

Definitie en beoordeling van verdienvermogen inzake inkomensvervangende tegemoetkoming

Prof. Daniel DUMONT, Prof. Philippe MAIRIAUX en Dr. Jean-Pierre
SCHENKELAARS

Rapport voor rekening van de FOD Sociale

Zekerheid

Definitieve versie

Bestek nr. 2021-DGHAN-STUDY

Fase 1: Analyse van de bestaande situatie

Juni 2023

Université Libre de Bruxelles
Faculté de droit et de criminologie
Centre de droit public et social
<http://droit-public-et-social.ulb.be>

Naar aanleiding van de lancering van een overheidsopdracht door de Algemene Directie Personen met een Handicap van de FOD Sociale Zekerheid, hebben de auteurs van de volgende lijnen, die werken in een consortium dat administratief gehuisvest is binnen het Centre de droit public et social van de ULB, de opdracht gekregen om een studie uit te voeren over het verlies aan verdienvermogen op het vlak van inkomensvervangende tegemoetkomingen. Dit rapport vormt de afsluiting van de eerste van de twee fasen van het studie. Deze eerste fase van het onderzoek, uitgevoerd over een periode van zes maanden tussen juni en november 2022, was gewijd aan het beschrijven en analyseren van de bestaande situatie. Het doel was om licht te werpen op de grote heterogeniteit van beslissingen die de autoriteiten momenteel nemen bij het beoordelen van het verdienvermogen van aanvragers van een inkomensvervangende tegemoetkoming, en op de factoren die dit verklaren. Deze fase concentreert zich op wat er al is en is daarom bewust verstoken van de toekomstgerichte, propositionele dimensie die de kern zal vormen van de tweede fase die volgt.

Het eerste hoofdstuk analyseert de regelgeving, de ontwikkeling ervan en de jurisprudentie (I.); het tweede doet verslag van de resultaten van interviews met een reeks sleutelfiguren en de analyse van een steekproef van problematische dossiers (II.); het derde presenteert de resultaten van een anonieme enquête onder alle artsen die verantwoordelijk zijn voor de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen. Het eerste hoofdstuk (pp. 3-40) is van de hand van Daniel Dumont, een advocaat; het tweede (pp. 41-63) van Philippe Mairiaux en Jean-Pierre Schenkelaars, twee artsen; en het derde (pp. 64-76) van de drie onderzoekers. Het consortium is gezamenlijk verantwoordelijk voor het hele rapport. De drie hoofdstukken worden gevolgd door een aantal bijlagen (p. 77-174).

Een eerste versie van het rapport, dat nog geen derde hoofdstuk bevatte, werd op 13 december 2022 gepresenteerd aan en besproken door het begeleidingscomité van de studie.

I. Analyse van geschiedenis, regelgeving en jurisprudentie

Daniel DUMONT

Professor socialezekerheidsrecht aan de Université Libre de Bruxelles
Centre de droit public et social

Inleiding: onderzoeksanpak

A. De oorsprong en het doel van de uitkeringen voor personen met een handicap: een diachronisch overzicht

1. De totstandkoming van de wetgeving: van gebrekkigen en verminkten naar personen met een handicap, of van het medische naar het economische en het sociale
 - a) Toelagen voor personen met een handicap (1969): de handicap als een functionele beperking
 - b) Uitkeringen herbekeken ... halfslachtig (1987): invaliditeit als een gebrek aan verdien capaciteit en een gebrek aan autonomie
2. Toepasselijke wetgeving: wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkoming aan personen met een handicap en de uitvoeringsbesluiten ervan, een verouderde reglementering

B. Het wettelijk kader van de toekenningsvoorwaarde eigen aan een inkomensvervangende tegemoetkoming: vermindering van het verdienvermogen

1. Het verdienvermogen, een economisch begrip ...
2. ... te beoordelen aan de hand van de gedecontextualiseerde referentienorm van de "valide persoon".
3. De beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen, een zwarte doos
4. Een ministeriële omzendbrief die niets oplost

Conclusie

Inleiding: onderzoeksanpak

Het juridische gedeelte van de eerste fase bestond uit een zo volledig mogelijke analyse van de wetgeving, de uitvoeringsbesluiten, parlementaire werken, de gerechtelijke beslissingen en de gepubliceerde jurisprudentie alsook de rechtsleer met betrekking tot de beoordeling van het verdienvermogen van kandidaten voor een inkomensvervangende tegemoetkoming. Er werd ook rekening gehouden met de interne juridische documenten die mogelijk beschikbaar waren gesteld door de opdrachtgever, hoewel deze documenten naar verluidt in wezen beperkt waren tot een handleiding waarin de door de administratie opgestelde memo's waren samengevoegd. Omdat al dit materiaal uiteindelijk vrij beperkt was, of in ieder geval niet erg verhelderend voor onze doeleinden, werd het aanvankelijk geselecteerde materiaal in twee richtingen uitgebreid. Ten eerste werd besloten om de analyse een belangrijke diachrone wending te geven, kwestie van terug te kijken naar de wetgeving die voorafging aan de wetgeving die nu van toepassing is en om vast te stellen welke lessen uit deze evolutie kunnen worden getrokken. Ten tweede hebben we ook een grote steekproef geanalyseerd van ongepubliceerde jurisprudentie uit alle rechterlijke uitspraken van 2021, die ons door de overheid ter beschikking is gesteld.

Op basis van deze verschillende bronnen geven de volgende pagina's een overzicht van de genealogie en vervolgens een analyse van de belangrijkste federale wetgeving met betrekking tot de uitkeringen voor personen met een handicap. Het betreft een wetgeving die de reputatie heeft dat ze moeilijk toegankelijk en ondoorzichtig is - net als in veel andere sectoren van de sociale zekerheid. Daarbovenop komt dat ze te kampen heeft met een groot gebrek aan interesse in de rechtsleer¹. Daarom is in deze studie getracht om het volgende te identificeren

¹ Wat de stand van zaken betreft, is de meest volledige en gedetailleerde beschrijving van de wettelijke regeling inzake uitkeringen voor personen met een handicap die welke wordt gegeven in het naslagwerk van M. DUMONT en N. MALMENDIER, met medewerking van G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, 2^{ème} éd., Waterloo, Kluwer, coll. "Etudes pratiques de droit social", 2019, 540 p., die informatie geeft over - en gebaseerd is op de analyse van - een grote *hoeveelheid* niet-gepubliceerde en (uitsluitend) Franstalige jurisprudentie. Voor een meer beknopte presentatie, zie wat er wordt gezegd over het wettelijke regime met betrekking tot uitkeringen voor personen met een handicap in de twee belangrijkste handboeken over socialezekerheidsrecht: langs Franstalige kant, J.-F. FUNCK, met de medewerking van L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, 2^e ed., Brussel, Larcier, coll.

"Droit actuel", 2014, nr. 651 tot 674, p. 676 tot 697; langs Nederlandstalige kant, J. VAN LANGENDONCK met de medewerking van F. LOUCKX, Y. JORENS en Y. STEVENS, *Handboek socialezekerheidsrecht*, 10^e ed., Antwerpen-Cambridge, Intersentia, 2020, nr. 1641 tot 1663, p. 487 tot 492. Zie het hoofdstuk over uitkeringen voor personen met een handicap van Charles-Eric Clesse in zijn boek over de definitie en beoordeling van arbeidsongeschiktheid in de verschillende respectieve takken van de sociale zekerheid: C.-E. CLESSE, *L'expertise en droit social*, 2^e ed., Waterloo, Kluwer, coll. "Etudes pratiques de droit social", 2017, nr. 369 tot 467, p. 159 tot 205, dat berust op het jurisprudentiële *corpus* dat in een eerdere editie van hun werk door Michel Dumont en Nicole Malmendier werd aangehaald. Wat de jurisprudentie betreft, is er weliswaar een overvloed aan beslissingen, maar deze worden zelden gepubliceerd en de overgrote meerderheid is dan ook ongepubliceerd. Les *Chroniques de droit social/Sociaalrechtelijke Kronieken* publiceert ongeveer elke twee jaar een nummer met een selectie van recente beslissingen over uitkeringen voor personen met een handicap, terwijl het *Journal des tribunaux du travail* er bijna nooit meer publiceert. De belangrijkste manier om ongepubliceerde jurisprudentie van rechtbanken van eerste aanleg te vinden, tenminste in Franstalige landen, is het raadplegen van de sectie gewijd aan uitkeringen voor personen met een handicap in de database Terra Laboris, die goed bekend is bij beoefenaars van sociaal recht: www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2307 (Banque de données/Sécurité d'existence/Personnes handicapées). Verwijzingen naar niet-gepubliceerde Nederlandse jurisprudentie zijn te vinden in het hoofdstuk over uitkeringen voor personen met een handicap op *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid* om de vijf jaar voorgesteld door het Instituut voor Sociaal Recht van de KU Leuven, sinds de periode 1996-2001: voor de meest recente periode zie G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, special issue "Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2011-2016" (red. J. Put en Y. Stevens), 2016, pp. 601-666.

de essentie van het huidige systeem, waarbij de historische onderbouwing en de juridische grondslagen worden blootgelegd². Daartoe zijn we in twee fasen te werk gegaan.

In het eerste deel proberen we een antwoord te vinden op de vraag wie in wezen de persoon met een handicap is in de geest van de sociale wetgever, door middel van een diachronische reis door opeenvolgende wetgevende teksten, op zoek naar de impliciete voorstelling van de handicap die naar voren komt in de reglementering. Deze oefening, die essentieel is als we de logica van het huidige systeem willen begrijpen, heeft de veranderingen en continuïteiten in iets minder dan een eeuw tijd aan het licht gebracht, evenals de struikelblokken die overblijven. In dit stadium, en om een brede focus te hebben, hebben we elk van de twee uitkeringen behandeld die werden ingesteld door de federale wetgeving met betrekking tot uitkeringen voor personen met een handicap: de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming (A.).

Na deze contextualisering kwamen we tot de kern van de zaak. We hebben onze hoofdvraag - wat verstaat het sociaalzekerheidsstelsel onder een persoon met een handicap? - hernomen en verder uitgediept, maar deze keer op basis van een gedetailleerde juridische analyse van de kernwetgeving die momenteel van kracht is en die teruggaat tot 1987³. Hier werd de vraag onderzocht door middel van een meer technische 'zoom' op de belangrijkste voorwaarde waaronder een van de twee uitkeringen die voor ons van belang zijn, de inkomensvervangende tegemoetkoming, wordt toegekend. Deze voorwaarde weerspiegelt de definitie van handicap die het systeem hanteert. We hebben geprobeerd de precieze contouren hiervan vast te stellen aan de hand van een zo volledig mogelijke analyse van de beschikbare juridische documentatie (B.).

Laten we meteen duidelijk zijn: de oefening leidt niet tot erg bevredigende conclusies. Zelfs al zouden we proberen om ijzer met handen te breken, kunnen we alleen maar concluderen dat de situatie volstrekt onduidelijk is. In de loop van onze reis zal duidelijk worden dat het antwoord van de sociale wetgever op de uitnodiging "schets me een persoon met een handicap"⁴ verwarrend is, zo niet in theorie dan toch in de praktijk, misschien vooral door de afwezigheid van een grondige reflectie over de vraag wat een handicap is en hoe deze begrepen dient te worden. Zoals we

² Deze tekst is gebaseerd op analyses die eerder zijn voorgesteld, maar intussen aanzienlijk zijn uitgebreid, in D. DUMONT, "Les allocations fédérales aux personnes handicapées : 'dessine-moi une personne handicapée'", *Les grands arrêts en matière de handicap* (red. I. Hachez en J. Vrielink), voorwoord van F. Tulkens, Brussel, Larcier, coll. "Grands arrêts", 2020, p. 459-492.

³ Voor verwijzingen naar de teksten die momenteel van toepassing zijn, zie de noten nrs. 16, 23 en 24.

⁴ Hier wordt verwezen naar een studie van de jurist Jos Viaene (1928-2012), een pionier in de studie van de wisselwerking tussen sociaal recht en sociale verzekeringsgeneeskunde: J. VIAENE, "Dessine-moi un enfant handicapé", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 20, nr. 2, 1978, p. 133-156.

zullen zien in onze historische terugblik en vervolgens in onze analyse van de huidige voorwaarden voor het toekennen van inkomensvervangende tegemoetkomingen, is het beeld van de persoon met een handicap waarop de sociale wetgeving fundamenteel is gebaseerd vandaag verouderd, vooral met betrekking tot het Verdrag van de Verenigde Naties van 2006 inzake de rechten van personen met een handicap, dat nu de referentienorm is op het gebied van handicaps.

A. De oorsprong en het doel van de uitkeringen voor personen met een handicap: een diachronisch overzicht

Alvorens in te gaan op de details van de wetgeving die momenteel de sociale bescherming tegen het risico op een handicap organiseert, is het nuttig om, bij wijze van contextualisering, eerst een snel diachronisch overzicht van het onderwerp te schetsen, op zoek naar de identiteit van de persoon die door de wetgever "gehandicapt" wordt genoemd en bestempeld, zonder op enigerlei wijze te trachten een handicap te definiëren. Hiertoe zullen we kijken naar de oorsprong van de uitkeringen voor personen met een handicap, waarvan het doel aanzienlijk is geëvolueerd sinds het prille begin van het interbellum tot de goedkeuring van de wetgeving van 1987, zonder echter volledig te breken met het medische model van de handicap (1.). Daarna zullen we naar de teksten kijken die aan het einde van deze evolutie van toepassing zijn, teksten die niet goed bestand zijn gebleken tegen de tand des tijds en waar intussen niet meer naar gekeken wordt (2.).

1. De totstandkoming van de wetgeving: van gebrekkigen en verminkten naar personen met een handicap, of van het medische naar het economische en het sociale

Uitkeringen voor gehandicapten zijn bedoeld om een minimuminkomen te garanderen voor mensen die als gehandicapt worden beschouwd en die niet voldoende inkomen hebben. Bij wijze van eerste ruwe karakterisering is dit dus een vorm van "bestaansminimum" voor gehandicapten.

Uitkeringen voor gehandicapten zijn sociale bijstandsuitkeringen: ze maken deel uit van het subgeheel van het socialezekerheidsstelsel dat bekend staat als sociale bijstand en dat de verschillende niet op premie- of bijdragebetalingen berustende en residuaire uitkeringen samenbrengt. Ten eerste zijn dit niet op premie- of bijdragebetalingen berustende uitkeringen omdat ze, in tegenstelling tot de belangrijkste sociale verzekeringsstelsels (werkloosheidsverzekering, ouderdomspensioen, arbeidsongeschiktheidsuitkering, enz.) niet worden toegekend op voorwaarde dat je gedurende een bepaalde periode hebt gewerkt en bijdragen hebt betaald. Aan de andere kant, en dit is wat ze residuaire maakt, is de toekenning van deze uitkeringen onderworpen aan een voorafgaand inkomensonderzoek, in zoverre dat het nodig is om te bewijzen dat je in een behoeftige situatie verkeert om toegang te krijgen tot deze uitkeringen, d.w.z. dat je een inkomen hebt onder bepaalde drempels. Uitkeringen voor personen met een handicap zijn daarom bedoeld voor personen die zowel met een handicap als met armoede te maken hebben - een zeer heterogene maar vaak precaire groep.

Historisch gezien waren uitkeringen voor mensen met een handicap en een gebrek aan inkomen de tweede van de verschillende bijstandsuitkeringen die werden ingevoerd, in 1969. Enkele maanden na de oprichting van de voorloper van de

huidige inkomensgarantie voor ouderen – de IGO in het jargon, d.w.z. het minimuminkomen dat wordt toegekend aan mensen die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt en die niet over voldoende middelen beschikken - heeft de wetgever een reeks uitkeringen "voor personen met een handicap" ingevoerd, die in de Nederlandse versie van de wet "*de minder-validen*" worden genoemd⁵. Terwijl de (huidige) IGO de bijstandsaanvulling vormt op de op premie- of bijdragebetalingen berustende pensioenen, zijn de uitkeringen voor personen met een handicap binnen het socialezekerheidsstelsel de niet op premie- of bijdragebetalingen berustende aanvulling op de uitkeringsverzekering - het ziekenfonds zoals deze gewoonlijk wordt genoemd - die de arbeidsongeschiktheid dekt van mensen die door hun werk en hun bijdragen rechten hebben verworven op een vervangingsinkomen. In tegenstelling tot de vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid zijn deze uitkeringen bedoeld voor mensen die geen bijdragerechten hebben kunnen verwerven door te werken, althans niet in het recente verleden, als gevolg van een sterk verminderde of onbestaande arbeidsgeschiktheid.

a) Toelagen voor personen met een handicap (1969): de handicap als een functionele beperking

Ter vervanging van de eerste uitkeringen "voor gebrekkigen en verminkten" die tijdens het interbellum werden ingevoerd en die we hier buiten beschouwing laten, bestonden de uitkeringen voor personen met een handicap in 1969 uit een complex pakket van niet minder dan vijf uitkeringen⁶. Er werd een onderscheid gemaakt op basis van de aard van de handicap en de leeftijd van de betrokken persoon. Hoewel alle uitkeringen werden toegekend op voorwaarde dat de persoon in kwestie over onvoldoende middelen beschikte, verschilden de uitkering zelf, de medische voorwaarde waaronder de uitkering werd toegekend, het bedrag en de berekeningsmethode afhankelijk van de vraag of de handicap fysiek was (motorisch, talig, zintuiglijk, enz.) of "van een andere aard", bijvoorbeeld geestelijk⁷.

In het eerste geval werd de hoofduitkering, bekend als de gewone uitkering, toegekend op voorwaarde van een blijvende arbeidsongeschiktheid van minstens 30% en varieerde het bedrag afhankelijk van de mate van arbeidsongeschiktheid⁸. In het tweede geval kon de gehandicapte persoon de zogenaamde bijzondere uitkering ontvangen, maar alleen als hij 100% blijvend arbeidsongeschikt was; deze uitkering was een vast bedrag⁹. In 1975 werd de voorwaarde van blijvende invaliditeit om in aanmerking te komen voor de speciale uitkering verlaagd tot 65%, omdat de nodige begrotingsmiddelen beschikbaar waren gesteld, en werd het bedrag van de uitkering vastgesteld op basis van de mate van

⁵ Wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, *B.S.*, 15 juli 1969, sindsdien ingetrokken en vervangen door de wet aangehaald in noot nr. 16. Het belangrijkste uitvoeringsbesluit was het koninklijk besluit van 17 november 1969 houdende algemeen reglement betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan minder-validen, *B.S.*, 1 december 1969, gedeeltelijk vervangen, voor de aanvragen ingediend vanaf 1975, door het koninklijk besluit van 24 december 1974 betreffende de gewone en bijzondere tegemoetkomingen aan de minder-validen, *B.S.*, 28 december 1974.

⁶ Voor een overzicht van dit systeem, zie X. DE BEYS, *Vos droits face à la sécurité sociale*, Brussel, Vie ouvrière, 1981, p. 349-365 en p. 417-430. Voor een analyse gericht op het begrip ongeschiktheid dat ten grondslag ligt aan de regelgeving en de beoordelingsmodaliteiten, zie J. VAN STEENBERGE, *Schade aan de mens*, vol. I, *Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het recht*, Antwerpen-Amsterdam, Maarten Kluwer, 1975, p. 387 tot 395.

⁷ Wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, respectievelijk art. 2, § 1, en art. 9.

⁸ Wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 4, 4°, en art. 5.

⁹ et van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 10, 3°, en art. 11.

ongeschiktheid. In beide gevallen gaf de tijdelijke ongeschiktheid geen recht op een uitkering.

In een poging om de moeilijkheid te verminderen om (blijvende) ongeschiktheid op een consistente manier te beoordelen, wat al snel een van de belangrijkste obstakels was geworden onder de oude wetgeving met betrekking tot de gebrekkigen en verminkten, kreeg de Hoge Raad voor gehandicapten, het adviesorgaan dat in 1967 werd opgericht binnen het ministerie van Sociale Voorzorg, de voorloper van de huidige Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap¹⁰, de taak om een "medische handleiding" op te stellen en ter goedkeuring voor te leggen aan de minister van Sociale Voorzorg¹¹. Deze handleiding was bedoeld om een kader te bieden voor de manier waarop de artsen van het ministerie de mate van vermindering van de beroepswaarde beoordelen. Vreemd genoeg had de pas opgerichte Hoge Raad voor de gewone toelage slechts een verwijzing naar de eerste handleiding ter goedkeuring aan de minister voorgelegd die vastgelegd was in de laatste jaren van de wetgeving met betrekking tot de toelagen voor gebrekkigen en verminkten, aan het einde van de jaren vijftig van de vorige eeuw¹², terwijl er voor de bijzondere uitkering geen barema was vastgesteld.

De oude handleiding, die dus van toepassing bleef voor de beoordeling van de fysieke handicap, bepaalde dat de medische beoordeling van de invaliditeit door de artsen van het ministerie bedoeld was om de mate van blijvende arbeidsongeschiktheid van de aanvragers te beoordelen zonder verwijzing naar een specifiek beroep. En voegde daar nog aan toe dat

de expertise zich op het beoordelen van de invloed van de beperking op de functie zelf richt, met uitsluiting van elke professionele, sociale, psychologische of andere overweging¹³. De functionele ongeschiktheid als gevolg van handicaps werd daarom *in abstracto* gemeten, zonder rekening te houden met de context, zelfs de professionele context, waarin de gehandicapte persoon evolueerde. In werkelijkheid was het dus niet de arbeidsongeschiktheid die op deze manier werd beoordeeld, maar veeleer de pure ongeschiktheid - in de veronderstelling dat dit conceptueel iets betekende ... In het verlengde hiervan "tarifeerde" de handleiding de beperkingen volgens een systeem van vooraf bepaalde percentages, door middel van een lange lijst met meer dan honderd codes: het verlies van een vingerkootje van de duim betekende dus (nog steeds) een handicap van 10%; aangeboren afasie, 20%; dwerggroei, 50%; totaal verlies van beweging van een onderste lidmaat door ankylose van alle gewrichten, 65%;

¹⁰ Koninklijk besluit van 10 november 1967 houdende oprichting van een Hoge Raad voor Gehandicapten, *B.S.*, 14 november 1967, sindsdien ingetrokken en vervangen door het koninklijk besluit van 9 juli 1981 tot oprichting van een Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap, *B.S.*, 12 augustus 1981, zelf gewijzigd, wat betreft de titel en de gebruikte terminologie, door een koninklijk besluit van 2006 dat de term "gehandicapte" overal verving door de formulering "persoon met een handicap", zoals enkele jaren eerder was gebeurd in de wetgeving over uitkeringen (zie noot nr. 26).

¹¹ Wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap art. 24, § 1, en 2.

¹² Ministerieel besluit van 24 maart 1970 tot goedkeuring van de medische handleiding tot schatting van de arbeidsongeschiktheden die recht geven op de gewone en de aanvullende tegemoetkomingen aan minder-validen, *B.S.*, 26 mei 1970.

¹³ Ministerieel besluit van 19 maart 1959 tot goedkeuring van de medische handleiding der schatting van de ongeschiktheden die recht geven op de tegemoetkoming voor de gebrekkigen, verminkten, blinden, doven en stommen, *B.S.*, 21 april 1959, bijlage, art. II, A, lid 1. Deze handleiding werd opgesteld door de Commissie voor sociaal hulpbetoon aan gebrekkigen, verminkten, blinden, doven en stommen, die voorafging aan de Hoge Raad voor gehandicapten.

... In overeenstemming met de filosofie van de wetgeving over uitkeringen voor gebrekkigen en verminkten, werd een handicap nog steeds voornamelijk geconceptualiseerd als een verandering in het vermogen van het lichaam om te functioneren die mobiliteit, zicht, gehoor of spraak permanent beïnvloedt.

Dit gegeven zal nog verder aangescherpt worden door een arrest van het Hof van Cassatie uit 1982, waarin het opnemen van beroepsmatige, sociale of psychologische factoren in de beoordeling van een handicap, evenals de impact van de handicap op de economische mogelijkheden van de betrokken persoon, scherp werd veroordeeld¹⁴. Deze meer holistische benadering, die werd verdedigd door bepaalde pleitbezorgers die de overeenstemming van de handleiding met de wet van 1969 betwistten, leidde tot een begrip van de persoon in zijn geheel en binnen zijn omgeving. In tegenstelling tot deze benadering heeft het Hof de jurisprudentiële lijn uitgezet volgens welke het aan de administratie en de rechter is om zich te beperken tot de "zuivere en eenvoudige" handicap, begrepen vanuit een perspectief dat kan worden omschreven als mechanistisch en gedecontextualiseerd. Daarmee had het indirect de theorie tenietgedaan dat het begrip arbeidsongeschiktheid bij uitkeringen aan personen met een handicap op dezelfde wijze moest worden opgevat als in het geval van invaliditeit, arbeidsongevallen en beroepsziekten, dat wil zeggen door te trachten het concrete verlies aan economisch potentieel op de arbeidsmarkt te meten in het licht van alle kenmerken van de persoon in kwestie.

De laatste uitkering, die in 1972-1973 in de wetgeving werd opgenomen, bestond uit een tegemoetkoming voor hulp van derden¹⁵. Naast de - gewone of bijzondere - basisuitkering ter compensatie van de arbeidsongeschiktheid, die werd toegekend aan degenen die aan de specifieke voorwaarden voor het ontvangen van deze uitkering voldeden, was het specifieke doel van deze uitkering het compenseren van de onmogelijkheid om bepaalde essentiële handelingen van het dagelijks leven alleen uit te voeren. Het bedrag ervan varieerde naargelang de mate van behoefte aan hulp van een derde partij. Deze mate van behoefte werd zelf beoordeeld op basis van een aantal criteria, zoals het vermogen om zich te verplaatsen, zichzelf te voeden, voor eigen hygiëne te zorgen of te communiceren, waarvoor punten werden toegekend. De mate van behoefte aan hulp van derden, en dus de hoogte van de uitkering, werd dus bepaald door de mate van verlies van autonomie als gevolg van de handicap. Gezien de gehanteerde beoordelingscriteria was een meer relationeel begrip van invaliditeit in de wetgeving geïntroduceerd, maar geënt op een strikt fysiologisch-medische basis, aangezien de toelage voor hulp van een

¹⁴Cass. (3^{de}k.), 22 november 1982, *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 25, nr. 2, 1983, p. 327, commentaar (beknopt en eerder instemmend) P. VAN DAMME, "La validité juridique du guide-barème médical utilisé pour les allocations aux handicapés"; *R.W.*, 1982-1983, col. 2382, nota (uitvoerig en zeer kritisch) J. VAN STEENBERGE, "De evaluatie van arbeidsongeschiktheid in de wetgeving inzake minder-validen". Vóór dit arrest had de tweede auteur verdedigd dat de handleiding niet in overeenstemming was met zowel de letter als de geest van de wet: J. VAN STEENBERGE, *Schade aan de mens*, vol. I, *Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het recht*, op. cit., p. 389, 391 en 395.

¹⁵Wet van 27 juni 1969 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 2, § 4, en koninklijk besluit van 17 november 1969 houdende algemeen reglement betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan minder-validen, art. 43bis, ingediend in 1973, ter vervanging van een eerste, kortstondig bestaande tekst van 1972. Voor een bespreking, zie H. BUCKINX, "De gewijzigde wetgeving betreffende het toekennen van tegemoetkomingen aan minder-validen", *R.W.*, 1973-1974, col. 646 tot 648. De wettelijke en reglementaire teksten werden aangevuld met een ministeriële omzendbrief van 11 juli 1973 tot vaststelling van de handleiding voor het ramen van de graad van behoefte aan hulp van derde, *B.S.*, 14 juli 1973.

derde alleen beschikbaar was voor ontvangers van de gewone of bijzondere toelage.

b) Uitkeringen herbekeken ... halfslachtig (1987): invaliditeit als een gebrek aan verdien capaciteit en een gebrek aan autonomie

De wetgeving werd twee decennia later volledig herzien met de goedkeuring van de wet van 27 februari 1987, die vandaag de dag nog steeds van kracht is¹⁶. Het belangrijkste doel was om de vorige wetgeving¹⁷ te vereenvoudigen door het aantal uitkeringen te verminderen en ze dezelfde persoonlijke werkings sfeer te geven, alsmede de boekhoudkundige methodes voor de eigen middelen te harmoniseren. Het heeft ook, en eigenlijk vooral, bestaan uit het beter begrijpen van en uitgaan van de behoeften van mensen met een handicap zelf, door de vraag naar de oorzaak en aard van de handicap te verleggen naar de impact ervan op de persoon met een handicap¹⁸. Op basis hiervan werd bij de hervorming aan elk van de uitkeringen een duidelijk onderscheiden doel toegekend, bedoeld om te voorzien in de uiteenlopende praktische behoeften die het gevolg kunnen zijn van een handicap.

Om samen te vallen met de wetswijziging werd de terminologie aan Nederlandstalige zijde herzien, waarbij de term *gehandicapten* - al in gebruik aan Franstalige zijde sinds 1969 - werd vervangen door *minder-validen*. Destijds zagen sommigen dit als een teken van een "mentaliteitsverandering" en een verschuiving weg van de veronderstelling dat "de mensen in kwestie 'minder' zijn dan valide mensen"¹⁹. De wetgever heeft tijdens de debatten in het Parlement geen verklaring gegeven voor deze wijziging.

¹⁶ Wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, *B.S.*, 1 april 1987. De uitvoeringsbesluiten worden hieronder beschreven (zie noten nrs. 23 en 24). Voor diepgaande commentaren en kritische besprekingen van de (toen) nieuwe wetgeving in haar geheel, zie B. VAN BUGGENHOUT, "De hervorming van de tegemoetkomingen", *Het nieuwe gehandicaptenrecht. Commentaar bij de nieuwe wetgeving en recente evoluties in het beleid* (collectief), Brughe, die Keure, coll.

"Recht en sociale hulpverlening", 1988, p. 5-20 en vooral de baanbrekende studie van J. HUYS, "Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet? Een kritisch commentaar bij de nieuwe wetgeving op de tegemoetkomingen voor gehandicapten", *Chron. D.S.*, 1989, p. 283-295. Zie ook de bijdragen in het kader van de studiedag die in 1990 werd georganiseerd door de Association nationale d'aide aux handicapés mentaux: *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, nr. 3-4, "Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés", 1990, p. 119-175. Voor een parafrase van de teksten, P. HALLEMANS,

"Exposé de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et de l'A.R. du 6 juillet 1987 en portant exécution", *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 1988, p. 89-98 en

W. VAN EECKHOUTTE, "De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten. Algemene inleiding en evaluatie", *J.T.T.*, 1990, p. 281-286. Voor een identificatie van de voorstellingen van invaliditeit die de wet sturen en een bespreking van de meetinstrumenten, moeten we de baanbrekende studie van L. MAROY toevoegen, "Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *Chron. D.S.*, 1987, p. 169-175.

¹⁷ Wetsvoorstel tegemoetkomingen gehandicapten, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, 1985-86, nr. 488/1, p. 1.

¹⁸ *Ibid.*, p. 2. Dit aspect wordt verder benadrukt en uitgewerkt door B. VAN BUGGENHOUT, "De hervorming van de tegemoetkomingen", *op. cit.*, p. 7, 11 en 12 (het artikel is ondertekend in haar hoedanigheid als kabinetschef van de Staatssecretaris bevoegd voor personen met een handicap).

¹⁹ W. VAN EECKHOUTTE, "De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *op. cit.*, p. 281.

In termen van regelingen blijven de uitkeringen voor personen met een handicap uitkeringen van residuaire aard die worden toegekend op voorwaarde dat de gehandicapte persoon niet voldoende inkomen heeft. De belangrijkste verandering was om de uitkeringen terug te brengen tot twee, althans in eerste instantie: de inkomensvervangende tegemoetkoming enerzijds en de integratietegemoetkoming anderzijds - de IVT en de IT, voor de ingewijden - en om een duidelijk onderscheid te maken tussen de ene en de andere wat betreft de schade die wordt gedekt. Dit is het belangrijkste resultaat van de hervorming.

De inkomensvervangende tegemoetkoming is het resultaat van een samenvoeging van de vroegere gewone en bijzondere tegemoetkomingen en is bedoeld voor alle personen met een handicap (zonder onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke handicaps) van wie het verdienvermogen op de arbeidsmarkt aanzienlijk is gewijzigd. Het doel is om een minimumniveau aan middelen te verschaffen door middel van een vast minimuminkomen. Het stelt de arbeidsongeschiktheidsdrempel op 66%, zonder te eisen dat deze arbeidsongeschiktheid blijvend is - wat veel problemen opleverde gezien de vaak progressieve aard van de handicap - en dus zonder het vereiste percentage te variëren volgens het type handicap. Vanuit dit cruciale oogpunt zijn de openheid en vereenvoudiging die de wet van 1987 met zich meebracht duidelijk.

Dit was duidelijk in tegenspraak met de logica van de oude handleiding en de jurisprudentie van het Hof van Cassatie uit 1982, die arbeidsongeschiktheid wilde vaststellen op basis van een vooraf vastgesteld tarief dat werd toegepast zonder rekening te houden met de concrete gevolgen van het letsel, in een vorm van "contradictio in terminis"²⁰. Dit gezegd zijnde, hebben een aantal commentatoren van bij het begin de nadruk gelegd op de zeer vluchtige aard van het enige criterium dat nu gebruikt wordt om een minimuminkomen toe te kennen op grond van een handicap, namelijk het criterium van een vermindering van het verdienvermogen tot een derde van wat een valide persoon in staat is te verdienen op de arbeidsmarkt. De heroriëntatie van het doel van de uitkering, van compensatie voor functionele beperkingen naar compensatie voor het verlies van verdienvermogen, werd niet gevolgd door de goedkeuring van een effectief instrument om dit verlies te meten. We zullen hier in detail op terugkomen in de analyse van de voorwaarde voor het toekennen van de IVT (*infra*, B).

De andere uitkering, de integratietegemoetkoming, is grotendeels gebaseerd op de logica van de vroegere tegemoetkoming voor hulp van een derde persoon, in die zin dat ze bedoeld is voor gehandicapten die geconfronteerd worden met de afwezigheid of vermindering van hun autonomie in het dagelijkse leven. Het doel is om de extra kosten te compenseren door middel van financiële steun, waarvan het bedrag toeneemt naarmate de autonomie afneemt. Aan de andere kant, en ook dit is een zeer belangrijke ontwikkeling, is de toekenning ervan nu losgekoppeld van de voorafgaande erkenning van onvoldoende verdienvermogen: in tegenstelling tot het vorige systeem zijn de twee nieuwe uitkeringen onafhankelijk van elkaar, in de overtuiging dat de behoefte aan specifieke apparatuur niet noodzakelijkerwijs strikt evenredig is met de werkonbekwaamheid. Ze zijn daarom volledig cumulatief. Toch is ook hier kritiek geuit op het ontbreken van een

²⁰ J. VAN STEENBERGE, 'De evaluatie van arbeidsongeschiktheid in de wetgeving inzake minder- validen', *op. cit.*, col. 2389.

wetenschappelijke basis voor het systeem om verlies van autonomie concreet te meten. Aangezien het huidige onderzoek zich echter richt op de IVT, zullen we deze kritiek hier niet verder uitwerken²¹.

Hoewel beide niet op premie- of bijdragebetalingen berusten en inkomensafhankelijk zijn, zijn de twee ingevoerde tegemoetkomingen verschillend van aard: de inkomensvervangende tegemoetkoming is vergelijkbaar met een vervangingsinkomen, terwijl de integratietegemoetkoming een aanvullend inkomen is. Ze dienen niet hetzelfde doel en dekken elk een ander sociaal risico af - net daarom ook dat ze gecombineerd kunnen worden. De eerste is bedoeld als compensatie voor het gebrek aan inkomen, of ten minste voldoende inkomen, dat normaal gesproken voortkomt uit een beroepsactiviteit, terwijl de tweede is bedoeld om de extra kosten van een handicap in het dagelijks leven te helpen dekken, die de bestaanszekerheid beïnvloeden, zelfs bij aanwezigheid van een beroepsinkomen of minimuminkomen.

Er zij op gewezen dat er sindsdien twee verschillende wettelijke definities van invaliditeit naast elkaar bestaan binnen de wetgeving inzake uitkeringen, want hoewel de IVT en de IT zich richten op dezelfde kring van potentiële begunstigen en onderworpen zijn aan een vergelijkbare methode voor het boeken van eigen middelen, is elk gebaseerd op een zeer verschillende economische respectievelijk sociaal-medische toestand. Deze voorwaarde heeft betrekking op de verdien capaciteit in relatie tot de arbeidsmarkt voor de één, en autonomie in het dagelijks leven voor de ander. Het gaat nu niet zozeer om het type handicap en de oorzaak ervan, maar om de feitelijke gevolgen. Dit is een belangrijke herconceptualisering.

* * *

Bij wijze van korte samenvatting van deze overhaaste terugblik is er één constante in de regelingen, naast hun bijstandskarakter: de belangrijkste trigger voor de toekenning van minimale financiële steun is altijd een min of meer duidelijke verslechtering van het arbeidsvermogen geweest, maar de feitelijke definitie en beoordeling hiervan blijft een echte black box. Centraal vanaf het begin is het concept nooit goed ingekaderd, omdat het nooit goed is geconceptualiseerd door de wetgever. Hoogstens in de twintigste eeuw leggen de teksten een sterke nadruk op de fysiologisch-medische benadering. De kiemen voor een sterke relativering van deze laatste, in de richting van een meer economische benadering van de arbeidsongeschiktheid, werden gezaaid door de wetgever van 1987, maar hij heeft het proces niet tot het einde toe volgehouden. Aan de andere kant kan een echte doorbraak worden toegeschreven aan de wet van 1987 die de toegang tot compensatie voor verlies van autonomie in het dagelijks leven - het andere belangrijke verlies dat uit een handicap kan voortvloeien - loskoppelde van de voorafgaande erkenning van een arbeidsongeschiktheid. Bovendien weerspiegelen de modaliteiten voor de evaluatie van dit tweede type schade een meer relationeel en gecontextualiseerd begrip van de handicap.

²¹ Voor een samenvatting van het concept van verminderde autonomie en het bijbehorende beoordelingsinstrument, zie

D. DUMONT, "Les allocations fédérales aux personnes handicapées : 'dessine-moi une personne handicapée'", *op. cit.*, p. 481 tot 491, en de gebruikte referenties.

2. *Toepasselijke wetgeving: wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkoming aan personen met een handicap en de uitvoeringsbesluiten ervan, een verouderde reglementering*

Dertig jaar later is de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkoming aan personen met een handicap nog steeds van toepassing. In werkelijkheid is het niet meer dan een kaderwet, aangevuld met een aantal uitvoeringsbesluiten. Als we de slot- en intrekkingbepalingen buiten beschouwing laten, bevat de wet van 27 februari 1987 slechts een twintigtal bepalingen. Voorts zijn de genoemde bepalingen uiteindelijk zeer beperkt. Het somt de uitkeringen op die beschikbaar zijn voor mensen met een handicap en vermeldt de belangrijkste voorwaarde om recht te hebben op elke uitkering. Het bevat ook een aantal basisprincipes, met name met betrekking tot de persoonlijke werkingssfeer van de regeling en het op bijstand gebaseerde karakter ervan. Voor het overige laten de bepalingen het echter volledig aan de Koning over om centrale aspecten te regelen, zoals de criteria voor de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen en het gebrek aan autonomie, d.w.z. de precieze contouren van de belangrijkste voorwaarde voor de toekenning van elk van de verschillende uitkeringen²².

Veel van het materiaal is daarom te vinden in de uitvoeringsbesluiten van de wet. Twee besluiten in het bijzonder moeten worden benadrukt. De belangrijkste hiervan is een besluit uit 1987 betreffende de twee (federale) uitkeringen voor personen met een handicap, de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming²³. Een daaropvolgend en afzonderlijk besluit van 2003 regelt de volledige procedure voor het toekennen van uitkeringen²⁴, d.w.z. het proces waarmee aanvragen worden ingediend en verwerkt en uitkeringen worden betaald.

²² Over de uitdieping van het legaliteitsbeginsel in socialezekerheidskwesties, waarvan we hier een nieuwe illustratie vinden, D. DUMONT, "Que reste-t-il du principe de légalité en droit de la sécurité sociale? Sécurité sociale et démocratie parlementaire", *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2017, nr. 1-2, "Aux sources du droit social. En hommage à Micheline Jamouille/Sociaal recht, over bronnen en herbronnen. Als eerbetoon aan Micheline Jamouille" (red. D. Dumont en F. Dorsssemont), p. 113-146. In dezelfde geest, en voor een update van de ontwikkelingen in de jurisprudentie na de bovengenoemde studie, I. HACHEZ et L. TRIALLE, "Le principe de légalité en matière de droits économiques, sociaux et culturels : la Cour constitutionnelle à la croisée des chemins", *La légalité. Un principe de la démocratie belge en péril?* (red. L. Detroux, M. El Berhoumi en B. Lombaert), Brussel, Larcier, coll. "Bibliothèque de droit public", 2019, p. 179-231. Zie ook J. VELAERS, *De Grondwet. Een artikelsgewijze commentaar*, deel I, *op. cit.*, nr. 19 tot 26, p. 439 tot 443. In deze studies wordt kritiek geuit op de ontwikkeling van de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof, die ertoe heeft geleid dat het legaliteitsbeginsel dat voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet volledig van zijn inhoud is ontdaan, hoewel dit artikel de tenuitvoerlegging van de economische, sociale en culturele grondrechten uitdrukkelijk tot de bevoegdheid van de wetgever in de formele betekenis van het woord maakt. Voor een bespreking van de kritiek van de eerste auteurs, zie M. VRANCKEN, "Le principe de légalité de l'article 23 de la Constitution en matière de droits économiques, sociaux et culturels", *Droits fondamentaux et pauvreté/Grondrechten en armoede* (online review), 2022, nr. 4, "L'article 23 de la Constitution", p. 85-100.

²³ Koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, *B.S.*, 8 juli 1987. Het besluit stond bekend als het koninklijk besluit ter uitvoering van de wet van 27 februari 1987 tot de creatie van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden in 1990.

²⁴ Koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap, *B.S.*, 27 juni 2003.

Het hele systeem onderging een grote wetgevende en inhoudelijke herziening tussen 2002 en 2003, toen Frank Vandenbroucke minister van Sociale Zaken was in de zogenaamde regenboogregering²⁵. De wet zelf werd grotendeels herschreven door middel van een programmawet. Dit leidde tot de systematisering van de uitdrukking "personnes handicapées" in plaats van "handicapés". Op dezelfde manier is de uitdrukking *gehandicapten* in de Nederlandse versie vervangen door *personen met een handicap*. Nogmaals, de wetgever heeft deze wijziging niet uitgelegd, behalve door te verwijzen naar een bezorgdheid over de "correction de la langue" (juistheid van de taal)²⁶. Sindsdien is aan Vlaamse zijde de term *personen met een beperking* op de voorgrond getreden. Voor het overige zijn de aangebrachte wijzigingen niet onbelangrijk: versoepeling van de nationaliteitsvoorwaarden onder druk van de internationale en Europese verplichtingen die de Belgische Staat binden en hun evoluties; herziening van de methodes om rekening te houden met de middelen en de verdeling van de categorieën van begunstigden op basis van de gezinssituatie; versterking van de rechten van de gebruikers in de administratieve procedure. Deze veranderingen zijn niet anekdotisch, maar ze hebben geen invloed gehad op de architectuur van de regeling, die nog steeds die van 1987 is, die zelf gedeeltelijk is overgenomen van eerdere regelingen. Bovendien zijn deze trends redelijk vergelijkbaar met die van andere prestaties van de sociale bijstand in dezelfde periode.

Onder de regering Di Rupo (2011-2014), toen Philippe Courard staatssecretaris voor Personen met een Handicap was, werd begonnen met een volledige herschrijving van de wetgeving, waar de Nationale Hogere Raad voor Personen met een Handicap op had aangedrongen, maar die niet werd voltooid²⁷. De ambitie was om terug te gaan naar de tekentafel²⁸, met name om het in overeenstemming te brengen met de inclusieve filosofie van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap, dat op dat moment net was geratificeerd en in werking was getreden. Een document getiteld "Des allocations qui n'handicapent pas" was door het kabinet opgesteld om een brede maatschappelijke consultatie met de sector op gang te brengen en prioriteiten naar voren te brengen waarover consensus bestond²⁹. Aan het einde van dit proces werd een samenvatting gemaakt van de ongeveer 300 ontvangen bijdragen³⁰ en werd een sociaaleconomische beoordeling van de wetgeving besteld bij de KU Leuven³¹. Op basis van deze verschillende elementen werd door de staatssecretaris een nota opgesteld en gepresenteerd,

²⁵ Voor een gedetailleerd overzicht van alle veranderingen, M. DUMONT, "Nouveautés pour les personnes handicapées", *Actualités de la sécurité sociale. Évolution législative et jurisprudentielle* (coord. M. Dumont), Brussel, Larcier, coll. "Commission université-palais", 2004, p. 569-616.

²⁶ Ontwerp van programmawet (I), Memorie van Toelichting, *Parl. st.*, Kamer, 2002-2003, nr. 50 2124/001, p. 87.

²⁷ Ces travaux sont brièvement évoqués par G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.*, p. 608 en 609.

²⁸ Het regeerakkoord verwees naar "une réforme globale du régime", om onder andere "de moderniser les critères d'évaluation du handicap": regeerakkoord, *Parl. doc.*, Kamer, 2011-2012, nr. 53 0020/001, p. 158.

²⁹ "Des allocations qui n'handicapent pas. Une consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées", discussiedocument, 2012, 16 p.

³⁰ Staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap, "Synthèse des contributions récoltées dans le cadre de la consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées", 2012, 61 p.

³¹ B. VERMEULEN *et al.*, *Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkoming*, rapport voor de FOD Wetenschapsbeleid en de FOD Sociale Zekerheid, Leuven, KU Leuven, LUCAS (Centrum voor zorgonderzoek en consultancy), 2012, 185 p.

met de steun van vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken Laurette Onkelinx, aan de Ministerraad, die een reeks belangrijke wijzigingen voorstelde: herziening van de criteria voor de vaststelling van een handicap, om de vermindering van de verdien capaciteit en de vermindering van de autonomie beter te kunnen beoordelen; herziening van de modaliteiten voor de inaanmerkingneming van de persoonlijke middelen en die van het huishouden, om de terugkeer naar de arbeidsmarkt of de vorming van een koppel niet langer te bestraffen; verhoging van de bedragen met het oog op een betere armoedebestrijding; vereenvoudiging van de administratieve procedure om het niet-gebruik van rechten te beperken; enz.³². Het bureau begon toen te werken aan een uitgebreide herziening van de regelgeving, in overleg met de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap. Maar tegen het einde van de zittingsperiode was er nog geen tekst afgerond en ingediend in het parlement.

Ondanks het dringende verzoek van de Hoge Raad om de hervorming af te ronden op basis van de reeds aangevatte werkzaamheden³³, werd het project niet opnieuw opgenomen door de volgende federale regering, de regering Michel (2014-2019), die, met uitzondering van een verkleining van de kring van begunstigden die door het Grondwettelijk Hof werd veroordeeld wegens schending van het beginsel van non-regressie dat voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet³⁴, de regelgeving grotendeels ongewijzigd liet.

B. Het wettelijk kader van de toekenningsvoorwaarde eigen aan een inkomensvervangende tegemoetkoming: vermindering van het verdienvermogen

Laten we nu eens kijken naar de centrale voorwaarde van de wet met betrekking tot inkomensvervangende uitkeringen, die draait om het juridische begrip van handicap. Elk van de twee voordelen, IVT en IT, heeft logischerwijs zijn eigen voorwaarden voor toekenning, gezien hun verschillende doel. Het is opvallend dat de vakliteratuur blijft verwijzen naar het "medische aspect" van de reglementering als een algemene term voor dit aspect van het onderwerp³⁵, ongetwijfeld een echo van het feit dat het gaat om de voorwaarden waarvan de beoordeling

³² Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Staatssecretaris van Sociale Zaken, Gezinnen en Gehandicapten, "Evaluation de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et principes d'une réforme globale du régime", nota aan de Ministerraad, 2013, 10 p.

³³ Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap, *Memorandum bij de vorming van een federale regering na de verkiezingen van mei 2014*, Brussel, NHRPH, 2014, p. 10 en 11.

³⁴ Dit betreft het feit dat om in aanmerking te komen voor de IVT moet worden voldaan aan een verblijfsduurvoorwaarde van tien jaar, waartoe in 2018 werd besloten. Voor een verwijzing naar de tekst en een kritische analyse, zie D. DUMONT, "La condition de passé de résidence introduite en matière d'allocations aux personnes handicapées : un recul inconstitutionnel, sur fond de processus législatif fort peu soigné", *J.T.T.*, 2019, p. 409-412. Het Grondwettelijk Hof heeft het door de Liga voor de Rechten van de Mens ingestelde beroep tot nietigverklaring toegewezen: G.H., 12 maart 2020, nr. 41/2020. De maatregel werd ook bekritiseerd omdat hij onverenigbaar zou zijn met verschillende instrumenten met betrekking tot non-discriminatie en het vrije verkeer van personen: H. VERSCHUEREN, "De nieuwe verblijfsduurvoorwaarde voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming aan personen met een handicap: juridisch drijfzand", *J.T.T.*, 2018, p. 401-416 (1^e deel) en p. 421-428 (2^e deel).

³⁵ M. DUMONT, "Les allocations aux handicapés : l'aspect médical", *Actualités du droit*, 1993, nr. 4, "Actualités de la sécurité sociale", blz. 833-837; P. PETRE, "La condition d'incapacité de travail en allocation de remplacement de revenus. Étude juridique", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 37, nr. 1, 2001, p. 195; D. DESAIVE en M. DUMONT, "L'incapacité, l'invalidité et l'appréciation de la perte d'autonomie en sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants ainsi qu'en risques professionnels. Comment évaluer l'aspect médical ?", *Regards croisés sur la sécurité sociale* (red. F.)

in de praktijk valt onder de bevoegdheid van de artsen van de FOD Sociale Zekerheid - of degenen die door hen zijn aangesteld. Deze formule suggereert de alomtegenwoordigheid van het traditionele medische begrip van handicap, zowel in voorstellingen als in de praktijk. Het moet gezegd worden dat de wetgevende macht van 1987 weliswaar een breuk inluidde, maar niet volledig ging in de herconceptualisering van invaliditeit, met name in termen van inkomensvervangende tegemoetkomingen, zoals we nu in meer detail zullen zien.

De filosofie achter de inkomensvervangende tegemoetkoming is om een minimuminkomen te verschaffen aan mensen die door een handicap geen (toereikend) inkomen kunnen verdienen met werken³⁶.

De wet omschrijft de specifieke voorwaarde voor de toekenning van de ARR als volgt: de inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend aan een in aanmerking komende persoon "van wie is vastgesteld dat zijn lichamelijke of psychische toestand zijn verdienvermogen heeft verminderd tot een derde of minder van wat een gezonde persoon door het uitoefenen van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen"³⁷. Om een inkomensvervangende uitkering te krijgen, moet je lijden aan een gezondheidstoestand die je verdien capaciteit vermindert tot niet meer dan een derde van wat "een gezonde persoon" kan verdienen op "de algemene arbeidsmarkt" door het uitoefenen van "een beroep". In tegenstelling tot de wetgeving van voor 1987 wordt er nu geen onderscheid meer gemaakt op basis van de oorsprong of de aard van de handicap. Wat telt is de werkelijke impact van de aandoening in termen van het vermogen om de arbeidsmarkt te betreden en er een inkomen mee te verdienen. De exacte mate van handicap is ook niet langer belangrijk, aangezien de hoogte van de uitkering niet langer afhankelijk is van de mate van arbeidsongeschiktheid. De uitkering wordt toegekend of geweigerd op een alles-of-niets-basis

Bovendien bepaalt de wet dat de "algemene arbeidsmarkt" die in aanmerking moet worden genomen bij de beoordeling van het verdienvermogen "geen bedrijven voor vorming door arbeid omvat"³⁸. Bedrijven voor vorming door arbeid (BVA) zijn wat vroeger bekend stond als "beschutte werkplaatsen" onder de oude wetgeving over de herplaatsing van personen met een handicap. De exacte naam en het wettelijke kader van deze structuren variëren nu naargelang de verantwoordelijke gefedereerde entiteiten. Het feit dat ze niet in aanmerking worden genomen bij de behandeling van het concept van de algemene arbeidsmarkt is

Etienne en M. Dumont), Liège, Anthemis, coll. "Commission université-palais", 2012, p. 303; M. DUMONT en N. MALMENDIER, met de medewerking van G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, op. cit., p. 67; J. BARTHOLOME, "Quelques points d'attention relatifs à la réglementation des allocations aux personnes handicapées", *Questions choisies en droit de la sécurité sociale* (dir. Q. Detienne en H. Mormont), Luik, Anthemis, coll. "Commission université-palais", 2021, p. 205. Zie ook, naast andere oudere voorbeelden, de mededeling "à l'attention des médecins-inspecteurs chargés d'effectuer des expertises médicales en matière d'allocations aux handicapés" (ter attentie van de medische inspecteurs die belast zijn met het uitvoeren van medische beoordelingen op het gebied van uitkeringen voor gehandicapten) door arts R. DEBERDT, "Accueil et contact lors de l'examen médical de demandeurs d'allocation", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 33, nr. 3-4, 1991, p. 169-176.

³⁶ Wetsvoorstel tegemoetkomingen gehandicapten, Memorie van Toelichting, *Parl. st.*, Kamer, 1985- 1986, nr. 488/1, p. 1. Zie ook B. VAN BUGGENHOUT, "De hervorming van de tegemoetkomingen", op. cit., p. 13.

³⁷ Wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 2, § 1, al. 1.

³⁸ Wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 2, § 1, al. 2.

logisch, aangezien deze structuren specifiek ontworpen zijn voor mensen met beperkte professionele vaardigheden. Het op deze manier beoordelen van het verdienvermogen zou tot gevolg hebben dat personen met een handicap die in zogenaamde banen voor vorming door arbeid werken, juist vanwege hun verminderde professionele capaciteit, van de uitkering worden uitgesloten. Werken in een baan van dit type is daarom geen belemmering voor de erkenning van de IVT. Anderzijds zal de ontvangst van een vergoeding het bedrag van de toegekende toelage beïnvloeden, gezien het residuaire karakter ervan³⁹.

Meer dan drie decennia nadat de wet werd aangenomen, blijft de precieze betekenis van het begrip verdienvermogen dat met twee derde is verminderd, en nog meer de manier waarop het in de praktijk wordt gemeten, een echt raadsel voor de Belgische rechtswetenschap - ondanks het feit dat het duidelijk een centraal element van het systeem is. Het concept doet opzettelijk denken aan het criterium dat in compensatieverzekeringen wordt gebruikt om arbeidsongeschiktheid te meten (1.), maar het verschilt op één essentieel punt in het bijzonder (2.), en het is in dit verschil dat het hardnekkige mysterie ligt (3.). In 2018 is een ministeriële omzendbrief aangenomen om de situatie te verduidelijken, maar deze heeft weinig opgeleverd (4).

1. Het verdienvermogen, een economisch begrip ...

Op het eerste gezicht lijkt het criterium voor erkenning van de IVT sterk op dat voor het recht op ongeschiktheidsvergoedingen in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers.

Voor deze werknemers wordt arbeidsongeschiktheid erkend door de adviserend geneesheer en gecompenseerd door de ziekenfondsverzekering wanneer hun verdienvermogen met minstens twee derde verminderd is. Dit is de beroemde 66%-drempel, die al bestaat in de wetgeving sinds het risico op invaliditeit verplicht werd gedekt door de sociale zekerheid in 1945. Indertijd werd deze drempel, waarvan het enigszins arbitraire karakter welbekend is, geïmporteerd uit de sociale verzekeringsstelsels die aan het eind van de 19^e eeuw door Bismarck in Duitsland werden ontwikkeld⁴⁰. Deze gelijkenis met de uitkeringsverzekering voor werknemers werd expliciet bevestigd door de wetgever van 1987, die benadrukte dat hij het concept

³⁹ Voor een gedetailleerde analyse van de methode van inkomensonderzoek voor federale invaliditeitsuitkeringen, met inbegrip van het systeem van kortingen, zie D. DUMONT *et al.*, "La sélectivité des prestations : les mécanismes de cumul des allocations avec d'autres ressources financières ou une activité", *Questions transversales en matière de sécurité sociale 2* (coörd. D. Dumont), Brussel, Larcier, coll. "UB³", 2021, nr. 363 tot 389, p. 412 tot 445.

⁴⁰ J. VIAENE, "Het begrip 'verloren verdienvermogen' in het sociaal recht", *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2001, p. 323; J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap. Transversaal overzicht doorheen het Belgisch recht*, Gent, Larcier, coll. "Bibliotheek sociaal recht", 2011, p. 125; S. CLAESKENS en W. VAN DAMME, "Werkhervatting na arbeidsongeschiktheid: mogelijkheden tot re-integratie in de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen", *Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht* (dir. A. Van Regenmortel, L. De Meyer et V. Vervliet), Brugge, die Keure, coll. "Recht en sociale zekerheid", 2015, p. 279, voetnoot nr. 17, en de aangehaalde referenties.

van arbeidsongeschiktheid geleidelijk aan wilde standaardiseren.⁴¹ De wetgever verduidelijkte dat dit betekende dat, net als in de uitkeringsverzekering - de invaliditeitsverzekering in die tijd - niet het "louter fysieke capaciteit om te werken" doorslaggevend was, maar eerder "het vermogen om [in het levensonderhoud te voorzien]"⁴². Het gedekte risico is dus niet het verlies van de fysieke integriteit, maar de aannemelijkheid dat je geen betaald werk (meer) vindt. Vanuit het oogpunt van de samenhang van het systeem is deze nabijheid zinvol, aangezien de uitkeringen voor personen met een handicap de niet op premie- of bijdragebetalingen berustende aanvulling vormen op de invaliditeit (zie *hierboven*, A, 1).

In de nasleep van de goedkeuring van de wet merkten sommige commentatoren op dat er een duidelijke breuk was met de logica van het vorige systeem, dat belichaamd was in de medische handleiding en de jurisprudentie van het Hof van Cassatie, dat zijn mechanistische inslag had aangescherpt (zie *hierboven*, A, 1)⁴³. In zijn (eerste) advies over het wetsontwerp had de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap er "[akte van genomen]" dat de in het wetsontwerp voorgestelde beoordeling verschuift van schalen naar een medisch-economische beoordeling, die niet langer uitsluitend lichamelijk is"⁴⁴. In tegenstelling tot de opvatting dat invaliditeit bestaat uit een beperking die uitsluitend intern is en *in abstracto* gemeten kan worden op basis van een vast tarief, markeerde de wetgeving van 1987 een duidelijke verschuiving naar de meer economische opvatting van invaliditeit die gedeeld wordt door de andere betrokken takken van sociale zekerheid: wat nu telt is de mogelijkheid om in het levensonderhoud te voorzien door middel van werk.

Terwijl het bij beroepsrisico's de bedoeling is om de mate van invaliditeit te bepalen door een nauwkeurig percentage van ongeschiktheid vast te stellen, waarvan de hoogte van de schadevergoeding voor een arbeidsongeval of beroepsziekte afhangt, zijn uitkeringsverzekeringen en uitkeringen voor personen met een handicap gebaseerd op een binaire logica, waarbij mensen worden onderverdeeld in mensen die fit zijn en mensen die dat niet zijn, op basis van het al dan niet overschrijden van een bepaalde drempel⁴⁵. Iemand die geen verdienvermogen van ten minste een derde heeft, wordt wettelijk beschouwd als arbeidsongeschikt of invalide en krijgt op basis daarvan een arbeidsongeschiktheidsuitkering of IVT, zonder dat wordt geprobeerd de precieze omvang van de arbeidsongeschiktheid te kwantificeren, aangezien er geen barema is.

⁴¹ Wetsvoorstel tegemoetkomingen gehandicapten, rapport, *Parl. St.*, Senaat, 1986-1987, nr. 335/2, p. 19.

⁴² Wetsvoorstel tegemoetkomingen gehandicapten, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, 1985-1986, nr. 448/1, p. 4.

⁴³ L. MAROY, "Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *op. cit.*, nr. 5, p. 170 en nr. 9, p. 171. Iets later, M. DUMONT, "Les allocations aux handicapés : l'aspect médical", *op. cit.*, p. 835.

⁴⁴ Wetsontwerp tegemoetkomingen gehandicapten, rapport ten behoeve van de Commissie voor Werkgelegenheid en Sociaal Beleid, bijlage II, advies van de Nationale Hoge Raad voor Gehandicapten van 10 januari 1983 over het wetsontwerp tegemoetkomingen gehandicapten, *Parl. St.*, Kamer, 1985-1986, nr. 448/4, p. 35.

⁴⁵ Dit naast elkaar bestaan van twee verschillende benaderingen van arbeidsongeschiktheid binnen de Belgische sociale zekerheid, die elk verschillende takken omvatten, werd goed belicht en in kaart gebracht door Paul Palsterman in een verhelderende studie: P. PALSTERMAN, "L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale. Approche transversale", *Invalidité, incapacité et handicap professionnel. Analyse transversale en ONEm, AMI, accidents du travail, maladies professionnelles, droit commun et revenu garanti* (red. M. Matagne), Amay, Medialoh, 2007, p. 277.

2. ... te beoordelen aan de hand van de gedecontextualiseerde referentienorm van de "valide persoon".

Buiten dit belangrijke ontmoetingspunt zijn de sector van de uitkeringen en die van de handicaps echter niet hetzelfde wat betreft de voorwaarden waaronder ze worden toegekend. En daar beginnen de moeilijkheden. Naast het al dan niet op premie- of bijdragebetalingen berustende karakter van de twee sectoren (zie hierboven, A, 1), moeten twee belangrijke verschillen worden benadrukt.

Ten eerste, om arbeidsongeschiktheid vast te stellen, vereist een schadeverzekering, ten minste voor werknemers in loondienst, dat de vermindering van het verdienvermogen het gevolg is van een stopzetting van de activiteiten na het optreden of verergeren van letsels of functiestoornissen⁴⁶. Het is duidelijk dat de onderbreking van de activiteiten een direct gevolg moet zijn van een verslechtering van de gezondheid. Het ziekenfonds komt niet tussenbeide als blijkt dat de werkonderbreking niet het gevolg is van het optreden of verergeren van een gezondheidsprobleem, maar in feite wordt verklaard door een reeds bestaande arbeidsongeschiktheid. Dat is de hele problematiek van de "eerdere toestand"⁴⁷. De personen die vóór het begin van hun beroepsactiviteiten en het verkrijgen van de status van houder van een uitkeringsverzekering in feite al onvoldoende arbeidsgeschikt waren, worden geacht niet te voldoen aan de voorwaarden voor het toekennen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, gezien de verzekeringsaard van dergelijke uitkeringen. Daarom is een bewijs van echte integratie in de arbeidsmarkt, voordat de gezondheidsproblemen begonnen, vereist. Zeer deeltijds, kortstondig of zeer licht werk, zoals door sommige mensen met een handicap wordt verricht, wordt soms niet zozeer gezien als een bewijs dat ze in staat zijn om te werken, maar eerder als een indicatie dat ze niet in staat zijn om de arbeidsmarkt te betreden, en dus van een reeds bestaande handicap⁴⁸.

Een dergelijke vereiste is natuurlijk niet terug te vinden in de bepalingen inzake de toekenning van inkomensvervangende uitkeringen, aangezien deze grotendeels bedoeld zijn voor mensen die juist altijd al, of al lange tijd, een ernstig verminderd of onbestaand arbeidsvermogen hebben gehad als gevolg van een handicap. Bijgevolg is het niet nodig om te trachten een verslechtering van de gezondheidstoestand vast te stellen ten opzichte van een eerdere toestand, waaruit voldoende geschiktheid bleek om op lange termijn tot de arbeidsmarkt toe te treden. In tegenstelling tot de ziekenfondsuitkeringen kan de IVT heel goed worden toegekend aan een persoon die

⁴⁶ Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *B.S.*, 27 augustus 1994, art. 100, §1, al. 1. Wat het sociaal statuut van zelfstandigen betreft, koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, *B.S.*, 7 augustus 1971, art. 19, lid 1 (primaire arbeidsongeschiktheid) en art. 20 (invaliditeit), die formeel niet vereisen dat de stopzetting van de activiteit het rechtstreekse gevolg is van de aandoeningen of letsels.

⁴⁷ Zie over deze netelige kwestie, die aanleiding geeft tot veel moeilijkheden, P. PALSTERMAN, "Assurance obligatoire soins de santé et indemnités : la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés)", *Regards croisés sur la sécurité sociale, op. cit.*, p. 895 tot 909, en de studie van L. Verbruggen gepubliceerd in het *Informatieblad* van het RIZIV die daar wordt geciteerd voor een update van de jurisprudentie.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 899 en 900.

nooit een professionele activiteit heeft uitgeoefend of zelfs maar heeft kunnen uitoefenen. Dit is vaak het geval.

Hoewel de eis van een arbeidsgeschiktheid voorafgaand aan het stoppen met werken conceptueel kan worden begrepen in termen van de logica van de uitkeringsverzekering, en dus een van de scheidslijnen vormt tussen deze en de sector van de uitkeringen voor personen met een handicap, is het belangrijk om te beseffen dat de debatten over de afwezigheid van een voorafgaande aandoening in de praktijk soms echt onbeduidend kunnen zijn. Bij de beslissing van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds om een werknemer die op deze grond een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt al dan niet te vergoeden, moet namelijk een vergelijking worden gemaakt tussen de gezondheidstoestand van de verzekerde op de dag van het onderzoek - of van het deskundigenrapport, in geval van een geschil dat later voor de rechter wordt gebracht - en de gezondheidstoestand die de verzekerde verondersteld werd te hebben voordat hij met zijn werk begon. Zo'n medische vergelijking *a posteriori* brengt natuurlijk zijn deel aan onzekerheid, zo niet willekeur met zich mee, aangezien het verre van eenvoudig is om de oorspronkelijke medische situatie na de gebeurtenis te reconstrueren. Hierbij denken we met name aan psychiatrische stoornissen en de incidentie ervan, die waarschijnlijk sterk fluctueren in de tijd en niet noodzakelijk een 'aangeboren' ongeschiktheid voor werk weerspiegelen.

Ten tweede, en dit tweede verschil met uitkeringsverzekeringen is cruciaal, wordt de vermindering van het verdienvermogen in geen van beide sectoren vanuit hetzelfde referentiepunt gemeten. Hoewel beide regelingen het 66%-afkappunt met elkaar gemeen hebben, wordt het niet toegepast volgens dezelfde vergelijkingsnorm. In de sector van de uitkeringen voor werknemers wordt de mate van vermindering van het verdienvermogen beoordeeld in verhouding tot "het gebruikelijke beroep van de betrokkene" tijdens de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid⁴⁹. Het verlies wordt dus gemeten ten opzichte van andere werknemers die precies dezelfde beroepsactiviteit uitoefenden als de verzekerde voordat hij arbeidsongeschikt werd: welk loon kan de verzekerde ondanks zijn letsels nog hopen te krijgen in verhouding tot het gemiddelde inkomensniveau van zijn leeftijdsgenoten? Na zes maanden wordt het referentiepunt enigszins verruimd, maar blijft het geïndividualiseerd, in die zin dat de vermindering met ten minste twee derde dan moet worden vastgesteld ten opzichte van "wat een persoon met dezelfde aandoening en opleiding met zijn werk kan verdienen in de groep beroepen waarin de beroepsactiviteit die de betrokkene uitoefende op het moment dat hij arbeidsongeschikt werd, is ingedeeld, of in de verschillende beroepen die hij heeft uitgeoefend of had kunnen uitoefenen op grond van zijn beroepsopleiding"⁵⁰. Als de vergelijkingsnorm vanaf zes maanden aldus wordt uitgebreid tot de groep van beroepen, in het meervoud, waarin de verzekerde zich door zijn activiteit bevindt of bevond - of door zijn opleiding zou kunnen bevinden -, moet nog steeds worden geëvalueerd wat de verzekerde met zijn werk kan verdienen, rekening houdend met zijn "toestand", d.w.z. zijn persoonlijke situatie in termen van leeftijd, achtergrond, opleiding, inkomensniveau, mogelijkheid tot heroriëntering, enz. Traditioneel wordt ervan uitgegaan dat de beoordeling van het verdienvermogen gebaseerd moet zijn op de beperking dat de terugkeer van de werknemer naar de arbeidsmarkt niet mag plaatsvinden onder omstandigheden

⁴⁹ Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art. 100, § 1, al. 6.

⁵⁰ Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, art. 100, § 1, al. 1.

die kunnen leiden tot een vorm van "sociale declassering".

De regels zijn iets anders wat betreft het sociale statuut van zelfstandigen, maar ze drukken ook de noodzaak uit van een geïndividualiseerde beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Tijdens de periode van zogenaamde primaire ongeschiktheid, d.w.z. tijdens het eerste jaar van de ongeschiktheid, wordt de ongeschiktheid, die volledig moet zijn, gemeten in termen van de beroepsactiviteit die door de zelfstandige wordt uitgeoefend⁵¹. Dit betekent dat je, als gevolg van verwondingen of functionele problemen, volledig het vermogen moet hebben verloren om de taken uit te voeren die bij je vorige activiteit hoorden. Tijdens de zogenaamde invaliditeitsperiode, d.w.z. na één jaar arbeidsongeschiktheid, wordt de arbeidsongeschiktheid erkend als voortdurende arbeidsongeschiktheid wanneer de zelfstandige, naast het feit dat hij zijn activiteit heeft moeten beëindigen, niet in staat lijkt te zijn om enige andere beroepsactiviteit uit te oefenen "waarvoor hij, met name gelet op zijn toestand, gezondheidstoestand en beroepsopleiding, op billijke wijze in dienst zou kunnen worden genomen"⁵². Net als bij werknemers na zes maanden wordt de vergelijkingsnorm dus uitgebreid, in dit geval na één jaar, aangezien de arbeidsongeschiktheid niet langer uitsluitend wordt beoordeeld op basis van de taken die daadwerkelijk werden uitgevoerd vóór het begin van de arbeidsongeschiktheid, maar op basis van elke beroepsactiviteit, met dien verstande echter dat het vermogen om welke activiteit dan ook uit te voeren moet worden beoordeeld met inachtneming van de "toestand" van de zelfstandige. Op deze manier proberen we opnieuw het risico te voorkomen dat een zelfstandige met een gezondheidsprobleem wordt gedeclasseerd.

Ondanks de verschillen tussen werknemers en zelfstandigen, en tussen het begin van arbeidsongeschiktheid en het voortduren ervan - verschillen die heel wat verduidelijking zouden vergen en waarover heel wat discussie bestaat in de rechtspraak en de rechtsleer⁵³ - is er één constante: het verlies van beroepsbekwaamheid wordt in de sociale zekerheid altijd op een - min of meer - geïndividualiseerde manier gemeten. En dit is waar de uitkeringen aan personen met een handicap zich aanzienlijk onderscheiden. In de handicapsector is het criterium voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid ook vergelijkend sinds 1987, maar het is veel meer of zelfs volledig gedecontextualiseerd. Hoewel we ons eveneens bezig moeten houden met het verdienvermogen, d.w.z. het vermogen in verhouding tot de arbeidsmarkt, en niet langer met de strikt fysieke capaciteit losgekoppeld van de eigen omgeving, proberen we de mate van verdienvermogen te begrijpen door als referentiepunt het vermogen te nemen van "een" valide persoon die "een" beroep uitoefent op "de" arbeidsmarkt, d.w.z. een volledig abstract standaardmodel.

⁵¹ Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, art. 19, al. 1.

⁵² Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, art. 20, al. 1.

⁵³ Voor een overzicht, zie in het bijzonder, naast de studie aangehaald in voetnoot nr. 45, S. HOSTAUX, *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Brussel, Larcier, coll. "Droit social", 2009, p. 263 tot 276 voor het socialezekerheidsstelsel voor werknemers en p. 374 tot 378 voor het sociale statuut van zelfstandigen, en de talrijke geciteerde rechtspraak en academische referenties.

Wat betekent dat precies? Wat is bovendien een 'valide' persoon? De reglementering en de voorbereidende werkzaamheden voor de wet van 1987 verschaffen hierover niet de minste details, afgezien van de enkele vluchtige aanwijzingen die we hierboven (*supra*, 1) hebben opgemerkt en die wijzen op een verschuiving, althans in theorie, van de oorspronkelijke uitsluitend medische benadering naar een medisch-economisch perspectief. Voor het overige is er geen regelgevend kader voor het concept. Het is de moeite waard om erop te wijzen dat er niet de minste aanwijzing hiervoor is in de regelgeving - geen woord.

Ongetwijfeld om deze reden zeggen de handboeken van de sociale zekerheid, hoewel ze over het algemeen vol staan, heel weinig over de beoordeling van de verdien capaciteit in termen van IVT. Jef Van Langendonck beperkt zich zodoende tot het vrij elliptisch aanwijzen van de nabijheid tussen de 66%-drempel en de equivalente spil in de ziekteverzekering⁵⁴. Na het schetsen van de verschillen tussen de eis van een vermindering van het verdienvermogen met twee derde in IVT en het begrip arbeidsongeschiktheid dat specifiek is voor schadeverzekeringen, concludeert Jean-François Funck dat "de beoordelingscriteria tot nog toe vrij onnauwkeurig zijn"⁵⁵. Tot slot lezen we in het *Praktijkboek sociale zekerheid* als referentiepunten het volgende: "Van belang zijn de concrete mogelijkheden van de persoon om te functioneren op de algemene arbeidsmarkt, rekening houdend met zijn of haar resterende mogelijkheden en met de noodzaak aan aanpassingen aan de werkplek en/of de nood aan begeleiding en structuur. Dat een persoon werkt (al dan niet in een maatwerkbedrijf) is niet doorslaggevend om de erkenning van de vermindering van het verdienvermogen tot 1/3 of minder te weigeren"⁵⁶.

Bij gebrek aan een goed kader blijft het concept kwetsbaar om in de praktijk terug te keren naar het enge medische concept van invaliditeit, bij gebrek aan een alternatieve interpretatie. Nog in het begin van de jaren 2000 schreef een adviseur van het Ministerie van Sociale Zaken - nu de FOD Sociale Zekerheid - dat de valide persoon waaraan de vermindering van de verdien capaciteit moet worden afgemeten, moet worden opgevat in de zin van de naoorlogse Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit (OBSI), volgens welke de "valide persoon" iemand is die "zijn vermogens, zijn kracht en zijn bewegingen volledig kan coördineren en gebruiken met het oog op een activiteit" en volgens welke "het deze validiteit is die moet worden gebruikt als vergelijking om het belang te waarderen van de afbreuk die eraan kan worden gedaan door verwonding, gebrek of ziekte"⁵⁷. Om het cru te stellen: wij zijn van mening dat een dergelijke lezing volledig in strijd is met de *ratio* van de wet van 1987.

⁵⁴ J. VAN LANGENDONCK met de medewerking van F. LOUCKX, Y. JORENS en Y. STEVENS, *Handboek socialezekerheidsrecht*, op. cit., nr. 1646 en 1647, p. 488.

⁵⁵ J.-F. FUNCK, met de medewerking van L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, op. cit., nr. 658, p. 681 en 682.

⁵⁶ T. OPGENHAFFEN, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *Praktijkboek sociale zekerheid 2022. Voor de onderneming en de sociale adviseur* (red. J. Put, V. Verdeyen en Y. Stevens), Mechelen, Kluwer, 2022, nr. 1942, p. 963.

⁵⁷ P. PETRE, "La condition d'incapacité de travail en allocation de remplacement de revenus", op. cit., p. 200.

Achteraf gezien is het interessant om op te merken dat de bijzonder abstracte indicator die werd gekozen het voorwerp uitmaakte van convergerende en vrij sterke kritiek van sommige van de juridische experts en artsen die de wet bestudeerden in de nasleep van de goedkeuring ervan.

In zijn baanbrekende studie uitte Jos Huys zijn teleurstelling over de kloof tussen de algemene filosofie van de IVT en de praktische uitvoering ervan, meer bepaald tussen het feit dat de wetgever het idee van een zuiver psycho-fysieke beoordeling van de ongeschiktheid verliet en een instrument voor het meten van de ongeschiktheid goedkeurde dat hij als zeer onpraktisch beschouwde. De vergelijking door een arts tussen het residuaire verdienvermogen van de aanvrager en die van een referentiewerknemer, die al notoir ingewikkeld was in de uitkeringsverzekering, is nog ingewikkelder, benadrukte J. Huys, in het geval van personen met een handicap die heel vaak geen arbeidsverleden hebben, en die dan vergeleken moeten worden met de fictieve norm van een valide persoon ("welke? twintig of vijftig jaar oud? man of vrouw?") die een beroep uitoefent ("welk beroep? schoonmaakster of universitair docent?") op de algemene arbeidsmarkt ("welke? die van de regio of eveneens een andere?"). En de auteur concludeert, een beetje teleurgesteld, dat de verandering in de regelgeving, wat de IVT betreft, neerkomt op

"een slag in de lucht", waarbij hij erop wijst dat de aangekondigde verandering van perspectief des te waarschijnlijker theoretisch zou blijven, omdat in de praktijk de meting van de economische devaluatie die voortaan moet worden uitgevoerd, is toevertrouwd aan de artsen van het ministerie, die altijd een barometrische evaluatie hebben toegepast, d.w.z. vooraf vastgestelde percentages aan verwondingen hebben toegekend⁵⁸.

Dr. Renée Portray, oprichtster van de Association nationale d'aide aux handicapés mentaux en voormalig lid van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap, uitte eveneens haar verbijstering: "Wat ik (...) moeilijk te begrijpen en uit te leggen vind, is de manier waarop een derde van het verdienvermogen kan worden beoordeeld. Voor welk beroep? Voor welk werk? Voor welk salaris? (...) Hoe kan het worden geëvalueerd? Naar mijn mening komt dit niet overeen met iets dat precies is"⁵⁹.

In dezelfde geest vroeg Michel Dumont zich meer dan vijf jaar na de inwerkingtreding van de wet af "comment le médecin va évaluer le handicap et s'il ne va pas en fait se fonder sur un barème tel que le BOBI" (hoe de arts de invaliditeit gaat beoordelen en of hij zich niet gaat baseren op een schaal zoals de Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit)⁶⁰.

Er moet ook op worden gewezen dat de persoon met een handicap nooit de kans heeft gekregen om te vragen dat de beoordeling door een

⁵⁸ J. HUYS, "Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet?", *op. cit.*, p. 288 tot 290.

⁵⁹ R. PORTRAY, "Évaluation du handicap", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, nr. 3-4, "Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés", 1990, p. 148. Zie ook de waarnemingen op het terrein van twee leden van de Association nationale d'aide aux handicapés mentaux: C. CARDYN en E. BUYSSE, "Problèmes pratiques concernant les allocations aux personnes handicapées", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 32, nr. 3-4, "Nouvelle loi relative aux allocations aux handicapés", 1990, p. 166-167.

⁶⁰ M. DUMONT, "Les allocations aux handicapés : l'aspect médical", *op. cit.*, p. 835, voetnoot nr. 3.

multidisciplinair team zou worden uitgevoerd. Deze optie, die aanvankelijk was opgenomen in het uitvoeringsbesluit van 1987⁶¹ en waarvoor een bijkomende tussenkomst van de Koning nodig was⁶², wekte destijds veel hoop bij waarnemers. Velen van hen zagen dit als een beslissende factor om te breken met het enge medische paradigma dat de vorige wetgeving bezielde⁶³. Het aanvullende gezichtspunt van bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, verpleegkundige, ergotherapeut of psycholoog werd essentieel geacht om de beoordeling niet alleen te baseren op geïsoleerd beoordeelde functionele tekortkomingen, maar ook en vooral op de volledige omvang van de praktische gevolgen daarvan voor het economische en sociale leven van de gehandicapte persoon. De multidisciplinaire teams werden echter niet opgericht, voornamelijk om budgettaire redenen, zo lijkt het⁶⁴, voordat ze in de vergetelheid raakten.

Toen het koninklijk besluit van 2003 werd goedgekeurd, dat de toekenningsprocedure herschikte en de relevante bepalingen van de vorige teksten verving (*supra*, A, 2), werd bepaald dat de vermindering van het verdienvermogen of de autonomie wordt vastgesteld "door een aangewezen arts of door een [sic]multidisciplinair team"⁶⁵, zonder verdere specificatie. Als je de tekst leest, zou je kunnen denken dat de multidisciplinaire teams die in 1987 werden aangekondigd, zijn opgericht ... maar dat is niet het geval, door het gebrek aan concrete maatregelen op dit gebied van de minister van Sociale Zaken, die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het besluit. Als gevolg daarvan is het nog steeds alleen een arts, van de overheid of door haar aangesteld, die de schade beoordeelt. Jos Huys, die hiermee vooruitliep op de daaropvolgende *status quo* gezien de eerste politieke signalen die volgden op de goedkeuring van de wet, zei dat hij bang was voor "een nieuwe slag in het water".

⁶¹ Koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, art. 16, al. 2, opgeheven in 2003. Zie noot nr. 65.

⁶² Koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, art. 41. Daarom moest de arbeidsrechtbank van Gent in 1990 terugkomen op een arrest van de arbeidsrechtbank van Kortrijk van een jaar eerder, waarin deze rechtbank een multidisciplinair expertenpanel, bestaande uit een psychiater, een psycholoog en een sociaal verpleegkundige, had aangesteld om het verlies aan autonomie te beoordelen - met betrekking tot de integratietegemoetkoming dus: zie de niet-gepubliceerde beslissingen waarnaar wordt verwezen door G. WEGGE, "La jurisprudence néerlandophone concernant l'application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés et les arrêtés exécutions", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 34, nr. 1-2-3, 1992, p. 22 en 23. En de auteur, die een ambtenaar binnen de administratie was, besloot zijn rapport met deze verklaring: "L'expérience des procédures comparables pour l'aide d'une tierce personne montre qu'une expertise multidisciplinaire n'est pas vraiment nécessaire pour obtenir une bonne évaluation médicale" (Ervaring met vergelijkbare procedures voor hulp aan derden toont aan dat een multidisciplinaire expertise niet echt nodig is om een goede medische beoordeling te verkrijgen).

⁶³ L. MAROY, "Schade en schade-evaluatie in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *op. cit.*, nr. 14, p. 173, nr. 19, p. 174 en nr. 22, p. 175 (de auteur zag het zelfs als "de belangrijkste innovatie" van allemaal); B. VAN BUGGENHOUT, "De hervorming van de tegemoetkomingen", *op. cit.*, p. 15; J. HUYS, "Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet?", *op. cit.*, p. 291; W. VAN EECKHOUTTE, "De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *op. cit.*, p. 283. Zie C. CARDYN en E. BUYSSE, "Problèmes pratiques concernant les allocations aux personnes handicapées", *op. cit.*, p. 167. Zie echter de meer terughoudende mening van R. PORTRAY, "Évaluation du handicap", *op. cit.*, p. 151, die de nadruk legt op de kosten van een dergelijke verandering en de extra traagheid die deze waarschijnlijk met zich mee zou brengen bij de behandeling van zaken.

⁶⁴ Zie het antwoord op een parlementaire vraag van 1990 aangehaald door W. VAN EECKHOUTTE, "De nieuwe wet betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten", *op. cit.*, p. 283.

⁶⁵ Koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 10, §2, al. 1^{er}.

Hij was uitgesproken kritisch over de discrepanties tussen de ambities van de hervorming, die hij in alle opzichten deelde, en de middelen die werden ingezet om er inhoud aan te geven⁶⁶. Aangezien het oude medische model herzien moet worden, lijkt het logisch om ons af te vragen waarom de handicap nog steeds uitsluitend door artsen beoordeeld wordt⁶⁷.

3. De beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen, een zwarte doos

In die tijd was er echter enige hoop in de machtiging die aan de Koning werd gegeven om bij besluit de criteria voor de beoordeling van het verdienvermogen te specificeren⁶⁸. In de Memorie van Toelichting stond dat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid zou worden aangepast aan nieuwe concepten ter zake en ontwikkeld met de hulp van specialisten⁶⁹. Deze machtiging werd echter nooit geactiveerd, om uiteindelijk onverschillig en zonder echte uitleg te worden ingetrokken⁷⁰, toen de tekst in 2002 werd bijgewerkt door een programmawet (*supra*, A, 2).

Het lijkt er echter op dat al in het begin van de jaren negentig is begonnen met een eerste evaluatie van de wet. Een aanwijzing hiervoor is de wijziging van de wet in 1992, door middel van een wet houdende diverse bepalingen, die voorzag dat in de toekomst noch het concept van een valide persoon, noch dat van de algemene arbeidsmarkt zou worden gebruikt om het verdienvermogen te meten. In het voorbereidende werk voor de wijziging, die samenviel met de vijfde verjaardag van de wet, lasen we het volgende: "Les contacts que [la ministre de l'Intégration sociale, Laurette Onkelinx, a] eus avec les médecins chargés de l'évaluation confirment les difficultés que ceux-ci éprouvent pour interpréter des critères trop vagues" (De contacten die de minister voor Maatschappelijke Integratie, Laurette Onkelinx, had met de artsen belast met de evaluatie bevestigen de moeilijkheden die ze ervaren bij het interpreteren van de te vage criteria). De minister verwees vervolgens naar lopende besprekingen, die naar verluidt bijna waren afgerond, waarin de mogelijkheid werd onderzocht om te kiezen voor een puntensysteem, zoals in het geval van de integratietegemoetkoming, in plaats van een tweedeling tussen degenen die geschikt zijn en degenen die dat niet zijn, op basis van een vaste drempel.

⁶⁶ J. HUYS, "Wanneer komen de gehandicapten ons tegemoet?", *op. cit.*, p. 292.

⁶⁷ G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.*, p. 622. De auteur vervolgt: "Een handicap, ontstaan in de interactie tussen beperkingen en een materieel en immaterieel onaangepaste omgeving, kan minstens evengoed worden vastgesteld door maatschappelijke assistenten of ergotherapeuten".

⁶⁸ Wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, oorspronkelijk art. 9, opgeheven in 2002.

⁶⁹ Wetsvoorstel tegemoetkomingen gehandicapten, Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, 1985-1986, nr. 448/1, p. 7.

⁷⁰ Ontwerp van programmawet (I), Memorie van Toelichting, *Parl. St.*, Kamer, 2002-2003, nr. 50 2124/001, p. 95.

⁷¹ Ontwerp van wet houdende sociale en diverse bepalingen, *Parl. St.*, Senaat, 1992-1993, nr. 526/2, p. 30 en 32. Bea Van Buggenhout, die de ontwikkeling van de wetgeving waarvan zij de moeder was, op de voet is blijven volgen, vertelt met betrekking tot deze wijziging tevens het volgende: "het was de bedoeling (...) om zowel het criterium als de wijze van evalueren aan te passen aan de hand van de resultaten van een onderzoek dat aan enkele deskundigen werd opgedragen": B. VAN BUGGENHOUT,

"Wetgeving i.v.m. gehandicapten", *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1990-1996* (red. D. Simoens et J. Put), Brugge, die Keure, 1996, p. 928.

Ze gaf ook aan dat het de bedoeling was om rekening te houden met de criteria die de Wereldgezondheidsorganisatie gebruikt bij het beoordelen van handicaps⁷¹. De herziene bepaling, die had moeten worden geïmplementeerd door middel van een uitvoeringsbesluit waarin de details werden uiteengezet, is echter nooit van kracht geworden bij gebrek aan een besluit, dus uiteindelijk bleven we zitten met de oorspronkelijke tekst - en de vaagheid ervan. Er lijkt geen spoor te zijn van de inhoud van het werk dat begin jaren negentig werd verricht en dat nochtans als vergevorderd werd gepresenteerd.

Tegelijkertijd heeft drie decennia jurisprudentie weinig of geen licht geworpen op het punt in kwestie. We kennen dan ook geen enkel arrest van het Hof van Cassatie waarin het Hof een algemene benadering heeft aangegeven, misschien omdat geen enkel beroep het Hof daartoe de gelegenheid heeft geboden. In het licht van de in de literatuur vermelde vonnissen en arresten van de lagere rechtbanken blijft de valide werknemer die een beroep uitoefent op de algemene arbeidsmarkt, waaraan de waardevermindering van de beroepsbekwaamheid moet worden getoetst, een uitgesproken vluchtig personage. Uit de vele (Franstalige) uitspraken die de arbeidsrechters Michel Dumont en Nicole Malmendier⁷² in hun naslagwerk aanhalen, komt dus geen heel duidelijke les naar voren, behalve, na de vaststelling dat "de moeilijkheden bij de beoordeling (...) evident zijn"⁷³, een zeer algemene principiële oproep om het verlies aan verdienvermogen "met gezond verstand" te beoordelen⁷⁴.

De paar eerdere jurisprudentieoverzichten, waarin niet-gepubliceerde jurisprudentie wordt genoemd, en de gepubliceerde vonnissen en arresten stellen ons in staat om iets verder te gaan en een of ander punt te verduidelijken. In de eerste plaats zijn er de overzichten van uitkeringen voor gehandicapten van Gianni Loosveldt in de *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid* die elke vijf jaar verschijnen⁷⁵. We hebben ook een overzicht van de Praetoriaanse (Franstalige) productie uit de jaren 1990⁷⁶. Aan de andere kant is er niets over de kwestie die ons aanbelangt te vinden in een gelijktijdig artikel in de Nederlandstalige wereld⁷⁷, noch in een nieuwe herziening die twee decennia later, in het begin van de jaren 2020, is uitgevoerd⁷⁸. De enige andere beschikbare jurisprudentie dateert uit het begin van de jaren 1990. Ze werden opgesteld binnen de administratie zelf en weerspiegelen geen enkel besluit

⁷² M. DUMONT en N. MALMENDIER, met de medewerking van G. JACQUEMART, *Les personnes handicapées*, *op. cit.*, p. 71 tot 82.

⁷³ *Ibid.*, p. 77.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 78.

⁷⁵ G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan gehandicapten : wetgeving en rechtspraak", *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1996-2001* (red. D. Simoens en J. Put), Brugge, die Keure, 2001, p. 1088 en 1089; ID., "Personen met een handicap: federale en Vlaamse tegemoetkomingen. Wetgeving en rechtspraak", *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2001-2006* (red. J. Put, D. Simoens en E. Ankaert), Brugge, die Keure, 2006, p. 542 (niets, voor die periode, over het punt dat ons interesseert); ID., "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *Revue de droit social/Tijdschrift voor Sociaal Recht*, speciaal nr. "Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011" (red. J. Put en V. Verdeyen), 2011, p. 708; ID., "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.*, p. 624 en 625.

⁷⁶ M. DUMONT, "Chronique de jurisprudence : les allocations aux handicapés. Évolution de la jurisprudence des dernières années et modifications récentes de la loi ainsi que des arrêtés d'exécution", *Chron. D.S.*, 2001, p. 288.

⁷⁷ J. MAES, "Recente rechtspraak betreffende gehandicapten", *R.W.*, 2000-2001, p. 713-719.

⁷⁸ J. BARTHOLOME, "Quelques points d'attention relatifs à la réglementation des allocations aux personnes handicapées", *op. cit.*

met betrekking tot het concept en de beoordeling van handicaps⁷⁹. Wat betreft de jurisprudentie die kan worden geraadpleegd, hebben de beslissingen over inkomensvervangende tegemoetkomingen die in de herzieningen zijn gepubliceerd - dat wil zeggen de beslissingen die in principe zijn geselecteerd vanwege hun belang - vaak betrekking op de methode voor het boeken van eigen middelen, met name het referentiejaar, het in aanmerking nemen van kapitaal dat voortvloeit uit het verkrijgen van schadevergoeding en het systeem van vrijstellingen. We hebben echter een handvol vonnissen en arresten kunnen vinden die specifiek betrekking hebben op de kwestie van het verdienvermogen⁸⁰. De (Franstalige) database Terra Laboris bevat tien besluiten⁸¹ over dezelfde kwestie. Het intranet van DG Personen met een handicap, dat toegankelijk is voor personeelsleden die verantwoordelijk zijn voor beoordelingen, belicht er drie⁸². Juportal, de databank van de rechterlijke macht, bevat geen relevante beslissingen voor ons⁸³.

Tot slot hebben we uit de 259 niet-geklasseerde documenten die we van de administratie hebben ontvangen 147 rechterlijke uitspraken kunnen halen, allemaal uit 2021, die rechtstreeks betrekking hebben op de beoordeling

⁷⁹ G. WEGGE, "La jurisprudence néerlandophone concernant l'application de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés et les arrêtés d'exécution", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 34, nr. 1-2-3, 1992, p. 3-33 en J. RAIHER, "Aperçu de la jurisprudence francophone de [sic] la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 36, nr. 2, 1994, p. 537-581 (hier lezen we op p. 579: "Les recours médicaux n'ont pas retenu mon attention ; ils présentent peu d'intérêt d'un point de vue juridique").

⁸⁰ De zoekopdracht werd uitgevoerd met behulp van de zoekmachine Jura, die informatie opleverde over iets meer dan 120 gepubliceerde rechterlijke uitspraken met betrekking tot IVT's, van 1990 tot 2022. De voor ons relevante beslissingen zijn: Arbh. Antwerpen (6^e kamer), 23 februari 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, noot D. PLAS; Arbh. Antwerpen (6^e kamer), 25 maart 1998, *Chron. D.S.*, 2003, p. 288; Arbh. Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39; Arbh. Brussel (6^e kamer), 3 december 2012, *Chron. D.S.*, 2014, p. 481 (samenvatting); Arbr. Gent, afdeling Kortrijk (5^e kamer), 3 juni 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260.

⁸¹ www.terralaboris.be/spip.php?rubrique2440 (hierna "Terra Laboris" genoemd om de herkomst aan te geven): Arbr. Brussel (18^e kamer), 26 november 2008, S.F. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 5370/06; Arbh. Luik, afdeling Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, D.J. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 36.489/2009; Arbh. Brussel (6^e kamer), 5 mei 2014, C.N. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2013/AB/566; Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 18 december 2015, X. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 14/2087/A; Fr. Arbr. Brussel (9^e kamer), 11 februari 2016, X. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 11/15709/A; Fr. Arbr. Henegouwen, afdeling Charleroi (8^e kamer), 27 juni 2017, M. tgov. FOD Sociale Zekerheid,

R.G. nr. 13/4509/A; Arbh. Brussel (6^e kamer), 11 juli 2017, M.W. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2017/AB/352; Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 28 maart 2018, V.D. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 17/6903/A; Arbr. Henegouwen, afdeling La Louvière (8^e kamer), 18 mei 2018, L. tgov. FOD Sociale Zekerheid,

R.G. nr. 13/3558/A; Arbr. Luik, afdeling Namen (5^e kamer), 4 juni 2018, B.C. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/1238/A.

⁸² <http://wikihand.wikidot.com/fr:textes-juridiques> (hierna "Wiki Hand" genoemd om de herkomst aan te geven): Arbr. Brussel (6^e kamer), 8 januari 2018, S.J. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2016/AB/1021; Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 30 mei 2018, F.A. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/9520/A; Arbr. Luik, afdeling Namen (5^e kamer), 4 juni 2018, B.C. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/1238/A.

⁸³ <https://juportal.be>.

van het verdienvermogen⁸⁴. Dit aantal omvat niet de talrijke gevallen waarin de rechtbank enerzijds eenvoudigweg een gerechtelijk deskundige benoemt, of anderzijds een berekening van het bedrag van de vergoeding aanvaardt die door de administratie wordt voorgesteld, na de goedkeuring van een deskundigenverslag dat gunstig is voor de eiser. Ter referentie: in datzelfde jaar werden 2005 vonnissen en 118 arresten geveld na het instellen van beroep tegen een beslissing van de DG Personen met een handicap, alle zaken samen - d.w.z. IVT en IT, maar ook parkeerkaarten en diverse sociale en fiscale voordelen⁸⁵. Het onderzochte *corpus* omvat een grote meerderheid van vonnissen in eerste aanleg, maar telt ook 6 arresten in hoger beroep. Geografisch gezien zijn de geselecteerde beslissingen afkomstig van alle zetels in het land, met uitzondering van die in Waals-Brabant en Eupen. Hoewel niet alle afdelingen in elke gemeente systematisch vertegenwoordigd zijn, lijkt de steekproef toch voldoende divers wat betreft herkomst en taalrol. In de meeste gevallen bevat de beslissing geen inhoudelijke informatie, voor zover deze beperkt blijft tot een beknopte bekrachtiging van een eerder door de rechtbank ter verduidelijking gevraagd deskundigenrapport, zonder dat er iets wordt gezegd over de context of de inhoud van het rapport, zodat er niets uit kan worden afgeleid. De leerzame beslissingen zijn die waarin uittreksels uit het deskundigenrapport worden overgenomen, gevolgd door een bespreking. In onze steekproef waren er 44 van dergelijke beslissingen - en de meerderheid kwam van de Arbeidsrechtbank van Antwerpen, waarvan de uitspraken gedetailleerder zijn dan de andere.

Tevens dient opgemerkt dat de arbeidsrechtbanken in het algemeen in ongeveer één geschil op twee tegen de DG Personen met een handicap⁸⁶ de sociaal verzekerde in het gelijk stellen. In de uitspraken van 2005 die in 2021 werden gedaan, werden, voor alle gronden samen, 1.004 beroepen gegrond verklaard, resulterend in een veroordeling van de DG⁸⁷, d.w.z. in iets meer dan 50% van de gevallen. Dit is een "succespercentage" dat, onder voorbehoud van verder vergelijkend onderzoek, *a priori* bijzonder hoog lijkt te zijn in het socialezekerheidslandschap.

In het licht van al dit praetoriaanse materiaal duiken er regelmatig een beperkt aantal vragen op. Opvallend is dat ze in min of meer dezelfde zin worden beantwoord.

De meest terugkerende vraag in onze steekproef is of het vermogen om in het levensonderhoud te voorzien door middel van werk, en dus de aanwezigheid van een toereikend verdienvermogen, blijkt uit de vroegere of huidige uitoefening van een bepaalde beroepsactiviteit, meestal deeltijds of in de context van een aangepaste job. De samengestelde jurisprudentie is consequent van mening dat dit een aanwijzing kan zijn, maar in geen geval is het op zichzelf voldoende om een afwijzing van de

⁸⁴ Het ontvangen ruwe materiaal bevatte ook brieven van advocaten, beslissingen die uitsluitend handelen over de beoordeling van het verlies van autonomie in het geval van een integratietegemoetkoming, enkele uitspraken met betrekking tot de nationaliteitscriteria op basis waarvan de persoonlijke werkingssfeer van de tegemoetkomingen voor gehandicapten wordt afgebakend, andere met betrekking tot de bepaling van de gezinscategorie op basis waarvan het bedrag van de tegemoetkomingen wordt vastgesteld, nog andere waarin wordt opgemerkt dat de vordering zonder voorwerp is geworden of waarin wordt opgemerkt dat de eiser wenst af te zien van de tegemoetkoming, evenals dubbele veroordelingen. Rechterlijke beslissingen die rechtstreeks van de administratie ontvangen werden, worden hierna aangeduid met "DG Han" om hun oorsprong aan te geven.

⁸⁵ Informatie verstrekt door de heer Luc Blomme, hoofd statistiekbeheer bij de DG Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid, in een e-mail van 1 december 2022.

⁸⁶ F. FALEZ, "Une approche nouvelle des situations de handicap et de leurs implications en évaluation

pour l'expert médical", *Chron. D.S.*, 2019, p. 105, gebaseerd op gegevens voor 2016.
⁸⁷ Informatie verstrekt door Luc Blomme in een e-mail van 1 december 2022.

aanvraag te rechtvaardigen⁸⁸. Het is belangrijk om in gedachten te houden dat zelfs als mensen met een handicap werken, hun kansen op de arbeidsmarkt waarschijnlijk ernstig beperkt zijn. In tegenstelling tot de regels die gelden voor de uitkeringsverzekering voor werknemers, bevat de definitie van ongeschiktheid die specifiek is voor de IVT verder geen vereiste om de activiteit te staken. Bovendien wordt het effect van de aanwezigheid van een beroepsinkomen, of dit nu lager of hoger is, geregeld door de bepalingen over het in aanmerking nemen van middelen - d.w.z. het algemene principe van niet-cumulatie en het afwijkende systeem van vrijstellingen. Bijgevolg mag de aanwezigheid van een inkomen geen invloed hebben op de beoordeling van de invaliditeit. G. Loosveldt onderschrijft deze oplossing: "Uit de Wet '87 ondubbelzinnig volgt dat het uitoefenen van een professionele activiteit nooit kan volstaan om een aanvraag om een IVT te verwerpen"⁸⁹.

En wat gebeurt er als de persoon in kwestie nooit heeft gewerkt? Is dit voldoende om een gebrek aan verdienvermogen vast te stellen? Dit is een serieuze indicatie, maar het is wederom niet genoeg op zichzelf, om dezelfde redenen. Het is dus denkbaar dat de eiser niet werkt maar toch niet in aanmerking komt voor de IVT⁹⁰. Voordat er zo'n beslissing genomen wordt, moet er echter een voorstelling gemaakt worden van alle inspanningen en vaardigheden die bij productief werk komen kijken⁹¹. Zo is het bijvoorbeeld niet voldoende om op te merken dat iemand helpt bij het schoonmaken van het huis waar hij woont om daaruit af te leiden dat hij schoonmaker zou kunnen zijn: om een beroep uit te oefenen, en daarvoor effectief naar werk te zoeken, moet men stappen kunnen zetten, zich kunnen verplaatsen, over bepaalde organisatorische vaardigheden beschikken, weten hoe men met collega's en klanten moet omgaan, een bepaald "rendement" behalen, enz.⁹². Op dezelfde manier kan de arts niet aanvaarden dat er aanzienlijke doofheidsproblemen zijn, die leiden tot de noodzaak om aan beide zijden hoortoestellen te dragen, die echter alleen interactie face-to-face en niet in een groep mogelijk maken, en het vermogen om Nederlands te leren aanzienlijk belemmeren, terwijl hij van mening is dat de

⁸⁸ Arbr. Antwerpen (6^e kamer), 25 maart 1998, *Chron. D.S.*, 2003, p. 288; Arbr. Gent, 22 september 2009, R.G. nr. 00/177239/A, onuitgegeven, geciteerd door G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.* (2006-2011), p. 708; Arbr. Brussel (6^e kamer), 3 december 2012, *Chron. D.S.*, 2014,

p. 481 (samenvatting); Arbr. Gent, afdeling Kortrijk (5^e kamer), 3 juni 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260; Arbr. Brussel (6^e kamer), 11 juli 2017, M.W. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2017/AB/352, Terra Laboris; Arbr. Henegouwen, afdeling La Louvière (8^e kamer), 18 mei 2018, L. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 13/3558/A, Terra Laboris; Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 30 mei 2018, F.A. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/9520/A, Wiki Hand; Arbr. Luik, afdeling Namen (5^e kamer), 4 juni 2018, B.C. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/1238/A, Wiki Hand; Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 17 februari 2021, N.Q. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/1464/A, DG Han (in deze zaak merkte de rechtbank op dat de geneesheer-inspecteur van de DG Personen met een handicap aanvankelijk een negatieve beoordeling had gemaakt, gemotiveerd door de overweging "werkt meer dan 1/3", maar zonder zichzelf uit te spreken over deze motivering, omwille van een nieuwe beslissing die nadien door de administratie werd genomen).

⁸⁹ G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.* (2011-2016), p. 624.

⁹⁰ Arbr. Charleroi (8^e kamer), 10 mei 2011, R.G. nr. 08/5249/A, onuitgegeven, geciteerd door G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.* (2011-2016), p. 624; we hebben dit vonnis niet zelf kunnen raadplegen.

⁹¹ Arbh. Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39.

⁹² Arbh. Brussel (6^e kamer), 8 januari 2018, S.J. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2016/AB/1021, Wiki Hand.

belemmering die wordt ondervonden "cultureel" en "sociaal-familiaal" is, zodat de persoon, ondanks deze verminderde vermogens, in staat zou moeten zijn om in het huishouden te werken, te tuinieren, te koken of voor kinderen te zorgen: door de moeilijkheid om effectief met elkaar om te gaan en het gebrek aan opleiding is de praktische mogelijkheid van de persoon om een baan te vinden minimaal⁹³. In dezelfde lijn is het niet consequent om de aanwezigheid van zeer ernstige psychiatrische problemen toe te geven, waardoor het "moeilijk en zelfs praktisch onmogelijk" is om zelfstandig een baan te vinden, alvorens te overwegen dat de betrokkene een "nieuwe kans" moet krijgen en dat het desondanks mogelijk moet zijn om hem of haar met geïndividualiseerde begeleiding weer aan het werk te krijgen⁹⁴. De geneesheer van de administratie kan dus niet zomaar oordelen dat een baan *in abstracto* mogelijk lijkt. Hij moet zich afvragen of een lucratieve activiteit echt mogelijk en realistisch is voor de persoon in kwestie.

Als we dit proberen te theoretiseren, is het niet het al dan niet werken op een bepaald moment dat op zich doorslaggevend is om in aanmerking te komen, maar de aanwezigheid - of afwezigheid - van een algemeen vermogen om in het levensonderhoud te voorzien door middel van een beroepsactiviteit. Bijgevolg is er reden om vast te houden aan de benadering waarbij, vaak op tegengestelde wijze, wordt nagegaan of de betrokken persoon, gelet op zijn of haar handicap, daadwerkelijk in staat is om een beroepsactiviteit uit te oefenen waarvoor geen specifieke kwalificatie of speciale accommodatie vereist is⁹⁵. Dit is een meer gedecontextualiseerd, en dus strenger, criterium dan dat van de uitkeringsverzekering⁹⁶. De arbeidsrechtbanken lijken er echter op aan te dringen dat dit vermogen niet op een totaal ongenuanceerde manier wordt beoordeeld, door de weigering van een IVT nietig te verklaren voor personen wier gezondheidstoestand en levenssituatie aangeven dat toegang tot de arbeidsmarkt voor hen illusoir is of is geworden⁹⁷ - waarmee

⁹³ Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 2 juni 2021, H.Z. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1898/A, DG Han.

⁹⁴ Arbr. Gent, afdeling Aalst (5^e kamer), 13 juli 2021, G.D.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/895/A, DG Han, hier betreffende een gerechtelijk expertiseverslag.

⁹⁵ Arbh. Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39, in het bijzonder voetnoot nr. 5.

⁹⁶ Arbr. Antwerpen (6^e kamer), 23 februari 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, noot D. PLAS; Fr. Arbh. Brussel (9^e kamer), 11 februari 2016, X. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 11/15709/A, Terra Laboris, waar een eerdere erkenning van een verdienonvermogen in de zin van de IVT "de zaak dient" van de sociaal verzekerde die toegang tot de uitkeringsverzekering wenst, door middel van een '*a fortiori*'-redenering ("Als mevrouw wordt erkend als arbeidsongeschikt voor alle beroepen op de arbeidsmarkt, is zij noodzakelijkerwijs ook arbeidsongeschikt voor de beperktere groep die wordt gevormd door alle beroepen die toegankelijk zijn op grond van haar opleiding of beroepservaring").

⁹⁷ Arbr. Brussel (18^e kamer), 26 november 2008, S.F. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 5370/06, Terra Laboris; Arbr. Henegouwen, afdeling Charleroi (8^e kamer), 27 juni 2017, M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 13/4509/A, Terra Laboris. In het eerste vonnis dat gepubliceerd werd over de beoordeling van het verdienvermogen, bevestigde het Arbeidshof van Antwerpen een veroordeling van de eiser, nadat het het verschil benadrukte tussen de referentienormen die gebruikt worden in de handicapsector en de uitkeringssector, maar niet zonder het volgende te benadrukken: "dat wil evenwel niet zeggen dat (...) een gehandicapte zou mogen gerefereerd worden naar een of ander beroep dat in zijn situatie niet passend zou moeten voorkomen.) een gehandicapte zou mogen gerefereerd worden naar een of ander beroep dat in zijn situatie niet passend zou moeten voorkomen. Het moet gaan om een beroep dat, rekening gehouden met de handicap en de economische werkelijkheid, open zou kunnen staan voor de gehandicapte": Arbh. Antwerpen (6^e kamer), 23 februari 1994, *Chron. D.S.*, 1995, p. 182, noot D. PLAS. Ter ondersteuning van deze lijn, M. DUMONT, "Chronique de jurisprudence : les allocations aux handicapés. Évolution de la jurisprudence des dernières années et modifications récentes de la loi ainsi que des arrêtés d'exécution", *op. cit.*, p. 288.

overigens de grens tussen de twee kanten van sociale bescherming tegen het risico van arbeidsongeschiktheid, de bijstandskant en de verzekeringskant, vervaagt. Lijkt toegang tot de arbeidsmarkt geloofwaardig voor de persoon in kwestie, gezien zijn of haar specifieke kenmerken? Aan de negatieve kant moet men, zou men kunnen zeggen, niet helemaal maar wel voor een groot deel worden verhinderd om betaald werk te doen, en dit met het oog op de eigen medisch-economische positie.

Bovendien hebben rechters soms benadrukt dat de administratie geen uitkeringen mag weigeren op grond van het feit dat de persoon in kwestie "afhankelijk dreigt te worden". Een preventieve weigering op basis van deze morele overweging voegt aan de wettekst een vereiste toe die er niet in staat. Zo moest de arbeidsrechtbank van Gent een rapport nietig verklaren waarin de deskundige had verklaard dat "een erkenning als arbeidsongeschikte persoon zeker niet de beste oplossing zou zijn" en dit "een veroordeling (...) tot een levenslange afhankelijkheid van een uitkering" zou betekenen, alvorens vanuit een medisch-economische invalshoek, die van de regelgeving, een afwezigheid van verdienvermogen vast te stellen⁹⁸. In een op zichzelf staand geval, maar in hoger beroep, lijkt een rechtbank echter in de tegenovergestelde richting te hebben beslist. Het Arbeidshof van Antwerpen bevestigde namelijk een vonnis dat een negatief expertiserapport voor de eiser had bevestigd, met dien verstande dat dit rapport de vermelde gezondheidsproblemen toeschreef aan een "passieve levensstijl" en het niet opvolgen van het advies van de behandelende artsen om fysiek actiever te zijn⁹⁹. Dit rapport was, althans gelet op wat erin stond, juridisch kwetsbaar, voor zover het ook vaststelde dat de sociaal verzekerde in slechte fysieke conditie verkeerde, en met name leed aan aanzienlijke rug- en schouderpijnen. Op zijn minst was de discussie (te) weinig gericht op het al dan niet beschikken over een verdienvermogen.

Op dezelfde manier kan de IVT niet geweigerd worden aan iemand die een studie of opleiding volgt of van plan is te volgen, op grond van het feit dat deze studie of opleiding beroepsperspectieven zal openen¹⁰⁰. Nogmaals, belangrijk is of er al dan niet voldoende verdienvermogen is op het moment van de uitkeringsaanvraag, niet het vermogen dat eventueel zou kunnen ontstaan op het einde van het huidige of geplande onderwijsprogramma.

Tot slot duikt in bepaalde vonnissen nog steeds een vraag op van procedurele aard, die voor ons meer perifeer is maar niettemin van groot praktisch belang: is het mogelijk om een IVT toe te kennen voor een beperkte periode? De administratie lijkt van mening te zijn dat de geldigheidsduur van de medische beslissing altijd *ex ante* in de tijd kan worden beperkt, zodat de uitkering vanaf het begin voor een beperkte periode wordt toegekend. Het koninklijk besluit van 2003 dat de procedure voor de toekenning van uitkeringen aan personen met een handicap regelt, biedt echter geen duidelijke rechtsgrondslag voor deze praktijk. Natuurlijk is het altijd mogelijk

⁹⁸ Arbr. Gent, afdeling Kortrijk (5^e kamer), 3 juni 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260.

⁹⁹ Arbh. Antwerpen, afdeling Antwerpen (6^e kamer), 9 november 2021, G.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2021/AA/61.

¹⁰⁰ Arbh. Luik (3^e kamer), 31 maart 2014, R.G. nr. 2014/AL/56, onuitgegeven, geciteerd door G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap », *op. cit.* (2011-2016), p. 624; we hebben dit arrest niet zelf kunnen raadplegen.

om het recht op een uitkering te herzien, vooral als de begunstigde niet langer voldoet aan de voorwaarde van een verminderd verdienvermogen¹⁰¹, maar daarvoor moet de administratie een herzieningsproces opstarten en een nieuw onderzoek uitvoeren. In dit verband toont de jurisprudentie verschillende gevallen waarin de rechter een verzoek van de arts van de DG Personen met een handicap om een tijdslimiet te stellen aan de toekenning van de IVT, of waarin dit voorgesteld werd door de juridisch deskundige, afwees en benadrukte dat het aan de administratie is om te zijner tijd een nieuwe beoordeling uit te voeren als zij elementen heeft die haar doen geloven dat de ontvanger niet langer aan de voorwaarden zou kunnen voldoen¹⁰².

Buiten deze paar referentiepunten blijft de vaagheid bestaan. Simpel gezegd is het alsof de jurisprudentie helpt bij het definiëren van de manier waarop ongeschiktheid *niet* kan worden vastgesteld, terwijl de 'positieve' gebruiksinstructies veel ongrijpbaarder blijven. Dit komt omdat, afgezien van wat zojuist is gezegd, vonnissen over het algemeen niet veel meer bevatten dan juridische bekrachtigingen van het rapport van de benoemde deskundige. Er wordt over het algemeen weinig gezegd over de inhoud van het rapport, behalve dat de rechter het "duidelijk en goed gemotiveerd" vindt of dat "De beoordelingen van de deskundige redelijk en goed onderbouwd lijken", om de canonieke formules te gebruiken, zodat de rechter geen reden ziet om deze in twijfel te trekken. Aan de andere kant wordt het rapport verworpen, en dit is niet slechts een schoolvoorbeeld, wanneer het aantoont dat de deskundige het toepasselijke juridische begrip van ongeschiktheid verkeerd begrijpt¹⁰³. De rechter zal dan uitspraak doen op basis van de medische documentatie die door de partijen is verstrekt als deze documentatie voldoende consistent lijkt om tot een beslissing te kunnen komen; of hij zal een nieuw deskundigenonderzoek gelasten. Zoals Paul Palsterman in zeer algemene bewoordingen heeft opgemerkt, is de logica van de beoordelingen van de sociale zekerheid over het algemeen begrijpelijk voor leken als het gaat om bijstand door derden of verlies van autonomie, maar "hetzelfde kan niet worden gezegd van arbeidsongeschiktheid, waar de beoordeling

¹⁰¹Koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 23, §1, 6°. Zie ook 5° van dezelfde bepaling, betreffende de mogelijkheid van herziening wanneer een beslissing is genomen "op basis van voorlopige of zich ontwikkelende elementen".

¹⁰²Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 21 april 2021, Y.W. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/87/A, DG Han; Arbr. Henegouwen, afdeling Charleroi (8^e kamer), 1 juni 2021, L.P. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/2090/A, DG Han; Arbr. Leuven (5^e kamer), 6 juli 2021, E.B. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 2021/2274, DG Han. In slechts één zaak in onze steekproef werd het verzoek om een termijn door de rechtbank bekrachtigd, maar zonder discussie: Arbr. Gent, afdeling Oudenaarde (5^e kamer), 28 januari 2021, I.I. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 18/363/A, DG Han.

¹⁰³Arbr. Brussel (18^e kamer), 26 november 2008, S.F. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 5370/06, Terra Laboris; Arbh. Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, *J.T.T.*, 2010, p. 39; Arbh. Brussel (6^e kamer), 3 december 2012, *Chron. D.S.*, 2014, p. 481 (samenvatting); Arbr. Gent, afdeling Kortrijk (5^e kamer), 3 juni 2016, *Chron. D.S.*, 2016, p. 260; Arbr. Henegouwen, afdeling La Louvière (8^e kamer), 18 mei 2018, L. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 13/3558/A, Terra Laboris; Arbr. Luik, afdeling Namen (5^e kamer), 4 juni 2018, B.C. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/1238/A, Wiki Hand en Terra Laboris; Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 16 juni 2021, N.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/2622/A, DG Han; Arbr. Gent, afdeling Aalst (5^e kamer), 13 juli 2021, G.D.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/895/A, DG Han. In één geval werd het rapport afgewezen, impliciet althans, niet om een juridische reden, maar omdat de deskundige zich had geconcentreerd op de fysieke pijn en geen rekening had gehouden met de problemen van psychiatrische aard: Arbh. Luik, afdeling Luik (3^e kamer), 12 oktober 2009, D.J. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 36.489/2009, Terra Laboris.

vaker wel dan niet volledig wordt uitbesteed aan deskundigen", die hun oordeel moeten geven op basis van variabelen die nooit zijn vastgelegd door de wetgever¹⁰⁴.

Wanneer het deskundigenverslag wordt bekrachtigd en uittreksels uit de inhoud ervan worden gereproduceerd, zijn we vaak verbaasd over het verschil tussen de beoordeling van de geneesheer van de DG Personen met een handicap die tot de negatieve beslissing leidde die voor de rechtbank werd aangevochten en die van de geneesheer die werd aangesteld als gerechtelijk deskundige om de rechtbank die het geschil behandelt te informeren. Uitspraken in deze trant suggereren vaak dat de medische en economische problemen van de persoon wiens aanvraag voor een inkomensvervangende tegemoetkoming werd afgewezen, belangrijk zijn¹⁰⁵.

¹⁰⁴ P. PALSTERMAN, "Sortir de la boîte noire des expertises. Quelques réflexions sur les évaluations médicales dans le domaine de la sécurité sociale", *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2020, nr. 1, p. 4.

¹⁰⁵ Onder andere mogelijke voorbeelden - allemaal van (de tiende kamer van) de Arbeidsrechtbank Antwerpen, om de hierboven gegeven reden: Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 6 januari 2021, O.B. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1779/A, DG Han (50-jarige man die tien jaar eerder in België aankwam, slachtoffer van mishandeling tijdens zijn jeugd in Oekraïne, leeft op straat sinds gezinsbreuk, veelvuldige maagproblemen, posttraumatische stress); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 6 januari 2021, K.K. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1732/A, DG Han (vijftigjarige man van Iraakse origine, zes maanden lang gemarteld in zijn land van herkomst omdat hij auto's zou hebben opgeblazen voordat de aanklacht werd ingetrokken, aanzienlijke naweeën); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), Z.A. tgov. FOD Sociale Zekerheid, 6 januari 2021, R.G. nr. 19/319/A, DG Han (chronische pijn over het hele lichaam, dag en nacht, concentratieproblemen, frequente duizeligheid, dagelijkse medicatie voor epilepsie, gebruik van hormonen voor de behandeling van borstkanker); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 6 januari 2021, J.D.S. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/3235/A, DG Han (jongere van 21 jaar, autistische ouders gescheiden, chaotische schoolloopbaan, vermijdings- en terugtrekkingsgedrag, gameverslaving); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 13 januari 2021, M.E.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/3312/A, DG Han (veertigjarige man waarschijnlijk lijdend aan schizofrene paranoia, zwaar verwaarloosd tijdens zijn jeugd en opgegroeid in een gewelddadige omgeving, vader van 5 kinderen zonder erkenning van vaderschap, psychiatrische stoornissen); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 3 februari 2021, Z.A.H. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/2776/A, DG Han (persoon van Syrische origine in de dertig sinds drie jaar in België, verloor 2 van zijn 5 kinderen tijdens de oorlog, zeer zwaar rouwproces leidend tot aanzienlijke somatisatie, mislukte operatie om rugpijn te behandelen, elektrische stoel en krukken); Arbr. Antwerpen, Afdeling Antwerpen (10^e kamer), 17 februari 2021, K.A. tegen SPF Sécurité sociale, R.G. nr. 20/1/A, DG Han (veertiger ernstig mishandeld door haar moeder tijdens haar kinderjaren, vader overleden toen ze 14 was, broer vermoord om politieke redenen, asiel gekregen in België na te hebben moeten vluchten, vier jaar moeten wachten vooraleer ze haar 4 kinderen kon meebrengen, rugpijn, verminderd gezichtsvermogen, astma, artrose in nek en schouders, posttraumatische stress, slaapstoornissen, blijvende angst); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 21 april 2021, T.T. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/1016/A, DG Han (persoon van Marokkaanse origine in de vijftig, aangekomen in België begin jaren 2000 om te trouwen, diverse orthopedische problemen, lage bloeddruk, slaapstoornissen, analfabeet, slechte communicatieve vaardigheden); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 2 juni 2021, B.A. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/299/A, DG Han (obesitas, hyperglykemie, mogelijk lijdend aan ziekte van Crohn, diarree tot zes à zeven keer per dag, depressieve houding); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 16 juni 2021, Z.M. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/333/A, DG Han (degeneratieve polyarthritis, overgewicht, gevorderde leeftijd, zeer slechte kennis Nederlands); Arbr. Antwerpen, Divisie Antwerpen (10^e kamer), 13 juli 2021, A.D. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 20/333/A, DG Han (slachtoffer van een slag op het hoofd op het werk, vervolgens van een verdwaalde kogel, begin van prostaatkanker, persoon getraumatiseerd door de opeenvolging van deze gebeurtenissen); Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 29 september 2021, C.I./FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1884/A, DG Han (persoon seksueel misbruikt door een oom tussen 6 en 13 jaar met medeweten van zijn ouders, door hen belet om naar school te gaan, mislukking van zijn twee huwelijken, slachtoffer van echtelijk geweld, nog steeds lastiggevallen door haar tweede ex-echtgenoot en een van haar kinderen, zeer geïsoleerd, fibromyalgie, artrose, paniekaanvallen, dwangmatige angsten); Arbr. Antwerpen, Afdeling Antwerpen (10^e kamer), 27 oktober 2021, H.W.O. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1383/A, DG Han (Iraakse vluchteling die zijn land heeft moeten ontvluchten, nieuw trauma door de dood in België van een van zijn kinderen in verdachte omstandigheden, depressie, ernstige psychiatrische problemen).

In al deze gevallen vragen wij ons af, zonder een antwoord op deze vraag te kunnen vinden, welke feitelijke of juridische elementen de geneesheer van de administratie, of de door de administratie aangewezen geneesheer, ertoe hebben gebracht om te oordelen dat het verdienvermogen niet voldoende was aangetast. De verwarring wordt nog vergroot door het feit dat de sociaal verzekerde heel vaak de IVT en de IT gezamenlijk aanvraagt en dat de bekrachtigingen van het deskundigenrapport soms gepaard gaan met bijzonder grote "sprongen" in het aantal verloren autonomiepunten dat wordt toegekend onder de tweede van de twee vergoedingen. Als gevolg daarvan springen sommige sociaal verzekerden van minder dan 7 punten, zijnde de drempel voor het ontvangen van een integratietegemoetkoming, naar 12, 13 of zelfs 14 punten - op een schaal die, zoals we weten, loopt van 0 tot 18. Dergelijke sprongen roepen veel vragen op in het licht van de criteria die zijn vastgelegd in de regelgeving: hoe kunnen twee geneesheren zulke uiteenlopende beoordelingen maken?

Kortom, behalve misschien voor degenen die het dagelijks beoefenen, blijft de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen een echte black box. Gianni Loosveldt, die het onderwerp al meer dan twee decennia op de voet volgt, merkt nuchter op: "Het is niet eenvoudig om een goed beeld te krijgen van de toepassing van deze norm"¹⁰⁶. Dit punt werd reeds aangehaald tijdens de raadpleging van talrijke actoren op het terrein begin 2010, bij de start van de afgebroken werkzaamheden om de wetgeving volledig te herzien (*supra*, A, 2): "Wordt de Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit (OBSI) nog steeds impliciet toegepast? Zo niet, welk hulpmiddel wordt dan gebruikt? De DG [Personen met een handicap] is op dit gebied bijzonder ondoorzichtig"¹⁰⁷.

Wat met name de administratieve praktijken betreft, is er nog steeds heel weinig informatie beschikbaar, wat enigszins verbijsterend is. In zijn boek over arbeidsongeschiktheid geeft dokter Matthys aan dat de erkenning van minstens 9 punten verminderde autonomie in termen van integratietegemoetkoming automatisch zou leiden tot de vaststelling van een vermindering van het verdienvermogen met twee derde in de zin van de voorwaarden voor de toekenning van een inkomensvervangende tegemoetkoming¹⁰⁸. Met andere woorden, de toekenning van een IT van categorie 2 zou automatisch recht geven op de gezamenlijke toekenning van de IVT. Hierbij dient opgemerkt dat deze administratieve praktijk, indien bevestigd, geen basis vindt in de teksten. Integendeel, het lijkt net merkwaardig gezien de duidelijke scheiding waartoe in 1987 is besloten tussen de respectieve doeleinden van en voorwaarden voor de toekenning van elk van beide toelagen. Nog vreemder is

¹⁰⁶ G. LOOSVELDT, "Tegemoetkomingen aan personen met een handicap", *op. cit.* (2011-2016), p. 624.

¹⁰⁷ Staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen en Personen met een Handicap, "Synthèse des contributions récoltées dans le cadre de la consultation publique sur la législation relative aux allocations aux personnes handicapées", *op. cit.*, p. 39. Onze steekproef bevat een geval waarin de geneesheer van de DG Personen met een handicap naar de Belgische Schaal ter bepaling van de graad van Invaliditeit gegrepen lijkt te hebben om zijn beoordeling te verdedigen tegenover de gerechtelijk deskundige: Arbr. Antwerpen, afdeling Antwerpen (10^e kamer), 2 juni 2021, H.Z. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 19/1898/A, DG Han.

¹⁰⁸ J. MATTHYS, *Arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en handicap*, *op. cit.*, p. 212.

dat in een publicatie van de FOD Sociale Zekerheid wordt verwezen naar de noodzaak voor een persoon met een handicap die de IVT aanvraagt om tegelijkertijd erkend te worden als iemand met een verdienvermogen dat beperkt is tot maximaal een derde en een verlies aan autonomie van 7 punten¹⁰⁹. Laten we eerlijk zijn: het is *contra legem*.

Voor het overige beschikt de Directie-Generaal Personen met een handicap over een omvangrijk intern document met alle instructies en aanbevelingen die de administratie heeft opgesteld voor haar personeel, om ervoor te zorgen dat de regels op een theoretisch uniforme manier worden toegepast. Informeel "de Bijbel" genoemd, bevat het handboek, dat online beschikbaar is op de website van het DG, niets dat nuttig is voor onze doeleinden¹¹⁰. De passage die gewijd is aan de beoordeling van invaliditeit stelt in feite alleen dat "de geneesheer een beslissing neemt over de repercussies van de gezondheidsproblemen op de autonomie [voor de IT] en het vermogen om een inkomen te verdienen [voor de IVT] van de persoon met een handicap, op basis van de beschikbare documenten en eventueel het medisch onderzoek van de gehandicapte persoon"¹¹¹. Op die manier herhaalt de "Bijbel" eenvoudigweg wat in de reglementering zelf staat¹¹². Het geeft geen verdere verduidelijking wanneer in antwoord op de vraag "Wat gebeurt er tijdens een handicapbeoordeling?" staat er het volgende: "De geneesheer controleert de identiteit van de te onderzoeken persoon. De geneesheer onderzoekt de beschikbare medische gegevens. Hij/zij vraagt de persoon naar zijn/haar vermogen om een inkomen te verdienen en/of naar zijn/haar onafhankelijkheid. Hij/zij voert een klinisch onderzoek uit. De beoordeling is gebaseerd op deze verschillende elementen. In principe wordt de beslissing niet meegedeeld tijdens de raadpleging"¹¹³. Voor de rest kunnen we gewoon opmerken dat, in plaats van

¹⁰⁹ A. VANROOSE, "La politique fédérale d'aide aux personnes handicapées", *Pauvreté et handicap en Belgique* (collectif), Brussel, POD Maatschappelijke Integratie-FOD Sociale Zekerheid, 2019, p. 42.

¹¹⁰ DG Personen met een handicap, *Handboek met instructies, aanbevelingen en interne procedures of "De Bijbel" van de Directie-generaal Personen met een handicap*, Brussel, FOD Sociale Zekerheid, september 2021, 164 p., <https://handicap.belgium.be/sites/default/files/docs/nl/handleiding-professionals.pdf>. Het handboek wordt ook gehost op het intranet van de administratie, in een collaboratief "wiki-formaat": <http://wikihand.wikidot.com/fr:bible-contenu>. In de inleiding staat dat het "een document voor intern gebruik" is en "geen juridische gevolgen" heeft "voor de situatie van gebruikers" (p. 2). Deze uitspraak moet worden genuanceerd, in zoverre dat de administratie in het algemeen verplicht is om de richtlijnen te volgen die ze zichzelf geeft, op grond van het klassieke beginsel van het administratieve recht *patere legem quam ipse fecisti* ("onderga de gevolgen van je eigen wet"). De DG Personen met een handicap kan dus niet afwijken in een individueel besluit van haar eigen regels. ¹¹¹ *Ibid.*, p. 126.

¹¹² Koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap, art. 10, §2. De mogelijkheid van een beslissing uitsluitend op basis van documenten, zonder onderzoek, was eerder vastgelegd in een vrij gedetailleerd ministerieel besluit, dat echter in 2008 zonder toelichting werd ingetrokken: ministerieel besluit van 15 september 2006 tot bepaling van de gevallen die kunnen aanleiding geven tot een medische beslissing op stukken in het kader van de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming, *B.S.*, 29 september 2006, opgeheven door het koninklijk besluit van 16 april 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 mei 2003 betreffende de procedure voor de behandeling van de dossiers inzake tegemoetkomingen aan personen met een handicap en tot intrekking van het ministerieel besluit van 15 september 2006 tot bepaling van de gevallen die kunnen aanleiding geven tot een medische beslissing op stukken in het kader van de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming en het ministerieel besluit van 15 september 2006 tot bepaling van de gevallen die kunnen aanleiding geven tot een medische beslissing op stukken in het kader van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, *B.S.*, 19 mei 2008.

¹¹³ DG Personen met een handicap, *Handboek met instructies, aanbevelingen en interne procedures of "De Bijbel" van de Directie-generaal Personen met een handicap*, *op. cit.*, p. 128.

een valide persoon, het handboek afwisselend verwijst naar een "gezonde persoon" en "persoon in goede gezondheid"¹¹⁴, maar het is twijfelachtig of dit semantische verschil, dat niet wordt uitgelegd, een bijzondere betekenis moet krijgen¹¹⁵. Er lijken geen andere wettelijke nota's van de overheid te zijn die bedoeld zijn om een kader te bieden voor de besluitvorming over de beoordeling van het verdienvermogen van de aanvragers van de IVT, afgezien van procedurele details.

4. Een ministeriële omzendbrief die niets oplost

Tot slot kan niet echt worden gezegd dat de feiten in deze zaak zijn opgehelderd door de omzendbrief die in 2018 werd gepubliceerd door de staatssecretaris voor Personen met een Handicap van de regering Michel, Zuhail Demir¹¹⁶. Deze omzendbrief, die relatief onopgemerkt is gebleven, is formeel gericht aan de artsen van de FOD Sociale Zekerheid en is bedoeld om hen "bijkomende instructies" te geven - die overigens nog niet in de "Bijbel" zijn opgenomen - voor de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen in het kader van het onderzoek van IVT-aanvragen. De centrale bepaling ervan, ingevoegd te midden van reproducties van uittreksels uit de wet en haar voorbereidende werken, is een punt dat stelt dat onverkort de toepassing van de regelgeving die [hogerop] wordt vermeld, dienen de evaluerende artsen zich bij de beoordeling van aanvragen te inspireren op de principes die vervat zijn in het VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een handicap, inzonderheid op het inclusiebeginsel dat een actieve en daadwerkelijke participatie aan het politieke, economische, sociale en culturele leven vooropstaat, zonder evenwel afbreuk te doen aan een individuele beoordeling waarbij alle elementen die te maken hebben met de specifieke situatie van de persoon in aanmerking worden genomen.¹¹⁷

De instructie is verbijsterend en als je arts was bij de FOD Sociale Zekerheid, zou je moeite hebben om de precieze betekenis ervan te begrijpen. Allereerst is de zinsnede "onverkort de toepassing van de regelgeving" enigszins verrassend, aangezien een eenvoudige ministeriële omzendbrief niet kan afwijken van een wet en haar uitvoeringsbesluiten, die moeilijk te negeren zijn. De regelgeving kan, of beter gezegd moet, worden geïnterpreteerd in het licht van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap, voor zover dit door de Belgische Staat is geratificeerd. Er kan echter niet worden gezegd dat de instructie aan artsen om "zich te inspireren" op de beginselen van het Verdrag, inzonderheid op het inclusiebeginsel, zonder andere aanwijzingen, in dit opzicht een zeer duidelijke leidraad vormt. Bovendien wordt de instructie nog verder vertroebeld door de bepaling dat de operatie moet worden uitgevoerd "zonder evenwel afbreuk te doen aan een individuele beoordeling": het is niet duidelijk hoe het inclusiebeginsel in de weg zou kunnen staan van het rekening houden met de unieke kenmerken van mensen met een handicap - integraal.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 7.

¹¹⁵ De eerste van de twee formuleringen is ongetwijfeld een letterlijke vertaling van de Nederlandse versie van de wetgeving, die verwijst naar *gezonde persoon*.

¹¹⁶ Omzendbrief van 28 februari 2018 betreffende de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap, *M.B.*, 12 april 2018.

¹¹⁷ *Ibid.*, punt 4.

Kortom, het is moeilijk om de goedkeuring van zo'n beknopte en verwarrende omzendbrief te zien als een echte omzetting van het VN-verdrag in nationaal recht, waarvoor een veel uitgebreidere en doordachtere herziening van de wetgeving nodig zou zijn. Maar hebben de auteurs van de omzendbrief de filosofie achter het hele VN-verdrag echt begrepen? De vraag kan worden opgeworpen door het feit dat de beoordeling van het verdienvermogen, die moet worden uitgevoerd met het oog op het verdrag, de "medische component" van de IVT vormt¹¹⁸.

Zoals we kunnen zien, is het werk mislukt en wacht het verdrag, dat meer dan tien jaar geleden werd geratificeerd, nog steeds op implementatie. Het enige punt van de omzendbrief is erop te wijzen dat werken "geen doorslaggevend argument" is "om de erkenning van de vermindering van het verdienvermogen tot 1/3 of minder in het stelsel van de inkomensvervangende tegemoetkoming te weigeren", omdat "het hebben van werk" immers "niet noodzakelijk" impliceert "dat de persoon een 2/3 verdienvermogen heeft, noch dat zijn of haar toekomstige kansen op de algemene arbeidsmarkt niet beperkt zouden zijn"¹¹⁹. Het is interessant om op te merken dat een aantal beslissingen zich rechtstreeks op deze passage van de omzendbrief hebben gebaseerd om beslissingen te vernietigen waarin werd geconcludeerd dat er voldoende verdienvermogen was door de uitoefening van een - over het algemeen beperkte - baan¹²⁰.

* * *

Uit al het bovenstaande kunnen we concluderen dat dezelfde persoon het in de praktijk over het algemeen gemakkelijker zal vinden om een arbeidsongeschiktheid te laten erkennen door de adviserend geneesheer van zijn of haar ziekenfonds dan een handicap te laten erkennen door de evaluerende arts van het DG Personen met een handicap. Maar dit veronderstelt natuurlijk - en dit is geen klein verschil - dat de sociaal verzekerde in het verleden voldoende heeft kunnen werken en bijdragen om in aanmerking te komen voor bijdragerechten, en eerder heeft aangetoond dat hij in staat is om te werken. Onder dit belangrijke voorbehoud is het relatief gemakkelijker om aan te tonen dat, in vergelijking met een persoon met dezelfde "aandoening" als jezelf, de ervaren gezondheidsbelemmeringen van dien aard zijn dat ze de mogelijkheid om een toereikend inkomen te verwerven aanzienlijk veranderen dan dat het is om dezelfde moeilijkheid aan te tonen in vergelijking met een gemiddelde valide persoon op de algemene arbeidsmarkt.

Conclusie

Concluderend kunnen we zien in welke mate de regelgeving met betrekking tot uitkeringen voor personen met een handicap weinig kader biedt voor administratieve praktijken als het gaat om het beoordelen van het verdienvermogen van aanvragers van inkomensvervangende tegemoetkomingen. Hoe vaak het ook is omgedraaid, het werpt weinig licht op het concept dat het meest centraal staat als het gaat om in aanmerking komen voor een uitkering. Door terug te kijken in de tijd en het

¹¹⁸ *Ibid.*, punt 5.

¹¹⁹ *Ibid.*, punt 10.

¹²⁰ Fr. Arbr. Brussel (18^e kamer), 30 mei 2018, F.A. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/9520/A, Wiki Hand; Arbr. Luik, afdeling Namen (5^e kamer), 4 juni 2018, B.C. tgov. FOD Sociale Zekerheid, R.G. nr. 16/1238/A, Wiki Hand.

parlementaire werk te analyseren dat ten grondslag lag aan de wet van 1987 die deze kwestie nog steeds regelt, kan worden afgeleid dat de wetgever duidelijk van plan was om het concept van invaliditeit als een functionele beperking die op een gedecontextualiseerde manier moet worden beoordeeld, af te schaffen. Maar welk alternatief concept precies wordt gepromoot, naast een algemene roep om een medisch-economisch en praktisch perspectief, is voor iedereen een raadsel, vooral gezien de verwijzing van de wetgever naar de onstoffelijke figuren van de "valide persoon", zonder leeftijd, geslacht of opleidingsachtergrond, en de "algemene arbeidsmarkt", zonder territoriale wortels of gemiddeld kwalificatieniveau.

Ondanks meer dan drie decennia jurisprudentie is de jurisprudentie, of in ieder geval wat we ervan weten, niet meer verhelderend, hoe verrassend dit ook mag lijken gezien de overvloed aan rechtszaken. Op zijn minst wordt aanvaard dat de vroegere of huidige beroepsactiviteit op zich niet volstaat om de aanwezigheid van voldoende verdienvermogen aan te tonen, aangezien niets belet dat deze capaciteit zeer laag blijft ondanks het feit dat op een bepaald moment werk wordt verricht. In het licht van de jurisprudentie lijkt het er echter op dat tegenstrijdige praktijken niet ongewoon zijn en nog steeds voortduren van de kant van de administratie, ondanks herhaalde veroordelingen. Het probleem is misschien deels te verklaren door het feit dat, terwijl we in negatieve termen weten wat verdienvermogen niet is, de positieve contouren veel onbepalender blijven. Dit is ook de moeilijkheid van het moeten omgaan met een drempel die formeel wordt uitgedrukt als een percentage - de beroemde 66%-spil - maar in een systeem dat in werkelijkheid binair is en volledig is opgebouwd rond een duidelijke scheiding tussen "in staat" en "niet in staat", zodat niemand probeert een precies percentage van het verlies aan verdienvermogen te berekenen. Aanvragers worden beoordeeld of ze al dan niet voldoende vermogen hebben om in hun levensonderhoud te voorzien met hun werk ... op basis van criteria en variabelen waarover nooit een beslissing is genomen.

Hoewel er op praktisch niveau niet veel meer gezegd kan worden, kan er fundamenteeler gezegd worden dat de federale wetgeving inzake uitkeringen voor personen met een handicap nog steeds gedeeltelijk gebaseerd is op het traditionele "medische" model van de handicap, dat focust op de intrinsieke tekortkomingen van de persoon, in tegenstelling tot het "sociale" model dat gepromoot wordt door het Verdrag van de Verenigde Naties, dat de nadruk legt op de interacties tussen de persoon en zijn of haar omgeving, om zo het gebrek aan autonomie in de context te meten¹²¹. Op het gebied van sociale zekerheid heeft de paradigmaverschuiving die gestimuleerd had moeten worden door de goedkeuring van het VN-Verdrag (nog) niet plaatsgevonden¹²². Of beter gezegd, laten we eerlijk zijn, deze verandering was in zekere zin voorzien door de wetgever van

¹²¹ In dit verband W. VAN NIEUWENHOVE, "Les personnes handicapées et la Convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 58, nr. 2, 2016, p. 293.

¹²² Hetzelfde kan niet gezegd worden van de systemen die de gefedereerde entiteiten hebben ontwikkeld op basis van hun bevoegdheden op het vlak van bijstand aan personen, in het bijzonder aan Vlaamse zijde, waar het VN-concept van handicap veel verder is doorgedrongen. Voor een overzicht, N. GHYS, F. LOUCKX en D. DUMONT, "Belgium : the quest for equal employment and coherence in the social protection of persons with disabilities", *Federalism and the Rights of Persons with Disabilities. The Implementation of the CRPD in Federal Systems and its Implications* (red. D. Ferri, F. Palermo en G. Martinico), Oxford, Hart Publishing, coll. "Hart Studies in Comparative Public Law", 2023, te verschijnen.

1987, die nogal visionair was in termen van principes - zoals onze historische terugblik heeft laten zien - maar de beweging werd niet tot zijn logische conclusie gebracht, in het bijzonder door het aannemen van instrumenten voor de beoordeling van handicaps die overeenkwamen met de genoemde principes en door het opzetten van multidisciplinaire teams - zoals werd aangetoond in ons tweede deel. Deze instrumenten waren vanaf het begin problematisch, of het nu ging om de beoordeling van de vermindering van het verdienvermogen (IVT), waarop we ons concentreerden, of het verlies van autonomie (IT), dat we buiten beschouwing lieten, en zijn sindsdien nooit herzien.

Hoewel België het Verdrag in 2009, dus bijna vijftien jaar geleden, heeft geratificeerd, heeft het tot op heden geen enkele rol gespeeld in de ontwikkeling van de regelgeving, behalve via de ministeriële omzendbrief die in 2018 werd aangenomen en die even beknopt als raadselachtig is. In werkelijkheid zijn er echter maar weinig grote wijzigingen geweest in de regelgeving sinds deze in 1987 werd aangenomen, wat ongetwijfeld te wijten is aan het wijdverbreide gebrek aan interesse in het onderwerp. Met uitzondering van het grote wetgevende werk dat begin 2010 werd opgestart onder staatssecretaris Courard, dat nog niet is afgerond en waarvan nog maar weinig sporen toegankelijk zijn. Kortom, we hebben te maken met wetgeving uit een andere eeuw, die aanvankelijk avant-gardistisch was en grote verwachtingen wekte, maar waarvan het potentieel niet volledig is gerealiseerd, omdat er te weinig inspanningen zijn geleverd om de verschuiving naar een meer economische - in het geval van inkomensvervangende tegemoetkomingen - en sociale - in het geval van integratietegemoetkomingen - benadering van invaliditeit te realiseren.

Het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap wordt ook volledig genegeerd in de jurisprudentie. We zijn op zijn minst niet op de hoogte van enig vonnis of arrest dat, in een geschil over uitkeringen voor mensen met een handicap, zou verwijzen naar het Verdrag of, *a fortiori*, naar de 'soft law'-normen die zijn opgesteld door het toezichthoudend orgaan, het Comité voor de rechten van personen met een handicap. In dezelfde geest, en tot slot, is er de afgelopen drie decennia geen diepgaande kritische juridische analyse gemaakt van alle wetgeving met betrekking tot uitkeringen voor personen met een handicap. Hoewel er enkele zeer leerzame studies zijn uitgevoerd met het oog op een sociaaleconomische beoordeling¹²³, dateren de laatste grote kritische discussies door juristen van de goedkeuring van de wet van 1987 die nog steeds van toepassing is op deze materie¹²⁴, en zijn ze sindsdien grotendeels in de vergetelheid geraakt.

¹²³ Zie met name B. VERMEULEN en K. H. ERMANS, "Au carrefour du handicap et de la pauvreté: efficacité des allocations pour personnes handicapées", *Revue belge de sécurité sociale*, vol. 55, nr. 1, 2013, p. 27-55, waarin de belangrijkste bevindingen worden gepresenteerd van een grootschalig evaluatief onderzoeksproject, HANDILAB genaamd, dat begin 2010 werd uitgevoerd door een team sociologen van de KU Leuven in opdracht van de POD Wetenschapsbeleid en de FOD Sociale Zekerheid, op verzoek van Philippe Courard, Staatssecretaris voor Personen met een Handicap in de regering Di Rupo (2011-2014) (*supra*, A, 2). Zie ook de studies in *Pauvreté et handicap en Belgique*, *op. cit.*

¹²⁴ Zie de baanbrekende studies van Jos Huys en Luc Maroy, voormalige ambtenaren bij respectievelijk het Fonds voor Arbeidsongevallen - nu onderdeel van het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (FEDRIS) - en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangehaald in noot nr. 16.

Tegen deze achtergrond van een gebrek aan regelgevende en wettelijke kaders, in welke richting ontwikkelen de feitelijke praktijken van artsen zich? Dit is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

II. Analyse van interviews en een steekproef van problematische dossiers

Philippe MAIRIAUX

Ereprofessor Arbeidsgeneeskunde aan de Universiteit van Luik

Departement Volksgezondheidswetenschappen

en

Jean-Pierre SCHENKELAARS

Consultant en lector socialeverzekeringsgeneeskunde aan de Faculteit

Volksgezondheid van de UCLouvain

Inleiding: onderzoeksanpak

A. Samenvatting van gesprekken met medische beoordelaars

Modaliteiten van het werkkader voor de expertises

Moelijkheden bij de beoordeling door onnauwkeurigheden of dubbelzinnigheden in de diagnoseregelgeving die de meeste problemen opleveren bij de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen

Interactie tussen de beoordeling voor de IT en beoordeling voor de

IVT Problemen die specifiek zijn voor bepaalde leeftijden of

levensperioden Informatie uit beoordelingen door andere instanties

Verlies van verdienvermogen en professionele voorgeschiedenis

Verlies van verdienvermogen en werk in bedrijven voor vorming door

arbeid (BVA) De hulp van beoordelingsassistenten bij het beoordelen

van aanvragen Beroep op de rechtbanken

Relatie met de coördinerende geneesheer van DG HAN en permanente opleiding in de centra

B. Samenvatting van het interview en analyse van de dossiers die zijn doorgestuurd door de dienst geschillen

Analyse van de doorgestuurde dossiers

Samenvatting van het interview met de verantwoordelijken van de dienst

C. Samenvatting van de interviews met leden van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een handicap

Conclusie

Bijlagen

Inleiding: onderzoeksanpak

Dit hoofdstuk heeft de analyse van een reeks interviews en een steekproef van problematische dossiers tot doel. Het protocol voor deze fase van het onderzoek heeft het voorwerp uitgemaakt van opmerkingen en suggesties tijdens de vergadering van de begeleidingscomité van de studie op 25 maart 2022. Het onderzoeksteam stelde vervolgens een herzien protocol voor. Dit protocol werd op 2 mei goedgekeurd door alle leden van de commissie (zie bijlage 1 bij dit verslag).

DG HAN doet een beroep op een twintigtal geneesheer-ambtenaren en een honderdtal zogenaamde aangeduide artsen, die op zelfstandige basis werken, om aanvragers te beoordelen. Na de oproep van DG HAN voor vrijwilligers onder de aangeduide artsen, verklaarden 9 van hen (4 NL, 5 FR) zich bereid om dossiers te verstrekken die als problematisch werden beschouwd voor een aanvraag voor een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en deze vervolgens met de onderzoekers te bespreken via videoconferentie.

	<i>Aangeduide artsen/médecins désignés</i>	<i>Regionaal centrum/centre régional</i>
NL	Lambrechts Luce	Hasselt
NL	Brosius Irene	Antwerpen
NL	De Deken Lutgart	Brugge
NL	Vandewalle Hanneke	Gent
FR	Marie-Louise Teichmann	Brussel
FR	De Haan Lidwine	Bergen
FR	Pierard Didier	Henegouwen
FR	Van de Walle Pierre	Bergen
FR	Cifci Lokman	Brussel

Van 30 mei tot midden juni werden in totaal 11 Franstalige en 9 Nederlandstalige dossiers naar de onderzoekers gestuurd. De onderzoekers stelden een interviewschema op en dankzij de medewerking van Dr. Hombroux en Dr. De Cuyper en dhr. de Vaucleroy werden de interviews uitgevoerd tussen 8 augustus en 27 september. Tijdens deze periode konden 8 artsen (4 FR en 4 NL) via videoconferentie geïnterviewd worden; de negende had dossiers opgestuurd maar kon niet geïnterviewd worden.

De interviews duurden 1 tot 1,5 uur; het gesprek werd georganiseerd aan de hand van een semigestructureerde interviewgids die door de onderzoekers werd verstrekt. De inhoud van deze gids was het onderwerp van een werkvergadering met Dr. Hombroux en Dr. Cuyper op 30 juni. De gids werd een paar dagen voor de interviewdatum naar de geïnterviewde

arts gestuurd. De FR en NL versies van de interviewgids zijn te vinden in bijlagen 2 en 2bis van dit rapport.

In overeenstemming met het studieprotocol stuurden de verantwoordelijken van de dienst geschillen van de administratie (Véronique Querton en Liesbet Truyers) de onderzoekers op 16 en 18 mei ook een reeks dossiers waarin de aanvraag voor een IVT door DG HAN was afgewezen en waartegen vervolgens beroep was aangetekend bij de Arbeidsrechtbank: 4 Franstalige dossiers, waarvan er 3 door de aanvrager werden gewonnen, en 5 Nederlandstalige dossiers, waarbij het beroep telkens werd afgewezen - wat iets minder representatief is. Deze dossiers werden geanalyseerd en de twee verantwoordelijken van de dienst kregen een interview aangeboden. Om de voorbereiding op het interview te vergemakkelijken, werd vooraf een reeks vragen naar de twee verantwoordelijken gestuurd (bijlagen 3 en 3bis). Het interview vond plaats per videoconferentie op 13 oktober.

Het derde deel van deze kwalitatieve analyse van de bestaande situatie moest worden gebaseerd op een reeks dossiers die moesten worden verstrekt door leden van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH). De eerste voorgestelde dossiers werden op 4 en 7 juni naar de onderzoekers gestuurd, maar bij het lezen ervan werd al snel een probleem duidelijk. In tegenstelling tot de dossiers van de medische beoordelaars, die een beschrijving van de beoordeling en de aanvankelijke beslissing van DG Han (en de redenen daarvoor) bevatten, bevatten de 4 verstrekte dossiers niet al deze informatie en waren ze volledig geanonimiseerd. Professor Mairiaux heeft vervolgens contact opgenomen met mevrouw Duchenne, hoofd van het secretariaat van de NHRPH, om haar te vragen voor elk van de dossiers de naam, de voornaam en het INSZ-nummer van de betrokken persoon op te zoeken; zodra deze gegevens verzameld waren, kon de heer de Vaucleroy de gegevens van DG Han vinden (het 'historiek'-bestand, de vragenlijst met administratieve gegevens en het dossier met de medische expertise) voor deze personen.

Het bleek echter dat de verzoekers op wie de betrokken dossiers betrekking hadden, juist onder dekking van anonimiteit hadden ingestemd met de overdracht van informatie over hun dossier. Het bleek daarom niet mogelijk om het INSZ-nummer te bezorgen. Dr. Mairiaux en Dr. Schenkelaars hebben vervolgens een document opgesteld met de vertrouwelijkheids garanties waartoe zij zich hadden verplicht bij het raadplegen van deze persoonsgegevens (bijlagen 4 en 4bis). Deze "vertrouwelijkheidsverbintenis" werd op 22 juni naar de NHRPH gestuurd. Op 9 augustus stuurde het secretariaat van de NHRPH ons het volgende bericht: "Ondanks het streven naar vertrouwelijkheid willen sommige mensen hun RR niet doorgeven. Ik kan u daarom geen andere dossiers bezorgen."

Dr. Mairiaux en Dr. Schenkelaars hebben vervolgens begin september contact opgenomen met verschillende leden van de NHRPH om een interview te organiseren over het dossier of de dossiers die zij hadden doorgestuurd; het ging in totaal om 6 dossiers, maar elk daarvan was volledig geanonimiseerd en losgekoppeld van de gegevens van DG Han. De volgende mensen zijn per videoconferentie geïnterviewd:

- Mevr. Talissa Mupoy (13/09), die werkt voor de Association socialiste de la personne handicapée (ASPH);
- Mevr. Karine Roctus (13/09) die werkt voor de *Christelijke Mutualiteiten*;

- Mevr. Sophie Aarschoot (14/09), verantwoordelijke van de Brusselse begeleidingsdienst van de Brailleliga;
- Mevr. Ingrid Borré (5/10), algemeen secretaris bij de *Katholieke Vereniging Gehandicapten*.

Op de volgende pagina's worden de lessen beschreven die kunnen worden getrokken uit de gesprekken met deze drie categorieën actoren, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de medische beoordelaars (A.), de verantwoordelijken van de dienst geschillen van DG Han (B.) en de leden van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (C.).

A. Samenvatting van gesprekken met medische beoordelaars

Modaliteiten van het werkkader voor de expertises

Er bestaan twee expertisemodaliteiten naast elkaar: ofwel wordt de aanvraag beoordeeld "op basis van stukken", d.w.z. op basis van het volledige medische dossier dat door de aanvrager is overgemaakt, maar in zijn afwezigheid, ofwel wordt de aanvrager opgeroepen voor een persoonlijk medisch onderzoek, in de privépraktijk van de arts of in een regionaal centrum van de administratie. De verhouding tussen beoordelingen in aanwezigheid van de aanvrager en beoordelingen op basis van stukken (over het algemeen via telewerken) lijkt te variëren. Volgens een van de geïnterviewde artsen kunnen 7 van de 10 gevallen gemakkelijk worden beoordeeld op basis van stukken, vooral in het geval van aanvragers ouder dan 50 jaar. Voor een van de artsen lijkt de verdeling van de dossiers door de administratie tussen het onderzoek in de dokterspraktijk en het onderzoek op grond van stukken willekeurig. De werkomgeving van de aangeduide artsen veranderde aanzienlijk tijdens de Covid-19-pandemie. In deze periode werden de meeste beoordelingen uitgevoerd op basis van documenten, d.w.z. in afwezigheid van de aanvrager, en dit werd door de meeste artsen betreurd. In de afgelopen maanden zijn de werkmodaliteiten opnieuw genormaliseerd en zijn de consulten in dokterspraktijken hervat.

De DG Personen met een handicap is georganiseerd in regionale medische expertisecentra, elk onder de verantwoordelijkheid van een coördinerende statutaire arts.

- Dr. Hombroux, voor het Nederlandstalige deel, en Dr. De Cuyper, voor het Franstalige deel, coördineren daarnaast ook de coördinatoren. De evaluerende artsen zien aanvragers voor consulten, maar sommige artsen consulteren ook thuis of in een externe praktijk. De voordelen van consulten met collega's in een regionaal centrum werden benadrukt:

- de mogelijkheid om een casus te bespreken met een collega of de coördinerende geneesheer, of om een moeilijkheid aan te pakken; deze gezamenlijke bespreking zou nuttig zijn voordat een beslissing wordt genomen in ongeveer 1 op de 4 gevallen, of 1 op de 5, afhankelijk van de ondervraagde arts.
- infrastructuur aangepast aan personen met een handicap;
- aanwezigheid van ondersteunend administratief personeel;
- gevoel van veiligheid in een context waar sommige aanvragers soms agressief kunnen zijn.

Betekent de afwezigheid van een fysieke ontmoeting en een medisch onderzoek van de aanvrager een vermindering van de kwaliteit van de beoordeling? Hierover werden tegenstrijdige meningen geuit. Een van de artsen wees erop dat het klinisch onderzoek vaak niet erg verhelderend is en bijdraagt aan de "vaagheid van het dossier", vanwege de houding van de patiënten die niet noodzakelijk gebaseerd is op de dagelijkse realiteit, bijvoorbeeld met behulp van een accessoire (zoals een wandelstok of zelfs een karretje) of de inschakeling van derden die alleen betrokken kunnen zijn op de dag van het onderzoek. Volgens deze arts biedt een zorgvuldige bestudering van de stukken in het dossier, wanneer deze beschikbaar zijn, samen met een lezing van de onderzoeken die in de therapeutische sector zijn uitgevoerd, een grotere betrouwbaarheid. Andere artsen zeiden dat ze de voorkeur gaven aan een ontmoeting met de aanvrager wanneer dat mogelijk was.

De tijd die nodig is om de aanvraag te beoordelen varieert aanzienlijk. *Bij consulten in de praktijk* zeggen alle artsen dat het gesprek en een eventueel onderzoek minimaal 20 minuten duren, en in sommige gevallen zelfs 30 minuten. Het consult in de praktijk wordt meestal voorafgegaan door een beoordeling van de administratieve stukken en medische rapporten; deze voorbereidingstijd varieert afhankelijk van de complexiteit van de gevallen en de geïnterviewde artsen, van minimaal 10 minuten tot 15, 20 of 30 minuten. De tijd die vervolgens nodig is om de beslissing te nemen en het rapport te schrijven varieert sterk (van 10 tot 30 minuten). Een van de artsen die we hebben geïnterviewd, geeft er de voorkeur aan om patiënten die om een behandeling vragen met een "ruwe" blik te ontmoeten, d.w.z. zonder enige voorbereiding vooraf, en dan minstens 30 minuten te besteden aan het bestuderen van de documenten en rapporten; in zijn praktijk duurt het gemiddeld 60 minuten om de aanvraag goed te beoordelen. *Wanneer de beoordeling wordt uitgevoerd op basis van stukken*, zijn de ondervraagde artsen het erover eens dat de benodigde tijd over het algemeen korter is; één arts zei zelfs dat hij zijn beoordeling in sommige gevallen in 7 minuten kon afronden.

Sommige artsen stelden de kwestie van de vergoeding voor de tijd die aan beoordelingen wordt besteed aan de orde. Degenen die hun mening gaven over dit onderwerp, vonden dat de €37 die werd toegekend onvoldoende was in verhouding tot de tijd die werd geïnvesteerd in het medisch onderzoek, het lezen van het dossier en het schrijven van een verslag: "je moet wel idealistisch zijn om tegen dat tarief te werken", of niet te veel belang hechten aan de factor geld.

Ten slotte varieert op individueel niveau de professionele organisatie van de door de DG Personen met een handicap aangeduide artsen: sommige artsen verstrekken alleen expertises, terwijl andere dit combineren met een therapeutische activiteit; sommige artsen wijden hun expertisewerk uitsluitend aan DG HAN, terwijl andere ook expertises verstrekken voor andere publieke of particuliere instanties of voor de rechtbanken.

Moelijkheden bij de beoordeling door onnauwkeurige of dubbelzinnige regelgeving

De wetgeving in verband met de IVT-erkenning, het genot van andere sociale rechten, zoals een verminderde onroerende voorheffing, een vermindering van de btw op auto's, enz. Voor verschillende beoordelaars wordt de beoordeling verstoord door verwachtingen die niet zijn ingegeven door een verzoek om IVT-erkenning, maar door

de hoop van de aanvrager om te profiteren van de door de wetgeving toegekende bijkomende voordelen.

- "La Bible" ("*gele Bijbel*" langs Nederlandstalige kant) wordt beschreven als verouderd en onvolledig. Dit leidt tot uiteenlopende en zelfs inconsistente beslissingen.
- Het begrip 2/3-verlies aan verdienvermogen is vaag. Voor ziekten die het moeilijkst te beoordelen zijn, ontbreken de formulieren (bv. mucoviscidose) of zijn ze te onnauwkeurig (bv. fibromyalgie).
- De regelgeving is onnauwkeurig wat betreft de criteria waarmee rekening moet worden gehouden wanneer jongeren hun schoolloopbaan of beroepsopleiding nog niet hebben afgerond. Misschien moeten er specifieke criteria zijn voor deze leeftijdsgroep.
- Omgekeerd is er ook een probleem met de leeftijd waarop mensen het einde van hun carrière bereiken. Op dit moment lijkt de overgang naar de THAB onvoldoende gecoördineerd.
- (Dit valt buiten het bestek van de studie, maar sommigen hebben erop gewezen dat de onmogelijkheid om een THAB voor een vaste periode toe te kennen, opnieuw moet worden bekeken).
- De ruimte voor interpretatie wordt gewaardeerd, omdat het een persoonlijke beoordeling mogelijk maakt. Voor velen lijkt het echter te breed of te vaag, wat leidt tot een gebrek aan uniformiteit in de beslissingen. De vraag blijft open of niet-medische sociale factoren al dan niet in aanmerking moeten worden genomen in de beoordelingscriteria.
- De wetgeving voorziet niet in een verband tussen de IVT en de IT. In de meeste dossiers gaat het echter om beide aspecten. De onmogelijkheid om een verband te leggen tussen de twee beoordelingen leidt soms tot verrassende discrepanties.
- Ervaren evaluerende artsen hebben hun eigen analytische rooster ontwikkeld om het verlies aan verdienvermogen te beoordelen en verwijzen niet langer naar de regelgeving (!).
- Het begrip 2/3-verlies aan verdienvermogen wordt in de IVT anders gedefinieerd dan in het kader van de uitkeringsverzekering. Dit leidt tot misverstanden bij de aanvragers en hun behandelende artsen en veroorzaakt soms spanningen tussen beoordelaars uit verschillende sectoren.
- De wetgeving voorziet niet in sociale en professionele re-integratie. Sommige beoordelaars betreuren het dat hun rol beperkt blijft tot de beslissing om een persoon al dan niet te erkennen, waardoor ze deze beslissing niet kunnen koppelen aan een mogelijk integratieproces.
- Sommige termen die in de wetgeving worden gebruikt, zoals "inkomensvervangende tegemoetkoming", zouden door het publiek verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden als een onvoorwaardelijk basisinkomen, in plaats van het bevorderen van de integratie van personen met een handicap in het sociale leven en/of het beroepsleven.

Diagnoses die de grootste problemen opleveren bij de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen

De lijst met diagnoses die spontaan werden aangehaald door artsen moet worden beschouwd als kwalitatieve informatie, gezien de kleine steekproef (n=8). Bepaalde diagnoses werden vaak genoemd: fibromyalgie (7/8), lage rugpijn of "failed back surgery" (5/8), psychologische of

psychiatrische aandoeningen (depressie, *Post-Traumatic Stress Disorder* ...) (4/8), chronisch vermoeidheidssyndroom (3/8). Andere diagnoses die moeilijkheden opleverden bij de beoordeling werden genoemd: autismespectrumsyndroom (2/8), Ehlers-Danlos syndroom (2/8), mucoviscidose (1/8), multiple sclerose (1/8), ziekte van Verneuil (1/8), Long covid (1/8), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (1/8), enz.

Verscheidene artsen wezen op wat zij beschouwden als tekortkomingen of zwakke punten in de medische verslagen van bepaalde specialisten die eerder door de aanvrager waren geraadpleegd: de verslagen hadden soms de neiging om de functionele gevolgen van de pathologie te overdrijven en leken de wens van de specialist (met name op het gebied van de fysische geneeskunde) te weerspiegelen om het verzoek van de patiënt te begunstigen. Psychiatrische rapporten zijn soms uitstekend en goed gedocumenteerd, terwijl andere kort en bondig zijn en niet helpen bij het nemen van een beslissing. Voor diagnoses die steeds vaker voorkomen (fibromyalgie, het syndroom van Ehlers-Danlos, de ziekte van Verneuil), wordt de bevestiging ervan door leden van de therapeutische sector soms geuit zonder de minste objectieve basis, of op basis van onderzoeken of diagnostische criteria waarvan de betrouwbaarheid door andere medische specialisten in twijfel lijkt te worden getrokken.

Kortom, reeds bestaande medische rapporten kunnen een waardevol hulpmiddel zijn bij het beoordelen van de verdiensten van een IVT-aanvraag, maar dit is lang niet altijd het geval.

Deze ontwikkelingen kunnen worden aangevuld met de beschrijving van de belangrijkste categorieën moeilijkheden bij de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen die is voorgesteld door Dr. Ann Hombroux, de Nederlandstalige coördinerende arts van DG Han:

- "de pathologie (zoals blijkt uit verslagen en eigen onderzoek) is niet coherent met de geclaimde beperkingen;
- jongeren met een beperking die studeren in het hoger onderwijs (zeker nu we dit al vanaf 18 jaar moeten doen);
- jongeren die bijzonder onderwijs OV3/OV4 (en soms OV1) [het bijzonder onderwijs binnen de Vlaamse Gemeenschap] volgen;
- jongeren die midden een begeleiding zijn van GTB [de instelling van het Vlaams Gewest verantwoordelijk voor beroepskeuzebegeleiding voor mensen met een gezondheidsprobleem] die nog moet uitwijzen welke oriëntatie er zal volgen;
- jongeren met een acute pathologie of bijvoorbeeld een opstoot van Crohn die nog in middelbaar zitten en niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt;
- personen met een handicap die werken in het normaal arbeidscircuit (al dan niet met een loontussenkomst en of aanpassing aan de arbeidspost of het arbeidsregime);
- personen met een handicap die werken in het normaal arbeidscircuit met een integratietegemoetkoming categorie ≥ 2 ;
- aanvragers die een leefloon krijgen en worden doorgestuurd door het OCMW;
- aanvragers waar er duidelijk 'iets' aan de hand is maar waar geen verslaggeving beschikbaar is (kluizenaarstypes, daklozen, drugsverslaafden, ...);
- dossiers waarbij we uitgespeeld worden tegen de beslissingen van de mutualiteiten."

Interactie tussen beoordeling voor de IT en beoordeling voor de IVT

Zoals we weten, zijn de twee tegemoetkomingen bedoeld om beperkingen in verschillende activiteitensectoren te compenseren. De eerste (IT) heeft betrekking op activiteiten in het privéleven, de tweede op beroepsactiviteiten. Vanuit juridisch oogpunt zijn er dus geen gemeenschappelijke beoordelingscriteria. De twee beoordelingen zijn bijgevolg theoretisch onafhankelijk van elkaar. De ervaring leert echter dat dezelfde evaluerende arts meestal wordt gevraagd om een oordeel te geven over beide soorten tegemoetkomingen. De analyse van de dossiers en de gesprekken met de evaluerende artsen brachten een aantal opmerkelijke punten aan het licht.

Een IT-beoordeling kan informatie opleveren voor een IVT als de medische dossiers maar weinig inhoud bevatten.

Van meet af aan moet worden opgemerkt dat er aanzienlijke discrepanties of zelfs tegenstrijdigheden kunnen bestaan tussen de twee beoordelingen. Bijvoorbeeld, een persoon wordt erkend als iemand met grote beperkingen in het onderhoud van zijn huis (IT), maar wordt geschikt geacht voor werk in een professionele schoonmaakdienst (IVT). Of van iemand wordt erkend dat hij grote communicatieproblemen (IT) heeft, maar men denkt dat hij in een callcenter of op een onthaaldienst zou kunnen werken ...

- Artsen melden dat de IT-beoordeling in de praktijk vaak gebaseerd is op de beoordeling door de aanvrager zelf, zijn omgeving (familie of sociale dienst) of zijn huisarts, terwijl de IVT gebaseerd is op de beoordeling van de evaluerende arts, wat bepaalde discrepanties zou kunnen verklaren.
- Sommigen zouden het nuttig vinden om de twee beoordelingen samen te voegen, omdat ze allebei complementaire informatie geven.
- Verscheidene artsen die we spraken, vonden dat wanneer iemand in categorie 2 of hoger van de IT-regeling wordt ingedeeld, hun vermogen om te werken vaak beperkt blijkt. Wanneer een persoon echter in categorie 1 valt, is het beantwoorden van de vraag of hij al dan niet voldoende verdienvermogen heeft moeilijker.
- Deze opmerking valt buiten de reikwijdte van de studie, maar er is op gewezen dat de IT-beoordelingscriteria niet zijn aangepast aan de leeftijdsgroep 18-25 jaar.

Problemen die specifiek zijn voor bepaalde leeftijden of levensfasen

Bijna alle artsen noemden twee levensperioden die bijzondere vragen oproepen: de jongste en de oudste.

Voor jonge aanvragers (18-25 jaar) zijn er twee belangrijke vragen.

Ten eerste, ontvingen ze voor hun 18e verhoogde kinderbijslag (VKB) vanwege hun handicap? Tot de zesde staatshervorming werd de beoordeling van kinderen en jongeren voor de toekenning van VKB uitgevoerd door artsen van DG Han. De evaluerende artsen die verantwoordelijk zijn voor de beoordeling van een IVT-aanvraag hadden

daarom toegang tot het VKB-dossier en baseerden zich hierop voor informatie over onder andere de schoolloopbaan, indien van toepassing, het type gespecialiseerd onderwijs dat het kind heeft genoten, en de pediatrie of zelfs kinderpsychiatrische opvolging. Deze informatie was vooral nuttig tijdens de overgang van VKB naar IVT. VKB-aanvragen worden intussen naar de gespecialiseerde agentschappen van de gefedereerde entiteiten gestuurd. Om verschillende redenen, waaronder IT-incompatibiliteit, maar ook, zo lijkt het, de vereisten van de AVG, is deze informatie over het algemeen niet langer toegankelijk voor de artsen van de DG. Dit onvermogen om te communiceren tussen verschillende bevoegdheidsniveaus zal de komende jaren meer uitgesproken worden, aangezien meer en meer IVT-aanvragen betrekking zullen hebben op jongvolwassenen die een VKB hebben genoten bij de gefedereerde entiteiten. Hieraan moet worden toegevoegd dat wanneer de informatie nog beschikbaar is, het mogelijke gebrek aan kennis van de DG-arts over het scoresysteem dat wordt gebruikt in het kader van de VKB een belemmering kan vormen. Daarbij dient benadrukt dat een erkenning in VKB-context niet automatisch een erkenning in IVT-kader impliceerde en nog steeds niet impliceert. De beoordelingscriteria zijn verschillend (bijvoorbeeld bij jeugddiabetes of mucoviscidose). Tot slot moet worden opgemerkt dat het in Wallonië nog steeds mogelijk is om VKB en IVT te combineren tussen 18 en 21 jaar; deze mogelijkheid bestaat niet meer in het Vlaamse Gewest of in Brussel.

Verder kan de beoordeling van de IVT-aanvraag (vanaf de leeftijd van 17 jaar) leiden tot erkenning voor onbepaalde tijd of moet de duur van de erkenning worden beperkt¹²⁵? Deze vraag werd door verschillende artsen gesteld. Alle artsen zijn het erover eens dat in sommige gevallen een toewijzing voor onbepaalde tijd logisch is, bijvoorbeeld voor aanvragers met het syndroom van Down, of voor mensen met een aanzienlijke zwakzinnigheid (IQ \leq 50) of mensen die bijzonder onderwijs type 1 of 2 hebben genoten. De meeste artsen zijn echter van mening dat er tussen 18 en 25 jaar vaak mogelijkheden zijn voor ontwikkeling, zowel op medisch gebied (naar aanleiding van de gevolgde behandelingen) als wat betreft het verwerven van vaardigheden door middel van opleidingen. Deze artsen geven er daarom de voorkeur aan om een tijdslimiet (bijvoorbeeld 2 of 3 jaar, of tot het afronden van de studies) te stellen aan de erkenning van een IVT, en de kwestie later opnieuw te bekijken, wanneer de jongvolwassene geconfronteerd kon worden met het vooruitzicht van een beroepsactiviteit; een dergelijke beslissing moet van geval tot geval worden afgewogen, voegen ze eraan toe. Een van de 8 artsen vond dat de ontwikkelingsmogelijkheden van de jongere wel golden voor de IT, maar niet voor de IVT, en dat hij daarom altijd voor onbepaalde tijd besliste. Een andere arts vond het totaal ongepast dat van hem wordt verlangd dat hij de arbeidsongeschiktheid voor de algemene arbeidsmarkt tussen 18 en 25 jaar beoordeelt. Over de vraag of de vroegtijdige toekenning van een IVT een negatieve invloed kan hebben op de motivatie van de aanvrager om een opleiding voort te zetten (of aan te vatten), zijn de artsen verdeeld: sommigen geloven dat het risico reëel is, terwijl anderen er niet van overtuigd zijn.

Voor oudere aanvragers (> 50 of > 55 jaar) werden andere vragen naar voren gebracht.

¹²⁵ Over de vraag of het juridisch mogelijk is om in het licht van de regelgeving een tijdslimiet te stellen aan de erkenning, zie het juridische deel van dit verslag, dat concludeert van niet (*supra*, I, B, 3).

In deze leeftijdsgroep zijn de dominante problemen vaak orthopedisch of articulaire (polyartrose) van aard en is het relatief eenvoudig om te beslissen of in deze gevallen een IVT moet worden toegekend. Wanneer het probleem de geestelijke gezondheid betreft (chronische depressie, burn-out), concluderen de rapporten van psychiaters meestal dat de arbeidsongeschiktheid meer dan 66% is.

Sommige artsen voegden eraan toe dat ze in hun beslissing ook rekening houden met de specifieke kenmerken van de algemene arbeidsmarkt, die niet erg gunstig is voor de aanwerving van oudere werknemers; anderen stellen zich vragen bij de inaanmerkingneming van dit aspect, omdat ze van mening zijn dat "leeftijd geen gebrek op zich vormt", maar erkennen wel dat het vaak moeilijk is om deze oudere aanvragers te motiveren om werk te zoeken.

Voor aanvragers ouder dan 60 betreuren verschillende artsen het feit dat het in de praktijk onmogelijk is om een IVT voor een bepaalde duur toe te kennen. In het geval van een omkeerbare pathologie, bijvoorbeeld een pathologie die het voorwerp heeft uitgemaakt van een chirurgische behandeling, vinden zij dat het mogelijk moet zijn om de IVT toe te kennen voor een bepaalde periode, waarbij de situatie opnieuw wordt bekeken na de postoperatieve revalidatie. Maar als de leeftijd van 65 jaar nadert, is deze mogelijkheid theoretisch, omdat de IVT volgens de huidige regels automatisch overgaat in een THAB die per definitie een vorm van bijstand voor onbepaalde tijd is.

Informatie van beoordelingen door andere instanties

Over het algemeen ontvangen artsen zelden informatie over aanvragers afkomstig van andere instanties. Het geval van de verhoogde kinderbijslag werd al genoemd in de vorige paragraaf. Er is over het algemeen geen contact met de adviserende geneesheren van de ziekenfondsen of met het RIZIV; en als er wel contact is, wordt er in elk geval nooit een rapport gestuurd.

In Wallonië en Brussel beschikken artsen zelden over officiële documenten afkomstig van Forem of Actiris. In Vlaanderen zijn de contacten goed met GTB dat hen zeer goede rapporten bezorgt; een andere arts wijst er echter op dat een nieuwe regelgeving het voor GTB moeilijker maakt om informatie door te geven en dat in het licht van het respect van de persoonlijke levenssfeer, met als gevolg dat GTB soms helemaal geen informatie meer doorgeeft.

Het kunnen beschikken over informatie van de OCMW's gebeurt veel minder vaak, maar komt soms voor.

Verlies van verdienvermogen en professionele voorgeschiedenis

De informatiebronnen over het professionele verleden van de aanvrager zijn zeer willekeurig en de artsen betreuren dit feit. Er bestaan twee informatiebronnen: het zogenaamde *intake* formulier, dat meestal wordt ingevuld door een maatschappelijk werker of een andere persoon die de aanvrager helpt bij het invullen ervan, en natuurlijk de professionele anamnese van de patiënt wanneer hij of zij bij de dokter op consult komt.

De nauwkeurigheid van de gegevens die op het formulier worden ingevuld, laat vaak te wensen over: de werkonderbrekingsdata verschillen soms van de ene 'intake' tot de andere, over een periode van meerdere maanden. Al te vaak echter worden de woorden "niet van toepassing" gebruikt, niet alleen met betrekking tot de opleiding of het al dan niet behalen van een getuigschrift en/of diploma, maar ook met betrekking tot de gevolgde schoolloopbaan en het soort werk dat wordt uitgevoerd, de duur ervan, de statuutvoorwaarden (zelfstandige, loontrekkende, 'artikel 60'-job bij het OCMW, enz.), waardoor artsen in het duister tasten. Het bestaan in de voorgeschiedenis van de patiënt van een arbeidsongeval, al dan niet erkend, met of zonder blijvende invaliditeit, met of zonder implicaties voor de huidige toestand van de patiënt in termen van beperkingen, is vaak slecht gedocumenteerd.

Een van de geïnterviewde artsen wees erop dat het bij Fedris heel gewoon is om de DIMONA-gegevens van de patiënt te raadplegen, maar dat een dergelijke toegang momenteel helaas niet bestaat op DG HAN-niveau.

Het bevragen van de patiënt tijdens het consult geeft niet noodzakelijk meer duidelijkheid, aangezien patiënten zich bijvoorbeeld misschien niet herinneren in welk jaar ze gestopt zijn met werken.

Is de professionele achtergrond van de aanvrager van invloed op de IVT-beslissing? Het onderzoek van de aanvragerdossiers die door de artsen werden overgemaakt, werpt een interessant licht op deze vraag.

Van de 11 dossiers die door de Franstalige artsen werden doorgestuurd, hadden 5 aanvragers een professionele voorgeschiedenis (dossiers X12, 15, 14, 18, 19) en werkten er twee nog steeds (X17 en 20); de aanvragers zonder arbeidsverleden waren over het algemeen jongeren onder de 21 (X10, 13, 16). Er werd een IVT toegekend aan 3 aanvragers met een arbeidsverleden of beroepsactiviteit (X12, 17, 20); het lijkt erop dat deze positieve beslissing in alle 3 de gevallen gekoppeld was aan de ernst van een zeer goed geobjectiveerde pathologie; hierbij dient opgemerkt dat voor aanvrager X20 de IVT voor vijf jaar werd toegekend. De IVT werd tevens toegekend aan een aanvrager zonder arbeidsverleden (X10), een jongere afkomstig van het bijzonder onderwijs type 1.

Waarom werd de IVT geweigerd aan 7 van de 11 aanvragers? De redenen voor een negatieve beslissing zijn uiteenlopend: mogelijke heroriëntatie op ander werk (X15) of mogelijke uitvoering van telewerktaken (X14), werk dat mogelijk wordt geacht als het geen lopen of staan met daarnaast een geruststellend klinisch onderzoek afwijkend van de anamnese (X18) inhoudt, of een ernstige hematologische pathologie maar gestabiliseerd door behandeling bij een patiënt die sport en geen klachten meer heeft (X13), of een ongedocumenteerde diabetes en onduidelijke psychische stoornissen (X19), of enige reden om een onvermogen van meer dan 66% te erkennen voor de beschreven tekorten bij een persoon met meerdere beroepsopleidingen (X11). De motivatie die werd opgenomen in dossier X16 (inconsistentie tussen de medische rapporten en de vermelde moeilijkheden) is voor de onderzoekers moeilijk te begrijpen; het ging om een jonge aanvrager met aangeboren ADHD, leerproblemen en ernstige aandachtsproblemen.

In sommige van deze gevallen kan worden gesteld dat er een tegenstrijdigheid bestaat tussen de weigering van de IVT en het feit dat de betrokken persoon door het RIZIV als invalide wordt erkend en dat soms al vele jaren (met name de dossiers X11 en 14). In verband met deze vaststelling benadrukken de artsen het verschil in referentiekader tussen artikel 100 in de wetgeving inzake de uitkeringsverzekering (specifieke arbeidsmarkt) en de wetgeving inzake gehandicapten (algemene arbeidsmarkt). Zoals sommigen hebben opgemerkt, maakt dit het de aanvrager *de facto* mogelijk om "gedeclassificeerd" te worden in het kader van de wetgeving die DG HAN-artsen moeten volgen. Vanuit het standpunt van de aanvrager kan het soms onaangenaam zijn wanneer de arts van DG HAN de beoordeling van de raadgevend arts van de verzekeraar niet als gelijkwaardig erkent, hoewel de patiënt zichzelf als definitief invalide beschouwt.

Wat betreft de 9 dossiers die door de Nederlandstalige artsen werden doorgestuurd, hadden 4 aanvragers een professionele voorgeschiedenis (dossiers X02, 05, 07, 08) en misschien een 5^e ook in het buitenland (X03); degenen zonder arbeidsverleden waren over het algemeen jongeren onder de 21 (X01, 04, 06). Een IVT (ARR) werd toegekend aan 3 aanvragers met een professioneel verleden voor een periode van 2 jaar (X05), 5 jaar (X07) en van onbepaalde duur (X08). Deze positieve beslissing betrof twee orthopedische gevallen (lage rugpijn of radiculalgie) in combinatie met depressieve symptomen (X05 en 08) en één geval van autisme met bijbehorende ernstige depressie (X07). Een IVT (ARR) werd ook toegekend aan een jonge aanvrager zonder arbeidsverleden (X06) die lijdt aan autisme, ADHD en een psychotisch syndroom en bij haar moeder woont.

Waarom werd de IVT (ARR) geweigerd aan 5 van de 9 aanvragers? Motivaties variëren en worden niet noodzakelijkerwijs goed uitgelegd in de dossiers. Dossier X02 betreft een 25-jarige wiens problemen vergelijkbaar lijken met die van dossier X06, maar de weigering houdt ongetwijfeld verband met het feit dat deze jongere, die momenteel werkloos is en opgevolgd wordt door GTB, niet heeft gereageerd op recente uitnodigingen van deze organisatie. Zaak X09 betrof een oudere aanvrager (50) van buitenlandse afkomst, die geen Nederlands sprak en wiens klachten van lage rugpijn niet werden ondersteund door medische rapporten. Dossier X04 betrof een 19-jarige met een licht verstandelijke beperking, ADHD en aanpassingsstoornissen; deze jongere volgde echter een deeltijdse volwassenenopleiding, toonde interesse in een bewakingsopleiding aangeboden door de VDAB en deed regelmatig studentenjobs. Het waren deze ontwikkelingsvooruitzichten die ongetwijfeld de weigering van een IVT (ARR) rechtvaardigden. In het geval van X01 was de aanvrager een 18-jarige die leed aan autisme en de reden voor weigering werd duidelijk vermeld in het medisch dossier, ook al leek deze reden *a priori* weinig in overeenstemming met de voorschriften: "is nog schoolgaande, beslissing wat betreft verdienvermogen onmogelijk, dus herziening voorzien op 21 j". Tot slot ging het in dossier X03 om een oudere aanvrager (53) van buitenlandse afkomst die leed aan depressie en angststoornissen; deze persoon had in zijn land een diploma in de rechten behaald. De redenen voor de weigering was ook goed beschreven: "gezien de opleiding rechten in [...] tewerkstelling mits aanpassingen en de nodige omscholing kan verwacht worden".

Verlies van verdienvermogen en werk in bedrijven voor vorming door arbeid (BVA)

In de discussies met de artsen tijdens de interviews kwam duidelijk een consensus naar voren over het feit dat het hebben van een baan (voltijds of deeltijds) in een bedrijf voor vorming door arbeid niet betekende dat het arbeidsvermogen van de aanvrager was verminderd tot minder dan een derde van die van een valide persoon van dezelfde leeftijd. Voor het overige was het wat de regelgeving uitdrukkelijk voorziet.

Zoals een zeer ervaren arts ons uitlegde, is het voor hem duidelijk dat mensen die in BVA's werken een grotere inspanning moeten leveren en dat ze niet vergeleken kunnen worden met werknemers die hun beperkingen niet hebben. De beoordeling moet echter altijd geval per geval worden gemaakt. Zo mag omgekeerd het werken in een BVA niet leiden tot automatische erkenning van een IVT. Deze arts concludeerde hieruit dat het werken in een BVA volgens hem geen invloed diende te hebben op het al dan niet erkennen van een IVT.

Van de 20 ingediende voorbeelddossiers betrof er slechts één (X17) een aanvrager die in een BVA werkte (als data-encoder) en aan hem werd een IVT toegekend.

De hulp van beoordelingsassistenten bij het beoordelen van aanvragen

In alle sectoren van de sociale bescherming geldt dat, gelet op het tekort aan evaluerende artsen alsook op de steeds toenemende complexiteit van de dossiers, er een discussie ontstaat over hoe de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid vanuit een multidisciplinaire invalshoek kan worden benaderd.

Deze multidisciplinaire aanpak kan op verschillende manieren worden benaderd. In de Europese (en wereldwijde) context wordt de term "taakoverdracht" (*task transfer*) gebruikt om een herverdeling van de rollen te beschrijven. De WHO, bijvoorbeeld, definieert samenwerking tussen artsen en andere disciplines als een rationele herverdeling van taken tussen professionals in de gezondheidszorg¹²⁶.

De literatuur heeft drie (of zelfs vier) soorten overdracht geïdentificeerd, met zeer verschillende intensiteiten:

- taakverschuiving (shifting), in de zin van het structureel toewijzen van de eindverantwoordelijkheid voor een taak die voorheen door een arts werd uitgevoerd, aan andere professionals;
- delegatie van taken onder toezicht en verantwoordelijkheid van de arts;
- verlichting van administratieve en logistieke ondersteuningstaken;
- (opvolgings- en uitvoeringstaken).

Al enige tijd roept DG Han paramedici op om de artsen te helpen bij hun taak om medische beoordelingen uit te voeren met het oog op het toekennen

¹²⁶ First global conference on task shifting to tackle health worker shortages, Global recommendations and guidelines, 8-10 januari 2008, Addis Abeba, Ethiopië.

van een IVT. Het gaat vooral om administratieve en logistieke taken zoals het samenstellen van dossiers, socioprofessionele anamneses, uitnodigingen en herinneringen, toevertrouwd aan maatschappelijk werkers en verplegend personeel. Onlangs werden hier ook psychologen aan toegevoegd. De meeste artsen die we spraken zouden openstaan voor het delegeren van taken aan gespecialiseerde professionals onder hun supervisie - met andere woorden, een overschakeling van de derde naar de tweede van de vier overdrachtsmodaliteiten die iets hoger opgesomd werden. Voorbeelden hiervan zijn psychologische tests uitgevoerd door psychologen in dossiers waar de pathologie voornamelijk mentaal is, of de hulp van fysiotherapeuten of ergotherapeuten bij musculoskeletale pathologieën om functionele beoordelingen uit te voeren. Daarnaast zouden paramedici ook huisbezoeken kunnen afleggen. Alle geïnterviewde tussenkomende partijen benadrukten echter het belang van het integreren van de specifieke informatie aangeleverd door medewerkers in een algehele beoordeling die de verantwoordelijkheid van de arts blijft. Artsen vertelden ons daarnaast ook dat deze nieuwe aanpak zou vereisen dat de aanvragers goed geïnformeerd zijn over de rol van elke tussenkomende partij.

Beroep op de rechtbanken

Het "handvest" van de sociale zekerheid bepaalt dat tegen elke beslissing van een instelling die verantwoordelijk is voor het toekennen of uitbetalen van socialezekerheidsuitkeringen beroep kan worden aangetekend¹²⁷. De instelling moet de sociaal verzekerde op de hoogte brengen van de redenen voor de beslissing, de referenties van het dossier en de beroepsmogelijkheden. De termijn om in beroep te gaan bij een rechtbank (meestal de Arbeidsrechtbank) bedraagt ten minste drie maanden.

In dit geval kan beroep worden ingesteld tegen de beslissing die is genomen na een initiële IVT- of IT-aanvraag, of tegen de beslissing die is genomen na een verzoek om herziening of een ambtshalve herziening. De tabel hieronder toont de evolutie in het percentage beroepen in deze twee verschillende omstandigheden - eerste aanvraag of herziening - tussen 2013 en 2019¹²⁸.

	2013	2019
N 1 ^e IVT/IT-aanvragen	34.747	32.312
N beroepen	861	631
Percentage beroepen (%)	2,5	2,0
N IVT/IT-herzieningen	60.337	69.544
N beroepen	1.397	1.025
Percentage beroepen (%)	2,32	1,47

Deze tabel laat zien dat het percentage beroepen na een eerste aanvraag licht is gedaald, terwijl het percentage beroepen in het kader van een herziening sterker is gedaald.

¹²⁷ Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde, art. 23.

¹²⁸ Informatie verstrekt door de heer Luc Blomme, hoofd statistiekbeheer bij de DG Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid, in e-mails van 17 en 31 januari 2023.

De procedures om in (hoger) beroep te gaan bij de rechtbank zijn lang en vaak beperkend voor de aanvragers. Bovendien dragen ze vaak bij tot een *feitelijke* bevrozing van elke mogelijkheid tot sociale inschakeling tijdens deze periode.

Uit ontmoetingen met de evaluerende artsen blijkt dat beslissingen die goed gemotiveerd en uitgelegd zijn aan aanvragers, minder het voorwerp van beroepen uitmaken. Een goede uitleg van het doel en de reikwijdte van de erkenning inzake IVT (en IT) helpt ook om de verwachtingen van de aanvragers met betrekking tot de rechten die hen door de wetgeving worden toegekend, bij te stellen.

Juridische procedures gaan vaak gepaard met de aanstelling door de rechter van een deskundige arts om een tegensprekelijke expertise uit te voeren. Volgens de artsen die we hebben ontmoet, moet er aan verschillende voorwaarden worden voldaan om deze expertise zo soepel mogelijk te laten verlopen, wat niet altijd het geval is:

- Idealiter zou de evaluerende arts aanwezig moeten kunnen zijn bij de expertise, of op zijn minst vervangen moeten worden door een collega als hij of zij niet beschikbaar is;
- de aangestelde deskundige moet bekend zijn met de specifieke kenmerken van de geldende wet- en regelgeving betreffende de beoordeling van het verdienvermogen in het kader van een handicap;
- de aanvrager kan zich laten bijstaan door zijn of haar behandelende geneesheer of door een beroepsarts;
- er moet een voldoende aantal deskundigen zijn om de procedure niet te vertragen.

De beslissingen van de rechtbank worden niet altijd meegedeeld aan de evaluerende arts, waardoor deze niet over de informatie beschikt die hij nodig heeft om zichzelf te beoordelen.

Ook moet worden opgemerkt dat de meeste beroepen betrekking hebben op de IT-beslissingen, d.w.z. het aantal verloren autonomiepunten. Dit is moeilijk objectief te beoordelen, aangezien de dienst geschillen van de DG niet beschikt over naar soort tegemoetkoming uitgesplitste cijfers.

Relatie met de coördinerende geneesheer van DG HAN en permanente opleiding in de centra

De relaties tussen de coördinerende statutaire artsen die de regionale medische expertisecentra coördineren en Dr. Hombroux en Dr. De Cuyper lijken zeer positief te zijn.

Er worden vaak formele en informele opleidingen georganiseerd op het niveau van het regionale centrum. Het is een zeer gewaardeerd forum voor *collegiale toetsing*, dat helpt om beslissingen op elkaar af te stemmen. Deze tijden zijn echter niet inbegrepen in de honoraria. Er is vaak betreurd dat de Covid-19-crisis de mogelijkheid tot overleg opschoortte.

Het computerprogramma kan ook worden gebruikt om proactief een dossier in te dienen bij de coördinator. Deze optie is interessant, maar wordt niet altijd gebruikt.

B. Samenvatting van het interview en analyse van de dossiers die zijn doorgestuurd door de dienst geschillen

Analyse van de doorgestuurde dossiers

De dienst van DG Han belast met geschillen stuurde de onderzoekers 5 beroepsdossiers behandeld door de Nederlandstalige arbeidsrechtbank of het Nederlandstalige arbeidshof (dossiers Y 21, 22, 24, 27, 28) en 4 Franstalige dossiers (Y 23, 25, 26, 29). De leeftijd van de aanvragers ten tijde van het instellen van het beroep varieerde: jonger dan 25 jaar in 3 gevallen (Y27, 28, 29), tussen 35 en 40 jaar in 2 andere gevallen (Y 24 en 25), en tussen 45 en

54 jaar voor de 4 resterende dossiers (Y21, 22, 23, 26). Helaas werd de aard van het gezondheidsprobleem dat aan de basis van de handicap lag, niet vermeld in twee dossiers (Y22 en 23). De 7 andere dossiers betroffen de nawerkingen van een ongeval in twee gevallen, de gevolgen van een explosie in een oorlogssituatie in één geval, doofheid in 2 gevallen, een orthopedische handicap vanaf de geboorte en tot slot een chronisch pijnsyndroom behandeld in een pijncentrum.

De arbeidsrechtbank of het arbeidshof (in het geval van Y27) verklaarde het beroep van de eiser gegrond in 3 Franstalige dossiers (Y23, 25, 26) en verwierp het beroep in de 5 andere zaken. Laten we eerst de redenen onderzoeken die de rechtbank ertoe brachten om een aantal van de ingestelde beroepen gegrond te verklaren.

In het dossier Y25 was de aanvrager een Syrische vluchteling die een ongeluk had gehad tijdens de oorlog en die in zijn land als kapper werkte. De door de arbeidsrechtbank van Henegouwen (afdeling Charleroi) aangestelde gerechtelijk deskundige steunde de beslissing van de arts van DG HAN, namelijk dat "als we de oorspronkelijke functie van kapper in aanmerking nemen, we inderdaad kunnen stellen dat hij door zijn eenogigheid en moeilijkheden met zijn linkerelleboog [sic] niet in staat is om deze functie uit te oefenen, maar afhankelijk van het leren van de taal en de mogelijkheid voor hem om een ander beroep te leren, wordt dit percentage van 66% [van het verlies aan verdienvermogen] dus niet bereikt". De rechter volgde het advies van de expert echter niet en motiveerde zijn aanvaarding van de claim om de volgende redenen: "Gezien de nawerkingen van de eiser en zijn huidige situatie, concludeert de rechtbank dat de eiser een verdienvermogen heeft dat is verminderd tot een derde van wat een valide persoon kan verdienen op de algemene arbeidsmarkt. Toegegeven, de situatie van de aanvrager zal waarschijnlijk verbeteren gezien zijn of haar leeftijd als de moeilijkheden bij het leren van Frans verminderen, maar in dit stadium is het onrealistisch om van hem of haar te verwachten dat hij of zij voltijds werkt. Het feit dat de betrokkene door eigen inspanningen nog steeds in staat is een beroepsinkomen te verwerven, rechtvaardigt niet de weigering om een vermindering van het verdienvermogen tot een derde te erkennen."

In dit specifieke geval (Y25) legden de procesadvocaten uit dat een gebrek aan kennis van de landstaal door sommige artsen van DG Han werd erkend als een handicapfactor bij het vinden van ander werk; in Vlaanderen wordt deze factor echter alleen als handicap erkend als de betrokken persoon een mentale beperking heeft.

In de andere twee dossiers (Y23 en 26) werd het beroep gegrond verklaard door respectievelijk de rechtbank van Brussel en de rechtbank van Luik (afdeling Namen),

waarbij de argumentatie van de rechtbank vergelijkbaar was: het feit dat de persoon met een handicap werkt, is geen doorslaggevend argument om de vermindering van het verdienvermogen tot 1/3 niet te erkennen. In het dossier Y23 werkte de persoon deeltijds in de schoonmaaksector, terwijl in het dossier Y26 de persoon deeltijds werkte in de administratie van Franse Gemeenschap. Dit is in overeenstemming met de jurisprudentie op dit punt, die wordt beschreven in het juridische gedeelte van het verslag.

Laten we nu eens kijken naar de dossiers waarin het beroep werd verworpen door de rechtbank, d.w.z. één van de 4 Franstalige dossiers en elk van de 5 Nederlandstalige dossiers die werden voorgelegd.

In het dossier Y29 was de aanvrager jong (21 ten tijde van het negatieve besluit van DG HAN) en had ze te kampen met misvormde voeten. De arbeidsrechtbank van Henegouwen (afdeling Charleroi) wees haar beroep af om de volgende redenen: "Volgens de aangestelde deskundige kan de aanvrager werken in de beeldbewerkingsector, maar ook in onthaalfuncties, als kassierster en verpakster op een post waar ze afwisselend staat en zit. Volgens de rechtbank kon ze daarnaast eveneens in een callcenter werken. De rechtbank merkte op dat de aanvrager blijvend invalide was als gevolg van haar orthopedische problemen, maar de mate van invaliditeit moest 50% zijn om in aanmerking te komen voor belastingvoordelen, en de mate van invaliditeit van 50% was niet vastgesteld."

In geval Y27 is de aanvrager een dove jongeman (24 jaar) die ondanks zijn handicap deeltijds werkt. Het Arbeidshof van Gent gaf de volgende redenen om zijn beroep te verwerpen: "Het hof stelt echter vast dat de appellant aan het werk is. Het betreft weliswaar een deeltijdse arbeidsbetrekking maar dit wijst erop dat hij wel degelijk kansen heeft op de algemene arbeidsmarkt. Hij merkt op dat hij wel slechts 19 uur per week werkt, en beweert dat een voltijdse dienstbetrekking uitgesloten is. Dat laatste is echter niet het criterium: vraag is of zijn verdienvermogen op de algemene arbeidsmarkt verminderd is met twee derden of meer". Principieel gezien is deze beslissing verrassend, temeer daar het een uitspraak van een arbeidsrechtbank betreft, in die zin dat in de rechtspraak reeds lang wordt geoordeeld dat de aanwezigheid van een verdienvermogen niet louter kan worden vastgesteld op basis van de vaststelling dat deeltijds arbeid wordt verricht: dit is een aanwijzing, maar op zich niet voldoende (*supra*, I, B, 3). In het onderhavige geval lijkt het er vooral op dat het deskundigenrapport dat tijdens de procedure in eerste aanleg is overgelegd, feitelijk had vastgesteld dat de aanvrager in het algemeen weinig moeite had met werken. Het vonnis bevat echter geen feitelijke details om dit te verklaren.

In het geval van het beroep Y24 betreft het een 39-jarige eiseres die lijdt aan chronische lage rugpijn en al verschillende rugoperaties heeft ondergaan. Na te hebben opgemerkt dat de rechtzoekende het negatieve deskundigenrapport niet had betwist, lichtte de arbeidsrechtbank van Antwerpen (afdeling Antwerpen) de verwerping van het beroep in meerdere opzichten toe: "Het verdienvermogen dient objectief vastgesteld te worden aan de hand van de bestaande letsels, onafhankelijk van een tewerkstelling of inschrijving bij RVA. [...] Een loutere sociale handicap, die geen weerslag heeft op het lichamelijke of psychische niveau, kan dus niet in overweging genomen worden voor het

toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming. [...] Als omgevingsfactoren een overheersende rol spelen bij de vermindering van het verdienvermogen, kan dit niet leiden tot een tegemoetkoming van de FOD Sociale Zekerheid DG HAN". (De rechter doelt hier op het feit dat de persoon na 10 jaar in België nog steeds onvoldoende Nederlands beheerst). "Het wordt niet betwist dat mevrouw rugproblemen heeft. [...] Haar tewerkstellingsmogelijkheden zijn, eventueel mits een beperkte bijscholing, niet beperkt tot zwaar poetswerk." En de rechtbank merkt verder op dat de belanghebbende geen medische documentatie had overgelegd om haar aanvraag te ondersteunen.

In het geval van beroep Y21 is de eiseres een 54-jarige vrouw die lijdt aan de nawerkingen van een verkeersongeval dat resulteerde in een gecompliceerde breuk van de linker enkel, een breuk waarvoor verschillende operaties werden uitgevoerd. De arbeidsrechtbank van Gent (afdeling Dendermonde) bevestigde de negatieve beslissing van DG Han:

"Meent de deskundige te kunnen adviseren dat mevrouw wel een aantal beroepsactiviteiten kan uitvoeren. ...het moet gaan om een zittend beroep met beperking van beroeps-wandelafstanden. Zij kan echter een heel aantal administratieve functies uitvoeren zoals bv. typewerk, telefoonwerk, secretariaatswerk enz." De argumenten van de rechtbank spitsten zich toe op het onderscheid dat moet worden gemaakt tussen de wetgeving eigen aan de uitkeringsverzekering (art. 100) en de wetgeving die van toepassing is op DG Han, d.w.z. het concept van de algemene arbeidsmarkt.

Het beroep Y28 werd ingesteld door een 28-jarige dove man. De arbeidsrechtbank van Gent (afdeling Gent) verwierp het beroep en verklaarde: " ...Het is duidelijk dat het verdienvermogen van eiser aanzienlijk verminderd is, doch op basis van de genoten opleidingen en vaardigheden van eiser, is de rechtbank het eens met het openbaar ministerie, dat het verdienvermogen niet minder bedraagt dan 1/3 dan dat van een valide persoon op de arbeidsmarkt". In het licht van de hierboven geanalyseerde jurisprudentie (*supra*, I, B, 3) lijkt deze uitspraak enigszins dissonant.

Het beroep Y22 werd ingesteld door een 55-jarige persoon van wie de pathologie niet werd gespecificeerd. Het recht van deze man op een IVT werd erkend door de arts van DG Han, maar niet zijn recht op een integratietegemoetkoming (IT). De arbeidsrechtbank van Antwerpen (afdeling Antwerpen) oordeelde enerzijds dat de IVT hem in de praktijk niet kon worden toegekend, aangezien zijn inkomen als invalide met een uitkering van het RIZIV het toegestane plafond overschreed, en bevestigde anderzijds dat het aantal punten dat kon worden toegekend inzake autonomie onder de minimumdrempel van 7 punten lag. Dit dossier is daarom van weinig belang voor deze studie. Er zij echter op gewezen dat de rechtbank van oordeel was dat de door aanvrager opgeworpen kwestie van een behoorlijk inkomen niet onder de bevoegdheid van DG Han valt, maar onder die van het OCMW.

Samenvatting van interview met de verantwoordelijken van de dienst

De verantwoordelijken hadden daarom een algemene vragenlijst gekregen om de discussie te structureren (zie bijlagen 3 en 3bis), en dit schema werd gevolgd.

De verantwoordelijken hebben een aanzienlijke daling van het aantal beroepen vastgesteld sinds 2017, kort voor het begin van de daadwerkelijke implementatie van de zesde staatshervorming en de regionalisering van de THAB. Volgens de door het departement verstrekte gegevens voor de jaren 2013 tot 2019 daalden de beroepen met betrekking tot IVT en IT - en dus exclusief de THAB, om het effect van de regionalisering te neutraliseren - van 2.258 in 2013 tot 1.656 in 2019, goed voor een daling van 26%. In 2021 bleef het aantal beroepen zelfs beperkt tot 1.094. Als gevolg hiervan zijn er momenteel de helft minder beroepen dan voorheen, zonder duidelijke verklaring voor dit fenomeen. Zoals de tabel op pagina 54 laat zien, heeft deze scherpe daling vooral betrekking op beroepen die zijn ingesteld na een negatieve beslissing in het kader van een nieuwe herziening.

In elk geval lijkt dit geen verband te houden met enige inschikkelijkheid van de kant van de DG Han-artsen, die vaker positieve beslissingen nemen. Volgens de door de DG verstrekte gegevens voor de periode 2013-2021 varieerde het percentage positieve beslissingen over een eerste aanvraag voor een IVT/IT tussen minimaal 19,0% en maximaal 47,6%, afhankelijk van het jaar en het gewest. Er is geen duidelijke trend die erop wijst dat het aantal positieve beslissingen de afgelopen jaren is toegenomen. Er zijn echter wel verschillen tussen de gewesten: het gemiddelde percentage positieve beslissingen over deze 9 jaar bedroeg 35,7% in Vlaanderen, 29,7% in het Brussels Gewest en 27,7% in Wallonië. Dit verschil tussen de gewesten moet echter worden gezien in het licht van de gewestelijke verschillen in het aantal IVT/IT-aanvragen: er zijn er namelijk verhoudingsgewijs meer in Wallonië (gemiddeld 42% van het jaarlijkse totaal) dan in Vlaanderen (gemiddeld 49%)¹²⁹.

De ontwikkeling van een nieuwe houding ten opzichte van aanvragers die ontevreden zijn met de beslissing kan een rol spelen. De dienst moedigt artsen aan om het dossier snel te bekijken wanneer een aanvrager reageert voordat hij beroep aantekent. In dezelfde geest nodigt de DG, wanneer deze ervan op de hoogte wordt gesteld dat er beroep is aangetekend, de arts uit om de zaak opnieuw te onderzoeken terwijl het beroep wordt onderzocht, om te zien of de oorspronkelijke beslissing moet worden herzien voordat het stadium van de tegensprekelijke expertise wordt bereikt.

Is de aard van de medische diagnose geassocieerd met het percentage beroepen? DG Han heeft momenteel geen statistieken van dit type beschikbaar om deze vraag te beantwoorden.

Onder de factoren die het percentage beroepen beïnvloeden, is de gewestelijke factor onbetwistbaar: in het verleden werd er vaker beroep aangetekend aan Franstalige zijde, maar nu wordt het omgekeerde waargenomen: er wordt vaker beroep aangetekend in Vlaanderen. Het is ook duidelijk dat de voorzitter van de kamer, d.w.z. de professionele rechter, invloed heeft op de uitkomst van de ingestelde beroepen: sommige rechters worden geacht een "sociale" vooringenomenheid te hebben, terwijl anderen strenger zouden zijn. En wanneer de voorzitter van de kamer met pensioen gaat, kan er een duidelijke verandering in de relatieve strengheid van de rechtbank worden waargenomen bij zijn opvolger.

¹²⁹ Informatie verstrekt door dhr. Luc Blomme, door een e-mail van 16 januari 2023.

Er zijn geen statistieken beschikbaar over de vraag of er verschillen zijn afhankelijk van welke DG Han-arts de beslissing neemt.

De door de rechtbank aangestelde deskundige artsen hebben vaak een beslissende invloed op de uitkomst van het beroep. Gezien de lage honoraria die in rekening worden gebracht (rond de 500 euro per expertise), is het aantal beschikbare artsen in elke subregio beperkt en lijken sommige deskundigen standpunten in te nemen die systematisch ongunstig zijn voor de conclusies van de arts van DG Han. In deze gevallen is de relatie met de deskundige moeilijk en soms vindt de arts van de DG het niet eens nodig om de hoorzitting bij te wonen om zijn standpunt te verdedigen.

De dienst geschillen geeft alle nieuw aangestelde artsen een opleiding in het Frans of Nederlands om hen voor te bereiden op het behandelen van beroepen. De gedachte achter deze opleiding is als volgt: "Wilt u uw standpunt verdedigen ten opzichte van de rechtbank? Werk dan samen met ons, de procesadvocaten, om uw standpunt zo te presenteren dat de rechter het kan begrijpen." Zodra de beslissing over het beroep door de rechtbank is uitgesproken, wordt deze altijd meegedeeld aan de arts in de DG die de oorspronkelijke beslissing heeft genomen, en soms ook aan de coördinerende arts. Er moet echter worden opgemerkt dat sommige van de evaluerende artsen die we hebben ontmoet dit ontkrachten (*supra*).

Volgens de verantwoordelijke van de dienst ligt het succespercentage van DG Han voor beroepen rond de 50% - wat verondersteld wordt een gelijkwaardig succespercentage voor de aanvragers te betekenen. De statistieken die de DG hierover heeft verstrekt, bevestigen deze schatting: het percentage beroepen dat door de arbeidsrechtbank gegrond wordt verklaard, varieert van 45,5% in 2016 tot 50,6% in 2021.

Welke verbeteringen kunnen worden aangebracht om het aantal beroepen te verminderen? De geïnterviewde verantwoordelijken stelden een aantal denkpluims voor:

- dat de arts betere redenen geeft voor een negatieve beslissing;
- dat DG Han de eiser een brief stuurt waarin de redenen voor de negatieve beslissing worden uitgelegd, aangezien de verstrekte informatie momenteel geformatteerd en zeer beknopt is ("uw verdienvermogen is niet afgenomen tot minder dan een derde")¹³⁰ ;
- dat de dienst geschillen artsen zou moeten voorzien van standaardvoorbeelden van jurisprudentie die besproken kunnen worden in de regionale centra als onderdeel van intercollegiale toetsingsbijeenkomsten gewijd aan specifieke gevallen.

C. Samenvatting van de interviews met leden van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een handicap

¹³⁰ Er moet worden opgemerkt dat het blijven gebruiken van deze gestandaardiseerde formule zeer problematisch is in het licht van het charter van de sociaal verzekerde, dat sinds de inwerkingtreding in 1997, meer dan twee decennia geleden, vereist dat beslissingen om socialezekerheidsuitkeringen toe te kennen of te weigeren, gemotiveerd moeten zijn: wet van 11 april 1995 tot invoering van het charter van de sociaal verzekerde, art. 13.

Dr. Mairiaux en Dr. Schenkelaars hadden de gelegenheid om leden van de NHRPH te ontmoeten die de Association socialiste de la personne handicapée (ASPH), de *Christelijke Mutualiteiten*, de Brusselse begeleidingsdienst van de Brailleliga en de *Katholieke Vereniging Gehandicapten* vertegenwoordigden.

Uit deze bijeenkomsten kunnen een aantal relevante punten worden gehaald:

- De redenen die worden gegeven voor de beslissing zijn vaak te onvolledig om de beslissing te kunnen begrijpen en, indien nodig, nieuwe informatie te verstrekken als reactie op de aangevoerde motivering.
- De beoordeling is gebaseerd op een strikt medisch model, terwijl andere programma's en internationale literatuur zijn overgegaan op een bio-psycho-sociaal model. In het bijzonder kan al dan niet rekening worden gehouden met omgevingsfactoren en de veerkracht van de persoon met een handicap, afhankelijk van het oordeel van de expert. De vraag blijft of er al dan niet rekening moet worden gehouden met maatschappelijke problemen.
- Het domein is zeer complex en er zijn vaak specialisten (medisch en sociaal) bij betrokken, wat leidt tot misverstanden bij zowel de persoon met een handicap en zijn directe omgeving als bij artsen in de therapeutische sector.
- Er blijken grote verschillen te bestaan, zowel in de beslissingen van DG Han als in de conclusies van deskundigenrapporten, zonder dat duidelijk is waarop deze verschillen zijn gebaseerd. Terwijl sommige experts het bijvoorbeeld onverenigbaar vinden om effectief te werken met een IVT-erkenning, zien anderen deze erkenning als een ondersteuning voor sociale integratie. De expertises zijn vaak lukraak, niet objectief en afhankelijk van de kwaliteit van de expert. Ook wordt de wens geuit voor een meer collegiale evaluatie.
- De leden van de NHRPH betreuren het dat de evaluerende artsen niet genoeg tijd hebben voor hun beoordelingen en dat beslissingen die van invloed zijn op de toekomst van personen met een handicap in te korte tijd worden genomen.
- Er zijn manieren om een beslissing te herzien in overleg met de administratie van de DG, maar deze zouden formeler moeten zijn, omdat ze een echte dialoog mogelijk maken en talrijke misverstanden en beroepen zouden voorkomen.
- De beoordeling zou ook meer moeten openstaan voor het vooruitzicht van socioprofessionele integratie vanuit het perspectief van aanmoediging, begeleiding en psychologische en financiële steun.
- Erkenning is niet alleen een kwestie van financiële voordelen, maar heeft tevens een symbolische dimensie die niet over het hoofd mag worden gezien.
- Uit de evaluatie van de documenten bleek dat er grote verschillen in beoordeling waren tussen DG Han en de gerechtelijke experts. Een beoordeling na een klinisch onderzoek is nog steeds de "gouden standaard".
- Aandoeningen zoals fibromyalgie, chronische vermoeidheid en hyper-elektrosensitiviteit blijven controversieel.
- De responstijden verschillen per gewest, maar de medische beoordeling blijft de beperkende factor. Dat was vooral het geval tijdens de Covid-19-periode.
- Thuiswerken (vooral tijdens de Covid-periode) werd vaak gezien als bewijs van een verdienvermogen, wat problematisch zou zijn.

- We betreuen het gebrek aan contact tussen de verschillende socialezekerheidssectoren.
- Zouden er geen kwaliteitscriteria en doelstellingen moeten zijn om de diensten van DG Han te kunnen beoordelen?
- Ze benadrukken allemaal de noodzaak van een beoordeling door een arts en sommigen wijzen op het belang van controles om misbruik te voorkomen.

Conclusie

Uit de interviews met de verschillende personen die we hebben gesproken, kwamen een aantal belangrijke punten naar voren.

Allereerst is het opvallend hoezeer het ontbreken van duidelijke criteria voor de beoordeling van het verdienvermogen in de wetgeving en de omzendbrieven - een punt dat al werd benadrukt in het juridische hoofdstuk - tot grote verschillen leidt tussen beoordelingen door verschillende artsen en dat voor aanvragers in ogenschijnlijk vergelijkbare situaties. Zoals in dit hoofdstuk werd geïllustreerd, hebben de meest opvallende discrepanties betrekking op:

- Of er al dan niet rekening wordt gehouden met het feit dat de aanvrager al heeft gewerkt, of nog steeds werkt (buiten het specifieke kader van bedrijven voor vorming door arbeid); in sommige gevallen rechtvaardigt dit de weigering om een IVT toe te kennen - wat problematisch is in het licht van de jurisprudentie -, in andere gevallen staat het een dergelijke toekenning geenszins in de weg;
- Of bij de beoordeling al dan niet rekening wordt gehouden met niet-medische factoren zoals de leeftijd van de aanvrager in verhouding tot de arbeidsmarkt, zijn of haar beheersing van een van de landstalen of, impliciet, zijn of haar sociofamiliale situatie;
- Met name in het geval van jonge aanvragers wordt ofwel een beslissing voor bepaalde tijd genomen - wat de regelgeving niet lijkt toe te staan - of er wordt een beslissing voor onbepaalde tijd genomen, of elke beslissing wordt uitgesteld totdat de jongere hopelijk het opleidingsproces dat hij of zij is begonnen, heeft voltooid. Op dit punt is er een volledig reglementair vacuüm en bij gebrek aan een interne omzendbrief van DG Han lijkt elke arts vrij om geval per geval te bepalen wat hem of haar de meest geschikte beslissing lijkt.

Dit laatste punt brengt ons ertoe op te merken dat de openstelling van de toegang tot tegemoetkomingen die door DG Han worden toegekend aan jongeren vanaf 18 jaar een reeks specifieke vragen oproept, met name het verdwijnen van de toegang tot informatie over de verhoogde kinderbijslag (VKB) na de laatste staatshervorming. Voor al deze kwesties bestaat er momenteel geen wetgevend kader, noch enige interne procedure of aanbeveling bij DG Han. In de praktijk leidt dit tot ongelijkheden in de behandeling die moeilijk te accepteren zijn.

Het is dan ook begrijpelijk dat sommige leden van de NHRPH de overtuiging hebben geuit dat de beoordeling inzake IVT "per persoon" wordt uitgevoerd en dat de aanvrager geluk of pech kan hebben, afhankelijk van het geval, om door de ene of de andere arts beoordeeld te worden. Om bovenstaande redenen betekent dit evenwel niet dat de evaluerende artsen blijf zouden geven van achteloosheid of lichtzinnig te werk zouden gaan

in hun beoordelingspraktijken; de geïnterviewde artsen toonden allemaal, zonder uitzondering, een hoge mate van professionaliteit en een zorg voor nauwkeurigheid en objectiviteit in hun beoordelingen. Uit de interviews bleek echter dat de manier waarop deze artsen werken sterk verschilt, zowel wat betreft hun werkomgeving als de praktische organisatie van de beoordelingen.

Gezien de variatie in beslissingen die genomen worden voor ogenschijnlijk vergelijkbare gevallen, proberen de coördinerende artsen een grotere consistentie in de beslissingen te bevorderen door het aanmoedigen van 'peer review'-processen en -vergaderingen op het niveau van de regionale centra. Dit beleid lijkt echter niet te zijn gesystematiseerd wat betreft de frequentie, inhoud en organisatie van de vergaderingen. De betrokkenheid van juristen van de dienst geschillen bij deze vergaderingen, hoewel gewenst door deze laatsten, lijkt in de praktijk zeldzaam te zijn. Een zeer reëel obstakel voor het implementeren van een echt beleid op dit gebied is het gebrek aan specifieke vergoedingen voor deze *collegiale toetsingen*.

Een vraag die nog open blijft, is de keuze die moet worden gemaakt tussen een beoordeling "op basis van stukken", d.w.z. zonder de aanvrager te ontmoeten, en een beoordeling die bij een consult op de praktijk van de arts wordt uitgevoerd waarvoor de aanvrager werd uitgenodigd. Is de verdeling van aanvragen tussen deze twee procedures echt willekeurig, zoals een van de geïnterviewde artsen suggereerde? Welke criteria hanteert de DG om de voorkeur te geven aan de ene procedure boven de andere? Heeft de gemaakte keuze een invloed op de kwaliteit van de beoordeling en bijgevolg op het latere aantal beroepsprocedures? De onderzoekers hebben in dit stadium van het onderzoek nog geen antwoorden op deze vragen.

Hoewel de meeste geïnterviewden erkenden dat de kennis van de kwalificaties die de aanvragers hebben verworven (via hun schoolloopbaan en/of opleiding) en het bestaan van eventuele beroepservaring deel zouden moeten uitmaken van de elementen van hun beoordeling, bleek uit de interviews dat de informatie die ze hierover hadden op het moment van hun beoordeling in veel gevallen onvolledig, onnauwkeurig of zeer vaag was. Het verstrekken van duidelijke en nauwkeurige informatie, via een passende administratieve ondersteuning, zou echter de kwaliteit van de beoordelingen kunnen verbeteren en de genomen beslissingen beter kunnen motiveren.

Tot slot is de implementatie van multidisciplinaire teams binnen regionale centra nog lang niet wijdverbreid en moet de manier waarop nieuw aangeworven paramedici en psychologen bij de beoordeling worden betrokken nog worden verduidelijkt.

III. Kwantitatieve enquête onder artsen die werken voor de DG Personen met een handicap

Philippe MAIRIAUX

Ereprofessor Arbeidsgeneeskunde aan de Universiteit van Luik

Departement Volksgezondheidswetenschappen

en

Jean-Pierre SCHENKELAARS

Consultant en lector socialeverzekeringsgeneeskunde aan de Faculteit

Volksgezondheid van de UCLouvain

met de medewerking van Daniel DUMONT

Professor aan de Université Libre de

Bruxelles Centre de droit public et social

A. Methodologie

Vragenlijst van de enquête

Representativiteit van de steekproef van responderende artsen

B. Presentatie en bespreking van de resultaten

Modaliteiten van het werkkader voor de expertises

Diagnoses die de grootste problemen opleveren bij de beoordeling van verlies aan
verdienvermogen

Duur van de verleende erkenning

Problemen die specifiek zijn voor bepaalde leeftijden of levensfasen

Informatie van beoordelingen door andere instanties

Verlies van verdienvermogen en werk in bedrijven voor vorming door arbeid of
voortzetting van studies

Redenen voor weigering van erkenning

De hulp van beoordelingsassistenten bij het beoordelen van aanvragen

Beroepen bij de rechtbanken

Relatie met de coördinerende geneesheer van DG HAN en permanente opleiding in
de centra

Suggesties om de aantrekkelijkheid van de functie te vergroten en aandachtspunten
om te voorkomen dat de functie degradeert

Elementen die niet in de vragenlijst worden aangehaald, maar wel vrij werden genoemd

Conclusie

Het onderzoeksprotocol dat door het onderzoeksconsortium werd ingediend, bepaalde dat de eerste fase van het onderzoek, gewijd aan het opmaken van een balans en analyse van de bestaande situatie, zou bestaan uit het uitvoeren van een kwantitatieve enquête, door middel van een vragenlijst, onder alle evaluatieprofessionals die werkzaam zijn voor de DG Personen met een handicap (DG HAN). Het doel was om de hypothesen uit het kwalitatieve onderzoek te verifiëren bij alle betrokkenen, d.w.z. ongeveer 105 artsen en 20 niet-artsen. Na overleg met de twee coördinerende artsen van de DG, Dr. Thierry De Cuyper en Dr. Ann Hombroux, bleek het echter voorbarig om een enquête te houden onder de beoordelaars die geen arts zijn. Niet omdat hun standpunt niet interessant zou zijn om te kennen, maar wel omdat ze in de meeste gevallen pas onlangs werden aangeworven en de aan hen toevertrouwde taken in de praktijk nog sterk verschillen van regionaal centrum tot regionaal centrum. Daarom werden alleen evaluerende artsen uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

A. Methodologie

Een eerste versie van de vragenlijst werd opgesteld door het onderzoeksconsortium in samenwerking met de twee coördinerende artsen. Na de vergadering van het begeleidingscomité van de studie op 13 december 2022 werd afgesproken dat de FOD deze versie van de vragenlijst zou digitaliseren en vervolgens verspreiden. Medio februari 2023 werd echter duidelijk dat een interne oplossing moeilijk te implementeren zou zijn en twijfels zou kunnen oproepen over de anonimiteit van de respondenten. Het onderzoeksconsortium ging daarom op zoek naar een externe wetenschappelijke groep die het algemene beheer van het onderzoek op zich kon nemen, inclusief de statistische analyse van de resultaten. Het BSTAT-team (biostatistiek) van Professor Donneau aan de Universiteit van Luik werd daarbij gecontacteerd en diende een offerte in voor dit werk. Deze offerte werd aanvaard en de bestelbon werd op 15 maart 2023 door de directie van de DG ondertekend.

Vragenlijst van de enquête

Na deze overeenkomst hield het onderzoeksconsortium een werkvergadering met het BSTAT-team en bracht het nog een reeks wijzigingen aan in de vragenlijst om deze gemakkelijker te digitaliseren en duidelijker te maken. De uitnodigingsbrieven werden gefinaliseerd en vertaald. De heer De Vaucleroy stuurde het consortium een bijgewerkte lijst met de e-mailadressen van alle artsen die voor DG HAN werken. De onderzoekers namen vervolgens contact op met 9 artsen die hadden deelgenomen aan de interviews die waren afgenomen als onderdeel van het kwalitatieve deel van het onderzoek, om hen te vragen een pre-test van de vragenlijst uit te voeren en een evaluatieformulier terug te sturen. De pre-test werd ingevuld door 6 artsen (3 NL waaronder Dr. A. Hombroux, coördinator, en 3 FR) tussen 22 en 30 maart 2023. Deze pre-test werd gebruikt om de vragenlijst aan te passen, die intussen werd gedigitaliseerd. De herziene versies (NL en FR) van de vragenlijst werden voltooid op 5 april; ze zijn te vinden in bijlagen 5 en 5bis.

De uitnodiging om in te loggen op het platform dat ontwikkeld werd door het BSTAT-team werd op 6 april per e-mail verstuurd naar 55 Nederlandstalige artsen en 41 Franstalige artsen. Er werd besloten om de 6 artsen die de pre-test al hadden afgelegd niet uit te nodigen, evenmin als Dr. T. De Cuyper, de Franstalige coördinator, die

de vragenlijst met de onderzoekers had opgesteld. De vragenlijsten werden anoniem ingevuld en de gegevens werden opgeslagen op beveiligde servers van de Universiteit van Luik.

De enquête werd afgesloten op 26 april om middernacht en er bleken tijdens de onderzoeksperiode (7-26 april) 43 vragenlijsten ingevuld te zijn door de evaluerende artsen. Het BSTAT-team analyseerde de verzamelde gegevens en diende op 5 mei een rapport met een analyse van de resultaten in bij het consortium (bijlage 6). De volgende regels zijn hierop gebaseerd.

Representativiteit van de steekproef van responderende artsen

Sommige beschrijvende gegevens die door de respondenten werden verstrekt, maken het mogelijk om de representativiteit van de steekproef te beoordelen in verhouding tot de populatie van in totaal 96 artsen die werden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Onderstaande tabel laat zien dat de respons veel hoger was onder statutaire artsen dan onder aangeduide artsen, en ook onder artsen met meer dan 10 jaar anciënniteit. Er was echter geen significant verschil in respons tussen mannen en vrouwen, of tussen Nederlandstaligen en Franstaligen. Over het geheel genomen kan de steekproef die op de enquête reageerde als redelijk representatief worden beschouwd voor alle artsen die beoordelingen voor DG HAN uitvoeren.

Tabel III.1: Analyse van de representativiteit van de steekproef

	Bevraagde populatie			N respondenten			Responsgraad (%)			p-waarde**
Taal	NL	FR		NL	FR		NL	FR		0.44
	55	41		27	16		49,1	39		
Statuut	Statutair	Aangeduid		Statutair	Aangeduid	?	Statutair	Aangeduid		0.029
	17	79		12	30	1*	70,6	38		
Geslacht	Man	Vrouw		M	V		M	V		0.90
	54	42		25	18		46,3	42,9		
Anciënniteit DG HAN	< 5 jaar	5-10 jaar	> 10	< 5 jaar	5-10 jaar	> 10	< 5 jaar	5-10 jaar	> 10	0.018
	22	15	59	5	5	33	22,7	33,3	55,9	

(*) Van 1 statutaire arts is de anciënniteit niet bekend; voor deze variabele geldt de onderzochte populatie daarom als onderschat en de responspercentages als licht overschat.

(**) Vergelijking van responspercentages: p-waarde van Chi-kwadraattest

Er zij op gewezen dat er zeer waarschijnlijk een nauw verband bestaat tussen de leeftijd van de artsen en de tijd dat zij al voor DG HAN werken: 60,4% van de bevroagde artsen is 60 jaar of ouder, terwijl van de 96 bevroagde artsen 61,5% al meer dan 10 jaar voor DG HAN werkt.

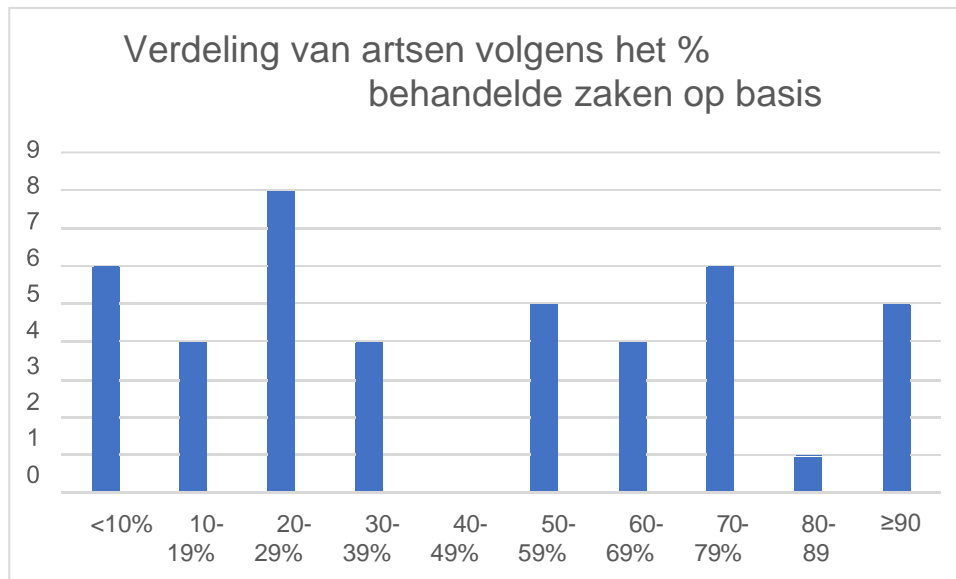
B. Presentatie en bespreking van de resultaten

Om te beginnen is het interessant om op te merken dat een aanzienlijk deel van de artsen die de vragenlijst invulden, in het laatste "vrije" deel van de vragenlijst hun eigen tevredenheid uitten over het feit dat ze geënquêteerd waren alsook hun wens om betrokken te worden bij de ontwikkeling van eventuele toekomstige hervormingen.

Modaliteiten van het werkkader voor de expertises (tabellen 3, 15 en 33 van bijlage 6)

Op basis van de gemiddelde minimale en maximale tijd die opgegeven werd, hebben respondenten tussen de 17 en 46 minuten nodig om een dossier te beoordelen. Artsen met meer anciënniteit hebben iets minder tijd nodig, maar er is geen verschil naargelang de taalachtergrond van de beoordelaar.

Sinds het einde van de Covid-maatregelen blijkt dat gemiddeld iets minder dan de helft van alle dossiers op basis van stukken en via telewerk wordt afgehandeld. Dit verschilt sterk van arts tot arts, zoals de grafiek hieronder laat zien, waarbij sommige artsen zich zelden op stukken baseren (< 10%) en andere artsen bijna uitsluitend op deze manier werken (>= 90% van de dossiers). Moet dit enorme verschil in praktijken, dat niet wordt beïnvloed door de taalkundige rol van de arts, alleen aan toeval worden toegeschreven? Dit lijkt onwaarschijnlijk. Is dit het resultaat van praktijken die specifiek zijn voor elk regionaal centrum, of de op zijn minst indirecte uitdrukking van de wensen en persoonlijke voorkeuren van de arts? Tijdens het kwalitatieve onderzoek stelden sommige artsen zich vragen over de criteria die worden gebruikt om de aanvraag van een verzekerde toe te kennen, hetzij op grond van het onderzoek van stukken, hetzij op basis van een medisch onderzoek op de praktijk. Helaas bevatte de gebruikte vragenlijst geen vragen over dit onderwerp, wat maakt dat de vraag naar de criteria onbeantwoord blijft, net als de vraag naar de redenen voor zulke grote verschillen tussen beoordelaars.



Voor de dossiers waarin er sprake was van een ontmoeting met de aanvrager, werd ongeveer de helft van de tijd besteed aan de expertise zelf (anamnese/klinisch onderzoek, indien van toepassing); een kwart van de tijd aan het lezen van de *intakevragenlijst* en de medische rapporten; en een kwart van de tijd aan het schrijven van het rapport. Twee derde van de Nederlandstalige respondenten vond dat een standaardformaat hen zou helpen bij het schrijven van deze rapporten, tegenover slechts een kwart van de Franstaligen.

In totaal besteden medische beoordelaars gemiddeld 6,7 halve dagen per week, of 0,67 VTE, aan expertises aangevraagd door DG HAN, zonder significant verschil tussen de taalgemeenschappen. Gemiddeld besteden ze 2/3 van hun werktijd aan expertises voor DG HAN (het minimum onder de respondenten is 1/3 tijd) en maar weinig medische experts voeren andere expertises uit: 4 doen dit voor andere federale OISZ's, 5 in de hoedanigheid van beroepsarts, 4 in de hoedanigheid van expert bij de rechtbanken en 2 voor privéverzekeraars. De meeste artsen besteden daarom het grootste deel van hun tijd aan DG HAN, hoewel ze ook een privépraktijk hebben. Uiteraard besteden de statutaire artsen van hun kant al hun werktijd aan DG HAN.

De helft van deze expertises vindt plaats in een regionaal centrum van DG HAN, waar de meeste medische onderzoeken worden uitgevoerd; onderzoeken in de privépraktijk van de expert vormen een uitzondering onder de respondenten (10 van de 43 artsen). De rest van het werk wordt via telewerk gedaan.

De tijd die wordt besteed aan administratief werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) bedraagt gemiddeld 4,4 uur per week.

Verder werd er 2,6 uur per week besteed aan '*peer reviews*' (met de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of via besprekingen tussen collega's).

Terloops moet worden opgemerkt dat ongeveer de helft van de Nederlandstalige respondenten wel eens bij de aanvrager thuis komt voor een evaluatie, tegenover slechts 12,5% van de Franstaligen. Dat is een heel groot verschil.

Diagnoses die de grootste problemen opleveren bij de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen (tabellen 4, 16 en 34 van bijlage 6)

Volgens de evaluerende artsen die reageerden, zijn de diagnoses die over het algemeen de grootste problemen opleveren bij het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen met het oog op het toekennen van de IVT, in volgorde: fibromyalgie/chronisch vermoeidheidssyndroom (83,7%), Ehler-Danlos syndroom/hypermobiliteit (81,2%), een discrepantie tussen de waargenomen pathologie en de geclaimde beperkingen (58,1%), autistisch syndroom (55,8%), burn-out (51,2%), psychiatrische problemen bij jongeren (48,8%) en tot slot lumbalgie (44,2%). Dit zijn allemaal diagnoses die spontaan werden genoemd door bepaalde artsen tijdens de interviews.

Er waren echter twee grote verschillen in de antwoorden over dit onderwerp afhankelijk van de taalgemeenschap waartoe de arts in kwestie behoorde: de beoordeling van een autistisch syndroom bleek veel moeilijker voor Nederlandstaligen (77,8%) dan voor Franstaligen (18,8%) ($p=0,0002$), terwijl omgekeerd het aandeel Franstalige respondenten (81,2%) die vonden dat het Ehler-Danlos syndroom (hypermobiliteit) beoordelingsmoeilijkheden opleverde, groter was dan het aandeel Nederlandstalige respondenten dat dezelfde mening toegedaan was (33,3%) ($p=0,0024$).

Terwijl de anciënniteit van de responderende arts geen invloed had op de ondervonden beoordelingsmoeilijkheden, had het statuut van de arts - aangeduid of statutair - evenmin invloed, behalve op één punt: het bestaan van een discrepantie tussen de waargenomen pathologie en de geclaimde beperkingen werd door 70% van de aangeduide artsen als een probleem geïdentificeerd, maar slechts door 25% van de statutaire artsen ($p=0,014$).

Geconfronteerd met deze beoordelingsproblemen voor bepaalde ziekten, was de meerderheid van de respondenten (53,5%), ongeacht hun taalregime, anciënniteit of statuut, van mening dat het *Handboek met instructies, aanbevelingen en interne procedures* van DG HAN, informeel de "Bijbel" genoemd, slechts beperkte hulp bood. Terwijl 27,9% van hen het handboek van onschatbare waarde vond, wist 14% van de respondenten ($n=6$) niet eens dat het handboek bestond. Hierbij dient opgemerkt dat onder deze laatsten er 5 meer dan 10 jaar anciënniteit hadden, wat suggereert dat er behoefte is aan meer informatie over dit handboek, ervan uitgaande dat het nut ervan eerst kan worden geverifieerd.

Duur van de verleende erkenning

Met betrekking tot de duur van de toegekende erkenning geeft de kwantitatieve enquête een soortgelijke conclusie als die uit de kwalitatieve interviews met de evaluerende artsen: alle 43 respondenten (100%) zeggen dat ze soms een verminderd verdienvermogen erkennen dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode

in de tijd¹³¹. De belangrijkste factoren die dit type beslissing bevorderen zijn, in volgorde: het bestaan van een lopend revalidatieproces (95,3%), de jonge leeftijd (18-25) van de aanvrager (88,4%), een evolutieve pathologie (86%) en een onnauwkeurige diagnose (65,1%).

Problemen die specifiek zijn voor bepaalde leeftijden of levensfasen (tabel 6 van bijlage 6)

Niet alle artsen geloven dat er specifieke problemen zijn voor bepaalde levensperiodes: de helft van de respondenten noemde geen specifieke problemen voor 55-plussers, terwijl 29,3% geen problemen noemde voor 18- tot 25-jarigen.

Als we rekening houden met de kwesties die werden vermeld voor de verschillende periodes die in de vragenlijst werden gedefinieerd, krijgen we de volgende hoofdkwesties in afnemende volgorde van het percentage respondenten dat minstens één kwestie vermeldde. Voor de leeftijdsgroep 18-35 jaar waren de belangrijkste kwesties het autistisch syndroom (genoemd door 21 artsen) of psychiatrische problemen (18 artsen); fibromyalgie of het chronisch vermoeidheidssyndroom werden genoemd door 11 artsen, evenals een discrepantie tussen de waargenomen pathologie en de geclaimde beperkingen.

Bij de 26-35-jarigen zijn fibromyalgie en het chronisch vermoeidheidssyndroom de meest genoemde aandoeningen (17 artsen); lumbalgie wordt genoemd door 14 artsen en het bestaan van chronische pijn door 12 artsen.

Voor de leeftijdsgroep 36-55 jaar zijn fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom opnieuw de meest genoemde aandoeningen (17 artsen), terwijl een discrepantie tussen de waargenomen aandoening en de geclaimde beperkingen door 15 artsen wordt aangehaald en lumbalgie door 13 artsen.

Bij 55-plussers worden lumbalgie (13 artsen) en een discrepantie tussen de waargenomen pathologie en de geclaimde beperkingen (12 artsen) het vaakst vermeld.

Informatie van beoordelingen door andere instanties (tabellen 7, 17 en 35 van bijlage 6)

De informatiebronnen waarover de evaluerende arts beschikt om meer te weten te komen over de educatieve, medische en eventuele professionele achtergrond van de aanvrager zijn voornamelijk de anamnese van de persoon ten tijde van de expertise (88,4%), het intakeformulier (79,1%) en de rapporten van de gespecialiseerde medische diensten die door de persoon met een handicap zelf worden overgemaakt (72,1%). Merkwaardig genoeg zijn de eerdere beoordelingen van de aanvrager door DG HAN beter bekend aan Franstalige zijde (93,8%) dan aan Nederlandstalige zijde (63,0%). We weten niet waarom ze niet systematisch toegankelijk zijn voor de artsen, aangezien de administratie in principe in het bezit zou moeten zijn van alle evaluaties die binnen de administratie worden uitgevoerd. Wanneer

¹³¹ In het juridische gedeelte van het rapport gaven we aan dat we de wettelijke basis voor deze praktijk niet konden vaststellen.

andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor rekening van andere federale of gefedereerde instanties voor sociale bescherming (ziekenfonds, openbare dienst voor arbeidsbemiddeling en opleiding, openbare dienst voor hulp aan gehandicapten, ...), heeft de evaluerende arts in 83,7% van de gevallen geen toegang tot enige informatie. Hierbij dient opgemerkt dat statutaire artsen over het algemeen meer gebruikmaken van deze informatie dan aangeduide artsen. Dit bevestigt dus de stelling dat de gezondheidsgegevens van andere socialezekerheidsinstellingen zeer weinig lijken te circuleren naar DG HAN.

Verlies van verdienvermogen en werk in bedrijven voor vorming door arbeid of voortzetting van studies (tabellen 8, 18 en 36 van bijlage 6)

In totaal vond 88,4% van de evaluerende artsen dat het feit dat de persoon in een aangepaste werkstructuur werkte (BVA, WVA, CISP, *maatwerkbedrijf*) invloed had op hun analyse en de daaruit voortvloeiende beslissing, maar vaak in de tegenovergestelde richting, afhankelijk van het taalregime. Voor meer dan de helft van de Franstaligen is dit een indicator van verdienvermogen¹³², terwijl het voor meer dan 80% van de Nederlandstaligen een indicator is van verminderd verdienvermogen.

Aan de andere kant waren alle respondenten het erover eens dat werken in een baan op de algemene arbeidsmarkt, zoals het volgen van algemeen onderwijs, een indicator is van een zeker verdienvermogen, terwijl studeren in het bijzonder onderwijs juist een indicator is van een verminderd verdienvermogen.

Redenen voor weigering van erkenning (tabellen 10 en 11 van bijlage 6)

Wanneer de medische beslissing negatief is, verklaarde slechts één van de responderende artsen (2,3%) dat ze hun beslissing systematisch en onmiddellijk aan de aanvrager mededeelden. De rest van de respondenten zei dit "soms" (21 artsen) of "nooit" (21 artsen) te doen. De verdeling van de antwoorden op deze vraag verschilt niet volgens de taal van de arts, noch volgens de anciënniteit van de evaluerende arts. Het aandeel van de statutaire evaluerende artsen die verklaren dat ze hun beslissing nooit onmiddellijk mededelen (25%) is lager dan dat van de aangeduide artsen (60%), maar dit verschil is niet statistisch significant, wat verklaard kan worden door het kleine aantal statutaire artsen (n=12) in de respondentenpopulatie.

Dit gebrek aan onmiddellijke communicatie van de beslissing in de meeste gevallen kan worden geïnterpreteerd in het licht van de uitleg die werd gegeven tijdens de interviews met de evaluerende artsen tijdens het kwalitatieve onderzoek. Een aantal punten werden toen naar voren gebracht: bezorgdheid over de billijkheid ten opzichte van aanvragers wier aanvragen worden onderzocht op basis van stukken, en dus zonder directe interactie met de arts; de wens om de medische gegevens die zijn verzameld via de anamnese, het klinisch onderzoek en de verslagen van de gespecialiseerde artsen "in alle rust" samen te vatten, nadat de verzekerde

¹³² Hierbij dient opgemerkt dat een dergelijke beoordeling problematisch is gezien de regelgeving en jurisprudentie, zoals uitgelegd in het juridische gedeelte van het rapport.

de praktijk van de arts heeft verlaten; en ten slotte het bestaan van complexe situaties waarvoor de arts het advies van zijn collega's in het regionaal centrum of van de coördinerende arts inwint voordat hij beslissingen neemt. De angst voor een agressieve reactie van de aanvrager na een weigering kan ook een rol spelen in deze houding.

Tabel 11 toont alle redenen voor weigering, uitgedrukt in vrije tekst door 38 van de 43 responderende artsen. Uit deze tabel kunnen we afleiden dat de belangrijkste motivaties van artsen de volgende zijn:

- Op basis van het dossier of zijn onderzoek is de arts van mening dat de aanvrager, ondanks zijn pathologie en de daarmee gepaard gaande handicap, nog steeds geschikt is voor een normaal lonende baan, of dat hij licht zittend werk zou kunnen doen, of dat zijn goede intellectuele vorming hem in staat stelt om te werken ondanks zijn handicap, of dat licht werk mogelijk is, of dat aangepast werk, eventueel op deeltijdbasis, mogelijk is, of dat de pathologie leidt tot beperkingen die te klein zijn om het verdienvermogen te verminderen tot minder dan een derde, of dat de medische situatie verbeterd is en niet langer rechtvaardigt dat een vermindering van het verdienvermogen tot minder dan een derde wordt erkend;
- De arts is van mening dat de aanvrager een werkloosheidsuitkering ontvangt, wat betekent dat hij of zij voldoende verdienvermogen heeft, arbeidsgeschikt is en in staat is om te werken; in sommige gevallen kan de arts in Vlaanderen wachten op de resultaten van de GTB-begeleiding, of tot een jongere stages heeft voltooid, alvorens een beslissing te nemen over de aanvraag;
- Tijdens het onderzoek of bij het verlaten van de praktijk observeert de arts een overdrijving van symptomen en functionele beperkingen, theateraal gedrag en houdingen die een discrepantie laten zien tussen de objectieve gegevens over de pathologie en de gevolgen daarvan in termen van functionele capaciteit;
- De arts kan ook rekening houden met meer administratieve factoren, zoals het feit dat de aanvrager het medisch onderzoek niet heeft bijgewoond of de gevraagde medische verslagen niet heeft ingediend.

De hulp van beoordelingsassistenten bij het beoordelen van aanvragen (tabellen 13, 22 en 40 van bijlage 6)

De hulp van medewerkers bij het voorbereiden van het administratieve dossier komt al vaker voor aan Franstalige kant (86,7%) dan aan Nederlandstalige kant (51,9%), en ook vaker bij statutaire artsen. Degenen die er nog niet van profiteren, willen dat graag kunnen doen. De uitvoering van psychologische tests (MMSE) of functionele tests (Tinetti) worden door $\frac{3}{4}$ van de respondenten gewaardeerd. De uitvoering van bepaalde beoordelingen met medische controles na de evaluatie werd door $\frac{2}{3}$ van de respondenten geaccepteerd. Volgens $\frac{3}{4}$ van de respondenten kunnen huisbezoeken of bezoeken aan instellingen worden uitgevoerd door medewerkers.

Beroep op de rechtbanken (tabellen 12, 21 en 39 van bijlage 6)

Bij een negatieve beslissing informeert 48,8% van de evaluerende artsen de aanvrager nooit over de beroepsmogelijkheden, 44,2% doet dit soms en 7% altijd.

De informatieverstrekking gebeurt dus verre van systematisch. 72,1% van de respondenten zegt zelf altijd de nodige inlichtingen ingewonnen te hebben over eventuele beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbanken. Wanneer ze op de hoogte worden gebracht van een beroep, nemen de evaluerende artsen zoveel mogelijk deel aan de tegensprekelijke expertises ("ja" voor 95,4% van de respondenten). Deze antwoorden zijn identiek, ongeacht de taal, de anciënniteit in het beroep of het statuut van de arts.

Relaties met de coördinerende geneesheer van DG HAN en permanente opleiding in de centra (tabellen 14 en 41 van bijlage 6)

De frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionaal coördinerend arts van DG HAN werd door 37 van de responderende artsen gepreciseerd. Voor meer dan 60% van de artsen is dit een wekelijkse (35,1%) of dagelijkse (27%) relatie. Voor ongeveer een derde van de artsen is de contactfrequentie minder frequent, maandelijks (18,9%) of driemaandelijks (13,5%). De meeste artsen die in het kwalitatieve onderzoek werden geïnterviewd, benadrukten de kwaliteit van deze contacten en de steun die ze boden. Logischerwijs is er vaker contact met collega's, meestal dagelijks (36,6%) of wekelijks (34,1%).

Volgens 36 respondenten worden er maandelijks (47,2%) of driemaandelijks (47,2%) bijeenkomsten tussen collega's georganiseerd op het niveau van het regionale centrum. Volgens de respondenten is het doel van dit overleg in de eerste plaats om moeilijke gevallen te bespreken op basis van een intercollegiale toetsing ('peer review') (32 artsen), maar ook om informatie, beste praktijken of wijzigingen in de regelgeving uit te wisselen (27 artsen). Overigens kunnen deze vergaderingen ook over administratieve zaken gaan (16 artsen).

Voor de respondenten was het niet deelnemen aan de sessies georganiseerd door DG HAN niet zozeer te wijten aan een gebrek aan tijd of een conflict in de planning (2 artsen), maar eerder aan een andere reden (5 artsen).

Er werd geen verschil waargenomen voor deze verschillende vragen naargelang de taal of anciënniteit van de arts in de functie. Het statuut van de arts, aan de andere kant, beïnvloedt de frequentie van het contact met collega's. De frequentie van direct of indirect contact (telefoon of e-mail) met medische collega's is dagelijks voor 75% van de statutaire artsen, vergeleken met slechts 21,4% van de aangeduide artsen ($p=0,0074$; tabel 41). Dit verschil heeft natuurlijk te maken met de rol van centrumcoördinator die de helft van de statutaire artsen vervult.

Suggesties om de aantrekkelijkheid van de functie te vergroten en aandachtspunten om een ontwaarding van de functie te voorkomen

In dit verband werden een aantal ideeën genoemd.

- De financiële opwaardering van het beroep is zeer vaak nodig. Sommigen stellen voor om een verschil in vergoedingen in te voeren tussen de dossiers die behandeld worden op basis van

stukken en die welke een medisch onderzoek omvatten. De harmonisatie tussen statutaire en aangeduide artsen, alsook met medische beoordelaars in andere socialezekerheidssectoren, wordt vaak genoemd.

- Voortgezette opleiding wordt op prijs gesteld. Deze kan zich richten op complexe pathologieën. En zou aanleiding kunnen geven tot financiële prikkels zoals accreditatie. De *peer review* en de teamvergaderingen zouden regelmatig kunnen worden georganiseerd, wat de gegevens uit de interviews bevestigt.
- Politieke onzekerheid, organisatorische veranderingen en de complexe verdeling van sociale verantwoordelijkheden onder burgers ontmoedigen potentiële kandidaten en slaan de huidige artsen met een gevoel van verbijstering.
- De introductie van de multidisciplinariteit, die slecht lijkt te zijn uitgelegd, wordt door sommigen als een bedreiging gezien. De onzekerheid over het volume van de te leveren diensten werkt voor sommigen ontmoedigend.
- De socialeverzekeringsgeneeskunde is weinig bekend en slecht begrepen; dat geldt nog meer voor het werk voor DG HAN dan voor de andere socialezekerheidssectoren.
- De aangeduide artsen zouden graag meer participatie in de organisatie en meer betrokkenheid zien. Raadpleging over de invoering en het gebruik van IT-hulpmiddelen zou op prijs gesteld worden.
- Er is betere informatie nodig voor de toekomstige artsen en behandelende geneesheren.
- Onderscheid maken tussen een "morele" erkenning van een handicap door de samenleving en de financiële compensatie voor verlies van verdienvermogen door toekenning van de IVT.
- De kennis en wetenschappelijke basis op het gebied van socialeverzekeringsgeneeskunde vergroten. *Evidence-based geneeskunde* bevorderen.

Elementen die niet in de vragenlijst worden aangehaald, maar wel vrij werden genoemd

De gedachten en opmerkingen van de respondenten zijn kwalitatief interessant omdat ze vaak overeenkomen met elementen die de evaluerende artsen tijdens de interviews aanhaalden. We hebben geprobeerd ze hieronder in een paar categorieën te groeperen.

Opleiding van de evaluerende artsen

Een goede medische beoordeling "vereist tijd, afstand, ervaring, praktijkervaring en veel *face-to-face* consulten voordat dossiers op basis van stukken bekeken worden. Vandaag gebeurt net het tegenovergestelde: we leren dossiers te behandelen op basis van stukken voordat we kennisgemaakt hebben met het terrein."

"De artsen bevragen zelden de beroepsloopbaan, spiegelen hun beslissing IVT aan de ZIV-wetgeving, weten niet dat onze 'arbeidsmarkt' veel ruimer is dan deze van by. ZIV-wetgeving."

Veranderingen in de aard van de het beroep van evaluerende arts

"Alle enkelvoudige pathologiedossiers of 'makkelijke' dossiers worden aan de assistenten gegeven en de artsen hebben niet langer deze 'zuurstofboeien' van 'makkelijke' dossiers tussen twee dossiers in. Alles wat ze overhouden zijn dossiers die conflictueus, slecht gedocumenteerd en complex zijn [...]" Dit is een ander voorbeeld van de kritiek op de multidisciplinariteit die hierboven is genoemd.

"Het beroep is veranderd en psychologisch is het ook moeilijker om dragen omdat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, artsen, die garant staan voor de wet, zich er ook van bewust zijn dat ze mensen in financiële onzekerheid 'duwen' door hun weigering."

"Het fysiek consult is stresserend voor betrokken aanvrager, maar ook voor de arts. De verwachtingen zijn hoog bij de aanvrager. De kunst dient te evalueren wat niet kan, maar ook wat wel kan".

Hiaten en tekortkomingen in de beschikbare informatie

"De formulieren die patiënten invullen bevatten niet genoeg informatie over voltooide studies, opgedane ervaring en de laatst uitgeoefende baan."

"Door de achterstand zijn de intakes welke moeten gebruikt worden op stukken vaak obsoleet. Best automatisch nieuwe intake ofwel verplicht uit te nodigen. Misschien aan de artsen toch een therapeutische 'relatie' met de cliënt (tijdelijk) toestaan op moment van onderzoek om de meest recente medische gegevens in te zien".

"Goede informatie over de arbeidsvoorwaarden/contract waaronder de werknemer in een maatwerkticket is tewerkgesteld."

"Geen dossiers toelaten zolang het niet volledig is administratief én medisch."

Duur van de erkenning

"Wanneer de IVT voor onbepaalde duur wordt toegekend, is het erg moeilijk om die erkenning in te trekken. Mensen gaan naar de arbeidsrechtbank en de beslissing [om de erkenning in te trekken] wordt altijd verworpen."

IVT aanvragen bij het naderen van de pensioengerechtigde leeftijd

"Voorkomen dat mensen die nooit hebben gewerkt dit op hun 64e kunnen claimen."

"De gegrondheid van dit type beoordeling voor mensen die nooit hebben gewerkt vanwege hun sociaal statuut (huisvrouwen, bijvoorbeeld) en die de leeftijd van 65 naderen, lijkt me twijfelachtig. Op deze leeftijd is het verdienvermogen "op natuurlijke wijze" verminderd. "

Aard en definitie van handicap

“Ik denk dat er veel mensen met een beperking een aanvraag doen, maar of dit voldoende is om ze te beschouwen als persoon met een handicap daar twijfel ik aan. Mensen van de Nationale hoge raad willen dat wij spreken over personen met een handicap, terwijl ik heel vaak zie dat mensen die bij mij komen niet als persoon met een handicap willen aanzien worden”.

"De IVT is ook een "morele" erkenning van een handicap. Voor mij verdient een dwarslaesiepatiënt of een dove die werkt deze erkenning, zelfs als er weinig financiële implicaties zijn."

“Ik heb het als arts moeilijk mee dat als iemand mits enorme bewezen inspanningen er toch in slaagt deeltijds te werken, wetende dat voltijds nooit zal lukken ik hem/haar IVT Neen moet toekennen bv ASS en iemand die geen enkele inspanning doet zijn IVT behouden blijft men moet niet bewijzen dat men met de uitkering probeert zijn ziekte toestand te verbeteren.”

Conclusie

De kwantitatieve enquête bevestigt de bevindingen van de interviews met een reeks vrijwillige artsen die werden uitgevoerd als onderdeel van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Van bijzonder belang zijn:

- De schijnbare willekeur van de opsplitsing tussen de dossiers die worden beoordeeld op basis van stukken en de dossiers waarvoor aanvragers worden opgeroepen naar de praktijk van de arts. Daarnaast vraagt de zeer grote variatie tussen artsen in het gedeelte van de dossiers die worden behandeld op basis van stukken om de nodige opheldering.
- De vrij consistente identificatie van moeilijk te beoordelen pathologieën.
- Het feit dat de beoordelaars geen toegang hadden tot bepaalde nuttige informatie die verzameld werd door de andere openbare socialezekerheidsinstellingen en door de agentschappen van de gefedereerde entiteiten op het vlak van kinderbijslag, tewerkstelling en opleiding, of invaliditeit.
- De uiteenlopende en zelfs tegenstrijdige invloed op de beslissing in verband met de vermindering van het verdienvermogen van de uitoefening door de aanvrager van een zekere beroepsactiviteit.
- De wijdverspreide praktijk van het toekennen van de IVT voor een bepaalde duur, in verschillende soorten omstandigheden en dat zonder dat een regelgevend kader dit toestaat.
- De opening voor de introductie van de multidisciplinariteit in de context van de evaluatie, maar ook een zekere bezorgdheid over de relaties die moeten worden aangegaan met andere gezondheidsprofessionals of hulpverleners.
- Het gebrek aan financiële en sociale erkenning voor de evaluerende arts.

Uit de grote deelname aan de enquête en de gemaakte opmerkingen blijkt dat veel van de aangeduide artsen nauwer betrokken willen worden bij de toekomst en ontwikkeling van het beroep binnen DG HAN.

Bijlage 1: Herziening van het onderzoeksprotocol naar aanleiding van de suggesties van het begeleidingscomité van de studie

Analyse van een steekproef van problematische dossiers (P. Mairiaux en J.-P. Schenkelaars)

Om een zo representatief mogelijke steekproef te verkrijgen van de dossiers die problemen hebben veroorzaakt, maar daarbij binnen de grenzen van een kwalitatief onderzoek te blijven dat slechts de eerste fase is van een ruimer onderzoeksproject, willen de onderzoekers in totaal 40 dossiers onderzoeken, waarvan de herkomst als volgt zal worden uitgesplitst:

- 24 door DG HAN aan te leveren dossiers, waarvan 16 voorgesteld door evaluerende artsen en 8 door de dienst geschillen van de DG;
- 16 door de Nationale Hoge Raad voor personen met een handicap (NHRPH) aan te leveren dossiers.

Voor de dossiers die DG HAN moet aanleveren, wordt de DG gevraagd de namen van 4 Nederlandstalige en 4 Franstalige professionals voor te stellen die regelmatig aanvragen voor de toekenning van een IVT van personen met een handicap beoordelen. De meeste van deze professionals zouden onafhankelijke artsen moeten zijn die op honorariumbasis voor de DG werken, aangezien het in de praktijk dit soort artsen zijn die de meeste aanvraagdossiers beoordelen. Het is ook belangrijk dat de DG ervoor zorgt dat de gekozen artsen een steekproef vormen die zowel divers als representatief is (met name wat betreft de frequentie van het beroep tegen hun beslissingen door verzekerden vanuit medisch oogpunt). Van de gekozen artsen moeten de artsen met een onafhankelijke status de garantie krijgen dat de tijd die ze besteden aan het meewerken aan het onderzoek erkend en betaald zal worden door de autoriteiten.

Deze 8 beoordelaars zullen gevraagd worden om elk 2 dossiers te selecteren die zij als problematisch aanmerkten bij een recente beoordeling die sinds 1 januari 2020 werd uitgevoerd. Bij het selecteren van deze dossiers zullen de beoordelaars erop moeten toezien dat ze gevallen kiezen waarin het probleem voornamelijk verband houdt met de situatie van de persoon in relatie tot de arbeidsmarkt (zoals studenten), evenals dossiers waarin de beoordelingsmoeilijkheid voornamelijk verband houdt met de problematieken waarmee de aanvragers zich geconfronteerd zien¹³³. Het doel zal daarbij zijn om, indien mogelijk, ongeveer 50% van de dossiers betrekking te laten hebben op jonge aanvragers die nog geen 21 jaar oud zijn, die een nieuwe doelgroep voor DG HAN vormen als gevolg van de recente verlaging van de leeftijd om in aanmerking te komen voor uitkeringen van 21 naar 18 jaar. Deze dossiers zullen geanonimiseerd worden en vervolgens via elektronische weg, met de bijbehorende beslissingsfiche, naar het onderzoeksteam gestuurd worden.

Zodra de dossiers ontvangen werden, vraagt het onderzoeksteam een onderhoud aan voor een videoconferentiegesprek met de desbetreffende beoordelaar. Dit onderhoud zal ongeveer 60 minuten duren.

¹³³ Dit onderscheid is overgenomen van het bestek. Als het in de loop van de besprekingen met het begeleidingscomité niet relevant zou blijken, kan het geschrapt worden.

Het zal gaan om een semigestructureerd onderhoud dat afgenomen zal op basis van een door de onderzoekers opgesteld gespreksschema dat de moeilijkheden zal behandelen, die de beoordelaar ervoer voor elk van de ingediende dossiers. Dit gespreksschema zal opgesteld worden met de hulp van de medische verantwoordelijken van DG HAN. Hiervoor zal het onderzoeksteam twee bijeenkomsten organiseren van elk 1,5 uur met een tussentijd van 15 dagen. De proefversie van het schema zal dan vervolgens worden voorgelegd aan het begeleidingscomité van de studie voor advies en opmerkingen.

DG HAN zal ook gevraagd worden om 2 beoordelingsassistenten te selecteren, één Franstalige en één Nederlandstalige, die bereid zouden zijn om geïnterviewd te worden door het onderzoeksteam. Het doel van deze interviews zal zijn om de analyse van de ervaren beoordelingsproblemen te voltooien door de meningen te verzamelen van de niet-medische operatoren die momenteel verantwoordelijk zijn voor het voorbereiden van deze beoordelingen.

Tot slot zal de dienst geschillen van DG HAN worden gevraagd om 8 gevallen te selecteren die als voorbeeld worden beschouwd van situaties waarin de oorspronkelijke beoordelingsbeslissing werd aangevochten door de begunstigde en waarin deze de zaak won voor de arbeidsrechtbank. De onderzoekers zullen een gezamenlijk interview organiseren met twee juristen van de dienst (indien mogelijk een Nederlandstalige en een Franstalige), om de argumenten die in de rechtszaal naar voren werden gebracht en besproken volledig te begrijpen.

Tegelijkertijd zullen de onderzoekers de NHRPH vragen om hen 16 recente gevallen toe te sturen (indien mogelijk 8 Nederlandstalige gevallen en 8 Franstalige gevallen) die de leden van de Raad representatief achten voor de moeilijkheden die personen met een handicap ondervinden bij het aanvragen van een IVT. Na ontvangst van deze geanonimiseerde dossiers wensen de onderzoekers 4 leden van de Raad te interviewen (indien mogelijk 2 Nederlandstalige en 2 Franstalige) die rechtstreeks of onrechtstreeks kennis hebben van de voorgelegde dossiers.

Aan het einde van de 15 geplande gesprekken met de evaluerende artsen, de beoordelingsassistenten en de juristen van DG HAN, evenals met leden van de NHRPH, willen de onderzoekers een samenvattend interview houden met twee van de coördinerende artsen van DG HAN, Dr. Ann Hombroux en Dr. Thierry De Cuyper. Op basis van de analyse van de 40 bovengenoemde dossiers en 16 gesprekken zal het onderzoeksteam het volgende opmaken:

- een typologie van de voornaamste moeilijkheden die zich voordoen bij de beoordeling van het verlies aan verdienvermogen;
- een beschrijving van de verschillende beslissingen die genomen werden voor elk type probleem dat zich voordeed;
- een samenvatting van de waargenomen interpretatieverschillen.

Deze eerste fase zal uitgevoerd worden tijdens de maanden 1 tot 4.

Te voorzien tijdsbudget:

- *Opstelling van het gespreksschema: 2 vergaderingen van 1,5 uur + 10 uur werk, d.w.z. 13 uur x 2 onderzoekers, d.w.z. 26 uur; planning: maand 1 en 2*
- *Lezing en analyse van de ontvangen dossiers: 40 dossiers x 1 uur (te verdelen tussen de*

- twee onderzoekers afhankelijk van de taal van het dossier); planning: maand 3 en 4*
- *Gesprekken met de evaluerende artsen en de assistenten: 1 uur per gesprek x 8 + 2, dus 10 uur x 2 onderzoekers, 20 uur; planning: maand 3 en 4;*
 - *Gesprekken met de juristen (1), de leden van de NHRPH (4), de coördinerende artsen (1): 1,5 uur per gesprek x 6, d.w.z. 9 uur x 2 onderzoekers, 18 uur; planning: maand 3 en 4;*
 - *Opstelling van het 1^e deel van het eerste rapport ("Kwalitatieve studie van de genomen beslissingen over probleemdossiers"): 12 uur per onderzoeker x 2: 24 uur; planning: maand 5 en 6*
 - *TOTALE tijd: 128 uur (in plaats van de initieel voorziene 126 uur),*

Bijlage 2: Gespreksgids voor het interview van de evaluerende artsen van DG HAN

Omstandigheden van uw expertise:

Hoeveel tijd krijgt u om de expertise zelf uit te voeren (anamnese + eventueel klinisch onderzoek)? Beschikt u van tevoren over een zekere tijdspanne om u vertrouwd te maken met de intakevragenlijst en de medische rapporten? Over wat extra tijd om uw rapport te schrijven?

Zou een standaarddossier u helpen bij het schrijven van uw rapport?

Moeilijkheden, hiaten in de wet-/regelgeving / aanbevelingen uit 1987:

Zijn er naar uw ervaring hiaten of onduidelijkheden in de regelgeving die de beoordeling bemoeilijken?

Ingewikkelde diagnoses:

Welke diagnoses vindt u a priori het moeilijkst te beoordelen?

Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses? Moet dit handboek worden bijgewerkt? Voor welke pathologieën in het bijzonder?

Welke richtlijnen volgt u in het geval van een autistisch syndroom of ADHD-gedrag?

Wanneer u besluit een IVT toe te kennen, welke factoren zijn dan van invloed op de duur van deze erkenning?

Belang van de AI/IT-schaal

In welke mate beïnvloeden de scores behaald bij de beoordeling van het verlies aan autonomie (IT) uw IVT-beoordeling?

Leeftijdsspecifieke kenmerken

Wordt u geconfronteerd met problemen die eigen zijn aan bepaalde leeftijden of levensfasen?

Voordelen van de 'FCE' als beperkingen niet overtuigend zijn

Als de functionele beperkingen van de aanvrager onduidelijk zijn, denkt u dan dat een functionele capaciteitsevaluatie (FCE) uitgevoerd door een ergotherapeut nuttig zou zijn?

Verlies van verdienvermogen en professionele voorgeschiedenis:

Welke informatiebronnen gebruikt u om meer te weten te komen over de eventuele professionele achtergrond van de aanvrager? Alleen de anamnese van de persoon tijdens de expertise? En de (administratieve) intakevragenlijst? Hebt u toegang tot de beschikbare informatie (de bijdragen van de persoon) van instanties zoals de RSZ of het RIZIV via de KSZ?

Werken in bedrijven voor vorming door arbeid (BVA) en leerwerkbedrijf (LWB)

Heeft het feit dat de persoon in een BVA of LWB werkt invloed op uw analyse?

Andere beoordelingen

Bent u ervan op de hoogte dat er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale of gewestelijke socialezekerheidsorganen (AVIQ, Phare, VDAB-GTB, enz.)? Zijn deze beoordelingen soms tegenstrijdig?

Hoe beoordeelt u de persoon als u op de hoogte bent van een cumulatie van RIZIV/werk/IT of zelfs "communicerende vaten" tussen regelingen?

Beroep op de rechtbanken

Bent u op de hoogte van eventuele beroepsprocedures bij rechtbanken naar aanleiding van uw beslissingen?

Bijzonder onderwijs, VKB:

In welke mate gebruikt u de informatie die beschikbaar is in het dossier van de verhoogde kinderbijslag (VKB)? Houdt u rekening met het gevolgde type bijzonder onderwijs? Welk(e) type(s) duiden waarschijnlijk op de behoefte aan een IVT?

De verhoogde bijslag werd geregionaliseerd. Beïnvloedt dit uw werk?

Hoe zit het met de hulp van paramedici (Psy, Ergo)?

Op welke specifieke punten zou hun medewerking nuttig kunnen zijn? Wat is hun huidige bijdrage in het kader van de bestaande organisatie? Heeft een paramedicus bijgedragen aan de dossiers die u voor de studie hebt voorgesteld?

Relatie met de coördinerende arts van DG Han

Welk contact hebt u met de coördinerende arts van de FOD Han?

Conclusies

Welke middelen (beschikbare informatie, toegekende tijd, richtlijnen, ...) zou u in een ideale wereld tot uw beschikking willen hebben om uw beoordelingen uit te voeren?

Is er nog iets dat u ons wilt vertellen in het kader van deze studie? Wij danken u voor uw medewerking en beschikbaarheid.

Dr. Philippe Mairiaux en Dr. Jean-Pierre Schenkelaars

Bijlage 2bis: Gespreksrooster voor de evaluerende artsen van DG HAN

Voorwaarden van uw expertise:

Hoeveel tijd heeft u voor de eigenlijke beoordeling (anamnese + eventueel klinisch onderzoek)? Heeft u tijd om de intake-vragenlijst en de medische verslagen op voorhand te lezen? Extra tijd om uw verslag te schrijven?

Zou een typedossier u helpen bij het schrijven van uw verslag?

Moeilijkheden, lacunes in regelgeving/wetgeving/aanbevelingen van 1987:

Ervaart u lacunes of onduidelijkheden in de regelgeving die de beoordeling bemoeilijken?

Complexe diagnoses:

Welke diagnoses vindt u het moeilijkst te beoordelen?

Biedt de handleiding "Evaluatierichtsnoeren" van de DG u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses? Moet deze handleiding worden bijgewerkt? Voor welke aandoeningen in het bijzonder?

Welke richtlijnen volgt u voor ASS of ADHD-gedrag?

Wanneer u besluit een IVT toe te kennen, welke factoren zijn dan van invloed op de duur van deze erkenning?

Belang van de IT-schaal

In welke mate beïnvloeden de scores toegekend bij de beoordeling van het verlies van zelfstandigheid (IT) uw beoordeling inzake IVT?

Leeftijdsgebonden bijzonderheden

Ondervindt u specifieke problemen bij bepaalde leeftijden of levensfasen?

Belang van "FCE" indien beperkingen niet overtuigend zijn

Wanneer de functionele beperkingen van de eiser onduidelijk zijn, denkt u dat een functionele capaciteitsevaluatie (FCE) door een ergotherapeut nuttig zou zijn?

Verlies van verdienvermogen en beroepsachtergrond:

Via welke informatiebronnen komt u het nodige te weten over de eventuele beroepsachtergrond van de aanvrager? Alleen de anamnese van de betrokkene tijdens de expertise? En de intake-vragenlijst (administratief)? Hebt u via de KSZ toegang tot de beschikbare informatie (bijdragen van de persoon) van organisaties zoals de RSZ of het RSVZ?

Bedrijven voor aangepast werk (BAW) en opleiding door werk

Heeft het feit dat de betrokkene actief is in een BAW of een opleiding door werk volgt, invloed op uw analyse?

Andere evaluaties

Bent u op de hoogte van andere medische expertises die zijn uitgevoerd in opdracht van andere federale of gewestelijke instellingen voor sociale zekerheid (VDAB-GTB, AVIQ, Phare, enz.)? Zijn deze evaluaties soms tegenstrijdig?

Hoe beoordeelt u de persoon wanneer u zich bewust bent van een combinatie van RIZIV/werk/IT of zelfs "communicerende vaten" tussen regelingen?

Beroep voor de rechtbank

Bent u op de hoogte van beroepsprocedures naar aanleiding van uw beslissingen?

Bijzonder onderwijs, verhoogde kinderbijslag:

In welke mate maakt u gebruik van de informatie die beschikbaar is in het dossier van de verhoogde kinderbijslag? Houdt u rekening met het type bijzonder onderwijs? Welk(e) type(n) kan (kunnen) wijzen op de behoefte aan een IVT?

De verhoogde tegemoetkomingen zijn geregionaliseerd. Heeft dit invloed op uw werk?

Wat denkt u van de hulp van paramedici (Psy, Ergo)?

Op welke specifieke punten zou hun samenwerking nuttig kunnen zijn? Wat is hun huidige bijdrage binnen de bestaande organisatie? Heeft een paramedicus bijgedragen aan de dossiers die u voor de studie heeft voorgesteld?

Relatie met de coördinerend arts van DG Han

Wat zijn uw contacten met de coördinerend arts van DG HAN?

Conclusies

Over welke middelen (beschikbare informatie, toegemeten tijd, richtsnoeren, ...) zou u idealiter willen beschikken om uw evaluaties uit te voeren?

Is er nog iets anders dat u met ons wilt delen in het kader van deze studie?

Hartelijk dank voor uw medewerking en beschikbaarheid.

Dr. Philippe Mairiaux en Dr. Jean-Pierre Schenkelaars

Bijlage 3: Algemene vragen voor de verantwoordelijken van de dienst geschillen van DG HAN

1. Evolutie van de geschillen?
Is het volume van ARR/IVT-beroepen de afgelopen 10 jaar relatief stabiel gebleven (in verhouding tot het aantal aanvragen)? Is er sprake van een vermindering? Is er sprake van een toename?
2. Invloed van het type diagnose op de frequentie van de beroepen:
Hebt u statistieken over de frequentie van de beroepen per diagnosecategorie? Hebt u bepaalde ziekten of soorten handicaps geïdentificeerd die het voorwerp van een hoger percentage beroepen zouden uitmaken?
3. Andere factoren die het percentage beroepen beïnvloeden:
Gewestelijke factor? Vlaanderen versus Brussel versus Wallonië?
Factor arts? Is het percentage beroepen afhankelijk van de arts? Hangt het af van de anciënniteit van de arts? Of van zijn relatieve strengheid?
4. Zijn de beslissingen van de rechtbank afhankelijk van de door de rechtbank aangestelde deskundige arts?
5. Hoe is de relatie tussen de door de rechtbank aangestelde deskundige arts en de artsen van de DG?
6. Resultaten van de beroepen bij de arbeidsrechtbank:
Gemiddeld percentage beroepen verloren door DG HAN? Significante variatie in deze percentages volgens de BR?
Zijn er diagnoses waarvoor de DG vaker het beroep verliest?
7. Relatie tussen de dienst geschillen en de evaluerende artsen:
Geeft uw dienst feedback aan de artsen of regionale centra over hun resultaten op het vlak van beroepen? Neemt u deel aan opleidingen voor artsen?

Bijlage 3 bis: Algemene vragen voor de dienst geschillen van de DG HAN

1. Evolutie van het aantal rechtszaken?
Is het aantal beroepen tegen ARR/IVT beslissingen de laatste 10 jaar relatief stabiel (in verhouding tot het aantal aanvragen)? Afname? Toename?
2. Invloed van het type diagnose op de frequentie van de beroepen:
Heeft u statistieken over de frequentie van beroepen per diagnosecategorie? Heeft u bepaalde ziekten of soorten handicap geïdentificeerd waarvoor meer rechtszaken worden aangespannen?
3. Andere factoren die de beroepsgraad beïnvloeden:
Regionale factor? Vlaanderen versus Brussel versus Wallonië?
Is het aantal beroepen afhankelijk van de arts? Afhankelijk van de anciënniteit van de arts? Of de relatieve strengheid ervan?
4. Verschillen de beslissingen van de Arbeidsrechtbank naar gelang van de door het rechtbank aangewezen arts deskundige?
5. Hoe is de verhouding tussen de door het Rechtbank aangewezen deskundige en de artsen van de DG HAN?
6. Resultaten van de beroepen bij de Arbeidsrechtbank:
Gemiddeld percentage door DG HAN verloren beroepen? Is er een significant verschil in deze percentages naar gelang de Arbeidsrechtbank?
Zijn er diagnoses waarvoor het beroep vaker door de DG wordt verloren?
7. Relatie tussen de dienst geschillen en de aangeduide artsen:
Geeft uw dienst feedback aan artsen of regionale centra over de resultaten op het gebied van beroepen? Neemt u deel aan opleidingen voor artsen?

Bijlage 4: Geheimhoudingsverklaring - overeenkomst 2021-DGHAN-STUDY

Eind 2021 lanceerde de FOD Sociale Zekerheid in opdracht van de Algemene Directie Personen met een Handicap (DG Han) een openbare procedure voor een studie over de definitie en de beoordeling van het verlies aan verdien capaciteit voor inkomensvervangende tegemoetkomingen. Na een overheidsopdracht werd dit onderzoek gegund aan het consortium van Dr. Mairiaux, Dr. Schenkelaars en Professor Dumont. In het bestek nr. 2021-DGHAN-STUDY1 werden de voorwaarden vastgelegd waaraan moest worden voldaan. In het bijzonder werden in punt 17 de voorwaarden gespecificeerd voor de in acht te nemen vertrouwelijkheid, de bescherming van persoonsgegevens en de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer:

"De opdrachtnemer moet zich ervan bewust zijn dat de aanbestedende overheid een zeker belang hecht aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De opdrachtnemer verbindt zich tot een strikte naleving van de verplichtingen op het vlak van persoonsgegevens voorzien in Verordening (EU) van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG. Als de opdrachtnemer redelijkerwijs van mening is dat er andere regelingen moeten worden getroffen om aan deze wetgeving te voldoen, zal de opdrachtnemer de aanbestedende overheid hiervan proactief op de hoogte stellen."

Het is in deze context dat we de volgende punten duidelijk willen maken:

1. Het doel van de opdracht is om een gedetailleerde studie uit te voeren, zowel analytisch als op basis van voorstellen, over de beoordeling van het verlies van verdienvermogen in termen van federale uitkeringen voor personen met een handicap - en meer specifiek in termen van inkomensvervangende tegemoetkomingen (IVT).
2. Aangezien alle betrokkenen die te maken hebben met handicapsituaties al jarenlang moeilijke situaties doormaken, is het uiteraard essentieel dat we er in alle fasen van het onderzoek voor zorgen dat er wordt geluisterd naar de personen en groepen die we ontmoeten. De voortdurende bekommernis zal zijn om ervoor te zorgen dat mensen met een handicap zo volledig mogelijk kunnen deelnemen aan het sociale en het beroepsleven, zoals is vastgelegd in het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap.
3. Het doel is om te komen tot een beter kader voor medische beoordelingen en om de grote verschillen die er momenteel bestaan tussen geografische gebieden en tussen artsen, verschillen die duidelijk vragen oproepen met betrekking tot de noodzaak van een gelijke behandeling van gebruikers, te beteugelen.
4. De eerste 6 maanden van het onderzoek, d.w.z. de eerste fase, zullen volledig worden besteed aan het beschrijven van de bestaande situatie en het identificeren van de factoren die deze situatie bepalen.
5. Er zal alleen relevante informatie geanalyseerd worden, die in dit kader bij alle belanghebbenden ingewonnen zal worden, met inbegrip van de Nationale Hoge Raad voor

Personen met een Handicap en zijn leden. Het gaat hierbij om dossiers die door de verschillende belanghebbenden als problematisch beschouwd worden.

6. Om grondig geanalyseerd te kunnen worden, moeten deze dossiers zo volledig mogelijk zijn. Daartoe moeten ze naast de administratieve en medische gegevens ook de verschillende beslissingen, beweegredenen en conclusies van de evaluerende artsen voor DG Han bevatten.

7. In de mate van het mogelijke zullen deze dossiers geanonimiseerd worden. Als de anonimiteit echter moest worden opgeheven omwille van de koppeling van dossiers met hun administratieve en medische opvolging, of als bepaalde gegevens aan de anonimisering zijn ontsnapt, herinneren de onderzoekers hier aan hun engagement om het medisch beroepsgeheim nauwgezet na te leven. Daartoe kennen zij aan elk ontvangen dossier een specifieke code toe waarvan alleen zij weten dat deze overeenkomt met de door DG Han gebruikte identificatiecodes.

8. Verder dient er eveneens aan herinnerd dat er geen persoonlijke gegevens of informatie worden gepresenteerd in de rapporten en mededelingen die uit het onderzoek zullen voortvloeien. De bestudering van individuele dossiers zal alleen gebruikt worden om een algemene analyse van de praktijken uit te voeren met het oog op het opstellen van een beoordelingsverslag. Indien het nuttig zou blijken om een element van deze algemene analyse te illustreren op basis van de houding die de administratie aannam in een of ander individueel dossier, dan zal het dossier in kwestie enkel aangeduid worden met de specifieke code vermeld in punt 7 en zal het dus niet gekoppeld kunnen worden aan persoonsgegevens.

9. De individuele dossiers zullen niet bewaard worden door de onderzoekers zodra het eindrapport van de studie is goedgekeurd door de opdrachtgevers van de studie en de conclusies ervan zijn gepresenteerd aan de verschillende betrokken instanties, met name de NHRPH.

Bijlage 4 bis: Vertrouwelijkheidsovereenkomst - 2021-DGHAN-STUDY

Eind 2021 heeft de FOD Sociale Zekerheid in opdracht van de directie-generaal Personen met een handicap (DG Han) een openbare procedure opgestart voor een studie over de definitie en de evaluatie van het verlies aan verdienvermogen op het gebied van inkomensvervangende tegemoetkoming. Na een openbare aanbesteding werd deze studie gegund aan het consortium van Dr. Mairiaux, Dr. Schenkelaars en Professor Dumont. In het bestek nr. 2021-DGHAN-STUDY1 werden de voorwaarden gespecificeerd. Met name in punt 17 worden de in acht te nemen voorwaarden inzake vertrouwelijkheid, bescherming van persoonsgegevens en van de persoonlijke levenssfeer gespecificeerd:

" De opdrachtnemer dient er zich van bewust te zijn dat de aanbestedende overheid een bijzonder belang hecht aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De opdrachtnemer verbindt zich ertoe de verplichtingen met betrekking tot persoonsgegevens zoals voorzien in de Verordening (EU) 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG, strikt na te leven. Indien de opdrachtnemer redelijkerwijs van mening is dat er bijkomende afspraken dienen te worden gemaakt om te voldoen aan deze wetgeving, dan zal de opdrachtnemer dit proactief melden aan de aanbestedende overheid. De opdrachtnemer is hoe dan ook gehouden om te goeder trouw samen te werken met de aanbestedende overheid om te allen tijde de relevante bepalingen van deze wetgeving na te leven."

Het is in dit verband dat wij het volgende willen opmerken:

1. Het doel van de opdracht is het uitvoeren van een gedetailleerde studie, zowel analytisch als propositioneel, over de evaluatie van het verlies van verdienvermogen op het gebied van de federale uitkeringen voor personen met een handicap - en dus meer bepaald op het gebied van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT).
2. Aangezien alle betrokkenen die met situaties van handicap worden geconfronteerd, al vele jaren moeilijke toestanden doormaken, is het uiteraard van essentieel belang dat wij in alle stadia van het onderzoek een luisterend oor hebben voor de mensen en groepen die wij ontmoeten. Er zal voortdurend worden gestreefd bij te dragen tot een maximale deelname van personen met een handicap aan het sociale en beroepsleven, zoals voorgeschreven door het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap.
3. Het doel is te komen tot een beter kader voor medische evaluaties en een einde te maken aan de grote verschillen tussen geografische gebieden en tussen artsen die vandaag bestaan, verschillen die duidelijk vragen oproepen met betrekking tot de noodzakelijke gelijke behandeling van de aanvragers.
4. De eerste zes maanden van de studie, d.w.z. de eerste fase, zullen volledig gewijd zijn aan de beschrijving van de bestaande situatie en de identificatie van de determinerende factoren.

5. Alleen relevante informatie die in dit kader wordt verzameld bij alle belanghebbenden, met inbegrip van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap en haar leden, zal worden geanalyseerd. Dit zijn dossiers die door deze verschillende belanghebbenden als problematisch worden beschouwd.

6. Om grondig geanalyseerd te kunnen worden, moeten deze dossiers zo volledig mogelijk zijn. Daartoe moeten zij, naast de administratieve en medische gegevens, de verschillende door de evaluerende artsen van DG Han genomen beslissingen, motiveringen en conclusies bevatten.

7. Voor zover mogelijk zullen deze bestanden worden geanonimiseerd. Indien het echter om redenen van koppeling van de dossiers aan hun administratieve en medische follow-up noodzakelijk is de anonimiteit op te heffen, of indien bepaalde gegevens aan anonimisering zijn ontsnapt, herinneren de onderzoekers aan hun verbintenis het medisch geheim nauwgezet te eerbiedigen. Daartoe zullen zij aan elk ontvangen dossier een specifieke code toekennen waarvan de overeenstemming met de door DG Han gebruikte identificatiecodes alleen voor hen bekend zal zijn.

8. Er dient ook aan te worden herinnerd dat in de verslagen en mededelingen die uit de studie voortvloeien geen persoonlijke gegevens of informatie zullen worden opgenomen. Het analyseren van de afzonderlijke dossiers dient slechts om een globale analyse van de praktijken te maken met het oog op de voorbereiding van een evaluatierapport. Indien het nuttig blijkt een element van deze algemene analyse te illustreren aan de hand van de houding die de administratie in een of ander individueel geval heeft aangenomen, zal het betrokken geval alleen worden aangeduid met de in punt 7 vermelde specifieke code en kan het dus niet in verband worden gebracht met persoonsgegevens.

9. De individuele dossiers worden door de onderzoekers niet meer bewaard nadat het eindverslag van de studie door de opdrachtgevers van de studie is aanvaard en de conclusies ervan aan de verschillende betrokken instanties, en met name aan het NHRPH, zijn voorgelegd.

Bijlage 5: Vragenlijst verzonden naar de evaluerende artsen van DG HAN

Omstandigheden van uw expertise

Hoeveel halve dagen per week spendeert u gemiddeld aan DG HAN van de FOD Sociale Zekerheid? _____

- Hoeveel in een regionaal centrum van DG HAN (halve dagen): _____
- Hoeveel in een privépraktijk (halve dagen): _____
- Hoeveel via telewerk (halve dagen): _____

Welk aandeel van de dossiers werd sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld op basis van stukken: ___%

Begeeft u zich soms naar iemand thuis voor een beoordeling?

- Ja
- Neen

Hoeveel tijd besteedt u aan:

- het kennismaken van *intake*vragenlijst, medische rapporten, enz. (in minuten)? min. ... max.
- het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese + eventueel klinisch onderzoek) (in minuten)? min. ... max.
- het schrijven van uw rapport (in minuten)?min. ... max.

Hoeveel tijd besteedt u aan:

- het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) ... uur/week
- het verwerken van de opmerkingen van de coördinerende arts van het regionaal centrum van DG HAN? ... uur/week
- het bespreken van complexe dossiers met collega's? uur/week

Zou een standaardformaat (*template*) u helpen bij het schrijven van uw rapporten? Ja Neen

Ingewikkelde diagnoses

Welke diagnoses leveren u over het algemeen de grootste problemen op bij het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen voor het toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)?

Gelieve het/de overeenkomstige vakje(s) aan te kruisen.

- Geen diagnose in het bijzonder
- Autistisch syndroom
- ADHD
- Psychiatrische problemen bij jongeren
- Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
- Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
- Long covid

- Burn-out
 - Lumbalgie
 - Andere musculoskeletale aandoeningen
 - Chronische pijn
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
 - Multipathologie
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen
 - Andere:
-

Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG HAN u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses?

- Ja, een waardevolle hulp
- Enige hulp, maar eerder beperkt
- Neen
- Dit handboek is me niet bekend

Duur van de erkenning

Gebeurt het dat u een verminderd verdienvermogen erkent dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode?

- Ja
- Neen

Als het antwoord "ja" is, welke factoren of welke elementen brengen u ertoe om een erkenning voor een IVT toe te kennen voor een korte periode (1 tot 3 jaar)?

- Jonge leeftijd (tussen 18 en 25 jaar)
- Evolutieve pathologie
- Onnauwkeurige diagnose
- Lopend revalidatieproces
- Andere: _____

Leeftijdsspecifieke kenmerken

Wordt u geconfronteerd met problemen die eigen zijn aan bepaalde leeftijden of levensfasen bij het beoordelen van het verdienvermogen? Kruis het/de juiste vakje(s) aan en geef aan welke diagnose(n), indien van toepassing, het meest voorkomende probleem is (zijn) in deze leeftijdsgroep.

- 18 – 25 jaar: _____
- 26 – 35 jaar: _____
- 36 – 55 jaar: _____
- > 55 jaar: _____

Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis

Welke informatiebronnen gebruikt u om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager? Gelieve het/de overeenkomstige vakje(s) aan te kruisen.

- *Intakeformulier*
- Anamnese van de persoon tijdens de expertise
- VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten
- Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid
- Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)
- Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ, ...)
- Eerdere evaluaties door DG HAN
- Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten

Andere beoordelingen

Bent u ervan op de hoogte dat er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen? Gelieve het/de relevante vakje(s) aan te kruisen.

- Geen informatie
- Ziekenfonds/RIZIV
- RVA
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- OCMW

Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP)

Heeft het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt invloed op uw analyse en de beslissing die eruit voortvloeit?

- Ja
- Neen

Zo ja, waarom?

- Dit is een indicator van verdienvermogen.
- Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.

Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk? Gelieve het/de overeenkomstige vakje(s) aan te kruisen.

- winkels van circulaire economie of tweedehands winkels
- fietswerkplaatsen
- boerderijen en tuinbouw
- park- en tuinbedrijven
- horeca
- vrijwilligerswerk

Gaat u proactief op zoek naar de volgende informatie? Gelieve het/de overeenkomstige vakje(s) aan te kruisen.

- aanpassing van de werkpost
- aanpassing van de werktijd
- tussenkomst in de bezoldiging
- begeleiding naar werk
- stages
- vakantiewerk of werk als jobstudent

Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies

Op welke basis beslist u of iemand met een handicap al dan niet over een zeker verdienvermogen beschikt?

- werkt in een baan op de algemene markt, mogelijk deeltijds
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.
- heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.
- studeert in het hoger onderwijs
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.
- studeert in het gewoon secundair onderwijs
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.
- studeert in het buitengewoon secundair onderwijs
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.
- is thuis actief als huisman/huisvrouw
 - o Dit is een indicator van verdienvermogen.
 - o Dit is een indicator van verminderd verdienvermogen.

Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen

Wanneer de medische beslissing negatief is, brengt u de aanvrager hier dan onmiddellijk van op de hoogte?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Hoe motiveert u een erkenningsweigering gewoonlijk? Welke zijn voor u de meest voorkomende redenen voor een weigering?

.....

Beroepen bij de arbeidsrechtbank

Informeert u de aanvrager over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Heeft u zelf geïnformeerd naar eventuele beroepsprocedures bij rechtbanken naar aanleiding van uw beslissingen?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Als u op de hoogte wordt gebracht van een beroep, neemt u dan telkens waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises?

- Neen
- Ja en als ik niet aanwezig kan zijn volg ik het dossier op grond van stukken.
- Ja en als ik niet aanwezig kan zijn verwijs ik door naar een collega.

In welk deel van uw dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens uw schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)?
_____ %

In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens u met u eens? _____ %

Hulp van paramedici (psychologen, ergonomen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten)

Welke ondersteuning krijgt u al van hen? Of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?

- voorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- voorbereiding van de dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- uitvoering van aanvullende onderzoeken:
 - psychologische tests (bv. MMSE)
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
 - functionele onderzoeken (bv. Tinetti)
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- uitvoering van huisbezoeken
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig
- uitvoering van bezoeken aan instellingen
 - gebeurt al zo niet, nuttig in de toekomst zo niet, niet nuttig

Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's

Wat is de frequentie van uw contact:

- Met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN?
 - dagelijks
 - wekelijks
 - maandelijks
 - driemaandelijks
 - jaarlijks
- Met medische collega's (aangeduid of statutair)?
 - dagelijks
 - wekelijks
 - maandelijks
 - driemaandelijks
 - jaarlijks

Vergaderingen op het niveau van het regionale centrum van DG HAN

Worden er momenteel vergaderingen georganiseerd tussen collega's op het niveau van uw regionaal centrum? Ja; Neen

Zo ja, met welke gemiddelde frequentie?

- maandelijks
- driemaandelijks
- jaarlijks

Zo ja, hebben deze vergaderingen hoofdzakelijk het volgende tot doel:

- de administratieve organisatie van de evaluaties en uitnodigingen?
- de bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden?
- het delen van informatie, goede praktijken en ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving?

Neemt u deel aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN?

- Ja
- Neen, wegens:
 - o gebrek aan tijd of conflict in de planning
 - o gebrek aan interesse
 - o andere reden

Enkele elementen over uw persoonlijk profiel

Ik ben

- aangeduid arts
- statutair arts

Ik ben

- een vrouw
- een man
- Ik zeg dit liever niet

Mijn leeftijd:

- < 30 jaar
- 30 – 39 jaar
- 40 – 49 jaar
- 50 – 59 jaar
- 60 – 69 jaar
- > 70 jaar
- Ik zeg dit liever niet

Hoelang werkt u al voor DG HAN?

- < 5 jaar
- tussen 5 en 10 jaar
- > 10 jaar

Ik ben verbonden aan het regionaal centrum van:

- Antwerpen
- Brugge
- Gent
- Hasselt
- Brussel – Franstalige dossiers
- Brussel – Nederlandstalige dossiers
- Charleroi
- Bergen
- Luik
- Namen
- Sankt-Vith

Voert u expertises uit voor andere organisaties?

- Privéverzekeraars
- Rechtbanken
- Gewestelijke of communautaire overheidsinstanties
- Federale overheidsinstanties
- Beroepsgeneeskunde

Conclusies

Is er nog iets dat u ons wilt vertellen in het kader van deze studie over het verlies van
verdienvermogen inzake IVT?

Wij danken u voor uw medewerking en beschikbaarheid

Dr. Philippe Mairiaux en Dr. Jean-Pierre Schenkelaars

Bijlage 5 bis: vragenlijst voor evaluerende artsen van DG HAN

Voorwaarden van uw expertise

Hoeveel halve dagen per week besteedt u in totaal aan DG Han? _____

- Hoeveel in een centrum v/d DG (halve dagen): _____
- Hoeveel in een privépraktijk (halve dagen): _____
- Hoeveel in telewerk (halve dagen): _____

Sinds het einde van de Covid-maatregelen, hoe groot is het aandeel van de dossiers die u behandelt op basis van documenten (op stukken): _____%

Doet u huisbezoeken of evaluaties in instellingen?

- Ja
- Nee

Hoeveel tijd besteedt u aan:

- het lezen van de intake, vragenlijsten, medische rapporten e.d.:min ... max
- de expertise zelf (anamnese + eventueel klinisch onderzoek):min ... max.
- het uitschrijven van een gemotiveerd verslag:min ... max

Hoeveel tijd besteedt u aan:

- eerder administratief werk (verslagen opvragen, herinneringen versturen, enz.)? ... uur/week
- feedback o.a. vanuit supervisie: ... uur/week
- het bespreken van complexe dossiers (peer review): uur/week

Zou een standaardbestand (een sjabloon of template) u helpen bij het schrijven van een verslag?

- Ja
- Nee

Gecomplieerde diagnoses

Voor welke diagnoses/aandoeningen is het voor u vaak moeilijk om het verdienvermogen te beoordelen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)?

Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan:

- Geen diagnose in het bijzonder
- Autistische spectrum stoornis
- ADHD
- Psychiatrische problemen bij jongeren
- Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
- Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
- Long covid
- Burn-out
- Lage rugpijn
- Andere musculoskeletale aandoeningen
- Chronische pijn
- Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen

- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
- Multipathologie
- Moeilijk te specificeren aandoeningen
- Andere: _____

Bieden het handboek van de DG HAN met instructies, aanbevelingen en interne procedures u bij deze diagnoses waardevolle of eerder beperkte hulp?

- Waardevolle hulp
- Eerder beperkte hulp
- Geen hulp
- Deze fiches zijn mij niet bekend

Duur van de erkenning

Gebeurt het dat u een erkenning van een verminderd verdienvermogen maar voor een bepaalde periode toekent?

- Ja
- Nee

Indien ja, welke aspecten of elementen bepalen of u een erkenning van een verminderd verdienvermogen voor een bepaalde periode (1 tot 3 jaar) toekent?

- Jonge leeftijd (tussen 18 en 25)
- Evolutive pathologie
- Onduidelijke diagnose
- Revalidatie lopende
- _____

Leeftijdsgebonden aspecten

Heeft u bij het evalueren van het verdienvermogen specifieke problemen met bepaalde leeftijden of in bepaalde periodes van het leven?

Kruis het (de) relevante vakje(s) aan en geef aan welke diagnose(s), indien van toepassing, het meest problematisch zijn in deze leeftijdsgroep.

- 18 - 25: _____
- 26 - 35: _____
- 36 - 55: _____
- > 55: _____

Kennis van opleidingsniveau, medische voorgeschiedenis en beroepsloopbaan

Via welke informatiebronnen bekomt u informatie m.b.t. opleidingsniveau, medische voorgeschiedenis en beroepsloopbaan van een aanvrager bij het bepalen van het verdienvermogen? Kruis het (de) relevante vakje(s).

- Intake
- Anamnese van de persoon tijdens de expertise
- Dossier bijkomende kinderbijslag (zorgtoeslag voor kinderen met een speciale zorgnood) van de regio's
- Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ , RSVZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, ~~en~~) via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid
- Regionale openbare dienst voor tewerkstelling en beroepsopleiding (VDAB-GTB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG ...)
- Regionale of communautaire openbare dienst ter begeleiding van personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ...)
- Vorige evaluaties van DG HAN
- Begeleidingsverslagen van gespecialiseerde diensten

Andere beoordelingen

Wordt u op de hoogte gebracht van eventuele medische evaluaties m.b.t. het verdienvermogen gerealiseerd door andere federale, gewestelijke of gemeenschappelijke sociale zekerheidsdiensten? Kruis het (de) relevante vakje(s)

- Geen informatie
- Ziekenfondsen/RIZIV
- RVA
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- OCMW

Invloed van werk in een maatwerkbedrijf

Is het feit of een aanvrager in een maatwerkbedrijf (voormalig beschutte werkplaats) werkt van invloed op uw beslissing over het verdienvermogen?

- Ja
- Nee

Indien ja, waarom:

- Het is een aanwijzing van verdienvermogen.
- Het is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.

Telt dit voor ook voor andere vormen van aangepast werk? Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan.

- Kringloopwinkels
- Fietsateliers
- Zorgboerderijen
- Groendiensten
- Horecabedrijf
- Vrijwilligerswerk

Vraagt u proactief naar de volgende informatie en beïnvloedt dit uw beslissing over het verdienvermogen? Kruis het (de) overeenkomstige vakje(s) aan.

- aanpassingen van de werkplek
- aanpassing van de werktijden
- tussenkomst in het loon
- begeleiding naar werk
- stages
- vakantie of studentenwerk

Werken of studeren

Op welke basis beslist u over de aan- of afwezigheid van verdienvermogen wanneer de persoon met een handicap:

- werkt in een baan op de algemene markt, eventueel deeltijds
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- heeft zijn werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte.
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het hoger onderwijs
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het gewoon secundair onderwijs
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- studeert in het buitengewoon secundair onderwijs
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.
- is thuis actief als huisman/vrouw
 - o Dit is een aanwijzing van verdienvermogen.
 - o Dit is een aanwijzing van verminderde verdienvermogen.

Weigering van een 2/3e verminderd verdienvermogen

Wanneer de medische beslissing negatief is, deelt u dit dan onmiddellijk mee aan de aanvrager?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Hoe motiveert u gewoonlijk een weigering van erkenning? Wat zijn volgens u de meest voorkomende oorzaken van weigering?

Informeert u de aanvrager in geval van een negatieve beslissing over de mogelijkheden van beroep voor de arbeidsrechtbank?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Bent u op de hoogte van beroepen voor de arbeidsrechtbank als gevolg van uw beslissingen?

- Altijd
- Soms
- Nooit

Probeert u meestal aanwezig te zijn tijdens de expertise van de deskundige?

- Nee
- Ja, en als ik niet kan volg ik het dossier op stukken op
- Ja, en als ik niet kan geef ik het dossier door aan een collega

Procentueel: in hoeveel van uw dossiers die naar de arbeidsrechtbank gaan, is het verdienvermogen het onderwerp van de betwisting (en niet de IT of de parkeerkaart) (schatting)? _____%

In deze dossiers: hoe vaak bevestigt de door de rechtbank benoemde deskundige uw beslissing (schatting)? _____%

Hulp van paramedici (psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten)

Welke ondersteuning krijgt u van hen? Of welke ondersteuning zou u graag hebben in de toekomst?

- voorbereiding van het administratief dossier (controleren op volledigheid en zo nodig aanvullende informatie aanvragen)
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- efficiënte dispatching binnen het evaluatieteam
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- dossiers voorbereiden door relevante informatie te noteren in Medic-e
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- uitvoeren van aanvullende testen:
 - psychologische tests (vb. MMSE)
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
 - functionele onderzoeken (vb. Tinetti)
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- zelf evaluaties uitvoeren (met uw validatie a posteriori)
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- huisbezoeken uitvoeren
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig
- instellingen bezoeken
 - is al aanwezig zou nuttig zijn in de toekomst niet nuttig

Contacten tussen de regionale coördinerende arts van de DG HAN en de artsen van uw team

Hoe vaak hebt u contact:

- Met de coördinerende arts(en) van de DG HAN?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks
- driemaandelijks
- jaarlijks

- Met de collega's (aangeduide of statutaire artsen)?

- dagelijks
- wekelijks
- maandelijks
- driemaandelijks
- jaarlijks

Vergaderingen op het niveau van de regionale centra

Zijn er momenteel ontmoetingen tussen de collega's binnen uw team? Ja;

~~N~~ Indien ja, hoe vaak gemiddeld?

- Maandelijks
- Driemaandelijks
- Jaarlijks

Zo ja, wat is het doel van deze bijeenkomsten:

- de administratieve organisatie van evaluaties en oproepingen (proces)?
- de bespreking van complexe dossiers (peer review)?
- uitwisseling van informatie, best practices, nieuwe regelgeving?

Neemt u deel aan informatiesessies die door DG HAN georganiseerd worden?

- Ja
- Nee, omdat:
 - o tijdsgebrek of tijdsconflict
 - o niet interessant
 - o andere reden

Enkele elementen over uw persoonlijk profiel

Ik ben een

- aangeduide arts
- statutaire arts

Ik ben een

- een vrouw
- een man
- zeg ik liever niet

Mijn leeftijd:

- <30
- 30 – 39
- 40 – 49
- 50 - 59
- 60 - 69
- > 70
- zeg ik liever niet

Hoelang werkt u al voor DG HAN?

- minder dan 5 jaar
- tussen 5 en 10 jaar.
- meer dan 10 jaar

Ik ben verbonden aan het regionaal centrum van

- Antwerpen
- Brugge
- Gent
- Hasselt
- Brussel – Franstalige dossiers
- Brussel – Nederlandstalige dossiers
- Charleroi
- Bergen
- Luik
- Namen
- Sankt-Vith

Voert ook u expertise uit voor andere organisaties?

- Privéverzekeraars
- Rechtbanken
- Gewestelijke of gemeenschappelijke overheidsdiensten
- Federale overheidsdiensten
- Raadgevend arts voor particulieren

Conclusies

Is er nog iets dat u met ons wilt delen in het kader van deze studie over het verlies aan verdienvermogen in zake IVT?

Bedankt voor uw medewerking en beschikbaarheid.

Drs. Philippe Mairiaux en Jean-Pierre Schenkelaars

Bijlage 6: Statistisch analyseverslag ingediend door het BSTAT-team van de Universiteit van Luik

Vragenlijst voor de evaluerende artsen van DG HAN

Verslag van de statistische analyse

Nathalie MAES – Nicolas GILLAIN

Centre Hospitalo-Universitaire de Biostatistique et Méthodes de Recherche (B-STAT)
CHU van Luik – Universiteit van Luik

5 mei 2023

Inhoudsopgave

1. Context	108
2. Materiaal en methodes	108
2.1. Vragenlijst van de enquête	108
2.2. Gegevens	108
2.3. Statistische methodes	114
3. Resultaten	115
2.1. Beschrijvende statistische gegevens voor alle vragenlijstitems	115
2.2. Analyse van de antwoorden naar gelang de taalachtergrond	134
2.3. Analyse van antwoorden naar gelang de anciënniteit in de functie	146
2.4. Analyse van de antwoorden in functie van het statuut van de arts	157
A. Bijlage: Beschrijving van de gegevens ("Code book")	168

1. Situering

Dit rapport gaat over het verzamelen en analyseren van gegevens in het kader van een studie naar de voorwaarden voor het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen dat bepaalt of een aanvrager met een handicap al dan niet een IVT (inkomensvervangende tegemoetkoming) kan krijgen. Dit is een kwantitatieve analyse gebaseerd op een vragenlijst van een enquête onder artsen die voor rekening van DG HAN beoordelingen uitvoeren van personen met een handicap.

2. Materiaal en methodes

2.1. Vragenlijst van de enquête

Er werd een digitale versie van de vragenlijst verspreid en daarmee werden gegevens verzameld. Er werd een eerste testfase uitgevoerd met een aantal evaluerende artsen om de digitale vragenlijst te valideren en aan te passen. Vervolgens werd deze verspreid onder alle andere evaluerende artsen voor DG HAN.

De vragenlijsten werden anoniem ingevuld en de gegevens werden opgeslagen op beveiligde servers van de Universiteit van Luik.

In totaal werden 43 vragenlijsten ingevuld door de evaluerende artsen (exclusief de testfase).

2.2. Gegevens

Voor elke vragenlijst werd de volgende informatie verzameld:

- Taal (NL/FR)
- Sluitingsdatum van de vragenlijst

S1. Expertiseomstandigheden

- Aantal halve dagen per week die gemiddeld besteed worden voor DG HAN van de FOD Sociale Zekerheid
 - o Aantal in een regionaal centrum van DG HAN (in halve dagen) (1 tot 12)
 - o Aantal in een privépraktijk (in halve dagen) (1 tot 12)
 - o Aantal via telewerk (in halve dagen) (1 tot 12)
- Aandeel van de dossiers dat sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld werd op basis van stukken (%)
- Begeeft zich soms naar iemand thuis voor een beoordeling (1=Ja, 2=Neen)
- Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten)
- Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten)
- Minimale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten)
- Maximale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten)
- Minimale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten)

- Maximale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten)
- Minimale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten)
- Maximale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten)
- Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uur/week)
- Tijd besteed aan het behandelen van opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (in uur/week)
- Zou een standaardformaat (template) helpen bij het schrijven van de rapporten? (1=Ja, 2=Neen)

S2. Ingewikkelde diagnoses

- Diagnoses die over het algemeen de grootste problemen opleveren bij het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen voor het toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)
 - o Geen diagnose in het bijzonder
 - o Autistisch syndroom
 - o ADHD
 - o Psychiatrische problemen bij jongeren
 - o Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
 - o Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
 - o Long covid
 - o Burn-out
 - o Lumbalgie
 - o Andere musculoskeletale aandoeningen
 - o Chronische pijn
 - o Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
 - o Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
 - o Multipathologie
 - o Moeilijk te specificeren aandoeningen
 - o Andere, gelieve te specificeren
- Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG HAN u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses? (1=Ja, een waardevolle hulp, 2=Enige hulp, maar eerder beperkt, 3=Neen, 4=Dit handboek is me niet bekend).

S3. Duur van de erkenning

- Gebeurt het dat u een verminderd verdienvermogen erkent dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode? (1=Ja, 2=Neen)
- Zo ja, factoren of elementen die u ertoe brengen om een erkenning voor een IVT toe te kennen voor een korte periode (1 tot 3 jaar):
 - o Jonge leeftijd (tussen 18 en 25 jaar)
 - o Evolutive pathologie
 - o Onnauwkeurige diagnose
 - o Lopend revalidatieproces
 - o Andere, gelieve te preciseren

S4. Leeftijdsspecifieke kenmerken

- Confrontatie met problemen die eigen zijn aan bepaalde leeftijden of levensfasen bij het beoordelen van het verdienvermogen?
 - 18-25 jaar (1=Ja, 2=Neen)
 - Autistisch syndroom
 - ADHD
 - Psychiatrische problemen bij jongeren
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
 - Long covid
 - Burn-out
 - Lumbalgie
 - Andere musculoskeletale aandoeningen
 - Chronische pijn
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
 - Multipathologie
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen
 - Andere, gelieve te preciseren
 - 26-35 jaar (1=Ja, 2=Neen)
 - Autistisch syndroom
 - ADHD
 - Psychiatrische problemen bij jongeren
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
 - Long covid
 - Burn-out
 - Lumbalgie
 - Andere musculoskeletale aandoeningen
 - Chronische pijn
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
 - Multipathologie
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen
 - Andere, gelieve te preciseren
 - 36-55 jaar (1=Ja, 2=Neen)
 - Autistisch syndroom
 - ADHD
 - Psychiatrische problemen bij jongeren
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
 - Long covid

- Burn-out
- Lumbalgie
- Andere musculoskeletale aandoeningen
- Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
- Multipathologie
- Moeilijk te specificeren aandoeningen
- Andere, gelieve te preciseren
- >55 jaar (1=Ja, 2=Neen)
 - Autistisch syndroom
 - ADHD
 - Psychiatrische problemen bij jongeren
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom
 - Long covid
 - Burn-out
 - Lumbalgie
 - Andere musculoskeletale aandoeningen
 - Chronische pijn
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit
 - Multipathologie
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen
 - Andere, gelieve te preciseren

S5. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis alsook andere beoordelingen

- Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager
 - *Intakeformulier*
 - Anamnese van de persoon tijdens de expertise
 - VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten
 - Eerdere evaluaties door DG HAN
 - Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid
 - Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)
 - Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)
 - Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten
- Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie
 - Geen informatie

- Ziekenfonds / RIZIV
- RVA
- Fedris
- VAPH, Phare, Iriscare, AViQ
- VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG
- Medex
- OCMW

S6. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP)

- Invloed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de beslissing die eruit voortvloeit (1=Ja, 2=Neen)
- Zo ja, waarom? (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde)
- Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?
 - Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels
 - Fietswerkplaatsen
 - Boerderijen en groententeelt
 - Park- en tuinbedrijven
 - Horeca
 - Vrijwilligerswerk
- Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?
 - Aanpassing van de werkpost
 - Aanpassing van de werktijd
 - Tussenkost in de bezoldiging
 - Begeleiding naar werk
 - Stages
 - Vakantiewerk of werk als jobstudent

S7. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies

- De volgende situaties duiden op een normaal verdienvermogen of een verminderd verdienvermogen wanneer de persoon een handicap heeft (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde)
 - Werkt in een baan op de algemene markt, mogelijk deeltijds
 - Heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte
 - Studeert in het hoger onderwijs
 - Studeert in het gewoon secundair onderwijs
 - Studeert in het buitengewoon secundair onderwijs
 - Is thuis actief als huisman/huisvrouw

S8. Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen

- Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager onmiddellijk geïnformeerd (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit)

- Hoe wordt een erkenningsweigering gewoonlijk gemotiveerd? Welke zijn de meest voorkomende redenen voor een weigering?

S9. Beroepen bij de arbeidsrechtbank

- Wordt de aanvrager geïnformeerd over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing? (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit)
- Wordt u zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van uw beslissingen? (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit)
- Wanneer u op de hoogte wordt gesteld van een beroep, neemt u dan waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises? (1=Nee, 2=Ja en als ik niet aanwezig kan zijn volg ik het dossier op grond van stukken, 3=Ja en als ik niet aanwezig kan zijn verwijs ik door naar een collega)
- In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (%)
- In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (%)

S10. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.)

- Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn? (1= Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig)
 - o Voorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)
 - o Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam
 - o Voorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren
 - o Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE)
 - o Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti)
 - o Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)
 - o Uitvoeren van huisbezoeken
 - o Uitvoeren van bezoeken aan instellingen

S11. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN

- Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van DG Han (1=Dagelijks, 2=Wekelijks, 3=Maandelijks, 4=Driemaandelijks, 5=Jaarlijks)
- Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (1=Dagelijks, 2=Wekelijks, 3=Maandelijks, 4=Driemaandelijks, 5=Jaarlijks)
- Worden er op dit ogenblik overlegmomenten georganiseerd tussen collega's op het niveau van het eigen regionale centrum? (1=Ja, 2=Nee)
- Zo ja, hoe vaak gemiddeld? (1=Maandelijks, 2=Driemaandelijks, 3=Jaarlijks)
- Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel:
 - o De administratieve organisatie van de evaluaties en uitnodigingen

- De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden
- Het delen van informatie, goede praktijken en ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving
- Neemt deel aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN (1=Ja, 2=Neen)
- Indien niet, waarom niet?
 - Gebrek aan tijd of conflict in de planning
 - Gebrek aan interesse
 - Andere redenen als obstakel

S12. Persoonlijk profiel

- 1=Aangeduide arts, 2=Statutaire arts
- 1=Vrouw, 2=Man, 3=Ik zeg dit liever niet
- Leeftijd (1 :<30 jaar, 2 :30-39 jaar, 3 :40-49 jaar, 4 :50-59 jaar, 5= :60-69 jaar, 6 :>70 jaar, 7=Ik zeg dit liever niet)
- Werkt al hoelang voor DG HAN? (1 :<5 jaar, 2 : tussen 5 en 10 jaar, 3 :>10 jaar)
- Verbonden aan het regionaal centrum van (1=Antwerpen, 2=Brugge, 3=Gent, 4=Hasselt, 5=Brussel-Franstalige dossiers, 6=Brussel-Nederlandstalige dossiers, 7=Charleroi, 8=Bergen, 9=Luik, 10=Namen, 11=Sankt-Vith)
- Voert expertises uit voor andere organisaties?
 - Privéverzekeraars
 - Rechtbanken
 - Gewestelijke of communautaire overheidsinstanties
 - Federale overheidsinstanties
 - Beroepsgeneeskunde

S13. Conclusies

- Suggesties om de functie van deskundige arts voor DG HAN aantrekkelijker te maken
- Andere elementen in het kader van deze studie over het verlies van verdienvermogen inzake IVT

Een gedetailleerde beschrijving van de uiteindelijke database ("Code book") wordt gegeven in de Bijlage.

2.3. Statistische methodes

Kwalitatieve variabelen worden beschreven met frequentietabellen (aantallen en percentages), terwijl kwantitatieve variabelen worden uitgedrukt met behulp van gemiddelden en standaardafwijkingen.

De vergelijkingen van de verschillende items volgens de taal waarin de vragenlijst werd ingevuld, de anciënniteit van de evaluerende arts en zijn of haar status werden uitgevoerd met behulp van de niet-parametrische Kruskal-Wallis test voor kwantitatieve variabelen. Voor kwantitatieve variabelen werd de Chi-kwadraattest gebruikt, of de Student's exact test als de voorwaarden voor de Chi-kwadraattest niet vervuld waren.

De resultaten worden als statistisch significant beschouwd op 95%-niveau ($p < 0,05$). De analyses werden uitgevoerd met behulp van de SAS-software (versie 9.4).

3. Resultaten

2.1. Beschrijvende statistische gegevens voor alle vragenlijstitems

In totaal werden N=43 vragenlijsten ingevuld en afgesloten tussen 6 en 26 april 2023. Het persoonlijk profiel van de respondenten wordt beschreven in Tabel 1.

Tabel 1. Persoonlijk profiel van respondenten (N=43)

	N (%)
Taal van de vragenlijst	
FR	16 (37,2%)
NL	27 (62,8%)
Aangeduid	
de arts	30 (69,8%)
Statutair	12 (27,9%)
Onbepaald	1 (2,3%)
Geslacht	
Vrouw	18 (41,9%)
Man	25 (58,1%)
Leeftijd	
<30 jaar	0 (0,0%)
30-39 jaar	2 (4,7%)
40-49 jaar	1 (2,3%)
50-59 jaar	14 (32,6%)
60-69 jaar	17 (39,5%)
>70 jaar	9 (20,9%)
Werkt al hoelang voor DG HAN?	
<5 jaar	5 (11,6%)
Tussen 5 en 10 jaar	5 (11,6%)
>10 jaar	33 (76,7%)
Ik ben verbonden aan het regionaal centrum van	
Antwerpen	6 (14,0%)
Brugge	8 (18,6%)
Gent	7 (16,3%)
Hasselt	4 (9,3%)
<input type="checkbox"/> Brussel-Franstalige dossiers	5 (11,6%)
Brussel-Nederlandstalige dossiers	1 (2,3%)
Charleroi	2 (4,7%)
Bergen	1 (2,3%)
Luik	3 (7,0%)
Namen	4 (9,3%)
Sankt-Vith	1 (2,3%)
Onbepaald	1 (2,3%)

Voert expertises uit voor andere organisaties	
Privéverzekeraars	2 (4,7%)
Rechtbanken	4 (9,3%)
Gewestelijke of communautaire overheidsinstanties	0 (0,0%)
Federale overheidsinstanties	4 (9,3%)
Beroepsgeneeskunde	5 (11,6%)

Tabel 2 geeft de resultaten van de items met betrekking tot de expertiseomstandigheden. In totaal besteden de evaluerende artsen gemiddeld 6,7 halve dagen per week aan DG HAN. Sinds het einde van de Covid-maatregelen wordt gemiddeld 46% van de dossiers afgehandeld op basis van stukken. Ongeveer 36% van de respondenten verricht wel eens huisbezoeken voor een evaluatie. De gemiddelde tijd die wordt besteed aan het beoordelen van een dossier varieert tussen 17 en 46 minuten, de gemiddelde tijd die wordt besteed aan administratief werk (verslagen opvragen, herinneringen versturen, ...) is 4,4 uur per week, en de gemiddelde tijd die wordt besteed aan het verwerken van de opmerkingen van de coördinerende arts van het regionale centrum en/of de bespreking met collega's is 2,6 uur per week. En 51% van de respondenten is van mening dat een standaardformaat hen zou helpen bij het schrijven van de rapporten.

Tabel 2. Expertiseomstandigheden (N=43)

	N (%)
Gemiddelde tijd besteed aan DG HAN van de FOD Sociale Zekerheid (in halve dagen/week), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	
In een regionaal centrum van DG HAN	3.3 \pm 2.7
In een privépraktijk	0.58 \pm 1.2
Via telewerk	2.7 \pm 2.3
Totaal	6.7 \pm 3.4
Aandeel van de dossiers dat sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld werd op basis van stukken	
<10%	6 (14,0%)
10-19%	4 (9,3%)
20-29%	8 (18,6%)
30-39%	4 (9,3%)
40-49%	0 (0,0%)
50-59%	5 (11,6%)
60-69%	4 (9,3%)
70-79%	6 (14,0%)
80-89%	1 (2,3%)
\geq 90%	5 (11,6%)
Gemiddelde \pm Standaardafwijking *	46 \pm 30
Verricht soms huisbezoeken voor een beoordeling (gespecificeerd voor N=42 respondenten)	15/42 (35,7%)
Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	17 \pm 11
Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	46 \pm 29
Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uur/week) (gepreciseerd voor N=41 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	4.4 \pm 6.0
Tijd besteed aan het verwerken van de opmerkingen van de coördinerende arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (in uur/week) (gepreciseerd voor N=37 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	2.1 (51,2%)
Een standaardformaat (sjabloon) zou helpen bij het schrijven van rapporten (gepreciseerd voor N=42 respondenten)	

* *Berekend door afronding naar het midden van elk interval*

19 respondenten gaven details over de tijd die besteed werd aan het beoordelen van een dossier en deze worden beschreven in tabel 3. Hierbij dient opgemerkt dat de som van de tijdsdetails veel groter is dan het totale cijfer dat door deze zelfde beoordelaars werd gegeven; de schattingen van de tijdsdetails lijken daarom overschat. Als we echter de tijd vergelijken die aan elke fase wordt besteed, kunnen we daaruit concluderen dat ongeveer de helft van de tijd besteed wordt aan de expertise zelf (anamnese/klinisch onderzoek, indien van toepassing); een kwart van de tijd wordt besteed aan het lezen van de intakevragenlijst en de medische rapporten; en een kwart van de tijd wordt besteed aan het schrijven van het rapport.

Tabel 3. Expertiseomstandigheden - Details van de tijd die wordt besteed aan het beoordelen van een dossier (N=19 respondenten)

	N (%)
Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde ± Standaardafwijking	18 ± 14
Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde ± Standaardafwijking	44 ± 21
Minimale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten)	9 ± 7
Maximale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten)	24 ± 11
Minimale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten)	18 ± 12
Maximale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten)	33 ± 23
Minimale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten)	10 ± 10
Maximale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten)	20 ± 17

Volgens de evaluerende artsen die reageerden, zijn de meest ingewikkelde diagnoses, in volgende volgorde: Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (83,7%), Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (81,2%), Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (58,1%), Autistisch syndroom (55,8%), Burn-out (51,2%), Psychiatrische problemen bij jongeren (48,8%), en Lumbalgie (44,2%) (Tabel 4). De meerderheid van de respondenten beschouwde het handboek "Evaluatierichtlijnen" als een beperkte hulp (53,5%), 27,9% beschouwde het als een waardevolle hulp en 14% wist niet dat het handboek bestond.

Tabel 4. Ingewikkelde diagnoses (N=43)

	N (%)
Diagnoses die over het algemeen de grootste moeilijkheden opleveren bij het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen voor het toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) (meerdere antwoorden mogelijk per respondent)	
Geen diagnose in het bijzonder	6 (14,0%)
Autistisch syndroom	24 (55,8%)
ADHD	17 (39,5%)
Psychiatrische problemen bij jongeren	21 (48,8%)
Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen	7 (16,3%)
Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom	36 (83,7%)
Long covid	15 (34,9%)
Burn-out	22 (51,2%)
Lumbalgie	19 (44,2%)
Andere musculoskeletale aandoeningen	8 (18,6%)
Chronische pijn	17 (39,5%)
Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen	25 (58,1%)
Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit	13 (81,2%)
Multipathologie	6 (14,0%)
Moeilijk te specificeren aandoeningen	11 (25,6%)
Andere*	1 (2,3%)
Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG HAN waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses?	
Ja, een waardevolle hulp	12 (27,9%)
Enige hulp, maar eerder beperkt	23 (53,5%)
Neen	2 (4,7%)
Dit handboek is me niet bekend	6 (14,0%)

* "*ethyl schizo psychopathie*"

Alle respondenten erkennen soms een verminderd verdienvermogen dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode (Tabel 5).

Tabel 5. Duur van de erkenning (N=43)

	N (%)
Het gebeurt dat men een verminderd verdienvermogen erkent dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode	43 (100.0)
Factoren of elementen die u ertoe brengen om een erkenning voor een IVT toe te kennen voor een korte periode (1 tot 3 jaar)	
Jonge leeftijd (tussen 18 en 25 jaar)	38 (88,4%)
Evolutieve pathologie	37 (86,0%)
Onnauwkeurige diagnose	28 (65,1%)
Lopend revalidatieproces	41 (95,3%)
Andere	5 (11,6%)

Andere:

- "(nieuwe) behandelingen
- "aanpassingscapaciteit of opleiding"
- "onvoldoende inlichtingen"
- "mogelijkheid van verbetering na verloop van tijd"
- "psychiatrische pathologie, niet objectiveerbare pathologie"

Tabel 6 presenteert de resultaten met betrekking tot leeftijdsspecifieke kenmerken.

Tabel 6. Leeftijdsspecifieke kenmerken

	18-25 jaar	26-35 jaar	36-55 jaar	>55 jaar
Aantal artsen die op dit item hebben geantwoord	41	41	41	40
Specifieke kwesties voor deze tranche leeftijd?	29 (70,7%)	23 (56,1%)	25 (61,0%)	20 (50,0%)
Zo ja,				
Autistisch syndroom	21 (72,4%)	11 (47,8%)	3 (12%)	2 (10,0%)
ADHD	12 (41,4%)	9 (39,1%)	2 (8,0%)	1 (5,0%)
Psychiatrische problemen bij jongeren	18 (62,1%)	7 (30,4%)	2 (8,0%)	1 (5,0%)
Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen	7 (24,1%)	2 (8,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)
Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom	11 (37,9%)	17 (73,9%)	17 (68,0%)	9 (45,0%)
Long covid	5 (17,2%)	5 (21,7%)	5 (20,0%)	4 (20,0%)
Burn-out	6 (20,7%)	9 (39,1%)	8 (32,0%)	5 (25,0%)
Lumbalgie	8 (27,6%)	14 (60,9%)	13 (52,0%)	13 (65,0%)
Andere musculoskeletale aandoeningen	4 (13,8%)	3 (13,0%)	2 (8,0%)	6 (30,0%)
Chronische pijn	9 (31,0%)	12 (52,2%)	15 (60,0%)	12 (60,0%)
Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen	11 (37,9%)	11 (47,8%)	9 (36,0%)	9 (45,0%)
Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit	9 (31,0%)	11 (47,8%)	8 (32,0%)	3 (15,0%)
Multipathologie	2 (6,9%)	1 (4,3%)	4 (16,0%)	7 (35,0%)
Moeilijk te specificeren aandoeningen	7 (24,1%)	7 (30,4%)	4 (16,0%)	6 (30,0%)
Andere	5 (17,2%)	2 (8,7%)	2 (8,0%)	3 (15,0%)

Overige (18-25 jaar):

- *Meerdere stoornissen (dysorthografie, dyslexie, enz.) Of jongere nog op school met beperkte mentale capaciteiten + andere pathologie*
- *Genderproblematiek*
- *psy drug ethyl*
- *achterstand op school nog geen praktijkstages gehad opleiding niet afgerond*
- *gedragsstoornissen*

Andere (26-35 jaar):

- *Psy drug ethyl*
- *sociale uitsluiting verlies werkloosheid*

Andere (36-55 jaar):

- *psychiatrie ethuu*
- *scheiding van stel - alleenstaand ouderschap moeilijk psychologisch en financieel op te vangen*

Andere (>55 jaar):

- *werkvermogen op 64 voor iemand die nooit heeft gewerkt om familiale redenen ps stoppen op 67 jaar?*
- *ethyl burn out*
- *als mensen met pensioen gaan, moeten ze dan een IVT ontvangen?*

De informatiebronnen waarover de evaluerende arts beschikt om meer te weten te komen over de educatieve, medische en eventuele professionele achtergrond van de aanvrager zijn voornamelijk de anamnese van de persoon ten tijde van de expertise (88,4%), het *intake*formulier (79,1%), de eerdere beoordelingen door DG HAN (74,4%) en de rapporten van de begeleiding door gespecialiseerde diensten (72,1%) (Tabel 7). Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, heeft de evaluerende arts in 83,7% van de gevallen geen toegang tot enige informatie.

Tabel 7. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis alsook andere beoordelingen (N=43)

	N (%)
Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager	
<i>Intake</i> formulier	34 (79,1%)
Anamnese van de persoon op het moment van de expertise	38 (88,4%)
VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten	16 (37,2%)
Eerdere beoordelingen door DG HAN	32 (74,4%)
Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid	3 (7,0%)
Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles formation, ADG)	8 (18,6%)
Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	3 (7,0%)
Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten	31 (72,1%)
Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie	
Geen informatie	36 (83,7%)
Ziekenfonds / RIZIV	4 (9,3%)
RVA	0 (0,0%)
Fedris	1 (2,3%)
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (7,0%)
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	2 (4,7%)
Medex	0 (0,0%)
OCMW	1 (2,3%)

In totaal vond 88,4% van de evaluerende artsen dat het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkte van invloed was op hun analyse en de daaruit voortvloeiende beslissing. Van hen beschouwt de meerderheid (68,4%) het als een indicator van een verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde. Omgekeerd beschouwt 29% het echter als een indicator van verdienvermogen (Tabel 8).

Tabel 8. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP) (N=43)

	N (%)
<hr/>	
Involed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de beslissing die eruit voortvloeit	38 (88,4%)
Zo ja,	
Indicator van verdienvermogen	11 (29,0%)
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	26 (68,4%)
Onbepaald	1 (2,6%)
Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?	
Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels	12 (27,9%)
Fietswerkplaatsen	6 (14,0%)
Boerderijen en groententeelt	22 (51,2%)
Park- en tuinbedrijven	11 (25,6%)
Horeca	3 (7,0%)
Vrijwilligerswerk	25 (58,1%)
Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?	34 (79,1%)
Aanpassing van de werkpost	
Aanpassing van de werktijd	29 (67,4%)
Tussenkost in de bezoldiging	20 (46,5%)
Begeleiding naar werk	28 (65,1%)
Stages	24 (55,8%)
Vakantiewerk of werk als jobstudent	20 (46,5%)

Werken of hervatten van het werk, mogelijk op deeltijdbasis, wordt door de overgrote meerderheid van de evaluerende artsen ook beschouwd als tekenen van verdienvermogen (Tabel 9). In mindere mate worden studies in het hoger onderwijs (62,8%) of het gewoon secundair onderwijs (53,5%) beschouwd als tekenen van verdienvermogen. Studies in buitengewoon secundair onderwijs werd door 53,5% van de evaluerende artsen beschouwd als een teken, maar voor 22,7% was het een teken van verdienvermogen en voor 68,2% was het een teken van verminderd verdienvermogen tot minder dan 1/3. Actief zijn als huisman/huisvrouw wordt slechts door 37,2% van de respondenten beschouwd als een teken (van verdienvermogen).

Tabel 9. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies (N=43)

De volgende situaties zijn indicatief voor een normaal verdienvermogen of verminderd verdienvermogen wanneer de persoon met een handicap in een baan op de algemene markt werkt, eventueel deeltijds	Ja	Teken van verdienvermogen	Teken van verminderd verdienvermogen tot minder dan 1/3
	38 (88,1%)	38 (100,0%)	0 (0,0%)
Het werk hervat heeft, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte	33 (76,7%)	32 (97,0%)	1 (3,0%)
In het hoger onderwijs studeert	27 (62,8%)	27 (100,0%)	0 (0,0%)
In het gewoon secundair onderwijs studeert	23 (53,5%)	23 (100,0%)	0 (0,0%)
In het buitengewoon secundair onderwijs studeert	22 (51,2%)	5 (22,7%)*	15 (68,2%)*
Thuis actief is als huisman/huisvrouw	16 (37,2%)	14 (87,5%)*	0 (0,0%)*

* Niet gepreciseerd voor 2 respondenten

Wanneer de medische beslissing negatief is, brengt 48,8% van de evaluerende artsen de eiser nooit onmiddellijk op de hoogte, 48,8% doet dit soms en 2,3% doet dit altijd.

Tabel 10. Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen (N=43)

	N (%)
Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager hier onmiddellijk van op de hoogte gebracht	
Altijd	1 (2,3%)
Soms	21 (48,8%)
Nooit	21 (48,8%)

Tabel 11 geeft een overzicht van de antwoorden op de vraag "Hoe wordt een erkenningsweigering gewoonlijk gemotiveerd? Welke zijn de meest voorkomende redenen voor een weigering?"

Tabel 11. Hoe wordt een erkenningsweigering gewoonlijk gemotiveerd? Welke zijn de meest voorkomende redenen voor een weigering? (N=43)

	N
Onbepaald	5
- werkzoekende zijn - aan het werk zijn zonder aanpassing van werktijden, materiaal, enz. - niet lijden aan ernstige en invaliderende pathologieën!	1
-Aan de aanvrager: uitleg over de criteria voor erkenning volgens de FOD-criteria (verschillend van die van de AFS, ASSI, enz.) en vergelijking met de medische situatie van de aanvrager. -In het dossier: ik noteer de leeftijd, anamnese bij CEM (zeer) geruststellend, intake ontv.	1
Afwezigheid van ernstige gevolgen van de ziekte op de algemene autonomie Acute ziekte die niet tot langdurige invaliditeit leidt Belang van het soort beroep: een goede intellectuele opleiding maakt het mogelijk te werken ondanks de lichamelijke handicap, te bespreken	1
Afhankelijk van de individuele situatie Meest voorkomen: te beperkte pathologie	1
Geschikt voor normaal betaald werk ondanks handicap	1
Werkloosheid geen verlies van 2/3 omdat pathologieën niet erg beperkend zijn licht werk mogelijk opleiding aan het volgen verbetering van medische situatie	1
Dat het werk zittend kan uitgevoerd worden.	1
Geeft toelichting over het criterium verdienvermogen dan verminderd is tot < 1/3de of niet	1
Geen 2/3 verlies van verdienvermogen t o v vergelijkbaar persoon Werk in de algemene arbeidsmarkt onvoldoende objectivering van de geuite klachten	1
Geschikt voor licht, bv administratief of zittend werk.	1
IK geef bijna altijd uitleg over de beslissing(tenzij mensen te mentaal beperkt zijn of anderstalig zijn en de ondervraging al moeilijk verloopt of als ik vrees dat ik in conflict geraak bij meedelen negatieve beslissing.)Ik kan hier geen algemeen antwo.	1
Ik verwerk dossiers alleen op basis van stukken.	1
De pathologie is evolutief en laat momenteel nog voldoende verdienvermogen toe	1
De persoon werkt al soms deeltijds, vaak halftijds. De impact van zijn pathologie(ën) op zijn dagelijks leven resulteert niet/niet langer in een inkomensverlies van 66% in de zin dat hij in staat is om zich te verplaatsen en motorische en cognitieve functies heeft	1
Medische elementen zijn onvoldoende op vdv tot minder dan 1/3 van het nie vdv te doen dalen .Werkt in normaal Arbeidscircuit	1
Nog voldoende mogelijkheden in het reguliere arbeidscircuit. Bv. hooggeschoold en orthopedische problematiek, ASS met normaal IQ fibromyalgie/CVS: onvoldoende objectieve pathologie om IVT te verantwoorden BUSO OV3, stages nog te doorlopen, te vroeg om be	1
Omdat de aanvrager heeft geen recht op de erkenning, geen voldoende redenen, niet aanwezig op een oproeping voor medische onderzoek, geen enkele gevraagde verslagen niet geleverd worden, etc.	1
Psychische, mentale, zintuiglijke, energetische of motorische beperkingen.	1
Weigering van erkenning: als de persoon op de algemene arbeidsmarkt werkt, als de pathologie lijkt te zijn verminderd en als het klinisch onderzoek en de medische rapporten geruststellend zijn	1
Afhankelijk van de mogelijkheid om ongeschoold licht werk uit te voeren. Elke motivering gebeurt op ad-hoc basis. Bij een lumbalgieprobleem beoordeel ik het vermogen van de patiënt om dagelijkse activiteiten uit te voeren en lasten te dragen (met aandacht voor de orthopedische instructies	1
Uitleg over zijn beperking ivg met anderen met eenzelfde aandoening en wat hij eerder wel nog kan dan niet kan!	1
Werkt fulltime	1
aangepast werk , mogelijks deeltijds mogelijk GTB begeleiding nog niet gestart krijgt evt. uitkering RVA , dus mogelijks werkgeschikt medische schade is onvoldoende actief verdienvermogen	1
Aggravatie theatraal gedrag rente neurose referentieberoepen cfr ZIV-wetgeving opleidingsniveau 'algemene' arbeidsmarkt is verschillend van deze in ZIV-wetgeving	1
een handicap hebben, maar de 66% niet halen	1
criteria van DG HAN	1
discrepancie tussen klachten en pathologie (vergroten symptomen eventueel zelfs toneelspel van de persoon) te correleren met onderzoek tijdens de consultatie en observatie van de persoon, na het verlaten van de consultatieruimte.na tijdelijke goedkeur	1
door te zeggen dat de handicap de 66% niet haalt, maar het is een vergissing om een negatief antwoord te geven en ik doe dat niet meer	1
ik leg uit dat de toestand verbeterd is of de aandoening niet voldoende ernstig is zodat persoon meer dan 2/3 arbeidsongeschikt zou zijn	1
indien het duidelijk is dat die persoon dan een regulier werk kan uitvoeren, met voldoende verdienvermogen	1
leeftijd, opleiding, eerdere banen, medische toestand, fysieke en mentale toestand	1
aanvragers die nooit hebben gewerkt en geen ernstige medische aandoening of zware handicap hebben; deze aanvragers hebben geen tot 1/3 verminderd verdienvermogen en kunnen mogelijk ongeschoold of eenvoudig werk doen. aanvragers	1
mogelijkheid tot aangepast werk	1
acute pathologie laat licht administratief werk toe aanpassingsvermogen (lezen van verschillende opleidingen en verschillende banen), deeltijds werk (geen 66%) voor FOD osteoarticulaire aandoeningen zonder neurologische tekenen of op	1
uitleg over de resterende mogelijkheden	1
werkt in reguliere arbeidsmarkt is huisvrouw met kinderen waar ze voor zorgt	1
werkt voltijds of deeltijds, heeft het potentieel om op de algemene arbeidsmarkt tewerkgesteld te worden	1

Bij een negatieve beslissing informeert 48,8% van de evaluerende artsen de aanvrager nooit over de beroepsmogelijkheden, 44,2% doet dit soms en 7% altijd (Tabel 12). 72,1% van de respondenten zegt zelf altijd de nodige inlichtingen ingewonnen te hebben over eventuele beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbanken. Wanneer ze op de hoogte worden gebracht van een beroep, nemen de evaluerende artsen telkens wanneer mogelijk deel aan de tegensprekelijke expertises ("ja" voor 95,4% van de respondenten).

Tabel 12. Beroepen bij de arbeidsrechtbank (N=43)

	N (%)
Informatieverstrekking aan de aanvrager over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing?	
Altijd	3 (7,0%)
Soms	19 (44,2%)
Nooit	21 (48,8%)
Wordt hij zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van zijn beslissingen?	
Altijd	31 (72,1%)
Soms	9 (20,9%)
Nooit	3 (7,0%)
Als hij op de hoogte wordt gebracht van een beroep, neemt hij dan telkens waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises?	
Nee	2 (4,6%)
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn volgt hij het dossier op grond van stukken	26 (60,5%)
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn verwijst hij door naar een collega	15 (34,9%)
In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (gepreciseerd voor 39 evaluerende artsen)	
<10%	13 (33,3%)
10-19%	5 (12,8%)
20-29%	6 (15,4%)
30-39%	4 (10,3%)
40-49%	3 (7,7%)
50-59%	3 (7,7%)
60-69%	3 (7,7%)
70-79%	1 (2,6%)
80-89%	0 (0,0%)
≥90%	1 (2,6%)
In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (gepreciseerd voor 38 evaluerende artsen)	
<10%	3 (7,9%)

10-19%	0 (0,0%)
20-29%	1 (2,6%)
30-39%	1 (2,6%)
40-49%	1 (2,6%)
50-59%	4 (10,5%)
60-69%	8 (21,0%)
70-79%	7 (18,4%)
80-89%	4 (10,5%)
≥90%	9 (23,7%)

Tabel 13 geeft de resultaten van de items met betrekking tot de hulp van andere medewerkers voor de beoordeling.

Tabel 13. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.) (N=42, antwoorden niet gepreciseerd voor deze items voor 1 arts)

Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?	N (%)
Voorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)	
Gebeurt al	27 (64,3%)
Neen, nuttig voor de toekomst	14 (33,3%)
Neen, niet nuttig	1 (2,4%)
Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam	
Gebeurt al	22 (55,0%)
Neen, nuttig voor de toekomst	16 (40,0%)
Neen, niet nuttig	2 (5,0%)
Voorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren	
Gebeurt al	20 (47,6%)
Neen, nuttig voor de toekomst	17 (40,5%)
Neen, niet nuttig	5 (11,9%)
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE)	
Gebeurt al	5 (11,9%)
Neen, nuttig voor de toekomst	31 (73,8%)
Neen, niet nuttig	6 (14,3%)
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti)	
Gebeurt al	9 (21,4%)
Neen, nuttig voor de toekomst	22 (52,4%)
Neen, niet nuttig	11 (26,2%)

Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)	N=40
Gebeurt al	13 (32,5%)
Neen, nuttig voor de toekomst	14 (35,0%)
Neen, niet nuttig	13 (32,5%)
Uitvoeren van huisbezoeken	
Gebeurt al	10 (23,8%)
Neen, nuttig voor de toekomst	21 (50,0%)
Neen, niet nuttig	11 (26,2%)
Uitvoeren van bezoeken aan instellingen	
Gebeurt al	12 (28,6%)
Neen, nuttig voor de toekomst	22 (52,4%)
Neen, niet nuttig	8 (19,0%)

Tabel 14 toont de resultaten van de items in verband met de relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's.

Tabel 14. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN

	N (%)
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van DG HAN (gepreciseerd voor 37 evaluerende artsen)	
Dagelijks	10 (27,0%)
Wekelijks	13 (35,1%)
Maandelijks	7 (18,9%)
Driemaandelijks	5 (13,5%)
Jaarlijks	2 (5,4%)
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (gepreciseerd voor 41 evaluerende artsen)	
Dagelijks	15 (36,6%)
Wekelijks	14 (34,1%)
Maandelijks	5 (12,2%)
Driemaandelijks	5 (12,2%)
Jaarlijks	2 (4,9%)
Organisatie van overlegmomenten tussen collega's op het niveau van het eigen regionaal centrum	36 (83,7%)
Zo ja, gemiddelde frequentie	
Maandelijks	17 (47,2%)
Driemaandelijks	17 (47,2%)
Jaarlijks	1 (12,8%)
Onbepaald	1 (12,8%)
Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel:	
De administratieve organisatie van de evaluaties en uitnodigingen	16 (44,4%)
De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden	32 (88,9%)
Het delen van informatie, goede praktijken en ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving	27 (75,0%)
Deelname aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN	37 (86,0%)
Zo niet, waarom?	
Gebrek aan tijd of conflict in de planning	2 (33,3%)
Gebrek aan interesse	0 (0,0%)
Andere reden	5 (83,3%)

Bij wijze van conclusie werden er twee 'open' vragen gesteld:

- Suggesties om de functie van deskundige arts voor DG HAN aantrekkelijker te maken:

Goede recente volledige medische verslagen en achtergrondinformatie Taalbarrières voorkomen
Een minder top-down organisatie uitbouwen, ons inspraak geven.
Goed gedocumenteerde dossiers voor toekenning van het dossier. Burgers goed geïnformeerd zijn over de deelproducten waarvoor ze een aanvraag doen. Vermijden van burgers die reeds via een andere instantie erkend zijn of noch een heel arbeidstraject dienen te doorlopen.
Hogere verloning
Studenten informeren over de rol van deskundige arts bij de FOD - in de artsenopleiding vóór hun laatste studiejaar en hen uitnodigen om stage te lopen - GLEM groepscursus voortgezette opleiding
De eventuele kandidaten duidelijk informeren over de toe te passen regels.
De vergoeding voor dossiers op basis van stukken moet op een fee-for-service basis gebeuren. Hetzelfde geldt voor de fysieke beoordeling, maar met een hogere vergoeding dan voor de beoordeling op basis van stukken. Omdat deze dossiers vaak complexer zijn dan die op basis van stukken (een eenvoudig dossier wordt afgerond op basis van stukken), en een grotere betrokkenheid vereisen (luisteren, lichamelijk onderzoek, verplaatsing, afwezigheden, computer bugs, enz.). De fysieke beoordeling is energie-intensiever in de brede zin van het woord. Als er per uur voor worden betaald, verdient de aangeduide arts in het beste geval (als de patiënt niet afwezig is!): 3 dossiers over 1 uur = 120 euro bruto, waarvan 21% btw wordt afgetrokken, vervolgens belasting op grond van aangifte = 50 euro netto. In België is het gemiddelde loon voor een geregistreerde schoonmaker 15 euro/uur. Een AFS-dossier van AVIQ wordt 3 keer beter vergoed. Beslissingen rechtvaardigen met een checklist voor kwaliteitsindicatoren is vervelend, tijdrovend (voor de aangeduide en voor de statutaire medewerker die toezicht houdt) en kan de productiviteit en motivatie verminderen. Het politieke
Het huidige probleem is het gebrek aan perspectief ... Hoe kunnen we er zeker van zijn dat er nog werk is voor een arts die geïnteresseerd is? De introductie van de multidisciplinariteit is beangstigend (ook al denk ik dat het een echt pluspunt is), net als de traagheid van verbintenissen ende angst voor beslissingen regionaliseringssysteem met een andere manier van werken ...
Loon dient aangepast te worden (verhoging)
Mogelijk communicatie met centrale diensten Mogelijk feedback van centrale i.g.v betwistingen en/of moeilijkheden
Overzichtelijk Documentum: met correct gescande (en in de juiste richting)documenten en verslagen in 1 muisklik te openen . Beter contrast in documenten . Voldoende groot lettertype. Het is nu dikwijls moeilijk leesbaar, wat zeer vermoeiend voor de ogen is. Het dossier moet volledig zijn, alle relevante verslagen voorhanden. Het opvragen van verslagen is te tijdrovend. Te veel toegevingen bij afwezigheid zonder bericht. Enkel te aanvaarden bij medisch attest voor afwezigheid en éénmalig. Nu soms 6 x afwezig, met allerhande excuses. Zoveel mogelijk afwerking op stukken : indien goede informatie moet dit doenbaar zijn. Oproepen enkel bij twijfelgevallen en waar klinisch onderzoek nodig is en indien dit onvoldoende vermeld werd in de verslagen. Overdracht van informatie Opgroeien bij aanvragen van 18-jarigen. Aangepaste vragenlijst voor 18-jarigen (die meestal nog bij ouders wonen).
De vergoeding voor het dossier verhogen. Voor de VKB's van AVIQ is het bedrag quasi het driedubbele. Voor het overige heeft Luik een geweldig team en leidt Dr. Halleux zijn team met welwillendheid en efficiëntie.
Ten eerste kennen onze confraters ons helemaal niet (we kennen de artsen die het ziekenfonds adviseren, de ONE-artsen, maar DG Han???). Als ze ons niet kennen, kunnen ze niet naar ons toe komen. Financieel zijn de verschillen in verloning met andere organisaties (en dan heb ik het niet over de privésector) veel te groot.
Verloning kan beter ivg andere instellingen (in het bijzonder de onderzoeken in de centra).
Vooraf financieel is het nog mogelijk tot verbetering. De DG is niet zo bekend bij de artsen die eventueel tijd zouden hebben om dossiers af te handelen.
Wat het financieel plaatje betreft: Gezien onze aangeduide artsen op dit moment veel meer verdienen dan wij als statutaire artsen (omwille van het feit dat wij niet anders kunnen dan ze heel veel dossiers op stukken te laten doen), kunnen wij jonge collega's niet meer overtuigen om als statutaire arts bij ons te komen werken. Suggesties om de functie aantrekkelijker te maken: info aan studenten geneeskunde dat onze tak van de geneeskunde ook bestaat en dat de pathologie die wij zien en wat wij moeten evalueren ook van belang is. Mogelijkheid om bij een negatieve beslissing doorverwijzing te doen naar andere diensten bv. GTB enz. De versnippering van het landschap beperken, zeer vaak zie ik dat mensen die bij mij komen met de handen in het haar zitten en niet eens weten waarvoor ze een aanvraag hebben gedaan, alle diensten werken naast en niet met elkaar.

Weten wat directie wil, houvast geven of men eerder vrijgevig is met punten IT of eerder karig. Peer review onderhouden, sommige artsen geven tijdelijk teveel punten IT, maar slechts voor bepaalde duur. De dossiers komen na enkele tijd, gemiddeld na 2 jaar terug op het bord van een andere arts-evaluator, die dan perfect moet motiveren waarom hij minder punten IT toekent. Er bestaan AR waar de PMH beroep kunnen aantekenen tegen beslissing arts-evaluator. Geef eerder wat minder punten, voor een duur van 'onbepaalde duur' waarbij betrokkene voor de AR mogelijk zijn gelijk gaat halen. Er zijn nu te veel tweejaarlijkse herbeoordelingen, die onnodig zijn, in die optiek Dit veronderstelt uiteraard dat alle artsen éénduidig beoordelen, aangestuurd door de coördinerende artsen.
de verloning binnen DH HAN verbeteren, zodat deze op hetzelfde niveau komt als van andere instanties om sociale dumping te voorkomen.
billijke verloning, opleidingstraject
op pathologieën gerichte opleiding ondersteuning van administratieve directie in het dagelijkse werk
goede voorbereiding van dossier en reeds invullen van gegevens zou handig zijn goed nakijken of relevante gegevens aanwezig zijn ook tool voor BTW berekening uitrekenen Tinetti en MMSE zouden handig zijn
het elektronisch medisch dossier is al een grote vooruitgang (al 10 jaar ongeveer nu) maar kan nog beter. Bij mijn weten wordt onze mening niet gevraagd hoe de software beter kan. Bij deze al één suggestie: bij herhaalonderzoeken zou het moeten mogelijk zijn om het vorig onderzoek incl. diagnoses en punten en motivatie te kopiëren naar het actueel onderzoek, om dan van daaruit te schrappen en aan te vullen. Dat zou zeker moeten voor de diagnoses, gezien 'eens diagnose, altijd diagnose' hoewel ze natuurlijk kan aan belang winnen of verliezen.
ik denk dat de verloning moet hoger zijn zeker voor de volledige onderzoeken (niet op stuk) ons advies, cfr ik werk al 32 jaar als aangenomen arts wordt NOOIT gevraagd
loon verhogen :)
minder administratie, bijvoorbeeld door het rapport naar de experts te sturen documentum gericht op nuttige elementen in plaats van herhaalde online uitwisselingen
stages organiseren, aanwezigheid op jobbeurs
een betere verloning voor zowel aangeduide als statutaire artsen. De mogelijkheid voor statutaire artsen om parttime te werken. De mogelijkheid (en de bijbehorende verloning) om meer vergaderingen met aangeduide artsen te beleggen; momenteel worden 4 vergaderingen (van 3 uur) en 4 grote vergaderingen (van 6 uur) door de FOD aanvaard. Als we voorstander zijn van multidisciplinair teamwerk, met inbegrip van de aangeduide artsen, moeten we in staat zijn om meer vergaderingen te houden (ten minste eenmaal per maand en niet slechts 3 uur per keer).
uniformiteit van de loonvoorwaarden tussen de entiteiten voor statutaire werknemers een betere personeelsbenadering van de betrokken verantwoordelijkheden ... valorisatie van de opleidingen ... de wet van vraag en aanbod werkt niet voor artsen: vreemd (die geldt veel meer voor IT-specialisten :) -respect voor de notie van onafhankelijkheid voor de aangestelde personen (keuze van werkuren, locaties, enz.) - hen integreren in het 'bezoldigde' team met dezelfde voordelen voor alles wat een bonus is voor de FOD (paaseieren, kerstmis, enz.) - de prestaties garanderen, onzekerheid verwijderen, hun expertise kwaliteiten waarderen, voor continuïteit van opleiding zorgen en misschien een accreditatie aan het eind van de rit. Hen 30 jaar lang een ARR gunnen omdat men 'te snel' was, kost de maatschappij veel meer dan een fatsoenlijke opwaardering van hun honoraria, iets wat overigens al lang geleden is beloofd ...
voorbereidend werk van zelfredzaamheid door hulpteam

- Andere elementen in het kader van deze studie over het verlies van verdienvermogen inzake IVT:

prachtige bevraging naar IVT-beoordeling. Komt net op tijd. De artsen bevragen zelden de beroepsloopbaan, spiegelen hun beslissing IVT aan de ZIV-wetgeving, weten niet dat onze 'arbeidsmarkt' veel ruimer is dan deze van bv. ZIV-wetgeving. Graag reeds een eerste samenvatting van uw bevraging op onze eventdag van 22/4/2023 in Brussel. Alvast dank Vriendelijke groet
dit zijn dossiers zoals de overgang naar 'invaliditeit'; geen ongeschiktheid voor enkelvoudige acute pathologieën--> vereist tijd, afstand, ervaring, praktijkervaring en veel face-to-face consulten voordat dossiers op basis van stukken bekeken worden. -vandaag gebeurt net het tegenovergestelde: we leren dossiers te behandelen op basis van stukken voordat we kennisgemaakt hebben met het terrein; vroeger primeerde het klinische - Alle enkelvoudige pathologiedossiers of 'makkelijke' dossiers worden aan de assistenten gegeven en de artsen hebben niet langer deze 'zuurstofboeien' van 'makkelijke' dossiers tussen twee dossiers in ... Alles wat ze overhouden zijn dossiers die conflictueus, slecht gedocumenteerd en complex zijn; ze worden alleen nog geconfronteerd met conflicten ...-Het beroep is veranderd en psychologisch is het ook moeilijker om dragen omdat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, artsen, die garant staan voor de wet, zich er ook van bewust zijn dat ze mensen in financiële onzekerheid 'duwen' door hun weigering ...--> ruimte vrijhouden voor spontane besprekingen gedurende de dag ...-eisen van
Richtlijnen voor fibromyalgie en /onleesbaar/ zou nuttig kunnen zijn, want er zijn er steeds meer.
Het fysiek consult is stresserend voor betrokken aanvrager , maar ook voor de arts .De verwachtingen zijn hoog bij de aanvrager . De arts dient te evalueren wat niet kan, maar ook wat wel kan ik van werk etc.

Er is een enorm probleem met de rechtbanken Tijdens de expertmeeting geeft de advocaat van de Belgische Staat geen steun Wanneer de tegenexpert het met ons eens is, na een interessante en rationele discussie, met solide argumenten, gebeurt het veel te vaak dat de rechter de expert verandert om de persoon met een handicap te plezieren, of dat hij zelf beslist om de handicapcategorie te verhogen zonder geldige medische of sociale redenen Wij staan erg alleen tegenover de rechtbank.
De IVT is ook een "morele" erkenning van een handicap. Voor mij verdient een dwarslaesiepatiënt of een dove die werkt deze erkenning, zelfs als er weinig financiële implicaties zijn. In mijn beoordelingen heb ik altijd rekening gehouden met de omvang van de handicap, of de persoon werkt of niet, en of de handicap 'duidelijk' is: IVT ja.
De gegrondheid van dit type beoordeling voor mensen die nooit hebben gewerkt vanwege hun sociaal statuut (huisvrouwen, bijvoorbeeld) en die de leeftijd van 65 naderen, lijkt me twijfelachtig. Op deze leeftijd is het verdienvermogen "op natuurlijke wijze" verminderd.
De formulieren die patiënten invullen bevatten niet genoeg informatie over voltooide studies, opgedane ervaring en de laatst uitgeoefende baan. Het zou ook interessant zijn om te weten of iemand die tijdelijk arbeidsongeschikt is en een aanvraag indient voor erkenning van een handicap, nog steeds geregistreerd staat bij een werkgever.
Misschien moet de definitie aangepast worden van wat wij beschouwen als iemand met een handicap en moeten ook de voorwaarden voor een aanvraag bij ons beter gedefinieerd worden. Ik denk dat er veel mensen met een beperking een aanvraag doen, maar of dit voldoende is om ze te beschouwen als persoon met een handicap daar twijfel ik aan. Mensen van de Nationale hoge raad willen dat wij spreken over personen met een handicap, terwijl ik heel vaak zie dat mensen die bij mij komen niet als persoon met een handicap willen aanzien worden.
een betere triage van de dossiers die aangevraagd/opgestart worden door verschillende instanties. Vaak onvoldoende medische argumenten om een degelijk dossier samen te stellen laat staan IVT aan te vragen. Geen dossiers toelaten zolang het niet volledig is administratief én medisch. Niet alles uit onze handen nemen en in de armen gooien van niet kwalitatief geschoolde mensen. Door de achterstand zijn de intakes welke moeten gebruikt worden op stukken vaak obsoleet. Best automatisch nieuwe intake ofwel verplicht uit te nodigen. Misschien aan de artsen toch een therapeutische "relatie" met de cliënt (tijdelijk) toestaan op moment van onderzoek om de meest recente medische gegevens in te zien (welke vaak verzwegen worden indien er verbetering opgetreden is).
goede informatie over de arbeidsvoorwaarden/contract waaronder de werknemer in een maatwerkticket is tewerkgesteld
ik heb het als arts moeilijk mee dat als iemand mits enorme bewezen inspanningen er toch in slaagt deeltijds te werken, wetende dat voltijds nooit zal lukken ik hem/haar IVT Neen moet toekennen bv. ASS en iemand die geen enkele inspanning doet zijn IVT behouden blijft men moet niet bewijzen dat men met de uitkering probeert zijn ziekte toestand te verbeteren
Het is moeilijk om in te schatten hoeveel tijd we aan elk dossier besteden, omdat sommige gevallen "duidelijk" lijken te zijn en weinig tijd kosten, terwijl andere (complexe of slecht begrepen pathologie, polypathologie) veel meer tijd in beslag nemen.
de mogelijkheid beperken om claims in te dienen zonder echte medische argumenten . voorkomen dat mensen die nooit een beroepsactiviteit hebben gehad dit op 64-jarige leeftijd kunnen claimen .
Nee
te veel aanvragen vanuit ziekenfonds bij patiënten die er eigenlijk geen recht op hebben, zodat de wachttijden voor de anderen oplopen
standaardisatie van de besluitvormingsprocedures contacten met andere IVT-besluiten (VI) opleiding en deelname aan conferenties
verdienvermogen bepalen is altijd een beslissing per individu, het is een combinatie van somatische, psychische en omgevingsfactoren. Een lijst met diagnoses om IVT toe te kennen kan nooit leiden tot juiste beslissingen, immers eenzelfde diagnose vb. MS kan leiden tot een beslissing ja maar ook neen.
wanneer een onbepaalde duur toegekend wordt aan een IVT, dan is het afschaffen van de toekenning zeer moeilijk, personen gaan naar de arbeidsrechtbank en de beslissing wordt altijd omgedraaid. Regelmatig opmerkingen van personen, die anderen kennen waarvan zij weten dat zij erkend zijn, maar toch voltijds werken. Willen die personen ook niet aangeven. Controle nadien zou wel interessant zijn.
wetenschappelijke onderbouwing

2.2. Analyse van de antwoorden naar gelang de taalachtergrond

De gemiddelde totale tijd besteed aan DG HAN is vergelijkbaar volgens taalachtergrond (Tabel 15). We merken op dat de tijd die wordt doorgebracht in een regionaal centrum van DG HAN iets korter is voor Nederlandstalige respondenten (N: gemiddeld 2,7 halve dagen, FR: 4,4 halve dagen, $p=0,040$). Een hoger percentage Nederlandstalige artsen (50,0%) dan Franstalige artsen (12,5%) ($p=0,014$) verricht wel eens een huisbezoek voor een beoordeling. In totaal vond 63% van de Nederlandstalige respondenten dat een standaardformaat voor het schrijven van rapporten hen zou helpen, tegenover 28,6% van de Franstaligen ($p=0,037$). We vonden geen andere significante verschillen naargelang de taal voor de expertiseomstandigheden.

Tabel 15. Expertiseomstandigheden, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Gemiddelde tijd besteed aan DG HAN van de FOD			
Sociale zekerheid (in halve dagen/week), Gemiddelde \pm Standaardafwijking			
In een regionaal centrum van DG HAN	4.4 \pm 2.6	2.7 \pm 2.6	0.040
In een privépraktijk	0.50 \pm 1.3	0.63 \pm 1.2	0.59
Via telewerk	2.2 \pm 1.3	3.0 \pm 2.7	0.47
Totaal	7.1 \pm 3.4	6.4 \pm 3.3	0.47
Aandeel van de dossiers dat sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld werd op basis van stukken (%), Gemiddelde \pm Standaardafwijking *	41 \pm 30	49 \pm 31	0.58
Verricht soms huisbezoeken voor een beoordeling (gespecificeerd voor N=42 respondenten)	2/16 (12,5%)	13/26 (50,0%)	0.014
Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	15 \pm 10	18 \pm 12	0.55
Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	51 \pm 40	42 \pm 20	0.73
Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uur/week) (gepreciseerd voor N=41 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	5.2 \pm 7.5	3.9 \pm 4.9	0.37
Tijd besteed aan het behandelen van opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (in uur/week) (gepreciseerd voor N=37 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	3.8 \pm 5.6, N=14	1.8 \pm 2.3, N=23	0.22
Een standaardformaat (sjabloon) zou helpen bij het schrijven van rapporten (gepreciseerd voor N=42 respondenten)	4/14 (28,6%)	17/27 (63,0%)	0.037

* Berekend door afronding naar het midden van elk vooraf bepaald interval van 10%

Het aandeel evaluerende artsen dat vindt dat de beoordeling van het autistisch syndroom problemen oplevert, blijkt hoger onder Nederlandstaligen (77,8%) dan onder Franstaligen (18,8%) ($p=0,0002$) (Tabel 16). Het aandeel Franstalige respondenten (81,2%) dat vindt dat het Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit moeilijk te beoordelen is, is hoger dan bij Nederlandstalige respondenten (33,3%) ($p=0,0024$). De beoordelingsaandelen van andere potentieel ingewikkelde diagnoses zijn vergelijkbaar voor Franstalige en Nederlandstalige beoordelaars. Het aandeel beoordelaars voor wie het handboek "Evaluatierichtlijnen" onbekend is, is vergelijkbaar naar gelang de taalachtergrond.

Tabel 16. Ingewikkelde diagnoses, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Diagnoses die over het algemeen de grootste moeilijkheden opleveren bij het beoordelen van het verlies van verdienvermogen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) (meerdere antwoorden mogelijk per respondent)			
Geen diagnose in het bijzonder	1 (6,2%)	5 (18,5%)	0.39
Autistisch syndroom	3 (18,8%)	21 (77,8%)	0.0002
ADHD	4 (25,0%)	13 (48,1%)	0.13
Psychiatrische problemen bij jongeren	6 (37,5%)	15 (55,6%)	0.25
Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen	3 (18,8%)	4 (14,8%)	1.0
Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom	15 (93,8%)	21 (77,8%)	0.23
Long covid	7 (43,8%)	8 (29,6%)	0.35
Burn-out	6 (37,5%)	16 (59,3%)	0.17
Lumbalgie	8 (50,0%)	11 (40,7%)	0.55
Andere musculoskeletale aandoeningen	5 (31,2%)	3 (11,1%)	0.12
Chronische pijn	7 (43,8%)	10 (37,0%)	0.66
Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen	11 (68,8%)	14 (51,9%)	0.28
Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit	13 (81,2%)	9 (33,3%)	0.0024
Multipathologie	2 (33,3%)	4 (66,7%)	1.0
Moeilijk te specificeren aandoeningen	5 (31,2%)	6 (22,2%)	0.72
Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG HAN u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses?			
Ja, een waardevolle hulp	4 (25,0%)	8 (29,6%)	
Enige hulp, maar eerder beperkt	9 (56,2%)	14 (51,9%)	
Nee	2 (12,5%)	0 (0,0%)	
Dit handboek is me niet bekend	1 (6,2%)	5 (18,5%)	0.39

We vonden kleine verschillen naargelang de taalachtergrond in termen van kennis van educatieve, medische, professionele en andere voorgeschiedenis: de Franstalige evaluerende artsen hadden meer toegang tot eerdere beoordelingen door DG HAN (93,8%) dan Nederlandstaligen (63,0%) ($p=0,033$) en tot informatie van de gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (FR: 18,8%, NL: 0,0%, $p=0,045$) (Tabel 17). Verder hebben we geen andere verschillen in informatiebronnen geïdentificeerd.

Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, hebben de Franstalige en Nederlandstalige artsen een beperkte en vergelijkbare toegang tot deze informatie (FR: 75%, NL: 88,9%, $p=0.39$).

Tabel 17. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis en andere beoordelingen, naargelang de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager			
<i>Intakeformulier</i>	12 (75,0%)	22 (81,5%)	0.71
Anamnese van de persoon tijdens de expertise	14 (87,5%)	24 (88,9%)	1.0
VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten	7 (43,8%)	9 (33,3%)	0.50

Eerdere evaluaties door DG HAN	15 (93,8%)	17 (63,0%)	0.033
Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid	1 (6,2%)	2 (7,4%)	1.0
Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	1 (6,2%)	7 (25,9%)	0.22
Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0.045
Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten	11 (68,8%)	20 (74.1)	0.74
Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie			
Geen informatie	12 (75,0%)	24 (88,9%)	0.39
Ziekenfonds / RIZIV	2 (12,5%)	2 (7,4%)	0.62
RVA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Fedris	0 (0,0%)	1 (3,7%)	1.0
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0.045
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	0 (0,0%)	2 (7,4%)	0.52
Medex	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
OCMW	1 (6,2%)	0 (0,0%)	0.37

Het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt, beïnvloedt de beslissingen van de Franstalige en Nederlandstalige evaluerende artsen in dezelfde verhoudingen (FR: 81,2%, NL: 92,6%, $p=0,34$), maar voor de Franstaligen is het een indicator van verdienvermogen in 53,8% van de gevallen, terwijl het voor de Nederlandstaligen als een indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde in 84,0% van de gevallen geldt ($p=0,018$). Er zijn ook verschillen in de invloed van andere vormen van aangepast werk (Tabel 18).

Er is een significant hoger aandeel proactief onderzoek onder Nederlandstaligen voor de tussenkomst in de bezoldiging (FR= 18,8%, NL: 63,0%, $p=0,0050$) evenals voor vakantiewerk of werk als jobstudent (FR= 25,0%, NL: 59,3%, $p=0,030$).

De impact van situaties die verband houden met de uitoefening van een professionele activiteit of het voortzetten van studies als teken van een verdienvermogen of verminderd verdienvermogen is vergelijkbaar voor de Franstalige en Nederlandstalige respondenten (Tabel 19).

Tabel 18. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP), in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Invloed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de daaruit voortvloeiende beslissing	13 (81,2%)	25 (92,6%)	0.34
Zo ja,			0.018
Indicator van verdienvermogen	7 (53,8%)	4 (16,0%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	5 (38,5%)	21 (84,0%)	
Onbepaald	1 (7,7%)	0 (0,0%)	
Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?			
Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels	3 (18,8%)	9 (33,3%)	0.48
Fietswerkplaatsen	2 (12,5%)	4 (14,8%)	1.0
Boerderijen en groententeelt	4 (25,0%)	18 (66,7%)	0.082
Park- en tuinbedrijven	4 (25,0%)	7 (25,9%)	1.0
Horeca	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0.045
Vrijwilligerswerk	6 (37,5%)	19 (70,4%)	0.035
Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?			
Aanpassing van de werkpost	12 (75,0%)	22 (81,5%)	0.71
Aanpassing van de werktijd	9 (56,2%)	20 (74,1%)	0.23
Tussenkomst in de bezoldiging	3 (18,8%)	17 (63,0%)	0.0050
Begeleiding naar werk	8 (50,0%)	20 (74,1%)	0.11
Stages	8 (50,0%)	16 (29,3%)	0.55
Vakantiewerk of werk als jobstudent	4 (25,0%)	16 (59,3%)	0.030

Tabel 19. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

Zijn de volgende situaties indicatief voor een normaal verdienvermogen of verminderd verdienvermogen wanneer de persoon een handicap heeft?	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Werkt in een baan op de algemene markt, eventueel deeltijds	15 (93,8%)	23 (85,2%)	0.64
Zo ja,			-
Indicator van verdienvermogen	15 (100,0%)	23 (100,0%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte	14 (87,5%)	19 (70,4%)	0.28
Zo ja,			0.42
Indicator van verdienvermogen	13 (92,9%)	19 (100,0%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	1 (7,1%)	0 (0,0%)	
Studeert in het hoger onderwijs Zo ja,	9 (56,2%)	18 (66,7%)	0.50
Indicator van verdienvermogen	9 (100,0%)	18 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Studeert in het gewoon secundair onderwijs Zo ja,	8 (50,0%)	15 (55,6%)	0.72
Indicator van verdienvermogen	8 (100,0%)	15 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Studeert in het buitengewoon secundair onderwijs Zo ja,	8 (50,0%)	14 (51,9%)	0.91
Indicator van verdienvermogen	2 (28,6%) *	3 (23,1%) *	1.0
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	5 (71,4%) *	10 (76,9%) *	
Is thuis actief als huisman/huisvrouw Zo ja,	7 (43,8%)	9 (33,3%)	0.50
Indicator van verdienvermogen	7 (100,0%)	7 (100,0%) *	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

* Niet gepreciseerd voor 2 respondenten

Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager onmiddellijk op de hoogte gebracht in vergelijkbare verhoudingen, in functie van de taalachtergrond van de evaluerende arts (Tabel 20).

Tabel 20. Weigering om een 2/3 vermindering in verdienvermogen te erkennen, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt dit onmiddellijk meegedeeld aan de aanvrager			
Altijd	0 (0,0%)	1 (3,7%)	0.25 *
Soms	10 (62,5%)	11 (40,7%)	
Nooit	6 (37,5%)	15 (55,6%)	

* *Altijd of Soms versus Nooit*

De items met betrekking tot de beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank zijn vergelijkbaar in functie van de taalachtergrond van de evaluerende arts (Tabel 21).

Tabel 21. Beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Informatieverstrekking aan de aanvrager over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing?			
Altijd	2 (12,5%)	1 (3,7%)	0.45 *
Soms	5 (31,2%)	14 (51,9%)	
Nooit	9 (56,2%)	12 (44,4%)	
Wordt hij zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van zijn beslissingen?			
Altijd	10 (62,5%)	21 (77,8%)	1.0 *
Soms	5 (31,2%)	4 (14,8%)	
Nooit	1 (6,2%)	2 (7,4%)	
Als hij op de hoogte wordt gebracht van een beroep, neemt hij dan telkens waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises?			
Neen	0 (0,0%)	2 (7,4%)	0.52 **
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn volgt hij het dossier op grond van stukken	9 (56,2%)	17 (63,0%)	
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn verwijst hij door naar een collega	7 (43,8%)	8 (29,6%)	

In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (gepreciseerd voor 39 evaluerende artsen) <20%

N=14
9 (64,3%)

N=25
9 (36,0%)

0.089

$\geq 20\%$	5 (35,7%)	16 (64,0%)	
In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (gepreciseerd voor 38 evaluerende artsen)	N=15	N=23	0.14
<80%	12 (80,0%)	13 (56,5%)	
$\geq 80\%$	3 (20,0%)	10 (43,5%)	

* *Altijd of Soms versus Nooit*; ** *Ja versus Neen*

De hulp van andere medewerkers bij het opstellen van het administratieve dossier komt al vaker voor bij Franstalige evaluerende artsen (86,7%) dan bij Nederlandstalige (51,9%) ($p=0,024$). En de artsen vinden dat dit in de toekomst nuttig zou zijn (Tabel 22).

Hetzelfde geldt voor de uitvoering van aanvullende onderzoeken (gebeurt al voor FR: 40%, NL: 11,1%, $p=0,049$).

Tabel 22. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.), in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=42, antwoorden niet gepreciseerd voor deze items voor 1 arts)

Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?	FR N=15	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Vorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)			
Gebeurt al	13 (86,7%)	14 (51,9%)	0.024*
Neen, nuttig voor de toekomst	2 (13,3%)	12 (44,4%)	
Neen, niet nuttig	0 (0,0%)	1 (3,7%)	
Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam	N=14	N=26	
Gebeurt al	10 (71,4%)	12 (46,1%)	0.13*
Neen, nuttig voor de toekomst	3 (21,4%)	13 (50,0%)	
Neen, niet nuttig	1 (7,1%)	1 (3,9%)	
Vorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren			
Gebeurt al	9 (60,0%)	11 (40,7%)	0.23*
Neen, nuttig voor de toekomst	4 (26,7%)	13 (48,1%)	
Neen, niet nuttig	2 (13,3%)	3 (11,1%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE)			
Gebeurt al	2 (13,3%)	3 (11,1%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	10 (66,7%)	21 (77,8%)	
Neen, niet nuttig	3 (20,0%)	3 (11,1%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti)			
Gebeurt al	6 (40,0%)	3 (11,1%)	0.049*
Neen, nuttig voor de toekomst	4 (26,7%)	18 (66,7%)	

Neen, niet nuttig	5 (33,3%)	6 (22,2%)	
Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)	N=14	N=26	
Gebeurt al	5 (35,7%)	8 (30,8%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	5 (35,7%)	9 (34,6%)	
Neen, niet nuttig	4 (28,6%)	9 (34,6%)	
Uitvoeren van huisbezoeken			
Gebeurt al	1 (6,7%)	9 (33,3%)	0.068*
Neen, nuttig voor de toekomst	8 (53,3%)	13 (48,1%)	
Neen, niet nuttig	6 (40,0%)	5 (18,5%)	
Uitvoeren van bezoeken aan instellingen			
Gebeurt al	2 (13,3%)	10 (37,0%)	0.16*
Neen, nuttig voor de toekomst	9 (60,0%)	13 (48,1%)	
Neen, niet nuttig	4 (26,7%)	4 (14,8%)	

* *Gebeurt al versus Neen*

Er waren geen verschillen naargelang de taalachtergrond met betrekking tot de relatie met de regionale coördinerende arts van DG HAN en met de collega's en het overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN (Tabel 23).

Tabel 23. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN, in functie van de taalachtergrond (taal van de vragenlijst) (N=43)

	FR N=16	NL N=27	Vergelijking p-waarde
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van			
DG HAN (gepreciseerd voor 37 evaluerende artsen)	N=12	N=25	0.31*
Dagelijks	5 (41,7%)	5 (20,0%)	
Wekelijks	4 (33,3%)	9 (36,0%)	
Maandelijks	1 (8,3%)	6 (24,0%)	
Driemaandelijks	1 (8,3%)	4 (16,0%)	
Jaarlijks	1 (8,3%)	1 (4,0%)	
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (gepreciseerd voor 41 evaluerende artsen)	N=14	N=27	0.17*
Dagelijks	6 (42,9%)	9 (33,3%)	
Wekelijks	6 (42,9%)	8 (29,6%)	
Maandelijks	1 (7,1%)	4 (14,8%)	
Driemaandelijks	1 (7,1%)	4 (14,8%)	
Jaarlijks	0 (0,0%)	2 (7,4%)	
Organisatie van overlegmomenten tussen collega's op het niveau van het eigen regionaal centrum	12 (75,0%)	24 (88,9%)	0.39
Zo ja, gemiddelde frequentie			

Maandelijks	5 (41,7%)	12 (50,0%)	
Driemaandelijks	7 (58,3%)	10 (41,7%)	
Jaarlijks	0 (0,0%)	1 (4,2%)	
Onbepaald	0(0,0%)	1 (4,2%)	
Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel			
De administratieve organisatie van de evaluaties en de uitnodigingen	3 (25,0%)	13 (54,2%)	
De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden	11 (91,7%)	21 (87,5%)	
Het delen van informatie, beste praktijken, ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving	11 (91,7%)	16 (66,7%)	
Participatie aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN	12 (75,0%)	25 (92,6%)	0.17
Indien niet, waarom niet?			
Gebrek aan tijd of conflict in de planning	2 (50,0%)	0 (0,0%)	
Gebrek aan interesse	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Andere redenen als obstakel	3 (75,0%)	2 (100,0%)	

* *Dagelijks of wekelijks versus Maandelijks, driemaandelijks of jaarlijks*

2.3. Analyse van antwoorden naar gelang de anciënniteit in de functie

De gemiddelde totale tijd besteed aan DG HAN is vergelijkbaar volgens anciënniteit in de functie (Tabel 24). De maximale tijd die werd besteed aan het beoordelen van een casus bedroeg gemiddeld 66 minuten voor de evaluerende artsen met ≤ 10 jaar anciënniteit en 40 minuten voor artsen met meer anciënniteit ($p=0,042$). We vonden geen andere significante verschillen naargelang de taal voor de expertiseomstandigheden.

Tabel 24. Expertiseomstandigheden, volgens anciënniteit in de functie (N=43)

	≤ 10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Gemiddelde tijd besteed aan DG HAN van de FOD			
Sociale zekerheid (in halve dagen/week), Gemiddelde \pm Standaardafwijking			
In een regionaal centrum van DG HAN	4.2 \pm 2.4	3.1 \pm 2.8	0.16
In een privépraktijk	0.40 \pm 0.84	0.64 \pm 1.3	0.73
Via telewerk	2.9 \pm 3.0	2.7 \pm 2.1	0.88
Totaal	7.5 \pm 3.0	6.4 \pm 3.5	0.34
Aandeel van de dossiers dat sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld werd op basis van stukken (%), Gemiddelde \pm Standaardafwijking *	33 \pm 30	50 \pm 30	0.14
Verricht soms huisbezoeken voor een beoordeling (gespecificeerd voor N=42 respondenten)	2/10 (20,0%)	13/32	0.29
Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking		(40,6%)	
Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	23 \pm 16	15 \pm 8	0.088
Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uur/week) (gepreciseerd voor N=41 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	66 \pm 46	40 \pm 18	0.042
	3.6 \pm 4.4, N=9	4.7 \pm 6.4, N=32	0.96
Tijd besteed aan het behandelen van opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (in uur/week) (gepreciseerd voor N=37 respondenten), Gemiddelde \pm Standaardafwijking	3.3 \pm 4.4, N=9	2.3 \pm 3.9, N=28	0.49
Een standaardformaat (sjabloon) zou helpen bij het schrijven van rapporten (gepreciseerd voor N=42 respondenten)	5/10 (50,0%)	16/31 (51,6%)	1.0

* Berekend door afronding naar het midden van elk vooraf bepaald interval van 10%

Alle items met betrekking tot de ingewikkelde diagnoses zijn vergelijkbaar volgens de anciënniteit van de evaluerende arts (Tabel 25).

Alle items met betrekking tot de kennis van de educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis en andere beoordelingen (Tabel 26), de incidentie van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), in een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of in een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP) (Tabel 27), en met betrekking tot de uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies (Tabel 28), waren vergelijkbaar volgens de anciënniteit van de evaluerende arts in de functie.

Tabel 25. Ingewikkelde diagnoses, volgens anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Diagnoses die over het algemeen de grootste moeilijkheden opleveren bij het beoordelen van het verlies van verdienvermogen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) (meerdere antwoorden mogelijk per respondent)			
Geen diagnose in het bijzonder	2 (20,0%)	4 (12,1%)	0.61
Autistisch syndroom	3 (30,0%)	21 (63,6%)	0.079
ADHD	3 (30,0%)	14 (42,4%)	0.71
Psychiatrische problemen bij jongeren	4 (40,0%)	17 (51,5%)	0.72
Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen	2 (20,0%)	5 (15,1%)	0.66
Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom	8 (80,0%)	28 (84,9%)	0.66
Long covid	5 (50,0%)	10 (30,3%)	0.28
Burn-out	5 (50,0%)	17 (51,5%)	1.0
Lumbalgie	3 (30,0%)	16 (48,5%)	0.47
Andere musculoskeletale aandoeningen	3 (30,0%)	5 (15,1%)	0.36
Chronische pijn	3 (30,0%)	14 (42,4%)	0.71
Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen	5 (50,0%)	20 (60,6%)	0.72
Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit	6 (60,0%)	16 (48,5%)	0.72
Multipathologie	2 (20,0%)	4 (12,1%)	0.61
Moeilijk te specificeren aandoeningen	2 (20,0%)	9 (27,3%)	1.0
Met betrekking tot deze diagnoses is het handboek van DG HAN Helpt de "Beoordelingsrichtlijn" om beperkte hulp bij deze diagnoses?			
Ja, een waardevolle hulp	2 (20,0%)	10 (30,3%)	
Enige hulp, maar eerder beperkt	7 (70,0%)	16 (48,5%)	
Nee	0 (0,0%)	2 (6,1%)	
Dit handboek is me niet bekend	1 (10,0%)	5 (15,1%)	1.0

Tabel 26. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis alsook andere beoordelingen, volgens anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager			
<i>Intakeformulier</i>	7 (70,0%)	27 (81,8%)	0.41
Anamnese van de persoon tijdens de expertise	9 (90,0%)	29 (87,9%)	1.0
VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten	2 (20,0%)	14 (42,4%)	0.28

Eerdere evaluaties door DG HAN	8 (80,0%)	24 (72,7%)	1.0
Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de	2 (20,0%)	1 (3,0%)	0.13
Sociale zekerheid			
Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	1 (10,0%)	7 (21,1%)	0.66
Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	2 (20,0%)	1 (3,0%)	0.13
Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten	6 (60,0%)	25 (75.8)	0.43
Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie			
Geen informatie	8 (80,0%)	28 (84,9%)	0.66
Ziekenfonds / RIZIV	0 (0,0%)	4 (12,1%)	0.56
RVA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Fedris	1 (10,0%)	0 (0,0%)	0.23
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	1 (10,0%)	2 (6,1%)	0.56
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	0 (0,0%)	2 (6,1%)	1.0
Medex	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
OCMW	0 (0,0%)	1 (3,0%)	1.0

Tabel 27. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP), volgens anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Invloed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de daaruit voortvloeiende beslissing (80.0%)	8	30 (90,9%)	0.58
Zo ja,			0.40
Indicator van verdienvermogen	3 (37,5%)	8 (26,7%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	4 (50,0%)	22 (73,3%)	
Onbepaald	1 (12,5%)	0 (0,0%)	
Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?			
Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels	3 (30,0%)	9 (27,3%)	1.0
Fietswerkplaatsen	1 (10,0%)	5 (15,1%)	1.0
Boerderijen en groententeelt	4 (40,0%)	18 (54,6%)	0.49
Park- en tuinbedrijven	2 (20,0%)	9 (27,3%)	1.0
Horeca	1 (10,0%)	2 (6,1%)	0.56
Vrijwilligerswerk	4 (40,0%)	21 (63,6%)	0.28

Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?			
Aanpassing van de werkpost	8 (80,0%)	26 (78,8%)	1.0
Aanpassing van de werktijd	7 (70,0%)	22 (66,7%)	1.0
Tussenkost in de bezoldiging	3 (30,0%)	17 (51,5%)	0.29
Begeleiding naar werk	7 (70,0%)	21 (63,6%)	1.0
Stages	5 (50,0%)	19 (57,6%)	0.73
Vakantiewerk of werk als jobstudent	2 (20,0%)	18 (59,3%)	0.076

Tabel 28. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies, volgens anciënniteit in de functie (N=43)

Zijn de volgende situaties indicatief voor een normaal verdienvermogen of verminderd verdienvermogen wanneer de persoon met een handicap	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
In een baan op de algemene markt werkt, eventueel deeltijds	9 (90,0%)	29 (87,9%)	1.0
Zo ja, Indicator van verdienvermogen	9 (100,0%)	29 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte	8 (80,0%)	25 (75,8%)	1.0

Zo ja, Indicator van verdienvermogen	7 (87,5%)	25 (100,0%)	0.24
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	1 (12,5%)	0 (0,0%)	
Studeert in het hoger onderwijs Zo ja, Indicator van verdienvermogen	6 (60,0%)	21 (63,6%)	1.0
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Studeert in het gewoon secundair onderwijs Zo ja, Indicator van verdienvermogen	5 (50,0%)	18 (54,6%)	1.0
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Studeert in het buitengewoon secundair onderwijs Zo ja, Indicator van verdienvermogen	6 (60,0%)	16 (48,5%)	0.72
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	1 (16,7%)	4 (28,6%) *	1.0
Is thuis actief als huisman/huisvrouw Zo ja,	5 (50,0%)	10 (71,4%) *	
		11 (33,3%)	0.46
Indicator van verdienvermogen	4 (100,0%)*	10 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde		0 (0,0%)	0 (0,0%)

* Niet gepreciseerd voor 2 respondenten

Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager onmiddellijk op de hoogte gebracht in vergelijkbare verhoudingen, in functie van de anciënniteit van de evaluerende arts (Tabel 29).

Tabel 29. Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen, volgens de anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt dit onmiddellijk meegedeeld aan de aanvrager			
Altijd	0 (0,0%)	1 (3,0%)	0.49 *
Soms	4 (40,0%)	17 (51,5%)	
Nooit	6 (60,0%)	15 (45,4%)	

* * *Altijd of Soms versus Nooit*

De items met betrekking tot de beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank zijn vergelijkbaar in functie van de anciënniteit van de evaluerende arts (Tabel 30).

Tabel 30. Beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbanken, volgens de anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Informatieverstrekking aan de aanvrager over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing?			
Altijd	1 (10,0%)	2 (6,1%)	0.49 *
Soms	3 (30,0%)	16 (48,5%)	
Nooit	6 (60,0%)	15 (45,4%)	
Wordt hij zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van zijn beslissingen?			
Altijd	7 (70,0%)	24 (72,7%)	0.56 *
Soms	2 (20,0%)	7 (21,2%)	
Nooit	1 (10,0%)	2 (6,1%)	
Als hij op de hoogte wordt gebracht van een beroep, neemt hij dan telkens waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises?			
Neen	0 (0,0%)	2 (6,1%)	1.0 **
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn volgt hij het dossier op grond van stukke n	6 (60,0%)	20 (60,6%)	
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn verwijst hij door naar een collega			

4 (40,0%) 11 (33,3%)

In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (gepreciseerd voor 39 evaluerende artsen)

N=8

N=31

0.25

<20%	2 (25,0%)	16 (51,6%)	
≥20%	6 (75,0%)	15 (48,4%)	
In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (gepreciseerd voor 38 evaluerende artsen)	N=8	N=30	0.094
<80%	3 (37,5%)	22 (73,3%)	
≥80%	5 (62,5%)	8 (26,7%)	

* *Altijd of Soms versus Nooit*; ** *Ja versus Neen*

De items die betrekking hebben op de hulp van andere medewerkers bij de beoordeling zijn vergelijkbaar volgens de anciënniteit van de evaluerende arts (Tabel 31).

Tabel 31. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.), volgens de anciënniteit in de functie (N=42, antwoorden niet gepreciseerd voor deze items voor 1 arts)

Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=32	Vergelijking p-waarde
Voorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)			
Gebeurt al	6 (60,0%)	21 (65,6%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	3 (30,0%)	11 (34,4%)	
Neen, niet nuttig	1 (10,0%)	0 (0,0%)	
Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam	N=10	N=30	
Gebeurt al	5 (50,0%)	17 (56,7%)	0.73*
Neen, nuttig voor de toekomst	4 (40,0%)	12 (40,0%)	
Neen, niet nuttig	1 (10,0%)	1 (3,3%)	
Voorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren			
Gebeurt al	6 (60,0%)	14 (43,8%)	0.48*
Neen, nuttig voor de toekomst	3 (30,0%)	14 (43,8%)	
Neen, niet nuttig	1 (10,0%)	4 (12,5%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE)			
Gebeurt al	1 (10,0%)	4 (12,5%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	7 (70,0%)	24 (75,0%)	
Neen, niet nuttig	2 (20,0%)	4 (12,5%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti)			
Gebeurt al	3 (30,0%)	6 (18,8%)	0.66*
Neen, nuttig voor de toekomst	5 (50,0%)	17 (53,1%)	

Neen, niet nuttig	2 (20,0%)	9 (28,1%)
Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)	N=10	N=30

Gebeurt al	3 (30,0%)	10 (33,3%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	3 (30,0%)	11 (34,7%)	
Neen, niet nuttig	4 (40,0%)	9 (30,0%)	
Uitvoeren van huisbezoeken			
Gebeurt al	3 (30,0%)	7 (21,9%)	0.68*
Neen, nuttig voor de toekomst	4 (40,0%)	17 (53,1%)	
Neen, niet nuttig	3 (30,0%)	8 (25,0%)	
Uitvoeren van bezoeken aan instellingen			
Gebeurt al	3 (30,0%)	9 (28,1%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	5 (50,0%)	17 (53,1%)	
Neen, niet nuttig	2 (20,0%)	6 (18,8%)	

* *Gebeurt al versus Neen*

Er waren geen verschillen naargelang de anciënniteit in de functie met betrekking tot de relatie met de regionale coördinerende arts van DG HAN en met de collega's en het overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN (Tabel 32).

Tabel 32. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN, volgens de anciënniteit in de functie (N=43)

	≤10 jaar N=10	>10 jaar N=33	Vergelijking p-waarde
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van DG HAN (gepreciseerd voor 37 evaluerende artsen)	N=8	N=29	0.68*
Dagelijks	6 (75,0%)	4 (13,8%)	
Wekelijks	0 (0,0%)	13 (44,8%)	
Maandelijks	0 (0,0%)	7 (24,1%)	
Driemaandelijks	2 (25,0%)	3 (10,3%)	
Jaarlijks	0 (0,0%)	2 (6,9%)	
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (gepreciseerd voor 41 evaluerende artsen)	N=10	N=31	0.23*
Dagelijks	7 (70,0%)	8 (25,8%)	
Wekelijks	2 (20,0%)	12 (38,7%)	
Maandelijks	0 (0,0%)	5 (16,1%)	
Driemaandelijks	0 (0,0%)	5 (16,1%)	
Jaarlijks	1 (10,0%)	1 (3,2%)	
Organisatie van overlegmomenten tussen collega's op het niveau van het eigen regionaal centrum	8 (80,0%)	28 (84,9%)	0.66
Zo ja, gemiddelde frequentie			
Maandelijks	4 (50,0%)	13 (46,4%)	
Driemaandelijks	2 (25,0%)	15 (53,6%)	
Jaarlijks	1 (12,5%)	0 (0,0%)	
Onbepaald	1 (12,5%)	0 (0,0%)	
Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel:			
De administratieve organisatie van de evaluaties en de uitnodigingen	5 (62,5%)	11 (39,3%)	
De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden	6 (75,0%)	26 (92,9%)	
Het delen van informatie, beste praktijken, ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving	6 (75,0%)	21 (75,0%)	
Participatie aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN	9 (90,0%)	28 (84,9%)	1.0
Indien niet, waarom niet?			
Gebrek aan tijd of conflict in de planning	0 (0,0%)	2 (40,0%)	
Gebrek aan interesse	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Andere reden	1 (100,0%)	4 (80,0%)
--------------	------------	-----------

** Dagelijks of wekelijks versus Maandelijks, driemaandelijks of jaarlijks*

2.4. Analyse van de antwoorden in functie van het statuut van de arts

De gemiddelde tijd die aan DG HAN wordt besteed, verschilt per definitie naargelang de status van de evaluerende arts (Tabel 33). De minimale tijd die werd besteed aan het beoordelen van een dossier was vergelijkbaar ($p=0,94$), maar de maximale tijd was hoger voor statutaire artsen (Statutair: 66 minuten, Aangeduid: 37 minuten, $p=0,0090$). De tijd die wekelijks wordt besteed aan administratief werk is vergelijkbaar. De statutaire artsen besteden gemiddeld meer tijd per week aan het behandelen van opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (Statutair: 3,6 uur/week, Aangeduid: 2,2 uur/week, $p=0.036$).

Tabel 33. Expertiseomstandigheden, volgens het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Gemiddelde tijd besteed aan DG HAN van de FOD			
Sociale zekerheid (in halve dagen/week), Gemiddelde \pm Standaardafwijking			
In een regionaal centrum van DG HAN	2.4 \pm 2.1	5.9 \pm 2.5	0.0003
In een privépraktijk	0.80 \pm 1.4	0.083 \pm 0.29	0.11
Via telewerk	2.3 \pm 2.4	3.6 \pm 1.4	0.018
Totaal	5.5 \pm 3.0	9.6 \pm 2.5	0.0006
Aandeel van de dossiers dat sinds het einde van de Covid-maatregelen afgehandeld werd op basis van stukken (%), Gemiddelde \pm Standaardafwijking *	45 \pm 30	45 \pm 33	0.93
Verricht soms huisbezoeken voor een beoordeling (gepreciseerd voor N=42 respondenten)	9/29	5/12 (41,7%)	0.72
Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten), Gemiddelde \pm	17 \pm 9	19 \pm 16	0.94
Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier	37 \pm 17	66 \pm 42	0.0090
Standaardafwijking			
Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uren/week)	4.5 \pm 6.7, N=29	4.6 \pm 4.4,	0.38
Tijd besteed aan het verwerken van de opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum, Gemiddelde \pm Standaardafwijking	2.2 \pm 4.2 N=26	N=11 3.6 \pm 3.6,	0.036
Gemiddelde \pm Standaardafwijking			
Een standaardformaat (template) zou helpen bij het schrijven van de rapporten (63,6%) (gepreciseerd voor N=37 respondenten),	13/29	7/11 N=10	0.29

(gepreciseerd voor N=42 respondenten)

(44,8%)

* *Berekend door afronding naar het midden van elk vooraf bepaald interval van 10%*

De diagnoses die over het algemeen het moeilijkst te beoordelen zijn, zijn vergelijkbaar volgens het statuut van de arts, met uitzondering van de discrepantie tussen de waargenomen pathologie en de geclaimde beperkingen, die als moeilijk wordt aangemerkt door 70% van de aangeduide artsen en 25% van de statutaire artsen ($p=0,014$) (Tabel 34).

Tabel 34. Ingewikkelde diagnoses, in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Diagnoses die over het algemeen de grootste moeilijkheden opleveren bij het beoordelen van het verlies van verdienvermogen voor de toekenning van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) (meerdere antwoorden mogelijk per respondent)			
Geen diagnose in het bijzonder	5 (16,7%)	1 (8,3%)	0.66
Autistisch syndroom	17 (56,7%)	6 (50,0%)	0.70
ADHD	12 (40,0%)	4 (33,3%)	0.74
Psychiatrische problemen bij jongeren	15 (50,0%)	5 (41,7%)	0.74
Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen	6 (20,0%)	1 (8,3%)	0.65
Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom	26 (86,7%)	9 (75,0%)	0.39
Long covid	9 (30,0%)	6 (50,0%)	0.29
Burn-out	17 (56,7%)	4 (33,3%)	0.31
Lumbalgie	14 (46,7%)	4 (33,3%)	0.51
Andere musculoskeletale aandoeningen	4 (13,3%)	3 (25,0%)	0.39
Chronische pijn	13 (43,3%)	3 (25,0%)	0.32
Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen	21 (70,0%)	3 (25,0%)	0.014
Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit	13 (43,3%)	9 (75,0%)	0.091
Multipathologie	6 (20,0%)	0 (0,0%)	0.16
Moeilijk te specificeren aandoeningen	7 (23,3%)	4 (33,3%)	0.70
Met betrekking tot deze diagnoses is het handboek van DG HAN Helpt de "Beoordelingsrichtlijn" om beperkte hulp bij deze diagnoses?			
Ja, een waardevolle hulp	9 (30,0%)	2 (16,7%)	
Enige hulp, maar eerder beperkt	15 (50,0%)	8 (66,7%)	
Nee	0 (0,0%)	2 (16,7%)	
Dit handboek is me niet bekend	6 (20,0%)	0 (0,0%)	0.16

Alle statutaire evaluerende artsen die op de enquête hebben gereageerd, gebruikten de rapporten over de begeleiding door de gespecialiseerde diensten als informatiebron om meer te weten te komen over de educatieve, medische en eventuele professionele achtergrond van de aanvrager, voor 60% van de aangeduide artsen ($p=0,0091$) (Tabel 35). De andere gemeten items zijn vergelijkbaar, afhankelijk van het statuut van de evaluerende arts.

Tabel 35. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis alsook andere beoordelingen, in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager			
<i>Intakeformulier</i>	24 (80,0%)	9 (75,0%)	0.70
Anamnese van de persoon tijdens de expertise	25 (83,3%)	12 (100,0%)	0.30
VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten	11 (36,7%)	4 (33,3%)	1.0

Eerdere evaluaties door DG HAN	22 (73,3%)	9 (75,0%)	1.0
Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid	2 (6,7%)	1 (8,3%)	1.0
Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG)	4 (13,3%)	3 (25,0%)	0.39
Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ)	1 (3,3%)	2 (16,7%)	0.19
Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten	18 (60,0%)	12 (100,0)	0.0091
Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie			
Geen informatie	25 (83,3%)	10 (83,3%)	1.0
Ziekenfonds / RIZIV	3 (10,0%)	1 (8,3%)	1.0
RVA	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
Fedris	1 (3,3%)	0 (0,0%)	1.0
VAPH, Phare, Iriscare, AViQ	3 (10,0%)	0 (0,0%)	0.54
VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1.0
Medex	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-
OCMW	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0.29

De impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP) is vergelijkbaar in functie van het statuut van de evaluerende arts (Tabel 36) Het proactief zoeken naar informatie met betrekking tot stages en vakantie- of studentenwerk komt vaker voor bij statutaire artsen.

Tabel 36. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) of een centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP), in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Invloed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de daaruit voortvloeiende beslissing	26 (86,7%)	11 (91,7%)	1.0
Zo ja,			0.25
Indicator van verdienvermogen	6 (23,1%)	5 (45,4%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	19 (73,1%)	6 (54,6%)	
Onbepaald	1 (3,9%)	0 (0,0%)	
Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?			
Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels	9 (30,0%)	3 (25,0%)	1.0
Fietswerkplaatsen	4 (13,3%)	2 (16,7%)	1.0
Boerderijen en groententeelt	14 (46,7%)	8 (66,7%)	0.31
Park- en tuinbedrijven	8 (26,7%)	3 (25,0%)	1.0
Horeca	2 (6,7%)	1 (8,3%)	1.0
Vrijwilligerswerk	17 (56,7%)	7 (58,3%)	1.0
Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?			
Aanpassing van de werkpost	24 (80,0%)	10 (83,3%)	1.0
Aanpassing van de werktijd	18 (60,0%)	10 (83,3%)	0.28
Tussenkost in de bezoldiging	11 (36,7%)	8 (66,7%)	0.098
Begeleiding naar werk	17 (56,7%)	10 (83,3%)	0.16
Stages	11 (36,7%)	12 (100,0%)	0.0001
Vakantiewerk of werk als jobstudent	10 (33,3%)	9 (75,0%)	0.020

De invloed van de uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies is vergelijkbaar in functie van het statuut van de arts (Tabel 37).

Tabel 37. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies, in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42).

Zijn de volgende situaties indicatief voor een normaal verdienvermogen of verminderd verdienvermogen wanneer de persoon een handicap heeft?	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Werkt in een baan op de algemene markt, eventueel deeltijds	26 (86,7%)	11 (91,7%)	1.0
Zo ja,			-
Indicator van verdienvermogen	26 (100,0%)	11 (100,0%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte	22 (73,3%)	10 (83,3%)	0.70
Zo ja,			1.0
Indicator van verdienvermogen	21 (95,4%)	10 (100,0%)	
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	1 (4,6%)	0 (0,0%)	
Studeert in het hoger onderwijs Zo ja,	18 (60,0%)	8 (66,7%)	0.74
Indicator van verdienvermogen	18 (100,0%)	8 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Studeert in het gewoon secundair onderwijs Zo ja,	14 (46,7%)	8 (66,7%)	0.31
Indicator van verdienvermogen	14 (100,0%)	8 (100,0%)	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Studeert in het buitengewoon secundair onderwijs Zo ja,	16 (53,3%)	6 (50,0%)	1.0
Indicator van verdienvermogen	3 (21,4%) *	2 (33,3%)	0.61
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	11 (78,6%) *	4 (66,7%)	
Is thuis actief als huisman/huisvrouw Zo ja,	9 (30,0%)	7 (58,3%)	0.16
Indicator van verdienvermogen	8 (100,0%) *	6 (100,0%) *	-
Indicator van verminderd verdienvermogen tot minder dan een derde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

* Niet gepreciseerd voor 2 respondenten

Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager onmiddellijk op de hoogte gebracht in vergelijkbare verhoudingen, in functie van het statuut van de evaluerende arts (Tabel 38).

Tabel 38. Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen, in functie

van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Wanneer de medische beslissing negatief is,			

wordt dit onmiddellijk meegedeeld aan de aanvrager			
Altijd	0 (0,0%)	1 (8,3%)	0.086 *
Soms	12 (40,0%)	8 (66,7%)	
Nooit	18 (60,0%)	3 (25,0%)	

** *Altijd of Soms versus Nooit*

De items met betrekking tot de beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank zijn vergelijkbaar in functie van het statuut van de evaluerende arts (Tabel 39).

Tabel 39. Beroepsprocedures bij de arbeidsrechtbank, in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Informatieverstrekking aan de aanvrager over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing?			
Altijd	1 (6,7%)	1 (8,3%)	1.0 *
Soms	13 (43,3%)	5 (41,7%)	
Nooit	15 (50,0%)	6 (50,0%)	
Wordt hij zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van zijn beslissingen?			
Altijd	20 (66,7%)	10 (83,3%)	0.54 *
Soms	7 (23,3%)	2 (16,7%)	
Nooit	3 (10,0%)	0 (0,0%)	
Als hij op de hoogte wordt gebracht van een beroep, neemt hij dan telkens waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises?			
Nee	2 (6,7%)	0 (0,0%)	1.0 **
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn volgt hij het dossier op grond van stukken	18 (60,0%)	8 (66,7%)	
Ja en als hij niet aanwezig kan zijn verwijst hij door naar een collega	10 (33,3%)	4 (33,3%)	
In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (gepreciseerd voor 38 evaluerende artsen)			
<20%	N=26 11 (42,3%)	N=12 6 (50,0%)	0.66
≥20%	15 (57,7%)	6 (50,0%)	
In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (gepreciseerd voor 38 evaluerende artsen)			
<80%	N=25 17 (68,0%)	N=12 7 (58,3%)	0.72
≥80%	8 (32,0%)	5 (41,7%)	

** Altijd of Soms versus Nooit; ** Ja versus Neen*

De hulp van andere medewerkers bij de beoordeling komt al vaker voor bij statutaire artsen dan bij aangeduide artsen (Tabel 40). Er is een significant verschil voor verschillende van deze items.

Tabel 40. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.), in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=41, antwoorden niet gepreciseerd voor deze items voor 1 arts)

Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?	Aangeduid N=29	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Vorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen)			
Gebeurt al	18 (62,1%)	9 (75,0%)	0.49*
Neen, nuttig voor de toekomst	10 (34,5%)	3 (25,0%)	
Neen, niet nuttig	1 (3,4%)	0 (0,0%)	
Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam	N=27	N=12	
Gebeurt al	15 (55,6%)	7 (58,3%)	1.0*
Neen, nuttig voor de toekomst	10 (37,0%)	5 (41,7%)	
Neen, niet nuttig	2 (7,4%)	0 (0,0%)	
Vorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren			
Gebeurt al	10 (34,5%)	10 (83,3%)	0.0063*
Neen, nuttig voor de toekomst	14 (48,3%)	2 (16,7%)	
Neen, niet nuttig	5 (17,2%)	0 (0,0%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE)			
Gebeurt al	2 (6,9%)	3 (25,0%)	0.14*
Neen, nuttig voor de toekomst	22 (75,9%)	8 (66,7%)	
Neen, niet nuttig	5 (17,2%)	1 (8,3%)	
Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti)			
Gebeurt al	3 (10,3%)	6 (50,0%)	0.011*
Neen, nuttig voor de toekomst	15 (51,7%)	6 (50,0%)	
Neen, niet nuttig	11 (37,9%)	0 (0,0%)	
Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori)	N=27	N=12	
Gebeurt al	5 (18,5%)	8 (66,7%)	0.0079*
Neen, nuttig voor de toekomst	9 (33,3%)	4 (33,3%)	
Neen, niet nuttig	13 (48,1%)	0 (0,0%)	
Uitvoeren van huisbezoeken			
Gebeurt al	4 (13,8%)	6 (50,0%)	0.040*
Neen, nuttig voor de toekomst	17 (58,6%)	3 (25,0%)	
Neen, niet nuttig	8 (27,6%)	3 (25,0%)	

Uitvoeren van bezoeken aan instellingen			
Gebeurt al	6 (20,7%)	6 (50,0%)	0.13*
Neen, nuttig voor de toekomst	16 (55,2%)	5 (41,7%)	
Neen, niet nuttig	7 (24,1%)	1 (8,3%)	

* *Gebeurt al versus Neen*

De frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's is dagelijks voor 75% van de statutaire artsen, vergeleken met slechts 21,4% van de aangeduide artsen ($p=0,0074$) (Tabel 41).

Tabel 41. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN, in functie van het statuut van de evaluerende arts (N=42)

	Aangeduid N=30	Statutair N=12	Vergelijking p-waarde
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van DG HAN (gepreciseerd voor 37 evaluerende artsen)	N=29	N=7	0.21*
Dagelijks	6 (20,7%)	4 (57,1%)	
Wekelijks	10 (34,5%)	2 (18,6%)	
Maandelijks	7 (24,1%)	0 (0,0%)	
Driemaandelijks	5 (17,2%)	0 (0,0%)	
Jaarlijks	1 (3,4%)	1 (14,3%)	
Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of per e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (gepreciseerd voor 41 evaluerende artsen)	N=28	N=12	0.0074*
Dagelijks	6 (21,4%)	9 (75,0%)	
Wekelijks	10 (35,7%)	3 (25,0%)	
Maandelijks	5 (17,9%)	0 (0,0%)	
Driemaandelijks	5 (17,9%)	0 (0,0%)	
Jaarlijks	2 (7,1%)	0 (0,0%)	
Organisatie van overlegmomenten tussen collega's op het niveau van het eigen regionaal centrum	24 (80,0%)	11 (91,7%)	0.65
Zo ja, gemiddelde frequentie			
Maandelijks	9 (37,5%)	8 (72,7%)	
Driemaandelijks	13 (54,2%)	3 (27,3%)	
Jaarlijks	1 (4,2%)	0 (0,0%)	
Onbepaald	1 (4,2%)	0 (0,0%)	
Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel			
De administratieve organisatie van de evaluaties en de uitnodiginge	10 (41,7%)	5 (45,4%)	
De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden	21 (87,5%)	10 (90,9%)	

Het delen van informatie, goede praktijken en ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving	18 (75,0%)	8 (72,7%)	
Deelname aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN	24 (80,0%)	12 (100,0%)	0.16
Indien niet, waarom niet?			
Gebrek aan tijd of conflict in de planning	2 (33,3%)	-	
Gebrek aan interesse	0 (0,0%)	-	
Andere reden	5 (83,3%)	-	

* *Dagelijks of wekelijks versus Maandelijks, driemaandelijks of jaarlijks*

A. Bijlage: Beschrijving van de gegevens ("Code book")

- Taal (NL/FR) - [Taal](#)
- ID vragenlijst - [Id](#)
- Sluitingsdatum van de vragenlijst - [Sluitingsdatum](#)

S1. Expertiseomstandigheden

- Aantal halve dagen per week die gemiddeld besteed worden voor DG HAN van de FOD Sociale Zekerheid
 - o Aantal in een regionaal centrum van DG HAN (in halve dagen) (1 tot 12) – [S1Q2](#)
 - o Aantal in een privépraktijk (in halve dagen) (1 tot 12) – [S1Q3](#)
 - o Aantal via telewerk (in halve dagen) (1 tot 12) – [S1Q4](#)

Totaal = [S1Q2](#)+ [S1Q3](#)+ [S1Q4](#)
- Sinds het einde van de Covid-maatregelen, aandeel van de op basis van stukken behandelde dossiers (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%, 9 :80-89%, 10 :≥90%) - [S1Q5](#)
- Begeeft zich soms naar iemand thuis voor een beoordeling (1=Ja, 2=Neen) - [S1Q6](#)
- Minimale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten) - [S1Q8](#)
- Maximale tijd besteed aan het beoordelen van een dossier (in minuten)- [S1Q9](#)
- Minimale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten) - [S1Q12](#)
- Maximale tijd besteed aan het kennismaken van de intakevragenlijst, de medische rapporten, enz. (in minuten) - [S1Q13](#)
- Minimale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten) - [S1Q15](#)
- Maximale tijd besteed aan het uitvoeren van de expertise zelf (anamnese/eventueel klinisch onderzoek) (in minuten) - [S1Q16](#)
- Minimale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten) - [S1Q18](#)
- Maximale tijd besteed aan het schrijven van het rapport (in minuten) - [S1Q19](#)
- Tijd besteed aan het administratieve werk (rapporten opvragen, herinneringen versturen, enz.) (in uur/week) - [S1Q20](#)
- Tijd besteed aan het behandelen van opmerkingen van de coördinerend arts van het regionaal centrum en/of het bespreken van complexe dossiers met collega's (in uur/week) - [S1Q21](#)
- Zou een standaardformaat (template) helpen bij het schrijven van de rapporten? (1=Ja, 2=Neen) - [S1Q22](#)

S2. Ingewikkelde diagnoses

- Diagnoses die over het algemeen de grootste problemen opleveren bij het beoordelen van het verlies aan verdienvermogen voor het toekennen van een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)
 - o Geen diagnose in het bijzonder (1=Ja) – [S2Q1_1](#)
 - o Autistisch syndroom (1=Ja) – [S2Q1_2](#)
 - o ADHD (1=Ja) – [S2Q1_3](#)

- Psychiatrische problemen bij jongeren (1=Ja) – S2Q1_4
- Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen (1=Ja) – S2Q1_5
- Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (1=Ja) – S2Q1_6
- Long covid (1=Ja) – S2Q1_7
- Burn-out (1=Ja) – S2Q1_8
- Lumbalgie (1=Ja) – S2Q1_9
- Andere musculoskeletale aandoeningen (1=Ja) – S2Q1_10
- Chronische pijn (1=Ja) – S2Q1_11
- Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (1=Ja) – S2Q1_12
- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (1=Ja) – S2Q1_13
- Multipathologie (1=Ja) – S2Q1_14
- Moeilijk te specificeren aandoeningen (1=Ja) – S2Q1_15
- Andere – S2_Q1_16, gelieve te preciseren – S2Q1_16_txt
- Biedt het handboek "Evaluatierichtlijnen" van de DG HAN u waardevolle of eerder beperkte hulp bij deze diagnoses? (1=Ja, een waardevolle hulp, 2=Enige hulp, maar eerder beperkt, 3=Neen, 4=Dit handboek is me niet bekend). – S2Q3

S3. Duur van de erkenning

- Gebeurt het dat u een verminderd verdienvermogen erkent dat recht geeft op de IVT voor een beperkte periode? (1=Ja, 2=Neen) – S3Q1
- Zo ja, factoren of elementen die u ertoe brengen om een erkenning voor een IVT toe te kennen voor een korte periode (1 tot 3 jaar):
 - Jonge leeftijd (tussen 18 en 25 jaar) (1=Ja) – S3Q2_1
 - Evolutive pathologie (1=Ja) – S3Q2_2
 - Onnauwkeurige diagnose (1=Ja) – S3Q2_3
 - Lopend revalidatieproces (1=Ja) – S3Q2_4
 - Andere (1=Ja) – S3Q2_5, gelieve te preciseren – S3Q2_5_txt

S4. Leeftijdsspecifieke kenmerken

- Confrontatie met problemen die eigen zijn aan bepaalde leeftijden of levensfasen bij het beoordelen van het verdienvermogen?
 - 18-25 jaar (1=Ja, 2=Neen) – S4Q2
 - Autistisch syndroom (1=Ja) – S4Q3_1
 - ADHD (1=Ja) – S4Q3_2
 - Psychiatrische problemen bij jongeren (1=Ja) – S4Q3_3
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen (1=Ja) – S4Q3_4
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (1=Ja) – S4Q3_5
 - Long covid (1=Ja) – S4Q3_6
 - Burn-out (1=Ja) – S4Q3_7
 - Lumbalgie (1=Ja) – S4Q3_8
 - Andere musculoskeletale aandoeningen (1=Ja) – S4Q3_9
 - Chronische pijn (1=Ja) – S4Q3_10
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (1=Ja) – S4Q3_11

- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (1=Ja) – S4Q3_12
- Multipathologie (1=Ja) – S4Q3_13
- Moeilijk te specificeren aandoeningen (1=Ja) – S4Q3_14
- Andere (1=Ja) – S4Q3_15, gelieve te preciseren– S4Q3_15_txt
- 26-35 jaar (1=Ja, 2=Neen) – S4Q4
 - Autistisch syndroom (1=Ja) – S4Q5_1
 - ADHD (1=Ja) – S4Q5_2
 - Psychiatrische problemen bij jongeren (1=Ja) – S4Q5_3
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen (1=Ja) – S4Q5_4
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (1=Ja) – S4Q5_5
 - Long covid (1=Ja) – S4Q5_6
 - Burn-out (1=Ja) – S4Q5_7
 - Lumbalgie (1=Ja) – S4Q5_8
 - Andere musculoskeletale aandoeningen (1=Ja) – S4Q5_9
 - Chronische pijn (1=Ja) – S4Q5_10
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (1=Ja) – S4Q5_11
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (1=Ja) – S4Q5_12
 - Multipathologie (1=Ja) – S4Q5_13
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen (1=Ja) – S4Q5_14
 - Andere (1=Ja) – S4Q5_15, gelieve te preciseren– S4Q5_15_txt
- 36-55 jaar (1=Ja, 2=Neen) – S4Q6
 - Autistisch syndroom (1=Ja) – S4Q7_1
 - ADHD (1=Ja) – S4Q7_2
 - Psychiatrische problemen bij jongeren (1=Ja) – S4Q7_3
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen (1=Ja) – S4Q7_4
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (1=Ja) – S4Q7_5
 - Long covid (1=Ja) – S4Q7_6
 - Burn-out (1=Ja) – S4Q7_7
 - Lumbalgie (1=Ja) – S4Q7_8
 - Andere musculoskeletale aandoeningen (1=Ja) – S4Q7_9
 - Chronische pijn (1=Ja) – S4Q7_10
 - Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (1=Ja) – S4Q7_11
 - Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (1=Ja) – S4Q7_12
 - Multipathologie (1=Ja) – S4Q7_13
 - Moeilijk te specificeren aandoeningen (1=Ja) – S4Q7_14
 - Andere (1=Ja) – S4Q7_15, gelieve te preciseren– S4Q7_15_txt
- >55 jaar (1=Ja, 2=Neen) – S4Q8
 - Autistisch syndroom (1=Ja) – S4Q9_1
 - ADHD (1=Ja) – S4Q9_2
 - Psychiatrische problemen bij jongeren (1=Ja) – S4Q9_3
 - Mensen met verstandelijke beperkingen die bijzonder onderwijs volgen (1=Ja) – S4Q9_4
 - Fibromyalgie/ chronisch vermoeidheidssyndroom (1=Ja) – S4Q9_5

- Long covid (1=Ja) – [S4Q9_6](#)

- Burn-out (1=Ja) – [S4Q9_7](#)
- Lumbalgie (1=Ja) – [S4Q9_8](#)
- Andere musculoskeletale aandoeningen (1=Ja) – [S4Q9_9](#)
- Chronische pijn (1=Ja) – [S4Q9_10](#)
- Aandoeningen met discordantie tussen gedocumenteerde pathologie en geclaimde beperkingen (1=Ja) – [S4Q9_11](#)
- Ehler-Danlos syndroom / hypermobiliteit (1=Ja) – [S4Q9_12](#)
- Multipathologie (1=Ja) – [S4Q9_13](#)
- Moeilijk te specificeren aandoeningen (1=Ja) – [S4Q9_14](#)
- Andere (1=Ja) – [S4Q9_15](#), gelieve te preciseren – [S4Q9_15_txt](#)

S5. Kennis van educatieve, medische en professionele voorgeschiedenis alsook andere beoordelingen

- Informatiebronnen waarover men beschikt om meer te weten te komen over de eventuele educatieve, medische en professionele achtergrond van de aanvrager
 - *Intakeformulier* (1=Ja) – [S5Q1_1](#)
 - Anamnese van de persoon tijdens de expertise (1=Ja) – [S5Q1_2](#)
 - VKB-dossier (verhoogde kinderbijslag) afkomstig van de gewesten (1=Ja) – [S5Q1_3](#)
 - Eerdere evaluaties door DG HAN (1=Ja) – [S5Q1_4](#)
 - Andere socialezekerheidsinstellingen (RSZ, RIZIV, FEDRIS, OCMW, enz.), via de Kruispuntbank van de sociale zekerheid (1=Ja) – [S5Q1_5](#)
 - Gewestelijke overheidsdienst voor tewerkstelling en opleiding (VDAB, FOREM, Actiris, Bruxelles Formation, ADG) (1=Ja) – [S5Q1_6](#)
 - Gewestelijke of communautaire overheidsdienst voor hulp aan personen met een handicap (VAPH, Phare, Iriscare, AViQ) (1=Ja) – [S5Q1_7](#)
 - Rapporten over de begeleiding door gespecialiseerde diensten (1=Ja) – [S5Q1_8](#)
- Wanneer er andere medische beoordelingen werden uitgevoerd voor andere federale, gewestelijke of communautaire socialezekerheidsorganen, toegang tot deze informatie
 - Geen informatie (1=Ja) – [S5Q2_1](#)
 - Ziekenfonds / RIZIV (1=Ja) – [S5Q2_2](#)
 - RVA (1=Ja) – [S5Q2_3](#)
 - Fedris (1=Ja) – [S5Q2_4](#)
 - VAPH, Phare, Iriscare, AViQ (1=Ja) – [S5Q2_5](#)
 - VDAB-GTB, Actiris, Forem, ADG (1=Ja) – [S5Q2_6](#)
 - Medex (1=Ja) – [S5Q2_7](#)
 - OCMW (1=Ja) – [S5Q2_8](#)

S6. Impact van het werken in een bedrijf voor vorming door arbeid (BVA), een werkplaats voor vorming door arbeid (WVA) en centrum voor socioprofessionele inschakeling (CISP)

- Invloed van het feit dat de persoon in een BVA, WVA of CISP werkt op de analyse en de beslissing die eruit voortvloeit (1=Ja, 2=Neen) – [S6Q1](#)
- Zo ja, waarom? (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – [S6Q2](#)
- Geldt dit ook voor andere vormen van aangepast werk?
 - Winkels van circulaire economie of tweedehands winkels (1=Ja) – [S6Q3_1](#)

- Fietswerkplaatsen (1=Ja) – S6Q3_2
- Boerderijen en groententeelt (1=Ja) – S6Q3_3
- Park- en tuinbedrijven (1=Ja) – S6Q3_4
- Horeca (1=Ja) – S6Q3_5
- Vrijwilligerswerk (1=Ja) – S6Q3_6
- Proactieve zoektocht naar de volgende informatie?
 - Aanpassing van de werkpost (1=Ja) – S6_Q4_1
 - Aanpassing van de werktijd (1=Ja) – S6_Q4_2
 - Tussenkost in de bezoldiging (1=Ja) – S6_Q4_3
 - Begeleiding naar werk (1=Ja) – S6_Q4_4
 - Stages (1=Ja) – S6_Q4_5
 - Vakantiewerk of werk als jobstudent (1=Ja) – S6_Q4_6

S7. Uitoefening van een beroepsactiviteit of voortzetting van studies

- De volgende situaties zijn indicatief voor een normaal verdienvermogen of verminderd verdienvermogen wanneer de persoon met een handicap
 - Werkt in een baan op de algemene markt, mogelijk deeltijds (1=Ja) – S7Q1_1
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q2
 - Heeft het werk hervat, eventueel deeltijds, na een periode van ziekte (1=Ja) – S7Q1_2
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q3
 - In het hoger onderwijs studeert (1=Ja) – S7Q1_3
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q4
 - In het gewoon secundair onderwijs studeert (1=Ja) – S7Q1_4
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q5
 - Studeert in het buitengewoon secundair onderwijs (1=Ja) – S7Q1_5
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q6
 - Thuis actief is als huisman/huisvrouw (1=Ja) – S7Q1_6
Zo ja (1=Dit is een indicator van verdienvermogen, 2=Dit is een indicator van verdienvermogen verminderd tot minder dan een derde) – S7Q7

S8. Weigering van erkenning van een vermindering met 2/3 van het verdienvermogen

- Wanneer de medische beslissing negatief is, wordt de aanvrager onmiddellijk geïnformeerd (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit) – S8Q1
- Hoe wordt een erkenningsweigering gewoonlijk gemotiveerd? Welke zijn de meest voorkomende redenen voor een weigering? – S8Q2

S9. Beroepen bij de arbeidsrechtbank

- Wordt de aanvrager geïnformeerd over de beroepsmogelijkheden in geval van een negatieve beslissing? (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit) – S9Q1

- Wordt u zelf geïnformeerd over eventuele beroepen bij de arbeidsrechtbanken naar aanleiding van uw beslissingen? (1=Altijd, 2=Soms, 3=Nooit) – S9Q2
- Wanneer u op de hoogte wordt gesteld van een beroep, neemt u dan waar mogelijk deel aan tegensprekelijke expertises? (1=Nee, 2=Ja en als ik niet aanwezig kan zijn volg ik het dossier op grond van stukken, 3=Ja en als ik niet aanwezig kan zijn verwijs ik door naar een collega) – S9Q3
- In welk deel van zijn dossiers die het voorwerp van een beroep uitmaken, gaat het volgens zijn schatting om een betwisting inzake de IVT (en niet inzake de IT of een parkeerkaart)? (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%, 9 :80-89%, 10 :≥90%) – S9Q4
- In welk deel van de IVT-dossiers is de door de rechtbank aangewezen deskundige het volgens hem met hem eens? (1 :<10%, 2 :10-19%, 3 :20-29%, 4 :30-39%, 5 :40-49%, 6 :50-59%, 7 :60-69%, 8 :70-79%, 9 :80-89%, 10 :≥90%) – S9Q5

S10. Hulp van andere medewerkers voor de beoordeling (psychologen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, enz.)

Welke steun hebben ze al gegeven of op welke punten zou hun medewerking in de toekomst nuttig kunnen zijn?

- Voorbereiding van het administratieve dossier (controleren of de dossiers volledig zijn en zo nodig aanvullende informatie opvragen) (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q2
- Een efficiënte dispatching binnen het beoordelingsteam (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q3
- Voorbereiding van bepaalde dossiers door nuttige informatie in Medic-e te annoteren (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q4
- Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: psychologische tests (bv. MMSE) (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q5
- Uitvoeren van aanvullende onderzoeken: functionele onderzoeken (bv. Tinetti) (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q6
- Uitvoering van beoordeling (onder uw controle a posteriori) (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q7
- Uitvoering van huisbezoeken (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q8
- Uitvoering van bezoeken aan instellingen (1=Gebeurt al, 2=Zo niet, nuttig in de toekomst, 3=Zo niet, niet nuttig) – S10Q9

S11. Relatie met de gewestelijke coördinerende geneesheer van DG HAN en de collega's en overleg op het niveau van het regionaal centrum van DG HAN

- Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met de regionale coördinerende arts van DG Han (1=Dagelijks, 2=Wekelijks, 3=Maandelijks, 4=Driemaandelijks, 5=Jaarlijks) – S11Q1
- Frequentie van direct of indirect contact (per telefoon of e-mail) met medische collega's (aangeduid of statutair)? (1=Dagelijks, 2=Wekelijks, 3=Maandelijks, 4=Driemaandelijks, 5=Jaarlijks) – S11Q2
- Worden er op dit ogenblik overlegmomenten georganiseerd tussen collega's op het niveau van het eigen regionale centrum? (1=Ja, 2=Nee) – S11Q3

- Zo ja, hoe vaak gemiddeld? (1=Maandelijks, 2=Driemaandelijks, 3=Jaarlijks) – [S11Q4](#)
- Zo ja, hebben deze overlegmomenten hoofdzakelijk het volgende tot doel:
 - o De administratieve organisatie van de evaluaties en uitnodigingen (1=Ja) – [S11Q5_1](#)
 - o De bespreking van moeilijke gevallen die via peer review beoordeeld moeten worden (1=Ja) – [S11Q5_2](#)
 - o Het delen van informatie, goede praktijken en ontwikkelingen op het gebied van de regelgeving (1=Ja) – [S11Q5_3](#)
- Neemt deel aan de informatiesessies georganiseerd door DG HAN (1=Ja, 2=Neen) – [S11Q6](#)
- Indien niet, waarom niet?
 - o Gebrek aan tijd of conflict in de planning (1=Ja) – [S11Q7_1](#)
 - o Gebrek aan interesse (1=Ja) – [S11Q7_2](#)
 - o Andere reden (1=Ja) – [S11Q7_3](#)

S12. Persoonlijk profiel

- 1=Aangeduide arts, 2=Statutaire arts – [S12Q1](#)
- 1=Vrouw, 2=Man, 3=Ik zeg dit liever niet – [S12Q2](#)
- Leeftijd (1 :<30 jaar, 2 :30-39 jaar, 3 :40-49 jaar, 4 :50-59 jaar, 5= :60-69 jaar, 6 :>70 jaar, 7=Ik zeg dit liever niet) – [S12Q3](#)
- Werkt al hoelang voor DG HAN? (1 :<5 jaar, 2 : tussen 5 en 10 jaar, 3 :>10 jaar) – [S12Q4](#)
- Verbonden aan het regionaal centrum van (1=Antwerpen, 2=Brugge, 3=Gent, 4=Hasselt, 5=Brussel-Franstalige dossiers, 6=Brussel-Nederlandstalige dossiers, 7=Charleroi, 8=Bergen, 9=Luik, 10=Namen, 11=Sankt-Vith) – [S12Q5](#)
- Voert expertises uit voor andere organisaties?
 - o Privéverzekeraars (1=Ja) – [S12Q6_1](#)
 - o Rechtbanken (1=Ja) – [S12Q6_2](#)
 - o Gewestelijke of communautaire overheidsinstanties (1=Ja) – [S12Q6_3](#)
 - o Federale overheidsinstanties (1=Ja) – [S12Q6_4](#)
 - o Beroepsgeneeskunde (1=Ja) – [S12Q6_5](#)

S13. Conclusies

- Suggesties om de functie van deskundige arts voor DG HAN aantrekkelijker te maken – [S13Q1](#)
- Andere elementen in het kader van deze studie over het verlies van verdienvermogen inzake IVT – [S13Q2](#)