

Particuliere verzekeraars – arbeidsongevallen (Assuralia)

De cijfergegevens op de site van Assuralia voor 2018 en de privésector²⁶ vermelden een totaal van premies van 985.000.000 euro en een percentage algemene kosten van 20 %, inclusief 7 % commissies aan makelaars en tussenpersonen.

Binnen deze algemene kosten verklaart Assuralia niet in staat te zijn om de kosten te preciseren die verband houden met gerechtelijke geschillen, noch het aantal beroepsprocedures dat werd ingesteld tegen een beslissing van de arbeidsongevallenverzekeraar. Er moet echter worden benadrukt dat de beroepsprocedure niet noodzakelijk verband houdt met de medische evaluatie.

RIZIV

In 2019 ontving het RIZIV 172 verzoeken tegen beslissingen van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (73 in het Frans en 99 in het Nederlands).

Bestuur van de medische expertise van de FOD Volksgezondheid – MEDEX

De pensioencommissies die MEDEX organiseert hebben de Raad van State en niet de arbeidsrechtbanken als rechtsmacht in beroep.

DG Personen met een handicap

De DG heeft een bedrag van 1.392.000 euro voor de betaling van geschillen (artsen-deskundigen, advocaten, procedurekosten) laten opnemen in haar begroting voor 2020.

²⁶ <https://www.assuralia.be/nl/studies-en-cijfers/kerncijfers-per-tak/444-kerncijfers-arbeidsongevallen>

Het aantal beroepsprocedures dat in 2019 werd ingediend, bedroeg 2.226, d.i. 0,64 % van de productie.



© 2020

FOD Sociale Zekerheid

Administratief Centrum Kruidtuin
Finance Tower
Kruidtuinlaan 50
1000 Brussel

Verantwoordelijke uitgevers

Philippe Mairiaux
Jean-Pierre Schenkelaars

D 2021/10.770/02



.be