

SIGNALEMENT

Verzekeringsgeneeskunde hier en nu*

Mr. W.A. Faas**

1 Inleiding

In de afgelopen vijf jaar is de inhoudelijke ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde met sprongen vooruit gegaan. Zo kwam de richtlijnontwikkeling – in de vorm van verzekeringsgeneeskundige protocollen – in een stroomversnelling¹ en kreeg de academisering van de verzekeringsgeneeskunde gestalte.²

Zorg baart de vergrijzing van de beroepsgroep en een steeds dreigender capaciteitstekort.³ De verzekeringsgeneeskunde staat voor spannende uitdagingen. Positie en taken van de verzekeringsarts staan ter discussie. Enkele belangrijke vraagstukken in de verzekeringsgeneeskunde van dit moment komen in dit artikel aan bod:

- compensatie en participatie: statische claimbeoordeling of dynamische begeleiding?;
- de verzekeringsarts en taakdelegatie: onmogelijk en tegelijkertijd toch noodzakelijk?;
- beoordeling van de duurzaamheid van beperkingen: wettelijk vereist en juridisch gewenst maar medisch moeizaam;
- de verzekeringsarts als fraudemedewerker: beroepsgeheim of spreekplicht?

Deze en enkele andere onderwerpen bespreek ik in het licht van achtereenvolgens de ontwikkelingen in wet- en regelgeving, in gedragsregels en richtlijnen van de beroepsgroep en in recente jurisprudentie uit het bestuursrecht en het tuchtrecht.

Wat doet een verzekeringsarts?

Verzekeringsartsen beoordelen aanvragen voor een Wajong-⁴ of een WIA (vroeger WAO)-uitkering. De WIA kent twee onderdelen: de IVA en de WGA.⁵

Wie na twee jaar ziekteverzuim nog steeds geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is voor het eigen werk, kan een WIA-uitkering aanvragen. Kort gezegd: wie in de IVA komt is volledig arbeidsongeschikt zonder of met slechts een geringe kans op herstel. Wie in de WGA komt is ofwel gedeeltelijk arbeidsongeschikt ofwel volledig arbeidsongeschikt met (meer dan geringe) kans op herstel.

* Dit artikel is geschreven op persoonlijke titel.

** Jim Faas is verzekeringsarts en jurist en werkzaam als medisch adviseur bij UWV directoraat Bezwaar en Beroep te Amsterdam.

1 Zie <www.nvvg.nl>, > de verzekeringsarts, > verzekeringsgeneeskundige protocollen.

2 Zie <www.kcvg.nl>.

3 NIVEL, *Capaciteitsraming voor verzekeringsartsen 2012-2022/2028*, Rapport in opdracht van het Capaciteitsorgaan, Utrecht: januari 2011.

4 Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening voor jonggehandicapten (Wajong).

5 Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Deze wet bestaat uit twee onderdelen: de Werkhervattingsregeling gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA) en de Wet inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA).

Bij een Wajong-uitkering is men ofwel al op 17-jarige leeftijd arbeidsongeschikt ofwel men wordt arbeidsongeschikt tijdens een studieperiode. Die studie moet aan bepaalde eisen voldoen. Deze jongeren hebben meestal geen arbeidsverleden. Soms neemt men achteraf, ondanks gewerkte periodes die dan meestal kort en verbrokkeld zijn, toch aan dat er al sprake is geweest van arbeidsongeschiktheid op 17-jarige leeftijd.

De arbeidsongeschiktheid moet een 'rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen' gevolg zijn van ziekte of gebreken. Deze arbeidsongeschiktheidswetten worden uitgevoerd door het UWV⁶ en vormen het leeuwendeel van het werk, dat door verzekeringsartsen wordt uitgevoerd. De meeste verzekeringsartsen werken dan ook in loondienst bij het UWV. Een vaak vergeten deel van het werk van verzekeringsartsen bij het UWV, is de uitvoering van de Ziektewet voor de zogenaamde vangnetpopulatie. Dat zijn vooral zieke uitzendkrachten en werklozen.

Daarnaast worden verzekeringsartsen ingezet bij beoordelingen van hulpbehoefendheid en arbeidsongeschiktheid in het kader van de Anw, AKW⁷ en AOW voor de Sociale Verzekeringsbank. En tot slot bij de beoordeling van de belastbaarheid en de vrijstelling van sollicitatieplicht in het kader van de Wmo en WWB⁸ voor gemeenten. Een minderheid van verzekeringsartsen werkt niet bij het UWV, maar bij verzekeraars en op die gemeentemarkt. Dat kan zijn als zelfstandige zonder personeel (zzp'er), maar ook bij bureaus, die op meerderde terreinen werkzaam zijn, bijvoorbeeld de re-integratiemarkt.

De verzekeringsarts, die de WIA en Wajong uitvoert, brengt de beperkingen, die het gevolg zijn van de stoornis, in kaart. Dit gebeurt met behulp van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML). Daarin worden beperkingen aangegeven onderverdeeld in zes rubrieken: persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, omgevingsfactoren, dynamische handelingen, statische handelingen en werktijden. Bij zeer ernstige beperkingen spreekt de verzekeringsarts van 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'. De verzekeringsarts moet indien er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid ook nog bepalen wat de prognose is van het herstel van functionele mogelijkheden.

Medische en arbeidsdeskundige beoordeling

Of een aanvraag ook daadwerkelijk leidt tot een Wajong- of WIA-uitkering hangt niet alleen af van de verzekeringsarts, maar ook van de arbeidsdeskundige. Als deze voldoende functies kan vinden, rekening houdend met alle in de FML aangegeven beperkingen, is er geen sprake van (volledige) arbeidsongeschiktheid. Daarbij wordt bij de WIA nog een loonvergelijking gemaakt tussen het oorspronkelijk verdiende loon en het middelste loon van de geschikt geachte functies. Dit leidt tot de vaststelling van het arbeidsongeschiktheidspercentage, hetgeen in feite het verlies is aan verdiencapaciteit. Het gaat hier om een theoretische beoordeling: het speelt namelijk geen rol of er voor de genoemde functies ook vacatures zijn. Wanneer de arbeidsdeskundige geen of te weinig functies vindt, resulteert dat in volledige arbeidsongeschiktheid. Naast toekenning van de uitkering kan een re-integratietraject worden gestart.

6 Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV).

7 Algemene nabestaandenwet (Anw) en Algemene Kinderbijslagwet (AKW).

8 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Wet werk en bijstand (WWB).

2 Wet- en regelgeving

2.1 WIA

In 2005 bracht de Gezondheidsraad op verzoek van de Ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport het advies *Beoordelen, behandelen, begeleiden* uit.⁹ In dit advies beval de Raad aan om ten behoeve van de claimbeoordeling van de WIA verzekeringsgeneeskundige protocollen op te stellen.

De Gezondheidsraad redigeerde vervolgens prompt zelf de eerste serie protocollen, waarna het stokje in 2007 werd overgedragen aan de beroepsvereniging van verzekeringsartsen, de NVVG.¹⁰ Intussen zijn er een twintigtal verschenen. Bij de invoering van de verzekeringsgeneeskundige protocollen is bepaald dat deze wettelijk zouden worden opgehangen.¹¹ Daarmee werd een intrigerende juridische figuur geschapen met te voorziene complicaties. Geen enkele door een medische beroepsvereniging opgestelde richtlijn of protocol is dit lot beschoren. De wetgever vond het nodig het zo te regelen dat verzekeringsartsen door de bestuursrechter kunnen worden getoetst op het toepassen van deze protocollen.

Artsen zijn uiteraard altijd aan hun eigen richtlijnen gehouden. Ze kunnen daarop tucht-rechtelijk worden aangesproken. Dit heeft tenminste het voordeel dat de toetsing plaatsvindt door een college waarin beroepsgenoten zitting hebben. In het bestuursrecht is dat echter niet het geval.

Volgens de algemene inleiding bij de protocollen richten deze zich primair op de vier *beoordelingstaken* die de verzekeringsarts te vervullen heeft wanneer iemand na twee jaar ziekteverzuim een aanvraag indient voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de WIA:

- de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis;
- de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden;
- de beoordeling van het te verwachten beloop; en
- de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.¹²

De eerste twee taken zijn van oudsher het domein van de verzekeringsarts: beoordeling van de re-integratie-inspanningen van werkgever en werknemer in de eerste twee verzuimjaren en het beoordelen van de resterende arbeidsmogelijkheden. De derde taak is pregnant geworden omdat bij de WIA voor het eerst ook een uitspraak nodig is over de 'duurzaamheid' van de arbeidsbeperkingen.¹³

De vraag naar de duurzaamheid van de beperkingen is een vraag naar de prognose. Dit is medisch inhoudelijk beslist geen gemakkelijk te beantwoorden vraag. Hierbij spelen drie

9 Gezondheidsraad, *Beoordelen, behandelen en begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, Den Haag: Gezondheidsraad 2007, nr.2005/10, p. 28-29 en 34-35.

10 Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

11 Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten, 31 januari 2006, *Stcrt.* 2006, 33.

12 Gezondheidsraad, *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding*, Den Haag: Gezondheidsraad 2006, nr. 2006/22, p. 20-23.

13 Om in aanmerking te komen voor IVA moet er sprake zijn van 'duurzame' arbeidsongeschiktheid; dat wil zeggen dat de kans op herstel van arbeidsmogelijkheden uitgesloten is of gering.

opvallende knelpunten. Een procedureel aspect: hoe komt de verzekeringsarts aan gegevens over de prognose? Een inhoudelijk aspect: welke prognostische gegevens mag de behandelaar wel en welke mag hij niet prijsgeven? En een kwaliteitsaspect: welke eisen stelt de bestuursrechter aan de verzekeringsarts ten aanzien van de onderbouwing van de duurzaamheid? Hoe toetst de bestuursrechter?¹⁴ Ik kom hier verderop in dit artikel terug.

De vierde taak is een belangrijke nieuwe taak, waarbij verzekeringsartsen nog op zoek zijn naar een goede rolvervulling. Het verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.¹⁵

De laatste twee taken staan bijna vanzelfsprekend in het middelpunt van de belangstelling, nu we in het huidige sociale zekerheidsbestel een paradigmashift meemaken van 'compensatie' (door middel van een uitkering) naar 'participatie' met motto's als: 'niemand aan de kant' en 'werken naar vermogen'.

2.2 Wajong

In het kielzog van de WIA-beoordeling heeft ook in de Wajong een ingrijpende wijziging van de beoordelingssystematiek plaatsgevonden: ook hier moet de verzekeringsarts niet alleen een assessment doen van de belastbaarheid maar ook van potentiële toekomstige arbeidsmogelijkheden.

Voor 1 januari 2010 stond bij de Wajong het regelen van de uitkering centraal en werd daarnaast hulp geboden bij het vinden en behouden van werk. Vanaf 2010 staat het vinden en behoud van werk centraal. Behalve het vaststellen van de belastbaarheid om te kunnen vaststellen of er wellicht sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid, wordt in alle gevallen een zogenaamd *participatieplan* gemaakt in samenspraak met de arbeidsdeskundige. Een ander belangrijk verschil is dat er niet meteen een eindbeoordeling plaatsvindt. Tussen het 18e en 27e jaar wordt steeds opnieuw bekeken of iemand meer of minder kan werken. De definitieve beoordeling volgt pas op 27-jarige leeftijd. De verzekeringsarts moet de medische bouwstenen aanleveren voor het participatieplan. Deze nieuwe benadering vraagt – meer dan voorheen – van de verzekeringsarts uitspraken over toekomstige mogelijkheden.

3 Gedragsregels en richtlijnen

3.1 Taakopvatting: compensatie of participatie?

De beroepsgroep bevindt zich in een heroriëntatiefase op rol en taken. Een duidelijke positionering op de terreinen van compensatie en participatie is hierbij van groot belang. Wat staat de beroepsgroep voor: de 'statische' claimbeoordeling of de 'dynamische' begeleiding bij participatie? Of allebei? De huidige uitvoeringspraktijk, die overwegend bestaat uit eenmalige beoordelingen, laat weinig ruimte om met de cliënt op te trekken in een traject leidend tot participatie.

In dit verband is de verhouding van de verzekeringsgeneeskunde tot de bedrijfsgeneeskunde weer actueel. In de geschiedenis is de wens om tot één beroepsgroep van bedrijfsart-

14 Zie hierover ook: W.A. Faas, 'De verzekeringsarts, de prognose, de angel van de WIA en de mangel van de jurist', *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2010, p. 350-352.

15 NNVG, *Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag*, Utrecht: NNVG 2010.

sen en verzekeringsartsen te komen onderhevig geweest aan sterke schommelingen. Recentelijk is door de beide in 2010 geïnstalleerde bijzondere hoogleraren verzekeringsgeneeskunde Haije Wind¹⁶ en Han Anema¹⁷ opnieuw gepleit voor één arts voor arbeid en gezondheid. Het feit dat bedrijfsartsen zich enerzijds sterk afzetten tegen (vormen van) claimbeoordeling en dat verzekeringsartsen er nog sterk aan blijven hangen is hierbij een belemmering. Niets is zo hardnekkig als de status quo. In het licht van het nieuwe paradigma 'participatie' is dit echter een voor de buitenwereld moeilijk te volgen en weinig productieve discussie. Ik ben van mening dat samenwerking en een bundeling van krachten moet worden gezocht. Het uitoefenen van verschillende rollen (beoordelaar, begeleider, adviseur) in verschillende situaties zou de samenvoeging van de twee disciplines niet in de weg moeten staan.

3.2 Gegevensuitwisseling met de behandelend sector

Gegevensuitwisseling met de behandelend sector is van oudsher een heikel onderwerp. Zowel inhoudelijk: 'wat mag de behandelaar nu wel en niet precies aan informatie prijsgeven?' als procedureel: 'wat houdt informed consent precies in?' Dit speelt bij het verstrekken van een machtiging door de cliënt aan de verzekeringsarts voor het opvragen van medische informatie bij de behandelaar.

Vanzelfsprekend moet die uitwisseling met de nodige juridische waarborgen zijn omgeven, niettemin wordt er in de praktijk veel gezocht en gekreund over de stroperigheid waarmee dit gepaard gaat. Kan het echt niet anders? Is de tijd niet rijp om te onderzoeken of het beheer van de gegevens niet beter in handen van bijvoorbeeld de cliënt zelf kan worden gegeven?¹⁸ Dat scheelt veel tijd en ergernis.

Ik stel hier slechts één inhoudelijk aspect van de gegevensuitwisseling aan de orde: de verzekeringsgeneeskundige standaard 'communicatie met behandelaars'¹⁹ en de relevante KNMG-code²⁰ spreken elkaar tegen op het punt van de vraag naar de prognose. In de standaard wordt de vraag naar de prognose op één lijn gesteld met die naar diagnose en behandeling en is daarmee geoorloofd. In de KNMG-code wordt van de behandelaar gevraagd zich bij het verstrekken van gegevens aan de bedrijfs- of verzekeringsarts te onthouden van prognoses en verwachtingen.

Opmerkelijk is dat in geen van beide documenten het onderwerp 'prognose' nader wordt uitgewerkt, terwijl hier toch heel wat nuance in is aan te brengen. Bijvoorbeeld:

- a) prognose met betrekking tot de levensverwachting;
- b) prognose met betrekking tot de aandoening (met of zonder behandeling);
- c) prognose met betrekking tot de beperkingen door de aandoening;
- d) prognose ten aanzien van de arbeidsbeperkingen of arbeidsbelastbaarheid;
- e) prognose ten aanzien van de arbeidsongeschiktheid.

Een categoriaal verbod op vragen naar de prognose is vanuit het oogpunt van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetgeving in het algemeen, en in het kader van de beoorde-

16 H. Wind, *Compensatie en participatie. Zoeken naar balans in de verzekeringsgeneeskunde*, rede uitgesproken op 21 oktober 2010, <www.oratiereeks.nl/upload/pdf/PDF-3599wind_text_HR.PDF>.

17 J.R. Anema, *Sociale geneeskunde: de brug tussen curatie en participatie*, rede uitgesproken op 13 december 2010.

18 A.P. Nauta, A. Weel & W.A. Faas, 'Stuur ontslagbrief ook naar de patiënt', *Medisch Contact* 2010, p. 222-223.

19 Lisv-standaard 'Communicatie met behandelaars', december 1996.

20 KNMG-code 'Gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en reïntegratie', december 2006.

ling van de duurzaamheid bij de WIA in het bijzonder, ongewenst. Een categoriaal toestaan is daarbij overigens helemaal niet nodig. De huidige regelgeving duidt op een categoriaal verbod en behoeft daarom aanpassing. Hierbij zal een onderscheid moeten worden gemaakt naar de aard en inhoud van de prognostische vragen. Niet valt in te zien waarom de behandelend arts of specialist niet zou mogen worden bevraagd op de prognose zoals bedoeld onder a), b) en c).

Hoe en in welk document moet deze uitwerking van het vragen naar de prognose plaatsvinden? Dit zou kunnen via een aanpassing of herziening van de sterk verouderde verzekeringsgeneeskundige standaard of een addendum bij de KNMG-code.

3.3 Verzekeringsgeneeskundige protocollen en standaarden

De verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijk gefundeerde ondersteuning te bieden van het verzekeringsgeneeskundig handelen. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en op consensus van deskundigen. In de bijbehorende toelichtingen is de kennis waarop het protocol gebaseerd is, samengevat.

De invoering van de WIA en de daarvoor speciaal ontwikkelde verzekeringsgeneeskundige protocollen hebben de verzekeringsgeneeskunde een flinke duw vooruit gegeven.

Het twintigste en voorlopig laatste protocol is – in tegenstelling tot alle eerder verschenen protocollen, die diagnosegerelateerd zijn – een thematisch protocol: *Participatiegedrag* en is gepubliceerd in april 2010. Dit protocol ligt meer in het verlengde van de verzekeringsgeneeskundige standaarden en richtlijnen die eind jaren negentig zijn opgesteld.²¹

Dit protocol zal als eerste verzekeringsgeneeskundig protocol niet wettelijk worden ‘opgehangen’ in de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen. Dit betekent dat dit protocol in bestuursrechtelijke procedures mogelijk een minder krachtige werking zal hebben, terwijl het juist een meer procesgericht protocol is. Wel geldt ook voor dit protocol – zoals voor iedere richtlijn van een BIG-geregistreerde beroepsgroep – dat tuchtrechtelijke toetsing eraan mogelijk is.

Overigens zijn een aantal verzekeringsgeneeskundige standaarden naar huidige maatstaven sterk verouderd en aan een herziening toe.

3.4 Mediprudentie

De nieuwste loot aan de verzekeringsgeneeskunde tak is de mediprudentie. In 2007 heeft de Gezondheidsraad geadviseerd een systeem van mediprudentie te vormen.²² Mediprudentie wordt omschreven als “een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages.” Dit is een vorm van medische casuïstiek die tot doel heeft consensus te bevorderen in de beroepsgroep, over wat in concrete, individuele gevallen een juiste beoordeling is. Mediprudentie verenigt hiermee drie met elkaar samenhangende functies: verzekeringsgenees-

21 De bekendste zijn: Lisv, *Standaard geen duurzaam benutbare mogelijkheden*, juni 1996; Richtlijn *Medisch arbeidsongeschiktheids criterium*, september 1996; *Standaard verminderde arbeidsduur*, januari 2000; *Standaard onderzoeksmethoden*, oktober 2000.

22 Gezondheidsraad, *Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie*, Den Haag: Gezondheidsraad 2007, nr. 2007/14.

kundige kwaliteitsbevordering, bevordering van rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van cliënten en bevordering van de transparantie van de beroepsuitoefening.

Bij het UWV zijn verzekeringsartsen gestart met de vorming van mediprudentie. In aansluiting op het rapport *Mediprudentie in de startblokken*²³ is een project gestart dat in samenwerking tussen het UWV en de NVVG moet leiden tot de eerste honderd mediprudentiecasijs in de loop van 2012.

4 Bestuursrechtspraak

4.1 Bevoegdheid, deskundigheid en taakdelegatie

Verzekeringsgeneeskunde is een medisch specialisme. Wie de opleiding heeft afgerond wordt als verzekeringsarts – een beschermde titel – geregistreerd. In de afgelopen jaren zijn in het bestuursrecht een aantal procedures aanhangig gemaakt waarbij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling niet door een als verzekeringsarts geregistreerde arts was verricht. Vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep is inmiddels dat wanneer een cliënt in de primaire fase van de claimbeoordeling niet is onderzocht door een geregistreerd verzekeringsarts en daarover klaagt dat in beginsel moet leiden tot vernietiging van het genomen besluit, *tenzij dit gebrek in de latere besluitvorming geacht kan worden te zijn geheeld*.²⁴ Dit gebrek kan worden opgeheven in de bezwaarfase, mits in die fase een geregistreerd verzekeringsarts acteert. Dit probleem is in de uitvoering opgelost door het invoeren van een ‘contraseign’ door een geregistreerd verzekeringsarts bij onderzoeksrapportages van artsen die (nog) niet geregistreerd zijn.

Een nijpender probleem in de verzekeringsgeneeskunde is de vergrijzing. Die maakt een andere organisatie van het werk en de inzet van artsen noodzakelijk. Kan de verzekeringsarts in zijn taken niet worden ondersteund of taken delegeren? In de curatieve zorg is dit heel gewoon, denk aan de nurse practitioner, diabetesverpleegkundige en andere praktijkondersteuners. Spelbreker hierbij is de Centrale Raad van Beroep. De Raad accepteerde niet dat een andere functionaris dan de verzekeringsarts zelf onderdelen van de claimbeoordeling voor zijn rekening neemt.²⁵ Citaat: “Er zijn geen aanwijzingen dat de regelgever het ook mogelijk heeft willen maken het verzekeringsgeneeskundige onderzoek, al dan niet vanwege of mede vanwege die verzekeringsarts en al dan niet onder verantwoordelijkheid van die arts, geheel of ten dele door een andere functionaris te doen plaatsvinden. Met name ziet de Raad, anders dan de rechtbank, in de tekst van het Schattingsbesluit noch in de toelichting daarop ruimte voor de zienswijze dat onder omstandigheden dat onderzoek ook (ten dele) door een niet-arts zou kunnen worden verricht.”²⁶

Dit standpunt is niet vol te houden onder de druk van de capaciteitsproblemen bij deze beroepsgroep en de algemene tendens en wens in de medische wereld om te komen tot

23 Verzekeringsgeneeskundig Instituut (VGI), *Mediprudentie in de startblokken*, rapport van de voorbereidingscommissie Mediprudentie van de NVVG, Utrecht: VGI juli 2009.

24 Gepubliceerd op <www.rechtspraak.nl> onder nummers L/JN BA9904, BA9905, BA9908, BA9909 en BA9910, Centrale Raad van Beroep.

25 CRvB 29 september 2005, L/JN AU3603. Het ging hier om een zogenaamde ‘medisch medewerker’ die een deel van het onderzoeksgesprek had gevoerd.

26 Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, *Stb.* 2000, 307.

een efficiëntere bedrijfsvoering. Ik zie niet in waarom ook bij verzekeringsartsen taakdelegatie niet naar daartoe opgeleide paramedische medewerkers kan plaatsvinden.²⁷ We moeten dringend op zoek naar nieuwe werkvormen. Als het nodig is hiervoor het Schattingsbesluit aan te passen, moet dat naar mijn mening gebeuren.

4.2 *Beoordeling duurzaamheid*

De Centrale Raad heeft eisen geformuleerd voor de kwaliteit van de onderbouwing door de verzekeringsarts in het kader van de WIA van de (niet) duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen en de (meer dan geringe) kans op herstel. Zo oordeelde de Raad dat het hierbij gaat om een inschatting van de toekomstige ontwikkelingen van de arbeidsbeperkingen, “hetgeen meebrengt dat de inschatting van de kans op herstel in het eerste jaar en daarna dient te berusten op een concrete en duidelijke afweging van de feiten en omstandigheden met betrekking tot de betreffende individuele verzekerde. Als de inschatting van de kans op herstel berust op een ingezette medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde.”²⁸ De verzekeringsarts kan deze onderbouwing lang niet altijd ‘in zijn eentje’ leveren. Hij zal daarvoor nogal eens gegevens of advies van de behandelaar over de prognose of inschatting van de kansen op herstel nodig hebben. Die inschatting zal berusten op een ingezette – of nog in te zetten – behandeling.

In een andere zaak stelde de Raad: “de bezwaarverzekeringsarts (is) niet nagegaan bij de behandelend sector of het resultaat van de ingezette behandeling daadwerkelijk een verbetering van de functionele mogelijkheden van appellant doen verwachten”.²⁹

Een argumentatie als deze: “herstel is niet uitgesloten, omdat medicatie en structuur tot verbetering van de beperkingen kunnen leiden” werd door de Raad ondermaats geacht.³⁰

Door deze jurisprudentie wordt het voor verzekeringsartsen aldoor maar moeilijker om dat mogelijke resultaat in het individuele geval van een solide argumentatie te voorzien zoals de bestuursrechter dat kennelijk wenst. Een terechte vraag is dan ook of juristen hier niet het onmogelijke van medici vragen.

Waarom is dit allemaal van belang? Als de verzekeringsarts geen afdoende motivering kan geven voor een positief behandelresultaat in het individuele geval, leidt dit tot instroom in de IVA (‘volledig en duurzaam arbeidsongeschikt’) in plaats van in de WGA (‘volledig maar niet duurzaam arbeidsongeschikt c.q. met meer dan geringe kans op herstel’). De vraag is of dát de bedoeling is geweest van de wetgever. Maar men kan zich natuurlijk ook afvragen: “waarom heeft de wetgever zo’n moeilijk kader bedacht en waarom hebben verzekeringsartsen zich dat laten aanleunen?” De rechter voert immers slechts uit.

4.3 *Hantering verzekeringsgeneeskundige protocollen*

Gezien de wettelijke ophanging van de protocollen zag men met enige huiver de rechterlijke toetsing tegemoet. Wat was de portee van de eerste uitspraken? De verzekeringsarts

27 Uiteraard onder helder geformuleerde randvoorwaarden. Zie hiervoor analoog: H.C.B. van der Meer & J.H.B.M. Willems *Taken en verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts in het kader van de verzuimbegeleiding en re-integratie* (KNMG-consult in opdracht van de NVAB), Utrecht: augustus 2009.

28 CRvB 4 februari 2009, L/JN BH1896.

29 CRvB 20 mei 2009, L/JN BI5270.

30 CRvB 31 maart 2010, L/JN BL9928.

zou alle arbeidsbeperkingen die zich *mogelijk* zouden kunnen voordoen bij een bepaalde diagnose beargumenteed moeten aanvaarden of ontkrachten.

Dat is een bijna onmogelijke opgave en werd door verzekeringsartsen als een niet begaanbare weg gezien. In een belangrijke uitspraak³¹ erkende de Centrale Raad dat “het karakter van het Protocol als hulpmiddel ... zich niet verdraagt met het oordeel van de rechtbank dat de (bezwaar)verzekeringarts alle in het Protocol genoemde aandachtspunten bij de beoordeling van de functionele mogelijkheden had moeten behandelen en bespreken in zijn rapportage. Appellant stelt zich in dit verband terecht op het standpunt dat het Protocol niet dwingend voorschrijft dat alle daarin genoemde onderdelen van de beoordeling dan wel alle aspecten die zich bij een depressie mogelijk voor kunnen doen ook expliciet door de (bezwaar)verzekeringarts moeten worden besproken.” De Raad vervolgt “dat de in de Regeling opgenomen verzekeringsgeneeskundige protocollen als hulpmiddel moeten worden aangemerkt, betekent niet dat aan die protocollen geen betekenis zou kunnen toekomen bij de beoordeling van een besluit als hier aan de orde. De vraag welke betekenis daarbij in een concreet geval toekomt aan een protocol, zal moeten worden beantwoord aan de hand van de feiten en omstandigheden van het geval en de aard en inhoud van het voorschrift van het protocol waarop belanghebbende zich beroept.”

Deze uitspraak leidde tot opluchting bij verzekeringsartsen. Een vergaande juridisering van de claimbeoordeling lag immers op de loer. Dat neemt niet weg dat er nog steeds een concrete taak ligt voor de beroepsgroep om duidelijk te maken *op welke voor de buitenwereld zichtbare manier* de verzekeringsgeneeskundige protocollen in de praktijk worden gehanteerd.

5 Tuchtrechtspraak

Tuchtrechtelijke uitspraken over het handelen van verzekeringsartsen hebben een overwegend casuïstisch karakter. In een tweetal kwesties kwam het tot een normstelling of aanbeveling.

5.1 *Therapeutische adviezen door de verzekeringarts?*

Het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle sprak zich uit over de kernvraag of een beoordelend arts therapeutische adviezen mag geven. De verzekeringarts had advies gegeven over de medicatie zonder te overleggen met de voorschrijvend behandelend arts. Het college oordeelde: “anders dan met betrekking tot de spiegelbeeldige situatie, die waarin de behandelend arts wordt gevraagd om een waardeoordeel, ontbreekt op het punt van het geven van therapeutische adviezen door de beoordelend arts een duidelijke norm. Het college ziet hierin aanleiding om aan de gegrond verklaring van laatstgenoemd klachtonderdeel, mede gezien de aard van de gegeven adviezen, niet de oplegging van een maatregel te verbinden.”³² Het Centraal Tuchtcollege dacht er anders over: “... dat het hier niet gaat om een (specifiek) behandeladvies. Het is veeleer een nadere uitleg waarom naar het oordeel van de arts klaagster medisch gezien meer moet kunnen dan ze doet en niet hoeft te leven als ‘een oude vrouw’. De arts begaf zich hiermee dan ook niet op het terrein van de behandelend arts, ook niet op het punt van de medicatie. Nu de arts in de onderhavige rapportage ...

31 CRvB 16 september 2009, LJN BJ7873.

32 RTG Zwolle 3 april 2008, nr. 2007/003.

heeft vastgesteld dat klaagster dagelijks één tot twee tabletten paracetamol 500 mg, een tablet diazepam 10 mg, een tablet Ibuprofen 500 mg en voor het slapen temazepam gebruikt alsmede nog drie maal per maand tramadol, kon de arts met recht suggereren dat het wellicht verstandig was minder pillen te gebruiken. Dit geldt te meer daar een deel van de gebruikte medicatie zonder recept verkrijgbaar is, klaagster niet meer onder behandeling was en klaagster voor wat betreft het medicijngebruik ook een eigen verantwoordelijkheid heeft.³³

Het laatste woord over de vraag of een beoordelend arts therapeutische adviezen mag geven is hiermee niet gesproken. Zo'n norm zou overigens niet uit de pas mogen lopen met de vierde door de Gezondheidsraad geformuleerde kerntaak van de verzekeringsarts: de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.

Nader houvast in dergelijke situaties geeft het verzekeringsgeneeskundig Protocol Participatiegedrag. Hierin wordt de situatie behandeld dat een cliënt geen adequate behandeling krijgt en het participatiegedrag (nog) niet adequaat is. Volgens dit protocol is er dan een dwingende indicatie voor de verzekeringsarts voor overleg en afstemming met de behandelend arts of paramedische hulpverlener, tenzij de cliënt niet (meer) onder behandeling is.³⁴

5.2 Handelen bij vermoeden van fraude: beroepsgeheim of spreekplicht?

Het Centraal Tuchtcollege constateerde dat over het handelen van verzekeringsartsen bij fraude momenteel geen heldere richtlijnen bestaan. Een verzekeringsarts zou haar beroepsgeheim hebben geschonden door uitlatingen te doen over de medische toestand van klaagster na confrontatie met gegevens door een opsporingsambtenaar van het UWV, die bezig was met een fraudeonderzoek. De waarschuwing die de verzekeringsarts kreeg van het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle³⁵ voor schending van het beroepsgeheim werd door het Centraal Tuchtcollege ingetrokken.³⁶ Ging de oude verzekeringsgeneeskundige richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts'³⁷ nog enigszins in op de vraag hoe de verzekeringsarts moet handelen bij het vermoeden van fraude, de sinds 2007 van kracht zijnde nieuwe gelijknamige richtlijn (UWV)³⁸ rept in het geheel niet over het thema fraude. Noch in het geval van eigen vermoedens, noch in de situatie dat een opsporingsambtenaar aan de verzekeringsarts om een verklaring vraagt. Het college vindt het ongewenst dat dergelijke beslissingen aan de verzekeringsarts worden gelaten terwijl een richtinggevend kader ontbreekt. Aan de betrokken beroepsvereniging en uitvoeringsinstanties wordt dan ook in overweging gegeven tot nadere zelfregulering te komen.

Dat deze lacune ook een belemmerende rol heeft gespeeld bij de recente strafzaak tegen enkele frauderende psychiaters valt af te leiden uit het rapport 'Marque'.³⁹ De psychiaters zouden valse medische dossiers hebben opgemaakt om zo hun patiënten aanspraak te

33 CTG 1 september 2009, nr. 2008/140.

34 NVVG, *Verzekeringsgeneeskundig protocol Participatiegedrag*, Utrecht: NVVG 2010. Zie p. 48.

35 RTG Zwolle 8 januari 2009, nr. 2007/215.

36 CTG 11 mei 2010, nr. 2009/051, L/JN YG0274.

37 Lisv, Richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts, februari 1998.

38 UWV, Richtlijn Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts, 2006.

39 Openbaar ministerie Rotterdam, *Bestuurlijke rapportage 'Marque'*, Knelpunten in de opsporing van fraude met pgb's en WAO/WIA-uitkeringen, maart 2011.

kunnen laten maken op persoonsgebonden budgetten en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. De klacht van de opsporingsinstanties is dat zij gedurende het strafrechtelijk onderzoek op het medisch beroepsgeheim stuitten. Vanwege het medisch beroepsgeheim werden de uitkomsten van het onderzoek door het UWV, dat leidde tot stopzetting van uitkeringen, niet gedeeld met andere instanties als het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Aangifte van fraude werd ook niet gedaan, zo klagen politie en het openbaar ministerie. De omvang van de mogelijke fraude is ook vanwege het beroepsgeheim nog steeds niet duidelijk. Zij raden dan ook aan dat er een richtlijn komt voor keuringsartsen waarin beschreven wordt hoe ze bij vermoedens van fraude met hun medisch beroepsgeheim moeten omgaan. Er bestond bij verzekeringsartsen al langere tijd een groeiende behoefte aan duidelijkheid over wat zij wel en niet mogen zeggen in fraudezaken. Ik meen dat voor verzekeringsartsen, net als voor behandeld artsen, het beroepsgeheim van groot belang is. Het in vertrouwen vergaren van medische gegevens om een goede beoordeling van de belastbaarheid te kunnen doen verstaat zich slecht met de figuur van een verzekeringsarts met de pet op van fraudebestrijder. Als de verzekeringsarts in toenemende mate een spreekplicht krijgt komt dat vertrouwen onder druk te staan. Ja, er moet dus een goede regeling komen, mits de spreekplicht duidelijk is ingekaderd zonder onnodig afbreuk te doen aan het beroepsgeheim. De proportionaliteit tussen beide aspecten moet niet uit het oog worden verloren.

6 Slotbeschouwing

Verzekeringsartsen verkeren in een cruciale fase van herbezinning op positie en taken. Dit zal een proces zijn met vallen en opstaan. Mag ik een schot voor de boeg geven? Ze moeten kiezen voor beide thema's: compensatie én participatie. Ze moeten de verbinding zoeken met de bedrijfsartsen (om zo mogelijk op te gaan in één nieuwe beroepsgroep). Ze moeten exploreren en experimenteren met allerlei vormen van taakdelegatie en taakondersteuning door andere professionals. Ze moeten veel meer van zich laten horen als de wetgever en politiek regels bedenken die moeilijk uitvoerbaar zijn (*duurzaamheid, (meer dan) geringe kans op herstel*) en dan liefst met alternatieven op de proppen komen. Ze moeten hun beroepsgeheim koesteren naast het accepteren van een bescheiden spreekplicht in duidelijk – op inhoud en proces – beschreven gevallen van vermoeden van fraude.