



Nationaal College voor sociale verzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid

**Bijlage 1bis: Concreet voorstel voor een
gemeenschappelijke en moderne
beoordelingsmethode voor arbeidsongeschiktheid**
December 2020



Federale Overheidsdienst
Sociale Zekerheid

.be

Nationaal College voor sociale- verzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid

Eindverslag van commissie 1bis

Maart 2020

Inhoudstafel

| | |
|--|-----------|
| GEBRUIKTE AFKORTINGEN | 5 |
| DOELSTELLINGEN EN OPDRACHT VAN DE COMMISSIE..... | 6 |
| DIAGNOSE VAN DE PROBLEMEN BIJ DE BEOORDELING VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN MOGELIJKE OPLOSSINGEN..... | 8 |
| ZWAARTEPUNT 1: COMMUNICATIE TUSSENACTOREN..... | 8 |
| <i>Probleem 1: gebrek aan communicatie en te trage communicatie tussen actoren.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Mogelijke oplossingen voor probleem 1</i> | <i>9</i> |
| ZWAARTEPUNT 2: KWALITEIT VAN DE BEOORDELING..... | 10 |
| <i>Probleem 2: ontoereikende kwaliteit van de beoordeling</i> | <i>10</i> |
| <i>Mogelijke oplossingen voor probleem 2</i> | <i>11</i> |
| ZWAARTEPUNT 3: GELIJKE BEHANDELING TUSSEN SOCIAAL VERZEKERDEN | 13 |
| <i>Probleem 3: niet-homogene beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de gevolgen daarvan voor de begeleiding.....</i> | <i>13</i> |
| <i>Een ondoorzichtig socialezekerheidsstelsel.....</i> | <i>14</i> |
| <i>Tegenstrijdigheden in het socialezekerheidsstelsel.....</i> | <i>15</i> |
| <i>Mogelijke oplossingen voor probleem 3</i> | <i>16</i> |
| BIJLAGE 1 - VOORSTEL VOOR HET GENERIEKE PROCES VOOR DE ZORG (EVALUATIE/GEOPTIMALISEERDE RE-INTEGRATIE) VOOR ARBEIDSONGESCHIKTE PERSONEN IN HET KADER VAN DE SOCIALE VERZEKERINGEN | 19 |
| BIJLAGE 2 – VOORWAARDEN VOOR KWALITEITSVOL VERZEKERINGSGENEESKUNDIG WERK | 21 |
| BIJLAGE 3 – DIMENSIES VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID | 25 |
| <i>Aard van de schade ingevolge arbeidsongeschiktheid.....</i> | <i>25</i> |
| <i>Drie stappen in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en haar gevolgen.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Tijdelijke/kortdurende en blijvende/langdurende arbeidsongeschiktheid.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Drie manieren om de ‘graad van arbeidsongeschiktheid’ vast te stellen.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Het verlies van verdienvermogen.....</i> | <i>28</i> |
| <i>De definitie van de gezondheidsstoornis.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Een louter ‘medische’ of een ‘holistische’ benadering?</i> | <i>30</i> |
| <i>Arbeitsongeschiktheid en werkloosheid</i> | <i>31</i> |
| <i>Herstellen en vergoeden</i> | <i>31</i> |

Gebruikte afkortingen

VGUV: verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

AO: arbeidsongeval

DMFA: déclaration multifonctionnelle/multifunctionele aangifte

OISZ: openbare instelling van sociale zekerheid

ISZ: instelling van sociale zekerheid (inclusief de privéverzekeringen voor de AO's)

AG: adviserend arts

Medex: administratie van de medische expertise

BZ: beroepsziekte

VI: verzekeringsinstelling

Doelstellingen en opdracht van de commissie

Het Nationaal College heeft besloten een 'commissie 1bis' op te richten naar aanleiding van een brief van minister De Block van 13 augustus 2018. In haar brief stelde de minister voor dat de nieuwe commissie zich zou buigen over de volgende vragen:

- Hoe kunnen we concreet gebruik maken van de gemeenschappelijke en moderne beoordelingsmethoden in de socialezekerheidsstelsels en het openbaar ambt, aan de hand van het thans belangrijkste voorbeeld van de ziekteverlofregeling in het openbaar ambt? [...]
- Wat zijn de synergieën tussen de verschillende wetgevingen, waarover een medische consensus kan worden bereikt? Hoe kunnen de artsen van de verschillende sectoren het best met elkaar communiceren, bijvoorbeeld door een protocol uit te werken waarin de vaststellingen worden uitgewerkt en geïntegreerd. [...]
- Wat is de methodologie om een positief medisch gebruik te garanderen, d.w.z. gericht op de resterende capaciteiten van de betrokkene en niet op wat hij niet meer kan doen? [...]
- Hoe kunnen we dubbele beoordelingen voor eenzelfde medisch probleem voorkomen door dit instrument in de praktijk te brengen?

Gezien de omvang van de aldus toevertrouwde opdrachten en de beschikbare tijd (minder dan 18 maanden) zijn de leden van de nieuwe commissie het eens geworden over de volgende samenvatting van de doelstellingen voor hun werkzaamheden:

- concreet een gemeenschappelijke en moderne methode formuleren voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid in de socialezekerheidsstelsels en voor het openbaar ambt; deze aanpak moet gericht zijn op de resterende capaciteiten door een onderscheid te maken tussen de periodes en de zieken of gewonden die wellicht kunnen worden gere-integreerd in het bedrijf of de algemene arbeidsmarkt, en deze die niet meer in aanmerking komen voor professionele re-integratiemogelijkheden;
- mogelijke synergieën tussen de verschillende wetgevingen in beeld brengen, op het zeer praktische niveau van de communicatie tussen artsen, bijvoorbeeld door een protocol uit te werken waarin de vaststellingen worden uitgewerkt en geïntegreerd. Naast communicatie moet eveneens worden gekeken naar de situaties waarin het mogelijk is dubbele beoordelingen te voorkomen of tot een gezamenlijke beoordeling te komen om niet-gerechtvaardigde tegenstrijdigheden te vermijden.

Het nastreven van de aldus gedefinieerde doelstellingen brengt per definitie een aantal complexe kwesties met zich, zowel op juridisch vlak (een eigen wettelijk en reglementair kader voor elke instelling van sociale zekerheid) als op het vlak van de communicatie tussen de actoren en de communicatie met de sociaal verzekerden (eerbiediging van het privéleven en AVG). De in dit verslag besproken en voorgestelde mogelijke oplossingen houden rekening met deze beperkingen en verplichtingen. De leden van de commissie zijn zich er terdege van bewust dat hun voorstellen niet alle vaak genoemde problemen of tekortkomingen oplossen, maar het is volgens hen wel een eerste stap om te voldoen aan drie transversale criteria binnen de sociale zekerheid:

- sociale billijkheid: de sociaal verzekerde vlotter toegang geven tot de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de voorlopige betaling ervan garanderen wanneer er rechtsonzekerheid bestaat inzake de instelling die de uitkering moet uitbetalen;

- efficiëntie: het aantal situaties waarin het toekennen van de rechten betwist wordt, situaties die het inschakelen van de rechtbank en arbeidsrechtbank rechtvaardigen en aanzienlijke kosten voor de sociale zekerheid met zich brengen, aanzienlijk verminderen;
- doeltreffendheid: in alle omstandigheden de nadruk leggen op de middelen, ondersteuning en procedures om de re-integratie van een verzekerde met een gezondheidsbeperking op de arbeidsmarkt te bevorderen.

Diagnose van de problemen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en mogelijke oplossingen

Om de aan de commissie toegewezen opdrachten te kunnen uitvoeren, hebben de leden drie zwaartepunten toegelicht, telkens met een beschrijving van het probleem en de mogelijke oplossingen. De onderstaande nota werd bewust beknopt gehouden en is bedoeld om de overheid te helpen bij haar keuze van het gewenste beleid.

Het is van essentieel belang dat alle betrokken actoren **de gestelde diagnose delen**, om ervoor te zorgen dat de opgezette projecten de problemen wel degelijk oplossen.

Bij deze nota zijn drie bijlagen gevoegd: een eerste over de algemene beoordelingsprocedure, een tweede over de kwaliteit van de beoordeling en een derde over de dimensies van de arbeidsongeschiktheid.

Zwaartepunt 1: communicatie tussen actoren

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid is een vlotte communicatie tussen de actoren van de sociale zekerheid onontbeerlijk.

Probleem 1: gebrek aan communicatie en te trage communicatie tussen actoren

In bepaalde situaties **communiceren** de actoren van verschillende takken van de sociale zekerheid **niet of te traag**, bijvoorbeeld:

- wanneer de wetsverzekeraar de tijdelijke volledige arbeidsongeschiktheid beëindigt en de persoon doorverwezen wordt naar zijn ziekenfonds wanneer hij vindt dat hij nog steeds niet kan werken. De adviserend arts van het ziekenfonds verliest dan veel tijd om de medische informatie voor een gefundeerde beslissing te verkrijgen (hij kent de resultaten van bepaalde onderzoeken niet enz.);
- wanneer werkhervatting mogelijk wordt, maar de communicatiekanalen tussen de betrokkene, zijn behandelend arts, zijn adviserend arts, zijn arbeidsarts en de AG van de AO-verzekeraar niet efficiënt genoeg zijn. Er is weliswaar een positieve trend, maar deze zou niet volstaan en niet op alle domeinen een effect hebben. Zo beslist de wetsverzekeraar vaak te geïsoleerd wanneer een arbeidsongeschiktheid beëindigd wordt, zonder de situatie van de verzekerde voldoende te kennen. Het is niet zeker dat een betere communicatie tot 'overlegde' beslissingen zou leiden, maar de beslissingen zouden wel met kennis van zaken worden genomen.

Mogelijke oplossingen voor probleem 1

Het individuele dossier van de sociaal verzekerde, dat via een beveiligd portaal kan worden geraadpleegd, moet toegankelijk zijn voor de sociaal verzekerde en de verschillende artsen van de ISZ's die belast zijn met de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. De informatie in dit dossier zou beperkt moeten blijven tot wat strikt noodzakelijk is, maar bevat twee soorten gegevens die nodig zijn voor de medische beoordeling:

- a. administratieve informatie: niet de eigenlijke medische gegevens, maar wel noodzakelijk om snel en efficiënt te kunnen werken. De werkgroep vindt onder meer volgende gegevens belangrijk: burgerlijke staat, toelating tot een opleiding of vrijwilligerswerk door een ISZ en huidig statuut, lopend onderzoek, gewerkte jaren, aanvullende activiteiten, datum van laatste werk, sector, huidige werkgever, functie of niveau, huidig re-integratietraject, contactgegevens van de andere artsen enz. Deze lijst is niet uitputtend en zou door andere deskundigen moeten worden getest. Bepaalde artsen hebben toegang tot deze informatie via de databases Athena Career, Dimona en DMFA;
- b. de eigenlijke medische gegevens ('gegevens over de gezondheid'), voor zover deze informatie noodzakelijk is en de toegang tot dergelijke informatie een toereikende rechtsgrondslag heeft. Het raadplegen van deze gegevens impliceert niet dat het volledige medische dossier toegankelijk is.

Om deze uitdaging aan te gaan, moeten **communicatietools** voor informatieverbreiding worden uitgewerkt. Er moet worden nagedacht over de voor- en nadelen van elk voorstel.

Volgende tools zou kunnen worden bestudeerd om te bekijken of ze moeten worden uitgebreid (onderstaande, niet-uitputtende lijst geeft enkele voorbeelden):

- Mediflow, dat Medex gebruikt, en Publiato om informatie over arbeidsongevallen met Fedris en de overheidswerkgevers uit te wisselen;
- Medic-e, dat de DG Personen met een handicap gebruikt via eHealth;
- EHBOX, dat een beveiligd platform voor artsen is;
- eHealth;
- IDES, dat in de communicatie tussen de VI's en het RIZIV wordt gebruikt.

Een andere optie is het exporteren van een modeldocument uit de gegevensbank die eigen is aan elke instelling van sociale zekerheid om te komen tot een 'gedeeld' geheugen op een gemeenschappelijk portaal. Dit document zou dan een korte beschrijving bevatten van de medische redenen waarop de beslissing is gebaseerd. Bijkomende informatie zou op verzoek kunnen worden verstrekt.

Indien de sociaal verzekerde daar toestemming voor geeft, zou alle informatie toegankelijk moeten zijn voor hemzelf en zijn behandelend arts, welke tool ook wordt gekozen. De verslagen van de onderzoekende artsen zouden evenwel niet toegankelijk zijn op dit portaal. Er zou precies moeten worden bepaald wie toegang tot het dossier moet krijgen, welke gegevens zij raadplegen, en het ogenblik waarop ze er toegang toe mogen hebben.

In het algemeen verwijst de werkgroep naar de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens¹, en benadrukt hij dat de regels inzake het gedeelde beroepsgeheim verder moeten worden uitgewerkt². De leden benadrukken in het bijzonder het beginsel van transparantie van de gegevens (waarborgen van de vertrouwensrelatie van artsen met de sociaal verzekerden). In deze context is een studie over de aspecten in verband met de bescherming van het privéleven onontbeerlijk, waarbij niet alleen met de laatste wets hervormingen (wet van 30/7/2018), maar ook met de geschillen over bestaande portalen (bijv. arrest van het Grondwettelijk Hof in het kader van de oprichting van eHealth³) rekening moet worden gehouden.

De adviezen van de Gegevensbeschermingsautoriteit en de Nationale Raad van de Orde der artsen zouden noodzakelijk zijn om bovengenoemde mogelijkheden uit te voeren.

Zwaartepunt 2: kwaliteit van de beoordeling

De kwaliteit van de beoordeling is een cruciaal punt dat tot nu toe weinig aandacht heeft gekregen van de overheidsinstanties die belast zijn met de verschillende takken van de sociale zekerheid. We lichten het probleem toe en stellen vervolgens mogelijke oplossingen voor.

Het ligt voor de hand dat de beoordeling van de ongeschiktheid van een sociaal verzekerde kan variëren naargelang de evolutie van de context en het ogenblik waarop deze beoordeling wordt uitgevoerd.

De kwaliteit van de beoordeling is belangrijk om de verschillende taken van de onderzoekende arts uit te voeren. Deze variëren naargelang de tak. Doorgaans wordt een percentage van arbeidsongeschiktheid vastgesteld en wordt beoordeeld of de betrokkene nog in staat is lonend werk uit te oefenen op de arbeidsmarkt in het algemeen of in staat is het overeengekomen werk te hervatten.

Probleem 2: ontoereikende kwaliteit van de beoordeling

Volgens de leden van de commissie wordt de **kwaliteit van de beoordeling** van de ongeschiktheid vooral om drie redenen bekritiseerd:

- 1/ Een **concrete** beoordeling van het verdienvermogen ontbreekt regelmatig. Sommige bestaande procentuele beoordelingen weerspiegelen niet echt een beoordeling van het verlies van economisch potentieel⁴. Volgens de werkgroep zou

¹ Belgisch Staatsblad, 5 september 2018

² Alleen de noodzakelijke elementen moeten worden gedeeld. Voorts dient opgemerkt dat men aan een geheim gebonden moet zijn om het te kunnen delen.

³ Grondwettelijk Hof, arrest van 18 maart 2010, nr. 29/2010

⁴ Zie bijv. D. Simoens, "Evaluatie van arbeidsongeschiktheid bij mentale, psychische of neurologische stoornissen", *TSR*, 2003, blz. 42-43

het begrip 'verdienvermogen' baat hebben bij een definitie en verduidelijking, wat een werk van lange adem is. De echte vraag is of de sociaal verzekerde werkelijk in zijn levensonderhoud kan voorzien door 100 % te werken of in hoeverre een tijdelijke of definitieve aanpassing moet worden toegepast, bijvoorbeeld in het kader van een re-integratietraject. In dit verband moet ervoor worden gezorgd dat de beoordeling gebeurt met het oog op vergoeding EN re-integratie. Eerst moet dit probleem worden opgelost voordat de volgende drie kunnen worden aangepakt.

- 2/ Sommige onderzoekende artsen hebben **niet genoeg tijd** om naar behoren een beoordeling uit te voeren (bijvoorbeeld in de ziekenfondsen)⁵.
- 3/ De onderzoekende artsen hebben niet altijd **voldoende (of actuele) kennis of de juiste opleiding** gevolgd om de beoordeling uit te voeren, waarvoor niet alleen medische kennis, maar ook kennis van het werk, de werkomstandigheden en de daaruit voortvloeiende fysieke en psychologische vereisten nodig zijn. Twee kernproblemen op dit vlak zijn enerzijds het gebrek aan kennis van bepaalde pathologieën (waarvoor een lijst zou moeten worden opgesteld; geestelijke gezondheidsproblemen zijn zeker een aandachtspunt) en anderzijds het gebrek aan tools om de arbeidsongeschiktheid en de resterende capaciteiten te beoordelen. Soms voeren paramedici de beoordeling uit (niet alleen het voorbereidende werk). Kennis van ergologie ontbreekt vaak.

De leden van de commissie nemen ook nota van situaties, zonder dat deze moeten worden veralgemeend, waarin bepaalde onderzoekende artsen zouden kunnen worden geleid door een financiële logica, omdat hun opdrachtgever meer belang heeft bij de ene beslissing dan de andere. Het feit dat elke tak van de sociale zekerheid (probleem 3) de beoordeling afzonderlijk uitvoert, is een van de factoren die bijdragen tot deze logica.

Deze problemen hebben gevolgen voor niet alleen de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid, maar ook de professionele re-integratie van de verzekerden, die niet altijd voldoende in aanmerking wordt genomen wegens een onvolledige of ontoereikende beoordeling.

Mogelijke oplossingen voor probleem 2

Er moeten tools en processen worden ingevoerd om deze problemen aan te pakken. Het doel van de beoordeling moet duidelijk zijn en de arts moet over de nodige kennis beschikken om de beoordeling uit te voeren (met of zonder hulp van andere beroepsbeoefenaars).

- De werkgroep stelt een dynamisch proces voor de beoordeling van de ongeschiktheid en de resterende capaciteiten voor. Dit zou problemen 1 en 2 gedeeltelijk kunnen oplossen, aangezien het proces verschillende stappen en een minimumtijd voor elke stap zou omvatten om de kwaliteit van de beoordeling te waarborgen.

⁵ Bepaalde artsen in de openbare sector kunnen het slachtoffer evenwel zo vaak als gewenst zien.

Dit – gefaseerde – proces mag evenwel geen belemmering vormen voor een globale benadering van de situatie van de persoon (holistische benadering van het probleem). Bijlage 1 bevat een ontwerp van de verschillende fasen van dit proces. Bijlage 2 herkadert de context van de beoordeling en stelt kwalitatieve elementen voor waarmee rekening moet worden gehouden bij elke beoordeling van het verlies van verdienvermogen, alsook het algemene historische kader waaraan aandacht moet worden besteed om niet tot dezelfde misstanden als in het verleden te leiden. Om de concrete beoordeling te helpen verduidelijken, zouden ergologische studies zeer waardevol kunnen zijn, aangezien ergologen zich baseren op specifieke tabellen om de situatie van de arbeidsmarkt te beoordelen. In bepaalde gevallen zou de kwaliteit van de beoordeling ook baat kunnen hebben bij de vaardigheden die kunnen worden ingezet op het vlak van ergonomie. De kerndoelstelling van ergonomie is immers de relatie tussen de (fysieke en mentale) vereisten van de taak of functie en de resterende capaciteiten van de sociaal verzekerde te analyseren. In dit verband is het Nederlandse voorbeeld interessant. De beoordeling is er immers opgesplitst in volgende delen: medische aspecten, het soort toegankelijke banen en de beoordeling van het loonverlies.

- Wat het derde probleem betreft – de gebrekkige kennis van de onderzoekende artsen en hun opleiding – hebben andere landen opleidingssystemen en bepaalde stimulansen uitgewerkt om dit probleem op te lossen. De situatie van de opleiding van de onderzoekende artsen in België zou onder de loep moeten worden genomen en er zou moeten worden nagegaan of een van de oplossingen uit het buitenland geschikt zou zijn voor/aangepast zou kunnen worden aan België. Er dient op gewezen dat faculteiten in het noorden van het land een brede gemeenschappelijke basisopleiding aanbieden voor de opleiding van de evaluatoren in zowel de sociale als de privéverzekering en in de arbeidsgeneeskunde.
- Een vergelijkende analyse van de opleidingssystemen in het buitenland kan het derde probleem (dat van de opleiding) helpen op te lossen. Bovendien zou het ook raadzaam zijn een lijst op te stellen van de paramedici en hun taken wettelijk vast te leggen⁶. De **verantwoordelijkheden en taken** van de verschillende (medische en paramedische) actoren moeten duidelijk worden gedefinieerd en er moet ervoor worden gezorgd dat de beginselen worden toegepast. Er moet ook worden nagedacht over de opleiding die nodig is voor de medische en paramedische

⁶ Voor een wettelijk vastgelegde lijst van paramedici, zie artikel 153, § 4 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994: "De organisatie en de coördinatie van de activiteit van de adviserende artsen in elke verzekeringsinstelling worden toevertrouwd aan een arts-directeur. De geneesheren-directeurs zien erop toe dat de adviserende artsen over een paramedische en administratieve ondersteuning beschikken, die naargelang van hun behoeften bestaat uit kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedische en administratieve medewerkers, personeelsleden van de verzekeringsinstellingen, aan wie zij enkel de opdrachten die zijn bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kunnen delegeren. De adviserende artsen zijn verantwoordelijk voor de correcte uitvoering van de taken die zijn toevertrouwd aan de medewerkers die hen bijstaan." De taken zijn evenwel niet gedefinieerd in de wet van 14 juli 1994.

beroepen. Er zou kunnen worden overwogen dat deze opleiding binnen de twee jaar na de indiensttreding moet zijn afgerond (cf. opleidingen van de preventieadviseurs).

- Wat de beoordelingstools betreft, gaat geen enkele handleiding over de arbeidsongeschiktheid in economische zin. De *Répertoire opérationnel des métiers et des emplois (ROME)* is wellicht een van de weinige handleidingen die in de buurt komt. Om het werk in economische zin te evalueren, zou het nuttig zijn een volledig nieuw instrument, of programma, uit te werken dat het mogelijk maakt rekening te houden met de dynamische ontwikkelingen op de markt. Van de tools waarover elke instelling zou moeten beschikken, wordt de ICF-handleiding steeds vaker gebruikt om de resterende capaciteiten te beoordelen, vooral in het noorden van het land, ook al was dit niet de oorspronkelijke bedoeling ervan. De handleiding is indicatief, maar het verlies van verdienvermogen kan er niet mee worden beoordeeld. Daarom moet de beoordeling van de resterende capaciteiten goed worden onderscheiden van de beoordeling van het verlies van verdienvermogen.

Er zou een tool kunnen worden ontwikkeld die de voordelen van de ICF en ROME combineert. Zou dit de beste optie zijn? Er zal goed moeten worden gedefinieerd wat er wordt beoordeeld om deze tool uit te werken (geschiktheid voor een specifiek werk of verlies van verdienvermogen op de arbeidsmarkt in het algemeen).

Zwaartepunt 3: gelijke behandeling tussen sociaal verzekerden

Hoewel elke tak van de sociale zekerheid zijn eigen regels heeft, ook qua voorwaarden voor toegang tot en toekenning van sociale uitkeringen, blijft het een feit dat deze takken een geheel vormen, de 'sociale zekerheid'.

De leden van de werkgroep vragen zich af hoe het zit met bepaalde verschillen in behandeling tussen de takken: is het gepast arbeidsongeschiktheid anders te evalueren volgens de betreffende tak? Moet er geen rekening worden gehouden met de communicerende vaten tussen takken van de sociale zekerheid wanneer we opmerken dat sociaal verzekerden van de ene tak naar de andere overgaan omdat een overheidsbeleidslijn in werking treedt in een bepaalde tak (zie bijlage 2)?

Probleem 3: niet-homogene beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de gevolgen daarvan voor de begeleiding

Doorgaans worden de resterende capaciteiten beoordeeld door de instelling die de als arbeidsongeschikt erkende persoon begeleidt. De beoordeling van de arbeidsongeschiktheid heeft immers gevolgen voor de begeleiding van de sociaal verzekerde. Het feit dat een bepaalde instelling de arbeidsongeschiktheid ten laste neemt, kan tot gevolg hebben dat er

nooit een re-integratiebegeleiding wordt opgestart indien de instelling slecht uitgerust is voor/weinig vertrouwd is met een dergelijk proces of geconfronteerd wordt met een stelsel dat geen ruimte biedt voor een mogelijke re-integratie (afgezien van andere individuele factoren die re-integratie onmogelijk of moeilijk maken). Er kunnen dus verschillen in behandeling zijn omdat de ene instelling beter uitgerust is dan de andere. Het einde van een arbeidsongeschiktheid in een tak kan ook het einde van de begeleiding betekenen.

De uiteenlopende beoordelingen zijn blijven bestaan omdat geen enkele instelling aanvaardt dat een andere instelling kan beslissen dat iemand geschikt of ongeschikt is: het aantal verzekerden in 'haar' tak van de sociale zekerheid (en niet in een andere) kan hierdoor immers toenemen.

Een ander probleem is dat elk stelsel de sociaal verzekerde op verschillende tijdstippen beoordeelt en dat de daaruit voortvloeiende beslissing mogelijk niet meer overeenstemt met de situatie van de persoon. Bovendien leggen de beoordelingen, ook al worden ze op hetzelfde ogenblik uitgevoerd, verschillende procedures en criteria op. Het is dus niet verwonderlijk dat ze tot een ander resultaat leiden. Een echte harmonisatie van de beoordeling is dus niet mogelijk zonder enige harmonisatie van de regelgeving.

De verscheidenheid aan instrumenten, instellingen of interpretaties van dezelfde instrumenten leidt tot twee grote ontsporingen:

Een ondoorzichtig socialezekerheidsstelsel

Het stelsel is heel onduidelijk voor de burger, maar ook voor de beroepsbeoefenaars van de instellingen van sociale zekerheid.

- Zo wordt het feit dat de adviserende artsen van de herverzekeraars adviezen formuleren en de artsen-experten van Medex beslissingen nemen, niet altijd begrepen door de slachtoffers zelf en de artsen van de verschillende instellingen.
- De takken van de sociale zekerheid gebruiken verschillende begrippen voor het werk dat als referentie wordt genomen om de ongeschiktheid van de sociaal verzekerde te evalueren. In het kader van de sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (ZIV/VGVU) wordt het begrip "beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding" gebruikt. Dit begrip bestaat echter niet voor de openbare dienst.

In de arbeidsongevallenregeling heeft het slachtoffer, indien hij de behandeling die hem met het oog op zijn wederaanpassing wordt voorgesteld, weigert of voortijdig verlaat, recht op een vergoeding die overeenstemt met zijn graad van arbeidsongeschiktheid, berekend naar zijn arbeidsmogelijkheden in zijn

oorspronkelijke beroep of in een voorlopig beroep dat hem schriftelijk wordt beloofd.

Tegenstrijdigheden in het socialezekerheidsstelsel

Soms zijn er **tegenstrijdigheden** tussen beoordelingen omdat **beoordelingen** van instellingen **niet tegenwerpbaar** zijn: dit kan leiden tot rechtsonzekerheid van de sociale dekking van de verzekerde en zijn professionele re-integratie in gevaar brengen, aangezien er tijd verloren gaat voordat de verzekerde door de 'juiste' instelling wordt begeleid.

Hoewel er instrumenten bestaan waarmee de voorrang van de beslissing van de ene instelling van sociale zekerheid boven de andere impliciet kan worden afgeleid (zoals de administratieve instructie van de RVA 060.D.01.), merken sommige auteurs op dat dit bijvoorbeeld 'een zeker risico op gepingpong tussen de werkloosheidsverzekering en de ZIV niet voorkomt'⁷. Dezelfde auteurs wijzen ook erop dat de werkloosheidsreglementering de tijdelijke begeleiding van de verzekerde slechts uitdrukkelijk regelt wanneer deze een gerechtelijke procedure inleidt om de beslissing van de verzekeringsinstelling aan te vechten⁸. Volgens auditeur en auteur Charles-Eric Clesse leidt het gebrek aan harmonisatie tussen sectoren tot kafkaïaanse situaties⁹: wie in de ene sector ongeschikt wordt geacht, heeft geen garantie dat hij in een andere sector als zodanig wordt beschouwd. Hij loopt dus het risico geen enkele bescherming te krijgen. Het probleem is niet theoretisch. Zo legt de coördinerend arts van de medische dienst van de RVA uit dat de verzekerde vaak 'enigszins gegijzeld' wordt door de uiteenlopende meningen van de artsen van de verschillende instellingen¹⁰. De artsen hebben vaak een andere mening over het vaststellen van de graad van arbeidsongeschiktheid of de beoordeling van de verergering van de gezondheidstoestand. Ook lopen de meningen van de adviserend arts/arts-expert in arbeidsongevallen en de adviserend arts van het ziekenfonds uiteen. Hun beoordelingen hebben weliswaar een ander doel, maar men kan zich toch afvragen hoe de rechtszekerheid van een verzekerde die een erkend arbeidsongeval heeft en het antwoord van zijn ziekenfonds afwacht, kan worden vergroot.

⁷ M. Jourdan, S. Remouchamps, "La prise en compte de l'état de santé du chômeur dans la réglementation de l'assurance-emploi", op. cit., blz. 247

⁸ Ibidem

⁹ C.-E. Clesse, "Préalable sur l'expertise judiciaire sociale. Approche comparative de l'incapacité dans les secteurs chômage, maladie invalidité et allocations aux personnes handicapées", *Justice et dommage corporel. Panorama du handicap au travers des divers systèmes d'aide et de réparation*, sous la direction de J.-P. Beauthier, hoofdstuk 3, Brussel, Larcier, 2011, blz. 148

¹⁰ V. De Greef, *Droit au travail et troubles mentaux. Une analyse critique des exclusions et des inclusions par le droit en assurance chômage et en aide sociale*, Brussel, la Chartre, coll. "Association belge pour le droit du travail et de la sécurité sociale", 2016, blz. 65

Mogelijke oplossingen voor probleem 3

A/ Een enkele instelling hebben, of een instelling oprichten die de ongeschiktheden beoordeelt. Zelfs al heeft elke sector zijn eigen werkwijze (en eigen criteria), toch moet het verdienvermogen telkens worden geëvalueerd. Zo kan schoon schip worden gemaakt met de huidige situatie (en de vele complexe reglementeringen) en worden nagedacht over wie het best in staat is de arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Dit kunnen artsen zijn die gespecialiseerd zijn in verzekeringsgeneeskunde en medische expertise, die worden bijgestaan door deskundigen inzake de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld in ergologie) om te beoordelen of de persoon een reële kans heeft op het vinden en behouden van lonend werk op de arbeidsmarkt, rekening houdend met zijn kwalificaties en arbeidsverleden, met andere woorden, 'zijn' arbeidsmarkt (zodat het verdienvermogen kan worden beoordeeld), d.w.z. het vinden en behouden van werk dat hem in staat stelt een inkomen te hebben, rekening houdend met zijn kwalificaties en arbeidsverleden.

In het verleden, meer bepaald in 1985, hebben verschillende deskundigen voorgesteld een medisch-sociale dienst in socialezekerheidshuizen op te richten, die het mogelijk moest maken het begrip arbeidsongeschiktheid in de praktijk te uniformeren¹¹. Het was een gedecentraliseerd orgaan van de medisch-sociale dienst dat ressorteerde onder de Minister van Volksgezondheid, die bevoegd is voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid¹². Voor de auteurs van het voorontwerp moest deze dienst in ieder geval bestaan uit een erkende verzekeringsarts, een erkende ergoloog en een maatschappelijk werker¹³. Er kon ook worden samengewerkt met een psycholoog, een revalidatiedeskundige en andere deskundigen¹⁴.

De leden willen dat het eerste hierboven beschreven voorstel prioritair op haalbaarheid wordt onderzocht. Zij zijn zich ervan bewust dat een dergelijke oplossing tegelijkertijd een verregaande harmonisatie van de verschillende systemen (criteria, procedures, termijnen) met zich brengt. Zij wijzen evenwel op andere mogelijkheden die bepaalde problemen zouden kunnen oplossen, maar volgens hen niet in dezelfde mate als het eerste voorstel. In dit verband zal moeten worden onderzocht of dit ene orgaan betrekking kan hebben op de openbare dienst en de specifieke kenmerken ervan (uitputting van het ziektequotum enz.).

¹¹ *Parl. stukken*, Kamer, Koninklijke Commissie ter voorbereiding van de codificering, de harmonisering en de vereenvoudiging van de sociale zekerheid in het kader van de algemene hervorming van die wetgeving, Eindverslag en voorontwerp van het wetboek van sociale zekerheid, 29 augustus 1985, nr. 1352

¹² Artikel 277 van het voorontwerp van het wetboek van sociale zekerheid

¹³ Artikel 459, tweede lid van het voorontwerp van het wetboek van sociale zekerheid

¹⁴ *Ibidem*

B/ Een enkele instelling hebben, of een instelling oprichten die arbeidsongeschikte personen begeleidt, zelfs indien verschillende instellingen de verzekerden blijven beoordelen

C/ Alle actoren behouden die thans met de beoordeling belast zijn, maar ervoor zorgen dat er een vermoeden van arbeidsongeschiktheid bestaat wanneer een van hen een beslissing over de arbeidsongeschiktheid heeft genomen; een dergelijk vermoeden zou tot gevolg hebben op zijn minst door de 'volgende' onderzoekende actor te worden geraadpleegd om inconsistenties te voorkomen

D/ Alle actoren behouden die thans met de beoordeling belast zijn, maar ervoor zorgen dat één instelling primeert op de andere: dit sluit het vorige voorstel niet uit, maar zou een aanvulling erop kunnen zijn

E/ Alle actoren behouden die thans met de beoordeling belast zijn, maar een verplicht overleg voorstellen wanneer de beoordelingen tegenstrijdig zijn, met een arbitrageprocedure indien er geen overeenstemming kan worden bereikt

F/ Alle onderzoekende actoren van alle takken in kaart brengen en een contactpunt vermelden (een kaart voor de werknemers en contractuelen van het openbaar ambt, federale ambtenaren, ambtenaren van de deelgebieden enz.)

G/ Een algemeen beoordelingsmodel uitwerken dat zou worden omgezet in alle wetgevingen en reglementeringen van de takken van de sociale zekerheid (zie voorstel in bijlage 1)

H/ Gemeenschappelijke beoordelingstools gebruiken om het verdienvermogen te meten en een werkgroep oprichten waar gelijkaardige/verschillende interpretaties van de tools worden besproken (tools: zie de voorstellen bij probleem 2)

I/ Transversaal nadenken over hoeveel tijd het de instellingen van sociale zekerheid kost (veel of weinig) om de ongeschiktheid te beoordelen (zie bijlage 2)

J/ Voor het openbaar ambt 'één enkel beoordelingsagentschap' oprichten dat de enige werkgever zou zijn, zowel voor de federale overheid als voor de deelgebieden, de Gemeenschappen en de lokale overheden (dit is een van de voorstellen van commissie 3 van het Nationaal College).

Sommige opties veranderen het huidige stelsel minder, maar zijn daarom niet eenvoudiger in te voeren: het is moeilijk vast te stellen of er politieke overeenstemming kan worden bereikt over de voorrang van de ene instelling boven de andere of dat een vermoeden van

ongeschiktheid na de beslissing van een instelling evenveel waard zou zijn voor een andere instelling. Om die reden zijn de leden van de groep niet zo'n voorstander van mogelijkheden C en D.

In ieder geval moet *op zijn minst* ervoor worden gezorgd arbeidsongeschiktheid niet alleen te beoordelen aan de hand van het begrip 'resterende capaciteiten', dat zelf baat zou hebben bij een definitie. In alle situaties is verdienvermogen een economisch begrip. Wordt de situatie niet economisch geanalyseerd, dan kan dit ook ertoe leiden dat onvoldoende rekening wordt gehouden met het 'onthaal' van bepaalde werkzoekenden op de arbeidsmarkt (zo wordt het verdienvermogen van schizofrenen sterk verminderd omdat veel werkgevers bang voor hen zijn; slechthorenden kunnen wel werken, maar sociaal gezien is het voor hen veel moeilijker om werk vinden, waardoor hun verdienvermogen sterk vermindert, hoewel ze nog veel resterende capaciteiten hebben). Er moet ook ervoor worden gezorgd dat personen niet – tenzij ze dat willen – gestimuleerd worden om een beroep te kiezen waarvoor ze medisch geschikt zijn, maar dat niet overeenstemt met hun opleiding.

Bijlage 1 - Voorstel voor het generieke proces voor de zorg (evaluatie/geoptimaliseerde re-integratie) voor arbeidsongeschikte personen in het kader van de sociale verzekeringen

1/ Toelating voor arbeidsongeschiktheid (voorwaarden)

2/ Verzamelen van de gegevens die nodig zijn voor een oriëntatie van de situaties (cf. dit verslag)

3/ Sorteren - tussen 4 weken en 3 maanden maximum – in verschillende categorieën op basis van de prognose

Het sorteren gebeurt onafhankelijk van de werkgever van de persoon, met als doel zich te richten op de re-integratie en de begeleiding van de persoon en niet op de re-integratie bij de huidige werkgever (waardoor bepaalde trucjes worden voorkomen). Het sorteren moet daarentegen gebeuren in functie van de arbeidsmarkt en niet in abstracto.

- a) Re-integratie in werk dat wordt uitgeoefend op het moment van de erkenning zonder aanpassing van de werkpost of van de arbeidsvoorwaarden
- b) Re-integratie in het werk dat wordt uitgeoefend op het moment van de erkenning met nodige aanpassing van de werkpost of van de arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld overstappen naar deeltijds werken)
- c) Laatste werk niet mogelijk en noodzaak om van functie te veranderen met of zonder noodzakelijke aanpassing
- d) Re-integratie mogelijk met een opleiding *
- e) Prognose die nog niet kan worden vastgesteld en die binnen een nader te bepalen termijn opnieuw moet worden beoordeeld
- f) Er is geen re-integratie mogelijk, zelfs niet met de opleidingsopvolging (voorstel Vanessa: tenzij de persoon een dergelijke opleiding aanvraagt, die kan worden toegekend onder de voorwaarden die door de ISZ's zijn vastgesteld)

(*) vereist in sommige gevallen een onderzoek van oriëntering en in het geval dat een opleiding nodig is, rekening houden met de motivatie, wat onmiddellijk de vraag oproept wat er gebeurt als er geen motivatie is)

4/ Multidisciplinaire begeleiding van groepen b, c, d, (motivatie, oriëntatie, contacten) en medische opvolging van groep e

5/ Evaluatie aan het eind van het proces voor de verschillende categorieën op basis van een medische datum (a, e, f) of aan het eind van het re-integratieproces (b, c, d)

In VGVU en voor de ambtenaren in functie van het feit of een professionele re-integratie al dan niet mogelijk is, rekening houdend met de motivatie voor d.

Ook voorzien in een bijzonder statuut voor situaties van langdurig deeltijds werk.

In AO en BZ indien er geen re-integratie mogelijk is of geen motivatie is, en ook de beperking van de arbeidsmarkt en de aantasting van het concurrentievermogen

N.B.: bij gebrek aan personeel dat beschikbaar is om een tijdige evaluatie te waarborgen en te zorgen voor een nauwlettende opvolging, is dit alles niet van toepassing

Bijlage 2 – Voorwaarden voor kwaliteitsvol verzekeringsgeneeskundig werk

De sociaal-verzekeringsgeneeskundige activiteit wordt gereguleerd door wetten, koninklijke besluiten en reglementen. Maar de beste wetgeving volstaat niet om goede resultaten te bereiken: daarvoor zijn er mensen op het terrein nodig, die instaan voor de uitvoering ervan. Er moet voldoende personeel zijn, dat personeel moet de juiste competenties hebben en het moet voldoende vrijheid hebben om het eigen werk te organiseren. De omvang en de kostprijs van het arbeidsverzuim door arbeidsongeschiktheid verantwoordt de inzet van ruime middelen, die uiteraard doelmatig moeten worden aangewend.

Hoewel bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling een zekere systematiek noodzakelijk is, zal deze beoordeling nooit in algoritmes gegoten kunnen worden, die dan 'automatisch' zouden kunnen worden toegepast. Zich arbeidsongeschikt melden is een vorm van ziektegedrag. Als men enige invloed wil hebben op dit ziektegedrag, moet de verzekerde op het juiste tijdstip en op de juiste manier worden aangesproken. De verzekerde moet op zijn minst het gevoel hebben dat hij zijn toestand van arbeidsongeschiktheid moet verantwoorden. Hij is geen willoze actor in een proces dat zich buiten hem afspeelt: hij is de centrale figuur om wie het draait.

Met betrekking tot ziekte en gezondheid, arbeidsgeschiktheid en -ongeschiktheid, is de persoonlijke visie en houding van de betrokkene essentieel. Hijzelf stelt op een bepaald ogenblik vast dat hij niet helemaal gezond is en hijzelf beslist in belangrijke mate of hij in die toestand het werk al dan niet kan voortzetten. De Nederlandse psychiater en cultuurfilosoof J.H. van den Berg heeft geruime tijd geleden al duidelijk gemaakt dat het hier om een cruciaal beslissingsmoment gaat¹⁵. Behalve in gevallen van evidente arbeidsongeschiktheid (beenbreuk, acute infectieziekte...) heeft de geraadpleegde arts veelal weinig objectieve elementen om dit besluit te verifiëren. Toch legitimeert hij het haast altijd met een arbeidsongeschiktheidsattest. Zolang de arbeidsongeschiktheid duurt, herhaalt dit beslissingsmoment zich elke dag. Behalve weer in een aantal evidente situaties van arbeidsongeschiktheid, maakt de betrokkene telkens weer voor zichzelf uit of hij al dan niet het werk kan hervatten. De dokter die gevraagd wordt te controleren of een bepaalde arbeidsongeschiktheid nog verantwoord is, staat dikwijls voor een zeer moeilijke opdracht, vooral in die gevallen waar een duidelijk aanwijsbaar somatisch lijden afwezig is.

Het belang van een persoonlijk contact – op het juiste moment – met een verzekeringsgeneeskundige of een andere professional met de juiste deskundigheid kan niet overschat worden. Volgens alle beschikbare kennis moet dit contact zo vroeg mogelijk plaatsvinden, maar niet vroeger dan nodig. De beoordeling van dat tijdstip behoort tot de vakkennis van de sociaal- verzekeringsgeneeskundige en kan niet op zodanige wijze in regels worden gegoten dat het antwoord er altijd automatisch uit voortvloeit. Toestaan dat een verzekerde zijn arbeidstaken mag neerleggen is een therapeutische act. Het neerleggen van de arbeid kan nodig zijn om de gezondheid

¹⁵ Van den Berg J.H., *De psychologie van het ziekbed*, G.F. Callenbach, Nijkerk, 1957.

te behouden of te herstellen, maar het hervatten van de arbeid is in vele gevallen even hard noodzakelijk om hetzelfde doel te bereiken. Net zoals de curatieve arts of de revalidatiearts zijn patiënt opvolgt en op het juiste moment de correcte behandeling aanbiedt, moet de verzekeringsgeneeskundige de bevoegdheid en de vrijheid hebben om het medicijn 'arbeidsongeschiktheid' toe te dienen. De juiste dosering ervan is even belangrijk als de juiste dosering van een geneesmiddel. Een arbeids-ongeschiktheid te lang erkennen heeft nevenwerkingen die de gezondheid schaden, net zoals het overdoseren van een geneesmiddel. Als het behouden of het herwinnen van de gezondheid in brede zin (zowel lichamelijk, psychisch als sociaal) het oogmerk is, kan de verzekeringsgeneeskundige zijn medische kennis optimaal aanwenden. Hij handelt dan niet langer louter als een controleur, maar als een therapeut, de taak waarvoor hij is opgeleid.

Een visie op 'arbeidsongeschiktheid' als een therapeutisch middel dat tot doel heeft de gezondheid van de verzekerde te bevorderen, lost trouwens vele problemen op waarmee het klassieke model, dat zich concentreert op de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door letsels en stoornissen, voortdurend worstelt. Zwangerschap, bijvoorbeeld, is geen ziekte, ook geen letsel of stoornis, maar kan wel verantwoord worden dat de zwangere de arbeid neerlegt, namelijk wanneer haar gezondheid of die van de foetus door de arbeid bedreigd wordt. Dit model kan worden uitgebreid: soms is het nodig de arbeid neer te leggen om de gezondheid van anderen te vrijwaren. De patiënt met een open tuberculose 'kan' misschien nog werken, maar hij wordt arbeidsongeschikt verklaard omdat hij de gezondheid van anderen in gevaar brengt.

De opdracht van de sociaal-verzekeringsgeneeskundige wordt nog bemoeilijkt door het feit dat de sociale verzekering zelf invloed heeft op het ziektegedrag. Reeds in 1974 schreef de Nederlandse sociaal-psychiater Weijel 'dat het systeem van de sociale zekerheid een hoeksteen is van een moderne humane maatschappij en een zegen voor het volk. Maar het verandert beslist het ziektegedrag en daarvoor moet betaald worden. De verandering is niet alleen een medisch probleem zonder meer, het is een medisch probleem in een sociale context. (...) De historische ontwikkeling heeft alleen ziekte tot een werkelijk excuus gemaakt om uit de maatschappij te vallen en derhalve wordt alle menselijke ellende, mislukking en gebrek via de medische kanalen gedraineerd.'¹⁶

De sociaal-geneeskundige die in deze context zijn werk moet doen, heeft behoefte aan opleiding, training en ondersteuning bij het uitvoeren van zijn moeilijke taak. Wetenschappelijk onderzoek, dat aangeeft welke strategieën succesvol zijn, moet richting geven aan zijn handelen. Hij wordt niet geholpen door regelgevers die zich zonder kennis van de praktijk met zijn taak bemoeien.

Daarnaast is er ook nood aan een voortdurende monitoring, zowel kwalitatief als kwantitatief, van de populaties in de arbeidsongeschiktheidsstatistieken, en dat niet alleen op landelijk niveau, maar ook

¹⁶ Weijel J.A., "De invloed van sociale zekerheid in een maatschappij van overvloed op ziektegedrag", *Tijdschrift voor sociale geneeskunde*, 1974, 52, 209-215.

op het niveau van de groepen waarvoor een bepaalde equipe van verzekeringsgeneeskundigen verantwoordelijkheid draagt. Enkel op die manier kan de sociaal-verzekeringsgeneeskundige het succes of de tekortkomingen van zijn aanpak opvolgen en bijsturen. Uiteraard moet men daarbij gebruik maken van valide en betrouwbare indicatoren, en dat zijn niet noodzakelijk de indicatoren die het gemakkelijkst verzameld kunnen worden. Momenteel ontbreekt dit soort monitoring, en de eraan gekoppelde bijsturing, bijna volledig. Maar ook dat veronderstelt de ondersteuning van mensen die – met kennis van zaken – deze statistieken opvolgen.

Tot slot is er een grote behoefte aan communicatie: tussen de verzekerings-geneeskundigen (werkzaam voor verschillende instellingen van sociale zekerheid) onderling, maar ook met de arbeidsartsen en de artsen in de therapeutische sector. Al te vaak verloopt deze communicatie enkel via de verzekerde zelf. Ook al is die te goeder trouw, men mag niet verwachten dat hij de adviezen of de beslissingen van die artsen op een neutrale en objectieve wijze doorgeeft. Het resultaat is dat de betrokken artsen niet op de hoogte zijn van de motieven van elkaars beoordelingen. Heel wat problemen van juridische, deontologische en praktische aard kunnen de vereiste communicatie in de weg staan, maar er moet voor deze problemen een oplossing worden gevonden, met respect voor de gerechtvaardigde belangen van de verzekerde.

Sociaal-verzekeringsgeneeskundigen hebben geen gemakkelijk taak. Men acht hen verantwoordelijk voor het verzekeringsgeneeskundig beleid en zij worden erop aangesproken als de resultaten daarvan niet met de verwachtingen overeenstemmen. Bij contacten met de artsen-adviseurs op het terrein blijkt echter dat zij heel wat kanttekeningen maken bij de huidige gang van zaken.

- Adviserende artsen geven aan dat zij worden overstelpt met allerlei administratieve verplichtingen waarvan het nut twijfelachtig is en die hen beletten zich bezig te houden met de opvolging en de re-integratie van de arbeidsongeschikten. Bij het uitvoeren van die taken krijgen ze te weinig administratieve ondersteuning.
- Zij worden steeds minder betrokken bij het uitstippelen van het beleid met betrekking tot de opvolging van de arbeidsongeschiktheid. Strategische en organisatorische beslissingen worden op administratief niveau genomen, zonder werkelijke inspraak van de adviserende artsen.
- Alle wetgeving en regelgeving ten spijt, worden arbeidsongeschikte verzekerden niet voldoende opgevolgd. Vaak verstrijken er vijf of zes maanden voordat er een eerste persoonlijk contact is met verzekerden bij wie een eerder contact absoluut noodzakelijk is. Terecht wordt sinds enkele jaren de klemtoon op de re-integratie gelegd, maar ten onrechte heeft het beleid aangenomen dat controle dan niet meer nodig is. De arbeidsongeschikte verzekerde die maandenlang ongemoeid wordt gelaten en wiens erkenning maand na maand verlengd wordt, ervaart geen enkele druk om zijn arbeidsongeschiktheid te beëindigen, ook als zijn gezondheidstoestand een werkhervatting niet in de weg staat.
- De nieuwe regeling met betrekking tot de attestering van de arbeidsongeschiktheid (attesten met begin- en einddatum) bemoeilijkt, paradoxaal genoeg, in een aantal situaties de opvolging van de arbeidsongeschiktheid door de adviserende artsen van de ziekenfondsen.

- De overheden en de verzekeringsinstellingen geven niet de indruk dat zij erop uit zijn dat de arbeidsongeschiktheid correct wordt beoordeeld en dat de periode van arbeidsongeschiktheid zo kort mogelijk wordt gehouden. Sommige adviserende artsen zeggen onomwonden dat hun opdrachtgevers blijkbaar meer geïnteresseerd zijn in de voordelen die het verstrekken van uitkeringen voor hun instelling meebrengt: inkomsten en bestaanszekerheid.
- De beschreven toestand draagt ertoe bij dat weinig artsen nog geïnteresseerd zijn in het beroep van sociaal-verzekeringsgeneeskundige. Niet alleen het artsentekort is daarvoor verantwoordelijk, ook de geringe intrinsieke motivatie die het beroep vandaag te bieden heeft.

Deze opsomming van knelpunten steunt op een beperkt aantal gesprekken met representatieve sociaal-verzekeringsgeneeskundigen. Het geregistreerde ongenoegen rechtvaardigt een diepgaander onderzoek bij de betrokken artsengroep.

Bijlage 3 – Dimensies van arbeidsongeschiktheid

De uitvoering van de opdrachten die aan het Nationaal College voor sociale verzekeringsgeneeskunde werden toevertrouwd, vereist een studie van het centrale concept 'arbeidsongeschiktheid'. Wie zich daarop toelegt, ontdekt al snel dat dit concept met allerlei medische, psychologische, sociale, juridische, economische, politieke en ideologische connotaties beladen is. Het is niet mogelijk in deze beknopte tekst al die facetten uitgebreid toe te lichten, maar we kunnen wel een aanzet geven.

Aard van de schade ingevolge arbeidsongeschiktheid

Schade¹⁷ is een verlies van waarde. Elke schade-evaluatie vereist bijgevolg een duidelijke omschrijving van de beschouwde waarde. De waarde waar het hier om gaat, is het arbeidsinkomen dat de betrokkene verliest of dreigt te verliezen. Uiteraard gaan er met zijn lichamelijke schade ook andere waarden verloren, maar die moeten apart worden bekeken.

Arbeidsongeschiktheid is geen synoniem van *verlies van arbeidsinkomen*. Arbeids(on)geschiktheid kan worden *beschreven* in termen van geschiktheid en ongeschiktheid voor een welbepaalde arbeid. Men is ongeschikt *tot iets*, en die term moet concreet worden ingevuld om tot een zinvolle bewering te komen. Bijvoorbeeld: bepaalde beroepen kunnen worden uitgeoefend, andere niet; sommige arbeid kan voltijds worden uitgevoerd, andere slechts deeltijds. Ook al kunnen op die wijze sommige parameters kwantitatief worden uitgedrukt, in principe is het onmogelijk deze arbeidsongeschiktheid in een enkelvoudig cijfer (een procent) te vatten, in het bijzonder wanneer de arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld in functie van alle mogelijke beroepen. Er ontbreekt immers een gemeenschappelijke noemer die al die parameters met elkaar verenigt en op basis waarvan een percentage zou kunnen worden berekend. Wat zich in principe wel tot een 'meting' leent, is het verlies van arbeidsinkomen dat uit een letsel of een ziekte voortvloeit of naar alle waarschijnlijkheid zal voortvloeien.

De lichamelijke toestand of de (on)geschiktheid *op zichzelf* kan geen maatstaf vormen voor de schade waar het hier om gaat. Het is onbegonnen werk een absolute 'graad van arbeidsongeschiktheid' op een mens te willen kleven. Een eenvoudig gedachtenexperiment kan dit illustreren: bepaal de graad van arbeidsongeschiktheid van een persoon die van nature een IQ van 90 heeft en van een andere persoon die een IQ van 125 had, maar wiens IQ door ongeval of ziekte nog slechts 90 bedraagt en die, ook voor het overige, volledig vergelijkbaar is met de eerste persoon. Louter op basis van deze beoordeling zijn deze twee mensen in dezelfde mate arbeids(on)geschikt.

¹⁷ 'Schade' is een generiek begrip: het omvat elk nadeel, elk verlies van waarde dat een mens kan lijden, ook als dat verlies geen verband houdt met een onrechtmatige daad of als er geen enkele persoon of instantie tot schadeloosstelling gehouden is. Het schadebegrip is niet gebonden aan het ene of het andere schadeloosstellingssysteem en heeft daarom een universeel karakter. Een dergelijk universeel schadebegrip is noodzakelijk om de begrippen en het werkingsterrein van de verschillende privaatrechtelijke en sociaalrechtelijke schadeloosstellingssystemen met elkaar te kunnen vergelijken. In de schadeleer vallen *schade* en *schadeloosstelling* niet samen: het *vaststellen van de schade* vereist respect voor de werkelijkheid; *schadeloosstellen* is een kwestie van beleid, waar keuzes kunnen worden gemaakt (bijvoorbeeld tussen volledige en gedeeltelijke schadeloosstelling). Binnen de schadeloosstelling is er een fundamenteel verschil tussen schade *herstellen* (het herwinnen van de waarde die zou bereikt zijn indien de schade niet was opgetreden) en schade *vergoeden* (het verlenen van een geldelijke compensatie voor een schade die in wezen niet hersteld werd). In de context van de menselijke schade zal in de meeste gevallen het slachtoffer zelf op de eerste plaats instaan voor het herstel van zijn schade, namelijk door inspanningen te leveren om, bijvoorbeeld, zijn gezondheid of zijn verlies van arbeidsinkomen te herwinnen. Voor een uitvoerige studie: J. VIAENE, *Schade aan de mens, Deel III, Evaluatie van de gezondheidsschade*, Antwerpen-Amsterdam, Maarten Kluwer's Internationale Uitgeversmaatschappij, 1976.

Om de schade van de laatste persoon vast te stellen, in dit geval de gevolgen van zijn lichamelijke aantasting op zijn arbeidsinkomen, moet men arbeidsinkomens met elkaar vergelijken: het inkomen dat hij zou verdienen indien de schade zich niet zou hebben voorgedaan en het inkomen dat hij nog kan verdienen na het optreden van de schade.

Drie stappen in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en haar gevolgen

Enigszins vereenvoudigd kan men drie stappen of fasen onderscheiden in de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en haar gevolgen:

1. De medische beoordeling.
In deze fase staat de medische diagnose op de voorgrond. Wat is de aard en de ernst van de aandoening? Welke diagnostische middelen kunnen ons helpen bij het bepalen daarvan?
2. De arbeidskundige (ergologische) beoordeling.
In welke mate interfereert de aandoening met de mogelijkheden van de betrokkene om zijn arbeid (of een ander soort arbeid) uit te voeren? Kennis van de beschouwde arbeid en de daaraan verbonden lichamelijke en psychologische vereisten is daarvoor onontbeerlijk.
3. De economische beoordeling.
Als de betrokkene niet meer in staat is zijn arbeid (of een ander soort arbeid) uit te voeren, wat zijn daarvan dan de gevolgen voor zijn arbeidsinkomen, op korte en eventueel op lange termijn? In deze fase zullen economische parameters op de voorgrond treden.

Hoewel deze schematische voorstelling nuttig is, kan ze verkeerdelijk de indruk wekken dat arbeidsongeschiktheid een statisch fenomeen is, dat stap voor stap kan worden ontleed. In de werkelijkheid is arbeidsongeschiktheid veelal evoluerend, dynamisch, en zal men de verschillende 'fasen' herhaaldelijk moeten doorlopen, volgens de evolutie van de lichamelijke en psychologische toestand van de betrokkene.

Tijdelijke/kortdurende en blijvende/langdurende arbeidsongeschiktheid

Zowat alle sociale verzekeringen maken een onderscheid tussen tijdelijke of kortdurende en blijvende of langdurende vormen van arbeidsongeschiktheid. Dit onderscheid weerspiegelt zich in de regelgeving, maar telkens op verschillende wijze.

Het onderscheid speelt een rol bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en bij het vaststellen van de vergoedingen. Bij tijdelijke/kortdurende ongeschiktheden zal gewoonlijk het eigen beroep als criterium fungeren voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en zal de omvang van de vergoeding in sterke mate afhangen van het werkelijke loonverlies. Bij blijvende/langdurende ongeschiktheden zal een ruimere beroepencategorie in aanmerking worden genomen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en zal de vergoeding in mindere mate (of helemaal niet) bepaald worden door het feitelijke loonverlies.

Voor de getroffen is er een fundamenteel verschil tussen een toestand van tijdelijke aard, die naar verwachting zal uitmonden in een gezondheidsherstel dat hem in staat stelt zijn gewone beroepsbezigheden te hernemen, en een toestand die gepaard gaat met blijvende letsels en stoornissen die zijn mogelijkheden om arbeid te verrichten sterk inperken. Het wezenlijke verschil tussen beide toestanden wordt gevormd door de verwachtingen met betrekking tot zijn professionele toekomst. Dat verschil komt nauwelijks tot uiting in de diverse reglementeringen, die vooral zijn opgesteld met het oog op het vergoeden van de arbeidsongeschiktheid.

Het onderscheid is nochtans van groot belang, niet voor het vaststellen van de vergoedingen, maar wel voor het herstelbeleid, dat gericht is op de werkhervatting of de professionele re-integratie van de getroffene. De strategie die nodig is om dat doel te bereiken, zal niet op de eerste plaats afhangen van de manier waarop de 'graad van arbeidsongeschiktheid' wordt bepaald of het verlies van arbeidsinkomen wordt vergoed.

Bij tijdelijke/kortdurende vormen van arbeidsongeschiktheid zal het bepalen van de 'graad van arbeidsongeschiktheid' een veel minder prominente rol spelen dan bij blijvende/langdurende vormen van arbeidsongeschiktheid.

Drie manieren om de 'graad van arbeidsongeschiktheid' vast te stellen

De graad van arbeidsongeschiktheid is geen eigenschap van de getroffene, maar een mentale constructie van degene die de arbeidsongeschiktheid beoordeelt. Zoals reeds werd aangestipt, zal de evaluatie meestal pas expliciet worden uitgevoerd als de arbeidsongeschiktheid een langdurend of blijvend karakter heeft. Traditioneel wordt daarbij gebruik gemaakt van drie verschillende schattingswijzen.¹⁸

De baremale schatting

In deze schattingswijze wordt de psychofysieke toestand van de getroffene vergeleken met de normale of gemiddelde toestand van een mens. Voor elke betekenisvolle afwijking wordt in een medische schaal het percentage 'ongeschiktheid' of 'invaliditeit' afgelezen dat ermee samenhangt. (Wij gaan hier niet in op de diverse betekenissen van deze begrippen.) Bij meervoudige aantastingen gelden bijzondere regels voor het vaststellen van het globale percentage.

De medische schalen pretenderen een maat te leveren voor de 'algemene' ongeschiktheid van de persoon, de ongeschiktheid tot het uitvoeren van de dagdagelijkse handelingen waartoe men in staat moet zijn om een zelfstandig leven te leiden, zowel professioneel als extraprofessioneel. Om tal van nogal voor de hand liggende redenen zijn deze schalen niet geschikt als maatstaf voor het vaststellen van de graad van *arbeidsongeschiktheid*. Het voornaamste bezwaar is het feit dat de schalen geen onderscheid maken naargelang de leeftijd, de scholing, de beroepservaring en de herscholingsmogelijkheden van de getroffene. Daarnaast bestaan er grote verschillen tussen de diverse schalen die in omloop zijn en ontbreekt in de meeste gevallen een empirische verantwoording voor de voorgestelde 'tarieven'.

De baremale schatting geniet de voorkeur in de praktijk van het aansprakelijkheidsrecht en in de professionele-risicoverzekeringen, die ervan werden afgeleid (zie verder).

De loonkundige schatting

Deze schattingswijze beoogt het arbeidsinkomen te bepalen dat een (gedeeltelijk) arbeids(on)geschikte persoon nog kan verdienen met het verrichten van arbeid op de reguliere arbeidsmarkt. Daartoe worden zijn (verminderde) psychofysieke capaciteiten vergeleken met de capaciteiten die op de arbeidsmarkt vereist worden in diverse beroepen. Als er een beroep wordt gevonden dat billijkerwijze aan de getroffene kan worden opgedragen, wordt het daarmee overeenstemmende loon vergeleken met het referteloon (bijvoorbeeld het loon dat de getroffene verdiende of normaal zou verdiend hebben) en het verschil wordt in een percentage uitgedrukt. Deze benadering stemt overeen met de schatting van het verlies van verdienvermogen, die door de wet wordt opgelegd in de belangrijkste stelsels van de sociale zekerheid (zie verder).

De professionele schatting

Ook in deze schattingswijze worden de capaciteiten van de getroffene vergeleken met de vereisten van de beroepen op de algemene arbeidsmarkt die hem redelijkerwijze kunnen worden opgedragen.

¹⁸ D. LAHAYE, *De medische evaluatie van de gezondheidsschade*, Leuven, Acco, 2003, 81-100.

Het beslissende criterium is echter niet het loon dat verdiend kan worden, maar het aantal beroepen of arbeidsplaatsen dat in voldoende mate toegankelijk is om in aanmerking te komen. Dat aantal wordt dan vergeleken met een referentiesituatie, bijvoorbeeld het aantal beroepen of arbeidsplaatsen dat in aanmerking kwam toen de betrokkene nog niet arbeidsongeschikt was.

Deze drie schattingswijzen hebben één ding gemeen: zij pretenderen een maatstaf te leveren voor de mogelijkheden, de kansen of het potentieel waarover de betrokkene beschikt om arbeid te verrichten en/of een loon te verdienen. Of deze aanspraken in de praktijk ook bewaarheid worden, mag worden betwijfeld.

Het verlies van verdienvermogen

In de meeste stelsels (arbeidsongevallen, beroepsziekten, ziekteverzekering, personen met een handicap) fungeert het *verlies van verdienvermogen* als de schade die voor vergoeding in aanmerking komt. Dit neologisme ontstond in de tweede helft van de 19^{de} eeuw uit het jargon van de verzekeringsmaatschappijen, die vooral in de Duitssprekende landen gedurende deze periode tot bloei kwamen. Het begrip werd gebruikt om de economische gevolgen aan te duiden van de arbeidsongeschiktheid. Bij de verzekering van de burgerrechtelijke aansprakelijkheid werd een onderscheid gemaakt tussen 'Arbeitsunfähigkeit' en 'Erwerbsunfähigkeit', waarbij de eerste als oorzaak en de tweede als de te verzekeren schade werd aangeduid.¹⁹ Het verlies van verdienvermogen werd vastgesteld door het loon, dat het slachtoffer na het ongeval nog op regelmatige wijze kon verdienen, te vergelijken met een referentieloon, meestal het loon dat het slachtoffer op het ogenblik van het ongeval verdiende en geacht werd verder te verdienen. Toen aan het einde van de 19^{de} en het begin van de 20^{ste} eeuw overal in Europa arbeidsongevallenwetten tot stand kwamen, werd de schade ingevolge blijvende arbeidsongeschiktheid, voor de toepassing van die wetten, in vrijwel alle landen omschreven als het verloren verdienvermogen. Dit concept werd door de Belgische wetgever gelijkgesteld met de blijvende arbeidsongeschiktheid.²⁰ Het vond ook ingang in de ziekte- en invaliditeitsverzekering en uiteindelijk ook in het stelsel van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap.

Het bepalen van het verlies van verdienvermogen vereist in principe een vergelijking tussen twee lonen: aan de ene kant het loon dat de zieke of gekwetste verzekerde nog kan verdienen, aan de andere kant een referentieloon, gewoonlijk het loon dat de betrokkene verdiende voordat hij ziek of gekwetst werd of het loon dat iemand zoals hij in gezonde toestand kan verdienen. Het ontbreken van expliciete loonvergelijkingen in de adviezen en beslissingen van de medisch adviseurs die de 'graad van arbeidsongeschiktheid' vaststellen, doet vermoeden dat in de realiteit andere criteria doorslaggevend zijn. Empirisch onderzoek naar de criteria die werkelijk worden toegepast, zou erg verhelderend kunnen zijn.

De definitie van de gezondheidsstoornis

Arbeidsongeschiktheid wordt enkel als zodanig erkend als zij het gevolg is van 'letsels of functionele stoornissen' (in de ziekte- en invaliditeitsverzekering), 'ziekte' (in de beroepsziekteverzekering), 'letsels' (in de arbeidsongevallenverzekering), of van de 'lichamelijke of psychische toestand' (in de wetgeving betreffende personen met een handicap). In historisch perspectief lijdt het geen twijfel dat hiermee werd verwezen naar een medisch objectiveerbare toestand, een anatoomopathologisch of fysiopathologisch identificeerbare aandoening, kortom een medische diagnose. Daaraan

¹⁹ J. Viaene, "Het begrip 'verloren verdienvermogen' in het sociaal recht", TSR, 2001, 319.

²⁰ Ontwerp van wet op de vergoeding van schade ten gevolge van arbeidsongevallen. Verslag uitgebracht door de heer Van Cleemputte, *Parl. St. Kamer 1901-1902*, nr. 302, 130-132.

beantwoordt een ‘medisch’ arbeidsongeschiktheidsmodel. Dit model kan (sterk simplificerend) worden samengevat als een mechanistische visie op het lichaam, waarin ziekte eenvoudigweg gelijkstaat met een defect in de machine, dat moet worden hersteld.²¹ De zieke is arbeidsongeschikt. Medische behandeling zal een einde maken aan zijn ziekte en de werkhervatting bewerkstelligen. Als de behandeling faalt, wordt de zieke langdurig arbeidsongeschikt. Kenmerkend voor dit model is de veronderstelling van een lineair causaal verband tussen de verschillende elementen ervan: een *pathogeen agens* (een ziektekiem, een chemische stof, een uitwendige kracht) veroorzaakt een *stoornis* in het organisme (een ziekte²² of een letsel), waardoor *beperkingen* ontstaan die uiteindelijk resulteren in *arbeidsongeschiktheid*. De behandeling is gericht op het wegnemen of bestrijden van het pathogeen agens of op het herstellen of temperen van de stoornis in het organisme.

Met name in de context van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen kwam het klassieke medische model zwaar onder vuur te liggen. Heel wat mensen die zich arbeidsongeschikt meldden bleken geen ‘klassieke’ medische aandoening (disease) te vertonen, maar vertoonden klachten van onwelbevinden (illness), toestanden die door de artsen werden omschreven als ‘functionele stoornissen’²³, ‘psychosomatische ziekten’ of kortweg psychische aandoeningen zonder duidelijke psychiatrische diagnose. In vele gevallen uitte die toestanden zich in de vorm van lichamelijke klachten, zoals lage rugpijn of veralgemeende pijnen in spieren en gewrichten. Psychische stoornissen en klachten van het bewegingsapparaat zijn vandaag, volgens de statistieken van het RIZIV, de belangrijkste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid. Deze evolutie is een uitdaging voor de artsen die moeten oordelen over de vraag of zulke toestanden een voldoende grond bieden om aanspraak te maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Tot halverwege de twintigste eeuw was ‘afwezigheid van ziekte’ een synoniem van ‘gezondheid’. In 1948 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie een definitie van gezondheid aangenomen die de psychische en sociale aspecten ervan omvat: ‘Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek.’ Deze definitie wordt momenteel bekritiseerd omdat zij te statisch is: zij beschouwt gezondheid als een ‘toestand’, terwijl gezondheid een dynamisch fenomeen is, een evenwicht tussen gezondheidsbevorderende en gezondheidsremmende factoren, en ook het vermogen van het individu omvat om zijn gezondheid te behouden of te bevorderen.

Het biopsychosociale model – aanvankelijk voorgesteld door Engel,²⁴ maar vooral onder de aandacht gebracht door Waddell in zijn baanbrekend onderzoek op het gebied van lage rugpijn en arbeidsongeschiktheid²⁵ – betreft andere dan louter ‘medische’ elementen in de beschrijving van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het schenkt niet alleen aandacht aan de biologische kenmerken van het individu (bv. genetische voorbeschiktheid, chemische onevenwichten), maar ook aan gedragsfactoren (bv. levensstijl, stress, overtuigingen omtrent gezondheid) en sociale

²¹ G. Waddell en M. Aylward, *Models of sickness and disability applied to common health problems*, London, The Royal Society of Medicine Press, 2010, 8.

²² De Engelse taal onderscheidt drie begrippen, die in het Nederlands allemaal met het woord ‘ziekte’ worden aangeduid: 1. Disease: objectieve, gediagnosticeerde pathologie (de klassieke medische definitie); 2. Illness: het subjectieve gevoel ziek te zijn; zich onwel voelen; 3. Sickness: de sociale rol, door de samenleving aan een zieke persoon toegekend op basis van sociaal en cultureel bepaalde opvattingen omtrent gezondheid (een aspect van het ziektegedrag). Er is dus een verschil tussen ‘een ziekte hebben’ (disease) en ‘ziek zijn’, zoals ervaren door de betrokkene (illness) of zoals sociaal en cultureel geconstrueerd (sickness).

²³ Waarmee iets anders werd bedoeld dan de ‘functionele stoornissen’ waarvan sprake in artikel 100 §1 van de ZIV-wet.

²⁴ G.L. Engel, “The clinical application of the biopsychosocial model”, *Am J Psychiatry* 1980, 137, 535-544.

²⁵ G. Waddell, *The back pain revolution*. 2nd ed. Churchill Livingstone, 2004 (first published November 1998).

omstandigheden (bv. culturele invloeden, familiale relaties, sociale steun).²⁶ De relatie tussen deze elementen is niet langer unidirectioneel causaal, maar wordt gezien als interactief, elkaar wederzijds beïnvloedend. In het biopsychosociale model zijn zich ziek voelen (illness) en beperkingen vertonen (disability) niet langer het rechtstreeks gevolg van een stoornis in het organisme, maar de uiting van een gezondheidsprobleem, beïnvloed door psychologische en sociale factoren en hun interacties. De aanpak van deze toestanden beperkt zich niet meer tot louter medische zorg en eventueel revalidatie, maar omvat een passende combinatie van medische zorg, revalidatie, persoonlijke inspanningen en aanpassingen in de sociale omgeving of de werkomgeving.²⁷

Dit biopsychosociale model mag niet worden begrepen als een etiologisch model, waarmee ziekteoorzaken kunnen worden geïdentificeerd. Het is op de eerste plaats beschrijvend, met dien verstande dat het ons in staat stelt ziekte en gezondheid eerder als dynamische processen te beschrijven dan als louter toestanden. Ziek of gezond zijn is de resultante van een ingewikkeld interactief proces, met talrijke facetten.

Als er in het geheel geen sprake (meer) is van een gezondheidsstoornis, zal de erkenning van de arbeidsongeschiktheid geweigerd worden. Dan rijst de vraag of de gezondheidsstoornis moet overeenstemmen met een formele diagnose van een 'ziekte' dan wel of men ook een vaag of minder goed omschreven gezondheidsprobleem als voldoende basis mag aanvaarden. Wanneer wordt afwijkend gedrag als een gezondheidsstoornis beschouwd? Wanneer mag een gebrek aan zin voor initiatief als pathologisch worden omschreven? Mag de verminderde belastbaarheid die het gevolg is van veroudering als een gezondheidsstoornis worden bestempeld?

De verzekeringsgeneeskundige die daarover moet oordelen, wordt vaak heen en weer geslingerd tussen de uiteenlopende visies en eisen.

Een louter 'medische' of een 'holistische' benadering?

Het is duidelijk dat de (graad van) arbeidsongeschiktheid niet uitsluitend wordt bepaald door de gezondheidsstoornis, maar ook door tal van andere persoonlijke en externe factoren (cf. supra). In welke mate mag of moet met die 'niet-medische' factoren rekening worden gehouden bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid? De verzekeringsarts riskeert hier kritiek van twee kanten. Als hij een strikt medisch gezichtspunt inneemt en geen acht slaat op de andere factoren, zal hij snel het verwijt van onredelijkheid en wereldvreemdheid krijgen. Als hij die andere factoren wel degelijk in aanmerking neemt en een holistische benadering voorstaat, kan zijn opdrachtgever hem de vraag stellen op welke (wettelijke) gronden hij dat meent te mogen doen.

Op dit punt loopt er een vrij strakke scheidslijn tussen de professionele risicoverzekeringen en de algemene arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Net zoals in het aansprakelijkheidsrecht zal in de arbeidsongevallen- en beroepsziekteverzekering geëist worden dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van het ongevalsletsel of van de beroepsziekte. Als andere factoren ook in aanmerking worden genomen, kan men aanvoeren dat de relatie tussen deze factoren en de arbeidsongeschiktheid niet voldoet aan de wettelijke causaliteitsvereiste. Het gebruik van een medische schaal bij het vaststellen van de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid komt tegemoet aan dit probleem: enkel het percentage ongeschiktheid of invaliditeit dat overeenstemt met de aantasting van de lichamelijke structuren of functies, veroorzaakt door het arbeidsongeval of de beroepsziekte, zal van tel zijn.

²⁶ K.M. Costa-Black, M. Feuerstein en P. Loisel, "Work disability models: past en present" in P. Loisel et al. *Handbook of work disability*, Springer, 2013, 71-93.

²⁷ G. Waddell en M. Aylward, *Models of sickness and disability applied to common health problems*, London, The Royal Society of Medicine Press, 2010, 24.

In de algemene arbeidsongeschiktheidsverzekeringen daarentegen wordt doorgaans aangenomen dat men rekening moet houden met persoonlijke en externe factoren die mede bepalend zijn voor de arbeidsongeschiktheid, maar het is niet altijd duidelijk hoever men daarin kan of moet gaan.

Terloops kan ook worden aangestipt dat de schatting van de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid in de praktijk sterk wordt beïnvloed door de regels met betrekking tot de vergoeding ervan. In de professionele risicoverzekeringen wordt op basis van de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid een vergoeding bepaald die de getroffen levenslang ontvangt, ongeacht zijn professionele situatie. Ook als hij werkt (zelfs als hij een volstrekt normaal loon verdient) of werkloos is, heeft hij recht op de vergoeding. In de ziekte- en invaliditeitsverzekering is er slechts recht op een uitkering als de verzekerde alle werkzaamheid heeft onderbroken: daar bestaat er, behoudens specifieke uitzonderingen, geen mogelijkheid om de uitkering met een loon te cumuleren (ook niet met een werkloosheidsuitkering: men kan niet tegelijk werkloos en arbeidsongeschikt zijn). In het stelsel van personen met een handicap (inkomensvervangende tegemoetkoming) is de uitkering enkel verschuldigd als de betrokkene onvoldoende bestaansmiddelen heeft. Dit verschil verklaart ten minste gedeeltelijk het fenomeen dat de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid voor eenzelfde persoon in de professionele risicoverzekeringen vaak (veel) lager wordt ingeschat dan in de andere stelsels.

Arbeidsongeschiktheid en werkloosheid

Het socialezekerheidsrecht maakt een fundamenteel onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid en werkloosheid als twee verschillende oorzaken van het verlies van arbeidsinkomen. In het ene geval wordt het verlies toegeschreven aan een gezondheidsstoornis bij de verzekerde, in het andere geval aan het tekort aan arbeidsplaatsen op de arbeidsmarkt. In de praktijk is het echter niet mogelijk de interne en externe oorzaken van het verlies van arbeidsinkomen strikt van elkaar te scheiden, behalve in de eenvoudigste gevallen (de kerngezonde werkloze en de bedlegerige invalide). Dat blijkt ook uit het feit dat de reservoirs 'arbeidsongeschiktheid' en 'werkloosheid' als communicerende vaten fungeren. De wit-zwart tegenstelling tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid kan enkel in theorie worden volgehouden, maar niet in de praktijk. Het beleid moet leren leven met het feit dat het loonverlies dat simultaan door meerdere oorzaken wordt uitgelokt, niet altijd op een scherpe wijze over deze oorzaken verdeeld kan worden. In het bijzonder wat het herstelbeleid betreft (de re-integratie, zie verder) zijn er weinig argumenten om een andere aanpak voor te stellen naargelang de betrokkene als 'werkloos' dan wel als 'arbeidsongeschikt' wordt bestempeld.

Herstellen en vergoeden

Hetgeen voorafgaat is slechts een beknopte lijst van de problemen die zich aandienen bij het vaststellen van een (graad van) arbeidsongeschiktheid. Men kan nu de vraag stellen waarom (of wanneer) men echt behoefte heeft aan een procentueel bepaalde graad van arbeidsongeschiktheid. Deze behoefte blijkt vooral samen te hangen met de belangrijkste doelstelling die de ontwerpers van het klassieke beleid voor ogen stond: het vergoeden van het verlies van arbeidsinkomen.

Schade kan echter niet alleen worden vergoed, zij kan ook worden hersteld. Herstellen en vergoeden zijn geen synoniemen. De vergoeding laat de schade (in casu: het verlies van arbeidsinkomen) in wezen ongemoeid en biedt slechts een geldelijke compensatie aan voor het verlies. Het herstel beoogt het wegnemen van de schade (in casu: het verlies van arbeidsinkomen), door de getroffen in een toestand te brengen waarin hij opnieuw op een duurzame wijze een arbeidsinkomen kan verwerven. Het hoeft geen betoog dat herstellen beter is dan vergoeden.

Een beleid dat gericht is op deze vorm van herstel (return to work, re-integratie) heeft niet noodzakelijk behoefte aan de concepten die werden ontworpen met het oog op het vergoedingsbeleid en die nog altijd dominant aanwezig zijn in de bestaande wettelijke regelingen.

Arbeidsongeschiktheid kan worden opgevat als een proces of als een toestand. Zolang er hoop is op herstel, spreken we van een dynamisch *proces* dat gekenmerkt wordt door evolutie. Wanneer een verzekerde arbeidsongeschikt wordt, treden er – bij een normale gang van zaken – allerlei mechanismen in werking die gericht zijn op herstel. Het is de betrokkene zelf die daar hoofdzakelijk voor instaat, met steun vanuit zijn omgeving en vanuit de professionele hulpverlening. Als alles goed gaat, resulteert dat proces in een werkhervatting. Maar het kan ook verkeerd lopen. De gezondheidsstoornis kan dermate ernstig zijn, dat een ‘spontaan’ herstel niet tot stand komt. In de loop van het proces kan de betrokkene overtuigingen gaan aanhangen die hem pessimistisch stemmen omtrent zijn kansen op herstel en die zijn inspanningen afremmen. Die overtuigingen kunnen worden ingegeven door persoonlijke ervaringen of door informatie die hem vanuit de buitenwereld bereikt. In die gevallen kan een omvangrijkere, professionele, op re-integratie afgestemde aanpak het verschil maken. Als ook die aanpak mislukt, dan pas zal de arbeidsongeschiktheid als een *toestand* beschreven kunnen worden en rijst de pertinente vraag naar de omvang van de vergoeding die verder zal worden uitgekeerd.

Wil men voorrang verlenen aan de re-integratieaanpak, dan zullen ook de gehanteerde concepten moeten worden bijgesteld om tot regelingen te komen die het herstel bevorderen en slechts in tweede instantie de vraag stellen naar de graad van arbeidsongeschiktheid.²⁸ Het spreekt echter vanzelf dat de getroffen tijdens zijn herstelproces over een vervanginkomen moet beschikken: het doel van deze uitkering is niet alleen ervoor te zorgen dat de verzekerde over bestaansmiddelen beschikt, maar vooral dat hij al zijn energie – zolang als nodig – aan zijn herstel kan wijden.

De vraag rijst dan welk concept van arbeidsongeschiktheid het best aansluit bij een dergelijk beleid. In het bestek van deze analyse is het nog niet mogelijk de contouren daarvan definitief te schetsen, maar twee aspecten zullen niet mogen ontbreken: 1. de klemtoon moet liggen op het versterken van het natuurlijke herstelvermogen van de verzekerde zelf, en 2. in de gevallen die dat vereisen is er nood aan een continue opvolging en bijsturing van het proces door een of meer professionele begeleiders.

Andere concepten die ook moeten worden bijgesteld zijn die welke betrekking hebben op de fenomenen ziekte en gezondheid. Ziekte en gezondheid zijn geen absolute, maar relatieve begrippen. Men kan in zekere zin ziek en gezond tegelijk zijn. Tal van mensen met chronische gezondheidsklachten of met een ‘ziekte’ (disease) die medische behandeling vergt, zijn gewoon aan het werk. Zij zijn niet ‘perfect gezond’, maar ook niet ‘zo ziek’ dat ze niet meer zouden kunnen werken. Een bekend voorbeeld is de man met juveniele diabetes die topvoetballer werd. Er bestaat ook geen eenduidige relatie tussen ziekte en arbeidsongeschiktheid: heel wat mensen met ‘letsels of functionele stoornissen’ werken op volstrekt normale wijze. En sinds lang weten artsen dat werken de gezondheid (meestal) bevordert.

Voorlopig besluit

Om de opdracht van de commissie uit te voeren, moet er overeenstemming worden bereikt over wat ‘het evalueren van de arbeidsongeschiktheid’ inhoudt. Deze notie mag niet worden herleid tot ‘het

²⁸ De nog steeds actuele OESO-studie ‘Sickness, Disability and Work – Breaking the Barriers’ (2010) formuleert een hele reeks aanbevelingen om een op re-integratie gericht beleid vorm te geven. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856_en

bepalen van de graad van arbeidsongeschiktheid', een benadering die een statische visie omtrent arbeidsongeschiktheid impliceert. Een moderne opvatting omtrent arbeidsongeschiktheid moet oog hebben voor de dynamische aspecten van dit concept. Het beleid – en dus ook de reglementering – moet consequent gericht zijn op het meest optimale herstel en niet enkel op het vergoeden van het verlies van arbeidsinkomen. Het uitkeren van vergoedingen blijft echter van wezenlijk belang: om voor een vervanginkomen te zorgen (a) tijdens kortdurende periodes van arbeidsongeschiktheid met volledig herstel van de gezondheid en de arbeidsrelatie, (b) tijdens de fase van de re-integratie-inspanningen, om deze inspanningen te ondersteunen, en (c) ook daarna, als de re-integratie-inspanningen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid.



© 2020

FOD Sociale Zekerheid

Administratief Centrum Kruidtuin
Finance Tower
Kruidtuinlaan 50
1000 Brussel

Verantwoordelijke uitgevers

Jacques Boly
Marc Vandeweerdt

D 2021/10.770/06