

Advies over juridische aspecten van taakdelegatie bij claimbeoordeling

A.C. Hendriks

Opdrachtgever: minister van SZW
Referentienr. 6200-15196-49006
29 november 2019

Inhoudsopgave

Woord vooraf

1. Inleiding
2. Vragen, opbouw en methodologie
3. Terminologie
4. Juridisch kader inzake claimbeoordeling
5. Beantwoording van vragen

Bijlage

Art. 2-4 Schattingsbesluit

Woord vooraf

Het navolgende advies betreft de beantwoording van enkele door de minister van SZW, in samenspraak met de Raad van Bestuur van het UWV, geformuleerde vragen over het onderwerp taakdelegatie bij het UWV. Dit naar aanleiding van de bij het UWV bestaande werkachterstand met betrekking tot de claimbeoordeling in het kader van de WIA.

Dit advies is geschreven in de periode 6 – 29 november 2019.

Op een eerder concept volgde schriftelijk commentaar van:

- UWV
- SZW
- LOSGIO = Landelijk Overleg Sociaal-Geneskundigen in Opleiding
- V&VN = Beroepsvereniging Verzorgden en Verpleegkundigen

Op een tweede concept volgden opmerkingen vanuit het ministerie van SZW en het UWV. Ondanks de omstandigheid dat ik niet alle opmerkingen heb overgenomen, ben ik degenen die binnen kort tijdbestek de moeite hebben genomen commentaar te leveren bijzonder dankbaar.

De NVVG heeft afgezien van de mogelijkheid commentaar te leveren op een eerdere versie van het concept. Niettemin heb ik getracht via een aantal individuele gesprekken met verzekeringsartsen de visie van de leden van deze beroepsgroep zo goed mogelijk mee te nemen bij het beantwoorden van de vragen.

De minister van SZW dank ik voor deze opdracht.

Aart Hendriks
Rotterdam, 29 november 2019

Juridische aspecten van taakdelegatie bij claimbeoordeling

1. Inleiding

Verzekeringsartsen zijn artsen die de opleiding tot Arts voor Arbeid en Gezondheid, profiel Verzekeringsarts, met succes hebben afgerond en zich vervolgens hebben ingeschreven in het specialistenregister van verzekeringartsen.¹ Het aantal verzekeringartsen in Nederland bedraagt in Nederland anno 2019 iets minder dan 1.000 en is daarmee de laatste jaren tamelijk stabiel.² Van alle verzekeringartsen werkt ongeveer 80% bij het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV).

Verzekeringartsen spelen in Nederland een belangrijke rol op het terrein van de sociale zekerheid. Zo zijn zij op grond van de Wet verbetering poortwachter (Wvp, 2002) de 'bewakers' van de toegang tot de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).³ Afhankelijk van het advies van de verzekeringarts (en de arbeidsdeskundige) ontvangt een verzekerde werknemer op diens verzoek na twee jaar arbeidsongeschiktheid al dan niet een WIA-uitkering (feitelijke Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten(WGA) of Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsgeschikten (IVA) uitkering). Het kan ook zijn dat het UWV op basis van het advies van een verzekeringarts (en een arbeidsdeskundige) besluit tot het opleggen van een loonsanctie aan de werkgever.⁴ De werkgever moet het loon dan langer doorbetalen aan de zieke werknemer, die vanwege het opzeggingsverbod bij ziekte gedurende die periode wordt beschermd tegen ontslag. Maar verzekeringartsen voeren ook andere sociaal-medische beoordelingen uit, waaronder de Eerstejaars Ziektewet-beoordeling (EZWb). In het navolgende ga ik bovenal in op de claimbeoordeling voor de WIA, in het bijzonder het verzekeringsgeneeskundige onderdeel daarvan.

Verzekeringartsen voeren deze claimbeoordelingen in de regel uiterst zorgvuldig uit. Dit weerspiegelt, zoals de tuchtrechter dat betitelt, dat zij daartoe op basis van hun opleiding en ervaring ook bij uitstek geschikt zijn.⁵ Deze geschiktheid blijkt ook uit de omstandigheid dat de bestuursrechter de beroepsgronden van verzekerden (en werkgevers) in veruit de meeste

¹ Vanwege deze registratie-eis wordt regelmatig gesproken over 'geregistreerd verzekeringartsen'. Dit is feitelijk overbodig, omdat het niet is toegestaan de specialistentitel 'verzekeringarts' te voeren indien de betrokkene niet staat ingeschreven in dit specialistenregister.

² Gegevens RGS 1 januari 2019.

³ N. Querido, 'Wij zijn de poortwachter naar de uitkering', *Arts in spe* 2011, 10 augustus.

⁴ Een inhoudelijke loonsanctie komt in ongeveer 9% van de gevallen voor. Daarnaast legt het UWV in ongeveer 4.5% van de gevallen een administratieve loonsanctie op.
https://jaarverslag.uwv.nl/FbContent.ashx/pub_1003/downloads/v190716121941/uwv-kwantitatieve-informatie-eerste-vier-maanden-2019.pdf

⁵ Zie bijv. CTG 31 maart 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:111 en RTG Den Haag 8 oktober 2019, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:172.

van de jaarlijks circa 9.000 beroepszaken ongegrond verklaart.⁶ Deze conclusie aangaande de kwaliteit van de beoordelingen in Nederland kan ook worden getrokken vanuit internationaal perspectief. In een studie naar de werkwijze van (verzekerings)artsen in 12 landen komt naar voren dat de eenduidigheid van uitkomsten in Nederland het hoogst is.⁷

De zorgvuldige en eenduidige beoordeling van claims door verzekeringsartsen heeft evenwel een zekere keerzijde. Verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV zijn door hun werkwijze niet in staat alle claims binnen de daartoe geldende en door verzekeringsartsen wenselijk geachte termijnen af te ronden. Dit is vanuit het perspectief van alle betrokkenen, zeker vanuit het oogpunt van verzekerden, onwenselijk. Hoewel deze problemen zich in het verleden vaker hebben voorgedaan, wordt dit thans (ook) vanuit de politiek – in het bijzonder door de verantwoordelijke minister en de Tweede Kamer – als knelpunt ervaren. De achterstand bij de sociaal-medische beoordelingen bedroeg eind 2018 zo'n 24.000. Dit is inclusief de achterstand bij WIA-beoordelingen. Een jaar eerder bedroeg dit aantal bijna 17.000. Dit betekent dat de achterstand in een jaar tijd met ruim 40% is toegenomen.⁸

Deze achterstand wordt in de hand gewerkt door verschillende factoren, niet in de laatste plaats de krapte aan verzekeringsartsen bij het UWV (en de rest van Nederland). Dit ondanks de lichte toename van het aantal bij het UWV werkzame verzekeringsartsen (2018: 403 (plus 92 externe en ingehuurde) verzekeringsartsen en 2017: 388 (plus 84 externe en ingehuurde) verzekeringsartsen). Daarnaast is er sprake van een vrijwel stabiel aantal basisartsen bij het UWV, al dan niet in opleiding tot verzekeringsarts (2018: 257 en 2017: 261).⁹

De krapte aan verzekeringsartsen heeft verschillende oorzaken, waaronder het aanzien van en de beloning voor de functie. Bij het UWV is bovendien sprake is van een relatief hoog verloop van (verzekering)artsen, al dan niet in opleiding. Verzekeringsartsen bij het UWV dienen als gevolg hiervan relatief veel tijd te besteden aan het begeleiden en contrasigneren van nieuw aangeworven artsen, hetgeen gevolgen heeft voor het aantal sociaal-medische begeleidingen dat kan worden uitgevoerd. Het aantal WIA-beoordelingen door verzekeringsartsen dat WIA-beoordeling uitvoert¹⁰ komt hierdoor onder druk te staan, naast knelpunten als verzekerden die niet verschijnen op het spreekuur of uitnodigingsbrieven die vanuit het UWV naar een verouderd adres worden gestuurd. Taakdelegatie wordt daarom steeds vaker als oplossing gezien voor de huidige achterstand bij het UWV van claim(- en andere vormen van sociaal-medische) beoordelingen. Aan de invoering en uitbreiding van taakdelegatie bij het UWV liggen grotendeels dezelfde redenen ten grondslag als in de curatieve zorg en bij de bedrijfsartsen. Laatstgenoemden, eveneens specialisten op het terrein van arbeid en gezondheid, hadden reeds in 2004 een standpunt over dit onderwerp

⁶ Aantal zaken genoemd in: J. Faas, 'Weet de rechter wat hij niet weet?', Medisch Contact (Themanummer) 2019, p. 26-28 (27). Of dit grote aantal ongegrondverklaringen mogelijk samenhangt met de aard van de bezwaarfase, waarin twee verzekeringsartsen van het UWV de claim beoordelen, is niet bekend.

⁷ J. Barth e.a., 'Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies', British Medical Journal 2017;356:j14 (<https://www.bmj.com/content/356/bmj.j14>)

⁸ Jaarverslag UWV 2018, <https://www.uwv.nl/overuwv/Images/uwv-jaarverslag-2018.pdf>

⁹ Jaarverslag UWV 2018, <https://www.uwv.nl/overuwv/Images/uwv-jaarverslag-2018.pdf>

¹⁰ Volgens mondelinge informatie van verschillende personen: 10 WIA-beoordelingen per week door verzekeringsartsen die primair WIA-beoordelingen uitvoeren, uitgaande van een gesprek met de cliënt van één uur, voorbereidings- en verslagleggingstijd – het Jaarverslag bevat hierover geen informatie.

ingenomen.¹¹ Daarmee is taakdelegatie niet nieuw, al zijn de juridische randvoorwaarden daartoe bij het UWV nog niet helemaal helder, waaronder de rol van het UWV als bevoegd gezag en zorgaanbieder in de zin van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).¹²

Daarnaast kan de vraag worden gesteld of (onderdelen van) de claimbeoordeling niet zelfstandig kan worden uitgevoerd door basisartsen, al dan niet na het volgen van de door het UWV aangeboden interne basisopleiding verzekeringsgeneeskunde (BOVG). Is het echt nodig dat claimbeoordelingen uitsluitend zelfstandig door verzekeringsartsen worden uitgevoerd?

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) wil, samen met de Raad van Bestuur van het UWV, bezien of sociaal-medische beoordelingen (geheel of gedeeltelijk) tijdig kunnen worden uitgevoerd door andere beroepsbeoefenaren dan verzekeringsartsen opdat het aantal verzekerden dat wacht op een beoordeling omlaag kan worden gebracht. In dat kader denkt de minister in het bijzonder aan het uitbreiden van het op 30 mei 2017 binnen het UWV structureel ingevoerde systeem van taakdelegatie.¹³ De minister overweegt tevens taken en handelingen die thans uitsluitend zelfstandig mogen worden uitgevoerd door verzekeringsartsen ook zelfstandig door basisartsen mogen worden uitgevoerd.

Het UWV verstaat onder **taakdelegatie**:

'het toewijzen van taken of onderdelen daarvan, afhankelijk van de situatie, te delegeren aan een derde, die deze onder toezicht en verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar uitvoert.'¹⁴

Deze omschrijving sluit aan bij het vanuit 2012 stammende standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG): 'Onder taakdelegatie wordt verstaan: het toewijzen van taken of onderdelen daarvan, afhankelijk van de situatie, aan een derde. Deze derde krijgt geen volledig zelfstandige bevoegdheid en werkt onder instructie, begeleiding én verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar'.¹⁵ UWV en NVVG zijn het met betrekking tot de omschrijving van taakdelegatie dus inhoudelijk grotendeels met elkaar eens.¹⁶

De door het UWV gehanteerde definitie van taakdelegatie sluit eveneens aan bij, maar is tegelijkertijd net iets anders dan, de definitie van taakdelegatie in de bedrijfsgezondheidszorg. Aldaar wordt taakdelegatie in de volgende zin opgevat:

¹¹ NVAB, Delegatie van taken door bedrijfsartsen in het kader van de sociaal medische begeleiding, NVAB: 2004. Zie ook H. Kroneman en J. Faas, Handreiking Taakdelegatie. Professioneel en Juridisch Kader, UWV: Amsterdam 2018, p. 5.

¹² A.C. Hendriks, Advies aan het UWV over de 'Handreiking Taakdelegatie: professioneel en juridisch kader', 5 juli 2019.

¹³ Dit laatste na het uitvoeren van enige pilots rond taakdelegatie binnen het UWV, met een vooraanstaande ondersteunende rol voor sociaal medisch verpleegkundigen (SMV's).

¹⁴ H. Kroneman en J. Faas, Handreiking Taakdelegatie. Professioneel en Juridisch Kader, UWV: Amsterdam 2018, p. 6.

¹⁵ Standpunt NVVG, Taakdelegatie, 2012.

¹⁶ Een nieuw standpunt is in voorbereiding, reden waarom ik in dit advies niet nader inga op de visie van het NVVG over taakdelegatie.

'Taakdelegatie is het *niet structureel* herverdelen van taken die *in opdracht* en *onder supervisie* worden uitgevoerd, waarbij de *eindverantwoordelijkheid* blijft bij de *delegerende professional*' (curs. AH).¹⁷

De omschrijving van taakdelegatie bij bedrijfsartsen is daarmee net iets preciezer, al laat de beschrijving van het UWV de ruimte dit begrip op gelijke wijze in te kleuren.

Met het oog op het uitbreiden van het reeds door UWV in gang gezette systeem van taakdelegatie en het informeren van de Tweede Kamer wenst de minister van SZW voor 1 december 2019 antwoord op de volgende vragen:

2. Vragen, opbouw en methodologie

Vragen

- Zijn er juridische belemmeringen bij de werkwijze van taakdelegatie die het UWV toepast met sociaal medisch verpleegkundigen (SMV's) in de claimbeoordeling?
- Welke taken en handelingen die onderdeel zijn van een sociaal-medische beoordeling zijn expliciet wettelijk alleen voorbehouden aan een verzekeringsarts zelf, en mogen om die reden niet worden gedelegeerd aan andere professionals?
 - Waar en op welke manier is dit wettelijk of in jurisprudentie vastgelegd?
 - Welke wetsaanpassingen zouden nodig zijn om hier verandering in aan te brengen?
 - Wat betekent dit voor de mogelijkheden om – na eventuele wetswijzigingen – de huidige pilots binnen UWV met het werken van SMV's onder taakdelegatie landelijk uit te rollen?
 - Wat betekent dit voor de mogelijkheden – nu en na eventuele wetswijzigingen – voor SMV's om continue monitoring van WIA-gerechtigden te verzorgen?
- Welke taken en handelingen die onderdeel zijn van een sociaal-medische beoordeling zijn expliciet wettelijk alleen voorbehouden aan een verzekeringsarts, en mogen om die reden niet door een basisarts worden uitgevoerd? Waar en op welke manier is dit wettelijk vastgelegd? Welke wetsaanpassingen zouden nodig zijn om hier verandering in aan te brengen?

Het verzoek van de minister is om de terminologie zoveel mogelijk te koppelen aan de handreiking taakdelegatie (van het UWV)¹⁸, zodat uitkomsten snel hieraan gerelateerd kunnen worden.

Opbouw

In een poging de beantwoording van bovengenoemde vragen te bezien vanuit het bestaande juridische kader aangaande claimbeoordeling en de daaraan ten grondslag liggende gedachten zal ik hieronder eerst een schets geven van dit kader (4). Voorafgaand daaraan volgt – conform het verzoek van de minister – aandacht voor de relevante terminologie (3). Ik eindig dit advies met antwoorden op de gestelde vragen (5), met tot slot een bijlage.

¹⁷ Werkwijzer Taakdelegatie, Den Haag, februari 2019, p. 5.

¹⁸ Deze handreiking wordt momenteel overigens herzien.

Methodologie

Dit advies is gebaseerd op literatuur- en jurisprudentieonderzoek¹⁹ en het bestuderen van richtlijnen en protocollen. Dat er tot op heden geen (tucht)rechtspraak bestaat aangaande taakdelegatie bij het UWV is enerzijds jammer, maar laat anderzijds ruimte om via beproefde rechtswetenschappelijke methoden uitspraken te doen over wel of niet toelaatbare praktijken.

3. Terminologie

Het UWV verstaat, zoals gezegd, onder taakdelegatie 'het toewijzen van taken of onderdelen daarvan, afhankelijk van de situatie, te delegeren aan een derde, die deze *onder toezicht en verantwoordelijkheid* van de beroepsbeoefenaar uitvoert' (curs. – AH). Dat is een bijzondere inkleuring van het begrip delegatie. Onder delegatie wordt normaliter verstaan: het *overdragen* van bevoegdheden, *inclusief de verantwoordelijkheid* (curs. – AH). Zie bijvoorbeeld de Van Dale: 'een recht, macht, bevoegdheid overdragen'. Het UWV legt de term delegeren eerder uit als mandateren. Hierin verschilt het UWV overigens niet van de wijze waarop bedrijfsartsen taakdelegatie uitleggen. Ook volgens de Werkwijzer Taakdelegatie blijft de bedrijfsarts bij taakdelegatie als opdrachtgever eindverantwoordelijk.²⁰

Uit de door het UWV gehanteerde beschrijving wordt niet duidelijk **wie** overdraagt en wat de **eigenstandige verantwoordelijkheid** is van het UWV als bevoegd gezag – ook van haar verzekeringsartsen – en zorgaanbieder.²¹ Dat is bij de omschrijving van taakdelegatie door het NVVG en bij de bedrijfsgezondheidszorg overigens niet anders. Wat deze term in het geval van het UWV lastiger maakt is dat de Handreiking Taakdelegatie spreekt over een 'directiebesluit'. Dit suggereert dat het UWV de opdracht geeft en daarmee verantwoordelijk is voor taakdelegatie binnen de eigen organisatie. Het UWV benadrukt in die Handreiking tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid van verzekeringsartsen. Wie is dan verantwoordelijk? Of is er sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid? Staat het verzekeringsartsen vrij om taken niet te delegeren? De omschrijving van taakdelegatie bij bedrijfsartsen is in dit opzicht duidelijker: de bedrijfsarts is opdrachtgever, tenzij een andere medewerker de opdracht verleent.²² Tegelijkertijd kan ook in de bedrijfsgezondheidszorg de vraag opkomen in hoeverre een Arbodienst (mede) verantwoordelijk is voor taakdelegatie door/bij bedrijfsartsen.

Het UWV onderscheidt taakondersteuning en taakherschikking van taakdelegatie. Taakondersteuning heeft betrekking op (louter) administratief en logistiek ondersteunende taken. Dit is een in de gezondheidszorg gebruikelijke werkwijze en juridisch niet problematisch, mits de praktijk op orde is en de ondersteuners van de praktijkvoerder goed zijn nageschoold en geïnstrueerd.²³

¹⁹ Inclusief mijn advies aan het UWV over de 'Handreiking Taakdelegatie: professioneel en juridisch kader', 5 juli 2019.

²⁰ Werkwijzer Taakdelegatie, Den Haag, februari 2019, p. 5.

²¹ Dit punt kan worden geredresseerd in de herziene handreiking.

²² Werkwijzer Taakdelegatie, Den Haag, februari 2019, p. 5.

²³ CTG 4 maart 2008, nr. 2006/109, GJ 2008/44.

Taakherschikking betreft het structureel herverdelen van taken tussen beroepen, aldus de Handreiking Taakdelegatie. Zo ook volgens de Werkwijzer Taakdelegatie voor bedrijfsartsen. Het essentiële verschil tussen taakdelegatie en taakherschikking is het al dan niet overdragen van de 'eindverantwoordelijkheid', aldus de Werkwijzer Taakdelegatie voor bedrijfsartsen.²⁴

Hoe het ook zij, volgens het UWV is taakherschikking 'binnen de verzekeringsgeneeskundige praktijk van UWV niet aan de orde.'²⁵

Tussenconclusie:

De minister van SZW wenst te weten of het juridisch mogelijk is sommige dan wel alle taken en handelingen die zijn verbonden aan de verzekeringskundige claimbeoordeling door middel van **taakdelegatie** door andere beroepsbeoefenaren dan verzekeringsartsen uit te laten voeren. De minister wenst voorts te weten of basisartsen bepaalde onderdelen van een claimbeoordeling zelfstandig mogen uitvoeren (**zelfstandige uitvoering**). Daarmee sluit de minister niet uit dat de term taakdelegatie, althans het laten uitvoeren van taken behorend bij een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van een claimbeoordeling, een ruimere uitleg krijgt dat de wijze waarop het UWV deze term tot nu toe uitlegt.

In het vervolg van dit onderzoek zal ik – conform de wens van de opdrachtgever – spreken over taakdelegatie, zoals uitgelegd door het UWV, en zelfstandige uitvoering. Ik richt me in daarbij vrijwel uitsluitend op de medische beoordeling van individuen (verzekerden) in het kader van de WIA, of te wel het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in het kader van de claimbeoordeling. Daarbij zal ik spreken over '(verzekerings)arts', wanneer ik zowel een verzekeringsarts als (basis)arts, al dan niet in opleiding, bedoel. Ter onderscheiding van '(verzekerings)artsen' gebruik ik de term 'niet-artsen', waarmee ook een SMV wordt bedoeld alsmede beroepsbeoefenaars als een verpleegkundig specialist, een physician assistant of niet in het BIG-register ingeschreven beroepsbeoefenaren.

4. Juridisch kader inzake claimbeoordeling

Sociale zekerheid: een grondrecht en grondrechtelijk kader

Sociale zekerheid is een **grondrecht**. Volgens de Nederlandse Grondwet zijn 'de bestaanszekerheid der bevolking en spreiding van welvaart' voorwerp van zorg van de overheid en stelt de wet 'regels omtrent de aanspraken op sociale zekerheid' (art. 20 GW). In Nederland vinden we het dusdanig belangrijk dat burgers 'van rechtswege' (d.w.z. verplicht) zijn verzekerd tegen risico's aangaande de bestaanszekerheid; zij kunnen zich niet tegen de verzekering of premieafdracht verzetten met een beroep op internationaal recht.²⁶

Dat brengt ons bij het internationaal recht. Naast de Grondwet ligt het recht op sociale zekerheid besloten in tal van verdragen, waaronder de Internationale Conventie inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (art. 9), het Europees Sociaal Handvest (herzien)

²⁴ Werkwijzer Taakdelegatie, Den Haag, februari 2019, p. 5.

²⁵ H. Kroneman en J. Faas, Handreiking Taakdelegatie. Professioneel en Juridisch Kader, UWV: Amsterdam 2018, p. 6. Zoals aangegeven wordt deze handreiking momenteel herzien.

²⁶ CRvB 25 september 2015, ECLI:NL:CRVB:2015:3135.

(art. 12) en het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie (art. 34). Hoewel het recht op sociale zekerheid de overheid ruimte laat om zelf inkleuring te geven aan dit recht, waaronder de kring van verzekerden en de hoogte van de uitkering, geniet de overheid geen onbeperkte beslissingsruimte. Dit hangt samen met de grondrechtelijke status van het recht op sociale zekerheid. Een aanvraag voor een socialezekerheidsuitkering is juridisch dan ook van een andere orde dan een aanvraag voor een rijbewijs, een vergunning voor aanpassing van de woning of een wapenverlof. De juridisch erkende beperkingen aangaande het recht op sociale zekerheid betreffen onder andere het soort risico's waarin dit recht moet voorzien als de wijze waarop de aanspraak op sociale zekerheid moet worden vastgesteld, te weten op basis van een zorgvuldig deskundigenadvies. Over deze vragen bestaat – op zowel nationaal als internationaal niveau – de nodige rechtspraak, aangevuld met normen opgesteld door gezaghebbende toetsingsorganen. Zo heeft onder meer het VN-Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten bepaald dat 'qualifying conditions for benefits must be reasonable, proportionate and transparent. The withdrawal, reduction or suspension of benefits should be circumscribed, based on grounds that are reasonable, subject to due process, and provided for in national law'.²⁷ Tegelijkertijd heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) geoordeeld dat het recht op een eerlijk proces, inclusief het beginsel van wapengelijkheid (*equality of arms*), van toepassing is op de beoordeling van schadeclaims en het daarover door een deskundige opgesteld onderzoeksrapport (ook wel 'deskundigenadvies', zie later).²⁸ Dit geldt in zowel de judiciële fase²⁹ als de prejudiciële fase.³⁰ Deze brede uitleg van het beginsel van wapengelijkheid geldt evenzeer met betrekking tot de beoordeling van schadeclaims in het kader van de sociale zekerheid.³¹ De Centrale Raad van Beroep (CRvB) heeft naar aanleiding van de zaak *Korošec* zelfs een beoordelingskader geformuleerd aan de hand waarvan de bestuursrechter moet beoordelen of hij – ter waarborging van het beginsel van wapengelijkheid – een deskundige moet inschakelen nadat een aan het UWV verbonden verzekeringsarts advies heeft uitgebracht.³² Ondanks de omstandigheid dat laatstgenoemde in een gezagsverhouding staat tot het UWV gaat de CRvB er vanuit dat claimbeoordeling bij het UWV door **onafhankelijke en onpartijdige verzekeringsartsen** wordt uitgevoerd³³, op basis van hoor- en wederhoor en waarborgen voor het beginsel van wapengelijkheid. Het is aan het UWV als bestuursorgaan om te waarborgen dat aan deze regels wordt voldaan.³⁴ Vanwege die gezagsverhouding wordt in plaats van 'onafhankelijkheid' in de rechtspraak – zeker in die van het EHRM – ook wel gesproken van 'neutraliteit', zonder dat hiermee afbreuk wordt gedaan aan het uitgangspunt dat de deskundige enkel op basis van zijn professionele inzichten tot een advies komt. In dat kader moet erop worden gewezen dat

²⁷ Art. 24 General Comment No. 19: The right to social security (2008).

²⁸ Zie bijv. EHRM 6 mei 1985, *Bönisch t. Oostenrijk*, nr. 8658/79, ECLI:CE:ECHR:1985:0506JUD000865879.

²⁹ EHRM 18 maart 1997, *Mantovanelli t. Frankrijk*, nr. 21497/93, ECLI:CE:ECHR:1997:0318JUD002149793.

³⁰ EHRM 8 oktober 2015, *Korošec t. Slovenië*, nr. 77212/12, ECLI:CE:ECHR:2015:1008JUD007721212.

³¹ CRvB 30 juni 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:2226.

³² *Idem*.

³³ Zie bijv. Lisv, Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, juni 1996; Lisv, Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, september 1996 en Lisv, Standaard onderzoeksmethoden, oktober 2000. Zie ook Professioneel Statuut verzekeringsartsen en de Gedragscode voor verzekeringsartsen werkzaam voor uitvoeringsinstellingen SV (Lisv), waarin wordt gesteld dat de cliënt ('verzekerde') erop moet kunnen rekenen dat hij een zelfstandige en onafhankelijke verzekeringsgeneeskundige beoordeling ontvangt.

³⁴ Dit spreekt ook uit de omstandigheid dat bestuursrechtelijke geschillen over de wijze van claimbeoordeling bij het UWV worden gevoerd tegen het UWV over het op basis van een beoordeling genomen besluit.

een verzekeringsarts net als een niet voor het UWV werkzame arts tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor zijn adviezen.

Wettelijke en professionele eisen aangaande claimbeoordeling

Welke wettelijke en professionele eisen³⁵ worden nu gesteld aan (het verzekeringsgeneeskundig deel van) een claimbeoordeling?

Ondanks de omstandigheid dat het recht op sociale zekerheid ook op Europees en internationaal niveau erkenning heeft gevonden, stellen verdragen en andere internationale regelingen **geen specifieke eisen aan claimbeoordeling**. Dit geldt ook met betrekking tot de persoon – de arts of andere beroepsbeoefenaar – die de beoordeling uitvoert. Anders gezegd: het grondrecht op sociale zekerheid schrijft niet voor dat claimbeoordelingen enkel door verzekeringsartsen mogen worden uitgevoerd.

Wel zijn er op grond van Europees en internationaal recht algemene – veelal procedurele – eisen die bij een claimbeoordeling moeten worden nageleefd. Zo moet de beoordelaar bij het doen van een beoordeling, zoals gezegd, onafhankelijk en onpartijdig zijn van het betreffende (bestuurs)orgaan³⁶ (er wordt ook wel gesproken van ‘**neutraal**’³⁷), beschikken over de noodzakelijke competenties om de claim te kunnen beoordelen en dient het claimbeoordelingsproces te voldoen aan eisen van zorgvuldigheid, voorzienbaarheid en respect voor de privacy en lichamelijke integriteit van de verzekerde. Voorts dienen het recht op eerlijk proces en het beginsel van wapengelijkheid te zijn gewaarborgd.³⁸

Op nationaal niveau is volgens art. 6 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, 2005) en art. 1 lid 6 van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong, 1997) de beoordeling van de arbeidsmogelijkheden gebaseerd op een **verzekeringsgeneeskundig onderzoek**. Dit dient, aldus het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (Schattingsbesluit, 2000), te worden uitgevoerd door een **verzekeringsarts**. Volgens een later te bespreken uitspraak van de CRvB is – in huidige terminologie – taakdelegatie daarbij niet toegestaan.³⁹

Dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek slechts door een verzekeringsarts mag worden uitgevoerd was eerder zo bepaald in de in 1967 ingevoerde WAO. Volgens die wet dient de arbeidsongeschiktheid te worden bepaald door een verzekeringsarts, die daarbij zoveel mogelijk gebruik dient te maken van wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid kunnen ondersteunen (art. 18 lid 10 WAO). Het Schattingsbesluit

³⁵ Aan professionele eisen kan worden gedacht aan de uitwerkingen van normen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) door beroepsgroepen, het Professioneel Statuut verzekeringsartsen en de Gedragscode voor verzekeringsartsen werkzaam voor uitvoeringsinstellingen SV (Lisv) en aan richtlijnen van de NVVG.

³⁶ Zie het eerder aangehaalde arrest van het EHRM in de zaak *Korošec* (EHRM 8 oktober 2015, *Korošec t. Slovenië*, nr. 77212/12, ECLI:CE:ECHR:2015:1008JUD007721212) en de uitwerking daarvan door de CRvB en ABRvS (CRvB 30 juni 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:2226 en ABRvS 30 juni 2017, ECLI:NL:RVS:2017:1674). De omstandigheid dat deskundigen in een gezagsverhouding staan tot het orgaan dat een besluit neemt kan voor de bestuursrechter reden zijn om aan te nemen dat er mogelijk sprake is van een schending van het beginsel van wapengelijkheid.

³⁷ Zie bijv. EHRM 5 juli 2007, *Sara Lind Eggertsdóttir t. IJsland*, nr. 31930/04, ECLI:CE:ECHR:2007:0705JUD003193004.

³⁸ A.C. Hendriks, ‘Recht op een eerlijk proces en deskundigenbewijs’, in: R.J.M. Schlössels, J.A.F. Peters, C.L.G.H.F. Albers, B.A. Beijen en S.D.P. Kole, JB-select, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2019, p. 251-271.

³⁹ CRvB 29 september 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU3603.

1994 is in 2000 aangepast om dat laatste aspect, de verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden, te benadrukken.

Wat precies onder een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt verstaan is nader uitgewerkt in de art. 2-4 Schattingsbesluit (Bijlage). Art. 4 Schattingsbesluit gaat nader in op de inhoudelijke eisen van een beoordeling. Zo moeten de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek door de verzekeringsarts schriftelijk worden vastgelegd. Het advies van de verzekeringsarts mag niet innerlijk tegenstrijdig zijn. Volgens het Schattingsbesluit dient een beoordeling uitgevoerd door een andere verzekeringsarts tot dezelfde bevindingen en conclusies te kunnen leiden. Tot slot bepaalt het Schattingsbesluit dat de beoordeling moet plaats vinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Het Schattingsbesluit maakt geen onderscheid naar onderdelen van de claimbeoordeling, zoals anamnese, lichamelijk onderzoek en de interpretatie van medische gegevens van behandelaars. Daaruit volgt, zoals ook de CRvB heeft bepaald, dat het Schattingsbesluit de claimbeoordeling uitsluitend opdraagt aan verzekeringsartsen.⁴⁰

Dit is iets anders geregeld in de Ziektewet (ZW, 1913). Volgens art. 28 lid 1 ZW komt de bevoegdheid tot het uitvoeren van een 'geneeskundig onderzoek' toe aan een door het UWV aangewezen arts. Dat suggereert dat een keuring in het kader van de ZW ook mag worden uitgevoerd door een (basis)arts of een specialist zoals bijvoorbeeld een bedrijfsarts. Daar staat tegenover dat art. 19ab lid 1 ZW nadrukkelijk bepaalt dat het percentage van het maatmaninkomen dat de verzekerde kan verdienen dient te worden vastgesteld op basis van een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidskundig onderzoek. 'De verzekeringsarts', aldus lid 6 van dit artikel, 'maakt daarbij zo veel mogelijk gebruik van wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van het percentage van het maatmaninkomen dat de verzekerde kan verdienen kunnen ondersteunen'. Daaruit volgt dat de uitvoering van medische onderzoeken in het kader van de WIA, WAO, Wajong en – in de meeste gevallen – ZW is voorbehouden aan een verzekeringsarts.

Voor de CRvB maakt dit onderscheid tussen (toen nog) WAO en ZW wel verschil: 'De Raad is van oordeel dat uit vorenvermelde regelgeving, in onderling verband gelezen, voortvloeit dat van een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de ZW, anders dan het geval is bij verzekeringsgeneeskundige beoordelingen in het kader van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, niet kan worden gezegd dat deze niet voldoet aan de daaraan te stellen kwaliteitseisen om de enkele reden dat het onderzoek is verricht door een verzekeringsarts in opleiding'.⁴¹ De CRvB wijst hier naar art. 28 ZW en de uitwerking van de Controlevoorschriften Ziektewet 2004 op grond waarvan ook een verzekeringsarts in opleiding de ZW-beoordeling mocht uitvoeren. Onder verzekeringsarts wordt volgens de Controlevoorschriften ook verstaan de verzekeringsarts in opleiding.⁴²

Juridische status van een claimbeoordeling

Een verzekeringsgeneeskundig onderzoek is primair een **medische beoordeling** van de verzekerde. Deze beoordelingen zijn sinds 1902 belegd bij speciale artsen en, sinds 1967

⁴⁰ CRvB 29 september 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU3603.

⁴¹ CRvB 13 februari 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BC4324; zie ook CRvB 18 juli 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9905.

⁴² Dit is ook zo volgens het thans geldende art. 1 b Controlevoorschriften Ziektewet 2010.

(invoering WAO), bij verzekeringsartsen.⁴³ In het verlengde daarvan wordt in de rechtspraak vaak gesproken over de ‘medisch grondslag’ van een besluit van het UWV.⁴⁴ Dit volgt niet alleen uit het Schattingsbesluit, maar ook uit de rechtspraak.⁴⁵ Omdat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek een medische beoordeling is, zal de verzekeringsarts regelmatig aanvullende medische informatie bij de behandelende sector moeten opvragen. Deze informatie moet dan vervolgens ‘inzichtelijk en gemotiveerd’ bij de beoordeling van de verzekeringsarts worden betrokken bij zijn advies.⁴⁶ Ik ga ervan uit dat een verzekeringsarts als collega-arts beter kan aangeven welke informatie nodig/relevant is én deze informatie (sneller) van de behandelende sector krijgt dan wanneer niet-artsen dit bepalen en daarom vragen bij behandelaars. Hetzelfde geldt naar op praktijkervaring gestoelde mening als een basisarts werkzaam bij het UWV deze informatie opvraagt bij een behandelend arts. Ik realiseer me hierbij dat dit voor buitenstaanders wellicht vreemd in de oren klinkt, maar dit is nu eenmaal de medische realiteit. Bovendien kunnen artsen onderling makkelijker collegiaal overleggen over medische zaken dan wanneer een arts met een niet-arts een gesprek voert. Dit mede gelet op de strenge eisen die beroepsgroep KNMG (*KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens*, mei 2018) en de rechter stelt aan de relevantie van de opgevraagde gegevens.⁴⁷

De door een (verzekerings)arts verrichte medische beoordeling van een claim wordt juridisch geduid als een **deskundigenonderzoek** dat uitmondt in een (deskundigen)advies of medisch advies. Daarmee wordt aangesloten bij de terminologie van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Zie daarover art. 3:5 Awb, dat primair ziet op ‘adviseurs’ die niet werkzaam zijn voor het betreffende bestuursorgaan – zoals een psychiater die door het UWV wordt gevraagd te adviseren in een individuele zaak. Dat laat onverlet dat ook van adviseurs die werkzaam zijn voor het bestuursorgaan, zoals verzekeringsartsen van het UWV, onafhankelijkheid en onpartijdigheid wordt verwacht.⁴⁸

De idee achter het moeten inschakelen van een onafhankelijk en onpartijdig deskundige als adviseur, zoals in het geval van het UWV, is dat het bestuursorgaan zelf niet alle kennis in huis heeft om zorgvuldig te besluiten over een claimbeoordeling en dat – bijvoorbeeld in het kader van de socialezekerheidswetgeving (SV-wetgeving) – ook rekening moet worden gehouden met de rechten en belangen van de verzekerde. Omdat het bij claimbeoordeling gaat om de aanspraak op een recht dat valt binnen de reikwijdte van een grondrecht, is het van belang dat de deskundige adviseur daadwerkelijk onafhankelijk is van het UWV. Hierbij moet worden aangetekend dat de Awb geen definitie bevat van de term ‘adviseur’⁴⁹ behalve dat sommige wetten – zoals de Wet BIG – het gebruik van bepaalde titels exclusief

⁴³ Met dank aan Wout de Boer voor deze informatie.

⁴⁴ Zie bijv. CRvB 14 november 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:3552 en CRvB 9 oktober 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:3196.

⁴⁵ Zie bijv. CRvB 16 oktober 2015, ECLI:NL:CRVB:2015:3586.

⁴⁶ CRvB 16 augustus 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:2836; de CRvB spreekt ook wel van op ‘deugdelijke en kenbare wijze’ betrekken bij de beoordeling, CRvB 24 mei 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:1641.

⁴⁷ CRvB 4 september 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:1635.

⁴⁸ Zie de eerdere verwijzingen naar de zaak *Korošec*, en de uitwerking van die uitspraak door de CRvB en ABRvS.

⁴⁹ In de praktijk ook wel ‘extern adviseur’, ‘deskundige’ of ‘beoordelaar’ genoemd. Zie J.L. Smeehuijzen, *Wie is de deskundige eigenlijk?* TVP 2003, p. 126-129 en R.A. Hoving, *Wat is een deskundige? Over het deskundigenbegrip binnen en buiten het (strafproces)recht*, *Rechtsgeleerd Magazijn Themis* 2015-2, p. 43-56. L.M. Koenraad, *De bestuursrechter en zijn deskundige*, *Expertise en Recht* 2016, p. 156-163.

toekent aan diegenen die in het BIG-register staan ingeschreven al dan niet naast inschrijving in een specialistenregister. Aan het advies van een medisch deskundige – een term waarmee doorgaans wordt bedoeld op een arts die optreedt als adviseur/deskundige en als zodanig advies uitbrengt – kent de rechter doorgaans veel gewicht toe. Dat verklaart waarschijnlijk ook dat aan de adviezen van medisch deskundigen – in zowel de bestuurs- als tuchtrechtspraak – strenge eisen worden gesteld. Immers, de bestuursrechter is van oordeel dat hij en een bestuursorgaan in de regel op een advies van een medisch deskundige moeten kunnen afgaan.⁵⁰

De in het bestuursrecht en tuchtrecht geformuleerde eisen, die deels voortbouwen op art. 4 Schattingsbesluit, kunnen als volgt worden samengevat:⁵¹ Van een medisch deskundige – c.q. een (verzekerings)arts – wordt bij een deskundigenoordeel verwacht dat hij:

- Geen gebruik maakt van een beschermde beroepstitel als hem die titel niet toekomt – bijvoorbeeld door zich als verzekeringsarts te presenteren, terwijl hij basisarts of bedrijfsarts is;
- Onafhankelijk is van de opdrachtgever en de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft. Met laatstgenoemde heeft hij evenmin een behandelrelatie;
- Beschikt over een heldere onderzoeksopdracht en niet treedt buiten de grenzen van de opdracht en van zijn deskundigheid;
- Bevoegd en vakinhoudelijk deskundig is om over het betreffende onderwerp advies uit te brengen aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden;
- In het rapport vermeldt op welke feiten, omstandigheden en bevindingen het berust;
- In het rapport op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
- Gebruik maakt van een redelijke en billijke (algemeen aanvaarde) onderzoeksmethode ter beantwoording van de onderzoeksvraag;
- Bij de behandelaars van de betrokkene zo nodig nadere (medische) informatie opvraagt;
- De betrokkene zelf ziet, spreekt en/of onderzoekt, tenzij dit gelet op de vraag of het onderwerp waarop het onderzoek ziet niet nodig is;
- Zelf het onderzoek uitvoert, dan wel delen van het onderzoek onder zijn supervisie laat uitvoeren door andere bevoegde (medisch) deskundigen. In het laatste geval staat de opdrachtnemer van het deskundigenadvies in voor de kwaliteit van het geheel;
- Het onderzoek moet in alle opzichten zorgvuldig zijn, waaronder inzichtelijk en consistent.

Bij de beoordeling van deze criteria betreft de (tucht)rechter in voorkomende gevallen voorts de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportages (NVMSR) van april 2016.⁵² Deze criteria zijn er niet in het minst ter bescherming van de rechten en

⁵⁰ Zie bijv. ABRvS 28 april 2010, ECLI:NL:RVS:2010:BM2609, CRvB 3 mei 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:1664 en CRvB 14 augustus 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:2712

⁵¹ A.C. Hendriks, 'Welke regels gelden voor artsen als medisch deskundigen?' NTVG 2018;162:D3371, p. 38-41.

⁵² RTG Eindhoven 13 november 2019, ECLI:NL:TGZREIN:2019:57.

belangen van de onderzochte persoon. Deze moet kunnen vertrouwen op de deskundigheid van de beoordelaar.

De verzekeringsarts

Een verzekeringsarts is allereerst arts. Het voeren van de artsentitel is voorbehouden aan personen die staan ingeschreven in het BIG-register (art. 3 Wet BIG). Het ten onrechte voeren van zo'n titel of een daarop lijkende titel is niet toegestaan (art. 4 en 93 Wet BIG). Volgens de Wet BIG behoort tot het **deskundigheidsgebied** van een arts het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (art. 19 lid 1 Wet BIG).

Daarnaast kent de Wet BIG artsen de exclusieve bevoegdheid toe diverse voorbehouden handelingen te verrichten (art. 36 Wet BIG – zie verderop in dit advies).

Daar staat tegenover dat een arts, samen met de andere in art. 3 Wet BIG genoemde beroepen, is onderworpen aan een systeem van publiekrechtelijk tuchtrecht. Een aanzienlijke groep belanghebbende kan tegen een arts een tuchtklacht indienen gedurende tien jaar nadat de handeling heeft plaatsgevonden. Uit dat laatste klinkt de eigen verantwoordelijkheid van artsen voor hun handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Het uitvoeren van een gezondheidsbeoordeling behoort daartoe.

Een verzekeringsarts is daarnaast een medisch specialist. Dit specialisme bestaat sinds 1964. Volgens het door de minister van VWS erkende Besluit verzekeringsgeneeskunde (Stcrt. 2017/60707) richt het specialisme verzekeringsgeneeskunde zich in op de volgende

hoofdtaken:

- a. het beargumenteerd **beoordelen van beperkingen en mogelijkheden** in het functioneren in relatie tot ziekte, gebrek gevolgen van letsel, zwangerschap en bevalling met het doel de participatie en re-integratie te bevorderen of het recht op een uitkering of regeling te beoordelen;
- b. het verrichten van risicoschattingen ten behoeve van acceptatie voor een verzekering;
- c. het vaststellen van lichamelijke en geestelijke schade in relatie tot een oorzakelijk moment (ongeval, zwangerschap, medische fout) (art. A.1).⁵³

De opleiding Arts voor Arbeid en Gezondheid, profiel Verzekeringsarts, omvat volgens hetzelfde besluit de volgende – zogenaamde – **kritische beroepsactiviteiten:**

- a. beoordelen belastbaarheid;
- b. bevorderen re-integratie en verzuimbegeleiding;
- c. toetsing eerdere Sociaal Medische Beoordelingen;
- d. juridische procedures;
- e. beoordeling causaliteit;
- f. risicomangement;
- g. onderzoek;
- h. levenslang leren;

⁵³ Dit is een iets andere formulering dan in het uit 2004 stammende besluit verzekeringsgeneeskunde, waarin onder het specialisme arbeid en gezondheid – verzekeringsgeneeskunde het volgende werd verstaan: a. het voorkomen, herkennen, diagnosticeren en behandelen van de *oorzaak van arbeidsongeschiktheid* bij een zieke verzekerde; b. het actief volgen en begeleiden naar herstel van de belastbaarheid van een verzekerde; c. het *beoordelen van een claim op een uitkering of voorziening* in het kader van een publieke of private regeling; d. het beoordelen welke reïntegratieactiviteiten in een gegeven context adequaat zijn; e. het aan derden adviseren over het onder a, b, c en d gestelde; f. het bijdragen aan de gezondheid en arbeidsdeelname van verzekerden.

i. medisch leiderschap (art. B.4).

Deze beroepsactiviteiten worden ook wel ‘competenties’ genoemd.

De duur van de opleiding bedraagt vier jaar (art. B.1). De opleiding kan worden gevolgd bij de NSPOH (Utrecht) en SGB0 (Nijmegen) en bestaat voor 80% uit werken in de praktijk en 20% uit cursorisch onderwijs. De aan de opleiding gemoeide kosten bedragen, in totaal, € 47.000 (start 2019). Deze kosten worden in het geval van verzekeringsartsen in opleiding en werkzaam bij het UWV gedragen door het UWV, na het volgen van een interne basisopleiding verzekeringsgeneeskunde (BOVG).

Volgens de website van het NSPOH (<https://www.nspoh.nl/opleidingen/opleiding-verzekeringsarts>)⁵⁴ richt de opleiding zich in het bijzonder op

- **medisch objectief vaststellen** of een ziekte of gebrek iemand beperkt in het functioneren op zijn werk.
- vaststellen wat de **mogelijkheden** voor participatie zijn.

Zie ook de omschrijving van het beroep van verzekeringsarts op de website van de KNMG: ‘Als verzekeringsarts stel je vast of er sprake is van een medische objectief vast te stellen stoornis als gevolg van ziekte of gebrek, waardoor iemand beperkt is in zijn functioneren. De kaders waarbinnen je dit beoordeelt betreffen een breed spectrum aan wet- en regelgeving. Je bent tevens betrokken bij de begeleiding en re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers. De overgrote meerderheid van de verzekeringsartsen werkt bij het UWV. Je richt je op het voorkomen, herkennen, diagnosticeren en behandelen⁵⁵ van de oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij een zieke verzekerde. Daarbij hoort het actief volgen en begeleiden naar herstel van de belastbaarheid van de verzekerde.’⁵⁶

Nu het Schattingsbesluit voorschrijft dat een claimbeoordeling moet plaatsvinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden, waartoe de NVVG een groot aantal richtlijnen op haar website heeft gepubliceerd⁵⁷, lijkt het erop dat verzekeringsartsen in het bijzonder geacht worden te weten **hoe** zo’n beoordeling moet plaatsvinden, wat daarbij de relevante standaarden zijn en hoe die in een voorliggende situatie moeten worden toegepast. Het Schattingsbesluit suggereert daarnaast expliciet dat de uitkomst van een beoordeling door een ‘andere verzekeringsarts’ tot dezelfde conclusie moet kunnen komen.

Tussenconclusie

Een verzekeringsarts wordt geacht, voortbouwend op de kennis en ervaring die hij als arts heeft, te beschikken over een aantal specifieke vaardigheden op het gebied van arbeid en gezondheid aangaande – onder andere – het medisch objectief uitvoeren van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Het Schattingsbesluit bepaalt dat de beoordeling

⁵⁴ Voor de website van de SGB0: <https://www.radboudumc.nl/onderwijs/scholingen/vervolgopleiding-tot-verzekeringsarts>

⁵⁵ Of het juist is dat hier wordt gesproken over behandelen, kan worden betwijfeld aangezien we in Nederland een scheiding kennen tussen behandelen en beoordelen.

⁵⁶ <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/geneeskundestudie/beroepskeuze/overzicht-filmpjes/verzekeringsgeneeskunde-2.htm>

⁵⁷ <https://www.nvvg.nl/richtlijnen/>

moet plaatsvinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Wat hieronder moet worden verstaan wordt overgelaten aan de beroepsgroep van verzekeringsartsen. Dit alles laat onverlet dat het Schattingsbesluit, de rechtspraak en de richtlijnen van de NVVG niet uitsluiten dat een basisarts, al dan niet na een vervolgoopleiding, voldoende bekwaam is om minstens een deel van een claimbeoordeling zelfstandig uit te voeren.

Wat wordt verwacht van een beoordelend (verzekerings)arts en verzekerde bij een verzekeringsgeneeskundig onderzoek?

Volgens de huidige wettelijke systematiek is het van belang dat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt uitgevoerd door een verzekeringsarts die **onafhankelijk en onpartijdig** is en ter zake **deskundig**. Zo wordt van een verzekeringsarts verwacht dat hij zoveel mogelijk relevante informatie bij elkaar zoekt, al dan niet na raadpleging van de behandelende sector⁵⁸, en zijn advies niet alleen baseert op één bron.⁵⁹ De verzekeringsarts hoeft geen adviezen van de behandelende sector over te nemen; de verzekeringsarts stelt zijn advies zelfstandig op.

Volgens de tuchtrechtelijke jurisprudentie mag een verzekeringsarts niet afgaan op observaties buiten de context van het onderzoek, bijvoorbeeld bij het verlaten van de verzekerde van het gebouw of het gedrag van verzekerde ter zitting. Dat is volgens het CTG in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel en het beginsel van *fair play*.⁶⁰ Een verzekerde moet ook kunnen vertrouwen op het beroepsgeheim van een verzekeringsarts.⁶¹ Daarbij moet worden opgemerkt dat artsen, vanouds een vertrouwensberoep⁶², op grond van onder meer de WGBO en de Wet BIG een juridisch sterk beroepsgeheim hebben, dat ook geldt tegenover de eigen werkgever, politie en justitie. Dat is bepaald niet bij alle art. 3 Wet BIG beroepsbeoefenaren het geval.

Daar staat tegenover dat van de verzekerde bij een claimbeoordeling wordt verwacht dat hij medewerking verleent aan het onderzoek en zich coöperatief opstelt. Dit ondanks de omstandigheid dat de relatie verzekeringsarts-verzekerde juridisch niet kan worden getypeerd als een behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO. Deze medewerkingsplicht kan bij een claim op de sociale zekerheid worden gebaseerd op de omstandigheid dat de verzekerde een beroep doet op het collectief gefinancierde stelsel van sociale zekerheid.⁶³ Indien de beoordelend verzekeringsarts niet op deze medewerking kan rekenen, dan kan de verzekeringsarts geen advies uitbrengen.⁶⁴ Dat is bij gebrekkige medewerking van een verzekerde jegens een basisarts of beroepsbeoefenaren die in het kader van taakdelegatie worden ingezet hetzelfde. Dit kan leiden tot afwijzing van een verzoek om een uitkering. Hetzelfde geldt indien de verzekerde medewerking weigert aan een noodzakelijk geachte klinische observatie; als een dergelijk geïndiceerd onderzoek wordt geweigerd door de verzekerde kan dit leiden tot een afwijzing van de claimaanvraag.⁶⁵

⁵⁸ CTG 31 maart 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:111.

⁵⁹ CTG 8 december 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:152 en CTG 24 januari 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:38.

⁶⁰ CTG 11 november 2008, Stcrt. 2008/234.

⁶¹ CRvB 24 januari 2006, ECLI:NL:CRVB:2005:AV0315.

⁶² R.L. Herregodts, *Gemeenschappelijke normen voor vertrouwensberoepen* (diss. Groningen), 2019.

⁶³ EHRM 27 augustus 1997, M.S. t. Zweden, nr. 20837/92, ECLI:CE:ECHR:1997:0827JUD002083792.

⁶⁴ CRvB 14 maart 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:1021.

⁶⁵ CRvB 3 april 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:1144.

Voorbehouden handelingen

Voorafgaand aan de komst van de Wet BIG gold in Nederland een verbod tot uitoefening van de geneeskunst door anderen dan degenen die daartoe bevoegd waren verklaard. Op grond van de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst (WUG, 1865) waren uitsluitend artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd medische handelingen te verrichten. Als gevolg hiervan konden anderen – zoals verpleegkundigen – alleen via de verlengde-arm-constructie bepaalde medische handelingen verrichten namens en onder verantwoordelijkheid van de arts.

Met de komst van de Wet BIG is dat algemene verbod ingetrokken, althans grotendeels, en hebben alle beroepsbeoefenaren eigen verantwoordelijkheid gekregen, inclusief verpleegkundigen. Het werd van belang geacht dat de patiënt meer keuzevrijheid kreeg met betrekking tot de soort behandelaar die hij wenst en dat iedere behandelaar daarvoor ook verantwoordelijkheid droeg. Maar dit verbod bestaat nog grotendeels met betrekking tot de **meest risicovolle handelingen**, in de wettelijke terminologie '**voorbehouden handelingen**' genoemd.⁶⁶ Uitsluitend artsen en – afhankelijk van de handeling – enkele andere in art. 3 Wet BIG benoemde (basis)beroepsbeoefenaren zijn zelfstandig **bevoegd** deze handelingen te verrichten. Zelfstandig bevoegden moeten overigens ook altijd **bekwaam** zijn voor het verrichten van deze handelingen. Zonder bekwaamheid is er geen bevoegdheid. Dit ter voorkoming van onverantwoorde risico's voor het leven en de gezondheid van de patiënt. Zelfstandig bevoegden mogen aan anderen **opdracht** geven deze handelingen te verrichten, mits deze anderen bekwaam zijn en handelen overeenkomstig de eventueel door de opdrachtgever gegeven aanwijzingen. Dit alles dient volgens de jurisprudentie te gebeuren op basis van duidelijke afspraken tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer. In een dergelijk opdrachtconstructie rust op beiden, opdrachtgever en opdrachtnemer (een deel van de) verantwoordelijkheid. De opdrachtnemer hoeft overigens geen beroepsbeoefenaar zijn in de zin van de Wet BIG.

Hoewel het beoordelen van de gezondheidstoestand van een persoon een handeling is die valt binnen de reikwijdte van de Wet BIG (art. 1 onder c Wet BIG), is dit geen aan (verzekerings)artsen voorbehouden handeling. Dit is ook zo door de CRvB bepaald.⁶⁷ Volgt hieruit dat iedere beroepsbeoefenaar, inclusief niet-artsen, een claimbeoordeling mag uitvoeren? Dat is niet het geval, althans niet op het terrein van de huidige SV-wetgeving. Deze wetgeving schrijft namelijk voor dat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek in het kader van de WIA (en enkele andere wetten) enkel mag worden uitgevoerd door een verzekeringsarts aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden. Dit systeem is niet zozeer ingegeven door het voorkomen van (gezondheids)risico's voor de verzekerde, maar omdat een verzekerde recht heeft op een beoordelaar die **voldoende deskundig** is om zijn gezondheidssituatie te beoordelen. Hoewel art. 35-38 Wet BIG dus niet van toepassing zijn op zelfstandige bevoegdheid van een verzekeringsarts om een claimbeoordeling uit te voeren, zou bij analoge toepassing van deze bepalingen kunnen worden betoogd dat een verzekeringsarts anderen **de opdracht** kan geven (een deel van) de claimbeoordeling uit te voeren mits de beoordeling ook dan plaatsvindt aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige

⁶⁶ Tot de voorbehouden handelingen horen bijv. de heilkundige handelingen, verloskundige handelingen, endoscopieën, katheterisaties, injecties, puncties.

⁶⁷ CRvB 18 juli 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9908.

onderzoeksmethoden. Eveneens analoog aan het systeem van de Wet BIG is in die situaties vereist dat de verzekeringsarts bekend is met de bekwaamheid van de opdrachtnemer, voorzien is in adequaat toezicht, er mogelijkheden zijn van tussenkomst en er zo nodig aanwijzingen kunnen worden gegeven. Ook de opdrachtnemer – ook wel de ‘gedelegeerde’ genoemd – moet van zichzelf overtuigd zijn dat hij voldoende bekwaam is en bekend is met de verantwoordelijkheidsverdeling bij deze taakverdeling, die in beginsel schriftelijk is uitgewerkt. De opdrachtnemer moet ook bekend zijn met de mogelijkheden om de verzekeringsarts te consulteren. Zie hierover de door de beroepsgroepen opgestelde Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010) en de eerder genoemde Werkwijzer Taakdelegatie door de bedrijfsarts (2019).

De CRvB lijkt in 2005 iedere vorm van taakdelegatie bij de uitvoering van verzekeringsgeneeskundig onderzoek in het kader van de SV-wetgeving te hebben uitgesloten. De CRvB overwoog namelijk in een zaak tussen het UWV en een verzekerde:

‘De Raad is van oordeel dat de bewoordingen van artikel 3, tweede en derde lid, van het Schattingsbesluit, bezien op zichzelf als in samenhang met de overige hiervoor genoemde voorschriften van het Schattingsbesluit betreffende het verzekeringsgeneeskundig onderzoek, geen andere conclusie toelaten dan dat het in het kader van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen ingevolge de verschillende arbeidsongeschiktheidswetten uit te voeren verzekeringsgeneeskundige onderzoek uitsluitend dient plaats te vinden door een verzekeringsarts.

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.’⁶⁸

Dat duidt erop dat de CRvB taakdelegatie bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek, in ieder geval met betrekking tot niet-artsen, ontoelaatbaar acht. Mijns inziens kan deze uitspraak anno 2019 niet woordelijk van toepassing worden verklaard op de huidige situatie. Bovenstaande zaak had betrekking op een in 1998 wegens ziekte uitgevallen verzekerde. In die jaren stond taakdelegatie nog in de kinderschoenen, laat staan dat de randvoorwaarden voor taakdelegatie waren uitgewerkt. In 2019 is dat anders en is taakdelegatie in zowel de curatieve sector als de sociale geneeskunde onderdeel van de gebruikelijke werkwijzen, met waarborgen voor de patiënt/werknemer/verzekerde. Anders gezegd, de stelling dat de CRvB nog immer principiële gekant is tegen taakdelegatie bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek acht ik niet verdedigbaar. Wel spoort (ook) deze uitspraak aan om de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen bij taakdelegatie, inclusief de rol en verantwoordelijkheid van het UWV, helder te maken. Dat pleit ervoor in ieder geval de opdrachtconstructie van de Wet BIG van toepassing te verklaren, ook al is een verzekeringsgeneeskundig onderzoek geen voorbehouden handeling.

Tussenconclusie

Dat taakdelegatie bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek op basis van een uitspraak van de CRvB uit 2005 niet toelaatbaar is, is anno 2019 niet verdedigbaar. Wel mag taakdelegatie uitsluitend plaatsvinden bij het volgen van strikte voorwaarden.

⁶⁸ CRvB 29 september 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU3603.

Voorwaarden voor taakdelegatie

Met betrekking tot de voorwaarden waaronder uitvoering van (delen van) verzekeringsgeneeskundig onderzoek door anderen dat een verzekeringsarts juridisch toelaatbaar wordt geacht, moet onderscheid worden gemaakt tussen taakdelegatie, conform de uitleg van het UWV, en zelfstandige uitvoering van (delen van) verzekeringsgeneeskundig onderzoek door basisartsen.

Allereerst over de **zelfstandige uitvoering door basisartsen**. Dat er geen algemeen verbod geldt voor het uitvoeren van verzekeringsgeneeskundig onderzoek bij claimbeoordelingen door een basisarts bracht een redelijke wetsuitleg volgens het CRvB in het verleden al mee.⁶⁹ Binnen het UWV voeren basisartsen – al dan niet in opleiding tot verzekeringsarts⁷⁰ - al verzekeringsgeneeskundig onderzoek uit. Dat is evenwel niet geheel zelfstandig, omdat zij bij deze taak worden begeleid door een verzekeringsarts, die de beoordeling ook moet contrasigneren. Deze werkwijze wordt ook door de CRvB voor rechtmatig gehouden.⁷¹ Anders gezegd, (delen van) verzekeringsgeneeskundig onderzoek mogen door basisartsen worden uitgevoerd onder begeleiding van en bij contrasignering door een verzekeringsarts. Daarmee is er geen sprake van volledig zelfstandige uitvoering.

Ten tweede over **taakdelegatie door niet-artsen**. De CRvB sluit op grond van het Schattingsbesluit uit dat (delen van) de claimbeoordeling zelfstandig door een **niet-arts** wordt verricht.⁷² Er is, mede gelet op de invoering van taakdelegatie binnen en buiten de sociale geneeskunde, geen aanleiding om aan te nemen dat dit anno 2019 wel voor juridisch rechtmatig moet worden gehouden. Dit laatste laat op grond van analoge toepassing van de Wet BIG (art. 35-38 Wet BIG) wel ruimte voor de verzekeringsarts om via een opdrachtconstructie (onderdelen van) de claimbeoordeling te laten uitvoeren door een bekwame niet-arts. Deze ruimte bestaat, gelet op de Wet BIG, dan uitsluitend voor art. 3 Wet BIG beroepsbeoefenaars, casu quo de verzekeringsarts, en niet voor een organisatie als het UWV, niet zijnde een art. 3 Wet BIG beroepsbeoefenaar.

Dat er bij (bijna) zelfstandige uitvoering door basisartsen en taakdelegatie door niet-artsen moet worden voldaan aan voorwaarden, klinkt duidelijk door in de (tucht)rechtspraak, ook al zijn er nog geen zaken over de (bijna) zelfstandige uitvoering door basisartsen en taakdelegatie bij het UWV. Deze eisen betreffen niet alleen voor het verzekeringsgeneeskundig onderdeel van de claimbeoordeling, maar voor de claimbeoordeling in haar geheel. Daarbij moet worden aangetekend dat zelfstandige uitvoering door een basisarts van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en uitvoering van deze taak door een niet-arts volgens de CRvB ten koste gaan van de waarde van een beoordeling.⁷³ Dit lijkt erop te wijzen dat de CRvB bij andere inkleuring van de huidige

⁶⁹ CRvB 18 juli 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9908.

⁷⁰ Bestuursrechtelijk is het feitelijk niet relevant of een basisarts is opleiding is of bijvoorbeeld de titel van bedrijfsarts mag voeren. Tuchtrechtelijk is dit wel relevant, omdat een arts meer eigenstandige verantwoordelijkheid kan dragen naarmate hij verder is gevorderd in de opleiding.

⁷¹ CRvB 28 maart 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BC8236.

⁷² CRvB 29 september 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU3603.

⁷³ CRvB 18 juli 2007 ECLI:NL:CRVB:2007:BA9908, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9905, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9909, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9910; CRvB 11 januari 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BC2844; CRvB 14 november 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:3655 en CRvB 6 maart 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BH5144.

situatie strengere eisen gaat stellen aan het medisch advies dat ten grondslag ligt aan een besluit van het UWV.

Voor zowel basisartsen als, in het kader van taakdelegatie, andere beroepsbeoefenaren van het UWV, waaronder de SMV, geldt te allen tijde de eis van bekwaamheid. Basisartsen moeten ook voldoende deskundig zijn om een beoordeling uit te voeren. Die bekwaamheid kan, in ieder geval grotendeels, worden gewaarborgd door het succesvol volgen van de BOVG.

Verzekeringsartsen mogen in het kader van taakdelegatie opdracht geven handelingen rond het verzekeringsgeneeskundig onderzoek te laten uitvoeren door bekwame niet-artsen analoog aan de art. 35-38 Wet BIG opdrachtconstructie. Dit dient te gebeuren op basis van duidelijke afspraken tussen de opdrachtgever (verzekeringsarts en evt. basisarts) en opdrachtnemer. In een dergelijk opdrachtconstructie rust op beiden, opdrachtgever en opdrachtnemer, (een deel van de) verantwoordelijkheid.

Analoog aan het systeem van de Wet BIG is in dergelijke situaties vereist dat de verzekeringsarts (en evt. basisarts die opdracht geeft) bekend is met de bekwaamheid van de opdrachtnemer, voorzien is in adequaat toezicht, er mogelijkheden zijn van tussenkomst door de verzekeringsarts (en evt. basisarts) en er zo nodig aanwijzingen kunnen worden gegeven. Ook de opdrachtnemer moet van zichzelf overtuigd zijn dat hij voldoende bekwaam is.

In beide constructies, zelfstandige uitvoering door basisartsen en taakdelegatie via niet-artsen, geldt de plicht te handelen volgens algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden.

Conclusies en discussie

De wetgever heeft ervoor gekozen de claimbeoordeling in het kader van de WIA en enkele andere SV-wetten, uitgewerkt in het Schattingsbesluit, enkel over te laten aan verzekeringsartsen. Dit weerspiegelt het belang dat aan de beoordeling van een claim op gebruikmaking van een grondrecht wordt toegekend.

Een claimbeoordeling, althans het verzekeringsgeneeskundige deel, is bovenal een medische beoordeling, waarbij de verzekerde erop moet kunnen vertrouwen dat het onderzoek zorgvuldig en volledig wordt uitgevoerd. Het Schattingsbesluit bepaalt expliciet dat een WIA-beoordeling moet plaatsvinden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden.

Op basis van de WIA en het Schattingsbesluit is het bijna **zelfstandig uitvoeren** van (onderdelen van) de claimbeoordeling door een basisarts, die daarbij wordt begeleid door een verzekeringsarts die zijn bevindingen contrasigneert, toegestaan. Dit gesteld dat de basisarts bekwaam is. Gelet op de omstandigheid dat een basisarts arts is, mag al snel worden aangenomen dat een basisarts over de noodzakelijke deskundigheid beschikt. Volgens de huidige tekst van de WIA en het Schattingsbesluit zijn basisartsen evenwel niet geheel zelfstandig bevoegd.

De WIA en het Schattingsbesluit sluiten zelfstandige uitvoering van (onderdelen van) de claimbeoordeling door niet-artsen uit. Terwijl de CRvB (beperkte) ruimte laat voor uitvoering van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek door dezelfde 'functionaris', waarmee de CRvB naar alle waarschijnlijkheid doelt op een (basis)arts, houdt de Raad iedere vorm van uitvoering door een niet-arts, ook in opdracht constructies, in strijd met het Schattingsbesluit.⁷⁴ Dit betreft evenwel een uitspraak van de CRvB uit 2005 en van rond de periode van invoering van taakdelegatie in de zorg. Mijns inziens kan niet worden volgehouden dat het Schattingsbesluit anno 2019 nog zo strikt moet worden uitgelegd. Ik houd taakdelegatie in opdracht van de verzekeringsarts voor juridisch verdedigbaar, gesteld dat aan de in dit advies genoemde voorwaarden wordt voldaan. De verzekeringsarts kan in dat kader ook rekening houden met de opleiding, ervaring en de eventuele BIG-registratie van de opdrachtnemer.

Het UWV is volgens de huidige stand van het recht niet bevoegd de voor haar werkzame verzekeringsartsen te verplichten volgens taakdelegatie te werken. Wel kan het UWV dit op verschillende manieren stimuleren en daarover met verzekeringsartsen en anderen afspraken maken. Het UWV draagt in die situaties als bevoegd gezag en zorgaanbieder zelfstandig verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de taakdelegatie.

De wetgever kan besluiten het Schattingsbesluit te wijzigen, opdat de bevoegdheid tot het zelfstandig verrichten van een claimbeoordeling niet langer exclusief toekomt aan verzekeringsartsen. Gelet op de omstandigheid dat het, zoals betoogd, bij een claimbeoordeling primair gaat om een medische beoordeling, is het moeilijk denkbaar dat deze bevoegdheid dan ook toekomt aan niet-artsen. Daarentegen is het goed voorstelbaar basisartsen de bevoegdheid krijgen (onderdelen van) de claimbeoordeling geheel zelfstandig uit te voeren, in ieder geval met betrekking tot die onderdelen waartoe zij voldoende bekwaam zijn, zonder daarbij te worden begeleid en zonder noodzakelijke contrasignering door een verzekeringsarts. Om de kwaliteit en eenduidigheid van de beoordelingen maximaal te waarborgen lijkt mij daartoe vereist dat deze basisartsen wel de BOVG met succes moeten hebben afgerond.

5. Beantwoording van vragen

- Zijn er juridische belemmeringen bij de werkwijze van taakdelegatie die het UWV toepast met sociaal medisch verpleegkundigen (SMV's) in de claimbeoordeling?

Antwoord: Deels. Taakdelegatie moet anno 2019 voor juridisch toelaatbaar worden gehouden mits aan de in dit advies genoemde voorwaarden wordt voldaan. Bij analoge toepassing van de in art. 35-38 Wet BIG genoemde opdrachtconstructie is de verzekeringsarts de opdrachtgever – en niet het UWV. De SMV kan – net als andere niet-artsen – daarbij opdrachtnemer zijn. Dit blijkt thans onvoldoende duidelijk uit de door het UWV gehanteerde omschrijving van taakdelegatie. Als het UWV de, althans een grotere, verantwoordelijkheid wil nemen voor (de uitbreiding van) taakdelegatie, zal het die eigen rol en bijbehorende verantwoordelijkheid duidelijker moeten beschrijven en vastleggen. Dit zou ik geen juridische belemmering willen noemen, maar een juridische uitwerking algemeen geldende regels en beginselen.

⁷⁴ CRvB 29 september 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU9603.

- Welke taken en handelingen die onderdeel zijn van een sociaal-medische beoordeling zijn expliciet wettelijk alleen voorbehouden aan een verzekeringsarts zelf, en mogen om die reden niet worden gedelegeerd aan andere professionals?

Antwoord: Volgens de WIA en het Schattingsbesluit is de verzekeringsarts als enige zelfstandig bevoegd voor het verrichten van een verzekeringsgeneeskundig onderzoek van de claimbeoordeling. Waar precies de grenzen liggen tussen het verzekeringsgeneeskundige onderdeel en eventuele overige onderdelen van de sociaal-medische beoordeling valt op basis van wetgeving en rechtspraak niet te zeggen. Er zijn geen aanwijzingen op basis van de bestaande (tucht)rechtspraak dat niet-artsen zelfstandig bevoegd zijn taken uit te voeren.

- Waar en op welke manier is dit wettelijk of in jurisprudentie vastgelegd?

Antwoord: Dit volgt uit WIA en het Schattingsbesluit. De eis van de verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden is vastgelegd in art. 4 Schattingsbesluit. Taakdelegatie via opdrachtverlening volgt uit analoge toepassing van art. 35-38 Wet BIG.

- Welke wetsaanpassingen zouden nodig zijn om hier verandering in aan te brengen?

Antwoord: Via aanpassing WIA en Schattingsbesluit zouden twee zaken kunnen worden veranderd: 1) ook basisartsen, althans artsen in opleiding tot verzekeringsarts (vgl. art. 1 b Controlevoorschriften Ziektewet 2010) zouden zelfstandig de bevoegdheid kunnen krijgen verzekeringsgeneeskundige onderzoek te verrichten; 2) taakdelegatie zou een expliciet wettelijke basis kunnen krijgen, waarbij ook de rol en verantwoordelijkheid van het UWV wordt vastgelegd. Dit laatste is niet echt nodig, tenzij het UWV (ook) de bevoegdheid daartoe wil krijgen. Dat laatste kan dan worden vastgelegd in de WIA of het Schattingsbesluit.

- Wat betekent dit voor de mogelijkheden om – na eventuele wetwijzigingen – de huidige pilots binnen UWV met het werken van SMV's onder taakdelegatie landelijk uit te rollen?

Antwoord: Zie eerder. Taakdelegatie is thans juridisch niet verboden, mits daarbij wordt gehandeld conform de in dit advies genoemde voorwaarden. Er zijn aldus geen principiële beperkingen ten aanzien van het landelijk uitrollen. De enige beperking die thans geldt is dat de verzekeringsarts opdrachtgever is voor taakdelegatie en niet het UWV. Het UWV zal, zonder wetwijziging, met verzekeringsartsen en anderen afspraken moeten maken over taakdelegatie.

- Wat betekent dit voor de mogelijkheden – nu en na eventuele wetwijzigingen – voor SMV's om continue monitoring van WIA-gerechtigden te verzorgen?

Antwoord: Indien de verzekeringsarts als opdrachtgever hiermee instemt – en er wordt voldaan aan de andere voorwaarden voor taakdelegatie – is dit toelaatbaar. Indien de wens bestaat SMV's zelfstandig bevoegd te verklaren voor deze taak kan dit alleen via wetwijziging. Daarbij moet dan primair aan het Schattingsbesluit worden gedacht.

- Welke taken en handelingen die onderdeel zijn van een sociaal-medische beoordeling zijn expliciet wettelijk alleen voorbehouden aan een verzekeringsarts, en mogen om die reden niet door een basisarts worden uitgevoerd? Waar en op welke

manier is dit wettelijk vastgelegd? Welke wetsaanpassingen zouden nodig zijn om hier verandering in aan te brengen?

Antwoord: Zie eerder. Voorts heeft de CRvB het Schattingsbesluit dusdanig uitgelegd dat zelfstandig uitvoeren van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek door basisartsen, althans verzekeringsartsen in opleiding, onder omstandigheden toelaatbaar is maar dat aan het advies dan niet dezelfde waarde toekomt. Dit betreft daarmee een uitleg van het Schattingsbesluit door de CRvB. Gelet op de omstandigheid dat een basisarts arts is en na het volgen van de BOVG al snel voldoende deskundig om (onderdelen van) het verzekeringsgeneeskundig zelfstandig – dat wil zeggen zonder begeleiding van en contrasignering door een verzekeringsarts – uit te voeren, is het voorstelbaar de basisarts ook zelfstandig bekwaam te maken via aanpassing van het Schattingsbesluit en de WIA. Daarmee kan ook de door het CRvB geuite vrees over de waarde van een advies worden geredresseerd.

Bijlage:

Schattingsbesluit (art. 2-4)

Artikel 2. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

1 De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, bedoeld in de WAO, de Waz en de hoofdstukken 2 en 3 van de Wajong, de beoordeling van duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben als bedoeld in de hoofdstukken 1a, 2 en 3, van de Wajong, de beoordeling van het percentage van het maatmaninkomen dat de verzekerde kan verdienen, bedoeld in de ZW en de beoordeling van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid of de mate van gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid, bedoeld in de Wet WIA, worden gebaseerd op een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek.

2 Van het arbeidsdeskundig onderzoek kan worden afgezien:

a. gedurende de periode waarin uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft;

b. indien uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen drie maanden zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;

c. indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij wegens zijn terminale ziekte een zodanig slechte levensverwachting heeft dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen afzienbare termijn zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;

d. indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene zodanig wisselend belastbaar is voor arbeid dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft.

3 Indien uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft maar betrokkene die mogelijkheden naar verwachting na verloop van een periode wel zal hebben, vindt na verloop van die periode opnieuw een verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaats.

4 Het wisselend belastbaar zijn voor arbeid, bedoeld in het tweede lid, onderdeel d, wordt ten minste drie maal in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek vastgesteld.

5 Benutbare mogelijkheden als bedoeld in het tweede tot en met het vierde lid zijn alleen dan niet aanwezig indien:

a. betrokkene is opgenomen in een ziekenhuis of in een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet toelating zorginstellingen die zorg verleent waarop aanspraak bestaat ingevolge de Wet langdurige zorg, met uitzondering van een inrichting waar geestelijk gestoorde delinquenten van overheidswege verpleegd worden;

b. betrokkene bedlegerig is;

c. betrokkene voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven dermate afhankelijk is dat hij lichamelijk niet zelfredzaam is; of

d. betrokkene als gevolg van een ernstige psychische stoornis in zijn zelfverzorging, in zijn directe samenlevingsverband alsook in zijn sociale contacten, waaronder zijn werkrelaties, niet of dermate minimaal functioneert dat hij psychisch niet zelfredzaam is.

6 Van het arbeidsdeskundig onderzoek kan worden afgezien indien de verzekeringsarts vaststelt dat betrokkene niet ongeschikt is tot het verrichten van zijn laatstelijk uitgeoefende arbeid.

7 Bij ministeriële regeling kunnen met betrekking tot dit artikel nadere regels worden gesteld.
[...]

Artikel 3. Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek strekt ertoe vast te stellen of betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken.

2 Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.

3 Tevens stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen betrokkene in zijn functioneren in arbeid ondervindt ten gevolge van het verlies of vermindering van vermogens, bedoeld in het tweede lid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid.

4 De verzekeringsarts stelt bij een beoordeling van het duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben, bedoeld in de hoofdstukken 1a en 3 van de Wajong, van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in hoofdstuk 2 van de Wajong, en van de volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid, bedoeld in de Wet WIA, vast of de gevolgen van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling waardoor de betrokkene ongeschikt is tot werken duurzaam zijn.

Artikel 4. Kwaliteitseisen verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voldoet aan de volgende vereisten:

- a. de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek worden schriftelijk vastgelegd;
- b. een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden;
- c. de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn vrij van innerlijke tegenspraak.

2 De vaststellingen en het onderzoek, bedoeld in artikel 3, geschieden aan de hand van algemeen aanvaarde verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden die gericht zijn op het kunnen vaststellen van ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling.