



Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

VERSLAG

Terreinanalyse invaliditeit anno 2020: activiteiten van adviserend artsen en V.I.

Projectnummer: 2019-000112-E-02
Contactpersoon: Peter Van Langenhove
Versie van: 09.11.2020

Abstract

Tussen 2009 en 2019 is het aantal personen dat langer dan een jaar arbeidsongeschikt is (invaliden) met 69 % gestegen. Eind 2019 telde België 447.867 invaliden (loontrekkenden en zelfstandigen), goed voor een bedrag dat ruim de 6 miljard EUR overschrijdt.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) voerde een gerandomiseerde terreinanalyse uit bij 300 nieuw ingetreden invaliden in de periode van 01.01.2019 t.e.m. 31.03.2019. Uiteindelijk hebben drie artsen-inspecteurs bij 290 verzekerden, verdeeld over de zes verzekeringsinstellingen (V.I.), een uitgebreide anamnese en een medisch onderzoek uitgevoerd.

Het doel van deze terreinanalyse was enerzijds na te gaan of de ingetreden invaliden voldeden aan de wettelijke voorwaarden om erkend te worden. Anderzijds wilden we onderzoeken of de adviserend artsen en de V.I. voldoende informatie verzamelden om deze voorwaarden objectief te evalueren. Hun wettelijke opdracht bestaat erin de primaire controle over arbeidsongeschiktheid uit te oefenen en de invaliditeitsdossiers op te stellen.

Uit deze terreinanalyse blijkt dat 59 % van de nieuwe invaliden volgens de wettelijke voorwaarden in werkelijkheid niet arbeidsongeschikt is.

We zochten naar verklaringen voor dit opvallend hoge percentage. We stelden vast dat dit percentage bij alle V.I. van dezelfde grootteorde was. Meer dan 75 % van de invaliditeitsdossiers van de uitgeschreven verzekerden bevatte niet de nodige gegevens om een gefundeerde beslissing te kunnen nemen.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat een meer adequate screening van arbeidsongeschikte verzekerden noodzakelijk is, opdat enkel de werkelijk arbeidsongeschikten als dusdanig zouden worden erkend.

De DGEC formuleert tot slot aanbevelingen die de V.I., de Dienst Uitkeringen en de verantwoordelijke beleidsmakers kunnen helpen bij de uitwerking van doeltreffende maatregelen. Dit is des te relevanter nu de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen steeds meer onder druk staat. De invaliden, de zorgverleners en de samenleving in het algemeen zullen het ongetwijfeld waarderen dat de uitkeringsverzekering toegankelijk blijft voor de invaliden die ze werkelijk nodig hebben.

Inhoud

Inhoud	4
I. Inleiding.....	5
1. Context van invaliditeit in de arbeidsongeschiktheid	5
a. Rol van de adviserend artsen.....	7
b. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle	8
2. Doel terreinanalyse	8
3. De Dienst uitkeringen	9
II. Methode.....	11
1. Selectie invalide verzekerden voor terreinanalyse.....	11
2. Anamnese en medisch onderzoek invalide verzekerden.....	15
3. Analyse inkomende fluxen invaliditeit	16
III. Resultaten	17
1. Aantal arbeidsgeschikte verzekerden na medisch onderzoek.....	17
2. Beoordeling fluxen (dossiers) door drie artsen-inspecteurs	19
IV. Bespreking.....	19
V. Conclusie	20
VI. Acties en voorstellen.....	21
VII. Opvolging.....	23
Bijlagen	24

I. Inleiding

1. Context van invaliditeit in de arbeidsongeschiktheid

Als een verzekerde door ziekte of een ongeval niet in staat is om zijn werk uit te voeren, kan zijn arbeidsovereenkomst opgeschort worden en is het statuut van arbeidsongeschiktheid (AO) van toepassing.

De AO bestaat uit twee delen: primaire AO en invaliditeit. De primaire AO betreft het eerste jaar AO en is een bevoegdheid van de adviserend arts. Na één jaar AO kan de adviserend arts invaliditeit aanvragen. De erkenning van invaliditeit is de bevoegdheid van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) bij de Dienst Uitkeringen (DU) van het RIZIV.

Op 31 december 2019 waren 447.867 Belgen erkend als invalide (loontrekkenden en zelfstandigen).

In artikel 100, §1 van de GUV-wet¹ (betreft loontrekkenden) erkent men de arbeidsongeschiktheid bij een werknemer die:

alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van de intreding of de verergering 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. Het verlies van verdienvermogen van een arbeidsongeschikte loontrekkende moet dus twee derden of meer bedragen (+ 66 %) t.o.v. de maatman. Het vermogen tot verdienen wordt bepaald op grond van persoonlijke, zowel medische als socio-economische criteria.

Tussen 2009 en 2019 is het aantal loontrekkende invaliden met 71,49 % gestegen, tot 420.504 invaliden (cfr. bijlage 1). Volgens de cijfers uit 2019 is 8,12 % van de loontrekkende mannen invalide. Bij de vrouwen is dat zelfs 11,76 %. De belangrijkste redenen zijn burn-out en motorische klachten zoals lage rugpijn. De jaarlijkse toename heeft een grote impact op onze sociale zekerheid. In 2019 ging liefst 6,2 miljard euro naar invaliditeitsuitkeringen voor loontrekkenden - een bedrag dat de jongste vijf jaar jaarlijks gemiddeld met 7,6 % steeg.

Artikel 19² en 20 beschrijven de staat van arbeidsongeschiktheid bij zelfstandigen. Artikel 20 beschrijft specifiek de invaliditeit bij zelfstandigen: in de loop van het tijdvak van invaliditeit wordt de gerechtigde geacht zich in staat van arbeidsongeschiktheid te bevinden, wanneer voldaan is aan artikel 19 en hij bovendien erkend wordt ongeschikt te zijn om het even welke beroepsbezigheid uit te oefenen die hem billijkerwijze zou kunnen opgelegd worden inzonderheid rekening gehouden met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding.

¹ Gecoördineerde wet 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

² Art. 19 KB 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, BS 7 augustus 1971. In de loop van de tijdvakken van primaire ongeschiktheid wordt de gerechtigde erkend zich in staat van arbeidsongeschiktheid te bevinden wanneer hij, wegens letsels of functionele stoornissen, een einde heeft moeten stellen aan het volbrengen der taken die verband hielden met zijn beroepsbezigheid als zelfstandige gerechtigde en die hij vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid waarnam. Bovendien mag hij geen andere beroepsbezigheid uitoefenen, hetzij als zelfstandige of als helper, hetzij in een andere hoedanigheid.

In 2019 vielen 27.363 zelfstandigen onder het statuut van invaliditeit. Dezelfde ziektegroepen staan aan de top bij zelfstandige invaliden. Het aantal 'zelfstandige' invaliden stijgt minder snel dan de loontrekkende.

De totale uitgaven voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen (primaire AO en invaliditeit) bedroegen meer dan 8,6 miljard euro in 2019. Sinds 2017 overtreffen de uitgaven voor arbeidsongeschiktheid die van de werkloosheid.

Arbeidsongeschikte verzekerden kunnen socio-professionele re-integratietrajecten (in samenwerking met bv. VDAB) of valoriserende opleidingen volgen om de terugkeer naar de arbeidsmarkt te faciliteren. Het percentage verzekerden dat terugkeert naar de arbeidsmarkt 18 maanden na de start van een traject of het beëindigen van een opleiding lijkt relatief laag. Het is ook opvallend dat slechts 57,6 % van de verzekerden slaagt voor de opleiding. (cfr. bijlage 2)

In het najaar van 2019 schreef het weekblad Trends dat we, ondanks de verwoede pogingen om de invalide verzekerden te reactiveren, geen keerpunt zien in het aantal zieken en invaliden ("*Volgens de socialistische mutualiteiten zijn slechts 1584 van de 16.000 re-integratietrajecten uitgemond in een hervatting van het werk bij dezelfde werkgever.*")³. De cijfers die de DU ons aanleverde over de re-integratietrajecten volgend uit het KB De Block⁴ of het KB Peeters⁵ stemden niet overeen met deze gegevens. In de periode van 2012-2018 zijn er 24.605 re-integratietrajecten opgestart waarbij 18,8 % van de invaliden uit de AO is getreden 18 maanden na de start van de opleiding en 14,2 % een gedeeltelijke werkhervatting is gestart.

Het aantal verzekerden dat een toelating ontvangt voor een gedeeltelijke werkhervatting stijgt. (cfr. bijlage 3). Er zijn 59.537 loontrekkenden die deeltijds werken met akkoord van de adviserend arts en 6.459 zelfstandigen (situatie op 31.12.2018).

Het eigenlijke doel is een progressieve werkhervatting als de pathologie het toelaat. We vragen ons af of de invaliden met een gedeeltelijke werkhervatting hun maximale werkcapaciteit altijd benutten.

De adviserend artsen zijn verantwoordelijk voor de voorstellen aan de GRI tot intrede en/of verlenging in invaliditeit van verzekerden. Desondanks daalt het aandeel invaliden onder de beroepsbevolking nog steeds niet.

De cruciale vraag is wat de oorzaken kunnen zijn van de toename van de instroom (na erkenning door de ziekenfondsen) en van het totale aantal invaliden. Dit was de reden voor onze terreinanalyse.

³ Byl R. Zieke Belgen, strengere regels, meer langdurig zieken. Trends (Knack). 31 oktober 2019. Geraadpleegd van <https://trends.knack.be/economie/beleid/zieke-belgen-strengere-regels-meer-langdurig-zieken/article-longread-1526547.html>.

⁴ KB 8 november 2016 tot wijziging van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft, BS 24 november 2016.

⁵ KB 28 oktober 2016 tot wijziging van het KB van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft, BS 24 november 2016.

a. Rol van de adviserend artsen

De opvolging van de arbeidsongeschikte verzekerden is één van de belangrijkste taken van de adviserend artsen van de V.I. De periodieke evaluatie van de arbeidsongeschikte verzekerden en de initiatie en opvolging van hun socio-professionele re-integratie zijn wettelijk voorziene opdrachten⁶.

Concreet betekent dit dat de adviserend artsen:

- ✦ medische controles uitvoeren bij arbeidsongeschikte verzekerden, vnl. in het eerste jaar AO
- ✦ een einde kunnen stellen aan de erkenning van de AO
- ✦ invaliditeitsdossiers opstellen als de AO langer dan één jaar (= invaliditeit) duurt
- ✦ de toelating kunnen geven voor een gedeeltelijke werkhervatting
- ✦ initiatieven nemen voor socio-professionele re-integratie indien van toepassing.

Tabel 1 geeft voor elke V.I. het aantal gerechtigden weer t.o.v. de personeelsbezetting in 2019. We merken belangrijke verschillen op tussen de V.I. onderling in het aantal gerechtigden per adviserend arts VTE en per paramedicus VTE.

Tabel 1. Aantal gerechtigden t.o.v. personeelsbezetting per V.I. in 2019

Leden en personeelsbezetting	V.I.						Alle V.I.
	1	2	3	4	5	6	
Leden	4.603.027	555.574	3.234.893	542.791	2.189.984	108.587	11.337.202
Gerechtigden	3.290.322	381.937	2.157.530	403.293	1.459.098	78.943	7.844.054
Personen ten laste	1.312.705	173.637	1.077.363	139.498	730.886	29.644	3.493.148
Aantal adviserend artsen volgens lijst DGEC	86	21	94	19	42	13	275
Aantal adviserend artsen > 65j op 01.10.2019 of langdurig ziek volgens lijst	10	3	15	3	4	1	36
Aangepast aantal adviserend artsen	76	18	79	16	38	12	239
Aantal adviserend artsen VTE	71,1	16,4	73,6	15,5	35,2	8,45	220,25
Aantal gerechtigden/ adviserend artsen VTE	46.277	23.289	29.314	26.019	41.452	9.342	35.614
Aantal paramedici (PM)	62	18	34	10	28	7	159
Aantal PM VTE	60,7	17,1	33,2	9,5	27,8	5,8	154,1
Aantal gerechtigden/ PM VTE	54.206	22.336	64.986	42.452	52.486	13.611	50.902

Bron: gegevens ledentallen DAC RIZIV; officiële lijst van erkende adviserend artsen (lijst DGEC)

⁶ Wetgeving AO: Gecoördineerde Wet van 14 juli 1994, KB 3 juli 1996 en Verordeningen uitkeringen 16 april 1997 (loontrekkenden), KB 20 juli 1971 (zelfstandigen) en Omzendbrieven V.I..

b. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

In de wijzigingsclausule van de vijfde bestuursovereenkomst van het RIZIV (2016-2018) – 2019-2020 (cfr. bijlage 4) staat dat de DGEC deelneemt aan de evaluatie en controle van de processen in de uitkeringsverzekering. De DGEC zal in de sector uitkeringen toezicht houden op de realiteit, conformiteit en doelmatigheid van beslissingen die aanleiding geven tot uitgaven van de verplichte ziekteverzekering. Dit is naar analogie met de activiteiten van de DGEC in de sector van de gezondheidszorgen.

In dit nieuw project zal de DGEC zich toeleggen op volgende onderdelen:

- 1) ontwikkeling van een preventieve aanpak t.a.v. de voorschrijvende artsen
- 2) uitoefening van toezicht op de adviserend artsen
- 3) evaluatie en controle van de opvolging door de adviserend artsen van vaststellingen van niet-toegelaten activiteit.

De artsen-inspecteurs van de DGEC zijn bevoegd om de activiteiten van de adviserend artsen te controleren voor arbeidsongeschiktheid⁷. Ze doen onderzoek naar de kwaliteit van de invaliditeitsdossiers, voeren de medische onderzoeken van verzekerden uit en nemen beslissingen i.v.m. de verdere erkenning van de arbeidsongeschiktheid (terugkoppeling naar de kwaliteit van de dossiers adviserend arts).

2. Doel terreinanalyse

In deze terreinanalyse verdiepen we ons in onderdeel 2: het toezicht op de adviserend artsen. Het doel van deze studie is:

- ✦ na te gaan of invalide verzekerden voldoen aan de wettelijke criteria om als invalide erkend te worden of te blijven.
- ✦ te evalueren of de adviserend artsen over voldoende en correcte informatie beschikken om de toestand van de verzekerde te beoordelen. We onderzoeken op welke informatie ze zich baseren om een beslissing te nemen en of ze voldoende info over de verzekerden hebben verzameld.

We gaan na of het invaliditeitsdossier dat de adviserend arts opstelde, representatief is voor de invaliditeit van de verzekerde. Hiervoor analyseren we de medische onderzoeken van de verzekerden en de AO-gegevens die de V.I. aan de DU aanleveren. Het Invalidity data for Electronic System (IDES) levert deze gegevens volledig geautomatiseerd aan de DU (flux). We beëindigen de erkenning van de verzekerden die na onze analyse arbeidsgeschikt blijken te zijn.

We geven feedback aan de V.I. en de DU van het RIZIV.

De DGEC zal zijn bevindingen rapporteren aan het DGEC-Comité en de Hoge Raad Artsen Directeurs.

⁷ Art. 139, 147 en 148 Gecoördineerde wet 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

3. De Dienst uitkeringen

De Geneeskundige Raad voor invaliditeit (GRI) beslist over de erkenning van de invaliditeit van een verzekerde. De DU behandelt de dossiers die de adviserend artsen opstellen en die door de applicatie IDES via fluxen aan het RIZIV worden doorgegeven.

Een flux is dus een geautomatiseerde aanlevering van gegevens over AO door de V.I. aan de DU. In 2019 heeft de GRI iets meer dan 280.000 fluxen in IDES ontvangen (fluxen primaire arbeidsongeschiktheid niet inbegrepen).

Van de ontvangen dossiers moeten de artsen-inspecteurs van de DU er 10 % (of 28.000 dossiers) manueel behandelen. De triage van de manueel te behandelen dossiers gebeurt op basis van selectiecriteria, goedgekeurd door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (HCGRI). Het aantal manueel genomen beslissingen (controles door de artsen-inspecteurs van de DU) bedroeg ongeveer 9,5 % van het aantal ontvangen fluxen.

De artsen-inspecteurs namen de volgende beslissingen bij de manuele behandeling van 28.000 dossiers in 2019:

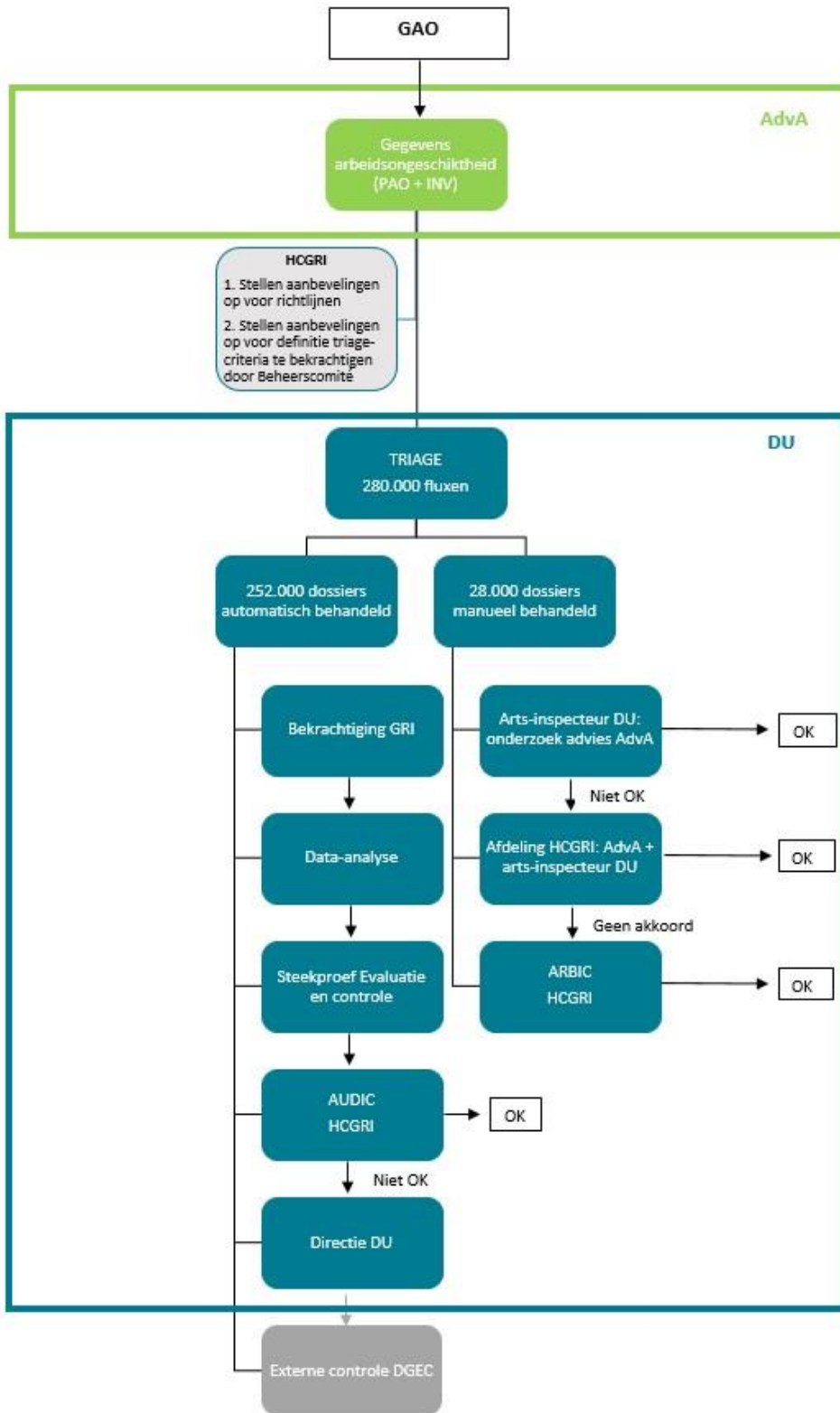
- ✦ In ongeveer 87 % van de dossiers heeft de arts-inspecteur van de DU, lid van de GRI, de (verdere) erkenning van de invaliditeit zonder meer bevestigd.
- ✦ In ongeveer 7,5 % van de dossiers bevestigde hij de (verdere) erkenning van de invaliditeit maar werd de voorgestelde duur van de invaliditeit ingekort.
- ✦ In iets meer dan 5 % van de dossiers achtte de arts-inspecteur van de DU het nodig om het dossier met de adviserend arts te bediscussiëren in een afdeling.

Van alle dossiers die ze in een afdeling bespraken, konden de arts-inspecteur van de DU en de adviserend arts bij ongeveer 60 % een akkoord bereiken om de invaliditeit (verder) te erkennen. Bij 30 % van de dossiers bereikten ze een akkoord tot niet intrede invaliditeit of tot einde invaliditeit. In iets meer dan 10 % van de dossiers die ze in een afdeling bespraken, konden de arts-inspecteur van de DU en de adviserend arts niet tot een akkoord komen en verwezen ze het dossier door naar de ARBIC. De ARBIC is de HCGRI die individuele dossiers beoordeelt.

Bij 45 % van de dossiers besliste de ARBIC om de invaliditeit (verder) te erkennen. In de rest van de dossiers besliste de ARBIC tot een niet intrede of einde invaliditeit.

Een kleine 2 % van alle manueel genomen beslissingen (20.000 dossiers) leidde tot een niet-intrede of einde van de invaliditeit.

Onderstaand flowplan geeft de behandeling van de dossiers AO en de invaliditeitsdossiers schematisch weer.



Legende:

- GAO = getuigschrift AO
- AdvA = adviserend arts
- PAO+INV = primaire arbeidsongeschiktheid + invaliditeit
- HCGRI = Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit

II. Methode

In 2019 en 2020 hebben we de terreinanalyse uitgevoerd bij een gerandomiseerde selectie van verzekerden. We wilden 300 verzekerden te onderzoeken en hun inkomende fluxen invaliditeit in kaart te brengen.

1. Selectie invalide verzekerden voor terreinanalyse

We selecteerden 300 invaliden en een reserve met 300 bijkomende invaliden ter compensatie van spontane werkhervattingen, einde erkenningen, wettelijk vermoeden, ... uit +/- 70.000 nieuwe intredes op jaarbasis. We selecteerden alleen de verzekerden waarbij de datum van de inkomende flux voor invaliditeit in de periode van 01.01.2019 tot 31.03.2019 (3 maanden) was. De DU bezorgde de lijst met alle inkomende fluxen voor invaliditeit voor deze periode aan de DGEC.

Eén V.I. hebben we buiten beschouwing gelaten:

- ✦ V.I. 9 'Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail'. Deze V.I. heeft een apart systeem voor de beoordeling van de AO van zijn verzekerden.

Verder excludeerden we een aantal ziekten uit de ICD-10 (bv. neoplasmie) omdat we de verzekerden moesten kunnen onderzoeken.

De gedetailleerde inclusie van invalide verzekerden verliep als volgt.

Basisgegevens

We startten met een databank van 18.897 records over de intredes in invaliditeit voor het eerste kwartaal van 2019. Deze gegevens betroffen 18.870 verschillende verzekerden. Van verzekerden met méér dan één record in de ruwe gegevens selecteerden we enkel de meest recente.

Van deze 18.870 verzekerden excludeerden we er 2.159 wegens "einddatum bekend".

De verschillende types einde erkenning AO zijn:

- 1 : Uitsluiting V.I.
- 2 : Uitsluiting n.a.v. langdurig art. 134§2/24 VI
- 3 : Uitsluiting na niet-toegelaten arbeid (art.101) VI
- 4 : Uitsluiting RIZIV
- 5 : Uitsluiting n.a.v. langdurig art.134§2/24 RIZIV
- 6 : Uitsluiting na niet-toegelaten arbeid (art.101) RIZIV
- 7 : Voorlopige spontane werkhervatting
- 8 : Definitieve spontane werkhervatting
- 9 : Pensioen
- 10 : Overlijden

Van de resterende 16.711 sloten we er vervolgens 1.183 (7,1 %) uit op basis van een vooraf bepaalde lijst van diagnosecodes.

In totaal bleven er 15.528 gevallen over waaruit de steekproef werd getrokken.

Steekproefgrootte

Uit de 15.528 gevallen hebben we een steekproef genomen, telkens met een vast minimumaantal van 30 invaliden per V.I. aangevuld met een variabel gedeelte dat in verhouding stond tot het totale aantal intredes invaliditeit in het eerste kwartaal van 2019 van elke V.I. (landsbond).

De handhaving van dit minimum enerzijds, en het maximum van 300 voor alle V.I. samen anderzijds, heeft als logisch gevolg dat de verschillen in steekproefgrootte tussen de V.I. een compromis zijn en minder uitgesproken zijn dan de reële verschillen tussen de grootte van hun populaties.

Voor de basissteekproef van 300 verzekerden en de reservesteekproef van 300 invaliden bekwamen we de volgende verdeling per V.I.:

Tabel 2. Verdeling steekproef volgens V.I.

V.I.	Gevallen	Basis	Resterend na basistrekking	Reserve
1	5.105	70	5.035	71
2	883	36	847	36
3	5.738	76	5.662	76
4	705	35	670	34
5	3.007	53	2.954	53
6	90	30	60	30
	15.528	300	15.228	300

Dat de steekproefgroottes voor de basis en reserve soms met één verschillen komt enkel doordat de onderlinge verhoudingen tussen de V.I. licht wijzigen wanneer we de voor de basis geselecteerde gevallen weglaten. Dit levert een iets andere verdeling op van de 300 gevallen over de V.I.

Stratificatie voor geslacht en leeftijd

Voor elke V.I. probeerden we de reële verdeling van de seksen en leeftijdscategorieën zo goed mogelijk te benaderen in de steekproef. Tabel 3 en 4 tonen de verdeling van geslacht en leeftijd in de totale populatie van elke V.I.

Tabel 3. Verdeling leeftijd populatie per V.I.

Leeftijds- categorie	VI					
	1	2	3	4	5	6
00-29	335 (6,6%)	43 (4,9%)	426 (7,4%)	45 (6,4%)	199 (6,6%)	3 (3,3%)
30-34	411 (8,1%)	74 (8,4%)	502 (8,7%)	62 (8,8%)	270 (9,0%)	8 (8,9%)
35-39	514 (10,1%)	83 (9,4%)	642 (11,2%)	63 (8,9%)	344 (11,4%)	11 (12,2%)
40-44	635 (12,4%)	113 (12,8%)	775 (13,5%)	86 (12,2%)	371 (12,3%)	14 (15,6%)
45-49	756 (14,8%)	150 (17,0%)	868 (15,1%)	90 (12,8%)	465 (15,5%)	12 (13,3%)
50-54	905 (17,7%)	175 (19,8%)	1.008 (17,6%)	128 (18,2%)	565 (18,8%)	16 (17,8%)
55-59	1.133 (22,2%)	174 (19,7%)	1.162 (20,3%)	162 (23,0%)	566 (18,8%)	19 (21,1%)
60-64	416 (8,1%)	71 (8,0%)	355 (6,2%)	69 (9,8%)	227 (7,5%)	7 (7,8%)
	5.105	883	5.738	705	3.007	90

Tabel 4. Verdeling geslacht populatie per V.I.

Geslacht	VI					
	1	2	3	4	5	6
Man	2.073 (40,6%)	363 (41,1%)	2.391 (41,7%)	298 (42,3%)	1.212 (40,3%)	42 (46,7%)
Vrouw	3.032 (59,4%)	520 (58,9%)	3.347 (58,3%)	407 (57,7%)	1.795 (59,7%)	48 (53,3%)
	5.105	883	5.738	705	3.007	90

Tijdens de trekking hebben we voor elke V.I. expliciet gestratificeerd voor deze variabelen. Dit betekent dat we op het moment van de trekking de populatie van elke V.I. opdeelden in 8 leeftijdscategorieën × 2 geslachten = 16 groepen, en uit elke groep een proportioneel aantal namen.

Deze methode leverde de volgende verdeling op over de leeftijdscategorieën en geslachten in de basissteekproef van 300 gevallen:

Tabel 5. Verdeling leeftijd basissteekproef per V.I.

Leeftijds- categorie	VI					
	1	2	3	4	5	6
00-29	5 (7,1%)	2 (5,6%)	6 (7,9%)	2 (5,7%)	3 (5,7%)	2 (6,7%)
30-34	6 (8,6%)	3 (8,3%)	7 (9,2%)	3 (8,6%)	5 (9,4%)	3 (10,0%)
35-39	7 (10,0%)	3 (8,3%)	8 (10,5%)	3 (8,6%)	6 (11,3%)	3 (10,0%)
40-44	9 (12,9%)	5 (13,9%)	10 (13,2%)	4 (11,4%)	7 (13,2%)	4 (13,3%)
45-49	10 (14,3%)	6 (16,7%)	12 (15,8%)	5 (14,3%)	8 (15,1%)	4 (13,3%)
50-54	12 (17,1%)	7 (19,4%)	13 (17,1%)	6 (17,1%)	10 (18,9%)	6 (20,0%)
55-59	16 (22,9%)	7 (19,4%)	15 (19,7%)	8 (22,9%)	10 (18,9%)	6 (20,0%)
60-64	5 (7,1%)	3 (8,3%)	5 (6,6%)	4 (11,4%)	4 (7,5%)	2 (6,7%)
	70	36	76	35	53	30

Tabel 6. Verdeling geslacht basissteekproef per V.I.

Geslacht	VI					
	1	2	3	4	5	6
Man	28 (40,0%)	15 (41,7%)	31 (40,8%)	15 (42,9%)	21 (39,6%)	15 (50,0%)
Vrouw	42 (60,0%)	21 (58,3%)	45 (59,2%)	20 (57,1%)	32 (60,4%)	15 (50,0%)
	70	36	76	35	53	30

Tabel 7 en 8 tonen de verdeling van de leeftijden en de geslachten per V.I. in de reservesteekproef.

Tabel 7. Verdeling leeftijd reservesteekproef per V.I.

Leeftijds- categorie	VI					
	1	2	3	4	5	6
00-29	5 (7,0%)	2 (5,6%)	6 (7,9%)	2 (5,9%)	3 (5,7%)	1 (3,3%)
30-34	6 (8,5%)	3 (8,3%)	7 (9,2%)	3 (8,8%)	5 (9,4%)	3 (10,0%)
35-39	8 (11,3%)	3 (8,3%)	8 (10,5%)	3 (8,8%)	6 (11,3%)	4 (13,3%)
40-44	9 (12,7%)	5 (13,9%)	10 (13,2%)	4 (11,8%)	7 (13,2%)	5 (16,7%)
45-49	10 (14,1%)	6 (16,7%)	12 (15,8%)	5 (14,7%)	8 (15,1%)	4 (13,3%)
50-54	12 (16,9%)	7 (19,4%)	13 (17,1%)	6 (17,6%)	10 (18,9%)	4 (13,3%)
55-59	16 (22,5%)	7 (19,4%)	15 (19,7%)	8 (23,5%)	10 (18,9%)	7 (23,3%)
60-64	5 (7,0%)	3 (8,3%)	5 (6,6%)	3 (8,8%)	4 (7,5%)	2 (6,7%)
	71	36	76	34	53	30

Tabel 8. Verdeling geslacht reservesteekproef per V.I.

Geslacht	VI					
	1	2	3	4	5	6
Man	29 (40,8%)	15 (41,7%)	31 (40,8%)	14 (41,2%)	21 (39,6%)	14 (46,7%)
Vrouw	42 (59,2%)	21 (58,3%)	45 (59,2%)	20 (58,8%)	32 (60,4%)	16 (53,3%)
	71	36	76	34	53	30

De verdere selectie binnen elk stratum (combinatie van een V.I., leeftijdscategorie en geslacht) verliep volledig at random. Voor andere variabelen, bijvoorbeeld de provincie, het precieze ziekenfonds of de diagnosecode, verdeelden we de steekproef niet in vooraf bepaalde categorieën en deden we een volledig toevallige steekproeftrekking.

Representativiteit van de effectief opgeroepen groep

De groep van 300 verzekerden die we uiteindelijk opriepen bestond uit 230 individuen uit de basissteekproef en 70 uit de reservesteekproef. Om praktische redenen konden we een gerechtigde uit de basissteekproef niet altijd vervangen door iemand met dezelfde V.I., leeftijdscategorie en geslacht.

Dit leidde onvermijdelijk tot kleine verschuivingen in de samenstelling van de groep die we uiteindelijk opriepen. De verdeling per leeftijdscategorie en geslacht bleef toch min of meer gerespecteerd.

Tabel 9. Verdeling leeftijd effectief opgeroepen groep per V.I.

Leeftijdscategorie	VI					
	1	2	3	4	5	6
00-29	6 (8,3%)	2 (5,9%)	10 (13,0%)	2 (5,9%)	4 (7,7%)	2 (6,5%)
30-34	6 (8,3%)	3 (8,8%)	7 (9,1%)	2 (5,9%)	3 (5,8%)	3 (9,7%)
35-39	6 (8,3%)	2 (5,9%)	7 (9,1%)	4 (11,8%)	6 (11,5%)	4 (12,9%)
40-44	8 (11,1%)	5 (14,7%)	10 (13,0%)	4 (11,8%)	5 (9,6%)	4 (12,9%)
45-49	13 (18,1%)	6 (17,6%)	9 (11,7%)	5 (14,7%)	8 (15,4%)	5 (16,1%)
50-54	11 (15,3%)	7 (20,6%)	14 (18,2%)	8 (23,5%)	11 (21,2%)	5 (16,1%)
55-59	17 (23,6%)	7 (20,6%)	16 (20,8%)	7 (20,6%)	12 (23,1%)	6 (19,4%)
60-64	5 (6,9%)	2 (5,9%)	4 (5,2%)	2 (5,9%)	3 (5,8%)	2 (6,5%)
	72	34	77	34	52	31

Tabel 10. Verdeling geslacht effectief opgeroepen groep per V.I.

Geslacht	VI					
	1	2	3	4	5	6
Man	26 (36,1%)	14 (41,2%)	32 (41,6%)	14 (41,2%)	21 (40,4%)	15 (48,4%)
Vrouw	46 (63,9%)	20 (58,8%)	45 (58,4%)	20 (58,8%)	31 (59,6%)	16 (51,6%)
	72	34	77	34	52	31

Deze selectiemethode beoogde voldoende representativiteit om, naast een globale evaluatie op nationaal niveau, de verschillende V.I. onderling of leeftijdscategorieën of geslachten onderling te kunnen vergelijken.

2. Anamnese en medisch onderzoek invalide verzekerden

Drie artsen-inspecteurs van de DGEC voerden een uitgebreide anamnese en medisch onderzoek uit bij de geselecteerde verzekerden en namen een gemeenschappelijke beslissing per verzekerde.

Tijdens de anamnese kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- ✦ medische status: voorgeschiedenis en huidige pathologie(ën)
- ✦ sociale status
- ✦ beroep
- ✦ hobby's
- ✦ eventuele antecedenten
- ✦ huidige dagindeling
- ✦ verplaatsingsmogelijkheden
- ✦ meest recente controle adviserend arts
- ✦ re-integratie
- ✦ toekomstvisie

3. Analyse inkomende fluxen invaliditeit

We analyseerden de inkomende fluxen invaliditeit van de onderzochte verzekerden. We gingen eerst na of we op basis van de gegevens van de flux uit IDES de erkenning zouden bevestigen of de verzekerde zouden oproepen (alle verzekerden werden uiteindelijk wel onderzocht).

Onze aandachtspunten in de dossiers waren:

- ✦ Komt het medisch onderzoek (MO) van de adviserend arts overeen met het MO dat wij uitvoerden in het kader van dit project?
- ✦ Zijn de verslagen in IDES weergegeven of niet?
- ✦ Is de medicatie van de verzekerde correct weergegeven (i.v.m. apotheekgegevens)?
- ✦ Heeft de adviserend arts de flux in de correcte periode ingediend (cfr. wettelijke criteria)?
- ✦ Verlengen we of beëindigen we de erkenning?

Op basis van die aandachtspunten hebben we vijf indicatoren bepaald om de invaliditeitsdossiers aan te toetsen.

1. Voldoet de kwaliteit van de anamnese en het medisch onderzoek van de adviserend arts?

Dit is moeilijk op een gestandaardiseerde manier te meten. Als een verzekerde tijdens ons medisch onderzoek bijvoorbeeld aangaf dat hij schouderproblemen had die reeds bestonden bij het onderzoek door de adviserend arts en het invaliditeitsdossier geen informatie bevatte over een schouderprobleem beschouwden wij dit als 'niet OK'.

2. Is de opleiding/werkanamnese correct genoteerd?

Het is belangrijk om dit correct te noteren. Er kan bijvoorbeeld in het verslag staan dat de verzekerde reeds bij 10 bedrijven heeft gewerkt. Indien de duur van het werk er niet bij staat kan dit voor foutieve interpretaties zorgen.

3. Zijn er verslagen weergegeven in de flux en binnen een bepaalde periode?

We evalueerden of er verslagen beschikbaar waren in het invaliditeitsdossier en of die dateerden van (ongeveer) de laatste zes maanden.

4. Is de medicatie correct weergegeven (i.v.m. apotheekgegevens)?

We stellen vast dat adviserend artsen vaak de geneesmiddelen noteren die de verzekerde zelf aangeeft maar dit niet altijd overeenstemt met de apotheekgegevens. Anderzijds gebeurt het ook dat de adviserend arts te veel geneesmiddelen noteert.

5. Voldoet de socio-professionele bespreking aan de verwachtingen?

We evalueerden of er een kort maar volledig beeld aanwezig was over de huidige, vroegere en toekomstige socio-professionele toestand van de onderzochte verzekerde.

Wanneer er 4 of 5 kwaliteitsindicatoren voldeden aan de verwachtingen beschouwden we de kwaliteit van het invaliditeitsdossier als 'goed'.

De correcte, tijdige indiening van de fluxen door de adviserend artsen hebben we verder niet bestudeerd in deze analyse omdat deze indicator ondertussen geëvalueerd werd voor de verdeling van de variabele administratiekosten van de V.I. De V.I. hebben bijna de helft van de fluxen laattijdig ingediend in 2018.

III. Resultaten

We hebben 290 verzekerden effectief onderzocht in de provinciale kantoren van de DGEC ofwel 96,6 % van het vooropgestelde aantal onderzoeken. Per V.I. onderzochten we minimum 31 verzekerden waarbij geslachten en leeftijden proportioneel vertegenwoordigd werden. Voor het overige gebeurde de trekking at random. 230 opgeroepen verzekerden kwamen uit de basissteekproef, 70 uit de reservesteekproef.

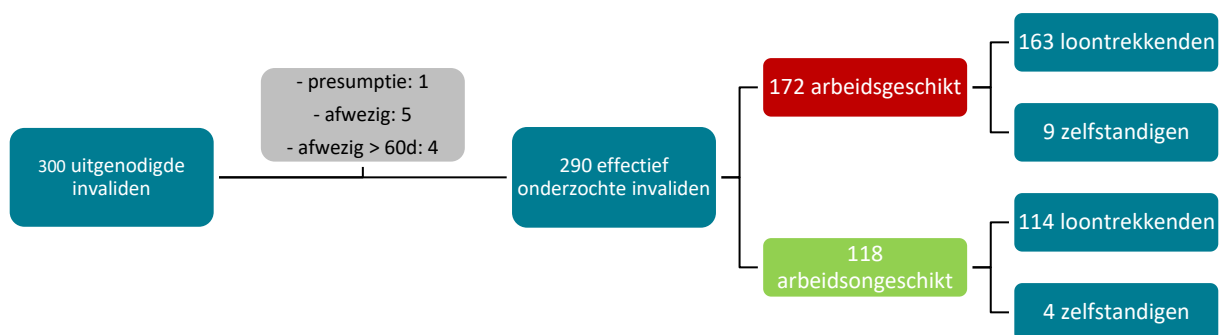
Tien verzekerden konden we niet onderzoeken. Eén verzekerde hernam het werk naar aanleiding van onze uitnodiging. Er was ook één keer presumptie door een langdurige opname in het ziekenhuis. Vier verzekerden hebben nog een art.134 §2 (schorsing) lopen en bij vier andere verzekerden werd reeds de 60 dagen-regel toegepast na art. 134 §2 (einde erkenning).

1. Aantal arbeidsgeschikte verzekerden na medisch onderzoek

De beslissing arbeidsgeschiktheid namen we steeds op basis van een combinatie van een anamnese, een uitgebreider (adequater) medisch onderzoek en een verduidelijking van de referentieberoepen, verhelderd door de verzekerde meegebrachte verslagen.

Bij 118 van de 290 verzekerden konden we de arbeidsongeschiktheid bevestigen. We stelden vast dat 172 verzekerden of **59,8 % van de 290 onderzochte invalide verzekerden arbeidsgeschikt was**. Deze verzekerden beantwoordden niet aan de criteria voor de verdere erkenning van hun arbeidsongeschiktheid en schreven we uit de invaliditeit. Van de 172 verzekerden die we uitschreven waren er 9 zelfstandigen (art.19/20 KB 20.07.1971). Vier zelfstandigen weerhielden we als arbeidsongeschikt.

Figuur 1. Uitnodigingen, aanwezigheden en beslissingen onderzochte invalide verzekerden



32 van de 163 loontrekkenden – die we na ons onderzoek uitschreven uit de invaliditeit - hervatten het werk reeds gedeeltelijk(en/of zelfstandig bijberoep). We schreven deze verzekerden uit voor zowel art. 100§1 (AO) als art. 100§2 (progressieve werkhervatting). We hebben 20 loontrekkenden die ook een progressieve werkhervatting deden verder erkend.

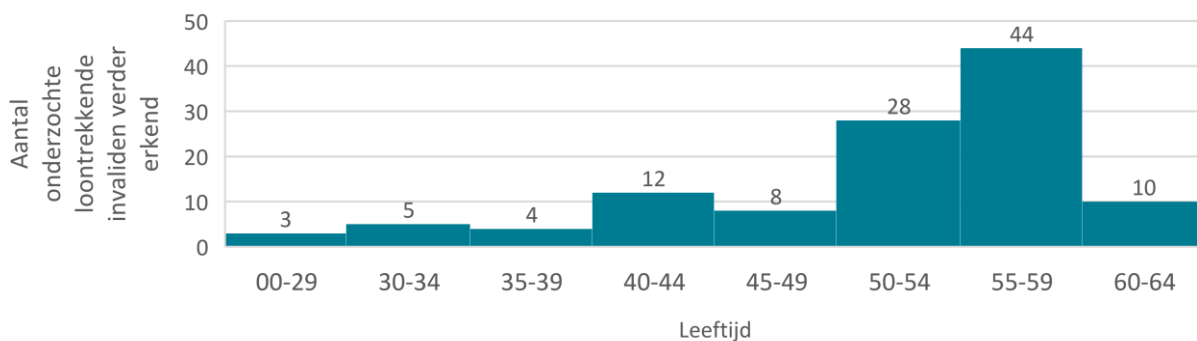
We stelden geen significante verschillen vast in de kans op uitschrijving tussen de verschillende V.I.

Bij de loontrekkenden bevestigden we de arbeidsongeschiktheid bij 52 mannen en 62 vrouwen. In deze groep stelden we bij 58 mannen en 105 vrouwen een einde aan de invaliditeit.

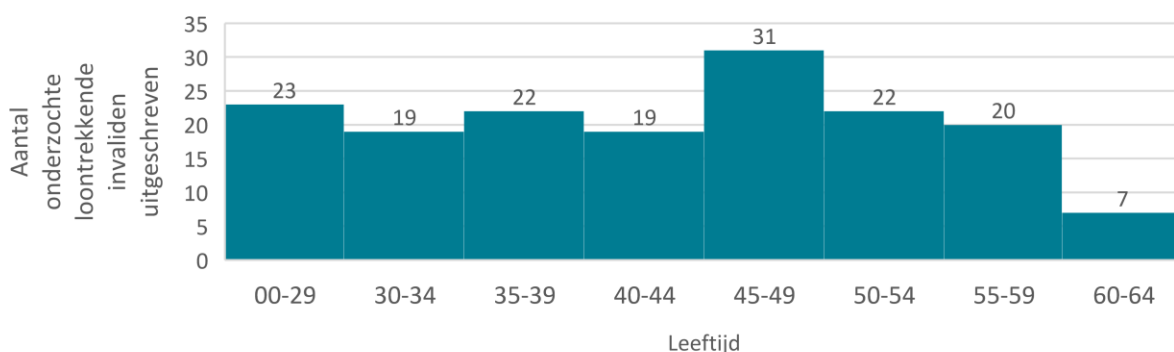
Het verschil in de kans op uitschrijving tussen de geslachten bleek niet significant.

Wanneer we de resultaten per leeftijdscategorie bekeken viel op dat het aandeel dat verder erkend blijft groter is in de hoogste leeftijdscategorieën (50-54, 55-59 en 60-64). Voor de categorie 55-59, die het grootste aandeel aan verzekerden heeft die we verder erkenden, verschilt dit ook statistisch significant van de leeftijden 00-29, 30-34, 35-39, en 45-49. Figuur 2 en 3 geven het aantal onderzochte loontrekkende invaliden weer dat we verder erkenden en uitschreven per leeftijd.

Figuur 2. Aantal onderzochte loontrekkende invaliden verder erkend als arbeidsongeschikt, per leeftijd



Figuur 3. Aantal onderzochte loontrekkende invaliden uitgesloten uit de invaliditeit, per leeftijd



Op basis van de anamneses stelden we vast dat het merendeel van de verzekerden niet deelnam aan re-integratietrajecten.

We hebben reeds 28 beroepen van verzekerden ontvangen op 1 september 2020.

2. Beoordeling fluxen (dossiers) door drie artsen-inspecteurs

Op basis van de beoordeling van de door de adviserend arts toegestuurde “flux” (steekkaart) zouden we:

- ✦ 139 verzekerden nader moeten onderzoeken
- ✦ 151 verzekerden verder als arbeidsongeschikt erkennen zonder onderzoek.

Er zijn nog 58 verzekerden, die we op basis van de flux niet zouden oproepen hebben, toch arbeidsgeschikt (-66 %) bevonden tijdens het onderzoek door de arts-inspecteur.

De resultaten van de kwaliteit van de dossiers staan beschreven in tabel 11.

Tabel 11. Beoordeling 5 kwaliteitsindicatoren onderzochte fluxen

5 indicatoren	Niet OK	OK
1. flux (anamnese en MO)	107 (37 %)	183 (63 %)
2. loopbaan	134 (46 %)	156 (54 %)
3. verslagen (geen verslagen of onvoldoende/fout samengevat)	133 (46 %)	157 (54 %)
4. medicatiegebruik	113 (39 %)	177 (61 %)
5. socio-professionele discussie	127 (44 %)	163 (56 %)

Een kwart van de uitgeschreven verzekerden had een ‘goed’ invaliditeitsdossier (4 of 5 kwaliteitsindicatoren voldeden aan de vereisten). Bij de verzekerden die we verder erkennen was dit ongeveer de helft. De kwaliteit van het invaliditeitsdossier blijkt een significante voorspeller te zijn voor de kans om verder erkend te blijven (OR = 2,91 met 95 % BI [1,61; 5,25]).

IV. Bespreking

Hoe kunnen we verklaren dat meer dan de helft van de onderzochte verzekerden toch arbeidsgeschikt is? Gezien we verzekerden selecteerden die in het eerste kwartaal van 2019 in invaliditeit traden, kunnen we veronderstellen dat deze in een chronische (stabiele) toestand verkeren tijdens de voorgestelde periode door de adviserend arts. We gaan er daarom van uit dat het resultaat van het medisch onderzoek van de adviserend arts overeenstemt met ons resultaat, en de tijdsperiode tussen beide onderzoeken geen majeure rol zou spelen.

We weten dat er weinig concrete en objectieve richtlijnen beschikbaar zijn voor de adviserend artsen om tot uniforme beslissingen te komen. We stellen vast dat de integrale kwaliteit van de invaliditeitsdossiers beter kan om tot een correcte beoordeling van de verzekerde te komen. We benadrukken de nood aan een betere screening van arbeidsongeschikte verzekerden.

Concreet houdt dit in dat:

- ✦ er nood is aan een adequatere opvolging van bepaalde risicogroepen arbeidsongeschikte verzekerden door de adviserend arts.
- ✦ het medisch onderzoek cruciaal is om te beslissen of de AO wordt voortgezet of beëindigd.
- ✦ de kwaliteit van de invaliditeitsdossiers verhoogd moet worden.
- ✦ we de correctheid van de attesterende arts in vraag moeten stellen.
- ✦ we moeten evalueren of de medische controles door de V.I. afdoende zijn in tijden van een blijvende stijging van het aantal invaliden. Deze progressieve toename vraagt om een andere organisatie van de medische controles. De rol van de paramedici bij de voorbereiding van de invaliditeitsdossiers dient groter te worden zodat de adviserend artsen in weinig tijd over de juiste gegevens kunnen beschikken. Zij behoren de spilfiguur te zijn voor de opvolging van de AO, maar de aanvullende en ondersteunende rol van paramedici kan van belang zijn om de kwaliteit van de invaliditeitsdossiers te verhogen.
- ✦ er meer communicatie nodig is tussen de attesterende arts, de adviserend arts en de arbeidsarts.
- ✦ de V.I. en de adviserend artsen hun medische controles beter moeten voorbereiden.

Het is positief is dat we geen significante verschillen vaststelden in de kans op uitschrijving tussen de V.I. We kunnen streven naar een gemeenschappelijke aanpak.

We merken op dat V.I. met een hoger aantal adviserend artsen geen betere resultaten boeken dan V.I. met minder adviserend artsen. Het lijkt dat meer middelen geen garantie zouden bieden voor betere resultaten.

We schreven dus niet per se meer verzekerden uit bij de V.I. die over relatief minder adviserend artsen beschikten. Anderzijds is het mogelijk dat sommige V.I. een uitgebreider netwerk van ondersteunende paramedici hebben dan anderen. De rol van deze ondersteunende paramedici bestudeerden we niet verder in deze studie.

V. Conclusie

De artsen-inspecteurs van de DGEC schreven meer dan de helft van de verzekerden uit die als invalide waren erkend na een uitgebreide anamnese en medisch onderzoek. De kwaliteit van de invaliditeitsdossiers was ook in de helft van de gevallen onvoldoende. Een optimalisatie en uitbreiding van de screening van arbeidsongeschikte verzekerden kan er mee voor zorgen dat onterechte arbeidsongeschikte verzekerden niet langer erkend blijven zodat er minder middelen van de sociale zekerheid inefficiënt besteed worden.

Men kan zich afvragen of de toegang tot de invaliditeitsuitkering geen makkelijke route is voor iemand die uit de werkloosheid dreigt te vallen of iemand die de afstand tot de steeds hoger wordende pensioenleeftijd wil verkleinen. Strengere criteria en gerichtere controles zouden moeten voorkomen dat verzekerden zich nestelen in de AO.

VI. Acties en voorstellen

- ✦ De resultaten van dit onderzoek impliceren de nood aan een ‘meer aangewezen’ onderzoek van arbeidsongeschikte verzekerden.
 - ✧ Hoe kunnen de **V.I.** dit concreet bewerkstelligen gelet op de toegenomen werkbelasting per adviserend arts en desondanks de toename van het aantal paramedici?
 - De vooropgestelde prioriteiten bij de uitvoering van controleonderzoeken nauwkeuriger uitwerken en naleven.

Het is bv. niet zinvol om mensen met gemetastaseerde kankers op te roepen of te controleren als de verslaggeving voldoende bewijs bevat.

In de marge van dit onderzoek stelden we vast dat de meest voorkomende ziektegroepen in de populatie van arbeidsongeschikten, namelijk psychische aandoeningen en ziekten van het bewegingsstelsel, ook het frequentst voorkwamen in de groep van verzekerden die we uitschreven. Slechts 15,12 % van de uitgeschreven invaliden had een ander ziektebeeld dan psychische aandoeningen of ziekten van het bewegingsstelsel. Deze twee ziektegroepen blijven dan ook prioritair voor de medische controleonderzoeken.
 - Vermits het aantal verzekerden waarbij we de AO bevestigden bij verzekerden ouder dan 55 significant verschilt van de leeftijdsgroepen onder de 50 lijkt het aangewezen om deze laatste groep minder frequent te onderzoeken dan invalide verzekerden jonger dan 55. De V.I. zouden bepaalde profielen al dan niet frequenter moeten onderzoeken.
 - ...
 - ✧ Zijn er voldoende richtlijnen of hulpmiddelen beschikbaar voor de **adviserend artsen en huisartsen**?
 - bv. richtlijnen ‘objectieve’ beoordeling ziektebeelden

Het aantal psychische problemen als oorzaak van invaliditeit neemt toe. Burn-out is daar een treffend voorbeeld van. Kunnen huisartsen dit ziektebeeld ‘objectief’ beoordelen als de definitie van burn-out vorig jaar nog herzien werd en er een beperktere mogelijkheid is tot evidence based handelen? Een studie van de KU Leuven en het RIZIV bevestigt dat meer dan de helft van de huisartsen het (eerder tot zeer) moeilijk vindt om depressie van burn-out te onderscheiden⁸. We benadrukken de nood aan wetenschappelijke studies die als richtlijnen kunnen dienen voor diegenen die de verzekerden moeten onderzoeken en beoordelen.

⁸ Decuman S., Van Audenhove C. De visie van huisartsen over de relatie tussen werk en psychische klachten: samenvatting onderzoeksresultaten (1-9). Leuven: KU Leuven en RIZIV (DU). 2015.

- bv. richtlijnen indicatieve duurtijd arbeidsongeschiktheid

Er gaan steeds meer stemmen op om de duur van de arbeidsongeschiktheid vooraf indicatief te bepalen voor ziektebeelden waarbij dit enigszins mogelijk is. Extra controles doorvoeren bij de overschrijding van deze indicaties kan een onnodige verlenging van de arbeidsongeschiktheid voorkomen.

Het Nationaal college voor sociale verzekeringsgeneeskundige had als taak richtlijnen voor een aantal pathologieën op te stellen. Dit is tot op heden nog niet geconcretiseerd.

- ✦ We benadrukken het belang van de responsabilisering van de **adviserend artsen en de V.I.:**

De financiële impact die volgt uit het resultaat van onze terreinanalyse zou op jaarbasis meer dan een half miljard euro⁹ bedragen wanneer alle uitgeschreven verzekerden zouden terugkeren naar de arbeidsmarkt.

We beseffen dan ook dat, indien we onze resultaten extrapoleren naar de totale populatie van invaliden, er een belangrijke impact op het budget van de sociale zekerheid vermeden kan worden. De (financiële) responsabilisering van de adviserend artsen en de V.I. om verzekerden alleen verder te erkennen als ze echt niet in staat zijn om te werken is een absolute noodzaak.

- ✦ We benadrukken ook de responsabilisering van de **voorschrijvende artsen** en hun voorschrijfgedrag bij arbeidsongeschiktheid:

Onze terreinanalyse evalueerde enkel de activiteiten van de adviserend arts. De responsabilisering van de voorschrijvende arts zou ook een grote meerwaarde betekenen in het kader van AO en invaliditeit.

- ✦ Beschikt de DU over voldoende informatie om correcte beslissingen te nemen?

We geven concrete aanbevelingen om de fluxen te verbeteren. De huidige fluxen leveren vaak onvoldoende informatie op.

- ✦ De flux dient, zoals wettelijk voorzien, aanwezig te zijn op de eerste dag van de twaalfde maand AO (cfr. onderzoek laattijdige fluxen VARAK 2020).
- ✦ De adviserend artsen moeten de verslagen van de behandelende artsen toevoegen.
- ✦ Het lijkt ons een minimumvereiste dat de 5 onderzochte indicatoren voldoende uitgewerkt aanwezig zijn in de flux.

- ✦ Is er geen nood aan een gedeeld elektronisch platform waarbij de **betrokken artsen** (arbeidsarts, behandelend arts en adviserend arts), de V.I. en het RIZIV vanaf de aanvang van de AO informatie over de arbeidsongeschiktheid van een verzekerde op moeten plaatsen en kunnen raadplegen? Dergelijk platform hoeft de rechten van de verzekerden niet in het gedrang te brengen.

⁹ Op basis van de uitgaven in 2019 stellen we vast dat er gemiddeld 14.876,12 EUR aan een loontrekkende invalide werd uitbetaald (respectievelijk 14.064,96 EUR voor een zelfstandige invalide) in 2019. Zelf hebben we 59,8 % van de onderzochte invaliden uitgeschreven. Wanneer we dit doortrekken op jaarbasis (+/- 70.000 nieuwe intredes) bekommen we een financiële impact van meer dan 600 miljoen EUR. (Bron: Finstat DU, RIZIV).

- ✧ De studie van de KU Leuven en het RIZIV¹⁰ bevestigt dat 90 % van de huisartsen de adviserend arts nooit contacteert of slechts in een minderheid van de gevallen.
 - ✧ We benadrukken de gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken artsen om dit probleem mee aan te pakken.
 - ✧ De huidige flux loopt van de **V.I.** naar de **DU**. Meer transparantie en toegang voor **meerdere stakeholders** zou nuttig zijn.
- ✦ Kan een rechtstreeks overleg (eventueel ook preventief tussen de **adviserend artsen en de Dienst uitkeringen van het RIZIV**) helpen om de vastgestelde problemen met de fluxen op te lossen?
 - ✦ Is het niet wenselijk het huidige re-integratie**beleid** bij te sturen voor meer efficiëntie zodat invaliden spoediger aan de slag kunnen, al dan niet met aangepast werk? Enkel wie echt totaal geen mogelijkheden meer op de arbeidsmarkt heeft, zou de erkenning voor invaliditeit mogen krijgen.
 - ✦ Worden de bestaande richtlijnen van de DU over gedeeltelijke werkhervattingen¹¹ opgevolgd? Er zijn mensen die na de eerste dag AO hun werk reeds deels hervatten. Dit doen ze voor de rest van hun invaliditeitsperiode of tot hun pensioen. In het merendeel van de werkhervattingen kan dit niet de bedoeling zijn.

VII. Opvolging

Op termijn willen we nagaan wat de verzekerden die we uitschreven zullen doen: werkloos blijven, terugkeren naar de arbeidsmarkt of opnieuw proberen om een statuut van arbeidsongeschiktheid te bekomen. We zouden dit binnen een periode van zes maanden tot een jaar kunnen evalueren.

¹⁰ Decuman S., Van Audenhove C. De visie van huisartsen over de relatie tussen werk en psychische klachten: samenvatting onderzoeksresultaten (1-9). Leuven: KU Leuven en RIZIV (DU). 2015.

¹¹ Richtlijnen voor hervatting aangepaste werkzaamheid met toelating: omzendbrief V.I. 2019/281, o.a.

“Wanneer de aanvraag tot toelating tot werkhervatting betrekking heeft op een werkhervatting **bij dezelfde werkgever binnen een periode van minder dan vier weken** te rekenen vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, zal de adviserend arts de gerechtigde onderwerpen aan een medisch onderzoek om zich ervan te vergewissen dat de gerechtigde voldoet aan de in artikel 100, §2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde voorwaarden. “

Bijlagen

Bijlage 1: Evolutie arbeidsongeschiktheid in België

Het aantal actieve primaire uitkeringsgerechtigden (PUG) bij de loontrekkenden steeg van 2014 tot 2019. Het aantal werkloze PUG is progressief gedaald (tabel 1a).

Tabel 1a. Evolutie aantal Primaire Uitkeringsgerechtigden – Bruggepensioneerden (loontrekkenden) 2014-2019

Aantal PUG - BRUG	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Actieven	3.135.523	3.144.545	3.195.228	3.236.250	3.295.810	3.353.482
Werklozen	649.909	621.975	556.187	519.769	477.457	438.778
Totaal	3.785.432	3.766.520	3.751.415	3.756.019	3.773.267	3.792.260

Bron: RIZIV. BRUG = brugpensioen

Tabel 1b. Evolutie aantal Primaire Uitkeringsgerechtigden (zelfstandigen) 2014-2019

Aantal PUG	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zelfstandigen	556.076	563.758	571.342	577.006	586.015	596.250
Meehelpende echtgenoot	24.093	22.569	21.315	20.447	19.359	18.219
Totaal	580.169	586.327	592.657	597.453	605.374	614.469

Bron: RIZIV

Het aantal invaliden bij de loontrekkenden is progressief gestegen doorheen de jaren, zowel bij vrouwen als bij mannen (tabel 2). De evolutie is gelijklopend met de stijging van de uitgaven voor de uitkeringen.

Tabel 2a. Evolutie aantal invaliden en uitgaven bij loontrekkenden 2014-2019

Aantal invaliden	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mannen	142.920	151.588	157.717	161.563	167.904	173.897
Vrouwen	178.653	195.383	208.576	218.345	232.841	246.607
Totaal	321.573	346.971	366.293	379.908	400.745	420.504
Uitgaven €	4.311.634.508	4.688.316.620	5.085.153.055	5.419.344.956	5.841.179.303	6.208.819.880

Bron: RIZIV

Het aantal invaliden bij de zelfstandigen is eveneens gestegen doorheen de jaren, maar minder uitgesproken dan bij de loontrekkenden.

Tabel 2b. Evolutie aantal invaliden en uitgaven bij zelfstandigen 2014-2019

Aantal invaliden	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Zelfstandigen	20.757	21.857	22.908	23.287	24.497	26.037
Meehelpende echtgenoot	1.596	1.580	1.564	1.462	1.365	1.326
Totaal	22.353	23.437	24.472	24.749	25.862	27.363
Uitgaven € (Hvd, inhaalpremie bijgerekend)	291.594.430	304.273.090	326.076.559	342.448.495	362.906.752	386.002.134

Bron: RIZIV. Hvd = hulp van derden

Tabel 3. Evolutie uitgaven Uitkeringen arbeidsongeschiktheid (primaire AO en invaliditeit)

Uitgaven €	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PAO Loon	1.695.982.119	1.724.072.196	1.693.584.030	1.712.317.502	1.816.257.101	1.944.863.740
Inv Loon	4.311.634.508	4.688.316.620	5.085.153.055	5.419.344.956	5.841.179.303	6.208.819.880
Tot Loon	6.007.616.627	6.412.388.816	6.778.737.085	7.131.662.458	7.657.436.404	8.153.683.620
PAO Zelf	84.324.225	86.941.431	85.800.939	86.529.480	105.727.425	123.349.461
Inv Zelf	291.594.430	304.273.090	326.076.558	342.448.495	362.755.641	386.002.134
Tot Zelf	375.918.654	391.214.520	411.877.497	428.977.975	468.483.065	509.351.595
Alg. Totaal	6.383.535.281	6.803.603.336	7.190.614.582	7.560.640.433	8.125.919.469	8.663.035.215

Bijlage 2: socio-professionele re-integratie arbeidsongeschikte verzekerden

Socio-professionele re-integratieprogramma's zijn trajecten die arbeidsongeschikte personen de mogelijkheid bieden om competenties te verwerven of te actualiseren met het oog op hun terugkeer naar de arbeidsmarkt.

Tabel 4. Aantal opgestarte trajecten, 2013-2018, per regio en per type traject (binnen of buiten samenwerkingsovereenkomst met bv. VDAB)

Regio	type traject	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brussel	Binnen overeenkomst	0	34	68	152	129	74
	Buiten overeenkomst	10	16	14	16	20	13
	Subtotaal	10	50	82	168	149	87
Vlaanderen	Binnen overeenkomst	2168	1497	2100	3468	3833	4037
	Buiten overeenkomst	63	60	103	160	142	152
	Subtotaal	2231	1557	2203	3628	3975	4189
Wallonië	Binnen overeenkomst	209	289	535	937	860	870
	Buiten overeenkomst	210	255	226	235	218	207
	Subtotaal	419	544	761	1172	1078	1077
Totaal		2660	2151	3046	4968	5202	5353

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-integratietrajecten

Er is een sterke stijging van het aantal trajecten, vnl. de trajecten binnen de samenwerkingsovereenkomsten (93 % in 2018).

Tabel 5. Aantal verzekerden die een valoriserende opleiding volgden, 2016-2018, per regio

	2016		2017		2018	
	Aantal goedgekeurde opleidingen	Aantal lopende opleidingen	Aantal goedgekeurde opleidingen	Aantal lopende opleidingen	Aantal goedgekeurde opleidingen	Aantal lopende opleidingen
Brussel	114	153	105	202	68	172
Vlaanderen	816	1127	859	1658	1017	2104
Wallonië	737	1247	814	1556	744	1654
Totaal	1667	2527	1778	3416	1829	3930

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-integratietrajecten

Een opgestart project leidt niet noodzakelijk tot een opleiding. In Vlaanderen is het aantal goedgekeurde opleidingen door de Hoge Commissie van de GRI (HCGRI) laag t.o.v. het aantal opgestarte trajecten. De meerderheid wordt immers begeleid naar werk met een (andere) aangepaste begeleiding in het kader van het Vlaamse raamakkoord. In Wallonië en Brussel is het aantal valoriserende opleidingen relatief hoger.

Tabel 6. Evaluaties opleidingen in 2018, per regio

	Aantal ingediende evaluaties	Geslaagd (%)	Niet geslaagd (%)	Voortijdige stopzetting (%)
Brussel	52	44.2 %	3.8 %	51.9 %
Vlaanderen	638	57.5 %	6.8 %	35.8 %
Wallonië	493	59.2 %	5.0 %	35.6 %
Totaal	1183	57.6 %	6.0 %	36.3 %

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-integratietrajecten

Slechts 57,6 % van de verzekerden in België slaagt voor de opleiding (tabel 7).

Tabel 7. Terugkeer naar arbeidsmarkt per regio, 18 maanden na start traject

Situatie 18 maanden na de start van het traject	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	Totaal
UIT ARBEIDSONGESCHIKTHEID				
Uitsluiting [1]	2,7 %	6,6 %	5,8 %	6,2 %
Spontane werkhervatting [2]	7,7 %	13,4 %	9,2 %	12,1 %
Ander (overlijden, pensioen) [3]	0,7 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %
Subtotaal [1]-[3]	11,1 %	20,4 %	15,3 %	18,8 %
NOG STEEDS ARBEIDSONGESCHIKT				
Gedeeltelijke werkhervatting [4]	5,4 %	18,1 %	4,5 %	14,2 %
Vrijwilligerswerk [5]	6,4 %	15,1 %	2,9 %	11,6 %
Geen werkhervatting [6]	77,1 %	46,4 %	77,3 %	55,4 %
Subtotaal [4]-[6]	88,9 %	79,6 %	84,7 %	81,2 %
TOTAAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Subtotaal "terugkeer naar de arbeidsmarkt" [1] + [2] + [4]	15,8 %	38,1 %	19,5 %	32,5 %

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-integratietrajecten

Hierbij definiëren we een "terugkeer naar de arbeidsmarkt" als volgt: ten eerste stellen we dat iedere verzekerde die de arbeidsongeschiktheid verlaat (behalve omwille van pensioen of overlijden) terugkeert naar de arbeidsmarkt. Ten tweede, kan een verzekerde terug beginnen werken met toestemming van de adviserend arts, zelfs wanneer hij arbeidsongeschikt blijft. Hierbij kan hij een betaalde of onbetaalde gedeeltelijke werkhervatting of vrijwilligerswerk doen. We beschouwen hier iedere gedeeltelijke werkhervatting ook als een "terugkeer naar de arbeidsmarkt".

81,2 % van de verzekerden is na 18 maanden na de start van het traject nog steeds erkend als arbeidsongeschikt, waarvan de meerderheid zonder enige vorm van werkhervatting. Van deze groep heeft 14,2 % een goedkeuring van de adviserend arts voor een gedeeltelijke werkhervatting en 11,6 % voor vrijwilligerswerk.

Tabel 8 geeft de details weer van de terugkeer naar de arbeidsmarkt op 18 maanden na de einddatum van de opleiding, bij verzekerden die een opleiding beëindigden in 2016 of 2017, per regio.

Tabel 8. Terugkeer naar arbeidsmarkt per regio, 18 maanden na einddatum opleiding

Situatie 18 maanden na einde van de opleiding	Brussel	Vlaanderen	Wallonië	Totaal
UIT ARBEIDSONGESCHIKTHEID				
Uitsluiting [1]	6,7 %	8,8 %	14,0 %	11,5 %
Spontane werkherhvatting [2]	24,0 %	29,7 %	23,0 %	25,8 %
Ander (overlijden, pensioen) [3]	2,7 %	0,5 %	0,4 %	0,5 %
Subtotaal [1]-[3]	33,3 %	39,0 %	37,3 %	37,8 %
NOG STEEDS ARBEIDSONGESCHIKT				
Gedeeltelijke werkherhvatting [4]	4,0 %	18,2 %	4,7 %	10,2 %
vrijwilligerswerk [5]	9,3 %	9,2 %	1,8 %	5,2 %
Geen werkherhvatting [6]	53,3 %	33,7 %	56,2 %	46,8 %
Subtotaal [4]-[6]	66,7 %	61,1 %	62,7 %	62,2 %
TOTAAL	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Subtotaal "terugkeer naar de arbeidsmarkt" [1] + [2] + [4]	34,7 %	56,6 %	41,6 %	47,4 %

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-intgeratietrajecten

Ten opzichte van de vorige sectie is het voordeel van deze analyses dat het hier gaat over verzekerden die effectief hun opleiding hebben voltooid. De beperking is dat het niet gaat over alle verzekerden die een traject volgen. Zoals reeds besproken leidt niet elk traject tot een valoriserende opleiding.

Tabel 9. Kost beroepsherscholingstrajecten 2016-2018 (in EUR)

	2016	2017	2018
Totale uitgaven ingediend door de V.I. – regularisaties voorgaand jaar	8.576.963,25	9.322.686,14	10.206.990,95
Totale forfaitaire betalingen partners samenwerkingsovereenkomst	6.000.000,00	18.450.000,00	20.610.000,00
✦ VDAB	6.000.000,00	18.000.000,00	20.160.000,00
✦ Bruxelles Formation	0	450.000,00	450.000,00
TOTAAL	14.576.963,25	27.772.686,14	30.816.990,95

Bron: RIZIV: Jaarrapport 2018: Socioprofessionele re-intgeratietrajecten

De kost van de beroepsherscholingstrajecten is in 2018 verdubbeld t.o.v. 2016 (tabel 9).

Bijlage 3: Gedeeltelijke werkhervattingen arbeidsongeschikte verzekerden

De arbeidsongeschikte verzekerde heeft de mogelijkheid om, mits toelating van de adviserend arts, een activiteit progressief/deeltijds te hervatten als een stap naar zijn socio-professionele re-integratie.

Het aantal verzekerden dat een toelating heeft ontvangen kent een stijging in de tijd. Ten opzichte van 2015 is het aantal toelatingen op 31.12.2018 gestegen met 46,2 % bij de loontrekkenden en met 38,3 % bij de zelfstandigen. Tabel 10 geeft de evolutie van het aantal gedeeltelijke werkhervattingen weer van 2016-2018.

Tabel 10. Evolutie aantal gedeeltelijke werkhervattingen 2015-2018

Aantal gedeeltelijke werkhervattingen	2015	2016	2017	2018
Loontrekkenden	40.724	47.502	54.526	59.537
Zelfstandigen	4.670	5.109	5.832	6.459

Bron: RIZIV

Bijlage 4: Wijzigingsclausule 2019-2020 bij 5^e bestuursovereenkomst 2016-2018: wettelijk kader rol DGEC in sector uitkeringen

Artikel 38. Evaluatie en controle door de DGEC in de keten van de processen in de uitkeringsverzekering.

Dit artikel betreft een nieuw project dat een verdere uitbouw is van projecten die in eerdere Bestuursovereenkomsten van het RIZIV waren opgenomen (zoals de evaluatieprojecten DGEC, de PAO cartografieën adviserend artsen, het project evaluatie voorschrijvers arbeidsongeschiktheid).

Omschrijving

Het betreft de evaluatie en controle die door de DGEC wordt uitgevoerd in de keten van de processen die in de uitkeringsverzekering zijn geïmplementeerd, zowel bij het voorschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten als bij de evaluatie en opvolging van de arbeidsongeschikte verzekerden door alle betrokken actoren. De DGEC zal zijn controle opdrachten in deze sector herdefiniëren en intensifiëren en zijn wettelijke opdracht vervullen door de werking van de adviserend artsen bij de primaire controle te evalueren en te monitoren.

Kader

Evalueren en controleren.

Krachtlijnen

- Correcte en uniforme toepassing van de wetgeving betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- Beheersing van de uitgaven.

Context

De Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle draagt bij tot een optimale aanwending van de middelen van de Verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGVU). Hiertoe ziet de DGEC er onder meer op toe dat alle betrokkenen (zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, Verzekeringsinstellingen, adviserend artsen, sociaal verzekerden,...) hun verplichtingen correct naleven binnen een adequaat wettelijk en reglementair kader.

Het beleid van de DGEC steunt daarbij op drie complementaire pijlers: Informatie, Controle en Evaluatie (ICE). Door een algemene en efficiënte aanpak maakt de DGEC op het gepaste ogenblik gebruik van de juiste combinatie van instrumenten om zo bij te dragen tot een optimale aanwending van de middelen van de VGVU.

Dit project zal zich toespitsen op volgende 3 delen binnen de keten van de processen in de uitkeringsverzekering :

1. Ontwikkelen van een preventieve aanpak tav de voorschrijvende artsen

Wat de sector van de uitkeringsverzekering betreft wil de DGEC een preventieve aanpak ontwikkelen ten aanzien van de voorschrijvende artsen op vlak van de aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten. Op basis van analyses van de gegevensstroom CIT-IDES tussen de VI en het RIZIV, waarin ook de data over de voorschrijvers zijn opgenomen, kunnen op regelmatige basis de outliers worden gedetecteerd.

De DGEC verfijnt de indicatoren voor de steekproeven. Het voorschrijfgedrag op het terrein wordt via steekproeven gemonitord.

De nodige informatie, individuele feedback en waarschuwingen kunnen aan die voorschrijvende artsen worden gegeven. In zware gevallen kunnen dossiers worden overgemaakt aan de Orde van Artsen. Het opzetten van een dergelijk proces van analyse, controle en feedback kan een sensibiliserend, responsabiliserend effect hebben naar de zorgverleners.

Hierbij moet opgemerkt worden dat het voorschrijfgedrag voor periodes arbeidsongeschiktheid die niet ressorteren onder de verplichte ziekteverzekering (gewaarborgd loon) niet opgenomen zijn in de scope van dit project.

2. Uitoefenen van toezicht op de adviserend artsen

Een tweede aspect van de activiteiten van de DGEC in de sector uitkeringen betreft het uitoefenen van het extern toezicht op de werking van de adviserend artsen. Dit deelproject heeft als doel de activiteiten van de adviserend artsen (Adviserend arts) in de sector uitkeringen in kaart te brengen. De Adviserend arts en hun medico-socioadministratieve equipes die 'outliers' zijn op het gebied van de evaluatie van de arbeidsongeschikte verzekerden worden geïdentificeerd volgens onder andere volgende criteria:

- oproepingsbeleid: aantal contacten per verzekerde volgens de duur van de AO en de pathologie,
- duur van de arbeidsongeschiktheid volgens pathologie,
- initiatieven voor professionele re-integratie,
- correcte administratieve gegevens: socio-professioneel, statuut,...
- evaluatie volgens de richtlijnen van de SIDU,...

Ook de delegatiepolitiek van de VI wordt geëvalueerd.

De opvolging van de verzekerden door de adviserend artsen op het gebied van onder andere de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid, de gedeeltelijke werkhervattingen, de initiatieven voor professionele re-integratie zullen gemonitord kunnen worden. Er wordt feedback gegevens aan de adviserend artsen en

acties kunnen ondernomen worden om de kwaliteit van de processen te verbeteren indien nodig.

3. Evaluatie en controle van de opvolging door de Adviserend arts van vaststellingen van niet toegelaten activiteit

Dit deelproject zal zich focussen op de evaluatie van de beslissingen van de VI/adviserend artsen bij vaststelling van niet toegelaten activiteit (NTA) door de Dienst voor administratieve controle (DAC). De DAC voert controles uit in het kader van de strijd tegen de sociale fraude door sociaal verzekerden. De sociaal controleurs van de DAC controleren de onwettige cumulatie van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid met het uitoefenen van een beroepsactiviteit (zwartwerk). De sociaal controleurs kunnen hierbij Pv's van vaststellingen opmaken. Deze worden ook aan de VI van de verzekerde bezorgd door de DAC zodat de VI voor de verdere afhandeling kan instaan.

Dit project zal zowel voor de DGEC als de DAC een meerwaarde hebben bij het vervullen van hun wettelijke opdrachten. De gevallen waar de VI zelf de vaststelling van NTA heeft gedaan vallen buiten de scope van dit project.

Het nazien van de opvolging door de verschillende VI, van de vaststellingen van NTA, kan een nuttig instrument zijn om de activiteiten van de VI op dit gebied te evalueren en indien nodig bij te sturen. Tijdens een terreinactie zal gecontroleerd worden of de reglementaire bepalingen worden gevolgd, onder andere wat het uitvoeren van geneeskundige onderzoeken door de adviserend artsen betreft.

Lijst van actie-verbintenissen

1. Rapportering naar de bevoegde organen (Comité DGEC, HRGD) van de bevindingen op vlak van de evaluatie en controle die door de DGEC wordt uitgevoerd in de keten van de processen in de uitkeringsverzekering. Streefdata: 31/12/2020

Verwachte effecten

- Een meer correcte aflevering van arbeidsongeschiktheidsattesten door zorgverstrekkers.
- Verhoogde doeltreffendheid van de controleactiviteiten inzake arbeidsongeschiktheid en verhoogde synergie tussen de verschillende actoren.
- Verbetering van de reproduceerbaarheid van de beslissingen van de adviserend artsen om onderlinge vergelijkingen mogelijk te maken.

Externe afhankelijkheden

- Medewerking van de VI voor het leveren van kwalitatieve gegevens over de voorschrijvende zorgverstrekkers en over de activiteiten van de adviserend artsen.

Bijlage 5: afkortingen

AO	Arbeidsongeschiktheid
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
DWH	Gedeeltelijke werkhervatting (= RTTP)
GVU	GVU-wet: Wet betreffende de verplichte verzekering voor Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994
IDES	Invalidity Data Electronic System
V.I.	Verzekeringsinstelling

Bijlage 6: Lexicon

Adviserend arts	Arts die verbonden is aan een ziekenfonds en die belast is met de controle op de arbeidsongeschiktheid en de specifieke medisch-sociale verstrekkingen
Arbeidsongeschiktheid	Ongeschiktheid om te werken en stopzetten van alle werkzaamheden ten gevolge van letsels of functionele stoornissen zoals een ziekte, een ongeval of een ziekenhuisopname. Het ziekenfonds kent een vervangingsinkomen toe dat "arbeidsongeschiktheidsuitkering" wordt genoemd.
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	Vervangingsinkomen dat aan de zieke of door een ongeval getroffen werknemer/zelfstandige wordt uitbetaald door het ziekenfonds.
Gerechtigde	(=titularis) Persoon die door zijn sociaal statuut (werknemer, werkloze,) recht heeft op geneeskundige verzorging en uitkeringen voor zichzelf en recht op geneeskundige verzorging voor personen te zijnen laste
IDES	Elektronische flux tussen de V.I. en de Dienst Uitkeringen RIZIV i.v.m. de invaliditeitsdossiers;
Invaliditeit	Wanneer de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar wordt erkend, spreekt men van invaliditeit. Het tijdvak van invaliditeit begint dus vanaf het tweede jaar arbeidsongeschiktheid.
Medisch onderzoek (in de context van arbeidsongeschiktheid)	Medisch onderzoek betekent letterlijk een lichamelijk onderzoek. Wanneer men bij arbeidsongeschiktheid over klinisch onderzoek spreekt, houdt dit in: de socio-professionele anamnese; de medische antecedenten; de huidige medische gegevens: anamnese, klinisch onderzoek, behandeling, specialistische verslagen en de socio-professionele bespreking en prognose
Landsbond/Nationaal verbond	Zie verzekeringsinstelling (zie art 2 h GVU-wet 14-07-1994)

Mutualiteit	Zie ziekenfonds of verbond
Primaire arbeidsongeschiktheid	Tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat minder dan een jaar duurt.
Socio-professioneel re-integratieproces	<p>De adviserend arts beheert persoonlijk het proces van de evaluatie en van de re-integratie van de arbeidsongeschikte verzekerde en dit met een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak.</p> <p>Hij werkt met alle betrokken actoren samen, coördineert de activiteiten, ziet toe op de toepassing en naleving van de reglementeringen en spreekt zich uit over de specifieke situatie van elke verzekerde.</p> <p>De adviserend arts werkt een individueel actieplan uit op basis van de verwachte evolutie van de lopende arbeidsongeschiktheid, en staat in voor de follow-up ervan rekening houdend met de gezondheidstoestand van de verzekerde, en met de socio-professionele en psychosociale factoren.</p>
Verzekeringsinstelling	<p>De landsbonden van ziekenfondsen zijn verenigingen van ten minste drie ziekenfondsen. die als verzekeringsinstellingen mee werken aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dit werd vastgelegd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.</p> <p>Er zijn in België 7 verzekeringsinstellingen/landsbonden: Landsbond der christelijke mutualiteiten; Landsbond van de neutrale ziekenfondsen; Nationaal verbond van socialistische mutualiteiten; Landsbond van liberale mutualiteiten; Landsbond van de onafhankelijke ziekenfondsen; Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail. (zie art 2 i GVU-wet 14-07-1994)</p>
Ziekenfonds	<p>Het is een verzekeringsinstantie die instaat voor het gedeeltelijk of volledig terugbetalen van sommige ziektekosten en het betalen van een vervangingsinkomen in geval van loonverlies door invaliditeit, ziekte en moederschap, vaderschap en adoptie. De ziekenfondsen worden overkoepeld door een landsbond of een nationaal verbond. (zie art 2 g van GVU-wet 14-07-1994)</p>