



Ter attentie van de federale Minister van  
Volksgezondheid en Sociale zaken

12.05.2022

**ADVIES VAN HET OBSERVATORIUM VOOR DE CHRONISCHE  
ZIEKTEN BETREFFENDE DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

*(IN OPVOLGING VAN DE WERKGROEP OBS-NIC MED)*

## Inhoudsopgave

<b>Inhoudsopgave</b> .....	2
<b>Managementsamenvatting</b> .....	3
<b>Dankwoord</b> .....	5
<b>Inleiding</b> .....	6
<b>Analyse – Aandachtspunten</b> .....	7
<b>A. Het wetgevend kader bij arbeidsongeschiktheid</b> .....	7
<b>B. De toepassing van de patiëntenrechten</b> .....	13
<b>C. Kwaliteit dienstverlening</b> .....	17
<b>D. Administratieve vereisten bij arbeidsongeschiktheid</b> .....	20
<b>Aanbevelingen</b> .....	25

## Managementsamenvatting

### 1. Waarom is dit advies er gekomen?

De Raadgevende afdeling van het Observatorium heeft in het verleden al meermaals geadviseerd over zaken in relatie met arbeidsongeschiktheid. En nóg bleef en blijft arbeidsongeschiktheid de leden van het Observatorium beroeren. Dit omdat het aantal personen met een chronische ziekte in arbeidsongeschiktheid toeneemt, omdat de omkadering verandert, omdat de leden van het VPP, LUSS en de verzekeringsinstellingen vragen blijven stellen en knelpunten blijven aanhalen over (al dan niet blijvende, gedeeltelijke of volledige) arbeidsongeschiktheid, gedeeltelijke werkhervatting, vrijwilligerswerk, etc. Uiteindelijk heeft dit z'n weerslag gevonden in onderhavig, zeer uitgebreid advies over diverse aspecten van arbeidsongeschiktheid.

### 2. Wat komt in dit advies aan bod?

Dit advies over arbeidsongeschiktheid focust op 4 grote thema's: 1) Het wetgevend kader; 2) de toepassing van de Patiëntenrechtenwet; 3) de kwaliteit van zorg/ dienstverlening en 4) de administratieve vereisten. Telkens omschrijven we de knelpunten, formuleren we algemene aanbevelingen en doen we waar mogelijk concrete suggesties ter verbetering. Deze concrete suggesties kunnen het welzijn van de persoon in arbeidsongeschiktheid maar ook het werk van de adviserend-artsen en hun voltallige team aanzienlijk verbeteren. Respect en dialoog zijn hierbij belangrijke trefwoorden.

Sommige aanbevelingen kunnen sneller gerealiseerd worden zoals bijvoorbeeld werken aan meer persoonsgerichte communicatie, andere vergen dan weer meer inspanningen of zelfs een wetgevende ingreep.

### 3. Hoe zijn we hiertoe gekomen?

Tijdens de vele bijeenkomsten van de gezamenlijke werkgroep met leden van de NIC MED en leden van het Observatorium, gebruikten we de Omzendbrief 2015/274 als handleiding om het ganse traject van iemand die arbeidsongeschikt wordt te overlopen. Zo goed als elk artikel werd aangevuld met de ervaringen van personen met een chronische ziekte. Dit resulteerde na prioritering, in heel wat knelpunten en in totaal in een 20tal concrete adviezen ter verbetering van de situatie van personen in arbeidsongeschiktheid.

### 4. De aanbevelingen en concrete actiepunten

Het Observatorium staat klaar om mee te werken aan de concrete uitwerking van de door haar hieronder geformuleerde voorstellen.

- Een **duidelijker wetgevend kader** zodat er geen interpretatieproblemen meer zijn bij een gedeeltelijke werkvatting tijdens arbeidsongeschiktheid
- **Meer rechtszekerheid** voor de arbeidsongeschikt erkende verzekerde door de maximale (verlengbare) termijn van de toelating tot gedeeltelijke werkhervatting te brengen op 5 jaar i.p.v. de huidige 2 jaar, en door het wetgevend kader zélf de waarde van de erkenning en toelating te laten onderschrijven.
- Het **beëindigen van de ongelijkwaardige situatie tussen zelfstandigen en werknemers**
- Een wetgevend kader met **heldere termijnen** waarbinnen de werkgever ziekte- en werkdagen moeten doorgeven aan het ziekenfonds én waarbinnen het ziekenfonds de gegevens verwerkt moet hebben, en duidelijke uitbetalingstermijnen voor de arbeids- of invaliditeitsuitkering.
- **Het afschaffen van de verplichting van het melden** (voor reizen binnen België of de EU) of toelating moeten vragen (voor reizen buiten de EU) aan de adviserend arts voor **reizen voor**

**een periode korter dan of gelijk aan 21 dagen.**

- De **cumul** van de integratietegemoetkoming met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (of ander vervangingsinkomen).
- **Het beter informeren** van de sociaal verzekerden over het onvoldoende afhouden van **bedrijfsvoorheffingen** en de gevolgen hiervan, en hen **ondersteunen** bij de berekening van de verschuldigde bedrijfsvoorheffing(en) en het organiseren van de voorafbetalingen
- Het opnemen van de **patiëntenrechten als een volwaardig opleidingsonderdeel** in de basisopleiding van artsen.
- **Het herformuleren van de patiëntenrechten naar de werkpraktijk**
- Meer aandacht voor het **thema arbeidsongeschiktheid** in de opleiding van de artsen
- Het opnemen van bestaande modellen inzake **shared decision making** en communicatietechnieken in de opleiding van adviserend artsen
- Het duidelijk opnemen in de consultatie-uitnodiging van welk type van **documenten** er verwacht wordt (hospitalisatieverslag, ... ) en wie (huisarts, specialist, werkgever, arbeidsarts, ...) de sociaal verzekerde kan helpen om die te bekomen
- **Het proactief herinneren van de behandelend artsen** van hun rol in het traject AO
- **Het verbeteren van de toegang** van de sociaal verzekerde tot het **patiëntendossier**, bijgehouden door een adviserend arts
- **Sterker inzetten op persoonsgericht communicatie** over in het bijzonder de keuze tussen **3** verschillende types uurrooster bij werkhervatting, de doelstelling van de controleopdracht van de adviserend arts zijnde evaluatie van de capaciteit van de sociaal verzekerde om te werken en zorgen voor voldoende nazorg na de mededeling van een beslissing.
- De oprichting van een **laagdrempelige bemiddelingsinstantie** om het beroep op de arbeidshoven en - rechtbanken te beperken
- Het verhogen van de kwaliteit van de beslissingen door ten eerste te voorzien in een **begrijpelijk model voor de motivering, structurele verankering van het principe van peer review** tussen adviserend artsen, voorzien in een **wetenschappelijk hulpmiddel** voor huisartsen i.k.v. arbeidsongeschiktheid, herstel en terugkeer naar werk
- **Het verhogen van de patiëntgerichtheid, de gelijkwaardigheid en de continuïteit** door te zorgen voor een **duidelijke en tijdige communicatie** naar de sociaal verzekerde over wie, met welke rol en in welke hoedanigheid hem/haar zal ontvangen tijdens een consult, **eenvormigheid over de ziekenfondsen heen** in de toepassing van het multidisciplinair team rondom de adviserend arts, zorgen voor voldoende adviserend artsen om de vertrouwensrelatie te verzekeren en hun rol als sleutelfiguur i.k.v. hun wettelijke opdrachten (art. 153) te kunnen uitoefenen
- meer inzetten op een **persoonsgerichte aanpak** met als doel de sociaal verzekerde eigenaar te maken van zijn gezondheid en arbeidsvermogen
- De oprichting van een **gemeenschappelijk communicatieplatform** en/of een **gemeenschappelijk medisch sociaal dossier** voor alle sectoren binnen de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid
- een **vermindering van de administratieve last** die arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt door automatisering.
- De uitbouw van **1 loket of platform** door élk ziekenfonds, waar de verzekerde alle documenten verbonden aan de arbeidsongeschiktheid en/ of invaliditeit kan terugvinden en de voortgang van de aangifte, verlenging en verschillende soorten aanvragen kan opvolgen.
- **Een grotere bewustwording van de behandelende artsen** van de toepassing van de **6dagenregeling** bij de arbeidsongeschiktheidsuitkering
- Een snelle werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid door de vermindering van de administratieve last.
- **Een duidelijke informatieverstopping** over de mogelijkheid om tijdens arbeidsongeschiktheid **activiteiten te hervatten**. Interessante pistes zijn de inrichting van een gemakkelijk toegankelijk uniek e-loket en een goed omkaderd, helder, volledig en juist informatiepakket voor iedereen die arbeidsongeschikt is of wordt

## Dankwoord

Dit advies is het resultaat van de samenwerking van velen. Onze dank gaat uit naar ieder van hen die hebben bijgedragen aan dit advies. Enkelen willen we graag héél uitdrukkelijk bedanken.

In de eerste plaats **de leden van de NIC MED**. De artsen-directeurs van de ziekenfondsen, de Hulpkas en HR Rail werden in 2019 bereid gevonden om samen met een afvaardiging van de Raadgevende Afdeling van het Observatorium in een gezamenlijke werkgroep zich te buigen over thema's als de relatie patiënt – adviserend arts, de uitnodigingsbrieven van de ziekenfondsen in het kader van arbeidsongeschiktheid én alles wat de facto van nabij of ver weg te maken had met arbeidsongeschiktheid. Door een inkijk te bieden in hun werkkader en hoe de artsen hier invulling aan geven, werd een stevige fond gelegd voor wederzijds begrip én kiemden de eerste inzichten voor dit advies.

De **afvaardiging van de Raadgevende Afdeling van het Observatorium** waakte erover dat de ruime ervaringen van personen in arbeidsongeschiktheid, hun contacten met verzekeringsinstellingen etc. tijdens de verschillende bijeenkomsten van de gezamenlijk werkgroep telkens goed onderbouwd naar voorgebracht werden. De knelpunten die zo naar bovenkwamen, werden afgetoetst aan de inzichten van de artsen-directeurs en vormden een solide basis voor de uitwerking van dit advies. De afvaardiging werd versterkt door personen met een bijzondere expertise in arbeidsongeschiktheid zoals Eline Bruneel van het Vlaams Patiënten Platform die we ook graag expliciet bedanken voor haar waardevolle inbreng.

Dit advies was er niet geweest zonder de tussentijdse verslagen van de opeenvolgende werkgroepen en de “final touch” door het **secretariaat van het Observatorium**, en met name Daphné Vandezande. Daphné hield iedereen bij de les wanneer inhoudelijk zaken moesten uitgeklaard worden, behoedde het advies voor onbegrijpelijke, juridische “hocus pocus” en heeft ervoor gezorgd dat alle aanbevelingen in 1 overzichtelijke opsomming werden gepast. Tot slot vormde het secretariaat ook onze verbinding met de vertaaldienst én met de interne experts arbeidsongeschiktheid van het RIZIV die het advies kritisch mee tegen het licht hielden.

Karen Mullié en Ulrike Pypops

## Inleiding

Het Observatorium ontvangt tot op vandaag veel vragen en getuigenissen van haar leden die aangeven dat het geen sinecure is om, wanneer je arbeidsongeschikt wordt, je weg te vinden naar de juiste ondersteuning en wegwijs te geraken uit de vele regels die van de ene dag op de andere moeten nageleefd worden. De veer- en draagkracht van een persoon die te kampen krijgt met ziekte die bovendien leidt tot arbeidsongeschiktheid, staat onder druk. Bovendien ervaren personen met een chronische ziekte vaak heel wat stress en ongerustheid in hun relatie met de adviserend arts. Het rapport van La Luss van 2016<sup>1</sup> bundelde een aantal knelpunten en vormde het uitgangspunt voor de bespreking van de relatie patiënt - adviserend arts in het Observatorium. Dit mondde in 2017 uit in het advies '*Versterken van de dialoog tussen patiënt en de adviserend arts in een geest van wederzijds respect*'. Maar dit advies bleek niet voldoende.

Het Observatorium brengt dit tweede advies uit om de aandachtspunten, waar het voor personen met een chronische ziekte écht om gaat, nogmaals duidelijk te formuleren in de hoop dat dit kan bijdragen tot een effectieve verbetering van het proces van arbeidsongeschiktheid.

Om dit advies zo constructief en efficiënt mogelijk te kunnen opmaken, ging het Observatorium in dialoog met het Medisch Nationaal Intermutualistisch College (NIC Med) waarin alle adviserend artsen directeurs van de ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn. Een eerste belangrijke vaststelling was dat voor veel personen met een chronische ziekte die in aanraking komen met de adviserend arts, de rol, de opdracht en de werkcontext van deze adviserend arts niet duidelijk of gekend is. Omgekeerd bleek dat adviserend artsen soms onvoldoende inzicht hebben in hoe personen met een chronische ziekte het volledige proces van opvolging van hun arbeidsongeschiktheid door het ziekenfonds ervaren en welke knelpunten zij detecteren.

Een structurele werkgroep Observatorium – NIC MED werd opgestart in juni 2019. Deze werkgroep leidde tot een beter begrip van elkaars rol en beleving als enkele quick-wins. Daarnaast zijn er ook een aantal belangrijke knelpunten gedetecteerd waar noch de patiënt, noch de adviserend arts impact op heeft.

Het Observatorium heeft bij de opmaak van haar advies dankbaar gebruik gemaakt van de zeer interessante inzichten en inbreng die ze van de NIC MED mocht ontvangen.

Tot slot: dit advies kwam tot stand in de periode 2019 – 2021 en werd afgewerkt begin 2022. Dit heeft tot gevolg dat de opstart van het "Terug-naar-werktraject" en de "TNW coördinator" voor personen in arbeidsongeschiktheid onvoldoende helder was en nog niet kon toegepast worden op de aspecten die in dit advies naar voor komen. Het lijkt ons interessant om eenmaal de "terug naar werktrajecten" voor en "TNW coördinatoren" goed ingeburgerd zijn, dit advies – voor bepaalde aspecten waarop dit een invloed zou kunnen hebben – opnieuw onder de loep te nemen.

---

<sup>1</sup> La Luss, 2016. « le patient et le médecin conseil, vers plus d'égalité? Pistes des patients en vue d'améliorer ensemble la relation entre patient et le médecin-conseil ».

## Analyse – Aandachtspunten

Het Observatorium stelt vast dat personen met een chronische ziekte die arbeidsongeschikt worden of zijn, een aantal knelpunten ervaren in het volledige proces van opvolging van hun arbeidsongeschiktheid. Deze adviesnota beschrijft achtereenvolgens de door personen met een chronische ziekte gedetecteerde struikelblokken m.b.t. het wetgevend kader, de (toepassing van) de patiëntenrechten, de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening, en tenslotte de administratieve vereisten.

### A. Het wetgevend kader bij arbeidsongeschiktheid

Als een sociaal verzekerde door ziekte langere periode niet kan werken en aldus arbeidsongeschikt wordt of is, dan kan hij aanspraak maken op een vervangingsinkomen. Dit vervangingsinkomen is gekend onder de naam “(primaire) arbeidsongeschiktheidsuitkering” en kan na 1 jaar overgaan in een “invaliditeitsuitkering”.

Arbeidsongeschiktheid wordt zéér uitgebreid en versnipperd geregeld. Voor dit advies wordt *hoofdzakelijk* maar niet uitsluitend beroep gedaan op: artikel 80, § 1, 5<sup>o</sup> en art. 100 e.v. van de ZIV-wet<sup>2</sup>, de art. 31/1, 34, 39 §3 van de Wet op de Arbeidsovereenkomsten<sup>3</sup> (voor de werknemers), art. 19 e.v. van het KB van 20 juli 1971<sup>4</sup> (voor de zelfstandigen), de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van art. 80, §1, 5<sup>o</sup> van de ZIV-wet<sup>5</sup>, de Omzendbrief 2015/274 van het Riziv<sup>6</sup> en verschillende artikelen van de Patiëntenrechtenwet<sup>7</sup>.

Hierna belichten we enkele knelpunten, gelinkt aan het wetgevend kader, die mensen met een chronische ziekte ervaren. De regelgeving rond arbeidsongeschiktheid voor mensen met een chronische ziekte (de sociaal verzekerde) is heel complex en, ook administratief, belastend. De indruk ontstaat hierdoor dat het regelgevend kader de focus legt op controle en sanctionering van de persoon met een erkenning van arbeidsongeschiktheid.

#### **A.1. Gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid**

Wanneer mogelijk, en mits toelating van de adviserend arts van het ziekenfonds en afstemming met de behandelende arts, de werkgever en de arbeidsarts, kan de sociaal verzekerde tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid (of invaliditeit) gedeeltelijk het werk hervatten. Dit kan informeel, op initiatief van de verzekerde zelf gebeuren of formeel, via een re-integratietraject.<sup>8</sup>

- In het stelsel van de werknemers is behoud van een vermindering van arbeidsvermogen van ten minste 50 pct. vanuit medisch oogpunt vereist voor erkenning

<sup>2</sup> Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>3</sup> Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

<sup>4</sup> Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

<sup>5</sup> Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>6</sup> [Omsendbrief V.I. nr. 2015/274 van 14 september 2015.](#)

<sup>7</sup> Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

<sup>8</sup> Per 1 januari 2022 trad art. 100 §1/1 – 3 in werking aangaande het “Terug Naar Werk-traject” en de “Terug Naar Werk-coördinator”. De impact van de nieuwe manier van werken is nog grotendeels onbekend en kon aldus niet geïntegreerd worden in dit advies.

**Art. 100, §2, lid 1 ZIV-Wet** bepaalt “wordt als arbeidsongeschikt erkend, de werknemer die een toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 pct. behoudt.”

Daarnaast schrijft **art. 100, §1 van de ZIV-Wet** voor: iemand wordt als arbeidsongeschikt erkend wanneer hij/zij “alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen **waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.**”

De sociaal verzekerde wiens verdienvermogen is verminderd tot 1/3<sup>de</sup> of minder (art 100, §1) die gedeeltelijk het werk wil hervatten, moet, vanuit geneeskundig oogpunt, een vermindering van ten minste 50% van zijn vermogen behouden (art 100, §2).

Voor veel verzekerden vormt dit een onbegrijpelijke combinatie. In een recent verleden werd art. 100, §2 ook meer dan eens door adviserend artsen geïnterpreteerd in de zin dat een werkhervatting nooit meer kon zijn dan een halftijdse (50%) tewerkstelling, terwijl het wetgevend kader deze beperking niet oplegt. Een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid van 60%, 80% en in extremis van 100% is mogelijk.

#### **AANBEVELING**

**De wetgever verduidelijkt dat een gedeeltelijke werkhervatting bij arbeidsongeschiktheid, waarbij de werknemer vanuit geneeskundig oogpunt een vermindering van ten minste 50% van zijn vermogen behoudt, niet hoeft beperkt te worden tot een toelating voor een tewerkstelling van max. 50%.**

- Rechtsonzekerheid en de beperking in de tijd van de toelating voor werknemers tot 2 jaar

Een sociaal verzekerde<sup>9</sup> kan mits toelating van de adviserend arts voor een max. periode van 2 jaar het werk gedeeltelijk hervatten. Na die 2 jaar wordt de toelating geëvalueerd en eventueel verlengd.<sup>10</sup>

Bovendien is de einddatum van de toelating niet absoluut: de adviserend arts kan op élk moment terugkomen op zijn beslissing wanneer er vermoeden<sup>11</sup> is van een gewijzigde situatie. De adviserend arts ziet zich bovendien verplicht om 6-maandelijks de graad van arbeidsongeschiktheid te beoordelen “*tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier een onderzoek op een latere datum verantwoorden. Deze bepaling geldt zowel voor het tijdvak van primaire ongeschiktheid als voor het tijdvak van invaliditeit.*”<sup>12</sup> Net zoals de erkenning van de arbeidsongeschiktheid op élk moment in twijfel kan worden getrokken en de sociaal verzekerde altijd kan uitgenodigd worden voor een medische controle, is een toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten nooit verworven.

Zoals eerder aangegeven betekent dit voor elke arbeidsongeschikt “erkende” verzekerde, dat de erkenning *in se* relatief weinig voorstelt – zij is immers zeer voorwaardelijk – en dat hij/zij in een permanente situatie van (rechts)onzekerheid verkeert. Het getuigt tevens van weinig vertrouwen in de waarde van de erkenning, en geeft de indruk dan de verzekerde steeds gecontroleerd moet worden op fraude.

<sup>9</sup> Hier wordt met “sociaal verzekerde” verwezen naar de *werknemer* die arbeidsongeschikt erkend is.

<sup>10</sup> Art. 230, §2, laatste zin van het KB van 3 juli 1996 zegt over de toelating tot gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid dat “*elke toelating wordt toegekend en, in voorkomend geval, hernieuwd voor een beperkte duur die geen twee jaar overschrijdt.*” Deze wijziging in wetgeving dateert van 2018.

<sup>11</sup> Opdat vervolgens een beslissing wordt aangepast, moet de adviserend arts over voldoende elementen beschikken die zijn beslissing staven.

<sup>12</sup> Art. 16 van de Verordening van 16 april 1997.



#### **AANBEVELING**

De arbeidsongeschikt erkende verzekerde verdient meer rechtszekerheid m.b.t. diens erkenning van de arbeidsongeschiktheid en toelating tot gedeeltelijke werkhervatting. Ten eerste door de maximale (verlengbare) termijn van de toelating tot gedeeltelijke werkhervatting te brengen op 5 jaar i.p.v. de huidige 2 jaar. Ten tweede door het wetgevend kader zélf de waarde van de erkenning en toelating te laten onderschrijven. Het voorwaardelijk karakter van de erkenning of toelating kan ongedaan gemaakt worden door o.a. enkel in het geval van een vermoeden van misbruik en fraude, een herziening op te leggen.

- Werknemer versus zelfstandige: 2 belangrijke verschillen

#### *A posteriori versus a priori toelating van de adviserend arts*

Het wetgevend kader voor respectievelijk werknemers en zelfstandigen kent een belangrijk én merkwaardig verschil m.b.t. de toelating van de adviserend arts. Terwijl werknemers tijdens arbeidsongeschiktheid het werk gedeeltelijk kunnen hervatten met a posteriori toelating van de adviserend arts (art. 100, §2 ZIV-Wet), dient een zelfstandige vooraf toelating van de adviserend arts te krijgen (art. 23 en 23bis KB 20 juli 1971). Dit is een onnodige belemmering in de toegang tot het systeem van gedeeltelijke werkhervatting bij arbeidsongeschiktheid voor zelfstandigen.

#### *Periode van gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid*

De periode van toelating ziet er bij beide groepen anders uit. Zoals hierboven besproken, kan een werknemer mits toelating van de adviserend arts voor een maximale periode van 2 jaar het werk gedeeltelijk hervatten. Na die 2 jaar wordt de toelating geëvalueerd en eventueel verlengd.

De toegelaten periode voor een zelfstandige bedraagt maximum 6 maanden en kan *in totaal* tot 18 maanden verlengd worden wanneer de focus van het toegelaten werkt ligt op volledige werkhervatting. Wanneer de gedeeltelijke werkhervatting niet tot doel heeft om het werk volledig te hervatten, dan kan de zelfstandige het werk gedeeltelijk hervatten voor een onbeperkte periode.

#### **AANBEVELING**

Deze ongelijkwaardige situatie tussen zelfstandigen en werknemers wordt best ongedaan gemaakt in de regelgeving. En dit door er voor te zorgen dat de zelfstandige zich kan beroepen op dezelfde regeling als de werknemer inzake gedeeltelijke werkhervatting wat betreft de a posteriori toelating. Omgekeerd moet o.i. een evenwicht gevonden worden tussen enerzijds de 2-jaarlijkse evaluatie van de toelating bij werknemers enerzijds en de onbeperkt in de tijd zijnde toelating voor zelfstandigen wier werkhervatting geen volledige re-integratie beoogt anderzijds.

- De uitbetaling van de uitkering bij gedeeltelijke werkhervatting

Sociaal verzekerden die met toelating van de adviserend arts het werk gedeeltelijk hervatten, zien zich geconfronteerd met het probleem dat 1) ze geen zicht hebben op wanneer hun arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsuitkering gestopt zal worden, en 2) het soms érg lang duurt vooraleer de uitkering aan hen betaald wordt.

Het tweede probleem is voor sociaal verzekerden erg lastig omdat uiteindelijk dit een flink deel van hun maandelijks inkomen beslaat. Het komt voor dat wanneer er een sociaal secretariaat betrokken is, de termijnen nog verder uitlopen. Soms komen mensen hierdoor financieel in de problemen. Loon uit arbeid dient ten laatste op de 4<sup>de</sup> werkdag<sup>13</sup> die volgt op de maand waarin je gewerkt hebt en waarvoor je dus loon krijgt<sup>14</sup>, door de werkgever betaald te worden aan de werknemer. Ook voor de arbeidsongeschiktheid- en invaliditeitsuitkeringen bestaan er betaaltermijnen<sup>15</sup>. De realiteit leert echter

<sup>13</sup> Soms bevat een collectieve arbeidsovereenkomst of het arbeidsreglement een andere termijn. Het loon mag onder geen beding later dan 7 werkdagen na het einde van de arbeidsperiode waarvoor de uitbetaling gebeurt.

<sup>14</sup> De technische juiste bewoording is: "de 4de werkdag na de arbeidsperiode waarvoor de betaling gebeurt."

<sup>15</sup> De reglementaire betaaltermijnen van de uitkeringen zijn ook van toepassing bij gedeeltelijke werkhervatting. Zie Art.20 §1 en 2 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 en administratieve instructies van de ASR – scenario 2.

dat de reglementaire betaaltermijnen van de uitkeringen niet steeds gerespecteerd (kunnen) worden. Noch de werkgever, noch het ziekenfonds slagen erin zich te houden aan termijnen waarbinnen respectievelijk gegevens moeten bezorgd worden aan het ziekenfonds of gegevens moeten verwerkt zijn en de betaling uitgevoerd.

Sociaal verzekerden die zich in bovenstaande situatie bevinden, hebben ook geen enkele zekerheid dat hun uitkering – zij het verlaat – onderweg is. Ze kunnen niet nagaan of en wanneer hun werkgever de gegevens heeft doorgegeven aan het ziekenfonds. En ze kunnen evenmin weten of en wanneer de berekening van de uitkering door het ziekenfonds verwerkt wordt. Bovendien durft het al wel eens gebeuren dat werkgever en ziekenfonds naar elkaar wijzen wanneer verzekerden vragen beginnen te stellen over laattijdige betalingen. De sociaal verzekerde is op dat moment erg kwetsbaar.

#### **AANBEVELINGEN**

Een wetgevend kader met heldere termijnen waarbinnen werkgevers ziekte- en werkdagen moeten doorgeven aan het ziekenfonds, alsook met een timing waarbinnen ziekenfondsen de gegevens verwerkt moeten hebben en de uitbetaling van de uitkering een feit moet zijn. Dit vraagt tevens flankerende maatregelen: een IT die dit proces vereenvoudigt, op dit ogenblik verloopt dit nog grotendeels ambachtelijk, en voldoende personeel bij werkgevers én ziekenfondsen om de administratie voor steeds groter worden groep verzekerden die naar dit systeem toegeleid worden, te ondersteunen.

Dat sociaal verzekerden in hun (online) dossier bij het ziekenfonds kunnen zien wanneer de werkgever de gegevens over ziekte- en werkdagen heeft toegevoegd, wanneer ze verwerkt worden door het ziekenfonds en de betaling voorzien wordt.

### **A.2 Op reis tijdens arbeidsongeschiktheid**

Tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit dient de sociaal verzekerde wanneer hij of zij vakantieplannen heeft, dit hetzij tijdig<sup>16</sup> te melden (voor een “reis” binnen België of een reis binnen de EU/EER) of toelating te vragen (in principe voor een reis buiten de EU/EER) aan de adviserend arts van het ziekenfonds.

Dit komt doordat de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, en bij uitbreiding de invaliditeit, ten allen tijde kan geëvalueerd worden via een medische controle. Dit betekent voor de sociaal verzekerde dat hij of zij in principe altijd beschikbaar moet zijn voor een dergelijke medische controle, met zeer zware sancties tot gevolg wanneer hij of zij afwezig is zonder geldige reden (meer bepaald een weigering van de uitkeringen als de verzekerde zonder rechtvaardiging afwezig is op het medische onderzoek). Daarnaast is het zo dat de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkering in principe geweigerd worden als de verzekerde zich niet daadwerkelijk op Belgisch grondgebied bevindt, tenzij hij of zij toelating heeft om het grondgebied te verlaten en rekening houdende met de Europese regelgeving inzake vrij verkeer van personen.<sup>17</sup>

O.i. is deze regelgeving niet meer van deze tijd, getuigt ze van weinig realiteitszin, leidt ze tot ongewenste effecten zeker voor mensen die in het systeem van invaliditeit erkend zijn en wel hierom:

- Doordat de verzekerde, ook na overgang naar “invaliditeit”, op elk moment uitgenodigd kan worden voor een medische *controle* moet hij of zij steeds bereikbaar zijn op diens woonplaats. Los van het feit dat dit leidt tot een permanente staat van ongerustheid en een vorm van onzekerheid m.b.t. diens erkenning, heeft dit tot gevolg dat élk vakantieplan minstens gemeld moet worden.
- Dit “tijdig” melden betekent dat “last minute” vakantieplannen niet mogelijk zijn voor mensen die arbeidsongeschikt zijn. En dit terwijl voor mensen met een chronische ziekte

<sup>16</sup> De interpretatie van wat “tijdig” inhoudt varieert per ziekenfonds: sommigen verwijzen louter naar “tijdig melden”, anderen maken er min. 10d of 14d melden vooraf van, en voor wat betreft de toelating is er meestal sprake van 14 à 15d vooraf aan te vragen. (art. 15 van de Verordening van 16 april 1997 spreekt over 15d)

<sup>17</sup> Art. 15 van de Verordening van 16 april 1997.

vakantieplannen soms laattijdig gemaakt worden, m.n. wanneer de gezondheidstoestand dit toelaat.

- Deze meldingsplicht betekent ook dat bijna élk vakantieplan hoe kort ook, moet gemeld worden.<sup>18</sup>
- Het voor vele verzekerden in een (erkende!) situatie van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit melden en soms toelating moeten vragen vooraf m.b.t. vakantieplannen ronduit vernederend is, en ze dit ervaren als een inbreuk op hun privéleven.
- Andere regelingen die verblijf in het buitenland regelen voor personen in situatie van ziekte, zijn enigszins ruimer en realistischer. Hierbij verwijzen we naar de voorwaarden voor een persoon met een handicap om een Inkomensvervangende en Integratietegemoetkoming te ontvangen in art. 3 van het KB van 6 juli 1987. Art. 3 bepaalt verschillende situaties die gelijkgesteld worden met een bestendig en daadwerkelijk verblijf in België, o.a. het verblijf in het buitenland gedurende maximaal 90 al dan niet opeenvolgende dagen per kalenderjaar.

Wat in deze regeling ook in het oog springt, is dat de termijn waarbinnen de adviserend arts zijn beslissing over de toelating om te reizen moet laten weten aan de sociaal verzekerde, niet ter sprake komt. Het kan dat een adviserend arts diens toelating verleent daags voor vertrek naar een bestemming buiten de EU, ook al heeft de sociaal verzekerde tijdig toelating gevraagd. Hoe kan een sociaal verzekerde dan een reis organiseren?

#### **AANBEVELINGEN**

Een aanpassing van de wetgeving dringt zich op zodat arbeidsongeschikt erkende verzekerden, én zeker invalide erkende verzekerden, hun vakantieplannen voor een periode korter dan of gelijk aan 21 dagen<sup>19</sup> niet meer hoeven te melden (voor reizen binnen België of de EU) aan of toelating moeten vragen (voor reizen buiten de EU) van de adviserend arts.

Dit betekent tevens dat de oproeping ten laatste in plaats van ten vroegste 21 dagen vóór de geplande oproepingsdatum wordt verzonden. Dit laat de verzekerde ook toe om binnen een véél redelijker tijdsbestek de nodige documentatie te verzamelen in voorbereiding van de medische controle (zie verder).

### **A.3. Combinatie van een arbeidsongeschiktheidsuitkering met een integratietegemoetkoming**

De integratietegemoetkoming laat zich enigszins combineren met een inkomen uit arbeid. Zo zijn de eerste € 23. 824,70 bruto belastbaar inkomsten uit arbeid vrijgesteld (bedrag 1 sept 2021). Al wat de persoon met een handicap hierboven verdient, wordt voor de helft van zijn integratietegemoetkoming afgetrokken. Het federaal actieplan “Handicap”, door de Ministerraad goedgekeurd op 16 juli 2021, voorziet in een verhoging van dit grensbedrag naar € 63.000 (€ 68.193,78 – bedrag vanaf 1 september 2022).

De combinatie met een arbeidsongeschiktheidsuitkering ligt moeilijker, en bij een combinatie van integratietegemoetkoming, een inkomen uit arbeid en een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt het helemaal ingewikkeld.

Het resultaat is dat een persoon een integratietegemoetkoming kan combineren met een inkomen uit arbeid, maar er vervolgens een héél grote kans bestaat dat hij of zij de integratietegemoetkoming verliest wanneer hij/zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt. En dit terwijl de integratiekosten verbonden aan de handicap allicht niet lager liggen. Het verlies van diens zelfredzaamheid wordt vast niet kleiner in een situatie van arbeidsongeschiktheid. Bovendien verliest deze persoon in dit geval ook de sociale voordelen verbonden aan de integratietegemoetkoming: de verhoogde

<sup>18</sup> De meldingsplicht geldt niet voor een weekendje weg of voor een daguitstap naar Nederland, Duitsland, Frankrijk of het Groothertogdom Luxemburg. Helaas gebeurt het dat medewerkers van ziekenfondsen aangeven dat dit wel gemeld moet worden. Daarnaast worden sociaal verzekerden ook niet expliciet geïnformeerd over dat dit niet hoeft.

<sup>19</sup> De Omzendbrief 2015/274, art. 14 over de administratieve organisatie van de oproepingen schrijft voor dat de oproeping ten vroegste 21 dagen vóór de geplande oproepingsdatum naar de verzekerde verstuurd.

tegemoetkoming, sociale tarieven etc. Dit groot risico op verlies na tewerkstelling staat garant voor een ernstige inactiviteitsval, zodat personen die recht hebben op een integratietegemoetkoming ontmoedigd worden om te werken. Mensen denken (gelukkig) verder na dan hun neus lang is ...

#### **AANBEVELING**

**De toekenning van de integratietegemoetkoming voor personen met een handicap, wordt verbonden aan de persoon met een handicap. De integratietegemoetkoming, die toegekend wordt op basis van de evaluatie van verlies van zelfredzaamheid, kan volledig gecombineerd worden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (of ander vervangingsinkomen).**

#### **A.4. Fiscale inhoudingen (veel) te laag bij de combinatie van een arbeidsongeschiktheid- of invaliditeitsuitkering en inkomen uit arbeid**

Doordat beide inkomens (uitkering en arbeidsinkomen) apart bekeken worden, worden er veel te weinig bijdragen ("bedrijfsvoorheffing") afgehouden en betekent de hoge fiscale aanslag het jaar nadien - wanneer beide inkomens samen bekeken worden - meestal een serieuze financiële aderlating voor de betrokkenen.

Veel sociaal verzekerden zijn hier niet of onvoldoende van op de hoogte. De informatie hierover is ook erg summier. Daarnaast is het moeilijk om de juiste bedrijfsvoorheffing zelf te berekenen. Slaag je "grosso modo" hier toch in<sup>20</sup>, dan kan je bijv. aan je werkgever vragen om meer af te houden maar die is hiertoe niet verplicht. Je kan ook kiezen om voorafbetalingen te doen. Doe je op bepaalde tijdstippen voorafbetalingen en doe je er voldoende, dan krijg je een korting op je belastingen ("bonificatie") en betaal je minder belastingen. Maar de meerderheid weet dit niet (of beter: pas nadat ze een eerste maal de aanslag gekregen hebben volgend op het jaar waarin ze uitkering en inkomen uit arbeid hebben gecombineerd, weten ze dit), kan dit niet én het is weer iets om in het oog te houden.

Het behoeft geen betoog dat sociaal verzekerden die in dit systeem van gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid aan de slag zijn, nog ziek zijn en in tegenstelling tot gezonde mensen, zelf voor heel wat extra's moeten instaan. Doen ze dit niet, dan is de financiële verrassing niet min. Dit zijn zaken waar iemand die gezond is en "gewoon" aan de slag, zich niets van moet aan trekken.

#### **AANBEVELING**

**Sociaal verzekerden beter informeren over het onvoldoende afhouden van bedrijfsvoorheffingen en de onzalige gevolgen hiervan. Bovendien moet aan sociaal verzekerden ondersteuning geboden worden bij de berekening van de verschuldigde bedrijfsvoorheffing(en), en moeten ze geholpen worden bij het organiseren van de voorafbetalingen. Ziekenfondsen en de dienst Voorafbetalingen van de FOD Financiën hebben hier o.i. een bijzondere verantwoordelijkheid.**

<sup>20</sup> Er bestaat hiervoor een anonieme rekeningformule "TaxCalc" op de website van de FOD Financiën. Al bij al weinig gebruiksvriendelijk voor sociaal verzekerden in deze variabele situatie.

## B. De toepassing van de patiëntenrechten

### **B.1. Algemene toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt op de relatie adviserend arts en sociaal verzekerde**

De wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 is ook van toepassing op de adviserend artsen van de ziekenfondsen. Het is evenwel duidelijk dat de relatie tussen een adviserend arts en de sociaal verzekerde niet vergelijkbaar is met deze tussen behandelende arts en patiënt. De wet patiëntenrechten geeft het kader aan maar de concrete toepassing varieert en krijgt zijn specifieke toepassing binnen elk type zorgrelatie. In de praktijk blijkt het evenwel niet altijd even duidelijk wat sommige rechten betekenen in het kader van deze specifieke relatie met de adviserend arts. Dit werd ook al aangekaart door de federale commissie patiëntenrechten in haar advies van 30 september 2019<sup>21</sup>. Het Observatorium is van oordeel dat het belangrijk is om de concrete toepassing van de patiëntenrechten in de relatie adviserend arts en sociaal verzekerde te verduidelijken.

#### **AANBEVELINGEN**

Patiëntenrechten zouden een specifiek opleidingsonderdeel moeten uitmaken van de basisopleiding voor alle artsen, met toekenning van voldoende studiepunten;

De wet patiëntenrechten is als *lex generalis* zeer generiek geformuleerd; de praktijk toont aan dat het wenselijk is om voor een aantal specifieke doelgroepen zoals de adviserend artsen (maar evengoed voor arbeidsartsen, expertise-artsen,...) de concrete vertaalslag te maken van de wet patiëntenrechten naar de werkpraktijk; het is aangewezen om voor deze groepen te voorzien in een voortgezette opleiding, waar plaats is voor intervisiemomenten met als doel om te leren van elkaar en te komen tot de uitwerking van een aantal *good practices*;

Meer aandacht voor het thema arbeidsongeschiktheid in de opleiding van de artsen. Een interessante aanpak hiervoor is om te vertrekken vanuit heel concrete casussen die vanuit de praktijk door adviserend artsen zelf, het team rondom de adviserend-arts en patiënten/sociaal verzekerden worden aangebracht. Bij de uitwerking of optimalisatie van dit onderdeel in de opleiding kunnen patiëntenverenigingen een heel constructieve bijdrage leveren.

### **B.2. Enkele bijzondere aandachtspunten**

Een aantal aspecten inzake de toepassing van de rechten van de patiënt in de relatie met de adviserend arts verdienen bijzondere aandacht.

#### I. Patiënt is eigenaar van zijn gezondheid

Een heel belangrijk aandachtspunt is dat de sociaal verzekerde zelf actief betrokken moet worden in het hele traject van arbeidsongeschiktheid. De verwachtingen, beleving, angsten van de persoon moeten actief bevestigd en meegenomen worden in de evaluatie en het beslissingsproces. Bijvoorbeeld: wat vindt de persoon nog belangrijk in zijn of haar leven en met betrekking tot werken, wat verwacht de verzekerde in zijn of haar werk, wat houdt de verzekerde misschien tegen om terug aan het werk te gaan...?

De beslissing over arbeidsongeschiktheid is een medische beslissing die door de adviserend arts genomen wordt, maar om ervoor te zorgen dat deze zo goed mogelijk aansluit op de problematiek van de persoon en diens sociale en familiale situatie, is het essentieel dat er een veilig kader gecreëerd wordt voor de sociaal verzekerde om zijn verhaal te doen.

<sup>21</sup> [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20190930\\_advies\\_over\\_de\\_relatie\\_patient-adviserend\\_artsen\\_van\\_het\\_ziekenfonds.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/20190930_advies_over_de_relatie_patient-adviserend_artsen_van_het_ziekenfonds.pdf)

#### **AANBEVELING**

In de opleiding van de adviserend arts zou er bijzondere aandacht moeten zijn voor bestaande modellen inzake shared decision making en communicatietechnieken om te komen tot shared decision making, met uiteraard bijzondere aandacht voor en binnen de grenzen van de specifieke relatie tussen sociaal verzekerde en adviserend arts.

## II. Het patiëntendossier in het kader van arbeidsongeschiktheid

Het dossier dat door de adviserend arts wordt bijgehouden in het kader van arbeidsongeschiktheid is een patiëntendossier in de zin van de wet betreffende de rechten van de patiënt. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn:

- de volledigheid van het dossier;
- duidelijkheid over wie welke rol heeft om alle elementen te verzamelen, nodig voor een kwaliteitsvolle beoordeling van de situatie van de persoon (behandelende arts, sociaal verzekerde, arbeidsarts,...);
- het recht van de patiënt om zelf documenten toe te voegen aan het dossier;
- de rechtstreekse toegang tot dit dossier door de sociaal verzekerde zelf, die op basis van de wet betreffende de rechten van de patiënt niet alleen het recht heeft op inzage maar ook op afschrift van dit dossier.

#### **AANBEVELINGEN**

Het Observatorium beveelt aan om bij elke uitnodiging van de sociaal verzekerde voor een consultatie in kader van arbeidsongeschiktheid zo concreet mogelijk aan te geven welk type van documenten er wordt verwacht (hospitalisatieverslag, ... ) en wie (huisarts, specialist, werkgever, arbeidsarts, ...) hem/haar kan helpen om die te bekomen.

Daarnaast zou het goed zijn om een meer algemene lijst te voorzien met de meest voorkomende documenten op de website van de verzekeringsinstelling, die altijd geraadpleegd kan worden.

Wanneer de adviserend arts bij derden gegevens opvraagt omdat de patiënt deze niet aanlevert, dan moet hij dit signaleren aan de patiënt;

De behandelende artsen proactief herinneren aan hun belangrijke rol in het traject Arbeidsongeschiktheid van hun patiënten, onder meer op vlak van het ter beschikking stellen van de nodige stavingsstukken. Deze aanbeveling sluit aan bij de aanbeveling onder punt 1;

Toegang tot het patiëntendossier verbeteren: het patiëntendossier, bijgehouden door een adviserend arts, zou op een eenvoudige manier toegankelijk moeten zijn voor de sociaal verzekerde zodat hij of zij dit op elk moment kan raadplegen, conform de toepassing van de bepalingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

## III. Recht op informatie doorheen het hele traject arbeidsongeschiktheid én motivatie van de beslissing, op maat van de sociaal verzekerde

Het recht op informatie over de gezondheidstoestand zoals dit in de wet patiëntenrechten is opgenomen, kan in de context van de relatie sociaal verzekerde – adviserend-arts vertaald worden als:

- Het recht op duidelijke informatie over o.m. de procedure inzake arbeidsongeschiktheid en de rechten en plichten van de sociaal verzekerde in dit kader.

- Het recht op een duidelijke, leesbare en toegankelijke motivering van de beslissingen. De sociaal verzekerde moet op eenvoudig verzoek naast een schriftelijke motivering steeds een mondelinge toelichting kunnen bekomen.

Ook het handvest van de sociaal verzekerde<sup>22</sup> bevat een aantal belangrijke principes in verband met de **rechten en plichten** van de bevolking (de sociaal verzekerden) in hun contacten met de socialezekerheidsinstellingen en vormt een belangrijke basis voor een goede informatie naar de sociaal verzekerde toe en dit in een begrijpelijke taal.

Deze rechten zijn cruciaal, wil men de sociaal verzekerde tot eigenaar maken van zijn/haar gezondheid en arbeidsvermogen. Het Observatorium wil onderstaande aandachtspunten extra in de verf zetten.

### *III.1. Verwarring tussen het systeem van de erkenning van arbeidsongeschiktheid en het systeem van toelating gedeeltelijke werkhervatting tijdens een periode van erkende arbeidsongeschiktheid.*

Beide systemen genereren andere regels en andere termijnen. In het systeem van erkenning van arbeidsongeschiktheid kan deze verschillende keren verlengd worden. Daarnaast kan een sociaal verzekerde mits toelating van de adviserend arts ook gedeeltelijk het werk hervatten. Ook deze toelating kan geregeld verlengd moeten worden.

Het is cruciaal voor een sociaal verzekerde om goed het verschil te kennen tussen de erkenning en verlenging van de arbeidsongeschiktheid enerzijds en de toelating en verlenging om gedeeltelijk het werk te hervatten tijdens arbeidsongeschiktheid anderzijds. Het is immers niet zo omdat er toelating is om gedeeltelijk het werk te hervatten dat de erkenning van de arbeidsongeschiktheid i.c. niet verlengd moet worden.

### *III.2. De mogelijkheid van vrijwilligerswerk en de regels hieromtrent zijn niet altijd voldoende gekend door personen in arbeidsongeschiktheid.*

De mogelijkheid van vrijwilligerswerk moet meer proactief worden toegelicht in geval van langdurige arbeidsongeschiktheid. Vrijwilligerswerk kan een belangrijke hefboom zijn voor personen in arbeidsongeschiktheid naar een positiever zelfbeeld en dit zowel in afwachting van een re-integratie als wanneer betaald werk, al dan niet tijdelijk, niet meer tot de mogelijkheden behoort. Belangrijk om hierbij op te merken is dat, alhoewel het vrijwilligerswerk nooit wordt betaald, vrijwilligers wel een onkostenvergoeding mogen ontvangen. Daarnaast is vrijwilligerswerk wel degelijk mogelijk in combinatie met arbeidsongeschiktheid. We merken dat hierover nog veel onduidelijkheid bestaat en dat dit een rem vormt. Men moet hier meer en duidelijk over informeren.<sup>23</sup> (zie ook onze standpunttekst re-integratietraject van 2/05/2018)

### *III.3. Duidelijke informatie over én gezamenlijke besluitvorming over de keuze van uurrooster bij gedeeltelijke werkhervatting.*

Sociaal verzekerden geven aan niet altijd voldoende geïnformeerd te zijn over de verschillende mogelijke uurroosters en de manier waarop een uurrooster wordt gekozen. Het is nochtans duidelijk dat bij de keuze het welzijn en de gezondheid van de sociaal verzekerde centraal moet staan en het zorgbehandelingsplan een belangrijke factor is bij het maken van deze keuze. Het is belangrijk dat hier voldoende geluisterd wordt naar de sociaal verzekerde en dat de beslissing wat uurrooster betreft, ook duidelijk wordt gecommuniceerd naar de werkgever. Ook moet de sociaal verzekerde kunnen rekenen op de naleving van de beslissing van de adviserend-arts. Een dialoog, waar geluisterd wordt naar de drie betrokken partijen, maar waarbij de gezondheid van de sociaal verzekerde de enige leidraad mag zijn, is cruciaal om een duurzaam en gezonde keuze te kunnen maken. Bovendien blijft het belangrijk om dit uurrooster op elk moment te kunnen aanpassen aan de gezondheidsnoden van de sociaal verzekerde. Gezondheid van veel personen met een chronische ziekte is immers een fluctuerend gegeven wat maakt dat voldoende flexibiliteit noodzakelijk blijft.

<sup>22</sup> Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1995041144&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1995041144&table_name=wet)

<sup>23</sup> Zie ook verder in dit advies over de verschillende toegelaten activiteiten bij arbeidsongeschiktheid.

#### **AANBEVELINGEN**

Het Observatorium vraagt om een plaats te voorzien op het aanvraagformulier waar de sociaal verzekerde zijn keuze om het werk (betaald of vrijwillig) te hervatten, kan motiveren;

De 3 verschillende types uurrooster en hun respectievelijke gevolgen op vlak van bv. opname van vakantiedagen en wettelijke feestdagen, de voor- en nadelen zouden beter bekend moeten zijn voor de sociaal verzekerden; de persoon met een chronische ziekte zou op een relatief eenvoudige manier moeten kunnen veranderen van systeem wanneer zijn gezondheidstoestand dit vereist. Een goed overleg tussen alle betrokken actoren, is cruciaal voor het maken van de voor de persoon juiste keuze;

Een beslissing is niet positief of negatief maar een evaluatie van de capaciteit van de sociaal verzekerde om te werken. De adviserend arts doet geen uitspraak over de ziekte-toestand van de patiënt noch over de invaliditeitsuitkeringen. Het is belangrijk om de terminologie in die zin aan te passen;

De adviserend arts neemt de tijd om de beslissing op maat van de individuele patiënt mondeling toe te lichten. De schriftelijke beslissing wordt vervolgens per post aan de sociaal verzekerde bezorgd;

In geval van beslissingen met een grote impact voor de sociaal verzekerde, is het belangrijk om te voorzien in voldoende nazorg, die er o.m. in bestaat dat de sociaal verzekerde over een duidelijke contactpersoon beschikt ingeval van verdere vragen na een definitieve beslissing.

#### **IV. Het recht op bemiddeling**

Op dit moment heeft de sociaal verzekerde die het niet eens is met de beslissing slechts één oplossing: de formele beroepsprocedure voor de arbeidsrechtbank.<sup>24</sup> Bovendien is dit aan zeer strikte termijnen gebonden, met name drie maanden na de beslissing. Dit is direct een verregaande en tijdrovende stap.

Het Observatorium is ervan overtuigd dat het bestaan van een bemiddelingsinstantie heel wat juridische procedures met soms ook lange periodes van onzekerheid tot gevolg, kan vermijden. Belangrijk is dat aan alle kenmerken van bemiddeling wordt beantwoord: vrijwilligheid, vertrouwelijkheid, autonomie en meerzijdige partijdigheid.

Het nationaal college voor sociale verzekeringsgeneeskunde formuleerde in haar rapport van 2020<sup>25</sup> een duidelijke aanbeveling in de zin van de oprichting van een interne beroeps- en bemiddelingsinstantie voor de sociale zekerheid voor geschillen in verband met de evaluatie van arbeidsongeschiktheid. Er bestaan reeds bemiddelings- of verzoeningsprocedures in de arbeidsongevallensector, in het bijzonder bij Fedris. Het loont de moeite om na te gaan in welke mate deze bestaande procedures kunnen dienen als inspiratiebron voor andere takken van de sociale zekerheid.

#### **AANBEVELING**

Het Observatorium sluit zich aan bij de aanbeveling van het Nationaal College voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde om een laagdrempelige bemiddelingsinstantie op te richten om het beroep op de arbeidshoven en - rechtbanken te beperken.

<sup>24</sup> Merk op dat als het gaat over de patiëntenrechten, er wel al een instantie bestaat waar de persoon klacht kan indienen. Voor beslissingen i.v.m. arbeidsongeschiktheid bestaat dit echter nog niet.

<sup>25</sup> <https://socialsecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/nationaal-college-voor-sociale-verzekerings-geneeskunde>



## C. Kwaliteit dienstverlening

Ook het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking is een patiëntenrecht dat zijn toepassing vindt in de relatie adviserend arts en sociaal verzekerde. Gelet op het groot belang van dit topic en de zeer brede betekenis van kwaliteit, werd hiervoor een afzonderlijke rubriek voorzien.

Wat is kwaliteit van zorg? Volgens het Institute of Medicine (USA) is gezondheidszorg kwaliteitsvol wanneer de zorg de kans verhoogt om gewenste gezondheidsresultaten te bekomen en wanneer deze zorg overeenstemt met de huidige professionele kennis.

Kwalitatief hoogstaande zorg is belangrijk om volgende aspecten te bevorderen:

- **Veiligheid** (minimaliseren van vermijdbare letsels);
- **Effectiviteit** (zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis);
- **Efficiëntie** (vermijden van verspilling);
- **Patiëntgerichtheid** (respectvol en responsief omgaan met patiënten);
- **Tijdigheid** (vermijden van wachttijden en schadelijke vertragingen);
- **Continuïteit** (de zorg loopt naadloos over van diagnose tot nazorg);
- **Integraliteit** (de bijdragen van alle betrokken zorgverstrekkers worden geïntegreerd);
- **Gelijkwaardigheid** (de kwaliteit van zorg varieert niet ten gevolge van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, locatie, socio-economische status)<sup>26</sup>.

Het Observatorium past dit toe op de dienstverlening of zorg van de adviserend arts aan de sociaal verzekerde en koppelt hier volgende concrete aandachtspunten aan vast.

### **C.1. Kwaliteit van de beslissingen: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie**

Het Handvest van de sociaal verzekerde<sup>27</sup> geeft heel duidelijk het belang aan van de motivering van de beslissingen die worden genomen in de sociale zekerheid. Maar er is nog heel wat verbetering mogelijk op vlak van leesbaarheid en toegankelijkheid van de conclusies, zodat de sociaal verzekerde eigenaar kan zijn van zijn/haar gezondheid en arbeidsvermogen.

Dankzij de vruchtbare besprekingen met NIC Med kreeg het Observatorium meer inzicht in het systeem dat vandaag al bestaat om de kwaliteit van de beslissingen te monitoren. Zo bestaan er naast een steekproefsgewijze controle van de beslissingen door de dienst uitkeringen van het RIZIV er ook een aantal kwaliteitsindicatoren, opgesteld via de AUDIC van de HGRI.

Desalniettemin leeft bij sommige sociaal verzekerden de perceptie dat de persoonlijke visie en interpretatie door de individuele adviserend arts meespeelt bij de beoordeling en evaluatie van arbeidsongeschiktheid, waardoor er in de praktijk toch verschillen lijken te bestaan al naargelang welke adviserend arts de beslissing heeft genomen. De adviserend artsen van NIC Med geven aan dat er werk gemaakt wordt van peer review over de verschillende verzekeringsinstellingen heen om de evaluatie van de AO zo veel mogelijk te harmoniseren. De Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV) komt ook op regelmatige tijdstippen samen om moeilijke casussen uit te klaren en te harmoniseren en nieuwe wetgeving of probleemsituaties te kaderen en toe te lichten.

Tot slot wordt er ook gewerkt aan een hulpmiddel voor huisartsen in het kader van arbeidsongeschiktheid, herstel en terugkeer naar werk. De minister van Sociale Zaken, ondersteund door een besluit van de ministerraad van 31 maart 2017, heeft het Nationaal College voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid gevraagd na te denken over de ontwikkeling van aanbevelingen met betrekking tot de duur van arbeidsongeschiktheid, voor pathologieën met langdurige arbeidsongeschiktheid die de adviserend arts het meest frequent tegenkomt in zijn praktijk als ook voor motorische en psychische pathologieën. Daarnaast zal het hulpmiddel ook kapstokken

<sup>26</sup> <https://zorgkwaliteit.be/vragen/wat-kwaliteit-van-zorg-definities-en-centrale-principes>

<sup>27</sup> Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde, B.S., 6 september 1995, art. 13 – 16, p. 25433.

bevatten voor de huisarts om de patiënt te begeleiden in zijn herstelproces en het terug naar werk traject. De opmaak van deze aanbevelingen heeft als doel om artsen te helpen het voorschrijven van een werkonderbreking beter te beheren als onderdeel van hun therapeutische strategie en de patiënt te begeleiden in zijn terug naar werk traject. Er is dus geen verband tussen de ontwikkeling van dit hulpmiddel en het begrip "intensievere controle".

#### **AANBEVELINGEN**

Een model voor formulering van de motivatie van de beslissing op maat van en in begrijpelijke taal voor de sociaal verzekerde is belangrijk. Indien dergelijk model bestaat, is het Observatorium vragende partij om betrokken te worden bij een evaluatie hiervan. Indien er nog geen uniform model bestaat, werkt het Observatorium graag mee aan de uitwerking ervan;

Het Observatorium is blij te vernemen dat er verschillende initiatieven genomen worden om de kwaliteit van de beslissingen zo goed mogelijk te monitoren. Zij vraagt om het principe van peer review tussen adviserend artsen over de verzekeringsinstellingen heen structureel te verankeren;

Daarnaast is het Observatorium overtuigd dat een wetenschappelijk hulpmiddel voor huisartsen i.k.v. arbeidsongeschiktheid, herstel en terugkeer naar werk een belangrijke tool is om de dialoog tussen huisarts en patiënt over werk op gang te brengen, maar wijst tegelijkertijd op het belang om elk dossier individueel te beoordelen, op maat van de individuele patiënt. Elke situatie is immers anders, sommige ziekten kunnen heel sterk fluctueren.

### **C.2. Patiëntgerichtheid, gelijkwaardigheid en continuïteit**

Het belang van een voldoende basis van vertrouwen tussen adviserend arts en sociaal verzekerde maar evenzeer in het hele team dat rondom de adviserend arts meewerkt aan een goede opvolging en begeleiding van personen in arbeidsongeschiktheid is meermaals genoemd als de onontbeerlijke schakel voor succes. Belangrijke aandachtspunten hier zijn:

- Duidelijkheid en transparantie naar de sociaal verzekerde toe over de rol en verantwoordelijkheid van elk lid van het multidisciplinair team dat de adviserend arts omringt. Ook is het belangrijk dat dit op eenzelfde manier ingevuld wordt over de verschillende ziekenfondsen heen. Het Observatorium is verheugd te vernemen dat op niveau van het RIZIV een werkgroep 'multidisciplinariteit', waar alle ziekenfondsen bij betrokken zijn, zich over dit thema buigt.
- De realiteit én de beleving van de sociaal verzekerde moeten het uitgangspunt vormen van elke behandeling van een dossier arbeidsongeschiktheid. Dit vereist dat men luistert naar de sociaal verzekerde en diens verwachtingen mee integreert in de beoordeling.
- Adviserend arts die uiteindelijk de finale beslissing neemt, moet zelf voldoende rechtstreeks contact hebben met de sociaal verzekerde. De situatie, de realiteit, de beleving van een persoon in arbeidsongeschiktheid kan niet enkel op basis van een papieren dossier worden gevat maar vereist daarnaast voldoende dialoog. Op vandaag bestaat er een tekort aan adviserend artsen waardoor het moeilijk wordt om die continuïteit met oog voor patiëntgerichtheid te garanderen. Dit blijkt o.m. uit het rapport van het nationaal college voor sociale verzekeringsgeneeskunde van 2020<sup>28</sup>, waarin te lezen staat dat sinds een vijftiental jaar het systeem van sociale bescherming een uitdaging kent die jaar na jaar groter wordt: het tekort aan artsen in de sociale zekerheid! Dit probleem stelt zich vandaag al duidelijk en kan alleen maar verergeren gezien de leeftijdspiramide van de artsen die momenteel actief zijn. Concreet waren er op 1 januari 2015 volgens de gegevens van de verzekeringsinstellingen 334 actieve adviserend artsen, goed voor 303,6 VTE; op 14 januari 2022 waren er slechts 311 adviserend artsen (286 VTE).met een gemiddelde leeftijd van 53,6 jaar. Van het totaal aantal actieve adviserend artsen zijn er 17 ouder dan 65 jaar. Bij het RIZIV heeft de afdeling uitkeringen 18 artsen in dienst, terwijl de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

<sup>28</sup> <https://socialsecurity.belgium.be/nl/sociaal-beleid-mee-vorm-geven/nationaal-college-voor-socialeverzekeringsgeneeskunde>

(DGEC) 3 (2,5 VTE) artsen heeft. Deze houden zich evenwel niet specifiek met arbeidsongeschiktheid bezig..

- De adviserend arts heeft naast zijn controle-opdracht ook een belangrijke rol van informatie en sociale begeleiding<sup>29</sup> waar dialoog en verbindende communicatie essentiële randvoorwaarden zijn.

Patiëntgerichtheid veronderstelt ook aandacht voor de infrastructuur: patiënten melden dat er soms problemen zijn met de infrastructuur bv. een lift die niet werkt, een mufte wachtruimte,.... Het kan een detail lijken maar de context en omkadering die gecreëerd wordt voor een toch altijd wel wat stressvol contact voor de sociaal verzekerde, hebben een impact op de kans op een goed en open gesprek, in een sfeer van wederzijds respect.

#### **AANBEVELINGEN**

**Zorgen voor een duidelijke en tijdige communicatie naar de sociaal verzekerde over wie, met welke rol en in welke hoedanigheid hem/haar zal ontvangen tijdens een consult in kader van de opvolging van de arbeidsongeschiktheid;**

**Eenvormigheid over de ziekenfondsen heen in de toepassing van het multidisciplinair team dat de adviserend arts omringt;**

**Bewaken dat voldoende adviserend artsen beschikbaar blijven om de vertrouwensrelatie te verzekeren en hun rol als sleutelfiguur i.k.v. hun wettelijke opdrachten (art. 153) te kunnen uitoefenen; zelfs met de ondersteuning van een multidisciplinair team, blijft de vertrouwensrelatie met de adviserend arts cruciaal; Daarnaast bewaken dat de arbeidsvoorwaarden voldoende uitgebouwd zijn om het beroep van adviserend arts aantrekkelijk te houden;**

**Meer inzetten op een persoonsgerichte aanpak met als doel de sociaal verzekerde eigenaar te maken van zijn gezondheid en arbeidsvermogen.**

### **C.3. Tijdigheid en integraliteit**

Een goede opvolging van arbeidsongeschiktheid vereist een productieve samenwerking en communicatie tussen verschillende actoren: patiënt/sociaal verzekerde, adviserend arts, behandelend arts, werkgever, arbeidsarts...

Dit blijkt in de praktijk niet altijd voldoende vlot te verlopen met negatieve gevolgen zoals tijdsverlies voor de adviserend arts om een beslissing te kunnen nemen, informatie die nodig is om een beslissing te nemen wordt niet of slechts gedeeltelijk dan wel versnipperd doorgegeven, de sociaal verzekerde weet niet altijd of bepaalde informatie al werd doorgegeven dan wel soms ook niet welke informatie precies nog ontbreekt en wie deze zou kunnen aanleveren met aan het einde van de rit soms beslissingen die betwist worden door de sociaal verzekerde wat soms kan vermeden worden indien de communicatiedoorstroming beter zou verlopen.

Ook ontbreekt soms een afdoende kennis bij sommige actoren rond de regelgeving arbeidsongeschiktheid en hun specifieke rol en verantwoordelijkheid hierin ten aanzien van de sociaal verzekerde, hun patiënt.

#### **AANBEVELING**

**Het Observatorium sluit zich aan bij de aanbeveling van het Nationaal College voor Sociale Verzekeringsgeneeskunde om een gemeenschappelijk communicatieplatform en/of een gemeenschappelijk medisch sociaal dossier te creëren voor alle sectoren binnen de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid.**

<sup>29</sup> Art. 153§1 ZIV wet

## **D. Administratieve vereisten bij arbeidsongeschiktheid**

Wanneer iemand arbeidsongeschikt wordt, ziet hij of zij zich geconfronteerd met veel, nieuwe administratieve vereisten. Kortom, een ganse papierwinkel die erbij komt bovenop het ziek zijn.

### **D.1. Het uitgangspunt van het Observatorium: de sociaal verzekerde**

Het Observatorium vertrekt vanuit het perspectief van de verzekerde. Dit in tegenstelling tot het huidige uitgangspunt bij de arbeidsongeschiktheid: de administratieve regels. Alles vertrekt vanuit “de regel” en de documenten die allemaal volgens een bepaalde chronologie moeten “verzameld” worden én dus door de verzekerde (ingevuld) verstuurd worden. En dat zijn er nogal wat, enkele voorbeelden: (1) de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, (2) het “inlichtingenblad uitkeringen”, (3) de “enquête gezinslast / alleenstaande”, (4) de “verklaring voor invaliden”, (5) de quick scan, (6) het vakantieattest e.a. De verzekerde wordt overrompeld door documenten die hij of zij moet invullen en allemaal zo snel mogelijk moet terugsturen. Zéker bij aanvang van een langere periode van arbeidsongeschiktheid, wanneer de verzekerde ziek(er) is, is het een vaak terugkerende opdracht. Bovendien bevragen veel van deze documenten informatie die via andere kanalen achterhaald kunnen worden. En zelfs op een geautomatiseerde manier aan het dossier zouden kunnen toegevoegd worden. Efficiëntiewinst is zowel voor de verzekerde als voor de VI's op dit vlak te boeken.

Gelukkig bespeuren we ook enkele positieve evoluties, dit is waar de verzekerde een zekere vorm van autonomie in en controle over het proces krijgt. Sommige ziekenfondsen bieden bv. de verzekerde de optie om, binnen een bepaald tijdsbestek, zelf een datum te prikken voor een medisch onderzoek. Hier wordt gedacht vanuit de verzekerde en dat juichen we als Observatorium toe.

#### **AANBEVELING**

Het Observatorium vraagt meer aandacht voor de penibele situatie van de verzekerde: iemand die ernstig(er) ziek is en daardoor een langere periode niet of slechts gedeeltelijk kan werken. Hij of zij ziet zich door ziekte in de eerste plaats geconfronteerd met medische en/ of psychische klachten, veranderingen in het leven eventueel gepaard gaande met onzekerheid en grote ongerustheid, een verlies- en rouwverving etc. Daarnaast dienen er zich meestal medische onderzoeken, consultatie(s) bij 1 of meerdere zorgverleners, vragen van de werkgever, eventueel een controle door de arbeidsarts, extra correspondentie met (andere) verzekeringen, een trits aan acties naar het ziekenfonds enz. aan. Ziek worden en (moeten) stoppen met werken is over de hele lijn geen pretje. De enorme administratieve last die arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt, kan verminderd worden door automatisering.

### **D.2. De vorm, de termijnen en de sancties bij aangifte en verlenging via het getuigschrift**

- De vorm: de aan- of afgifte datum

De aangifte en verlening van de arbeidsongeschiktheid gebeurt steeds door een ingevuld “getuigschrift van arbeidsongeschiktheid” ofwel te versturen met Bpost naar de adviserend arts van het ziekenfonds, waarbij de poststempel geldt als de datum van aangifte, ofwel af te geven aan de adviserend arts (meestal de onthaalbediende van een kantoor van het ziekenfonds) tegen afgiftebewijs. Er bestaat sinds kort ook de mogelijkheid om de aangifte en verlenging digitaal in orde

te brengen<sup>30</sup>. Dit houdt meestal wel in dat de verzekerde moet beschikken over een internetverbinding, een computer en een printer/scanner om de aangifte te kunnen doorsturen.<sup>31</sup>

- De termijnen en sancties

De aangifte datum of afgifte datum is cruciaal voor de verzekerde. Want wanneer de verzekerde de arbeidsongeschiktheid laattijdig aangeeft of laattijdig verlengt, hangt er hem of haar een sanctie van - 10% van de uitkering per dag boven het hoofd voor de periode van laattijdigheid.

Van laattijdige aangifte van arbeidsongeschiktheid is er sprake wanneer een bediende het getuigschrift niet aan de adviserend arts bezorgt binnen een termijn van 28 kalenderdagen te rekenen vanaf de eerste ziekte dag, voor een arbeiders is dit 14 dagen vanaf de eerste ziekte dag en voor werklozen en zelfstandigen 7 dagen na de eerste ziekte dag. Een laattijdige verlenging van arbeidsongeschiktheid betekent dat de verzekerde meer dan 7 kalenderdagen na de eerste dag waarop de arbeidsongeschiktheid niet langer erkend is, een verlenging doorgeeft aan de adviserend arts. Verlengen door de verzekerde moet enkel gebeuren in het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid.

De sanctie kan slechts ongedaan gemaakt worden wanneer de verzekerde voldoet aan een tweetal specifieke voorwaarden.<sup>32</sup> Bepaalde brieven die de verzekerde op de hoogte brengen van de sanctie, worden door sommige geadresseerden ervaren als nog erger dan de sanctie zelf.

- De 6dagen weekregeling

Uitkeringen worden vergoed binnen het stelsel van een 6dagenweek, van maandag tot zaterdag. Zaterdag wordt mee gerekend als vergoedbare dag. Dit betekent dat wanneer er sprake is van een volledige week arbeidsongeschiktheid de behandelend arts zondag als einddatum van de arbeidsongeschiktheid moet vermelden. Hierin worden vaak (onbewust) fouten in gemaakt. Gevolg: minder uitkering. En (meestal) geen andere inkomsten voor die dag.

Ieder behandelende arts die voor zijn patiënt een getuigschrift arbeidsongeschiktheid opstelt, moet hiervan op de hoogte zijn en juist toepassen. Op dit moment is er ook, wanneer deze vergissing wordt vastgesteld, geen rechtzetting mogelijk. Tot slot stelt zich de vraag of een 6dagenweek anno 2022 niet hopeloos verouderd is.

#### **AANBEVELINGEN**

**Het Observatorium vraagt dat er meer aandacht komt voor concrete situatie van de (zieke!) verzekerde die de termijnen niet respecteert. En dat er ook meer rekening wordt gehouden met de impact en gevolgen van de sanctie voor de verzekerde. Op dit moment geeft de regelgeving de indruk van een hakbijprocedure. Te laat? Pech! – 10% per dag van je uitkering voor de periode dat je te laat bent.<sup>33</sup> En dit met bitter weinig ruimte om écht na te gaan wat er aan de hand is of om op een outreachende manier mensen die dat nodig hebben, te ondersteunen.**

<sup>30</sup> Het document van erkenning of weigering van de arbeidsongeschiktheid dat de sociaal verzekerde op diens beurt ontvangt, is in feite een bewijs van goede ontvangst.

<sup>31</sup> Dit betreft geen "reglementair" voorziene mogelijkheid, maar een richtlijn van het RIZIV die aan de adviserend artsen is overgemaakt tijdens de COVID 19-crisis. Binnenkort wordt de elektronische verzending van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts voorzien (in een eerste fase beperkt tot de aangifte van arbeidsongeschiktheden waarvan de duur veertien dagen overschrijdt, tot de aangifte van verlengingen van arbeidsongeschiktheid en tot de aangifte van hervallen in arbeidsongeschiktheid). De datum van opstelling van het getuigschrift wordt in dit kader in aanmerking genomen. De verzekerde kan een print ontvangen van de elektronisch verstuurd gegevens.

<sup>32</sup> De voorwaarden om de sanctie niet toe te passen zijn: het inkomensverlies bedraagt door laattijdige aangifte minstens € 25 én er is sprake van overmacht OF een laag gezinsinkomen. Dan spreekt men over een "behartigenswaardige situatie" zoals beschreven in art. 9 van de Verordening van 16 april 1997 (werknemers) of artikel 58ter van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (zelfstandigen)

<sup>33</sup> Sinds 1 januari 2022 is er onder bepaalde voorwaarden een verwittigingsmaatregel van toepassing waardoor de sanctie niet wordt toegepast bij een laattijdige aangifte. Het is vereist dat de laattijdigheid niet meer dan één maand bedraagt en deze verwittigingsmaatregel kan slechts één keer tijdens de lopende periode van arbeidsongeschiktheid worden toegepast. In geval van de toepassing van de verwittigingsmaatregel moet het ziekenfonds aan de verzekerde meedelen dat de aangifte laattijdig is verricht en de vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen met 10 procent éénmalig niet is toegepast tijdens de lopende periode van arbeidsongeschiktheid.

Élk ziekenfonds voorziet 1 loket of platform waar de verzekerde alle documenten verbonden aan de arbeidsongeschiktheid en/ of invaliditeit kan terugvinden en de voortgang van de aangifte, verlenging en verschillende soorten aanvragen kan opvolgen. Sommige ziekenfondsen bieden al een dergelijk digitaal loket of platform aan. Helaas is dit niet het geval bij elk ziekenfonds, waardoor het verschil in basisdienstverlening aanzienlijk groter wordt. Behandelende artsen moeten zich bewust zijn van de 6dagenregeling bij de arbeidsongeschiktheidsuitkering, en ondersteund worden om de einddatum op het getuigschrift arbeidsongeschiktheid correct te bepalen in geval van een volledige week arbeidsongeschiktheid. Wanneer de arts zich vergist, moet dit achteraf rechtgezet kunnen worden. Tot slot dringt zich anno 2022 allicht een actualisatie van de 6dagenweek naar 5dagenweek op.

### **D.3. Gedeeltelijke werkhervatting na 1 dag volledig stoppen met werken**

Voorlopig is het zo dat iemand die omwille van ziekte minder moet gaan werken, 2 opties heeft: ofwel eenvoudigweg de arbeidsduur verminderen met alle negatieve gevolgen op vlak van sociale bescherming vandien, ofwel minimaal 1 dag alle activiteiten stopzetten en erkend zijn als arbeidsongeschikt, om vervolgens het werk gedeeltelijk te hervatten met a posteriori toelating van de adviserend arts.

De tweede optie klinkt in theorie goed, maar blijkt onder andere door de zware administratieve last bijna onmogelijk uit te voeren. Hoe iemand er in kan slagen om op enkele dagen tijd ziek te “worden” én een ziekte-attest voor de werkgever gevolgd door een attest waarin de behandelend arts attesteert dat deeltijdse arbeid ondanks ziekte wél kan, een getuigschrift voor de adviserend arts, de erkenning van diens arbeidsongeschiktheid, de aanvraag tot gedeeltelijke werkhervatting meestal ook nog gepaard gaande met een goedkeuring van de arbeidsarts en werkgever aan elkaar te rijgen, het is een raadsel. Daarnaast mag het psychologische effect van een erkenning arbeidsongeschiktheid niet onderschat worden. Ook al kan iemand na 1 dag het werk hervatten, de erkenning arbeidsongeschiktheid en de stempel die hiermee in de maatschappij gepaard gaat, kan zwaar wegen.

Los van de vraag of het nog opportuun is om mensen te verplichten eerst volledig het werk neer te leggen om te kunnen gedeeltelijk werken in combinatie met een arbeidsongeschiktheidsuitkering, stelt de vraag zich of de zware administratieve last voor iemand die snel het werk gedeeltelijk wil hervatten dit niet onmogelijk maakt.

#### **AANBEVELING**

Het Observatorium vraagt om snelle werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid mogelijk te maken door de administratieve last te verminderen. In de tweede plaats, vraagt het Observatorium dat iemand die omwille van ziekte minder moet gaan werken, niet meer eerst volledig, alle activiteiten moet stopzetten om daarna pas gedeeltelijk het werk te hervatten in combinatie met een uitkering.

### **D.4. Verschillende soorten toegelaten activiteiten bij arbeidsongeschiktheid**

Tijdens arbeidsongeschiktheid kan de sociaal verzekerde verschillende activiteiten hervatten. Één vereiste geldt voor hen allemaal: eerst moeten alle activiteiten volledig stopgezet zijn en de arbeidsongeschiktheid erkend zijn.

Er bestaan 4 soorten<sup>34</sup> activiteiten, elk met andere gevolgen. Ten eerste: bezoldigde activiteiten of betaalde arbeid. Ten tweede: vrijwilligerswerk. Ten derde, niet-bezoldigde activiteiten en ten vierde: verenigingswerk. Over de spelregels bij het hervatten van een “bezoldigde activiteit” tijdens arbeidsongeschiktheid hebben we het in dit advies al uitgebreid gehad.

**Vrijwilligerswerk**<sup>35</sup> staat voor een activiteit, onbezoldigd en zonder verplichting, zonder arbeidsovereenkomst, dienstenovereenkomst of statutaire aanstelling, voor een groep of organisatie zonder winstoogmerk. Bij arbeidsongeschiktheid moet vrijwilligerswerk aan de adviserend arts gemeld worden. Toelating van de adviserend arts is niet nodig maar de adviserend arts moet zich wél uitspreken over de verenigbaarheid van het vrijwilligerswerk met de algemene gezondheidstoestand, wat de facto neerkomt op toch een toelating. Onkostenvergoedingen verbonden aan het vrijwilligerswerk worden niet in rekening gebracht wanneer ze binnen de wettelijk vastgelegde regels voor vrijwilligerswerk vallen. Dit is vaak niet geweten door de sociaal verzekerde en zou proactief aan hem verduidelijkt moeten worden. Toelating wordt (meestal) verleend vanaf een bepaalde datum zonder einddatum, er staat dan “tot ik (de adviserend arts) een nieuwe beslissing neem”. Vrijwilligerswerk maakt o.i. volwaardig deel uit van een re-integratie en zou als dusdanig ook gestimuleerd kunnen worden.

Een **niet-bezoldigde activiteit** is (eigenlijk) vrijwilligerswerk dat iemand verricht voor een overheidsinstelling of instelling van openbaar nut. Na de melding van deze activiteit aan én ontvangst van de toelating de adviserend arts, krijgt de sociaal verzekerde 1 maand de tijd om de “Verklaring van uitoefening van niet bezoldigde activiteiten gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid” te laten invullen door de vertegenwoordiger van de organisatie voor wie het werk verricht wordt. In afwachting van de ontvangst van dit document, wordt zonder pardon de arbeidsongeschiktheidsuitkering opgeschort!

**Verenigingswerk**<sup>36</sup> is er in 2021 terug bijgekomen. Verenigingswerk bestaat uit betaalde diensten die mensen in hun vrije tijd voor verenigingen zonder winstoogmerk, feitelijke verenigingen of openbare besturen actief in de sport- en/of de socioculturele sector leveren. In de praktijk stellen de leden van het Observatorium vast dat Verenigingswerk tijdens arbeidsongeschiktheid geregeld tot moeilijkheden leidt.

Bij arbeidsongeschiktheid kan iemand die al verenigingswerker was vóór de periode van arbeidsongeschiktheid, dit relatief eenvoudig opnieuw opnemen. Het volstaat om dan de adviserend arts te verwittigen van de hervatting. De adviserend arts zal nagaan of de activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand. Cumul tussen de inkomsten uit verenigingswerk en de arbeidsongeschiktheidsuitkering is mogelijk.

Verenigingswerk voor het eerst aanvatten tijdens arbeidsongeschiktheid, kent andere spelregels. In dit geval moet de sociaal verzekerde *vooraf* toelating vragen aan de adviserend arts.

Bijna iedere activiteit vraagt een ander aanvraagformulier, met eigen spelregels en eigen gevolgen. Sommige ziekenfondsen leggen de verschillen ook niet of nauwelijks uit. Meestal wordt gefocust op slechts 2 types van activiteiten: klassiek betaalde arbeid of vrijwilligerswerk. Wil een sociaal

---

<sup>34</sup> Volledigheidshalve moet er ook verwezen worden naar mantelzorg als aparte activiteit zoals omschreven in art. 100 § 1 van de ZIV-wet.

<sup>35</sup> Wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers.

<sup>36</sup> Wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk.

Let op: er is nieuwe regelgeving in opmaak waarbij het verenigingswerk wordt vervangen door een regeling in het kader van het bestaande artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969. Deze wetgeving was op het moment dat deze adviesnota werd geschreven, nog niet gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Een activiteit in het kader van het artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 verricht op de eerste dat van de arbeidsongeschiktheid wordt niet beschouwd als een werkzaamheid, voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd. Vanaf de tweede dag van de arbeidsongeschiktheid dient steeds de toelating aan de adviserend arts te worden gevraagd), cf. artikel 100 §2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Een cumulatie tussen de arbeidsongeschiktheidsuitkering en de bezoldiging uit het verenigingswerk is mogelijk. Voor meer informatie: <https://www.defederatie.org/nieuws/de-kogel-is-door-de-kerk-een-definitieve-regeling-voor-het-verenigingswerk-vanaf-1-januari-2022>  
<https://www.socialsecurity.be/employer/instructions/dmfa/fr/latest/instructions/persons/specific/socioculturalsector.html>

verzekerde gestimuleerd worden om een activiteit op te nemen tijdens arbeidsongeschiktheid, dan is er los van de nood aan volledige en juiste informatie (zie eerder) ook nood aan een eenvoudige administratie. Bovendien leidt elke melding of aanvraag tot een aparte toelating voor iedere activiteit. De sociaal verzekerde moet een klein administratief genie zijn om dit allemaal bij te houden én het overzicht te behouden.<sup>37</sup> Er wordt immers nog uitgegaan van 1 activiteit per sociaal verzekerde.

#### **AANBEVELINGEN**

Het Observatorium beveelt aan om de aanvragen én toelatingen voor de verschillende activiteiten digitaal overzichtelijk te bundelen in een voor de verzekerde gemakkelijk toegankelijk uniek e-loket (bijv. samen met alle andere persoonsgebonden informatie toegankelijk via een app of online platform van het ziekenfonds). Bovenop dit online "dossier", stelt het Observatorium voor dat iedereen die arbeidsongeschikt is of wordt een goed omkaderd, helder, volledig en juist informatiepakket ontvangt. Enkel op deze manier is het duidelijk dat een activiteit uitoefenen tijdens arbeidsongeschiktheid, wanneer deze verenigbaar is met de gezondheidstoestand, aangemoedigd wordt en sociaal verzekerden niet angstig hoeven te zijn.

Daarnaast vraagt het Observatorium aan de wetgever om de aanvraagformulieren op te stellen in mensentaal.

---

<sup>37</sup> Hier kan 1 loket of platform zoals eerder aangehaald ook soelaas bieden.



## Aanbevelingen

Om te komen tot een effectieve verbetering van het proces van arbeidsongeschiktheid voor chronische zieken – en bij uitbreiding voor alle sociaal verzekerden – pleit het Observatorium voor:

1. Een **duidelijker wetgevend kader** zodat er geen interpretatieproblemen meer zijn bij een gedeeltelijke werkvatting tijdens arbeidsongeschiktheid: een werknemer die vanuit geneeskundig oogpunt een vermindering van ten minste 50% van zijn vermogen behoudt, is niet beperkt tot een toelating voor een tewerkstelling van max. 50%.  
**Meer rechtszekerheid** voor de arbeidsongeschikte erkende verzekerde door de maximale (verlengbare) termijn van de toelating tot gedeeltelijke werkhervatting te brengen op 5 jaar i.p.v. de huidige 2 jaar, en door het wetgevend kader zélf de waarde van de erkenning en toelating te laten onderschrijven.  
**Het beëindigen van de ongelijkwaardige situatie tussen zelfstandigen en werknemers:** eenzelfde regeling inzake gedeeltelijke werkhervatting wat betreft de a posteriori toelating voor zelfstandigen en werknemers, en een evenwicht tussen de 2-jaarlijkse evaluatie van de toelating bij werknemers en de in de tijd onbeperkte toelating voor zelfstandigen.  
Een wetgevend kader met **heldere, gerespecteerde termijnen** waarbinnen de werkgever ziekte- en werkdagen moet doorgeven aan het ziekenfonds én waarbinnen het ziekenfonds de gegevens verwerkt moet hebben, en duidelijk gerespecteerde uitbetalingstermijnen voor de arbeidsongeschiktheid-of invaliditeitsuitkering. Dit vraagt tevens flankerende maatregelen zoals een uitgebouwde IT-structuur en een goede personeelsomkadering.
2. Het afschaffen van de verplichting van het melden (voor reizen binnen België of de EU) of toelating moeten vragen (voor reizen buiten de EU) aan de adviserend arts voor **reizen voor een periode korter dan of gelijk aan 21 dagen**. Dit betekent tevens dat **de oproeping ten laatste** in plaats van ten vroegste **21 dagen vóór de geplande oproepingsdatum** wordt verzonden.
3. De **cumul** van de integratietegemoetkoming met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (of ander vervangingsinkomen).
4. Het beter informeren van de sociaal verzekerden over het onvoldoende afhouden van **bedrijfsvoorheffingen** en de onzalige gevolgen hiervan, en hen ondersteunen bij de berekening van de verschuldigde bedrijfsvoorheffing(en) en het organiseren van de voorafbetalingen.
5. Het opnemen van de patiëntenrechten als een **volwaardig opleidingsonderdeel** in de basisopleiding van artsen.  
**Het herformuleren van de patiëntenrechten naar de werkpraktijk:** voor een aantal specifieke doelgroepen moet er voorzien worden in een voortgezette opleiding met intervisiemomenten en good practices.  
Meer aandacht voor het **thema arbeidsongeschiktheid** in de opleiding van de artsen, waarbij de praktijkervaring door concrete casussen centraal staat en de patiëntenverenigingen betrokken worden bij de uitwerking van de opleiding.
6. Het opnemen van bestaande modellen inzake **shared decision making** en communicatietechnieken in de opleiding van adviserend artsen.
7. Het duidelijk opnemen in de consultatie-uitnodiging van welk type van **documenten** er verwacht wordt (hospitalisatieverslag, ... ) en wie (huisarts, specialist, werkgever, arbeidsarts, ...) de sociaal verzekerde kan helpen om die te bekomen. Wanneer de adviserend arts bij derden gegevens opvraagt omdat de patiënt deze niet aanlevert, dan moet hij dit signaleren aan de patiënt.

8. Het **proactief herinneren van de behandelend artsen** van hun rol in het traject AO.
9. Het verbeteren van de toegang van de sociaal verzekerde tot het **patiëntendossier**, bijgehouden door een adviserend arts.
10. Een betere uitoefening van het recht van de patiënt op informatie. Ten eerste door een plaats te voorzien op het **aanvraagformulier** waar de sociaal verzekerde zijn keuze om het werk (betaald of vrijwillig) te hervatten, kan motiveren. Ten tweede door meer informatie te verschaffen over de **3 verschillende types uurrooster** en hun respectievelijke voor- en nadelen en gevolgen op vlak van bv. opname van vakantiedagen en wettelijke feestdagen. Ten derde door te verduidelijken dat de adviserend arts geen uitspraak doet over de ziekte-toestand van de patiënt noch over de invaliditeitsuitkeringen: de beslissing heeft enkel betrekking op de **evaluatie van de capaciteit van de sociaal verzekerde om te werken**. Ten vierde door er voor te zorgen dat de adviserend arts de tijd neemt om de beslissing op maat van de individuele patiënt **mondeling toe te lichten** voordat deze per post wordt bezorgd. Tenslotte door te voorzien in voldoende **nazorg** voor de sociaal verzekerde wanneer deze geconfronteerd wordt met een beslissing die een grote impact heeft.
11. De oprichting van een **laagdrempelige bemiddelingsinstantie** om het beroep op de arbeidshoven en - rechtbanken te beperken.
12. Het verhogen van de kwaliteit van de beslissingen door ten eerste te voorzien in een **begrijpelijk model voor de motivering**, waarop de patiëntenverenigingen verbetervoorstellen kunnen formuleren. Ten tweede, het principe van **peer review** tussen adviserend artsen over de verzekeringsinstellingen heen structureel te verankeren. Ten derde, te voorzien in een **wetenschappelijk hulpmiddel** voor huisartsen i.k.v. arbeidsongeschiktheid, herstel en terugkeer naar werk, zonder dat dit afbreuk doet aan de **individuele beoordeling** van een dossier, op maat van de individuele patiënt.
13. Het verhogen van de patiëntgerichtheid, de gelijkwaardigheid en de continuïteit door te zorgen voor een **duidelijke en tijdige communicatie** naar de sociaal verzekerde over wie, met welke rol en in welke hoedanigheid hem/haar zal ontvangen tijdens een consult. Daarnaast **eenvormigheid bekomen over de ziekenfondsen heen** in de toepassing van het multidisciplinair team dat de adviserend arts omringt. Ook bewaken dat voldoende adviserend artsen beschikbaar blijven om de vertrouwensrelatie te verzekeren en hun rol als sleutelfiguur i.k.v. hun wettelijke opdrachten (art. 153) te kunnen uitoefenen. Dit vergt **voldoende uitgebouwde arbeidsvoorwaarden** om het beroep aantrekkelijk te houden. Tenslotte, meer inzetten op een **persoonsgerichte aanpak** met als doel de sociaal verzekerde eigenaar te maken van zijn gezondheid en arbeidsvermogen.
14. De oprichting van een **gemeenschappelijk communicatieplatform** en/of een **gemeenschappelijk medisch sociaal dossier** voor alle sectoren binnen de sociale zekerheid inzake arbeidsongeschiktheid.
15. Meer aandacht voor de penibele situatie van de verzekerde en een **vermindering van de administratieve last** die arbeidsongeschiktheid met zich meebrengt door automatisering. Dit omvat ook meer aandacht voor de concrete situatie van de (zieke!) verzekerde die de termijnen niet respecteert én van de impact en gevolgen van de sanctie voor de verzekerde.
16. De uitbouw van **1 loket of platform** door élk ziekenfonds, waar de verzekerde alle documenten verbonden aan de arbeidsongeschiktheid en/ of invaliditeit kan terugvinden en de voortgang van de aangifte, verlenging en verschillende soorten aanvragen kan opvolgen.
17. Een grotere bewustwording van de behandelende artsen van de toepassing van de **6dagenregeling** bij de arbeidsongeschiktheidsuitkering: dit heeft immers gevolgen voor het correct bepalen van de einddatum op het getuigschrift.
18. Een **snelle werkhervatting** tijdens arbeidsongeschiktheid door de vermindering van de administratieve last.

Iemand die omwille van ziekte minder moet gaan werken, moet **niet meer eerst volledig alle activiteiten stopzetten**, om daarna pas gedeeltelijk het werk te hervatten in combinatie met een uitkering.

19. Een duidelijke informatieverstopping over het feit dat de sociaal verzekerde tijdens arbeidsongeschiktheid verschillende activiteiten kan hervatten. Dit kan door het digitaal bundelen van de aanvragen én toelatingen voor de verschillende activiteiten in een voor de verzekerde gemakkelijk toegankelijk **uniek e-loket**. Een tweede instrument is het voorzien van een goed omkaderd, helder, volledig en juist **informatiepakket** voor iedereen die arbeidsongeschikt is of wordt. Tenslotte moeten de aanvraagformulieren opgesteld in mensentaal.

Bezorgd aan de federale Minister van Volksgezondheid en Sociale zaken

Kopie aan:

- De Directie Reglementering en geschillen van de Dienst Uitkeringen
- Het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid van de Dienst Uitkeringen
- De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle

Met de meeste hoogachting,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', written over a horizontal line.

Ulrike Pypops

Voorzitster van de Raadgevende afdeling van het  
Observatorium voor de Chronische Ziekten

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', written over a horizontal line.

Karen Mullié

Ondervoorzitster van de Raadgevende afdeling  
van het Observatorium voor de Chronische  
Ziekten