

NVVG



BEROEPSPROFIEL VOOR DE VERZEKERINGSARTS

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR VERZEKERINGSGENEESKUNDE (NVVG) / APRIL 2026



Beroepsprofiel Verzekeringsgeneeskunde

April 2026

Auteurs:

- Prof. dr. Sylvia van der Burg-Vermeulen
- Linda ten Hove
- Monique Stroomer
- Dr. Moniek van Zitteren
- Harrie Veneman

Inhoudsopgave

Woord vooraf.....	3
H2. Werkwijze totstandkoming beroepsprofiel.....	4
H3. Historische context en relevantie van de verzekeringsgeneeskunde.....	6
H4. Het werkterrein van de verzekeringsarts	8
H5. Kerntaken van de verzekeringsarts	11
H6. Ontwikkelingen binnen het vakgebied	14
H7. Positionering en rol binnen een dynamisch zorglandschap.....	18
H8. Referenties	19
Bijlage 1. Samenstelling werkgroep beroepsprofiel VG	20
Bijlage 2: competentieprofiel verzekeringsarts [<i>nog op te stellen</i>]	21

Woord vooraf

De verzekeringsgeneeskunde is een vak met een rijke historie en een essentiële rol in onze samenleving. Voor veel mensen is werk een bron van zingeving, sociale verbinding en economische zelfstandigheid. Helaas is werken niet altijd vanzelfsprekend. Chronische ziekten en langdurige gezondheidsproblemen belemmeren steeds vaker het functioneren van mensen in werk. In deze complexe situaties beoordeelt en adviseert de verzekeringsarts over belastbaarheid ten behoeve van inkomensondersteuning, maar biedt ook begeleiding naar herstel, re-integratie en duurzame inzetbaarheid.

Het vak van de verzekeringsarts is dynamisch en beweegt mee met maatschappelijke en gezondheidszorgontwikkelingen. De verzekeringsarts van de toekomst is meer dan een beoordelaar; hij of zij is een begeleider, coach en expert in preventie en duurzame inzetbaarheid. Dit beroepsprofiel schetst een toekomstgericht beeld van het vak en biedt houvast om met trots en professionaliteit deze sleutelrol te vervullen.

Met een brede medische expertise en een cruciale positie in zorgnetwerken draagt de verzekeringsarts bij aan participatie, welzijn en gezondheid. De focus verschuift van uitsluitend claimbeoordelingen naar een integrale benadering van preventie en participatie. Dit vraagt om een adaptief vermogen: de bereidheid en het vermogen om mee te gaan met veranderingen en hoogwaardige arbeidsgerichte zorg en ondersteuning te blijven bieden.

Dit profiel geeft richting in een veranderende wereld en ondersteunt de verzekeringsarts om te blijven groeien en bijdragen aan een inclusieve samenleving waarin iedereen naar vermogen kan meedoen. Samen bouwen we aan een vakgebied dat klaar is voor de toekomst.

Doel

Dit beroepsprofiel helpt verzekeringsartsen, zowel huidige als toekomstige, om van meerwaarde te zijn én te blijven binnen maatschappelijke ontwikkelingen als geneeskundig specialisten in arbeid en gezondheid. Het dient als basis voor mogelijke aanpassingen in het opleidingsplan. Dit beroepsprofiel vormt een belangrijke bouwsteen voor verdere ontwikkeling, zonder afbreuk te doen aan het fundament dat er nu al ligt.

Doelgroep

De beoogde doelgroep bestaat uit verzekeringsartsen en artsen in opleiding tot verzekeringsarts die in het kader van publieke en/of particuliere wet- en regelgeving adviseren, beoordelen en/of begeleiden. Voor de particuliere verzekeringsgeneeskunde geldt dat de meeste artsen werkzaam zijn als medisch adviseur. Een medisch adviseur is niet per definitie een verzekeringsarts en andersom. De medisch adviseur (zonder registratie als verzekeringsarts) valt buiten de scope van dit beroepsprofiel.

Leeswijzer

Omwille van de leesbaarheid van dit beroepsprofiel worden advisering, beoordeling, begeleiding, zorg, preventie, bijdragen aan participatie, welzijn en gezondheidsbevordering allemaal aangeduid als 'verzekeringsgeneeskundige zorg en dienstverlening'. Daar waar de term cliënt wordt gebruikt, moet afhankelijk van de context gelezen worden: cliënt, patiënt, zorgvrager of burger. Daar waar hij staat, wordt ook zij bedoeld.

H2. Werkwijze totstandkoming beroepsprofiel

Opdracht en doelstellingen

In het najaar van 2023 gaf het NVVG-bestuur de opdracht om een nieuw beroepsprofiel te ontwikkelen voor de sociaal geneeskundig specialist Arbeid en Gezondheid, profiel Verzekeringsgeneeskunde. Dit profiel moest niet alleen een heldere beschrijving geven van de functie van de verzekeringsarts, maar ook inzicht bieden in de kerntaken en belangrijke ontwikkelingen binnen het vakgebied. Daarnaast moest het laten zien op welke manieren de verzekeringsarts bijdraagt aan de maatschappij.

Om deze doelen te bereiken, werd een werkgroep samengesteld met een gevarieerde afvaardiging van commissieleden van de NVVG. De groep kreeg de vrijheid om het proces naar eigen inzicht vorm te geven, onder leiding van een voorzitter. Wat volgde was een dynamisch en iteratief proces dat in twee fasen verliep.

Fase 1: Pressurecooker-aanpak en eerste opzet

De eerste fase van het traject startte in oktober 2023 met de samenstelling van de werkgroep. Om een goede basis te leggen voor het beroepsprofiel werd gekozen voor een pressurecooker-aanpak begeleid door Common Eye. Deze organisatie richt zich op het creëren van gedeeld perspectief en het samen aanpakken van complexe vraagstukken. De pressurecooker is een methode waarbij in korte tijd intensief en doelgericht wordt samengewerkt aan een gezamenlijk vraagstuk. Ter voorbereiding interviewde Common Eye in oktober en november 2023 een aantal werkgroepleden. Deze gesprekken leverden waardevolle inzichten op over de dagelijkse praktijk van de verzekeringsarts en de kernaspecten van het vakgebied.

In december 2023 werd tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst de pressurecooker-aanpak nader toegelicht: door middel van gestructureerde en interactieve werksessies worden ideeën en inzichten snel verzameld, geanalyseerd en omgezet in concrete resultaten. In januari 2024 werd de pressurecooker uitgevoerd tijdens een intensieve tweedaagse onder begeleiding van Common Eye. Na afloop van deze tweedaagse was de eerste ruwe versie van het beroepsprofiel opgesteld. Vervolgens werkten subgroepen van de werkgroep in februari en maart 2024 verder aan specifieke hoofdstukken van het concept beroepsprofiel. Vanuit de NVVG werd secretariële ondersteuning geleverd voor het samenbrengen van de teksten, met ondersteuning van werkgroepleden Moniek van Zitteren en Monique Stroomer.

Hoewel het traject aanvankelijk voortvarend verliep, kwam het medio 2024 door onvoorziene omstandigheden tijdelijk stil te liggen. In deze periode trad Fatima Lopez terug als voorzitter, waarna Sylvia van der Burg-Vermeulen in september 2024 de voorzittersrol overnam. Dit markeerde het begin van de tweede fase van het proces.

Fase 2: Herstart met aanpassing en verfijning

Na de herstart in september 2024 kwam de werkgroep op 20 november 2024 bijeen om de vervolgaanpak te bespreken. Tijdens deze bijeenkomst is besloten een schrijfgroep te vormen, bestaande uit Moniek van Zitteren, Monique Stroomer, Linda ten Hove en Sylvia van der Burg-

Vermeulen. Zij namen de taak op zich om de eerste ruwe versie kritisch te herzien, aan te passen en waar nodig aan te vullen.

In december 2024 en januari 2025 kwam de schrijfgroep tweemaal bijeen om gezamenlijk aanpassingen te bespreken en door te voeren. Tussendoor werden de schrijftaken verdeeld, zodat efficiënt aan verschillende hoofdstukken kon worden gewerkt. Dit resulteerde in een herziene versie van het conceptprofiel, die in februari 2025 werd voorgelegd aan de volledige werkgroep. Tijdens deze plenaire werkgroepbijeenkomst werden de laatste aanpassingen besproken en nog openstaande acties verdeeld onder de werkgroepleden.

Uiteindelijk is in maart 2025 een definitieve conceptversie opgeleverd, die vervolgens is voorgelegd aan het NVVG-bestuur en aan de NVVG-commissies voor commentaar. De schrijfgroep, aangevuld met Harrie Veneman, heeft de ontvangen commentaren zorgvuldig beoordeeld. Per opmerking is bekeken of deze aanleiding gaf tot een wijziging. De doorgevoerde aanpassingen zijn verwerkt in het voorliggende beroepsprofiel.

Een levend document

Dit beroepsprofiel is geen statisch document, maar een weerspiegeling van een dynamisch vakgebied. De verzekeringsgeneeskunde is voortdurend in ontwikkeling, en daarom is periodieke actualisatie noodzakelijk. Nieuwe inzichten, veranderende wetgeving en maatschappelijke ontwikkelingen zullen in de toekomst aanleiding geven tot herzieningen. De NVVG speelt hierin een coördinerende rol en betreft actief de input van verzekeringsartsen en andere belanghebbenden. Zo blijft het beroepsprofiel een actueel en relevant kompas voor de beroepspraktijk.

H3. Historische context en relevantie van de verzekeringsgeneeskunde

De geschiedenis van de verzekeringsgeneeskunde in Nederland begint feitelijk al in de 16^{de} eeuw. Er waren verzekeringsfondsen en er was onderlinge ondersteuning in geval van ziekte [1]. In de 19^{de} eeuw, met de opkomst van de industrialisatie, waren de arbeidsomstandigheden erbarmelijk met lage lonen, lange werkdagen en gevaarlijke arbeidsomstandigheden. Er was geen ontslagbescherming. De politiek roerde zich en er kwam een parlementaire enquête (1886-1887) naar aanleiding van de toestand in de fabrieken en werkplaatsen [2].

In 1901 werd de eerste sociale wetgeving ingevoerd: de Ongevallenwet. Deze wet verzekerde werknemers van een inkomen bij verwondingen die zij onder werktijd opliepen [3]. De uitvoering van de Ongevallenwet werd toevertrouwd aan de Rijksverzekeringsbank (RVB). Medisch adviseurs speelden een belangrijke rol bij de beoordelingen, waarbij onder andere controlerend geneeskundigen werden ingeschakeld [4].

De rol van de geneeskundigen was in het kader van de Ongevallenwet vooral een beoordelende rol gericht op het bestaan van ongeschiktheid als gevolg van bedrijfsongevallen.

Parallel aan deze ontwikkeling werd in 1901 de Nederlandse Vereeniging voor medisch adviseurs van Levensverzekeringen opgericht. Het doel was om uniformiteit bij beoordelingen na te streven en kennis en ervaringen uit te wisselen tijdens congressen. In de daaropvolgende jaren sloten ook geneeskundige adviseurs van verschillende verzekeringen zich aan als lid van de Nederlandse Vereniging voor Levensverzekeringsgeneeskunde. In 1980 werd de naam omgedoopt tot de Nederlandse vereniging van geneeskundigen bij verzekeringsmaatschappijen (GAV) [5].

In 1913 trad de eerste Ziektewet in werking [6] en nadien was er een opmars van geneeskundige inzet bij het beoordelen van ziekte en ongevallen in relatie tot de mogelijkheden voor arbeid. De taken van deze artsen waren vergelijkbaar met die van de huidige verzekeringsarts.

Dit betekende een uitbreiding van de taken van de geneeskundigen. Naast beoordelingen van beperkingen en ongeschiktheid beoordeelden de geneeskundigen ook de mogelijkheden tot (om)scholing en re-integratie.

Met de voortdurende ontwikkeling van de geneeskunde als wetenschap, maar ook door de invoering van diverse wetten rondom arbeidsongeschiktheid, werd de verzekeringsgeneeskunde verder verfijnd. In 1969 leidde dit tot de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), die de verzekeringsartsen vertegenwoordigt [7].

Oorspronkelijk waren verzekeringsartsen vooral betrokken bij sociale verzekeringen, zoals de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) van 1967 en de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) van 1976, waarbij ze zich bezighielden met het beoordelen van arbeidsongeschiktheid en het verstrekken van voorzieningen in de arbeidssfeer [8].

Vanaf 1994 veranderden de taken van de verzekeringsartsen door gewijzigde politieke inzichten, waarbij hun werkzaamheden werden verdeeld over drie pijlers: beoordelingen van arbeidsongeschiktheid van werknemers ten behoeve van de sociale verzekeringen, beoordelingen van zelfstandigen ten behoeve van particuliere verzekeringen en beoordeling van

de belastbaarheid van alle inwoners in het kader van participatie en zelfredzaamheid ten behoeve van het sociale domein.

Ontwikkelingen leidden uiteindelijk tot de oprichting van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) in de publieke verzekeringsgeneeskunde in 2002. Het UWV werd verantwoordelijk voor de uitvoering van sociale verzekeringen, zoals de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, tegenwoordig de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA), Ziektewet (ZW), Werkloosheidsuitkering (WW) en de Wajong maar ook voor de uitvoering van onderdelen van de Participatiewet (PW). Het grootste deel van de verzekeringsartsen was (en is nog steeds) werkzaam bij het UWV.

Door hervormingen binnen de sociale zekerheid, waaronder het afschaffen van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ), waren zelfstandigen, al dan niet met personeel, aangewezen op een particuliere verzekering voor inkomensderving door arbeidsongeschiktheid. Dit creëerde een lacune in de verzekeringsdekking die verzekeringsmaatschappijen, al actief in verschillende andere verzekeringsproducten, snel opvulden. Particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen kenden hierdoor een groei. Daardoor groeide ook het aantal verzekeringsartsen bij particuliere verzekeringsmaatschappijen. Binnen het sociale domein werd het gat dat ontstond opgevuld door diverse wetgevingen voor voorzieningen ter verbetering van de zelfredzaamheid en participatie. Deze werden belegd bij de lokale overheden. Voor medische adviezen werden verschillende medische adviesbureaus opgericht. Diverse verzekeringsartsen maakten de overstap naar deze commerciële adviesbureaus. Een voorbeeld is Argonaut, opgericht vanuit de GAK-holding na het verdwijnen van de AAW.

De inzet van de verzekeringsarts is door al deze wetswijzigingen verbreed. Taken in het kader van beoordelingen van causaliteit, acceptatie evenals beoordelingen in het kader van herstel- en participatiegedrag zijn aan de werkzaamheden van de verzekeringsarts toegevoegd.

Het vak verzekeringsgeneeskunde heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een specialisatie waarbinnen naast uitvoerend werk ruimte is voor onderzoek bij verschillende universiteiten of kenniscentra, zoals het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) en het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde (ACPV). Naast de verdieping en verbreding van de kennis die dit met zich meebrengt, zijn er maatschappelijke ontwikkelingen die net als in het verleden een stempel zullen drukken op het vak verzekeringsgeneeskunde. Artsentekort, meer chronisch zieken, vergrijzing, internet, AI en een terugtrekkende overheid zijn momenteel (2025) al van invloed op de werkzaamheden van de verzekeringsarts. De inzet van taakdelegatie heeft inmiddels zijn intrede gedaan. Door alle veranderingen nu en in de nabije toekomst is herijking van het vakgebied van de verzekeringsgeneeskunde nodig.

Hoewel de verzekeringsartsen uitgewaaid zijn en niet meer één werkgever dienen, is de kern van de werkzaamheden voor alle verzekeringsartsen vergelijkbaar. De missie en visie van de wetenschappelijke verenigingen sluiten daarbij aan [9-11].

H4. Het werkterrein van de verzekeringsarts

Het loopbaanperspectief van de verzekeringsarts is meer divers dan vaak gedacht wordt [12]. In dit hoofdstuk komen de verschillende werkvelden van de verzekeringsarts aan bod.

UWV

Het grootste deel van de verzekeringsartsen is werkzaam binnen de publieke sector. In de publieke sector is de verzekeringsarts onderdeel van de uitvoering van de verschillende sociale zekerheidswetten en arbeidsongeschiktheidsregelingen. De werkzaamheden zijn dan ook heel divers: naast beoordelen heeft de verzekeringsarts ook een rol in het begeleiden en coachen als het gaat om (re-integratie) in arbeid en participatie. Daarin zijn overeenkomsten met het werk van de bedrijfsarts te herkennen. De rol van de verzekeringsarts is afhankelijk van de context van de beoordeling, zoals de geldende wetgeving. Binnen de publieke verzekeringsgeneeskunde ligt de nadruk behalve op (arbeidson)geschiktheid voor het eigen werk ook op mogelijkheden in gangbare arbeid.

Adviesorganisaties voor centrale en lokale overheid

Een kleiner deel van de verzekeringsartsen is werkzaam als adviespartner binnen het sociaal-medisch domein, voor zowel centrale als lokale overheid. Hierbij kan gedacht worden aan advisering en sociaal-medische beoordeling in het kader van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning) en de Participatiewet voor gemeenten en advisering in het kader van de Wet inburgering voor SZW (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid).

Ministerie van Defensie

Ook binnen het Ministerie van Defensie zijn verzekeringsartsen werkzaam. Het takenpakket van de verzekeringsarts bestaat uit het vaststellen van dienst(on)geschiktheid en het adviseren over het recht op een Militair InvaliditeitsPensioen (MIP) en op eventuele verdere voorzieningen. Het vaststellen van dienst(on)geschiktheid wordt verricht door een zogeheten Geneeskundige Commissie van drie verzekeringsartsen: één arts onderzoekt de keurling en de beide anderen zijn medebeoordelaar en –ondertekenaar van het rapport. Vanwege de vaak zware arbeidsomstandigheden, zoals uitzendingen en langdurige oefeningen, heeft een militair, als hij/zij blijvend letsel oploopt (hetzij fysiek of mentaal) of invalide raakt tijdens de uitoefening van de militaire dienst, mogelijk recht op een MIP. Er wordt beoordeeld of er een medisch causaal verband kan worden vastgesteld tussen de aandoening en het werk, hetgeen kortweg wordt aangeduid als 'dienstverband'. Als er positief wordt geadviseerd ten aanzien van dienstverband wordt de mate van invaliditeit, en daarmee de hoogte van het MIP, vastgesteld.

Particuliere verzekeraars

Ook zijn verzekeringsartsen werkzaam als adviespartner binnen het sociaal-medisch domein, voor zowel centrale als lokale overheid. Een deel van de verzekeringsartsen is werkzaam voor

particuliere verzekeringsmaatschappijen. Zij richten zich op arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en levensverzekeringen. De verzekeringsarts houdt zich bezig met risico-inschatting als het gaat om acceptatie voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Daarnaast met preventie, begeleiding en re-integratie van arbeidsongeschikte verzekerden, zoals zelfstandigen. Vaak is er sprake van een beroepsarbeidsongeschiktheidsdekking, wat betekent dat verzekerden alleen op de geschiktheid voor het eigen werk worden beoordeeld en daarnaar worden gere-integreerd. Ook binnen de particuliere verzekeringsgeneeskunde richt de verzekeringsarts zich op gezondheidsbevordering en duurzame arbeidsparticipatie. De verzekeringsarts in de publieke sector handelt volgens specifieke wet- en regelgeving; voor de verzekeringsarts werkzaam binnen de particuliere sector bepalen de polisvoorwaarden de aard en omvang van de beoordeling en re-integratie.

Het werkterrein van verzekeringsartsen omvat naast arbeidsongeschiktheid ook de personenschade. Verzekeringsartsen binnen de personenschade hebben een adviserende rol bij letselschadeclaims. Hierbij valt te denken aan beoordelingen in het kader van wettelijke aansprakelijkheid (WA), bedrijfsaansprakelijkheid (AVB), ongevallenverzekeringen, en bijvoorbeeld schadeverzekeringen inzittenden/ opzittenden (SVI/SVO). Ook beoordelingen over medische aansprakelijkheid vallen hieronder.

De verzekeringsarts kan een beoordeling doen vanuit een particuliere verzekeringsmaatschappij (partij van de verzekerde) of vanuit de belangenbehartigende partij (partij van het slachtoffer). Ook kan de verzekeringsarts optreden als onafhankelijk deskundige, bijvoorbeeld bij expertises, of bijvoorbeeld voor de rechtbank en de Centrale Raad. Daarbij analyseert en beoordeelt de verzekeringsarts relevante medische informatie om een uitspraak te kunnen doen over bijvoorbeeld causaliteit, (blijvende) ongevalsgevolgen, (rest)beperkingen, de mate van blijvende invaliditeit volgens de polisvoorwaarden, alsmede om een risico-inschatting voor de toekomst te maken.

Artsen die werkzaam zijn in de particuliere verzekeringsgeneeskunde, of zij nu geregistreerd verzekeringsarts zijn of niet, worden doorgaans aangeduid als medisch adviseur. Veel verzekeringsartsen in de particuliere sector werken als medisch adviseur, maar een medisch adviseur is dus niet per definitie een verzekeringsarts. 'Medisch Adviseur' is thans geen beschermde titel. Beiden worden vertegenwoordigd door de GAV (Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken) [13].

Expertisebureaus

Zowel in de publieke als particuliere verzekeringsgeneeskunde wordt gebruikgemaakt van onafhankelijke medische expertise. De verzekeringsarts wordt dan om een onafhankelijke, neutrale en objectieve beoordeling gevraagd. Dit is met name van belang als er onduidelijkheid bestaat over bijvoorbeeld de belastbaarheid van de onderzochte persoon. Verzekeringsartsen die zich bezighouden met expertises verrichten een onafhankelijk verzekeringsgeneeskundig onderzoek dat zicht richt op het objectiveren van beperkingen in relatie tot de medische problematiek. Wanneer sprake is van medische beperkingen wordt dit weergegeven in een belastbaarheidsprofiel en teruggekoppeld aan de aanvragende partijen.

Academie en wetenschap

Wetenschappelijke ontwikkelingen in de medische wereld staan niet stil. Voor verzekeringssartsen is het belangrijk om ook hiervan goed op de hoogte te blijven. Om te kunnen streven naar goede zorg in de rol van verzekeringssarts, is het niet alleen belangrijk om kennis te hebben van nieuwe wetenschappelijke inzichten, maar ook om actief betrokken te zijn bij kennisontwikkeling en implementatie daarvan.

Verzekeringssartsen kunnen daarom op wetenschappelijk gebied werken binnen academische werkplaatsen, kenniscentra en bijvoorbeeld onderzoeksafdelingen van Universitair Medische Centra (UMC). Zo kan een verzekeringssarts deelnemen aan (kleinschalige) onderzoeksprojecten, een promotietraject doorlopen of bijvoorbeeld zelf werkzaam zijn als (postdoc) onderzoeker of (co)promotor.

Daarnaast zijn er voor de verzekeringssarts tal van mogelijkheden om zich breder te oriënteren op wetenschappelijk vlak binnen de verzekeringsgeneeskunde, bijvoorbeeld door deelname aan diverse commissies binnen de beroepsverenigingen om op deze manier ook nieuwe wetenschappelijke kennis en inzichten te implementeren in richtlijnen en onder de aandacht te brengen bij beroepsgenoten.

Opleiding en nascholing

Om verzekeringssarts te worden, moet men een medisch specialistische vervolgopleiding volgen aan een erkend opleidingsinstituut én daarbij in de praktijk werkzaam zijn bij een erkende opleidingsinstelling. Naast het reguliere werk kan een verzekeringssarts tevens de rol van praktijkopleider of mentor op zich nemen voor artsen in opleiding tot verzekeringssarts. Daarnaast kan een verzekeringssarts werkzaam zijn als docent binnen de vervolgopleiding tot verzekeringssarts. Dit kan incidenteel zijn middels een gastdocentschap of meer structureel vanuit een opleidingsinstituut (al of niet verbonden aan een UMC). Bovendien kan hij daar optreden als instituutopleider of taken hebben in het kader van (na)scholing van praktijkopleiders. Ook kunnen verzekeringssartsen onderwijstaken vervullen in de bachelor- of masterfase van de geneeskundeopleiding om mede dit deel van de sociale geneeskunde te onderwijzen.

H5. Kerntaken van de verzekeringsarts

De verzekeringsgeneeskunde streeft naar hoogwaardige zorg- en dienstverlening gericht op participatie, welzijn en gezondheid. De verzekeringsarts gebruikt hierbij een positieve gezondheidsbenadering: hoe kan iemand ondanks beperkingen optimaal functioneren en participeren? Door zich te richten op de unieke persoonlijke en sociale context van de cliënt, draagt de verzekeringsarts bij aan een samenleving waarin iedereen naar vermogen kan meedoen.

In het werk van de verzekeringsarts staat het functioneren van de mens in relatie tot ziekte en/of gebrek centraal. Om een volledig beeld te krijgen van de impact van ziekte op het dagelijks leven, de zelfredzaamheid en de mogelijkheden tot participatie, voert een verzekeringsarts in de publieke verzekeringsgeneeskunde een Sociaal Medische Probleemanalyse uit [12]. Met deze analyse brengt de verzekeringsarts de invloed van ziekte in kaart op drie niveaus van menselijk functioneren: stoornissen op lichamelijk en geestelijk niveau, beperkingen in activiteiten en gedragingen, en handicaps binnen sociale rollen, met specifieke aandacht voor de arbeidsrol.

Deze benadering is gebaseerd op de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die de onderlinge samenhang tussen deze niveaus benadrukt. Door deze holistische benadering kan de verzekeringsarts niet alleen beperkingen identificeren, maar ook mogelijkheden en kansen voor participatie en herstel signaleren. Verzekeringsartsen in de particuliere verzekeringsgeneeskunde beoordelen de belastbaarheid op basis van de polisvoorwaarden waarvoor iemand verzekerd is.

De kerntaken van de verzekeringsarts zijn:

- *Regievoeren in multidisciplinair teamverband*

De verzekeringsarts werkt samen met andere zorgverleners en professionals, zoals arbeidsdeskundigen, re-integratiebegeleiders, verpleegkundigen, bedrijfsartsen, huisartsen, medisch specialisten en paramedici. Hij coördineert de sociaal-medische zorg en dienstverlening met een brede medische expertise op het gebied van arbeid en gezondheid. Dit draagt bij aan een integrale benadering van zorg en ondersteuning voor de cliënt.

De regierol vraagt om netwerkcompetenties, waaronder communicatievaardigheden, omgevingssensitiviteit, relatiegerichtheid, het vermogen om verschillende perspectieven te integreren, en het strategisch verbinden van betrokkenen in de gezamenlijke zorg en ondersteuning van de cliënt.

- *Beoordelen en vaststellen van belastbaarheid en participatiemogelijkheden*

De verzekeringsarts beoordeelt op een systematische manier wat de impact van gezondheidsproblemen is op het functioneren van de cliënt. Door middel van een Sociaal Medische Probleemanalyse voert de verzekeringsarts een objectieve beoordeling uit van de beperkingen en mogelijkheden van cliënten om te (blijven) functioneren in arbeid ondanks ziekte(n). Daarnaast beoordeelt de verzekeringsarts in het kader van participatie en voorzieningen, ook wanneer er geen arbeidsmogelijkheden zijn. De verzekeringsarts analyseert de verkregen informatie en past, werkzaam in de publieke sector, het ICF-model toe voor het vaststellen van de belastbaarheid. Binnen de particuliere verzekeringsgeneeskunde beoordeelt de verzekeringsarts de belastbaarheid aan de hand van de polisvoorwaarden waarvoor iemand verzekerd is.

De beoordeling is gericht op het in kaart brengen van mogelijkheden, niet alleen op het vaststellen van beperkingen. De verzekeringsarts kijkt naar wat nog wel kan en hoe dat duurzaam ondersteund kan worden.

- *Begeleiden en coachen van cliënten*

Deze begeleiding is gericht op het versterken van duurzame inzetbaarheid en het bevorderen van eigen regie, ook bij langdurige of complexe problematiek. Door motiverende gespreksvoering en een coachende benadering draagt de verzekeringsarts bij aan activering, zelfmanagement en zelfredzaamheid. De verzekeringsarts ondersteunt cliënten bij het nemen van regie over de eigen gezondheid, herstel en (medische) behandeling.

- *Adviseren over herstel van gezondheid, functioneren en werkhervatting*

De verzekeringsarts geeft een op de persoon toegesneden advies over behandelopties, voorwaarden voor re-integratie en duurzame terugkeer naar werk. Daarnaast kan de verzekeringsarts adviseren over maatschappelijke participatie en de inzet van voorzieningen, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Deze adviezen worden verstrekt aan zieke werkenden en werkzoekenden, werkgevers, instanties binnen de sociale zekerheid, gemeenten of verzekeraars binnen de particuliere verzekeringsgeneeskunde.

- *Signaleren en adviseren ter preventie van werkuitval*

De verzekeringsarts adviseert en signaleert in het kader van publieke of particuliere arbeidsongeschiktheidsregelingen over risicofactoren en preventie van werkuitval en arbeidsongeschiktheid.

Deze taak is van bijzonder belang voor kwetsbare groepen binnen de arbeidsmarkt, zoals mensen met chronische aandoeningen, psychische problematiek, mensen met werkonzekerheid, zoals flexwerkers, arbeidsmigranten en werklozen. Juist deze groepen hebben een verhoogd risico op langdurige uitval en blijvende arbeidsongeschiktheid, vaak door een combinatie van multimorbiditeit, multiproblematiek, beperkte gezondheidsvaardigheden en beperkte toegang tot passende ondersteuning en zorg.

- *Risico-inschatting voor particuliere verzekeraars*

De verzekeringsarts analyseert medische factoren (onder andere bestaande ziekten en/of verhoogd risico op ontwikkeling van ziekten) en niet-medische factoren (onder andere aard en zwaarte van het beroep) voor het inschatten van toekomstige gezondheidsschade, werkuitval en arbeidsongeschiktheid. Deze beoordeling wordt gebruikt in het acceptatieproces voor advisering aan particuliere verzekeraars voor advisering aan particuliere verzekeraars voor het bepalen van verzekeringsrisico's met betrekking tot toekomstige gezondheidsschade, werkuitval en arbeidsongeschiktheid.

- *Samenwerken met (zorg)professionals voor goede arbeidsgerichte zorg en dienstverlening*

De verzekeringsarts werkt binnen een breed netwerk van professionals en organisaties op het snijvlak van arbeid, gezondheid en sociale zekerheid. Met generalistische netwerkcompetenties verbindt de verzekeringsarts verschillende disciplines rondom de cliënt, zoals artsen, paramedici, arbeidsdeskundigen, werkgevers en juridisch experts, om zorg en ondersteuning effectief af te stemmen en participatie te bevorderen.

Heldere communicatie, goede informatie-uitwisseling en duidelijke taakafbakening zijn hierbij essentieel. De verzekeringsarts bewaakt de medische kwaliteit van de beoordeling en levert een bijdrage aan een integrale, arbeidsgerichte zorg en dienstverlening, gericht op herstel, functioneren en maatschappelijke participatie. Samenwerking vindt plaats met onder andere:

- Arbeidsdeskundigen – voor het in kaart brengen van arbeidsmogelijkheden en re-integratie.
- Behandelend artsen en paramedici – voor medische informatie-uitwisseling en afstemming over behandeling en herstel.
- Werkgevers en bedrijfsartsen – voor het bevorderen van duurzame inzetbaarheid en het voorkomen van uitval.
- Gemeenten en sociale diensten – voor het inzetten van voorzieningen en ondersteuning bij participatie.
- Verzekeraars – in het kader van particuliere verzekeringsgeneeskunde.

De bovenstaande beschrijving van de kerntaken vormt de basis van het competentieprofiel. Beide zijn nauw met elkaar verbonden: in het competentieprofiel worden (of zijn) de kerntaken verder uitgewerkt, inclusief de benodigde kennis, vaardigheden en houding die passen bij het uitvoeren van deze taken.

H6. Ontwikkelingen binnen het vakgebied

De verzekeringsgeneeskunde bevindt zich in een dynamische omgeving, waarin maatschappelijke, technologische en gezondheidszorgontwikkelingen de beroepspraktijk voortdurend beïnvloeden. Dit vraagt om een continue herijking van de positie en werkwijze van de verzekeringsarts.

Binnen de zorg verandert de visie op gezondheid en verschuift de focus van vergaande specialisatie naar een meer holistische benadering, waarin het bio-psychosociale model een steeds grotere rol speelt. Tegelijkertijd zorgen demografische veranderingen, zoals vergrijzing, voor een toenemende druk op zowel de arbeidsmarkt als het zorgsysteem. Technologische innovaties bieden nieuwe mogelijkheden om de inzetbaarheid van mensen met een verminderde belastbaarheid te bevorderen en ondersteunen artsen praktisch bij het uitvoeren van hun vak. In dit hoofdstuk gaan we in op deze ontwikkelingen en hun impact op de verzekeringsgeneeskunde.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg: van ziekte naar een bio-psychosociale benadering

Door de huidige demografische ontwikkelingen komt het zorgsysteem steeds meer onder druk te staan, wat noopt tot een andere manier waarop zorg wordt verleend. Ondertussen verandert ook de kijk op ziekte en gezondheid. Waar de zorg zich voorheen vooral richtte op ziekte en de behandeling daarvan, zien we nu een ontwikkeling naar een meer bio-psychosociale benadering van gezondheid. Deze benadering van gezondheid en ziekte is meer holistisch van aard en maakt dat zorgverleners zich niet alleen meer zullen richten op het behandelen van symptomen van ziekte, maar ook op andere factoren die effect hebben op het welzijn en herstellend vermogen van het individu.

Deze verschuiving van focus van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag zien we ook terug in het visiedocument *De rollen van de arts in 2040* van de KNMG [14]. Hierin ligt de nadruk meer op het functioneren en participeren van mensen in hun omgeving, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal, en de verschillende rollen die de arts daarin kan spelen, in plaats van alleen op ziekte en behandeling daarvan.

Rollen van de arts 2040 KNMG (2021)



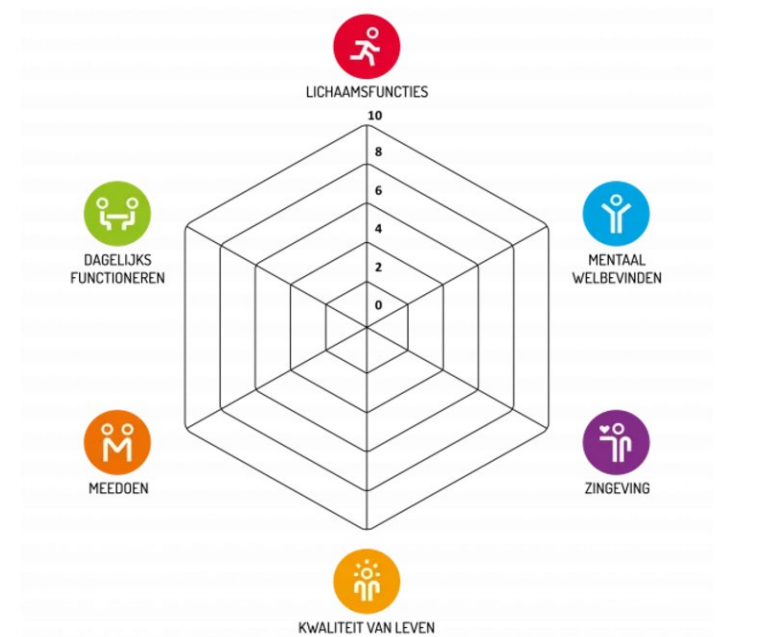
We herkennen in deze bio-psychosociale benadering het ICF model dat al deze factoren in kaart brengt en toont hoe deze op elkaar ingrijpen. Het identificeren van deze factoren rond de individuele patiënt leidt tot meer gepersonaliseerde en effectieve zorginterventies.

Bij 'meer kwetsbare groepen' bijvoorbeeld spelen naast de medische problematiek vaak sociaal-maatschappelijke problemen die een grote invloed op gezondheid en functioneren hebben en vice versa. Een bio-psychosociale benadering helpt hierbij om inzichtelijk te maken waarop ingegrepen moet worden om de patiënt te helpen.

De verzekeringsarts is als generalist opgeleid in het werken volgens het bio-psychosociale model. Door deze integrale benadering kan de verzekeringsarts hoogwaardige zorg- en dienstverlening bieden op het gebied van participatie, welzijn en gezondheid. Hij stelt de participatiemogelijkheden van een persoon vast door een analyse te maken van de samenhang tussen stoornis, handicap en beperkingen binnen de context van de persoonlijke en externe factoren die bij het betreffende individu een rol spelen. Vanuit zijn kennis van zowel medische als niet-medische factoren die van invloed zijn op het welbevinden, is de verzekeringsarts in staat om onderscheid te maken tussen ziekte en andere factoren die van invloed zijn op het herstel- en participatievermogen van het individu. Dit doet hij door zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd en objectief te analyseren, signaleren, adviseren, beoordelen en begeleiden. Het maken van dit onderscheid is van belang bij het hervatten in participatie, in werk en in andere maatschappelijke rollen maar ook bij preventie van uitval.

Een praktisch handvat voor de patiënt hierbij is het model *Positieve Gezondheid* van Machteld Huber [15]. Deze relatief nieuwe benadering binnen de geneeskunde sluit naadloos aan bij het bio-psychosociaal model en biedt de patiënt inzicht in zijn problematiek. Het gaat hierbij om een benadering van gezondheid die verder gaat dan alleen de aan- of afwezigheid van ziekte. Het model geeft inzicht in de fysieke, emotionele en sociale problemen die bij de patiënt een rol spelen en kan hem helpen om zelf actief bij te dragen aan eigen gezondheid en welzijn. *Positieve gezondheid* is goed toepasbaar binnen de sociale geneeskunde bij re-integratie en begeleiding van individuen.

Spinnenweb Positieve gezondheid:



Een toepassing van het biopsychosociale model in de zorg is de ontwikkeling van waardegedreven zorg (*value based healthcare*). In dit zorgmodel ligt de nadruk op geïntegreerde netwerkzorg. Zorgverleners werken hierbij samen aan de fysieke, mentale, gedragsmatige en sociale behoeften van een patiënt. De patiënt wordt als geheel persoon behandeld, in plaats van alleen een specifiek gezondheidsprobleem of ziekte.

Gezondheidsproblemen kunnen grote impact hebben op de sociale rollen die de patiënt vervult in de maatschappij. Als specialist op het snijvlak van arbeid en gezondheid kan de verzekeringsarts, wat de arbeidsrol betreft, een belangrijke rol spelen in waardegedreven zorg, omdat hij daarbij op een zo vroeg mogelijk moment in het ziekteproces kan adviseren over belastbaarheid, participatie en duurzame inzet in passend werk. We hebben daarbij voor ogen dat de verzekeringsarts daadwerkelijk óók werkzaam is in de curatieve zorgomgeving, waar hij direct benaderbaar is voor patiëntvragen over de gevolgen van zijn ziekte voor zijn inzetbaarheid in werk. Letterlijk 'een deurtje verderop'. Uitval in werk kan op deze manier worden verkort of zelfs voorkomen, wat een positief effect heeft op het toekomstperspectief, en daarmee op het welbevinden, van de patiënt.

Ontwikkelingen in de samenleving: toenemende vergrijzing en druk op de arbeidsmarkt

Toenemende vergrijzing maakt de arbeidsmarkt steeds krappere. Het is daarom van belang dat elk arbeidspotentieel behouden blijft. Met het opschuiven van de pensioengerechtigde leeftijd wordt getracht om het arbeidspotentieel zo lang mogelijk te behouden. Omdat belastbaarheid afneemt door fysiologische veroudering en door met de leeftijd samenhangende toenemende gezondheidsproblemen is dit in zware beroepen niet altijd goed mogelijk, tenzij het werk tijdig wordt aangepast. Tijdig oog voor preventieve maatregelen gerelateerd aan de individuele medische beperkingen is daarvoor cruciaal.

Toenemende vergrijzing geeft ook steeds meer druk op het zorgsysteem. Ouderen zijn genooddaakt om steeds langer zelfstandig te blijven wonen, ondersteund door mantelzorgers. Vaak zijn dit mensen die deze mantelzorgtaken naast hun werk moeten verrichten, wat een extra appèl doet op hun belastbaarheid. Ook hierbij is oog voor tijdige preventie van uitval noodzakelijk.

De vergrijzing heeft ook invloed op het beschikbare arbeidspotentieel in de zorg, waaronder de verzekeringsgeneeskunde. De toenemende schaarste aan (zorg)professionals vraagt om innovatieve oplossingen om hoogwaardige zorg- en dienstverlening op het gebied van participatie, welzijn en gezondheid te kunnen blijven bieden. Een van de mogelijkheden is een verdere inzet van taakdelegatie en taakherschikking. Deze ontwikkeling is al volop gaande waarbij op dit moment bepaalde taken gedelegeerd worden aan bijvoorbeeld sociaal-medisch verpleegkundigen.

De beroepsgroep zal moeten onderzoeken wat dit voor onze beroepspraktijk kan gaan betekenen. Bijvoorbeeld in hoeverre routinematige of protocollaire taken bij enkelvoudige vraagstukken kunnen worden uitgevoerd door verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts, terwijl de verzekeringsarts de regie houdt over de sociaal-medische dienstverlening en zich richt op arbeidsgerichte zorg bij meer complexe casuïstiek. Op deze manier kan de verzekeringsarts zich meer richten op de eigenlijke kerntaken. Deze aanpak biedt niet alleen een oplossing voor het groeiende personeelstekort, maar kan ook bijdragen aan een efficiëntere en toekomstbestendige werkwijze binnen de verzekeringsgeneeskunde.

Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen gaan razendsnel en vinden steeds vaker hun weg naar de algemene geneeskunde. Denk bijvoorbeeld aan operatieve ingrepen uitgevoerd door robots of

de inzet van robotisering als hulpmiddel voor mensen met een beperkte belastbaarheid. Hierdoor kunnen participatieproblemen worden verminderd, waardoor mensen bijvoorbeeld hun werk kunnen behouden.

Voor verzekeringsartsen is het belangrijk om op de hoogte te blijven van deze ontwikkelingen. Ook binnen het vak zelf zal steeds vaker gebruik worden gemaakt van digitale innovaties, zoals kunstmatige intelligentie (AI). Dergelijke technieken kunnen in de toekomst bijdragen aan het verbeteren van beoordelingsprocessen. Dit vraagt om een adaptief vermogen van de verzekeringsarts. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van slimme tools voor rapportages of het efficiënter en doelgerichter gebruiken van zoekmachines om wetenschappelijke evidence te vinden. Vooral dit laatste vereist aanvullende opleiding en training, zodat verzekeringsartsen de wetenschappelijke waarde en kwaliteit van de gevonden informatie goed kunnen beoordelen.

Daarnaast biedt AI kansen om het gebruik van richtlijnen, mediprudentie, jurisprudentie en ankercausistiek binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk te optimaliseren. De impact van een verzekeringsgeneeskundig oordeel kan worden vergroot wanneer dit wordt ondersteund door een gepersonaliseerde analyse van de langetermijnrisico's op blijvende beperkingen of terugval, evenals de effectiviteit van succesvolle interventies voor participatie en herstel.

H7. Positionering en rol binnen een dynamisch zorglandschap

De rol van de verzekeringsarts is in transitie. Waar het vakgebied traditioneel sterk gericht was op claimbeoordeling, verschuift de focus steeds meer naar preventie, gezondheidsbevordering en duurzame inzetbaarheid. De verzekeringsarts ontwikkelt zich van een beoordelaar van belastbaarheid binnen arbeidsongeschiktheidsregelingen naar een geneeskundig specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Dit betekent een bredere rol, waarin niet alleen ziekte en beperkingen centraal staan, maar ook het voorkomen van werkuitval, het bevorderen van welzijn en gezondheid en het stimuleren van duurzame participatie.

Deze transitie vraagt om een integrale benadering. De verzekeringsarts kijkt niet alleen naar medische aspecten, maar ook naar de sociaal-maatschappelijke context en externe factoren die de gezondheid en participatie van de cliënt beïnvloeden. De focus verschuift van een reactieve beoordeling van het recht op inkomensondersteuning naar het zoeken naar passende mogelijkheden en oplossingen. De verzekeringsarts is niet langer uitsluitend een medisch expert, maar ook coach, begeleider en adviseur. Cliënten worden actief ondersteund in het nemen van regie over hun gezondheid en het vinden van een persoonsgerichte aanpak voor herstel, welzijn en (arbeids)participatie.

Dit gebeurt in samenwerking met andere (zorg)professionals binnen het zorgdomein en sociale domein. Door vroegtijdig expertise in te zetten, kan de verzekeringsarts effectieve interventies bieden die gericht zijn op welzijn, participatie en duurzame inzetbaarheid. Hierdoor wordt de verzekeringsarts een essentiële schakel binnen een breder arbeidsgericht zorgnetwerk.

Concluderend heeft de toekomstige verzekeringsarts een proactieve en verbindende rol binnen het zorgsysteem, als regievoerder voor arbeidsgerichte zorg en als samenwerkingspartner voor andere zorgprofessionals, zoals huisartsen, medisch specialisten, paramedici, arbeidsdeskundigen en sociaal werkers. Dit vraagt om een integrale, interdisciplinaire netwerkaanpak, waarin gezondheidsbevordering, welzijn, participatie én passende zorg centraal staan. De uitdaging voor de beroepsgroep is om deze verschuiving te vertalen naar concrete werkprocessen en samenwerkingsvormen.

De toekomst van de verzekeringsarts reikt verder dan sociaal-medische beoordeling alleen, hij wordt een begeleider, coach en aanjager van gezondheid, welzijn en duurzame participatie binnen de samenleving!

H8. Referenties

1. [Verzekeringsfondsen](#)
2. [1901-Ongevallen- en Gezondheidswet | CBS](#)
3. [Parlementaire enquête: toestand in fabrieken en werkplaatsen \(1886-1887\) - Parlement.com](#)
4. [Werkgevers, Centrale Werkgevers Risico-bank en de uitvoering van de industriële ongevallenwet](#)
5. [De historie van de GAV](#)
6. [SGD_19281929_0000444.pdf](#)
7. [Vereniging | NVVG](#)
8. [Het mooie vak van de verzekeringsarts. \(2023, februari 22\). Medisch Contact.](#)
9. [Missie, visie, kernwaarden NVVG | Vereniging | NVVG](#)
10. [Standpunten GAV - GAV](#)
11. [Statuten 2021 - GAV](#)
12. Wijnands, N., & van der Burg-Vermeulen, S.J. (2025). Verzekeringsgeneeskunde. In K. Stronks & L. van Burdorf (Reds). *Leerboek volksgezondheid en gezondheidszorg – praktijk (10^e herziene druk)*. Bohn Stafleu van Loghum
13. [GAV](#)
14. [Artsenfederatie KNMG. \(2021\). De rollen van de arts 2040](#)
15. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163. PMID: 21791490

Bijlage 1. Samenstelling werkgroep beroepsprofiel VG

Fase 1 (oktober 2023 – maart 2024)

- Sylvia van der Burg-Vermeulen
- Birgit Donker-Cools
- Erwin van Elsäcker
- Ingrid Fakkert
- Linda ten Hove
- Fatima Lopez (voorzitter)
- Alexander Oostenrijk
- Ruud Roos
- Frank Slotman
- Monique Stroomer
- Harrie Veneman
- Houria Wilson
- Moniek van Zitteren

Fase 2 (september 2024 – maart 2025)

- Sylvia van der Burg-Vermeulen (voorzitter)
- Erwin van Elsäcker
- Ingrid Fakkert
- Linda ten Hove
- Alexander Oostenrijk
- Ruud Roos
- Frank Slotman
- Monique Stroomer
- Harrie Veneman
- Houria Wilson
- Moniek van Zitteren

Bijlage 2: competentieprofiel verzekeringsarts [*nog op te stellen*]

**NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
VERZEKERINGSGENEESKUNDE NNVG**

Postbus 24095
3502 MB Utrecht
030 - 6868764

secretariaat@nvg.nl
www.nvg.nl

