



307

Besluit van 8 juli 2000 tot vaststelling van een algemene maatregel van bestuur houdende nieuwe regels betreffende de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid ingevolge de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid J. F. Hoogervorst van 28 april 2000, nr. SV/WV/00/26762;

Gelet op de artikelen 18, achtste en tiende lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, 2, zevende en negende lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, en 2, achtste en tiende lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten;

De Raad van State gehoord (advies van 6 juni 2000, No.W12.00.0178/IV);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, J. F. Hoogervorst, van 7 juli 2000, nr. SV/WV/00/45397;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1 ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. WAO: Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering;
- b. Waz: Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen;
- c. Wajong: Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten;
- d. werknemer: de werknemer, bedoeld in hoofdstuk 1, paragraaf 2, van de WAO;
- e. verzekerde: de verzekerde, bedoeld in artikel 3 van de Waz;
- f. jonggehandicapte: de jonggehandicapte, bedoeld in artikel 5 van de Wajong.

Artikel 2 De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

1. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt gebaseerd op een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek.

2. Van het arbeidsdeskundig onderzoek kan worden afgezien:

- gedurende de periode waarin uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft;
- indien uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen drie maanden zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;
- indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene benutbare mogelijkheden heeft maar dat hij wegens zijn terminale ziekte een zodanig slechte levensverwachting heeft dat hij die mogelijkheden naar verwachting binnen afzienbare termijn zal verliezen, en dit verlies in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek wordt vastgesteld;
- indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene zodanig wisselend belastbaar is voor arbeid dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft.

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

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

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

- betrokkene is opgenomen in een ziekenhuis of een op grond van de Algemene wet bijzondere ziektekosten erkende instelling, met uitzondering van een inrichting waar geestelijk gestoorde delinquenten van overheidswege verpleegd worden;
- betrokkene bedlegerig is;
- betrokkene voor het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven dermate afhankelijk is dat hij lichamelijk niet zelfredzaam is; of
- betrokkene in zijn zelfverzorging, in zijn directe samenlevingsverband alsook in zijn sociale contacten, waaronder zijn werkrelaties, niet of dermate minimaal functioneert dat hij psychisch niet zelfredzaam is.

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

HOOFDSTUK 2 HET VERZEKERINGSGENEESKUNDIG ONDERZOEK

Artikel 3 Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek

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

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

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

Artikel 4 Kwaliteitseisen verzekeringsgeneeskundig onderzoek

1. Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voldoet aan de volgende vereisten:

a. de gebruikte onderzoeksmethoden, argumentatie, bevindingen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek worden schriftelijk vastgelegd;

b. een door een andere verzekeringsarts uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal tot dezelfde bevindingen en conclusies kunnen leiden;

c. de redeneringen en conclusies van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek zijn vrij van innerlijke tegenspraak.

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

HOOFDSTUK 3 HET ARBEIDSDESKUNDIG ONDERZOEK

Artikel 5 Doel arbeidsdeskundig onderzoek

Het arbeidsdeskundig onderzoek strekt tot vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid, bedoeld in artikel 18 van de WAO, zoals dit artikel luidt sinds 1 augustus 1993, artikel 2 van de Waz en artikel 2 van de Wajong. Daartoe wordt het maatmaninkomen van betrokkene vergeleken met hetgeen hij met arbeid kan verdienen.

§ 1 Maatmaninkomen

Artikel 6 Maatmaninkomen WAO, Waz en Wajong

1. Het maatmaninkomen WAO is het inkomen per uur dat gezonde personen, bedoeld in artikel 18, eerste lid, van de WAO, met arbeid als werknemer gewoonlijk verdienen.

2. Het maatmaninkomen Waz is het inkomen per uur dat gezonde personen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Waz, met arbeid als verzekerde gewoonlijk verdienen.

Het maatmaninkomen Wajong is voor de jonggehandicapte die:

a. geen inkomsten uit arbeid geniet, 108% van het bedrag dat voor een werknemer van dezelfde leeftijd geldt als minimumloon per uur op grond van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag;

b. inkomsten uit arbeid geniet, het inkomen dat een niet-jonggehandicapt persoon van dezelfde leeftijd met de door de jonggehandicapte feitelijk verrichte arbeid gedurende de normale, volledige werkweek, per uur zou verdienen.

4. Het maatmaninkomen van de jonggehandicapte, bedoeld in het derde lid, wordt hoger gesteld, en ten minste op een bedrag gelijk aan anderhalf maal het bedrag dat voor de belanghebbende geldt als minimumloon per uur op grond van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, indien de jonggehandicapte:

a. arbeidsongeschikt is geworden binnen een jaar onmiddellijk voorafgaande aan het behalen van een diploma, dan wel na het behalen van een diploma, aan een beroepsgerichte opleiding die opleidt voor een beroep waarvan het aanvangssalaris ten minste gelijk is aan anderhalf maal het bedrag dat voor een werknemer van dezelfde leeftijd geldt als minimumloon op grond van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag;

b. tijdens de arbeidsongeschiktheid doch uiterlijk op de dag dat hij de

leeftijd van 30 jaar bereikt, een diploma behaalt van een beroepsgerichte opleiding die opleidt voor een beroep waarvan het aanvangssalaris ten minste gelijk is aan anderhalf maal het bedrag dat voor een werknemer van dezelfde leeftijd geldt als minimumloon op grond van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag.

5. Indien de vaststelling van het maatmaninkomen met toepassing van het vierde lid tot een hoger maatmaninkomen leidt dan de vaststelling van het maatmaninkomen met toepassing van het derde lid, wordt uitgegaan van het eerstgenoemde maatmaninkomen.

Artikel 7 Maatmaninkomen bij hernieuwde vaststelling en herziening

Nadat de mate van arbeidsongeschiktheid is vastgesteld, wordt bij een hernieuwde vaststelling of een herziening van de uitkering geen rekening gehouden met na de eerste vaststelling of herziening opgetreden wijzigingen in het maatmaninkomen.

Artikel 8 Indexering maatmaninkomen

In afwijking van artikel 7 wordt bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid het maatmaninkomen aangepast aan de wijziging van de index van de CAO-lonen per uur inclusief bijzondere beloningen, Categorie Volwassenen, zoals dit door het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt gepubliceerd.

§ 2 Resterende verdien capaciteit

Artikel 9 Vaststelling in aanmerking te nemen arbeid

Bij bepaling van hetgeen betrokkene nog met arbeid kan verdienen worden de volgende regels in acht genomen:

- a. in aanmerking wordt genomen die algemeen geaccepteerde arbeid waarmee betrokkene per uur het meest kan verdienen. Deze arbeid wordt nader omschreven in de vorm van ten minste drie verschillende in Nederland uitgeoefende functies waarmee het hoogste inkomen per uur kan worden verworven. Deze functies vertegenwoordigen tezamen ten minste 30 arbeidsplaatsen;
- b. de functie die geen of nauwelijks arbeidsplaatsen vertegenwoordigt blijft bij de toepassing van onderdeel a buiten beschouwing;
- c. arbeid, die door betrokkene alleen kan worden verricht na toepassing van zodanige voorzieningen, dat het accepteren van die toepassing in redelijkheid niet van een werkgever kan worden verlangd, blijft bij de toepassing van onderdeel a buiten beschouwing;
- d. arbeid, die niet door betrokkene kan worden verricht omdat voor het verrichten van die arbeid een in de wet of collectieve arbeidsovereenkomst neergelegde functionele leeftijdsgrens geldt, die door betrokkene is overschreden of nog niet is bereikt, blijft bij de toepassing van onderdeel a buiten beschouwing;
- e. indien betrokkene zodanige kenmerken heeft, dat van een werkgever in redelijkheid niet kan worden verlangd hem in bepaalde arbeid te werk te stellen, blijft die arbeid bij de toepassing van onderdeel a buiten beschouwing;
- f. bij de toepassing van onderdeel a blijven functies met toeslagen voor afwijkende arbeidstijden buiten beschouwing, tenzij deze toeslagen wel zijn meegenomen bij het vaststellen van het maatmaninkomen;
- g. onderdeel f blijft buiten toepassing, indien minder dan drie functies als bedoeld in onderdeel a in aanmerking kunnen worden genomen;
- h. in afwijking van de onderdelen b en f wordt uitgegaan van de arbeid die feitelijk wordt verricht, mits dit leidt tot een lagere mate van arbeids-

ongeschiktheid dan de met toepassing van onderdeel a en artikel 10 vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid.

Artikel 10 Berekening loonwaarde in aanmerking te nemen arbeid

1. Bij de berekening van hetgeen betrokkene met arbeid kan verdienen, wordt:

a. uitgegaan van de urenomvang van de door de in artikel 6 bedoelde gezonde persoon uitgeoefende arbeid, tenzij betrokkene voor een geringer aantal uren belastbaar is, in welk geval van dit aantal uitgegaan; en

b. in aanmerking genomen het loon van de middelste van de in artikel 9, onderdeel a, bedoelde functies.

2. Indien het inkomen per uur dat betrokkene na toepassing van het eerste lid met arbeid kan verdienen, meer bedraagt dan zijn maatmaninkomen per uur, wordt hetgeen hij met arbeid kan verdienen niet hoger gesteld dan zijn maatmaninkomen per uur.

3. Het tweede lid vindt geen toepassing:

a. indien wordt uitgegaan van de feitelijke inkomsten uit arbeid; of

b. indien betrokkene nog tot arbeid in dezelfde omvang in staat is als de artikel 6 bedoelde gezonde persoon.

Artikel 11 Nadere regels

Bij ministeriële regeling kunnen met betrekking tot de artikelen 9 en 10 nadere regels worden gesteld.

HOOFDSTUK 4 OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN

Artikel 12 Overgangsbepaling maatmaninkomen

Indien de mate van arbeidsongeschiktheid voor de eerste maal is vastgesteld op een datum gelegen vóór 10 augustus 1994 wordt, bij een hernieuwde vaststelling of een herziening van de uitkering na laatstgenoemde datum, geen rekening gehouden met de sedert de laatste vaststelling of herziening van de mate van arbeidsongeschiktheid opgetreden wijzingen in het maatmaninkomen. Voor personen, bedoeld in de artikelen XX, XXI, XXIV en XXV van de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen, zoals deze artikelen luidden voor de inwerkingtreding van de eerste fase van de Wet overheids personeel onder de werknemersverzekeringen, wordt de in de eerste zin bedoelde datum gesteld op 1 januari 1998.

Artikel 13 Intrekking Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong

1. Het Schattingsbesluit WAO, WAZ en Wajong wordt ingetrokken.

2. In afwijking van het eerste lid blijft artikel 10 van het Schattingsbesluit WAO, WAZ, Wajong, zoals dat luidde op de dag voor de inwerkingtreding van deze wet, van toepassing op personen op wie dit artikel op die dag van toepassing was.

Artikel 14 Inwerkingtreding

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.

Artikel 15 Citeertitel

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 8 augustus 2000, nr. 151.

Dit besluit wordt aangehaald als: Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 8 juli 2000

Beatrix

De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *vijfentwintigste* juli 2000

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

NOTA VAN TOELICHTING

1. ALGEMEEN

Voor de toepassing van de verschillende wettelijke arbeidsongeschiktheidsregelingen is de kernvraag die beantwoord moet worden of, en in hoeverre een zieke werknemer of zelfstandige, of een jonggehandicapte arbeidsongeschikt is. De algemene definitie van het arbeidsongeschiktheids criterium is vastgelegd in de artikelen 18 van de WAO, artikel 2 van de Waz en artikel 2 van de Wajong. Tevens wordt in deze artikelen de mogelijkheid geopend om ter uitvoering van deze artikelen nadere en zo nodig afwijkende regels te stellen. Tot nu toe is van deze mogelijkheid vrij spaarzaam gebruik gemaakt. De reden hiervoor is dat het vaststellen van de mate van arbeidsongeschiktheid in grote mate een zaak is van een professioneel oordeel van de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige in het individuele geval.

De eerste keer dat het noodzakelijk bleek van de nadere regelingsbevoegdheid gebruik te maken was 1994, toen het Schattingsbesluit (Stb. 1994, 596) werd getroffen. De aanleiding voor deze nadere regeling was de wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA, Stb. 1993, 412) die per 1 augustus 1993 in werking was getreden. Met deze wet werden in het arbeidsongeschiktheids criterium verschillende wijzigingen doorgevoerd, die erop gericht waren de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van karakter te doen veranderen: niet langer moest datgene wat iemand niet meer kan allesbepalend zijn, voortaan zou datgene wat iemand nog wél kan centraal moeten komen te staan. Dit uitgangspunt heeft tot aanpassingen geleid zowel aan de arbeidskundige, als aan de medische kant van het wettelijk arbeidsongeschiktheids criterium.

De arbeidskundige aspecten van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium zijn vervolgens uitgewerkt in het Schattingsbesluit. De nadere regels van dit besluit betroffen derhalve in hoofdzaak de wijze van vaststellen van de resterende verdien capaciteit, d.w.z. de functies die daarbij in aanmerking genomen dienen te worden en de berekening van de bij die functies behorende loonwaarde.

De medische kant van het arbeidsongeschiktheids criterium is in het Schattingsbesluit toen niet geregeld. Wel is in de TBA-wetgeving een belangrijke aanwijzing aan de medische beoordelingspraktijk gegeven door aan het wettelijk arbeidsongeschiktheids criterium toe te voegen dat het verlies aan verdien capaciteit een «rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg» moet zijn van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling. De aandacht zou, aldus de memorie van toelichting op TBA (kamerstukken II, 1992/93, 22 824, nr 3, bladzijde 26) met name gericht moeten worden op de implementatie van het begrip «rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen». Daartoe zouden in de uitvoeringspraktijk procedures ontwikkeld moeten worden gericht op het standaardiseren van het medisch beoordelingsproces.

De uitvoeringspraktijk is er inmiddels in geslaagd de medische beoordelingspraktijk te voorzien van standaarden en richtlijnen. Twee daarvan zijn cruciaal. De eerste richtlijn, de standaard «geen duurzaam benutbare mogelijkheden» (GDBM) van 1 april 1996¹ geeft als hoofdregel dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek in principe altijd gevolgd wordt door een arbeidsdeskundig onderzoek naar de arbeidsmogelijkheden. Alleen indien de ernst van de klachten zelfstandig functioneren onmogelijk maakt, kan van arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien. Deze richtlijn waarborgt derhalve, dat arbeidsdeskundig onderzoek alleen

¹ Een eerdere versie van deze richtlijn was vanaf januari 1995 in gebruik.

dan achterwege blijft, indien een dergelijk onderzoek, gegeven de gezondheidstoestand van betrokkene, geen zin zou hebben.

De tweede essentiële richtlijn «medisch arbeidsongeschiktheids-criterium» (MAOC) is sinds september 1996 in gebruik. Deze richtlijn beschrijft het doel van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek (het in kaart brengen van de mogelijkheden die betrokkene nog heeft om – in arbeid – te functioneren), en de werkwijze die daarbij gehanteerd moet worden. Een belangrijk kenmerk van deze werkwijze is dat niet de (oorzaak van de) ziekte als zodanig centraal gesteld wordt, maar de mogelijkheden die betrokkene nog heeft om een arbeidsrol te vervullen, ondanks zijn met ziekte samenhangende beperkingen en handicaps. Essentieel voor deze werkwijze is voorts, dat de beoordeling voldoet aan de volgende eisen: de beoordeling moet toetsbaar zijn, reproduceerbaar en consistent.

In de debatten met de Tweede Kamer over de toepassing van het nieuwe arbeidsongeschiktheids criterium is met name deze richtlijn uitvoerig aan de orde geweest. Punt van discussie was niet zozeer de inhoud van deze richtlijn, als wel de juridische status ervan. De Vaste Commissie SZW van de Tweede Kamer stond overwegend positief tegenover de suggestie om de richtlijn een wettelijke status te geven, vanuit de gedachte dat daarmee buiten twijfel zou worden gesteld, dat niet alleen de uitvoeringsinstellingen die – gelet op het besluit van het Lisv (Stcrt, 17 april 1997, nr. 74) jegens het Lisv gehouden zijn de richtlijnen na te leven – maar ook de rechterlijke macht aan de richtlijn gebonden is.

Het kabinet heeft besloten deze suggestie op te volgen – hetgeen bij brief van 9 november 1998, kamerstukken II, 1998/99, 22 187, nr 69, aan de voorzitter van de Tweede Kamer is medegedeeld – en heeft daarbij het volgende overwogen. De verzekeringsgeneeskundige beoordeling maakt een essentieel onderdeel uit van het proces van claimbeoordeling. Regels omtrent de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn dan ook van zodanig belang, dat deze op het niveau van wetgeving gesteld behoren te worden. Om die reden wordt de bestaande algemene maatregel van bestuur, het Schattingsbesluit, uitgebreid met een regeling van de medische component van de arbeidsongeschiktheidsschatting. Deze codificatie is beperkt tot voornoemde richtlijnen, aangezien die de kern van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling betreffen. De belangrijkste overwegingen van het kabinet bij het besluit, om de hoofdzaken van de richtlijnen op het niveau van wetgeving te tillen zijn het bevorderen van de rechtszekerheid en het bereiken van een zo groot mogelijke uniformiteit in de uitvoering. De verplichting van de uitvoeringsinstellingen om de richtlijnen na te leven wordt vastgelegd met een wettelijke regeling, en de toetsing of de regeling wordt nageleefd (niet alleen – in voorkomende gevallen – door de rechter, maar ook door het Ctsv) kan beter worden gewaarborgd.

Het kabinet is van mening dat met dit besluit en de bijbehorende toelichting aan de uitvoering meer handvatten worden geboden dan met de oorspronkelijke standaarden het geval was. Thans is blijkens Ctsv-onderzoek² in bepaalde gevallen sprake van verschillende uitleg en toepassing van de standaarden. Verzekeringsartsen ervaren knelpunten in hun werk, zowel in de beoordelingssystematiek als in de informatieverschaffing en de organisatie, waarvoor zij pragmatische oplossingen zoeken. De objectiviteit kan hierdoor in het geding komen. Door de implementatie van dit besluit gecombineerd met organisatorische aanpassingen in de uitvoeringsorganisatie, zal een meer objectieve beoordeling mogelijk worden.

² In de spreekkamer van de verzekeringsarts – Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling (april 2000).

Met codificatie van deze richtlijnen vervallen de richtlijnen voorzover het betreft de WAO, de Waz en de Wajong. De wijze waarop in dit besluit de kernbegrippen uit de richtlijnen zijn vastgelegd en toegelicht maakt deze richtlijnen overbodig voor de drie arbeidsongeschiktheidswetten. Dit neemt niet weg dat de inhoud ervan van belang blijft voor andere regelgeving zoals met betrekking tot de reïntegratie. Ook op een aantal andere terreinen blijven nog richtlijnen van het Lisv van kracht, en op sommige gebieden (herstelgedrag bijvoorbeeld) zijn zij nog in ontwikkeling.

Vergeleken met het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong is het onderhavige besluit in belangrijke mate nieuw van opzet en indeling. Het meest opvallend is uiteraard de codificatie van de Lisv-richtlijn «medisch arbeidsongeschiktheids criterium» alsmede de Lisv-standaard «geen duurzaam benutbare mogelijkheden». Dit heeft ertoe geleid dat in het nieuwe Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten de arbeidsongeschiktheidsschatting is gesplitst in een hoofdstuk 2 «verzekeringsgeneeskundig onderzoek», en een hoofdstuk 3 «arbeidsdeskundig onderzoek». De materie van het huidige Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong is dan ook grotendeels terug te vinden in het nieuwe hoofdstuk 3. Van de gelegenheid is echter gebruik gemaakt om de teksten in overeenstemming te brengen met de Aanwijzingen voor de regelgeving. Ook is gekozen voor een meer logische opzet van het arbeidsdeskundig deel van de schatting. De bepalingen inzake maatmaninkomen en resterende verdien capaciteit zijn gegroepeerd en ondergebracht in aparte paragrafen. De vaststelling van de resterende verdien capaciteit is onderverdeeld in twee artikelen, betreffende de in aanmerking te nemen arbeid, en de berekening van de loonwaarde van die arbeid. In de artikelsgewijze toelichting volgt hierover meer.

Het uitvoeringstechnisch advies van het Lisv en de toets op de toezichtbaarheid door het Ctsv hebben geleid tot bijstellingen van het concept-besluit.

2. Geen duurzaam benutbare mogelijkheden

Het eerste kernpunt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dat hier wordt gecodificeerd is de standaard «geen duurzaam benutbare mogelijkheden». Deze standaard is ontwikkeld om voor de verzekeringsarts eenduidig aan te geven aan de hand van welke overwegingen de verzekeringsarts cliënten volledig arbeidsongeschikt kan achten zonder arbeidsdeskundige beoordeling. Dit is kort gezegd het geval wanneer de cliënt als gevolg van de ernst van zijn stoornissen niet meer zelfstandig kan functioneren. Het zal hier veelal de meest ernstige ziektegevallen betreffen die de verzekeringsarts ter beoordeling krijgt voorgelegd. Tevens worden in dit verband voorwaarden gegeven waaronder de verzekeringsarts zo nodig herhaaldelijk volledige arbeidsongeschiktheid kan aannemen bij cliënten met sterk veranderende mogelijkheden. In dit onderdeel van het besluit wordt het afwegingsproces beschreven dat de verzekeringsarts gevolgd moet hebben, indien hij besluit om tot een uitzondering op het principe «altijd arbeidsdeskundig onderzoek» te adviseren.

In het systeem van de arbeidsongeschiktheidsschatting is de rol van de verzekeringsarts dat hij de algemene mogelijkheden om te functioneren beoordeelt die iedere cliënt heeft, zonder zich daarbij uit te spreken over specifieke arbeidsmogelijkheden. Vanzelfsprekend zal bij deze beoordeling door de verzekeringsarts op de achtergrond ook zijn kennis meespelen over hetgeen noodzakelijk is voor het functioneren in arbeid, maar in principe is het de arbeidsdeskundige die dient vast te stellen wat de

arbeidsmogelijkheden van betrokkene zijn. Zoals in de algemene inleiding werd opgemerkt is sinds de Wet TBA de kern van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dat deze gericht dient te zijn op datgene dat betrokkene nog wel kan. Waar de meeste ziekten en gebreken nog wel mogelijkheden laten om te functioneren, zal ook zoveel mogelijk moeten worden nagegaan wat de resterende mogelijkheden betekenen voor de mogelijkheid om arbeid te verrichten. Een op reïntegratie gerichte arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is daarom zoveel mogelijk gericht op het in kaart brengen van die resterende mogelijkheden tot het verrichten van arbeid, juist ook omdat daarmee weer mogelijkheden worden geboden om weer in het arbeidsproces te kunnen terugkeren. Het gaat er om dat zoveel mogelijk wordt getracht de cliënt zo snel en zo volledig als mogelijk is aan het arbeidsproces te laten deelnemen.

In een aantal gevallen echter is dit niet mogelijk. Het gaat daarbij om een minderheid van de gevallen waarin het evident is dat betrokkene niet kan werken: «hij heeft geen duurzaam benutbare mogelijkheden» en zal ook op korte termijn niet in staat zijn om te werken. Het verzekerings-geneeskundig oordeel over de duurzaamheid van de mogelijkheden van de cliënt strekt zich in het algemeen uit tot een termijn van ten minste drie maanden. In dat geval kan de verzekeringsarts zelfstandig beslissen dat een verzekerde volledig arbeidsongeschikt is. Diens belemmeringen acht hij dusdanig ernstig dat betrokkene niet of nauwelijks kan functioneren, en het heeft dan ook geen zin een belastbaarheidspatroon vast te stellen.

Het gaat hier om de situatie waarin de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren op het moment van onderzoek zo gering zijn, dat de cliënt niet of nauwelijks zelfredzaam is, zijn zelfredzaamheid binnen drie maanden zeker of zeer waarschijnlijk zal verliezen, of indien er sprake is van een in de tijd sterk wisselende belastbaarheid. Indien de verzekeringsarts op termijn verbetering verwacht, stelt hij de datum voor een heronderzoek vast.

Indien het gaat om een situatie van iemand die door een ziekte met terminale afloop een zeer slechte levensverwachting heeft, geldt niet per definitie de periode van drie maanden waarbinnen een verslechtering van mogelijkheden te verwachten is. Er kan dan ook afgezien worden van het arbeidsdeskundig onderzoek als een verslechtering binnen afzienbare tijd is te verwachten. In het algemeen kan dan gedacht worden aan een periode van ongeveer een jaar. In dergelijke gevallen zou een arbeidskundige toetsing zinloos zijn, en het ligt voor de hand om dan de verzekeringsarts, die de cliënt als eerste ziet, te laten vaststellen dat van arbeidskundige toetsing kan worden afgezien. Hij zal betrokkene dan volledig arbeidsongeschikt verklaren.

Wat zijn nu de concrete situaties die een uitzondering op het uitgangspunt «altijd arbeidsdeskundig onderzoek» rechtvaardigen? De verzekeringsarts stelt vast dat de cliënt geen benutbare mogelijkheden heeft, en dat daarvan ook duurzaam geen sprake zal zijn, zoals in geval van:

1. opname in ziekenhuis of AWBZ-erkende instellingen;
2. bedlegerigheid;
3. afhankelijkheid in het dagelijks leven (ADL);
4. onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren.

De meeste van deze situaties spreken voor zich. Ter toelichting valt hier nog het volgende op te merken. Onder opname in instelling wordt verstaan opname in een ziekenhuis of een AWBZ-erkende instelling, niet zijnde een TBS-instelling, en voor die opname geldt dat ten minste een duur van drie maanden geprognosticeerd moet zijn.

ADL-afhankelijkheid (dat is: afhankelijkheid bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven) betreft zeer basale dagelijkse

activiteiten, die van belang zijn voor de primaire *fysieke* zelfstandigheid, zoals eten en drinken, wassen, toiletgang, binnenshuis lopen en zitten.

Het persoonlijk en sociaal functioneren heeft betrekking op de situatie waarin het verlies van zelfredzaamheid van *psychische* aard is. Onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren kan alleen worden aangenomen indien betrokkene op drie terreinen aantoonbaar disfunctioneert:

- a. de zelfverzorging in het dagelijks leven (het zelfstandig initiatief kunnen nemen tot noodzakelijke handelingen tot behoud van zaken als hygiëne, dagritme en structurering van het dagelijks leven);
- b. het samenlevingsverband (gezin, familie);
- c. sociale contacten buiten het gezin, inclusief het onderhouden van werkrelaties.

Voor het aannemen van onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren is noodzakelijk dat de cliënt op alle drie die terreinen niet kan functioneren. Indien betrokkene bijvoorbeeld alleen problemen heeft in zijn samenlevingsverband impliceert dit immers niet dat hij in arbeid niet kan functioneren. Ook indien iemand minder goed functioneert in de sociale aspecten van werk wil dat niet zeggen dat hij geen andere mogelijkheden heeft tot arbeid, en het verwerven van inkomsten. Het moet dus gaan om psychische klachten van zeer ernstige aard.

Voor de volledigheid zij vermeld dat er nog een situatie is waarin afgezien kan worden van een arbeidsdeskundig onderzoek. Dit is het geval wanneer de verzekeringsarts van mening is dat er geen sprake is van arbeidsongeschiktheid omdat betrokkene geschikt is voor het verrichten van de eigen arbeid. Een arbeidsdeskundig onderzoek is dan overbodig; er zijn immers geen beperkingen en er is geen verlies van verdien-capaciteit. Het kan ook voorkomen dat er wel enige beperkingen zijn, maar dat de arts vermoedt dat die niet van invloed zijn op het functioneren in eigen werk; in dat geval kan desgewenst de arbeidsdeskundige geraadpleegd worden om meer inzicht te krijgen in relevante aspecten van het eigen werk. Het verzoek hiertoe kan zowel door de verzekeringsarts als door de cliënt gedaan worden. Als in een dergelijk geval blijkt dat betrokkene geschikt is voor eigen werk, is het niet nodig de resterende verdien capaciteit van betrokkene middels het Fis-systeem te onderzoeken.

Tot slot wordt opgemerkt dat het afzien van een arbeidsdeskundig onderzoek niet betekent dat ook afgezien kan worden van herbeoordelingen. Bij een wettelijk voorgeschreven herbeoordeling komt dan opnieuw de vraag aan de orde of een arbeidsdeskundig onderzoek geboden is.

3. Het medisch arbeidsongeschiktheids criterium

Een volgend onderdeel van dit nieuwe Schattingsbesluit betreft het medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Kort geparafraseerd vereist de wet dat er voor het recht op een WAO-uitkering moet worden vastgesteld dat bij een verzekerde sprake is van ziekte of gebreken, die hem beperken in zijn mogelijkheden bij het verwerven van inkomen door arbeid. Deze paragraaf betreft de medische kant van deze vraag. Sinds de inwerking-treding van de WAO is de taak van de verzekeringsarts om vast te stellen of iemand *wegens (na TBA: als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van) ziekte of gebreken ..., geheel of gedeeltelijk niet in staat is om met arbeid inkomen te verwerven*. Met andere woorden: de kernvragen die de verzekeringsarts dient te beantwoorden zijn: is iemand ziek, en in welke mate belemmert deze ziekte betrokkene te werken?

Het zal duidelijk zijn dat een eenduidig antwoord op deze vragen soms zeer moeilijk te geven is. Het stellen van een diagnose is niet altijd

eenvoudig, het bestaan van ziekte wil niet zeggen dat iemand daardoor beperkingen ondervindt, en lang niet alle beperkingen leiden tot verminderde arbeidsmogelijkheden. In bijna elk individueel geval worden de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige met een uniek complex van factoren geconfronteerd. Ook als de rechter over deze vraag moet oordelen zijn het uiteindelijk weer de feiten en omstandigheden van het individuele geval die de doorslag geven. Het individuele karakter van de claimbeoordeling en de individuele toetsing daarvan door de rechter, gekoppeld aan het ontbreken van nadere regelgeving hebben als nadeel dat zij veel ruimte laten voor discussie over de uitgangspunten van de claimbeoordeling. Dit kan – en dat is ook in zekere mate gebeurd – onzekerheid scheppen omtrent het recht op uitkering bij bepaalde klachten en aandoeningen. Het is deze onzekerheid die heeft geleid tot het opstellen van de richtlijn «medisch arbeidsongeschiktheids criterium», en die ook aanleiding is geweest voor het voorliggende Schattingsbesluit. Op zich is dit ook een goed moment hiervoor. Inhoudelijk is de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) voldoende uitgekristalliseerd en verzekeringsartsen werken reeds geruime tijd met de richtlijn «medisch arbeidsongeschiktheids criterium». Inhoudelijk wordt de richtlijn in het veld algemeen onderschreven.

Het proces dat geleid heeft tot het treffen van dit besluit is begonnen bij de wijziging van artikel 18 WAO, zoals die bij de wet TBA werd doorgevoerd. Daarbij werd de zinsnede in de wettelijke formulering «ongeschiktheid wegens ziekte of gebrek» vervangen door «rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken». De reden voor die wetwijziging was tweeledig. Enerzijds werd daarmee nauwer aangesloten bij de vaste jurisprudentie van de CRvB op het arbeidsongeschiktheids criterium, anderzijds – het werd in de inleiding reeds opgemerkt – had de wetwijziging een signaalfunctie. De wetgever wenste te voorkomen dat op basis van klachten waarvan niet kan worden vastgesteld dat deze een rechtstreeks gevolg zijn van ziekte of gebrek toch uitkering zou worden verstrekt. Het was een signaal aan de uitvoeringspraktijk en de rechtspraak om oog te hebben voor de relatie tussen de aandoening en de ongeschiktheid tot het verrichten van arbeid. Zo zou bijvoorbeeld goed nagegaan moeten worden of niet slechts sprake was van een subjectieve beleving van de cliënt, al dan niet slechts als gevolg van sociale omstandigheden.

De discussies die door de wetwijziging werden opgeroepen hadden echter tot gevolg dat door sommigen in de verzekeringsgeneeskundige praktijk het medisch arbeidsongeschiktheids criterium onjuist werd geïnterpreteerd. Het begrip «objectief» zou zo moeten worden uitgelegd dat alleen ongeschiktheid als gevolg van ziekte aangenomen zou mogen worden indien lichamelijke afwijkingen aangetoond konden worden, of een eenduidige diagnose kon worden gesteld. Hoewel de onjuistheid van die opvatting zowel door het toenmalige Tica en de toenmalige Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid werd bevestigd, maakte het belang van deze discussie het noodzakelijk een standaard vast te stellen over «slecht objectiveerbare aandoeningen» om zodoende de onduidelijkheden weg te nemen. Uiteindelijk is dit geworden de «richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium» van het Lisv, die hierbij gecodificeerd wordt.

Doel van deze codificatie is de methode vast te leggen (en daarmee de praktijk te bevestigen) waarmee verzekeringsartsen (en arbeidsdeskundigen) tot hun oordeelsvorming komen. Deze methode geldt voor alle verzekeringsgeneeskundige beoordelingen en niet alleen voor de «moeilijk objectiveerbare aandoeningen». Het vaststellen van de relatie tussen «ziekte» en «inkomensverlies ten gevolge van ongeschiktheid tot werken» bij aandoeningen met duidelijk aantoonbare afwijkingen roept

immers soortgelijke problemen op als de beoordeling van minder duidelijk aantoonbare aandoeningen. Voorts wordt nauw aangesloten bij de jurisprudentie van de CRvB, die erop neerkomt dat «ziekte» en «ongeschiktheid» (zie ook de artikelsgewijze toelichting) in samenhang en niet afzonderlijk beoordeeld moeten worden. Gewerkt wordt met het internationaal gezondheidskundig begrippenkader van de World Health Organisation. Dit is vastgelegd in de «International Classification of Impairments (stoornissen), Disabilities (beperkingen) en Handicaps (ongeschiktheid)», de ICDH.

Een eerste vraag die bij de claimbeoordeling zal moeten worden beantwoord is in hoeverre er sprake is van arbeidsongeschiktheid *als gevolg* van ziekte. Doel van de claimbeoordeling is vast te stellen of iemand arbeidsongeschikt is. De rol van het onderzoek van de verzekeringsarts daarbij is de beoordeling van de (on)mogelijkheden van de cliënt om in het algemeen te functioneren. Daarbij dient hij duidelijk het oog te hebben op het functioneren in arbeid: iemand die als gevolg van ziekte of gebrek in het algemeen niet kan functioneren kan ook niet werken, maar waar wel sprake is van mogelijkheden om te functioneren, zullen ook al snel vormen van arbeid mogelijk zijn. De rol van de arts is om de belemmeringen van de cliënt te bepalen, en zijn belastbaarheid voor arbeid vast te leggen. Bij het onderzoek daarnaar is van belang dat wordt nagegaan welke belemmeringen betrokkene in zijn arbeid ondervond en welke oplossingen hij zoekt of gezocht heeft om weer te kunnen werken (het herstelgedrag). Op die manier wordt een beeld verkregen van de globale voorwaarden waaronder betrokkene zou kunnen werken. Dit is het kernpunt van de bemoeienis van de verzekeringsarts met de factor arbeid; hij zal daarbij overigens veelal dienen te overleggen met de arbeidsdeskundige.

Waar een arts in sommige gevallen al snel kan constateren dat er evident geen sprake is van duurzaam benutbare mogelijkheden, is het ook mogelijk dat hij bij zijn onderzoek tot de conclusie komt dat er kennelijk geen sprake is van ziekte of gebrek. Er zijn diverse redenen denkbaar waarom iemand niet in staat is om te werken, zonder dat verder van duidelijke ziekteverschijnselen sprake is. Die redenen kunnen gelegen zijn zowel in de sfeer van de arbeidsomstandigheden als in de sfeer van sociale omstandigheden. In de werksituatie kan daarbij gedacht worden aan zaken als onverenigbaarheid van karakters, onvoldoende kwalificaties, overtolligheid, relatieve overbelasting (bij oudere werknemers) ten gevolge van ploegendienst of langere reistijden of een promotie te ver (Peter's principle). In de sociale sfeer kan gedacht worden aan te zware belasting in de thuissituatie, intensieve of gevaarlijke hobby's en het hebben van riskante of ongezonde levensgewoonten. Het enkele feit dat iemand zijn werk niet aankan is nooit voldoende reden om tot ongeschiktheid als gevolg van ziekte te concluderen. Indien blijkt van hiervoor omschreven situaties zonder dat van duidelijke ziekteverschijnselen sprake is, dan mag de verzekeringsarts geen ongeschiktheid wegens ziekte aannemen. De verzekeringsarts is medeverantwoordelijk voor de rechtmatigheid van het gebruik van collectieve middelen. Terecht wijst de richtlijn «medisch arbeidsongeschiktheids criterium» erop dat het behandelen van sociale problemen alsof het gevolgen van ziekte zijn, terwijl dat niet zo is, leidt tot stigmatisering en medicalisering. Het hebben van een WAO-uitkering kan op zichzelf genomen ook invaliderend werken, en dit dient voorkomen te worden.

Om van ziekte te kunnen spreken dient er een stoornis te zijn in het menselijk organisme, met een vermindering van de persoonlijke autonomie. Vermindering of verlies van autonomie betekent dat men niet in staat is (een deel van) de sociale rollen te vervullen; er is sprake van

een vermindering of verlies van lichamelijke of psychische functie, als gevolg waarvan een vermindering of verlies van normale gedragingen, activiteiten en sociale rolvervulling optreedt. De sociale rollen worden geheel of gedeeltelijk verdrongen door de ziekerol.

Cliënten uiteten ziekte in de vorm van klachten, die zowel op hun gezondheidsproblemen betrekking hebben als op hun achteruitgang in ervaren mogelijkheden om te functioneren. De beleving van de cliënt vormt het startpunt voor de verzekeringsarts, die vervolgens het feitelijk bestaan van deze klachten toetst. Het kan immers zijn dat tijdens het onderzoek blijkt dat de klachten niet reëel bestaand zijn. Is dit wel het geval dan toetst de verzekeringsarts of deze klachten berusten op een feitelijk bestaande stoornis die leidt tot ongeschiktheid.

Daarbij onderzoekt hij alle drie niveau's van mens-zijn waarop uitingen van ziekte zich kunnen manifesteren: er dient sprake te zijn van *stoornissen* op het niveau van het lichamenlijk en geestelijk functioneren, *beperkingen* op het niveau van gedragingen en activiteiten en *handicaps* op het niveau van de sociale rolvervulling gericht op de arbeidsrol (zie ook de artikelsgewijze toelichting). Om arbeidsongeschiktheid te kunnen aannemen dient de verzekeringsarts steeds op deze drie niveau's logisch samenhangende uitingen van ziekte te constateren. Ontbreekt een van deze drie elementen, of hangen deze niet consistent samen, dan is er geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte. Het kan immers heel goed zijn dat de stoornissen op fysiek niveau geen beperkingen in gedragingen met zich brengen of dat bepaalde beperkingen in gedragingen geen duidelijke relatie vertonen met de geconstateerde stoornis. De ziekte, de beperkingen en de verminderde mogelijkheden om te werken dienen consistent samen te hangen.

Met name bij de beoordeling van psychische klachten speelt nog de vraag waar men de scheidslijn moet trekken tussen verschijnselen die als ziekte of gebrek moeten worden beschouwd en verschijnselen van onwelbevinden die niet voor deze kwalificatie in aanmerking komen. In het algemeen kan worden gesteld dat karaktertrekken en eigenaardigheden niet als ziekte of gebrek moeten worden beschouwd, maar dat ziekte en gebrek wel aan de orde zijn, indien betrokkene op zijn gedrag geen greep meer krijgt. In de zin van dit besluit nemen zij dan het karakter aan van stoornissen. Indien er ook beperkingen en handicaps worden vastgesteld, kan er sprake zijn van ongeschiktheid als uiting van ziekte.

Het feit dat de ongeschiktheid het gevolg moet zijn van ziekte, met andere woorden, dat de ziekte de ongeschiktheid moet hebben veroorzaakt, betekent niet dat de verzekeringsarts in alle gevallen ook de oorzaak van de klachten of de ziekte zou moeten aantonen.

Met betrekking tot de bewijsvoering van het begrip «ongeschiktheid tot werken wegens ziekte» kan het volgende afgeleid worden uit de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep. De Centrale Raad van Beroep heeft herhaaldelijk te kennen gegeven dat het niet altijd nodig is een somatische of psychische oorzaak van klachten aan te tonen. Het onderzoek dient gericht te zijn op het objectiveren van de gestelde klachten als uiting of een gevolg van een somatisch of psychiatrisch ziek zijn, dan wel een combinatie van beide, waarbij niet altijd exact valt aan te geven aan welke ziekte de klachten zijn toe te schrijven (RSV 1996/161, 1997/32). Voor de inhoud van het Schattingsbesluit zijn twee zaken die uit deze uitspraken kunnen worden afgeleid van essentieel belang.

Ten eerste dat, gegeven een bepaalde diagnose, altijd nog de beperkingen en handicaps dienen te worden vastgesteld. Een diagnose verschaft immers op zichzelf geen recht op uitkering. De diagnose maakt de klachten en beperkingen voor de verzekeringsarts gemakkelijk herkenbaar. Het is derhalve een belangrijk hulpmiddel voor de arts, maar

geen doel op zichzelf. Het ontbreken van een exacte diagnose ontheft de arts echter niet van de verplichting de stoornissen, beperkingen en handicaps vast te stellen.

Een tweede afgeleide uit deze uitspraken is, dat indien het niet mogelijk is lichamelijke of psychische oorzaken precies te meten, dat niet in alle gevallen betekent dat er daarom geen stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Van belang is of hun bestaan aannemelijk is te achten en in hoeverre daarmee ongeschiktheid als gevolg van ziekte optreedt. De Centrale Raad van Beroep stelt dat «waar in bijzondere gevallen bij – onafhankelijke – medische deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of gebrek precies die ongeschiktheid valt toe te schrijven of al verschillen zij tot op zekere hoogte omtrent het antwoord op die vraag, een toerekenende objectieve vaststelling van die ongeschiktheid alsdan niet zonder meer geheel valt uit te sluiten». Waar het dan om gaat, is dat meerdere deskundigen tot dezelfde opvatting komen. Ook in meer recente rechtspraak heeft de Centrale Raad van Beroep een «ongedifferentieerde» stoornis geaccepteerd als ziekte, hoewel de geraadpleegde medische deskundige erkende dat het ontstaan en oorzaak van de afwijking (nog) niet bekend zijn. In een uitspraak van 6 oktober 1998 gaf de Raad aan: «het moge zo zijn dat elk van de klachten van betrokkene op zich niet als ziekte of gebrek valt aan te merken, ... dit niet uitsluit dat de combinatie van deze verschijnselen moet worden afgeleid dat sprake is van beperkingen op grond van ziekte of gebrek».

Dit betekent uiteraard niet dat de medisch deskundige zich uitsluitend op de klachten van de betrokkene mag baseren. In zijn uitspraak van 20 oktober 1998 (RSV 1999,7) kwam de Raad tot de conclusie dat waar deskundigen hun conclusie uitsluitend baseren op de door betrokkene verwoorde gezondheidsklachten, zij «om die reden geen toereikende motivering van hun oordeel hebben gegeven, zodat een beroep op een uitzonderingsgeval als bedoeld in RSV 1996/161 niet kan slagen».

Resumerend kunnen wij het volgende zeggen over de relatie tussen diagnose en het objectief kunnen vaststellen van arbeidsongeschiktheid tengevolge van ziekte. Uitgangspunt is het wettelijk kader dat zowel het aanwezig zijn van ziekte of gebrek vereist alsmede een causale relatie met het verlies aan verdien capaciteit. De verzekeringsarts onderzoekt of er feitelijk stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan in een consistent geheel, waarbij het kunnen aangeven van de oorzaak voor de ziekte of de diagnose een belangrijke bouwsteen vormt voor de oordeelsvorming. Het afwijzen van een WAO-aanvraag uitsluitend op grond van het ontbreken van een diagnose of het niet aantoonbaar zijn van een ziekteverwekker is echter evenzeer onjuist als het toekennen van een uitkering alleen omdat wel een diagnose of ziekteverwekker is gevonden. In gevallen waar de medische oorzaken van de beperkingen niet goed kunnen worden vastgesteld, moeten wel extra eisen gesteld worden aan het in kaart brengen van de klachten en beperkingen van betrokkene. Op die manier wordt aan het objectiveringsvereiste voldaan, aangezien de subjectieve beleving van betrokkene ten aanzien van zijn beperkingen alléén uiteraard niet voldoende is voor het aannemen van arbeidsongeschiktheid.

Ook het Ctsv zit geheel op deze lijn.

In zijn brief aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 1 september 1997 over de richtlijn MAOC wijst het Ctsv er op dat «uit hetgeen de wetgever en de rechter naar voren brengen kan worden opgemaakt, dat de uitvoerder van de AAW/WAO bij zijn medische beoordeling niet over een nacht ijs mag gaan. Een gedegen medisch onderzoek is altijd een vereiste en hoe moeilijker het is een medische

oorzaak vast te stellen, hoe grondiger en uitvoeriger het te verrichten onderzoek zal moeten zijn». Het besluitvormingsproces dient derhalve voldoende waarborgen te bevatten voor een gefundeerd medisch oordeel. Geen enkele wettelijke definitie zal ooit het begrip ziekte voor alle gevallen goed toepasbaar kunnen vatten. Wel kunnen de eisen worden geformuleerd waarop het oordeel in die individuele gevallen gebaseerd moet zijn.

Om te kunnen spreken van een kwalitatief goede claimbeoordeling dient aan de volgende eisen te worden voldaan. Ten eerste is daar de vaststelbaarheid van de stoornissen, beperkingen en handicaps. De verzekeringsarts dient van het bestaan daarvan te zijn overtuigd. De verzekeringsarts gaat daarbij uit van de beleving van de cliënt, maar stelt zelf vast. De gezondheidsbeleving van betrokkene alleen (zie de hiervoor aangehaalde jurisprudentie) kan nooit doorslaggevend zijn. Er is altijd een verschil in perceptie mogelijk, waarbij de verzekeringsarts de situatie van de cliënt als ernstiger dan wel als minder ernstig kan inschatten dan de cliënt zelf doet. Uiteindelijk echter is het de verzekeringsarts die verantwoordelijk is voor de vraag of ongeschiktheid als gevolg van ziekte is vastgesteld.

De tweede voorwaarde is dat het vaststellen van de ongeschiktheid medisch dient te zijn, hetgeen wil zeggen op in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde wijze. Dit vereist dat onderzoeksmethoden toegepast dienen te worden die in de verzekeringsgeneeskunde onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd zijn. De gebruikte onderzoeksmethoden dienen gerelateerd te zijn aan het doel van het onderzoek, het vaststellen van de «ongeschiktheid als gevolg van ziekte». De belangrijkste methode daartoe is het beoordelingsgesprek met de cliënt.

Een derde voorwaarde is dat het oordeel van de verzekeringsarts objectief moet zijn. Objectief in dit verband wil zeggen gebaseerd op de feiten, niet beïnvloed door vooroordelen. Objectiviteit wordt hier geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie. In de toelichting bij artikel 4 worden deze begrippen verder uitgewerkt.

Indien de verzekeringsarts de correcte methoden en technieken heeft toegepast, en met behulp daarvan de stoornissen, beperkingen en handicaps in beeld heeft gebracht, heeft hij voldoende kennis verzameld om een belastbaarheidsprofiel van de cliënt vast te stellen. Slechts in een minderheid van de gevallen kan direct tot het oordeel wel of niet arbeidsongeschikt worden gekomen. Aan de hand van het belastbaarheidsprofiel beziet de arbeidsdeskundige welke werkzaamheden betrokkene nog kan verrichten, en wat diens verlies aan verdien capaciteit is. In de artikelsgewijze toelichting bij hoofdstuk 3 wordt deze procedure verder toegelicht. Eerst daarna is het oordeel «arbeidsongeschikt» mogelijk. Er zijn vele redenen waarom de beoordeelde persoon het hiermee niet eens kan zijn; hij kan tegen dat oordeel ook in beroep gaan. Dit besluit brengt hier geen verandering in. Waar het om gaat is dat het oordeel professioneel tot stand is gekomen. Dat garandeert geen perfectie, maar betekent wel dat voor alle betrokkenen duidelijk is waarom tot dit oordeel gekomen is. Dat moet niet alleen de basis vormen voor het al dan niet verstrekken van uitkering, een dergelijk gemotiveerd oordeel kan ook in veel gevallen een hulpmiddel – een aanzet – zijn voor een beter gerichte reïntegratie naar het arbeidsproces. Verwacht mag worden dat dit besluit hieraan een bijdrage zal leveren.

4. Het arbeidsdeskundig onderzoek

In hoofdstuk 3 van dit besluit wordt de inhoud van het huidige Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong overgenomen, waarbij deze inhoud deels in andere artikelen en in een andere volgorde is ondergebracht. Hiermee is slechts een logischer en toegankelijker opzet beoogd, en geen inhoudelijke wijziging.

Het arbeidsdeskundig onderzoek is naast het verzekeringsgeneeskundig onderzoek een essentieel onderdeel van de claimbeoordeling. Doel van het arbeidsdeskundig onderzoek is om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen. Hiertoe wordt wat betrokkene zou hebben verdiend ware hij niet arbeidsongeschikt geworden (het maatmaninkomen) vergeleken met wat hij na het intreden van zijn arbeidsongeschiktheid nog kan verdienen (de resterende verdien capaciteit).

De maatmanfunctie wordt in principe vastgesteld op de functie die betrokkene laatstelijk voordat hij arbeidsongeschikt werd, uitoefende. Het maatmaninkomen wordt uitgedrukt in het loon dat de met betrokkene vergelijkbare gezonde persoon per uur verdiende. De resterende verdien capaciteit wordt gebaseerd op hetgeen betrokkene nog kan verdienen in om en nabij het aantal uren waarin de maatman werkzaam was, tenzij betrokkene voor een geringer aantal uren belastbaar is. Er wordt in het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dus niet van een deeltijdwerker gevergd dat hij na arbeidsongeschikt te zijn geworden het aantal arbeidsuren uitbreidt om op die manier het verlies aan verdien capaciteit te compenseren. Voor zo iemand kunnen functies geduid worden die in ongeveer de omvang van de maatmanfunctie voorkomen op de arbeidsmarkt. Met deze uurloonvergelijkingssystematiek wordt een eventueel verschil tussen de omvang van de geduide functies enerzijds en de maatmanfunctie anderzijds uit de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling geëlimineerd.

Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden ten minste drie functies betrokken die samen ten minste dertig arbeidsplaatsen vertegenwoordigen. De resterende verdien capaciteit wordt vastgesteld op de middelste van deze functies. Functies die niet of nauwelijks arbeidsplaatsen vertegenwoordigen blijven buiten beschouwing. Functies waarin toeslagen worden betaald voor het werken in afwijkende arbeidstijden blijven ook buiten beschouwing, tenzij dergelijke toeslagen ook tot het maatman inkomen behoren.

Aan het arbeidsdeskundig onderzoek kunnen net als aan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek kwaliteitseisen gesteld worden. Dit betekent dat het onderzoek objectief (controleerbaar, reproduceerbaar en consistent) dient te zijn. Er moet daarbij gebruik gemaakt worden van betrouwbare en bij vakgenoten onomstreden methoden. Hiertoe zijn overigens door het Lisv al normen ontwikkeld.

ARTIKELSGEWIJS

HOOFDSTUK 1 Algemene bepalingen

Artikel 2 De arbeidsongeschiktheidsschatting

Artikel 2, eerste lid, bepaalt dat de arbeidsongeschiktheidsschatting als hoofdregel bestaat uit een verzekeringsgeneeskundig onderzoek en een arbeidsdeskundig onderzoek. Het tweede lid bevat de uitzondering hierop: er kan (tijdelijk) van het arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien indien uit het verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft. De term «mogelijkheden» omvat

alle mogelijkheden van betrokkene om (basaal) te functioneren en ziet derhalve niet uitsluitend op mogelijkheden tot het verrichten van arbeid.

Gedurende de periode waarin uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft of indien uit verzekeringsgeneeskundig onderzoek blijkt dat betrokkene naar verwachting nog slechts ten hoogste gedurende drie maanden wél benutbare mogelijkheden heeft, kan worden afgezien van een arbeidsdeskundig onderzoek (onderdeel a, resp. b). In het laatste geval (onderdeel b) zal na verloop van drie maanden in een tweede verzekeringsgeneeskundig onderzoek moeten worden vastgesteld of het eerder verwachte verlies van benutbare mogelijkheden heeft plaatsgevonden. In dat tweede onderzoek kan opnieuw blijken dat betrokkene naar verwachting nog slechts ten hoogste gedurende drie maanden wél benutbare mogelijkheden heeft. In dat geval is onderdeel b opnieuw van toepassing en zal na verloop van drie maanden een derde verzekeringsgeneeskundig onderzoek moeten plaatsvinden. In enig vervolggeneeskundig onderzoek zal blijken dat betrokkene gedurende een langere periode dan drie maanden geen benutbare mogelijkheden heeft (dan is onderdeel a van toepassing en kan gedurende die periode worden afgezien van arbeidsdeskundig onderzoek) of dat betrokkene gedurende een langere periode dan drie maanden wél benutbare mogelijkheden heeft (dan dient alsnog een arbeidsdeskundig onderzoek plaats te vinden).

Wanneer betrokkene ten minste drie maanden geen benutbare mogelijkheden heeft, of slechts nog ten hoogste gedurende drie maanden wél benutbare mogelijkheden, kan worden afgezien van een arbeidsdeskundig onderzoek (onderdeel a, resp. b). Wanneer betrokkene thans geen benutbare mogelijkheden heeft, maar naar verwachting op termijn wel, kan van het arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien totdat verbetering wordt verwacht (lid 3).

Wanneer betrokkene nog wel benutbare mogelijkheden heeft, maar hij wegens zijn ziekte als terminaal kan worden aangemerkt en verwacht wordt dat hij die mogelijkheden binnen afzienbare termijn zal verliezen, kan van een arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien. In algemene zin kan hierbij gedacht worden aan periodes van ongeveer 1 jaar. Het gaat hier om patiënten met een zeer slechte levensverwachting.

Wanneer betrokkene zodanig wisselend belastbaar is voor arbeid dat geen duurzaam benutbare mogelijkheden aanwezig zijn kan eveneens worden afgezien van het arbeidsdeskundig onderzoek (onderdeel d).

Het tweede en derde lid geven aan wanneer in elk geval heronderzoek door de verzekeringsarts dient plaats te vinden. In het geval, bedoeld in onderdeel a, geschiedt het heronderzoek op indicatie van de verzekeringsarts.

Het vierde lid bepaalt dat het naar verwachting blijvend wisselend belastbaar zijn voor arbeid ten minste drie maal in een verzekeringsgeneeskundig onderzoek dient te worden vastgesteld: in de praktijk zal dit de eerste maal bij de initiële WAO-beoordeling het geval zijn, en daarna bij twee door de verzekeringsarts geïnitieerde heronderzoeken.

Het vijfde lid beschrijft inhoudelijk onder welke omstandigheden benutbare mogelijkheden niet aanwezig zijn. Deze omstandigheden, die als limitatief moeten worden beschouwd, worden onderstaand toegelicht. Het spreekt voor zich dat bij feitelijke opname in een ziekenhuis of instelling de mogelijkheid tot het verrichten van arbeid niet aanwezig kan worden geacht (onderdeel a). Dit geldt in gelijke zin indien betrokkene bedlegerig is, dat wil zeggen: aan het bed gebonden is. Er wordt vanuit gegaan dat dit voor de verzekeringsarts voldoende eenduidig is (onderdeel b).

De onderdelen c en d zien op ernstig disfunctioneren van betrokkene van fysieke, respectievelijk psychische aard, waardoor hij zijn zelfredzaamheid verliest. Het verlies van fysieke zelfredzaamheid is op zichzelf

genomen voldoende voor de conclusie dat geen benutbare mogelijkheden aanwezig zijn. Zoals in het algemeen deel van de toelichting reeds werd aangegeven vereist onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren een driedelige motivering van de verzekeringsarts, te weten op de niveaus van zelfverzorging, het samenlevingsverband alsmede de sociale contacten buiten het gezin, waaronder het onderhouden van werkrelaties. Op al deze terreinen dient sprake te zijn van onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. Het onvermogen dient voorts te blijken uit het dagelijks functioneren van betrokkene, alsmede uit de geschiedenis van betrokkene op deze drie terreinen. De verzekeringsarts dient dit in zijn argumentatie concreet te beschrijven.

Het zesde lid ziet op de situatie dat de verzekeringsarts vaststelt dat betrokkene geschikt is voor zijn eigen werk. Dan is er om die reden reeds geen sprake van arbeidsongeschiktheid en kan van een arbeidsdeskundig onderzoek worden afgezien.

Op deze plaats wordt nog opgemerkt dat ook de vaststelling dat betrokkene geen benutbare mogelijkheden heeft, wordt beheerst door de kwaliteitseisen bedoeld in artikel 4 van dit besluit. Dit betekent onder meer dat ook deze vaststelling toetsbaar, reproduceerbaar en consistent zal moeten zijn. De verzekeringsarts zal derhalve gemotiveerd dienen aan te geven, aan de hand van feiten en omstandigheden, hoe en waarom hij tot dit oordeel is gekomen. Voor een uitgebreidere uiteenzetting over de kwaliteitseisen wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 4.

HOOFDSTUK 2 Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek

Artikel 3 Doel verzekeringsgeneeskundig onderzoek

Artikel 3, eerste lid, geeft in de kern aan waar het verzekeringsgeneeskundig onderzoek op gericht is: de vaststelling van ongeschiktheid tot werken wegens ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling. Het tweede lid geeft op meer operationeel niveau aan hetgeen de verzekeringsarts bij zijn onderzoek dient te betrekken. Het derde lid geeft, kort gezegd, aan dat de verzekeringsarts zowel de beperkingen met betrekking tot het functioneren in arbeid als de belastbaarheid voor arbeid dient vast te stellen.

Een aantal begrippen wordt hieronder nader toegelicht. Het begrip «ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte» moet blijkens de jurisprudentie van de CRvB als één geheel worden opgevat. Dat is ook uitdrukkelijk de bedoeling van de wet.

Dit betekent dat de enkele constatering dat (geen) sprake is van «ziekte», rechtens nog niet relevant is, evenmin als de enkele bevinding in een concreet geval dat betrokkene «ongeschikt tot werken» is. Teneinde aanspraken op WAO-uitkering te kunnen vaststellen is dan ook vereist dat beoordeeld wordt of sprake is van «ongeschiktheid tot werken wegens ziekte».

De woorden «als gevolg van» geven een oorzakelijke relatie aan: de ongeschiktheid moet een gevolg zijn van ziekte, niet van andere oorzaken, zoals bijvoorbeeld niet gekwalificeerd zijn.

Het is evenwel niet zo dat altijd een precieze oorzaak voor de ziekte moet worden aangetoond. Met name bij moeilijk objectiveerbare aandoeningen kan deze soms niet exact (in een diagnose) worden vastgesteld, dat wil zeggen: worden gekwalificeerd als een bekende ziekte-eenheid of te benoemen syndroom. Het stellen van zo'n precieze diagnose is geen conditio sine qua non voor het kunnen vaststellen van ongeschiktheid tot werken wegens ziekte; overigens verschaft – omgekeerd – een diagnose op zichzelf nooit recht op uitkering. Het feit dat geen lichamelijke of psychische oorzaak gemeten of aangetoond kan

worden betekent niet noodzakelijk dat daarom geen stoornissen, beperkingen of handicaps bestaan. Van belang is dan wel dat zal moeten worden aangetoond dat er sprake is van meer dan de subjectieve beleving van betrokkene alleen. Hoe moeilijker het is een medische oorzaak vast te stellen, des te grondiger en uitvoeriger het te verrichten onderzoek zal moeten zijn. Voorwaarde is daarbij dat onder onafhankelijke medisch deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken wegens ziekte voldoende aannemelijk is.

Met betrekking tot het tweede lid wordt het volgende opgemerkt. In het algemeen deel werd reeds uiteengezet dat het in de verzekerings-geneeskunde consistent wordt geacht dat uitingen van ziekte op alle drie de niveaus van het mens-zijn kunnen worden vastgesteld, te weten het niveau van lichamelijk en geestelijk functioneren (waarin stoornissen kunnen optreden), het niveau van gedragingen en activiteiten (waarin beperkingen kunnen optreden), en het niveau van sociale rollen, toegepast op de arbeidsrol (waarin handicaps kunnen optreden). Deze drie aspecten zijn dan ook voorwerp van onderzoek door de verzekeringsarts en zijn omschreven in het tweede lid. Bij dit onderzoek zal de verzekeringsarts in eerste instantie uitgaan van de (gezondheids)klachten die betrokkene uit; deze vormen het startpunt voor zijn waarnemingen. Deze klachten zijn de verbale uitingen van betrokkene over zijn beleving van zijn gezondheid of de belemmeringen in zijn functioneren. De verzekeringsarts moet vervolgens vaststellen of er feitelijk stoornissen, beperkingen en handicaps bestaan. Deze drie aspecten dienen een logisch samenhangend – consistent – geheel te vormen. Daarbij beschouwt de verzekeringsarts de «ongeschiktheid tot werken als gevolg van ziekte» conform de jurisprudentie als één geheel. Dit betekent dat wanneer de verzekeringsarts deze consistentie in stoornissen, beperkingen en handicaps niet kan vaststellen, hij concludeert dat geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte bestaat.

De verzekeringsarts geeft tevens aan welke beperkingen betrokkene ondervindt met betrekking tot de arbeid, alsmede in welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid (derde lid). De beperkingen moeten als uitingen van ziekte rechtstreekse gevolgen hebben voor het kunnen verrichten van arbeid. Wanneer dat niet het geval is bestaat er geen ongeschiktheid als gevolg van ziekte.

Artikel 4 Kwaliteitseisen verzekeringsgeneeskundig onderzoek

In de Lisv-richtlijn «Medisch arbeidsongeschiktheids criterium» wordt de in artikel 18 WAO genoemde voorwaarde van objectiviteit geoperationaliseerd in drie aspecten, te weten toetsbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie. Deze aspecten zijn uitgewerkt in het eerste lid van artikel 4.

Objectiviteit impliceert allereerst dat sprake is van toetsbaarheid. Daarvoor is nodig dat de vaststelling schriftelijk wordt vastgelegd. Deze eis is opgenomen in onderdeel a.

Onderdeel b betreft de eis van reproduceerbaarheid. Dit houdt in dat andere gekwalificeerde beroepsgenoten dan de verzekeringsarts die het verzekeringsgeneeskundig onderzoek heeft uitgevoerd, in eenzelfde geval tot dezelfde bevindingen en conclusies zullen kunnen komen. Dit kan alleen indien de vaststellingen berusten op vakkundige waarnemingen en constatering van feiten.

Onderdeel c heeft betrekking op de eis van consistentie, namelijk dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek vrij van innerlijke tegenspraak is. Dit betekent dat de conclusie eenduidig moet zijn. De conclusie is gebaseerd op verschillende deelonderzoeken, verschillende bronnen en eventueel op het oordeel van verschillende artsen. Het is mogelijk dat de verzekeringsarts op deelgebieden tot verschillende bevindingen komt die

elkaar tegenspreken. Op basis van zijn professionaliteit weegt hij mogelijke verschillende uitkomsten tegen elkaar af, na eventueel aanvullende onderzoeken, en komt tot een slotconclusie. Deze afweging moet inzichtelijk gemaakt worden.

In het tweede lid wordt de voorwaarde geconcretiseerd dat het proces van vaststelling medisch verantwoord dient te geschieden. Dit betekent dat verzekeringsgeneeskundige onderzoeksmethoden worden toegepast die onder artsen en paramedische deskundigen algemeen geaccepteerd zijn. Bovendien moet het gaan om onderzoeksmethoden die geëigend zijn voor het kunnen vaststellen van ongeschiktheid tot werken wegens ziekte.

HOOFDSTUK 3 Het arbeidsdeskundig onderzoek

Artikel 5 Doel arbeidsdeskundig onderzoek

Hoofdstuk 3 van dit besluit, betreffende het arbeidsdeskundig onderzoek, opent met een bepaling waarin het doel van dit onderzoek – de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid – wordt vastgelegd, alsmede wordt aangegeven op welke wijze deze vaststelling dient te geschieden, namelijk door een vergelijking van het maatmaninkomen met de resterende verdien capaciteit. Opname van een dergelijke bepaling – die in het huidige schattingsbesluit ontbreekt – is wenselijk omdat daardoor doel en methode van de schatting direct uit de wettekst blijken. Het begrip maatmaninkomen wordt uitgewerkt in paragraaf 1 (artikelen 6 tot en met 8), en de vaststelling en berekening van de resterende verdien capaciteit in paragraaf 2 (artikelen 9 en 10).

§ 1 Maatmaninkomen

Artikel 6 Maatmaninkomen WAO, Waz en Wajong

In artikel 6 wordt het begrip maatmaninkomen voor de drie onderscheidene arbeidsongeschiktheidswetten gedefinieerd en uitgewerkt. Deze materie is ongewijzigd overgenomen uit artikel 2 van het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong. Voor de maatmaninkomens WAO en Waz geldt dat daaronder wordt verstaan het inkomen per uur dat gezonde personen, bedoeld in artikel 18, eerste lid, WAO en 2, eerste lid van de Waz, met arbeid als werknemer, respectievelijk als verzekerde, gewoonlijk verdienen (eerste en tweede lid). Het maatmaninkomen in het kader van de WAO heeft derhalve betrekking op het inkomen dat betrokkene in WAO-verzekerde arbeid verdiende, en het maatmaninkomen voor de Waz heeft uitsluitend betrekking op het inkomen dat betrokkene met Waz-verzekerde werkzaamheden genereerde. Indien betrokkene voor zijn arbeidsongeschiktheid tegelijkertijd zowel WAO-verzekerde arbeid verrichtte, als Waz-verzekerde arbeid, is hij voor beide wetten verzekerd. In geval van uitval uit beide werkzaamheden, wordt de theoretische resterende verdien capaciteit primair «toegerekend» aan het WAO-recht. Bij samenloop van WAO en Waz fungeert de WAO namelijk als hoofdverzekering en heeft de Waz, zowel voor wat betreft de premieheffing als voor de grondslagberekening, een aanvullend karakter.

De maatmanfunctie wordt in principe vastgesteld op de functie die betrokkene laatstelijk voordat hij arbeidsongeschikt werd, uitoefende. Uitzonderingen op dit beginsel zijn blijkens de jurisprudentie van de CRvB mogelijk in die situaties waarin de maatmanarbeid geen correct beeld geeft van de oorspronkelijke verdien capaciteit van betrokkene. Dat doet zich bijvoorbeeld voor, indien betrokkene in een arbeidsomvang werkzaam was die als excessief moet worden aangemerkt. In die gevallen levert de omvang van de laatstelijk verrichte arbeid geen juiste maatstaf op voor de vaststelling van de maatmanarbeid, en dient daarop derhalve

een zekere correctie plaats te vinden. De wijze waarop dit gebeurt, is geregeld in het Besluit uurloonschatting 1999 van het Lisv.

Het maatmaninkomen Wajong kent een meer uitgebreide regeling in het derde tot en met het vijfde lid. Onderscheiden worden de situaties dat de jonggehandicapte wel of geen inkomsten uit arbeid geniet (derde lid), dan wel met een beroepsgerichte opleiding een diploma heeft behaald (vierde lid). In het laatste geval wordt het maatmaninkomen gesteld op ten minste anderhalf maal het minimumloon. Het vijfde lid bepaalt dat indien het maatmaninkomen dat wordt verkregen door toepassing van het vierde lid hoger is dan het maatmaninkomen op de voet van het derde lid, van eerstgenoemd maatmaninkomen wordt uitgegaan.

Artikel 7 Maatmaninkomen bij hernieuwde vaststelling en herziening

Bij de introductie van het Schattingsbesluit in 1994 is vastgelegd dat na de eerste vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid geen rekening meer wordt gehouden met nadien opgetreden wijzigingen in het maatmaninkomen: het maatmaninkomen wordt bij een latere vaststelling of herziening van de uitkering niet «geactualiseerd». De reden hiervan is dat de band met het vorige beroep na verloop van tijd steeds meer wordt losgelaten, en de vergelijking daarmee steeds meer een fictief karakter zou krijgen. Voor de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid is dan meer bepalend wat betrokkene met arbeid nog wel kan verdienen.

Het niet actualiseren van het maatmaninkomen laat overigens onverlet dat van maatman gewisseld kan worden indien de situatie daartoe aanleiding geeft, bijvoorbeeld bij verkregen nieuwe bekwaamheden of bij leeftijdgebonden functies.

Artikel 8 Indexering maatmaninkomen

Artikel 8 bepaalt dat het maatmaninkomen geïndexeerd wordt aan de hand van de index van de CAO-lonen per uur, zoals die gepubliceerd wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek.

§ 2 Resterende verdien capaciteit

De paragraaf betreffende de resterende verdien capaciteit – dit is hetgeen betrokkene met arbeid nog kan verdienen – is gesplitst in een artikel 9 dat regels geeft voor de vaststelling van de in aanmerking te nemen arbeid, en een artikel 10 dat aangeeft op welke wijze de loonwaarde van die arbeid moet worden berekend.

Artikel 9 Vaststelling in aanmerking te nemen arbeid

Artikel 9 schrijft voor welke arbeid in aanmerking moet worden genomen bij de vaststelling van de resterende verdien capaciteit. In het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong was deze materie geregeld in artikel 3, tweede lid, en 4, eerste lid. Laatstgenoemd artikellid – dat aangaf op welke wijze de in aanmerking te nemen (gangbare) arbeid nader moet worden omschreven – is thans opgenomen in onderdeel a van artikel 9. Deze nadere omschrijving vindt plaats in de vorm van ten minste drie verschillende in Nederland uitgeoefende functies waarmee het hoogste inkomen per uur kan worden verworven, en die tezamen ten minste 30 arbeidsplaatsen vertegenwoordigen. Dit laat onverlet dat geen functies worden geduid die geen of nauwelijks arbeidsplaatsen vertegenwoordigen (onderdeel b). De onderdelen c tot en met e zien op functies die in een concreet geval, gelet op de specifieke kenmerken van betrokkene, niet voor duiding in aanmerking komen. Deze zijn: de noodzaak van toepassing van voorzieningen die in redelijkheid niet van een werkgever

verlangd kunnen worden, het overschrijden of nog niet bereikt hebben van een functionele leeftijdsgrens door betrokkene, alsmede het hebben van zodanige kenmerken dat tewerkstelling in een bepaalde functie in redelijkheid niet van werkgever verlangd kan worden.

De onderdelen f en g betreffen functies met toeslagen voor afwijkende arbeidstijden. Dergelijke functies worden alleen in aanmerking genomen indien deze toeslagen zijn meegenomen bij de vaststelling van het maatmaninkomen.

In onderdeel f is de uitzondering op deze regel opgenomen. De redactie van dit onderdeel, zoals dit nog luidde in het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong stamde nog uit de tijd dat geschat kon worden op slechts één functie (thans geldt het vereiste dat ten minste drie functies kunnen worden geduid). Dit onderdeel bepaalde dan ook dat functies met toeslagen voor afwijkende arbeidstijden in aanmerking konden worden genomen indien uitsluitend arbeid kon worden verricht in afwijkende arbeidstijden. Een letterlijke interpretatie daarvan brengt evenwel mee dat functies met afwijkende toeslagen wél mogen worden geduid wanneer er geen functies met normale arbeidstijden kunnen worden geselecteerd, maar niet wanneer er één of twee (minder dan drie) dagfuncties worden geselecteerd. Deze consequentie moet als ongewenst worden aangemerkt. Ook de Centrale Raad van Beroep is van oordeel dat deze interpretatie (waaraan hij zich overigens wel gebonden achtte) «tot een merkwaardig resultaat leidt» (RSV 1998/240). De redactie van onderdeel g is daarom aangepast, waarmee dit knelpunt is opgeheven.

De redactie van onderdeel h is enigszins gewijzigd en aangepast aan het opschrift van artikel 9, waarmee wordt aangegeven dat het in dit artikel gaat om het wel of niet in aanmerking nemen van – in dit geval feitelijk verrichte – arbeid. Bij de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid dienen vervolgens uiteraard de inkomsten uit die arbeid in aanmerking te worden genomen.

Artikel 10 Berekening loonwaarde in aanmerking te nemen arbeid

Dit artikel geeft in het eerste lid twee regels voor de berekening van wat betrokkene met arbeid nog kan verdienen. In onderdeel a is vastgelegd dat in beginsel wordt uitgegaan van de urenomvang van de in artikel 18, eerste lid, van de WAO en 2, eerste lid, van de Waz, bedoelde gezonde persoon uitgeoefende arbeid. Indien betrokkene voor een geringer aantal uren belastbaar is, wordt van dit geringere aantal uitgegaan.

Dit betekent, dat de te duiden functies qua arbeidsomvang vergelijkbaar dienen te zijn met de maatmanfunctie. Er worden, met andere woorden, aan personen die voor hun arbeidsongeschiktheid 20 uur per week werkten functies geduid waarin eveneens ongeveer 20 uur per week wordt gewerkt. Er kunnen derhalve ook functies worden geduid met een iets grotere, of iets kleinere arbeidsomvang. Achterliggende gedachte bij deze bandbreedte is, dat daarmee uit een grotere variëteit aan functies kan worden geput die naar aard en belasting voor betrokkene geschikt zijn. Om te voorkomen dat een eventueel verschil in arbeidsomvang tussen de te duiden functies enerzijds, en de maatmanfunctie anderzijds, doorklinkt in de berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage, worden de loonwaarde van respectievelijk de maatmanfunctie en de geduide functies in een uurloon uitgedrukt. Bij de invoering van het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong in 1998 is deze zogeheten uurloonvergelijkingssystematiek reeds gecodificeerd (artikel 3, eerste lid).

Onderdeel b geeft vervolgens aan welk loon moet worden gehanteerd: het loon van de middelste van de in artikel 9, onderdeel a, bedoelde functies.

In het tweede en het derde lid zijn de maximering van het verdieninkomen op het maatmaninkomen, respectievelijk de uitzonderingen

daarop opgenomen. Deze materie is ongewijzigd overgenomen uit artikel 5 van het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong.

HOOFDSTUK 4 Overgangs- en slotbepalingen

Artikel 12 Overgangsbepaling maatmaninkomen

Artikel 11 ziet op de situatie van hernieuwde vaststelling of herziening van de uitkering, indien de mate van arbeidsongeschiktheid voor de eerste maal is vastgesteld voor 10 augustus 1994. Voor deze personen geldt dat bij latere schattingen uitgegaan moet worden van het maatmaninkomen zoals dit de laatste maal voor die datum is vastgesteld. Voor overheidswerknemers is deze datum gesteld op 1 januari 1998, zijnde de datum waarop de WAO op hen van toepassing werd. Deze bepaling is overgenomen uit artikel 6, tweede lid, van het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong.

Artikel 13 Intrekking Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong

De gewijzigde opbouw en vormgeving van de arbeidsongeschiktheids-schatting maakt het noodzakelijk het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong in te trekken en te vervangen door een nieuw besluit. Artikel 10 van het Schattingsbesluit WAO, Waz en Wajong is niet overgenomen in het nieuwe Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Bij gelegenheid van de introductie van de uurloonvergelijking op 1 januari 1998 is in dat artikel een speciale regeling getroffen voor een aantal situaties van overgangsrechtelijke aard. Deze regeling is uitsluitend voor die situaties getroffen en kan niet zonder meer worden overgeheveld naar het nieuwe Schattingsbesluit.

De Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,
J. F. Hoogervorst