

TNO-rapport

Geschiktheid gewogen

Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid
in Nederland 1901-2005

TNO Kwaliteit van Leven



W.E.L. de Boer en
E.S. Houwaart (red.)

TNO-rapport

Geschiktheid gewogen

Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek

Rapport opgesteld door
W.E.L. de Boer en E.S. Houwaart (red.)

Geschiktheid gewogen

Claimbeoordeling en arbeidsongeschiktheid in Nederland 1901-2005

W.E.L. de Boer en E.S. Houwaart (red.)

Deze studie is verricht in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde door het VU Medisch Centrum, TNO Kwaliteit van Leven, het Instituut voor Nederlandse Geschiedenis en het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis. De studie werd mogelijk gemaakt door financiële bijdragen van de Stichting Instituut GAK en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Het onderzoeksteam bestond uit:

prof. dr. E.S. Houwaart (voorzitter)

dr. L. van Bergen

drs. W.E.L. de Boer

dr. K.P. Compagne

dr. J. van Genabeek

dr. A.C.M. Kappelhof

drs. D. Rigter

drs. B.H. Lettinga

Het onderzoeksteam is ondersteund door een begeleidingscommissie bestaande uit:

prof. dr. J.H.B.M. Willems (voorzitter)

prof. dr. E. Fischer

prof. dr. M.J. van Lieburg

drs. L.A. van Rossum Du Chattel

prof. dr. J. van Steenberge

Het onderzoeksteam heeft geprofiteerd van de medewerking van diverse mensen. Het team dankt met name P. de Craen, S. Knepper, J.W. Koten en H.P.G. Mulders voor hun adviezen en commentaar en bedankt tevens de verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die hun medewerking aan de interviews hebben gegeven.

TNO Kwaliteit van Leven

www.tno.nl/arbeid

ISBN-10: 90-5986-211-2

ISBN-13: 978-90-5986-211-2

Druk: PlantijnCasparie Almere

Foto: Ton Poortvliet HH

© 2006 TNO

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopy, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Inhoudsopgave

Inleiding	9
<i>Ton Kappelhof, Wout de Boer, Leo van Bergen</i>	
1 Relevantie van het thema	9
2 Stand van zaken van het onderzoek	11
3 De uitvoering van de claimbeoordeling	17
4 Problemen met de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering	18
5 Eigenaardigheden van het Nederlandse systeem	19
6 Afbakening en inkadering van het onderzoek	20
7 Bronnen	20
8 De opzet van het boek	22
Hoofdstuk 1	23
<i>Voorgeschiedenis: de periode tot 1901</i>	
<i>Joost van Genabeek</i>	
1 Inleiding	23
2 Ambachtsgilden	24
2.1 Organisatievorm en volume	24
2.2 Pakket en voorwaarden	25
2.3 Claimbeoordeling	26
3 Onderlinge fondsen	28
3.1 Organisatievorm en volume	28
3.2 Pakket en voorwaarden	29
3.3 Claimbeoordeling	32
4 Bedrijfshulp	33
4.1 Organisatievorm en volume	33
4.2 Pakket en voorwaarden	38
4.3 Claimbeoordeling	39
5 Particuliere ziekengeld- en ongevallenverzekeringen in 1890	41
6 Aanloop naar een wettelijke ongevallenverzekering	43
6.1 Eerste geluiden	43
6.2 Eerste initiatieven	44
6.3 Debatten over sociale wetgeving	46
7 De rol van artsen	49

Opbouw: de periode 1901-1920

Joost van Genabeek

1	Inleiding	53
2	Aanloop naar de Ongevallenwet	54
	2.1 Wetsontwerp Van der Sleyden	55
	2.2 Wetsontwerp Lely	56
3	De kenmerken van de Ongevallenwet 1901	58
	3.1 Wie was verzekerd?	59
	3.2 Waarvoor verzekerd	59
	3.3 Vergoedingen	61
	3.4 Uitvoering	64
	3.5 Premielast	65
	3.6 Controle	66
	3.7 Beroep	67
4	Organisatie van de medische uitvoering	68
	4.1 Oprichting Rijksverzekeringsbank	68
	4.2 Organisatie van de medische behandeling	69
	4.3 Organisatie van de claimbeoordeling	72
	4.4 Het proces van claimbeoordeling	75
5	Praktijk van de claimbeoordeling	78
	5.1 Verband ongeval en letsel	79
	5.2 Schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid	84
	5.3 Medische behandeling	88
	5.4 Aanpassing	91
	5.5 Eenogigheid	94
	5.6 Tuberculose	97
	5.7 Traumaneurose	101
6	Claimbeoordeling als vak	105
	6.1 Ontstaan van het vak	105
	6.2 Organisatie	107
	6.3 Discussie over de inhoud van het vak	109
	6.4 Methoden en instrumenten	111
7	Conclusie	113

Voortgang en verandering: de periode 1920-1966

Joost van Genabeek

1	Inleiding	119
2	Invaliditeitswet 1919	130
	2.1 Aanloop naar de Invaliditeitswet 1919	120
	2.2 Kenmerken Invaliditeitswet 1919	121
3	De Ongevallenwet 1921	127
	3.1 Wie was er verzekerd?	128
	3.2 Waarvoor was men verzekerd?	130
	3.3 De vergoedingen	132
	3.4 De uitvoering	133
4	De organisatie van de uitvoering	135
	4.1 Afstemming Rijksverzekeringsbank en Raden van Arbeid	135
	4.2 Decentralisatie van de medische uitvoering	137
	4.3 Het proces van claimbeoordeling	139
5	De praktijk van de claimbeoordeling: de Invaliditeitswet	144
	5.1 Het medische onderzoek	145
	5.2 Tijdelijke en blijvende invaliditeit	147
	5.3 Arbeidsongeschiktheid	150
	5.4 Medische behandeling bij invaliditeit	153
6	Praktijk van de claimbeoordeling: de Ongevallenwet	155
	6.1 Wijziging criteria	156
	6.2 Beroepsziektes	163
	6.3 Kritiek op de praktijk van de claimbeoordeling	167
7	Claimbeoordeling als vak	174
	7.1 Oorzaak en mate van de ongeschiktheid	175
	7.2 Verenigingen, congressen en tijdschriften	177
	7.3 Wetenschappelijke beoefening verzekeringsgeneeskunde	179
8	Conclusie	181

De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1967-1976)

Leo van Bergen

1	Inleiding: over de WAO	185
2	Aanloop naar de WAO	186
3	De WAO van 1967: intenties en verwachtingen	189
3.1	De wet zelf	189
3.2	Intenties en verwachtingen	191
4	Organisatie van de uitvoering	201
4.1	Hoofdpijnen van de organisatie	201
4.2	De start van de GMD	202
4.3	De GMD in de vroege jaren zeventig	205
5	De praktijk van de claimbeoordeling	210
5.1	Het proces van claimbeoordeling	210
5.2	'Twee uit duizenden'	211
5.3	De maatschappelijke context	215
5.4	De integrale geneeskunde	217
6	Claimbeoordeling als vak	222
6.1	Validiteitsonderzoek	225
6.2	De afdeling opleidingen van de GMD	226
6.3	De verzekeringsgeneeskundige studiedagen	227
6.4	J.A. Weijel, hoogleraar verzekeringsgeneeskunde	227
6.5	Het belang van een opleiding	229
6.6	Andere actoren	231
7	Conclusie	232

Hoofdstuk 5**237**

De Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de omslag in de claimbeoordeling (1976-1992)

Leo van Bergen

1	Aanloop naar de AAW en naar de wijzigingen van de WAO	238
2	De AAW	240
2.1	Invoer en bepalingen van de AAW	240
2.2	De wijziging in de WAO van 1976 tot 1992	242
3	Organisatie van de uitvoering	243
3.1	Taak en positie van de GMD	243
3.2	De weerbarstige praktijk van de noodzakelijke samenwerking tussen artsen	248
3.3	Het volumeprobleem en de claimbeoordeling	255

4	De praktijk van AAW en WAO	259
4.1	De praktijk in cijfers	259
4.2	Ontwikkeling in de claimbeoordeling	262
4.3	Het proces van claimbeoordeling.	264
5	Ontwikkelingen van het vak van claimbeoordelaar	270
5.1	Het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader	273
5.2	De argumentatieve claimbeoordeling.	275
5.3	Het finale denken over menselijke schade	276
5.4	Verzekeringsgeneeskunde als sociale geneeskunde.	278
5.5	Van Arbeids Complexen Documentatie naar Functie Informatie Systeem	278
5.6	Samenhang en betekenis?	279
6	Conclusie	281

Hoofdstuk 6 **283**

Reorganisatie en standaardisering (1993-2005)

Berber Lettinga

1	Inleiding	283
2	Kenmerken Wetgeving en Schattingsbesluit 1995-2005	285
2.1	Wijzigingen wet- en regelgeving voor verzekeringsgeneeskundigen	286
2.2	Wijzigingen wet- en regelgeving voor arbeidsdeskundigen	289
3	Organisatie van de uitvoering	291
3.1	De 'gedragsprikkel's'	292
3.2	Opvolging van de SVR en de GMD	292
3.3	Het proces van claimbeoordeling	294
4	Sturing van en toezicht op de claimbeoordeling	302
4.1	Management van professionals	302
4.2	Toetsing door de staf	304
4.3	Collegiale toetsing en overleg	306
4.4	Toezicht	306
5	Praktijk van de claimbeoordeling	308
5.1	Claimbeoordeling in een decennium van verandering	308
5.2	De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling	310
5.3	De arbeidsdeskundige claimbeoordeling	314
6	Claimbeoordeling als vak	317
6.1	Aandacht voor vakontwikkeling	318
6.2	De organisatie van de beroepsgroep	319
7	Conclusie	323

Hoofdstuk 7	327
Samenvatting en Conclusies	
<i>Eddy Houwaart, Wout de Boer</i>	
1 Inleiding	327
2 De stabiliteit van de claimbeoordeling	328
3 Honderd jaar claimbeoordeling in acht fases	329
4 En nu verder ?	351
5 Iedere medicus als sociaal-geneeskundige	354
6 De continuïteit van de geneeskunde als <i>Handlungswissenschaft</i>	355
Bijlage: Statistiek van keuringen	359
<i>Ton Kappelhof</i>	
Lijst van afkortingen	371
Literatuurlijst	372
Literatuur	372
Interviews	400
Jurisprudentie	401
Websites	401
Over de auteurs	402

Inleiding

Ton Kappelhof, Wout de Boer, Leo van Bergen

1 Relevantie van het thema

Sinds mensenheugenis wapenen samenlevingen zich tegen de sociale en economische gevolgen van ziekte en gebreken, ofwel: menselijke schade, met name om de dreiging van de daaruit mogelijkwerijs onstaande armoede af te wenden. In de geschreven geschiedenis begint dat bij Hammoerabi (koning van Babylon in de 18e eeuw voor Christus) met spelregels voor het bepalen van de omvang van het verlies van lichaamsdelen in de afwikkeling van wat we nu letselschade zouden noemen. De (private) aansprakelijkheid voor letselschade is in Europa blijven bestaan en aangevuld met private en publieke verzekeringen tegen de gevolgen van ziekte of gebreken.¹ Deze regelingen bevinden zich op het raakvlak van arbeid en zorg en herbergen permanente spanningen. Enerzijds wordt van mensen verwacht dat ze naar vermogen deelnemen aan de samenleving, met name via arbeid. Anderzijds moeten zieken en gebrekkigen worden verzorgd en ondersteund en (deels) vrijgesteld van arbeid, terwijl de scheidslijn tussen geschikt en ongeschikt om te werken niet eenduidig kan worden getrokken.²

In de loop van eeuwen ontstonden twee opvattingen over menselijke schade, het Germaanse principe, waarin op basis van anatomische schade vergoeding werd gegeven, en het Romeinse principe, waarin op basis van verlies van inkomen werd vergoed. Deze principes werden door elkaar heen gebruikt.³ Vanaf het einde van de negentiende eeuw gingen staten publieke arrangementen organiseren om de gevolgen van de industrialisatie op te vangen.⁴ De uitvoering hiervan werd mogelijk door de enorme stijging van het nationale inkomen die weer een gevolg was van diezelfde industrialisatie. In die arrangementen worden claims gelegd die moeten worden beoordeeld. Hun beoordeling op arbeidsongeschiktheid werd daarmee een zaak van publieke wetgeving en dat is tot op de huidige dag zo gebleven. In Nederland begon deze ontwikkeling in 1903, met de inwerkingtreding van de Ongevallenwet. Sindsdien moest er op nationaal niveau eenduidig worden gekozen voor de principes van de bepaling van de schade, de wettelijke vormgeving en de organisatie en uitvoering ervan. Dat geheel is sinds zijn ontstaan regelmatig herzien. Het meest recente voorbeeld daarvan is de invoering van de WIA, de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen, per 1 januari 2006 en het advies van de gezondheidsraad om de claimbeoordeling verder van protocollen en instrumenten te voorzien.⁵

1 Van Steenberge, *Schade aan de mens*, passim.

2 Stone, *The disabled state*, passim.

3 Van Steenberge, *Schade aan de mens*, passim.

4 De Swaan, *Zorg en de staat*, passim

5 Gezondheidsraad, *Beoordelen, behandelen, begeleiden*. 2005

In de loop van de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw groeide het onbehagen over de aanwas van het aantal mensen dat wegens arbeidsongeschiktheid geheel of gedeeltelijk werd afgekeurd. Sedert de stelselwijziging van 1987 werden het nog steeds groeiend aantal arbeidsongeschikten en de daarmee gepaard gaande stijgende kosten, een politiek probleem.⁶ In toenemende mate werd het duidelijk dat de uitvoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) eigen mechanismen kende, die haar lastig te sturen maakten.⁷ Belangrijk onderdeel van die uitvoering was de claimbeoordeling. Die werd uitgevoerd door met name artsen en arbeidsdeskundigen. De rol van verzekeringsartsen in de claimbeoordeling van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen was diverse keren aanleiding om de positie en het werk van deze beroepsgroep ter discussie te stellen.⁸

Over hoe de claimbeoordeling in de loop van de tijd is geëvolueerd weten we heel weinig. Het belang van deze vraag is echter groot. De huidige praktijk vormt de resultante van beleidskeuzen en randvoorwaarden uit het verleden. Een voorbeeld is het wetsartikel waarin werd gezegd dat er bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid rekening moest worden gehouden met de werkloosheid. Dat artikel was zonder veel discussie overgenomen uit de Ongevallenwet maar werd een bron van problemen bij de uitvoering van de WAO. Het verleden werkt, vaak impliciet en zonder dat de spelers zich daarvan bewust zijn, door in de hedendaagse uitvoeringspraktijk en in de beleidskeuzes die worden gemaakt voor de toekomst. Uit internationaal vergelijkend onderzoek weten we dat die beleidskeuzes heel anders hadden kunnen uitvallen.⁹ Om effectief te kunnen sturen kan begrip van het verleden ons beschermen tegen de waan van de dag en behoeden voor nieuwe mislukkingen.

Er is ook een vakinhoudelijke reden om het verleden van de verzekeringsgeneeskunde en arbeidskunde beter te onderzoeken. De claimbeoordeling is een exponent van maatschappelijke opvattingen en ontwikkelingen binnen de arbeidsmarkt, rechtspraak en geneeskunde. Willen we de moderne claimbeoordeling goed begrijpen en verder brengen dan is begrip van hoe deze gestalte heeft gekregen een heel nuttig middel. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) achtte het dan ook van wezenlijk belang dat de verzekeringsgeneeskunde ook historisch gezien meer gezicht krijgt. Om dat gezicht te kunnen schetsen was medisch-historisch onderzoek nodig.

6 *Parlementaire enquête* (1993), passim.

7 Teulings, Van der Veen, Trommel, *Dilemma's van de sociale verzekering*, passim.

8 *Parlementaire enquête* (1993), passim; Adviescommissie arbeidsongeschiktheid, *Werk maken van arbeidsongeschiktheid*, passim.

9 De Boer et al., 'Claimbeoordeling in het buitenland', passim.

Wat de drijvende krachten achter de opbouw van de Nederlandse sociale zekerheid zijn geweest, was in de historische en sociologische literatuur van de laatste 25 jaar een veelvuldig gestelde vraag. De opbouw nam volgens Roebroek en Hertogh een aanvang toen de staat der Nederlanden tussen 1870 en 1900 de eerste activiteiten en interventies op het terrein van de sociale politiek ondernam, een tijd waarin recht op behandeling of recht op uitkering niet bestonden.¹⁰ Het duurde vervolgens tot na de Tweede Wereldoorlog voordat de wetgeving over de sociale zekerheid een hoge vlucht begon te nemen. Het is met name die merkwaardige lange geschiedenis geweest én de veelvoudige vorm waarin de wetgeving en uitvoering werd gegoten, die tot veel theorievorming aanleiding hebben gegeven. Het probleem was daarbij zowel het één als het ander te kunnen verklaren. Hierbij werd al snel duidelijk dat het oude social-democratic model, waarin kort gezegd de sociale zekerheid wordt gepresenteerd als een overwinning van 'links' op 'rechts', niet voldeed.¹¹

De Swaan typeerde de sociale zekerheidswetgeving als een tegenhanger van het vroegere individuele sparen voor kommervollere tijden. Was daarbij zelfdwang de drijvende factor, bij de sociale zekerheidswetgeving was externe dwang in het spel.¹² Dat die sociale zekerheidswetgeving het individuele sparen en de daaropvolgende onderlinge hulpfondsen ging verdringen hing samen met doordringend besef dat de toestanden in moderne fabrieken risico's met zich meebrachten die buitenproportioneel waren en waarop onderlinge hulp en spaarzin geen antwoord meer konden vormen. Belangrijk onderwerp hierbij werd, aldus Hertogh, de vraag inzake de reikwijdte van de overheidstaken en de wijze van staatsingrijpen. Duidelijk werd dat de sociale zekerheid een belangrijk instrument vormde 'om de verantwoordelijkheden inzake de bestaanszekerheid tussen staat en maatschappij te verdelen'.¹³

De Nederlandse Ongevallenwet van 1901 was voor een belangrijk deel door buitenlandse voorbeelden geïnspireerd,¹⁴ een beïnvloeding die niet of nauwelijks andersom heeft gewerkt.¹⁵ De Duitse invloed op andere landen, zoals Nederland, was met name groot geweest bij de arbeidsongevallenwetten. Bij de latere ziekte- en invaliditeitswetgeving was zij reeds minder sterk aanwezig, of althans minder goed na te gaan.¹⁶

Duidelijk is dat Nederland niet voorop liep met de invoer van sociale zekerheidswetgeving. De Swaan wijst op het collectiviseringsproces dat zich in de door hem bestudeerde landen - Groot-Brittannië, Frankrijk, Duitsland, de Verenigde Staten en

10 De Ruiter, *Een onderzoek naar de effecten van medische bijstand*, 6.

11 Roebroek, Hertogh, *'De beschavende invloed des tijds'*, 15

12 Van Genabeek, *Met vereende kracht, risico's verzacht.*, 18.

13 Hertogh, *'Geene wet, maar de Heer'*, 366-367.

14 Pennings, *De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen*, 305-307; Van der Pas, *Validiteitschattingen*, 18-19.

15 Pennings, *De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen*, 318.

16 Van Steenberge, *Schade aan de mens*, 180.

Nederland - rond 1900 voordeed. Het sociale stelsel in deze landen kende bij alle een verschillende wordingsgeschiedenis, wat Roebroek bracht tot indelingen in verschillende types van welvaartsstaten (afhankelijk van de invalshoek: sterk of zwak; interventionalistisch en non-interventionalistisch; liberaal, corporatistisch of sociaal-democratisch).¹⁷ Volgens De Swaan was echter de overeenkomst dat het verzet tegen sociale zekerheid een natuurlijke dood stierf door economische oorzaken als het - zeer langzaam - afnemen van het aantal kleine zelfstandigen en het almaar toenemen van het aandeel loontrekkers in de beroepsbevolking.

Van groot belang voor het begin van de wetgeving was het besef van een 'risque professionnel', het bewustzijn dat ongevallen in de moderne fabrieken 'nu eenmaal konden gebeuren, buiten de menselijke wil om'. Dus moest daar een verzekering tegen mogelijk zijn, zodat de slachtoffers en hun families er niet door in het verderf zouden worden gestort.¹⁸ Al was het nog een stap verwijderd van het 'risque social', waarbij de oorzaak van ziekte of verwonding er niet meer toe doet, voortaan hoefde een gewonde arbeider niet meer te bewijzen dat niet hijzelf of een van zijn directe collega's aansprakelijk waren voor het ongeval, maar dat daarvoor op de eerste plaats de werkgever verantwoordelijk was, tenzij volkomen duidelijk was dat dat niet het geval was. Dit nam echter het probleem van het bepalen van de resterende arbeidsongeschiktheid en daarmee van de hoogte van uitkering niet weg. Dit werd een medisch specialisme en, zoals De Swaan schreef, 'een van de eerste gebieden waar medische deskundigheid met medeplichtigheid van de betrokken partijen bijdroeg tot het isoleren en neutraliseren van wat in wezen een belangenconflict was, door het te herdefiniëren als een technisch probleem dat moest worden opgelost door "niet-gebonden" experts'.¹⁹

Met de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet van 1919 was voornamelijk gekeken naar verwondingen voortkomend uit het werk. In de tussentijd was echter ook de discussie over ziekte als gevolg van arbeid of arbeidsomstandigheden opgekomen. In het medisch-wetenschappelijk domein waren het, nadat door de opkomst van de bacteriologie de rol van de hygiënisten was uitgespeeld, enkele afzonderlijke artsen geweest die begin twintigste eeuw de weg hadden bereid om kennis en diagnostiek van beroepsziekten als onderwerp op de kaart te zetten. Voor Nederland noemden zij de studie van SDAP'er L. Heijermans, *Handleiding tot de Kennis der Beroepsziekten* (1908). Heijermans had oog voor de individuele gevoeligheid bij het ontwikkelen van een beroepsziekte, die in specifiek en niet-specifiek konden worden onderscheiden. In een twee jaar later, tezamen met de medicus Ph. Kooperberg geschreven artikel gaf Heijermans aan hoe moeilijk voor claimbeoordelaars het onderscheid was te trekken tussen beroepsziekte en -ongeval, met name als de ziekte het gevolg was van een

17 Roebroek, Hertogh, *De beschavende invloed des tijds*, 16.

18 Deferme, *De schuld van het toeval*, 57.

19 De Swaan, *Zorg en de staat*, 183-184.

infectie of vergiftiging. Het was vaak niet eenvoudig te zeggen of een geval nu wel of niet binnen de regels van de wet viel. Grensgevallen waren aan de orde van de dag. Het onderscheidend criterium was het woord 'plotseling', maar ook dit was een rekbaar begrip.²⁰

Volgens Kerklaan en de zijnen was er wel wat voor te zeggen om de beroepsziekten niet in de aanstaande Ziektewet op te nemen. Uitgaand van het 'risque professionnel' kon er geen principieel verschil worden gemaakt tussen de rechten van aan de ene kant een arbeider met letsel als gevolg van een beroepsongeval, en aan de andere kant een arbeider met letsel als gevolg van een beroepsziekte. Bovendien was zoals gezegd het verschil tussen letsel en ziekte nogal eens vaag. De telkens terugkerende moeilijkheden bij het maken van onderscheid heeft tot vele discussies geleid.²¹

De discussies zijn gevoerd vanuit maatschappelijke, medisch-wetenschappelijke en juridische hoek. Het begrip beroepsziekte is vanaf het midden van de negentiende eeuw met name beïnvloed door de wens tot 'preventie van gezondheidsschade' en 'de verzekering tegen schade door beroepsziekten'. Vanuit de eerste invalshoek werd het breed opgevat, terwijl uitgaand van de tweede een beperktere definitie werd gezocht. Doordat tot 1967 het 'risque professionnel' de wet domineerde, overheerste tot de WAO de beperktere visie. Met het verdwijnen van de Ongevallenwet werd de brede opvatting dominant.²²

De invloed vanuit wetenschappelijke en ervaringsdeskundige hoek was volgens Kerklaan en de zijnen beperkt, zowel voor als na de oorlog. De wijzigingen moesten vooral politiek haalbaar en economisch betaalbaar zijn. Wetenschappelijke gegevens en deskundig oordeel konden daardoor slechts op onderdelen invloed uitoefenen.²³ Sinds de ongevallenwet van 1901 en de opkomst van de particuliere verzekeringen zijn artsen ingezet als deskundigen om te kunnen bepalen of iemand als gevolg van ziekte of gebrek geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt was. De vraag of zij ook daadwerkelijk is staat waren om zoiets te bepalen, is echter lange tijd niet gesteld.²⁴

J.H.R. van der Pas (in 1964 en later nog eens in 1978) en D. Lahaye deden dit wel. Lahaye concludeerde dat de kennis van medici van zowel het arbeidsmilieu als van de verscheidene beroepen te beperkt was om tot een afgewogen oordeel over arbeidsongeschiktheid te kunnen komen.²⁵ En Van der Pas constateerde in 1978 dat de vraag of medici voldoende toegerust waren om te kunnen beoordelen of iemand arbeidsongeschikt is of niet, met ja noch nee kon worden beantwoord. Het leidde tot de roep om arbeidsdeskundigen die op zijn minst een even zware stem zouden moeten hebben als medici.²⁶ Geen wonder dus dat al met al ook De Ruiter concludeerde dat de medi-

20 Kerklaan et al., *De stempel van de arbeid*, IV, 428-429.

21 De Ruiter, *Een onderzoek naar de effecten*, 110-111; Lahaye, *Schade aan de mens*, 35-36; De Ruiter, *Een onderzoek naar de effecten*, 11-12; Van Leeuwen, *De Centrale Raad van Beroep als iudex viator*, 85.

22 Kerklaan, *De stempel van de arbeid I*, 321-322.

23 Kerklaan, *De stempel van de arbeid IV*, 427.

24 De Ruiter, *Een onderzoek naar de effecten*, 113.

25 a.w., 113-114

26 a.w., 114

sche beoordeling van arbeidsongeschiktheid in veel gevallen in hoge mate arbitrair is.²⁷

Fluit en Wilthagen laten zien hoe de 'risque naturel' van voor 1900 - het idee dat het krijgen van een arbeidsongeval of beroepsziekte een 'natuurlijk' gegeven was dat maar moest worden geaccepteerd, ook door werknemers - in een 'risque professionnel', een bedrijfsrisico, veranderde, waarbij de werknemer recht had op schadevergoeding als duidelijk was dat hij het slachtoffer was geworden van een ongeval dat uit de uitoefening van zijn beroep was voortgevloeid. Dit vormde tot na de oorlog de bodem onder de werknemersverzekeringen, maar toen veranderde dat. Uitgaande van het gelijkheidsbeginsel werd in de WAO het 'risque social' geïntroduceerd, waardoor een historisch proces werd afgerond. Nog steeds was het risico een geproduceerd risico, maar nu niet meer in bedrijven, maar in de maatschappij als geheel. Het causaliteitsbeginsel werd losgelaten; het was voor het verkrijgen van de uitkering niet meer van belang of de verwonding of ziekte enige relatie had met het werk dat men deed. De objectiveerbare monocausaliteit en de relatie tussen schade en grootte van de uitkering raakten op de achtergrond. Nederland was daarmee het enige land in de Westerse wereld geworden met een stelsel van sociale verzekeringen dat geen onderscheid maakte tussen beroepsgebonden en niet-beroepsgebonden ziekten en aandoeningen.²⁸

Waar kwam die verandering van 'risque professionnel' naar 'risque social', die vanzelfsprekend zo zijn gevolgen had voor de claimbeoordeling, vandaan? Daarvoor is in de literatuur vaak weer op het buitenland gewezen. Zo zou de Nederlandse regering in Londen sterk zijn beïnvloed door het Beveridge-rapport uit 1942, waarin werd bepleit dat armoede en een beroep op de bijstand moesten worden teruggedrongen ten gunste van verzekeringsuitkeringen. Het leidde tot de instelling van een commissie onder voorzitterschap van de naar links neigende CHU'er A.A. van Rhijn. Bovendien waren er internationale verdragen zoals van de IAO, die een rol hebben gespeeld in de Nederlandse naoorlogse ontwikkelingen. Het neemt niet weg dat Pennings stelt dat die invloed meer ideologisch dan praktisch was. De specifiek Nederlandse situatie bleef voorop staan. Was dat niet zo geweest dan was de Nederlandse lappendeken van regelingen niet ontstaan.²⁹

Al bestrijdt Noordam dit relaas en was volgens hem de Tweede Wereldoorlog door het Beveridge-rapport, de commissie-Van Rhijn of de verklaring van de Rechten van de Mens wel degelijk een cesuur in de geschiedenis van de Nederlandse sociale verzekeringswetgeving,³⁰ Ton Kappelhof stemt met Pennings in, in het recente 'Omdat het historisch gegroeid is'. De invloed van de commissie-Van Rhijn moet bijvoorbeeld vooral niet worden overschat. Haar rapport leidde niet tot een breuk met vooroorlogs

27 a.w., 116-117, 123

28 Fluit, Wilthagen, *Het risque social*, passim; Kerklaan, *De stempel van de arbeid*, I, 328; Kerklaan, *De stempel van de arbeid*, II, 410.

29 Pennings, *De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen*, 310, 319.

30 Noordam, *Prothesen en scheerzeep*, 132-135.

beleid. Daarvoor verliepen de ontwikkelingen allemaal veel te geleidelijk. Hij haalt de voor de WAO verantwoordelijke minister, G.M.J. Veldkamp, aan, die het rapport-Van Rhijn niet meer vond dan een informatieve en beschouwelijke eerste aanzet voor de naoorlogse sociale zekerheid. Het eerste decennium van de oorlog zag Kappelhof als een overgangperiode. De echte veranderingen begonnen pas met de volksverzekering van 1955.³¹

Wat komt nu in de literatuur naar voren als de verklarende factor voor de specifiek Nederlandse situatie met zijn afwijkende vorm en tempo; een situatie die volgens Hoogenboom werd gekenmerkt door 'een mengelmoes van regelingen, met elk een specifieke doelgroep, premiestelsel, uitkeringshoogte en uitvoeringsorganisatie'.³² Toen eenmaal duidelijk was dat, door studies van Koch en De Swaan, het sociaal-democratische model niet voldeed, zorgde de in de geschiedschrijving van Nederland in de twintigste eeuw dominerende verzuiling ervoor dat de confessionele partijen als bepalend naar boven kwamen, al waren zij dan de ene keer drijvende kracht en de andere keer obstructieve macht. Roebroek en Hertogh horen tot de aanhangers van de drijvende kracht-hypothese. Het was juist de christen-democratie die oog had voor het aspect van maatschappelijke ordening, terwijl de sociaal-democratie keek naar zaken als herverdeling en solidariteit. Zij waren 'gematigde, later zelfs enthousiaste voorstanders van sociale zekerheid'.³³ De aan de werken van deze auteurs voorafgaande studie van Ter Borg uit 1986 was een voorbeeld van de obstructieve macht. Het Nederlandse tempo was niet traag omdat de confessionelen met vele verschillende groeperingen rekening wisten te houden, maar omdat zij zich domweg verzetten tegen iedere door de staat gesanctioneerde verzekering en voorziening.³⁴

Ondanks al hun verschillen, falen volgens Hoogenboom alle zich op de confessionele partijen richtende theorieën, ook al geeft hij Roebroek en Hertogh de eer 'het eerste gedetailleerde en enigszins samenhangende overzicht van bijna tweehonderd jaar sociale zekerheid in Nederland [te] hebben afgeleverd'.³⁵ Of zij bieden geen verklaring voor het tempoverschil tussen de eerste en de tweede helft van de twintigste eeuw; of zij bieden geen verklaring voor de vorm, of zij bieden geen verklaring voor beide. Dit komt met name omdat er niet zoiets was als 'de' confessionelen, of als 'de typisch confessionele opvatting'.³⁶

Hoogenboom zoekt het dan ook elders en wel bij het concept van de 'oude orde': de standenmaatschappij. Hij kenschetst zijn boek dan ook expliciet als een poging tot 'relativering van het verzuilingsperspectief, dat de Nederlandse geschiedenis te lang

31 Kappelhof, *Omdat het historisch gegroeid is*, passim (citaat: 90-91).

32 Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 19.

33 Roebroek, Hertogh, *De beschavende invloed des tijds*, 17-18; Hertogh, *Geene wet, maar de heer*, 368-369; Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 23-24.

34 Hoogenboom, *Standenstrijd en zekerheid*, 21.

35 a.w., 23.

36 a.w., 24-25.

heeft gedomineerd'.³⁷ Zolang de oude standen, die hun privileges in gevaar zagen komen, machtig genoeg waren om de komst van nieuwe vormen en gedachten tegen te houden, lieten zij dat niet na. En de opbouw van een sociaal zekerheidsstelsel was een uiting van die moderne tijd. Door een staatsverzekering zouden zij namelijk hun greep op de lagere standen verliezen. Vandaar ook dat de uitvoering van de wetgeving die er kwam werd gedomineerd door particuliere instanties. Pas toen gaandeweg het Interbellum hun macht definitief tanende was, waardoor bijvoorbeeld de RKSP door meer sociaal voelende groeperingen binnen het katholieke volksdeel kon worden gedomineerd en waardoor er kon gaan worden samengewerkt met de sociaal-democraten, kwam er ruimte voor een keur aan wetgeving. Die werd echter in eerste instantie door de oorlog tegengehouden. Maar na 1945 was de tijd van de 'late knal' aangebroken.³⁸ Ook volgens Hoogenboom is de oorlog dus geen cesuur, omdat de elementen die na de oorlog voor de opbouw van het ruime stelsel zorgden, reeds voor de oorlog aanwezig waren.³⁹

Toen in 2001 de honderdste verjaardag van de Ongevallenwet kon worden gevierd, was het tijd voor een terugblik. Noordam concludeerde dat de grootste constante de geringe effectiviteit van arbeidsongeschiktheidsbeleid was geweest. Daar hadden de na elke teleurstelling volgende, typische reacties - nog meer beleid en nog maar weer een commissie - geen enkele keer iets aan kunnen veranderen. De fout was volgens Noordam het onderontwikkelde individuele aspect van het beleid.

Algemene, voornamelijk financiële maatregelen (boeten, subsidies, kortingen, premies, etc.) blijken onvoldoende effect te sorteren. Individuele begeleiding en maatwerk, daar gaat het om. Arbeidsongeschikten hebben recht op geïndividualiseerde - en dus kostbare - aandacht. Pas dan kan worden gezegd: 'Nederland zorgt koninklijk voor zijn mindervaliden.'⁴⁰

In die honderd jaar sociale zekerheid was reïntegratie een constant aanwezig onderdeel. De 'moderne' leus 'werk boven uitkering', stamt bijvoorbeeld al uit de jaren vijftig. De argumenten erachter zijn medisch-sociaal (revalidatie); verzekeringstechnisch (schadebeperving); ethisch-juridisch (gelijke kansen, ontplooiing, recht op arbeid), en economisch (kostenbeheersing). Volgens Noordam was en is de rol van de werkgever cruciaal, maar diens bereidheid om die rol in te vullen gering. Gaandeweg kreeg herinschakeling in het arbeidsproces dan ook een verplichtend karakter. Privatisering is daarbij het toverwoord geworden.⁴¹

37 a.w., 15-16, 32.

38 a.w., 267-268.

39 a.w., 272-273.

40 Noordam, *Prothesen en scheerzeep*, 144.

41 a.w., 143-144.

3 De uitvoering van de claimbeoordeling

Zoals uit bovenstaand overzicht kan worden opgemaakt, heeft de nadruk in de geschiedschrijving gelegen op het onderzoek naar de initiatiefnemers, het politieke debat, de sociale en culturele context, het politieke debat over de uitvoering, en het beleid en de wensen die vanuit de samenleving zijn geventileerd. De vraag naar de concrete praktijk van de claimbeoordeling rond arbeidsongeschiktheid en invaliditeit is grotendeels onbesproken gebleven. Daarmee is ook een belangrijk probleem in de geschiedenis van de arbeidsongeschiktheid onderbelicht gebleven, namelijk de voor deze sector specifieke, permanent aanwezige spanning tussen politieke intenties en medisch-juridische schemata enerzijds en de sociaal-medische realiteit en dilemma's van de claimbeoordeling anderzijds.

In dit boek willen we een licht werpen op dit probleem door de historische ontwikkeling van de claimbeoordeling in de twintigste eeuw te analyseren. Wie voerden de beoordeling sinds 1901 nu eigenlijk uit, hoe werden de wetten en voorschriften door de beoordelaars naar de praktijk vertaald, welke rol speelde de expertise van medici en andere deskundigen bij de claimbeoordeling? Bij het zoeken naar antwoorden op deze vragen zal vanzelfsprekend de politieke, juridische, medisch-wetenschappelijk en organisatorische context worden betrokken, aangezien deze het - ogenschijnlijk soms autonome - claimbeoordelingsproces telkens weer voor nieuwe problemen heeft gesteld of in een geheel nieuw perspectief heeft geplaatst.

In deze publicatie verstaan we onder de uitvoering van de claimbeoordeling in het kader van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, het werk dat door de beoordelaars (artsen, arbeidsdeskundigen en anderen) wordt verricht om tot een uitspraak te komen over een claim op een uitkering voor arbeidsongeschiktheid. De mogelijkheid van een claim ontstaat uit een (wettelijke) regeling die wordt uitgevoerd door één of meer organisatie(s). In Nederland kwam dat op gang met de genoemde Ongevallenwet van 1901. Als we kijken naar de uitvoering van de claimbeoordeling betekent dat dus dat we kijken naar het werk van de uitvoerders, de beoordelaars, in kaders van organisatie en wetgeving. Wetgeving, organisatie en beoordelaars kunnen ieder hun invalshoeken hebben.

Met de kennis van nu kunnen we zeggen dat de beoordelaars een verschillende *logica* kunnen zien in hun werk: beoordelingen als onderdeel van trajecten op weg naar werk en dus aansluitend bij de wensen en ambities van de beoordeelde die dus subject is, of beoordelingen als zo objectief mogelijke toetsen van de mogelijkheden en beperkingen van de beoordeelde die daarin vooral object is. Deze verschillen in logica kunnen leiden tot verschillen in *werkwijzen*, *vakkennis* en *organisatie* van het proces van de beoordelingen. We interesseren ons in dit onderzoek voor kennis die de beoordelaars hebben, de methoden die ze gebruiken, de informatie die als input dient, de feitelijke beoordelingsactiviteiten en de instrumenten, de verslaglegging en de kwaliteitsbewaking van het geheel.

Claimbeoordeling is een proces. Dat proces heeft plaats binnen een administratieve organisatie van uitkeringsverzorging en in interactie met de omgeving. Dat krachtenspel zal niet altijd hetzelfde zijn geweest. Ten behoeve van dit onderzoek zullen wij gebruik maken van een theoretisch kader dat actoren en factoren verbindt op het thema claimbeoordeling, het scriptmodel.⁴² De beoordeling wordt gezien als de resultante van 1) de wettelijke definiëring van arbeidsongeschiktheid, 2) de vertaling hiervan in uitvoeringsregels en procesinrichting van de uitvoerende instanties, 3) de normen waarvan professionals, met name bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en behandelend artsen en ook arbeidsdeskundigen zich bedienen en 4) het onafhankelijk toezicht op de kwaliteit. De twee hoofdrolspelers zijn de beoordelaar en de beoordeelde. Soms betreedt een bijrolspeler het toneel, te weten de rechter. De regie ligt in handen van de opdrachtgevers tot de beoordelingen zoals thans de UWV. De beroepsgroep van beoordelaars kan optreden als mederegisseur. De voornaamste criticus of toetser is thans de Inspectie Werk en Inkomen, maar ook de Algemene Rekenkamer of het ministerie van Sociale Zaken c.a. kunnen deze rol vervullen, zoals natuurlijk ook de publieke opinie. Ook dit schouwspel vindt niet in het luchtledige plaats: de uitvoering van de sociale zekerheid is onderhevig aan een systeem van krachten vanuit arbeid en arbeidsmarkt (onder andere de conjunctuur) en vanuit de zorg. Dit leidt van tijd tot tijd tot conflicten. We zullen proberen na te gaan welke partij wanneer welke rol blijkt te spelen.

De uitvoering van de claimbeoordeling is van meet af aan geconfronteerd geweest met problemen die niet door regelgeving konden worden opgelost. In de loop van de tijd ontstond ook een uitvoeringspraktijk die typisch Nederlands werd. Onderstaand lichten we deze twee aspecten toe.

4 Problemen met de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Problemen en dilemma's bij de uitvoering van de claimbeoordeling zijn er altijd geweest. Deels zijn die inherent aan de taak.⁴³ In de claimbeoordeling voor langdurige arbeidsongeschiktheid moeten uitspraken worden gedaan over de relatie tussen iemands gezondheid en de arbeidsmarkt volgens de normen van het moment. Gezondheid, arbeidsmarkt en sociaal beleid zijn aan evolutie onderhevig en dus kan de claimbeoordeling door de tijd heen geen statisch beeld opleveren. Tegelijkertijd vraagt de uitvoering van een wet om rechtszekerheid en rechtsgelijkheid en daarmee staat de uitvoering onder spanning. Teulings et al. hebben beschreven dat het belang om gelijke gevallen gelijk te beoordelen op gespannen voet kan staan met het belang om mensen de ruimte te laten voor hun eigen invulling van genezing en hervatting.

⁴² Hofstee, *Principes van beoordeling*, passim; De Boer et al., *Vademecum beoordelingen arbeidsmogelijkheden*, passim.

⁴³ Teulings, Van der Veen, Trommel), *Dilemma's in de sociale verzekering*, passim.

Dilemma's en problemen vloeien ook voort uit het belang om de claimbeoordeling op een efficiënte manier uit te voeren.⁴⁴

Een bekend knelpunt was en is de taakafbakening tussen artsen bij de behandeling en de controle. Met name de behandelende artsen hechtten zwaar aan een duidelijke taakafbakening opdat controle en behandeling niet door elkaar liepen. Enerzijds bevorderde deze taakafbakening de onafhankelijke beoordeling, anderzijds werd de noodzakelijke afstemming moeilijker. Een ander probleem dat zich reeds kort na de invoering van de Ongevallenwet voordeed was de traumaneurose of renteneurose. Het verschijnsel was al langer bekend in Duitsland, waar een wettelijke ongevallenverzekering twintig jaar eerder was ingevoerd. Mensen verklaarden na een ongeval niet meer te kunnen werken ofschoon de artsen geen enkel lichamelijk gebrek konden vaststellen en de persoon in kwestie in alle opzichten leek te zijn hersteld. Over dit onderwerp werd in Nederlandse vaktijdschriften veel gepubliceerd. Meer algemeen was het steeds de vraag wat nog wel en wat niet meer als ziekte moest worden gezien, reden voor de Centrale Raad van Beroep van tijd tot tijd vooraanstaande medici te laten aangeven hoe 'ziekte' moest worden gedefinieerd.⁴⁵ Een ander discussiepunt betrof de vraag of ongevallen die door eigen schuld werden veroorzaakt (zoals dronkenschap of overtreding van veiligheidsvoorschriften) wel mochten worden verhaald op de sociale verzekering. Verder speelde telkens de vraag in welke mate de beoordelingen moesten zijn gericht op het verstrekken van uitkeringen in verband met beperkingen, of onderdeel moesten zijn van een traject dat gericht was op het vergroten van de mogelijkheden. Een langlopend probleem tenslotte was de wetenschappelijke onderbouwing van de beoordelingen.⁴⁶

Het hanteren van al deze problemen lag de facto in de handen van de beoordelaars. Hoe deden zij dat? Welke ruimte kregen zij of namen zij? Hoe werd dat verantwoord?

5 Eigenaardigheden van het Nederlandse systeem

Van Steenberge heeft geconstateerd dat Nederland zich tot het meest Latijnse land van Europa heeft ontwikkeld als het gaat om de bepaling van menselijke schade.⁴⁷ Niet alleen is er met de WAO gekozen voor een vrijwel ongeclausuleerde vergoeding van verlies van verdien capaciteit, zonder bijvoorbeeld een aparte regeling voor beroepsziekten en bedrijfsongevallen. Ook is het begrip van de verdien capaciteit in detail uitgewerkt in de berekening van het vroegere en in de toekomst te verdienen loon. In Nederland stelt een arts de belastbaarheid van de cliënt vast waarna

44 De Boer, Steenbeek, *Probleemsituaties in de claimbeoordeling*, NVVG 2005.

45 'Arts en beroepsrechter over het ziektebegrip', 1985, pp 55-64

46 Raad voor Gezondheidsonderzoek, *Advies verzekeringsgeneeskunde*, passim, Willems, *Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde*, passim.

47 Van Steenberge, 'De oorsprong van de arbeidsongeschiktheidswetgeving', passim.

een arbeidsdeskundige de resterende verdiencapaciteit vaststelt met behulp van het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS). In andere landen wordt dit meestal overgelaten aan de inschatting van artsen. Bijzonder is dat de mogelijkheden van de cliënt moeten worden vastgesteld aan de hand van richtlijnen. Bijzonder is ook de uitgebreidheid van de rapportage aan de beslissende instantie. Meer in het algemeen onderscheidt het Nederlandse systeem zich van dat in de andere onderzochte landen door een uitgebreide controle, een streven naar zorgvuldigheid en een grote dichtheid aan voorschriften die de handelingsvrijheid van de beoordelaars inperkt. De invulling van de scheiding tussen behandeling en controle, op zichzelf niet uniek, is in Nederland scherper dan in andere landen. Nederland kent een groot aantal speciaal opgeleide verzekeringsartsen en daarbij hebben bedrijfsartsen een unieke positie in de legitimering van ziekteverzuim. Deze eigenaardigheden hangen samen met de ontstaansgeschiedenis van de sociale zekerheid in Nederland.

6 Afbakening en inkadering van het onderzoek

We hebben de periode onderzocht vanaf circa 1900, de start van de wettelijke regelingen, tot het begin van de eenentwintigste eeuw. Dit wordt voorafgegaan door een proloog omdat de wetgeving niet uit de lucht kwam vallen. We beschrijven daarin de claimbeoordeling voorafgaand aan de invoering van de wettelijke sociale zekerheid teneinde zicht te krijgen op de vraag in hoeverre men zich vanaf 1901 baseerde op al oudere gebruiken en ervaringen. In de periode vanaf 1901 zijn de ongevallenwetten (er waren er vier, waarvan wij er om praktische redenen maar één, en wel de grootste, hebben onderzocht; de anderen waren bestemd voor de land- en tuinbouw, de mijnbouw en de zeevaart), de Invaliditeitswet en de WAO plus de AAW de voornaamste wetten geweest voor de claimbeoordeling. Deze periode van circa honderd jaar is op te knippen in een periode voor en na 1967, omdat in dat jaar met de inwerkingtreding van de WAO een ander regime tot stand kwam. Binnen die beide periodes zijn voor het gemak van de lezer subperiodes te onderkennen. De periode voor 1967 kent een beginperiode tot 1921 en een slotperiode tot 1967 waarin de sterk uitgebreide Ongevallenwet en de Invaliditeitswet werden uitgevoerd. De periode WAO kende eveneens een beginperiode, een periode waarin een gewijzigde WAO werd uitgevoerd met de AAW en een slotperiode waarin de WAO onder gewijzigde en sterk wijzigende condities werd uitgevoerd.

7 Bronnen

Bronnen voor dit onderwerp bleken in ruime mate voorhanden, maar zij konden wegens de beperkte hoeveelheid toegemeten tijd niet alle uitputtend worden geraad-

pleegd. Er moesten keuzes worden gemaakt, waarbij zowel informatiewaarde als toegankelijkheid als criteria werden gehanteerd.

De bronnen voor dit onderwerp zijn voornamelijk gevonden in archieven en vaktijdschriften. Zij bestrijken zowel het politieke, medische als juridische veld en bleken voor het merendeel goed bereikbaar en toegankelijk. Als eerste wegwijzer was er de door het Instituut voor Nederlandse Geschiedenis in Den Haag in 2003 op haar website gepubliceerde onderzoeksgids 'Sociale Zekerheid 1890-1967'. Deze gids bevat gestandaardiseerde beschrijvingen van ongeveer vierhonderd archieven van personen en instellingen die zich sinds 1890 met de sociale zekerheid hebben beziggehouden. Hij biedt daarnaast nadere toegangen op veertig belangrijke archieven en een literatuurlijst die meer dan achtduizend titels telt. Tweede grote bron waren de vaktijdschriften van de beoordelaars: het *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde*, het *Geneeskundig Tijdschrift van de Rijks Verzekeringsbank, Arts & Sociale Verzekering*, het *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, het *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde en Ad-visie*. Hierbij zal tevens het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* moeten worden genoemd. Derde belangrijke bron waren proefschriften die vanuit de uitvoering van de claimbeoordeling werden geschreven. Onderzoek naar de claimbeoordeling door onderzoekers van buiten die claimbeoordeling is pas in de jaren negentig van de twintigste eeuw vanuit het CTSV goed op gang gekomen. Ook daarvan is uiteraard ruim gebruik gemaakt. Jaarverslagen van de RVB en de GMD en diverse juridische overzichtswerken gaven inzicht in de ontwikkeling van wet, jurisprudentie en organisatie. Verder waren er handboeken, gedenkboeken en instructies die evenzeer belangrijke bronnen waren. Over de periode van 1967 tot 1993 zijn van diverse mensen persoonlijke inkleuringen ontvangen over hoe zij de periode hebben beleefd.

De laatste periode die in dit boek beschreven is, van 1993 tot 2006 is mede gebaseerd op interviews. Keuringsdossiers en daaraan gerelateerde documenten van vóór ongeveer 1985 bleken reeds te zijn vernietigd. Onderzoek in dossiers van na die datum bleek te tijdrovend en leent zich derhalve eerder voor een of meer vervolgonderzoeken. Het onderzoek is dus voornamelijk gebaseerd op interviews en secundaire bronnen. Dagbladen en andere media zijn slechts incidenteel geraadpleegd, omdat deze beperkt toegankelijk zijn. Ook scripties van verzekeringsartsen zijn alleen geraadpleegd als daar een directe aanleiding toe was. De scripties, zeker van langere tijd geleden, zijn moeilijk toegankelijk en daarmee zou raadpleging wel erg aan toeval onderhevig worden. Dit is te betreuren omdat die scripties wel bij uitstek inzichtjes geven in de praktijk van de claimbeoordeling. Tenslotte is de positie van de cliënt onderbelicht gebleven. Die komt indirect naar voren uit de jurisprudentie en andere bronnen maar nergens direct. Ook dit is te betreuren omdat daarmee een belangrijk aspect van de beoordelingen gemist wordt. De positie en de rol van de cliënt in de claimbeoordeling is echter weinig gedocumenteerd. Pas in de jaren tachtig van de vorige eeuw gingen patiënten zich organiseren en richtten zij organisaties op die eisen gingen stellen en de publiciteit zochten. Al met al hopen we toch een evenwichtig te schetsen van de ontwikkelingen in en rond de claimbeoordeling in Nederland in de afgelopen hon-

derd jaar. Over veel aspecten is nader en met name toetsend onderzoek mogelijk en gewenst en hopelijk draagt dit boek bij aan het genereren van vragen en hypothesen voor verder onderzoek.

8 De opzet van het boek

Het boek poogt zoals gezegd de geschiedenis van de claimbeoordeling in kaart te brengen. Gelet op de grote veranderingen die zich in de loop van de tijd hebben voltrokken hebben wij daarbij gekozen voor een chronologische benadering, waarbij per relevante wet en periode een aantal vaste thema's aan de orde komt. Het geschiedverhaal begint met een proloog waarin de praktijk van de claimbeoordeling wordt beschreven in de periode voorafgaand aan de invoering van de eerste Ongevallenwet. Vervolgens gaan wij uitgebreid in op de claimbeoordeling van de verschillende Ongevallen- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die in de loop van de twintigste eeuw zijn ingevoerd. Per periode komen telkens de aanloop naar de betreffende wet aan de orde alsmede de wet zelf voor zover relevant voor de claimbeoordeling. Dat wordt gevolgd door de beschrijving van de organisatie van de claimbeoordeling, de praktijk van de uitvoering en de ontwikkeling van het vak van claimbeoordelaar. In de periode tot 1967 werd vrij veel casuïstiek gepubliceerd die wij hebben gebruikt om de praktijk van de claimbeoordeling te illustreren. We hebben dat gedaan met casuïstiek van tuberculose, eenogigheid en traumaneurose. Tuberculose was een als ziekte onomstreden verschijnsel dat heel verschillende problemen van beoordeling met zich meebracht. De beoordeling van eenogigheid toont goed de pogingen om objectief op basis van ziektebeeld te oordelen en bij traumaneurose stond de ziekte als zodanig ter discussie en leverde ook nog eens specifieke beoordelingsproblemen op. Het boek wordt afgesloten met een epiloog waarin historische lijnen worden doorgetrokken naar het heden en aandachtspunten worden gepresenteerd voor de toekomst.

Hoofdstuk 1

Voorgeschiedenis: de periode tot 1901

Joost van Genabeek

1 Inleiding

Elke nieuwe wet suggereert een breuk met het verleden. Zo wordt de aanname van de Ongevallenwet in 1901 wel gezien als het vertrekpunt bij de wording van het stelsel van sociale zekerheid in Nederland. Ook in wetenschappelijke kring heeft deze zienswijze aanhang gevonden. Vanwege de reikwijdte van de wet zou deze zelfs een fundamentele breuk met het verleden hebben betekend. Nooit eerder immers werd op het terrein van de sociale zekerheid een regeling getroffen voor zo'n groot sociaal verband. Dit was beslist een politiek en bestuurlijk novum.¹ Een andere denkrichting wordt vertolkt door die wetenschappers die een ononderbroken samenhang zien tussen de periode vóór de Ongevallenwet van 1901 en de periode erna. Zij beschouwen de wet geenszins als een fundamenteel breekpunt, maar als een onderdeel van een geleidelijke transformatie van de sociale zekerheid.²

Deze scheiding der geesten binnen de geschiedschrijving roept de vraag op, in hoeverre de Ongevallenwet 1901 een breuk betekende met het verleden. Wat was er nieuw aan ons moderne sociale zekerheidsstelsel, en in hoeverre was het een voortzetting van al langer bestaande praktijken? Betekende het een verbetering voor de burgers? Hoe beïnvloedden de ervaringen opgedaan met oude regelingen de manier waarop de latere wettelijke ongevallen-, invaliditeits- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen werden georganiseerd? Vragen als deze maken duidelijk dat het een breed en complex vraagstuk betreft, dat niet alleen een genuanceerde interpretatie vergt van de historische feiten, maar vooral ook een gedegen kennis van de situatie voorafgaand aan de Ongevallenwet 1901. Dit hoofdstuk beoogt hierin zoveel mogelijk te voorzien.

Als eerste komen de vroegste vormen van sociale zekerheid in Nederland aan bod: de ambachtsgilden, onderlinge fondsen en bedrijfshulp. We beschrijven achtereenvolgens de organisatievorm ervan en het volume van de geboden sociale zekerheid, het pakket en de voorwaarden, en de claimbeoordeling. Vervolgens komt de ontstaansgeschiedenis van de Ongevallenwet 1901 aan de orde. We besteden daarbij aandacht aan de groeiende maatschappelijke en politieke aandacht voor het welzijn van de arbeidersklasse en de meningsvorming over inmenging van de staat in de sociale zekerheid. We sluiten het hoofdstuk af met een uiteenzetting over de rol van artsen bij de claimbeoordeling.

¹ Zie onder andere Mannoury, 'De ontwikkeling van het sociale verzekeringsstelsel'; Schuyt, Van der Veen, *De verdeelde samenleving*; Berghman et al, *Honderd jaar Sociale Zekerheid in Nederland*. Zie ook Thomson, 'Welfare and the Historians' over de ontwikkelingen in Groot-Brittannië.

² Van Damme, *Armenzorg en de Staat*; Van Leeuwen, *Sociale zorg*; Hoogenboom, *Standstrijd en zekerheid*.

2 Ambachtsgilden

2.1 Organisatievorm en volume

Sedert het begin van de dertiende eeuw verenigden stedelijke ambachtslieden en handelaren zich in belangenorganisaties van beroepsgroepen. Deze ambachtsgilden konden, via het uitvaardigen van een zogeheten 'gildendwang' of 'gildenban', het lidmaatschap van een gilde opleggen als dwingende voorwaarde voor het uitoefenen van bepaalde economische activiteiten. Op basis van deze monopoliepositie regelden de ambachtsgilden niet alleen het aanbod, de kwaliteit en de prijs van producten, maar ook de arbeidsvoorwaarden en de sociale voorzieningen van allen die bij de economische activiteiten van het gilde betrokken waren.³

Bij de meeste gilden konden alleen zelfstandige ambachtslieden en handelaren zich aansluiten. In een aantal steden bestonden evenwel ook corporaties voor loonarbeiders. Deze werden in de regel aangeduid als 'knechtsgilde' of 'knechtsbos'. Het hoofddoel van de knechtsgilden en knechtsbossen was het organiseren van ondersteuning in geval van ziekte, ongeval en overlijden.⁴ Sommige waren nauw aan een ambachtsgilde gelieerd. In zo'n geval namen de in een ambachtsgilde verenigde bazen het initiatief tot de oprichting van een knechtsgilde of -bos, stelden het reglement op en verplichtten de arbeiders tot deelname. Voor de bazen was dit laatste een middel om de arbeiders aan hun bedrijven te binden.

Op basis van nationale enquêtes uit 1796 en 1798, aangevuld met gegevens uit plaatselijke archieven, blijkt dat omstreeks 1800 in totaal 1.380 ambachtsgilden bestonden, verspreid over 108 Nederlandse steden en enkele dorpen. In de steden organiseerden zij een kleine dertig procent van de beroepsbevolking.⁵ Met name de ambachtsgilden in de grote steden speelden een belangrijke rol in de plaatselijke sociale zekerheid. Zo ondersteunden de Amsterdamse ambachtsgilden in 1811 tussen de 8.000 en 9.000 ambachtslieden. Dit betrof ruim vier procent van de Amsterdamse bevolking. Als men in ogenschouw neemt dat de armenzorginstellingen drie à vier procent aan permanent bedeelden onder hun hoede hadden, was het aandeel van de ambachtsgilden in de sociale zekerheid dus relatief groot. Bovendien waren de uitkeringen van de ambachtsgilden over het algemeen hoger dan die van de armenzorg.

De ambachtsgilden zijn tussen 1798 en 1820 afgeschaft op grond van een viertal wettelijke besluiten. De gildenbossen werden met het KB van 26 juli 1820 geliquideerd. Alle bezittingen van de ambachtsgilden kwamen toen onder het beheer van de gemeenten.⁷

3 Bos, "Uyt liefde tot malcander", 33-46; Prak, 'Ambachtsgilden vroeger en nu', 10-33.

4 Timmer, *Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland*, 196-198.

5 Zie hiervoor Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 59-60.

6 a.w., 65.

7 Van Genabeek, 'De afschaffing van de gilden en de voortzetting van hun functies', passim.

Het regelen van sociale voorzieningen voor de leden was van meet af aan een belangrijke functie van de ambachtsgilden. Gildenbroeders konden bij ziekte, ongeval, ouderdom en overlijden rekenen op ondersteuning van het gilde. In veel gevallen betrof het hulp in natura met een informeel karakter. In grote steden als Dordrecht en Utrecht gingen ambachtsgilden al sinds het einde van de veertiende eeuw ertoe over om financiële bijstand te verlenen, waarbij zij rechten en plichten in reglementen vastlegden. Later volgden de gilden in andere steden hun voorbeeld.⁸ Uit deze financiële ondersteuningsregelingen zijn in de loop van de zeventiende- en achttiende eeuw tamelijk ingenieuze verzekeringsarrangementen tot stand gekomen.

De verzekeringen van ambachtsgilden tegen de gevolgen van ongeval en invaliditeit maakten meestal onderdeel uit van ziekengeldregelingen. Leden die door ongeval of invaliditeit werden getroffen, hadden recht op een tegemoetkoming in de gederfde inkomsten en op medische behandeling. De uitkering dekte naar de huidige maatstaven slechts een klein gedeelte van de inkomstenderving (variërend van dertig tot vijftig procent). Bij volledige arbeidsongeschiktheid was dan ook aanvullende ondersteuning van familie, buren, diaconie, etc. onmisbaar. Een bepaalde uitkeringstermijn werd meestal niet vastgesteld. De zieke ontving een uitkering zolang hij niet in staat was arbeid te verrichten.⁹ Sommige gilden hielden er vormen van onderstand op na om te voorkomen dat gildenbroeders buiten hun eigen schuld in armoede vervielen.¹⁰

De ambachtsgilden financierden de uitkeringen met inkomsten uit entreegelden, contributies, boetes voor overtredingen van gildenregels, en belastingheffing. Bovendien kregen gilden gelden binnen van niet-leden. Ambachtslieden van buiten die tijdelijk met toestemming van het gilde in de stad werkten, waren namelijk verplicht een afkoopsom aan het gilde te betalen. Ook gebruikten gilden de gelden uit erfstellingen en legaten voor het verstrekken van uitkeringen. Desalniettemin konden ambachtsgilden niet altijd even eenvoudig financiële bijstand bekostigen. In tijden dat zij aan veel leden tegelijk uitkeringen moesten verstrekken, dreigde nog wel eens het gevaar dat de kas leeg raakte. Teneinde een grotere financiële zekerheid te verkrijgen, schakelde sedert de zeventiende eeuw een aantal ambachtsgilden in met name Amsterdam en Rotterdam geleidelijk over naar een vorm van kapitaaldekking door reserves te vormen. Zij werden daartoe aangezet door de stedelijke overheden. Geld dat na inning van contributies en heffingen overbleef, belegden zij in schuldbrieven of onroerend goed. Het voordeel van het vormen van reserves was dat de ambachtsgilden de hoogte van de uitkering min of meer konden garanderen, terwijl de contributies niet zo sterk hoefden te fluctueren. De reserves dienden als een soort buffer

8 Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 46-48; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 52-53.

9 Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 68-70, 97-100, 118-119.

10 Zie bijvoorbeeld Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 75-76, 121-123.

tegen onvoorziene gebeurtenissen, zoals het indienen van veel claims in korte tijd of bepaalde financiële tegenvallers.¹¹

Aan het einde van de 18e eeuw hadden de ambachtsgilden aanzienlijke reserves opgebouwd. Naast onroerend goed bezaten zij kapitalen aan obligaties. Het aankopen van obligaties was een veilige belegging, omdat het langlopende leningen waren die voor vele jaren rente opleverden. Hoewel de ambachtsgilden van het stadsbestuur in de regel geen obligaties mochten verkopen ter financiering van de uitkeringen, konden zij de renteopbrengst ervan meestal vrijelijk besteden. Vaak waren de renteopbrengsten zo groot dat de ambachtsgilden een belangrijk gedeelte van de uitkeringen ermee konden financieren. Ambachtsgilden met reserves boden over het algemeen de beste sociale voorzieningen aan.¹²

2.3 Claimbeoordeling

De claimbeoordeling bij de ambachtsgilden was primair een aangelegenheid van de bestuursleden van het gilde: de 'overlieden'. De overlieden bepaalden of een lid van het gilde in aanmerking kwam voor een uitkering. Zij konden daarbij niet terugvallen op uniforme beoordelingscriteria, uitvoeringsinstructies en beoordelingsinstrumenten, omdat de ambachtsgilden deze niet kenden. De claimbeoordeling vond plaats op grond van de indruk die de overlieden tijdens een huisbezoek kregen van de kwaal of de kwetsuur van de eisers. Het individuele inschattingsvermogen van de bestuursleden en in zekere mate ook de ervaringen met vergelijkbare gevallen uit het verleden bepaalden de claimbeoordeling bij de ambachtsgilden.¹³

Het claimbeoordelingsproces was zodoende nogal eenvoudig. Een lid van het gilde dat door ziekte, ongeval of invaliditeit niet in staat was te werken en in aanmerking wilde komen voor een uitkering, moest contact opnemen met de overlieden. Vervolgens ging één van de overlieden bij de patiënt op bezoek om de ernst van de kwetsuur in ogenschouw te nemen. Tijdens deze visitatie werd de aanvrager getest, bijvoorbeeld op het zelfstandig kunnen staan en het maken van bepaalde bewegingen die naar het oordeel van de overlieden belangrijk waren voor het uitoefenen van het ambacht. Een systeem van verzekerde kwalen en gebreken kenden de gilden niet. Enkele gildenbossen gingen niet verder dan het maken van een onderscheid tussen 'liggende' en 'staande' ziekten en kwalen, waarbij de eerste categorie recht gaf op een hogere uitkering dan de tweede.¹⁴

Tijdens een huisbezoek toetsten de overlieden de verschillende uitkeringsvoorwaarden. Een uitkering werd namelijk alleen verstrekt als de eiser van onbesproken gedrag was, aan zijn of haar financiële verplichtingen jegens het gilde had voldaan en

11 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 63-65.

12 a.w., 65; Nadere informatie voor drie Amsterdamse ambachtsgilden, zie Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", hoofdstuk 3.

13 Zie bijvoorbeeld Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 165.

14 a.w., 191, 225.

zich niet schuldig had gemaakt aan het bewust vergroten van het ziekte- of ongeval-
lenrisico. Bij twijfel volgde een tweede bezoek van enkele overlleden gezamenlijk. Als
de eiser in de ogen van de overlleden niet in staat was om voor zijn of haar inkomsten
te zorgen, kwam hij of zij in aanmerking voor een uitkering. Meestal vond dan na een
periode variërend van één tot twee weken een controle plaats, om vast te stellen of
de ziekte of arbeidsongeschiktheid duurzaam was. Pas na deze controle werd de eiser
formeel als 'trekkend lid' erkend en begon het gilde met de uitkeringsverstrekking.¹⁵
Zolang als een trekkend lid een uitkering genoot, diende hij te voldoen aan bepaalde
voorwaarden. Zo mocht een zieke zich op straffe van stopzetting van de uitkering niet
op straat begeven; noch extra inkomsten verwerven via het verrichten van thuiswerk.
Zowel de overlleden als de gewone leden van het gilde hielden in de gaten, of hij de
uitkeringsbepalingen wel voldoende naleefde. De overlleden hadden de bevoegdheid
huisbezoeken af te leggen, waaraan de trekkende leden verplicht waren mee te wer-
ken.¹⁶

In de achttiende eeuw raakte de medische beroepsgroep geleidelijk betrokken bij
de claimbeoordeling van de ambachtsgilden. Het begon ermee dat overlleden bij twijfel
om een medische verklaring vroegen van een dokter of chirurgijn. Na verloop van
tijd ging de medische verklaring meer en meer een vast onderdeel uitmaken van het
claimbeoordelingsproces. De directe aanleiding was veelal gelegen in een stijging van
het aantal trekkende leden, of een verslechtering van de financiële positie van het
gilde. Door het betrekken van medische deskundige bij de claimbeoordeling dacht
men het aantal trekkende leden te beperken.¹⁷

Op de achtergrond hebben ongetwijfeld tevens overwegingen van meer sociale
aard meegespeeld bij het geven van een rol in de claimbeoordeling aan de medi-
sche beroepsgroep. De vooraanstaande positie van de overlleden binnen de gilden-
organisatie kon een belemmering zijn voor een objectieve boordeling van claims.
Ambachtsgilden vormden vaak hechte sociale verbanden. In deze sociale context wer-
den overlleden al snel ervan beschuldigd dat zij bepaalde leden voortrokken. Men
mag aannemen dat overlleden via het vragen van een medische verklaring hun ver-
antwoordelijkheid voor de claimbeoordeling enigszins probeerden af te schuiven op
de dokters en chirurgijns. Verkeerde inschattingen waren dan in ieder geval niet meer
uitsluitend op hun conto te schrijven.

15 a.w., 118.

16 a.w., 192.

17 a.w., 98.,

3 Onderlinge fondsen

3.1 Organisatievorm en volume

'Onderling fonds' is een verzamelbegrip voor een grote variëteit aan vrijwillige verzekeringsorganisaties zonder winstoogmerk, die vóór 1900 een belangrijke rol speelden in het verzekeren van het ziekte- en ongevalrisico. Aan de ene kant bestonden er onderlinge fondsen die zich uitsluitend toelegden op het aanbieden van verzekeringen. Zij namen de vorm aan van fondsen van en voor beroepsgenoten (de beroepsgebonden onderlinge fondsen), en fondsen waartoe een naar beroep en stand gevarieerde groep toetrad (de algemene onderlinge fondsen). Aan de andere kant bestonden er verenigingen waarbij de verzekeringen onderdeel uitmaakten van een breder pakket van voorzieningen ter belangbehartiging van de leden, zoals het bedingen van betere primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, scholing en voorlichting. Deze verenigingen zijn weer uit te splitsen in verenigingen voor beroepsgenoten (de vakverenigingen) en de verenigingen voor de gehele werkende stand (de werkliedenverenigingen).

Kenmerkend voor de onderlinge fondsen was dat de leden een grote, vaak directe invloed uitoefenden op het bestuur. Naast dat de bestuurders gewoonlijk uit en door de leden werden gekozen, hadden de leden inspraak tijdens ledenvergaderingen, en namen zij besluiten. De doelgroep van onderlinge fondsen viel grofweg samen met de maatschappelijke middengroepen: kleine zelfstandigen, ambachtlieden en arbeiders met regelmatige inkomsten. Zij beschikten over onvoldoende middelen om zich zelfstandig in te dekken tegen aanslagen op de bestaanszekerheid. De eerste onderlinge fondsen kwamen in de zestiende eeuw tot stand in Amsterdam, Delft en Leiden. In hoofdzaak waren het beroepsgebonden fondsen die gelieerd waren aan ambachtsgilden. In de zeventiende en achttiende eeuw kwamen ook in andere steden onderlinge fondsen tot stand. Naast beroepsgroepen gingen toen ook groepen arbeidsmigranten en vluchtelingen zich organiseren. Bovendien zag in de achttiende eeuw een groot aantal algemene onderlinge fondsen het levenslicht.¹⁸

De afschaffing van de ambachtsgilden en hun sociale voorzieningen in de jaren 1798-1820 luidde een stijging in van het aantal onderlinge fondsen. Veel ambachtlieden en arbeiders raakten verstoken van de verplichte sociale voorzieningen van de gilden en moesten omzien naar alternatieve verzekeringsvormen. In een groot aantal steden ontpopten de verzekeringen van de onderlinge fondsen zich als het belangrijkste alternatief voor de sociale voorzieningen van de gilden. De vrijwillige onderlinge fondsen zetten dan ook op een aantal punten de traditie van ambachtsgilden voort. Zij organiseerden ongeveer dezelfde maatschappelijke groepen (kleine zelfstandigen, ambachtlieden en arbeiders met regelmatige inkomsten) en verzekerden de leden tegen ongeveer dezelfde risico's (ziekte, ongeval en overlijden).¹⁹

18 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 71-77.

19 a.w., hoofdstuk 3.

Vanzelfsprekend was er ook sprake van verandering. Terwijl de ambachtsgilden door het verplichte lidmaatschap verzekerd waren geweest van een bepaald aantal leden, werden de vrijwillige onderlinge fondsen gedwongen om potentiële verzekeren over te halen om zich bij hen aan te sluiten. Met name bij veel beroepsgebonden fondsen dreigde een ledentekort, omdat de doelgroep beperkt in omvang was. Bovendien hadden veel beroepsgebonden fondsen te kampen met een ongunstige risicoselectie. Personen die bij de uitoefening van hun beroep relatief veel risico liepen, meldden zich maar al te graag aan als lid en vroegen snel en vaak om een uitkering, terwijl de personen met betrekkelijk weinig risico's wegbleven. Veel beroepsgebonden fondsen reageerden daarop door de doelgroep te verbreden tot personen van buiten de oorspronkelijke doelgroep. De fondsen die deze strategie succesvol toepasten, veranderden geleidelijk in algemene fondsen. Veel beroepsgebonden fondsen wisten evenwel een dergelijke omslag niet te maken en reddden het bijgevolg niet.²⁰

Algemene onderlinge fondsen hadden over het algemeen minder last van een ledentekort of een ongunstige risicoselectie, omdat zij zich richtten op een bredere doelgroep (veelal alle burgers van een plaats), waaruit gemakkelijker personen met goede risico's waren te werven. In de loop van de negentiende eeuw kwam dan ook een groot aantal nieuwe algemene fondsen tot ontwikkeling. Daarnaast nam in de laatste kwart van de negentiende eeuw de betekenis van de vakverenigingen en werkliedenverenigingen snel toe. Dit hield verband met de opkomende arbeidsbeweging, die het aanbieden van verzekeringen beschouwde als één van de kernactiviteiten ter behartiging van de maatschappelijke belangen van de werkende stand.

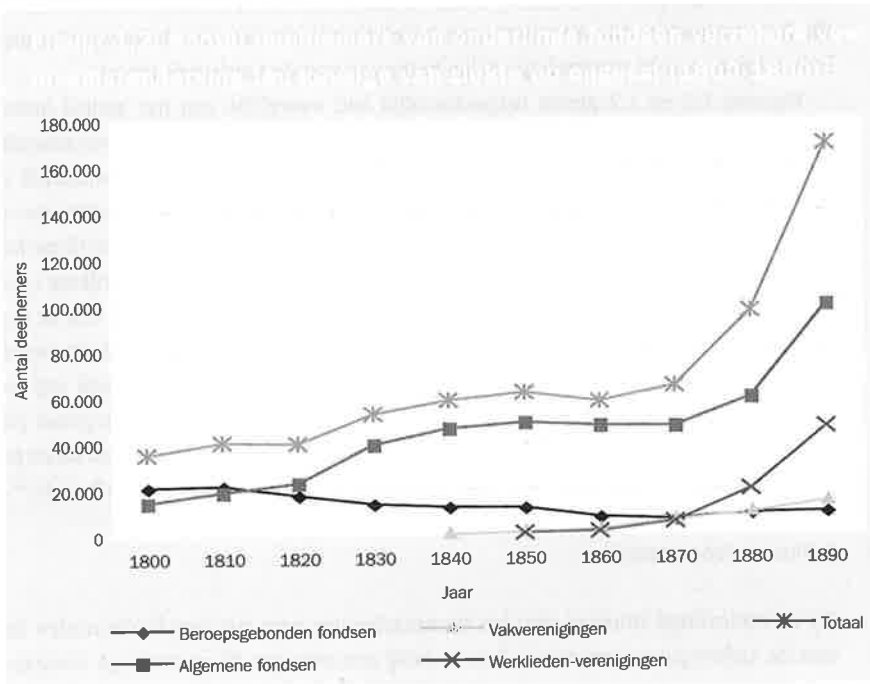
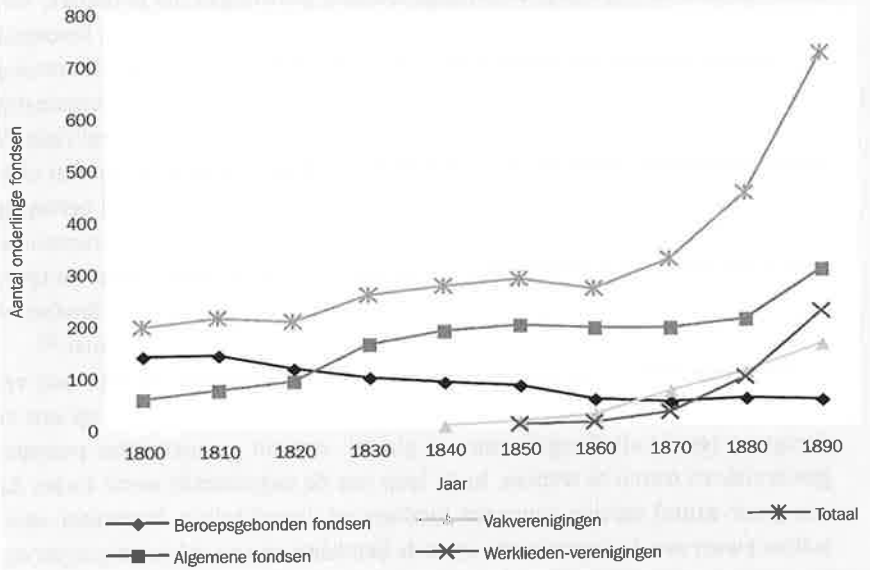
Figuren 1.1 en 1.2 geven respectievelijk een overzicht van het aantal onderlinge fondsen met een ziekgeld en/of ongevallenverzekering, en het aantal verzekerde deelnemers gedurende de jaren 1800-1890. De figuren laten zien dat de betekenis van de beroepsgebonden onderlinge fondsen vanaf het begin van de negentiende eeuw afnam, terwijl de betekenis van de overige typen toenam. De algemene onderlinge fondsen ontwikkelden zich in de loop van de negentiende eeuw tot het belangrijkste type. Alle onderlinge fondsen tezamen verzekerden in 1810 een kleine vijf procent van de beroepsbevolking voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte. In 1890 was dit percentage gestegen tot ruim tien procent. Overigens waren de onderlinge fondsen erg ongelijk over het land verspreid. In bepaalde grote steden kwam de organisatiegraad (als percentage van de beroepsbevolking) gedurende de negentiende eeuw boven de 25 procent uit, terwijl deze in bepaalde plattelandstreken de vijf procent niet eens haalde.²¹

3.2 *Pakket en voorwaarden*

Bij de onderlinge fondsen maakte de verzekering voor het ongevallenrisico deel uit van de ziekgeldverzekering. Ruim zestig procent van de onderlinge fondsen hield

²⁰ a.w., 87-98.

²¹ a.w., 84-86.



22 Figuren 1,1 en 1.2 zijn gebaseerd op digitale bewerkingen van enquêtes en onderzoeken naar negentiende eeuwse verzekeringsorganisaties. Een uitgebreide beschrijving van deze bronnen en de digitale bewerking ervan is terug te vinden in: Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, bijlage 2.

23 Idem.

er in de negentiende eeuw een ziekengeldverzekering op na.²⁴ De hoogte van het ziekengeld verschilde sterk per regio. Zo waren omstreeks 1830 de uitkeringen bij ziekte en ongeval in Noord-Holland twee keer zo hoog als die in Noord-Brabant en Overijssel (fl 3,- tegen fl 1,50). De grote regionale verschillen in de hoogte van de uitkeringen hielden verband met de lonen, die in de westelijke provincies aanzienlijk hoger waren dan in de rest van het land. De gemiddelde vergoeding van het loon bij ziekte (het reële ziekengeld) varieerde van veertig procent tot vijftig procent van het loon en geeft daarmee veel kleinere verschillen tussen de provincies te zien.²⁵

Typend voor de ziekengeldverzekeringen van de onderlinge fondsen was de beperkte uitkeringstermijn. Deze varieerde van een half jaar tot een jaar, waarna in de regel een lagere vervolguitkering kwam voor langdurig zieken en invaliden. Ook de vervolguitkering was aan een vaste termijn gebonden (eveneens variërend van een half jaar tot een jaar).²⁶ Na afloop van de twee uitkeringstermijnen verloren de leden in principe al hun uitkeringsrechten. Zij werden voor hun levensonderhoud afhankelijk van hun directe omgeving (gezinsleden) of van de plaatselijke armenzorg. In dit opzicht verschilden de ziekengeldverzekeringen van de onderlinge fondsen sterk met die van de ambachtsgilden, die zoals wij zagen meestal voor onbepaalde tijd zieke leden ondersteunden.

Vergeleken met de ambachtsgilden waren de verzekeringen van de onderlinge fondsen sterk gereguleerd. Met name het lidmaatschap en de uitkeringsverstrekking waren opgehangen aan strenge en gedetailleerde bepalingen die nauwkeurig in reglementen en voorschriften werden vastgelegd. Een veel voorkomende praktijk was, dat leden als bewijs van hun lidmaatschap hun handtekening moesten zetten onder een gedrukt of geschreven exemplaar van het reglement. Hiermee verklaarden zij de regels van het fonds te kennen en te eerbiedigen.

Door het vrijwillige lidmaatschap was er bij onderlinge fondsen vaak een groot verloop van leden, waardoor bestuurders zich moeilijk een beeld konden vormen van ziekte- en ongevalrisico's waaraan de leden in het dagelijks leven bloot stonden. De ver doorgevoerde reglementering was een antwoord van de fondsbesturen op het gebrek aan inzicht dat zij bijgevolg hadden in de risicoprofielen van de leden. Door concrete regels te stellen en deze op schrift onder de leden te verspreiden, probeerden zij uitkeringsaanspraken te beheersen.

In de eerste plaats sloten de fondsen bewust risicogroepen voor het lidmaatschap uit, zoals ouderen, zieken, gehandicapten en psychisch gestoorden. In principe konden alleen personen zich als lid inschrijven bij wie het risico op ziekte klein was, bijvoorbeeld omdat zij jong, gezond en van onbesproken gedrag waren. Veel fondsen stelden toelatingseisen door het stellen van minimum- en maximumleeftijdsgrenzen. De minimumleeftijd om aan de ziekengeldverzekeringen te mogen deelnemen schommelde tussen de 16 en 20 jaar; de maximumleeftijd tussen de 50 en 60 jaar. Soms

24 a.w., 83-86, 267-268.

25 a.w., 116-117.

26 a.w., 112. Vergelijk Bos, "*Uyt liefde tot malcander*", 68-70, 97-100, 118-119.

konden jongeren toetreden tegen een lagere contributie en ouderen tegen een hogere contributie. Andere fondsen maakten de hoogte van de contributies en uitkeringen afhankelijk van de leeftijd van toetreding. Naarmate men langer lid was, daalden de contributies en stegen de uitkeringen.

3.3 Claimbeoordeling

De reglementen van onderlinge fondsen bevatten ook veel regels ten aanzien van de uitkeringsverstrekking. Teneinde de aanspraken op een uitkering te kunnen verifiëren, begonnen de onderlinge fondsen pas na enige dagen van ziekte uit te keren. Deze wachttijd of 'karentijd' kon 3 tot 14 dagen beslaan. In de tussentijd werd de claim onderzocht. Daartoe bezocht een afvaardiging van het fonds het zieke lid thuis, of vroeg ter bewijs van ziekte om een verklaring van een dokter. Ook sprak deze de mensen in de omgeving van de eiser aan (zoals burens, werkgevers of collega's) om vast te stellen hoe de ziekte of het gebrek was ontstaan, en in hoeverre de aanvrager daar zelf schuldig aan was. De reglementen bevatten nauwelijks beschrijvingen van de ziektes en verwondingen die recht gaven op een uitkering. Het was aan de claimbeoordelaars van de onderlinge fondsen om te bepalen of een lid als gevolg van ziekte of ongeval arbeidsongeschikt was en daarmee in aanmerking kwam voor ondersteuning.²⁷ De medische inzichten waarop de claimbeoordelaars hun oordelen baseerden en de methoden en instrumenten die zij daarbij hanteerden zijn ons niet bekend.

Net zoals bij de ambachtsgilden waren de trekkende leden van onderlinge fondsen aan extra regels gebonden. Zo mochten zij geen extra inkomsten hebben, en dus ook geen ondersteuning ontvangen buiten het fonds om. Veel fondsen keerden dan ook niet uit of beëindigden de uitkering als de zieke 'ten huize van zijn meester' of in een ziekenhuis werd verpleegd.²⁸ Onderlinge fondsen traden vooral streng op als trekkende leden onvoldoende meewerkten aan herstel, bijvoorbeeld door zich op straat te begeven. Ook het bewust vergroten van risico's werd streng bestraft. Als trekkende leden bijvoorbeeld in een kroeg werden aangetroffen, konden zij rekenen op een forse boete of zelfs een royement.²⁹

In de eerste plaats waren het de bestuurders van de onderlinge fondsen die belast werden met de taak van het toetsen van claims aan de reglementen. Het betrof een lastige taak. De in de negentiende eeuw verschenen onderzoeksrapporten over onderlinge fondsen maken uitvoerig melding van klachten van bestuurders over de misleiding waaraan zij blootstonden van de kant van de leden.³⁰ Opmerkelijk in dit verband is de melding in het onderzoeksverslag van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen dat met name de claimbeoordeling van vrouwen op problemen stuitte. Volgens de onderzoekers van het Nut waren bestuurders van onderlinge fondsen vaak geneigd

27 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 118.

28 Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*, 33.

29 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 117-118.

30 Zie: Fondsen-Enquête (1892); Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*; Directie van den Arbeid (1912).

om noodgedwongen volledig af te gaan op de verhalen die hen werd verteld, omdat zij ervoor terugdeinsden vrouwen fysiek te onderzoeken. De norm was dat de mens niet bloot gezien mocht worden en ook zichzelf niet naakt mocht zien. De onderzoekers omschreven het bestuurslidmaatschap van een onderling fonds dan ook als ‘de lastigste betrekking en eene, die heel wat ervaring eischt, ja, waarbij om haar naar behooren waar te nemen een uiterst ontwikkeld onderscheidingsvermogen behoort’.³¹

Teneinde hun taak te verlichten riepen fondsbesturen de diensten in van geneeskundigen. Reeds in het begin van de negentiende eeuw hadden de meeste onderlinge fondsen in de grote steden geneeskundigen in dienst.³² De geneeskundigen sloten met het fonds een vast contract af, waarin afspraken werden vastgelegd over de uit te voeren taken, de omvang van het patiëntenbestand en het honorarium. De sterke band die deze gecontracteerde geneeskundigen ontwikkelden met onderlinge fondsen leverden hen ook wel de naam op van ‘busdokter’. Naast de keuring van kandidaat-leden en de beoordeling van uitkeringsaanvragen zorgden zij vaak ook voor de geneeskundige behandeling van zieke leden.

Door deze combinatie van functies verkregen de busdokters een grote invloed in het bepalen van de inhoud van de door onderlinge fondsen georganiseerde sociale voorzieningen; hetgeen nog wel eens op bezwaar stuitte bij de uit ambachtslieden en arbeiders bestaande fondsbesturen. Pogingen van fondsbesturen om hun invloed te beteugelen, mondden herhaaldelijk uit in conflicten over beoordelingen en de kosten van geneeskundige behandeling. Het ging daarbij lang niet altijd alleen om zakelijke geschillen. Dat ambachtslieden en arbeiders iets te zeggen wilden hebben over de werkzaamheden en honoraria van de veelal universitair geschoolde geneeskundigen, moest wel tot irritatie leiden in de standengevoelige negentiende-eeuwse samenleving. De machtsstrijd en de daarmee gepaard gaande strubbelingen tussen medische professionals en amateur-bestuursleden hebben de onderlinge fondsen gedurende lange tijd een slechte naam bezorgd bij de medische beroepsgroep.³³

4 Bedrijfshulp

4.1 Organisatievorm en volume

Blijkens de nijverheidsstatistieken van de ingenieurs H.W.E. Struve en A.A. Bekaar uit 1888-1890³⁴ leverden aan de vooravond van de invoering van de Ongevallenwet

31 Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*, 85.

32 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 178-179.

33 a.w., 178-184.

34 Een origineel exemplaar van de enquête van Struve en Bekaar bevindt zich in het Nationaal Archief in Den Haag. Een kopie en een digitale bewerking ervan is aanwezig bij het Nederlands Economisch Historisch Archief in Amsterdam (Bijzondere collecties, Kopie nijverheids-enquête van Struve en Bekaar 1889). Voor meer informatie, zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 329-331.

1901 bedrijven een belangrijke bijdrage aan de sociale zekerheid van werknemers. In opdracht van de regering bezochten Struve en Bekaar 3.154 fabrieken en werkplaatsen. Zij troffen in 64 procent ervan enige vorm van ondersteuning voor het personeel aan. Deze bedrijven hadden gezamenlijk een kleine 94.000 werknemers in dienst; ofwel 75 procent van het totaal aantal arbeiders dat bij de geënquêteerde fabrieken en werkplaatsen werkzaam was. Toch zal het percentage van de arbeiders dat daadwerkelijk bij inkomstenderving in aanmerking kwam voor een ondersteuning van het bedrijf, wel enigszins lager hebben gelegen dan deze 75 procent. Niet alle werknemers konden namelijk in gelijke mate profiteren van de sociale voorzieningen. In sommige bedrijven waren die slechts voor een deel van de werknemers bestemd, bijvoorbeeld alleen voor het personeel dat in vaste dienst was.

Tijdens hun bezoeken aan de bedrijven stuitte Struve en Bekaar op een grote variëteit aan voorzieningen voor bedrijfshulp bij ziekte, ongeval, invaliditeit, ouderdom en overlijden. De veelsoortige regelingen kunnen worden onderverdeeld in de volgende vier typen: 1. facultatieve ondersteuning; 2. zelfhulp; 3. verzekeringen via particuliere fondsen; en 4. fabrieksfondsen. De kwantitatieve bevindingen ten aanzien van deze typen voorzieningen zijn in tabel 1.1 verwerkt. Erna volgt een toelichting op de vier typen.

Tabel 1.1: *Gemiddeld aantal werknemers van de fabrieken en werkplaatsen met sociale voorzieningen, 1888-1890*

Typen ondersteuning	fabrieken		werknemers		gemiddeld aantal werknemers per fabriek
	aantal	% van totaal	aantal	% van totaal	
Type 1: facultatief	937	30	30.572	24	33
Type 2: zelfhulp	548	17	18.749	15	34
Type 3: via part. fondsen	89	3	3.406	3	38
Type 4: fabrieksfondsen	432	14	41.080	33	95
Subtotaal	2.006	64	93.807	75	47
Zonder voorzieningen	1.148	36	31.127	25	27
Totaal	3.154	100	124.934	100	40

Bron: Van Genabeek, Met vereende kracht risico's verzacht, 215.

Facultatieve ondersteuning door de werkgever

Het eerste type bedrijfshulp dat Struve en Bekaar aantroffen, was de facultatieve ondersteuning door de werkgever. Deze kon de vorm aannemen van hulp in natura, of het geheel of gedeeltelijk doorbetalen van het loon. Ook kwam het voor dat zieke en oudere werknemers lichter werk aangeboden kregen tegen een lager loon, totdat zij echt helemaal niet meer konden werken of stierven. De omvang van de hulp hing af

van de diensten die de betrokken werknemer het bedrijf had bewezen, en de ernst van de omstandigheden waarin hij of zij verkeerde.

Struve en Bekaar kwamen dergelijke voorzieningen met name tegen in de kleinschalige bedrijven waar een gering aantal werknemers met een min of meer vast dienstverband werkzaam was. De kleinschaligheid van de bedrijven bracht met zich mee dat de werkgevers de werknemers doorgaans persoonlijk kenden en betrekkelijk goed op de hoogte konden zijn van ieders bijzondere levensomstandigheden.

Tabel 1 geeft aan dat het personeelsbestand van deze bedrijven op gemiddeld 33 personen lag. Hierbij ging het hoofdzakelijk om de bedrijfstakken voeding en genotmiddelen, meubelfabricage en houtverwerking, leerverwerking en schoenenfabricage, en de chemie. In deze laatste bedrijfstak kreeg zelfs meer dan de helft van de werknemers bij inkomstenderving als gevolg van ziekte, ongeval, invaliditeit en ouderdom enige ondersteuning van de werkgever.

Zelfhulp

Het tweede door Struve en Bekaar aangetroffen type bedrijfshulp betrof de onderlinge hulpverlening, ofwel zelfhulp: de steun die de werknemers van het bedrijf elkaar onderling verstrekten. Hierbij waren het de werknemers zelf die de sociale voorzieningen organiseerden. Onderling bepaalden zij wie ervoor in aanmerking kwam. Ofschoon de zelfhulp een antwoord was op het niet voorhanden zijn van steun van de zijde van de werkgever, stond deze er veelal positief tegenover. Sommige werkgevers verstrekten zelfs subsidies op de vanwege de zelfhulp uitgekeerde steun.

Aan de regelingen van onderlinge hulp nam slechts een klein aantal, merendeels mannelijke werknemers deel. Gelet op het beperkte deelnemersaantal was dit type aanzienlijk minder belangrijk dan de overige typen. De zelfhulp was relatief vaak te vinden bij de bedrijfstakken waar losse verhoudingen heersten tussen werkgevers en werknemers: de voeding en genotmiddelen, transportmiddelen, baksteen, aardewerk en glas, en de bouw.

Verzekeringen via particuliere fondsen

Type drie betrof voorzieningen die werden georganiseerd door onafhankelijk van het bedrijf opererende particuliere verzekeringsfondsen. Struve en Bekaar schaalden er, naast de onderlinge fondsen, tevens de vak- en werkliedenorganisaties onder, alsmede de bedrijfstakfondsen. Vak- en werkliedenorganisaties waren organisaties voor het behartigen van de belangen van specifieke beroepsgroepen, dan wel de gehele werkende klasse. Bedrijfstakorganisaties waren door een aantal werkgevers gezamenlijk opgericht om sociale voorzieningen te verzorgen voor werknemers van verschillende fabrieken.

Zoals af te lezen uit tabel 1, ging het bij dit type voornamelijk om betrekkelijk kleine bedrijven met gemiddeld 34 werknemers. De werkgevers ervan achtten zich, bijvoorbeeld doordat het bedrijf slechts over beperkte financiële middelen beschikte, niet in staat de ondersteuning van behoeftige werknemers geheel zelf te organiseren,

of zij waren daartoe eenvoudigweg niet bereid. Dit laatste was nog wel eens het geval als het bedrijf voornamelijk met tijdelijke arbeidscontracten werkte. De werkgevers voelden zich voor de sociale zekerheid van tijdelijke arbeidskrachten namelijk minder snel verantwoordelijk, aangezien zij bij hen een verhoogd risico liepen dat de oorzaken van ziekte of ongeval buiten het bedrijf gelegen waren. Daarnaast vonden werkgevers het vaak niet nodig om zelf voorzieningen in het leven te roepen, als al veel arbeiders waren aangesloten bij particuliere fondsen. Over het algemeen stimuleerden werkgevers het personeel om verzekeringen bij particuliere fondsen af te sluiten; bijvoorbeeld door uitkeringen van de particuliere fondsen aan te vullen met bijdragen van het bedrijf.

Met name werknemers in de grafische industrie, de diamantindustrie en de bouwnijverheid waren relatief vaak buiten het bedrijf om verzekerd bij onderlinge fondsen, vak- en werkliedenverenigingen en bedrijfstakfondsen. De vak- en werkliedenverenigingen boden vrijwel uitsluitend ziekengeldverzekeringen aan.

De bedrijfstakfondsen daarentegen, en dan met name die voor werknemers in de bouw, legden zich relatief vaak toe op ongevallen- en invaliditeitsverzekeringen. In de bouwnijverheid was niet alleen sprake van een verhoogd risico op ongeval en invaliditeit. Ook werden de bouwprojecten doorgaans in aanbesteding uitgevoerd, met gebruikmaking van tijdelijke dienstverbanden. Zowel de werkgevers als de werknemers rolden als het ware van het ene bouwproject in het andere. Binnen deze specifieke situatie hadden beide partijen te winnen bij een bedrijfstakfonds. De werkgevers zagen kans hun risico's te delen met andere werkgevers. De veelal door een vaste groep werkgevers ingehuurd bouwvakkers waren op deze manier blijvend verzekerd, in plaats van overgeleverd aan de publieke liefdadigheid indien het noodlot toesloeg.³⁵

In de jaren 1880 namen de bouwactiviteiten spectaculair toe, en daarmee het aantal ongevallen binnen de bedrijfstak. In 1887 verschenen de eerste publicaties in bouwvakbladen waarin de mening werd verkondigd, dat de gevolgen van een ongeval dienden te worden gedragen door de bedrijfstak. In 1891 besloot de Directie van Rijkswaterstaat een bepaling op te nemen in alle bestekken van rijks-, provinciale-, gemeentelijke en grote particuliere bouwwerken, die de werkgever verplichtte zijn werknemers tegen ongelukken te verzekeren. Het oprichten van een bedrijfstakfonds was een uitgelezen instrument om aan die eis te voldoen.³⁶ Deze drie factoren stimuleerden het van de grond komen van bedrijfstakfondsen binnen de bouwnijverheid.

Fabrieksfondsen

Het vierde type bestond uit fabrieksfondsen: door de werkgever in het leven geroepen, aan de fabrieken en werkplaatsen verbonden fondsen, waaraan de werknemers

35 Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 228.

36 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 22-23; Zie ook Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 228.

contributie betaalden en die uitkeringen verstrekten bij ziekte, ongeval, invaliditeit, ouderdom en overlijden.

Gemiddeld hadden de bedrijven met fabrieksfondsen 95 arbeiders in dienst. De grootte van het bedrijf bracht met zich mee, dat een flink aantal personeelsleden aan het fabrieksfonds kon deelnemen. Het hoge aantal deelnemers stond garant voor regelmatige inkomsten aan contributies, hetgeen het mogelijk maakte om reserves op te bouwen. Daar kwam bij dat de grote bedrijven doorgaans dusdanig kapitaalkrachtig waren, dat zij bedragen uit de eigen middelen aan het fonds konden toevoegen. De ontwikkeling van het grootbedrijf in de tweede helft van de negentiende eeuw stimuleerde de organisatie van fabrieksfondsen.

Struve en Bekaar troffen de fabrieksfondsen met name aan in de textielindustrie, de papier- en kartonindustrie, de metaalindustrie, de machine-industrie en bij de grote scheepswerven. Tot de bedrijven die er goed geoutilleerde fabrieksfondsen op na hielden, behoorden overigens ook de drie spoorwegmaatschappijen, die de twee enquêteurs buiten hun onderzoek hadden gelaten. Bij deze bedrijven waren in 1890 ruim 13.000 werknemers in vaste dienst die vanuit het bedrijf waren verzekerd voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte.³⁷

Collectieve verzekeringen bij verzekeringsmaatschappijen

Een type bedrijfshulp dat aan de aandacht van Struve en Bekaar was ontsnapt, was de collectieve ongevallen- en invaliditeitsverzekering: door werkgevers bij particuliere verzekeringsmaatschappijen afgesloten collectieve verzekeringen ten behoeve van het gehele personeel, dan wel een gedeelte ervan. Dit type had als voordeel, dat de verzekerde werknemers zeker waren van een uitkering bij ongeval en invaliditeit, ongeacht wat er met het bedrijf zou gebeuren. Het bedrijf op zijn beurt was gevrijwaard tegen administratiekosten en onbeheersbare risico's.

In de negentiende eeuw waren het voornamelijk de Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het leven tegen invaliditeit en ongelukken (1882) en de Onderlinge Verzekeringsmaatschappij tegen geldelijke gevolgen van ongelukken (1892) die met werkgevers collectieve ongevallen- en invaliditeitsverzekeringen afsloten.³⁸ Na 1890 nam het belang van dit type bedrijfshulp snel toe. Zo hadden de Eerste Nederlandsche en de Onderlinge Verzekeringsmaatschappij in 1895 tezamen reeds 3.493 collectieve contracten met werkgevers afgesloten. Hiermee waren maar liefst 40.800 werknemers verzekerd voor inkomstenderving ten gevolge van ongeval en invaliditeit.³⁹

Sociale voorzieningen vanuit het bedrijf ontbraken in veel kledingmakerijen, wasserijen, steenbakkerijen en pottenbakkerijen. Deze bedrijven hadden relatief veel vrou-

37 Het ging om Staatsspoorwegen, de Hollandsche IJzeren Spoorwegmaatschappij en de Nederlandsche Rhijnspoorwegmaatschappij. Zie: Dehing, 'De arbeidsvoorziening bij de Nederlandse spoorwegen', 247-248.

38 Gales, *Werken aan zekerheid*, 86-87, 107-108, 273.

39 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 52-53.

welijke en minderjarige werknemers in dienst, die er voor lage lonen werkten. Bij de werkgevers bestond weinig animo om zorg te dragen voor hun sociale zekerheid, omdat de kosten daarvan de toch al lage lonen te zeer zouden drukken. Zelf ondernamen de vrouwelijke en minderjarige werknemers nauwelijks initiatieven om hun sociale zekerheid te regelen. Slechts weinigen verzekerden zich bij particuliere fondsen en het aantal initiatieven tot zelfhulp was beperkt.

Al met al hing de keuze voor één van de typen af van de volgende vier factoren: de financiële mogelijkheden van de werkgever; de dienstbetrekking van de werknemers (waren zij in vaste of tijdelijke dienst); het aantal werknemers dat bij het bedrijf in dienst was; en de positie van de werknemers in de gezinseconomie (ging het om mannelijke kostwinners, of om vrouwen en kinderen die het gezinsinkomen aanvulden?).

4.2 *Pakket en voorwaarden*

De sociale voorzieningen die vanuit de bedrijven werden verstrekt, waren primair bedoeld om de werknemers te beschermen tegen de risico's van arbeid. Ondersteuning bij ziekte en (bedrijfs)ongeval werd veruit het vaakst aangeboden, gevolgd door geneeskundige behandeling en levering van medicijnen. Invaliditeits- en ouderdomsverzekeringen waren een zeldzaamheid, omdat deze voorzieningen voor de meeste bedrijven te duur waren. Volgens de nijverheidsstatistiek van Struve en Bekaar organiseerden in 1888-1890 slechts 30 bedrijven een invaliditeits- en ouderdomsverzekering voor het personeel. Het betrof met name de grote kapitaalintensieve bedrijven in bedrijfstakken als de scheepsbouw, mijnbouw, machine-, metaal- en textielindustrie, alsmede de tram- en spoorwegmaatschappijen.

De bedrijven ondersteunden werknemers door hulp te geven in natura of door een geldelijke bijdrage te verstrekken. Kijken we naar de verschillende typen van bedrijfs-hulp, dan gingen de facultatieve ondersteuning en de zelfhulp betrekkelijk vaak in de vorm van natura, terwijl particuliere fondsen, fabrieksfondsen en collectieve verzekeringen hoofdzakelijk financiële bijdragen verzorgden. Hulp in natura bij de kleinere bedrijven kwam in de praktijk neer op het geven van voedsel, kleding en brandstof aan getroffen werknemers en hun gezinsleden. De grotere bedrijven richtten zich meer op het organiseren van geneeskundige hulp door een dokter en levering van medicijnen.

De geldelijke uitkeringen bij ziekte en ongeval kenden grofweg twee varianten. Of er werd een vast bedrag uitgekeerd onafhankelijk van de hoogte van het loon, of de uitkering werd uitgedrukt als een bepaald percentage van het loon. Uit een onderzoek van de Directie van de Arbeid uit 1911 kunnen we afleiden dat de uitkeringen in de vorm van vaste bedragen gemiddeld circa veertig procent van het loon vergoedden. De werkgevers die de hoogte van de uitkering afstemden op het loon, vergoedden over het algemeen aanzienlijk meer (tussen de vijftig tot honderd procent van het laatst verdiende loon). De duur van de geldelijke uitkering bij ziekte en ongeval liep sterk uiteen per bedrijf (varieerde van enkele weken tot een jaar) en kwam gemiddeld uit op

dertien weken. Net zoals bij de onderlinge fondsen keerden de werkgevers gedurende de eerste weken het volledige uitkeringsbedrag uit, waarna de getroffen werknemers voor de rest van de uitkeringsperiode recht hadden op een lagere uitkering. Na het verstrijken van de uitkeringsperiode stopte in principe de ondersteuning vanuit het bedrijf. De getroffen werknemers werden dan in principe volledig afhankelijk van hun directe sociale omgeving (gezin en bureu) en van de armenzorg.⁴⁰

4.3 Claimbeoordeling

De manier waarop de bedrijven de claimbeoordeling organiseerden, hing in sterke mate af van de wijze waarop de werkgevers de sociale voorzieningen organiseerden. Als we de verschillende typen sociale voorzieningen overzien, konden de werkgevers grofweg drie posities innemen: een gezaghebbende, een participerende en een delegerende positie.⁴¹ In deze paragraaf zullen wij aan de hand van deze drie posities aangeven op welke manier de claimbeoordeling werd georganiseerd.

Claimbeoordeling door de werkgever

Werkgevers die een gezaghebbende positie innamen, trachtten een maximale greep op de sociale voorzieningen te krijgen. Zij beslisten zelf voor welke risico's de werknemers werden verzekerd, wie voor ondersteuning in aanmerking kwam en wat de ondersteuning inhield. Vaak scholen daar paternalistische motieven achter. Zo achtten sommige werkgevers de werknemers niet deskundig genoeg om de administratie van een fonds te voeren. Bovendien beschouwden zij de gelden die voor de sociale voorzieningen werden gereserveerd als bedrijfskapitaal en wensten om die reden zelf te beslissen hoe deze werden besteed. Een reglement waarin rechten en plichten van de werknemers waren vastgelegd, ontbrak veelal of bleef beperkt tot bepalingen waarin werknemers op hun plichten werd gewezen. Werknemers hadden dan ook geen recht op een uitkering; het was een gunst. Een voorbeeld van een dergelijke gezaghebbende werkgever was de textielabrikant Gelderman. Zijn motivatie om het fabrieksfonds door de directie te laten besturen, verwoordde hij voor de enquêtecommissie van 1892 als volgt:

Wij meenden het fonds onder ons te moeten houden, omdat ten aanzien van de uitkeringen moeilijk vaste regelen zijn te stellen en dat voor onze fabriek en ook voor de arbeiders het beste is.⁴²

De claimbeoordeling was bij deze 'gezaghebbende aansturing' primair een aangelegenheid van de werkgever. De werkgever bepaalde wie en op welke gronden in aan-

40 Directie van den Arbeid, 16-22; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 233-235.

41 Zie daarover meer Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 145-147; Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 230-233.

42 Staatscommissie van Arbeids-Enquête No. 50, vraag 4241.

merking kwam voor ondersteuning bij ziekte en ongeval, en was daarbij meestal niet of nauwelijks gebonden aan reglementen. Deze gang van zaken kon leiden tot een zekere willekeur, waarbij niet zozeer medische of arbeidskundige overwegingen de doorslag gaven bij het toekennen van uitkeringen, maar veeleer de merites en inzetbaarheid van de werknemer. Juist omdat de werkgever in sterke mate de claimbeoordeling zelf wilde bepalen, was er geen of slechts een beperkte rol weggelegd voor onafhankelijke deskundigen als dokters.

Participatie van werknemers bij de claimbeoordeling

Werkgevers die voor een participerende positie kozen, deelden bepaalde verantwoordelijkheden en taken met werknemers. Zo waren in veel fabrieksfondsen de meeste bestuursposten gereserveerd voor werknemers. In de praktijk was de invloed van werkgevers echter groot, omdat zij 'als baas' een overwicht hadden en de financiering voor hun rekening namen. Het delen van verantwoordelijkheden en bestuurstaken was dan ook niet alleen bedoeld om bij de werknemers het gevoel van eigenwaarde te vergroten, zoals bijvoorbeeld de Brabantse suikerfabrikant J.F. Vekke betoogde.⁴³ Het was evenzeer een middel van werkgevers om goed op de hoogte te raken van de gang van zaken binnen het bedrijf en dan met name van de bedrijfsrisico's en de achtergronden van verzuim. Deze informatie hadden werkgevers nodig om het arbeidsproces beter te kunnen sturen en te beheersen.

De claimbeoordeling bij de participerende aansturing was formeel een taak van het gedeelde bestuur van werkgever en werknemers. Vanwege het grote belang dat werkgevers hechtten aan goede informatie over het arbeidsproces, stuurden zij er vaak op aan, dat dokters een adviserende rol kregen in de claimbeoordeling. Deze dokters voerden vaak ook medische keuringen uit van nieuw aan te nemen personeel, en voorzagen de werkgever bovendien van adviezen over preventie van ziekte en bedrijfsongevallen.

Claimbeoordeling door het personeel

Ten slotte waren er werkgevers die de sociale voorzieningen geheel delegeerden naar het personeel. De deelnemende werknemers bepaalden in dat geval naar eigen inzicht de hoogte van de contributies en uitkeringen en de voorwaarden waaronder de ondersteuning werd gegeven. De zeggenschap over bestuursaangelegenheden stelden de deelnemende werknemers in de gelegenheid een zelfstandige positie naar de werkgevers in te nemen. Dit had grote gevolgen voor de organisatie van de sociale voorzieningen. Er was immers geen autoriteit meer in het bestuur vertegenwoordigd die de deelnemende werknemers bepaalde besluiten kon opleggen. Hierdoor ontstond een uitvoeringsorganisatie die een grote gelijkenis vertoonde met de onderlinge fondsen. Vergelijkbaar was bijvoorbeeld dat de deelnemers aan de voorzieningen grote invloed uitoefenden op het bestuur en dat de sociale voorzieningen sterk gereguleerd waren. Ook de organisatie van de claimbeoordeling vond overeenkomstig met die van

43 Theunisse, *Jan Frederik Vlekke*, 184

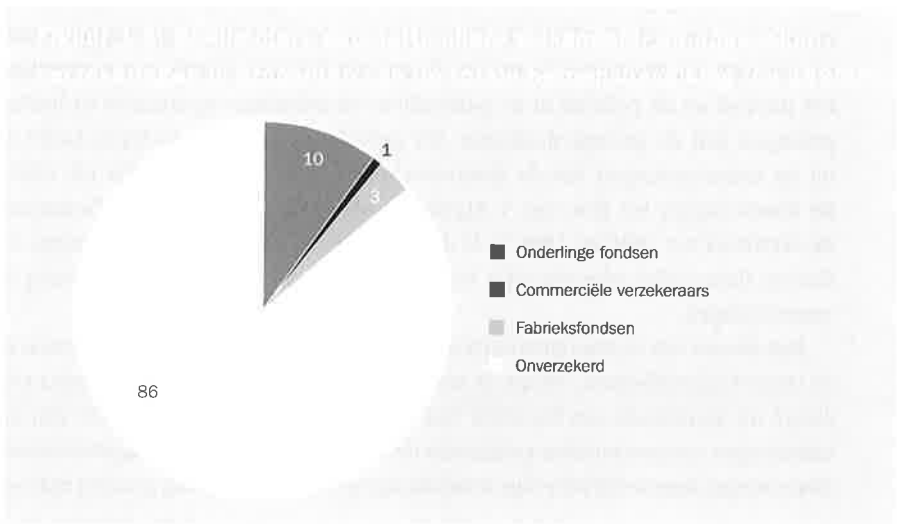
de onderlinge fondsen plaats. Een belangrijke taak was weggelegd voor de bestuurders die de uitkeringsaanvragen toetsten aan de reglementen. Daarnaast hadden dokters vaak een functie in het keuren van kandidaat-deelnemers en het beoordelen van uitkeringsaanvragen. Bovendien zorgden zij soms voor de geneeskundige behandeling van zieke leden.

Net zoals bij de claimbeoordelingen van ambachtsgilden en onderlinge fondsen is het ook bij deze drie vormen van claimbeoordeling niet bekend op welke medische inzichten de claimbeoordelaars zich baseerden en welke methoden en instrumenten zij hanteerden.

5 Particuliere ziekengeld- en ongevallenverzekeringen in 1890

In hoeverre boden de particuliere verzekeringen aan de vooravond van de invoering van de Ongevallenwet 1901 daadwerkelijk sociale zekerheid aan de bevolking? Het antwoord op deze vraag is van belang om te bepalen of de invoering van de Ongevallenwet 1901 continuïteit dan wel discontinuïteit in de sociale zekerheid betekende.

Kijken we naar het volume, dan valt op dat de particuliere verzekeringsorganisaties in 1890 gezamenlijk slechts veertien procent van de beroepsbevolking verzekerden voor de inkomensgevolgen van ziekte en ongeval (zie figuur 1.3).⁴⁴ Daarmee liep



⁴⁴ Hierbij zijn de facultatieve ondersteuning vanuit bedrijven en de vormen van onderlinge hulpverlening niet meegeteld, aangezien deze niet kunnen worden aangeduid als ziekengeld- en ongevallenverzekeringen.

⁴⁵ Figuur 1.3 is gebaseerd op digitale bewerkingen van enquêtes en onderzoeken naar negentiende eeuwse verzekeringsorganisaties. Deze bronnen zijn ten behoeve van eerder onderzoek verwerkt in een aantal databanden. Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 317-331.

86 procent van de beroepsbevolking onverzekerd rond. De onderlinge fondsen hadden met tien procent het grootste aandeel, gevolgd door de fabrieksfondsen (drie procent) en de commerciële verzekeraars (één procent). Vergeleken met de bijna 25 procent van de beroepsbevolking die na de invoering van de Ongevallenwet 1901 verplicht waren verzekerd, was de deelname aan de particuliere verzekeringen in de jaren 1890 dus betrekkelijk laag.⁴⁶

Wel moet gezegd worden dat de deelname aan de particuliere verzekeringen voor inkomstenderving ten gevolge van ziekte zeer ongelijk over het land verdeeld was. Een hoge procentuele deelname bestond in Overijssel (25 procent) wegens het grote aantal fabrieksfondsen in de Twentse textielindustrie, en in Noord- en Zuid-Holland (beide twintig procent van de beroepsbevolking), waar naast een groot aantal fabrieks- en bedrijfstakfondsen ook veel onderlinge fondsen en vak- en werkliedenverenigingen gevestigd waren. In de overige provincies lag de deelname ver onder het landelijke gemiddelde van veertien procent van de beroepsbevolking. In zeven provincies was zeven tot tien procent van de beroepsbevolking particulier verzekerd (Groningen, Friesland, Gelderland, Utrecht, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) en in Drenthe kwam de deelname zelfs niet boven de vijf procent uit. Deze relatief lage scores hielden in belangrijke mate verband met het geringe aantal verzekeringsorganisaties en –initiatieven in deze provincies. Voor wat betreft Drenthe, Noord-Brabant en Limburg speelde tevens het lage welvaartsniveau van het overgrote deel van de bevolking een rol.

De relatief lage deelname aan de particuliere verzekeringen in de jaren 1890 kan voor een belangrijk deel worden verklaard uit het vrijwillige lidmaatschap. Mensen waren vrij om zich al of niet te verzekeren en verzekeringsorganisaties waren vrij om mensen als deelnemer te weren. Daarnaast lijkt het gebrek aan vertrouwen van het publiek en de politiek in de particuliere verzekeringsorganisaties te hebben bijgedragen aan de geringe deelname. Dit gebrekkige vertrouwen blijkt onder andere uit de onderzoeken van de Staatscommissie voor Arbeidsenquête uit 1890-1894, de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen uit 1895 en de Centrale Commissie van de Statistiek uit 1894 en 1896.⁴⁷ Al deze rapporten bevatten beschrijvingen over de slechte (financiële) administratie bij veel fondsen en het gebrekkige niveau van de voorzieningen.

Het niveau van de voorzieningen vormt dan ook een tweede belangrijk verschil met de latere Ongevallenwet. Veruit de meeste verzekeringsorganisaties keerden enkel bij ziekte uit gedurende een beperkte tijd, variërend van enkele weken tot een jaar. De uitkeringen compenseerden gemiddeld de helft van het loon. De Ongevallenwet 1901 daarentegen keerde bij volledige arbeidsongeschiktheid zeventig procent van het loon

46 Van der Does, *De economische beteekenis der sociale verzekering*, 13.

47 Staatscommissie van Arbeids-Enquête, *Fondsenenquête*; Centrale Commissie voor de Statistiek. *Statistiek der Arbeidersverenigingen*; Centrale Commissie voor de Statistiek, *Onderzoek naar de geschiedenis en werkzaamheid der Vakverenigingen*; Stoeder et al, *De ziekenfondsen in Nederland*.

uit, in principe tot het overlijden van de uitkeringsgerechtigde, dus ook na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Alleen de werkgevers die in de jaren 1890 collectieve contracten voor het personeel hadden afgesloten bij verzekeringsmaatschappijen benaderden het voorzieningenniveau van de Ongevallenwet 1901. Zoals eerder aangegeven, waren in 1895 slechts 40.000 arbeiders op deze manier voor het ongevallenrisico verzekerd; ofwel twee procent van de beroepsbevolking.

Afgaande op het volume en het verzekeringspakket van de particuliere verzekerin- gen in de jaren 1890 kunnen we concluderen dat de invoering van de Ongevallenwet 1901 een zodanige verbetering inhield, dat men eerder van discontinuïteit dan van continuïteit kan spreken.

6 Aanloop naar een wettelijke ongevallenverzekering

6.1 Eerste geluiden

Sinds de jaren 1870 kwamen de arbeidsvoorwaarden van arbeiders en het ontbreken van goede sociale voorzieningen nadrukkelijk in de publieke aandacht te staan. De reden waarom deze onderwerpen juist in deze jaren zoveel aandacht trokken, is al enige tijd onderwerp van een wetenschappelijke debat. In dit debat zijn grofweg drie stromingen te onderscheiden. Allereerst is er een zogenaamde functionalistische stroming, die de economische en demografische transformatie van het laatste kwart van de negentiende eeuw ziet als dé verklaring voor de totstandkoming van wettelijke sociale voorzieningen. Een tweede (zogenaamde conflictologische stroming) verklaart de komst van de wettelijke sociale zekerheid niet zozeer uit economische transformatieprocessen, maar uit conflicten tussen verschillende maatschappelijke groepen (de elite, de middengroepen en de arbeidersklasse). Tot slot is er een institutionele stroming te onderscheiden, die de totstandkoming van de wettelijke sociale zekerheid verklaart uit een geleidelijke transformatie van eerder bestaande zorgregelingen.⁴⁸

Ongeacht de vraag welke van deze verklaringen het meest plausibel is, staat het vast dat in Nederland de medici en inspecteurs van het Stoomwezen de eersten waren die consequent de slechte fysieke en psychische conditie van de werkende stand aan de orde stelden. Bij de medici waren de arbeidsomstandigheden in de nijverheid reeds in de jaren 1860 in de belangstelling komen te staan. Vanuit de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), drongen zij aan op maatregelen voor het verbeteren van de arbeidsomstandigheden en de sociale zekerheid van werknemers. Ook de inspecteurs van het Geneeskundig Staatstoezicht waren veelal medici die sedert de jaren 1860 de taak kregen de fabrieken en werkplaatsen vanuit sanitair oogpunt te onderzoeken. De erbarmelijke toestanden die zij in hun

⁴⁸ Voor een typologie en beschrijving van de drie stromingen, zie: Hoogenboom, *Standstrijd en zekerheid*, 13-17.

gepubliceerde rapporten beschreven, maakten veel indruk op de publieke opinie.⁴⁹

Vergelijkbare geluiden lieten de Inspecteurs van het Stoomwezen horen. Zij waren formeel belast met de controle op de veiligheid van stoomketels, maar in de praktijk hielden zij zich ook bezig met de arbeidsomstandigheden van werknemers. Een van hen was A.A.C. de Vries Robbé, die zich in de jaren 1860 ontpopte als een van de belangrijkste voorvechters van beschermende maatregelen voor werknemers. In een rapport uit 1869 over kinderarbeid stelde een commissie onder zijn voorzitterschap wetenschappelijk vast dat de lichamelijke conditie van fabrieksarbeiders achterbleef bij die van de rest van de arbeidende bevolking.⁵⁰ De inspecteurs van het Geneeskundige Staatstoezicht en die van het Stoomwezen hadden echter geen bevoegdheden om werkgevers tot het nemen van maatregelen te verplichten of om overheidsinstanties daartoe aan te zetten. De overheid legde de verantwoordelijkheid voor de slechte omstandigheden nog voornamelijk bij de werknemers zelf.

Bovendien bood het Burgerlijk Wetboek voor werknemers nauwelijks bescherming. Als een werknemer een werkgever voor ziekte of ongeval aansprakelijk wilden stellen, dan moest hij voor de rechter aantonen dat het ongeval te wijten was aan een onrechtmatige daad van de werkgever (art. 1401, 1402 BW), of een onrechtmatige daad van (één van) zijn ondergeschikten (art. 1403 lid 3 BW). Dat was niet eenvoudig, omdat er geen wetten of juridische richtlijnen bestonden die de werkgevers op de een of andere manier aansprakelijk stelden voor de handelingen van werknemers tijdens het werk. Als de werkgever voor de rechter kon aantonen dat hij de werknemer niet had kunnen beletten de handelingen te verrichten die tot het ongeval hadden geleid, dan was hij volgens het BW niet aansprakelijk te stellen. Wel was het in theorie mogelijk dat werknemers zich beriepen op bepalingen uit het arbeidscontract, als deze de aansprakelijkheid bij ongeval regelden. Het was in de negentiende eeuw echter geen gebruik dat werkgevers en werknemers arbeidscontracten afsloten waarin deze aansprakelijkheid duidelijk was vastgelegd. In de praktijk kwam het er dan ook op neer dat de meeste werknemers de schade in de praktijk zelf moesten dragen.⁵¹

6.2 Eerste initiatieven

Onder invloed van de door de medici en de inspecteurs van het Stoomwezen uitgebrachte publicaties begonnen sommige parlementariërs in de jaren 1870 de noodzaak van wettelijke maatregelen in te zien. Een van hen was de liberaal S. van Houten, die in 1874 een initiatief wetsontwerp indiende bij de Tweede Kamer ter regulering van de kinderarbeid.⁵² Het wetsontwerp op de kinderarbeid verbood werkgevers om kin-

49 Houwaart, *De hygiënist*, 274-289.

50 De Vries Robbé et al, *Rapport der Commissie belast met het Onderzoek naar den toestand der kinderen in fabrieken arbeidende*, 13-17.

51 De Vries, *De toestandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 11-12; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 95-100.

52 Van Houten had reeds in 1870 een ontwerp initiatief wetsontwerp opgesteld, maar dit nog niet ingediend. Zie: Van Houten, *De Regtstoestand der werklieden in Nederland*.

deren beneden de 12 jaar in dienst te nemen. Hoewel de liberale meerderheid in het parlement door onderlinge verdeeldheid steeds meer greep op de besluitvorming verloor, slaagde Van Houten erin voor het wetsvoorstel voldoende steun te verwerven.

Het zgn. Kinderwetje van Van Houten was de eerste overheidsmaatregel die de werkgevers in enige mate wettelijk aansprakelijk stelden voor de omstandigheden waaronder het personeel moest werken. De parlementariërs vonden het echter niet nodig om voor volwassen werknemers beschermende maatregelen uit te vaardigen. Volwassenen konden immers zelf beslissen of zij arbeid verrichtten. Zij werden geacht zelf hun eigen belangen en risico's in te kunnen schatten. Voor hen bleven dan ook slechts de bepalingen uit het liberale recht van toepassing.⁵³

In de jaren 1880 kwamen de industriearbeiders mede onder druk van de opkomende arbeidersbeweging, de economische crisis en de daaruit voortvloeiende maatschappelijke spanningen in het centrum van de publieke en politieke belangstelling te staan. Naast de oude vraagstukken over de gezondheid en de arbeidsomstandigheden van werknemers, ging de aandacht voor het eerst uit naar de sociale zekerheid. Dit blijkt onder andere uit het onderzoek van de enquêtemissie onder voorzitterschap van H.C. Verniers van der Loeff, die in 1886 en 1887 in opdracht van de Tweede Kamer 'den toestand van fabrieken en werkplaatsen' onderzocht. De commissie bezocht drie industriële centra (Amsterdam, Maastricht en Tilburg), interviewde werkgevers, werknemers en externe betrokkenen (met name lokale politici en geneeskundigen) over de arbeidsomstandigheden in een aantal geselecteerde bedrijfstakken, en schreef haar bevindingen op in lijvige rapporten, die in 1887 openbaar werden gemaakt.⁵⁴ Tijdens de ondervragingen kwamen geregeld de onveilige arbeidsomstandigheden en het ontbreken van goede sociale voorzieningen binnen de bedrijven aan de orde. De commissieleden lieten dan doorschemeren dat de werkgevers de morele plicht hadden om zorg te dragen voor de veiligheid en de sociale zekerheid van de werknemers. In haar eindverslag pleitte de commissie voor wetgeving die de sociale plichten van de werkgevers naar het personeel zou regelen. Daarnaast verzocht de enquêtemissie de regering nieuwe nationale onderzoeken te starten, omdat het eigen onderzoek door de ontbinding van de Tweede Kamer in 1887 niet kon worden afgerond.⁵⁵

De regering voldeed aan beide verzoeken. Nog in 1887 belastte zij de heren Struve en Bekaar met het opstellen van een landelijke statistiek over de arbeidsomstandigheden in de fabrieken en werkplaatsen. Kort nadat dit onderzoek in 1890 was afgerond, stelde de minister van justitie G.L.M.H. Ruys van Beerenbroek de Staatscommissie van Arbeidsenquête in onder voorzitterschap van W.F. Rochussen, die tot taak kreeg de statistieken van Struve en Bekaar met gedetailleerde informatie aan te vullen.⁵⁶

53 Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 121-122.

54 Verniers van der Loeff et. al, *Enquête betreffende werking en uitbreiding der wet van 19 september 1874 (Staatsblad No. 130) en naar den toestand van Fabrieken en werkplaatsen, 's-Gravenhage, 1887*. Heruitgegeven door Giele, *Een kwaad leven*.

55 a.w., 79-80, 211.

56 Staatscommissie van Arbeids-Enquête, No. 50, 4.

Daarnaast diende Ruys van Beerenbroek een wetsontwerp voor een nieuwe arbeidswet in, dat in 1889 door het parlement werd aangenomen.⁵⁷ De Arbeidswet handhaafde het verbod op kinderarbeid, beperkte het verrichten van arbeid door jeugdige personen en vrouwen en vormde de basis voor het zogenaamde Arbeidsbesluit dat regels bevatte ten behoeve van hygiëne en veiligheid. Het toezicht op de naleving van de Arbeidswet en het Arbeidsbesluit kwam te liggen bij in 1890 benoemde 'Inspecteurs van de Arbeid'. Deze hadden naast controlerende taken, de bevoegdheid om de werkgevers te dwingen maatregelen te nemen ter bescherming van het personeel. In hun verslagen besteedden de inspecteurs veel aandacht aan de gevaren waaraan werknemers waren blootgesteld en de sociale voorzieningen die vanuit de bedrijven voor de risico's van ziekte en ongeval waren opgezet.

6.3 *Debatten over sociale wetgeving*

De nieuwe arbeidswet, de onderzoeken van de verschillende enquêtecommissies en de werkzaamheden van de Inspecteurs van de Arbeid vergrootten de druk op de werkgevers om sociale regelingen voor het personeel op te zetten en uit te breiden. Aangezien de Arbeidswet de werkgevers in bepaalde mate aansprakelijk stelde voor de risico's van de arbeid, nam hun verantwoordelijk voor de sociale zekerheid van de werknemers toe. F.W. Westerouwen van Meeteren, een vooraanstaande deskundige op het terrein van de ongevallenverzekering, sprak in een voor de Liberale Unie geschreven brochure uit 1891 de verwachting uit dat de wettelijk vastgelegde aansprakelijkheid van werkgevers voor bedrijfsongevallen van werknemers op termijn zou leiden tot een aanzienlijke uitbreiding van de werknemersverzekering. Deze verwachting werd bevestigd door de in 1890 tot arbeidsinspecteur benoemde Struve die in het Verslag van de Inspectie van de Arbeid over 1891 opmerkte dat 'meer en meer de meening veld wint, dat er zedelijk een verplichting rust op de werkgevers om onderstand te geven aan de in hun bedrijf gekwetsten'.⁵⁸

De vraag was of de overheid deze verplichting door middel van sociale verzekeringswetten diende af te dwingen. Over deze vraag werd in de jaren 1890 een intensief en fel debat gevoerd. Dit debat voerde verder dan de verplichte sociale verzekering alleen. Het maakte deel uit van een breed politiek debat over de rol van de staat, de verhouding tussen de centrale, versus de lagere overheden, en de verhouding tussen de overheid en maatschappelijke organisaties. Vanaf het begin tekende zich twee aan elkaar tegengestelde kampen af die we in algemene zin kunnen omschrijven als voor- en tegenstanders van een wettelijke regeling. De tegenstanders stonden op het standpunt dat het initiatief voor het opzetten van sociale voorzieningen geheel aan de werkgevers moest worden overgelaten. De werkgevers konden immers het beste

⁵⁷ De Arbeidswet van 5 mei 1889, Staatsblad 48. Zie ook: Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 227-230.
⁵⁸ *Verslagen van de Inspecteurs van den Arbeid over 1891. Derde Arbeidsinspectie*, 331.

bepalen welke voorzieningen voor het bedrijfsleven betaalbaar waren. Een door de overheid afgedwongen verplichting tot het verzekeren van werknemers zou tot hogere productiekosten leiden, met als gevolg dat de concurrentiepositie van de Nederlandse industrie zou verzwakken. Een vooraanstaande vertolker van dit standpunt was het lid van de Hoge Raad A.P.Th. Eyssell. Hij was van oordeel dat grote gevaren waren verbonden aan een wettelijk verplichte verzekering. Door de staat als organisator van de sociale verzekering van werknemers aan te wijzen, zou men de weg op gaan van de staatsorganisatie van de arbeid, hetgeen zou leiden tot socialisering van de staat.⁵⁹

Tegenover Eyssell en de zijnen stonden zij die pleitten voor vergaande bemoeienis van de overheid door invoering van sociale verzekeringswetten. De jurist H.B. Greven ontpopte zich als een belangrijke vertolker van dit standpunt. In een door de Nederlandsche Juristen Vereeniging uitgebracht preadvies uit 1887 stelde hij vast, dat de door de werkgevers georganiseerde sociale voorzieningen bitter weinig voorstelden. Hoe goed de bedoelingen van de werkgevers vaak ook waren; niemand kon op basis van de reeds tot stand gebrachte voorzieningen verwachten dat de sociale verzekering door het vrije initiatief van de werkgevers wijdverspreid zou worden. Werkgevers die tot het verlenen van steun aan werknemers bereid waren, werden namelijk door de concurrentie van collega's die er een minder actief sociaal beleid op nahielden ervan weerhouden fabrieksfondsen op te richten. Druk van de werknemers op de werkgevers om sociale voorzieningen in het leven te roepen had weinig kans van slagen, omdat de werknemers voor betaalde arbeid van de werkgevers afhankelijk waren.⁶⁰

Volgens Greven waren de werknemers zelf onvoldoende in staat op dit terrein initiatieven te ontplooiën. De meesten verdienden te weinig om zich te verzekeren en moesten derhalve in geval van ziekte, ongeval of ouderdom aankloppen bij de armenzorg. Instellingen waarbij zij zich konden verzekeren waren niet altijd aanwezig en voor zover voorzieningen werden aangeboden, waren deze vaak zo gebrekkig, dat deelname weinig zekerheid opleverde. Een relatief klein aantal werknemers had zich dan ook aangesloten bij fondsen en bij de vak- en werkliedenverenigingen. Greven concludeerde daaruit dat de fondsen en verenigingen in weerwil van de hoop en verwachtingen van velen, geen geschikt middel waren om het ideaal van de zelf-hulp bij de werkende klasse te verwezenlijken.⁶¹

De suggestie dat de verplichte verzekering tot te hoge productiekosten zou leiden, wees Greven resoluut van de hand. Sterker nog, hij beschouwde de verplichte verzekering zelfs als een geschikt middel om de kosten te verdelen, omdat de werkgevers de verhoging van de productiekosten in de prijzen konden doorberekenen. Bovendien zou de verplichte verzekering tot een hogere productiviteit leiden. Indien werknemers recht hadden op sociale zekerheid, zou het plichtsbefes groter worden en zou

59 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 21; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 268.

60 Greven, 'Is het wenselijk', 29-46. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 17-19.

61 Greven, 'Is het wenselijk', 29-46; 4-5. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 19.

de motivatie en werklust toenemen. Een bijkomend voordeel in zijn ogen was dat de socialistische arbeidersbeweging in de kiem werd gesmoord.⁶²

Tussen de voor- en tegenstanders van de verplichte verzekering bevond zich een derde groep, die zich sinds 1890 organiseerde in de Vereeniging tot Voorkoming van Ongelukken in Fabrieken en Werkplaatsen. Deze organisatie ging uit van de mogelijkheid om een ongevallenverzekering voor alle werknemers bij particuliere verzekeringsmaatschappijen onder te brengen, waardoor de invoering van de verplichte verzekering overbodig werd. De organisaties van werknemers en werkgevers zouden in overleg met de uitvoerende verzekeringsmaatschappijen de voorzieningen vaststellen. Hiermee probeerde de Vereeniging het initiatief van in 1867 opgerichte 'Association pour prévenir les accidents de Fabrique' uit het Franse Mühlhausen na te volgen. Deze vereniging had in samenwerking met organisaties van werkgevers, werknemers en particuliere verzekeringsmaatschappijen een ongevallenverzekering tot stand gebracht die volgens de initiatiefnemers van de Nederlandse Vereeniging, F.W. Westerouen van Meeteren en H.J.A. Mulder, uitstekend bleek te functioneren.⁶³

De Vereeniging tot Voorkoming van Ongelukken in Fabrieken en Werkplaatsen slaagde er kort na de oprichting in 36 organisaties en circa 100 deskundigen en belangstellenden bijeen te brengen. Bovendien wist zij de verzekeringsmaatschappij De Eerste Nederlandsche bij het initiatief te betrekken. De verzekeringsmaatschappij bood een premie-reductie aan van twintig procent voor diegenen, die zich door tussenkomst van de Vereeniging verzekerden en zich onder controle stelden van een deskundige die over de veiligheid van fabrieken en werkplaatsen zou adviseren. De Vereeniging ging met het voorstel akkoord, waarop Westerouwen van Meeteren als deskundige werd aangewezen.⁶⁴

De animo bij de werknemers- en werkgeversorganisaties om aan het overleg deel te nemen bleek echter gering te zijn. De landelijke federaties van vak- en werkliedenverenigingen (het Algemeene Nederlandsch Werklieden-Verbond (ANWV), het Nederlandsch Werkliedenverbond Patrimonium en de Roomsch-Katholieke Volksbond) legden weinig enthousiasme aan de dag voor het initiatief. Bovendien konden de federaties de eigen afdelingen niet dwingen aan het overleg deel te nemen. De Vereeniging was derhalve genoodzaakt om zich te wenden tot de lokale vak- en werkliedenverenigingen. Deze stelden meer belang in verzekeringen voor inkomstenderving bij ziekte en werkloosheid, waarvoor zij eigen fondsen in het leven hadden geroepen. De meeste vak- en werkliedenverenigingen wilden hun leden niet nog eens extra belasten met het betalen van premies voor een ongevallenverzekering, te meer daar zij de werkgevers voor de inkomstenderving ten gevolge van bedrijfsongevallen verantwoordelijk achtten. In werkgeverskring was evenmin grote bereidheid tot deelname. De meeste

62 Greven, 'Is het wenselijk', 48.

63 Westerouen van Meeteren, *Verslag omtrent de Werkzaamheden van het te Bern gehouden Congres over ongelukken bij den arbeid*, passim. Zie ook De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 24.

64 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 26.

werkgevers wensten de vrijheid te behouden om naar eigen inzicht sociale voorzieningen voor het personeel in te richten. Deelname aan een nationale ongevallenverzekering van werknemers zou deze vrijheid te zeer beknotten, zo vreesden zij.⁶⁵

De poging van de Vereeniging om een particuliere ongevallenverzekering op te zetten mislukte dan ook jammerlijk. De Vereeniging neigde in de loop van de jaren geleidelijk naar acceptatie van een wettelijk verplichte verzekering, hierin aangespoord door Westerouwen van Meeteren, die al in 1891 drastisch van standpunt was veranderd. Tijdens zijn bezoek aan het Europese Congres over 'Ongelukken bij den Arbeid' in het Zwitserse Bern had de lezing van de voorzitter van de Mühlhauser Association pour prévenir les accidents de fabrique, F. Engel-Gros grote indruk op hem gemaakt. Engel-Gros verklaarde dat het particuliere initiatief hem in de steek had gelaten en drong daarom aan op 'deskundige inspectiën' en een 'wettelijke regeling'.⁶⁶

In de loop van de jaren negentig verwierven de voorstanders van sociale verzekeringswetgeving geleidelijk de steun van de belangrijke politieke groeperingen. Niet alleen binnenlandse maatschappelijke discussies droegen daaraan bij. Ook de invoering van ongevallenwetten in Duitsland, Oostenrijk, Noorwegen en Groot-Brittannië bracht Nederlandse politici tot de overtuiging dat zonder staatsinmenging geen goede ongevallenverzekering tot stand kon worden gebracht.⁶⁷ De tijd was rijp om wetgeving op te stellen en in te voeren.

7 De rol van artsen

Uit het voorgaande historische overzicht komt naar voren dat artsen al vroeg (sinds de zeventiende eeuw) betrokken raakten bij de claimbeoordeling van ziekte- en ongevallenverzekeringen. Deze betrokkenheid sprak bepaald niet voor zich. Niet alleen hield een groot aantal verzekeringsorganisaties de artsen nog lange tijd buiten de deur. Ook de organisaties die de artsen wel een functie gaven in de claimbeoordeling betoonden zich huiverig om invloed aan hen af te staan. Veel bestuurders van verzekeringsarrangementen koesterden een diepgeworteld wantrouwen jegens artsen. Op hun beurt oordeelden de artsen dikwijls negatief over de motieven en het organisatievermogen van de bestuurders. De moeizame relatie tussen bestuurders en artsen resulteerde dan ook regelmatig in felle conflicten.

Gezien deze moeizame relatie is het opmerkelijk dat bestuurders van verzekeringsarrangementen überhaupt artsen inhuurden. Op grond van het historische overzicht van de verschillende organisatievormen die in de loop van de eeuwen verzekeringen voor het ongevallenrisico ontwikkelden, kan worden geconstateerd dat de motieven

65 a.w., 27-28.

66 Westerouwen van Meeteren, *Verslag omtrent de Werkzaamheden van het te Bern gehouden Congres over ongelukken bij den arbeid*, 59-61.

67 Wordt bijvoorbeeld betoogd door: De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 458.

van bestuurders om artsen ten behoeve van de claimbeoordeling in te huren terug te voeren waren op een drietal overwegingen.

Het eerste motief kwam voort uit het idee dat artsen een functie konden hebben in het bedwingen van de claims als deze dreigden te resulteren in een te grote financiële last. Dit motief speelde bij alle organisatoren van verzekeringsarrangementen die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen: de ambachtsgilden, de onderlinge fondsen, de werkgevers, alsook de particuliere verzekeringsmaatschappijen die collectieve contracten met werkgevers afsloten. Artsen bleken vaak beter in staat te zijn dan de vaak amateuristische bestuurders van de verzekeringsarrangementen om de mate van arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of ongeval vast te stellen en waren bovendien minder gemakkelijk onder druk te zetten door de deelnemers.

Het tweede motief om artsen een functie te geven bij de claimbeoordeling was om beter geïnformeerd te raken over de risicoprofielen van de deelnemers. Dit motief speelde hoofdzakelijk bij de verzekeringsarrangementen waaraan leden vrijwillig deelnamen.⁶⁸ Bij onderlinge fondsen bijvoorbeeld was door het vrijwillige lidmaatschap vaak een groot verloop van deelnemers waardoor bestuurders zich moeilijk een beeld konden vormen van de gezondheidsrisico's waaraan de deelnemers in het dagelijks leven bloot stonden. Enig inzicht in de gezondheidsrisico's was nodig om de hoogte van de contributies en de omvang van de reserves te kunnen vaststellen. Door de claimbeoordeling en de medische behandeling over te laten aan onafhankelijke deskundige buitenstaanders (artsen), probeerden de fondsbestuurders zicht te krijgen op de omvang van de verzekerde ziekte- en ongevalrisico's.

Het laatste motief om artsen bij de claimbeoordeling te betrekken was het verbeteren van het imago van de verzekeringsorganisatie. Een verantwoorde medische beoordeling van claims verschafte de verzekeringsorganisaties namelijk een imago van soliditeit en betrouwbaarheid.⁶⁹ Dit motief speelde hoofdzakelijk een rol bij de laat negentiende-eeuwse particuliere verzekeringsmaatschappijen. Door zich een degelijk imago aan te meten zetten de verzekeringsmaatschappijen zich af tegen de kleinschalige onderlinge fondsen, met als doel om grotere aantallen klanten te werven en aan zich te binden.

De uiteenlopende motivatie van bestuurders van verzekeringsarrangementen om artsen in te huren had haar weerslag op de uitvoeringsorganisatie van de claimbeoordeling en de rol van de artsen daarbinnen. Per organisatievorm en per periode varieerde de manier waarop de medische beroepsgroep bij de claimbeoordeling betrokken raakte. De vroege verzekeringsorganisaties als ambachtsgilden en –bossen ontwikkelden het gebruik om in geval van twijfel een claim voor te leggen aan een chirurgijn of dokter. De medische beroepsgroep bemoeide zich hoofdzakelijk incidenteel met de claimbeoordeling van de verzekeringsorganisaties. Onderlinge fondsen ontwikkelden een meer vaste relatie met artsen, door vaste contracten met hen af te sluiten voor

68 Zie ook: Horstman, *Verzekerd leven*, 41.

69 Zie: Horstman, *Verzekerd leven*, 37-39, 202-203.

het tegelijkertijd verrichten van de claimbeoordeling en de medische behandeling van deelnemers. Deze combinatie van claimbeoordeling en medische behandeling wekte het ongenoegen op van de artsen en hun belangenorganisatie, de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG). De in 1849 opgericht NMG sprak herhaaldelijk de vrees uit dat de combinatie van claimbeoordeling en behandeling de vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt in gevaar bracht, hetgeen uiteindelijk ten koste kon gaan van de kwaliteit van de medische zorg. Mede uit verzet tegen de onderlinge fondsen riepen de artsen sinds de jaren veertig van de negentiende eeuw eigen ziekenfondsen in het leven, die zich toelegden op het verzekeren van medische behandeling en medicijnen.⁷⁰

Met de opkomst van de verzekeringsmaatschappijen in het laatste kwart van de negentiende eeuw ontstond de functie van keuringsarts. Belangrijk voor de ontwikkeling van deze nieuwe functie was het besluit van de NMG uit 1864 dat (huis)artsen zich moesten onthouden van het geven van gezondheidsverklaringen over hun patiënten. Volgens de NMG mochten artsen hun vertrouwensband met hun patiënten niet schenden ten behoeve van belangen van derden. Onderzoek van claims mocht om die reden alleen plaatsvinden door speciaal daarvoor aangestelde keuringsartsen. De NMG heeft dit standpunt nadien diverse keren herhaald, onder andere in 1888 en 1900. Verzekeringsmaatschappijen op hun beurt gingen ertoe over keuringsartsen in dienst te nemen omdat zij ervan uitgingen dat (huis)artsen niet of moeilijk in staat waren een objectief oordeel over de gezondheid van een deelnemer te vellen.⁷¹

Toen in de jaren 1890 de discussie over een wettelijke ongevallenverzekering losbarstte, waren artsen al lange tijd bij de claimbeoordeling van particuliere verzekeringen betrokken. Een aantal artsen had zich zelfs ontwikkeld tot keuringsarts, die in opdracht van verzekeringsorganisaties nieuwe verzekerden keurde en claims voor een uitkering bij ziekte, ongeval en invaliditeit beoordeelde. De vraag welke rol zij hebben gespeeld bij de uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekering in 1901, komt in het volgende hoofdstuk aan bod.

70 Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 178-194.

71 Horstman, *Verzekerd leven*, p.61-66. Zie ook: De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 157.

Hoofdstuk 2

Opbouw: de periode 1901-1920

Joost van Genabeek

1 Inleiding

De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901 ging gepaard met een felle discussie over de uitvoeringsorganisatie. De werkgevers verzetten zich heftig tegen de uitvoering door een centraal overheidsorgaan (te weten de Rijksverzekeringsbank). Deze discussie heeft de geschiedschrijving over de Ongevallenwet van 1901 in belangrijke mate bepaald. Hierdoor zijn we goed geïnformeerd over het door de werkgevers zwaar bevochten compromis om het risico van de ongevallenwet zelf te mogen dragen. Ook de geschiedenis van de onderlinge risicoverenigingen is goed gedocumenteerd.

De medische uitvoering daarentegen is in de geschiedschrijving nauwelijks aan bod gekomen. Het gevolg is dat er weinig duidelijkheid bestaat over de manier waarop de Rijksverzekeringsbank in de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet 1901 de claimbeoordeling uitvoerde. Dit hoofdstuk beoogt te voorzien in deze lacune.

De volgende vraag staat in dit hoofdstuk centraal: Hoe werd de claimbeoordeling voor de Ongevallenwet 1901 vormgegeven en uitgevoerd? Deze vraag zullen wij beantwoorden aan de hand van de regels en voorschriften; de uitvoeringsorganisatie; de uitvoeringspraktijk en de ontwikkeling van de claimbeoordeling als een apart vak. Wij richten ons op de periode vanaf de totstandkoming van de Ongevallenwet in 1901 tot aan de herziening van de wet in 1921. Deze periode kan getypeerd worden als een fase van opbouw, waarin de claimbeoordeling door praktijkervaring langzamerhand vaste vormen kreeg.

Bij genoemd gebrek aan historische studies is onze analyse grotendeels gebaseerd op artikelen uit die tijd zelf. Met name het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* bevatten veel relevante informatie over het onderwerp. Daarnaast hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de eerste overzichtswerken en wetenschappelijke publicaties.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst zal in het kort de totstandkoming van de Ongevallenwet aan de orde komen (paragraaf 2). De keuzes die toen zijn gemaakt, hadden gevolgen voor de claimbeoordeling later. In paragraaf 3 komt de Ongevallenwet zelf aan de orde. Hier behandelen wij de artikelen van de Ongevallenwet die van invloed waren op de claimbeoordeling en de medische behandeling, en wordt bovendien de jurisprudentie uiteengezet die uit de Ongevallenwet voortvloeide. Dan, in paragraaf 4, bespreken wij de organisatie van de medische uitvoering: Hoe werd de uitvoeringsorganisatie opgebouwd; welke keuzes werden hierbij gemaakt, en hoe verliep het proces van de claimbeoordeling? Paragraaf 5 gaat nader in op de praktijk van de claimbeoordeling. Op welke issues stuitte de beoorde-

laars en hoe gingen zij ermee om? De zesde paragraaf verhaalt over de wording van het vak van claimbeoordelaar. Hoe werden de beoordelaars zich ervan bewust dat zij een speciaal vak uitoefenden? In de conclusie ten slotte wordt nader ingegaan op de resultaten van de claimbeoordeling in de betreffende periode.

2 Aanloop naar de Ongevallenwet

In de loop van de jaren 1890 brak bij politici het besef door dat het particuliere initiatief onvoldoende in staat was om de bestaanszekerheid van arbeiders te regelen. Men begon de noodzaak in te zien van één of andere vorm van sociale verzekeringswetgeving. Reeds in 1891 spraken de antirevolutionaire protestanten onder leiding van Abraham Kuyper zich op het Eerste Christelijk Sociaal Congres uit voor een beperkte bemoeienis van de overheid met de sociale zekerheid.¹ De katholieken ondergingen een vergelijkbare koerswijziging onder invloed van de encycliek *Rerum Novarum* uit 1891, waarin paus Leo XIII zich uitsprak voor enige inmenging door de staat bij het opzetten van sociale verzekeringen.² Tot de meest uitgesproken voorstander ontwikkelde zich evenwel de in 1894 opgerichte Sociaal Democratische Arbeiderspartij in Nederland (SDAP). Het in eerste instantie door deze partij gehuldigde revolutionair marxistische standpunt dat een echte lotsverbetering voor de arbeidersklasse er onder het kapitalisme niet inzat, weerhield haar niet van pogingen om in de praktijk de materiële welvaart van arbeiders ook op de korte termijn te verbeteren.³ De liberalen zagen als laatste de voordelen van overheidsbemoeienis. Door de uitbreiding van het kiesrecht in 1896 zagen zij zich gedwongen hun electorale basis te verbreden. Nog in datzelfde jaar nam de Liberale Unie de invoering van sociale verzekeringswetten in het verkiezingsprogramma op, teneinde tot een rechtvaardigere verdeling van maatschappelijke goederen te kunnen komen.⁴

Aanvankelijk werd in de wetgeving nog de nadruk gelegd op het voorkomen van bedrijfsongevallen door het bevorderen van veilige arbeidsomstandigheden. Zo was in 1890 de Arbeidswet ingevoerd, gevolgd door de Veiligheidswet in 1895 en de Nieuwe Stoomwet in 1896. Het toezicht op de naleving van deze wetten kwam vanaf 1890 te liggen bij de inspecteurs van de arbeid. Deze hadden naast controlerende taken de bevoegdheid om werkgevers te dwingen maatregelen te nemen ter bescherming van het personeel.

Met dit stelsel van preventieve maatregelen waren werkgevers al enigszins verantwoordelijk geworden voor ongevallen die binnen hun bedrijf plaatsvonden. Een volgende stap was het verzekeren van arbeiders tegen de gevolgen van ziekte, ongeval, invaliditeit en ouderdom. Reeds in 1891 had het kabinet-Mackay (1888-1891) maatre-

1 Kuyper, *Het sociale vraagstuk en de christelijke religie*, 24, 27-28.

2 *Rerum Novarum*, 40-59, 71.

3 Troelstra, *De SDAP; haar ontstaan, doel en streven geschetst*, 7.

4 Fokker et al, *Verplichte Verzekering van Loontrekkenden*, 5. Zie ook Hertogh, 'Geene wet, maar de heer!', 60.

gelen daartoe aangekondigd. En in 1894 had de staatscommissie Rochussen de regering geadviseerd een wetsontwerp in te dienen dat werkgevers zou verplichten hun arbeiders te verzekeren tegen gehele of gedeeltelijke, tijdelijke of blijvende invaliditeit als gevolg van een ongeluk op het werk.

2.1 Wetsontwerp Van der Sleyden

Het was de Minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid Ph.W. van der Sleyden die in 1897 het eerste wetsontwerp voor een verplichte ongevallenverzekering indiende bij de Tweede Kamer. Bij het opstellen van het wetsontwerp had Van der Sleyden dankbaar gebruik gemaakt van het rapport van A. F. van Leyden uit 1892 over de wettelijke sociale verzekeringen in Duitsland en Oostenrijk.⁵ Op grond van dit rapport verwerkte Van der Sleyden verschillende elementen van de ongevallenverzekeringen uit deze landen in het wetsontwerp.

Het wetsontwerp Van der Sleyden regelde genees- en heilkundige behandeling vanaf het moment dat het ongeval plaatsvond en een uitkering voor gederfde inkomsten na een karenztijd van zes weken.⁶ Werkgevers van vijftien door de overheid als risicovol bestempelde bedrijfstakken zouden worden verplicht hun arbeiders tegen ongevallen te verzekeren. Dit moest naar het voorbeeld van de Oostenrijkse ongevallenverzekering geschieden bij een speciaal daarvoor opgerichte overheidsinstelling: de Rijksverzekeringsbank. De overheid bepaalde welke werknemers werden verzekerd en tegen welke voorwaarden de uitkeringen zouden worden verstrekt, almede de hoogte van de premies en de uitkeringen. Bovendien gaf de overheid aan hoe de uitvoering van de verzekering in haar werk moest gaan.⁷

Het wetsvoorstel ging, eveneens volgens het Oostenrijkse model, uit van het principe van het 'risque professionnel'. De werkgevers werden aansprakelijk gesteld voor de bedrijfsongevallen die in hun bedrijven plaatsvonden. De achterliggende gedachte hierbij was dat een werkgever veel meer profiteerde van het productieproces dan een werknemer, omdat de laatste direct geconfronteerd werd met de veiligheids- en gezondheidsrisico's van het werk. Het uitgangspunt van het wetsontwerp was dat een bedrijfsongeval een ondernemingsrisico behoorde te zijn. Hieruit vloeide voort dat de werkgevers de premies voor de ongevallenverzekering moesten opbrengen.⁸

Het meest opvallende aan het wetsontwerp van Van der Sleyden was de keuze voor een afzonderlijke wettelijke ongevallenverzekering die werknemers pas zes weken na het bedrijfsongeval een uitkering voor gederfde inkomsten zou garanderen. In Duitsland en Oostenrijk hadden de ontwerpers van de wettelijke sociale verzekeringen de invoering van de ongevallenverzekering bewust vooraf laten gaan door de

5 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 36.

6 De karenztijd (ook wel wachttijd genoemd) is de periode tussen de claim en de uitkering, waarbinnen de verzekerde geen of slechts beperkte uitkeringsrechten heeft en die de verzekeraar de tijd geeft de rechtmatigheid van de claim te onderzoeken.

7 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 62-64.

8 Kerklaan et al, 'De stempel van de arbeid. II', 412; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 272.

invoering van een ziekteverzekering. Uitgangspunt daarbij was dat werknemers in algemene zin beschermd moesten worden tegen gebeurtenissen die hun arbeidsvermogen aantastten. De ziekteverzekering garandeerde de werknemer inkomen en medische zorg gedurende de eerste weken van arbeidsongeschiktheid, ongeacht of deze door ziekte of een bedrijfsongeval was veroorzaakt. Na een aantal weken zou de getroffen werknemer in aanmerking kunnen komen voor een rente ingevolge de wettelijke ongevallenverzekering, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg was van een bedrijfsongeval. De uitkeringsperiode van de ziekteverzekering overbrugde daarmee de karentijd die nodig was om de aanspraken op een ongevalrente te onderzoeken.

Waarom koos Van der Sleyden voor een wettelijke ongevallenverzekering en niet voor een wettelijke ziekteverzekering? Aan de onderzoeker Van Leyden lag het in ieder geval niet, want hij had op grond van zijn buitenlandse onderzoek beide verzekeringen in onderling verband beschreven. Macalester Loup, de eerste voorzitter van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank, noemde in 1913 een drietal overwegingen waarom Van der Sleyden de eerste zes weken na een ongeval niet had willen verzekeren. In de eerste plaats was er de vrees dat de wettelijke ziekteverzekering te kostbaar zou worden en in de tweede plaats zou er een te grote kans zijn op misbruik in de vorm van simulatie. Bovendien zou Van der Sleyden hebben verondersteld dat werknemers zich voor de inkomstenderving gedurende de eerste zes weken gemakkelijk konden verzekeren bij een onderling fonds. De laatste overweging was een opmerkelijke, omdat in de jaren 1890 veel kritiek was op de dekkingsgraad en het functioneren van de onderlinge fondsen (zie hoofdstuk 1).⁹

2.2 *Wetsontwerp Lely*

Het voorstel-Ongevallenwet van Van der Sleyden werd snel na het aantreden van het kabinet Pierson in 1897 ingetrokken. Desondanks bleef het van belang voor het wetgevingsproces dat volgde. De nieuw aangetreden Minister van Waterstaat, Handel en Nijverheid ir. C. Lely diende namelijk negen maanden na zijn aantreden een nieuw wetsontwerp in bij de Tweede Kamer, waarin hij de contouren van het ingetrokken wetsontwerp Van der Sleyden had overgenomen. De wettelijke ongevallenverzekering van Lely omvatte genees- en heelkundige behandeling vanaf het moment van het ongeval en een uitkering voor gederfde inkomsten, alleen was de karentijd daarbij verkort tot drie weken. Net zoals Van der Sleyden achtte ook Lely het voorlopig niet nodig om een wettelijke ziekteverzekering in te voeren. En ook Lely koos voor één landelijke uitvoeringsorganisatie: de Rijksverzekeringsbank.

Een fundamentele verandering die Lely in het wetsontwerp aanbracht was de introductie van het principe van het 'uitgestelde loon'. Volgens Lely waren de werkgevers niet aansprakelijk te stellen voor de kosten van een bedrijfsongeval, omdat deze

9 Macalester Loup, 'De vrucht van tien jaren ongevallenverzekering', 1-3.

geen onderdeel uitmaakten van de algehele productiekosten. Niet de wettelijke aansprakelijkheid was de reden dat de werkgevers de lasten van de wet moesten dragen, maar de gedachte dat werkgevers daartoe beter in staat waren dan de werknemers.¹⁰

Het wetsontwerp van Lely ontlokte heftige kritiek van met name de grote werkgevers. Deze sloten zich in het voorjaar van 1899 aaneen in de Vereniging van Nederlandsche Werkgevers (VNW), teneinde effectief druk uit te oefenen op het parlement.¹¹ De kritiek van de werkgevers richtte zich op de hoogte van de premies en de centralistische uitvoeringorganisatie. De kosten van de Ongevallenwet konden volgens de VNW wel eens veel hoger uitvallen dan die van de fabrieksfondsen. Bovendien dreigde de centralistische uitvoeringsorganisatie de fabrieksfondsen overbodig te maken, terwijl deze naar het oordeel van veel werkgevers een belangrijke functie hadden voor de reïntegratie van zieke en invalide werknemers. De VNW stelde voor om werkgevers alleen wettelijk te verplichten werknemers tegen de gevolgen van bedrijfsongevallen te verzekeren. De uitvoering zou de overheid moeten overlaten aan de werkgevers zelf. Voorzover werkgevers niet in staat waren zelf de uitvoering vorm te geven, zou de mogelijkheid gecreëerd moeten worden dat zij zich aansloten bij één van de nog op te richten risicoverenigingen. Dit voorstel tot een gedecentraliseerde uitvoering zou volgens de VNW veel goedkoper zijn dan de door Lely voorgestelde centrale uitvoering door een Rijksverzekeringbank. Niet alleen konden de bestaande, veelal goedkoop functionerende fabrieksfondsen in stand blijven; de werkgevers zouden tevens de mogelijkheid behouden om werknemers na een ongeval weer snel aan het werk te krijgen.¹²

Hoewel de regering zich niet door de VNW liet overtuigen, toonde een groot aantal parlementariërs zich gevoelig voor de bezwaren van de werkgevers. Veel steun was er vanuit de ARP, die zich fel verzette tegen het in hun ogen monopolistische, centralistische, bureaucratische en autocratische karakter van het wetsontwerp. De antirevolutionaire voorman Abraham Kuyper kwam in 1899 met een amendement waarin hij een gedeeltelijk privaatrechtelijke uitvoering van de Ongevallenwet door bedrijfsverenigingen voorstelde. Kuyper keek hierbij met een schuin oog naar de Duitse 'Berufsgenossenschaften' waarin werkgevers van soortgelijke verzekeringsplichtige bedrijven waren verenigd en samenwerkten met vertegenwoordigers van de werknemers.¹³ Ofschoon de regering erin slaagde het wetsvoorstel door de Tweede Kamer te krijgen, strandde het in de Eerste Kamer.¹⁴

Drie weken na de afwijzing door de Eerste Kamer kwam Lely met een nieuw wetsontwerp, waarin hij enkele concessies deed. De werkgevers kregen de mogelijkheid om zelf het risico van de wettelijke ongevallenverzekering te dragen of deze over te dragen aan een onderlinge risicovereniging. Ondanks deze tegemoetkoming bleven de

10 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 77; Schwitters, *De risico's van de arbeid*, 272.

11 Zie over de VNW: Smitsaert, *De vereniging van Nederlandsche Werkgevers*.

12 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 97-100.

13 Zie: Amendement-Kuyper op de Ongevallenwet.

14 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 246-260, 286-287, 351-367.

belangrijkste uitvoerende taken van de Ongevallenwet bij de Rijksverzekeringsbank. De Rijksverzekeringsbank beoordeelde de claims, verstreekte de uitkeringen aan het slachtoffer, inde de premies, of verhaalde de kosten van de verzekering op de werkgever of diens risicovereniging.

Een belangrijke wijziging in het nieuwe wetsontwerp, die opmerkelijk genoeg in de literatuur weinig aandacht heeft gekregen, was de opname van een overbruggingsuitkering. Werknemers zouden al vanaf de derde dag na het bedrijfsongeval in aanmerking komen voor een tijdelijke uitkering van zeventig procent van het laatst verdiende loon. Na uiterlijk zes weken zou op basis van de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid een definitieve ongevallenrente worden bepaald. Hiermee wilde Lely, vooruitlopend op de invoering van een wettelijke ziekteverzekering, een voorziening creëren waarmee de karenztijd van de ongevallenrente kon worden overbrugd.

Met het indienen van het nieuwe wetsontwerp verstomde het maatschappelijke verzet. De werkgevers van de VNW zagen in dat de concessies van de regering voorlopig het maximum waren van wat zij konden behalen en begroeven hun strijdbijlen. Lely loodste het wetsontwerp betrekkelijk gemakkelijk door de Tweede en Eerste kamer, waarna de Ongevallenwet op 2 januari 1901 in het Staatsblad verscheen (Stb. 1901, nr. 1).

3 De kenmerken van de Ongevallenwet 1901

De Ongevallenwet 1901 stond niet op zichzelf. Diverse uitvoeringsinstructies, beroepsregelingen en een snel uitdijende jurisprudentie bleken nodig te zijn om de Ongevallenwet naar behoren uit te voeren. Voor een goed begrip van de claimbeoordeling is het dan ook onontbeerlijk om dit stelsel van wet- en regelgeving in ogen-schouw te nemen.

In deze paragraaf behandelen wij de belangrijkste kenmerken van de Ongevallenwet 1901 aan de hand van 7 thema's die direct of indirect van belang waren voor de claimbeoordeling: 1. de kring van verzekerden; 2. het verzekerde risico; 3. de vergoedingen; 4. de uitvoering; 5. de premielast; 6. de controle; en 7. de beroepsmogelijkheden. Verwijzend naar de relevante bepalingen uit de wet en regelgeving proberen wij inzicht te verschaffen in de wetsinterpretatie door de Rijksverzekeringsbank. Wij hebben hiervoor dankbaar gebruik gemaakt van de instructies die J. Drooge in 1903 en H.W. Groeneveld in 1911 mede ten behoeve van het personeel van de Rijksverzekeringsbank hadden opgesteld.¹⁵ Uit deze instructies valt een goed beeld te destilleren van de wetsinterpretatie door de Rijksverzekeringsbank en de veranderingen daarin gedurende de eerste jaren na de invoering.

¹⁵ Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*.

3.1 *Wie was verzekerd?*

Artikel 1 van de Ongevallenwet 1901 bepaalde dat alle werknemers die in loondienst waren bij verzekeringsplichtige bedrijven verzekerd waren. Artikel 10 omschreef welke bedrijven verzekeringsplichtig waren. Globaal gezien ging het om bedrijven waar de werknemers een bovengemiddeld risico op een bedrijfsongeval liepen. Zo waren alle bedrijven verzekeringsplichtig waarin krachtwerktuigen werden gebruikt of waarin installaties voorkwamen die onder hoge druk stonden van stoom of gas (artikel 10, no.1 en 2). Daarnaast waren alle bedrijven verzekeringsplichtig die zich toelegden op het bewerken of verwerken van metaal, steen, hout, kurk, of riet. Ten slotte werd in artikel 10 een aantal specifieke bedrijfstakken als verzekeringsplichtig aangewezen, zoals de binnenvaart, het veerschippersbedrijf, de sluiswachters, de droogdokken, het vervenersbedrijf, het stukadoorsbedrijf en het leerlooiersbedrijf. In artikel 11 werd een aantal risicovolle bedrijfstakken opgesomd die niet verzekeringsplichtig waren ingevolge de Ongevallenwet 1901. Het ging om de landbouw, veehouderij, tuinbouw, bosbouw, zeevaart en het zeevisserbedrijf. Het was de bedoeling van de wetgever dat voor deze bedrijfstakken in latere instantie aparte ongevallenwetten zouden komen.

3.2 *Waarvoor verzekerd*

De Ongevallenwet 1901 verzekerde werknemers van de verzekeringsplichtige bedrijven tegen de gevolgen van een ongeval. Het was op het eerste gezicht niet duidelijk wat de wet precies onder het begrip 'ongeval' verstond, omdat een definitie of een omschrijving ontbrak. In de memorie van toelichting werd als reden gegeven dat het onmogelijk was 'rekening te houden met de talloze omstandigheden die zich in de praktijk kunnen voordoen, zoodat elke definitie spoedig zou blijken gebrekkig te zijn en wellicht tot hardheden aanleiding zou geven'.¹⁶ De regering had er dan ook bewust voor gekozen de kenmerken van het begrip 'ongeval' vast te laten stellen door de uitvoerders van de claimbeoordeling en de rechtspraak.

Niettemin had de regering het noodzakelijk geacht enkele criteria te formuleren waarop de uitvoerders en de rechtspraak konden terugvallen. Het eerste criterium was dat er sprake moest zijn van een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten intrad. Het ongeval mocht niet lang duren en ook niet langzaam werken. Beroepsziektes vielen dan ook niet onder de wet. Ook veranderingen in de gezondheidstoestand die zich voltrokken zonder dat van buiten inwerking had plaatsgevonden (bijvoorbeeld bij een beroerte of het scheuren van een aneurysma) waren geen ongevallen in de zin van de wet.¹⁷ Wel was het mogelijk dat de gevolgen van

16 Memorie van Toelichting Ongevallenwet 1901, 1ste ontwerp, 22. Geciteerd uit Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 22.

17 De Centrale Raad van Beroep bevestigde in een uitspraak uit 1904 dat het letsel van lichaam of geest teweeggebracht moest zijn door "eene van buiten komende oorzaak". Zie: Centrale Raad van Beroep d.d. 24 februari 1904, inzake Boersma, Werker, Jaargang 1904, 1e stuk, 343.

een ongeval langzaam intraden (zie artikel 68, tweede lid). Een ongeval kon namelijk gevolgen hebben die zich pas na enige tijd openbaarden.¹⁸

Een tweede criterium was dat er een tijdelijk, plaatselijk en een oorzakelijk verband bestond tussen het ongeval en de uitoefening van het bedrijf. Tijdelijk was het verband als het ongeval plaatsvond tijdens de uitoefening van het bedrijf. Plaatselijk was het verband als het ongeval plaatsvond op de plaats waar het bedrijf werd uitgeoefend. Oorzakelijk was het verband wanneer de uitoefening van het bedrijf de oorzaak of één van de oorzaken was van het ongeval. De tijdelijke en plaatselijke verbanden waren richtinggevend, het oorzakelijk verband was doorslaggevend. Er was pas sprake van een ongeval, als een oorzakelijk verband kon worden aangetoond.¹⁹

De Ongevallenwet stelde in principe geen schuldvraag. De verzekerde behield zijn uitkeringsrechten als het ongeval te wijten was aan hemzelf of aan een derde (bijvoorbeeld de werkgever). Voorwaarde was wel dat er geen opzet in het spel was. Artikel 28 stelde namelijk nadrukkelijk dat er geen uitkeringsrechten ontleend konden worden aan een ongeval dat door de verzekerde opzettelijk was veroorzaakt. Was het ongeval te wijten aan dronkenschap van de verzekerde, dan zou de uitkering tot de helft worden verlaagd.

Een derde criterium was dat het ongeval moest leiden tot gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid. Artikel 22 bepaalde dat een werknemer arbeidsongeschikt was 'indien hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden'. Volgens artikel 22 moest dus worden beoordeeld of de verzekerde na een ongeval nog tot het verrichten van arbeid in staat was. In dit opzicht week de Ongevallenwet af van het Duitse 'Unfallversicherungsgesetz' uit 1884, dat bij het beoordelen van de arbeidsgeschiktheid uitging van de mogelijkheid om inkomen te verwerven (in Duitsland aangeduid met de term 'Erwerbsfähigkeit').²⁰

Artikel 22 riep de vraag op of arbeidsgeschiktheid alleen betrekking had op het kunnen verrichten van soortgelijk werk dat de verzekerde vóór het ongeval had verricht, of op alle mogelijke werkzaamheden. Was bijvoorbeeld een spoorwegmachinist die zijn rechterarm had verloren arbeidsgeschikt omdat hij nog drankjes kon rondbrengen, of was hij arbeidsongeschikt geworden omdat hij nooit meer een trein kon besturen? Kort na de invoering van de Ongevallenwet in 1903 werd bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid nog sterk de nadruk gelegd op het kunnen verrichten van het soortgelijke werk van vóór het ongeval.²¹ Dit verband was voor de uitvoerders van de claimbeoordeling betrekkelijk eenvoudig vast te stellen omdat zij alleen het werk in ogenschouw hoefden te nemen dat de verzekerde vanouds verrichtte. Gaandeweg werd arbeidsgeschiktheid echter steeds ruimer geïnterpreteerd. Belangrijk in dit verband was de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep in 1907, waarin deze stelde

18 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 22-25; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 109-110.

19 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 44-45.

20 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 195.

21 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 72-73.

dat bij de beoordeling van de geschiktheid tot werken niet alleen het werk waarvoor de verzekerde zijn 'krachten en bekwaamheden' gewoonlijk gebruikte maatstafgevend was, maar alle soorten van arbeid die hij nog kon verrichten.²² Dit betekende dat arbeidsgeschiktheid voortaan aan allerlei soorten van werk werd afgemeten.

De jurist Groeneveld had in 1911 een leerboek samengesteld voor aankomende ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank, waarin hij op grond van bovenstaande criteria een werkdefinitie van het begrip 'ongeval' had opgenomen. Een ongeval in de zin van de wet omschreef hij als 'een plotselinge inwerking van een van buiten komende oorzaak op een persoon, waarvan aantasting van de gezondheidstoestand van lichaam of geest het gevolg is'.²³ Deze niet formele werkdefinitie werd een belangrijk uitgangspunt voor het bestuur en de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank bij de toekenning van de vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet 1901.

3.3 Vergoedingen

De Ongevallenwet kende vier soorten vergoedingen toe: 1. medische behandeling, 2. een tijdelijke overbruggingsuitkering, 3. een ongevallenrente en 4. een uitkering aan nagelaten betrekkingen. Al deze vergoedingen werden vastgesteld en toegekend door het bestuur van de Rijksverzekeringsbank (artikel 65).

Medische behandeling

Iedere arbeidsongeschikte werknemer had recht op kosteloze medische behandeling. Het doel van de medische behandeling was om de getroffene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Hiermee was de medische behandeling niet alleen gericht op lichamelijk herstel, maar ook op functioneel herstel (het weer kunnen werken).

De wet maakte onderscheid tussen de eigenlijke medische behandeling (geregeld in artikel 19) en de eerste hulp bij ongevallen (geregeld in artikel 61). De werkgever was verplicht voor de eerste hulp te zorgen door een medicus op de plaats van het ongeval te laten komen, of door de getroffene naar een geneeskundige of een ziekenhuis te brengen. Na de eerste hulp moest de behandeling worden overgenomen door een medicus die zich had ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank. Ook de apothekers die de benodigde genees-, heel- en verbandmiddelen verstrekten, moesten in dat register ingeschreven staan.

Bij Algemene Maatregel van Bestuur waren voor de geneeskundige behandeling

22 Uitspraak Centrale Raad van Beroep d.d. 17 september 1907, inzake Koevee, Centraal Orgaan, 5 (1907), 90. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank neigde al sinds 1904 naar een ruimere interpretatie van arbeidsgeschiktheid. Zie Del Baere, 'Nog eens art. 22 der Ongevallenwet 1901', 388-392. Zie ook voordracht van Groeneveld: Vereniging tot beoefening der Ongevalleneeskunde, Algemene vergadering op 8 mei 1909, 362-364.

23 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 110. Groeneveld had de definitie overgenomen van de Duitser Heinrich Rosin. In zijn standaard boek over de Duitse werklieden-verzekering omschreef Rosin ongeval als "die Körperschädigende, plötzliche und von dem Betroffenen nicht gewollte Einwirkung eines äusseren Thatbestandes auf einen Menschen". Zie Rosin, *Das Recht der Arbeiterversicherung*, passim

nadere regels gesteld.²⁴ Met de inschrijving in het register verklaarden de ingeschreven medici en apothekers zich bereid om de verzekerden binnen een gemeente of in een gedeelte van een gemeente medisch te behandelen en hen de daarvoor noodzakelijke genees-, heel- en verbandmiddelen te verstrekken. Het was ook mogelijk dat medici zich alleen voor een bepaald specialisme inschreven (oogheekunde, chirurgie, etc.). Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank zorgde ervoor dat op de postkantoren lijsten ter inzage lagen waarop alle namen van de ingeschreven medici en apothekers vermeld stonden.

De ingeschreven medici ontvingen van de Rijksverzekeringsbank een vergoeding per verrichting. De apothekers kregen een vergoeding per verstrekt genees-, heel- of verbandmiddel. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank onderscheidde circa 90 verrichtingen. Voor iedere verrichting stelde het bestuur een apart tarief vast. De hoogte van de tarieven varieerde tussen de fl. 1,- en fl. 1,50. Daarnaast stelde het bestuur voorwaarden aan de uitvoering van de medische behandeling. Zo moesten de genees- en heelkundigen de medische behandeling zo goedkoop mogelijk uitvoeren zonder dat daarmee de kwaliteit in het gedrang kwam. De medicus had de plicht de getroffenene zo nodig door te verwijzen naar een specialist dan wel te laten opnemen in een ziekenhuis. Ook kon hij zich laten bijstaan door één of meer bevoegde medici of door verplegend personeel. In niet spoedeisende gevallen moest hij daaromtrent in overleg treden met een controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank. Als de patiënt voldoende was hersteld om het oude werk te hervatten, diende de medicus daarvan melding te maken bij de Rijksverzekeringsbank.

De tijdelijke uitkering

Naast de medische behandeling voorzag de Ongevallenwet ook in een financiële tegemoetkoming voor de gederfde inkomsten als gevolg van het ongeval. Allereerst kwam de getroffene in aanmerking voor een tijdelijke uitkering. Deze vergoedde het gederfde loon in de beginperiode van de arbeidsongeschiktheid; lopende vanaf de eerste dag tot uiterlijk de 43ste dag na het ongeval. Het doel van de tijdelijke uitkering was om de karentijd voor de ongevallenrente te overbruggen. Het recht op een tijdelijke uitkering trad in als de getroffene op de derde dag na het bedrijfsongeval niet in staat was het werk te hervatten (artikel 20). De tijdelijke uitkering bedroeg voor elke werkdag (maandag tot en met zaterdag) zeventig procent van het verzekerde dagloon, met een maximum van fl 2,80.²⁵ Voor de hoogte van de tijdelijke uitkering maakte het niet uit in welke mate de verzekerde arbeidsongeschikt was. Het gemiddelde dagloon werd afgeleid uit het gemiddelde loon per werkdag dat de werknemer had verdiend in het jaar voorafgaande aan de dag van het ongeval (artikel 7). Eventuele vrijwillige toelagen of

24 K.B. van 14 juli 1902, Stbl. No. 153, later gewijzigd bij K.B. van 18 maart 1909, Stbl. No. 76 en bij KB van 30 maart 1909, Stbl. No. 86.

25 De Ongevallenwet 1901 kende een maximum dagloon van fl 4,-. De ongevallenuitkering was gemaximeerd op 70 % van het maximum dagloon, hetgeen neerkwam op fl 2,80 per dag. Op 19 mei 1919 werd het maximum dagloon verhoogt naar fl 8,- per week, waardoor de maximale uitkering op fl 5,60 kwam.

loondoorbetalingen door werkgevers werden niet tot het dagloon gerekend en vormden daarmee geen grondslag voor de berekening van de uitkering (artikel 5).²⁶

De ongevallenrente

Zodra de Rijksverzekeringsbank gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid had vastgesteld, ontving de verzekerde een ongevallenrente (artikel 21). De ingang van de ongevallenrente hing af van de karenztijd die nodig was om de claim te onderzoeken: één dag tot uiterlijk 43 dagen na het ongeval. De wet hield er overigens rekening mee dat de Rijksverzekeringsbank niet in alle gevallen voor de 43ste dag de ongevallenrente kon vaststellen. Als bijvoorbeeld het percentage arbeidsongeschiktheid nog niet bekend was, de gezondheidssituatie nog erg veranderlijk was, of als er onduidelijkheid bestond over de verzekeringsplicht van de onderneming waarbij de verzekerde in dienst was, kon de Rijksverzekeringsbank een voorlopige rente toekennen (artikel 67).

Als de ongevallenrente definitief was vastgesteld kon deze in principe niet meer worden veranderd. De looptijd van de ongevallenrente strekte zich uit tot het overlijden van de verzekerde. Wel was de Rijksverzekeringsbank bevoegd de ongevallenrente te herzien als na de claimbeoordeling nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan (artikel 70).

De hoogte van de ongevallenrente werd berekend naar de mate van verloren arbeidsgeschiktheid. De Rijksverzekeringsbank stelde de arbeidsgeschiktheid op het moment van het ongeval op honderd procent en ging vervolgens na welk gedeelte van deze honderd procent door het ongeval verloren was gegaan. Ook als de verzekerde reeds voor het ongeval niet volledig arbeidsgeschikt was, bijvoorbeeld door een aangeboren afwijking of door een eerder ongeluk, bepaalde de Rijksverzekeringsbank de rente slechts op grond van de verloren arbeidsgeschiktheid die door het bedrijfsongeval was ontstaan.²⁷ Hiermee ging de Rijksverzekeringsbank er in de praktijk vanuit dat een bepaalde vermindering een relatief groter verlies aan arbeidsgeschiktheid opleverde bij gedeeltelijk gehandicapte werknemers dan bij een gezonde werknemer.²⁸

Bij volledige arbeidsongeschiktheid bedroeg de ongevallenrente zeventig procent van het verzekerde dagloon, met een maximum van fl 2,80.²⁹ In het geval van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid werd het percentage van de verminderde arbeidsgeschiktheid afgetrokken van de zeventig procent van het dagloon. Als een verzekerde voor vijftig procent arbeidsongeschikt was geworden, kwam hij in aanmerking voor een rente van 35 procent van het dagloon (vijftig procent van zeventig). Bedroeg het verlies aan arbeidsgeschiktheid twintig procent, dan werd een rente toegekend van

26 Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 80; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 170-171.

27 Zie: Van Drooge, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*, 78-79; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 196-197.

28 Van Trooijen, 'Wederom art. 22 O.W. 1901', 67-72; Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 197.

29 Uitgaande van een maximum dagloon van fl 4,-.

veertien procent van het dagloon (twintig procent van zeventig). De Ongevallenwet bevatte geen bepaling over een minimum percentage arbeidsongeschiktheid dat recht gaf op rente. In de praktijk hanteerde de Rijksverzekeringsbank evenwel de regel dat tot een arbeidsongeschiktheid van vijf procent geen ongevallenrente werd toegekend. De minimale ongevallenrente bij gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bedroeg dan ook in de praktijk 3,5 procent van het dagloon.³⁰

Uitkering aan nagelaten betrekkingen

Ten slotte kende de Ongevallenwet 1901 bij het overlijden van de verzekerde als gevolg van een bedrijfsongeval schadeloosstellingen toe aan de nagelaten betrekkingen (artikelen 23, 24, 25, 26, 27). Deze voorziening was overgenomen van de ongevallenwetten uit Duitsland en Oostenrijk, maar betekende eveneens een voortzetting van een oude traditie van onderlinge fondsen. Die combineerden immers al eeuwenlang loondervingverzekeringen met een overlijdensverzekering.

De Ongevallenwet regelde de volgende uitkeringen aan nabestaanden:

- een vergoeding van de begrafeniskosten van dertig keer het dagloon van de verzekerde;
- een rente van dertig procent van het dagloon aan de huwelijkspartner van de verzekerde. Een mannelijke huwelijkspartner had alleen recht op een rente als de overledene kostwinner was en hijzelf niet in staat was om in het levensonderhoud te voorzien.
- een rente van vijftien procent voor ieder wettig kind. Als het kind door het overlijden van de verzekerde wees was geworden had het recht op twintig procent van het dagloon.

3.4 *Uitvoering*

De Rijksverzekeringsbank was belast met de uitvoering van de Ongevallenwet (artikel 13). De uitvoering omvatte de registratie van de verzekeringsplichtige bedrijven, de indeling van deze bedrijven in gevarenklassen, de verwerking van de ongevallenaangiften, de claimbeoordeling, de medische behandeling, de uitkeringsverstrekking en de premie-inning. Daarnaast voerde de Rijksverzekeringsbank regelmatige controles uit op de ongevallenaangiften, de situatie waarin de getroffene zich bevond en de medische behandeling door de ingeschreven medici en apothekers. Een speciale taak van de Rijksverzekeringsbank was om te zorgen voor een ongevallenstatistiek per boekjaar en voor een wetenschappelijke balans om de vijf jaar (artikel 17). Op grond van deze onderzoeksgegevens kon de Rijksverzekeringsbank besluiten de claimbeoordeling aan te passen en de indeling van de verzekeringsplichtige bedrijven in verschillende gevarenklassen te herzien (artikel 31).

³⁰ Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 194.

De Rijksverzekeringsbank was een publiekrechtelijk lichaam met een eigen vermogen (zie ook artikel 91) en eigen verantwoordelijkheden die in principe los stonden van de overheid. De leiding lag bij een driehoofdig bestuur dat door de Kroon was benoemd (artikel 15). Dit bestuur had tot taak te zorgen voor een accurate uitvoering van de Ongevallenwet en van de uitvoeringsinstructies van de regering of de minister. Artikel 16 bepaalde dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank verantwoording moest afleggen aan de Minister van Landbouw, Nijverheid en Handel. Tevens werd op de Rijksverzekeringsbank toezicht uitgeoefend door een tripartiet samengestelde Raad van Toezicht, die uit door de Kroon werd benoemd (artikel 18).

De Rijksverzekeringsbank was gevestigd in Amsterdam. Om een landelijke uitvoering mogelijk te maken kon de Rijksverzekeringsbank kosteloos gebruikmaken van de diensten van de postkantoren (artikel 95).³¹ De postkantoren hadden een belangrijke functie in de organisatie van de Ongevallenwet. Hier dienden de werkgevers de aangifte van ongevallen krachtens artikel 61 in te leveren, moesten de beschuldigde premies worden gestort, en vond de uitbetaling van de uitkeringen en rentes plaats.

De Ongevallenwet maakte het mogelijk dat werkgevers het risico van de ongevallenverzekering voor het eigen personeel zelf droegen, of deze overdroegen aan een risico dragende organisatie (artikel 52). Als zij voor het laatste kozen, bleven de werkgevers wel verplicht van de ongevallen in hun bedrijf aangifte te doen bij de Rijksverzekeringsbank. Bovendien bleef de Rijksverzekeringsbank de uitvoering verzorgen van de claimbeoordeling, de medische behandeling, en de verstrekking van uitkeringen en rentes. De werkgevers die het risico zelf droegen of deze overdroegen aan een risico dragende organisatie waren vrijgesteld van premiebetaling. Wel moesten zij alle kosten van de medische behandeling, de uitkeringen en de ongevalrentes en een gedeelte van de administratiekosten aan de Rijksverzekeringsbank vergoeden.

3.5 *Premielast*

Alle werkgevers van de verzekeringsplichtige bedrijven waarvan de Rijksverzekeringsbank het risico droeg, waren verplicht premie te betalen. De hoogte van de premie werd vastgesteld op basis van het aandeel van deze bedrijven in de lasten van de verzekering (artikel 31). De grootte van dat aandeel werd bepaald door twee factoren: het totale loonbedrag en de hoogte van het ongevallenrisico. Het totale loonbedrag was gebaseerd op de informatie die de werkgever aan de Rijksverzekeringsbank over de lonen van de werknemers moest verstrekken. De hoogte van het ongevallenrisico werd bepaald op grond van een bij algemene maatregel van bestuur vastgestelde indeling van bedrijfstakken naar gevarenklasse. De bedrijven die bij een bepaalde gevarenklasse waren ingedeeld, kregen bovendien een gevarencijfer toebedeeld waarmee het relatieve risico voor de ongevallenverzekering werd uitgedrukt. Hierdoor varieerden

31 Postkantoren werden indertijd geheel door de overheid bekostigd.

de lasten niet alleen per gevarenklasse, maar ook per toegewezen gevarencijfer. Ten slotte maakte artikel 31 het mogelijk dat bedrijven in verschillende gevarenklassen konden worden ingedeeld als deze op verschillende plaatsen activiteiten uitoefenden (de zogenaamde territoriale indeling).

3.6 Controle

De Rijksverzekeringsbank beschikte over ruime bevoegdheden om het uitvoeringsproces te controleren. In de eerste plaats had de Rijksverzekeringsbank een belangrijke taak in het verifiëren van de ongevallenaangiften. Het doel van deze verificatie was om te bepalen of de getroffene met recht aanspraak maakte op vergoedingen van de Ongevallenwet. Het ging er dan om vast te stellen of het om een ongeval ging in de zin van de wet, of de getroffene in loondienst was bij een verzekeringsplichtig bedrijf, op welk bedrag zijn dagloon moest worden gesteld, en of de nabestaanden in het geval van overlijden aanspraak maakten op een uitkering (zie artikel 63). Om een goede verificatie mogelijk te maken kon de Rijksverzekeringsbank de werkgever verplichten extra informatie te verstrekken (artikel 62). De verificatie moest geschieden door een ambtenaar van de Rijksverzekeringsbank of door een politieambtenaar (artikel 64). Deze had de bevoegdheid om getuigen en deskundigen op te roepen en te ondervragen. Bij K.B. van 27 december 1902 (Stbl. No. 22) was bepaald dat de ambtenaar van de Rijksverzekeringsbank van hoge rang moest zijn, waarbij indirect gerefereerd werd aan de functie van agent of controlerend geneeskundige.

In de tweede plaats gaf artikel 29 van de Ongevallenwet de Rijksverzekeringsbank de bevoegdheid de getroffene van een ongeval zo vaak als de Bank het nodig achtte op te roepen om naar een nader te bepalen plaats te komen voor onderzoek. Door deze bepaling konden de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank zich op ieder moment op de hoogte stellen van de toestand waarin de getroffene zich bevond. Overigens kon de getroffene bezwaar maken en een verandering van het onderzoek eisen. Hij mocht dan deskundigen voordragen die de Bank bij het onderzoek moest betrekken. Weigerde de verzekerde iedere medewerking aan het onderzoek, dan verloor deze alle aanspraken op vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet.

Ten slotte waren de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank bevoegd om een continue controle uit te oefenen op de medische behandeling van de getroffene.³² In het geval van ernstig letsel konden zij de behandelend geneeskundigen dwingende aanwijzingen geven. De behandelend geneeskundigen waren bovendien verplicht om met de controlerend geneeskundigen in overleg te treden over bepaalde soorten van behandeling en over de verschaffing van kunstmiddelen.

32 Deze controle was geregeld in artikel 14 van de Algemene Maatregel van Bestuur ter uitvoering van artikel 19 van de Ongevallenwet (K.B. van 14 juli 1902, Stbl. No. 153, later gewijzigd bij K.B. van 18 maart 1909, Stbl. No. 76 en bij KB van 30 maart 1909, Stbl. No. 86). Bovendien konden de controlerend geneeskundigen terugvallen op artikel 29 van de Ongevallenwet.

Zowel verzekerde werknemers als hun werkgevers konden tegen beslissingen van de Rijksverzekeringsbank in beroep gaan bij de Raden van Beroep en in het hoogste ressort bij de Centrale Raad van Beroep (artikel 75). Het kon gaan om beslissingen over de verzekeringsplicht, de indeling in gevarenklasse, de verschuldigde premie en de aanspraken op schadeloosstelling (artikel 77). Tegen beslissingen van de Rijksverzekeringsbank over een tijdelijke uitkering kon evenwel geen beroep worden aangetekend (laatste lid artikel 79 en 80). De functie van de tijdelijke uitkering (het overbruggen van de karenztijd) vormde namelijk volgende de wetgever onvoldoende grond om er beroepsrecht aan te ontnemen.

De organisatie en procedure van de beroepszaken waren geregeld in de Beroepswet van 8 december 1902 (Stbl. 208). Deze was op 14 december 1902 in werking getreden naar aanleiding van de invoering van de Ongevallenwet 1901.³³ De Beroepswet maakte organisatorisch onderscheid tussen de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep.

De Raden van Beroep waren belast met de rechtspraak in eerste aanleg. In december 1902 waren 16 raden in werking getreden, die verspreid over het land actief waren. Het verspreidingsgebied van de raden kwam overeen met de provincie of een gedeelte van een provincie.³⁴ De Raden van Beroep bestonden uit benoemde juristen (voorzitter en griffier) en uit gekozen lekenrechters of bijzitters. De rechtskundigen werden door de Kroon benoemd. De lekenrechters bestonden uit 24 werkgevers en 24 werknemers afkomstig uit de verzekeringsplichtige bedrijven in de regio. Daarnaast was er een even groot aantal vervangende leden.³⁵ De Centrale Raad van Beroep was gevestigd in Utrecht. Deze was belast met de rechtspraak in hoger beroep. De rechters van de centrale raad waren uitsluitend juristen die door de Kroon werden benoemd.

Aanvankelijk hadden verzekerde werknemers ook nog de mogelijkheid om een geschil met de Rijksverzekeringsbank voor te leggen aan een plaatselijke onderzoekscommissie (geregeld in artikel 86). De onderzoekscommissies hadden de bevoegdheid om onderzoek uit te voeren en beroep aan te tekenen bij een Raad van Beroep. In november 1902 stelde de minister 152 plaatselijke onderzoekscommissies in werking.³⁶ Ondanks een veelbelovend begin liepen de plaatselijke onderzoekscommissies op een mislukking uit. Al snel bleken zij niet in staat te zijn om alle ongevallen tijdig te onderzoeken. Bovendien hielden de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep de plaatselijke commissies slecht op de hoogte over de uitspraken in beroep. Het gevolg was dat de plaatselijke commissie regelmatig achter de

33 De inwerkingtreding werd geregeld in het KB van 8 december 1902 (Stb. 209).

34 Geregeld in het KB van 8 december (Stb. 210), Vanaf 14 december 1902 werden de Raden van Beroep gevestigd in de volgende gemeenten: Groningen, Leeuwarden, Almelo, Hoogeveen, Arnhem, Zuthpen, Utrecht, Roermond, Amsterdam, Dordrecht, Haarlem, 's-Gravenhage, Rotterdam, Middelburg, 's-Hertogenbosch en Breda.

35 De samenstelling van de Raden was geregeld in het KB van 26 januari 1903 (Stb. 38), later gewijzigd bij KB van 11 juni 1917 (Stb. 461).

36 Geregeld in het KB van 26 november 1902,

feiten aan liepen.³⁷ In de praktijk is de betekenis van de plaatselijke onderzoekscommissies dan ook zeer gering geweest. Met de wetswijziging van 1921 verdwenen de plaatselijke commissies definitief uit beeld.³⁸

4 Organisatie van de medische uitvoering

4.1 Oprichting Rijksverzekeringsbank

Met de invoering van de Ongevallenwet op 1 juni 1901 stelde Minister Lely bij KB het bestuur en de Raad van Toezicht van de Rijksverzekeringsbank in. Tot voorzitter van het bestuur benoemde hij R. Macalester Loup; tot gewone leden H.P. Berdenis van Berlekom en H.W.E. Struve. Geen van de drie bestuursleden hadden bij de totstandkoming van de Ongevallenwet een rol van betekenis gespeeld. Lely wilde met de benoeming van deze relatieve ‘buitenstaanders’ dan ook de uitvoering van de Ongevallenwet in een rustiger vaarwater brengen. Daar was alle reden toe, aangezien de werkgevers reeds begonnen waren voorbereidingen te treffen voor de oprichting van risicodragende verenigingen. Bovendien was de Raad van Toezicht van de Bank gekleurd met duidelijke representanten van de politiek en belangengroeperingen. Voorzitter werd de indiener van het eerste wetsontwerp Ph. W. van der Sleyden, terwijl de werkgeversleden W. Hovy en D.W. Stork, en het werknemerslid P.M. Verdorst zich sterk hadden laten gelden tijdens de parlementaire behandeling van Lely’s wetsvoorstellen.³⁹

De drie bestuursleden hadden bij hun aantreden nog nauwelijks een idee hoe de uitvoeringsorganisatie het beste gestalte kon krijgen. In Nederland hadden alleen verzekeringsmaatschappijen en enkele werkgevers ervaring opgebouwd met de uitvoering van ongevallenverzekeringen voor grote groepen werknemers (zie ook hoofdstuk 1). Bij de Ongevallenwet ging het evenwel om veel grotere groepen verzekerden en om veel complexere uitkeringscriteria. Daar de Oostenrijkse wetgeving bij de voorbereiding van de Ongevallenwet 1901 als belangrijkste voorbeeld had gediend, achtte het bestuur het noodzakelijk om een studiereis naar dit land te maken teneinde ideeën op te doen over de uitvoeringsorganisatie. In juli 1901 bezochten zij onder andere de Versicherungsanstalten in Wenen, Brünn en Praag. Na hun terugkomst in Nederland gingen de bestuursleden voortvarend aan de slag. Zij huurden een kantoorpand in Amsterdam, namen alvast administratief personeel aan, en bereidden de organisatie van de werkgeversaangiften voor.⁴⁰

37 Dit blijkt onder andere uit de notulen van de Plaatselijke Onderzoekscommissie Vlaardingen, Zie Stadsarchief Vlaardingen, archiefnummer 232, inv. Nr. 1, notulen 1903-1911.

38 In de Ongevallenwet van 1921 is artikel 86 vervangen door een artikel waarbij het toezicht werd opgedragen aan de agenten van de Rijksverzekeringsbank.

39 De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 452.

40 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 214.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank begon pas laat met het voorbereiden van de medische uitvoering. Op dit onderdeel kon het weinig inspiratie putten uit buitenlandse praktijkvoorbeelden, omdat in geen van de Europese landen waar reeds een wettelijke ongevallenverzekering was ingevoerd, een centraal uitvoeringsorgaan de gehele medische behandeling van getroffen werknemers organiseerde.⁴¹ Het bestuur nam dan ook zijn toevlucht tot een praktijk die al enige decennia bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen in zwang was: het aanstellen van een medisch adviseur. Op 1 november 1902 trad de arts P.H. Kooperberg als medisch adviseur in dienst bij de Rijksverzekeringsbank. Kooperberg kreeg de opdracht eerst de organisatie van de claimbeoordeling en de medische behandeling op te bouwen en vervolgens de leiding daarvan op zich te nemen. Aangezien de Ongevallenwet per 1 februari 1903 in werking zou treden, had Kooperberg welgeteld drie maanden om deze klus te klaren.

Ook Kooperberg maakte om te beginnen een buitenlandse studiereis, al wist hij dat de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 een geheel eigen aanpak vereiste. Hij begaf zich naar Duitsland en Oostenrijk om de medische uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekeringen in deze landen in oenschouw te nemen.⁴²

Zodra Kooperberg weer terug in Nederland was, gaf hij prioriteit aan de organisatie van de medische behandeling. De Rijksverzekeringsbank moest namelijk per 1 februari 1903 in staat zijn overal in het land zorg te dragen voor de medische behandeling van werknemers die door een ongeval waren getroffen. Bovendien schreef de Ongevallenwet voor, dat de getroffen werknemers vrij moesten kunnen kiezen uit de medici en apothekers die zich in een register van de Rijksverzekeringsbank hadden ingeschreven. Kooperberg besloot daarom alle medici en apothekers die verspreid over het land actief waren, te betrekken bij de medische uitvoering. Hij ontwierp formulieren waarmee medici en apothekers zich konden inschrijven in het register. Vergelijkbare formulieren stelde Kooperberg ook op voor de ziekenhuizen, de instellingen voor ziekenverpleging, sanatoria, medico-mechanische instellingen en voor de leveranciers van genees- en verbandmiddelen.⁴³

Een volgende stap was het vaststellen van de tarieven voor de verschillende medische verrichtingen en een prijslijst voor genees- en verbandmiddelen. Kooperberg ging daarbij uit van een vergoeding per verrichting, c.q. verstrekt genees- en verbandmiddel. Alle medische verrichtingen die volgens hem voor een prijsberekening vatbaar waren, groepeerde hij in een 80-tal tarieven. Om te voorkomen dat de tarifiering voor de verschillende delen van het land ongelijkmatig zou uitwerken, legde Kooperberg de tarieven voor aan een aantal medici en apothekers, waarvan hij verwachtte dat deze

41 Kooperberg, 'Organisation des Medezinalwesens in Bezug auf das Unfallgesetz in Holland'; Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 73. Zie ook het buitenlandse verslag van Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 290.

42 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 217.

43 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 73-74.

goed op de hoogte waren van de eisen en gebruiken in de verschillende delen van het land. Nadat hij een aantal van de binnengekomen commentaren had verwerkt, stelde hij de tarieven en prijslijst vast.⁴⁴

Na deze voorbereidende werkzaamheden moest Kooperberg ervoor zorgen dat voldoende medici en apothekers zich ook daadwerkelijk inschreven in het register. Al snel deden zich twee problemen voor. Het eerste probleem was dat het Departement van Binnenlandse Zaken, noch de Gezondheidsraad beschikte over een volledige en bijgewerkte lijst van medici en apothekers. De Rijksverzekeringsbank moest derhalve op zoek gaan naar een groot aantal beroepsbeoefenaren die niet in de officiële lijsten voorkwamen. Een tweede probleem was dat een groot aantal medici, apothekers en instellingen weigerde akkoord te gaan met de tarieven, prijslijst of andere voorwaarden van de Rijksverzekeringsbank. Het gevolg was dat met de inwerkingtreding van de Ongevallenwet op 1 februari 1903 een groot aantal medici, apothekers, medische instellingen en de leveranciers van genees- en verbandmiddelen niet was ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank (zie tabel 2.1).⁴⁵

Tabel 2.1: Aantal beroepsbeoefenaren en instellingen in de gezondheidszorg, ingeschreven in het register van de Rijksverzekeringsbank per 1 februari 1903 en per 1 januari 1904

	Stand op 1 februari 1903	Stand op 1 januari 1904
Geneeskundigen	1.416	2.440
Apothekers	232	568
Apotheekhoudende geneeskundigen	518	996
Leveranciers van genees- en verbandmiddelen	51	173
Ziekenhuizen	112	208
Oogheelkundige behandelcentra	7	10
Sanatoria	0	12
Psychiatrische inrichtingen	0	5
Inrichtingen voor medico-mechanische behandeling	15	29
Instellingen voor thuiszorg	49	107

Bron: Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', 78.

De situatie werd extra lastig toen het verzet van de medici en apothekers een georganiseerd karakter kreeg. In verschillende plaatsen belegden ontevreden medici en apothekers vergaderingen, verspreidden zij circulaire en vormden zij belangengroepen om veranderingen af te dwingen in de tarifiering en voorwaarden voor inschrijving. De afdeling Amsterdam van de NMG nam in januari 1903 zelfs een bindend

⁴⁴ a.w., 74-75.

⁴⁵ a.w., 75-77; Van der Burgh et al., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 217-218.

besluit, waarbij het de leden verboden werd diensten aan de Rijksverzekeringsbank te verlenen zolang niet aan een aantal eisen werd voldaan. Deze afdeling was van oordeel dat de honorering door de Rijksverzekeringsbank onvoldoende aansloot op het fungerende honoreringssstelsel in de hoofdstad. De overgrote meerderheid van de Amsterdamse werknemers was namelijk via de gemeente of via een ziekenfonds verzekerd van gezondheidszorg. Aangezien de afdeling Amsterdam met deze instellingen reeds aparte stelsels van honorering was overeengekomen, zat zij niet te wachten op een nieuw stelsel dat hen eenzijdig door de Rijksverzekeringsbank werd opgelegd. Bovendien verzette de afdeling Amsterdam zich tegen een aantal voorwaarden die de Rijksverzekeringsbank stelde voor inschrijving in het register, omdat deze inbreuk zouden maken op de onafhankelijkheid van medici.⁴⁶ Na een uitvoerige briefwisseling wist Kooperberg gedaan te krijgen dat de afdeling Amsterdam het bindende besluit introk, zodat de leden in het vervolg vrij waren om zich in het register in te schrijven.⁴⁷

Omdat hiermee de kou nog niet uit de lucht was, zag het bestuur van de Rijksverzekeringsbank zich genoodzaakt om bijeenkomsten te organiseren met de belangenorganisaties van medici en apothekers. Zo trad het in overleg met het hoofdbestuur van de NMG en met de besturen van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Farmacie en de Nederlandse Vereniging voor Elektrotherapie en Radiologie. Deze bijeenkomsten en de correspondentie die daaruit voortvloeide, alsook nieuwe ervaringen van medewerkers van de Rijksverzekeringsbank met de uitvoeringspraktijk, brachten het bestuur ertoe om een aantal wijzigingen aan te brengen in de tarifiering en de voorschriften. Het voert te ver om in het kader van deze studie alle wijzigingen die in de loop van de jaren werden aangebracht uitgebreid te behandelen. Wij beperken ons ertoe te vermelden dat in de eerste tien jaren van de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 de voorwaarden en het tarief voor ingeschreven apothekers vier keer en voor de ingeschreven medici zelfs vijf keer werd gewijzigd. De verschillende wijzigingen in de regelgeving leidden ertoe dat in de loop van de jaren het aantal ingeschreven beroepsbeoefenaren en instellingen geleidelijk toenam.⁴⁸

Desondanks bleef de relatie tussen de ingeschreven beroepsbeoefenaren en de Rijksverzekeringsbank nog enige tijd gespannen. Dit bleek onder andere toen het bestuur van de Rijksverzekeringsbank in haar jaarverslag over 1904 opmerkte dat een groot aantal ingeschreven medici de wettelijke bepalingen en instructie slecht naleefde.⁴⁹ Zo zou een aantal geneeskundigen uit vrees voor een slecht imago of voor schade aan hun huisartsenpraktijk hebben verzuimd het herstel van een verzekerde tijdig te melden aan de Rijksverzekeringsbank en aan de patiënt zelf. Daarnaast bleek het voor te komen dat een verzekerde, nadat deze door een medicus genezen werd verklaard, overstapte naar een andere meer 'coöperatieve' medicus. Deze praktijk zou

46 NTVG, 1903, I, 261.

47 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 188.

48 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 77-78.

49 Verslag Rijksverzekeringsbank 1904. Zie ook NTVG, 1905 II, 1772-1774.

zelfs dermate uit de hand lopen, dat enkele medici in arbeiderskringen de reputatie kregen zeer gemakkelijk te zijn bij het afgeven van verklaringen van arbeidsongeschiktheid en daarmee een groot aantal verzekerden aantrokken. Een andere misstand die het bestuur aan de orde stelde, was dat sommige geneeskundigen ervoor kozen gecompliceerde behandelingen zelf uit te voeren, terwijl zij daarvoor onvoldoende gekwalificeerd waren. Meermalen zou het zijn voorgekomen dat verzekerden verkeerd waren behandeld door een ingeschreven medicus. Ten slotte maakte het jaarverslag melding van veel te hoge declaraties door ingeschreven medici. Het bestuur kondigde aan de controle uit te breiden en streng tegen deze onoorbare praktijken op te treden.

Een reactie vanuit de medische stand kon niet uitblijven. In het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde veegde H. Burger de vloer aan met het bestuur van de Rijksverzekeringsbank. Burger stelde dat het niet de medici waren die verantwoordelijk waren voor de geconstateerde misbruiken. Veeleer moesten de oorzaken gezocht worden in de ondoelmatige wijze waarop bij wet en koninklijk besluit de geneeskundige behandeling was geregeld en de manier waarop deze vervolgens door de Rijksverzekeringsbank was geïmplementeerd. Volgens Burger liet de controle vanuit de Rijksverzekeringsbank ernstig te wensen over:

Het bestuur, dat zoo groote vrijmoedigheid toont in het uitbazuinen van de zwakheden en verzuimen van anderen, heeft reden genoeg, de hand in eigen boezem te steken, en de vraag te overwegen, of het zelf wel alles heeft gedaan, wat in zijn vermogen was, om de gewraakte misstanden uit den weg te ruimen.⁵⁰

Om een dreigend conflict te keren, besloot het bestuur van de Rijksverzekeringsbank in overleg te treden met het hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG). Tijdens dat overleg bonden beide partijen in door afstand te nemen van de wederzijds geuite beschuldigingen. Bovendien maakten zij enkele constructieve afspraken. Zo zegde het hoofdbestuur toe dat de afdelingsraden van de NMG vermoedens van misbruik door medici, zoals het opvoeren van te hoge declaraties, zouden onderzoeken. Volgens de Rijksverzekeringsbank heeft deze afspraak in de praktijk preventief gewerkt.⁵¹

4.3 *Organisatie van de claimbeoordeling*

Kooperberg gaf de organisatie van de claimbeoordeling op een geheel andere manier vorm dan de organisatie van de medische behandeling. Terwijl hij de medische behandeling grotendeel overliet aan de medici, apothekers en medische instellingen, hield hij de organisatie van claimbeoordeling zoveel mogelijk in eigen hand. Met deze aanpak wilde Kooperberg twee vliegen in één klap te slaan. Enerzijds hoopte hij hiermee

50 NTVG, 1906 IA, 389-394.

51 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190.

recht te doen aan de door de NMG bepleite scheiding tussen behandeling en controle. Anderzijds zou de Rijksverzekeringsbank zo maximale greep kunnen houden op de toekenning en de verstrekking van uitkeringen.⁵²

De keuze van Kooperberg om de claimbeoordeling in eigen hand te houden had grote consequenties; niet alleen voor het personeel van de Rijksverzekeringsbank, maar met name ook voor hem zelf. Als medisch adviseur werd hij primair verantwoordelijk voor de medische claimbeoordeling. Dit hield in dat hij de ongevalaangiften uit medisch oogpunt moest beoordelen, de mate van arbeidsongeschiktheid moest vaststellen, en adviezen moest geven bij beroepszaken. Hoewel het bestuur van de Rijksverzekeringsbank formeel de ongevallenrentes toekeende, deed het dat uitsluitend op grond van een advies van de medisch adviseur.⁵³

Al snel was het duidelijk dat Kooperberg onmogelijk alle claims zelf kon beoordelen. Moest hij in 1903 nog 435 personen beoordelen, in 1904 steeg dit aantal naar ruim 1.100.⁵⁴ Op aandringen van Kooperberg besloot het bestuur dan ook tot een uitbreiding van de staf. Het bestuur stelde per 1 september 1903 zes controlerend geneeskundigen aan, die tezamen de medische buitendienst vormden. De controlerend geneeskundigen hadden tot taak om in een regio die zij toegewezen kregen (de zogenaamde dienstkringen) op eigen initiatief of in opdracht van de medisch adviseur onderzoeken uit te voeren, toezicht te houden op de uitkeringsgerechtigden, en over hun bevindingen te rapporteren.⁵⁵ Daarnaast trad in 1905 een administrateur in dienst bij de geneeskundige binnendienst, die tevens plaatsvervangend medisch adviseur werd. De administrateur, de arts J.F. Brust, kreeg een belangrijke taak in het verwerken van de ongevalaangiften.⁵⁶

De uitbreiding van de staf bleek een druppel op de gloeiende plaat. Met name de zes controlerend geneeskundigen waren niet in staat om al hun taken naar behoren uit te voeren. Veel tijd waren zij kwijt aan de onderzoeken naar het verband tussen het letsel en het ongeval. Ook de huisbezoeken van getroffen werknemers waren tijdrovend. Bovendien nam het werk van de controlerend geneeskundigen in de loop van de jaren snel toe door de stijging van het aantal aangiften van ongevallen (voor een statistische onderbouwing, zie bijlage). Het bestuur besloot dan ook in 1904 vier en in 1906 twee nieuwe controlerend geneeskundigen te benoemen. De in totaal twaalf controlerend geneeskundigen die er toen waren, moesten hun werk in 11 dienstkringen uitvoeren. Hun standplaatsen waren Amsterdam, Den Haag, Rotterdam (met twee controlerend geneeskundigen), Groningen, Zwolle, Arnhem, Utrecht, Leiden, 's-Hertogenbosch, Breda en Maastricht.⁵⁷

52 Dit kan geconcludeerd worden uit: Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', met name 91-92 en 107-108,

53 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 103; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 189.

54 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190-191.

55 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 105-106.

56 a.w., 103-104; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 189.

57 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 105-109; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 190-191.

Zelfs na deze tweede uitbreiding kon de geneeskundige dienst van de Rijksverzekeringsbank nog niet al het werk aan. Regelmatig moest deze prioriteiten stellen, waardoor taken bleven liggen. Zo kwamen de controlerend geneeskundigen er in de beginjaren nauwelijks toe om de claims voor een tijdelijke uitkering persoonlijk te beoordelen. In de meeste gevallen gingen de controlerend geneeskundigen volledig af op de verklaring van de behandelend geneeskundige. Dit leidde er aanvankelijk toe dat de ingeschreven medici via een achterdeur betrokken raakten bij de claimbeoordeling, hetgeen indruiste tegen de nagestreefde scheiding tussen behandeling en controle. Om deze ongewenste praktijk tegen te gaan, stelde het bestuur in 1908 een assistent controlerend geneeskundige aan, die uitsluitend belast werd met de claimbeoordeling voor de tijdelijke uitkering in de dienstkring Rotterdam. Door geldgebrek zou het echter tot 1911 duren eer alle controlerend geneeskundigen over een dergelijke assistent beschikten.⁵⁸

De medisch adviseur en de controlerend geneeskundigen waren medici. Zij werden geacht voldoende kennis te hebben om het letsel te beoordelen dat door een ongeval was veroorzaakt. In de loop van de jaren zag de Rijksverzekeringsbank zich evenwel genoodzaakt om naast het letsel ook de arbeidsmogelijkheden nadrukkelijk bij de claimbeoordeling te betrekken. Aanleiding voor deze verandering waren uitspraken van de Centrale Raad van Beroep over artikel 70 van de Ongevallenwet.⁵⁹ In 1907 bepaalde de centrale raad in een uitspraak dat een herziening van de ongevallenrente niet alleen mogelijk was als het letsel van de getroffen veranderde, maar ook als er een wijziging plaatsvond in de mate van arbeidsongeschiktheid.⁶⁰ Nadien herhaalde hij deze uitspraak diverse keren.⁶¹

De Rijksverzekeringsbank zag zich door dit standpunt van de centrale raad gedwongen om de ongevallenrente te herzien van de degenen die door aanpassing arbeidsvaardigheden verwierven. Daarmee startte de eerste grote herbeoordelingoperatie uit de geschiedenis van de claimbeoordeling. Aanvankelijk richtten de medisch adviseur en de controlerend geneeskundigen zich vooral op de oogletsels, omdat daarvoor vrijwel altijd compensatie plaatsvond wegens gemis aan stereoscopisch zien. Zij konden in dergelijke gevallen na enige tijd zonder nader onderzoek de ongevallenrente herzien. Bij andere letsels was een aanpassing van de arbeidsmogelijkheden medisch echter veel minder gemakkelijk aan te tonen. Verbetering van de arbeidsmogelijkheden hoefde namelijk niet gepaard te gaan met medische veranderingen. Het bestuur kwam dan ook tot het inzicht dat het beoordelen van een mogelijke herziening van

58 Brust, Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet', 107-108; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 191.

59 Artikel 70 bepaalde dat de ongevallenrente kon worden herzien als na de claimbeoordeling nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan.

60 Zie de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 22 oktober 1907, D 2010: "...dat onder de verandering van den toestand niet alleen te verstaan is een verandering in den staat van het letsel van den getroffene, maar dat die toestand moest geacht worden te zijn veranderd, indien vaststaat, dat de mate van ongeschiktheid tot werken, als bedoeld bij artikel 22 der Ongevallenwet, bij den getroffene op eenigerlei wijze wijziging heeft ondergaan."

61 Het ging onder andere om de uitspraken 2319, 2589, 2647 en 3049 van de Centrale Raad van Beroep.

de ongevalrenten niet alleen medische expertise vereiste, maar ook kennis van de verschillende soorten van arbeid.

Omdat de medisch adviseur en de controlerend geneeskundige onvoldoende 'arbeidsdeskundig' waren, besloot het bestuur in 1909 een nieuwe functie in het leven te roepen: die van speciale agent.⁶² De speciale agent moest beoordelen in hoeverre door aanpassing sprake was van een verbetering van de arbeidsmogelijkheden. Om deze taak te kunnen uitvoeren, kreeg hij de bevoegdheid om gegevens op te vragen over het werk, de werkomstandigheden en het loon bij de werkgever en de rentetrekker. Staleman was de eerste speciale agent.⁶³ Gezien het werk dat hij verrichtte, kan hij tevens worden beschouwd als de eerste arbeidsdeskundige in Nederland.

In eerste instantie begaven de controlerend geneeskundigen zich nog vaak op het werkterrein van de speciale agent. Regelmatig gebruikten controlerend geneeskundigen aanpassing als reden om tot een renteherziening te adviseren, zonder dat zij de speciale agent daarover raadpleegden. Pas onder de nieuwe medisch adviseur Van Eden, die Kooperberg in 1915 was opgevolgd, werd een meer strikte scheiding tussen de medische en de arbeidsdeskundige advisering doorgevoerd. Om deze scheiding tot stand te brengen breidde Van Eden het aantal speciale agenten uit naar vier personen.⁶⁴ Van Eden stelde een groot belang in het onderzoek naar aanpassing. Hij promoveerde in 1918 op een onderzoek naar aanpassing in verband met de ongevalverzekering.⁶⁵

4.4 *Het proces van claimbeoordeling*

De Rijksverzekeringsbank voerde de claimbeoordeling stapsgewijs uit. Een vaste volgorde van activiteiten maakte het proces van claimbeoordeling uit. Iedere activiteit vroeg om een specifieke inzet van behandelend geneeskundigen, controlerend geneeskundigen, speciale agenten en de medisch adviseur. De specifieke taken van deze uitvoerenden worden uiteengezet in het navolgende overzicht van het proces van claimbeoordeling zoals dit zich ontwikkelde in de periode 1901-1921.

Stap 1: Aangifte ongeval door werkgever.

De werkgever moest een ongeval van een werknemer binnen 24 uur aangeven bij de Rijksverzekeringsbank. Hiertoe vulde hij een aangifteformulier in dat op een postkantoor was af te halen. Op het aangifteformulier vermeldde de werkgever naast gegevens van de werknemer en het bedrijf, ook de naam en woonplaats van de genees-

⁶² Dat de controlerend geneeskundigen geen oriëntatie hadden op het beoordelen van de arbeidsmogelijkheden, blijkt onder andere uit het handboek van Buning uit 1907. In dit boek besteedde deze controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank uitsluitend aandacht aan de beoordeling van lichamelijke letsels. Zie: Buning, *Ongeval en ziekte*.

⁶³ Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 192-193.

⁶⁴ De vierde speciale agent werd in 1916 aangesteld. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevalverzekering*, 127.

⁶⁵ Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevalverzekering*.

kundige die de eerste hulp had verleend. Vervolgens droeg hij het formulier over aan een behandelend geneeskundige voor het opstellen van een medische verklaring. Aanvankelijk werden de verklaringen van werkgever en behandelend geneesheer gecombineerd, later werden ze, wegens het beroepsgeheim, gescheiden.

Stap 2: Verklaring behandelend geneeskundige

De behandelend geneeskundige voegde op het aangifteformulier een verklaring toe over aard, ernst en prognose van het letsel. De behandelend geneeskundige schatte marginaal in of een tijdelijke uitkering was te verwachten. Vervolgens ondertekende hij de medische verklaring.

De werkgever moest het volledig ingevulde aangifteformulier inleveren bij het postkantoor in de buurt. Als de werkgever de aangifte niet of te laat inleverde, kon hij op grond van artikel 98 van de Ongevallenwet 1901 beboet worden.

In 1919 werd het aangifteformulier aanzienlijk uitgebreid. Het gedeelte dat door de werkgever moest worden ingevuld, werd nadrukkelijk gescheiden van het gedeelte waarin de behandelend geneeskundige zijn medische verklaring moest opschrijven. Met deze scheiding beoogde de Rijksverzekeringsbank de bezwaren van het beroepsgeheim te omzeilen.

Stap 3: Acceptatie aangifte

Als een controlerend geneeskundige de aangifte van het ongeval accepteerde, ontving de getroffene na drie wachtdagen een tijdelijke uitkering van zeventig procent van zijn dagloon gedurende maximaal 42 dagen. Ingaande acceptatie werd de getroffene tot een bepaalde datum behandeld door de geneeskundigen, apothekers, verbandmeesters en ziekenhuizen die in het register van de Rijksverzekeringsbank waren ingeschreven. Het doel van de medische behandeling was om de getroffene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Hiermee was de medische behandeling niet alleen gericht op lichamelijk herstel, maar ook op functioneel herstel (het weer kunnen werken). De behandelend geneeskundige deed wekelijks verslag aan de controlerend geneeskundige van de behandeling en de mogelijkheid tot functioneren.

Stap 4: Toezicht controlerend geneeskundige op de medische behandeling

De controlerend geneeskundige oefende (aanvankelijk pas na 42 dagen, later direct na het ongeval) toezicht uit op de behandeling van de ingeschreven geneeskundige. De controlerend geneeskundige kon specialistische en behandeling in het ziekenhuis voorschrijven op straffe van verlies van de tijdelijke uitkering en vergoeding van de behandeling. De cliënt kreeg de mogelijkheid om daartegen bezwaar aan te tekenen.

Stap 5: Proces-verbaal agent

Een agent van de Rijksverzekeringsbank inspecteerde ter plaatse de omstandigheden waaronder het ongeval had plaatsgevonden. Als de agent kon vaststellen dat

er een verband was tussen het ongeval en de uitoefening van het bedrijf stelde hij een proces-verbaal op. Aanvankelijk werd dit werk gedaan door iedereen die maar te vinden was (de veldwachter of de controlerend geneesheer). Maar al snel stelde de Rijksverzekeringsbank hier eigen mensen voor aan.

Stap 6: Advies controlerend geneeskundige

De controlerend geneeskundige onderzocht in hoeverre sprake was van een verband tussen het letsel en het ongeval. Op grond van een mogelijk proces verbaal door een agent en zijn eigen bevindingen stelde hij een advies op aan de medisch adviseur over de toekenning van een tijdelijke ongevallenrente. Hierbij maakte hij ook een inschatting van het percentage arbeidsongeschiktheid. In de praktijk kwam het inschatten van het percentage arbeidsongeschiktheid neer op een combinatie van het afwegen van de mate van bereikte werkhervatting, de medewerking en mogelijkheden van de werkgever en de aard en de ernst en de prognose van het letsel. Voor de definitieve rente, die op enig moment moest worden vastgesteld, golden dezelfde principes.

Stap 7: Beoordeling aanpassing

Deze stap ontstond op basis van jurisprudentie. Aanvankelijk was de ongevallenrente blijvend en onherroepelijk. Door uitspraken van de Centrale Raad van Beroep ging de Rijksverzekeringsbank er sinds 1909 toe over ongevallenrentes bij functioneel herstel te herzien. Een belangrijke rol bij de beoordeling van functioneel herstel van rentetrekking was weggelegd voor de speciale agent. Deze beoordeelde of er door aanpassing sprake was van functioneel herstel van de getroffene. In een advies aan de medisch adviseur gaf de speciale agent aan of er reden was om het percentage arbeidsongeschiktheid bij te stellen. Op grond van artikel 70 van de Ongevallenwet 1901 was het ook mogelijk de definitieve ongevallenrente te herzien als sprake was van aanpassing.

Stap 8: Controlevoorschriften en handhaving

Agenten en controlerend geneeskundigen hadden de bevoegdheid om inspecties uit te voeren op de plaats van het ongeval. Bovendien konden zij de getroffene van een ongeval zo vaak als zij het nodig achtten oproepen om naar een nader te bepalen plaats te komen voor onderzoek. Weigerde de getroffene medewerking aan het onderzoek, dan verloor deze alle aanspraken op vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet. Werkgevers die niet of onvoldoende meewerkten konden worden beboet.

Stap 9: Advies medisch adviseur

De medisch adviseur adviseerde op grond van de adviezen van de controlerend geneeskundige en de speciale agent over de definitieve rente aan het bestuur van de Rijksverzekeringsbank. Desnoods kon hij nog een ander arts het geval laten beoordelen.

Stap 10: Vaststelling ongevallenrente

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank stelde de ongevallenrente vast.

Stap 11: Beroep

De verzekerde kon in beroep gaan tegen de vaststelling van het bestuur bij de Raad van Beroep en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

5 Praktijk van de claimbeoordeling

De Ongevallenwet 1901 en de verschillende regelingen die daaruit voortvloeiden verschaften slechts een globale instructie voor de claimbeoordeling. Zoals in paragraaf 2.3 is aangegeven was volgens de wet sprake van een ongeval als een gebeurtenis onvoorzien, plotseling en van buiten intrad, in verband stond met de uitoefening van het bedrijf, en gehele of gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid tot gevolg had. In de praktijk zagen de uitvoerders van de claimbeoordeling zich geregeld voor problemen en dilemma's geplaatst, die met de instructies uit de wet en regelgeving niet opgelost konden worden. Het was aan de uitvoerders van de claimbeoordeling en de rechtpraak om daarvoor bevredigende oplossingen te vinden.

Uit de veelheid aan beschrijvingen uit de beginjaren van de Ongevallenwet krijgen we een indruk van de dynamiek die bij de claimbeoordeling heeft gespeeld. Geneeskundigen en juristen van de Rijksverzekeringsbank voelden zich gemeenschappelijk verantwoordelijk voor een juiste uitvoering van de wet. Zij gingen dan ook al snel over tot het maken van beschouwingen over praktijkvoorbeelden van uitvoering. Zodra de jurisprudentie begon te ontstaan werd deze nauwkeurig gedocumenteerd en ter beschikking gesteld aan de uitvoerders. Men was zich zeer bewust van het belang van een eenduidige uitvoeringspraktijk, al was deze lastig te verwezenlijken omdat ieder individueel geval afzonderlijk werd beoordeeld.

Naast de jurisprudentie werden al snel in medische bladen, met name het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde en later ook het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde, meer medisch getinte gevalsbeschrijvingen gepubliceerd, waaruit goed valt op te maken hoe de jurisprudentie ontstond. Voordat een geval bij de Centrale Raad van Beroep aanhangig werd gemaakt hadden er veel dokters naar gekeken: de behandelend arts, de controlerend geneesheer, de medisch adviseur, artsen op verzoek van de Raad van Beroep en op verzoek van de Rijksverzekeringsbank en tenslotte nog artsen op verzoek van de Centrale Raad van Beroep. In de loop van de procedures werd vaak een opklimmende hiërarchie van medici geraadpleegd: eerst een huisarts, vervolgens specialisten en ten slotte één of meer hoogleraren. Hoewel kwantitatieve gegevens over het aantal geraadpleegde medici niet bekend zijn, kan men zich, gezien het aantal ongevallen en beroepszaken en de beschreven procedure, moeilijk aan de indruk onttrekken dat zo ongeveer de hele medische beroepsgroep betrokken werd bij het ontwikkelen van de beoordelingen voor de Ongevallenwet.

In de loop van de jaren zijn in de wisselwerking tussen uitvoeringspraktijk en jurisprudentie richtlijnen ontstaan voor de claimbeoordeling. Deze waren veranderlijk, omdat zij voortdurend onderhevig waren aan politieke en maatschappelijke druk. In dit hoofdstuk geven wij aan de hand van enkele veel besproken onderwerpen een impressie van de uitvoeringspraktijk van de claimbeoordeling en de dynamiek waaraan deze onderhevig was. De onderwerpen die achtereenvolgens aan bod komen zijn: 1. het verband tussen het letsel en het ongeval, 2. de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid, 3. de medische behandeling en 4. de aanpassing van het arbeidsvermogen na een letsel. Daarnaast zullen wij op basis van casuïstiek nader ingaan op de claimbeoordeling van enkele ziektebeelden die relatief veel onderwerp zijn geweest van beroepszaken en discussies in medische kring (te weten eenogigheid, tuberculose en traumaneurose).

5.1 *Verband ongeval en letsel*

Het verband tussen ongeval en letsel was gedurende de periode 1901-1921 een veel besproken onderwerp in de rechtspraak en in publicaties over de claimbeoordeling.⁶⁶ De wetgever had weliswaar in de memorie van toelichting op de Ongevallenwet 1901 enkele aanwijzingen gegeven, maar deze gaven in de uitvoeringspraktijk weinig houvast. De medische dienst van de Rijksverzekeringsbank had dan ook zelf een aantal criteria opgesteld voor het beoordelen van een verband tussen ongeval en letsel.⁶⁷ In het navolgende geven wij aan de hand van jurisprudentie en casuïstiek een indruk van de wijze waarop deze criteria in praktijk werden toegepast.

Gebeurtenis of omstandigheid

Om te spreken van een verband tussen ongeval en letsel moest er sprake zijn van een gebeurtenis of een omstandigheid die inwerkte op het lichaam van de getroffene. De gebeurtenis of omstandigheid was hiermee de oorzaak van het letsel. Het begrip 'gebeurtenis' drukte een buitengewone handeling of beweging uit (een slag, stoot, val of overrijding). De term 'omstandigheid' werd gebruikt om een passieve situatie aan te duiden, zoals het onderworpen zijn aan schadelijke reukloze gassen of extreem lage of hoge temperaturen.⁶⁸ De omstandigheden waaronder moest worden gewerkt konden ook in algemene zin de weerstand van de werknemer aantasten met een uitbraak van een ziekte als gevolg.⁶⁹ Al deze situaties konden grond zijn voor het toekennen van een schadeloosstelling.

66 Zie bijvoorbeeld de handboeken van Mossel, *Beknopte handleiding bij de beoordeling van ongevalpatiënten en Buning, Ongeval en ziekte*. Met name het laatste handboek was geheel gewijd aan het verband tussen ongeval en letsel. Daarnaast kwam het onderwerp frequent aan de orde in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG) en in het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde.

67 Mossel, *Beknopte handleiding bij de beoordeling van ongevalpatiënten*. Zie ook Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 162.

68 Zie Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 162-163.

69 Dit werd nadrukkelijk gesteld door de Centrale Raad van Beroep op 23 maart 1904 inzake het beroep van J.W. Polder. Zie NTVG 1909 II, 360-361.

Plotselinge inwerking op het lichaam

De inwerking op het lichaam moest plotseling plaatsvinden. In de memorie van toelichting van de Ongevallenwet 1901 had de wetgever al impliciet aangegeven dat beroepsziektes geen ongeval waren in de zin van de wet, omdat die het gevolg waren van een langzame voor de gezondheid nadelige uitoefening van het bedrijf (zoals bij voorbeeld in het geval van chronische vergiftigingen in loodwitfabrieken). Daarnaast werden sluimerende ziektes die door de beoefening van het bedrijf werden bevorderd niet als een ongeval beschouwd. Vlamde een sluimerende ziekte echter door een plotselinge gebeurtenis in alle hevigheid op, dan was weer wel sprake van een ongeval.⁷⁰

Nu rees al snel de vraag wat wel en wat niet als 'plotseling' moest worden beschouwd. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank probeerde in 1907 hierover duidelijkheid te verschaffen. Volgens het bestuur van de Rijksverzekeringsbank hoefde het begrip 'plotseling' niet per se een bepaald tijdstip te zijn. Het kon namelijk ook gebeuren dat een ongeval in een betrekkelijk kort maar aantoonbaar tijdsverloop tot een letsel met acute verschijnselen voerde.⁷¹ De controlerend geneeskundige C.H. van Herwerden illustreerde deze verduidelijking van het begrip 'plotseling' met het volgende geval. Een gasfitter was bij het aansluiten van een gasleiding door het gas bedwelmd. Hij was om 11:15 uur met het werk begonnen en had tot 12:00 uur zonder hinder doorgewerkt. Om 13.30 uur zette hij het werk voort, totdat hij om 17:00 uur bedwelmd op de grond viel. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besloot dat in dit geval sprake was van een ongeval in de zin van de Ongevallenwet, omdat in een relatief kort tijdsverloop acute verschijnselen waren opgetreden.⁷²

Inwerking op het lichaam van buitenaf

De inwerking moest van buiten het lichaam van de getroffene komen. Dit criterium impliceerde dat alle ziektes en handicaps direct in verband moesten staan met het uitoefenen van het bedrijf, wilde er van een verband tussen ongeval en letsel sprake zijn. De Ongevallenwet 1901 verzekerde dan ook geen aangeboren afwijkingen. De van buiten komende inwerking op het lichaam hoefde niet per se concreet waarneembaar te zijn. Zo kon een inwerking van psychische aard (bijvoorbeeld schrik) als een ongeval worden beoordeeld. Illustratief daarvoor was de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 14 april 1908 in de zaak van C. Timmers. Deze werknemer was in de duisternis met collega's bezig geweest een ijzeren goot te versjouwen over een terrein waar spoorrails lagen. Onder het lopen viel hij plotsklaps dood neer. De sectie leverde geen anatomische oorzaak op voor het overlijden. Gesteld werd dat de werknemer vatbaar was geweest voor shock. Volgens de centrale raad was hier van een ongeval sprake omdat een gebeurtenis tijdens het werk dusdanig op de psyche van de getroffene had

70 Heijermans, Kooperberg, 'Bedrijfsongevallen en beroepsziekten', 756.

71 Jaarverslag Rijksverzekeringsbank over 1907. Zie ook Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 137-138.

72 Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Verband tusschen letsel en ongeval', 433-434.

ingewerkt, dat deze aanleiding had gegeven voor de shock. Het deed er voor de raad niet toe, dat de werknemer extra vatbaar voor shock was geweest.⁷³

Tegen de wil van de getroffene

De inwerking op het lichaam moest tegen de wil van de getroffene plaatsvinden. De Ongevallenwet bepaalde immers in artikel 28 dat het opzettelijk veroorzaken van een ongeval geen recht gaf op schadeloosstelling. Nu bleek het in de praktijk vaak lastig te zijn om aan te tonen dat een ongeval tegen de wil van de getroffene had plaatsgevonden. In veel gevallen waren er geen onafhankelijke getuigen ter plaatse en vanzelfsprekend konden de beoordelaars de gedachten van de getroffene niet lezen.

Om toch vast te kunnen stellen dat een ongeval tegen de wil van een getroffene had plaatsgevonden, probeerden de beoordelaars alle handelingen van de getroffene voor en tijdens het ongeval in kaart te brengen. Het ging dan niet alleen om de handelingen tijdens het werk, maar ook om de voorbereidingen op het werk (zoals het zich kleden). Vervolgens stelden de beoordelaars de vraag of de getroffene er alles aan had gedaan om het ongeval te voorkomen. Als zij constateerden dat een getroffene onvoldoende preventief of corrigerend had opgetreden, kon de Rijksverzekeringsbank besluiten om geen schadeloosstelling uit te keren. Een voorbeeld daarvan was een werknemer die te krappe schoenen droeg tijdens het werk en daardoor een infectie aan zijn kuit opliep.⁷⁴ Hij kwam niet in aanmerking voor schadeloosstelling, omdat de oorzaak van het letsel niet zozeer betrekking had gehad op het werk, maar op een bewuste handeling door de getroffene zelf (namelijk het aandoen en vervolgens dragen van te krappe schoenen). De Rijksverzekeringsbank en de Centrale Raad van Beroep oordeelden dat de getroffene zelf het letsel had kunnen voorkomen, als hij schoenen had aangetrokken die hem wel goed pasten.

Drie typen van bewijsvoering

Voor het aantonen van het verband tussen ongeval en letsel maakten de claimbeoordelaars in de praktijk onderscheid tussen drie typen van bewijsvoering: de chronologische, de epidemiologische en de fysiologische.⁷⁵

Bij de chronologische bewijsvoering werd het verband aangenomen door de verschillende activiteiten en handelingen voor, tijdens en na het ongeval in kaart te brengen. Idealiter moesten ooggetuigen de chronologische bewijsvoering bevestigen. Was dit niet mogelijk dan diende de verklaring van de getroffene te worden getoetst aan de constatering van de medicus die de eerste hulp c.q. de eerste medische behandeling had verleend. In dit laatste geval kon de beoordelaar een mogelijk waarschijnlijk verband tussen ongeval en letsel vaststellen. In essentie was de redenering: erna, dus erdoor.

73 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 8 mei 1909', 361-362.

74 Zie Mossel, 'Het begrip "ongeval" in de zin der wet', 165-166.

75 a.w., 168-169.

Onderstaand geval uit 1909 is een treffend voorbeeld van zo'n mogelijk waarschijnlijk verband.⁷⁶ Een schildersknecht was een kaastobbe aan het plamuren. Nadat de bodem gereed was, probeerde hij samen met zijn baas de tobbe om te draaien en vervolgens op schragen te plaatsen. Opeens stortte hij neer en kon daarna niet meer opstaan. De behandelend geneeskundige constateerde een breuk in de knieschijf. De schilder kon niet aangeven wat de oorzaak van de val was. Wel wist hij met zekerheid te zeggen dat hij de knie niet had gestoten bij het omdraaien van de tobbe en deze ook tevoren niet had bezeerd. De val was hier niet de oorzaak, maar het gevolg van het letsel.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank oordeelde tegen het advies van de medisch adviseur in dat in dit geval geen sprake was van een ongeval in de zin van de Ongevallenwet 1901. Volgens het bestuur kon namelijk niet bewezen worden dat het letsel tijdens het uitoefenen van het bedrijf was ontstaan. De Centrale Raad van Beroep dacht daar echter anders over.⁷⁷ Deze stelde op grond van de verklaring van de behandelend geneeskundige een mogelijk waarschijnlijk verband tussen ongeval en letsel vast. Volgens de raad was uit niets gebleken dat er voor de gebeurtenis iets aan de knie had gemankeerd. Hierdoor kon aannemelijk worden gemaakt dat de knieschijf was gebroken als gevolg van de inspanning die nodig was om de tobbe op te tillen en om te draaien.

Bij de epidemiologische bewijsvoering werd een veel waargenomen relatie als oorzaak aangenomen. De beoordelaar toetste dan bijvoorbeeld op grond van medische inzichten over een bepaalde letsel in hoeverre de verklaring van getuigen en verzekerde steekhoudend waren. Daarnaast kon de beoordelaar een gebeurtenis reconstrueren door een veelgenomen relatie als oorzaak aan te nemen. Een voorbeeld van een overwegend epidemiologische bewijsvoering wordt in paragraaf 5.6 van dit hoofdstuk gepresenteerd, wanneer het afhandelen van claims in verband met bovine tuberculose aan de orde komt.

Het medische ideaal was de fysiologische bewijsvoering. Bij de fysiologische bewijsvoering ging het erom vast te stellen dat een invloed van het soort x een letsel tot gevolg had van het soort y. Hierbij werd de gebeurtenis op de werkvloer gerelateerd aan het geconstateerde letsel door een medische en individueel verklarende redenering. Dit vergde veel observaties en veel medische inzichten die er, zeker in het begin, lang niet altijd waren. Een beoordelaar woog dan bijvoorbeeld af of een bepaald gas dat volgens de verklaringen van getuigen op de werkvloer aanwezig zou zijn, een flauwte binnen het aangegeven tijdsverloop kon veroorzaken. Medisch moest dan vast staan welke dosering binnen welk tijdbestek tot welke verschijnselen kon leiden.

In de praktijk van de gevalsbeschrijvingen zien we dat de drie vormen van bewijsvoering door elkaar heen werden gebruikt. Voor het epidemiologische en het fysiologische bewijs werd uitgebreid en kritisch geciteerd uit de nog schaarse literatuur.

76 Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Indirecte breuk van de knieschijf', 1087.

77 Uitspraak Centrale Raad van Beroep, D. no 3446 d.d. 23 juli 1909.

Ondanks het feit dat de beoordelingscriteria en de bewijsvoering min of meer vaststonden, pasten de beoordelaars deze per geval anders toe. Zelfs bij gevallen die op het eerste gezicht overeenkomstig waren, legden de beoordelaars steeds weer andere accenten. Onderstaande beschrijving van drie beroepszaken over bevroering van ledematen geeft een indruk van de diverse toepassing in de praktijk.

Op 23 juli 1909 deed de Centrale Raad van Beroep uitspraken in drie beroepszaken over bevroering van ledematen. De eerste uitspraak betrof een dakdekker die zijn linkerhand had uitgestrekt over het dak om opwaaien van asfaltpapier te voorkomen. Binnen ongeveer zes minuten waren drie vingertoppen van zijn linkerhand bevroren. De raad oordeelde dat dit een ongeval was, omdat de bevroering in korte tijd tegen zijn wil was ontstaan.

De tweede uitspraak ging over een steenbakker die tussen 7:30 en 9:00 uur enkele vingers had bevroren tijdens het kruien van bakstenen. De raad oordeelde dat er in deze zaak onvoldoende redenen waren om de gebeurtenis aan te merken als een ongeval, omdat de omstandigheden geen aanleiding gaven voor bevroering. Hij betwijfelde of de bevroering door het kruien was ontstaan, omdat de stenen tijdens het kruien nog warm waren. Bovendien had de medicus de bevroering pas in een latere instantie opgemerkt.

De derde uitspraak had betrekking op een timmermansleerling die gedurende de gehele werkdag had geholpen bij het bekappen van een paardenstal. De leerling had wollen handschoenen gedragen waarvan de vingertoppen open waren. Pas 's avonds begon de top van zijn linkerwijsvinger te tintelen. Een week later was de vinger dermate pijnlijk gaan tintelen, dat hij besloot zijn huisarts te raadplegen. Deze constateerde bevroering. De centrale raad oordeelde dat er onvoldoende grond was om van een ongeval te spreken, omdat betwijfeld kon worden of de bevroering gedurende het uitoefenen van het bedrijf had plaatsgevonden.

Deze drie uitspraken laten zien dat het nogal uitmaakte, of het tijdsverloop enkele minuten of enkele uren was. Hoe langer het duurde, hoe kleiner de kans was dat de Centrale Raad van Beroep een letsel als een ongeval beoordeelde.⁷⁸ Volgens de raad werd het moeilijker om een verband tussen het ongeval en letsel aan te tonen naarmate het tijdsverloop tussen het ongeval en het letsel langer was. De kans dat het letsel buiten het bedrijf was veroorzaakt nam bij een langer tijdsverloop toe. Bovendien ging de centrale raad ervan uit dat de getroffene bij een langer tijdsverloop beter in staat was zelf corrigerend op te treden door bijvoorbeeld zich op te warmen of dikkere handschoenen aan te trekken. Letsels die door een welbewuste en vrije handeling van de getroffene waren ontstaan, werden immers niet als een ongeval beschouwd.

⁷⁸ Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Bevroering', 899-900. Zie hierover ook Heijermans, Kooperberg, 'Bedrijfsongevallen en beroepsziekten', 764-765.

Het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid, uit te drukken in een percentage, werd beschouwd als één van de lastigste onderdelen van de claimbeoordeling. Het is om die reden des te opmerkelijker dat over dit onderwerp relatief weinig werd geschreven. De claimbeoordelaars streefden ernaar een zo groot mogelijke werkhervatting te bereiken. Dat hing niet alleen af van de gezondheidstoestand van de getroffene, maar evenzeer van zijn motivatie, zijn capaciteiten en van de mogelijkheden en bereidheid van zijn werkgever. Het was met name de medisch adviseur Van Eden die in het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde aandacht besteedde aan het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid. Aan de hand van zijn analyses gaan wij nader in op drie essentiële aspecten van het schatten: het arbitraire karakter, de gebrekkige methodiek en de problematiek van de zogenaamde kleine renten.

Arbitrair

Volgens Van Eden was het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid in hoge mate arbitrair omdat de persoonlijke indruk van de beoordelaar relatief zwaar woog. De beoordelaar moest elk geval op zichzelf beoordelen aan de hand van uiteenlopende gegevens en kon daarbij nauwelijks terugvallen op vastgestelde regels, formules of standaarden. Wel kon hij refereren aan eerdere besluiten van de Rijksverzekeringsbank en aan de jurisprudentie. Zo had de Centrale Raad van Beroep ervoor gekozen de percentages arbeidsongeschiktheid altijd in getallen uit te drukken die deelbaar waren door 5. Een nauwkeurigere schatting in procenten of zelfs in gedeelten van procenten kon volgens de centrale raad niet aannemelijk worden gemaakt. Bovendien kon de beoordelaar gebruik maken van tabellen waarin op grond van de meest actuele besluiten en uitspraken indicaties voor het percentage arbeidsongeschiktheid stonden vermeld. Voor de meeste gevallen waren de indicaties betrekkelijk algemeen, waardoor de tabellen slechts als richtsnoer voor de schatting dienden. Alleen de indicaties die voor oogletsels waren opgesteld werden in de praktijk van de claimbeoordeling vrij precies nagevolgd (we komen daar nog uitgebreid op terug).⁷⁹

Gezien het arbitraire karakter van het schatten, was het volgens Van Eden van groot belang dat de beoordelaar als persoon overtuigde. Dat kon hij doen door in de eerste plaats expertise te tonen van zowel het menselijk lichaam als van de specifieke eisen die aan het verrichten van arbeid werden gesteld. Maar omdat de stand van de wetenschap volgens Van Eden onvoldoende was ontwikkeld, diende de beoordelaar bovenal gezag uit te stralen.⁸⁰

Methode

Er waren volgens Van Eden grofweg twee manieren om het percentage arbeidsongeschiktheid te schatten. Enerzijds kon de beoordelaar nagaan welk gedeelte van de

⁷⁹ Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 60-61.

⁸⁰ Van Eden, 'Het geneeskundig betoog', 198..

arbeidsgeschiktheid door het ongeval verloren was gegaan. Anderzijds kon hij bepalen welk percentage van de oorspronkelijke arbeidsgeschiktheid na het ongeval nog aanwezig was. Beide manieren droegen risico's in zich.

In de eerste plaats moest conform artikel 22 van de Ongevallenwet 1901 worden vastgesteld over welke bekwaamheden de getroffen beschikte.⁸¹ Gedurende de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet hadden de bekwaamheden slechts betrekking op het soortgelijke werk van vóór het ongeval. Deze konden betrekkelijk gemakkelijk worden vastgesteld. Door uitspraken van de Centrale Raad van Beroep daarentegen werd het begrip 'arbeidsgeschiktheid' in 1907 verbreed tot alle vormen van arbeid die getroffen nog in staat was te verrichten, waardoor in principe alle mogelijk aanwezige bekwaamheden in kaart moesten worden gebracht. De vraag was hoe ver men daarin kon gaan. Telde in het geval van een slagersknecht die goed kon zingen, ook diens zangtalent als bekwaamheid mee? In dat geval dreigde het gevaar dat de beoordelaar bij het schatten van de verloren of overgebleven arbeidsgeschiktheid met zoveel bekwaamheden rekening moest houden dat hij het overzicht kwijt raakte.

In de tweede plaats leverde het begrip 'arbeidsongeschiktheid' problemen op, omdat dit in de loop van de tijd en per soort werk sterk kon variëren. De particuliere verzekeringsmaatschappijen hadden het zich gemakkelijk gemaakt door uniforme percentages arbeidsongeschiktheid vast te stellen (honderd procent bij het gemis van twee benen, armen of ogen; vijftig procent bij het gemis van één been, arm of oog). Deze benadering hield echter geen rekening met de verschillende soorten werk, noch met veranderingen in de loop van de tijd. Had het verliezen van het bovenste kootje van de linkerpink voor de meeste arbeiders geen praktische betekenis; voor een violist zou dit letsel een groot percentage arbeidsongeschiktheid teweegbrengen. Volgens Van Eden was het mogelijk dat een beoordelaar door ervaring en oefening een praktisch bruikbare methode vond. Maar zo'n methode zou steeds het gevaar van grote subjectieve fouten opleveren, zo vreesde hij.⁸²

Van de twee manieren van schatten was de tweede manier (het bepalen van de overgebleven arbeidsgeschiktheid na het ongeval) in het algemeen het veiligst, omdat deze een veel globalere schatting opleverde. Daarmee had deze manier volgens Van Eden ook nadelen. De schatting van de aanwezige arbeidsgeschiktheid werd namelijk moeilijker naarmate deze groter was. Het was veel gemakkelijker om te bepalen dat door een ongeval bijvoorbeeld tien procent van de geschiktheid verloren was gegaan (de eerste manier) dan dat bijvoorbeeld negentig procent van de vroegere geschiktheid nog aanwezig was (de tweede manier). In de praktijk was de tweede manier alleen bruikbaar als de beoordelaar de schatting niet al te zeer wilde verfijnen. Of zoals Van Eden het omschreef:

⁸¹ Artikel 22 bepaalde immers dat een werknemer arbeidsongeschikt was "...indien hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden".

⁸² Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 61-62.

Men heeft dan den blik op het geheele bos gericht, waarbij het verlies van een enkelen boom niet of ter nauwernood opgemerkt wordt.⁸³

Kleine renten

De kleine renten hadden betrekking op de toekenning van ongevallenrentes voor betrekkelijk lage percentages arbeidsongeschiktheid (van vijf tot twintig procent). Over de kleine renten bestond veel onduidelijkheid omdat de Ongevallenwet 1901 geen bepaling over minimum percentages arbeidsongeschiktheid bevatte. Minister Lely had destijds bewust voor deze leemte gekozen. Volgens hem zou in de praktijk van de uitvoering vanzelf de opvatting ontstaan dat kleine verwondingen niet als ongevallen in de geest van de wet beschouwd moesten worden. De Rijksverzekeringsbank was vervolgens de regel gaan hanteren dat tot een arbeidsongeschiktheid van vijf procent geen ongevallenrente werd toegekend.⁸⁴

Al kort na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet groeide de kritiek op het toekennen van rentes voor lage percentages arbeidsongeschiktheid. Aanleiding daarvoor was de sterke stijging van het percentage kleine rentes op het totaal aantal toegekende ongevallenrentes in de jaren 1903-1910 (een toename van twaalf naar 22 procent).⁸⁵ Deze stijging was te danken aan de Centrale Raad van Beroep, die kleine rentes beschouwde als een vergoeding voor klein leed. Aanvankelijk had het bestuur van de Rijksverzekeringsbank nog op het standpunt gestaan dat bepaalde kleine letsels geen arbeidsongeschiktheid tot gevolg hadden en daarmee ook geen grond konden zijn voor een ongevallenrente.⁸⁶ Maar de Centrale Raad van Beroep had een aantal van deze besluiten vernietigd, waarna het bestuur meer kleine renten was gaan toekennen.⁸⁷

Het liberale tweede kamerlid J.A. van Hamel wierp zich op als een belangrijke vertolker van de kritiek op de kleine renten.⁸⁸ Volgens hem was de wetgever er bij het ontwerpen van de Ongevallenwet vanuit gegaan dat alle verzekerden over een reservekracht beschikten. Door het aanspreken van reservekracht zou de werknemer een kleine afname van de arbeidsgeschiktheid kunnen compenseren. De achterliggende gedachte daarbij was dat een werknemer bij het verrichten van het gewone werk slechts een gedeelte van zijn krachten aanwendde. Alle functies van de bewegingsorganen konden namelijk gedeeltelijk door andere dan de gebruikelijke lichaamsdelen worden overgenomen. De meeste vaardigheden van de werknemer waren sluimerend

83 a.w., 62.

84 Groeneveld, *De Ongevallenwet 1901*, 194.

85 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 58-60.

86 Voorbeelden van kleine letsels waarvoor de Rijksverzekeringsbank aanvankelijk geen rente toekende was het verlies van een (deel van een) vinger of een geringe functiebeperking aan het onderste of bovenste deel van een ledemaat.

87 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 379-380.

88 Van Hamel zou zich hebben gebaseerd op een lezing die de heilkundige W.J. van Stockum reeds in 1908 had gehouden op een vergadering van de Vereniging voor Heelkunde. Zie: Korteweg, 'De invloed van de Ongevallenwet op de genezing van traumatische beledigingen', 1664-1665; Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 65-66; Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 12-13.

aanwezig en konden na enige oefening geactiveerd worden.⁸⁹

Van Hamel stond op het standpunt dat het niet de bedoeling van de wetgever was om de reservekracht van werknemers te verzekeren. Om die reden vergoedde de Ongevallenwet 1901 slechts een gedeelte van de schade als gevolg van een ongeval. De uitkering of rente bedroeg immers geen honderd, maar zeventig procent van het loon voor het gedeelte dat de getroffene arbeidsongeschikt was. Van Hamel wees erop dat de meeste trekkers van een kleine rente goed in staat waren om werkzaamheden te verrichten. Om die reden moest hen eigenlijk het recht op een rente worden onthouden. Hij pleitte dan ook voor een zodanige wijziging van de Ongevallenwet dat bij vijf tot twintig procent arbeidsongeschiktheid geen ongevallenrente meer kon worden uitgekeerd.⁹⁰

Van Eden en de controlerend geneeskundige Mossel verzetten zich in het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde tegen een degelijke wetswijziging. Met name Mossel vond het onjuist om bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1901 te speculeren op het bestaan van een reservekracht bij de getroffene. De reservekracht behoorde aan de individuele verzekerde toe; het collectief mocht daar via de Ongevallenwet geen profijt uit trekken.⁹¹

In plaats van het afschaffen van de kleine renten gaven Van Eden en Mossel de voorkeur aan het vergroten van de bewegingsruimte van de uitvoering. Alleen de medewerkers van de Rijksverzekeringsbank waren in staat om de toekenning van kleine renten te beperken 'op gronden welke hen door ervaring en rechtvaardigheidsgevoel zijn duidelijk geworden'.⁹² Belangrijke overweging daarbij diende te zijn dat de werknemer door het ongeval daadwerkelijk minder kon produceren en daarmee ook minder verdiende. Van Eden voerde als voorbeeld een sigarenmaker op, die als gevolg van een gering letsel aan zijn hand binnen een bepaald tijdsbestek 90 sigaren kon maken, terwijl deze persoon vroeger in dezelfde tijd nog 100 sigaren kon produceren. Daar de sigarenmaker per aangeleverde sigaar betaald kreeg, was zijn inkomen met tien procent gedaald. Volgens Van Eden had deze sigarenmaker recht op een rente van zeven procent van zijn dagloon omdat een vermindering van de arbeidsgeschiktheid geconstateerd kon worden. Hij voegde daaraan toe dat een hogere rente gerechtvaardigd zou zijn als verwacht kon worden dat het letsel in de loop van de tijd groter werd.⁹³ In de gevallen dat een kleine vermindering van de arbeidsgeschiktheid niet kon worden geconstateerd, zou het toekennen van een kleine rente volgens Van Eden al snel neerkomen op een vorm van smartengeld, hetgeen indruiste tegen de bedoeling van de wet.⁹⁴

Mossel kwam ten slotte nog met het voorstel om de uitkeringsperiode van de kleine renten te begrenzen. Volgens hem bleek uit ervaring dat trekkers van kleine renten

89 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 65.

90 a.w., 66.

91 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 380-381.

92 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 66.

93 Zie hierover ook Van Eden, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval'.

94 Van Eden, 'Het vraagstuk der kleine renten', 66-69.

door aanpassing in de loop van de tijd weer volledig arbeidsgeschikt werden. Mossel stelde voor de lengte van de uitkeringsperiode af te stemmen op het percentage van de rente. Zo zou een rente van tien procent toegekend kunnen worden voor een jaar, een rente van vijftien procent voor twee jaar en een rente van twintig procent voor drie jaar. Beëindiging van de rente zou na het verstrijken van de uitkeringsperiode mogelijk zijn, zonder dat de Rijksverzekeringsbank een onderzoek had verricht naar aanpassing.⁹⁵ Het voorstel van Mossel is nimmer in praktijk gebracht, waarschijnlijk omdat het een wetswijziging had vereist. Het bestuur en de leidinggevenden van de Rijksverzekeringsbank zaten niet op wetswijzigingen te wachten uit vrees voor inperking van de vrijheid van de uitvoerders.

5.3 *Medische behandeling*

De medische behandeling en de claimbeoordeling werden organisatorisch zoveel mogelijk van elkaar gescheiden. Niettemin stonden deze twee onderdelen in de praktijk van de uitvoering in nauwe relatie tot elkaar. Zo had de behandelend geneeskundige een belangrijke taak om informatie te verstrekken ten behoeve van de claimbeoordeling van de tijdelijke uitkering. Bovendien had de medische behandeling een belangrijke functie in het beperken van het aantal rentetrekkers. Het primaire doel van de medische behandeling was immers om de getroffenene zo snel mogelijk weer in staat te stellen het werk te hervatten. Naast lichamelijk herstel was de behandeling nadrukkelijk gericht op functioneel herstel (het weer kunnen werken).

De functie die de medische behandeling had bij de reïntegratie van getroffenenen was in de jaren 1914-1918 onderwerp van uitvoerige en felle debatten. Centrale persoon in deze debatten was de Leidse hoogleraar heelkunde J.A. Korteweg. Door middel van een stroom aan artikelen en commentaren wierp Korteweg zich op als de grote tegenspeler van de Rijksverzekeringsbank. Met name de medische uitvoering van de Ongevallenwet vond in zijn ogen geen genade.

Korteweg begon zijn polemieek met de constatering dat de genezingsduur van letsels sinds de inwerkingtreding van de Ongevallenwet sterk was toegenomen. Zo zou de genezingsduur van een schouderontwrichting van enkele weken tot een aantal maanden zijn opgelopen, en de genezingsduur van een onderbeenbreuk zelfs van twee maanden naar twee jaar. Volgens Korteweg zette de Ongevallenwet de uitkerings- en rentetrekkers aan tot langdurige inactiviteit en ontnam zij de werkgevers de prikkel om de getroffen werknemers weer in hun bedrijf te werk te stellen. Korteweg wees erop dat functionele genezing alleen door het verrichten van arbeid verkregen kon worden. Als de stukken van het gebroken onderbeen grof anatomisch waren samengegroeid, was in het begin rust geboden. Maar na enkele weken waren al voorzichtige bewegingen geboden, en na een achttal weken konden beweging en arbeid niet meer

95 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 384-385.

schaden. Hoe krachtiger de arbeid tot onafgebroken beweging dwong, des te sneller kon volledige functioneel herstel worden afgedwongen. Spoedige hervatting van de vroegere arbeid was naar zijn mening dan ook te verkiezen boven allerlei arbeidsgerichte therapieën zoals 'zanderen', oefenen en schijnarbeid in speciale arbeidstherapeutische instituten.⁹⁶

Een snelle hervatting van het vroegere werk diende dan ook volgens Korteweg centraal te staan in de uitvoering van de Ongevallenwet. Juist op dit onderdeel liet de Rijksverzekeringsbank steken vallen. Voor een succesvolle terugkeer naar arbeid was de inzet van de werknemer en diens werkgever een vereiste. De werknemer moest bereid zijn het oude werk snel te hervatten, terwijl de werkgever bereid moest zijn de getroffen werknemer gepast werk aan te bieden in zijn bedrijf. In de praktijk dreef de Rijksverzekeringsbank werknemer en werkgever echter uit elkaar. De werknemer zag de uitkering of rente als aanleiding om werkhervatting uit de weg te gaan. Waarom zou hij moeite doen als een gedeelte van zijn inkomen door de Rijksverzekeringsbank werd vergoed? De werkgever redeneerde maar al te vaak dat het betalen van de lasten van de wettelijke ongevallenverzekering hem ontsloeg van de plicht om werk voor de getroffen werknemer te regelen. De arbeidsongeschikte werknemer zou te zeer een sta-in-de-weg zijn. Het kostte te veel moeite en tijd om hem weer een volwaardige plaats in het bedrijf te geven.⁹⁷

Volgens Korteweg waren de eigen risico dragers veel beter dan de Rijksverzekeringsbank in staat om een snelle werkhervatting van getroffen werknemers te organiseren. De eigen risico dragers hadden er namelijk alle belang bij dat de getroffen werknemer zo snel mogelijk weer aan de slag ging. Een zeer belangrijke rol was daarbij weggelegd voor de fabrieksarts. In een studie naar de ongevallenpercentages van de scheepswerven de Schelde te Vlissingen en Fijenoord te Rotterdam probeerde Korteweg aan te tonen dat de aanstelling van een fabrieksarts bij deze bedrijven in sterke mate had bijgedragen aan een daling van het aantal ongevallenaangiften.⁹⁸ Fabrieksartsen waren door hun permanente aanwezigheid in staat deskundige eerste hulp te verlenen, waardoor zij verwaarlozing van relatief kleine letsels als open wonden, brandwonden, infecties, ontwrichtingen en verstuingen konden voorkomen. Naast deze medische functie had de fabrieksarts ook een belangrijke psychologische en opvoedkundige betekenis. Hij kon de getroffene mentale steun geven om over de ergste schrik heen te komen en hem ervan overtuigen dat de voortzetting van het werk geen lichamelijke schade teweeg zou brengen. Ook leerde de fabrieksarts de werknemers kleine lichamelijke ongemakken gewillig te doorstaan. Door zulk een grotere flinkheid kunnen

96 Korteweg, 'Arbeidsverschaffing aan door een ongeval getroffen', 543-548. Zanderen was een fysiotherapeutische behandeling van letsels aan het bewegingsapparaat, die tussen 1900 en 1936 in speciale zanderinstituten werd uitgevoerd.

97 Korteweg, 'Arbeidsverschaffing aan door een ongeval getroffen', 544-546.

98 Korteweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 597-614. Zie ook Korteweg, 'Het lastenpercentage der Ongevallenwet', 1380; Korteweg, 'De ongevallen-percentages van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage', 301-317.

vele nadeelen waarmede de Ongevallenwet de werkmanstand tot op heden bedreigt, worden voorkomen, aldus Kortweg.⁹⁹

Teneinde zijn woorden in daden om te zetten, stuurde Kortweg in mei 1914 een adres aan de Minister van Landbouw, Handel en Nijverheid waarin hij deze 'een duidelijke vingerwijzing' gaf om de nadelen van de Ongevallenwet 1901 uit te bannen.¹⁰⁰ Kortweg stelde drie verbeteringen voor:

1. bevorderen dat werkgevers zelf het risico van de Ongevallenwet gingen dragen.
2. bevorderen van werkverschaffing als geneesmiddel.
3. verhoging van het gezag van de geneeskundige.

De ene verbetering zou uit de andere volgen. Als werkgevers zelf het risico zouden dragen, hadden zij er alle belang bij dat getroffen werknemers zo snel mogelijk weer het werk zouden hervatten. Dit was alleen mogelijk als deskundige medici en vooral fabrieksartsen de leiding kregen over de medische behandeling. De rol van de Rijksverzekeringsbank zou hiermee tot de claimbeoordeling beperkt worden.

Nu ook de minister bij de zaak betrokken werd kon een reactie vanuit de Rijksverzekeringsbank niet uitblijven. In het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* weerlegde Kooperberg de kritiek van Kortweg.¹⁰¹ Volgens Kooperberg maakte Kortweg zich schuldig aan generalisaties en een foutief gebruik van statistische gegevens. In de eerste plaats kon Kortweg niet hard maken dat de genezingsduur van alle letsels door de Ongevallenwet langer waren geworden. Zelfs zijn bewering dat de genezingsduur van schouderontwrichtingen en onderbeenbreuken exponentieel was toegenomen, raakte volgens Kooperberg kant noch wal. Goede statistiek van vóór de Ongevallenwet ontbrak bijvoorbeeld en het maakte voor de genezingsduur nogal uit in welke mate een schouderontwrichting of een beenbreuk gecompliceerd was. Kooperberg was het wel met Kortweg eens dat werkhervatting vaak het beste geneesmiddel was. Maar juist op dit terrein boekte de Rijksverzekeringsbank goede resultaten. De controlerende geneeskundigen wisten steeds vaker werkgevers over te halen om mee te werken aan een spoedige werkhervatting van getroffen werknemers. Wel plaatste hij de kanttekening dat de werkhervatting in het vroegere bedrijf niet altijd raadzaam was. In een mijn en op een bouwplaats bijvoorbeeld kon een nog niet volledig herstelde werknemer een groot ongevallenrisico voor zichzelf en voor anderen opleveren. Kooperberg kwam tot de slotsom dat de door Kortweg voorgestelde wetswijzigingen overbodig waren. De Minister liet zich overtuigen en besloot het advies van Kortweg naast zich neer te leggen.¹⁰²

De discussie verstomde echter niet.¹⁰³ Na 1914 bleef Kortweg de Rijksver-

99 Kortweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 1917 I, 609.

100 Kortweg, 'Adres inzake wijziging der Ongevallenwet', 1641-1643.

101 Kooperberg, 'Gevolgen der Ongevallenwet?', 2348-2358.

102 Zie: NTVG, 1915 II, 2614-2615.

103 Kort na het artikel van Kooperberg kwam Kortweg met een felle repliek. Zie: Kortweg, 'Gevolgen der ongevallenwet en geneeskundige statistiek', 44-50.

zekeringsbank in het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde en het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde regelmatig bestoken met kritiek. De Rijksverzekeringsbank zag zich genoodzaakt om hierop consequent te reageren. De discussie spitste zich steeds meer toe op de statistische bewijsvoering, waarbij met name het hoofd van de wiskundige afdeling van de Rijksverzekeringsbank K. Lindner zich tot een belangrijke opponent van Korteweg ontpopte.¹⁰⁴

Hoewel Korteweg bij de Rijksverzekeringsbank weinig voet aan de grond kreeg, oefende hij met zijn polemieken wel indirect grote invloed uit op de praktijk van de uitvoering. Zo legde de Rijksverzekeringsbank sinds 1915 een steeds grotere nadruk op herstel van het arbeidsvermogen door middel van aanpassing. Ook maakte de Rijksverzekeringsbank in die tijd een aanvang met het medisch bestuderen van de eigen statistiek en dossiers. Aan deze taken was de Rijksverzekeringsbank in de eerste 12 jaar niet toegekomen.

5.4 *Aanpassing*

Een permanent toegekende ongevallenrente kon worden herzien. Zo'n herziening was volgens artikel 70 van de Ongevallenwet 1901 alleen mogelijk als nieuwe feiten of omstandigheden bekend werden, die een ander licht wierpen op de toewijzing van de rente, of als de toestand die de maatstaf vormde voor de toewijzing van de rente, verandering had ondergaan.

De Ongevallenwet gaf niet aan wat onder 'verandering van de toestand' verstaan moest worden. Aanvankelijk interpreteerde de Rijksverzekeringsbank een 'verandering van de toestand' als een genezing of een verergering van het lichamelijke letsel. Bleek bijvoorbeeld na verloop van tijd dat de stijfheid van getroffen ledematen verminderde of verergerde, dan werd de ongevallenrente overeenkomstig verlaagd of verhoogd. Deze interpretatie onderging een fundamentele wijziging met de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep over artikel 70 van de Ongevallenwet. In 1907 bepaalde de raad dat een herziening van de ongevallenrente ook mogelijk was als het arbeidsvermogen van de rentetrekker veranderde.¹⁰⁵ Nadien herhaalde de raad dit standpunt diverse keren.¹⁰⁶ De uitspraken van de Centrale Raad van Beroep hadden grote gevolgen voor de praktijk van de claimbeoordeling. In het vervolg moest de Rijksverzekeringsbank bij iedere verandering van het arbeidsvermogen de ongevallenrente herzien, ook als het lichamelijke letsel ongewijzigd bleef.

De vraag was hoe de beoordelaars van de Rijksverzekeringsbank een verandering van het arbeidsvermogen konden vaststellen. De wettekst en de Memorie van Toelichting gaven weinig richting aan dit probleem. Bovendien was de jurisprudentie

104 Zie bijvoorbeeld: Lindner, 'De methode van prof. Korteweg's medisch-statistische onderzoeken', 199-204; Korteweg, 'Mijne opvatting in zake de beschuldiging van den Wiskundigen Adviseur', 313-322; Lindner, 'Antwoord', 322-332.

105 Zie de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 22 oktober 1907, D 2010.

106 Het ging onder andere om de uitspraken 2319, 2589, 2647 en 3049 van de Centrale Raad van Beroep.

verdeeld, onder andere omdat deskundigen niet eensgezind waren. Ook de beslissingen van de Rijksverzekeringsbank waren niet eenduidig, omdat deze mede gebaseerd waren op de verdeelde adviezen van deskundigen. Een extra complicerende factor was dat de getroffenene het recht had op het voordeel van de twijfel. In de uitvoeringspraktijk heerste namelijk de gedachte dat de Ongevallenwet niet zozeer een verzekering was, als wel een sociale wet.¹⁰⁷

De medisch adviseur Van Eden speelde een cruciale rol bij het ontwikkelen van methodes en richtlijnen voor het beoordelen van een verandering van het arbeidsvermogen. Zijn dissertatie uit 1918 was geheel aan het onderwerp gewijd. Volgens hem gaven nieuwe wetenschappelijke inzichten goede mogelijkheden om de claimbeoordeling op dit terrein aanzienlijk te verbeteren. Wetenschappelijk onderzoek had namelijk aangetoond dat het lichaam na een letsel in staat was een aantal van de oude functies te herwinnen, zonder dat er sprake was van een noemenswaardig medisch herstel.¹⁰⁸

Deze zogenaamde aanpassing ging als volgt in zijn werk. Centraal stond het idee dat een werknemer na verloop van tijd steeds vaardiger werd in het op alternatieve wijze uitoefenen van het werk. Dat kwam doordat hij onbewust een groot aantal associaties ging vormen. Als een werknemer door een letsel een bepaalde beweging niet meer kon maken, moest hij een alternatieve beweging aanleren om het werk uit te kunnen voeren. In het begin kon hij deze beweging alleen bewust uitvoeren, hetgeen hem veel tijd en moeite kostte. Pas na langdurige oefening kon de werknemer opnieuw vaardigheden ontwikkelen door nieuwe onbewuste associaties te vormen. In zijn proefschrift droeg Van Eden bewijzen aan, dat bij meer dan de helft van de ongevallen door aanpassing een herstel van het arbeidsvermogen plaatsvond. Hij baseerde zich op casuïstiek en statistische bewerkingen van de rapporten van de speciale agenten van de Rijksverzekeringsbank.¹⁰⁹

De mogelijkheden om door middel van aanpassing weer arbeidsgeschikt te worden, verschilde sterk per persoon en per letsel. De beste voorwaarden voor aanpassing waren volgens van Eden een jeugdig, gezond en krachtig lichaam en een goed ontwikkeld intellect, wilskracht en energie. Niet iedereen voldeed aan die voorwaarden. Bij zwaar verminkten, chronisch zieken en ouderen verliep aanpassing over het algemeen moeizaam, omdat deze groepen relatief veel tijd en moeite nodig hadden om alternatieve bewegingen en vaardigheden aan te leren.¹¹⁰

De grootste hindernissen voor aanpassing lagen volgens Van Eden in de sociaalpsychische sfeer. Een gebrek aan vertrouwen bij de getroffenene of diens omgeving (familie, behandelend medicus, werkgever, werknemers, etc) in de mogelijkheden van

107 Van Eden, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval', 365.

108 Van Eden refereerde in zijn dissertatie over aanpassing aan publicaties van F. Reinke en W. Roux. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 8-17.

109 De statistische bewerking had Van Eden laten uitvoeren door J.C.Schröder, hoofd van de afdeling wiskunde en statistiek van de Rijksverzekeringsbank.

110 Chronische ziekten die aanpassing negatief beïnvloeden waren hartklachten, tuberculose, belangrijke anaemieën, artrose en reuma. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 156.

reïntegratie, werkte een voorspoedige aanpassing tegen.¹¹¹ Aanpassing vereiste vaak zeer gecompliceerde veranderingen. Om ervoor te zorgen dat nieuwe bewegingen de oude vervingen, moest een nieuw evenwicht worden gecreëerd tussen verschillende spiergroepen en bepaalde zenuwverrichtingen anders worden gedoseerd. Dit was niet mogelijk door de spieren te ontzien. Een welwillende werkgever die een arbeidsongeschikte werknemer wilde helpen door hem licht werk aan te bieden, frustreerde de nodige training en daarmee een voorspoedige aanpassing. Een vergelijkbare negatieve invloed op aanpassing kon volgens Van Eden uitgaan van uitkeringen. Een uitkering kon de werknemer afhouden van pogingen om het arbeidsvermogen te herstellen. Hij verwees hierbij naar Duits onderzoek waaruit zou blijken dat aanpassing bij verzekerden veel moeizamer en langzamer verliep dan bij niet-verzekerden.¹¹²

Bij de uitvoering van de Ongevallenwet diende de nadruk volgens Van Eden dan ook te liggen op revalidatie en reïntegratie. Bij voorkeur zou de getroffen werknemer aanpassing moeten vinden door het uitoefenen van het oude beroep in het oude bedrijf. Als dat niet mogelijk was moest hij terecht kunnen bij speciale trainingscentra waar hij meer algemene bewegingen en vaardigheden kon aanleren. Van Eden presenteerde een systematische aanpak om arbeidsongeschikten weer aan het werk te krijgen. Hij had voor deze aanpak inspiratie geput uit een arbeidstherapie die in Duitsland speciaal voor oorlogsinvaliden was ontwikkeld: de opleiding der verminkten.¹¹³ De arbeidstherapie van Van Eden kende drie elementen: functie, aanpassing en beroep.

- functie. Gedurende de eerste fase werden de bewegingsmogelijkheden van de getroffene geanalyseerd. Het ging erom te achterhalen of de getroffene bepaalde bewegingen kon herstellen en of hij bepaalde bewegingen kon aanleren. De getroffene moest vervolgens ervan worden overtuigd dat bepaalde bewegingen hem niet konden schaden.
- aanpassing. De getroffene vulde vervolgens de ontbrekende bewegingsmogelijkheden aan. Voor de weggevallen bewegingsmogelijkheden werd naar goede alternatieven gezocht. Alternatieve bewegingsmogelijkheden konden in het lichaam (bijvoorbeeld door andere spiergroepen) en buiten het lichaam (bijvoorbeeld door middel van prothesen) uitgevoerd worden. Van Eden bekritiseerde hierbij de gangbare praktijk om een verloren lichaamsdeel met behulp van een prothese na te bootsen. Veel meer dan anatomisch herstel moesten prothesen ten doel hebben om de verloren of verzwakte bewegingsmogelijkheid te vervangen.
- Beroep. De nieuwe bewegingen moesten toepassing vinden in de praktijk van het bedrijf. De getroffen werknemer oefende zich in het bedienen van de hem bekende

111 Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 153-154. Zie ook: Ijpelaar, 'Bijzondere aanpassing', 332-337.

112 Van Eden verwees hierbij naar Knepper, 'Ein Beitrag zu dem Kapitel: Gewöhnung an Unfallfolgen', Tilger, 'Über Gewöhnung an Unfallfolgen im Vergleich zur Gewöhnung an nicht von Betriebsunfällen abhängige vergleichbare krankhafte Zustände' en Hillenberg, '15 Fälle von Gewöhnung'. Zie: Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 155-156.

113 Van Eden, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, 163-165.

werktuigen en paste daarvoor de nieuwe bewegingscomplexen toe, die bij zijn veranderende toestand hoorden. Om deze oefening mogelijk te maken, diende een werkgever zijn bedrijf beschikbaar te stellen als oefenschool voor de werknemer, ook als deze nog nauwelijks of geen nuttige arbeid kon verrichten. Van Eden verwachtte dat met name bij de grote bedrijven goede mogelijkheden waren om deze bedrijfsmatige praktijktraining tot stand te brengen. Niettemin hoopte hij ook op de medewerking van het midden- en kleinbedrijf.

Van Eden waarschuwde voor een te lage en een te hoge lichamelijke belasting bij de oefentherapie. Te lage belasting zou tot onvoldoende aanpassing leiden, te hoge belasting kon tot nieuwe letsels leiden of het bestaande letsel vergroten. Hij besloot met de opmerking:

De wil kan de fysieke kracht niet vervangen, maar door de wil kan wel boven de normale kracht gewerkt worden.¹¹⁴

Hoewel de arbeidstherapie in deze jaren niet van de grond kwam, speelde Van Eden een cruciale rol bij de uitvoering van artikel 70. Niet alleen zorgde hij als medisch adviseur voor een uitbreiding van het aantal speciale agenten in 1915 en 1916 (van twee naar vier personen) waardoor de herbeoordeling van rentetrekkingen een duidelijke arbeidsdeskundige invalshoek kreeg. Bovenal droeg Van Eden ertoe bij dat er bij de uitvoering van de herbeoordelingen meer aandacht kwam voor de mogelijkheden tot reïntegratie. Geheel in die lijn benadrukten de speciale agenten Staleman en Ijpelaar in hun beschouwingen in het Tijdschrift voor Ongevallen Geneeskunde dat aanpassing met name goede resultaten te zien gaf als de oriëntatie verschoof naar ander werk dan de getroffen gewend was te verrichten. Zelfs mensen met een ernstig letsel konden zich op die manier weer tot een algemeen bruikbare kracht omhoog werken.¹¹⁵

Na deze algemene principes uit de praktijk van de uitvoering richtten we de blik op een drietal, in de medische literatuur veel beschreven, ziektebeelden om een indruk te krijgen van de werkwijzen en uitkomsten van de claimbeoordeling.

5.5 Eenogigheid

Verlies van gezichtsvermogen was het enige letsel waarvoor in de hier beschreven periode een eenduidige instructie tot stand kwam voor het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid. Deze instructie was het resultaat van een uitvoerig debat dat tussen 1908 en 1910 onder oogheekundigen plaatsvond.

Aanleiding voor het debat waren bij de Rijksverzekeringsbank gerezen vragen over de arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid. Kort na de inwerkingtreding van de

114 a.w., 164.

115 Staleman, 'Aanpassing', 7-32; Ijpelaar, 'Bijzondere aanpassing', 332-337.

Ongevallenwet in 1903 baseerde de Rijksverzekeringsbank zich bij eenogigheid nog op de schatting die in Duitsland gangbaar was. Afhankelijk van het soort werk dat de getroffenere doorgaans verrichtte, werd de arbeidsongeschiktheid vastgesteld op een kwart tot eenderde deel. Het vraagstuk van de aanpassing, dat in 1907 op de voorgrond kwam door de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep over renteherziening, ondergroef de validiteit van de Duitse schatting. Weliswaar bestond er geen twijfel over dat het gezichtsvermogen na het verlies van één oog sterk verminderde door het gemis van stereoscopisch zien. Maar van oogheekkundige zijde werd het inzicht aangedragen dat het functionerende oog na enige tijd in staat was om het gemis van stereoscopisch zien te compenseren. Hierdoor zou de mate van arbeidsongeschiktheid na verloop van tijd veel lager uitkomen dan de Duitse schatting van een kwart tot eenderde deel. Deze constatering was in augustus 1908 voor de Zwitserse artsenbond reden geweest om het verlies van één oog bij een normaal functionerende tweede oog vast te stellen op niet meer dan twintig procent arbeidsongeschiktheid.¹¹⁶

Kooperberg besloot in december 1908 het Nederlandsch Oogheekkundig Gezelschap om advies te vragen over deze kwestie. Tijdens de algemene vergadering op 11 juli 1909 riep het Oogheekkundig Gezelschap een commissie in het leven die de opdracht kreeg om het advies aan de Rijksverzekeringsbank voor te bereiden. Prof. M. Straub werd benoemd tot voorzitter van de commissie; L.J. Lans en J.R. van Geuns werden commissielid. Deze Commissie Straub analyseerde op grond van de ongevallenstatistiek een groot aantal casussen over de arbeidsongeschiktheid van eenogigen.¹¹⁷ Zij maakte daarbij dankbaar gebruik van het promotieonderzoek van R.J. van der Heijde over oogverwondingen en de Ongevallenwet.¹¹⁸ Op 5 juni 1910 presenteerde de Commissie Straub haar bevindingen tijdens de algemene vergadering van het Oogheekkundig Gezelschap. De belangrijkste conclusies waren dat de toegekende rentes voor verlies van één oog in vrijwel alle gevallen te hoog waren, dat het merendeel van de getroffenere geen blijvend inkomstenverlies leden door het ongeval en dat de gevallen waarin het verlies van een oog tot een hoge mate van arbeidsongeschiktheid had geleid, uitzonderingen waren.¹¹⁹

Op grond van deze conclusies adviseerde de Commissie Straub om voor het verlies van één oog een arbeidsongeschiktheid aan te nemen van dertig procent gedurende de eerste twee jaar en van tien tot twintig procent na het tweede jaar. Van eenogigheid was volgens de Commissie sprake als het verwonde oog een visus had van ten hoogste 17 procent (een zesde deel) en het gezonde oog een visus had van minstens 75 procent. In het geval de visus van het gezonde oog onder de 75 procent zakte, zou het percentage arbeidsongeschiktheid hoger uitkomen. De Commissie Straub vond het niet nodig om in het advies rekening te houden met de verschillende beroepen.

116 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 25 oktober 1908 in het Americanhotel te Amsterdam', 2118-2119.

117 Straub et al, *Rapport van de commissie uit het Nederlandsch Oogheekkundig gezelschap*. Zie ook: 'Nederlandsch oogheekkundig gezelschap. Verslag van de 37ste vergadering, 5 juni 1910, te Utrecht', 1269-1302.

118 Van der Heijde, *Oogverwondingen en ongevallenwet*.

119 'Nederlandsch oogheekkundig gezelschap. Verslag van de 37ste vergadering, 5 juni 1910, te Utrecht', 1293.

Het was namelijk zeer lastig om te bepalen in hoeverre het verlies van een oog het ene beroep lastiger uitvoerbaar maakte dan een ander beroep. Bovendien was uit de casuïstiek naar voren gekomen dat de arbeidsgeschiktheid van de meeste eenogigen na een jaar weer op gelijk niveau was gekomen met die van tweeogigen.¹²⁰

Dit laatste standpunt lokte kritisch commentaar uit van de oogheelkundige H.G.W. Plantenga. Deze achtte het juist van groot belang dat de individuele beroepsmogelijkheden en bekwaamheden belangrijke criteria werden bij de vaststelling van het percentage arbeidsongeschiktheid. Het gezichtsvermogen was voor het ene beroep nu eenmaal belangrijker dan voor het andere beroep en deze diversiteit moest in de schatting tot uiting worden gebracht. Plantenga stelde voor om bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheid uit te gaan van vier beroepsgroepen:

1. beroepen waarbij buitengewone eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
2. beroepen waarbij tamelijk hoge eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
3. beroepen waarbij in het algemeen geen hoge eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld;
4. beroepen waarbij zeer lage eisen aan het gezichtsvermogen werd gesteld.

Een commissie van werkgevers, werknemers en oogartsen zou alle beroepen in een van de vier beroepsgroepen moeten indelen. Afhankelijk van de beroepsgroep kon het percentage arbeidsongeschiktheid volgens Plantenga variëren van 25 tot veertig procent.¹²¹

De kritische commentaren van Plantenga en anderen leidden ertoe dat het rapport van de Commissie Straub tijdens de algemene vergadering van het Oogheelkundig Gezelschap niet ter stemming werd gebracht. Desondanks had het rapport een grote uitwerking op beleid van de Rijksverzekeringsbank. Kooperberg beschouwde het rapport als een goede basis om een eenduidige instructie voor het schatten van de arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid op te stellen. Hij wist gedaan te krijgen dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank het advies van de Commissie Straub in hoofdlijnen overnam. De Rijksverzekeringsbank zou bij eenogigheid een percentage arbeidsongeschiktheid aannemen van dertig procent voor het eerste jaar, waarna het percentage zou dalen naar 25 procent. De Commissie Straub had een daling na twee jaar van dertig procent naar tien tot twintig procent geadviseerd. De criteria die de Commissie Straub aan eenogigheid stelde nam de Rijksverzekeringsbank ongewijzigd over. Dit betekende dat van eenogigheid gesproken kon worden als het verwonde oog een visus had van ten hoogste zeventien procent (eenzesde deel) en het gezonde oog een visus had van minstens 75 procent. Een lagere visus van het gezonde oog zou reden zijn voor een hoger percentage arbeidsongeschiktheid dan de standaard aanname van dertig c.q. 25 procent.¹²²

De Centrale Raad van Beroep sanctioneerde dit beleid in een groot aantal beroepszaken. Het valt daarbij op hoe rigide deze zich aan de standaard aanname hield. Dit

120 a.w., 1300-1301.

121 a.w., 1438-1441. Zie ook Schoute, 'Schadevergoeding bij oogverwondingen', 1682-1683.

122 Van Eden, 'Ongevallen-rechtspraak. Invaliditeits-schatting bij verlies van één oog', 496.

bleek bijvoorbeeld in 1917 toen de Raad van Beroep in Amsterdam op advies van de oogheelkundige W.P.C. Zeeman een besluit van de Rijksverzekeringsbank vernietigde. Zeeman had vastgesteld dat het verlies van het rechteroog bij een werknemer in de eerste maanden na het ongeval duizeligheid veroorzaakte, waardoor het uitvoeren van het werk extra moeilijk werd. Om die reden vond hij de standaard aanname van dertig procent arbeidsongeschiktheid te laag. De Raad van Beroep in Amsterdam had daarop in een uitspraak het percentage arbeidsongeschiktheid in de eerste maanden op zestig procent gesteld. Na enkele maanden moest het percentage geleidelijk naar dertig procent verlaagd worden, om na een jaar op 25 procent uit te komen.¹²³ De Centrale Raad van Beroep vernietigde de uitspraak van de Raad van Beroep in Amsterdam met het argument dat de 'sinds jaren te dezen opzichte bestaande jurisprudentie' gehandhaafd diende te worden, waarmee de arbeidsongeschiktheid onverkort werd gesteld op dertig procent in het eerste jaar en 25 procent in de jaren daarna.¹²⁴

Het was opvallend dat de centrale raad met deze jurisprudentie voorbij ging aan de individuele beroepsmogelijkheden en bekwaamheden. Hierdoor leek de bepaling uit artikel 22 van de Ongevallenwet 1901, dat een werknemer arbeidsongeschikt was als hij 'geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid welke overeenkomt met zijne krachten vóór het ongeval en met zijne bekwaamheden', minder van toepassing te zijn op oogletsels. De standaardaanname van arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid week dan ook sterk af van de systematiek die de Rijksverzekeringsbank en de rechtspraak doorgaans toepasten bij het schatten van de arbeidsongeschiktheid. In feite hadden zij hier de systematiek van de particuliere verzekeringsmaatschappijen overgenomen, aangezien die al langer uniforme percentages vaststelden bij het verlies van een oog.

Plantenga had met zijn voorstel om de beroepsmogelijkheden mede maatstafgevend te laten zijn, het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid bij eenogigheid meer in overeenstemming willen brengen met artikel 22 van de Ongevallenwet 1901. Maar zijn voorstel raakte in de vergetelheid nadat de Commissie Straub het naast zich neer had gelegd.

5.6 *Tuberculose*

De ziekte tuberculose stelde de uitvoerders van de claimbeoordeling voor lastige afwegingen. In de meeste gevallen was namelijk een direct bewijs voor een verband tussen de tuberculose en het ongeval niet te leggen. Bovendien kon de tuberculose op verschillende manieren in verband staan met het ongeval. De medische literatuur onderscheidde een direct oorzakelijk verband (de primair traumatische tuberculose) en een indirect verband.

Van een direct oorzakelijk verband tussen het ongeval en de tuberculose was sprake

123 a.w., 497-501.

124 a.w., 507-508.

als tuberkelbacteriën rechtstreeks in het lichaam werden gebracht, bijvoorbeeld door middel van een scherp voorwerp. De beoordelaars konden zo'n verband slechts bij hoge uitzondering vaststellen. Kwam het al zelden voor dat mensen rechtstreeks door een ongeval tuberculose opliepen, de enkele gevallen die werden aangegeven waren buitengewoon lastig te bewijzen. Een direct oorzakelijk verband was namelijk alleen door een chronologische bewijsvoering overtuigend aan te tonen. Vastgesteld moest worden dat er voor het ongeval geen latente haard van tuberculose in het lichaam aanwezig was. Dit was alleen mogelijk als voor het ongeval toevallig tuberculine was ingespoten zonder positief resultaat of als sectie op het lichaam van een overledene verricht kon worden.¹²⁵ De casuïstiek in de vaktijdschriften leverde dan ook nauwelijks voorbeelden op van zo'n direct verband tussen ongeval en tuberculose.¹²⁶

Een uitzondering gold voor de zogenaamde bovine tuberculose infecties. Het ging hierbij om acute tuberculeuze processen die vanuit een huidinfectie optraden en veelal veroorzaakt werden door het omgaan met vee. Met name het werk in abattoirs bracht in dit opzicht risico's met zich mee. Bovine tuberculose infecties waren dan ook vaak terug te voeren op de uitoefening van het bedrijf. Om die reden volgde de Rijksverzekeringsbank in dergelijke gevallen een epidemiologische bewijsvoering. Hoewel het niet altijd met zekerheid vaststond dat de infectie door het werk was ontstaan, nam de Rijksverzekeringsbank bij bovine tuberculose vrijwel altijd een ongeval aan.¹²⁷

Veel vaker dan een direct verband kwam een indirect verband tussen ongeval en tuberculose voor. Hiervoor werd fysiologisch redeneren ingezet, iets dat creativiteit en vakkennis vereiste. Door een ongeval vond een verwonding of een algehele vermindering van het weerstandsvermogen plaats, waardoor een latent aanwezige tuberculose gemakkelijker kon opvlammen. Aanvankelijk gingen de beoordelaars ervan uit dat een specifieke verwonding, bijvoorbeeld aan een long of ledematen, de uitbraak van een latente tuberculose op de plaats van de wond teweeg bracht. Met name bloeduitstortingen en verwondingen van het slijmvlies zouden de uitbraak van open tuberculose bevorderen. Dit konden zware verwondingen zijn met fracturen, maar ook lichte kneuzingen. Zelfs een sterke schudding door een val van enige hoogte kon aanleiding geven tot verscheuring van een bloedvat, bloeduitstorting, of ontstekingen en daarop volgende tuberculeuze verschijnselen.¹²⁸

De controlerend geneeskundige Van Herwerden refereerde in dit verband naar de traumatische bottuberculose die herhaaldelijk aanleiding gaf voor een toekenning van ongevallenrente. In 1909 maakte hij in het NTVG gewag van twee gevallen. Een steenhouwer liep op 18 maart 1909 door een val een kneuzing op aan zijn rechteronderbeen. Op 12 mei moest deze het werk staken, omdat tuberculose in het rechterkuit-

125 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1039.

126 De belangrijkste vaktijdschriften waren het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*.

127 Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1043-1044.

128 Buning, *Ongeval en ziekte*, 159-160; 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', NTVG, 1909 I, 1039-1040.

been was opgetreden die zich snel over het been verspreidde. De steenhouwer werd honderd procent arbeidsongeschikt verklaard. Een andere casus betrof een bankwerker die op 17 maart 1906 een kneuzing van zijn hand opliep door de val van een stuk ijzer. Drie dagen later legde hij het werk neer. In mei werd een tuberculose aan drie handwortelbeentjes geconstateerd. Een half jaar later kon hij als kantoorklerk aan de slag. Twee jaar later moest hij het werk alsnog staken, omdat uitgebreide tuberculose was opgetreden. Ook deze persoon werd uiteindelijk honderd procent arbeidsongeschikt verklaard.¹²⁹

Onderzoek van de Duitse medicus Arthur Mayer toonde echter aan dat een uitbraak van tuberculose zelden volledig was terug te voeren op een specifieke verwonding van een bepaald lichaamsdeel. Veeleer moest de oorzaak worden gezocht in een algehele vermindering van het weerstandsvermogen van het lichaam. Volgens Mayer kon een verwonding van ieder lichaamsdeel het weerstandsvermogen verminderen en een tot dan toe latente tuberculose mobiliseren. Hierdoor kon het bijvoorbeeld gebeuren dat door een ongeval aan een voet tuberculose in het hersenvlies ontstond.¹³⁰

De bevinding van Mayer had tot gevolg dat de Rijksverzekeringsbank een verband moest beoordelen tussen het ongeval, de vermindering van het weerstandsvermogen en een uitbraak van tuberculose. Dit was bepaald geen eenvoudige opgave. De controlerend geneeskundige moest allereerst de gezondheidstoestand van de getroffen vóór het ongeval achterhalen. Soms kon hij gebruik maken van een medisch dossier bij een huisarts. Maar als dit ontbrak of onvoldoende informatie bevatte was hij aangewezen op de vaak gekleurde mededelingen van de getroffene en diens familie, vrienden en collega's. Vervolgens was het van belang om op basis van de aangifte en de getuigenverklaringen in kaart te brengen hoe het ongeval had plaats gehad. Met de verzamelde informatie probeerde de controlerend geneeskundige in te schatten of de opgegeven verwonding een verslechtering van de weerstand had kunnen veroorzaken.¹³¹

Een volgende stap in het onderzoek was de zorgvuldige waarneming van het ziekteverloop. Herhaaldelijk kwam het voor dat de behandelend geneesheer in de eerste weken na het ongeval naliet om de getroffene te onderzoeken op een mogelijke aanwezige tuberculose. Na maanden en jaren was het meestal onmogelijk na te gaan of de aangetroffen verschijnselen reeds bestonden vóór het ongeval. Bij een dodelijke afloop kon een patholoog anatoom wellicht enige duidelijkheid over het ziekteverloop verkrijgen. Maar als de getroffene nog leefde moest de controlerend geneeskundige uiteraard omzien naar een andere aanpak. De vraag die dan aan de orde kwam, was welke grens hij als uiterste termijn moest aannemen om nog van een samenhang tussen ongeval en tuberculose te kunnen spreken. Vaste regels hierover bestonden niet. Wel bood de medische literatuur een indicatie. Zo kon voor het opvlammen van een

129 Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1041-1042.

130 Mayer had zijn bevindingen beschreven in het Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie, 17er Band, Zweiter Heft, 1915. Zie 'Trauma en longtuberculose', 179-182.

131 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1040-1041.

manifeste tuberculose een termijn van drie maanden worden aangehouden. Waren er voortdurend ziekteverschijnselen na het ongeval (zoals pleuritis) dan kon de termijn op 1 jaar of langer worden gesteld. Ontbraken alle verschijnselen tussen ongeval en de later optredende tuberculose, dan lag een uiterste termijn van zes maanden in de rede. Overigens beschouwden de controlerend geneeskundigen ieder geval op zichzelf. Bij twijfel konden zij besluiten om de getroffene ter waarneming in een ziekenhuis of sanatorium te laten opnemen.¹³²

De volgende casus uit 1916 geeft aan hoe de Rijksverzekeringsbank in de praktijk het verband tussen ongeval, verlaging van de weerstand en de uitbraak van tuberculose probeerde aan te tonen.¹³³ Een 19-jarige werkman gleed op 7 januari 1916 tijdens het werk uit en viel achterover met zijn rug op een vast staande hoge plank. Het aangifteformulier meldde een kneuzing in de lendenstreek van de rug. De behandelend geneeskundige schatte een herstelperiode van vijf dagen in. De werkman probeerde na vijf dagen het werk weer op te pakken, maar kon dit niet volhouden. Vervolgens lag hij tot 22 januari thuis op bed, waarna hij in een klein ziekenhuis werd opgenomen. De pijn werd erger, vooral rechts achter in de rug. Zodra hij plat op bed lag, was de pijn gering. Maar als hij zich omdraaide werd de pijn ondraaglijk. Ook zitten ging erg moeilijk. Op 24 februari werd de werkman ter nadere observatie overgebracht naar een groot ziekenhuis. Op grond van röntgenfoto's, een sterk schommelende hoge temperatuur en de constatering van tuberculeuze huiduitslag op de schouder, stelde de ziekenhuisarts een tuberculeus proces vast. De controlerend geneeskundige constateerde vervolgens dat de tuberculose waarschijnlijk reeds voor het ongeval in de kiem aanwezig was. Het ongeval zou een verdere ontwikkeling van de tuberculose hebben bespoedigd, zo luidde zijn bevinding. Om die reden beschouwde de controlerend geneeskundige het letsel als een bedrijfsongeval.

In juni en juli trad er echter een sterke verbetering op. De werkman kon zonder pijn de rug bewegen. Hij zag er goed uit en maakte al plannen om naar huis te gaan. Op 8 augustus kreeg de werkman plotseling hevige hoofdpijn en steeg de temperatuur weer. Op 16 augustus raakte de werkman buiten bewustzijn, de temperatuur bleef hoog, er vertoonden zich krampen, hij braakte, en op 31 augustus ten slotte overleed hij. Bij sectie trof de patholoog anatoom tuberkelbacteriën aan in het hersenvlies, het rechterborstvlies en de borstwervels. De vrij vaste haarden in de wervellichamen en de aanhechting van nieuw been wezen op een genezing van de wervels. De medisch adviseur concludeerde op grond van het ziekteverloop (zoals uit de medische rapporten was op te maken) en het sectierapport, dat er een indirect verband bestond tussen ongeval, vermindering van de weerstand en tuberculose. Weliswaar was de hersenvliesontsteking de primaire doodsoorzaak, maar deze was veroorzaakt door tuberculeuze processen in de borststreek die door het ongeval waren opgevlamd. De medisch

132 Idem en de reactie van Van Herwerden, 'Naschrift bij traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', 1042-1043. Zie ook: 'De waarde der tuberculine-diagnostiek bij ongevallen', 1389.

133 Van Eden, 'Verwonding van den rug – Meningitis basilaris tuberculosa', 19-22.

adviseur vatte de dood van de werkman dan ook op als een indirect gevolg van het bedrijfsongeval.

Nu kon in lang niet alle gevallen met zo'n grote zekerheid een verband tussen het ongeval, verlaging van de weerstand en de tuberculose worden aangenomen. Bij twijfel was de Rijksverzekeringsbank al snel geneigd een verband niet aan te nemen en derhalve de toekenning van een ongevallenrente te weigeren. De Centrale Raad van Beroep hanteerde daarentegen bij twijfel een veel soepelere uitgangspunt. In de regel vroeg de centrale raad bij een lastige beroepszaak advies van een onafhankelijke deskundige. Als deze met minimaal vijftig procent zekerheid een verband inschatte, dan was dat voor de centrale raad meestal voldoende grond om een ongevallenrente of uitkering toe te kennen.¹³⁴

5.7 Traumaneurose

Het ziektebeeld dat de uitvoerders van de claimbeoordeling de meeste hoofdbrekens bezorgde was de traumaneurose (ook wel renteneurose of schrikneurose genoemd). Het ging hierbij om een psychiatrisch ziektebeeld zonder aanwijsbare lichamelijke oorzaak, waarvan werd aangenomen dat een ongeval een belangrijke rol had gespeeld bij het ontstaan ervan. De traumaneurose ging vaak gepaard met hevige angsten en spanningen bij het bewegen van bepaalde lichaamsdelen of het verrichten van bepaalde handelingen. De getroffenen waren doorgaans ervan overtuigd dat zij niet tot werken in staat waren en om die reden recht hadden op een uitkering of rente. De artsen waren bezorgd dat het middel (de rente) erger was dan de kwaal. Was dit wel ziekte? Was het geen aggraviatie of simulatie?

De aanleiding voor het ontstaan van traumaneurose was meestal een lichamelijke letsel als gevolg van een ongeval. Getroffenen klaagden over pijn en invaliditeit. De klachten hielden aan, ook nadat genezing van het lichamelijke letsel was vastgesteld. Geleidelijk werden de klachten vager en vager waarbij steeds nadrukkelijker bepaalde psychiatrische symptomen optraden. Geneeskundigen constateerden vaak een bleek gelaat, geestelijke verwarring, prikkelbaarheid, slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid, oorsuizing, stijve houding, rugpijn en een algemene lichaamszwakte. Traumaneurose kwam voor in combinatie met andere psychiatrische ziektebeelden, zoals histerie, neurasthenie, hypochondrie, depressie en psychose.¹³⁵

De precieze oorzaak van de traumaneurose was meestal moeilijk te geven. Vanzelfsprekend moest er een oorzakelijk verband zijn met een ongeval. Maar er was meer. Uit Duitse onderzoeken naar oorlogsneurosen kwam naar voren dat de eigenschappen van de getroffene en de behandeling door de geneeskundige van doorslaggevende betekenis waren voor het ontstaan van het ziektebeeld. Vaak wees de

134 Zie bijvoorbeeld: Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Een geval van tuberculeuze meningitis na trauma', 1705-1707; Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Dood aan tuberculose, 5 jaar na een traumatische handtuberculose', 1107-1110.

135 Bouman, 'Neurosen en psychosen', 191-192; Van Trooyen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, 110-121.

voorgeschiedenis uit dat de getroffene bijzonder vatbaar was voor nervositeit, overspanning en zelfmedelijden. Een medische behandeling werkte bij deze persoon al snel verslavend door de persoonlijke aandacht die hij kreeg. De behandelend geneeskundige kon traumaneurose in de hand werken door overdreven veel compassie te tonen en door de gezondheidssituatie negatief af te schilderen. Het bestaan van een wettelijke ongevallenverzekering werkte daarbij stimulerend op het ziektebeeld. De getroffene was al snel geneigd om de rente te beschouwen als een soort smartengeld waar hij een moreel recht op had. Bood de behandelend geneeskundige daarentegen een duidelijk perspectief op herstel en spoorde hij de getroffene aan om zo spoedig mogelijk het werk te hervatten, dan verminderde hij juist de kans op traumaneurose in aanzienlijke mate.¹³⁶

De diversiteit aan oorzaken en de vaagheid van de klachten maakten traumaneurose moeilijk objectiveerbaar. Was het vaststellen van een neurose op zichzelf al lastig; het aannemelijk maken van een verband met een ongeval compliceerde de claimbeoordeling aanzienlijk. Om meer zekerheid te krijgen over de aard en herkomst van de klachten vroegen controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank vaak verschillende deskundigen om advies. Kwamen de deskundigen tot overeenkomstige conclusies, dan namen de controlerend geneeskundigen in de regel de gezamenlijke uitkomsten over in het beoordelingsrapport. Daar waar adviezen elkaar in hoge mate tegenspraken (hetgeen regelmatig gebeurde) was de gebruikelijke reactie om extra deskundigen met enig gezag bij de zaak te betrekken. Het advies van deze gezaghebbende personen was vaak doorslaggevend voor het wel of niet toekennen van een rente. Ook de rechtspraak vroeg in beroepszaken verschillende deskundigen om advies. Hierdoor kon het aantal adviseurs per geval behoorlijk oplopen. Zo waren er gevallen waarover meer dan 20 deskundigen zich bogen.¹³⁷

De controlerend geneeskundigen waren ontevreden over deze gang van zaken. In een poging het aantal adviezen te beperken vroegen zij zich af welke deskundige het beste om advies kon worden gevraagd. Zo bleken psychiaters veel minder snel dan internisten geneigd te zijn om neurasthenie te diagnosticeren, doordat zij uitgingen van een beperkte definitie. Ook wisten psychiaters vaak beter dan andere medisch deskundigen een onderscheid te maken tussen snel voorbijgaande klachten en echte endogene psychische kwalen.¹³⁸ Om die reden konden de controlerend geneeskundigen het aantal toekenningen van traumaneurose beperken als zij hoofdzakelijk psychiaters om advies vroegen. Aan de andere kant bracht de sterke gerichtheid van psychiaters op objectieve symptomen weer het risico met zich mee, dat arbeidsgerelateerde en juridische aspecten te zeer over het hoofd werden gezien. Volgens de controlerend geneeskundige Van Trooijen waren veel externe deskundigen daardoor niet in staat om de gegevens te verstrekken die voor een juridische beoordeling van de

136 'Zoogenaamde "traumatische neurose"', 493-495.

137 Zie bijvoorbeeld Van Herwerden, 'Ongevallenwet. Beëindiging van de rente wegens aannemen van simulatie', 1092-1095

138 'Diagnose van neurasthenie, traumatische neurose, enz.', 385-386.

claim nodig was.¹³⁹

Het gemis aan eenduidige objectieve indicaties voor traumaneurose vergrootte de mogelijkheden van verzekeren om de ziekte voor te wenden. Bij de claimbeoordeling kwam dan ook regelmatig de vraag aan de orde of de getroffene daadwerkelijk aan traumaneurose leed, dan wel de ziekte simuleerde. De psychiater Pieter Bierens de Haan kwam in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde* met een betrekkelijk eenvoudige stelregel. Volgens hem kon een traumaneurose alleen tot ontwikkeling komen als de getroffene een voorgeschiedenis had van psychiatrische klachten. De controlerend geneeskundige of andere beoordelaars dienden dan ook na te gaan of de getroffene reeds voor het ongeluk aanleg had voor psychiatrische ziektes dan wel gedurende langere tijd een chronisch zenuwpatiënt was. Kon deze vraag bevestigend worden beantwoord, dan was de mogelijkheid van traumaneurose aanwezig. Was een dergelijke aanleg niet aan te tonen, dan was het waarschijnlijk dat de getroffene de traumaneurose simuleerde.¹⁴⁰

In de praktijk verliep de claimbeoordeling bij traumaneurose echter minder eenvoudig dan Bierens de Haan suggereerde. Niet alleen waren vaak onvoldoende gegevens over de voorgeschiedenis beschikbaar, in veel gevallen openbaarde de neuroses zich pas duidelijk na het ongeval. Een bekend voorbeeld waren de hysterische neuroses die altijd na het ongeval opkwamen, omdat zij het gevolg waren van de angst voor verlaging of intrekking van de ongevallenrente. De Rijksverzekeringsbank keerde bij hysterische neuroses alleen een schadeloosstelling uit als de getroffene op juiste gronden een beroepsprocedure had aangespannen tegen een besluit of een rechterlijke uitspraak. Ervaringen in Duitsland hadden uitgewezen dat de schade bij traumatische hysterie het beste beperkt kon worden als de procedure snel met een eenmalige uitkering werd afgewikkeld. Daarentegen vergden ziektebeelden als neurasthenie, die vaak een langere voorgeschiedenis hadden, een zorgvuldige individuele aanpak. In dergelijke gevallen lag de toekenning van een blijvende rente in de rede.¹⁴¹ In de literatuur werd veel aandacht besteed aan het Duitse standpunt van met name Oppenheim die sprak van veronderstelde irreversibele microtraumata in de hersenen, versus het Franse standpunt van met name Charcot dat het hier om reversibele functionele klachten ging.¹⁴²

Dat de claimbeoordeling bij traumaneurose door de uiteenlopende verschijningsvormen en de grote kans op simulatie een gecompliceerd proces kon zijn, blijkt uit de volgende gevalsbeschrijving. Een touwspinner van 55 jaar bezeerde op 28 september 1908 zijn rechtervoet door in een greppel te stappen. Sindsdien klaagde hij over pijn aan de rechterenkel waardoor hij niet op zijn rechtervoet kon staan. Bij het

139 Van Trooijen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, 123.

140 Bierens de Haan, 'Een geval van traumatische neurose', 1013-1016.

141 Hierbij werd gerefereerd aan Schultze, *Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts* en Neel, 'Über traumatische Neurosen, deren späteren Verlauf und ihr Verhältnis zur Entschädigungsfrage'. Zie 'Boekaankondigingen', 525-526; Van der Torren, 'Boekbeoordeling en referaten', 116-117.

142 Van Londen, 'Nog een enkele opmerking over traumatische neurose', 173.

lopen kon hij de hiel niet op de grond krijgen en liep daardoor voortdurend op zijn tenen. Nadat hij gedurende 19 maanden een volledige ongevallenrente had ontvangen, besloot de Rijksverzekeringsbank de renteverstrekking op grond van externe advisering te beëindigen. De deskundigen J. Loopuyt en J.W. Deknatel waren los van elkaar tot de conclusie gekomen dat de touwspinner de kwetsuur simuleerde. In beroep werd de touwspinner door de deskundige C. van Rossem onderzocht. Hij constateerde weliswaar verhoogde kniepeesreflexen, maar beschouwde deze neuroseverschijnselen niet als een gevolg van het ongeval. De getuige deskundige D. Boks trok daaruit de conclusie dat de touwspinner leed aan traumatische hysterie. De Raad van Beroep nam de conclusie van Boks over en kende een rente toe van vijftig procent. De Rijksverzekeringsbank ging tegen deze uitspraak in hoger beroep. De Centrale Raad van Beroep riep de hulp in van de Leidse Hoogleraar psychiatrie G. Jelgersma. Deze constateerde dat de touwspinner gedeeltelijk de klachten simuleerde. Jelgersma had de touwspinner laten achtervolgen door een collega die het onderzoek had bijgewoond. De touwspinner had eerst gewoon gelopen. Zodra hij echter de collega in het vizier had gekregen had hij gedaan alsof hij slecht ter been was. Een andere conclusie verbond Jelgersma aan de verhoogde reflexen van voet en enkel, die hij beoordeelde hij als traumatische hysterie die was ontstaan door de angst om de ongevallenrente te verliezen. Jelgersma adviseerde de Centrale Raad van Beroep geen rente meer te verstrekken, ondanks dat de getroffene aan traumatische hysterie leed. Daarbij voegde hij de volgende opmerking toe: 'Het is in zijn belang hem geen uitkering te geven, te meer nu hij zelf beweert aan de beterende hand te zijn.' De centrale raad nam het advies van Jelgersma over en weigerde verdere schadeloosstelling.¹⁴³

Omstreeks 1918 ontstond het inzicht dat dergelijke langdurige procedures op zichzelf al een negatieve uitwerking hadden op de genezing van traumaneurose. Daarmee won de Franse benadering het van de Duitse. Buitenlandse ervaringen met de behandeling van neuroses bij oorlogsinvaliden wezen uit dat een snelle maar vooral ook vroegtijdige behandeling de beste resultaten opleverde. Zolang de getroffene nog niet de zinnen had gezet op een schadeloosstelling, kon de getroffene betrekkelijk snel van de traumaneurose genezen. Was de getroffene eenmaal gefixeerd geraakt op een rente, dan maakte het voor de genezing niet meer veel meer uit of hij zijn zin kreeg of dat hem de rente werd geweigerd. In beide gevallen was genezing binnen twee jaar te verwachten. Deze bevinding werd bevestigd door onderzoeken naar aanpassing van de speciale agenten van de Rijksverzekeringsbank. De administrateur van de geneeskundige binnendienst Brust stelde om deze reden voor om lijders aan traumaneurose standaard een rente toe te kennen van twee jaar. Deze standaardaanname zou de Rijksverzekeringsbank verlossen van een groot aantal rentetrekkingen dat inmiddels genezen was en van een groot aantal moeizame procedures over renteherziening.¹⁴⁴ Hoewel het voorstel van Brust niet in de praktijk werd gebracht, markeerde het wel

143 Van Herwerden, 'Ongevallenwet, Ongevallenwetneurose (ook wel ongevalneurose genoemd)', 528-530.

144 Brust, 'Rentetoekenning bij traumaneurose', 6-9.

een belangrijke wijziging in het denken over traumaneurose. In 1920 rezen binnen de psychiatrie en de verzekeringsgeneeskunde in Duitsland grote twijfels over het bestaan van neuroses na een ongeval. Wetenschappelijk zou er geen bewijsgrond zijn voor het bestaan van traumatische neurasthenie en traumatische hysterie. Wel was het mogelijk dat er psychische stoornissen na een ongeval optraden, maar deze waren van korte duur en oefenden al een korte tijd na het ongeval nauwelijks invloed uit op de arbeidsgeschiktheid van de getroffen¹⁴⁵. Deze inzichten werkten spoedig door in de Nederlandse uitvoeringspraktijk. De Rijksverzekeringsbank werd na 1920 steeds terughoudender in het verstrekken van rente bij traumaneurose en de rechtspraak leek zich daarbij aan te sluiten.

6 Claimbeoordeling als vak

6.1 *Ontstaan van het vak*

De uitvoerders van de claimbeoordeling waren de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten. Over de laatste groep is opmerkelijk weinig terug te vinden in de bronnen. Van tijd tot tijd werden in beschouwingen de activiteiten van de speciale agenten geprezen en zo ook hun samenwerking met de controlerend geneeskundigen. De Rijksverzekeringsbank verwachtte van de speciale agenten dat zij goed op de hoogte waren van de eisen die aan het uitoefenen van verschillende soorten van werk werden gesteld. De primaire taak van de speciale agenten was om informatie aan te dragen voor het bepalen van het juiste percentage arbeidsongeschiktheid bij mensen die deels werkten. Hoe zij dat precies deden en hoe de Rijksverzekeringsbank daarop stuurde, is niet bekend. Pas in de tijd van de WAO verkregen de speciale agenten een prominente plaats onder de naam 'arbeidsdeskundige'. In deze paragraaf gaan we in op de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskunde, die wel goed gedocumenteerd is.

Het vak dat we nu verzekeringsgeneeskunde noemen moest na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet eigenlijk nog worden uitgevonden. De medische beroepsgroep had de parlementaire behandeling van de verschillende wetsvoorstellen vrijwel geheel aan zich voorbij laten gaan. De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG) beperkte zich tot het sturen van een verzoekschrift in juli 1900 aan Minister Lely waarin zij om waarborgen vroeg voor het beroepsgeheim.¹⁴⁶ Voor de rest deed het hoofdbestuur van de NMG weinig om standpunten van de medische beroepsgroep in het wetgevende proces door te laten klinken. Sterker nog, het vormde zich niet eens een zelfstandig inhoudelijk standpunt over de wettelijke ongevallenverzekering en de mogelijke rol van de geneeskundigen in de uitvoering

¹⁴⁵ Met name werd verwezen naar de publicaties van Lehmann, *Versuch einer Studie zur gerichtsärztlich – psychologischen Wertung der Aussage* en Reichardt (1920). Zie Meijers, 'Die Unwahrhaftigkeit', 89-94.

¹⁴⁶ De Vries, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901*, 316-317, 401.

ervan.¹⁴⁷

Ook na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet op 1 februari 1903 toonde de medische beroepsgroep weinig betrokkenheid met de claimbeoordeling. Omdat bovendien de originele aanpak van Kooperberg het overnemen van buitenlandse praktijken maar beperkt mogelijk maakte, bleef de claimbeoordeling in de begintijd een nagenoeg braakliggend terrein. Het was aan de kleine groep van medici binnen de Rijksverzekeringsbank en enkele geïnteresseerde buitenstaanders om dit terrein te ontginnen. Aanvankelijk duiden zij het vak aan met de term ‘ongevallengeneeskunde’. Met de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 veranderde deze aanduiding in ‘verzekeringsgeneeskunde’.¹⁴⁸ Twee decennia later, in 1938, raakte de term ‘sociale verzekeringsgeneeskunde’ in zwang.¹⁴⁹

Het bijzondere van het vak leek te zijn gelegen in twee aspecten. In de eerste plaats was er het feit dat de arts meewerkte aan de uitvoering van een sociale verzekeringswet binnen een administratief en juridisch kader van sturing en kwaliteitsbewaking. In de tweede plaats kwam de arts tegenover de cliënt te staan in plaats van erboven of ernaast

Het werken in een juridisch kader verliep opmerkelijk soepel. Vanaf het begin zagen Kooperberg en de controlerend geneeskundigen het als een voldongen feit dat de arts adviseerde en dat het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besliste. Ook beschouwden zij het als vanzelfsprekend dat het medische advies over het letsel naast het juridische advies stond. Bovendien toonden zij zich bereid om binnen een administratieve organisatie te functioneren. Er is geen documentatie voorhanden waaruit blijkt dat de controlerend geneeskundigen spanning ervoeren in hun verhouding tot de Rijksverzekeringsbank. Toch zullen zij zich ongetwijfeld gestoord hebben aan de grote toevloed van werk en het daardoor ontstaan van problemen bij de uitoefening ervan.

Dat na het traject bij de Rijksverzekeringsbank de rechter vervolgens het eindoordeel had, werd wel soms van commentaar voorzien. Een voorbeeld was de uitgebreide discussie over de competentie van juristen versus artsen in 1916.¹⁵⁰ Omdat de rechter geen verstand had van medische zaken zou een gedeelte van de Raden van Beroep uit artsen moeten bestaan. Dit standpunt groeide echter niet uit tot een strijdpunt.

De positie van de arts tegenover de cliënt was daarentegen wel een voortdurend onderwerp van discussie tussen de medisch adviseur en controlerend geneeskundigen aan de ene kant en de behandelend artsen aan de andere kant. Het ging dan niet zozeer over de voor- of nadelen van zo'n positie. De discussie spitste zich hoofdzakelijk toe op de vraag hoe de artsen zich tegenover de cliënt dienden op te stellen. De

147 Deknatel, 'Inleiding tot de studie van den werkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', 281-282. Zie ook Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 186.

148 De controlerend geneeskundige D. Brocx was de eerste die de term 'verzekeringsgeneeskunde' bezigde. Zie Brocx, 'De controle vóór den 43sten dag', 132.

149 Willems, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', 326.

150 De Bruïne Ploos van Amstel, 'De Raad van Beroep', 157-164; 297-303; Mortier Hymans, 'De Raad van Beroep', 224-236; Snoeck Henkemans, 'De "medisch pleitbezorger" voor den Raad van Beroep', 282-287.

controlerend artsen wilden volwaardig meetellen in de medische gemeenschap, maar hadden ook een bijzondere positie doordat zij ook in een juridische wereld werkten. De hulpverleners stonden naast hun patiënten en wat inzicht in ziekte betreft, erboven. De controlerend geneesheer stond eerder tegenover de getroffenen en soms ook tegenover hun hulpverleners.

De ontwikkeling van de jurisprudentie was voor de artsen duidelijk een baken in de ontwikkeling van hun vak. De uitspraken werden nauwgezet gevolgd en van commentaar voorzien en ook betrokken in gevalsbesprekingen in de tijdschriften.¹⁵¹ Daarbij moet worden bedacht dat de jurisprudentie sterk gevuld was met opinies van allerlei behandelende en beoordelende artsen.

Zoals eerder beschreven maakten de dokters zich druk om een eenduidige uitvoering van de wet. Aanvankelijk liep alles via de medisch adviseur, die daarmee een sterk stroomlijnende functie had. Door de snelle uitbreiding van de staf was deze praktijk niet lang vol te houden. Andere wegen moesten bewandeld worden om het groeiende aantal neuzen dezelfde richting uit te laten wijzen. Dat gebeurde al snel door het schrijven van artikelen en handboeken door de controlerend geneeskundigen. Met de oprichting van een vereniging in 1908 en een eigen tijdschrift in 1916 ontstonden er podia voor vakinhoudelijke discussie. Een gedeelte van deze discussie was gewijd aan de methoden en instrumenten voor de claimbeoordeling. In het navolgende zullen wij nader ingaan op de organisatie van de beroepsgroep en de discussies die in deze kring werden gevoerd.

6.2 *Organisatie*

Vereniging

De organisatie van de verzekeringsgeneeskunde begon met de Internationale congressen over ongevalleneeskunde. In 1905 vond het eerste congres in Luik plaats en in 1909 het tweede congres in Rome. Het derde congres vond in 1912 plaats in Düsseldorf. Met het uitbreken van de eerste wereldoorlog in 1914 werd de serie van internationale congressen voor langere tijd onderbroken. De Nederlandse afvaardiging was betrekkelijk goed vertegenwoordigd tijdens deze congressen. Zo hielden Kooperberg en Van Trooyen namens de Rijksverzekeringsbank en Korteweg namens de Nederlandse regering voordrachten tijdens het tweede congres in Rome in 1909.¹⁵²

Daar de uitvoeringsorganisatie van de Ongevallenwet nogal afweek van die in het buitenland ontstond er al snel behoefte aan een organisatie op nationale schaal. Naar aanleiding van de voorbereidingen op het congres in Rome deed Kooperberg in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* van 21 december 1907 een oproep tot oprichting van een Vereniging voor Ongevalleneeskunde. Op 21 maart 1908 vond

151 Mossel, 'Het automatisch eindigen van kleine renten', 172.

152 Kooperberg, 'Organisation des Medezinalwesens in Bezug auf das Unfallgesetz in Holland'; Van Trooyen, 'Interpretation des Artikels 22 des Niederländischen Unfallgesetzes'. Voor een verslag van het congres in Rome, zie: Baart de la Faille, 'Het internationale congres voor ongevalleneeskunde te Rome', 1985-1991.

de oprichtingsvergadering plaats in Amsterdam. De hoogleraar Korteweg werd gekozen tot de eerste voorzitter, de controlerend geneeskundige Buning tot secretaris.¹⁵³ De vereniging belegde om het half jaar een algemene vergadering voor de leden, die gewijd was aan voordrachten over de wetsinterpretatie, de claimbeoordeling en de behandeling van ongevallenletsels. De verslagen van de ledenvergaderingen werden gepubliceerd in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en vanaf 1916 in het *Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde*. In 1921 besloot de ledenvergadering de naam van de vereniging te veranderen in *Vereniging voor Sociale Geneeskunde*. De aanleiding voor deze naamswijziging was de invoering van de Invaliditeitswet in 1919. De vereniging beschouwde de claimbeoordeling die op grond van de Invaliditeitswet werd uitgevoerd als een onderdeel van het vak.

Korteweg trad in 1917 terug als voorzitter van de vereniging. Waarschijnlijk lag aan het terugtreden zijn voortdurende kritiek op de uitvoering van de Ongevallenwet door de Rijksverzekeringsbank ten grondslag. Kooperberg die kort daarvoor met pensioen was gegaan, volgde Korteweg op. De plotselinge dood van Kooperberg nog in hetzelfde jaar maakte een nieuwe wisseling van het voorzitterschap nodig. De net aangetreden hoogleraar sociale geneeskunde Baart de la Faille nam toen het voorzitterschap op zich.

Tijdschrift

Het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* functioneerde aanvankelijk als het belangrijkste periodiek voor de verzekeringsgeneeskunde. Reeds in 1900 publiceerde de arts J.W. Deknatel aan de hand van studiereizen naar Duitsland en Oostenrijk artikelen over de mogelijke gevolgen van de Ongevallenwet voor de medische beroepsgroep. Na de oprichting van de *Vereniging voor Ongevalleneeskundige* in 1908 werden de verslagen van de algemene vergaderingen in het *Nederlands Tijdschrift* gepubliceerd. Tegelijkertijd zorgde de controlerend geneeskundige Van Herwerden voor een vaste rubriek met casuïstiek van de claimbeoordeling en de medische behandeling. Ook voor de vele discussies die binnen de beroepsgroep plaatsvond was het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in de beginjaren het belangrijkste medium.

Reeds snel werd duidelijk dat het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* onvoldoende plaats bood om als een volwaardig forum te dienen voor de beoefenaars van de verzekeringsgeneeskunde. Binnen de Rijksverzekeringsbank ontstond het idee om een specialistisch maandblad voor het vak in het leven te roepen. Onder de naam *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* startte het in 1916 als platform voor professionele ontwikkeling en kwaliteit van beroepsuitoefening. De Rijksverzekeringsbank droeg zorg voor de uitgave van het tijdschrift, maar achtte zich niet verantwoordelijk voor de inhoud ervan. De medisch adviseur trad op als hoofdredacteur (achtereenvolgens Kooperberg en Van Eden). Naar aanleiding van de invoering van de Invaliditeitswet

153 'Vereniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Oprichtingsvergadering gehouden op 21 maart 1908 te Amsterdam', 872, 1044-1045.

veranderde in 1920 de naam in Geneeskundig Tijdschrift Rijksverzekeringsbank.

In het eerste nummer van 1916 formuleerde de hoofdredacteur Kooperberg de doelstelling van het maandblad.¹⁵⁴ In de eerste plaats had het tot doel vraagstukken van sociaal-geneeskundige en van zuiver wetenschappelijke aard te behandelen. Daarnaast had het een taak in het verspreiden van de resultaten van onderzoek, studie en ervaring onder de personen die betrokken waren bij de medische uitvoering van de Ongevallenwet. Kooperberg nodigde zowel de controlerend als de behandelend geneeskundigen uit om hun ervaringen en studie onder de aandacht te brengen van collega's. Daarnaast werd in het maandblad plaats ingeruimd voor ambtelijke mededelingen, zoals het aantal aangiften en de namen van de behandelend geneeskundigen. Ook verschenen er regelmatig oproepen van praktische aard, bijvoorbeeld aan behandelend geneeskundigen om tijdig te declareren.

Leerstoel

Met de oprichting van een eigen vereniging in 1908 ontstond ook de wens om van de ongevallengeneeskunde een aparte wetenschappelijke discipline te maken. Reeds in 1910 werd Van Trooyen benoemd tot privaat docent aan de Universiteit van Amsterdam. Maar een leerstoel voor het vak liet op zich wachten. In 1918 werd de controlerend geneeskundige Baart de la Faille benoemd tot hoogleraar, maar dat was in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht.¹⁵⁵ In 1920 liep een voorstel van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank om een leerstoel ongevallengeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam in te stellen op niets uit. Het College van Bestuur weigerde daaraan mee te werken omdat het vak geen eigen bestaansrecht zou hebben.¹⁵⁶

6.3 *Discussie over de inhoud van het vak*

Zoals gezegd moest het vak min of meer worden uitgevonden, en dat ging niet zonder slag of stoot. Van Eden was van mening dat de verzekeringsgeneeskunde een vak apart was.¹⁵⁷ Dat bleek uit een aantal aspecten. Het was een afgebakend deel van de medische wetenschap, dat zich onder druk van de Ongevallenwet 1901 snel had ontwikkeld. Hij gaf toe dat de nog prille medische discipline veel leemten kende.

Kenmerkend voor de verzekeringsgeneeskunde was volgens Van Eden dat deze onderworpen was aan een niet medisch gegeven, namelijk de Ongevallenwet. De verzekeringsgeneeskunde moest dan ook niet worden gezien als een regulier topografisch, etiologisch of therapeutisch specialisme. Wel bestond volgens hem een sterke

154 Bestuur der Rijksverzekeringsbank, 'Ter inleiding', 1-2.

155 Willems, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', 326.

156 Zie voor het verzoek van het bestuur van de Rijksverzekeringsbank aan de gemeenteraad van Amsterdam: Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank, 5 (1920), 62-63.

157 Van Eden, 'De beoefening der ongevallengeneeskunde', 3-8; Van Eden, 'Mag de ongevallen-geneeskunde voor zich het recht opeisen om als speciaal vak te worden beschouwd?', 287-292.

wederzijdse afhankelijkheid tussen de verzekeringsgeneeskunde en de andere medische disciplines. Aan de ene kant was de verzekeringsgeneeskunde aangewezen op de andere medische disciplines. Aan de andere kant ging van de verzekeringsgeneeskunde invloed uit op de andere medische disciplines. Zo had de uitvoering van de Ongevallenwet een belangrijke impuls gegeven aan de chirurgie als specialisme met als gevolg dat huisartsen chirurgische ingrepen steeds vaker overlieten aan chirurgen. Daarnaast was binnen de interne geneeskunde meer aandacht gekomen voor de relatie tussen ongeval en inwendige ziekten.

Deze verrijking van de medische wetenschap had weer tot nieuwe inzichten geleid. Zo was het inzicht ontstaan dat anatomisch en functioneel herstel veel meer uiteen liepen dan vroeger was aangenomen. Waren geneeskundigen vroeger eenzijdig gericht geweest op het bewerkstelligen van anatomisch herstel, door de Ongevallenwet was functioneel herstel meer op de voorgrond komen te staan. Men was tot het paradoxale besef gekomen dat geneeskundige behandeling een voorspoedige revalidatie en reïntegratie kon belemmeren. Het gevolg was dat geneeskundigen meer aandacht waren gaan besteden aan de nabehandeling.

Door de Ongevallenwet was ook de relatie tussen de geneeskundige en patiënt sterk veranderd. Van Eden constateerde dat de Ongevallenwet, maar vooral ook de uitvoering ervan door de Rijksverzekeringsbank, de handelingsvrijheid van de behandelend geneeskundigen in aanzienlijke mate hadden ingeperkt. Waren de geneeskundigen vroeger alleen verantwoording verschuldigd geweest aan de publieke opinie en hun eigen geweten, nu dienden zij zich te verantwoorden aan de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank. De patiënt op zijn beurt kon zich sterker laten gelden, aangezien hij door de Ongevallenwet nieuwe rechten had gekregen.

Tot Van Edens verdriet hadden deze ingrijpende veranderingen voornamelijk geen aanleiding gegeven tot een academische vakontwikkeling. In 1916 was slechts een enkele privatdocent op het vakgebied actief (Van Trooijen) en deze kreeg in academische kring weinig gehoor. De instelling van een aparte leerstoel was na jaren een onvervulde wens gebleven. Gelukkig was er nog het Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde dat in ieder geval bijdroeg aan het vergroten van het bewustzijn betreffende de materie.

Van Eden's mening werd niet door allen bij de Rijksverzekeringsbank gedeeld. De controlerend geneeskundige Mossel vond dat het vak juist geen afzonderlijke medische discipline was.¹⁵⁸ Volgens hem was zelfs het tegendeel het geval. Het causaal speculeren waar de Ongevallenwet qualitate qua toe uitnodigde was hem een doorn in het oog. De gewone artsenopleiding leverde voldoende kennis en vaardigheden op. Hooguit moest de afgestudeerde arts beschikken over extra kennis van traumatologie en verder over een dosis gezond verstand. Deze discussie over het vak leefde van tijd tot tijd op. Geregeld werd zij gevoed met weergaven van standpunten en discussies in

158 Van Eden, 'Vereeniging voor ongevallen-geneeskunde', 295.

Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland.¹⁵⁹ Veel verder dan het schetsen van deze tegenstellingen kwam men in deze periode niet.

Afgezien van zulke beschouwingen werd er aan het vak gewerkt door gevalsbesprekingen en referaten van onderzoek elders. De literatuur in de besprekingen was in deze periode overwegend Duits, in mindere mate Nederlands en Frans en in zeer geringe mate Engels. Vanaf 1917 hield de geneeskundige binnendienst van de Rijksverzekeringsbank een literatuurklapper bij, die op het hoofdkantoor in Amsterdam te consulteren was.¹⁶⁰ Helaas werd het gebruik van de klapper niet gedocumenteerd. De literatuur had overwegend betrekking op optimale behandeling, werkhervatting, aanpassing aan de handicap en slechts in bescheiden mate op definitieve invaliditeit.

6.4 *Methoden en instrumenten*

In de gevalsbeschrijvingen, die de inhoudelijke vakontwikkeling in sterke mate stuurden, zien we dat de loop van het geval bepaald werd door een argumentatieve volgorde van stellingen. De cliënt had een claim van aanspraken op grond van de wet. De controlerend geneeskundige wees die (gedeeltelijk) af op basis van argumenten die in de rechtspraak geldig waren bevonden. Hierop ging de cliënt in beroep. Hij kwam dan met argumenten ter onderbouwing van zijn stelling en ter afwijzing van die van de Rijksverzekeringsbank. De rechter consulteerde vervolgens een specialist die een argumentatie verzorgde. Daarmee was de erkenning van het juridische kader, waarbinnen de artsen moesten argumenteren, een feit. De argumenten van de artsen waren van tweeërlei aard. In de eerste plaats waren er overwegingen van consistentie en plausibiliteit, redenerend vanuit de claim van de cliënt.¹⁶¹ In de tweede plaats waren er medisch diagnostische argumenten, redenerend vanuit het ziektebeeld.

Het is pas in de latere casuïstiek, en vermoedelijk onder invloed van de speciale agenten, dat nog een derde vorm van redeneren begon te ontstaan: die van de meest passende fit tussen de getroffene en de arbeid. Het feit dat de getroffene gedeeltelijk aan het werk was, waarbij geen verdere verbetering van de arbeidsgeschiktheid te verwachten was, werd aanvaard als reden om een daarbij passend percentage invaliditeit aan te nemen.

Gezien het bijzondere karakter van het vak was er aandacht voor het ontwikkelen van een passend instrumentarium. Om te beginnen werden procedures ontwikkeld voor onderzoek en rapportage.¹⁶²

159 Van Eden, 'De studie der ongevalleneeskunde', 213-218; Van Eden, 'Referaat. Verbetering der geneeskundige studie', 347-349; Niemeijer, 'Boekbespreking E. Pietrzikowski, Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Unfällen und Tuberkilosen', 369-373.

160 'Literatuurklapper Ongevalleneeskunde', 359-360.

161 Zie bijvoorbeeld: Mossel, 'Enkele beschouwingen in betrekking tot de klacht over pijn', 33-41; 77-84; 104-115.

162 Van Eden, 'Schema voor het onderzoek der extremiteiten', 225-233; Vossenaar, 'Naar aanleiding van een eenvoudig meetinstrument', 183-186.

Los van deze procedures zocht men vooral het heil in het bestaand medisch instrumentarium voor het onderbouwen van plausibiliteit en consistentie. Het medische instrumentarium was nog maar kort daarvoor belangrijk verbeterd met mogelijkheden om door de patiënt heen te zien (stethoscoop en röntgenfoto) en dingen waar te nemen die de patiënt zelf niet kon waarnemen (bacteriologie). De nog maar zeer kort bestaande röntgenfotografie was voor het diagnosticeren van bedrijfsongevallen en tuberculose een zeer belangrijk instrument.¹⁶³ Röntgenfoto's hadden een afschrikkende werking op simulatie en vergrootten het gemak om snel een feitelijk document te verkrijgen. Ook leverden röntgenfoto's inzichten op over de restcapaciteit, omdat het maken ervan in die tijd grote inspanningen vergde van de getroffene.

Aan het eind van de hier beschreven periode treffen we een overzichtsartikel aan van de controlerend geneeskundige Mossel over de mogelijkheden en beperkingen van het verzekeringsgeneeskundige onderzoek.¹⁶⁴ Mossel kwam met een methode om pijn in verband met invaliditeit vast te stellen door middel van een argumentatieve claimbeoordeling: 'Bewijs mij dat ik geen pijn heb.' De nadruk in deze beschouwing lag op de vraag hoe men realiteit en ernst van de pijn kon bepalen en plausibiliteit en consistentie kon vinden bij een nauwkeurige anamnese, onderzoek en een goede ongevaldocumentatie.

Mossel ging ervan uit dat pijn was op te sporen, omdat deze gepaard ging met waarneembare uitingsvormen en begeleidende verschijnselen. Hiervoor was het nodig dat de geneeskundige een beschrijving gaf van de pijn, de plaats ervan, de relatie tot het trauma, de kenmerken van een litteken, het tijdsverloop, epidemiologische inzichten van normale ontwikkeling van verschijnselen en reflextestjes. Ook kon de geneeskundige een behandeling voorstellen en bezien hoe de getroffene daarop reageerde. Mossel ging vervolgens (medisch diagnostisch) de te verwachten verschijnselen na bij huidverwonding, kneuzing van weke delen, neuritis, verwonding aan spieren en botten en bij hoofdpijn. Ook niet-organische verklaringen voor pijnverschijnselen besprak hij: temperament bijvoorbeeld. Zones van Head (hyperalgesie) haalde hij aan voor de diagnostiek van inwendige ziekten. Bij voortduren van de klacht zou de geneeskundige consistentie kunnen verwachten tussen gedrag en klacht en ook met de initiële ernst. Als er geen oorzaak kon worden aangewezen dan was ook geen volledige invaliditeit mogelijk en moest worden gewerkt aan geleidelijke werkhervatting. Eventueel kon de werknemer dan eventueel bewijzen dat het werk niet ging. Mossel redeneerde in dit artikel primair individueel argumentatief en secundair diagnoseafhankelijk.

163 Dietz, 'Ongevallen-geneeskunde en röntgenonderzoek', 107-111.

164 Mossel, 'Enkele beschouwingen in betrekking tot de klacht over pijn', 33-41; 77-84; 104-115.

De Ongevallenwet 1901 kwam tot stand na een langdurig maatschappelijk en parlementair debat. Hoewel al snel duidelijk was dat de medische beroepsgroep een belangrijke rol zou gaan spelen in de uitvoering van de Ongevallenwet, hield deze zich vrijwel geheel afzijdig van dit debat. De NMG nam geen standpunten in en liet bovendien na te anticiperen op de komende ontwikkelingen. Alleen de arts Deknatel ging in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* uitgebreid in op de mogelijke consequenties die de Ongevallenwet voor de medische beroepsgroep kon gaan hebben. Dit deed hij aan de hand van de ervaringen met de uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekeringen in Duitsland en Oostenrijk. Zijn bijdrage lokte echter binnen de medische beroepsgroep nauwelijks reacties en discussies uit.

Nadat de Ongevallenwet op 1 juni 1901 werd ingevoerd, liet de wetgever de verdere vormgeving van de uitvoering over aan de eveneens op die datum opgerichte Rijksverzekeringsbank. De keuze om de uitvoeringsorganisatie een bepaalde mate van autonomie te gunnen, maakte de wetgever welbewust. Hij achtte zich namelijk niet in staat om in te spelen op de uiteenlopende omstandigheden die zich in de praktijk van de uitvoering konden voordoen. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank kreeg de opdracht de organisatie en de uitvoering van de claimbeoordeling naar eigen inzicht vorm te geven. Daar het bestuur geen idee had hoe het deze opdracht moest vervullen, besloot het een medisch adviseur in de persoon van de arts Kooperberg te benoemen. Deze bouwde in enkele maanden uit het niets de gehele organisatie van de claimbeoordeling en de medische behandeling op. Hiervoor kon hij slechts in beperkte mate gebruik maken van de reeds uitgewerkte uitvoeringsmodellen uit Duitsland en Oostenrijk, omdat de Ongevallenwet 1901 juist ten aanzien van de medische behandeling en de claimbeoordeling sterk afweek van de ongevallenwetten in die landen. Kooperberg maakte vier keuzes die het Nederlandse systeem tot op de huidige dag uniek maken. Bedacht moet worden dat Kooperberg dat deed tegen een achtergrond van een op stapel staande Ziektewet die alsmaar uitbleef, zodat de Ongevallenwet de Ziektewet verving.

Kooperberg koos ten eerste voor een scheiding tussen medische behandeling en claimbeoordeling. De medische behandeling liet hij over aan de praktiserende medici, apothekers en gezondheidsinstellingen, die geacht werden zich in te schrijven in het register van de Rijksverzekeringsbank. De organisatie van de claimbeoordeling daarentegen hield hij zoveel mogelijk in eigen hand: een tweede bijzondere keus. Met deze aanpak wilde Kooperberg twee vliegen in één klap te slaan. Enerzijds hoopte hij recht te doen aan de door de NMG bepleite scheiding tussen behandeling en controle. Anderzijds zou de Rijksverzekeringsbank zo maximale greep kunnen houden op de toekenning en de verstrekking van uitkeringen. In de praktijk kwam van deze scheiding niet veel terecht. De claimbeoordeling werd met name in de begintijd vaak gecombineerd met andersoortige taken, zoals de medische behandeling en de ver-

zuimbegeleiding. Zo speelden de behandelend geneeskundigen aanvankelijk een belangrijke rol bij de beoordeling van claims voor een tijdelijke uitkering.

Al snel bleek dat Kooperberg onmogelijk alle binnengekomen aangiften van een ongeval persoonlijk kon beoordelen. Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank besloot dan ook tot een uitbreiding van de staf. Om te beginnen stelde het controlerend geneeskundigen aan, die tezamen de medische buitendienst vormden. De controlerend geneeskundigen hadden tot taak om in een regio die zij toegewezen kregen op eigen initiatief of in opdracht van de medisch adviseur onderzoeken uit te voeren, toezicht te houden op de uitkeringsgerechtigden, en over hun bevindingen te rapporteren. Daarnaast trad in 1905 een administrateur in dienst bij de geneeskundige binnendienst, die tevens plaatsvervangend medisch adviseur werd. Enkele jaren later, in 1909, werd de staf aangevuld met een speciale agent die in het kader van de herbeoordeling van rentetrekking het arbeidsvermogen moest beoordelen de derde unieke keus in de Nederlandse uitvoering. Ondanks al deze uitbreidingen van de staf, konden de medewerkers van de geneeskundige dienst de massaliteit van de claims met moeite aan. Het lijkt erop dat het bestuur de onderbezetting bewust in stand hield, teneinde de regelmatig geuite kritiek vanuit de politiek over geldverspilling door de Rijksverzekeringsbank te kunnen ontzenuwen.

De onderbezetting van de staf bleek een hinderpaal te zijn voor een voorspoedige ontwikkeling van de claimbeoordeling. Het duurde dan ook jaren voordat de uitvoering van de claimbeoordeling een vaste, uitgewerkte vorm begon aan te nemen. De Rijksverzekeringsbank slaagde er pas na 1909 in om op grote schaal rentetrekking te beoordelen op verandering van het arbeidsvermogen. Daarnaast kwam de Rijksverzekeringsbank er pas na 1915 toe om de ongevallenstatistiek medisch te bestuderen en om bij de claimbeoordeling en de medische behandeling aandacht te besteden aan revalidatie en reïntegratie.

Kenmerkend voor de claimbeoordeling in deze periode was dat ieder individueel geval afzonderlijk werd beoordeeld: de vierde unieke keus van Kooperberg. De logica van de beoordeling leek te zijn gelegen in het beperken van de reële schade als gevolg van het ongeval door een passende werkhervatting en bijpassende uitkering. Daarmee zal een sterk accent hebben gelegen op de rol van de getroffene zelf en zijn werkgever. Deze individuele benadering leidde tot een grote beslissruimte bij de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes. De persoonlijke inschatting door de beoordelaar drukte een zwaar stempel op de claimbeoordeling, waarmee automatisch ook het vermogen van de getroffene om de beoordelaar te overtuigen een factor van belang werd. De paradoxale situatie ontstond dat met de Ongevallenwet het recht op een uitkering bij een bedrijfsongeval wettelijk verankerd was geraakt, terwijl de uitvoering van deze wet een willekeur in de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes met zich zou kunnen meebrengen. Uit de literatuur is ons niet gebleken dat dit als een groot probleem werd gezien. Mogelijk werd de logica van deze aanpak goed begrepen.

Het feit dat er een wet werd uitgevoerd door één organisatie met één rechterlijke toetsing legde wel een druk op de eenduidigheid van de uitvoering. Gezien het boven-

staande was dat geen sinecure. De Rijksverzekeringsbank trachtte de willekeur in de claimbeoordeling zoveel mogelijk in de kiem te smoren door de beoordelaars de opdracht te geven te werken aan de hand van afgesproken richtlijnen en jurisprudentie. In de praktijk functioneerden de richtlijnen en de jurisprudentie echter slechts als globale richtsnoer voor de claimbeoordeling. Alleen voor oogletsels bestonden instructies die vrij precies werden nagevolgd. In gevallen van twijfel lieten de beoordelaars het (vaak bewust) aankomen op beroepszaken. De betekenis van de Raden van Beroep en vooral van de Centrale Raad van Beroep voor de claimbeoordeling in deze periode van opbouw kan moeilijk overschat worden. De centrale raad stuurde sterk op de inhoud en spelregels en bepaalde daarmee in vergaande mate de praktijk van de claimbeoordeling. Opmerkelijk daarbij was dat de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep curatieve artsen intensief bij hun oordeelsvorming betrokken, waardoor de medische beroepsgroep via een achterdeur een stevige vinger in de pap kreeg. Daarmee was de uitvoering van de Ongevallenwet zeer sterk een consensusontwikkeling tussen RVB, controleartsen, werknemers en werkgevers (direct in het betreffende geval en indirect door hun rol als lekenrechters), behandelaars en rechters.

Een cruciaal onderdeel van de claimbeoordeling was het aantonen van een verband tussen het ongeval en het letsel. Hiervoor pasten de beoordelaars drie typen van bewijsvoering toe: de chronologische, de epidemiologische en de fysiologische. Bij de chronologische bewijsvoering werd het verband aangenomen door de verschillende activiteiten en handelingen voor, tijdens en na het ongeval in kaart te brengen. Bij de epidemiologische bewijsvoering werd een veel waargenomen relatie als oorzaak aangenomen. Het medische ideaal was de fysiologische bewijsvoering. Het ging er dan om vast te stellen dat een invloed van het soort x een letsel tot gevolg had van het soort y. Hiermee probeerde men door middel van een medische en individueel verklaarende redenering de gebeurtenis op de werkvloer te relateren aan het geconstateerde letsel. In de praktijk van de gevalsbeschrijvingen werden deze drie vormen van bewijs door elkaar heen gebruikt.

Was een verband tussen ongeval en letsel aangetoond, dan moest de beoordelaar inschatten in welke mate de getroffene arbeidsongeschikt was. Met name dit onderdeel van de claimbeoordeling bleek in hoge mate arbitrair te zijn, aangezien de persoonlijke afwegingen van de beoordelaar doorslaggevend waren. Globaal gezien vielen de beoordelaars bij het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid terug op twee soorten argumenten. In de eerste plaats waren er sociaal-geneeskundige overwegingen van consistentie en plausibiliteit, redenerend vanuit de claim van de cliënt. In de tweede plaats waren er medisch diagnostische argumenten, redenerend vanuit het ziektebeeld. Beide benaderingen pasten in een juridische argumentatie.

Naarmate de claimbeoordeling een vastere vorm aannam, groeide bij de uitvoerders het bewustzijn dat zij met de beoefening van een speciaal vak bezig waren. Aanvankelijk duiden zij het vak aan met de term 'ongevalleneeskunde'. Met de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 veranderde deze aanduiding in verzekeringsgeneeskunde. Nu liepen de meningen uiteen over de vraag of de verzekeringsgenees-

kunde wel als een apart medisch specialisme beschouwd moest worden. Sommigen vonden van wel. Zij benadrukten de bijzondere kenmerken van het vak. In hun ogen was het bijzonder dat de verzekeringsarts meewerkte aan de uitvoering van een sociale verzekeringswet binnen een administratief en juridisch kader van sturing en kwaliteitsbewaking. Bijzonder was ook dat de arts tegenover de cliënt kwam te staan in plaats van erboven of ernaast. Anderen bestreden het idee van een apart medisch specialisme door erop te wijzen dat de uitoefening van de verzekeringsgeneeskunde nauwelijks bijzondere vaardigheden vereiste. Volgens hen was het vak verzekeringsgeneeskunde juist moeilijk met de andere medische specialismen af te bakenen in termen van materie, relatie met de getroffen en relatie met de beroepsgroep van artsen. Deze discussie over het vak leefde van tijd tot tijd op. Veel verder dan het schetsen van de tegenstellingen kwam men in deze periode niet.

Als we tot slot de balans opmaken; wat waren de belangrijkste resultaten van de Ongevallenwet 1901? In hoofdstuk 1 concludeerden wij reeds dat de Ongevallenwet wat betreft het volume en het verzekeringspakket een aanmerkelijke vooruitgang betekende ten opzichte van het negentiende-eeuwse particuliere verzekeringswezen. Was aan het einde van de negentiende eeuw een schamele veertienrocent van de beroepsbevolking op de een of andere manier verzekerd voor de gevolgen van ziekte en ongeval; na de inwerkingtreding van de Ongevallenwet in 1903 maakte een kwart van de beroepsbevolking bij een bedrijfsongeval aanspraak op medische zorg en een geldelijke ondersteuning voor de gederfde inkomsten. Hiermee voorkwam de Ongevallenwet dat een aanzienlijk gedeelte van de werknemers bij een ongeval plotseling in armoede verviel en ongezond vroeg het werk moest hervatten. Bovendien leidde de Ongevallenwet tot een forse verbetering van de medische behandeling en de diagnostiek, mede doordat een intercollegiale controle tussen artsen werd ingevoerd.

De Ongevallenwet 1901 had echter ook nadelige gevolgen. De relatief goede uitkeringsvoorwaarden zetten werknemers wel aan tot simulatie, aggravatie en tot roekeloos gedrag ('moral hazards'). De werkgevers op hun beurt konden in de Ongevallenwet een argument vinden om de zorg aan getroffen werknemers te beperken of in het geheel te staken. Bovendien zette de Ongevallenwet werkgevers aan tot risicoselectie. Werkgevers werden onbedoeld beloond met lagere (premie)lasten als zij erin slaagden werknemers met een bovengemiddeld ongevallenrisico uit het bedrijf te weren.

Kijken we specifiek naar de claimbeoordeling, dan kunnen we vaststellen dat op dit onderdeel de discontinuïteit met het negentiende-eeuwse verzekeringswezen het grootste was. Om te beginnen was dat een kwestie van schaal en status. Was in de 19e eeuw de claimbeoordeling een marginaal verschijnsel; met de Ongevallenwet ontstonden veel controleartsen en kreeg zo ongeveer elke arts in Nederland ermee te maken en wel op basis van een wet. Typerend voor de negentiende-eeuwse particuliere verzekeringsorganisaties was verder dat zij bij de claimbeoordeling alleen het lichamelijke letsel in ogenschouw namen, waarmee zij de veranderingen van het arbeidsvermogen over het hoofd zagen. Bij de onderlinge fondsen was bovendien de uitkeringszeker-

heid beperkt, omdat het financiële beheer vaak primitief was en sociale overwegingen een belangrijke rol speelden bij de toekenning van uitkeringen (hoe lag de getroffene in de groep?). De claimbeoordeling van de Rijksverzekeringsbank daarentegen kenmerkte zich door een grote mate van rechtszekerheid en een sterke individuele benadering. Nadrukkelijk werd gelet op de functionele mogelijkheden van de getroffene door de tijd heen. Ook hier echter is een kanttekening op zijn plaats. Zoals eerder aangegeven leidde de individuele benadering van de Rijksverzekeringsbank tot een zekere willekeur in de toewijzing van uitkeringen en ongevallenrentes. Het gevolg was dat de rechtszekerheid die met de Ongevallenwet van 1901 ontstond in de uitvoering deels slechts schijn was.

De ervaringen in de periode 1901-1920 leverden veel informatie en inspiratie op voor een bijstelling van de Ongevallenwet in 1921. In het volgende hoofdstuk gaan we nader op deze wetswijziging in, en bekijken we welke gevolgen deze had voor de claimbeoordeling.

Hoofdstuk 3

Voortgang en verandering: de periode 1920-1966

Joost van Genabeek

1 Inleiding

Sinds de invoering van de Ongevallenwet 1901 had de claimbeoordeling een min of meer vaste vorm gekregen. De beoordelaars wisten hoe zij de meeste claims moesten beoordelen en konden bij twijfel terugvallen op de omvangrijke jurisprudentie die in de loop van de jaren was ontstaan. De invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en de wijziging van de Ongevallenwet in 1921 leidden ertoe dat deze geleidelijk tot stand gekomen werkwijze niet meer voldeed. Beoordelaars dienden voortaan rekening te houden met nieuwe criteria, die bovendien in een aantal opzichten fundamenteel afweken van de oude. Daarbij kregen zij te maken met een andere opzet van de uitvoeringsorganisatie. Naast de Rijksverzekeringsbank verkregen namelijk ook de Raden van Arbeid en de erkende fabrieksartsen een rol in de uitvoering van de claimbeoordeling.

In dit hoofdstuk gaan wij na welke veranderingen voortsproten uit de wijzigingen in de wetgeving. Hoe voerden beoordelaars de claimbeoordeling in deze periode uit? Hoe gingen zij om met de nieuwe criteria die voortkwamen uit de nieuwe en de gewijzigde wetgeving? Hoe keken zij aan tegen de organisatorische veranderingen ten aanzien van de claimbeoordeling? Wij richten ons op de periode vanaf de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en de gewijzigde Ongevallenwet in 1921 tot aan de vervanging van deze wetten door de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in 1967. De tussenliggende periode, die de jaren 1920 tot en met 1966 bestrijkt, kunnen wij typeren als een fase van voortgang en verandering.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Allereerst komt in de navolgende paragraaf de Invaliditeitswet van 1919 aan de orde. Wij behandelen de totstandkoming van deze wet en de voor de claimbeoordeling relevante wetsbepalingen. Vervolgens brengen wij in paragraaf 3 de belangrijkste kenmerken van de Ongevallenwet van 1921 in kaart, alsmede de wijzigingen van deze wet in de daaropvolgende jaren. We gaan na welke oude criteria uit de Ongevallenwet 1901 bleven bestaan, en welke nieuwe criteria daaraan werden toegevoegd. In paragraaf 4 bespreken wij de organisatie van de uitvoering. Hoe werd de uitvoering georganiseerd, hoe keken betrokkenen daar tegen aan, en hoe verliep het proces van de claimbeoordeling? Paragrafen 5 en 6 gaan nader in op de wijze waarop claims in de praktijk werden beoordeeld volgens respectievelijk de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921. Op welke issues stuitten de beoordelaars en hoe gingen zij daarmee om? De zevende paragraaf verhaalt van de ontwikkeling van de claimbeoordeling als vak. In deze paragraaf staan wij stil bij de nieuwe methoden die ten behoeve van de claimbeoordeling werden ontwikkeld, de

verenigingen, de congressen en de tijdschriften, alsmede de wetenschappelijke beoefening van de verzekeringsgeneeskunde. Tot slot zullen wij in de conclusie (paragraaf 8) de belangrijkste ontwikkelingen in de claimbeoordeling in de periode 1920-1966 volgen en verklaren.

2 Invaliditeitswet 1919

2.1 Aanloop naar de Invaliditeitswet 1919

De Invaliditeitswet van 1919 verplichtte werknemers zich te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit en ouderdom. De voorgeschiedenis van deze wet gaat terug tot 1885. In dat jaar hield de voorzitter van de Algemene Nederlandsche Werkliedenvereniging, B.W. Held, een pleidooi in de Tweede Kamer voor het van staatswege ondersteunen van werknemers bij het deelnemen aan een particuliere pensioenregeling.¹ Hoewel zijn pleidooi niet meteen weerklink vond, vormde het wel het startsein voor een langdurig politiek debat over de noodzaak van een wettelijke ouderdomsvoorziening. Al snel tekenden zich bij dit debat twee kampen af.² Het ene kamp, samengesteld uit links-liberalen en sociaal-democraten, pleitte voor een door de overheid te bekostigen staatspensioen. Het andere kamp, bestaande uit antirevolutionairen, katholieken en conservatief liberalen, was voorstander van een verplichte ouderdoms- en invaliditeitsverzekering, waarvan de kosten voor het grootste deel zouden moeten worden gedragen door de deelnemers zelf.³ Later zou ook de CHU bij dit laatste kamp aansluiten.

Het laatste kamp trok aan het kortste eind. Nadat een voorstel voor een verplichte verzekering uit 1905 van de antirevolutionair Kuyper en een voorstel voor een ouderdomsverzekering met staatsbijdrage uit 1907 van de Vrijzinnig democraat Veegens op niets waren uitgelopen, leek Minister Talma in 1911 meer succes te hebben. Talma stelde een wettelijke werknemersverzekering voor die een uitkering zou garanderen zowel bij invaliditeit als bij ouderdom (70 jaar en ouder). Bovendien zouden nagelaten kinderen jonger dan 13 jaar recht krijgen op een wezenuitkering.

Talma koos principieel voor een werknemersverzekering en niet voor een staatspensioen. Door de industrialisatie en de daarmee gepaard gaande lossere arbeidsverhoudingen was het volgens hem de taak van de overheid om ervoor te zorgen dat het rechtsbesef bij de burgers in stand bleef. De arbeidsovereenkomst tussen een werkgever en een werknemer beschouwde hij als de rechtsgrond voor de verplichte verzekering. De staat moest ervoor zorgen dat de sociale bescherming die vanouds als

1 *Handelingen der Staten Generaal*, Tweede Kamer, zittingsjaar 1885-1886, 47ste vergadering, 15 december 1885, 801.

2 Minister Lely had in 1901 nog een tussenvorm gepresenteerd. Dit voorstel ging uit van een verplichte verzekering tegen ouderdom en invaliditeit voor zowel werknemers beneden de inkomensgrens van fl 1.200 per jaar als niet-loontrekkenden beneden de aanslaggrens in de bedrijfsbelasting. Van het voorstel is niets terechtgekomen.

3 Hertogh, *Het Debat Staatspensioen 1870-1930*, 39-44; 47-52; Hertogh, 'Geene wet, maar de Heer!', 58-62.

vanzelfsprekend uit de arbeidsovereenkomst voortvloeiende, nu door de overheid werd gesanctioneerd. Deze sociale bescherming reikte volgens Talma verder dan de risico's die verbonden waren aan het uitoefenen van werkzaamheden binnen een bedrijf (het zogenaamde 'risque professionnel'). Als grondslag voor de nieuwe verzekering koos Talma dan ook bewust voor het algemene risico op invaliditeit, ook wel aangeduid met het sociale risico of 'risque social'.⁴ Hiermee week de werknemersverzekering af van de reeds bestaande Ongevallenwet, die uitging van het beginsel van het 'risque professionnel'.⁵

Volgens Talma diende de uitkering of rente van de verzekering te worden opgevat als uitgesteld loon. Het loon van de werknemer behoorde niet alleen toereikend te zijn om in normale tijden in de behoefte van hem en zijn gezin te voorzien, maar het moest ook tot zijn onderhoud kunnen strekken, wanneer hij door invaliditeit of ouderdom niet in staat was te werken. De bijdrage van de overheid kon naar de mening van Talma beperkt worden tot een tijdelijke subsidie om de oudere werknemers in de gelegenheid te stellen zich in de verzekering in te kopen.⁶

Hoewel het wetsvoorstel op massaal verzet stuitte, slaagde Talma er door voorzichtig manoeuvreren in om steun te krijgen van een meerderheid van de Tweede en Eerste Kamer. Op 5 juni 1913 verscheen de Invaliditeitswet in het staatsblad. Het zou echter tot 1919 duren alvorens de wet in werking zou treden; in een gewijzigde vorm. Deze vertraging was het gevolg van de poging van Talma's opvolger Treub om in 1916 alsnog een staatspensioen in te voeren. Nadat Treub's wetsvoorstel in 1918 in de Eerste Kamer was gestrand, haalde de kort daarop aangetreden katholieke Minister Aalberse het wetsvoorstel van Talma weer tevoorschijn. Aalberse bracht enkele wijzigingen in het wetsontwerp van Talma aan en diende het vervolgens in bij de Tweede Kamer. De belangrijkste veranderingen waren:

- verlaging van de pensioengerechtigde leeftijd van 70 naar 65 jaar;
- invoering van een weduwerente naast een wezenrente;
- de premies voor de invaliditeitsverzekering voor rekening brengen van de werkgevers;
- invoering van een vrijwillige ouderdomsverzekering voor kleine zelfstandigen.

Het wetsontwerp van Aalberse werd zonder horten en stoten door de Eerste en de Tweede Kamer aangenomen en trad op 3 december 1919 in werking.⁷

2.2 Kenmerken Invaliditeitswet 1919

Het hoofddoel van de Invaliditeitswet 1919 was om werknemers in geval van invaliditeit en ouderdom een uitkering te garanderen door hen te verplichten zich te verzekeren. Een belangrijk nevendoeel daarbij was het voorkomen en tegengaan van inva-

4 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 8-9.

5 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 3-4.

6 Zie Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 8-12.

7 Hertogh, 'Geene wet, maar de Heer!', 72-73.

liditeit door het nemen van maatregelen van sociaalhygiënische aard. Om die reden regelde de Invaliditeitswet naast rentes in geval van invaliditeit, ouderdom en overlijden, ook geneeskundige behandeling en verpleging voor werknemers die invalide dreigden te worden.

Wie was er verzekerd?

De Invaliditeitswet verzekerde alle werknemers tegen de gevolgen van ouderdom en invaliditeit. Het ging hierbij niet alleen om werknemers met een vast dienstverband. Ook losse werklieden en werknemers die niet in een onderneming werkzaam waren (zoals dienstboden) waren verplicht verzekerd. Juridisch was sprake van een werknemer in de zin van de wet als er sprake was van een arbeidsovereenkomst, aanneming van werk, het in loondienst uitvoeren van werkzaamheden, of het uitoefenen van een dienst.⁸ De Invaliditeitswet sloot evenwel een aantal groepen van deelname uit⁹:

- werknemers die meer dan f 1.200,- per jaar verdienden (in 1921 werd deze grens verhoogd naar f 3.000,- en in 1929 weer teruggebracht naar f 2.000,-);¹⁰
- werknemers jonger dan 13 jaar;
- werknemers die arbeid verrichtten en woonachtig waren buiten Nederland (schippers en schepelingen die regelmatig naar Nederland terugkeerden waren wel volgens de Invaliditeitswet verplicht verzekerd);
- personen in militaire dienst;
- werknemers die al via deelname aan een bedrijfspensioenfonds verplicht verzekerd waren tegen de gevolgen van ouderdom en invaliditeit, zoals ambtenaren en spoorwegbeambten;
- werknemers die reeds voor de inwerkingtreding van de wet invalide waren;
- vreemdelingen van wie het zo goed als zeker was dat zij geen belang hadden bij de verzekering, zoals rondtrekkende beroepsbeoefenaren en seizoensarbeiders.

Het was aan de Raden van Arbeid om te beslissen of een persoon verzekeringsplichtig was in gevolge de Invaliditeitswet 1919.

Kort na de invoering van de Invaliditeitswet bedroeg het aantal verzekerden ongeveer 1,6 miljoen, hetgeen neerkwam op bijna zestig procent van de beroepsbevolking.¹¹ In de loop van de jaren twintig nam dit percentage geleidelijk toe.

Waarvoor was men verzekerd?

De Invaliditeitswet gaf aan de verzekerde bij ouderdom en invaliditeit recht op een rente. Bovendien kwamen in het geval van overlijden van de verzekerde diens echtgenote en kinderen in aanmerking voor een weduwe- c.q. wezenrente. De opname van een ouderdomsverzekering in de Invaliditeitswet was gebaseerd op de veronderstel-

8 Groeneveld, Stenberg, *De Invaliditeitswet*, 12-16.

9 a.w., 16-20.

10 Het gemiddelde jaarinkomen in de nijverheid bedroeg in 1925 circa fl 1,350,- (CBS, Vijfennegentig jaren, 51 (kolom 66).

11 CBS, Vijfennegentig jaren, 44 (kolom 1); Van der Does, *De Economische Betekenis der Sociale Verzekering*, 226.

ling dat de verzekerde bij het behalen van een hoge leeftijd zijn arbeidskracht grotendeels had verloren. Bij mensen van 65 jaar en ouder werd derhalve zonder medisch bewijs aangenomen dat zij arbeidsongeschikt waren en daarmee in aanmerking kwamen voor een rente.¹²

Was de invaliditeit voor de 65-jarige leeftijd ontstaan, dan diende wel een medisch bewijs te worden geleverd. In artikel 72 van de Invaliditeitswet was een definitie van invaliditeit opgenomen, die ontleend was aan de Duitse 'Reichsversicherungsverordnung' (RVO) uit 1911.¹³ Volgens deze definitie was sprake van invaliditeit als de verzekerde niet in staat was arbeid te verrichten die met zijn krachten en bekwaamheden overeenkwam. Bewezen moest worden dat de verzekerde niet meer dan eenderde van het loon kon verwerven dat gezonde personen met dezelfde scholing en ervaring op dezelfde werkplaats verdienden.¹⁴ Hiermee was niet zozeer het vermogen om arbeid te verrichten het criterium voor invaliditeit (zoals in de Ongevallenwet), maar de mogelijkheid om inkomen te verwerven (de verdien capaciteit; in het Duits aangeduid met 'Erwerbsfähigkeit').

De wetgever had voor dit criterium gekozen om de zogenaamde beroepsinvaliditeit uit te sluiten. Een werknemer die door ziekte of gebreken zijn beroep niet langer kon uitoefenen, maar wel in staat was inkomen te verwerven uit andersoortige arbeid, had in principe geen recht op een invaliditeitsrente. Van hem werd verwacht dat hij een ander beroep ging uitoefenen. Dit andere beroep moest dan wel in enige mate overeenkomen met de opleiding en ontwikkeling van de verzekerde. Zo zou een monteur die niet meer in staat was zijn beroep uit te oefenen, maar bijvoorbeeld wel als tuinman aan de slag kon, toch recht hebben op een invaliditeitsrente.¹⁵ Opmerkelijk is dat de wetgever dit criterium niet nader invulde, en zodoende de uitvoering opscheepte met de vraag hoe aan het verschil tussen arbeidsvermogen en verdienvermogen vormgegeven moest worden.

De Invaliditeitswet maakte onderscheid tussen blijvende en tijdelijke invaliditeit (artikel 71). De verzekerde had per onmiddellijk recht op een rente als het zich liet aanzien dat hij voorgoed invalide zou blijven. Was blijvende invaliditeit niet vast te stellen, dan moest de invaliditeit een half jaar hebben geduurd voordat de verzekerde aanspraak maakte op een rente. Het recht op een invaliditeitsrente verviel als de verzekerde de invaliditeit opzettelijk had veroorzaakt, of als de invaliditeit in verband stond met het plegen van een misdaad.¹⁶

De vergoedingen

De Invaliditeitswet kende drie soorten vergoedingen toe: een ouderdoms- en invaliditeitsrente, een weduwe- en wezenrente, en geneeskundige behandeling.

12 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 23.

13 a.w., 26.

14 a.w., 25-26; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 81-82.

15 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 26.

16 a.w., 27; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 82.

A. Invaliditeits- en ouderdomsrente

De hoogte van de invaliditeits- en ouderdomsrente hing af van de betaalde premies en de duur van de verzekering. Bij de berekening van de rente maakte men onderscheid tussen de grondslag en de verhoging. De grondslag van de rente werd berekend door de betaalde premies te vermenigvuldigen met 260 en de uitkomst daarvan te delen door het aantal weken dat de verzekering had geduurd. De verhoging bedroeg 11,2 procent van het totale bedrag aan afgedragen premies met een minimum van twintig procent van de grondslag.¹⁷

Ter verduidelijking van deze systematiek volgt hier een voorbeeld. Voor een werknemer was gedurende tien jaar een premie afgedragen van zestig cent per week over vijftig weken per jaar. In dit geval was de grondslag $260 \times (10 \text{ jaar} \times 50 \text{ weken} \times 60 \text{ cent}) : (10 \text{ jaar} \times 52 \text{ weken}) = f 150,-$. Het totale bedrag aan premies bedroeg $f 300,-$ ($10 \text{ jaar} \times 50 \text{ weken} \times 60 \text{ cent}$). De verhoging kwam derhalve uit op 11,2 procent van $f 300,- = f 33,60$. De jaarlijkse rente bedroeg in dit geval $f 150,- + f 33,60 = f 183,60$.

De renteverstrekking kon pas aanvangen als de verzekerde over ten minste 150 kalenderweken premie had betaald. Hierdoor kon de eerste invaliditeitsrente pas op haar vroegst drie jaar na het begin van de premiebetaling worden uitgekeerd. De verzekerden kon deze betaalperiode of wachttijd verkorten, door op een vroeger tijdstip aan het totaal verschuldigde premiebedrag te voldoen.

De gevolgde berekeningssystematiek droeg het risico van voortijdige renteaanvragen in zich (het zogenaamde 'herunterkleben'). Oudere werknemers werden geprikkeld om zo vroeg mogelijk een invaliditeitsrente aan te vragen omdat een aanvraag op hogere leeftijd kon resulteren in een lagere rente. Naarmate de jaren vorderden nam immers het risico toe dat zij door ziekte en werkloosheid minder regelmatig premies zouden kunnen afdragen en bovendien door de dalende verdiensten in een lagere loonklasse terecht kwamen. Het 'herunterkleben' probeerde de wetgever tegen te gaan door de afgedragen premies gedurende de laatste vijf jaren voorafgaand aan de aanvraag van de rente niet mee te tellen in de berekening van de jaarrente.¹⁸

De invaliditeitsrente kon pas ingaan als de verzekerde geen aanspraak meer maakte op ziekingeld volgens de Ziektewet; een wet die pas in 1930 in werking zou treden. Cumulatie van een invaliditeitsrente en het ziekingeld was daarmee uitgesloten. Bovendien was het niet toegestaan dat een verzekerde tegelijkertijd een invaliditeitsrente en een ouderdomsrente ontving, aangezien de ene uitkeringsvorm een variant op de andere was. Daarentegen was het wel mogelijk dat een werknemer tegelijkertijd een invaliditeitsrente en een ongevalrente trok. De wetgever stond deze cumulatie toe, teneinde te voorkomen dat de uitvoering van beide wetten te complex zou worden.¹⁹

17 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 28-29; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 88.

18 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 29-30.

19 a.w. 27, 31, 34.

B. Weduwe- en wezenrente

Wezen tot 14 jaar maakten aanspraak op een wezenrente als de overleden vader of moeder verzekeringsplichtig was geweest. De wezenrente werd aan alle kinderen tezamen uitgekeerd en bedroeg 6/5 deel van de grondslag van de invaliditeitsrente die aan de vader of moeder zou zijn uitgekeerd als deze nog had geleefd. Als de wezenrente lager was dan f 26,- per jaar dan kon een afkoopsom worden uitgekeerd. De wezenrente werd niet uitgekeerd als van overheidswege voor de opvoeding van de kinderen werd gezorgd.²⁰

Een weduwe van een verzekeringsplichtige werknemer maakte aanspraak op een weduwerente als zij blijvend invalide was of als zij de leeftijd van 60 jaar had bereikt. De weduwerente werd op dezelfde manier berekend als de wezenrente (6/5 deel van de grondslag van de invaliditeitsrente die aan de echtgenoot zou zijn uitgekeerd als deze nog had geleefd).²¹

C. Geneeskundige behandeling

Indien er mogelijkheden waren om de invaliditeit door een doelmatige geneeskundige behandeling of verpleging te voorkomen, kon op grond van artikel 99 en 100 van de Invaliditeitswet geneeskundige behandeling en verpleging worden verleend op kosten van het invaliditeitsfonds. In principe mocht de verzekerde niet verplicht worden om daaraan mee te werken. Alleen als de geneeskundige behandeling of verpleging noodzakelijk werden geacht voor het herstel van bestaande invaliditeit, kon de verzekerde op grond van artikel 105 van de Invaliditeitswet tot medewerking worden gedwongen. Weigerde de verzekerde desondanks, dan riskeerde hij intrekking van de invaliditeitsrente (artikel 107). Om de gevolgen van een opname in een ziekenhuis of een verpleeginrichting voor de overige gezinsleden te verzachten, kon aan de kinderen en aan de echtgenote een tijdelijke geldelijke ondersteuning verleend worden ter hoogte van de weduwe- en wezenrente (artikel 101).²²

De financiering

De renten en vergoedingen werden betaald door premieheffing. De hoogte van de premie hing af van de loonklasse waarin de verzekerde was ingedeeld. De Invaliditeitswet onderscheidde vijf loonklassen. In onderstaande tabel 3.1 wordt aangegeven welk jaarinkomen bij de verschillende loonklassen hoorde en hoe hoog de premie per loonklasse was.

20 a.w., 34-37; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 92-94.

21 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 36-37; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 91-92.

22 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 31-32; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 95-96.

Tabel 3.1: *Loonklassen en bijbehorend jaarinkomen en premiebedrag in 1919*²³

Loonklassen	Jaarlijks inkomen van de verzekerde werknemer	Premie per week
I	minder dan f 240,-	25 cent
II	tussen de f 240,- en f 400,-	30 cent
III	tussen de f 400,- en f 600,-	50 cent
IV	tussen de f 600,- en f 900,-	50 cent
V	tussen de f 900,- en f 1.200,-*	60 cent

* De bovengrens werd in 1921 verhoogd van f 1.200,- naar f 3.000,- en in 1929 weer verlaagd naar f 2.000,-.

De werkgevers waren verplicht de premies van de verzekerde werknemers af te dragen. De Invaliditeitswet maakte het mogelijk dat de werkgever de premie in zegels of in geld betaalde. Bij de betaling in zegels plakte de werkgever tegelijk met de loonbetaling een zegel op de rentekaart, die de werknemer aan hem voorlegde. Betaling in geld geschiedde door de premie rechtstreeks aan de Raad van Arbeid af te dragen. De Raad van Arbeid zorgde er dan vervolgens voor, dat de zegels op de rentekaart van de verzekerde terecht kwamen.²⁴

Naast de premieheffing droeg de overheid bij aan de kosten van de Invaliditeitswet. De bijdragen van de overheid waren nodig om achterstanden in de premiebetaling te compenseren van werknemers die bij het van kracht worden van de Invaliditeitswet ouder waren dan 16 jaar. Uitgangspunt van de Invaliditeitswet was namelijk dat de premiebetaling op het 16de levensjaar van de verzekerde begon. Bij het van kracht worden van de Invaliditeitswet waren echter de meeste verzekeringsplichtige werknemers ouder dan 16 jaar, waardoor zij te weinig premie hadden betaald om voor een volledige rente in aanmerking te komen. Omdat deze werknemers niet in staat werden geacht deze achterstanden in de premiebetaling zelf op te brengen, had de overheid ervoor gekozen om bij te springen. Buiten de compensatie van achtergebleven premiebetalingen, nam de overheid ook de volledige uitvoeringskosten van de Invaliditeitswet voor haar rekening.²⁵

De uitvoering

De uitvoering van de Invaliditeitswet 1919 was neergelegd bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. De Rijksverzekeringsbank was in 1902 opgericht om de Ongevallenwet 1901 uit te voeren (zie hoofdstuk 2). De Raden van Arbeid waren regionale uitvoeringsorganen die in 1913 door Minister Talma wettelijk waren geregeld in de Radenwet (staatsblad no. 203). Zij waren samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers, en stonden onder leiding van een onafhankelijke, door de

23 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 40-42. De loonklassen werden voor het eerst vastgesteld bij Koninklijk Besluit van 21 november 1919 (staatsblad. no. 761).

24 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 43-46.

25 a.w., 38-39.

koningin benoemde voorzitter.²⁶ Kort na de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet in 1919 waren er 39 Raden van Arbeid actief. In de loop van de jaren is dit aantal teruggebracht tot 24.²⁷

De taakstelling van de Raden van Arbeid bij de uitvoering van de Invaliditeitswet had betrekking op het inschrijven van verzekeringplichtige werknemers, het uitreiken van rentekaarten, het controleren van de premiebetalingen en het uitoefenen van toezicht op de rentetrekkingen. De raden bereidden de besluiten over toekenning van rentes voor, door de claims te onderzoeken en daar waar nodig opdracht te geven voor geneeskundig onderzoek. Daarnaast hadden zij de bevoegdheid bij gesignaleerde overtredingen te korten op de rentes, of deze in te trekken, of boetes op te leggen aan werknemers en werkgevers. De reden om deze taken bij de Raden van Arbeid te leggen (en niet bij de Rijksverzekeringbank) was dat zij dicht bij de verzekerden stonden en bijgevolg goed in staat waren om deze activiteiten uit te voeren.²⁸

De Rijksverzekeringbank nam, op grond van de verslaglegging en rapportages van de Raden van Arbeid de uiteindelijke beslissing over de toekenning van de rente. Hiermee was de Rijksverzekeringbank de facto verantwoordelijk voor de claimbeoordeling. Daarnaast droeg de Rijksverzekeringbank zorg voor de verstrekking van de rentes via de postkantoren. Zij was bevoegd om op voorstel van de Raden van Arbeid genees- of heelkundige behandeling toe te kennen en de opname in een ziekenhuis, sanatorium of verpleeginrichting te regelen. Ten slotte was de Rijksverzekeringbank risicodragend van de Invaliditeitswet 1919, hetgeen betekende dat zij het beheer voerde over het Invaliditeitsfonds en het Ouderdomsfonds.²⁹ Deze twee fondsen zijn in 1936 tot één gezamenlijk fonds samengevoegd.³⁰

Verzekerden konden tegen beslissingen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringbank in beroep gaan bij de Raden van Beroep. Het kon bij voorbeeld gaan om beslissingen over de verzekeringplicht, de premieheffing, het toekennen en intrekken van rentes en het vereffenen van de rentekaart. Tegen uitspraken van de Raden van Beroep kon beroep worden aangetekend bij de Centrale Raad van Beroep.³¹ Voor meer informatie over de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep verwijzen wij naar hoofdstuk 2.

3 De Ongevallenwet 1921

In 1921 bracht Minister Aalberse een omvangrijke wijziging van de Ongevallenwet tot stand. Directe aanleiding was de invoering van de Radenwet en de Invaliditeitswet in

26 a.w., 51-54.

27 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringbank 1901-1941*, 82.

28 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 55-56.

29 a.w., 56-58; Voor de uitvoering door de Rijksverzekeringbank, zie: Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringbank, 1901-1941*, 82-106.

30 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringbank 1901-1941*, 151.

31 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 58.

1919 en de aangekondigde invoering van de Ziektewet (die uiteindelijk pas in 1929 geëffectueerd zou worden). De Radenwet maakte het mogelijk om een oude wens in vervulling te laten gaan: het gedeeltelijk decentraliseren van de uitvoering van de Ongevallenwet naar de Raden van Arbeid. De verwachting was dat de Raden van Arbeid de aangifte, het onderzoek naar het ongeval, en de vaststelling van de schadeloosstelling beter en sneller konden verzorgen dan de Rijksverzekeringsbank. De aanstaande invoering van de Ziektewet gaf bovendien aanleiding om de tijdelijke overbruggingsuitkering op grond van de Ongevallenwet 1901 in verband te brengen met het wettelijke ziekengeld. De meeste werknemers zouden immers in de eerste maanden na het ongeval aanspraak gaan maken op ofwel ziekengeld ingevolge de Ziektewet, ofwel een tijdelijke overbruggingsuitkering ingevolge de Ongevallenwet 1921. Een meer indirecte aanleiding voor de wetswijziging was gelegen in de behoefte die in de loop van de jaren was ontstaan om de sterk uitgedijde jurisprudentie en de grote veranderingen van de uitvoeringspraktijk in wetgeving vast te leggen (zie ook hoofdstuk 2).

De wijziging van de Ongevallenwet trad op 1 oktober 1921 in werking. Door de vele veranderingen werd besloten om van de Ongevallenwet 1901 een nieuwe tekst te maken, die in het vervolg zou worden aangehaald als Ongevallenwet 1921. De belangrijkste wijzigingen hadden betrekking op wie verzekerd was, waarvoor men verzekerd was, de vergoedingen en de wijze waarop de verzekering diende te worden uitgevoerd. We gaan op elk van deze aspecten nader in en zullen daarbij ook de latere wetswijzigingen in ogenschouw nemen.

3.1 *Wie was er verzekerd?*

De Ongevallenwet 1901 bepaalde dat alle werknemers van verzekeringsplichtige bedrijven wettelijk verzekerd waren tegen de gevolgen van een bedrijfsongeval. De verzekeringsplicht gold voor bepaalde, met name genoemde bedrijven en bedrijfstakken, waarbinnen werknemers een bovengemiddeld risico op een bedrijfsongeval liepen. Met het van kracht worden van de Ongevallenwet 1921 werd de verzekeringsplicht uitgebreid tot in principe alle bedrijven (artikel 11). Een uitzondering gold voor de bedrijven in de zeevaart, die met de Zeeongevallenwet van 1919 reeds verzekeringsplichtig waren geworden, en de bedrijven in de landbouw, veehouderij, tuinbouw en bosbouw, die met de Land- en Tuinbouwongevallenwet van 1922 verzekeringsplichtig zouden worden. Wegens deze uitzonderingen werd de Ongevallenwet van 1921 ook wel betiteld als de Industriële Ongevallenwet.

Bovendien gold de verzekeringsplicht voor personen die werkzaamheden verrichten buiten een onderneming om, in opdracht van een natuurlijk persoon of rechtspersoon (artikel 4). In een Algemene Maatregel van Bestuur kon de wetgever verzekeringsplichtige werkzaamheden aanwijzen. De bedoeling van deze bepaling was het onder de wet brengen van risicovolle werkzaamheden van enige omvang, die niet in een verzekeringsplichtig bedrijf werden verricht. Uitgangspunt daarbij was dat

deze werkzaamheden grote gelijkenis vertoonden met de werkzaamheden die binnen verzekeringsplichtige bedrijven plaats vonden. De wetgever vond het onredelijk dat werknemers buiten de ongevallenverzekering zouden vallen als zij bijvoorbeeld door een fabrikant of door een particulier werden aangetrokken voor het in eigen beheer bouwen van een fabrieksgebouw of een woonhuis. Zouden deze werkzaamheden namelijk worden uitgevoerd door een bouwbedrijf, dan waren werknemers automatisch verzekerd ingevolge artikel 11 van de Ongevallenwet 1921.³²

Naast het aanwijzen van verzekeringsplichtige bedrijven en activiteiten gaf de Ongevallenwet 1921 een ruimere omschrijving van de verzekerde. In de Ongevallenwet 1901 konden alleen werknemers in loondienst en volontairs en leerlingen die leergeld ontvingen verzekerd zijn. Met het van kracht worden van de Ongevallenwet van 1921 werd de definitie van verzekerde uitgebreid tot personen jonger dan 21 jaar en personen die van derden fooien en andere uitkeringen in geld ontvingen voor werkzaamheden die zij ten behoeve van een werkgever verrichtten. In 1928 kwamen daar ook de kleine zelfstandigen bij, die economisch gelijkgesteld konden worden met werknemers in loondienst (ook wel de kleine aannemertjes genoemd). Een jaar later volgden de werklieden die bij wijze van werkverschaffing tewerkgesteld waren. Ten slotte werden in 1941 alle zelfstandigen die op provisie werkten (zoals zelfstandige krantenbezorgers, loonslachters en venters) aan de lijst toegevoegd. Voorwaarde was wel dat zij het werk tegen beloning persoonlijk verrichtten en derhalve geen personeel in dienst hadden. Door al deze wijzingen werden sinds 1921 steeds meer werknemers en klein zelfstandigen verzekerd in het kader van de Ongevallenwet (zie schema 3.1).

Schema 3.1: *Uitbreiding kring van verzekerden*

Wetten	Verzekerden
Ongevallenwet 1901	Werknemers in loondienst Volontairs Leerlingen
Ongevallenwet 1921	Personen jonger dan 21 jaar Personen die ten behoeve van een werkgever werkten en daarvoor door derden betaald kregen in de vorm van fooien of andere uitkeringen
Wijziging per 1 september 1928	Kleine aannemertjes
Wijziging per 1 maart 1929	Werklieden in de werkverschaffing
Wijziging per 1 januari 1941	Zelfstandigen die op provisie werkten zoals krantenbezorgers, loonslachters en venters

32 Groeneveld, Stenberg, *De Ongevallenwet 1921*, 46-50; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 28,

Voorzover werkgevers niet verplicht verzekerd waren, konden zij zich vanaf 1921 wel vrijwillig verzekeren tegen de gevolgen van een ongeval. De Ongevallenwet 1921 bevatte namelijk in hoofdstuk IX (artikel 87) een vrijwillige ongevallenverzekering voor werkgevers.³³ De Memorie van Toelichting vermeldde daarover 'dat veel werkgevers hetzelfde werk doen als hun werklieden en derhalve aan hetzelfde bedrijfsgevaar bloot staan en economisch in denzelfden, soms in minder gunstigen toestand verkeert dan hun werklieden, zoodat het wenselijk is, hun de verzekering tegen bedrijfsgevaar gemakkelijk te maken'.³⁴ Aanvankelijk konden in principe alle werkgevers deelnemen aan de vrijwillige verzekering. Met ingang van 1 oktober 1928 beperkte de wetgever de doelgroep van de vrijwillige verzekering tot de werkgevers die een verzekeringsplichtig bedrijf uitoefenden en derhalve bij de Rijksverzekeringsbank stonden ingeschreven. Ook de echtgenoot of echtgenote van een werkgever kreeg de mogelijkheid een vrijwillige ongevallenverzekering bij de Rijksverzekeringsbank af te sluiten, mits deze ook in het verzekeringsplichtige bedrijf werkzaam waren.³⁵

3.2 *Waarvoor was men verzekerd?*

De Ongevallenwet 1921 verzekerde tegen de gevolgen van een ongeval. Net zoals in het geval van de Ongevallenwet 1901 ontbrak ook in de Ongevallenwet van 1921 een definitie of omschrijving van het begrip ongeval. Om de uitvoerders en de rechtspraak toch enig houvast te bieden, stelde de wetgever in beide wetten criteria op voor het bepalen van een ongeval.

De criteria van de Ongevallenwet 1901 ondergingen met de Ongevallenwet van 1921 een grondige wijziging. Nieuw was dat een ongeval niet zozeer in verband moest staan met de uitoefening van het bedrijf (zoals onder de Ongevallenwet van 1901 het geval was), maar met de dienstbetrekking. Hierdoor hoefde er geen plaatselijk verband meer aangetoond worden. Een verzekerde kon derhalve aanspraak maken op schadeloosstelling als het ongeval op de weg van huis naar het werk of omgekeerd had plaatsgevonden.

Een meer fundamentele wijziging die de Ongevallenwet 1921 met zich meebracht, had betrekking op het arbeidsongeschiktheids criterium. De Ongevallenwet 1901 bepaalde in artikel 22 dat een werknemer arbeidsongeschikt was als hij (geheel of gedeeltelijk) niet in staat was arbeid te verrichten, die overeenkwam met zijn krachten en met zijn bekwaamheden. Deze bepaling werd in de praktijk zodanig ruim geïnterpreteerd dat het kunnen verrichten van allerlei soorten van werkzaamheden grond kon zijn om arbeidsgeschikt verklaard te worden. Met de Ongevallenwet 1921 kwam bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid de nadruk te liggen op het kunnen verrichten van meer passende arbeid. Naast dat arbeid overeen moest komen met de krachten en bekwaamheden van de getroffenene, moest deze nu tevens aansluiten op

33 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 190-193.

34 Geciteerd uit: Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 39.

35 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 38-40.

de opleiding en het vroegere beroep, alsook in de buurt van het oude werk uitgevoerd kunnen worden (artikel 18, lid 1).³⁶ Daar kwam bij dat de beoordelaar rekening moest houden met de verminderde kans op het vinden van een baan als gevolg van het ongeval (het zogenaamde arbeidsmarkt criterium van artikel 18, lid 2).³⁷ Een werknemer die feitelijk geschikt was om te werken, maar ten gevolge van een ongeval geen werkgever kon vinden die hem in dienst wilde nemen, was arbeidsongeschikt volgens de wet. Deze nieuwe criteria betekenden een aanzienlijke verruiming van de mogelijkheden om voor een rente in aanmerking te komen.

Het criterium uit de Ongevallenwet 1901, dat er gesproken kon worden van een ongeval als er een noodlottige gebeurtenis had plaatsgevonden die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden, kwam in de Ongevallenwet van 1921 aanvankelijk ongewijzigd terug. Het gevolg was dat beroepsziektes ook na 1921 buiten de Ongevallenwet bleven. De wetgever vond dit criterium op den duur te beperkt en besloot ook op dit punt enkele ingrijpende veranderingen door te voeren.

Het begon ermee dat de wetgever in 1928 besloot om de lichamelijke letsels die niet zozeer plotseling, maar wel in een betrekkelijk korte tijd waren ontstaan, zoals ontstekingen in een peeschede, bevrozing, hitteberoerte en bevanging door de warmte, formeel als een ongeval in de zin van de Ongevallenwet aan te merken. Hiermee werd een al langer bestaande praktijk geformaliseerd (zie ook hoofdstuk 2). Nog in hetzelfde jaar besloot de wetgever bovendien om een viertal beroepsziektes in de Ongevallenwet op te nemen, te weten lood- en kwikvergiftiging, miltvuur en mijnwormziekte.

Deze lijst zou tien jaar later (in 1938) worden aangevuld met de beroepsziektes silicose, vergiftiging door fosfor en arsenicum, benzol, halogeenderivaten van aliphatische koolwaterstoffen, pathologische aandoeningen door radium en X-stralen, huidkanker, bakkersecezem en aandoeningen door chroomverbindingen. De opname van deze beroepsziektes in de Ongevallenwet 1921 was het gevolg van de ratificering door Nederland van het ontwerpverdrag betreffende schadeloosstelling voor beroepsziekten, dat in 1925 was aangenomen tijdens de 7e ILO conferentie in Genève.

In 1938 leidde de oorlogsdreiging tot discussie over de vraag of de gevolgen van de oorlog niet buiten de ongevallenwet dienden te worden gehouden. In 1939 werd een wet van die strekking aangenomen en moest er een aparte regeling worden getroffen. De commissie Donner die zich daarover boog, kwam met een voorstel voor een andere wettelijke basis.³⁸ Minister Van den Tempel verwerkte het voorstel van de commissie Donner in een wetsvoorstel dat hij op 29 april 1940 bij de Tweede Kamer indiende. Door het uitbreken van de oorlog een maand later kon de Tweede Kamer het

36 Artikel 18 van de Ongevallenwet 1921 bepaalde namelijk dat een verzekerde arbeidsongeschikt was *als hij geheel of gedeeltelijk ongeschikt is geworden tot arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die hem, met het oog op zijn opleiding en vroegere beroep, in redelijkheid kan worden opgedragen ter plaatse waar hij arbeid het laatst had verricht of op een naburige soortgelijke plaats.*

37 Het arbeidsmarkt criterium was door de motie-Sannes (SDAP) toegevoegd aan artikel 18 van de Ongevallenwet 1921.

38 Zie Baron Wittert van Hoogland, *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940 II*, 717-719.

wetsvoorstel echter niet in behandeling nemen. Wel werd tijdens de bezetting een speciaal fonds opgericht voor de gevolgen van oorlogshandelingen die niet onder de Ongevallenwet 1921 vielen. De bezetter breidde overigens de lijst van beroepsziekten uit met aandoeningen door mangaanverbindingen en vergiftiging door koolmonoxide. Na de oorlog waren hiermee 15 beroepsziekten verzekerd door de Ongevallenwet, alsmede alle ongevallen en letsels die in betrekkelijke korte tijd waren ontstaan.

3.3 *De vergoedingen*

Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld, kende de Ongevallenwet vier soorten vergoedingen toe: medische behandeling, een tijdelijke overbruggingsuitkering, een ongevallenrente en een uitkering aan nagelaten betrekkingen. Met de invoering van de Ongevallenwet 1921 bleven deze vier vergoedingen ongewijzigd in stand.

Daarnaast kwam er in 1921 een nieuwe vergoeding bij: de onkostenvergoeding van opleiding (artikel 25). Het doel van deze vergoeding was dat een getroffene van een ongeval in de gelegenheid werd gesteld om zijn overgebleven bekwaamheden zodanig aan te wenden, dat hij inkomen uit arbeid kon vergaren. Voorwaarde voor de onkostenvergoeding was dan ook dat de opleiding of scholing bijdroegen aan verhoging van de arbeidsgeschiktheid. Had de getroffene tengevolge van de opleiding of scholing nieuwe vaardigheden verkregen waardoor zijn arbeidsgeschiktheid was toegenomen, dan kon de Rijksverzekeringsbank besluiten om op grond van artikel 75 de rente te herzien. De opleiding of scholing vond overigens plaats op basis van vrijwilligheid. De Rijksverzekeringsbank kon de verzekerde niet dwingen zich tot een ander beroep te laten opleiden. Het gevolg was dat de verzekerde de opleiding te alle tijde mocht beëindigen.³⁹

Een belangrijke verandering van de uitkeringshoogte vond plaats in 1930. Naar aanleiding van de inwerkingtreding van de Ziektewet op 1 maart 1930 besloot de wetgever om per 16 augustus 1930 de tijdelijke overbruggingsuitkering uit de Ongevallenwet te verhogen van zeventig naar tachtig procent van het dagloon. Aanvankelijk had de wetgever overwogen om de tijdelijke overbruggingsuitkering in te trekken zodra de Ziektewet in werking zou treden. De tijdelijke overbruggingsuitkering zou namelijk niet meer nodig zijn als de werknemer gedurende de eerste weken na het ongeval aanspraak maakte op ziekgeld ingevolge Ziektewet. Uiteindelijk werd besloten om de tijdelijke overbruggingsuitkering toch te handhaven en de en de uitkeringshoogte ervan te harmoniseren met die van het wettelijke ziekgeld.⁴⁰ De overbruggingsuitkering bracht namelijk geen extra kosten met zich mee omdat een combinatie met ziekgeld niet mogelijk was.

39 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 102-103; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 32.

40 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 34.

Net zoals bij de Invaliditeitswet 1919 was ook de uitvoering van de Ongevallenwet 1921 neergelegd bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. Artikel 111 van de Ongevallenwet 1921 bepaalde dat de Regering bij algemene maatregel van bestuur taken kon aanwijzen die de Raden van Arbeid moesten uitvoeren.⁴¹ Ook ten aanzien van de Ongevallenwet was de Regering van mening dat de Raden van Arbeid bepaalde taken beter en sneller konden uitvoeren dan de Rijksverzekeringsbank, omdat deze geacht werden meer vertrouwd te zijn met lokale omstandigheden.

Met het zogenaamde Decentralisatiebesluit van 15 juli 1922 kregen de Raden van Arbeid de volgende uitvoeringstaken toebedeeld:

- vaststellen en invorderen van premies;
- inzamelen van ongevalaangiften en loonlijsten;
- onderzoek verrichten naar de ongevallen aan de hand van de gedane ongevalaangiften;
- voorbereiden van de besluiten van de verzekeringsbank over de verzekeringsplicht en de indeling van de ondernemingen in gevarenklassen;
- uitoefenen van toezicht op de naleving van de Ongevallenwet.

De Rijksverzekeringsbank op haar beurt kreeg tot taak de claims te beoordelen, de premies en de schadeloosstellingen vast te stellen, en besluiten te nemen over de verzekeringsplicht en de indeling van ondernemingen in gevarenklassen. Deze verdeling van taken maakte het nodig om ook de medische uitvoering van de Ongevallenwet op te splitsen. De agenten in de buitendienst en een aantal controlerend geneeskundigen gingen bij de Raden van Arbeid aan de slag. De speciaal agenten en enkele overgebleven controlerend geneeskundigen bleven in dienst bij de Rijksverzekeringsbank.

Het dragen van het eigen risico door werkgevers of door onderlinge risico verenigingen bleef in de Ongevallenwet van 1921 onverminderd van kracht (artikel 54). Het eigen risico dragen had alleen betrekking op de premiebetaling en de uitkerings- en renteverstrekking. De claimbeoordeling en de medische behandeling bleven tot de invoering van de WAO in 1967 primair een verantwoordelijkheid van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.⁴²

Toch ontstonden er voor werkgevers nieuwe mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de claimbeoordeling en de medische uitvoering van de Ongevallenwet 1921. Met de wetswijziging van 19 november 1928 kregen fabrieksartsen de wettelijke bevoegdheid om tijdelijke uitkeringen aan werknemers van de onderneming vast te stellen en toe te kennen en de medische behandeling te verzorgen. Het ging om een omzichtig bereikt compromis, op basis van eerdere ervaringen. Reeds geruime

41 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 204-206; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 35-36.

42 Bij de voorbereiding van Organisatiewet Sociale Verzekeringen van 1952 (OSV 1952) was het aanvankelijk de bedoeling om de volledige uitvoering van Ongevallenwet en Invaliditeitswet over te hevelen naar de bedrijfsverenigingen. Dit is uiteindelijk niet doorgegaan. Zie: Noordam, 'Sociale verzekeringen 1950-2000', 817-818.

tijd waren namelijk aan sommige grote ondernemingen verbandkamers verbonden, waarin verbandmeesters of bezoldigde geneeskundigen voor de eerste hulp en de medische behandeling zorgden van zieke en arbeidsongeschikte werknemers. Tevens verstrekten de werkgevers van deze bedrijven vaak over de eerste dagen na het ongeval een tijdelijke overbruggingsuitkering. Invloedrijke medici als Korteweg hadden gewezen op de voordelen van het aanstellen van fabrieksartsen binnen bedrijven. Fabrieksartsen zouden langdurige arbeidsongeschiktheid in een groot aantal gevallen kunnen voorkomen en bovendien goede resultaten boeken met revalidatie en reïntegratie.⁴³ Door deze praktijk bleef echter de ongevalaangifte nogal eens achterwege, zelfs als het ongeval een langer durende arbeidsongeschiktheid tot gevolg had. Deze toestand werd als onbevredigend ervaren.

De in 1926 aangetreden Minister J.R. Slotemaker de Bruïne besloot een commissie in te stellen onder voorzitterschap van de katholieke voorman W.H. Nolens. Deze 'Commissie Nolens' kreeg de opdracht om over dit onderwerp advies uit te brengen aan de minister. In haar eindrapport adviseerde de commissie om het mogelijk te maken dat medische diensten van bedrijven onder bepaalde voorwaarden en met toestemming van de Rijksverzekeringsbank een gedeelte van de medische uitvoering van de Ongevallenwet verzorgden. Minister Slotemaker de Bruïne nam het advies van de Commissie Nolens over in een ontwerp-Fabrieksartsenwet, dat vervolgens in 1928 door het parlement werd aangenomen. De nieuwe wet had tot gevolg dat ondernemingen met een erkende geneeskundige dienst alleen aangifte van het ongeval hoefden te doen als het een dodelijke afloop had, een arbeidsongeschiktheid van langer dan zes weken tot gevolg had, of als het letsel niet door een erkende fabrieksarts was behandeld. In alle andere kortdurende gevallen van arbeidsongeschiktheid konden zij aangifte, behandeling en uitkeringsverstrekking zelf uitvoeren.⁴⁴

Een nog verdergaande privatisering van de uitvoeringsorganisatie kwam reeds in 1923 tot stand, met de inwerkingtreding van de Land- en Tuinbouwongevallenwet. Werkgevers in de land-, tuin- en bosbouw kregen toen de mogelijkheid om de volledige uitvoering van de wettelijke ongevallenverzekering (inclusief de claimbeoordeling, de toekenning van uitkeringen en rentes en de medische behandeling) over te hevelen naar nieuw op te richten bedrijfsverenigingen.⁴⁵ Deze bedrijfsverenigingen waren rechtstreekse voortzettingen van de particuliere onderlinge ongevallenverzekeraars in de land- en tuinbouw, die al sinds 1909 actief waren.⁴⁶ Nieuw aan de bedrijfsverenigingen was dat zij een paritair, uit werkgevers- en werknemersvertegenwoordigers, samengesteld bestuur hadden. Verreweg de meeste werkgevers in de land-, tuin- en bosbouw sloten zich bij de bedrijfsverenigingen aan. De rol van de Rijksverzekeringsbank in de uitvoering van de Land- en Tuinbouwongevallenwet

43 Korteweg, 'Het ongevallen-percentages en de fabrieksdokter', 597-614. Zie ook Korteweg, 'De ongevallenpercentages van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage', 301-317.

44 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 36-37.

45 Noordam, 'Sociale verzekeringen 1890-1950', 589-590.

46 Het betrof de *Tuinbouw Onderlinge en de Centrale Landbouw Onderlinge* uit 1909. Zie Van Genabeek, *Met vereende kracht risico's verzacht*, 266.

bleef hierdoor hoofdzakelijk beperkt tot het uitoefenen van controle op de bedrijfsverenigingen.⁴⁷

4 De organisatie van de uitvoering

In veel opzichten stond de organisatie van de uitvoering er met de totstandkoming van de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 veel beter voor, dan twintig jaar eerder, toen de Ongevallenwet 1901 ingevoerd moest worden. Stond medisch adviseur Kooperberg in 1902 voor de omvangrijke opdracht om de medische uitvoering in korte tijd van de grond af op te bouwen; zijn opvolger Van Eden had in de jaren 1919-1921 de beschikking over een uitgebreide uitvoeringsorganisatie met ervaren agenten en controlerend geneeskundigen. Moest Kooperberg in 1902 en 1903 een groot aantal geneeskundigen bereid vinden om zich in te schrijven in het medische register van de Rijksverzekeringsbank, zijn opvolger Van Eden kon zich in 1919 en 1921 beperken tot het aanpassen aan de nieuwe wet- en regelgeving van de bestaande contracten met geneeskundigen.

Niettemin vergden ook de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 gedeeltelijk een nieuwe uitvoeringsorganisatie. Zo moest de Rijksverzekeringsbank de claimbeoordeling en de medische behandeling samen met de Raden van Arbeid uitvoeren en bracht de Fabrieksartsenwet van 1928 een andere toewijzing met zich mee van de tijdelijke overbruggingsuitkering en een andere organisatie van de medische behandeling. De rol van de Rijksverzekeringsbank bij de claimbeoordeling verschoof in deze jaren geleidelijk van het zelf doen, naar het controleren van anderen (de Raden van Arbeid en de Fabrieksartsen).

In deze paragraaf bekijken wij hoe personen die betrokken waren bij de medische uitvoering tegen deze veranderingen aankeken en ermee omgingen. Vervolgens gaan wij nader in op de gevolgen die de nieuwe organisatie van de medische uitvoering had voor het proces van claimbeoordeling. De uitvoering van twee wetten door twee uitvoeringsorganen vergde namelijk een totaal andere volgorde van activiteiten en een andere taakverdeling tussen uitvoerenden.

4.1 *Afstemming Rijksverzekeringsbank en Raden van Arbeid*

De gezamenlijke uitvoering van de Invaliditeitswet 1919 en de Ongevallenwet 1921 door de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid had de nodige voeten in de aarde. De 39 Raden van Arbeid moesten al op de korte termijn beschikking krijgen over ervaren agenten en controlerend geneeskundigen die de medische controle en de voorbereidende onderzoeken konden uitvoeren. Omdat tegelijkertijd een overschot aan personeel bij de Rijksverzekeringsbank dreigde te ontstaan, lag het voor de hand

47 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 245-246.

dat personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank naar de Raden van Arbeid overstapten. In 1923 gingen maar liefst 213 personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank over naar de Raden van Arbeid, waarvan 96 van de Binnendienst en 117 van de buitendienst. Van de agenten bleven alleen de 14 speciale agenten voor het schatten van het percentage arbeidsongeschiktheid werkzaam bij de Rijksverzekeringsbank. De overgang van personeel naar de Raden van Arbeid werd vergemakkelijkt doordat met de invoering van het Decentralisatiebesluit de arbeidsvoorwaarden van de medewerkers van de Raden van Arbeid werden gelijkgesteld aan die van de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank.⁴⁸

Desondanks verliep de verdeling van de ambtenaren over de 39 Raden van Arbeid bepaald niet vlekkeloos. De meeste ambtenaren bleken een voorkeur te hebben voor de functies bij de Raden van Arbeid die in de grotere plaatsen waren gevestigd. Het gevolg was dat een aantal Raden van Arbeid in kleinere plaatsen met een tekort aan personeel kwam te zitten. Door middel van promoties probeerde de voorzitter van de Rijksverzekeringsbank Van Duyl personeelstekorten bij bepaalde raden op te lossen. Het duurde echter jaren voordat de ernstigste personeelsproblemen bij bepaalde Raden van Arbeid waren opgelost.⁴⁹

Naast de overheveling van personeel vergde de gezamenlijke uitvoering van de Invaliditeitswet en Ongevallenwet een goede afstemming tussen de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank. De Raden van Arbeid moesten immers het toekennen van uitkeringen en rentes door de Rijksverzekeringsbank voorbereiden. De wetgever had in een goede afstemming tussen beide organen proberen te voorzien met de oprichting van de Verzekeringsraad.⁵⁰ Deze instelling was geregeld in de Radenwet van 1913 (staatsblad no. 203) en had als belangrijkste taak het controleren en aansturen van de Raden van Arbeid. De Verzekeringsraad bestond uit bezoldigde leden, benoemd door de Kroon, en onbezoldigde leden die de werkgevers en werknemers vertegenwoordigden. Volgens de Radenwet waren de Raden van Arbeid verplicht om de begroting ter goedkeuring voor te leggen aan de Verzekeringsraad. Bovendien waren de Raden verplicht aanwijzingen van de Verzekeringsraad op te volgen, teneinde al te grote verschillen in de uitvoering van de Invaliditeitswet en Ongevallenwet 1921 te voorkomen. De wetgever vreesde namelijk dat zonder centrale controle en aansturing de 39 Raden van Arbeid de Invaliditeitswet en Ongevallenwet op 39 verschillende manieren zouden uitvoeren.⁵¹

In de loop van de jaren ontwikkelde de Verzekeringsraad zich steeds meer tot verlengstuk van de Rijksverzekeringsbank. Zo oefende de Rijksverzekeringsbank via de Verzekeringsraad steeds nadrukkelijker invloed uit op de uitvoering van de sociale ver-

48 Keulemans, 'De praktijk bij de Raden van Arbeid sedert begin 1920', 135-136; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 238-239.

49 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 239.

50 Aanvankelijk waren er twee territoriale verzekeringsraden ingesteld. In 1923 werden deze tot één landelijke verzekeringsraad samengevoegd.

51 Groeneveld, Stemberg, *De Invaliditeitswet*, 53.

zekerings door de Raden van Arbeid.⁵² In 1934 formaliseerde de regering deze praktijk door de Verzekeringsraad op te heffen en alle controlerende taken over te hevelen naar de Rijksverzekeringsbank.⁵³ Sindsdien verzorgde de Rijksverzekeringsbank de controle en aansturing van de Raden van Arbeid. Zo dienden de Raden van Arbeid te opereren volgens de 'Handleiding voor de Ongevallenwet' die de Rijksverzekeringsbank had opgesteld.

Als we kijken naar de omvang van deze hervorming van de uitvoeringsorganisatie is het opmerkelijk dat problemen in de afstemming tussen de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid na 1923 nagenoeg zijn uitgebleven. Achteraf kunnen we concluderen dat de voorspoedig verlopen hervorming niet zozeer de verdienste was van de Verzekeringsraad. Daarvoor was zijn rol te klein. Veeleer heeft de overheveling van ervaren personeelsleden van de Rijksverzekeringsbank naar de Raden van Arbeid bijgedragen aan een goede samenwerking tussen de twee organen. De overgeplaatste ambtenaren voorzagen de Raden van Arbeid van de nodige kennis en ervaring om de uitvoerende taken naar behoren te volbrengen. Zij waren bij uitstek in staat om werkzaamheden af te stemmen met hun vroegere collega's bij de Rijksverzekeringsbank. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat de meeste overgeplaatste ambtenaren de hogere functies bij de Raden van Arbeid bekleedden.

Ondanks de betrekkelijk soepele overgang in de organisatie bleef het thema van de organisatie van de uitvoering op de politieke agenda staan. Achtereenvolgende kabinetten poogden de uitvoering eenvoudiger en goedkoper te maken, overigens zonder dat de plannen veel verder kwamen dan de tekentafel.⁵⁴ Na de Tweede Wereldoorlog verschoof de richting van het beleid geleidelijk van aanpassing van de bestaande regels en de uitvoeringsorganisatie naar de invoering van geheel nieuw stelsel. Deze ommezwaai in het beleid behandelen we in het volgende hoofdstuk.

4.2 *Decentralisatie van de medische uitvoering*

De Fabrieksartsenwet van 1928 maakte het mogelijk dat fabrieksartsen de tijdelijke uitkeringen vaststelden en de medische behandeling verzorgden. De overheveling van wettelijke bevoegdheden naar de fabrieksartsen stuitte op opmerkelijk weinig weerstand van de geneeskundige beroepsgroep. Deze coulante houding was opmerkelijk, aangezien de oprichting in 1926 van de Geneeskundige Dienst voor het mijnwezen (het zogenaamde Mijnartsen-instituut) op fel verzet had gestuit van de medische beroepsgroep. Huisartsen in de mijnstreek waren toen in het geweer gekomen tegen het Mijnartsen-instituut, omdat het de vrije artsen keuze zou beperken.⁵⁵

52 Zie Keulemans, 'De praktijk bij de Raden van Arbeid sedert begin 1920', 132-139.

53 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 36.

54 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 27-34.

55 Zie: 'Adres van het Hoofdbestuur van de NMG aan den Minister van arbeid, Handel en nijverheid', 1058. In het NTVG werd overigens ook voor het Mijnartsen-Instituut gepleit. Zie Platte, 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', 2074-2076; Snoeck Henkemans, 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', 2076.

Dat de reacties op plannen voor een Fabrieksartsenwet betrekkelijk mild waren, had waarschijnlijk te maken met de aanpak die de Commissie Nolens bij de voorbereiding van de wet had gevolgd. Binnen de commissie waren de medische beroepsgroep en de Rijksverzekeringsbank goed vertegenwoordigd.⁵⁶ Bovendien gaf de commissie de nodige ruimte om van buitenaf commentaar te leveren op discussies en voorstellen. In het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank werd uitgebreid verslag gedaan van de beraadslagingen binnen de commissie Nolens.⁵⁷ Ieder die betrokken was bij de uitvoering van de Ongevallenwet 1921 kon op de hoogte zijn van de knelpunten en zijn mening daarover kenbaar maken.

De meeste discussie vond dan ook binnen de Commissie Nolens plaats. Zo waren enkele leden van de commissie bezorgd dat de erkende fabrieksarts de vrije artsenuitkeuze te zeer zou beperken. Door een ongeval getroffen werknemers hadden weliswaar in principe de mogelijkheid om na de eerste hulp een geneeskundige te kiezen. Maar in de praktijk zouden de meeste getroffen in behandeling blijven van de fabrieksarts. Enkele leden van de Commissie stelden daarom voor in de wet de verplichting op te nemen dat de getroffene na de eerste hulp werd doorverwezen naar de huisarts. Van deze verplichting zou alleen afgeweken kunnen worden als de getroffene uitdrukkelijk te kennen gaf onder behandeling van de fabrieksarts te willen blijven. De meerderheid van de commissie argumenteerde echter dat enige beperking van de vrije artsenuitkeuze reeds in het bestaande stelsel aanwezig was. De regeling over de fabrieksarts had niet ten doel dit probleem op te lossen. Om die reden werd het voorstel verworpen en buiten het advies gehouden.⁵⁸

Een ander probleem was dat de fabrieksarts niet onafhankelijk zou zijn omdat hij ofwel in dienst was, ofwel honorarium ontving van de werkgever. Hoe kon een werknemer vertrouwen stellen in een geneeskundige die financieel afhankelijk was van de werkgever? Zou de fabrieksarts hierdoor niet vooral oog hebben voor de belangen van de werkgever? Enkele geneeskundigen dienden bij de commissie bezwaarschriften in, waarin zij hun bezorgdheid uitten over de in hun ogen toegenomen kans dat fabrieksartsen onder druk van de werkgever te snel verwonde werknemers aan het werk zouden zetten. Een onafhankelijke positie van de fabrieksarts tegenover de werkgevers moest volgens hen in de nieuwe wet gewaarborgd worden.⁵⁹

Enkele leden van de Commissie Nolens stelden daarop voor werknemers medezeggenschap te geven bij de aanstelling van een fabrieksarts. De benoeming en bezoldiging van de fabrieksarts zou dan in handen komen van een orgaan dat onafhankelijk was van de werkgever. De meerderheid van de commissie achtte dit voorstel evenwel onuitvoerbaar. Na uitvoerige discussie vond de commissie uiteindelijk de oplossing

56 In de commissie Nolens zaten twee huisartsen waarvan één uit Limburg. Voor de Rijksverzekeringsbank maakten de medisch adviseur Van Eden en de voorzitter van de Raad van Bestuur Noest deel uit van de Commissie. Zie: Nolens, Stenberg, *Verslag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 3-4.

57 Zie: Schütte, 'Het instituut van den Fabrieksarts', 59-64; Feenstra, 'Het verslag der Commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut Fabrieksarts', 186-190; Feenstra, 'Het rapport van de Commissie Nolens', 222-223.

58 Nolens, Stenberg, *Verslag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 25.

59 Feenstra, 'Het verslag der Commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut Fabrieksarts', 186.

in het stellen van nieuwe voorwaarden. Werkgevers moesten ervoor zorgen dat de fabrieksarts door de Rijksverzekeringsbank werd erkend. Om deze erkenning te verkrijgen diende de fabrieksarts onder andere de onafhankelijke leiding te hebben over de geneeskundige dienst van de onderneming en moest hij tijdens werktijden onafgebroken op het terrein van de onderneming aanwezig zijn. Deze voorwaarden voor erkenning gaven volgens de commissie voldoende waarborgen voor de onafhankelijkheid van de fabrieksarts tegenover de werkgever.⁶⁰

Veel aandacht besteedde de Commissie Nolens aan de vraag of de verplichting tot aangifte van een ongeval voor werkgevers in alle gevallen moest worden gehandhaafd (conform artikel 66, 2de lid van de Ongevallenwet 1921), of dat daarvan bij aanwezigheid van een erkende fabrieksarts kon worden afgeweken. De commissie stelde vast dat veel werkgevers al langere tijd geen aangifte deden van ongevallen met kortdurende letsels. Op grond van deze wijdverbreide praktijk kwam de commissie tot de conclusie dat de aangifte van een ongeval niet noodzakelijk was als de fabrieksarts met een redelijke zekerheid kon vaststellen dat de arbeidsongeschiktheid van korte duur was. Een voorwaarde was wel dat de fabrieksarts een register van alle voorkomende ongevallen zou bijhouden. De vrijstelling van aangifte diende alleen te gelden voor de gevallen waarvan ook de verdere medische behandeling aan de fabrieksarts zou worden toevertrouwd. Bovendien zou de werkgever verplicht zijn zorg te dragen voor de tijdelijke overbruggingsuitkering. Dit alles diende plaats te vinden onder toezicht en onder verantwoordelijkheid van de Rijksverzekeringsbank. Omdat de werkgevers de lasten van zowel de medische behandeling als de tijdelijke overbruggingsuitkering zouden dragen, achtte de commissie het redelijk dat voor hen een premiereductie werd doorgevoerd.⁶¹

Zoals eerder aangegeven werden de voorstellen van de Commissie Nolens vrijwel ongewijzigd door de Minister verwerkt in een ontwerp Fabrieksartsenwet. Na aanneming in het voorjaar van 1928 door de Tweede en Eerste kamer, trad de Fabrieksartsenwet al op 19 november 1928 in werking. Verzet van geneeskundige zijde tegen de nieuwe wet bleef ook toen achterwege.⁶² De uitvoering van de Fabrieksartsenwet door de Rijksverzekeringsbank (afgifte van erkenning en controle op de fabrieksartsen) verliep eveneens zonder noemenswaardige problemen.⁶³ De nieuwe wet bracht een verlichting van de uitvoerende taken voor de Rijksverzekeringsbank met zich mee.

4.3 *Het proces van claimbeoordeling*

De Invaliditeitswet van 1919 en de Ongevallenwet 1921 kenden sterk uiteenlopende uitkerings- en beoordelingscriteria. Deze verschillen waren in belangrijke mate terug

60 Nolens, Stemberg, *Verlag der commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut fabrieksarts*, 23-25.

61 a.w., 25-33, m.n. 31-33.

62 Men beperkte zich tot uitgebreide uiteenzettingen over de nieuwe wet. Zie bijvoorbeeld Van Duyl, 'De door de Tweede Kamer aangenomen wettelijke regeling van het Instituut van ondernemingsartsen', 97-112.

63 In het *Geneeskundige Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank* en de Jaarverslagen van de Rijksverzekeringsbank zijn we in ieder geval geen meldingen tegengekomen van problemen met de uitvoering van de Fabrieksartsenwet.

te voeren op de grondslagen van de twee wetten. Had de Invaliditeitswet 1919 het 'risque social' als grondslag; de Ongevallenwet 1921 ging uit van het 'risque professionnel'. Hoefde bij de Invaliditeitswet alleen de gezondheidstoestand van de getroffene beoordeeld te worden; bij de Ongevallenwet moest een relatie worden aangetoond tussen het ongeval en de dienstbetrekking bij een bedrijf. De Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank probeerden in de uitvoering rekening te houden met deze verschillende grondslagen door aparte processen te volgen voor de claimbeoordeling van de invaliditeitsrente enerzijds en ongevallenuitkeringen c.q. -rentes anderzijds.

In deze paragraaf hebben wij beide processen in stappen uitgewerkt. Per stap geven wij de hoofdlijnen van de ontwikkelingen aan die zich tussen 1919 en 1967 hebben voltrokken. De verschillende instructies van Bossenbroek en het proefschrift van Wuite hebben hierbij als leidraad gediend.⁶⁴

Het proces van claimbeoordeling bij de Invaliditeitsverzekering kwam neer op het volgende:

Stap 1: Aangifte

Verzekerde deed schriftelijk aangifte bij de Raad van Arbeid en leverde daarbij de rentekaart in.

Stap 2: Beoordeling stand van de verzekering door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid beoordeelde of de verzekerde de vereiste wachttijd had vervuld. Vervolgens won de Raad bij de Rijksverzekeringsbank inlichtingen in over de ziektegeschiedenis van de verzekerde en diens eventuele aanspraken op een tijdelijke overbruggingsuitkering ingevolge de Ongevallenwet 1921 of ziekengeld ingevolge de Ziektewet van 1930.

Stap 3: Medische beoordeling door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid beoordeelde of de verzekerde in aanmerking kwam voor medische behandeling ingevolge artikel 99 van de Invaliditeitswet 1919. Dit kon blijken uit onderzoek van de controlerend geneeskundige die bij de Raad van Arbeid werkzaam was, of uit een medisch rapport van een specialist. Als de Raad van Arbeid van oordeel was dat de verzekerde recht had op medische behandeling of verpleging, dan deed hij daartoe een gemotiveerd voorstel aan de Rijksverzekeringsbank.

Stap 4: Medische beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

De Rijksverzekeringsbank beoordeelde nogmaals of de verzekerde in aanmerking kwam voor medische behandeling ingevolge artikel 99 van de Invaliditeitswet 1919. Als de Rijksverzekeringsbank de claim afwees, kreeg de Raad van Arbeid de opdracht

64 Bossenbroek, *De administratie van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid*; Bossenbroek, *De Hoofdzaken der administratie bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.*; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, passim.

de verzekerde daarover in kennis te stellen. Oordeelde de Rijksverzekeringsbank positief, dan kreeg de Raad van Arbeid de opdracht de medische behandeling en/of verpleging te regelen.

Stap 5: Uitvoering medische behandeling

De Raad van Arbeid informeerde de Rijksverzekeringsbank over de medische behandeling en/of verpleging via het overleggen van rapporten. Bovendien betaalde de Raad de kosten van de behandelingen c.q. verpleging aan de hand van de tarieven die de Rijksverzekeringsbank had vastgesteld.

Na de invoering van de Ziektewet in 1930, ging de Raad van Arbeid ook na of verpleging in een inrichting op grond van artikel 49 van de Ziektewet van toepassing was. Was dat het geval, dan stelde de Raad de bedrijfsvereniging die met de uitvoering van de Ziektewet was belast, daarvan op de hoogte. Als de verzekerde niet als kostwinnaar kon worden beschouwd, moest de bedrijfsvereniging tweederde van het uit te keren ziekengeld aan de Raad van Arbeid uitbetalen.

Stap 6: Beoordeling claim op invaliditeitsuitkering

De Rijksverzekeringsbank beoordeelde de claim op een invaliditeitsrente eerst uit wettelijk oogpunt. Een ambtenaar van de medische dienst stelde vast of er recht op rente bestond. Kwam uit de beoordeling naar voren dat de verzekerde geen recht had op een uitkering, dan stelde het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een afwijzende beschikking vast.

Stap 7: Beoordeling hoogte Invaliditeitsrente

Bij een positieve beoordeling van de claim stelden ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank de hoogte van de rente vast. Bovendien bepaalden zij aan wie de rente moest worden uitgekeerd (de verzekerde, curator, provisioneel bewindvoerder, dan wel verpleeginrichting). Maakte de verzekerde reeds aanspraak op ouderdomsrente, dan werd nagegaan of omzetting van de rente mogelijk was.

Stap 8: Toekenning invaliditeitsrente

Nadat hoogte van de invaliditeitsrente was vastgesteld, nam het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een besluit tot toekenning van rente. Vervolgens kreeg een postkantoor in de buurt van de woonplaats van de verzekerde een doorlopende machtiging voor het verstrekken van een bepaald bedrag per maand.

Stap 9: Herziening rente

Op eigen initiatief of op verzoek van de Rijksverzekeringsbank kon de Raad van Arbeid een onderzoek instellen om te bepalen of er gegronde redenen waren om de invaliditeitsrente te herzien. De raad rapporteerde de uitkomsten van het onderzoek aan de Rijksverzekeringsbank, die vervolgens een besluit nam.

Stap 10: Beroep

De verzekerde kon in beroep gaan tegen het besluit van het bestuur bij de Raad van Beroep en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

Het proces van claimbeoordeling bij de ongevallenuitkering verliep als volgt:

Stap 1: Aangifte ongeval door werkgever

De werkgever diende aangifte te doen van het ongeval door een aangifteformulier in te vullen en in duplo in te leveren bij het postkantoor of de Raad van Arbeid. Een exemplaar was bestemd voor de Raad van Arbeid, het andere voor de Rijksverzekeringsbank. Op de medische afdeling van de Rijksverzekeringsbank werden de ingekomen aangiften medisch beoordeeld. De medische afdeling zond vervolgens een kopie van de aangifte naar de controlerend geneeskundige in de regio, zo nodig vergezeld met een speciale opdracht. De werknemer kreeg een ongevalsnummer en controlevoorschriften waarmee hij behandeling kon krijgen van een bij de Rijksverzekeringsbank aangesloten arts.

Stap 2: Besluit tot het instellen van een onderzoek

De Rijksverzekeringsbank bepaalde of de Raad van Arbeid een onderzoek moest instellen krachtens artikel 68 van de Ongevallenwet 1921. Dit voorbereidende onderzoek door de Raad van Arbeid was niet nodig als de getroffene had doorgewerkt, de arbeidsongeschiktheid minder dan drie dagen had geduurd, of als de aangifte naar behoren was ingevuld waarmee deze kon worden afgedaan met een zogenaamd vereenvoudigd onderzoek. Bovendien was de Rijksverzekeringsbank bevoegd de Raad van Arbeid te passeren door een proces-verbaal op te stellen. Dit was alleen mogelijk als het ongeval een dodelijke afloop had, langer dan 42 dagen duurde, of het gevolg was van een verkeersongeval (artikel 69 Ongevallenwet 1921). Het proces-verbaal bevatte de verklaringen van de getroffene, de werkgever en de getuigen.

Stap 3: Onderzoek door de Raad van Arbeid

De Raad van Arbeid noteerde de ongevalaangiften in een register met vermelding van de behandelend geneeskundige en de duur van de medische behandeling. Vervolgens stelde de raad een onderzoek in en bracht daarvan schriftelijk rapport uit aan de Rijksverzekeringsbank. Had de Rijksverzekeringsbank vragen over het rapport, dan zorgde de Raad voor een nadere toelichting.

Stap 4: Eerste beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

Na ontvangst van het onderzoeksrapport van de Raad van Arbeid, of na het opstellen van een proces verbaal, ging de medische afdeling van de Rijksverzekeringsbank over tot een eerste beoordeling. De vraag stond hierbij centraal of het ongeval in verband stond met de dienstbetrekking. Indien de arbeidsongeschiktheid op de derde dag na het ongeval nog voortduurde, werden het dagloon en de risicodrager vastgesteld. De beoordeling kon resulteren in drie besluiten:

- Ruster (afgesloten dossier) zonder geneeskundige behandeling. In dit geval kwam de verzekerde niet in aanmerking voor geneeskundige behandeling of voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Na 1929 kreeg de verzekerde automatisch het advies om ziekingeld aan te vragen bij de Raad van Arbeid of de bedrijfsvereniging.
- Ruster met geneeskundige behandeling. De verzekerde kon alleen aanspraak maken op medische behandeling. De Rijksverzekeringsbank ging hiertoe over als de verzekerde de arbeid niet had gestaakt of minder dan drie dagen arbeidsongeschikt was geweest.
- Uitkering. De verzekerde kon aanspraak maken op een tijdelijke overbruggingsuitkering en op medische behandeling. In het geval van overlijden van de getroffenene kon een weduwen- en wezenuitkering aan de nabestaanden worden toegekend.

Stap 5: Toekenning tijdelijke uitkering

Als de eerste beoordeling uitwees dat de getroffenene recht had op een ongevallenrente, kende de controlerend geneeskundige van de Rijksverzekeringsbank of de Raad van Arbeid (en sinds 1928 ook de fabrieksarts) een overbruggingsuitkering toe. De getroffenene kreeg een zogenaamde betaalbaarheidbeschikking toegestuurd; de werkgever of de risicodrager ontvingen daarvan een afschrift. Bovendien machtigde de Rijksverzekeringsbank een postkantoor in de buurt van het woonadres van de getroffenene om een ongevallenrente te verstrekken.

Stap 6: Tweede beoordeling door de Rijksverzekeringsbank

De controlerend geneeskundige bracht over de getroffenene een rapport uit als deze op de 43ste dag na het ongeval nog arbeidsongeschikt was. Oordeelde de controlerend geneeskundige dat de getroffenene voor de lange duur niet (volledig) in staat was tot het verrichten van arbeid, dan stelde de speciale agent het percentage arbeidsongeschiktheid vast. Anders dan bij de eerste beoordeling kon bij de tweede beoordeling ook een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid worden aangenomen en een partiële ongevallenrente worden toegekend. In de praktijk werd ernaar gestreefd de rente geleidelijk te verlagen in overleg tussen werknemer, werkgever en speciale agent, waarbij de controlerend geneesheer op de achtergrond bleef en toestemming moest geven voor de verlenging van de ongevallenrente.

Stap 7: Controlevoorschriften en handhaving

Agenten en controlerend geneeskundigen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank hadden de bevoegdheid om inspecties uit te voeren op de plaats van het ongeval. Bovendien konden zij de getroffenene van een ongeval zo vaak als zij het nodig achtten oproepen om naar een nader te bepalen plaats te komen voor onderzoek. Weigerde de getroffenene medewerking aan het onderzoek, dan verloor deze alle aanspraken op vergoedingen die voortvloeiden uit de Ongevallenwet. Als de behandeling naar het oordeel van de controlerend geneesheer inadequaaf was, dan

kon hij daarin interveniëren. Ook werkgevers die niet of onvoldoende meewerkten, konden worden beboet.

Stap 8: Toekenning ongevalrente

Als de tweede beoordeling uitwees dat de getroffene niet binnen één jaar zou herstellen of het werk kon hervatten, dan had hij recht op een ongevalrente en kende het bestuur van de Rijksverzekeringsbank deze toe. De toekenning van de rente geschiedde op basis van een rapport van de controlerend geneeskundige over de beperkingen en een rapport van de speciale agent over de belemmeringen. De getroffene kreeg een zogenaamde betaalbaarheidbeschikking toegestuurd; de werkgever of de risicodragers ontvingen daarvan een afschrift. Bovendien machtigde het bestuur van de Rijksverzekeringsbank een postkantoor in de buurt van het woonadres van de getroffene om een ongevalrente te verstrekken. De ongevalrente kon permanent of tijdelijk worden toegekend. Herziening vond meestal na twee jaar plaats. De rente werd gewijzigd als er bij een werknemer die jonger was dan 60 jaar een duidelijke medische verbetering of gevorderde aanpassing vastgesteld kon worden. Als een verzekerde stierf, moest de controlerend geneeskundige bepalen of het overlijden het gevolg was van het ongeval.

Stap 9: Informeren van de afdeling Invaliditeitsverzekering

De toekenning van een ongevalrente of een wezenrente krachtens de Ongevallenwet 1921 werd doorgegeven aan de afdeling Invaliditeitsverzekering van de Rijksverzekeringsbank. Voor de toekenning van de Invaliditeitsrente moest namelijk bekend zijn of de rentetrekker of diens nabestaanden ook een ongevalrente genoten.

Stap 10: Beroep

De verzekerde kon in beroep gaan tegen de vaststelling van het bestuur bij de Raad van Beroep en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep.

5 De praktijk van de claimbeoordeling: de Invaliditeitswet

De uitvoerders van de claimbeoordeling hadden met de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet in 1919 te maken met een geheel nieuwe wettelijke voorziening. Hoewel de controlerend geneeskundigen en de agenten van de Rijksverzekeringsbank al ruime ervaring hadden opgedaan met de claimbeoordeling volgens de Ongevallenwet 1901, konden zij deze ervaring slechts ten dele toepassen bij de uitvoering van de Invaliditeitswet. Niet alleen waren de grondslagen van de twee wetten totaal verschillend ('risque professionnel' bij de Ongevallenwet en 'risque social' bij de Invaliditeitswet); ook de beoordelingscriteria weken deels en soms fundamenteel van elkaar af.

In deze paragraaf gaan wij na hoe de ambtenaren van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid de claims in het kader van de Invaliditeitswet 1919 beoordeelden. Dit doen wij aan de hand van een aantal thema's die de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet zo specifiek maakten. Eerst zullen wij bekijken met welke nieuwe eisen de uitvoerders bij het medische onderzoek te maken kregen (paragraaf 5.1). Vervolgens gaan wij nader in op enkele cruciale beoordelingscriteria uit de Invaliditeitswet die de uitvoerders in de praktijk voor dilemma's plaatsten. Het gaat om de criteria van blijvende en tijdelijke invaliditeit (paragraaf 5.2), arbeidsongeschiktheid (paragraaf 5.3) en de voorwaarden voor medische behandeling (paragraaf 5.4).

5.1 *Het medische onderzoek*

Over de medische uitvoering van de Invaliditeitswet is, los van een aantal casusbeschrijvingen, opmerkelijk weinig geschreven. We moeten vooral afgaan op informatie die in de beginjaren van de wet is opgetekend door met name de medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank Van Eden. Enkele maanden voor de invoering van de Invaliditeitswet bracht deze een handleiding uit ten behoeve van de geneeskundigen die met de uitvoering van de claimbeoordeling waren belast.⁶⁵ Van Eden baseerde zich daarin vooral op de ervaringen die in Duitsland waren opgedaan met de implementatie van een soortgelijke wet. In Duitsland had de Invaliditeitswet tot een grote aanwas van het aantal rentetrekkingen geleid. Meer dan de helft van de rentetrekkingen was wegens tuberculose, longziekten of algemene zwakte uitkeringsgerechtigd geworden. Weliswaar had de Duitse Invaliditeitswet een sterke impuls gegeven aan behandeling en verpleging van invaliden, maar van reïntegratie naar werk was weinig terecht gekomen.

Van Eden constateerde dat in Duitsland de uitvoering kort na de invoering van de wet in 1889 snel uit de hand was gelopen, omdat de verzekeringsorganen en de artsen niet goed hadden begrepen wat de bedoeling van de wet was en derhalve de weg van de minste weerstand hadden gevolgd: het toekennen van claims. Uitgebreide herbeoordelingen waren in Duitsland nodig geweest de situatie weer recht te zetten. Om dergelijke problemen met de medische uitvoering in Nederland te voorkomen, probeerde Van Eden door middel van een handleiding de ingewikkelde Invaliditeitswet met haar 411 artikelen toegankelijk te maken voor de medische beoordelaars.

Volgens van Eden bestond het risico dat de uitvoering van de Nederlandse Invaliditeitswet uiteindelijk evenzeer problematisch zou verlopen als in Duitsland. Hij waarschuwde dat de Invaliditeitswet een veel moeilijker uit te voeren claimbeoordeling met zich meebracht dan de Ongevallenwet. De nieuwe wet kende namelijk veel meer verzekerden dan de Ongevallenwet, omvatte meer beroepen en betrekkingen, en vereiste dienovereenkomstig een complexere beoordeling van de geschiktheid om in die verschillende beroepen werkzaam te zijn.⁶⁶

⁶⁵ Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*.

⁶⁶ a.w., 26-27.

Bovendien verwachtte Van Eden dat de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet een uitgebreider medisch onderzoek zou vergen. Terwijl de Ongevallenwet enkel betrekking had op de invaliditeit die het gevolg was van een ongeval, bestreek de Invaliditeitswet de gehele lichamelijke gesteldheid van de verzekerde. Alle kwalen en gebreken deden ertoe. Vooral ten aanzien van de diagnose en prognose stelde de Invaliditeitswet zwaardere eisen dan de Ongevallenwet. Door het uitgebreidere onderzoek zouden vaak andere aandoeningen aan het licht komen dan waarover de verzekerde klaagde. Bovendien zou het zich gelijktijdig voordoen van verschillende aandoeningen de claimbeoordeling dubbel zo moeilijk maken. Volgens Van Eden kregen de geneeskundigen bij de claimbeoordeling volgens de Invaliditeitswet 'zonder uitzondering met den geheelen mensch te doen en daarom moet dan ook altijd de geheele mensch onderzocht worden'.⁶⁷

Van Eden gaf nauwgezet aan hoe de geneeskundigen het medische onderzoek ten behoeve van de claimbeoordeling moesten uitvoeren en hoe zij daarover verslag moesten uitbrengen. Belangrijk was dat het onderzoek volledig en systematisch in het verslag werd opgetekend. Een belangrijk hulpmiddel daarvoor waren formulieren waarop de geneeskundigen hun bevindingen konden noteren. Het lag volgens Van Eden voor de hand dat deze formulieren zoveel mogelijk gelijkenis vertoonden met de formulieren die reeds door de NMG in overleg met de levensverzekeringsmaatschappijen waren vastgesteld, aangezien de Nederlandse arts daarmee al tientallen jaren vertrouwd was.

Het verslag van het medische onderzoek moest bestaan uit drie duidelijk van elkaar te onderscheiden onderdelen: het subjectieve onderzoek, het objectieve onderzoek en het oordeel. Voor het subjectieve onderzoek was een uitvoerige anamnese nodig, ten einde gegevens te verzamelen over erfelijke aandoeningen, eerder doorstane ziekten, de uitgeoefende beroepen en over de recent opgetreden klachten, die nauwkeurig in hun gehele verloop met opgave van data moesten worden beschreven. Van Eden wees erop dat het subjectieve onderzoek al begon zodra de patiënt de spreekkamer binnenkwam. Diens houding, uiterlijk en wijze van bewegen verschaften de eerste gegevens, waardoor onwillekeurig verschillende objectieve kenmerken konden worden waargenomen (gelaatsuitdrukking, kleur, symmetrie van het gezicht, gelijkheid van de pupillen, eventuele tremoren, dyspneu, etc.).⁶⁹

Het objectieve onderzoek was gericht op het in kaart brengen van de gehele lichamelijke en geestelijke toestand en in het bijzonder de organen die afwijkingen vertoonden. De geneeskundigen maten de lichaamslengte en het lichaamsgewicht en vergeleken deze met de gemiddelde waarden van mensen die in verschillende overzichten, onder andere ten behoeve van de levensverzekeringsgeneeskunde, waren vastgelegd.⁷⁰ Voor de beoordeling van de algemene toestand dienden de geneeskun-

67 a.w., 30.

68 a.w., 37.

69 a.w., 33.

70 Van Eden verwees hierbij naar Nolen et al, *Levensverzekering-geneeskunde* en Miller, *Manuale für Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und Invaliden*.

digen te kijken naar de huid, het onderhuidse vetweefsel, de slijmvliezen, de ontwikkeling en de tonus van de spieren en de functie van de gewrichten. Ook was in alle gevallen urineonderzoek en onderzoek van de zintuigen nodig.⁷¹

Zodra de geneeskundigen alle gegevens hadden opgetekend, stelden zij een samenvattend overzicht op van gevonden afwijkingen. Vervolgens brachten zij de gevonden afwijkingen in verband met de anamnese. Op grond daarvan gaven zij tot slot een gemotiveerd oordeel over het al of niet bestaan van invaliditeit, over het begin ervan en over het vermoedelijke verloop, alsmede over de uitzichten van een in te stellen behandeling. Van Eden gaf niet aan op welke wijze het tegelijk voorkomen van verschillende kwalen moest worden beoordeeld. Als bleek dat het onderzoek onvoldoende informatie opleverde, dan dienden de geneeskundigen in het verslag een voorstel te doen voor nader onderzoek door een specialist, door opname in een inrichting, of door herhaling van het objectieve onderzoek.⁷²

Volgens Van Eden moesten de geneeskundigen zeer terughoudend zijn in het ter inzage geven van het medische dossier aan de verzekerden. Vooral bij ernstige ziekten was het van belang dat de arts en de omgeving al het mogelijke deden om de ernst van de toestand zo lang mogelijk voor de verzekerde verborgen te houden of te verzachten. Het kwam immers geregeld voor dat een lijder van een ongeneeslijke ziekte met bepaalde hulpmiddelen nog lange tijd een draaglijk bestaan kon hebben, zonder zich bewust te zijn van het onvermijdelijke lot dat hem of haar wachtte. Wanneer zo iemand door het lezen van het medische dossier de volle waarheid zou vernemen, dan waren de gevolgen voor het psychische welzijn niet te overzien. Of zoals Van Eden het uitdrukte: 'Wie hem dit aandoet, is in hoge mate wreed.' De Invaliditeitswet 1919 kende geen bepalingen waarin het recht van de verzekerden op inzage in het medische dossier was geregeld. Van Eden pleitte ervoor nadere maatregelen te nemen om de mogelijkheden van inzage in het medische dossier zoveel mogelijk te beperken.⁷³

5.2 Tijdelijke en blijvende invaliditeit

Een van de dilemma's waarmee de uitvoerders van de claimbeoordeling in de praktijk worstelden, was het onderscheid dat in de Invaliditeitswet werd gemaakt tussen tijdelijke en blijvende invaliditeit.⁷⁴ Volgens artikel 71 had de verzekerde per onmiddellijk recht op een rente als het zich liet aanzien dat hij voorgoed invalide zou blijven. De Invaliditeitswet stelde de rente bij blijvende invaliditeit gelijk aan de ouderdomsrente, omdat in beide situaties geen herstel van arbeidsvermogen te verwachten was.

Was blijvende invaliditeit niet vast te stellen, dan moest invaliditeit een half jaar hebben geduurd, voordat de verzekerde aanspraak maakte op een tijdelijke invalidi-

71 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 33-35.

72 a.w., 35-36.

73 a.w., 37-38.

74 Groeneveld, Stemberg, *Ongevallenwet 1921*, 27; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 82.

teitsrente. De achterliggende gedachte daarbij was, dat bij tijdelijke invaliditeit een langere periode nodig was om de aard en ernst van de letsels en afwijkingen te beoordelen. De opzet was dat de tijdelijke invaliditeitsrente op den duur een voortzetting zou worden van het ziekingeld, waarvoor een wettelijke regeling in de maak was. Gedurende de zes maanden waarin ziekingeld verstrekt werd, zou nadere informatie kunnen worden ingewonnen over het begin en de ernst van de ziekte. Bovendien konden dan de mogelijkheden voor revalidatie en reïntegratie verkend worden.⁷⁵ Van Eden benadrukte dan ook dat, in het belang van een goede beoordeling en een mogelijke werkhervatting, de medische beoordelaars terughoudend dienden te zijn in het vaststellen van blijvende invaliditeit.⁷⁶

De vraag of een verzekerde tijdelijk dan wel blijvend invalide was bleek in de praktijk lastig te beoordelen. Het was voor de beoordelaars vaak moeilijk in te schatten of een ziekte in de toekomst gunstig dan wel ongunstig zou verlopen. Om de medische beoordelaars een handvat aan te reiken, had Van Eden in zijn handleiding twee lijsten van ziekten opgenomen die in Duitsland gebruikt werden bij de beoordeling van blijvende respectievelijk tijdelijke invaliditeit (zie schema 3.2).⁷⁷ Van Eden wees erop dat zo'n lijst slechts een indicatie gaf. Het beeld kon totaal veranderen als complicaties optraden, of als meerdere afwijkingen samengingen.⁷⁸ Ondanks deze kanttekening waren de lijsten uit de handleiding van Van Eden belangrijke richtlijnen voor de claimbeoordeling en de jurisprudentie na 1919.⁷⁹

Artikel 154 van de Invaliditeitswet leverde een ander probleem bij het beoordelen van tijdelijke en blijvende invaliditeit op. Dit artikel bepaalde dat een invaliditeitsrente inging op de dag van de aanvraag.⁸⁰ Vond de aanvraag later plaats dan de blijvende invaliditeit was ingetreden, dan kreeg de verzekerde over de daaraan voorafgaande periode geen rente uitgekeerd. Een te late aanvraag van een rente kon gemakkelijk worden voorkomen als ernstige ziekten of gebreken acuut optraden, aangezien het begin van de blijvende invaliditeit dan gemakkelijk vastgesteld kon worden. Was echter sprake van een chronische ziekte of aandoening, die weliswaar aanvankelijk nog niet als blijvende invaliditeit in de zin van de wet aangemerkt kon worden maar daartoe uiteindelijk wel zou leiden, dan was een te late aanvraag moeilijk te vermijden. De Invaliditeitswet bood namelijk in principe geen ruimte om voortijdig een aanvraag voor een rente in te dienen; zelfs niet als blijvende invaliditeit op termijn te verwachten was.

Voor de beoordelaars was derhalve de lastige taak weggelegd om zo snel als mogelijk vast te stellen wanneer de invaliditeit als blijvend beschouwd kon worden en op

75 Zie met name: Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, 18-19.

76 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 48-49.

77 Van Eden baseerde zich voor blijvende invaliditeit op de lijst van Windscheid en voor tijdelijke invaliditeit op de lijst van Miller. Zie Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 50-51.

78 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 52.

79 Zie bijvoorbeeld Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, 29-32. Zie ook de tweede druk van deze publicatie uit 1929.

80 Later werd een beperkte terugwerkende kracht geaccepteerd.

welke dag de tijdelijke invaliditeit in blijvende was overgegaan. Van Eden somde in zijn handleiding enkele indicaties op, waarmee de beoordelaars de overgang van tijdelijke naar blijvende invaliditeit konden vaststellen. Als eerste indicatie noemde hij de materiële veranderingen van het lichaam of organen als gevolg van een ziekte of aandoening die logischerwijs tot een vermindering van arbeidsgeschiktheid zouden leiden. Een tweede indicatie was als de aangewezen medische behandelingen en geneesmiddelen nauwelijks of geen uitwerking bleken te hebben op het ziekteproces. Tot slot noemde Van Eden als laatste indicatie het mislukken van een operatie.

Ondanks de instructies van Van Eden bleek het in de praktijk geregeld voor te komen dat geneeskundigen blijvende en tijdelijke invaliditeit verkeerd beoordeelden. Verzekerden die als blijvend invalide werden beoordeeld, bleken na verloop van tijd toch weer voldoende arbeidsgeschikt te zijn. Om die reden wees medisch adviseur V. Gravenstein de beoordelaars regelmatig op de noodzaak om helder en duidelijk de aard en achtergronden van de geconstateerde invaliditeit te motiveren. In 1925 gaf hij aan dat de Rijksverzekeringsbank regelmatig gevallen onder ogen kreeg, waarbij de beoordelaar vrijwel blind voer op de mededelingen van de cliënt. Vooral bij twijfelgevallen zou 'het zoo objectief mogelijk oordeel van den onderzoekenden geneesheer noodig zijn, om niet het invaliditeitsfonds op ongemotiveerde kosten te jagen [...]. Nauwkeurige rapporten zullen ook in die gevallen zeer waardevol blijken'.⁸¹

*Schema 3.2: Lijsten van afwijkingen voor het beoordelen van blijvende en tijdelijke invaliditeit**

- A. Afwijkingen die aanleiding konden geven tot het aannemen van blijvende invaliditeit (positieve lijst van Windscheid)
1. Chronische infectieziekten: tuberculose en vergevorderde syfilis;
 2. Hart- en vaatziekten;
 3. Hooggradige arteriosclerose die ook in de hersenvaten gezeteld was;
 4. Chronische longziekten van niet tuberculeuze aard;
 5. Chronische nierziekten (met name schrompelnier);
 6. Maligne tumoren met cachexie;
 7. Marasmus senilis;
 8. Hoge graden van myopie, ablatio retineae, glaucoom met heftige aanvallen;
 9. Constitutionele ziekten zoals leukemie, diabetes en arthritis deformans;
 10. Ernstige misvormingen, aangeboren of door trauma ontstaan, met belangrijke spieratrofie;
 11. Ernstige stoornissen van het zenuwstelsel.

81 Gravenstein, 'Art. 72 der Invaliditeitswet', 198-201.

- B. Afwijkingen die aanleiding konden geven tot het aannemen van tijdelijke invaliditeit (positieve lijst van Miller)
1. Algemene zwakte door ernstige ziekten die (nog) niet chronisch waren;
 2. Tuberculose en syfilis in minder belangrijke organen of orgaangroepen;
 3. Chronische orgaanafwijkingen (longemfyseem, gecompenseerde hartziekten, maag- en darmziekten);
 4. Constitutionele ziekten (anemie, leukemie, bloedarmoede, jicht, diabetes, gewrichtsreuma);
 5. Neurasthenie, hysterie en andere neurosen;
 6. Vrouwelijke geslachtsziekten die door operatie of pessaria (gedeeltelijk) konden genezen;
 7. Oogziektes (trachoom, cataract en maculae cornea);
 8. Misvormingen die orthopedisch verbeterd konden worden;
 9. Hernia die geopereerd of door bandages tegengehouden konden worden;
 10. Varices die door verbanden of operaties behandeld konden worden;
 11. Wanstaltigheden die gemaskeerd konden worden.

* Bron: Van Eden, Invaliditeitswet en arts, 50-52.

5.3 *Arbeidsongeschiktheid*

Een ander dilemma voor de claimbeoordeling leverde het criterium van arbeidsongeschiktheid op. In artikel 72 van de Invaliditeitswet 1919 waren de medische en arbeidskundige beoordelingscriteria opgenomen waaraan een verzekerde moest voldoen om in aanmerking te komen voor een invaliditeitsrente. Volgens dit artikel was een verzekerde invalide als hij ongeschikt was tot het verrichten van arbeid die overeenkwam met zijn krachten en bekwaamheden. Bewezen moest worden dat de verzekerde niet meer dan eenderde van het loon kon verwerven dat gezonde personen met dezelfde scholing en ervaring in hetzelfde gebied verdienden.⁸² De claimbeoordelaars dienden niet zozeer het arbeidsvermogen (zoals onder de Ongevallenwet), maar de verdien capaciteit van de verzekerde vast te stellen.

In zijn handleiding gaf Van Eden aan dat de geneeskundigen onvoldoende toegerust waren om de verdien capaciteit te beoordelen. Het sprak voor zich dat de speciale agenten, die reeds het percentage arbeidsongeschiktheid volgens de Ongevallenwet vaststelden, ook de verdien capaciteit volgens de Invaliditeitswet gingen beoordelen. Samenwerking tussen de geneeskundige en de speciale agent was dan wel een vereiste. Zij werden geacht gezamenlijk een rapport op te maken. Artikel 146 van de Invaliditeitswet bepaalde dat de aanvrager eerst door de geneeskundige werd onderzocht, waarna op aanwijzing van de Raad van Arbeid één of meer loonkundigen bij het onderzoek betrokken konden worden. Eventueel kon dan ook de werkgever gehoord

82 Zie: Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, XXIV, 25-26.

worden. Volgens Van Eden lag het voor de hand dat de geneeskundige en de speciale agent gezamenlijk het beoordelingsadvies aan de Raad van Arbeid zouden opstellen, al kende de Invaliditeitswet daarover geen richtlijnen.⁸³ In de praktijk zou de bepaling van arbeidsgeschiktheid voor de Ongevallenwet (het kunnen verrichten van passende arbeid) leidend worden voor de beoordeling van de verdien capaciteit volgens de Invaliditeitswet (het kunnen verdienen van 1/3 van het gemiddelde loon).

Van Eden hield er in zijn handleiding rekening mee dat de beoordelaars in de praktijk geregeld op zaken zouden stuiten die voor verschillende uitleg vatbaar waren. Hij ging ervan uit dat de meeste moeilijkheden met de interpretatie van aanmeldingen in de praktijk van de uitvoering konden worden opgelost. Daar waar de verschillen in interpretatie te groot werden, moesten de rechters van de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep uitsluitel bieden. Het op deze wijze nader invullen van de beoordelingscriteria van de Invaliditeitswet leidde ertoe dat in de jaren twintig en dertig veel beroepszaken tot aan de Centrale Raad van Beroep werden uitgevochten. Vooral in cruciale kwesties probeerde de Rijksverzekeringsbank de Centrale Raad van Beroep tot een duidelijke uitspraak te verleiden. Geleidelijk kwam aldus een uitgebreide jurisprudentie tot stand die de beoordelingen van de verdien capaciteit in sterke mate beïnvloedden. De belangrijkste veranderingen laten wij in het kort de revue passeren.

Kort na de inwerkingtreding van de Invaliditeitswet 1919 kwam de vraag aan de orde in hoeverre mensen die één of meer ledematen misten, dan wel een vergelijkbaar lichaam gebrek hadden, invalide waren in de zin van de Invaliditeitswet 1919. Het was namelijk de vraag of de verdien capaciteit van deze verzekerden kon toenemen als zij gebruik zouden maken van bepaalde hulpmiddelen zoals prothesen. Uit een aantal beroepszaken kwam naar voren dat de beoordelaars in deze gevallen moesten nagaan, of verzekerden bij gebruik van passende hulpmiddelen in staat waren om ten minste eenderde van het loon te verdienen van soortgelijke werknemers ter plaatse. Konden beoordelaars een dergelijk positief effect van het gebruik van hulpmiddelen vaststellen, dan kwam de verzekerde niet in aanmerking voor een invaliditeitsrente.⁸⁴

In de beginjaren kwam ook de vraag aan de orde hoe met de verzekerden moest worden omgegaan die voldoende waren hersteld, maar waarvan werd gevreesd dat hervatting van arbeid zodanige schade van de gezondheid zou opleveren dat opnieuw invaliditeit in de zin van de Invaliditeitswet kon ontstaan. In de Memorie van Toelichting op de Invaliditeitswet was aangegeven, dat verzekerden bij herstel geen arbeid hoefden aan te nemen 'welke slechts ten koste van groote inspanningen verricht kan worden, of welke gevaar oplevert den gezondheidstoestand van den verzekerde te doen achteruitgaan'.⁸⁵ De vraag was echter hoe deze richtlijn in de praktijk moest worden uitgevoerd. De latere medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank Gravenstein schetste in het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank het

83 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 38-46.

84 Zie Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89.

85 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 148.

dilemma waarvoor de beoordelaar zich geplaagd zag. Het was duidelijk dat arbeidshervatting schade kon opleveren en derhalve opnieuw invaliditeit kon veroorzaken. Aan de andere kant kon langere rust een zieke de fatalistische overtuiging bijbrengen dat hij nooit meer voldoende arbeidsgeschikt zou worden. Volgens Gravenstein diende de beoordelaar op goede gronden aannemelijk te maken dat arbeidshervatting schadelijk zou zijn voor de gezondheid. Per geval moest de beoordelaar ervoor waken dat hij de gevaren van werkhervatting te hoog zou aanslaan. Voorkomen moest worden dat door een verkeerde claimbeoordeling de 'heilzame invloed van den arbeid op de energie en den levensmoed van verzekerden' geschaad zou worden.⁸⁶ Hoe eenvoudig de instructie van Gravenstein ook leek te zijn; in de praktijk leverden besluiten over dergelijke gevallen regelmatig dilemma's op.

Een ander punt van discussie had betrekking op de betekenis van het begrip 'loon' bij het vaststellen van de verdien capaciteit. De Centrale Raad van Beroep kreeg in een aantal beroepszaken de vraag voorgelegd wat onder het begrip loon verstaan moest worden. Ging het alleen om het loon dat een werknemer in loondienst bij een werkgever verdiende? Of konden ook andere typen inkomsten als loon opgevat worden? Na een aantal uitspraken gedaan te hebben, koos de Centrale Raad uiteindelijk voor een brede interpretatie. Bij de beoordeling van de verdien capaciteit hoefde het loon niet alleen betrekking te hebben op loon verkregen uit werk in loondienst, maar op alle mogelijke soorten van inkomsten uit arbeid.⁸⁷

Naast het begrip loon bleek ook het begrip verdien capaciteit zelf tamelijk rekbaar te zijn. Bij de beoordelingen kwam geregeld de vraag aan de orde in welke mate de vermindering van de verdien capaciteit terug te voeren was op meer externe factoren, zoals de omstandigheden op de arbeidsmarkt. Een invalide werknemer zou namelijk bij hoge werkloosheid minder gemakkelijk voldoende loon kunnen verwerven, dan bij voldoende werkgelegenheid. De Centrale Raad van Beroep toonde zich echter ongevoelig voor dit soort argumenten. Volgens de Centrale Raad diende bij de beoordeling van de verdien capaciteit de kenmerken van de individuele verzekerde doorslaggevend te zijn. Externe factoren als de algemene toestand van de arbeidsmarkt konden nooit grond zijn voor de toekenning van een invaliditeitsrente en dienden derhalve buiten beschouwing gelaten te worden. Deze regel impliceerde geenszins dat vermindering van de verdien capaciteit alleen met bepaalde lichamelijke gebreken in verband kon staan. Het was bijvoorbeeld mogelijk dat een op zichzelf arbeidsgeschikte verzekerde geen passende arbeid kon vinden omdat zijn aanwezigheid op de werkplek bepaalde hygiënische of esthetische bezwaren met zich mee bracht. Zo'n verzekerde maakte in principe aanspraak op een invaliditeitsrente omdat de vermindering van de verdien capaciteit terug te voeren was op bepaalde individuele kenmerken.⁸⁸

Bijzondere problemen leverde de beoordeling van invaliditeit op bij verzekerden van hogere leeftijd. In deze gevallen bleek het vaak moeilijk te zijn om soortgelijke

86 Gravenstein, 'Art. 72 der Invaliditeitswet', 263-264.

87 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89.

88 Idem.

werknemers te vinden die nog geregeld arbeid verrichtten.⁸⁹ Meestal gaf dan de mate waarin de verzekerde aan ouderdomsgebreken leed de doorslag. Invaliditeit werd aangenomen als de verzekerde in sterkere mate aan ouderdomskwalen leed dan normaal was voor personen van zijn leeftijd. Genoot de verzekerde reeds een ouderdomsrente, dan kon hij deze inruilen tegen een hogere invaliditeitsrente. Stapeling van de twee rentes was niet mogelijk. In de praktijk bleken echter weinig verzekerden van de mogelijkheid gebruikt te maken om een ouderdomsrente in te ruilen voor een hogere invaliditeitsrente.⁹⁰

5.4 Medische behandeling bij invaliditeit

De Invaliditeitswet 1919 regelde naast het uitkeren van rentes in geval van invaliditeit, ouderdom en overlijden, ook geneeskundige behandeling en verpleging voor invalide werknemers. Artikel 99 van de Invaliditeitswet maakte het mogelijk dat de Raad van Arbeid met toestemming van de Rijksverzekeringsbank geneeskundige behandeling en verpleging verleende, als daarmee invaliditeit kon worden voorkomen. Anders dan de Ongevallenwet gaf de Invaliditeitswet geen recht op geneeskundige behandeling. Het was aan de geneeskundige ambtenaren bij de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank om te beoordelen wie voor geneeskundige behandeling in aanmerking kwam.⁹¹ De bedoeling was dat geneeskundige behandeling en verpleging selectief zou worden ingezet: ter voorkoming van ernstige invaliditeit. Volgens de Rijksverzekeringsbank was van ernstige invaliditeit sprake, als het te verwachten viel dat de invaliditeitsrente langer dan 4 1/2 jaar zou duren.⁹²

Het was aanvankelijk niet duidelijk hoe de controlerend geneeskundigen artikel 99 moesten uitvoeren. Zij stonden voor de vraag of blijvende invaliditeit volgens artikel 71 door geneeskundige behandeling en verpleging kon worden voorkomen. Vervolgens moesten zij bepalen wat voor soort behandeling of verpleging effectief was. Al snel bleek het onmogelijk uniforme richtlijnen op te stellen voor de uitvoering van artikel 99. Gravenstein, die in 1928 medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank zou worden, wees erop dat 'veel aandoeningen, al naar de vorm en de uitgebreidheid waarin zij zich voordoen, ook in verband met de algemeenen toestand, leeftijd, hereditaire momenten, vorige ziekteverloop, afwijkingen in andere organen enz., nu eens wel, dan weer niet geacht kunnen worden in de termen te vallen voor behandeling krachtens artikel 99 van de Invaliditeitswet'.⁹³ De controlerend geneeskundigen ontkwamen er dan ook niet aan de meeste gevallen op zichzelf te beschouwen. Zij kregen een grote mate van vrijheid om naar eigen inzicht gevallen te beoordelen.⁹⁴

89 Zie ook Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 41-42.

90 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 89-90.

91 Van Gelderen, 'Iets over de Invaliditeitswet', 301-303; Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 182-185.

92 Keesing, 'Toepassing van artikel 99 der Invaliditeitswet', 310.

93 Gravenstein, 'Welke ziekelijke afwijkingen komen in aanmerking', 42.

94 Wallien, 'Een leemte in de wet', 161-164; de reactie daarop van Gravenstein, 'Naschrift op J.J. Wallien', 164-165. Zie ook Van Gelderen, 'Beidt uw tijd', 261-263; De Rooij, 'Nul of honderd procent invaliditeit', 97.

Niettemin probeerden de beoordelaars bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid tot algemene richtlijnen te komen voor de toepassing van artikel 99. In zijn handleiding uit 1919 gaf Van Eden een aanzet door op grond van de Duitse uitvoeringspraktijk enkele basale instructies te geven voor het toekennen van geneeskundige behandeling. Daarbij onderscheidde hij drie categorieën van aandoeningen. De eerste categorie betrof de ziekten met een gunstige prognose, die in principe altijd in aanmerking dienden te komen voor medische behandeling. Van Eden dacht daarbij met name aan chlorose (bloedarmoede), acute ontstekingen, zwaktetoestand na infectieziekten en secundaire anemie na bloedverlies. Ernstige aandoeningen (de tweede categorie) zouden in principe geen recht geven op medische behandeling aangezien de kans op herstel daarvan minimaal was. Voorbeelden waren kwaadaardige tumoren, ernstige hartkwalen, levercirrose, pseudo-leukemie, sommige been- en gewrichtsziekten en ernstige aandoeningen aan de luchtwegen. Het lastigste te beoordelen waren de chronische aandoeningen (de derde categorie), omdat het verloop daarvan moeilijk in te schatten was. Van Eden noemde in dat verband tuberculose, neurasthenie, chronische nierziekte, stofwisselingsziekten en gynaecologische afwijkingen. De vraag of door een bepaalde behandeling de patiënt zodanig zou herstellen dat zijn verdien capaciteit weer boven het 1/3 deel zou uitstijgen, was bij deze chronische ziekten moeilijk te beantwoorden. Volgens Van Eden kon in deze gevallen niet worden volstaan met een beslissing op basis van één enkel onderzoek. Hij gaf er de voorkeur aan om de patiënt gedurende enige tijd ter observatie te laten opnemen en op grond van de verkregen informatie een besluit te nemen.⁹⁵

De richtlijnen van Van Eden riepen bij de controlerend geneeskundigen veel vragen op. Regelmatig kwam het voor dat aanvragen voor medische behandeling zich op het grensvlak bevonden van de drie categorieën die Van Eden in zijn handleiding had beschreven. Zo was het niet altijd helder of aandoeningen een gunstige prognose hadden, dan wel blijvende invaliditeit tot gevolg zouden hebben. Bovendien bestonden er veel twijfels over de vraag welke aandoeningen chronisch waren en welke niet. Gravenstein probeerde in het Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank meer duidelijkheid te verschaffen over deze vragen door nader in te gaan op een aantal meer specifieke gevallen.⁹⁶ Deze gevalsbeschrijvingen lokten echter weer nieuwe vragen en discussies uit.⁹⁷

In de loop van de jaren namen de verwarring en onduidelijkheid over de toepassing van artikel 99 geleidelijk af. Naarmate de geneeskundigen van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank meer ervaring opdeden met de uitvoering van artikel 99, werd het voor hen eenvoudiger om voorstellen en besluiten te onderbouwen. Deze besluiten over de toepassing van artikel 99 werden echter nergens vast-

95 Van Eden, *Invaliditeitswet en arts*, 56-59.

96 Gravenstein, 'Welke ziekelijke afwijkingen komen in aanmerking', 42-46; Gravenstein, 'Art. 99 I.W.', 129-132. Zie ook Van Gelderen, 'Iets over de Invaliditeitswet', 301-309.

97 Zie bijvoorbeeld Albada, 'Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet', 362-364; en de reactie daarop: Gravenstein, 'Reactie op Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet', 365.

gelegd. Beroepszaken waren er namelijk niet of nauwelijks, doordat verzekerden geen recht konden ontlenen aan artikel 99. In 1925 ondernam de geneeskundige A.A. Snijder een nieuwe poging om een meer volledige richtlijn voor de uitvoering van artikel 99 op te stellen.⁹⁸ Snijder was geneeskundig adviseur bij de Raden van Arbeid in Maastricht, Venlo en Eindhoven. Zijn benadering week sterk af van die van Van Eden en Gravenstein. Terwijl bij de laatste twee medische argumenten de boventoon voerden, baseerde Snijder zich nadrukkelijker op juridische argumenten.

Snijder begon met het onderscheiden van categorieën aandoeningen die in principe geen recht gaven op geneeskundige behandeling krachtens artikel 99. Het ging om de aandoeningen:

- waarbij geen blijvende invaliditeit dreigde;
- waarbij het leven op het spel stond (de getroffene werd dan immers niet bedreigd door blijvende invaliditeit maar door de dood);
- waarvoor geen specifieke behandeling bestond, of waarbij behandeling een geringe kans op succes had;
- waarvoor hulp was te verkrijgen die zeer eenvoudig en goedkoop was en binnen het bereik van een ieder lag;
- waarbij preventie en een goede verzorging voorrang had boven medische behandeling.

Vervolgens presenteerde Snijder op grond van de ervaringen die tot dan toe met de uitvoering van artikel 99 waren opgedaan, een lange lijst van indicaties en contra-indicaties. Per indicatie gaf Snijder nadere richtlijnen waarin hij meer specifiek de voorwaarden benoemde voor de toekenning van medische behandeling. Hoewel Gravenstein in een boekbespreking enkele kanttekeningen plaatste, groeide de richtlijn van Snijder uit tot een belangrijk hulpmiddel bij de uitvoering van artikel 99 van de Invaliditeitswet.⁹⁹ In 1929 bracht Snijder een tweede herziene druk uit, waarin hij een aantal instructies had gespecificeerd en de indicaties en contra-indicaties grondig had bijgewerkt en aangevuld.¹⁰⁰

6 Praktijk van de claimbeoordeling: de Ongevallenwet

De wijziging van de Ongevallenwet in 1921 en de verschillende wetswijzigingen die in de jaren daarna werden doorgevoerd, hadden grote gevolgen voor de praktijk van de claimbeoordeling. Vooral de wijziging en uitbreiding van de criteria en de opname van beroepsziektes in de wet, vergden van de beoordelaars een andere manier van werken. Mede hierdoor bleef de Ongevallenwet ook na 1921 voor veel debat zorgen onder de geneeskundigen. De meningsverschillen spitsten zich toe op het gebrek aan consistentie bij de beoordeling van claims. Regelmatig werd de Rijksverzekeringsbank

98 Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, passim. Zie ook de tweede druk uit 1929.

99 Gravenstein, 'De Invaliditeitswet van medische zijde door A.A. Snijder', 51-55.

100 Snijder, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, passim.

verweten dat zij overeenkomstige claims op geheel verschillende manieren beoordeelde. De opeenvolgende medisch adviseurs van de Rijksverzekeringsbank probeerden een gebrek aan samenhang in de claimbeoordeling tegen te gaan. Zij keurden regelmatig beoordelingsrapporten af, lieten contra-expertises uitvoeren en kwamen met instructies om de uniformiteit van de claimbeoordeling te vergroten.

In deze paragraaf geven wij een kijkje in de keuken van de claimbeoordeling in de periode 1921-1966. Wij gaan na hoe de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten de claims in het kader van de Ongevallenwet 1921 beoordeelden, welke problemen zij daarbij tegenkwamen en hoe zij die oplosten. Eerst zullen wij stilstaan bij de criteria in de wet, die nieuw of gewijzigd waren. Vervolgens gaan wij nader in op het criterium van de beroepsziektes, omdat dit fundamenteel afweek van het tot dan toe gangbare ongevals criterium. Tot slot besteden wij aandacht aan de kritiek die van buiten de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid werd uitgeoefend op de praktijk van de claimbeoordeling. Enkele buitenstaanders hadden namelijk een heldere kijk op de gang van zaken en beïnvloedden daarmee de meningsvorming binnen de uitvoeringsorganisatie en de politiek.

6.1 *Wijziging criteria*

Met de wijziging van de Ongevallenwet in 1921 en de wetswijzigingen die in de jaren daarop werden doorgevoerd, veranderden de criteria waaraan moest worden voldaan, wilde een door een ongeval getroffen(e) in aanmerking komen voor een blijvende ongevallenrente (zie schema 3.3). De praktijk van de claimbeoordeling veranderde hierdoor aanzienlijk. Er kwamen meer criteria waaraan de beoordelaars de aangemelde gevallen moesten toetsen, die bovendien vaak op verschillende manieren geïnterpreteerd konden worden. In deze paragraaf zullen wij per criterium nader ingaan op de afwegingen die de beoordelaars moesten maken en de dilemma's waarvoor zij zich geplaatst zagen.

Het ongevalcriterium

De wijziging van het ongevals criterium had betrekking op de toevoeging van twee categorieën aandoeningen in de Ongevallenwet: de letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan en de beroepsziektes. Daar de beroepsziektes later in dit hoofdstuk uitgebreid aan de orde komen, richt de aandacht zich hier op de letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan. De wetgever had dit type letsels in 1928 opgenomen in artikel 1, lid 2, van de Ongevallenwet. De argumentatie daarvoor was tweerlei. Enerzijds zouden veel van de in betrekkelijk korte tijd ontstane letsels een sterke gelijkenis vertonen met de beroepsziekten, waarvoor al een regeling in de maak was. Anderzijds was uit de praktijk van de claimbeoordeling gebleken dat deze letsels door het acute verloop ervan een duidelijke relatie konden hebben met het werk. Om enige duidelijkheid te geven over de omschrijving 'letsels in betrekkelijk korte tijd ontstaan' had de wetgever in artikel 1, lid 2, van de Ongevallenwet peesschede-ontsteking,

Schema 3.3: Criteria Ongevallenwet in de periode 1901-1921 en de periode 1921-1966

Criteria	Periode 1901-1921	Periode 1921-1966 (wijzigingen cursief)
Ongevalcriterium	Het ongeval was een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden	Het ongeval was: 1. een noodlottige gebeurtenis die onvoorzien, plotseling en van buiten was ingetreden; 2. <i>een lichamenlijk letsel dat in korte tijd was ontstaan (wijziging in 1928);</i> 3. <i>het oplopen van een beroepsziekte vermeld in artikel 87h van de Ongevallenwet (wijziging in 1928 en 1938).</i>
Bedrijfs criterium	Het ongeval stond in verband met de uitoefening van het bedrijf	<i>Het ongeval stond in verband met de dienstbetrekking (wijziging 1921)</i>
Arbeidsongeschiktheids criterium	Getroffene was arbeidsongeschikt als hij geen arbeid kon verrichten die overeenkwam met diens krachten en bekwaamheden	Getroffene was arbeidsongeschikt als hij geen arbeid kon verrichten die: 1. overeenkwam met diens krachten en bekwaamheden; 2. <i>aansloot op de opleiding en het vroegere beroep (wijziging 1921);</i> 3. <i>in de buurt van het oude werk uitgevoerd kon worden (wijziging 1921).</i>
Arbeidsmarkt criterium		<i>Een werknemer was arbeidsongeschikt als hij tengevolge van een ongeval geen werkgever kon vinden die hem in dienst wilde nemen (wijziging 1921)</i>

bevriezing, hitteberoerte, zonnesteek en blaar genoemd als voorbeelden. Vervolgens was het aan de medische beoordelaars en de juristen om uit te maken welke letsels in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan en daarmee recht gaven op schadeloosstelling.

Door het gewijzigde artikel 1 moesten de beoordelaars antwoorden vinden op twee vragen waarover de wet geen uitsluitsel bood:

- Hoe kort was de tijd waarin een verwonding volgens artikel 1, lid 2, ontstaan moest zijn?
- Hoe moest de ontstaansduur van de verwonding worden vastgesteld?

Dankzij de jurisprudentie ontstond in de loop van de jaren meer helderheid over deze twee vragen.

Het bestuur van de Rijksverzekeringsbank stelde kort na de wetswijziging in 1928

de uiterste termijn voor het ontstaan van een verwonding volgens artikel 1, lid 2, op één week. De Centrale Raad van Beroep verwierp deze termijn echter in aantal beroepszaken. In een beroepszaak uit 1930 (D175) merkte de centrale raad bijvoorbeeld op dat 'de termijn van een week geheel willekeurig is gesteld en geen steun vindt in de wet'.¹⁰¹ Op de vraag wat de uiterste termijn dan wel moest zijn, gaf de centrale raad aanvankelijk een aantal tegenstrijdige antwoorden. In uitspraak D361 uit 1930 bepaalde de centrale raad dat de maximale termijn drie à vier weken besloeg. Een jaar later kwam de centrale raad daar weer op terug door in de zaak D809 te stellen dat een 'gedurende drie of vier weken ontstane letsel toch zeker niet in betrekkelijk korten tijd kan zijn ontstaan'.¹⁰² Meer duidelijkheid ontstond er in 1942. In dat jaar stelde de Centrale Raad in een zaak over eczeem aan de handen (1942-87), de uiterste termijn vast op veertien dagen. De Rijksverzekeringsbank besloot vervolgens om deze uitspraak als uitgangspunt te nemen voor de claimbeoordeling. Hoewel de maximale termijn van veertien dagen een tamelijk willekeurig uitgangspunt was, dat weinig steun vond in de wet en waarvan de Raden van Beroep en de Centrale Raad van Beroep in hun uitspraken gemakkelijk konden afwijken, hielden zowel de uitvoering als de rechtspraak er geruime tijd aan vast.¹⁰³

Met het vastleggen van een maximale ontstaansduur van veertien dagen, rees de vraag hoe de beoordelaars deze ontstaansduur moesten bepalen. Welk tijdstippen konden zij gebruiken om de dagen te tellen? Was dat het tijdstip waarop de getroffene de eerste klachten kreeg? Ging het om het tijdstip waarop de eerste objectieve symptomen waren waargenomen door de beoordelaar c.q. de behandelende arts? Of kon men beter uitgaan van de tijdstippen waarop de getroffene het werk staakte en zich onder behandeling stelde van een arts? Deze tijdstippen konden ver uit elkaar liggen.¹⁰⁴

In de praktijk bepaalden de beoordelaars de ontstaansduur meestal door terug te rekenen vanaf het moment dat de getroffene de arbeid had moeten staken en onder behandeling was gesteld van een arts, naar het moment van de verwonding. Het staken van de arbeid en de aanvang van de medische behandeling vielen in de praktijk vaak samen. Bovendien waren zij objectief vast te stellen en daarmee goed te controleren. De keuze om terug te rekenen vanaf een objectief te bepalen tijdstip naar het moment van de verwonding werkte evenwel nadelig uit voor de werknemer die niet dadelijk bij de eerste verschijnselen van het letsel het werk zou neerleggen of een dokter zou raadplegen. Naarmate een werknemer langer wachtte om het letsel kenbaar te maken, nam de ontstaansduur toe, waardoor de kans groter werd dat er geen letsel kon worden vastgesteld dat volgens de Ongevallenwet in betrekkelijk korte tijd was ontstaan¹⁰⁵

101 Geciteerd uit Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 89.

102 Idem.

103 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 89-91; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 46-47.

104 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 90-91.

105 Idem.

Volgens Wuite probeerden de beoordelaars en ook de rechtspraak per geval te voorkomen dat op deze wijze de goedwillende arbeider met de juiste sociale instelling werd benadeeld.¹⁰⁶ Dat deden zij door per geval de reactie van de getroffene en de omstandigheden waarin het letsel was ontstaan, zwaar mee te laten wegen. Deze toepassing van de claimbeoordeling bij letsels die in betrekkelijk korte tijd waren ontstaan, leidde ertoe dat niet zozeer de medische en juridische maatstaven doorslaggevend waren, maar vooral de persoonlijke en subjectieve beoordeling van de verwonding door de beoordelaars en de Raden van Beroep. Wuite concludeerde op grond hiervan dat in de praktijk betrekkelijk weinig rechtszekerheid uitging van artikel 1, lid 2.¹⁰⁷

Het bedrijfs criterium

De wijziging van het bedrijfs criterium was geregeld in de Ongevallenwet 1921. Hierdoor hoefde een ongeval niet meer per se in verband te staan met de uitoefening van het bedrijf (zoals onder de Ongevallenwet van 1901 het geval was). Het was voldoende als er een verband kon worden aangetoond met de dienstbetrekking. De bedoeling van deze wijziging was om ongevallen die verzekerden overkwamen tijdens het woon-werkverkeer onder de Ongevallenwet te brengen. De wetgever besloot daartoe omdat het gemotoriseerde verkeer een groeiend risico opleverde voor de verzekerden.¹⁰⁸

De opname in de Ongevallenwet van de ongevallen tijdens het woon-werkverkeer resulteerde in een groot aantal beroepszaken. De jurisprudentie die daaruit voortvloeide leidde tot nadere voorschriften voor de claimbeoordeling. De meeste voorschriften hadden betrekking op de schuldvraag. De getroffene moest aantonen dat het ongeval geheel toegeschreven kon worden aan de onveiligheid van het verkeer. Als de getroffene onvoorzichtig was geweest op de openbare weg, of op de een of andere manier schuld had aan het ongeval, verviel het recht op schadeloosstelling. Overtreding van een verkeersregel was in de meeste gevallen een adequate aanwijzing dat de getroffene onvoorzichtig was geweest of schuld had. Ook als de verzekerde het ongeval onbewust had veroorzaakt omdat hij de kluts was kwijtgeraakt (omschreven als een plotseling psychisch defect) had hij in principe geen recht op schadeloosstelling.¹⁰⁹

Verder kwam uit de jurisprudentie naar voren dat aanspraak op schadeloosstelling alleen mogelijk was als de getroffene de kortste weg van of naar het huis had gevolgd. Bovendien mocht de route niet onderbroken zijn door een particuliere handeling (zoals het kopen van producten voor eigen gebruik). Buiten de wet vielen de ongevallen die de verzekerde was overkomen op de route van een andere plaats dan het huis naar het werk en vice versa, of van huis via een andere plaats naar het werk.

106 Geciteerd naar Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 90.

107 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 98-99.

108 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 8-9.

109 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59. Zie ook: Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 21-22.

In een aantal gevallen stond de Centrale Raad toe dat de getroffene een kleine omweg had gemaakt, of dat de slechte staat van de wegen hem had genoodzaakt een grotere omweg te maken.¹¹⁰

Het maakte in principe niet uit wat voor vervoersmiddel de getroffene had gebruikt, mits dit veilig was. Als een verzekerde zich liet vervoeren door een gemotoriseerd voertuig dat niet bestemd was voor personenvervoer, kon hem bij een ongeval schadeloosstelling worden geweigerd, tenzij hij uit overmacht van dat vervoersmiddel gebruik had gemaakt. Voorts diende het vervoersmiddel op de juiste manier bereden te zijn (een voorschrift dat met name op fietsers van toepassing was). Een ongeval dat plaatsvond tijdens het gereedmaken van het voertuig, viel in principe buiten de verzekering. Vond er echter een ongeval plaats tijdens het tanken van een motorvoertuig, dan kon de getroffene weer wel aanspraak maken op schadeloosstelling.¹¹¹

Tot slot gold de eis dat het ongeval op de openbare weg had plaatsgevonden. Dit betekende dat een ongeluk in de woning, in de tuin, op de oprijlaan of in het portiek niet werd beschouwd als een ongeval in de zin van de Ongevallenwet 1921.¹¹²

Het arbeidsongeschiktheids criterium

Bij de behandeling in de Tweede Kamer van het ontwerp Ongevallenwet 1921 hadden verschillende kamerleden bij Minister Aalberse erop aangedrongen om het arbeidsongeschiktheids criterium uit de Ongevallenwet zoveel mogelijk te laten aansluiten op het arbeidsongeschiktheids criterium van de Invaliditeitswet (artikel 72). De minister had gehoor gegeven aan deze wens door in artikel 18, lid 1, van de Ongevallenwet het arbeidsongeschiktheids criterium toe te spitsten op het niet kunnen verrichten van passende arbeid. Arbeid was passend als deze overeenkwam met de krachten en bekwaamheden van de getroffene, aansloot op de opleiding en het vroegere beroep en in de buurt van het oude werk uitgevoerd kon worden. De verwijzingen naar de opleiding, het vroegere beroep en de omgeving van het oude werk waren als nieuwe criteria toegevoegd in de Ongevallenwet 1921. Was een verzekerde niet in staat passende arbeid te verrichten volgens deze criteria, dan was hij arbeidsongeschikt volgens de Ongevallenwet.¹¹³

Het was vooral aan de speciale agent van de Rijksverzekeringsbank om te beoordelen of een getroffene voldeed aan de arbeidsongeschiktheids criteria van de Ongevallenwet 1921. De speciale agent diende na te gaan in hoeverre de getroffene lichamelijk en geestelijk in staat was om passende arbeid te verrichten. Hiervoor had hij gegevens nodig over het letsel, de opleiding en het beroep van de getroffene, alsmede over de plaats waar de getroffene had gewerkt. Daar de speciale agenten gestationeerd waren op het hoofdkantoor van de Rijksverzekeringsbank in Amsterdam, riepen zij vaak de hulp in van de geneeskundigen en de agenten van de Raden van Arbeid

110 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 20-24; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59.

111 Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 58-59.

112 Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 23; Van der Burgh et al, *Rijksverzekeringsbank 1901-1941*, 59.

113 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 90-93.

bij het verwerven van de benodigde gegevens. Vanzelfsprekend gebeurde dit met name bij de ongevallen die hadden plaatsgevonden op plaatsen ver van Amsterdam.¹¹⁴ Op grond van de verzamelde gegevens over de getroffenene, stelde de speciale agent een rapport op waarin hij een schatting deed van het percentage arbeidsongeschiktheid. Het kwam vaak voor dat de speciale agent het percentage arbeidsongeschiktheid anders inschatte dan de controlerend geneeskundige. In dergelijke gevallen gaf de medisch adviseur na eigen onderzoek aan welke percentage zijns inziens het juiste was.¹¹⁵

De speciale agenten waren in de periode 1921-1966 opvallend weinig mikpunt van kritiek en discussie. Als er tekortkomingen geconstateerd werden bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dan werden deze niet zozeer toegeschreven aan de speciale agenten, maar aan de Rijksverzekeringsbank als uitvoeringsorgaan. Meer nog dan de controlerend geneeskundigen werden de speciale agenten gezien als vertolkers van het beleid van de Rijksverzekeringsbank. De medisch adviseurs beschouwden de speciale agenten als hun verlengstuk en zetten hen vaak in om bepaalde beleidskeuzes handen en voeten te geven. Illustratief in dit verband was de intensiteit waarmee Van Eden na zijn aantreden in 1915 de speciale agenten betrok bij het beoordelen van aanpassing van het lichaam na een ongeval (zie hoofdstuk 2).

Een andere reden waarom het werk van de speciale agenten weinig kritiek en discussie uitlokte, zal gelegen zijn in het feit dat zij geen invloed ondervonden van vakgenoten die buiten de Rijksverzekeringsbank werkzaam waren. In dit opzicht was de positie van de controlerend geneeskundigen fundamenteel anders. De controlerend geneeskundigen hadden namelijk rekening te houden met de inzichten uit de medische wetenschap en de denkbeelden die leefden binnen de medische beroepsgroep. Stonden de controlerend geneeskundigen regelmatig bloot aan kritiek vanuit de medische stand; de speciale agenten konden hun werk doen in de luwte van de Rijksverzekeringsbank.

Het arbeidsmarkt criterium

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid dienden de speciale agenten ook rekening te houden met de problemen die de getroffenene in de toekomst kon ondervinden bij het vinden van passend werk. Dit zogenaamde arbeidsmarkt criterium was als geheel nieuw beoordelingscriterium opgenomen in artikel 18, lid 2, van de Ongevallenwet 1921. Als een speciale agent aanwijzingen had dat er in de toekomst problemen te verwachten waren met het vinden en behouden van werk, kon een hogere rente worden toegekend.¹¹⁶ Hierbij gold de voorwaarde dat de verminderde kans op het vinden van werk primair het gevolg moest zijn van het ongeval en niet zozeer van externe factoren zoals een economische crisis die ook gezonde werknemers kon treffen. Voorkomen moest worden dat de Ongevallenwet ging functione-

114 Gravestein, 'De medische taak der Rijksverzekeringsbank', 300-301.

115 Zie bijvoorbeeld: Baart de la Faille, 'Ingezonden. Over invaliditeitsschatting', 307.

116 Groeneveld, Stemberg, *De Ongevallenwet 1921*, 92.

ren als een soort van werkloosheidsverzekering voor gedeeltelijk arbeidsongeschikte werknemers.¹¹⁷

Het arbeidsmarkt criterium bleek in de praktijk buitengewoon lastig te toetsen. Vooral bij relatief kleine letsels was het vrijwel onmogelijk om een verminderde kans op passende arbeid in de toekomst vast te stellen. Er dreigde in deze gevallen op termijn een discrepantie te ontstaan tussen de hoogte van de toegewezen ongevalrente en de gronden van toewijzing. Als een getroffenene bijvoorbeeld na een ongeval in aanmerking kwam voor een hogere rente omdat hij zijn baan had verloren, dan zou deze hogere rente niet kunnen worden verlaagd als hij weer passende arbeid vond. Het vinden van werk kon namelijk niet beschouwd worden als een aanpassing van de arbeidsgeschiktheid ingevolge artikel 75 van de Ongevallenwet 1921. Deze toepassing van het arbeidsmarkt criterium zou in de loop van de tijd ertoe kunnen leiden dat veel rentetrekkingen te hoge ongevalrentes ontvingen.¹¹⁸

Om een dergelijke ongewenste situatie te voorkomen, paste de Rijksverzekeringsbank het arbeidsmarkt criterium hoofdzakelijk toe in de gevallen waarbij een verslechterde kans op arbeid structureel leek te zijn. Daarvan was bijvoorbeeld sprake als een getroffenene volledig ongeschikt was geworden voor het uitoefenen van het oorspronkelijke beroep, zonder dat uit medisch oogpunt van volledige arbeidsongeschiktheid gesproken kon worden.¹¹⁹ Uit de volgende casus blijkt dat het arbeidsmarkt criterium desondanks aanleiding kon geven tot een uitermate lastige schatting van het percentage arbeidsongeschiktheid.¹²⁰

Een 65 jarige diamantslijper uit Amsterdam had door kinderverlamming twee misvormde benen en een spitsvoet gekregen. Hij kon zich alleen voortbewegen met een kruk, waarop hij met beide handen steunde. Op 15 december 1925 gleed hij uit op straat tijdens de wandeling van het werk naar huis, waardoor hij hard op het linkerbeen viel. In het ziekenhuis bleek dat hij een beenbreuk had opgelopen. Het herstel verliep voorspoedig en na 9 weken kon hij weer naar huis. De controlerend geneeskundige die de getroffenene op 26 februari 1926 bezocht, concludeerde evenwel dat getroffenene nog niet kon lopen. Het linkerbeen dat voor het ongeval al vier centimeter korter was dan het rechterbeen, bleek enkele centimeters te zijn gekrompen. In juni 1926 kreeg de getroffenene een orthopedische schoen aangemeten die het gebruik van de spitsvoet moest vergemakkelijken en de verkorting van het been compenseren. Hierdoor kon hij weer lopen, al ging dat erg moeizaam. Op 9 juli verzocht de controlerend geneeskundige om een nader arbeidskundig onderzoek door een speciale agent. De aanleiding hiervoor was de mededeling van de getroffenene dat hij zijn oorspronkelijke beroep van diamantslijper niet meer kon uitvoeren.

De speciale agent ging op onderzoek uit. Van de bedrijfsleider kreeg hij te horen dat de getroffenene een aantal jaren bij het bedrijf in dienst was geweest als roosjes-

117 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 193.

118 a.w., 198-199.

119 a.w., 199.

120 Zie: Feenstra, 'Een lastige invaliditeitsschatting', 365-371.

slijper. De markt voor roosjes-diamanten was na de Russische revolutie in 1917 sterk achteruitgegaan. Had de firma vroeger meer dan honderd roosjes-slijpers in dienst; thans waren er nog maar twee werknemers als zodanig werkzaam. In overleg met de crisiscommissie van de gemeentelijke werkloosheidsvoorziening was het bedrijf ertoe overgegaan om 18 roosjes-slijpers om te scholen tot achtkant-slijper. Ook de getroffen kwam in principe voor deze omscholing in aanmerking. Door het ongeval was hij echter volledig arbeidsongeschikt geworden voor het achtkantslijpen. Weliswaar kon hij zittend de diamanten slijpen, maar hij was niet meer in staat de slijpsteen te verwisselen en de riemen aan te trekken waarmee de slijpsteen werd aangedreven. De speciale agent constateerde op grond van de gesprekken dat de getroffene zich als 65-jarige niet meer kon aanpassen aan een ander vak dan hij oorspronkelijk beoefende. Hierdoor zou het hem niet meer lukken om de mogelijk resterende validiteit nog productief te maken. Daar kwam bij dat de getroffene door de malaise in het vak spoedig werkloos zou worden. De speciale agent adviseerde om de getroffene voor 75 procent arbeidsongeschikt te verklaren.

De medisch adviseur kon zich met het advies van de speciale agent niet verenigen en liet een medische en een arbeidskundige contra-expertise uitvoeren. Uit de medische contra-expertise kwam naar voren dat de voornaamste medische factor van de arbeidsongeschiktheid de kinderverlamming was, die op zichzelf geen grond kon zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Het letsel als gevolg van het ongeval (breken van het linkerbeen) had een arbeidsongeschiktheid veroorzaakt van hoogstens twintig procent. De arbeidskundige contra-expertise weerlegde de conclusie van de speciale agent dat het niet zelfstandig kunnen verwisselen van de slijpsteen een reden was om de getroffene arbeidsongeschikt te verklaren. In veel fabrieken werden de slijpstenen namelijk verwisseld door een zaalknecht, of werden gehandicapte slijpers geholpen door collega's. Wel werd erkend dat de kans op het vinden van werk door het ongeval was afgenomen. Op grond van de contra-expertises stelden de medisch adviseur en vervolgens ook het bestuur van de Rijksverzekeringsbank het percentage arbeidsongeschiktheid op vijftig procent.

De diamantslijper ging tegen het besluit van de Rijksverzekeringsbank in beroep. De Raad van Beroep bepaalde dat het percentage arbeidsongeschiktheid van vijftig procent te laag was en conform het rapport van de speciale agent op 75 procent gesteld moest worden. In hoger beroep bevestigde de Centrale Raad van Beroep deze uitspraak. Hiermee kende de rechtspraak (althans voor wat betreft deze casus) een groter gewicht toe aan het arbeidsmarktcriterium dan de leiding van de Rijksverzekeringsbank.

6.2 *Beroepsziektes*

In paragraaf 3.2 hebben wij gezien dat een beroepsziekte aanvankelijk geen grond kon zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet. De meeste beroepsziekten kenden een betrekkelijk lange incubatietijd en een tamelijk geleidelijk verloop,

waardoor deze niet voldeden aan het criterium van de wet dat een ongeval onvoor- zien en plotseling moest zijn ingetreden. Niettemin had minister Talma al in 1912 tevergeefs geprobeerd een wettelijke voorziening te treffen voor schadevergoeding aan werknemers die door een beroepsziekte waren getroffen.¹²¹ Nadat het wetsont- werp daarover een aantal jaren op de plank had gelegen, zette Minister Aalberse er in 1922 definitief een streep door. Wel was Talma erin geslaagd om in de Arbeidswet van 1911 een bepaling op te laten nemen, waarmee alle geneeskundigen werden verplicht om van een geconstateerde beroepsziekte aangifte te doen bij de Arbeidsinspectie.¹²² De bedoeling van deze bepaling was om werkgevers ertoe aan te zetten preventieve maatregelen te nemen tegen beroepsziektes.

Pas met de wijziging van de Ongevallenwet van 2 juli 1928 (staatsblad, no. 223) stelde de wetgever een viertal beroepsziektes gelijk aan de gevolgen van bedrijfsonge- vallen, waardoor schadeloosstelling volgens de Ongevallenwet 1921 mogelijk werd.¹²³ Tien jaar later, in 1938, werd de lijst aangevuld met negen beroepsziektes, terwijl in de Land- en Tuinbouwongevallenwet acht beroepsziektes werden gelijkgesteld aan bedrijfsongevallen (zie schema 3.4). Door deze maatregelen gaf de Nederlandse over- heid gevolg aan het ontwerpverdrag betreffende schadeloosstelling voor beroepsziek- ten, dat in 1925 was aangenomen tijdens de 7e ILO conferentie in Genève.

Tijdens de behandeling van het wijzigingsontwerp in 1938 hadden enkele kamer- leden in een amendement erop aangedrongen om ook andere beroepsziektes in de lijst op te nemen. Zij noemden in het bijzonder nystagmus (snelle oogbewegingen), bursitis, tuberculose, tandcariës, schilderseczem, koolmonoxidevergiftiging en de besmettingen waaraan het personeel van ontsmettingsdiensten en –inrichtingen waren blootgesteld.¹²⁴ Minister Romme wees het amendement af met als argument dat alle acute vergiftigingen en eczemen, alsmede de besmetting van personeel reeds recht gaven op schadeloosstelling op grond van artikel 1 van de Ongevallenwet 1921. Op last van de Duitse bezetter werden in 1941 koolmonoxidevergiftiging en vergiftiging door mangaanverbindingen alsnog erkend als beroepsziekte volgens de Ongevallenwet 1921.

Ten aanzien van tuberculose deed Romme de toezegging de opname van deze ziekte in de lijst van beroepsziektes nader te zullen bestuderen. Uiteindelijk besloot de minister om tuberculose buiten de lijst van beroepsziektes te houden, omdat hij problemen voorzag met de bewijsvoering. Het verband tussen de dienstbetrekking en tuberculose bleek moeilijk aantoonbaar te zijn door de twijfel die er vaak bestond over het tijdstip van de besmetting.¹²⁵

121 Talma had in 1912 een wetsontwerp opgesteld voor een *Wettelijke verzekering van arbeiders tegen geldelijke gevol- gen van beroepsziekte*.

122 Arbeidswet 1911, artikel 21; later opgenomen in artikel 82 van de Arbeidswet 1919.

123 Geregeld in een nieuw artikel 87 van de Ongevallenwet 1921.

124 Van de Kamp, *De Beroepsziektes*, 223-23, 163-172.

125 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 100-109. Zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 5.

Schema 3.4: Gelijktelling beroepsziektes aan ongevallen

Beroepsziektes volgens artikel 87h van de gewijzigde Ongevallenwet uit 1928 (Staatsblad, no. 223):

- a. loodvergiftiging
- b. kwikvergiftiging
- c. miltvuur
- d. mijnwormziekte

Beroepsziektes volgens artikel 87h van de wijziging van de Ongevallenwet in 1938 (Staatsblad 804):

- e. silicose
- f. vergiftiging door fosfor of fosforverbindingen
- g. vergiftiging door arsenicum of arsenicumverbindingen
- h. vergiftiging door benzol of benzolhomologen en de nitro- en amidoverbindingen
- i. vergiftiging door de halogeenderivaten van alifatische koolwaterstoffen
- j. pathologische aandoeningen ten gevolge van radium en radioactieve stoffen en van x-stralen
- k. huidkanker
- l. bakkerseczeem
- m. aandoeningen door chroomverbindingen

Beroepsziektes volgens artikel 95 van de wijziging van de Land- en Tuinbouwongevallenwet in 1938 (Staatsblad no. 805):

- a. vergiftiging door kwik- en kwikhoudende stoffen
- b. miltvuur
- c. vergiftiging door arsenicum of arsenicumverbindingen
- d. vergiftiging door de halogeenderivaten van alifatische koolwaterstoffen
- e. trichofytie
- f. ziekte van bang
- g. sarcoptes-schurft
- h. vergiftiging door nicotine of nicotinehoudende stoffen

Bron: Van de Kamp, De beroepsziekten, 14-23.

De wetswijziging van 1928 stelde als voorwaarde voor schadeloosstelling dat de beroepsziekte het gevolg was van het verrichten van bepaalde, met name genoemde risicovolle werkzaamheden binnen een verzekeringsplichtig bedrijf. Deze voorwaarde pakte in de praktijk ongunstig uit voor de werknemers die de risicovolle werkzaamheden niet verrichten, maar wel in de omgeving daarvan aanwezig moesten zijn. Liepen deze werknemers een beroepsziekte op, dan hadden zij in principe geen recht op schadeloosstelling volgens de Ongevallenwet 1921, omdat zij strikt genomen niet

aan de risicovolle werkzaamheden hadden deelgenomen. De medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank L. Smit maakte in dit verband melding van een monteur die in 1935 loodvergiftiging had opgelopen tijdens het verrichten van reparatiewerkzaamheden in een fabriekshal waar loodwit werd vervaardigd. Schadeloosstelling kon hem niet worden verleend omdat de reparatiewerkzaamheden volgens de wet geen extra risico opleverden voor loodvergiftiging. Als hij schilderswerkzaamheden had verricht of loodhoudende plamuren, stopverf of kleurstoffen had bereid, dan was hij wel in aanmerking gekomen voor schadeloosstelling.¹²⁶

In 1938 verruimde de wetgever de voorwaarden voor schadeloosstelling bij beroepsziekte. Door een nieuw artikel (87a) hoefde het verband tussen de beroepsziekte en het uitvoeren van bepaalde risicovolle werkzaamheden niet meer te worden aangetoond. Het was voldoende dat een beroepsziekte kon worden vastgesteld gedurende de dienstbetrekking van een werknemer, of binnen een bepaalde termijn na beëindiging van de dienstbetrekking.¹²⁷ Voor de meeste beroepsziekten gold dat deze binnen 12 maanden na beëindiging van de dienstbetrekking dienden te worden geconstateerd, wilde er grond zijn voor schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet 1921. Alleen voor bakkerseczeem, mijnwormziekte en miltvuur golden kortere termijnen: voor de eerste twee zes maanden en voor de laatste drie maanden.¹²⁸

Opmerkelijk was dat de wet geen voorwaarde stelde over de duur van de dienstbetrekking. Hierdoor was het in principe mogelijk dat een werknemer aanspraak maakte op schadeloosstelling als de beroepsziekte zeer kort na een indienstreding geconstateerd werd. Deze bepaling droeg het gevaar in zich dat de Rijksverzekeringsbank schadeloosstellingen moest toekennen, terwijl het verband tussen beroepsziekte en het dienstverband nauwelijks bewezen kon worden. Om die reden nam de wetgever in artikel 87b een bepaling op dat bij een kortdurend dienstverband van ten hoogste drie maanden de bewijslast kwam te liggen bij de werknemer (of diens nagelaten betrekkingen). Deze moest dan bewijzen dat de beroepsziekte daadwerkelijk in verband stond met de dienstbetrekking.¹²⁹

Ondanks deze instructies in de wet bleek het aantonen van het verband tussen de beroepsziekte en de dienstbetrekking in de praktijk een lastige opgave te zijn. Iedere beroepsziekte leverde namelijk specifieke problemen op voor de claimbeoordeling. Uit de literatuur komen drie typen beroepsziekten naar voren die om extra aandacht vroegen van de beoordelaars. Het ging om vergiftigingen, longaandoeningen en eczemen.¹³⁰

De claimbeoordeling van vergiftigingen was lastig als de werknemer blootgesteld was geweest aan verschillende stoffen. De beoordelaar moest dan eerst uitmaken of er überhaupt sprake was van een vergiftiging. Als daarvoor indicaties bestonden,

126 Smit, 'Beroepsziekten en Ongevallenwet', 227.

127 a.w., 227-228.

128 Deze maximale termijnen waren geregeld in het Koninklijk Besluit van 20 augustus 1938, staatsblad 336; later gewijzigd bij Koninklijk Besluit van 20 juni 1939, staatsblad 852.

129 Smit, 'Beroepsziekten en Ongevallenwet', 228.

130 Zie: Van de Kamp, *De beroepsziekten*; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 101-102.

moest hij vervolgens vaststellen waardoor de vergiftiging precies ontstaan was. Er kon namelijk pas van een beroepsziekte in de zin van de wet gesproken worden als er een stof in het geding was die in artikel 87b werd genoemd. Het zodanig precies diagnosticeren van de haard kon lastig zijn omdat bij veel vergiftigingen vergelijkbare symptomen optraden.¹³¹

De claimbeoordeling van silicose was vooral lastig als deze ziekte gepaard ging met tuberculose; hetgeen vaak voorkwam. Hoewel de onderlinge samenhang van silicose en tuberculose indertijd pathologisch niet te verklaren was, ging men ervan uit dat silicose en tuberculose elkaar stimuleerden.¹³² Nu schreef de wet voor dat een verzekerde pas in aanmerking kwam voor schadeloosstelling, als de beoordelaar kon vaststellen dat de silicose de beslissende oorzaak was geweest van de arbeidsongeschiktheid of het overlijden. Door de wisselwerking van silicose en tuberculose was het vaak lastig te bepalen welke ziekte de beslissende oorzaak was geweest. Röntgenfoto's boden zelden uitkomst, omdat de röntgenologische longbeelden van tuberculose en silicose grote overeenkomsten vertoonden.¹³³

De claimbeoordeling van bakkerseceem ten slotte was lastig omdat deze aandoening moeilijk van andere typen eczeem te onderscheiden was. Het kwam regelmatig voor dat er klinische aanwijzingen waren voor bakkerseceem, terwijl uit de huidfunctieproeven geen overgevoeligheidsreacties vastgesteld konden worden. Bovendien leverde het allergische karakter van bakkerseceem problemen op. Als een patiënt hersteld was van bakkerseceem (hetgeen meestal binnen 43 dagen gebeurde), werd in de regel de tijdelijke ongevallenuitkering beëindigd. De overgevoeligheid bleef echter vaak bestaan en daarmee ook de kans op herhaling van het ziektebeeld bij hervatting van het werk.¹³⁴ Het lag dan in de rede om de verzekerde te adviseren een ander beroep te kiezen. Artikel 25 van de Ongevallenwet voorzag in de mogelijkheid om de verzekerde financieel te ondersteunen bij omscholing. Volgens de controlerend geneeskundige Wuite werd van deze mogelijkheid echter weinig gebruik gemaakt, omdat de omscholing niet kon worden afgedwongen. Het gevolg was dat de Rijksverzekeringsbank herhaaldelijk uitkeringen moest verstrekken aan verzekerden die aan bakkerseceem leden.¹³⁵

6.3 *Kritiek op de praktijk van de claimbeoordeling*

Na de invoering van de Ongevallenwet in 1903 was de claimbeoordeling lange tijd onderwerp geweest van kritische beschouwingen en discussie. In de eerste twee decennia functioneerde het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* als platform voor de uitwisseling van opvattingen en ideeën over de claimbeoordeling. De onaf-

131 Zie: Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 45-79; Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 101-102.

132 Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 29-32.

133 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 102.

134 Van de Kamp, *De beroepsziekten*, 109-121.

135 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 102.

hankelijke positie van dit tijdschrift maakte het mogelijk dat veel medici zich vrijelijk over de claimbeoordeling konden uitlaten; zelfs diegenen die er uitermate kritisch tegenover stonden. Regelmatig vonden er heftige discussies plaats tussen belangrijke representanten van de Rijksverzekeringsbank (zoals Kooperberg en Van Eden) en relatieve buitenstaanders (zoals Korteweg). In hoofdstuk 2 zijn wij op een aantal van deze discussies nader ingegaan.

Na 1916 nam het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde geleidelijk de functie van platform over van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Aanvankelijk veranderde er weinig aan de inhoud van de beschouwingen en discussies. Ook het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde bood ruimte aan ingewijden en relatieve buitenstaanders om hun opvattingen kenbaar te maken en om discussies te voeren. Nadat het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde in 1921 werd omgedoopt tot Geneeskundige Tijdschrift voor de Rijksverzekeringsbank, verdwenen geleidelijk de kritische beschouwingen en discussies. De leiding van de Rijksverzekeringsbank slaagde erin het tijdschrift om te vormen tot een blad voor mededelingen en informatie ten behoeve van medici en arbeidsdeskundigen die bij de claimbeoordeling betrokken waren.

Het verdwijnen van een platform voor de uitwisseling van opvattingen en ideeën betekende niet dat na 1921 alle kritiek verstomde. Verschillende medici lieten zich op gezette tijden kritisch uit over de uitvoering van de Ongevallenwet door de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. Twee daarvan, de medici Sajet en Wuite, wijdden proefschriften aan het becommentariëren van de claimbeoordeling. De wetenschappelijke en kritische benadering van beiden leidden ertoe dat hun beschouwingen veel aandacht kregen van de medische beroepsgroep en de politiek; reden waarom wij nader op deze studies ingaan.

De kritiek van Sajet

De Amsterdamse huisarts Benedictus Herschel Sajet promoveerde in 1940 aan de Universiteit van Amsterdam op een studie naar 'de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet'.¹³⁶ Hoewel huisarts van beroep, begaf Sajet zich in de loop van de jaren twintig en dertig steeds nadrukkelijker op het terrein van de sociale geneeskunde. In zijn proefschrift leverde hij scherpe kritiek op de praktijk van de claimbeoordeling. Hij baseerde zich daarbij vooral op een uitgebreide documentatie over beroepszaken die hij in de loop van de jaren als medisch adviseur van de vakbeweging had verzameld. Als overtuigd socialist redeneerde hij vanuit de belangen en de rechtspositie van de verzekerden.

Sajet constateerde op grond van de ongevallenstatistiek dat de Rijksverzekeringsbank zeer terughoudend was in het toekennen van ongevallenrentes. Met name in de jaren 1914-1917 en 1929-1937 kregen getroffen en van een ongeval beduidend minder vaak, voor een lager percentage, of voor een kortere periode schadeloosstelling. Bijgevolg liet de inkomenspositie van veel rentetrekkers ondanks de Ongevallenwet nog veel te wen-

¹³⁶ Sajet, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de Ongevallenwet*.

sen over. Sajat onderbouwde deze constatering met de uitkomsten van het onderzoek uit 1927 onder rentetrekking, dat de Rijksverzekeringsbank had uitgevoerd in opdracht van de minister van Arbeid, Handel en Nijverheid, G.W. Sannes.¹³⁷ De conclusie van dit onderzoek was namelijk dat 'zoowel velen, die nog rente trokken, als velen, wier rente reeds was onttrokken, in een ongunstiger omstandigheden verkeerden dan vroeger en in ongunstiger omstandigheden dan gelijksoortige valide arbeiders'.¹³⁸

De grote terughoudendheid in het toekennen van ongevalrentes was volgens Sajat in overeenstemming met het overheidsbeleid. Om zich ten opzichte van de bedrijfsverenigingen en de onderlinge risicoverenigingen van werkgevers waar te maken als een efficiënte uitvoeringsorganisatie, probeerde de Rijksverzekeringsbank de uitvoeringskosten van de Ongevallenwet zoveel mogelijk te beperken. De bank ging daarin soms zover, dat zij verzekerden in hun rechten schond. De medische beoordelaars stonden onder grote druk om uiterst kritisch om te gaan met claims van getroffenen. Naar de indruk van Sajat begingen zij daarbij structurele fouten, waardoor rechten van getroffenen met voeten getreden werden.

Een eerste fout waarvan Sajat melding maakte was het ontbreken in een groot aantal beoordelingsrapporten van een anamnese en een bespreking van de klachten. De consequentie daarvan was dat in die gevallen uitsluitend objectieve stoornissen als maatstaf voor de beoordeling golden. Volgens Sajat schonden de medische beoordelaars hiermee de 'allereerste regelen betreffende het geneeskundig onderzoek'.¹³⁹ Het waren juist de klachten en gevoelens van de getroffene die hem ongeschikt maakten om te werken. Door hieraan voorbij te gaan werden stoornissen vaak verkeerd gediagnosticeerd, met als gevolg dat de claimbeoordeling op onjuiste medische informatie werd gestoeld en een adequate medische behandeling werd gefrustreerd.¹⁴⁰ Dit was een gevoelig punt van kritiek omdat de trots van Kooperberg en Van Eden nu juist was dat in Nederland zo goed rekening werd gehouden met de individuele situatie en de individuele getroffene.

Een andere fout begingen de medische beoordelaars door symptomen te miskennen die weliswaar op zichzelf geen grond konden zijn voor arbeidsongeschiktheid, maar wel belangrijke aanknopingspunten konden bieden voor de beoordeling van de ernst van een lichamelijke afwijking of stoornis. Dat gold volgens Sajat in het bijzonder voor de meeste reflexen. Hij citeerde uit een beoordelingsrapport over een patiënt die een wervelfractuur had:

De geringe objectieve afwijking die hier bestaat (verschil in patellairreflexen, wisselende en onzekere sensibele stoornissen) kan toch nauwelijks tot eene arbeidsongeschiktheid aanleiding geven.¹⁴¹

137 *Verslag van een Onderzoek naar den toestand der Rentetrekking (Ongevallenwet)*, Gepubliceerd door het Bestuur der Rijksverzekeringsbank, Amsterdam, 1929.

138 Sajat, *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de practijk van de Ongevallenwet*, 491.

139 a.w., 394.

140 a.w., 394-410.

141 a.w., 411.

Sajet erkende dat de afwezigheid, de verlaging of de verhoging van een patellairreflex niemand invalide maakte. Maar bij de beoordeling van de symptomen was het belangrijk om na te gaan door welke afwijking of stoornis deze werden bepaald. Als dit na een wervelfractuur bijvoorbeeld een medullaire aandoening was, dan moest een patiënt worden beoordeeld naar de ernst van die aandoening.¹⁴²

Een derde fout die Sajet opmerkte was dat medische beoordelaars bij het stellen van diagnoses een lokale aandoening te gemakkelijk in verband brachten met een mogelijk constitutionele afwijking. Sajet illustreerde deze veelvuldig gemaakte fout met een casus van een werknemer die een klap had gekregen tegen de rechterhand tussen duim en wijsvinger. De huisarts kwam tot de diagnose dat er sprake was van een kneuzing van de rechterpols in de handwortelstreek. De werknemer werd vervolgens naar een chirurg gestuurd die 'beenatrofie van de handwortel' vaststelde. De geneeskundige ambtenaar trok daaruit de conclusie dat het ongeluk niet op de handwortel kon hebben ingewerkt, aangezien beenatrofie vaak het gevolg was van een stoornis in de kalkstofwisseling. Sajet constateerde dat de medische beoordelaar zijn beoordeling in dit geval op een hypothese had gestoeld. Alvorens tot deze beoordeling te komen had hij eerst moeten laten onderzoeken in hoeverre de werknemer daadwerkelijk lijdende was aan een stoornis in de kalkstofwisseling.¹⁴³

Meer in het algemeen leidden volgens Sajet onvolledige weergaven van feiten geregeld tot onjuiste beoordelingen. Sajet illustreerde een dergelijke misstap met een casus uit 1935. Een 63 jarige bootwerker was achterover gevallen en met zijn rechterflank op een bolder terechtgekomen. Omdat hem het ademen zeer moeizaam verging, werd hij opgenomen in het ziekenhuis, waar de behandelende arts een fractuur aan vier ribben vaststelde. De controlerend geneeskundige rapporteerde verschillende keren dat de getroffene een slappe, licht chaotische indruk maakte en kortademig was. Omdat de klachten aanhielden werd een internist gevraagd een oordeel te geven over de ernst van de kwetsuur. De internist onderzocht de getroffene en kwam tot de conclusie dat de klachten van de getroffene in een absolute wanverhouding stonden tot hetgeen het onderzoek had opgeleverd. De internist vermoedde dan ook dat de getroffene de klachten simuleerde. Hij adviseerde om een 'suggestieve behandeling te geven met als prikkel geleidelijke intrekking van de uitkering'. Op grond van dit advies besloot de controlerend geneeskundige de reeds toegekende schadeloosstelling te verlagen van vijftig procent naar vijftien procent van het loon. De getroffene legde de zaak voor aan de Raad van Beroep, kreeg nul op het rekest, waarna hij in hoger beroep ging bij de Centrale Raad van Beroep. De centrale raad besloot om een tweede internist om advies te vragen. Deze kwam op grond van eigen onderzoek tot de conclusie dat het rapport van de eerste internist uiterst voorbarig was. De eerste internist zou te zeer hebben vertrouwd op een moeilijk te beoordelen foto en noemde niet de mogelijkheid van het bestaan van een gedeeltelijke longcollaps. Sajet concludeerde dat door fou-

142 a.w., 410-416.

143 a.w., 416-419.

tieve beoordelingen als deze veel werknemers niet de schadeloosstelling ontvingen waar zij recht op hadden.¹⁴⁴

Ten slotte onderscheidde Sajet nog de medische fouten die geneeskundigen vaak maakten als gevolg van een subjectieve instelling. Sajet benadrukte dat geen medicus eraan ontkwam om wel eens fouten te maken. Maar door subjectiviteit in de beoordeling vergrootte hij de kans op het maken van fouten aanzienlijk. Zo gingen medische beoordelaars volgens Sajet vaak in de fout door zekerheidshalve geen uitkering toe te kennen, als zij de klachten van de getroffen medisch niet konden verklaren. Vaak bleek dan uit later onderzoek dat de medicus concrete lichamelijke letsels over het hoofd had gezien die bovendien in verband konden worden gebracht met een ongeval. Ook op deze wijze verloren veel getroffen ten onrechte hun uitkeringsrechten.¹⁴⁵

Sajet sloot zijn kritiek af met de constatering dat de medische beoordelaars van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank in de loop van de jaren te veel een eigen koers waren gaan varen. Door zeer uiterst terughoudend te zijn in het toekennen van claims, handelden zij niet alleen in strijd met de oorspronkelijke bedoelingen van de wetgever, maar gingen zij ook voorbij aan breed gedragen wetenschappelijke inzichten. Opvallend was namelijk dat de medische beoordelaars geneigd waren alleen die medische specialisten om advies te vragen die dezelfde opvattingen erop nahielden. Het gevolg was dat een groot aantal bekwame artsen gepasseerd werden, die volgens Sajet volkomen in staat waren om de problemen van de ongevalleneeskunde te beoordelen en die bovendien door de overgrote meerderheid van de medische stand veel beter begrepen werden. Het was in het belang van de getroffenen en van een goede rechtspleging als ten behoeve van de claimbeoordeling gekozen werd voor adviseurs die het vertrouwen hadden van de verschillende partijen.¹⁴⁶

De praktijk van claimbeoordeling ontbeerde al met al een objectieve instelling van de geneeskundige beoordelaars. Volgens Sajet gaf een onafhankelijke medische dienst die los stond van de Raden van Arbeid en de Rijksverzekeringsbank meer waarborgen voor een objectieve claimbeoordeling. Sajet verwees hierbij naar Van Trooijen, die in 1923 al voor een onafhankelijke geneeskundige dienst had gepleit.¹⁴⁷

De kritiek van Wuite

De controlerend geneeskundige Jan Gerard Wuite koos in zijn proefschrift uit 1947 voor een geheel andere invalshoek dan Sajet. Terwijl Sajet betoogde dat de claimbeoordeling in de praktijk schadelijk uitwerkte voor de rechtspositie van de verzekerden, was Wuite juist van mening dat de beoordelaars en vooral de behandelend artsen hun oren veel te veel lieten hangen naar de verzekerden.

Het begon er al mee dat de beoordelaars zich onvoldoende bewust waren van de relatief grote aantrekkingskracht die van de Ongevallenwet 1921 uitging op zowel de

144 a.w., 419-426.

145 a.w., 427-445.

146 a.w., 494-497.

147 Van Trooijen, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*, passim.

werknemers als de behandelend artsen. De Ongevallenwet 1921 bood werknemers meer voordelen dan de Ziektewet, omdat deze geen wachtdagen kende en in een schadeloosstelling voorzag voor zowel inkomstenderving als de medische behandeling. Bovendien was de ongevallenrente niet aan een bepaalde periode gebonden, maar aan de duur van de invaliditeit. Voor de medische behandelaars was het gunstiger om medische hulp te geven in het kader van de Ongevallenwet dan in het kader van de Ziektewet, omdat zij per verrichting betaald kregen in plaats van een vergoeding ontvingen volgens een abonnement bij een ziekenfonds. Door de extra voordelen die de Ongevallenwet bood, probeerden veel getroffenen in aanmerking te komen voor een schadeloosstelling, terwijl zij daar overduidelijk geen recht op hadden. De behandelend artsen gingen, voor een deel uit eigenbelang, te gemakkelijk mee in de wensen van hun patiënten.¹⁴⁸

Het verzekerd zijn ingevolge de Ongevallenwet 1921 wekte volgens Wuite bij veel verzekerden een sterk verlangen naar schadeloosstelling op. Sommige verzekerden wilden wel eens profiteren van een voorziening waarvoor zij al lang premie hadden betaald. Bovendien leverde het verzekerd zijn bij velen gevoelens van geborgenheid en zekerheid in de hand, die de prikkels voor werkhervatting deden wegzakken. Wuite onderscheidde zeven situaties waarbij verzekerden ten onrechte aanspraak maakten op schadeloosstelling:

1. Het aangegeven letsel was buiten de wil van de getroffene, maar niet in verband met de dienstbetrekking ontstaan;
2. Het letsel was door de getroffene opzettelijk veroorzaakt en werd voorgesteld als een letsel in de zin van de Ongevallenwet (artefact, automutilatie).
3. De getroffene wendde een letsel voor (simulatie).
4. Het bestaan van een letsel of van een zekere mate van invaliditeit werd ontkend (dissimulatie)
5. De gevolgen van een letsel werden bewust of onbewust overdreven (aggravatie).
6. Er was sprake van een psychisch abnormaal reageren op het letsel (neurose).
7. De genezingsduur werd onnodig verlengd omdat de getroffene te lang geen arbeid verrichtte (arbeid als middel van revalidatie).

Hoewel deze zeven situaties algemeen bekend waren, hielden controlerend geneeskundigen en behandelend artsen er in de praktijk onvoldoende rekening mee.¹⁴⁹

Gelet op deze grote begeerte naar schadevergoedingen, gingen de controlerend geneeskundigen in de ogen van Wuite veel te weinig kritisch om met de aanmeldingen van een ongeval.¹⁵⁰ Met name moesten zij veel strenger toezien op het invullen van de aangifteformulieren door de behandelend artsen. Volgens Wuite was 'de onnauwkeurigheid en onvolledigheid waarmee aan deze verplichting wordt voldaan

148 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 49-50.

149 a.w., 121-151.

150 a.w., 49-51.

ontstellend groot'.¹⁵¹ Behandelend artsen maakten ernstige fouten bij de diagnose en bij het in verband brengen van het letsel met het ongeval. Net als Sajet constateerde ook Wuite dat veel artsen nalieten de anamnese te beschouwen. Bovendien kon hij zich niet aan de indruk onttrekken dat de diagnose vaak uitsluitend berustte op subjectieve gegevens. In veel gevallen baseerden de behandelend arts zich voornamelijk op de informatie die de getroffene gaf over diens klachten en de oorzaak van het letsel. Geneeskundigen verzuimden systematisch bij de werkgever en de collega's op de werkvloer na te gaan wat er precies was gebeurd en wanneer het ongeval had plaatsgevonden. Ook veronachtzaamden zij de mogelijkheid dat de getroffene exogene factoren aandroeg voor het ontstaan van zijn aandoening. Als controlerend geneeskundigen de behandelend artsen later om nadere inlichtingen vroegen, kregen zij vaak nul op het rekest. Behandelend artsen waren het voorval vaak alweer vergeten, of hadden nagelaten om aantekeningen van het ongeval te maken.¹⁵²

Een andere zwakheid die Wuite constateerde was dat de geneeskundige behandeling veel te weinig gericht was op een zo spoedig mogelijke hervatting van het werk. In de praktijk bleken veel behandelend artsen ervoor terug te schrikken om de getroffene te confronteren met de mogelijkheid om weer aan het werk te gaan. De beoordeling in hoeverre een getroffene arbeidsgeschikt was, lieten zij maar al te graag over aan de controlerend geneeskundigen, die op hun beurt weer te druk bezet waren om deze taak naar behoren uit te voeren. Het kwam dan ook veelvuldig voor dat er te lang werd gewacht met revalidatie en reïntegratie; met als gevolg dat de genezingsduur aanmerkelijk werd verlengd en een grotere blijvende invaliditeit werd veroorzaakt, dan bij een meer activerende aanpak het geval zou zijn geweest. Daar kwam bij dat revalidatie als doelbewuste therapie een ondergeschikte rol speelde bij de medische behandeling. Het werd slechts als een paramedische aangelegenheid beschouwd die de arts niet direct raakte. Volgens Wuite moest de ondersteuning bij revalidatie en reïntegratie al aanvangen bij het begin van de behandeling om verzwakking van lichamelijke en geestelijke krachten te voorkomen.¹⁵³

Het was aan de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank om ervoor te zorgen dat de geneeskundige behandeling veel meer gericht werd op een zo spoedig mogelijke werkhervatting. De Ongevallenwet kende de ambtenaren van de medische dienst daarvoor voldoende bevoegdheden toe. Zo kon de controlerend geneeskundige behandelingen verbieden die een verlenging van de genezingsduur tot gevolg konden hebben, of een verhoogd risico opleverden voor de arbeidsgeschiktheid van de patiënt. Tevens had de controlerend geneeskundige ingevolge artikel 27 van de Ongevallenwet de bevoegdheid om voorschriften te geven in het belang van een goede behandeling of genezing of ter vermindering van de arbeidsongeschiktheid. Tot slot gaf Wuite de medische dienst het advies om te streven naar meer uniformiteit in de geneeskundige

151 a.w., 152.

152 a.w., 152-162.

153 a.w., 172-174.

behandelingen. Hiermee zou het namelijk mogelijk worden om op basis van de statistiek de effectiviteit van de behandelingen vast te stellen en te verbeteren.¹⁵⁴

7 Claimbeoordeling als vak

Net als in de eerste periode van de Ongevallenwet werd de claimbeoordeling uitgevoerd door verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen. De verzekeringsgeneeskundigen oefenden bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid de functie uit van controlerend geneeskundige. De arbeidsdeskundigen hadden in deze periode de functie van speciale agent bij de Rijksverzekeringsbank, maar werden soms ook wel aangeduid met technisch ambtenaar.

Terwijl over de ontwikkeling van het vak van de verzekeringsgeneeskundigen veel is geschreven, is het vak van de arbeidsdeskundigen nauwelijks in publicaties aan de orde geweest. De arbeidsdeskundigen hadden geen vereniging, noch een eigen tijdschrift waarmee zij zich konden profileren en informatie konden uitwisselen. Als we arbeidsdeskundigen tegenkomen in publicaties over casuïstiek of beschrijvingen, dan werd hun werk veelal beschreven tegen de achtergrond van het werk van verzekeringsgeneeskundigen. Bovendien mengden arbeidsdeskundigen zich niet of nauwelijks in debatten. De enige bijdrage van een arbeidsdeskundige in het *Geneeskundig Tijdschrift van de Rijksverzekeringsbank* was van de speciale agent H.B. Marijt. Deze publiceerde in 1935 een artikel over de manier waarop door de speciale agenten de werkhervatting werd bevorderd.¹⁵⁵

Uit de literatuur ontstaat dan ook de indruk dat er niet veel gebeurde aan de ontwikkeling van de arbeidskunde. De Rijksverzekeringsbank rekruteerde de speciale agenten uit mensen met een technische achtergrond en schoolde hen in de praktijk van het werk. De taak van de speciale agenten was om op de werkplek te bepalen wat de waarde was van de gedeeltelijk hervatte arbeid, om de noodzaak en het resultaat van omscholing te beoordelen en om in te schatten in hoeverre er een verminderde gelegenheid was om passende arbeid te verkrijgen. De opeenvolgende medisch adviseurs en de controlerend geneeskundigen gaven geregeld aan zeer tevreden te zijn over het werk van de speciale agenten. Sommige geneeskundigen hoopten zelfs dat de arbeidskunde zich op termijn zou ontwikkelen tot een 'fysiologie van den arbeid' die de beoordelaars in staat zou stellen alle menselijke functies te relateren aan arbeid. Een zodanige rijping van de arbeidskunde zou het in hun ogen mogelijk maken om objectief te bepalen wat een stoornis betekende voor de arbeidscapaciteit van een getroffene.¹⁵⁶

Door een gebrek aan informatie over de arbeidskunde beperken wij ons in deze

154 a.w., 180-184.

155 Marijt, 'Invaliditeit en aanpassing', 111-120.

156 'Discussie, naar aanleiding van de inleidingen der H.H. Brocx, Stenvers en van Schelven', 474.

paragraaf tot de verzekeringsgeneeskunde. Om te beginnen volgen wij de discussie onder de controlerend geneeskundigen over de manier waarop zij het beste de oorzaak en de mate van ongeschiktheid konden vaststellen. Voorts gaan wij nader in op de onderlinge uitwisseling van kennis en informatie via tijdschriften, congressen en verenigingen van vakgenoten. Ten slotte komt de verzekeringsgeneeskunde als academische discipline aan de orde, die in deze periode belangrijke vorderingen boekte.

7.1 Oorzaak en mate van de ongeschiktheid

In de diverse artikelen was veel aandacht voor de manier waarop de controlerend geneeskundigen het verband van het ongeval met de dienstbetrekking behoorden vast te stellen. Naast berichtgeving over uitspraken van de Centrale Raad van Beroep verschenen van tijd tot tijd overzichtsartikelen van de medisch adviseur van de Rijksverzekeringsbank.¹⁵⁷ Uit deze bijdragen valt op te maken hoe de controlerend geneeskundigen het causale verband beargumenteerden. De verzekerde claimde dat zijn letsel een gevolg was van een ongeval of een beroepsziekte, waarop de Rijksverzekeringsbank argumenten gaf waarom deze claim al of niet gevolgd moest worden.

Volgens de meeste bijdragen was het bijzonder lastig om een verband tussen het ongeval en de dienstbetrekking objectief aan te tonen. Sajet en Wuite gaven in hun proefschriften aan dat arbeidsongeschiktheid zeer zelden uitsluitend was toe te schrijven aan het ongeval of de beroepsziekte. Hierdoor ontstond er ruimte voor beoordelaars om persoonlijke indrukken en intuïtie mee te laten wegen bij de claimbeoordeling. Sommige commentatoren constateerden dan ook op grond van casuïstiek dat de mate van arbeidsongeschiktheid in de praktijk te subjectief en te willekeurig werd geschat.¹⁵⁸

De Rijksverzekeringsbank ondernam verschillende pogingen om subjectiviteit en willekeur in de claimbeoordeling tegen te gaan. In de eerste plaats probeerde zij de beoordelaars te binden aan uniforme richtlijnen voor het proces van de claimbeoordeling (zie paragraaf 3.4). Daarnaast oriënteerden de controlerend geneeskundigen zich op objectieve methoden waarmee zij de mate van arbeidsongeschiktheid konden vaststellen. Een voorbeeld daarvan was de zogenaamde psychotechniek, die de Rijksverzekeringsbank in 1929 en 1930 probeerde te introduceren om de beroepsgechiktheid bij gedeeltelijk arbeidsongeschikten vast te stellen. De psychotechniek werd reeds enige tijd gebruikt bij Philips, de PTT en de GGD van Amsterdam. Maar omdat de psychotechniek alleen werd toegepast voor specifieke beroepen binnen deze bedrijven, vond de Rijksverzekeringsbank het uiteindelijk geen geschikte methode om de mate van arbeidsgeschiktheid te bepalen bij de heterogene groep van verzekerden.¹⁵⁹

157 Zoals het artikel van L. Smit uit 1932: Smit, 'Ongeval in de zin der wet', 1-24.

158 Zie bijvoorbeeld: Feenstra, 'Gevolgen van wervelfractuur', 137-149.

159 Gravenstein, v. d. Stempel, 'De psychotechniek en de schatting der arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bedrijfsongevallen', passim.

Een methode die wel toepassing vond, was het gebruiken van een lijst die voor een aantal letsels een norm gaf voor het percentage arbeidsgeschiktheid. De lijst was in 1928 door de assistent van de medisch adviseur Stas opgesteld, op grond van eerdere besluiten van de Rijksverzekeringsbank en de jurisprudentie. Dergelijke lijsten waren weliswaar al langer in omloop, maar deze hadden gefungeerd als officieuze indicaties waar de beoordelaars in de beoordelingsrapporten niet naar mochten verwijzen (zie hierover hoofdstuk 2). Met de publicatie van een lijst door de leiding van de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank, ontstond een officiële richtlijn voor het vaststellen van het percentage arbeidsgeschiktheid. De richtlijn was overigens van toepassing op een zeer beperkt aantal letsels. De lijst vermeldde percentages bij 7 armletsels, 27 handletsels, 13 voet en beenletsels en 3 oogletsels.¹⁶⁰ Volgens Wuite was het de bedoeling van Stas om een aantal indicaties te geven voor de claimbeoordeling en zeker niet om alles te standaardiseren. Anders dan in andere landen gebruikelijk was, vermeldde de lijst bijvoorbeeld geen specifieke percentages voor letsels aan een linker- of rechterlichaamsdeel. Dit onderscheid diende per individueel geval te worden bepaald in overleg met de speciale agent.

Om de eenduidigheid in de claimbeoordeling te bevorderen hadden de controlerend geneeskundigen vanouds regelmatig casusbeschrijvingen gepubliceerd in medische bladen. Dit gebruik kalpte echter sinds de jaren dertig sterk af. Met de publicatie van een officiële lijst met letsels en bijbehorende percentages arbeidsgeschiktheid, leek het erop dat de betekenis van de casuïstiek voor de claimbeoordeling kleiner werd.

Een bijzonder punt van aandacht voor de uitvoerders van de claimbeoordeling had betrekking op de vraag hoe een verergering van een bestaand letsel door een ongeval verrekend moest worden in het percentage arbeidsgeschiktheid. Dergelijke gevallen waren moeilijk te beoordelen, mede omdat daarover geen duidelijke regels in de Ongevallenwet waren opgenomen.

De controlerend geneeskundige Metz stelde in 1921 een werkwijze voor om de letsels die reeds voor een ongeval bestonden, proportioneel te betrekken bij het schatten van de mate van arbeidsgeschiktheid.¹⁶¹ Volgens Metz maakten de controlerend geneeskundigen in de praktijk onvoldoende onderscheid tussen de letsels die ten tijde van het ongeval al aanwezig waren en de letsels die door het ongeval waren ontstaan. Vaak gingen controlerend geneeskundigen er eenvoudigweg vanuit, dat alle geconstateerde gebreken het gevolg waren van het ongeval, waardoor zij ten onrechte een te hoge arbeidsgeschiktheid aannamen. Volgens Metz waren er goede mogelijkheden om op geneeskundige gronden de mate van arbeidsgeschiktheid door het ongeval te

160 L Stas had in 1928 het bestaan van de lijst onthuld in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. Zie: Stas, 'Het percentage der blijvende invaliditeit bij een aantal typische letsels', 291-294. De controlerend geneeskundige Brocx had vervolgens aangegeven dat zo'n lijst geen recht van bestaan had, gezien het individuele karakter van de beoordeling. Zie: Brocx, 'De invaliditeit van éénogigen', 1-3. Hierop had de medisch adviseur Gravenstein geprobeerd om de gerezen tegenstelling te verzoenen. Zie: Gravenstein, 'De invaliditeit van éénogigen', 3-5.

161 Metz, 'Het beginsel van de gedeeltelijke schadeloosstelling in de Ongevallenwet', 162-172.

scheiden van de mate van arbeidsongeschiktheid die al voor het ongeval bestond. Wel voorzag Metz problemen als verzekerden na een ongeval volledig arbeidsongeschikt zouden worden, terwijl zij op grond van een proportionele claimbeoordeling slechts in aanmerking zouden komen voor een gedeeltelijke schadeloosstelling. Niettemin zou volgens Metz de voorgestelde werkwijze de uitvoering van de Ongevallenwet 'op billijke wijze' kunnen vereenvoudigen.

Hoewel Metz met zijn beschouwing een prijs won die de Centrale Landbouw Onderlinge had uitgeschreven, waren de reacties van zijn vakgenoten kritisch en afwijzend. Zo vond de arts W. Schuurmans Stekhoven de werkwijze van Metz onrechtvaardig.¹⁶² Een betere manier om het door Metz geconstateerde probleem op te lossen was het laten opgaan van de Ongevallenwet 'in een eenvoudige en eenvormige sociale verzekeringswet, op grond waarvan loonderving vergoed wordt, onverschillig de oorzaak daarvan. Maak bij samengestelde mechanismen, waarbij de grens tusschen ongeval en ziekte niet of bezwaarlijk te trekken valt, geen scheiding tusschen de ziektecomponent, maar stel de geheele loonderving schadeloos'.¹⁶³ De regeling moest aansluiten bij de 'practijk des leven' en de 'geldende techniek der ziekte-, ongevallen- en invaliditeitsverzekering' en worden aangepast aan de omstandigheden en de geldende opvattingen.¹⁶⁴ Volgens Schuurmans was het de politiek die de 'geheele sociale wetgeving vertroebelt en vertraagt'.¹⁶⁵ Alle belanghebbenden waren het er over eens dat de werknemer bij tijdelijke of blijvende arbeidsongeschiktheid schadeloos gesteld moest worden, ongeacht de vraag waar die ongeschiktheid door veroorzaakt werd. Invaliditeit moest zoveel mogelijk worden voorkomen, behandeld en bestreden.¹⁶⁶

Met zijn pleidooi voor een brede sociale arbeidsongeschiktheidsverzekering was Schuurmans Stekhoven bij ons weten de eerste die het principe van de WAO bepleitte. Later zou Wuite dit principe eveneens omarmen. In zijn proefschrift uit 1947 constateerde Wuite dat het met de proportionele berekening van arbeidsongeschiktheid niets was geworden.¹⁶⁷ De jurisprudentie had uitgewezen dat de Rijksverzekeringsbank de getroffen moest nemen zoals hij was na het ongeval. De Rijksverzekerbank had derhalve de plicht om de arbeidsongeschiktheid die na een ongeval werd vastgesteld ongeclausuleerd te vergoeden.

7.2 *Verenigingen, congressen en tijdschriften*

De beoefenaren van de verzekeringsgeneeskunde organiseerden zich in verenigingen, namen deel aan internationale congressen en publiceerden in vaktijdschriften. Op deze wijze probeerden zij de ontwikkelingen in het vak te delen en om invloed uit te

162 Schuurmans Stekhoven, 'Schadeloosstelling van ongevallsletsel bij ziekte-toestanden', 193-201 en 236-245.

163 a.w., 199.

164 a.w., 201.

165 a.w., 236-237.

166 a.w., 243-245.

167 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 78- 80.

oefenen op de buitenwereld. In het kort laten wij de verschillende verenigingen, congressen en vaktijdschriften voor de verzekeringsgeneeskunde de revue passeren.

Verenigingen

De Vereeniging voor Ongevalleneeskunde die in 1908 was opgericht, veranderde in 1923 haar naam in de Vereeniging voor Sociale Geneeskunde. De leden wilden met deze naamswijziging uitdrukking geven aan de ingrijpende verandering van het vak die het gevolg was van de invoering van de Invaliditeitswet in 1919. De Vereeniging voor Sociale geneeskunde ging op dezelfde voet voort als haar voorgangster. Tijdens ledenvergaderingen hielden toonaangevende deskundigen van binnen en buiten de Rijksverzekeringsbank referaten over actuele thema's. In 1937 werd de Vereeniging voor Sociale Geneeskunde opgeheven. De aanleiding was waarschijnlijk de overstap van veel leden naar de sectie verzekeringsgeneeskunde van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale geneeskunde (ANVSG). Deze sectie was in 1932 opgericht door de Utrechtse hoogleraar sociale geneeskunde Baart de la Faille, die in 1931 de tweede voorzitter van de ANVSG was geworden. Na het aftreden van Baart de la Faille in 1942 bleven controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank een belangrijke rol spelen binnen de ANVSG.¹⁶⁸ Zo was controlerend geneeskundige Hornstra tussen 1955 en 1962 voorzitter van de ANVSG.

Internationale congressen

Naast het zich organiseren op nationale schaal, waren de controlerend geneeskundigen ook internationaal actief. Het vierde internationale congres over ongevalleneeskunde en beroepsziekten vond in 1925 in Amsterdam plaats. Het was het eerste internationale congres sinds de Eerste Wereldoorlog. Tijdens het Amsterdamse congres stonden de aanwezigen uitgebreid stil bij het diagnosticeren en de medische behandeling van beroepsziekten.¹⁶⁹ Latere congressen werden gehouden in Boedapest (1928), Genève (1931), Brussel (1935) en Frankfort aan de Main (1938). De tweede wereldoorlog riep een halt toe aan de reeks van internationale congressen.

Volgens de congresverslagen die in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank werden gepubliceerd hadden deze congressen vooral betrekking op de medische behandeling en revalidatie van ongevallen en beroepsziekten. Aan de claimbeoordeling zelf werd nauwelijks aandacht besteed.

Vaktijdschriften

In hoofdstuk 2 is al aangegeven dat de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank in 1916 het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde opgerichtte. Dit tijdschrift werd in 1921 omgedoopt tot het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank. Met deze naamswijziging begon ook het karakter van het tijdschrift te veranderen. De kri-

168 Brenkman, 'De ANVSG', 1-17.

169 Zie o.a. de NRC van 6 september 1925.

tische beschouwingen en discussies die het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde hadden gevuld, verdwenen geleidelijk naar de achtergrond. De nadruk in het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank kwam te liggen op het verstrekken van specialistische informatie en organisatorische mededelingen ten behoeve van de behandelend geneeskundigen en de controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid.

Toen het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank in 1942 werd opgeheven, verdween er voor lange tijd een specialistisch tijdschrift voor de verzekeringsgeneeskunde. Weliswaar groeide het in 1923 opgerichte Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde in de loop van de jaren uit tot het belangrijkste medium van de ANVSG; maar dit tijdschrift besteedde vrijwel geen aandacht aan de verzekeringsgeneeskunde.

7.3 *Wetenschappelijke beoefening verzekeringsgeneeskunde*

In de periode 1921-1966 ontwikkelde de verzekeringsgeneeskunde zich geleidelijk tot een wetenschappelijke discipline. De behoefte aan een wetenschappelijke inbedding van de verzekeringsgeneeskunde kwam voort uit de problemen en dilemma's waar de behandelend geneeskundigen en controlerend geneeskundigen in de praktijk tegen aanliepen. Het was dan ook niet verwonderlijk dat veel wetenschappers die zich op het terrein van de verzekeringsgeneeskunde begaven, afkomstig waren uit de uitvoeringspraktijk. Zo had de eerste hoogleraar sociale geneeskunde J.M. Baart de la Faille die in 1918 in Utrecht was aangesteld, een verleden als controlerend geneeskundige bij de Rijksverzekeringsbank. Hetzelfde gold voor zijn opvolgers J.G. Remeijnse en R. Hornstra die respectievelijk in 1938 en 1950 aantraden als hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht. Ook de eerste hoogleraar sociale geneeskunde in Groningen, P. Munterdam, had de functie van controlerend geneeskunde uitgeoefend.

De wetenschappelijke activiteiten van deze hoogleraren richtten zich vooral op het epidemiologisch onderzoek ten behoeve van de medische behandeling en op het onderzoek naar de preventie van ongeval en ziekte. Aan de claimbeoordeling besteedden zij weinig aandacht.¹⁷⁰ De enige substantiële wetenschappelijke werken die in deze periode gewijd waren aan de claimbeoordeling waren de proefschriften van Sajet, Wuite en Van der Pas. De eerste twee van deze publicaties zijn in paragraaf 5 behandeld; het proefschrift van Van der Pas komt in het volgende hoofdstuk uitgebreid aan de orde.

De betrekkelijk geringe wetenschappelijke aandacht voor de claimbeoordeling in deze periode is op het eerste gezicht opmerkelijk, aangezien juist dit onderdeel van de verzekeringsgeneeskunde in de praktijk te kampen had met lastige vakinhoudelijke problematiek. Het is waarschijnlijk dat het politiek gevoelige karakter van de claimbeoordeling een onafhankelijke wetenschappelijke bestudering in de weg heeft

170 Baart de la Faille, *Sociale geneeskunde*, 41-51, 67-72.

gestaan. Veel wetenschappers waren geneigd politiek gevoelige onderwerpen te mijden, om te voorkomen dat zij ervan werden verdacht de wetenschap te misbruiken voor politieke doeleinden.

Uit de gang van zaken rondom de instelling van een bijzondere leerstoel aan de Universiteit van Amsterdam blijkt dat het politiek gevoelige karakter van de uitvoering van de sociale zekerheid van invloed was op de wetenschappelijke inbedding van de verzekeringsgeneeskunde. In hoofdstuk 2 is beschreven dat de Rijksverzekeringsbank in 1920 tevergeefs probeerde een leerstoel ongevalleneeskunde in te stellen bij de Universiteit van Amsterdam. Het College van Bestuur had geweigerd daaraan mee te werken, omdat de verzekeringsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline geen eigen bestaansrecht zou hebben.

Vijftien jaar later ondernam Centraal Beheer (die namens een groot aantal werkgevers het eigen risico droeg van de Ongevallenwet) een poging om een lectoraat sociale geneeskunde bij de Universiteit van Amsterdam te bewerkstelligen.¹⁷¹ Naar aanleiding van het 25 jarig jubileum van Centraal Beheer was er onder de aangesloten werkgevers geld ingezameld voor de financiering van een lectoraat. Het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam achtte een lectoraat sociale geneeskunde echter overbodig en verklaarde bovendien dat het curriculum al vol zat. De directie van Centraal Beheer nam met deze afwijzing geen genoegen. Zij vermoedde dat leden van het College van Bestuur persoonlijke bezwaren koesterden tegen de kandidaat van Centraal Beheer. Overleg volgde en in juli 1937 werden het College van Bestuur en de directie van Centraal Beheer het eens over de instelling van een lectoraat. Toen het voorstel in 1938 in de gemeenteraad van Amsterdam aan de orde kwam, laaide het debat pas echt goed op. De media stortten zich massaal op de vraag of een lector die betaald werd door werkgevers wel garant kon staan voor een onafhankelijke wetenschappelijke beoefening van de verzekeringsgeneeskunde. In de gemeenteraad had met name de fractie van de SDAP grote bezwaren tegen een 'lectoraat van werkgevers'. Uiteindelijk gaf een motie van het sociaal-democratische gemeenteraadslid S. Mok de doorslag. Door deze motie aan te nemen verklaarde een meerderheid van de gemeenteraad de voorkeur te geven aan een lector die niet verbonden was aan een verzekeringsorgaan. Vervolgens werd een stichting ingesteld die met donatiegelden van Centraal Beheer het lectoraat zou financieren.

In 1939 werd de Groningse hoogleraar sociale geneeskunde P. Muntendam benoemd tot buitengewoon lector in de sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. In zijn oratie uit 1940, ging Muntendam zorgvuldig mogelijke politieke gevoeligheden uit de weg.¹⁷² Hij begon met de constatering dat het veel beter ging met de arbeiders dan een eeuw eerder. Niettemin moest er nog veel worden gedaan aan het verbeteren van de gezondheid en het maatschappelijke functioneren van arbeiders. Een belangrijke rol was daarbij weggelegd voor de behandelend genees-

171 Gebaseerd op correspondentie uit het archief van J.H.B.M. Willems. Zie ook: Willems, '...dat men de Grieken moet vrezén', 68-71.

172 Muntendam, *Arbeidersbelangen in de geneeskunde*, passim.

kundige, die volgens Muntendam naast een curatieve ook een belangrijke maatschappelijke taak te vervullen had.

Muntendam hekelde het wantrouwen dat van oudsher tussen de behandelend geneeskundigen en de controlerend geneeskundigen bestond. Beide beroepsgroepen streefden hetzelfde doel na: het geven van de best mogelijke medische behandeling en het bevorderen van een zo spoedig mogelijke werkhervatting. Beide beroepsgroepen stonden ook steeds voor het dilemma om getroffenen van een ongeval te ontzien, of hun juist te prikkelen aan het werk te gaan. Dat de gangbare scheiding tussen behandeling en controle een taakverdeling met zich mee had gebracht tussen behandelend geneeskundige en controlerend geneeskundigen, hoefde een goede samenwerking tussen beide niet in de weg te staan.

Muntendam combineerde het lectoraat met het hoogleraarschap sociale geneeskunde in Groningen. Om de twee weken reisde hij naar Amsterdam om college te geven. Muntendam was regelmatig buitengewoon ontstemd over het geringe aantal studenten dat zijn colleges bijwoonde (gemiddeld zeven). Herhaaldelijk vroeg hij de curatoren van de leerstoel om hem te vervangen.¹⁷³ In 1950 legde Muntendam het lectoraat (zelf) neer, omdat hij staatssecretaris van Volksgezondheid was geworden. Zijn opvolger was J. Wester. Deze hield in december 1950 een oratie over de behandeling van tuberculose en de mogelijkheden tot revalidatie in het kader van de Ongevallenwet 1921.¹⁷⁴ Net zoals zijn voorganger trachtte Wester mogelijke politieke gevoeligheden te vermijden; al sloot hij zijn rede af met een pleidooi voor unificatie van de sociale verzekeringswetgeving.

In 1952 nam de inmiddels tot Sociale Verzekeringsbank omgedoopte Rijkverzekeringsbank het initiatief om de wetenschappelijke bestudering van de verzekeringsgeneeskunde nieuw leven in te blazen. Onder leiding van de Medisch Adviseurs J. Wester en W.J. Breslau startte de Sociale Verzekeringsbank een serie van wetenschappelijke studies onder naam Mededelingen van de Medische Dienst van de Sociale Verzekeringsbank. De serie liep door tot 1966 en leverde dertien wetenschappelijke publicaties op. De meeste waren gewijd aan de medische behandeling en revalidatie van bepaalde ziektebeelden. Slechts terloops werd in de Mededelingen ingegaan op de uitvoering van de claimbeoordeling in het kader van de Ongevallenwet 1921.

8 Conclusie

De periode 1920-1966 zowel begon als eindigde met belangrijke veranderingen in de sociale verzekeringswetgeving. In 1919 was de Invaliditeitswet ingevoerd, terwijl kort daarop, in 1921, een ingrijpende wijziging volgde van de Ongevallenwet. De vervanging van de Invaliditeitswet en de Ongevallenwet door de Wet op de Arbeidsonge-

173 Gebaseerd op correspondentie uit het archief van J.H.B.M. Willems.

174 Wester J., *De sociale voorziening inzake tuberculose door de Ongevallenwet 1921*.

schiktheidsverzekering (WAO) in 1967 vormde het sluitstuk van deze periode.

Toch zat de wetgever ook in de tussenliggende jaren bepaald niet stil. Vooral in de jaren twintig en dertig zag een groot aantal wetswijzigingen het levenslicht, met name met betrekking tot de Ongevallenwet. Enerzijds werd de kring van verzekerden fors uitgebreid, doordat meer bedrijven een verzekeringsplichtige status kregen en naast werknemers in loondienst ook kleine zelfstandigen verplicht verzekerd werden. Anderzijds kwamen er meer criteria op grond waarvan arbeidsongeschikten in aanmerking konden komen voor een schadeloosstelling ingevolge de Ongevallenwet.

Kenmerkend voor de verandering van de wetgeving in deze jaren was dat het principe van het 'risque professionnel' geleidelijk werd losgelaten. De Invaliditeitswet ging reeds volledig uit van het 'risque social'. Om in aanmerking te komen voor schadeloosstelling ingevolge de Invaliditeitswet deed het er namelijk alleen toe, dat de getroffene voldoende rechten had opgebouwd en ongeschikt was tot het verrichten van arbeid. De Ongevallenwet behield weliswaar het 'risque professionnel' als grondslag, maar door de invoering van nieuwe criteria gingen ook allerlei sociale risico's die (gedeeltelijk) buiten het bedrijf waren gelegen een rol spelen bij de toekenning van schadeloosstelling. Zo was het niet meer noodzakelijk dat een letsel tijdens het werk plotseling en van buiten was ingetreden. Letsels die in korte tijd waren ontstaan, of het gevolg waren van een beroepsziekte gaven eveneens recht op schadeloosstelling. Hetzelfde gold voor de letsels die een verzekerde buiten het bedrijf opliep tijdens het woon-werkverkeer. Bovendien werd arbeidsongeschiktheid niet meer uitsluitend gerelateerd aan het vermogen om te werken, maar ook aan het opleidingsniveau van de getroffene en diens positie op de arbeidsmarkt. Door de combinatie van het 'risque professionnel' met sociale risico's die (gedeeltelijk) buiten het bedrijf waren gelegen, kreeg de Ongevallenwet meer en meer een hybride grondslag.

Deze hybride grondslag had grote gevolgen voor de claimbeoordeling. De combinatie van de bedrijfsgerelateerde criteria en de sociale criteria maakte het beoordelen van claims op grond van de Ongevallenwet buitengewoon ingewikkeld. Liet de ene beoordelaar zich leiden door de bedrijfsgerelateerde criteria; de andere beoordelaar betrok nadrukkelijk de sociale criteria bij de claimbeoordeling. Ook de Centrale Raad van Beroep die in de beginperiode van de Ongevallenwet nog vaak duidelijkheid had weten te verschaffen over de wetsinterpretatie, raakte in deze periode steeds meer verstrikt in complexe en soms zelfs tegenstrijdige uitspraken. Voor de verzekerden was de argumentatie van de beoordelaars en de rechtspraak dan ook steeds moeilijker te volgen.

De claimbeoordeling raakte bijgevolg in diskrediet. Ofschoon de medische wetenschap zich doorgaans nauwelijks uitliet over de problemen met de claimbeoordeling, kwam ook uit deze hoek kritiek, bij monde van de heren Sajet en Wuite. In zijn proefschrift liet Wuite weten het roerend eens te zijn met Sajet toen deze stelde, dat 'de moeilijkheden in de uitvoering van de ongevallenwetten met betrekking tot de medi-

sche problemen niet door den arbeider worden begrepen. De wijze van uitvoering kweekt bij hem het gevoel dat onrecht geschiedt.¹⁷⁵ Beide medici zagen grote bezwaren in het handhaven van het 'risque professionnel' in de Ongevallenwet:

Nu echter de sociale gedachte een veel ruimer begrip is geworden, doet dit principe (te weten het 'risque professionnel', JvG) als verouderd aan en moet het streven gericht zijn op gelijke zorg voor iedereen, die niet meer in staat is zichzelf en de zijnen een menswaardig bestaan te verschaffen, ongeacht de oorzaak, welke tot deze toestand aanleiding heeft gegeven.¹⁷⁶

Met hun kritiek zetten Sajat en Wuite aan tot een discussie, die uiteindelijk zou uitmonden in de WAO. Maar er zou eerst heel wat water door de Rijn moeten stromen.

De Rijksverzekeringsbank was zich er terdege van bewust dat de geloofwaardigheid van de claimbeoordeling op het spel stond. Ter vergroting van de coherentie en de inzichtelijkheid van de claimbeoordeling probeerde de Rijksverzekeringsbank grip te krijgen op partijen die na 1919 een rol hadden gekregen in de uitvoering. In de loop van de jaren twintig had de Rijksverzekeringsbank uitvoerende taken moeten afstaan aan de Raden van Arbeid en erkende fabrieksartsen, terwijl de coördinatie van de claimbeoordeling was ondergebracht bij de Verzekeringsraad. Binnen korte tijd wist de Rijksverzekeringsbank echter de coördinerende taken van de Verzekeringsraad weer naar zich toe te trekken, alsook de controle op de Raden van Arbeid en de fabrieksartsen. Hiermee voorkwam zij een dreigende versnippering van de uitvoering van de claimbeoordeling.

Tegelijkertijd ondernam de medische dienst van de Rijksverzekeringsbank verschillende pogingen om de claimbeoordeling te standaardiseren. Zo werden de beoordelaars gebonden aan uniforme richtlijnen voor het proces van de claimbeoordeling (zie paragraaf 4.3). Daarnaast oriënteerde de medische dienst zich op objectieve methoden waarmee de beoordelaars de mate van arbeidsongeschiktheid op een inzichtelijke wijze konden vaststellen. Voorbeelden waren de psychotechniek en de lijsten met standaarden voor het vaststellen van het percentage arbeidsgeschiktheid bij bepaalde letsels. De psychotechniek bleek bij nader inzien geen geschikte methode te zijn. Daarentegen werd een lijst met standaarden voor het percentage arbeidsgeschiktheid in 1928 tot een officiële richtlijn verklaard voor de claimbeoordeling. De toepassing daarvan veroorzaakte echter nieuwe onduidelijkheden in de claimbeoordeling, omdat de lijst met standaarden diende te worden ingepast binnen de vigerende praktijk, waarin claims per individueel geval werden beoordeeld. Het was voor de beoordelaars vaak lastig te bepalen in hoeverre zij moesten uitgaan van de standaardnormen en in hoeverre zij de specifieke omstandigheden per geval moesten laten meewegen.

Ten slotte probeerden de opeenvolgende medisch adviseurs van de Rijksverzekerings-

175 Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 120; Sajat, 'Misbruik en ongewenscht gebruik der ongevallenwet?', 1231.

176 Geciteerd uit Wuite, *Medisch commentaar op de Ongevallenwet 1921*, 117

bank een coherente en consistente uitvoering van de claimbeoordeling te bevorderen door de beoordelaars te onderwerpen aan een strakke regie. Uit de casuïstiek komt naar voren dat de medisch adviseurs in de periode 1920-1966 het werk van de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten nauwlettender in de gaten hielden, dan in de voorafgaande periode gebruikelijk was geweest. Medisch adviseurs keurden herhaaldelijk beoordelingsrapporten af, lieten contra-expertises uitvoeren en kwamen met gedetailleerde instructies. Bovendien gaven zij, zoals uit het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank is op te maken, sinds de jaren twintig minder ruimte voor discussie over de claimbeoordeling. Het sprak steeds minder voor zich dat controlerend geneeskundigen zelfstandig inzichten uit de medische wetenschap en de verzekeringsgeneeskunde konden laten meewegen in de claimbeoordeling.

De strakke regie van de medisch adviseurs over de praktijk van de claimbeoordeling beperkte vanzelfsprekend de ruimte van de controlerend geneeskundigen en de speciale agenten om claims naar eigen inzicht te beoordelen. Voor de controlerend geneeskundigen ging het om een fundamentele verandering van hun rol, aangezien zij als medici een zekere autonomie gewend waren ten opzichte van de Rijksverzekeringsbank. Voor de speciale agenten was de nieuwe rol meer in lijn met de positie die zij vanouds bekleedden binnen de Rijksverzekeringsbank. De speciale agenten werden namelijk vanouds beschouwd als technische ambtenaren die het beleid van de Rijksverzekeringsbank dienden uit te dragen. Zij fungeerden al langere tijd als verlengstuk van de medisch adviseurs.

Ondanks alle pogingen om de claimbeoordeling op bevredigender wijze te laten verlopen, boette de kritiek van Sajet en Wuite geenszins in aan actualiteit. De moeilijkheden met de claimbeoordeling werden steeds nijpender. Het was aan de wetgever om met een meer structurele oplossing te komen voor de problematiek. Het is onder andere tegen deze achtergrond dat de WAO tot stand kwam. In het volgende hoofdstuk zullen we zien dat en hoe de kritiek op de uitvoering zijn beslag vond in voorstellen voor de uitvoering van de WAO.

Hoofdstuk 4

De Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (1967-1976)

Leo van Bergen

1 Inleiding: over de WAO

Na in juli 1965 door de Tweede Kamer te zijn aanvaard, trad op 1 juli 1967 de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in werking. De WAO kwam in de plaats van zes verschillende wetten, waarvan de Ongevallenwet (OW) van 1921 en de Invaliditeitswet (IW) van 1919 de belangrijkste waren. Deze leverden ook het voorname materiaal waaruit de WAO werd samengesteld. De invoering van de wet heeft nauwelijks tegenstand te verduren gehad en die was ook niet te verwachten, omdat de Sociaal Economische Raad (SER) en de Stichting van de Arbeid hun instemming hadden uitgesproken.¹ Door de vervanging van het *risque professionnel* van de OW door het *risque social* van de IW is de WAO als een breuk met het verleden te zien, al was het natuurlijk niet een breuk die als een donderslag bij heldere hemel kwam. Door het *risque social* deed het er bij de WAO niet toe waardoor men arbeidsongeschikt was geworden. De uitvoering van de WAO werd in handen gelegd van de pas opgerichte Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en de 26 bedrijfsverenigingen.

De verantwoordelijke minister, G.M.J. Veldkamp, baseerde de WAO niet meer op het tot op dat moment geldende concept van het rechtvaardig arbeidsloon. Dat verving hij door de rechten op zelfontplooiing en gelijke kansen. Die rechten golden voor iedereen: gezond of ziek, valide of invalide. Mede daarom richtte de wet zich op preventie en revalidatie, en kende zij nadrukkelijk het solidariteitsbeginsel als uitgangspunt.² De deelname aan betaalde arbeid stond daarbij voorop omdat werk inkomen garandeerde en dat was de essentie van sociale zekerheid. Als er geen geschikte arbeid op de vrije markt was, dan moest voor werk in een sociale werkplaats worden gezorgd. De medische behandeling was derhalve gericht op herstel en wederinschakeling in het arbeidsproces. Revalidatie was belangrijker dan een uitkering. Op het tweede had men recht, maar het eerste was de doelstelling van de wet en medewerking daaraan dus plicht. Er werd in beginsel voor gekozen de revalidatie aan de (verplichte en particuliere) ziektekostenverzekering toe te delen, waardoor de scheiding tussen gezondheidszorg en sociale verzekering intact bleef. Maar de WAO bood wel aanvullende genees- en heilkundige voorzieningen. Met de WAO moest de verzekeringsgeneeskundige het revalidatieaspect dus in zijn beoordeling gaan betrekken. Probleem was wel dat die expertise nog dun was gezaaid, mede omdat er van systematische kennis

1 Veldkamp, *Le Carnaval*, 169.

2 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 777.

en opleiding (nog) geen sprake was. Overigens gaat het verhaal dat Veldkamp zijn wet had gekopieerd van een Duits wetsontwerp in wording, dat echter de tekentafel nooit heeft verlaten. Veldkamp zou zelfs inzage in het ontwerp hebben gekregen met de mededeling dat het ondeugdelijk en onuitvoerbaar was.³

2 Aanloop naar de WAO

Net als eerdere arbeidsongeschiktheidwetten kende de WAO een voorgeschiedenis (zie ook hoofdstuk 3). Die van de WAO laten we beginnen bij de commissie-Van Rhijn die zich in de Tweede Wereldoorlog boog over de vraag hoe de sociale verzekering er in de toekomst zou moeten gaan uitzien. We staan verder stil bij de verschillende ontwikkelingen en bij wat betrekkelijk nieuw was in de WAO: de revalidatie, het *risque social*, en de indeling in klassen van verlies aan verdien capaciteit.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog werd de Nederlandse regering te Londen sterk beïnvloed door het Beveridge-rapport uit 1942. Nieuw daarin was de universele reikwijdte. Alle categorieën van de bevolking moesten in het sociale zekerheidsstelsel worden opgenomen. De doelstelling was met name dat de armoede en het daaruit volgende beroep op de bijstand zouden worden teruggedrongen, ten gunste van verzekeringsuitkeringen. Dit Britse rapport leidde tot de instelling van een ambtelijke commissie onder leiding van de secretaris-generaal van Sociale Zaken A.A. van Rhijn. Deze commissie moest algemene richtlijnen opstellen voor het sociale zekerheidsstelsel van na de oorlog. Dit leidde tot het rapport Sociale Zekerheid uit 1945, dat sterk leunt op het Beveridge-rapport.⁴

Uitgaand van het Beveridge-rapport pleitte de commissie-Van Rhijn voor een geduchte aanpassing van de rechtsgrond van de sociale zekerheid. Op een vergadering in april 1943 stelde het invloedrijke commissielid, de katholieke politicus en hoogleraar J.A. Veraart, dat 'de gemeenschap, georganiseerd in den Staat, [...] aansprakelijk [is] voor de sociale zekerheid en de vrijwaring van gebrek van al haar leden, op voorwaarde, dat alle leden zelf het redelijke doen om zich die sociale zekerheid en vrijwaring tegen gebrek te verschaffen'. Behalve werknemers moesten ook zelfstandigen zich kunnen verzekeren.⁵

Ook internationale verdragen, zoals van de IAO en de Internationale Vereniging voor Sociale Zekerheid, hebben een rol gespeeld in de ontwikkeling van de naoorlogse Nederlandse wetgeving. Zo verwees minister J. van den Tempel bij het instellen van de commissie-Van Rhijn niet alleen naar het Beveridge-rapport, maar ook naar een conferentie van de IAO in 1941. Bij de behandeling van het wetsontwerp-WAO merkte

3 Schriftelijke opmerking J.W. Korten hfdst. 4, pag. 2.

4 Pennings, 'De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen', 310.

5 Kappelhof, 'Omdat het historisch gegroeid is', 81, 84-85; Jaspers, *De gemeenschap is aansprakelijk*, 5.

de vaste commissie voor Sociale Zaken en Volksgezondheid op dat met de totstandkoming ervan meer dan voldoende was voldaan aan de verdragen van de IAO.⁶

Voor de claimbeoordeling was de eerste wezenlijke verandering de nadruk die op de revalidatie kwam te liggen. Hadden de OW en de IW een belangrijke functie gehad voor het bevorderen van de behandeling van zieken, nu was dit geregeld via de Ziekenfondswet. In de jaren vijftig was de revalidatie belangrijk opgekomen en ook in het vizier geraakt van de Sociale Verzekeringsbank (SVB). (3.6) Ook was de kortdurende arbeidsongeschiktheid nu geregeld in de Ziektewet zodat het doel van de WAO eenduidig de revalidatie kon gaan betreffen, ondersteund door uitkering. De revalidatie zat ook al in een aanbeveling van de IAO uit 1944, waarin werd gepleit voor revalidatie, beroepskeuzevoorlichting, scholing en tewerkstelling van minder validen. Een tweede belangrijk document was de Verklaring van de Rechten van de Mens (1948), waarin het recht op arbeid voor allen werd neergelegd. En in Nederland kan worden gewezen op de genoemde commissie-Van Rhijn die in navolging van het Beveridge-rapport ruim aandacht besteedde aan rehabilitatie. Ziekenhuizen moesten aparte rehabilitatie-inrichtingen krijgen, er moest voor 'gebrekkigen' een bijzondere arbeidsbemiddeling komen en er moest een Rehabilitatieraad in het leven worden geroepen. Er moest een uitbouw komen van de sociale werkvoorziening. Medewerking aan rehabilitatie - later 'revalidatie' genoemd - moest verplicht worden gesteld.⁷

Dit gedachtegoed leidde in 1948 tot de Wet Plaatsing Mindervalide Arbeidskrachten (WPM). Kern was de verplichting een bepaald percentage mindervaliden (het woord 'onvolwaardigen' werd niet meer gebruikt) in dienst te nemen. Het was een regel die in het buitenland, zoals Duitsland, al vóór de oorlog was ingevoerd. In navolging van Groot-Brittannië werd, op voorstel van minister van Sociale Zaken Willem Drees en met algemene stemmen aanvaard, besloten nu ook hier tot een dergelijke maatregel over te gaan. De verplichting was gerechtvaardigd omdat was gebleken dat vrijwilligheid van de kant van werkgevers niet werkte. Tegelijkertijd kwam de RVB met een eigen revalidatiecentrum voor ongevalsloffers, en het was niet de enige in haar soort. Er kwam bovendien een raad voor Herstel van Arbeidsgeschiktheid (later de Raad voor Revalidatie) en een Coördinatiecommissie voor Revalidatie. De sociale werkvoorziening, die meer en meer een publieke zaak werd, breidde zich uit. Dat tegenover deze rechten ook plichten stonden, spoorde met de rechtsgrond van de commissie-Van Rhijn. De burger had verplichtingen tegenover de gemeenschap; een regel die ook in de Rechten van de Mens terug te vinden is.⁸ Al met al was er voor de wetgever aanleiding om te pleiten voor zoveel mogelijk revalidatie, want, zo stond in hoofdstuk 4 van

6 Pennings, 'De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen', 312-313; Kappelhof, 'Omdat het historisch gegroeid is', 83. Overigens worden de verdragen gezien als bevestiging van Nederlandse wetten. Ratificatie volgt dus pas na Nederlandse wetgeving. Sinds het midden van de jaren tachtig is de Nederlandse regering heel wat minder geneigd IAO-verdragen te ratificeren, omdat van enkele wetten het zeer de vraag is of zij ermee **overeenstemmen**.

7 Noordam, 'Prothesen en scheerzeep', 133-134.

8 a.w., 134-135.

de Memorie van Toelichting bij de WAO, te lezen: 'Het geluk van het individu zowel als dat van zijn naasten en de arbeidsproductiviteit van een volk zijn er [...] meer bij gebaat, indien de begrippen validiteit en arbeidsgeschiktheid in de sociale verzekering centraal worden gesteld'.

Het is echter de tweede majeure verandering die van de WAO een breuk in het Nederlandse sociale stelsel maakt en dat was dat, zoals gezegd, het risqué social de fundering van de wet ging vormen.⁹ Achteraf is, bijvoorbeeld door A. Nap, Walter J. Breslau, de medisch adviseur van de SVB, en de jurist J. Hibbeln, veel geschreven over de vraag of deze overgang niet een geweldige vergissing is geweest, maar destijds is hij vrijwel geruisloos verlopen. Het was een overgang die niet of nauwelijks op maatschappelijk of politiek verzet stuitte en waarmee een wens van de RVB-arts J.G. Wuite in vervulling kwam. Deze had in zijn proefschrift uit 1947, *Medisch Commentaar op de Ongevallenwet 1921*, aangegeven dat over het algemeen er niet of nauwelijks verschil was te maken tussen werkgebonden en niet-werkgebonden oorzaken en dat er dus een verzekering moest komen voor alle kostwinners voor alle risico's die zijn validiteit bedreigden, een verzekering dus zoals de WAO.¹⁰

Ten derde zou in de WAO de mate van arbeidsongeschiktheid moeten worden uitgedrukt in klassen. Bij de OW was het gebruikelijk geweest om percentages op vijf af te ronden en de IW kende een grens van 2/3. Wuite had in 1947 reeds gepleit voor zes of zeven verschillende klassen van arbeidsongeschiktheid, wat erop duidt dat na 1945 het besef begon door te dringen dat de voordelen van de baremale schattingen, de schattingen op grond van invaliditeitstabellen, niet tegen de nadelen ervan opwogen. Dit leidde ertoe dat het verlies van verdien capaciteit de kern van de arbeidsongeschiktheidsschatting werd.¹¹ Bij de Interimwet Invaliditeitsrentetrekkingen uit 1963, de IWI, was al een indeling in drie klassen geïntroduceerd. Het was een gedachte waar de SER zich bij aansloot. Ofschoon de SER in 1957 nog een indeling in vier klassen had bepleit, adviseerde hij in 1960 een verdubbeling van dat aantal. Dat zou namelijk volgens sommige medici zeer wel mogelijk zijn, al gaf de SER toe dat er ook artsen waren die het aantal klassen tot vier wilden beperken. Veldkamp nam dit advies over. In het wetsontwerp en - ondanks wat vragen daarover bij andere politici - ook in de uiteindelijke wet zelf, kwam dan ook te staan dat de arbeidsongeschiktheid en daarmee het verlies aan verdien capaciteit, werd verdeeld in zeven klassen: 15-25; 25-35; 35-45; 45-55; 55-65; 65-80 en 80-100 procent. Een werknemer die in de klasse 'nul tot vijftien procent' werd ingedeeld, was niet arbeidsongeschikt maar arbeidsgeschikt en had derhalve geen recht op een uitkering. Iemand die geen taak meer kon vervullen in het bedrijfsleven, dus geen resterende verdien capaciteit meer had, was ongeacht de functie tachtig tot honderd procent arbeidsongeschikt. De uitkering bedroeg respectievelijk 10, 20, 30, 40, 50, 65 en 80 procent van 100/106 maal het oude dagloon. (6/106 was bedoeld als vakantie-uitkering).

9 Kerklaan et al., 'De stempel van de arbeid. IV', 428; Tweede Kamer, 30-6-1965, 1-7-1965, 6-7-1965.

10 Wuite, *Medisch commentaar*, 213-214.

11 Timmer, 'Arbeitsongeschiktheidsschatting', 725.

Ten vierde zou voor de WAO een vaste wachttijd gaan gelden van 52 weken, waarvoor ook de Ziektewet werd verlengd. In dat jaar zou alle kortdurende problematiek naar verwachting wel zijn opgelost en de blijvende gevallen zichzelf uitsélectioneren.

3 De WAO van 1967: intenties en verwachtingen

3.1 De wet zelf

Zoals gezegd trad de WAO op 1 juli 1967 in werking. De uitvoering en de medische wereld hadden zich geroerd in het debat, waardoor in de Memorie van Toelichting uitgebreid op uitvoeringskwesties kon worden ingegaan. Voor de claimbeoordeling zijn vooral de volgende wetsartikelen van de WAO van belang: het criterium van ongeschiktheid (artikelen 18 lid 1 en 21 2a), de medewerkingsplicht van de belanghebbende aan onderzoek en revalidatie (artikelen 23, 25 en 28) en de risicowering (artikelen 18 lid 2 en 30 lid 1). Verder werd de arbeidsongeschiktheid uitgedrukt in klassen van verlies aan verdien capaciteit (artikel 21) en konden voorzieningen worden verstrekt, onder andere tot verbetering van de arbeidsgeschiktheid (artikel 60). In de in dit hoofdstuk beschreven periode is de wettekst voor wat de claimbeoordeling betreft, niet gewijzigd.

Artikel 18 lid 1 luidde als volgt:

Arbeidsongeschikt, geheel of gedeeltelijk, is hij, die tengevolge van ziekte of gebreken geheel of gedeeltelijk buiten staat is om met arbeid, die voor zijn krachten en bekwaamheid is berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroeger beroep hem in billijkheid kan worden opgedragen, ter plaatse waar hij arbeid verricht of het laatst verricht heeft of op een naburige soortgelijke plaats te verdienen, hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen, van dezelfde soort en soortgelijke opleiding, op zodanige plaats met arbeid gewoonlijk verdienen.¹²

Artikel 21 2a voegde hieraan toe dat 'bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid [...] de bedrijfsvereniging zoveel als doenlijk rekening [houdt] met de door de handicap verminderde mogelijkheid tot het verkrijgen van werk'.

Een direct gevolg van artikel 18 was dat de loondeskundige - een van de leden van het GMD-team, naast de wetstechnische medewerker, de verzekeringsdeskundige en de arbeidsdeskundige (die overigens vaak dezelfde als de loondeskundige) - moest gaan bepalen wat de restverdien capaciteit van de verzekerde was. Hierbij was het uitgangspunt de verdien capaciteit van de 'gezonde gelijksoortige', de zogenaamde 'maatman'. Het maatmaninkomen was dus het inkomen dat 'door een gezonde per-

¹² Nap, *Validiteitsonderzoek*, 377.

soon zonder gebrek van *dezelfde sexe*, leeftijd, opleidingsniveau en beroepservaring op dezelfde regionale markt' werd verdiend.¹³ In de praktijk kwam dit er vaak op neer dat het maatmanloon gelijk was aan het laatst verdiende loon. Dit gaf natuurlijk het probleem van het - al dan niet moedwillig - aanvaarden van betrekkingen die eigenlijk voor de persoon in kwestie, gezien diens capaciteiten en opleiding, te hoog gegrepen waren. Hierdoor kreeg die persoon, na vaak spoedig volgende afkeuring, een uitkering die hoger was dan de hij of zij redelijkerwijs ooit zou hebben verdiend.¹⁴ Hanteren van de maatman was mogelijk door de vooronderstelling dat bij het begrip arbeids(on)geschiktheid impliciet werd verondersteld dat het alleen betrekking had op mensen die al via de arbeidsmarkt een positie hadden verworven. Dus moest voor hen bij wie dat niet het geval was een andere oplossing worden gezocht. Een voorbeeld daarvan waren, aldus M. Timmer en J.W. Koten, medewerkers van de GMD van Amsterdam, 'bohémiens die hun levensstijl niet aan de eisen van de beroepssfeer wensen aan te passen'.¹⁵

In de artikelen 23 tot 28 werd neergelegd dat de bedrijfsverenigingen en de GMD de wet moesten uitvoeren. Zij mochten belanghebbenden oproepen en onderzoeken, bepaalde behandelingen aan de belanghebbende en handelingen van die belanghebbende voorschrijven. Het niet nakomen daarvan kon leiden tot sancties in de vorm van het geheel of gedeeltelijk niet betalen van de uitkering.

Aangezien de WAO een verzekering was, was er ruimte voor het weren van risico's. In artikel 18.2 werd bepaald dat arbeidsongeschiktheid die bij aanvang van de verzekering reeds bestond en daarna bleef bestaan, buiten beschouwing bleef bij het beoordelen van arbeidsongeschiktheid en de mate daarvan. In artikel 30 werd bepaald dat volledige arbeidsongeschiktheid die bij de aanvang van de verzekering bestaande buiten aanmerking kon worden gelaten.

In artikel 21 werd het 'schatten van invaliditeit' neergelegd, 'in het bijzonder het schatten van de mate van arbeidsongeschiktheid in percentages, resp. in klassen'. Dit resulteerde er in dat door vergelijking van de restverdiencapaciteit met het maatmanloon, de arbeidsdeskundige tot een arbeidsongeschiktheidspercentage kwam, dat vervolgens werd ondergebracht in een van de acht arbeidsongeschiktheidsklassen.¹⁶ Volgens artikel 22 kon de uitkering tot honderd procent worden verhoogd als de betrokkene 'in een althans voorlopig blijvende toestand van hulpbehoevendheid, welke geregeld oppassing en verzorging nodig maakt', verkeerde. In artikel 60 ten slotte kreeg de belanghebbende de mogelijkheid om voorzieningen aan te vragen die strekten tot bevordering van de arbeidsgeschiktheid of tot verbetering van de leefomstandigheden. De bedrijfsvereniging kon die verstrekken; de GMD moest erover adviseren.

13 Van der Pas, *Validiteitschattingen*, 157; Timmer, Koten, 'Over het begrip arbeidsongeschiktheid', 447; Nap, *Validiteitsonderzoek*, 401. [curs. LvB].

14 Schriftelijke opmerking J.W. Koten hfdst. 4, pag. 5.

15 Timmer, Koten, 'Over het begrip arbeidsongeschiktheid', 447-448.

16 Timmer, 'Arbeidsongeschiktheidschatting', 726; Timmer, Koten, 'Over het begrip arbeidsongeschiktheid', 451.

Rond het midden van de jaren zestig van de vorige eeuw is over de bedoeling en vermoedelijke uitwerking van verschillende wetsartikelen uitgebreid gepubliceerd. Een aantal thema's springt daarbij in het oog: het begrip ziekte zelf, het wegvallen van de oorzakelijke, etiologische redenering die dokters op het lijf is geschreven, het bepalen van de mate van de arbeidsongeschiktheid, de risicowering, de antirevalidatie, en de economische gevolgen van de WAO. Onderstaand gaan we op deze aspecten in.

3.2 Intenties en verwachtingen

Ziekte

Het begrip ziekte kreeg een geheel ander gewicht dan in de tijd voor de WAO. De OW kende het causale verband tussen werk en ongeval en de IW kende de genoemde drempel van 66,6 procent. Bij de WAO diende echter alleen het begrip ziekte als inperking van het uitkeren voor alle gevallen van onvrijwillig niet werken. Toch werden aan dit aspect niet al te veel woorden vuil gemaakt. De definitie van arbeidsongeschiktheid in het wetsontwerp was gelijk aan die van het advies van de SER uit 1957.¹⁷ Dat betekende ook dat juridisch gezien ziekte en gebrek aan elkaar gelijk werden gesteld. Wie één jaar door ziekte of gebrek niet had kunnen werken, kon voor een WAO-uitkering in aanmerking komen. Gezien het karakter van de verzekering betekende dat dat die ziekte of dat gebrek na aanvang van de arbeid moesten zijn ontstaan of verergerd. Wat gebrek was werd bepaald door het spraakgebruik. Wat ziekte was werd in de praktijk bepaald door wat medici als ziekte zagen. Ook psychische afwijkingen werden daarbij erkend, waarbij afgegaan werd op een definitie van de psychiaters H.C. Rümke en L. van der Horst uit 1953. Daarin werd gezegd dat ook als 'cellulair-pathologische reacties' niet konden worden aangetoond, er als gevolg van een psychische aandoening toch van arbeidsongeschiktheid sprake kon zijn. Maar een ziekte of gebrek leidde niet automatisch tot een bepaalde mate van arbeidsongeschiktheid, wat een verandering ten opzichte van de informele baremapraktijk van de OW inhoudt. Voor het bepalen van de arbeidsongeschiktheid was ook, en wellicht zelfs bovenal, het karakter van de persoon, het soort werk dat hij deed en de sociaal-maatschappelijke omgeving waarin hij of zij functioneerde, van belang. Met andere woorden: een bepaalde ziekte kon bij de een wel en bij de ander niet tot het oordeel 'arbeidsongeschikt' leiden.

Het was een visie die bijvoorbeeld werd gedeeld door de Amsterdamse sociaal-geneeskundige en GGD-arts Arie Querido, die als lid van de Eerste Kamer voor de PvdA mede verantwoordelijk was voor invoering van de WAO. Hij had tijdens de behandeling begin 1966 wel wat juridisch gedoe voorspeld en gezegd dat, zoals de minister zelf ook benadrukte, de wet stond of viel met de uitvoering en dat die weer afhankelijk was van een goede revalidatie. Maar de rechtsgrond, de *risque social*, onderschreef hij. Indachtig zijn integraal medische opvattingen - bekend van zijn naamgenoot, de

17 Van der Pas, *Validiteitschattingen*, 93.

Leidse hoogleraar interne geneeskunde Andries Querido - verbaasde hij zich over de nadruk die er tijdens behandeling op het gevaar van renteneurose werd gelegd. Ten eerste achtte hij dat gevaar bij een goede uitvoering van de wet niet groot en ten tweede, zo zei hij, waren die mensen psychisch ziek en dat is ook ziek.¹⁸

Mate van arbeidsongeschiktheid

De definitie van arbeidsongeschiktheid betekende dat het primair ging om het niet kunnen verdienen van een bepaald loon als gevolg van ziekte of gebrek. (De uitkering werd daarom, anders dan bij de OW, maximaal verleend tot de pensioengerechtigde leeftijd.) In zijn Memorie van Antwoord van 1965 zei Veldkamp dat de Interimwet had geleerd dat 'door een goed samenspel tussen medici en arbeidsdeskundigen tot een verantwoorde klasse-indeling' kon worden gekomen. Het arbeids- en loonkundig aandeel werd zeker zo belangrijk als het medische. Vaste percentages ongeschiktheid bij bepaalde lichamelijke ongemakken moesten dan ook tot het verleden gaan behoren. Het verlies van de stembanden telt voor een operazanger nu eenmaal zwaarder dan voor een bouwvakker.¹⁹

De indeling in arbeidsongeschiktheidsklassen, vormde de aanleiding voor het proefschrift van de zacht gezegd politiek wat omstrede J.H.R. van der Pas.²⁰ Van dat proefschrift had hij in 1961 met een groot artikel, 'Schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de Arbeidsongeschiktheidswet', reeds een voorzet gegeven. Hem was door een gezamenlijke commissie van de KNMG en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) verzocht om, tezamen met G.J. Noome, de paragraaf uit het SER-advies van 1957 over invaliditeitsschattingen te herschrijven.²¹ Voor een belangrijk deel hebben Van der Pas en Noome daarmee de claimbeoordeling voor de WAO ingevuld en derhalve staan we er hier wat uitgebreider bij stil. Van der Pas wees erop dat aan het begrip invaliditeit meerdere invullingen konden worden gegeven, waaronder een louter medische. Niet de medische arbeidsongeschiktheid was de kern van de verzekering, maar 'de vermindering van het produk-

18 Behandeling WAO Eerste Kamer, 15-2-1966.

19 Memorie van antwoord, 14-4-1965.

20 Johannes Hubertus Regina van der Pas (Oosterhout 1913 - Utrecht 1988) was een omstrede figuur binnen de wereld van de verzekeringsgeneeskunde. Deze animositeit kwam bijvoorbeeld tot uiting toen hij er begin jaren zestig van werd beschuldigd lid van de NSB te zijn geweest. Volgens zijn vriend JJ. Mertens, de latere, links-katholieke staatssecretaris van Sociale Zaken in het kabinet-Den Uyl, was dat het gevolg daarvan dat er werd gevreesd dat hij tot directeur van de GMD zou worden benoemd. Dat kan natuurlijk zo zijn, maar de beschuldiging op zich was wel degelijk op feiten gebaseerd.

Van der Pas werd geboren op 7 augustus 1913 in het Noord-Brabantse Oosterhout. Na de oorlog werd hij medisch adviseur van de DETAM, de bedrijfsvereniging voor de detailhandel. Hij was daardoor nauw betrokken bij de organisatie van de sociaal-geneeskundige studiedagen die vanaf 1957 door die bedrijfsvereniging werden georganiseerd.

In 1960 vertrekt hij voor een medische studiereis naar Oostenrijk, waar hij onder de invloed raakt van de visie van L. Böhrer over revalidatie na ongevallen. Volgens hem ging 'revalidatie voor rente'. Het leidde tot diverse publicaties over het onderwerp, en natuurlijk in 1964 tot zijn proefschrift bij L. Hornstra, *Validiteitsschattingen* geheten. Naast de nodige kritiek op de WAO, stemde het feit dat revalidatie een belangrijk onderdeel ervan was, hem iets milder. Juist dat onderdeel echter zou nauwelijks uit de verf komen.

21 Van der Pas, 'De ontwikkeling van de sociale verzekeringsgeneeskunde', *passim*.

tief arbeidsvermogen tengevolge van een functionele stoornis'. Centraal stonden de loonkundige en maatschappelijke invaliditeit, de zogenaamde 'Erwerbsunfähigkeit'. In 1961 kwamen Van der Pas en Noome met een schema betreffende de schatting van bovengenoemde 'moeilijke gevallen', en dat werd onder meer overgenomen in september 1963 in een Advies van de Centrale Raad voor Volksgezondheid aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.²²

Voor het schatten van een loonkundige en maatschappelijke arbeidsongeschiktheid in de zin der WAO is de schattingsmethodiek der ongevalwetten ten enenmale ongeschikt en onbruikbaar. Bij de uitvoering van een WAO zou zij zelfs gevaarlijk en economisch rampzalig zijn omdat zij onvermijdelijk leidt tot het op geld waarderen en schadeloosstellen van alle mogelijke handicaps en functieverliezen, kortom van alle mogelijke afwijkingen waaraan de mens nu eenmaal rijk is - zonder te evalueren wat hij desniettenstaande alles nog wél kan doen.²³

Van der Pas en Noome wilden ten eerste dat de uitvoeringsorganen 'het schatten van invaliditeit bij de medische deskundigen' lieten beginnen 'en wel zonder primaire loon- en arbeidsdeskundige analyses'. De medisch deskundigen konden er dan voor zorgen dat er reeds een belangrijke schifting in twee grote groepen tot stand kwam: een groep waarbij een arbeids- of loonkundige analyse (nog) niet nodig was, en een groep waarbij 'een speciale schattingsprocedure door medische deskundigen, arbeids- en loondeskundigen, enz. dient te geschieden'.²⁴

De eerste groep omvatte drie subgroepen. Ten eerste degenen waarvan de volledige arbeidsongeschiktheid zonder meer duidelijk was en werd bepaald door puur medische argumenten 'uit een oogpunt van individuele gezondheidszorg'. Degenen dus die (nog) niet mochten werken om verder of volledig herstel niet te belemmeren. Dit betekende dat het in de toekomst 'een belangrijke taak van de sociale verzekeringsgeneeskundige - individueel maar ook als collectief - [zou] zijn om de grenzen van het niet-mogen-werken op medische indicatie uit een oogpunt van individuele gezondheidszorg niet alleen nauwlettend in het oog te houden, maar ten aanzien van deze grenzen bij te dragen tot een objectieve, wetenschappelijk verantwoorde oordeelsvorming in overleg met gezaghebbende figuren uit de behandelende sector'. Zo liepen bij diverse diagnoses de aanbevelingen tot rust uiteen van enkele maanden tot enkele jaren. Ook werd bijvoorbeeld bij een hernia wel eens het 'nooit meer bukken en/of beuren' uitgesproken. Soms terecht, zo zei Van der Pas, maar in een aantal gevallen ook zeer ten onrechte. Er was dus medisch-wetenschappelijk overleg en onderzoek nodig om 'tot normatieve en richtinggevende vaststelling van deze grenzen te komen - en waar nodig en mogelijk tot grenscorrecties'.²⁵

22 Van der Pas, *Validiteitsschattingen*, 75, 95-96, 193

23 a.w., 152.

24 Van der Pas, 'Schatting van de mate', 47.

25 a.w., 47-48.

Een tweede subgroep bestond uit degenen ‘waarbij de invaliditeit zodanig evident algeheel’ was, dat het ook hier geen enkele zin had ‘om nader loon- en arbeidsdeskundig onderzoek te laten doen’. De derde subgroep tenslotte werd gevormd door degenen die hiervan het tegenovergestelde vormden, namelijk zij die zo duidelijk niet aan 25 procent somatische of psychische invaliditeit geraakten, dat ook daar verder onderzoek onnodig was. Voorbeelden waren, aldus Van der Pas, neurotische klachten, platvoeten en ‘matige psychopathieën’.²⁶ De overeenkomst tussen deze drie subgroepen was in feite dat het niet om het schatten van de mate van invaliditeit ging, maar om het vaststellen van een medische evidentie.²⁷

De problemen zag Van der Pas bij de tweede hoofdgroep: de mensen met een invaliditeit tussen de 25 en 75 procent. Bij hen moest een speciale schattingsprocedure worden gevolgd. Ook zij moesten het eerst door een medicus worden gezien, die dan meestal ‘ter globale oriëntering’ de beschikking had ‘over een dossier van een half jaar uitkering ingevolge de Ziektewet met medische en buitendienstgegevens’. Hij had dan een tweeledige taak. Ten eerste moest hij vaststellen ‘wat de verzekerde ten gevolge van zijn ziekte of gebrek niet meer’ kon of mocht, en ten tweede moest hij vaststellen ‘wat de verzekerde ondanks zijn ziekte of gebrek nog wel’ kon of mocht. Het eerste gebeurde door te bepalen in welke mate of in welk opzicht ‘er een verlies, een kwantitatieve beperking, een kwantitatieve vermindering of een wijziging van lichamelijke of (en) geestelijke functies’ bestond. Ofwel: ‘een medische objectivering van het kwantitatief en kwalitatief verlies van productief arbeidsvermogen in psychofysiek opzicht’. Daarnaast moest er een medische objectivering komen van juist ‘het kwantitatief en kwalitatief behoud van productief arbeidsvermogen in psychofysiek opzicht’. Maar dat was een volkomen theoretisch onderscheid. In de praktijk gebeurden beide zaken niet na elkaar, maar door elkaar heen. Beide oordelen werden immers geveld op grond van dezelfde gegevens.²⁸

De ‘psycho-fysieke objectivering’, het “doen-alsof” de mens uit x functies’ bestond, zou niet eenvoudig zijn. Het probleem lag daarbij niet zozeer in het vinden van gegevens als wel in het interpreteren daarvan. Dat nu was de specifieke taak van de verzekeringsgeneeskundige, die de medische bevindingen moest “vertalen” in categorieën van arbeid’. Dit betekende dat de objectivering ‘voor alles functionele analyse met betrekking tot de arbeid’ moest zijn. En dan interesseerde ‘ons bij wijze van spreken de afwezige achillespeesreflex nog alleen met betrekking tot de vraag, of de verzekerde ermee wel of niet werken kan of mag’.²⁹ Dat vroeg om oordelen ‘in functioneel-analytisch bepaalde categorieën’. Daarvan noemde Van der Pas er drie: de zwaarte van het werk; de lichamelijke verrichtingen, en de arbeidsomstandigheden.³⁰

26 a.w., 48.

27 Idem.

28 a.w., 48-49.

29 a.w., 49-50.

30 a.w., 50-51.

Na de medische fase kwam de arbeidsdeskundige fase, waarin op basis van de medische functieanalyse werd vastgesteld of er voor de verzekerde werk was. Hierbij moest in het kader van de wet er rekening mee worden gehouden dat het werk moest zijn dat gezien iemands bekwaamheid, opleiding en vroegere beroep 'in billijkheid' kon worden opgedragen en wel in of in de nabijheid van de woonplaats. Dit was in beginsel een arbeidsdeskundige en niet een medisch-deskundige taak. Dat betekende echter niet dat de arts géén stem meer had in de beslissing of 'een verzekerde voor bepaalde met name genoemde werkzaamheden geschikt of ongeschikt' was.

Men mag ervan uitgaan, dat de medisch deskundige van huis uit niet dommer is dan de arbeidsdeskundige. Men moet de medisch deskundige niet tot een uitsluitende leverancier van functionele analyses voor de arbeidsdeskundige maken. Als een medicus een vrouw, die gedurende haar hele leven huishoudelijk werk gedaan heeft, moet beoordelen, dan kan men de beoordeling misschien nog beter geheel aan hem over laten, omdat hij mogelijk meer ervaringen met dienstboden heeft dan de arbeidsdeskundige.³¹

Maar ergens lag zijn grens, en die werd 'in moeilijke gevallen' bepaald door de vraag 'welke werkzaamheden een verzekerde in billijkheid' konden worden opgedragen en waar het om de pure 'arbeidskundige analyse van deze werkzaamheden' ging. Echter: het was juist in deze fase dat er 'een bijzonder grote moeilijkheid voor de dag' kwam, die 'ons mooi opgebouwd systeem' danig kon verstoren.

Het is nl. meestal zo, dat niet één werkzaamheid de verzekerde in billijkheid kan worden 'aangemeten' maar verschillende, doch dat de consequenties hiervan ten aanzien van de toe te schatten lonen - en dús van het percentage invaliditeit - sterk uiteen kunnen lopen!³²

En dit leidde weer tot de derde fase: de loonkundige fase, wat volgens Van der Pas een betrekkelijk eenvoudige fase was omdat de loonkundige slechts twee zaken hoefde vast te stellen: wat vergelijkbare gezonde personen zouden verdienen en 'welk loon de verzekerde met de in de arbeidsdeskundige fase vastgestelde werkzaamheid of werkzaamheden' kon verdienen. Hierna kon dan de laatste fase in werking treden: de administratief-wetstechnische fase, waarin het percentage invaliditeit werd bepaald 'door het loon wat [sic] de verzekerde nog kan verdienen te delen door het loon wat hij zou hebben kunnen verdienen'.³³

De arts kon zich, aldus ook J.A. Jenner, hoofdgeneeskundige van de SVB, hooguit in de uiterste gevallen van volledige arbeidsgeschiktheid of volledige arbeidsongeschikt uitspreken. In al de andere gevallen moest hij zijn plaats weten en vooral bij zijn leest

31 a.w., 51.

32 Idem.

33 a.w., 51-52.

blijven. Omdat hij onvoldoende arbeids- en loondeskundig was, zou in al die andere gevallen het advies in overleg tot stand moeten komen. Bijkomend voordeel was dat er geen hiërarchie meer was in het schattingsproces, maar dat de diverse actoren als 'volkomen gelijkwaardige partner' opereerden.³⁴

Jenner gaf aan dat de beoordeling in drie fasen was op te delen. Ten eerste een beoordeling van de arbeidsongeschiktheid 'afhankelijk van de fase waarin het complex van mate, duur en aard van de a.o. op een bepaald tijdstip' verkeerde. Dit betekende dat de volgende mogelijkheden konden worden onderscheiden:

- 1 volledig geschikt voor de eigen arbeid
- 2 volledig geschikt voor iedere passende arbeid
- 3 blijvend volledig a.o. voor iedere arbeid
- 4 tijdelijk volledig a.o. voor iedere arbeid
- 5 blijvend a.o. voor de eigen arbeid en mogelijk geschikt voor ander passend werk
- 6 tijdelijk geheel a.o. voor de eigen arbeid en mogelijk geschikt voor andere passende arbeid³⁵

De tweede fase betrof de beoordeling van de revalideerbaarheid. Als die gunstig was dan zou 'uit de boven aangegeven mogelijkheden 4, 5 en 6 na het treffen van de geëigende maatregelen en voorzieningen de mogelijkheden 1, 2, 5 en 6 resulteren'.

De derde fase betrof de beoordeling van de resterende mogelijkheden, waarbij mogelijkheid 1 en 2 alleen door de arts konden worden gedaan. Bij mogelijkheid 5 zouden arts en arbeidsdeskundige tezamen tot een advies moeten komen 'volgens de geëigende methode', en bij mogelijkheid 6 zouden arts en arbeidsdeskundige 'moeten taxeren of in belangrijke mate vervulling voor eigen arbeid' viel te verwachten en 'of er een belangrijke band met het bedrijf' bestond.

Zo ja, dan zal men eigen werk moeten laten prevaleren en in overleg met behandelend arts, bedrijfsarts en werkgever hervatting stimuleren. Zo nee, dan bepaling van de mate van a.o. als bij mogelijkheid 5 volgens de geëigende methode.³⁶

Die 'geëigende methode' was de theoretische methode die tot het meest optimale resultaat zou leiden. In de praktijk zouden er natuurlijk inbreuken op die methode plaatshebben bijvoorbeeld door gebrek aan tijd en voldoende geschoold personeel, maar dat was aanvaardbaar, ofschoon slechts 'op grond van utiliteitsoverwegingen'. En ook dan nog slechts op voorwaarde 'dat men een zo bevredigend mogelijk compromis' probeerde te vinden. Het uitgangspunt moest de theoretisch meest geëigende

34 Jenner, 'Enkele aspecten II', 115-117; Idem, 'Enkele aspecten III', 161; ook: De Groot, 'Over ziektecontrole en ziekteverzuim', 11.

35 Jenner, 'Enkele aspecten III', 158.

36 a.w., 158-159.

methode zijn en blijven 'waarbij behalve de medici ook de arbeidsdeskundigen en andere deskundigen zich persoonlijk met de verzekerde en zijn omstandigheden bezig houden'.³⁷

Makkelijk was het vaststellen van het loon dus niet. Een marge van tien procent gold als bijzonder nauwkeurig, vandaar ook de indeling in zeven klassen. Een probleem was bijvoorbeeld dat een werknemer een bepaalde, voor zijn werk noodzakelijke handeling niet meer kon verrichten. Het was dan de vraag of die werknemer niet volledig arbeidsgeschikt kon blijven door een lichte verandering van zijn werk, waardoor hij die handeling niet meer hoefde te verrichten. Maar als dat niet kon, zou het moeilijk zijn het functieverlies min of meer exact te bepalen. In een ander geval kon een werknemer wel degelijk arbeid verrichten, maar was hij dat gewoon niet van plan.

Het zou in hoge mate rechtsongelijkheid betekenen indien een patiënt die uit vrije wil geen arbeid meer aanvaardt, beloond zou worden met een maximale uitkering. In dit geval komt de [perifere arbeidsdeskundige] tot zogenaamd 'afschatten'.

De arbeidsdeskundige stelde daarbij vast of en welk werk voorhanden was dat de werknemer zou kunnen verrichten en welk loon daar tegenover zou staan. Dat loon werd verrekend met zijn eerdere loon en op grond van dat bedrag werd de uitkering vastgesteld. Hij kreeg dus een uitkering uitgaande van het verschil tussen zijn oude loon en het loon dat hij zou kunnen verdienen, als hij daartoe bereid was.³⁸

Zoals gezegd lagen de problemen bij de groep die niet op het eerste gezicht volledig arbeidsgeschikt of arbeidsongeschikt waren. Het was bij hen dat de arbeidsdeskundige moest gaan 'schatten'. Bijvoorbeeld: iemand kreeg een ongeluk. Hij maakte in een fabriek 200 producten per dag, maar kwam nu nog slechts tot 160, een vermindering met twintig procent. De arbeidsdeskundige was van mening dat hij gehandhaafd moest blijven, en schatte vervolgens diens arbeidsongeschiktheid op diezelfde twintig procent. De bedrijfsvereniging werd vervolgens geadviseerd hem in de klasse van 15 tot 25 procent in te delen.³⁹

Risicowering

Recht op uitkering was gekoppeld aan 'een achteruitgang in de gezondheidstoestand van de verzekerde, hetzij door het ontstaan van ziekte of gebrek, hetzij door een verergering daarvan'. Die achteruitgang 'in verdien capaciteit' moest tenminste vijftien procent bedragen, een opvatting die door de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep werd ondersteund. Voorwaarde was dat de achteruitgang in gezondheid na

37 a.w., 159. In 1979 zou Timmer nog eens benadrukken dat, zoals Van der Pas ook al had gedaan, het bij de claimbeoordeling voornamelijk ging om de groep van de zogenaamde 'andersgeschikten en mindervaliden'. Met andere woorden: zij die nog wel konden werken maar niet meer in hun oude beroep, en zij die nog wel konden werken alleen onder aangepaste omstandigheden of niet meer volledig, de groepen 4,5 en 6 van Jenner. Timmer, 'Arbeid songschiktheidsschatting', 726.

38 'Twee uit duizenden', 659.

39 Idem; Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 777.

een jaar nog bestond en dat zij, als zij zich reeds kort na aanvang van de verzekering had gemanifesteerd, niet kon zijn voorzien. De opvatting dat het voor het recht op een uitkering krachtens de WAO al voldoende was dat het werk dat de verzekerde uitvoerende alvorens zijn ziekteperiode intrad, niet weer mocht of kon worden opgevat, was dus in ieder geval volgens de Centrale Raad van Beroep, onjuist.⁴⁰

Antirevalidatie

De claimbeoordeling raakte aan de behandeling en de ziektewetcontrole, wat een controversieel aspect was. Een achterliggende gedachte hierbij was de opvatting dat werk goed was voor de patiënt en een uitkering dus antirevaliderend werkte. De werknemer kon in de uitkering 'blijven hangen' en het gevaar daarvoor nam toe met het stijgen van de uitkering. 'Aan het werk' was dus heilzaam, ook al zag de werknemer dat zelf op dat moment geheel anders. De doelstelling van het uitvoeringsorgaan moest het voorkomen van 'vermijdbare invaliditeit' zijn 'in het belang van de verzekerde'. In een beschouwing over de scheiding van behandeling en controle begin 1962 stelde H. Doeleman, medisch adviseur van het GAK, dat de controlerend geneeskundige vanzelfsprekend in de eerste plaats het belang van de patiënt moest behartigen, anders was hij geen arts meer. Dat belang was echter niet het paaien van de patiënt, maar 'dat hem niet langer uitkering bezorgd wordt dan verantwoord is'.

Veelal wordt nog onvoldoende beseft dat het voor ieder mens therapeutisch heilzaam is om het werk te hervatten, zodra dat medisch verantwoord is. Ik ben ervan overtuigd, dat vele patiënten, lijdende aan neurose, het slachtoffer zijn van onvoldoende krachtige aanpak op dit gebied. Zoals verwennen veelal blijvende schade berokkent, is ook het medisch in-de-watten-leggen een funeste bezigheid.⁴¹

Volgens Doeleman had een behandelend arts die de controlerend arts op zijn best zag als een noodzakelijk kwaad, dan ook niet in de gaten dat de sociale verzekering er was 'in het belang van alle patiënten, dus ook voor zijn patiënt'. De vaak gehoorde stelling dat de uitvoeringsorganen er alleen maar op uit waren zo min mogelijk uit te keren, was dan ook bepaald onjuist. Inkomensbescherming stond ook bij hen hoger in het vaandel dan de verzekering. Maar:

Alle artsen die met een patiënt te maken hebben [...] moeten bedenken dat van welk punt uit men de patiënt ook bekijkt, het streven erop gericht moet zijn de patiënt psychisch en somatisch zover te revalideren, dat hij zijn werk weer kan doen. Juist waar het gevaar van de sociale verzekering bestaat in het kweken van neurose en in het misbruik maken van bepaalde rechten, is in dit bestel de controlerend geneeskundige als specialist op dit sociaal-geneeskundig terrein onmisbaar geworden.⁴²

40 WAO - Balans en perspectief, 171-172, 187.

41 Doeleman, 'Scheiding', 278.

42 a.w., 279.

Het belang van het woord 'ongeschiktheid' als criterium bij de medische beoordeling van de sociale verzekeringswetten werd duidelijk gemaakt door de Rotterdamse psychiater-neuroloog P. van Wirdum. Ongeschiktheid als gevolg van een lichamelijke en/of psychische stoornis kon wel, maar ongeschiktheid als gevolg van instelling, mocht niet tot een uitkering leiden, al gebeurde het maar al te vaak.⁴³ Hij wees er in dit kader op dat er mensen waren die bij slechts iets gewijzigde omstandigheden ineens wel in staat bleken een bepaalde baan zonder veel problemen aan te kunnen. Een voorbeeld was als diegene 'onbemiddeld en zonder verdere ondersteuning zijnde, zijn uitkering zou moeten missen'.⁴⁴ Tegelijkertijd wees Poslavsky erop dat een maatregel die algemeen gesproken weldadig was, in individuele gevallen juist een tegenovergestelde werking kon hebben. Dat betekende dat het 'de arts niet onverschillig kon zijn, of een bepaalde uitkering bij welker totstandkoming hij adviseert, een gunstig of ongunstig effect heeft op de totale gezondheid van de patiënt'. En dat laatste was zeker het geval bij patiënten die hij als 'sociaal ziek' karakteriseerde, en die in zijn optiek geen recht hadden op een uitkering.⁴⁵ De arts mocht niet alleen, nee: hij móest zelfs de patiënt er op wijzen dat hij 'een bepaald recht niet' had. Dat was, zo meende Van Wirdum, een positieve benadering die 'een dergelijk persoon beter in contact met de realiteit' hield. De patiënt moest inzien dat 'het verlenen van een recht op uitkering in wezen een offer [...] voor de rest van de maatschappij' betekende.⁴⁶

Met het stijgen van de uitkeringshoogte, en zeker als die de hoogte van het loon ging benaderen, zou de behoefte aan en de noodzaak van controle alleen maar groter worden, allereerst dus in het belang van de patiënt zelf.⁴⁷ Twee jaar voor invoering schreef de Utrechtse arts A. Jonk, medisch adviseur van de bedrijfsvereniging voor het slaggers- en vleeswarenbedrijf, dat de WAO er voor zou zorgen dat er 'ieder jaar duizenden [...] patiënten' zouden lopen 'te flaneren'. Wie zou immers hard gaan werken 'voor 10procent meer loon' als hij 'voor 90procent vrij man' kon zijn?⁴⁸

Over de hoogte van de uitkeringen merkte Jenner op dat 'wanneer op onjuiste gronden' werd besloten tot 'een volledige a.o. in de zin der wet', dan zou 'het feit dat de verzekerde met niets doen weinig minder verdient dan met arbeiden' zeker antirevaliderend werken.⁴⁹ En dat er ook ten tijde van de WAO patiënten onterecht arbeidsongeschikt zouden worden verklaard, was wel zeker. 'Men staat werkelijk verstoeld hoeveel artsen nog steeds (zij het misschien onbewust) van de veronderstelling uitgaan dat arbeid voor zieken altijd schadelijk is en niet-werken een zegen.'⁵⁰

Een jaar eerder had Van der Pas reeds geschreven dat door de aantrekkingskracht van de uitkering de heilzame werking van arbeid uit het zicht van de behandelaar

43 Van Wirdum, 'De medische beoordeling', 641-642.

44 a.w., 641.

45 Poslavsky, 'Sociaal-ziekzijn', 399-400.

46 Van Wirdum, 'De medische beoordeling', 642.

47 Doelman, 'Scheiding', 278-279; Berkhout, 'Sectie voor sociale verzekering', 389.

48 Jonk, 'Anti-revaliderende elementen', 432-434.

49 Jenner, 'Enkele aspecten III', 160.

50 Norren, 'De revalidatie', 533.

raakte. De uitkering was tot een 'melkkoe' geworden, 'die door een ieder om strijd' werd gebruikt, 'voor alles er op bedacht het maximum aan voordelen er uit te halen'. Om dit te bestrijden in het systeem van scheiding van behandeling en controle, moest ook de controlerende arts een dergelijke mentaliteit aan de dag gaan leggen, waardoor de sociale zekerheid de paradox voortbracht dat naarmate zij 'de zegeningen der geneeskunst' verbreidde en aan 'de vlucht van het medisch beroep' bijdroeg, zij tevens 'de zeden van de arts en patiënt' corrumpeerde en 'voor beiden tot de noodzaak van een wantrouwende controle' leidde.⁵¹ Zeker artsen zouden hier moeilijkheden mee ondervinden, want wantrouwen tegenover de patiënt was hem eigenlijk wezensvreemd.⁵² En dat bleek: een onderzoek uit 1972 gaf aan dat de verzekeringsgeneeskundige op de rangorde van favoriete medische beroepen een schamele twintigste plek innam, ternauwernood voorafgegaan door de bedrijfsarts (achttiende) en de schoolarts (negentiende).⁵³

Economie

Tot 1987, het jaar van een ingrijpende stelselherziening, werd de premie voor de WAO opgebracht door werkgevers en werknemers, daarna alleen door werknemers.⁵⁴ Een verschil met de tijd van de OW was dat de kosten van arbeidsongeschiktheid over de hele arbeidsmarkt werden omgeslagen. Werkgevers en werknemers betaalden weliswaar mee aan de financiering van de wet, maar hun premiehoogte stond los van hun individuele risico. Omdat de uitkering een groot deel van het verloren loon vergoedde, liepen werknemers een gering risico en dat ging ook op voor ook werkgevers. Er gold een uniforme premie, waardoor de werkgevers de kosten van de WAO-uitkeringen niet rechtstreeks voelden. Dus maakte het voor hen weinig uit of er veel of weinig mensen in de WAO terecht kwamen.

Ten tijde van de invoering van de WAO was de verwachting van deskundigen van de Sociale Verzekeringsraad (SVr) dat de GMD met zo'n 23.000 WAO-aanvragen per jaar te maken zou krijgen, wat al een bijstelling was van vierduizend naar boven met de oorspronkelijke raming. De Federatie Bedrijfsverenigingen (FBV) was in 1965 zelfs van 'slechts' 18.000 gevallen uitgegaan.⁵⁶ Van die 23.000 zou een belangrijk deel pas met overlijden of door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd de uitkering vaarwel zeggen. Dit betekende alles bij elkaar dat er op zo'n 150- tot 200.000 uitke-

51 Van der Pas, 'De positie van de controlearts', 732.

52 Van der Pas, 'Tekort aan verzekeringsgeneeskundigen', 429.

53 Van der Heuvel, Persoon, 'Sociale geneeskunde en beroep', passim. Het werd in 1974 bevestigd door Kastein in de bundel *WAO – Balans en perspectief*. Er waren grote moeilijkheden ontstaan bij de instelling van de WAO met betrekking tot het aantrekken van medici en arbeidsdeskundigen - die in mei 1971 de Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen ion het leven hadden geroepen -, mede omdat belangstellende deskundigen vaak nog jaren aan de afwikkeling van hun oude werkzaamheden vastzaten. Het grootste probleem was echter, zo zei Kastein, het grote tekort aan sociaal-geneeskundigen, waarvan ook nog eens 'velen een wat inhoud betreft, meer vaststaande functie verkozen boven de geheel nieuwe door de GMD nog te ontwikkelen taak'. *WAO – Balans en perspectief*, 18.

54 'Twee uit duizenden', 659; Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 777.

55 http://home.szw.nl/navigatie/dossier/dsp_dossier.

56 Nota FBV, juni 1965 (met dank aan T. Kappelhof).

ringsgerechtigden moest worden gerekend, die dat gemiddeld zo'n acht jaar zouden blijven.⁵⁷ Die WAO-gerechtigden zouden een recht op uitkering verkrijgen doordat zij een jaar ziekgeld hadden ontvangen, of omdat zij vanuit de IWI of OW in de WAO terecht kwamen, een groep die op zo'n 120.000 was geschat.⁵⁸

4 Organisatie van de uitvoering

4.1 Hoofddlijnen van de organisatie

Zoals gezegd was in de uitvoering van de WAO in handen gelegd van de bedrijfsverenigingen die over de mate van arbeidsongeschiktheid werden geadviseerd door de kort voor het ingaan van de WAO in het leven geroepen GMD.⁵⁹ Die laatste werd 'bij uitsluiting' belast met de in het kader van de WAO te verrichten werkzaamheden van sociaal-medische aard. Hij was ingesteld door de FBV bij besluit van 23 juni 1965 op grond van een rapport van een werkcommissie die dat sedert medio 1963 had voorbereid. De GMD werd een zelfstandig lichaam, geleid door een bestuur en een directeur met een staf van medici en arbeidsdeskundigen.

Bedrijfsverenigingen bestonden al, de GMD was nieuw. De GMD was nodig als apart orgaan omdat het op juiste wijze uitvoeren van de WAO een expertise vergde die schaars was. Het was het tekort aan artsen in het algemeen en aan verzekeringsgeneeskundigen in het bijzonder geweest, dat Veldkamp ertoe had aangezet deze instantie op te richten. In de Memorie van Toelichting schreef hij niet alleen dat er één organisatie moest zijn om tot een uniforme beoordeling te kunnen komen, maar ook dat 'de schaarste aan aanwezige specialistische deskundigheid op het terrein van de revalidatie en arbeidsongeschiktheidsschattingen' het noodzakelijk maakte om de deskundigheid die er was, in één organisatie te bundelen.⁶⁰ Veel artsen werden gerekruteerd uit het personeel van de SVB, de arbeidsdeskundigen werden gevonden bij SVB, RvA, bedrijfsverenigingen en GAK. Voor de administratie maakte de GMD gebruik van het GAK en zo ook voor het personeel op het centrale kantoor van de GMD, afgezien van het management. Al met al werd de GMD een kleine dienst. Weliswaar groeide de GMD gestaag, van 101 verzekeringsartsen en 148 arbeidsdeskundigen in 1967 tot respectievelijk 222 en 451 in 1975, maar het aantal arbeidsongeschikten steeg zeker zo hard mee.

De taken die de minister voor de GMD in petto had, staan beschreven in hoofdstuk IV van de Memorie van Toelichting. Zij waren gelegen in het beoordelen van de revalideerbaarheid en de aard van de in te stellen behandeling, het volgen van de revali-

57 WAO – Balans en perspectief, 17-18.

58 'Twee uit duizenden', 650; Nota FBV juni 1965 (met dank aan T. Kappelhof).

59 De Ruiter, Een onderzoek naar de effecten, 111-112; Van Gerwen, *De welvaartsstaat*, 158; Broekhuis, *Beoordeling en begeleiding*, 8; *Tijdschrift voor Volksgezondheid*, jrg. 23 (1953), 56-61. Zie ook: WAO artikel 71.

60 WAO – Balans en perspectief, 41.

datie, het schatten en herschatten van de mate van arbeidsongeschiktheid (in samenwerking met artsen, arbeidsdeskundigen en loondeskundigen), overleg met artsen en andere deskundigen voor zover nodig voor een goede uitvoering van de wet. De minister zag weliswaar een decentrale beoordeling voor zich maar met een centrale beoordeling als sluitstuk. Het zelf uitvoeren van behandeling en revalidatie zag de minister niet als taak voor de GMD, daarvoor waren andere instanties beschikbaar en het liep via de Ziekenfondswet. Reeds in 1961 had de KNMG tegen dat zelf behandelen en revalideren geprotesteerd. De WAO zou alleen de revalidatie aanvullend moeten financieren. Een goede samenwerking tussen behandelende artsen en artsen van de GMD was nodig, maar hoefde niet bij wet geregeld te worden nu de KNMG dat, in geval van een conflict, gegarandeerd achtte met de mogelijkheid van verplicht overleg tussen de artsen. Tijdens de parlementaire behandeling werd ingevoerd dat er na dertien weken ziekteverzuim een melding van de bedrijfsvereniging aan de GMD moest plaatshebben opdat de laatste kon nagaan of er aspecten van revalidatie aan het geval te onderkennen waren. De GMD moest vervolgens de mensen die volledig arbeidsongeschikt en niet revalideerbaar waren, delegeren naar de bedrijfsverenigingen, evenals zij die slechts kort arbeidsongeschikt zouden zijn en dan weer aan het werk zouden kunnen. Dit aantal werd geschat op de helft van het totaal.

CHU'er A.D.W. Tilanus diende met anderen een motie in om te bevorderen dat de GMD geleidelijk aan een centrale plaats zou gaan innemen in de sociale verzekering teneinde eenheid bij de geneeskundige begeleiding na te streven. Ook die motie werd aangenomen. De Eerste Kamer was op 15 februari 1966 wat kritischer. De WAO was in haar ogen een moeilijk uitvoerbare wet die risico's van averechtse effecten in zich droeg. Om die reden werd de GMD gevraagd in de jaarverslagen aandacht te besteden aan de volgende vragen: hielp de WAO daadwerkelijk om gehandicapten een baan te laten vinden; werkte de WAO in de hand dat mensen met een handicap zich aan hun verplichtingen onttrokken, en hoe werkte het systeem van schattingen in de praktijk?

4.2 *De start van de GMD*

Voor de beschrijving van de beginfase van de GMD wordt uitgegaan van het jaarverslag over 1967. Daarin worden de organisatie van de dienst beschreven, de werkwijze en de resultaten. A.G. Mater werd de eerste directeur en zou dat tot zijn pensioen in 1973 blijven. Hoofd medische dienst werd, ondanks afwezigheid van verzekerings-geneeskundige ervaring, de arts E.H. Scheide. Die was daarvoor algemeen directeur geweest van de Gezondheidsraad en van de Centrale Raad van de Volksgezondheid. Een succes werd diens aanstelling naar verluid niet, en ook hij verliet de GMD in 1973. Hoofd van de arbeidskundige dienst werd J.C. Haak, voorheen inspecteur bij de SVr. Hij bleef tot zijn pensionering in 1977 en liet als erfenis de nog te noemen Arbeids Complexen Documentatie (ACD) achter. Hoofd van de afdeling medisch onderzoek werd eerdergenoemde Nap die plaatsvervangend Medisch Adviseur van de SVB was

geweest. Hoofd arbeidskundig onderzoek werd J.A. Carras, voorheen leidinggevend functionaris in wetstechnische en arbeidskundige zaken bij het Algemeen Sociaal Fonds (ASF). Er was één hoofdkantoor en er waren 24 perifere kantoren, die ieder moesten worden bezet door drie artsen en vijf arbeidsdeskundigen. Met name aan artsen was echter gebrek: er waren er slechts zestig gevonden. Met behulp van gepensioneerd artsen probeerde men dat op te lossen. Die werden per dag ingehuurd, met name voor het afhandelen van gevallen uit de OW en IWI. De schatting was dat met negentig perifere artsen en 120 arbeidsdeskundigen er per jaar respectievelijk 3500 en 2400 adviezen konden worden geven. Maar het werkaanbod bleek al snel veel groter dan gedacht, waardoor de bezetting ernstige zorgen baarde, ook al omdat velen weldra met pensioen zouden gaan. Er zou worden gezocht naar meer efficiency en niet zozeer naar uitbreiding van de bezetting. Voor de coördinatie en sturing van de GMD binnen de sociale verzekering werd een orgaan ingericht van overleg van directeuren van de GMD, het GAK en de bedrijfsverenigingen, evenals een orgaan van overleg van medici en een van wetstechnici. Hoofdtak van de GMD werd de uitvoering van de WAO, maar er bestond ook de mogelijkheid om voor anderen medisch en arbeidskundig werk te doen en dat gebeurde ook, zoals voor de SVB. De motie-Tilanus wilde een medische dienst voor alle sociaal medische werkzaamheden, maar het bestuur GMD vond dat te veel om ineens op te pakken.

In Treebeek werd het onderzoekscentrum voor longaandoeningen, dat zeer ervaren was met longziekten in de mijnbouw, overgenomen van de SVB. Ook het revalidatiecentrum daarvan werd overgenomen onder de naam Revalidatie Instituut Muiderpoort (RIM). Daar bestond namelijk veel ervaring met het revalideren van traumapatiënten. Ook werd gestudeerd op de mogelijkheid om ARA's (arbeidsrevalidatieafdelingen bij de sociale werkvoorziening) in te zetten voor evaluatie en revalidatie. De methodiek van schatting van verlies aan verdien capaciteit moest worden ontworpen, zo mogelijk voortbouwend op ervaringen van onder andere de SVB. De gedachte van revalidatie en hervatting in passend werk moest daarbij leidend zijn. Samen met de arbeidsbureaus, de GAB's, begon de GMD met het samenstellen van de ACD: een bak met beschrijvingen van bestaande functies die mogelijk voor gehandicapten geschikt waren of geschikt waren te maken. De ACD moest zowel de schatting als de herplaatsing bevorderen en arbeidsdeskundigen verzamelden daartoe gegevens bij bedrijven in hun regio.⁶¹

In de zes WAO-maanden van 1967 werden 14.695 adviezen einde wachttijd uitgebracht. 83,2procent daarvan leidde tot volledige arbeidsongeschiktheid; 5,5procent leidde tot een ongeschiktheidsschatting van 45-55 en 4,3procent tot minder dan 15. De grootste groep betrof aandoeningen aan het bewegingsapparaat met 3347 gevallen, daarna volgde het circulatie-apparaat met 3273, en dan de psychosen en dergelijke met 1717. Ongevallen en beroepsziekten telden 602 gevallen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de diagnosecodering volgens de ICD uit 1955. Er werden 103 adviezen

61 Jaarverslag-GMD, 1967; Schriftelijke opmerking J.W. Koten, hfdst. 4, pag. 10.

uitgebracht inzake hulpbehoevendheid, 117 inzake verdiscontering van verdiensten, en 200 inzake voorzieningen. Voorzieningen waren er vooral voor ongevalsgevolgen. In de wachttijd voor de WAO werden 1159 adviezen inzake artikel 30 van de ZW uitgebracht (plaatsing bij andere werkgever) en 104 voorschriften tot inschrijving bij het GAB, alsmede 101 genees- en heelkundige voorzieningen. Bij de 13e-weeks meldingen was het de vraag of die wel zinvol waren, omdat er vaak niets mee werd gedaan door de GMD. De vragen die door de Eerste Kamer waren gesteld - 'komen gehandicapten aan het werk, worden ze er niet van afgehouden en deugt de schattingsmethodiek' - kwamen in het eerste jaarverslag wel aan bod, maar werden nog niet beantwoord. Daarvoor was de ervaring nog te kort.⁶²

Aan het einde van het eerste jaar toonde men zich dus overvallen door de grote werkvoorraad, wat nog extra knelde door het tekort aan artsen.⁶³ Het was een zorg die bijvoorbeeld door de Bussumse verzekeringsgeneeskundige H. Aling onder woorden werd gebracht. Er waren zijns inziens zeer waarschijnlijk niet genoeg deskundigen - noch verzekeringsgeneeskundigen, noch arbeids- en loondeskundigen - om WAO en Ziektewet 'naar behoren te helpen uitvoeren'.⁶⁴ In 1968 probeerde derhalve de GMD greep te krijgen op de uitvoering, ook omdat 'volledige arbeidsongeschiktheid' het meest gehoorde oordeel was. Afgaand op het Jaarverslag vergaderden de directeurs van GMD en bedrijfsverenigingen zes maal, onder andere over de mogelijkheid om de adviesaanvragen zodanig te maken dat ze in bepaalde gevallen op papier konden worden afgehandeld. Met de bedrijfsverenigingen werd afgesproken dat adviesaanvragen 'einde wachttijd WAO' werden beperkt tot gevallen met specifieke meldingsaspecten. Daaronder vielen niet diegenen die weldra zouden herstellen voor eigen werk of die nooit meer arbeidsgeschikt zouden worden. Aan de minister werd geadviseerd de verplichte melding bij 13 weken te laten vervallen. De artsen vergaderden ook zes maal, onder meer over het verminderen van de werkdruk van de GMD en over de rapportages van de GMD-artsen, alsmede over de revalidatie van hartpatiënten. De nieuw ingestelde wetstechnische commissie vergaderde vijf maal, onder andere over de methodiek van de bepaling van de arbeidsongeschiktheid, de normering van het begrip 'in billijkheid op te dragen arbeid' en de maatstaven bij de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid van gehuwde vrouwen. Daarmee namen de wetstechnici de ontwikkeling van het vak van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige wat betreft de claimbeoordeling, grotendeels op zich.

Problemen tussen GMD en curatieve artsen deden zich niet voor, net als in 1967. Toch kon de samenwerking beter: de behandeling zou veel meer gericht moeten worden op arbeid. Ten behoeve van een goede samenwerking met specialisten werd door gerichte vragen gestreefd naar terughoudendheid bij het vragen om informatie. Ruim 2000 expertises werden gevraagd. 534 Over zenuwziekten, 267 over neurologie en psychiatrie, 137 over psychologie, 314 over orthopedie en 249 over interne ziekten.

62 *Jaarverslag-GMD, 1967.*

63 *Idem.*

64 Aling, 'Rechtszekerheid', 862.

Met de GAB's werd gewerkt aan een gehandicaptenregistratie voor betere bemiddeling naar arbeid. Veel accent lag weer op de samenwerking ten behoeve van revalidatie en wederinschakeling in arbeid. Ook de inschakeling van maatschappelijk werk werd daarbij onderzocht.

In 1968 werd ook voor het eerst gepoogd een antwoord te formuleren op de vragen van de Eerste Kamer, zoals: helpt de wet nu om gehandicapten hun recht op arbeid te laten realiseren? Het antwoord daarop was wat ontwijkend in die zin dat werd gezegd dat er wel wat aan werd gedaan. Het zou wel beter moeten, maar er waren er erg veel. Dus moest er geselecteerd worden. Het succes hing af van allerlei instituties die de revalidatie moesten vormgeven. De gehandicapte moest worden geholpen, begeleid en gerevalideerd. En ook hing succes af van de medewerking van het bedrijfsleven dat open moest staan voor deze mensen. Tenslotte stond de gehandicapte zelf centraal. Ook die had natuurlijk zo zijn plichten. De wet zelf behoefde volgens het jaarverslag geen wijziging.

Een tweede vraag was of de wet mensen ten onrechte aan de arbeidsmarkt onttrok. Er waren zeker antirevaliderende elementen volgens de GMD. Dat maakte passende begeleiding noodzakelijk, zoals psychotherapeutische voorzieningen voor psychische problemen, maar die moesten nog worden ontwikkeld. En dan was er nog de vraag naar de werking van de schatting zelf. Hierop was het antwoord dat er nog geen antwoord op kon worden gegeven, omdat er nog weinig ervaring mee was opgedaan. Het principe was helder: wat kon iemand nog verdienen en wat zou diegene zonder ziekte nu hebben verdiend? Maar veel vragen moesten nog worden beantwoord, zoals over krachten en bekwaamheden, de billijkheid van het opgedragen werk, de bereikbaarheid, en de gelegenheid om de arbeid te verkrijgen. De arts keek naar de mogelijkheden en beperkingen voor het verrichten van arbeid en besliste zelf als er geen sprake was van ziekte of bij de algehele afwezigheid van restcapaciteit. In de andere gevallen verliep het advies altijd via de arbeidsdeskundige. Hoe die dat deed, werd niet aangegeven, wel dat hij dat vrij goed kon. Methoden van arbeidsfysiologie waren zeer behulpzaam bij energetische stoornissen, met name bij longaandoeningen, maar ook hier gold dat zij voor andere ziektebeelden nog moesten worden ontwikkeld.

De GMD participeerde in wetenschappelijk onderzoek, dat in 1968 was gericht op hartrevalidatie, multiple sclerose en schedeltrauma's. In bescheiden mate werd er gepubliceerd over uiteenlopende onderwerpen, maar de claimbeoordeling zelf schitterde door afwezigheid.⁶⁵

4.3 *De GMD in de vroege jaren zeventig*

In de loop van de volgende jaren bleef het beeld kwantitatief gezien stabiel. Er was sprake van een tekort met name aan artsen, van een alsmaar stijgende werkvoorraad en een streven van de directies van GMD en bedrijfsverenigingen om zoveel mogelijk

⁶⁵ *Jaarverslag-GMD, 1968.*

op papier af te handelen. Ook werd de centrale beoordeling, die volgens de Minister het sluitstuk van de schatting had moeten zijn, meer en meer gedecentraliseerd. Een commissie van bedrijfsverenigingen had aanbevolen om de risicowering uit artikel 30 van de WAO terughoudend toe te passen en de GMD volgde dat advies. Van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid hoefde vanaf 1969 de melding bij 13 niet meer te worden uitgevoerd.⁶⁶

Vanaf 1970 komen we in de jaarverslagen het overleg tegen met de FBV over de verdiscontering van de werkloosheid. In voorzichtige bewoordingen werd geschreven dat dit een controversieel onderwerp was. In 1974 werd gewag gemaakt van het besluit van de FBV om bij gedeeltelijke ongeschiktheid volledige ongeschiktheid aan te nemen tenzij duidelijk bleek dat dit niet terecht was.⁶⁷ Dat was een bevestiging van (reeds gegroeid) beleid die al snel, en toenemend, stof deed opwaaien: de verdiscontering van de werkloosheid. De FBV had namelijk in 1973 besloten een ruimere interpretatie aan artikel 21 2a te gaan geven dan tot op dat moment door de Centrale Raad van Beroep was gedaan. Volgens die Raad moest, als er ten aanzien van een belanghebbende sprake was 'van een reële verdien capaciteit, deze grondslag [...] zijn voor een afschatting', zelfs als diegene 'nog niet daadwerkelijk aan de arbeid' was. Hij was deels arbeidsgeschikt en dus voor dat deel 'werkloos in de zin van de Werkloosheidswet'.⁶⁸

Volgens de nieuwe interpretatie echter had een gedeeltelijk arbeidsongeschikte, die onvrijwillig werkeloos was, recht op een uitkering in de hoogste klasse, voor zolang als hij of zij geen werk had gevonden.⁶⁹ Volgens Hibbeln was deze interpretatie in ieder geval één van de oorzaken voor de grote hoeveelheid 'arbeidsongeschikten' en de voortdurende premiestijging.⁷⁰ Hij vroeg zich af of het georganiseerde bedrijfsleven de reikwijdte van dit besluit wel had voorzien. Wilde het werkelijk dat velen door middel van de WAO in feite vervroegd met pensioen gingen? Wilde het werkelijk dat als huisvrouwen, als de kinderen groot waren, weer aan het werk gingen en dat, als zij na een tijd erachter kwamen dat het toch 'te veel' was, langdurig een riant uitkering kregen omdat de verzekeringsgeneeskundige terugblikkend aarzelde om te verklaren dat zij weer volledig hersteld waren? In de praktijk zou dit gaan betekenen dat vrijwel iedereen die meer dan vijftien procent arbeidsongeschikt werd verklaard, een uitkering in de hoogste categorie zou krijgen.⁷¹

De vroegere interpretatie had tot gevolg gehad dat als iemand na ruim twee jaar nog geen baan had gevonden, hij aangewezen raakte op de Algemene Bijstandswet - een leemte in de sociale zekerheid, aldus Hibbeln -, terwijl de nieuwe interpretatie was dat 'een gedeeltelijk arbeidsongeschikte, die onvrijwillig werkloos is, recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar de hoogste klasse van arbeidsongeschikt-

66 *Jaarverslag-GMD, 1969.*

67 *Jaarverslagen-GMD, 1970-74.*

68 *WAO - Balans en perspectief, 169.*

69 Hibbeln, 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn', 891; Hibbeln, 'Is de verzekeringsgedachte achterhaald', 213.

70 *WAO - Balans en perspectief, 186.*

71 *Idem; zie ook: Hibbeln, 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn', 893.*

heid houdt, zolang hij niet wederom aan de slag is gekomen, in beginsel tot het bereiken van de leeftijd van 65 jaar'. Bij een bespreking van de uiteindelijk toch met 'nee' beantwoorde vraag of 'de WAO een misstap' was, stelde Hibbeln dat de praktische gevolgen van zowel de oude als de ruimere nieuwe interpretatie, toch vooral werden bepaald 'door het antwoord op de vraag of op grondslag daarvan in de praktijk van de uitvoering wel adequate resultaten (konden) worden verkregen'. Duidelijk is echter ook dat hij zijn hart vasthield. Hij wees namelijk tevens op de - verderop uitgebreider te bespreken - moeilijkheid van objectivering van allerlei zaken die vroeger niet, maar nu wel tot het oordeel 'arbeidsongeschikt' konden leiden; een probleem dat volgens hem andere landen ervan had afgehouden de stappen te zetten die de Nederlandse politiek in 1967 en het 'georganiseerde bedrijfsleven' in 1973 hadden gezet.⁷²

Hibbeln wees erop dat hij niet de enige jurist was die niet gelukkig was met de actie van werknemers en werkgevers. In een Juridisch Prae-advies uit 1974 schreven zijn collega's:

Degenen die de WAO tevens het karakter van een algemene werkloosheidsvoorziening zouden willen verlenen door (onder meer) in dat kader ook werkloosheid als gevolg van structurele veranderingen in het arbeidsproces op te vangen, begeven zich dusdoende buiten het voorwerp van de in de WAO vervatte verzekering, met als gevolg de willekeur en rechtsongelijkheid van dien. Jonge personen, met betrekkelijk onbeduidende handicaps, en personen die maar zeer kort verzekerd zijn geweest en bij wie, vergeleken met hun vroegere gezondheidstoestand, (nagenoeg) geen achteruitgang in de gezondheidstoestand in een periode van verzekering is waar te nemen, zullen jaren in het genot van een arbeidsongeschiktheidsuitkering blijven totdat zij eens een betrekking zullen aanvaarden, terwijl andere personen die hun leven lang in loondienst werkzaam zijn geweest, na bij voorbeeld faillissement, fusie of reorganisatie, naar de WW [...] worden verwezen, met in het verschiet de Algemene Bijstandswet.⁷³

Zij wezen er op dat zij die meenden dat de WAO een prachtig middel was 'om allerlei maatschappelijke problemen, voortvloeiende niet alleen uit ziekte of gebrek, maar ook uit structurele maatschappelijke veranderingen of een zich wijzigend arbeids-ethos', op te lossen, zich vergisten. De WAO was niets meer en niets minder - zou althans niets meer en niets minder moeten zijn - dan een instrument om mensen die dusdanig arbeidsongeschikt raakten dat zij een deel van hun inkomen verloren en geen kans hadden dat door werk terug te verdienen, te ondersteunen. Helaas moest worden geconstateerd dat er velen waren die daar anders over dachten en uitkeringen verstrekten terwijl die volgens zowel geest als letter van de wet niet op hun plaats waren.⁷⁴

72 WAO - Balans en perspectief, 169-171.

73 a.w., 183 (zie ook: 188).

74 a.w., 185.

Het resultaat van de beoordelingen was dat het percentage 'geheel arbeidsongeschikt' geleidelijk steeg van 80procent in 1967 naar 87procent in 1975. De premie steeg natuurlijk met het aantal uitkeringsgerechtigden mee. Zij bedroeg in 1967 iets meer dan vier procent – waar de Memorie van Toelichting nog over 3,1 had gesproken -, maar na een paar jaar reeds was de verwachting dat zij midden jaren zeventig al met tien procent zou zijn gestegen. Dat zou, met 8,4 procent in 1974, niet gebeuren, maar ook dat percentage was hoog genoeg voor sommigen om reeds begin jaren zeventig te zeggen dat de WAO zich tot het paard van Troje van de sociale zekerheid zou ontwikkelen.

De volumestijging van de WAO en de premiedruk waren nadrukkelijk onderwerp van bespreking in het jaarverslag in 1975. Zij werden geweten aan de arbeidsmarkt, de verzekerde populatie, een veranderde waardering van arbeid en ziekte, en de toepassing van artikel 21 2a. Het zou voorlopig allemaal niet beter worden, aldus de GMD. Toch stelde GMD-directeur J.G.J.E. Josten in 1974 dat niet de conclusie mocht worden getrokken dat er in 1967 sprake was geweest van een fikse onderschatting van het probleem van de - individueel geformuleerde, maar veelal structureel bepaalde - arbeidsongeschiktheid. Die stijging was veel meer te wijten aan een 'verschuiving van de maatschappelijke verhoudingen op een breed front'. De uitvoering van de WAO vond nu eenmaal plaats 'in een gevoelige marge van de samenleving' waar maatschappelijke ontwikkelingen zich in versterkte mate manifesteerden.⁷⁵

De eigenlijke groep centrale GMD-medewerkers was en bleef klein, omdat hiertoe alleen de directie en hoofden werden gerekend. Het overige centrale personeel was in dienst van het GAK. Begin jaren zeventig komen de latere directeuren in beeld: F.J. Willems, vakbondsman en ex-bestuurslid van de GMD, werd plaatsvervangend directeur. Hoofd opleidingen werd W. Boersma, universitair hoofddocent anatomie te Utrecht, en voornoemde Josten, een psycholoog afkomstig uit de wereld van de revalidatie, werd hoofd arbeidskundig onderzoek. Medisch adviseur Scheide vertrok in 1974 en werd niet opgevolgd, dit in tegenstelling tot wat de gewoonte was bij de bedrijfsverenigingen. In 1974 trad Mater terug als directeur en traden Willems, Boersma en Josten aan. Bij deze gelegenheid werd het boek WAO - Balans en perspectief uitgegeven, met kritische beschouwingen over de beginperiode van de wet.

Wetenschappelijk hield de GMD zich bezig met revalidatie en voorzieningen. Daar werden onderzoeken en projecten op gedaan, onder andere psychosociale revalidatie in samenwerking met het RIM en de inschakeling van maatschappelijk werkers voor mensen met psychosociale problemen. Uit het motivatieonderzoek bleek dat alleen moest worden afgeschat bij gebleken gebrek aan motivatie. En dan nog moest een nazorgonderzoek worden gedaan om te beoordelen of de afschatting terecht was geweest. Er werd onderzocht er een psychosociaal profiel kon worden opgesteld waaruit de geschiktheid voor psychosociale revalidatie zou blijken.

75 Josten, 'Stellingen en standpunten', 205-206; *Jaarverslagen-GMD*, 1974-75.

Ook positioneel groeide de GMD in de niet-klinische revalidatie. Het hoofdstuk 'Samenwerking' in het Jaarverslag van 1970 telde vijf pagina's, en duidelijk was dat de GMD zich tot spil maakte van alles wat te maken had met voorzieningen voor gehandicapten voor zowel werk als leefmilieu. Over de eigenlijke claimbeoordeling treffen we in deze periode in de jaarverslagen nog steeds vrijwel geen woord. Het enige wat regelmatig terugkwam, was de uitbouw van de ACD. Haak had die beschreven in een artikel over de reïntegratie van de gehandicapte in het arbeidsleven, in het door Nap geredigeerde boek Validiteitsonderzoek uit 1970.⁷⁶ De verzekeringsgeneeskundige vulde een beschrijvend rapport in met 21 vragen over de functionele mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, waarbij in eigen bewoordingen het nodige gezegd moest worden over de drie items van psychische belastbaarheid. Daarmee was het beschrijvende rapport de eerste verzekeringsgeneeskundige standaard geworden: het communicatie-instrument met de arbeidsdeskundige. Hiermee moest de arbeidsdeskundige een globale indruk kunnen krijgen van de mogelijkheden van de cliënt voor bijvoorbeeld thuiswerk of overwegend zittend werk. De arbeidsdeskundige kon vervolgens in de arbeidscomplexen zoeken naar voor de cliënt passende functies. Een arbeidscomplex was wat we tegenwoordig een functieomschrijving zouden noemen. Het behelste informatie over het bedrijf, vereiste opleiding en (vooral fysieke) belasting. De arbeidscomplexen waren daarmee de eerste instrumenten voor de arbeidsdeskundigen voor het uitvoeren van de claimbeoordelingen. De ACD bevatte eind 1970 ruim 158.300 functies - in 70.000 bedrijven - die in principe toegankelijk waren voor gehandicapten. In 1974 waren het er 181.000.⁷⁷ Arbeidsdeskundigen - en later arbeidsdeskundige analisten - stelden de beschrijvingen op, die overigens halfjaarlijks moesten worden geactualiseerd. Dit ging in samenwerking met het Directoraat Generaal voor de Arbeidsvoorziening, waarbij helaas niet beschreven is wie welk werk voor zijn rekening nam. In 1948 was dit instrument al in gebruik bij het Rijks Arbeidsbureau.⁷⁸ De enorme hoeveelheid functiebeschrijvingen zal dan ook wel afkomstig zijn geweest van het Directoraat Generaal van de Arbeid. De ACD werd in 1975 gesystematiseerd met een functieanalyse. Daarin werden in een functiepatroon de vereiste verrichtingen en affiniteiten per functie benoemd.⁷⁹ Vanaf 1974 werd eraan gewerkt om de artsen de beperkingen systematisch te laten coderen in plaats van hun eigen woorden te gebruiken. Dat leidde later tot het beperkingenpatroon of -profiel, ook wel belastbaarheidpatroon of -profiel genoemd. Daarmee konden belasting en belastbaarheid met elkaar in overeenstemming worden gebracht.

76 Nap, Validiteitsonderzoek, 323-339.

77 *Jaarverslag-GMD*, 1974.

78 Moeskoop, 'De beroepsclassificatie', *passim*.

79 *Jaarverslag-GMD*, 1975.

5 De praktijk van de claimbeoordeling

5.1 Het proces van claimbeoordeling

De schaarse informatie over de claimbeoordeling in de jaarverslagen, maakt de vraag hoe de praktijk er uit heeft gezien, hoe de beoordeling binnen de GMD in zijn werking, niet minder belangrijk, maar wel lastig te beantwoorden. Net als in de vorige perioden zijn er geen dossiers bewaard gebleven en zal het antwoord dus uit literatuur over de praktijk moeten komen. Die echter behelst weliswaar de nodige beschouwingen en beschrijvingen, maar bevat geen onderzoek dat enig kwantitatief licht op de uitvoering werpt. Wat door de voorafgaande beschouwingen reeds bij aanvang van de WAO wel al bekend was, was dat de claimbeoordeling geen eenvoudige zaak zou zijn. De theorie op zich echter was duidelijk.

Het eerste wat moest gebeuren was dat de bedrijfsvereniging een aanvraag voor advies aan de administrateur van de GMD zond, vergezeld van - vaak summiere en kwalitatief nogal wisselende -⁸⁰ informatie over aandoening, arbeidsverleden, arbeidsplaats en inkomen van de verzekerde. De GMD gaf advies 'omtrent de mate van arbeidsongeschiktheid en inzake de voorzieningen tot behoud en herstel van de arbeidsongeschiktheid, evenals ten aanzien van voorzieningen tot verbetering van de levensomstandigheden'.⁸¹ De bedrijfsverenigingen waren verplicht om bij het nemen van beslissingen over kwesties van sociaal-medische aard, aan de GMD advies te vragen. Dat was weliswaar niet bindend, maar het niet opvolgen ervan had financiële consequenties. Als een bedrijfsvereniging besloot een uitkering te verstrekken die hoger was dan het advies van de GMD, dan kon het Arbeidsongeschiktheidsfonds, dat normaliter de kosten van de verzekering droeg, besluiten dat de bedrijfsvereniging die bijkomende kosten zelf moest dragen.⁸²

De GMD was bij wet opgedragen de revalidatie te bevorderen en, als een eindtoestand was bereikt, een advies uit te brengen over het arbeidsongeschiktheidspercentage en eventueel te treffen voorzieningen. Revalidatie kon niet snel genoeg beginnen omdat invaliditeit geen statisch iets was, maar, zo was de algemene gedachte, zelf ook weer invaliderend werkte. De dienst werd belast met een vanaf het directe begin 'als een lawine op hem afkomende taak', waarvan de verwachting was dat die eerder zou toe- dan afnemen,⁸³ een verwachting die zou worden ingelost, maar tevens enige relativering behoeft. Er werden in 1970 ongeveer 95.000 mensen bij de GMD gemeld. 50.500 daarvan hadden betrekking op adviesaanvragen einde wachttijd WAO, 37.500 op voorzieningen.⁸⁴ Die 50.500 was natuurlijk een groot aantal, maar het feit dat jaarlijks de curatieve artsen miljoenen mensen te zien kregen, bewees tevens dat

80 Parlementaire enquête, 72.

81 WAO - Balans en perspectief, 41; 'Twee uit duizenden', 650.

82 WAO - Balans en perspectief, 42.

83 'Twee uit duizenden', 663.

84 Jaarverslag GMD, 1970, 27.

uiteindelijk slechts een klein deel van hen zo ziek of gewond was en bleef, dat werken (deels) onmogelijk was, of in ieder geval voor lange tijd onmogelijk werd geacht.⁸⁵ Van die 50.500 handelde de GMD er 23.000 zelf af, de rest bleef bij de bedrijfsverenigingen.⁸⁶ De adviezen arbeidsgeschiktheid werden deels opgesteld door de verzekeringsarts, deels door de arbeidsdeskundige en deels door beiden.

5.2 'Twee uit duizenden'

In 1971 werd in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde (TSG) aan de hand van twee voorbeelden 'uit duizenden WAO-gerechtigden' een tussenbalans van de claimbeoordelingspraktijk opgemaakt. Het betrof twee werknemers die werden aangehaald door de adviserend verzekeringspecialist chirurgie, R. Ruding. De naam 'twee uit duizenden' is overigens misleidend, omdat het twee succesverhalen betrof die zeker niet typisch waren voor de duizenden anderen. Er is dan ook wel gezegd dat zij een poging waren het opkomende gemor over de uitvoering te beteugelen. Bovendien waren het betrekkelijk eenvoudige gevallen, omdat er niet of nauwelijks psychosociale problematiek bij kwam kijken. 'Dikwijls is dit wel het geval en heeft het ziektebeeld verscheidene facetten: somatische afwijkingen en psychiatrische afwijkingen die zich dooreen mengen en daarnaast verandering van de waarneming van zintuigprikkelers door andere geaardheid van de waarnemer en verandering van het gedrag ten opzichte van de ziekte' met 'zelfinvalidering, invaliderende invaliditeit' als gevolg.⁸⁷ Desalniettemin waren het wel gevallen die aangaven hoeveel er bij schatting en revalidering kwam kijken, wat alleen maar te denken geeft over de complexere en minder succesrijke gevallen.

Dit was ook de opvatting van J.J. Schermer, adviserend verzekeringspecialist psychiatrie. Velen van degenen met wie de GMD jaarlijks te maken had, waren er lichamelijker beter aan toe dan de twee mensen die werden besproken, terwijl bij hen na verloop van tijd toch het 'volledig arbeidsongeschikt' moest worden uitgesproken. Het gaf weer eens aan dat de mate van invaliditeit, en al helemaal de mate van arbeidsongeschiktheid, dus niet alleen werd bepaald door lichamelijke functiebeperking, maar 'vrijwel steeds mede, soms zelfs uitsluitend, door diverse andere factoren'.⁸⁸

Het eerste voorbeeld betrof een 37-jarige man. Hij had op vierjarige leeftijd poliomyelitis gekregen, waardoor hij lichamelijker altijd de nodige problemen had gehad. Hij vond werk als inkoper in een middelgrote meubelzaak. Op 4 februari 1968 werd hij in zijn vrije tijd, buiten zijn schuld, aangereden door een auto, waardoor hij in het ziekenhuis belandde. Sommige van de verwondingen die hij daarbij opliep genazen moeizaam, vanwege zijn medische geschiedenis. Drie maanden nadat hij uit het ziekenhuis was ontslagen, werd hij thuis door de verzekeringsgeneeskundige van de

85 'Twee uit duizenden', 662.

86 *Jaarverslag GMD*, 1970, 39.

87 'Twee uit duizenden', 660; Schriftelijke opmerking J.W. Koten, hfdst. 4, 17.

88 'Twee uit duizenden', 663.

bedrijfsvereniging opgezocht, die werd verwelkomd door 'een prettig jong gezin in een smaakvol ingerichte woning'. De verzekerde maakte zich zorgen over zijn werk. Hij was snel moe, lopen deed pijn en zijn vanouds verzwakte rechterarm en -hand wilden niet. Zijn specialiteit was woninginrichting, maar hij kon 'nog geen goed boek vasthouden en optillen, laat staan een perzisch kleed omslaan'. Een maand later is die situatie niet noemenswaardig veranderd. Verandering van betrekking leek de enig mogelijke optie en de betrokken bedrijfsvereniging meldde hem 'spontaan' bij de GMD.⁸⁹

Vanwege de spontane melding met verzoek om begeleiding naar ander werk, was de verzekerde in augustus 1968 op het spreekuur van de perifere verzekeringsgeneeskundige gekomen. De gegevens van de verzekeringsgeneeskundige van de bedrijfsvereniging gaven een beeld van de situatie en de ontslagbrief van het ziekenhuis van chirurg en neuroloog gaf aan dat er nog geen eindtoestand was bereikt. 'Met name de oefentherapie en de fysieke therapie [werden] nog voortgezet.' De revalidatiearts zag echter nog nauwelijks mogelijkheden voor vooruitgang en die behandeling zou dan ook binnen afzienbare termijn worden stopgezet. In het gesprek gaf de verzekerde wederom aan zich onzeker te voelen over zijn toekomst.

Als eerste werd een anamnese gedaan. Het doopceel van de verzekerde werd gelicht, waaruit bleek dat hij, ondanks zijn handicap, de lagere school en de mulo zonder problemen had doorlopen. Hij kwam te werken op de administratieafdeling van de meubelzaak en bleek een belangstelling voor materialen te ontwikkelen. Zijn werkgever stelde hem in staat een cursus woningtextiel en textiel-economie te volgen, en hij ontwikkelde zich tot de textielkenner en -inkoper van het bedrijf. De verhouding met werkgever en collega's was goed. Op 24-jarige leeftijd trouwde hij. Het huwelijk was gelukkig en hij had drie gezonde kinderen.⁹⁰

Hierna volgde de psychosociale anamnese (de PSA). Die behelsde het invullen van een lijst met 65 vragen, die betrekking hadden op de levensomstandigheden van de verzekerde en hoe hij daar tegenaan keek. Er bleek uit dat zijn vader 74 was en gezond. Diens vijf jaar jongere echtgenote was reumapatiënte. Hij was de jongste van vier. Hij had één broer, de oudste, en twee zussen. De onderlinge band was goed. Zijn ouders bewonderde hij omdat ze hem ondanks zijn handicap een vrijwel onbezorgde jeugd hadden weten te geven. Maar nogmaals werd bevestigd dat hij gebukt ging onder het feit dat hij zijn armen en benen minder kon gebruiken dan voorheen, en dat hij geen mogelijkheden meer zag om zijn werk uit te oefenen. Wat volgde was de voorbereiding op het gesprek met de arbeidsdeskundige.⁹¹

Dat het gesprek met de arbeidsdeskundige werd aangegaan, betekende in feite dat het oordeel was geveld dat de verzekerde niet in zijn oude betrekking kon terugkeren. Dat oordeel was versterkt doordat de revalidatiearts had aangegeven de behandeling te staken. De 'eindtoestand' was bereikt. Bovendien ging het niet goed met de me-

89 a.w., 650.

90 a.w., 651.

91 a.w., 651.

belzaak en had de werkgever aangegeven een fusie aan te willen gaan met een groter bedrijf. De kans was dus groot dat de oude baan helemaal niet meer zou bestaan. Terugkeer zou dan nog wel mogelijk zijn, maar alleen in een andere en lagere functie dan voorheen. Een terugkeer naar de administratie zou uitkomst kunnen bieden, waarop de broer van de verzekerde voorstelde hem te laten solliciteren naar een dergelijke functie bij de bank waar hij afdelingschef was. Het loon was weliswaar niet hoog, maar door het volgen van cursussen zou daar in de toekomst verandering in kunnen komen. Het was echter de vraag of de verzekerde een terugkeer in zijn eerste beroep ambieerde.⁹²

De arbeidsdeskundige verzocht een psychotechnisch onderzoek in te stellen, waarbij de vraag was of de werknemer 'voldoende gemotiveerd en psychisch geschikt' was 'voor een administratieve werkring en opleiding na dit ongeval en met een arbeidsverleden waarin hij veel mensen sprak en niet op één plaats - aan een bureau - was "vastgeprikt", wat in de toekomst wel het geval' zou zijn. Maar zou het volgen van een opleiding, om daarin op termijn weer verandering te kunnen brengen, niet een te grote belasting voor de werknemer vormen, 'gezien ook zijn leeftijd en zijn gezin'?⁹³

Eerst echter werd, omdat hij voorzieningen in het dagelijkse leven nodig had, de werknemer verwezen naar het Revalidatie Instituut Muiderpoort, waar hij enkele maanden zou verblijven. Geconstateerd werd dat, doordat behalve de linkerarm nu ook de rechterarm beperkingen kende, er niet alleen in het werk problemen waren ontstaan, maar ook bij de verzorging en het eten en drinken. Ook kon hij alleen typen op een elektrische machine. Via de WAO werden uiteindelijk naast een dergelijke typemachine, ook andere hulpmiddelen verstrekt, zoals aangepast bestek en een aangepaste kam en nagelborstel. In een auto werd stuurbevestiging aangebracht, alsmede een aangepast gaspedaal. Uit dit alles bleek 'weer, dat de patiënt beslist gemotiveerd is en een actieve, intelligente man is, die graag vooruit wil'. Hij was eerlijk, legde makkelijk contact, was precies in zijn werk, 'soepel in het opvolgen van instructies, niet eigenwijs en beslist vindingrijk'. Het psychologisch onderzoek van het revalidatie-instituut had geleerd dat de man voorafgaand aan zijn ongeval, door middel van cursussen en drang tot promotie, zijn somatische tekorten had willen (over)compenseren. Die wil had hij behouden. De motivatie tot werken had hem niet verlaten, ook niet als het ander en minder goed betaald werk was dan hij gewend was.⁹⁴

Intussen was het jaar Ziektegeld verstreken en was bij het perifere kantoor van de GMD de adviesaanvraag einde wachttijd binnengekomen. Dat was in het gros der gevallen het begin van de bemoeienissen van de GMD, maar dus niet in dit geval, vanwege de spontane melding. De arbeidsdeskundige had inmiddels verschillende mogelijkheden voor werk bekeken, en het was hem gebleken dat de bank van de broer van de verzekerde inderdaad de beste mogelijkheden bood 'op een optimale wederinschakeling, gezien ook het psychologische rapport' van Muiderpoort. Kort na terugkeer uit

92 a.w., 651, 653.

93 a.w., 653.

94 a.w., 654-655.

Muiderpoort werd afgesproken dat hij bij een regionaal kantoor kon beginnen, ongeveer 30 kilometer van zijn woonplaats. Op grond van artikel 60 van de WAO - waarin de voorwaarden voor voorzieningen tot 'behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid evenals [...] ter verbetering der "levensomstandigheden"' waren neergezet - kon hem voor het woon-werkverkeer een auto worden verstrekt, die uiteraard weer werd aangepast.⁹⁵

In de maanden erop bleek dat het werk de verzekerde steeds beter beviel. Was in overleg met de werkgever de arbeidsongeschiktheid de eerste maanden op 80 tot 100 procent gehouden, omdat niet te verwachten was dat het werk voor de bank al direct 'lonend' zou zijn, al snel kon het ongeschiktheidspercentage naar 65 tot 80 worden teruggebracht. Een jaar later kreeg hij het bericht voor een fikse loonsverhoging in aanmerking te komen, waardoor de arbeidongeschiktheid nog een klasse naar beneden kon. Afgezien van een bronchitis kort daarop, bleef de situatie 'zich gunstig ontwikkelen'.⁹⁶

De tweede patiënt werd pas aan het einde van zijn ziektejaar door de bedrijfsvereniging aan de GMD gemeld. Het betrof een 45-jarige bouwvakker met klachten aan de rechterschouder. Het waren klachten die waarschijnlijk hun oorsprong vonden in een twintig jaar oude fractuur, maar die sinds enkele jaren verergerden, resulterend in pijn en bewegingsbeperking. De diagnose behelsde onder meer artrose. De man was al veertien maanden niet aan het werk en behandeling had geen succes gehad, ondanks dat het een coöperatief persoon betrof. Psychosociale problematiek was afwezig. Het intelligentiepeil was niet hoog, 'maar voor zijn beroep toereikend'. Hij miste het werk, zowel financieel als persoonlijk, maar de functiebeperking was zo groot dat hij 'voor zijn werk volledig arbeidsongeschikt' was.⁹⁷

De arbeidsdeskundige bracht naar voren dat het voor iemand met een dergelijke beperking onmogelijk was om werk te vinden met eenzelfde verdien capaciteit. Omscholing werd wel overwogen, maar verworpen. Er had dan een psychologisch beroepskeuzeonderzoek kunnen worden gedaan, maar daar viel niet veel van te verwachten. Bovendien wilde de man met zijn handen blijven werken. Dit betekende dat er slechts ongeschoolde arbeid overbleef die met één hand, en dan ook nog eens de verkeerde, kon worden uitgevoerd. De beloning die daar tegenover stond was zo laag 'dat hij dan in een zeer hoge arbeidsongeschiktheidsklasse zal moeten worden ingedeeld en waarschijnlijk tot zijn 65ste jaar in lager beroepsniveau een geringer inkomen zal verwerven en min of meer klachten zal behouden'. Dat lagere beroepsniveau zou waarschijnlijk ook nog eens frustrerend werken en daarmee de genezing niet bepaald bevorderen, integendeel. 'In afwachting van verder onderzoek' werd hij derhalve ingedeeld in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse.⁹⁸

95 a.w., 656-658.

96 a.w., 658-659.

97 a.w., 660-661.

98 a.w., 661.

De volgende optie was een operatie. In overleg met de huisarts werd de werknemer naar een orthopedisch chirurg gestuurd, die constateerde dat de sterkte van de arm nog slechts dertig procent was van wat als normaal kon worden gezien. Reeds de dag na de operatie begon de revalidatie met eenvoudige bewegingsoefeningen. Al snel werd duidelijk dat de functiebeperking was verminderd, maar dat gold helaas ook voor de kracht in de arm. Langzaam maar zeker echter begon de revalidatie aan te slaan, waardoor na drie maanden ook de kracht weer duidelijk was toegenomen, tot 75 procent van het normale niveau. De fysieke therapie werd hierop gestaakt en in overleg en samenwerking met de arbeidsdeskundige, de GMD-arts, de bedrijfsarts en uiteraard de werknemer zelf, werd een arbeidsplaats gevonden. Al was het tempo niet meer zoals voorheen, en al moest bij grote inspanningen een beroep op een ander worden gedaan, de man kon nu in feite zijn oude beroep weer vervullen. Het arbeidsongeschiktheidspercentage daalde daardoor naar de categorie van 25 tot 35 procent. Deze progressie zette door, waardoor een goed half jaar na de operatie de arbeidsprestatie weer normaal kon worden genoemd. Hij kon weer zijn volle loon verdienen en de WAO-uitkering derhalve gestaakt.⁹⁹

5.3 *De maatschappelijke context*

Als we bovenstaande gevalsbeschrijvingen van en uit de praktijk vergelijken met die uit de eerdere perioden dan kan ook daaruit worden geconcludeerd dat het denken over arbeidsongeschiktheid van karakter was veranderd. Dat was niet alleen binnen de GMD zo, maar in de gehele maatschappij. Die maatschappelijke context is het onderwerp van deze paragraaf.

De veranderde patiënt

In 1967 schreef C. van Norren, toen nog van de medische dienst van Philips en later de GMD-districtsarts Eindhoven, dat de WAO in het teken stond van 'het langdurig verzuimen'. Dat nu nam sedert de jaren vijftig hand over hand toe.

Met uitzondering van de tuberculose zijn nagenoeg alle in Nederland bekende ziekten verantwoordelijk voor deze toename, vooral echter het hartinfarct, het emphyseem en de ziekten der bewegingsorganen. De oorzaak van deze toename wordt gevormd door een complex van factoren. Eén factor is de daling van de mortaliteit, waardoor meer ernstige patiënten dan vroeger in leven blijven. Een andere factor is het niet voorhanden zijn van aangepast werk en de wat afwijzende houding der bedrijven door de veelal zeer lage arbeidsprestatie van mensen die na een langdurige ernstige ziekte op het werk terugkeren.¹⁰⁰

99 a.w., 661-662.

100 Van Norren, 'De revalidatie', 531.

Dit had niets te maken met een toename van de gemiddelde leeftijd der beroepsbevolking. Die was in het tijdvak 1948-1965 niet of nauwelijks veranderd. Wel sprak, zoals gezegd, de daling van de mortaliteit een woordje mee. Mensen stierven vaak niet meer aan ziekten of verwondingen die hun eerder wel het leven zouden hebben gekost, maar ze waren er wel langdurig door uitgeschakeld. Er is dan ook na de oorlog een verschuiving te zien in de problematiek van de claimbeoordeling van acute gevallen naar chronische ziekte, waardoor hernieuwde overdenking van arbeidsongeschiktheid door ziekte en gebrek noodzakelijk werd.¹⁰¹

Maar het was niet alleen een verandering in ziektepatroon die debet was aan de stijging. Het was onmiskenbaar dat de positie van de arts sinds 1945 ingrijpend was veranderd, en zeker die van de arts die te maken kreeg met aanvragen voor arbeidsongeschiktheid. Als oorzaken werd gewezen op de medische ontwikkeling na 1945, de industrialisatie, de uitbouw van de sociale wetgeving en de verandering van opvattingen over ziekte en gezondheid. Daarmee hing de veranderde patiënt, die heel wat zelfbewuster en mondiger de spreekkamer binnenstapte dan voorheen, sterk samen. Dit had gevolgen voor de arts-patiëntrelatie. Volgens A.F.J. Gentis, medisch adviseur van de bedrijfsvereniging voor de textielindustrie te Enschede, nam de patiënt geen genoegen meer met het oordeel van de huisarts en wachtte óf het oordeel van de controlerende arts af óf vroeg om een verwijfsbrief voor de specialist die het wel beter zou weten. Het gevolg was, zo schreef hij in 1963, dat veel huisartsen zich niet meer uitspraken over de vraag 'arbeidsongeschikt of niet'. Daardoor was ook de houding tegenover arbeidsongeschiktheid veranderd. Veel mensen dachten te snel dat iedere ziekte of verwonding, een afwezigheid van algeheel welzijn, meteen ook arbeidsongeschiktheid inhield. De discrepantie tussen een dergelijke houding en bijvoorbeeld die van de hen controlerende artsen was groot. Artsen waren immers 'allen gewend, ook al ontbreekt er wat aan dit "welzijn", om óf door te werken óf weer aan het werk te gaan'. Het dwong tot kritisch kijken, maar zorgde ook voor stof tot conflict en voor discussie met andere belanghebbenden.¹⁰² Ook Jonk klaagde over de neiging om te proberen de Ziektewet helemaal vol te maken om dan 'eenmaal over de eindstreep gekomen, omhelsd te worden door Vrouwe Invaliditeit. Hebben wij het soms te goed?'¹⁰³

J.A. Weijel, hoofd medisch onderzoek van de GMD-Amsterdam, schreef, eveneens in 1965, het te betreuren dat de sociale opvoeding in de verdomhoek was geraakt. 'De massaficering, de urbanisatie en de vertechnisering' droegen namelijk niet bepaald bij aan een actieve en in zijn taak belang stellende mens. Velen leden onder de huidige 'indirectheid' van het bestaan.¹⁰⁴ Zeker, de sociale zekerheid was een groot goed, 'een hoeksteen van de moderne humane maatschappij'. Maar jarenlange ervaring 'met het ziektegedrag van de lagere klasse' hadden duidelijk gemaakt dat die hoeksteen een

101 a.w., 532-533; schriftelijke opmerking J.W. Koten, hfdst. 4, 17-18.

102 Gentis, 'De controlerende arts', 149-150, 152; zie ook: Van der Pas, 'De positie van de controlearts', 730;

103 Jonk, 'Anti-revaliderende elementen', 435.

104 Weijel, 'Psychosociale factoren', 428-429.

prijs had.¹⁰⁵ Overigens liet ene Z., waarachter waarschijnlijk R.L. Zielhuis, redacteur van het TSG, schuilging, weten dat het hem opviel dat termen als ‘mentaliteitsverandering’ of ‘verslapping van verantwoordelijkheidsgevoel’, waaraan dan meestal een nostalgisch verlangen naar de jaren dertig werd vastgekoppeld, meer uit de mond van controlerend geneeskundigen en adviseurs van bedrijfsverenigingen was te horen, dan uit die van bedrijfsartsen.¹⁰⁶

Hoe dat ook zij, te weinig specialisten zagen zichzelf als adviseur van de huisarts.¹⁰⁷ Het was zeker niet alleen aan de patiënten zelf te wijten als die langer dan noodzakelijk van een uitkering genoten. Zeker, zo schreef Jonk, ‘sommige simplen van geest (of juist niet)’ hadden ‘een feilloos combinatie-vermogen om de uitspraken van alle medici, die zij in hun arbeidsongeschiktheidsperiode (en dat zijn er vaak 4 tot 6) zo te interpreteren dat zij helemaal nooit meer mogen werken “op doktersbevel”.’ ‘Tot hypochondrie neigende patiënten klampen zich aan allerlei uitspraken van de verschillende artsen vast.’ Maar het aantal van ‘deze soort begaafden’ was niet groot. Waarschijnlijk was het aantal medici, ‘vooral specialisten’, dat de patiënten mededeelde dat zij nooit meer hun werk mochten oppakken, veel groter, ‘terwijl zij enerzijds de inhoud van dat werk niet of nauwelijks kennen en anderzijds geen kennis van of ervaring in de arbeidsfysiologie hebben’. Dit speelde helaas ook een rol ‘bij de meerdere vaste deskundigen van de Raad van Beroep’ die alleen werden benoemd omdat zij een naam als goed clinicus hadden.¹⁰⁸

5.4 De integrale geneeskunde

Wat ook niet van de invoering van de WAO is los te zien, noch van de overgang van *risque social* naar *risque professionnel*, is de opkomst van de ‘heel de mens’-geneeskunde; de integrale medische visie van mensen als de genoemde Andries Querido, schrijver van het boek *Inleiding in de Integrale Geneeskunde*. In directe zin was de discussie over de integrale geneeskunde geopend door een artikel uit 1962: ‘The whole man goes to work’, geschreven door S. Buijs, chef dienst personeelszaken van de NS.

De tijd dat de medicus uitsluitend aandacht had voor de lichamelijke factoren van zijn patiënt ligt al lang achter ons. Hij weet thans dat de psychische conditie van een patiënt en ook de sociale omstandigheden voor diens lichamelijke toestand van groot belang zijn. De arts ziet in zijn werk inderdaad naar de gehele mens, het individu in zijn totaliteit, die op een gegeven ogenblik en dan meestal voor een lichamelijke aangelegenheid hulp en advies van de arts komt inroepen.¹⁰⁹

105 Weijel, ‘De invloed van sociale zekerheid’, 213.

106 [Z.], ‘Ziekteverzuim en “mentaliteit”’, 465.

107 Weijel, ‘Psychosociale factoren’, 428.

108 Jonk, ‘Anti-revaliderende elementen’, 434-435; Weijel, ‘Arbeidsgeschiktheid en psyche’, 686.

109 Buijs, ‘The whole man’, 434.

De aandacht voor de integrale geneeskunde was al ouder en had in 1946 een belangrijke impuls gekregen toen de WHO gezondheid omschreef als 'een toestand van volmaakt lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn'. Weliswaar was kritiek daarop mogelijk, omdat daarvoor het begrip 'welzijn' te vaag was, maar het waardevolle element was dat duidelijk werd dat gezondheid meer was dan de afwezigheid van een bacteriële infectie. Dit werd tevens erkend in de definitie van de sociaal-geneeskundige A.Th.L.M. Mertens en hoogleraar sociale geneeskunde R. Hornstra uit 1962. Naast fysieke, chemische en biologische factoren, speelden ook psychische en sociale elementen een rol in het bepalen van begrippen als ziekte en gezondheid.¹¹⁰

De voorzitter van de Centrale Raad van Beroep stelde aan Mertens en Hornstra de vraag of 'arbeidsongeschiktheid, voortvloeiende uit krachten, welke van louter functionele aard zijn, [moest] worden aangemerkt als ziekte in de zin der wet' of 'van klachten van louter functionele aard een omschrijving' was te geven?¹¹¹ Het antwoord was:

Wij verstaan onder functionele klachten subjectieve onlustgevoelens - pijn is hiervan een belangrijk specimen - of functiestoringen van organen, waarvoor met de ter beschikking staande diagnostische mogelijkheden geen of geen voldoende lichamelijke basis gevonden wordt. Het is de arts in die gevallen echter in de regel wel mogelijk om, mede op grond van de beschouwing van de persoonlijkheidsstructuur van de verzekerde, diens biografische anamnese, arbeidsverleden en actueel gedrag, te differentiëren tussen reële klachten als uiting van ziek zijn, althans van zich ziek gevoelen en mogelijke simulatie of aggravatatie anderzijds. Wanneer de arts op grond van zijn onderzoek van de gehele persoon diens functionele klachten reëel acht, zijn deze naar onze mening als ziekte in de zin der wet te beschouwen. Het lijkt ons onjuist om bij simulatie en aggravatatie van functionele klachten te spreken.¹¹²

Mertens en Hornstra pleitten ervoor dat er minder nadruk zou worden gelegd 'op verstoring van het evenwicht, dan op het procesmatige van de aandoening'. Zij wilden die verstoring, zo bepalend in de definitie van Heymans en Baart de la Faille, laten vallen en alleen een van de normale ontwikkeling afwijkende aandoening nog als ziekte betitelen. Een degeneratieve rug leidde bijvoorbeeld wel tot arbeidsongeschiktheid, maar was, als zij volgde op een hard arbeidsverleden in combinatie met het verouderingsproces, in hun ogen niet een ziekte te noemen. Het betekende dat dan in veel gevallen waarin nu nog wel het oordeel 'ziekte' viel, dat oordeel dan niet meer zou kunnen of mogen worden geveld. De redenering werd echter door de CRvB verworpen, mede door pleidooien van de arts en Eerste Kamerlid voor de CPN, B.S. Polak. Hij was verbonden aan het Bureau voor Rechtsbijstand dat veel werknemers in hun

110 Modderaar, 'Het werkterrein', 109.

111 Taalman Kip, 'Arbeidsongeschiktheid door ziekte', 145.

112 a.w., 145.

procesgang bijstond. Mertens en Hornstra konden niet bestrijden dat 'strikt medisch gezien' - en dat was dus iets anders dan een sociaal-medische opvatting - van ziekte sprake was. Het ging niet aan iemand niet ziek te noemen omdat die afwijking niet ongewoon was voor een bepaalde categorie arbeiders, en zeker niet als het wel of niet gebruiken van die term besliste over het wel of niet verkrijgen van een vergoeding voor loonderving.¹¹³

Door de nadruk op 'heel-de-mens' veranderden de behandelende én de controlerende arts van de vooroorlogse, objectivistisch, scientistisch en individualistisch ingestelde medici - een beroepsinvulling die aan de grondslag had gelegen van de scheiding van behandeling en controle - in artsen die tevens keken naar maatschappelijke en psychologische componenten.¹¹⁴ Dit leidde tot een herwaardering van de huisarts omdat die, aldus Weijel in 1965, weet had van de samenhang van klachten van patiënten met hun maatschappelijke omstandigheden. Een juiste, integrale behandeling door de huisarts zou veel arbeidsverzuim, laat staan arbeidsongeschiktheid, vermijden.¹¹⁵ Verrassend is dit standpunt van Weijel niet. Hij had reeds in zijn uit 1958 stammende proefschrift, *Psychiatry in General Practice*, een lans gebroken voor zowel psychische problematiek als het werk daarbij van de huisarts. Desondanks concludeerde hij dat die visie ook in 1965 nog vrij nieuw was.

De moderne opvatting is [...] dat de mens altijd als totaliteit reageert, altijd als geheel handelt, bij ziekte en gezondheid. [...] Men heeft de zieke als persoon herkend; de rol van zijn persoonlijkheid bij het ziek worden, het ziek blijven en het herstel leren beoordelen; zo ook de invloed die zijn milieu, zijn gezin, zijn werk op het ziekteproces had. Pas de laatste jaren is men duidelijker gaan zien dat er nóg een factor is die een rol speelt bij dit proces: de relatie van de patiënt met zijn arts.¹¹⁶

In 1970 staken Weijel en diens collega bij de Amsterdamse GMD, A.A. Oostenbrink, de loftrompet over Querido. Door te benadrukken dat ziekte en dus ook revalidatie 'niet alleen van medische maar ook van psychische en sociale factoren afhankelijk' was, had de Leidse hoogleraar de geneeskunde de uitweg uit allerlei problemen gewezen. Verwaarlozing van psychosociale omstandigheden betekende een verslechtering van de kans op herstel en revalidatie en dus moest elk medisch handelen worden uitgestrekt tot het somatische, het psychische en het sociale veld 'eventueel met behulp van de maatschappelijk werker of psychotherapeut'.¹¹⁷

Maar dit betekende nog niet dat er ook meer redenen waren om iemand arbeidsongeschikt te verklaren. Weijel wees erop dat er naast het recht op een uitkering, de

113 Van Leeuwen, 'De Centrale Raad van Beroep als iudex viator', 85-86.

114 Van der Pas, 'De positie van de controlearts', 730.

115 Weijel, 'Psychosociale factoren', 428.

116 a.w., 423; schriftelijke opmerking J.W. Koten, hfdst. 4, 19.

117 Weijel, Oostenbrink, 'Motivatie en geschiktheid', 325.

uit solidariteit voortkomende plicht was om te werken, zodra dat enigszins mogelijk was. De arts die een oordeel moest geven over de arbeidsgeschiktheid van een individu, moest zowel antwoord geven op de vraag ‘moet de patiënt al werken?’, als op de vraag ‘kan de patiënt al werken?’. De vraag of de patiënt al kón werken was een medische vraag.

De patiënt die om bijv. financiële redenen de arts verzoekt [het werk] te mogen hervatten, doch die om medische redenen daartoe nog niet in staat geacht wordt, reageert anders dan de patiënt die gevraagd heeft, of hij nog niet behoeft te werken en wiens verzoek eveneens wordt afgewezen. De conflicten ontstaan veelal in de laatste sfeer en vrijwel alle beroepszaken gaan over dit probleem.¹¹⁸

Met de vraag of de patiënt al móest werken werd dan ook met name een sociaal probleem aangesneden.

De gemeenschap kan immers niet tolereren, dat een individu zich aan het arbeidsproces onttrekt op grond van subjectieve bezwaren. De arts moet in het laatste geval de gemeenschap beschermen tegen misbruik, terwijl in het eerste geval het individu tegen zichzelf beschermd moet worden.¹¹⁹

Dit ging ook op voor psychische factoren. Van Wirdum liet in 1964 weten dat psychosen weinig problemen opleverden. Die leidden vrijwel altijd tot het oordeel ‘arbeidsongeschikt’. Maar bij neurosen lag dat wezenlijk anders. Die gaven weliswaar subjectief aanleiding tot eenzelfde diagnose, maar nader onderzoek leerde vaak dat de betrokkene wel degelijk de vermogens had ‘om allerlei soorten opdrachten, die van hem in zijn werk’ zouden worden geveerd, ‘uit te voeren’. Medisch gezien was er dan dus wel sprake van ziekte, maar zeker niet altijd ook van arbeidsongeschiktheid.¹²⁰ Dit kwam bijvoorbeeld duidelijk in de renteneurose tot uiting, die overigens volgens Weijel in zuivere vorm niet al te vaak voorkwam, wat ook voor zoiets als simulatie opging. Over de renteneurose zei Weijel dat er merendeels sprake was van ‘een neiging tot ziekte winst bij een bijna afgelopen ziekte toestand’.¹²¹

De vraag bij die toegenomen aandacht voor ‘heel de mens’ is natuurlijk of dat,

118 Weijel, ‘Arbeidsgeschiktheid en psyche’, 683.

119 Idem, 683.

120 Van Wirdum, ‘De medische beoordeling’, 638.

121 Weijel, ‘Psychosociale factoren’, 428. Ook Taalman Kip zei dat simulatie weinig voorkwam, anders dan aggraving. Maar ook daarbij moest worden opgemerkt dat slechts zelden van een bewuste actie sprake was. ‘Bijna altijd wordt bedoeld, dat de betrokken verzekerde [...] de pijn [...] erger aangeeft dan een normaal individu zou doen, omdat de verzekerde een neiging tot neurotische reacties heeft.’ Taalman Kip, ‘Arbeidsongeschiktheid’, 147. Weijel zei dan ook dat het begrip ‘aggravatie’ niet denigrerend of negatief moest worden opgevat. In tegenstelling tot simulatie gebeurde het vaak half-bewust of zelfs onbewust. Vaak ontstond aggraving ook pas tijdens de periode van herstel omdat er in die tijd iets ergs gebeurde in het milieu van de zieke of gekwetste. Wel zou dit in de toekomst, als het onderscheid ziekte-ongeval verdween, alleen maar erger worden, Weijel, ‘Psychosociale factoren’, 428.

vanuit het oogpunt van de patiënt bekeken, dat ook betekende dat hij op meer compassie kon rekenen. Het vervolg van Weijels relaas maakt duidelijk dat dit in ieder geval niet vanzelfsprekend het geval was. Hij stelde dat de huisarts te maken had met de 'klagende mens', en de controlerende geneeskundige met 'de falende mens', de homo deficiens, 'de mens die faalt in de uitoefening van zijn maatschappelijke plicht en opdracht die in ons sociaal contract stilzwijgend is verdisconteerd'. Als problemen langer aanhielden dan gedacht dan was er een gegronde reden verder te kijken dan het soma. 'Dit is een eis van efficiency.' Het soma was immers slechts één van de zaken die bij arbeidsongeschiktheid een rol speelden, en wellicht niet eens de belangrijkste. 'Veel belangrijker' bijvoorbeeld was 'het probleem van de ongeschikte arbeid'. Een man die een hernia had gehad, moest geen kolensjouwer meer worden. Dat was vragen om het stempel van arbeidsongeschiktheid, als daar al niet malafide naar was gezocht. Het was psychisch heel belangrijk dat er altijd naar een schuldige voor een ziekte of, met name, een ongeval werd gezocht, bijvoorbeeld in de persoon van de werkgever of de controlerende geneeskundige. 'De renteclaim moet dan alles verzoeven.' En zeker in de huidige welvarende tijden was dat een probleem. 'Naarmate wij materieel gelukkiger worden, accepteren wij ongeluk minder.'¹²²

Hieruit volgde, nauw samenhangend met de integrale medische visie en de vraag of de patiënt al moest dan wel kon werken, de opvatting dat het eerste wat een arts zich moest afvragen en waarop hij het antwoord moest zien te vinden, niet zozeer was wát de mens mankeerde, waaróver hij klaagde, maar waaróm hij iets mankeerde, waaróm hij klaagde. Wederom was het Weijel die daarop in 1961 de aandacht had gevestigd en door middel van een voorbeeld had verduidelijkt. De arts moest vooral 'niet naïef reageren op de buikklachten met een internistisch onderzoek, als de patiënt al vele malen naar internistische poliklinieken' was doorverwezen, waar vervolgens nooit iets somatisch was vastgesteld. Dan was de gebruikelijke gang van zaken dat de arts de patiënt meedeelde, dat hij 'niets' mankeerde en 'dus' weer aan het werk moest. Het stereotype antwoord was vervolgens: 'Maar ik heb toch die pijn, ik voel dat toch.' Maar dat zei niks. 'Zelfs een simulant moet een reden hebben voor zijn simulatie.' Het ging er niet om wat iemand had, maar waarom hij iets had, waarom hij meende niet te kunnen werken, waarom hij onwillig was. De redenen daarvoor lagen 'zowel op het somatische, het psychische als het sociale gebied'. Onwil het werk te hervatten was vaak niet het gevolg van een ziekte of een gebrek, maar een symptoom van iets anders.

Een beginnende hersentumor geeft aanvankelijk neurasthene klachten; vreemd gedrag kan het gevolg zijn van een beginnende perniciose anaemie, maar ook van huwelijksproblemen, kleine conflicten in de werkplaats, promotiekwesties of diepgaande onbewuste neurotische conflictsituaties van bijv. homo-erotische aard. [...] [Het kan zijn dat de patiënt onwillig is] omdat hij nog een week in de Ziekte- of

122 Weijel, 'Psychosociale factoren', 425-426.

Ongevallenwet wil ‘lopen’ om de keuken af te schilderen, om een verhuisde broer of zuster te assisteren bij het opknappen van de woning, maar ook omdat zijn vrouw in het ziekenhuis ligt en hij geen raad weet met de kinderen. Men moet georiënteerd zijn over de levensomstandigheden van deze patiënten, wil men een juist oordeel kunnen vellen.¹²³

6 Claimbeoordeling als vak

Met het invoeren van de WAO werd op zijn minst op onderdelen een andere claimbeoordeling gevraagd dan daarvoor. Hoe groot het verschil werkelijk was, is moeilijk vast te stellen. Verschillen werden in de literatuur vooral aangegeven met betrekking tot de OW, maar de WAO had juist veel overeenkomsten met de IW. Hoe dan ook, het denken moest volgens velen meer functioneel worden en minder medisch. Dit ging echter niet zomaar. ‘Het baremale stelsel [...] was zo vertrouwd dat vooral oudere verzekeringsgeneeskundigen hiervan nauwelijks afstand hebben kunnen doen’, schreven Timmer en Koten terugblikkend vanuit 1982. Onvoldoende was beseft dat ‘de vele vragen die aan de medici gesteld werden, zeer veel onderzoek en denkwerk zouden gaan kosten’.¹²⁴ Of zoals Weijel het formuleerde:

Zo goed als voor de huisarts een zeer specifiek werkterrein [...] omschreven kan worden, kan men met evenveel recht verdedigen dat er [...] een gebied van en in de geneeskunde bestaat, dat zich groepeerd om de sociale wetten, die de mens moeten vrijwaren voor armoede in tijden van ziekte. De patiënt wordt van dit gezichtspunt uit gezien als iemand die faalt in zijn sociale opdracht, in zijn vermogen voor zichzelf te zorgen.¹²⁵

De vraag hoe de taak van de arts er in de WAO zou uitzien werd al snel gesteld en Mertens deed er in 1964 een boekje over open. Hij was enkele jaren eerder beïnvloed door de visie van de Oostenrijkse hoogleraar L. Böhler die de zegswijze ‘revalidatie gaat voor rente’ had geïntroduceerd. Mertens zou dan ook reeds in 1967 waarschuwen voor de desastreuze gevolgen voor de uitvoering van de WAO, als de revalidatie zou worden verwaarloosd.¹²⁶

Er was wel betoogd, zo schreef Mertens, dat het voor een arts vrijwel onmogelijk was iedere minder valide in een bepaalde klasse in te delen. Maar dat werd ook helemaal niet van de arts gevraagd. Hij moest in eerste instantie ‘slechts’ ‘de gehele somato-psychische persoon van de verzekerde’ beoordelen. Die beoordeling moest ‘dan voor de arbeidsdeskundige’ worden vertaald in handelingen die de verzekerde

123 Weijel, ‘Arbeitsgeschiktheid en psyche’, 685, 687.

124 Timmer, Koten, ‘Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder’, 777.

125 Weijel, ‘Psychosociale factoren’, 424.

126 Info: T. Kappelhof.

wel of niet kon en mocht verrichten. Met die wetenschap moest de arbeidsdeskundige vervolgens nagaan welk werk 'bij de capaciteiten van deze verzekerde' paste en voor welke functie hij eventueel in aanmerking kwam. Met andere woorden: in eerste instantie werd volgens Mertens van de verzekeringsgeneeskundige alleen maar gevraagd de medische gegevens te verstrekken waarop de validiteitsschatting kon plaatshebben. Maar daarmee was zijn taak niet ten einde. Daarna was er 'in vrijwel ieder concreet geval samenspraak nodig tussen de verzekeringsgeneeskundige en de arbeidsdeskundige'.¹²⁷

Het vak van verzekeringsgeneeskundige werd er door dit alles niet eenvoudiger op. Zo schreef Weijel in 1965 dat de opkomst van de integrale geneeskunde met name bij sociale verzekeringen had geleid tot een gecompliceerd, in elkaar ingrijpend en op elkaar reagerend samenspel van de somatische aandoening zelf, de meespelende psyche, het milieu, de behandelend en de controlerend geneeskundige, de normen van de wet en de rente.¹²⁸

De consequenties van het met de integrale geneeskunde samenhangende, dynamische arbeidsongeschiktheidsbegrip dat de WAO kenmerkte, waren niet gering. Dit bleek bijvoorbeeld uit een artikel uit 1964 van Breslau, die de zorgen van veel ongevalsdeskundigen omtrent de behandeling en revalidatie van ongevalspatiënten in het kader van de toekomstige WAO deelde. De opzet van de wet was namelijk zo 'dat het uiterst moeilijk' zou zijn om 'tot een goede coördinatie te komen van alle activiteiten der vele bij de uitvoering betrokken instanties en organen; vooral ook door de in de wet aanwezige scheidingen'.¹²⁹ Bij een functiebeperking in een bepaald gewricht moest de beoordelaar zich ervan vergewissen of andere gewrichten mogelijkheden tot compensatie gaven. Ook die bepaalden immers iemands prestatievermogen en diens graad van arbeidsongeschiktheid. Het was zijn 'ervaring dat juist bij de beoordeling van aandoeningen van de wervelkolom tegen dit principe veelal wordt gezondigd'. Niet echter een kwetsuur, maar het gevolg daarvan voor het arbeidsvermogen moest het uitgangspunt van de arts zijn, wat bijvoorbeeld tot gevolg had dat de logica onder veel van de functieverliestabellen wegviel, zeker als er reeds eerder bepaalde klachten waren. Zo zorgde volgens die tabellen het verlies van een duim voor een arbeidsongeschiktheid van twintig procent. Maar als iemand al reumatische klachten in de hand had, woog het verlies van een duim zwaarder en was de arbeidsongeschiktheid dus groter. Maar ook een effect de andere kant op was mogelijk.

127 Mertens, 'Enkele aspecten', 185.

128 Weijel, 'Psychosociale factoren', 423. Dit valt ook te concluderen uit een één jaar later verschenen stuk van H. Dassel en J.H. Leusink, respectievelijk voorzitter en secretaris van een Utrechtse sociaal-geneeskundige studiegroep. In 'Hoe kan de resterende arbeidsgeschiktheid in het kader van de WAO beoordeeld en in de organisatie van de revalidatie ingebracht worden?', schreven zij dat 'voor de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid na een eventuele revalidatie', het absoluut noodzakelijk was 'de verzekerde te kennen in zijn situatie'. Daarbij waren 'naast de medische gegevens omtrent de aanwezige beperkingen en de resterende bewegings- en belastingmogelijkheden', ook andere factoren van groot belang zoals 'persoonlijkheidsstructuur, reeds aanwezige kennis en vaardigheid buiten het oorspronkelijk beroep, de aanleg en de situatie in het gezin [en] de relatie met de huisarts'. Dassel, J.H. Leusink, 'Hoe kan de resterende arbeidsgeschiktheid', 25.

129 (Van der Pas), 'De medische diensten', 185.

Een door polio-myelitis in ontwikkeling achtergebleven en verlamd onderbeen, dat eigenlijk een waardeloos aanhangsel is en voorzien is van een onesthetisch steunapparaat, wordt door een ongeval getroffen en moet worden geamputeerd. De amputatie van een dergelijk been is meestal geen verlies en de voorziening met een beenprothese geeft zelfs in vergelijking tot het steunapparaat een belangrijke verbetering. Het zou onjuist zijn het verlies van een dergelijk waardeloos been gelijk te willen stellen met het verlies van een normaal onderbeen en er een blijvende ongevallenrente van 40-50procent voor te verlenen.

Tot het tijdstip van aanpassing van de prothese was een uitkering op zijn plaats, maar die kon 'daarna volledig [...] worden beëindigd'. Had de patiënt voorafgaand aan het ongeluk, vanwege zijn been, reeds een gedeeltelijke uitkering, dan kon die als gevolg van het ongeval worden verkleind. Ook hierbij moest men steeds in de gaten houden dat niet het getroffen lichaamsdeel op zichzelf werd beoordeeld, 'maar dat de patiënt een functionele eenheid' was. Het ging erom de gehele persoon als een functionele eenheid te zien, en niet om het beoordelen van het 'geïsoleerde uitvallen van een bepaald orgaan of een onderdeel daarvan'.¹³⁰

Waar er geen uitgewerkte invulling bestond van dat functionele denken hadden de beoordelaars het moeilijk om de claims te beoordelen. Uit de bovenstaande paragrafen zal duidelijk zijn geworden dat het eigenlijke beoordelen van de claim in de geschetste periode ook niet veel prioriteit had; de nadruk lag overduidelijk op de revalidatie en de voorzieningen, met name op de zogeheten leefvoorzieningen, en daar werd dan ook veel aandacht aan besteed. Zeker de publicaties vanuit het Centrale Kantoor van de GMD waren daar sterk op gericht.

Toch is er wel het één en ander gedaan om ook het onderdeel van de claimbeoordeling te ontwikkelen. Wie bemoeiden zich allemaal met de ontwikkeling van het vak van claimbeoordelaar en waarin mondde dat uit? De eerst verantwoordelijke was uiteraard de GMD zelf en dat heeft in ieder geval in één belangrijk werk geresulteerd: het genoemde boek Validiteitsonderzoek, onder redactie van Nap. Een tweede was de afdeling Opleidingen van de GMD die begin jaren zeventig productief begon te worden. Vanuit de GMD, het GAK en de zelf administrerende bedrijfsverenigingen werden bij toerbeurt de verzekeringsgeneeskundige studiedagen georganiseerd, die in paragraaf 6.3 aan de orde zullen worden gesteld. Verder was van 1971 tot zijn dood in 1975 J.A. Weijel hoogleraar verzekeringsgeneeskunde, die zich behalve over de revalidatie ook heeft gebogen over de arts-patiëntrelatie, een voor de claimbeoordeling niet van belang gespeend onderwerp. Hij werd na zijn plotselinge overlijden opgevolgd door eerdergenoemde Polak, volgens velen overigens meer uit politieke dan medisch-

130 Breslau, 'Enkele beschouwingen', 643-645 (citaat: 644).

inhoudelijke redenen.¹³¹ Tot slot zullen de in 1964 gestarte opleiding verzekeringsgeneeskunde en nog enkele andere, kleine actoren aan bod komen.

6.1 *Validiteitsonderzoek.*

Onder de titel *Validiteitsonderzoek* publiceerde Nap, samen met vele anderen, een boek dat de verzekeringsartsen moest helpen bij hun moeilijke taak. Dit boek stond vele jaren bij alle GMD-artsen in de kast als standaardwerk en het is dan ook een mijlpaal in de geschiedenis van de claimbeoordeling. Het was voor het eerst dat door zoveel coryfeeën een poging werd ondernomen om alomvattend de beoordeling van arbeidsongeschiktheid te beschrijven. Het boek behandelt in 16 hoofdstukken algemene aspecten, reïntegratie in arbeid, arbeidsevaluatie en revalidatie, het onderwerp van de verzekering en twaalf orgaanspecifieke thema's. Nap zelf pleitte in de inleiding voor een uitgebreide anamnese en onderzoek, enerzijds als gesprek ter verzameling van informatie, anderzijds als test op de betrouwbaarheid van de aangifte van de belanghebbende. Hij redeneerde zowel argumentatief - wanneer en waarom moet je de claim volgen? - als diagnostisch. Het idee was dat veel informatie, neutraal verzameld in een zorgvuldig gesprek, de beste garantie gaf voor een juist oordeel. Ook besprak Nap de PSA, de psychosociale anamnese, daarbij zwaar leunend op Weijel.¹³² Zij was als uitneembare folder in het boek opgenomen, gaf suggesties van mogelijk relevante vragen, maar was niet bedoeld als kapstok voor het gesprek. De vragen betroffen het ouderlijk gezin (18), scholing (7), beroep (10), huwelijk (9), eigen gezin (10), en overige (10). De vragen waren vrij feitelijk, zelden gingen ze over zaken als wensen en beleving.

Ook Weijel was een van de auteurs in *Validiteitsonderzoek*. Hij zei weliswaar niets over de beoordeling zelf, maar beschreef neurosen en neurotische verschijnselen in het arbeidsleven. Deze moesten worden begrepen vanuit de arbeidseisen aan de psyche. Daarin hanteerde hij een psychoanalytisch perspectief van opvoeding en rijping van de arbeidende mens. Mensen konden meer of minder arbeidsrijp zijn en zich meer of minder aanpassen. Soms was dat ziekelijk, soms niet. Decompensatie was wel ziekte en dat kon zich uiten als een hyperesthetisch emotioneel syndroom of overspannenheid, als dwangneurotische decompensatie, hysterisch of functioneel, of als een psychosomatische aandoening. Er was vaak te weinig psychosociale revalidatie en daarom kwamen mensen in de WAO.

De orthopeed G.M. San Giorgi behandelde de validiteit bij stoornissen van het locomotore apparaat. In het algemeen was daar niet veel van te zeggen en het was ook nauwelijks te kwantificeren. Vanaf het 20^{ste} jaar was er reeds sprake van afbraak van het apparaat; een kleine oorzaak kon daarom grote gevolgen hebben. Voor de beoordeling ging hij uit van fysiologische redentaties over wat allemaal tot beperking

131 Schriftelijke opmerking J.W. Koten, hfdst. 4, 19.

132 a.w., hfdst. 4, 20.

kon leiden: pijn, stijfheid, bewegingsbeperkingen, vermoeidheid. Dat waren allemaal moeilijk vast te stellen zaken en dus was het vooral een kwestie van consistentie en plausibiliteit.

Oogarts G.M. Bleeker behandelde de validiteit bij uitval van het gezichtsvermogen. Ook hierbij betrof het vooral een fysiologische benadering. Het zicht kende veel functies die op verschillende manieren konden zijn gestoord. Hierdoor kon ook éénogigheid tot verschillende schade leiden: scherpste, blikveld, het waarnemen van kleuren of van licht en donker. Voor de OW was het gebruikelijk om één jaar een uitkering van 25 en daarna van 15 procent te verstrekken. Bij de WAO zou dat wisselend moeten zijn. Volgens Bleeker moest dat vooruitgang worden genoemd.

Cardioloog D. Erkelens besteedde aandacht aan de hartpatiënt in het arbeidsleven, waarbij hij met name inging op de invloed van inspanning op hart en vaten. Ook dat was een fysiologische benadering. Net als bij de ogen viel er bij het hart iets te meten. Een bepaalde cardiologische classificatie¹³³ was derhalve van groot belang volgens Erkelens. Functieproeven waren onontbeerlijk.

Hibbels was de man die de in de WAO vervatte verzekering behandelde. Hij ging in op de bepaling van het maatmanloon en de bepaling van de resterende verdien capaciteit. Zoals we al eerder zagen werd de ontwikkeling van het arbeidskundige werk vooral opgepakt door de juristen terwijl de arbeidsdeskundigen zelf meer keken naar de reïntegratie in arbeid. Ook behandelde Hibbels artikel 21 2a en de discussie daarover. Zeer tegen zijn gewoonte in onthield hij zich van persoonlijk getint commentaar.

6.2 *De afdeling Opleidingen van de GMD*

De centrale staf van de afdeling Opleidingen van de GMD vormde een medische en een arbeidskundige stuurgroep om de periferie bij te staan. Deze stuurgroepen bogen zich, wat betreft de claimbeoordeling, over de volgende vraagstukken: psychische weerstanden tegen wederinschakeling in arbeid; een schema voor de psychosociale anamnese; arbeidsfysiologisch onderzoek door het RIM; revalidatie van hartpatiënten; MS; blijvende psychische stoornissen bij schedeltraumata; uitgave van een sociaal geneeskundig informatie bulletin; functioneren van de perifere medici en arbeidsdeskundigen.¹³⁴ Concrete producten of beschreven activiteiten van deze stuurgroepen zijn helaas niet gevonden. Wel is duidelijk dat, zoals gezien, in het begin de centrale sturing sterk was: ieder advies moest via het Centraal Kantoor. Hoe realistisch dit was is onduidelijk, maar dat al snel werd gewerkt aan decentralisering onder een paraplu van instructies, geeft daarvoor een indicatie. Zoals gezegd waren het vooral de juristen die zich bogen over de problematiek van het vaststellen van de maatman en daar instructies voor gaven, voor een belangrijk deel gebaseerd op de zich ontwikkelende jurisprudentie. In de loop van de vroege jaren zeventig kreeg de interne GMD-oplei-

133 De zogenaamde NYHA-classificatie.

134 *Jaarverslag-GMD*, 1968.

ding gestalte in de vorm van een, voor het in aantal snel uitbreidende personeel verplichte, enige maanden durende introductie cursus. Thema's als belasting en belastbaarheid stonden naast weteskennis prominent op de agenda.

6.3 *De verzekeringsgeneeskundige studiedagen*

Jaarlijks werden de meerdaagse Studiedagen Sociale Verzekeringsgeneeskunde georganiseerd, afwisselend door GMD, GAK of een zelfadministrerende bedrijfsvereniging. Dit was een vervolg op een initiatief in 1957 van de DETAM, de bedrijfsvereniging voor de detailhandel. Oorspronkelijk werd er bovenal geprobeerd de huisartsen die controles deden, bij te praten (en mogelijk sociaal te belonen). Het bleek een zodanig succes dat ook de andere zelfadministrerende bedrijfsverenigingen zich er bij aansloten. In 1967 traden dus ook het GAK en de GMD toe, waarmee de studiedagen gericht raakten op de fulltime verzekeringsartsen.¹³⁵ De normale gang van zaken was dat men, na een aantal inleidingen en stellingen van inleiders, in een aantal, vaak medische, arbeidsdeskundige en juridische werkgroepen uiteenging, om met preadviezen terug te keren voor een plenaire discussie.

De Studiedagen Sociale Verzekeringsgeneeskunde van 1970 hadden bijvoorbeeld als thema 'Samenleving en invaliditeit'. Er werd een aantal adviezen gegeven op de diverse terreinen van de integrale geneeskunde, omdat invaliditeit nu eenmaal niet alleen een individueel, medisch fenomeen was, maar ook sociaal-maatschappelijke kenmerken had.¹³⁶ De studiedagen van 1972 gingen over 'Het kortdurende verzuim' en die van 1973 over de plaats van de verzekeringsgeneeskunde bij de uitvoering van de ZW en de WAO in de organisatie van de gezondheidszorg. Daarin was vooral de scheiding van behandeling en controle van belang.

6.4 *J.A. Weijel, hoogleraar verzekeringsgeneeskunde*

Op 1 juni 1971 werd Weijel benoemd tot bijzonder hoogleraar sociale geneeskunde aan de UvA. Dit op voordracht van de Stichting Bijzonder Lectoraat in de Sociale Verzekeringsgeneeskunde vanwege de vereniging Het Gemeenschappelijk Administratiekantoor. Hij zou het blijven tot zijn overlijden in december 1975. Weijel was de man van de psychosociale revalidatie en degene die de PSA het licht heeft doen zien. Zoals gezegd beschreef Nap in zijn Validiteitsonderzoek die anamnese vrij feitelijk, maar Weijel zag er meer in. Uitgangspunt was dat ziekte haar oorsprong had in zowel soma, psyche als milieu. In eerste instantie moest in de PSA de zieke als persoon worden geschetst, in al zijn facetten. Maar zij moest ook bereiken dat het gesprek tot een persoonlijke benadering leidde, tot 'intermenselijk contact', waardoor 'het isolement van de zieke' werd doorbroken. Het wel en wee van de patiënt werden

135 Van der Pas 1968, 93

136 'Algemene inleiding', 492-493.

geschetst, waardoor de lijst ook een instrument in de diagnose werd en de arts inzicht kreeg 'in de samenhang en de wisselwerking tussen de factoren die een rol kunnen spelen bij het uitbreken en in stand houden van de ziekte'; inzicht dus in de vraag hoe de patiënt zijn ziekte ervoer en of hij ermee om kon gaan. De uitkomsten vormden met andere woorden de bodem waarop de therapie moest gaan rusten. De ervaring was dat wanneer de sfeer goed was en de uitleg duidelijk, de PSA doorgaans niet als een verplichting werd gezien, maar als een goede gelegenheid het 'hart eens te kunnen luchten'. Zij leidde er dan ook vaak toe dat de arts meer inzicht kreeg in achterliggende redenen van werkverzuim, zoals 'een slecht functionerend ouderlijk gezin dat onvoldoende bescherming en zekerheid gaf'; 'een stukgelopen huwelijk'; een slechte verhouding met de werkgever, of dreigende werkloosheid. Het vermocht overigens de vaak gehoorde klacht dat de arts te weinig tijd had om werkelijk op de problemen in te kunnen gaan, niet voorkomen.¹³⁷

Achterliggend argument voor het toepassen van de PSA was dus dat ziekte gevolgen had voor de verhouding met de naaste omgeving of de werkvloer, die weer hun gevolgen voor de ziekte konden hebben. Weijel bepleitte haar derhalve ten eerste als lichamelijk lijden kon zijn veróorzaakt door psychische en/of sociale problemen - zoals wanneer een ziekte langer duurde dan op voorhand mocht worden aangenomen, of als een patiënt zich in korte tijd diverse malen ziek meldde, met verscheidene klachten. Een tweede toepassingsmogelijkheid was er als lichamelijk lijden kon léiden tot psychische en/of sociale problemen - zoals wanneer een ziekte waarschijnlijk zeer lang zou gaan duren of zelfs chronisch dreigde te worden, en als invaliditeit voor het eigen werk dreigde en tijdig maatregelen voor revalidatie moesten worden genomen.¹³⁸ Zoals gezegd had Weijel oog voor de bijzondere relatie die arts en patiënt in de sociale verzekering met elkaar hebben. Die verschilde per periode. Van 1901 tot 1945 overheerste het wantrouwen over misbruik. De controlerend geneeskundige wilde betrappen en de behandelende arts wilde niet verraden. Van 1945 tot 1967 overheerste de revalidatie, multidisciplinair, en dat werd het paradigma. Het Revalidatiecentrum van de RVB werd gesticht.¹³⁹ Er werd afgestapt van de controlebenadering.

Van 1967 tot 1971 kwam het accent, met de rechtsgrond, te liggen op het recht op zelfontplooiing en gelijke kansen. De te verstrekken voorzieningen moesten in dat kader worden gezien. De KNMG hield nog steeds afstand tot de sociale verzekering, wat Weijel onlogisch vond. Het kwam voort uit een vooroordeel tegen de controlerend geneeskundige, waarmee de Maatschappij zich vervreemde van het complexe administratieve systeem dat de sociale verzekering is. De sociaal-verzekeringsgeneeskundige was volgens Weijel geen controleur meer en dus was zijns inziens de scheiding van behandeling en controle een anachronisme geworden. De sociale verzekeringsgeneeskundige was een arts met kennis van zaken en een netwerk, die hij kon inzetten

137 'Twee uit duizenden', 652-653.

138 a.w., 652.

139 Door J. Wester, die later hoogleraar verzekeringsgeneeskunde zou worden.

ter bevordering van de belastbaarheid en de psychosociale situatie van de werknemer. Die moest niet passief zijn, maar verantwoordelijkheid nemen. Het oordeel, de spiegel, van de verzekeringsgeneeskundige was daarbij een hulpmiddel. Dit in tegenstelling tot het omslachtige systeem van scheiding van behandeling en controle. Dat maakte mensen eerder onmachtig.¹⁴⁰

6.5 *Het belang van een opleiding*

De WAO zou moeilijk uitvoerbaar worden en dus zou er veel aandacht uit moeten gaan naar 'een speciale opleiding der medische deskundigen als arbeidsgeneeskundigen'.¹⁴¹ Het streven naar wetenschappelijke vorming en het instellen van opleidingen behoorde tot de doelstellingen van de in 1962 door de SVr opgerichte Stichting tot Bevordering der Verzekeringsgeneeskunde (SBV).¹⁴² De eerste voorzet voor een opleiding werd echter gegeven door de arts Y. van der Wielen tijdens een vergadering in februari 1962 van de ANVSG in een lezing over de scheiding van behandeling en controle. 'Bij het rapporteren over een patiënt aan het verzekeringsorgaan door de behandelend dan wel door de controlerend geneeskundige' speelden zowel het kunnen als het mogen een rol.

Voor het kunnen, dat wordt bepaald door de deskundigheid, tellen op het ogenblik interesse en ervaring méér dan opleiding. De opleiding van de huisarts is zeker niet gericht op deze deskundigheid. De na-opleiding van de voornamelijk uit de groep huisartsen voortgekomen controle-artsen is nog zeer onregelmatig.¹⁴³

Op diezelfde vergadering en over hetzelfde onderwerp, ging ook Polak in op de opleiding, of beter: op het gebrek daaraan. Het ontbrak de controlerende arts simpelweg aan specifieke deskundigheid. Te weinig werd de vraag gesteld of, 'beoordeeld volgens medische criteria', hij wel in staat was te bepalen of een individuele patiënt wel of niet bepaalde arbeid kon verrichten. Die deskundigheid zou moeten berusten op een wetenschappelijke basis, maar die ontbrak volledig. Meer dan een louter, en ook nog eens 'zeer primitieve', empirische basis was er niet en het was zeer de vraag of dat kon veranderen. Volgens Polak in ieder geval niet. Er was geen wetenschappelijke basis omdat er geen wetenschappelijke basis kon zijn. Er was alleen en er kon alleen zijn de op ervaring gebaseerde deskundigheid.¹⁴⁴

Het was Hornstra geweest die de voorstanders van een opleiding een theoretische

140 Weijel, 'Van nieuwe mensen', passim.

141 Van der Pas, 'Schatting van de mate', 52-53.

142 Nap, 'Heeft de medische professie', 884.

143 Van de Wielen, 'De scheiding van behandeling en controle', 275. Hetzelfde ging ongeveer tegelijkertijd op voor de bedrijfsgeneeskunde. Daar werd de voorzet gegeven door F. Bezemer, de voorzitter van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde, tijdens zijn antwoord op de installatierede van dat college door Z.E.B. Roolvink, de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Roolvink, 'Rede', 155-156.

144 Polak, 'Scheiding van behandeling en controle', 691-692.

basis had gegeven. Hij had tijdens een lezing in oktober 1962 zijn publiek voorgehouden dat de patiënt van zijn arts verwachtte dat hij hulpvaardig was. Niet voor niets was het woord arts afgeleid van het Griekse woord voor helper: iatros. De controlerend arts was echter niet hulpvaardig, maar rechtvaardig.

Dit is een wezenlijk bepalend facet van de positie van de verzekeringsarts. De controlerend geneeskundige dient een zaak, een recht; een hoge zaak weliswaar, maar een zaak. Zijn dienen is intentioneel niet in de eerste plaats op de patiënt gericht.

Vaak echter had de patiënt het gevoel dat er niet mét, maar óver hem werd beslist. Het was dit soort specifieke problemen dat Hornstra ertoe bracht een speciale opleiding voor verzekeringsartsen te bepleiten,¹⁴⁵ een pleidooi dat van harte werd ondersteund door de SBV.¹⁴⁶ Zij werd, aldus Nap, opgericht 'op grond van de overtuiging dat de medische wetenschap meer dan voorheen zijn belangstelling [moest] richten op o.m. de geneeskundige problematiek van de uitvoering van de sociale verzekeringswetten'.¹⁴⁷ De stichting ontwierp in 1963 een plan voor een B-opleiding in de verzekeringsgeneeskunde, die een kleine drie jaar moest gaan duren, waarvan twee jaar praktijkstage. De secretaris was Van der Pas, en het is dus geen wonder dat ook hij eind 1963 schreef dat de uitvoering van de WAO onmogelijk was als, naast de praktijk als leerschool, 'de sociale verzekeringsartsen niet [ook] een uitermate en specifieke deskundigheid t.a.v. schattingen en revalidatie door een grondige opleiding' konden gaan ontwikkelen.¹⁴⁸

In datzelfde jaar 1963 schreef ook Breslau erover en hij deed dat nadrukkelijk met het oog op de WAO. Hij verschilde met Polak van mening. Ja, de kennis was niet wetenschappelijk, maar daar viel zeker iets aan te doen. Behalve dat er zo snel mogelijk ergens een plek in de beoordelingsketen moest worden gevonden voor de loonen arbeidsdeskundige, zou er vanwege de op stapel staande wet eveneens op korte termijn moeten worden gekomen tot een opleiding voor verzekeringsartsen - wat Breslau, evenals Weijel, een betere benaming vond dan controlerend arts.¹⁴⁹

Het leidde uiteindelijk allemaal tot een voorstel van de Stichting voor een Opleiding in de Verzekeringsgeneeskunde. De daartoe noodzakelijke erkenning als aparte tak van de sociale geneeskunde werd begin 1964 afgegeven door de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC). Aan die erkenning was nog een aparte, lange geschiedenis vooraf gegaan,¹⁵⁰ beginnend kort na de oorlog met het verzoek van C.J. Brenkman om, hoewel sociaal geneeskundige, te worden ingeschreven in het register van medische specialisten van de KNMG, een verzoek dat 'uiteraard' werd afgewezen. Vanuit de ANVSG werd vervolgens vanaf 1949 geijverd voor erkenning

145 Van der Pas, 'De positie van de controlerend geneeskundige', 216-217.

146 'Stichting tot Bevordering', 377.

147 Nap, 'Heeft de medische professie', 884.

148 Van der Pas, 'De positie', 733.

149 Breslau, 'De controlerend arts', 156.

150 Het nu volgende is gebaseerd op F.J. Doeleman, 1968, 18-39.

van de sociale geneeskunde bij de KNMG, een streven dat in 1956 succes opleverde. Daarop moest een structuur van opleiding en registratie worden gemaakt wat nog tot 1960 voortsleepte. Vervolgens konden takken van sociale geneeskunde zich aanmelden voor erkenning wat dus bij de verzekeringsgeneeskunde in 1964 slaagde.

De SGRC lokaliseerde de opleiding te Nijmegen bij het Veegerinstituut en in Utrecht bij het Seminarium voor Praktische Gezondheidszorg.¹⁵¹ Vanaf 1971 bleef alleen Utrecht nog over. De opleiding werd er een volgens het algemene stramien van de sociale geneeskunde: een theoretische basis cursus van vier maanden, verspreid over een jaar, en dan een gespecialiseerde cursus van ongeveer twee maanden theorie en drie maanden stages, afgerond met nog twee jaar werken onder supervisie¹⁵² In de loop van de jaren gingen, aldus de jaarverslagen van de GMD, veel artsen deze opleiding volgen. Wat precies het programma was en in welke mate dat tegemoet kwam aan de noden van de praktijk, is echter niet duidelijk. Tussen 1965 en 1971 schreven zich bij de SGRC 419 artsen in, waarvan alleen al in het eerste jaar 307. Daarna viel het aantal snel terug tot onder de tien in de laatste twee jaar.

Volgens de redacteuren van Arts en Sociale Verzekering - waarover zo dadelijk meer – juichte de minister 'een scholing c.q. nascholing van de verzekeringsgeneeskundigen' toe, en vond hij 'dat deze scholing in dit programma voldoende' lag besloten.¹⁵³ Deze erkenning door de minister werd meteen gevolgd door een pleidooi van Weijel voor een eigen kliniek, waarbij 'de hele mens' weer om de hoek kwam kijken; een kliniek overigens die nooit het levenslicht heeft aanschouwd. Door zo'n kliniek zou op een 'universitaire campus in direct contact' kunnen worden gekomen met de specialistische geneeskunde, maar er moest zelf integraal worden gewerkt. Dus naast de somatische, moest er ook oog zijn voor de psychische en de sociale aspecten van de patiënt, wat ertoe leidde dat de rol die de WAO in de emancipatie van de verzekeringsgeneeskunde speelde, werd gekoppeld aan een rol in de emancipatie van de psychotherapie.¹⁵⁴

6.6 *Andere actoren*

Voortkomend uit de gelederen van de ANVSG had in maart 1969 de oprichting van de Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen (NVVG) plaats. Net als vanuit de ANVSG was er van merkbare activiteit van de NVVG weinig te merken. Het valt op dat bijvoorbeeld de in mei 1971 opgerichte Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) uitgebreid figureert op de verenigingspagina's, maar de NVVG zelf vrijwel afwezig is. Ze speelt wel een rol als er iets voor de hele sector sociale geneeskunde speelt, maar de eigen besognes blijven uit beeld. De NVVG was

151 Van de Weg, 'De opleiding', 634.

152 Mertens 'De opleiding in de sociale geneeskunde', 43.

153 'Revalidatie in het kader van de WAO', 421.

154 Weijel, 'Psychosociale factoren', 429.

vooral met de opleiding bezig. De SGRC meldde dat van de geregistreerde verzekeringsartsen 84procent lid was van de KNMG, 76procent van de NVVG en 70procent van de ANVSG.

Op 17 oktober 1974 was voor het eerst weer sprake van een internationale vereniging, na de in hoofdstuk 2 en 3 genoemde Internationale Vereniging voor Ongevalleneeskunde. Die laatste is vermoedelijk tijdens de oorlog ter ziele gegaan. Nu werd de UEMASS opgericht, de Union Européenne des Médecins d'Assurance et de Sécurité Sociale. Deelnemende landen waren Nederland, België, Frankrijk en Duitsland. De UEMASS kende een lange incubatietijd, maar hield zich vanaf 1985 vooral bezig met het organiseren van een tweejaarlijks congres, gericht op gezondheidszorg en arbeidsgeschiktheid.

Arts en Sociale Verzekering werd het in de tijd van de WAO belangrijkste tijdschrift voor het vak van claimbeoordeling. Het was in 1962 op initiatief van Hornstra in het leven geroepen. Het werd gesubsidieerd door de SVR, ruim verspreid, en vanaf 1 maart 1963 driemaandelijks aan het TSG toegevoegd. Het ontwikkelde zich tot de opvolger van het Geneeskundig Tijdschrift van de RVB. Evenals dat blad hielden beroepsgenoten er elkaar op de hoogte van belangrijke ontwikkelingen op hun vakgebied. Het was tevens bedoeld om behandelende artsen bij de sociale verzekering te betrekken. Na een conflict met de redactie van het TSG, en het intrekken van de subsidie door de SVR, werd onder de naam Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde (TVG) een nieuwe start gemaakt, nu met subsidie van de GMD. De verschijning werd nu twee-maandelijks.¹⁵⁵

In het midden van de jaren zeventig werd de kritiek op de uitvoeringspraktijk van de WAO steeds groter. Het aantal mensen dat vanwege de wet een uitkering ontving, bleef stijgen. Dit betekende dat ook de kostenpost bleef stijgen en dat terwijl de economie stagneerde. In diezelfde tijd zou er een nieuwe wet worden behandeld, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). De invoering van die wet werd aangegrepen om de bedenkingen tegen de WAO publiekelijk te ventileren, en haar parlementaire behandeling en daaropvolgende invoering vormen dan ook het beginpunt van hoofdstuk 5. Dat zal de periode vanaf het midden van de jaren zeventig tot de Parlementaire Enquête van 1993 behandelen.

7 Conclusie

Op 1 juli 1967 trad de WAO in werking. Zij verving met name de OW van 1921 en de IW van 1919. Met de invoering ervan werd het risqué social het leidend beginsel in de verzekering tegen loonverlies door ziekte en verwonding. Het deed er nu niet meer toe waardoor men arbeidsongeschikt was geworden. Nieuw was dat het verlies aan ver-

155 Doeleman, 'De taakinhoud', 227;

dien capaciteit in 7 klassen moest worden uitgedrukt. Betrekkelijk nieuw was de grote nadruk op de revalidatie voor werk als hoofdtaak van de GMD bij de uitvoering van de WAO. In de beoordeling werd het economische aspect van de arbeidsongeschiktheid van veel groter belang dan voorheen en daarmee nam men afscheid van de medische schaal van mate van ongeschiktheid. In plaats daarvan kwam de vaststelling van verlies aan verdien capaciteit door een combinatie van medisch en arbeidskundig onderzoek. Nieuw was tenslotte ook een gefixeerde wachttijd van 52 weken voor de WAO, in combinatie met een verlenging van de Ziektewet naar diezelfde 52 weken. In de hier beschreven periode heeft de wetgever de wet vastgesteld en verder geen wijzigingen aangebracht in de wet. De Eerste Kamer had wel wat twijfels en droeg de GMD op om te rapporteren of gehandicapten nu inderdaad goed aan het werk kwamen, of er geen mensen ten onrechte aan de arbeidsmarkt werden onttrokken en hoe de schatting in de praktijk uitpakte.

De uitvoering werd in handen gelegd van de nieuw opgerichte GMD en de bedrijfsverenigingen. Deze maakten een taakverdeling, uitgaande van de bijzondere expertise van de GMD inzake de schatting van de mate van de arbeidsongeschiktheid en de revalidatie. De evidente gevallen (van verwachte spoedige werkhervatting dan wel verwachte blijvende volledige arbeidsongeschiktheid) bleven bij de bedrijfsverenigingen en hun medische dienst, de andere gevallen gingen naar de GMD. Vriend en vijand verbaasden zich vervolgens over de ontwikkeling die ontstond: van stonde af aan raakte een groot gedeelte van de mensen die de wachttijd vol maakten volledig arbeidsongeschikt en het grootste deel van de gevallen werd afgedaan bij de bedrijfsverenigingen in plaats van door de GMD. De GMD werd overspoeld door de massaliteit van de aanvragen en stortte zich vooral op de revalidatie voor arbeid en veel minder op de kritische keuring bij de poort van de WAO. Gedurende enkele jaren deed de GMD spontaan verslag van deze ontwikkelingen in antwoord op de vragen van de Eerste Kamer, maar vervolgens verdwenen deze punten van de agenda en functioneerde de WAO als afvloeiing van de arbeidsmarkt, met instemming van overheid en sociale partners.

Voor de claimbeoordeling richtte de GMD wel een staf in en er werd ook gewerkt aan het professioneel uitvoeren van de beoordelingen. Hij had succes met het realistisch schatten van mensen die deels werkten, en met de revalidatie. Dat waren echter beide vrij kleine groepen. Het ontwikkelen van methoden en kennis voor de claimbeoordeling van de grote groep mensen die niet werkten, kwam niet echt uit de verf. Dit zal voor een belangrijk deel daaraan te wijten zijn geweest dat het schatten op theoretische verdien capaciteit op weerstand bleef stuiten en het kritisch beoordelen van iemands mogelijkheden om te verdienen bijgevolg weinig consequenties had. De logica van de GMD zal er ook debet aan zijn geweest: de schatting van de mate van ongeschiktheid moest het eindpunt zijn van een traject van revalidatie en reïntegratie in passende arbeid. Als zo'n traject niet was doorlopen lag een theoretische schatting van iemand die geen werk had of zou vinden, minder voor de hand.

Het werk was intussen veel artsen onaangenaam; de verzekeringsartsen werden met wantrouwen door hun patiënten (en behandelende collega's) bekeken; zij bekeken veelal de patiënten met eenzelfde gevoel; de opleiding sloot niet op het verzekeringsgeneeskundig beroep aan, en het vak was niet bepaald populair waardoor men constant met een tekort aan ervaren beoordelaars kampte. Dat de claimbeoordeling een vak apart was, zowel voor de arts als de arbeidsdeskundige, lijkt wel een breed gedeelde mening te zijn geweest. Enige professionaliteit, met name voor de verzekeringsarts, werd ook wel verkregen en erkend met een beroepsregistratie, een opleiding, een vakblad, met vakliteratuur en met een leerstoel. Dat gebeurde echter eerder tegen de verdrukking in dan in harmonie met de uitbreiding van de taken en de grote maatschappelijke effecten.

Er zijn verschillende verklaringen denkbaar waarom het aandeel van de volledig arbeidsongeschikten zo snel opliep. De eerste betreft de verandering in economie en arbeidsmarkt die de veronderstelling van de vraag naar 'andersgeschikten' volledig logenstrafte en dit in combinatie daarmee dat de overheid de functie van de WAO als ventiel, accepteerde. Een tweede verklaring is mogelijk te vinden in de techniek van de WAO en Ziektewet. De Ziektewet kende geen vereiste van het opnemen van passend werk zodat men volledig of helemaal niet arbeidsongeschikt was voor de Ziektewet. De groep die de wachttijd voor de WAO vol maakte, zal dus volledig arbeidsongeschikt zijn geweest voor de Ziektewet en dat ook zo hebben gezien. Van veel van de mensen die dat bereikten zal zijn aangenomen dat ze tijdelijk geheel arbeidsongeschikt waren, in afwachting van herstel en revalidatie. Gezien de praktijk van realistisch schatten voor de OW is het heel wel mogelijk dat het leeuwendeel van de aanvragers als tijdelijk volledig arbeidsongeschikt werd gezien waarbij de revalidatie vervolgens niet op gang kwam. Tenslotte zal de risicowering voor de WAO niet erg effectief zijn geweest omdat het bepalen van eerder bestaande arbeidsongeschiktheid pas na een jaar werd ondernomen. Een derde verklaring is meer sociaal-cultureel van aard. De GMD had revalidatie als opdracht, iets dat lang niet alle belanghebbenden zullen hebben gewild omdat daarmee hun uitkering gevaar liep. Sancties daarop pasten niet erg in het klimaat dat, zoals geschetst, meer op zorg en integrale geneeskunde was gericht dan op confrontatie. En als die confrontatie plaats had door een vermetele GMD-arts en/of een arbeidsdeskundige, dan werden door de Raden van Beroep veelal curatieve artsen ingeschakeld die die opvatting niet deelden.

Een vierde verklaring kan liggen in de ontwikkeling van het begrip ziekte. Bij de WAO was het begrip ziekte de voornaamste rem op het toekennen van een uitkering. Juridisch gezien werd daar het begrip gebrek aan gelijk gesteld. Wat gebrek was werd bepaald door het spraakgebruik. Wat ziekte was werd in de praktijk bepaald door wat medici als ziekte zagen, waarbij nadrukkelijk ook psychische ziekte als oorzaak van arbeidsongeschiktheid werd gezien. Of en in hoeverre iemand arbeidsongeschikt werd geacht was niet alleen afhankelijk van de ziekte of het gebrek, maar ook met het karakter van de persoon, de sociaal-maatschappelijke omgeving waarin hij of zij

functioneerde en het soort werk dat hij of zij deed. Een bepaalde ziekte kon daardoor bij de een wel en bij de ander niet tot het oordeel 'arbeidsongeschikt' leiden. Het was ook niet meer het verlies aan arbeidscapaciteit dat werd gemeten, maar het verlies aan verdien capaciteit. Zowel dit als de erkenning van psychische factoren, moeten worden gezien tegen de achtergrond van de opkomst van de integrale geneeskunde medio vorige eeuw. Dit arbeidsongeschiktheidsbegrip, het meten van de verdien capaciteit, en de aandacht voor 'heel de mens' maakten de claimbeoordeling er niet eenvoudiger op.

Van geen van deze verklaringen kunnen we nagaan of en in welke mate ze geldig zijn. Feit is dat de instroom maar bleef groeien. Deze voortdurende groei van het aantal uitkeringen, waarvan een groot deel in de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid, begon toenemend zorg en wrevel te wekken, zowel in Den Haag als binnen de GMD zelf. Die wrevel begon in de tweede helft van de jaren zeventig serieuze vormen aan te nemen; de tijd ook dat de AAW van kracht werd. Het zijn de jaren die het startpunt vormen van hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 5

De Algemene Arbeidsongeschiktheidswet en de omslag in de claimbeoordeling (1976-1992)

Leo van Bergen

Dit hoofdstuk beschrijft de periode van 1976 tot en met 1992; een periode waarin op veel terreinen van ontwikkeling sprake is geweest maar waarin tevens veel in de planningsfase is blijven steken. Net als in de eerdere hoofdstukken worden de diverse thema's chronologisch beschreven en dwarsverbanden blootgelegd, waar zij aanneemelijk zijn. Het is een periode die reeds voor veel mensen tot de eigen geschiedenis behoort en waar ze dus mogelijk andere herinneringen aan hebben, zeker wat betreft de oorzaken en gevolgen. Wij baseren ons naar vermogen op gedocumenteerde ontwikkelingen, echter in het nederige besef dat ook in deze periode niet veel documenten zijn overgeleverd.¹

Hoofdstuk 5 begint met de introductie van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en eindigt ten tijde van het opheffen van de GMD. We bekijken de aanloop naar de invoering van de AAW en die naar de wijzigingen in de WAO. Die wijzigingen hadden plaats in een politiek klimaat dat werd gekenmerkt door groeiend onbehagen over de sociale verzekering (paragraaf 1). Met de AAW werd ook een kleine, maar belangrijke wijziging in de WAO ingevoerd: de mogelijkheid om de verdiscontering van de werkloosheid aan een termijn te binden. Dat was de eerste reactie van de wetgever om de ontwikkeling in het arbeidsongeschiktheidsvolume om te buigen. Veel kwantitatief effect had de wijziging niet, maar we zullen zien dat de uitvoering vanaf dat moment toch van richting veranderde. Niet tevreden met het resultaat deed in 1987 de wetgever er nog een fikse schep bovenop, onder andere door de mogelijkheid van verdiscontering helemaal af te schaffen (par. 2). Op dat moment werd de WAO alom als een groot probleem ervaren. Een koerswijziging werd noodzakelijk geacht, zowel van de wetgever als van de uitvoerende instanties. In samenhang daarmee raakte de GMD met de bedrijfsverenigingen en het GAK in een groeiende strijd verwickeld over de toekomst van de organisatie van de sociale verzekering. Ook onder artsen sloegen twijfel en irritatie toe (3). Intussen ontwikkelden zich de praktijk van de claimbeoordeling (4) en het vak van claimbeoordelaar, dat in deze periode van geheel nieuwe impulsen werd voorzien (5).

1 Uit gesprekken met diverse ooggetuigen komt naar voren dat de veronderstelde hofcultuur bij de GMD directie een belangrijk effect zou hebben gehad op ontwikkelingen in deze periode. Dat is een aspect dat hier niet is onderzocht.

1 Aanloop naar de AAW en naar de wijzigingen van de WAO

De AAW werd van regeringszijde opgevoerd als een nog resterende lacune in de wetgeving. Veldkamp had reeds in juni 1965 aangegeven te hopen dat er binnen afzienbare tijd een algehele volksverzekering voor arbeidsongeschiktheid zou komen en de AAW is dan ook een nakomertje van de WAO te noemen, met bepalingen die eigenlijk al in de wet van 1967 hadden moeten zijn opgenomen, maar waar toen door budgettaire problemen vanaf was gezien. De discussie over de AAW maakte echter ook die over de WAO los. Sinds de invoering van de WAO had het parlement wel wat nieuwe inzichten opgedaan en de kritiek op de AAW was fors. Met name de VVD, die uiteindelijk wel instemde, en DS'70, weerden zich. De AAW was volgens de criticasters de verkeerde wet op het verkeerde moment, ook al vulde zij dan 'slechts' een lacune die de WAO had opengelaten. De critici haalden veel munitie uit de genoemde bundel WAO – Balans en perspectief, en uit verslagen van de Studiedagen Sociale Verzekeringsgeneeskunde. Waarom werd de AAW niet aangegrepen om meteen veranderingen in de WAO aan te brengen gezien de problemen die ondertussen waren gerezen, zoals het zowel absoluut als relatief stijgen van het aantal inactieven, waarvan ook nog eens het overgrote deel een volledige uitkering kreeg? Was het de bedoeling, zo wilde de VVD-fractie weten, dat ook in de AAW mensen een uitkering zouden gaan krijgen alleen maar omdat ze geen plezier meer in hun werk hadden, zonder dat daar somatische en/of psychische redenen voor waren aan te voeren? Moest er, aldus de criticasters, niet iets aan worden gedaan dat de wet veel ruimer werd geïnterpreteerd dan volgens hen Veldkamp en het toenmalige parlement hadden bedoeld? Moest er niet iets worden gedaan aan de enorme stijging van het aantal uitkeringen op psychische gronden; een stijging die er bijna volledig voor verantwoordelijk was dat het hele stelsel dreigde te ontsporen? Moesten er geen algemene richtlijnen komen, omdat artsen met name bij niet objectief waarneembare klachten, hun eigen, puur individuele richtlijnen volgden? Hoorden mensen met 'vage klachten' niet gewoon in de bijstand thuis? Was het niet tijd om eens wat te doen aan het 'oneigenlijk gebruik' dat de WAO diende om arbeidsmarktproblemen op te lossen? Staatssecretaris P.J.J. Mertens vroeg zich echter in de Memorie van Antwoord af of het werkelijk als onjuist was te betitelen om iemand die restcapaciteiten had maar die niet kon benutten omdat hij geen werk kon vinden, een volledige uitkering te geven.²

Ook de verzekeringsartsen roerden zich: in 1976 belegde de NVVG een ledenvergadering met als titel 'Het oneigenlijk gebruik van artsen in de sociale verzekering'. Onder leiding van de voorzitter van de NVVG, E.L. Smits, werd met J.G. Rietkerk (lid van de Tweede-Kamerfractie van de VVD), Wentholt (onderdirecteur van het GAK), Willems (directeur van de GMD) en L. de Graaf (van het CNV en de SVR) over dit thema gesproken. De artsen vonden dat zij de Zwarte Piet kregen toegespeeld van een maatschappelijk probleem dat met insufficiënte wetgeving in stand werd gehouden. Liever

2 Tweede Kamer, voorlopig verslag, 13-6-1975; Memorie van antwoord, 12-8-1975; Eindverslag, 3-9-1975.

beperkten ze zich tot 'eigenlijk medisch werk'. Veel steun kregen ze niet: Rietkerk vond dat art 21 2a weliswaar een paard van Troje was,³ maar adviseerde de artsen dat ze vooral streng de bestaande wet moesten toepassen. Dan zou er al veel zijn gewonnen. Wentholt liet zich in vergelijkbare termen uit en adviseerde de artsen om de definitie van het begrip ziekte uit 1936 eens te gaan herzien. Willems wierp de NVVG tegen dat ze teveel vanuit hun eigen discipline de wereld hun wil poogden op te leggen en stelde dat er geen oneigenlijke vragen aan de artsen werden gesteld. De Graaf tenslotte vond de probleemstelling overdreven en adviseerde de scheiding van behandeling en controle beter te laten functioneren.⁴

Alle kritiek nam niet weg dat de wet zonder al te veel moeilijkheden door beide kamers werd aanvaard. De uitvoerende instanties zagen daarin een erkenning van de lopende praktijk. Het idee bijvoorbeeld dat de ruime interpretatie, die in 1973 door het georganiseerde bedrijfsleven van de wet was gegeven, strijdig was met de wet, werd hiermee ter zijde geschoven. Die ruime interpretatie verkreeg met de nieuwe wet een 'behoorlijke wettelijke basis', mede omdat de Memorie van Toelichting op de AAW 'voor dit ruime standpunt alle ruimte' had gelaten.⁵

De AAW werd al met al ingevoerd in een tijd dat de kritiek op de uitvoerbaarheid van de steeds duurder WAO fors aan het toenemen was. De redenen voor die kritiek lagen echter grotendeels buiten de AAW en de kritiek nam dan ook af noch toe met de invoering van de nieuwe wet. Maar met het blijven stijgen van het volume van de WAO/AAW groeide wel het besef bij de regering dat het zo niet langer kon. De recessie waarmee in 1982 het kabinet Lubbers I zich zag geconfronteerd, gaf de impuls waarmee de koerswijziging werd ingezet,⁶ een koerswijziging die op veel fronten plaats had. Aanvankelijk werd vooral naar de werkloosheid gekeken, maar ook de arbeidsongeschiktheid droeg bij aan de groei van het aandeel niet-werkenden ten opzichte van dat van de werkenden. Een korte oriëntatie op de mogelijkheid om het verschil tussen WW en WAO te verkleinen strandde op negatieve publiciteit.⁷ Met verlaging van uitkeringsrechten werd het een en ander gedaan, maar het aantal niet-werkende personen bleef een politiek heikel punt.⁸ In mei 1983 werd daarom een adviesaanvraag over de herziening van het stelsel van de sociale zekerheid aan de SER gestuurd. Onderdelen van de adviesaanvraag waren de gelijktrekking van de wettelijke uitkeringspercentages in WW, WWV (Wet Werkloosheidsvoorziening) en WAO; de duur van de WW-uitkering; de afschaffing van de verdiscontering van de werkloosheid in de WAO en AAW; de integratie van de werkloosheidsregelingen; de toeslagenwet voor aanvulling tot een sociaal minimum en het perspectief om op langere termijn tot één loondervingwet te komen voor ziekte, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid.⁹

3 Zie paragraaf 5.2.2.

4 A&SV 14 (1976) 34-43.

5 Levelt-Overmars, 'De wet is goed en rechtvaardig', 905.

6 *Parlementaire enquête*, 200.

7 a.w., 205.

8 a.w., 202. 1985 vormde het dieptepunt. Toen stonden tegenover 100 werkenden 82,9 niet-werkenden.

9 a.w., 206.

Het SER-advies dat een jaar later verscheen was allesbehalve eenduidig, waarop de regering de stelselherziening zelf verder vorm gaf. Dit mondde uit in een zeer complex wetsvoorstel, dat de Tweede Kamer beslist vóór de verkiezingen wilde hebben afgehandeld. Uiteindelijk werd deze ‘stelselherziening’ in 1987 ingevoerd. Hierbij was voor de claimbeoordeling met name de afschaffing van de verdiscontering van groot belang (zie par. 2.1.).

In deze gehele periode, en eigenlijk al sinds de adviesaanvraag van Veldkamp aan de SER in 1967, prijkte ook iets anders op de agenda van de wetgever: de uitvoeringsorganisatie. De verbrokkelde organisatiestructuur, de ondoelmatigheid van het grote aantal bedrijfsverenigingen, de zwakke SVR, de ineffectieve samenwerking tussen bedrijfsverenigingen en GMD: zij vormden telkens terugkerende punten van aandacht. Maar noch het veld zelf, noch de sociale partners, noch de kamerfracties konden het eens worden over de voor een oplossing te kiezen richting en strategie. De SER kwam pas in 1984 met een advies en toen had het ministerie zelf al twee andere rapporten laten verschijnen, respectievelijk van de onderzoeksbureau’s Berenschot en Bosboom & Hegener (1979) en van de ambtelijke projectgroep Lamers (1980).¹⁰ Volgens de Enquêtecommissie-Buurmeijer (1992) was in al die jaren door de overheid geen enkele vordering op dit dossier gemaakt.¹¹ In 1985 trokken de uitvoeringsorganen het initiatief naar zich toe door, in verband met problemen in de overgang van ZW naar WAO, het samenwerkingsverband GAK-GMD ter discussie te stellen en op zoek te gaan naar veranderingen daarin.¹² In paragraaf 3 komen we op die discussie terug.

2 De AAW

2.1 Invoer en bepalingen van de AAW

Met de AAW, ingevoerd op 1 januari 1976, waren voortaan ook zelfstandigen, die bij de WAO buiten de boot waren gevallen, tegen loonderving verzekerd, met uitzondering van het eerste jaar na verzuim. De AAW kwam tot stand onder verantwoordelijkheid van de ARP-minister voor Sociale Zaken J. Boersma, maar was meer het werk van diens KVP-staatssecretaris Mertens. De AAW was bestemd voor loontrekkers en niet-loontrekkers waardoor de loontrekkers een gecombineerde uitkering AAW-WAO zouden krijgen en de niet-loontrekkers alleen AAW. Behalve voor zelfstandigen was de AAW ook van belang voor andere groepen arbeidsongeschikte niet-werknemers zoals de zogenaamde ‘vroeggehandicapten’,¹³ die tot dan toe van de bijstand afhan-

¹⁰ a.w., 194.

¹¹ a.w., 194, 210.

¹² *GMD-jaarverslag*, 1985, 7.

¹³ Mensen die vóór het betreden van de arbeidsmarkt geheel of gedeeltelijk gehandicapt waren geraakt. Meestal betrof dat aangeboren afwijkingen en andere voor het 19e jaar ontstane gebreken.

kelijk waren geweest. In eerste instantie waren gehuwde vrouwen van een uitkering uitgesloten, omdat een gehuwde vrouw nu eenmaal ook geen premie hoefde te betalen. Aan die bepaling werd echter in 1980 een einde gemaakt.¹⁴ Ook bij de uitvoerders bleek de gehuwde, meewerkende vrouw een probleem omdat haar inbreng in het bedrijf in combinatie met het doen van huishoudelijke taken moeilijk was af te bakenen, zowel vóór het ziek worden als daarna. De eigenaar van een bedrijf was per definitie mannelijk en de uitvoerders vroegen zich af hoe er met in de zaak meewerkende, gehuwde vrouwen moest worden omgegaan.¹⁵

Anders dan bij de WAO, die een invaliditeitsdrempel kende van vijftien procent en een uitkeringsgrens van tien, was de drempel bij de AAW 25 procent en de minimale uitkering twintig procent. De definitie van arbeidsongeschiktheid was in de AAW gelijk aan die van de WAO en bij de AAW deed zich dus ook de vraag voor wat verdiensten van iemand zouden zijn geweest als hij of zij niet ziek was geworden. Het werd onlogisch geacht om twee verschillende definities voor arbeidsongeschiktheid te hanteren, ook al omdat onduidelijk zou zijn welke interpretatie een nieuwe definitie in de praktijk zou gaan krijgen. De vaststelling van het inkomen van veel zelfstandigen was een (nog) veel moeilijker zaak dan bij loontrekkers. Een zelfstandige die nog iets voor zijn eigen bedrijf kon betekenen werd niet voor andere arbeid geschat. In de praktijk werd de maatman van de zelfstandigen veelal de zelfstandige zelf, voorafgaand aan de ziekte of het ongeluk. AAW en WAO relateren beide aan 'ongeschiktheid voor in billijkheid op te dragen werk' en dus niet over ongeschiktheid voor de eigen functie. Bij anderen dan zelfstandigen, jeugdgehandicapten en langdurig werklozen bijvoorbeeld, werd de koppeling met een vorig beroep losgelaten en er werd uitgegaan van de minimumloner als gezonde soortgelijke. Bij de AAW werd wel meer dan bij de WAO rekening gehouden met de maatschappelijke gevolgen van de arbeidsongeschiktheid, en daar moest bij het medisch oordeel weer rekening mee worden gehouden.¹⁶

Aan de criteria voor arbeidsongeschiktheid konden 'bij of krachtens Algemene Maatregel van Bestuur [...] nadere en zo nodig afwijkende regelen worden vastgesteld'. Deze volgden al snel. Op 14 augustus 1976 werd bepaald dat de verdiscontering van de werkloosheid bij de AAW kon worden beperkt, en wel, aldus de Memorie van Toelichting, omdat voorkomen moest worden dat de AAW een vat zou gaan worden waar 'alle problemen waarvoor op andere terreinen geen oplossing' was gevonden, zouden worden ingegooid.

14 Van Gerwen, *De welvaartsstaat*, 161; Aling, 'Arbeidsongeschiktheid', 232.

15 *GMD-Jaarverslag*, 1977, p 29-32

16 Broekhuis, *Beoordeling en begeleiding*, 8-9; Timmer, 'Samenwerking', 911; Aling, 'Arbeidsongeschiktheid', 232. Hibbeln was het er overigens niet mee eens dat de AAW dezelfde arbeidsongeschiktheidsdefinitie hanteerde als de WAO. Dat zou uitvoeringstechnisch noodzakelijk zijn, maar van die noodzaak was hem nooit iets gebleken. In de WAO was een ongeschoolde die ondanks bepaalde klachten nog het minimumloon kon verdienen en dat ook deed, niet arbeidsongeschikt. Een geschoolde, die ondanks eendere klachten nog steeds twee keer zoveel verdiende, kon volledig arbeidsongeschikt worden verklaard als hij voor het ontstaan van de klachten vijf maal zoveel verdiende. Dat was het gevolg van de verscheidenheid aan 'maatmannen'. Die verscheidenheid miste volgens hem in de AAW iedere grond en een vast 'maatman-bedrag' zou vele problemen kunnen voorkomen. Hibbeln, 'Is de verzekeringsgedachte achterhaald', 216.

Zoals gezegd werd ook de WAO in 1976 aangepast. Dat waren vooral technische harmonisaties met de AAW maar ook artikel 21 lid 2 werd aangepast. Dat luidde vanaf het begin van de WAO als volgt. Bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid wordt, zoveel doenlijk, rekening gehouden met:

- a. door deze arbeidsongeschiktheid veroorzaakte verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid als bedoeld in artikel 18, eerste of tweede lid.
- b. verkregen nieuwe bekwaamheden.

Hieraan werden in 1976 twee leden toegevoegd, te weten:

- c. De bedrijfsvereniging is bevoegd de toepassing van het vorige lid onder a te beperken tot een bepaalde termijn, welke te allen tijde kan worden herzien.
- d. De bedrijfsvereniging is bevoegd de toepassing van het tweede lid onder a. achterwege te laten, indien arbeid als bedoeld in art. 18, eerste of tweede lid, beschikbaar is uit hoofde van de Wet Sociale Werkvoorziening.¹⁷

In 1987 volgde dan de stelselwijziging,¹⁸ waarmee onder meer artikel 21 2a werd ingetrokken en de regel werd ingevoerd dat 'bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid [...] buiten beschouwing [werd] gelaten of de werknemer de arbeid feitelijk' kon verkrijgen (artikel 18.6).¹⁹ Ook de regel dat er gepaste arbeid in de omgeving van de woonplaats moest zijn, verviel. Landelijke oriëntatie werd de norm, waarbij de kring van mogelijkheden steeds verder werd uitgebreid tot er een functie was gevonden.²⁰ GMD en FBV hadden voorafgaand aan de wijziging reeds besloten dat er voor het stempel 'arbeidsgeschikt' minstens vijf geschikt geachte functies moesten zijn (met ieder minimaal tien arbeidsplaatsen). Dit werd na de stelselwijziging verscherpt tot drie functies.²¹

Tezamen met de versoering van de uitkeringsrechten, die stapsgewijs werd doorgevoerd, maakte de wetgever in deze periode duidelijk dat hij de ontwikkeling van het volume van WAO en AAW met lede ogen aanschouwde. De druk op de uitvoering werd steeds verder opgevoerd. Dit leidde begin jaren negentig tot drastische aanpassingen die in het volgende hoofdstuk zullen worden besproken. Eerst zal worden nagegaan hoe de claimbeoordeling in deze periode werd georganiseerd en uitgevoerd. Bij het lezen van de komende paragrafen is het van belang in gedachte te houden dat in de loop van de in dit hoofdstuk beschreven jaren de maatschappelijke achtergrond waartegen de claimbeoordeling zich afspeelde drastisch veranderde.

17 *Staatsblad*, 1976, nr. 473: wet tot wijziging van enige sociale verzekeringswetten.

18 Zie voor een uitgebreide beschrijving hiervan de *Parlementaire enquête*.

19 De AAW kende overeenkomstige formuleringen.

20 *Parlementaire enquête*, 68.

21 *GMD-jaarverslag*, 1986, 14; *Idem*, 1988, 19-24.

3 Organisatie van de uitvoering

De wetgever wilde de organisatie van de sociale verzekering vereenvoudigen en effectiever maken, maar is dat niet gelukt. Binnen de uitvoering zat men intussen niet stil als het om de inrichting van de organisatie ging. Er was op minstens twee niveaus sprake van ontwikkelingen die voor de claimbeoordeling van belang waren. De taak en de positie van de GMD in het veld van de sociale verzekering gaven meer en meer aanleiding tot discussie, wat ook zijn invloed op de claimbeoordeling zelf niet miste. De interne sturing werd gericht op de claimbeoordeling en verdient daarom onze speciale aandacht. Daarnaast was de samenwerking tussen de betrokken artsen, de reeds in het voorgaande hoofdstuk besproken 'scheiding van behandeling en controle', een bron van strijd op de werkvloer zelf.

3.1 Taak en positie van de GMD

De GMD bleef, afgaand op de jaarverslagen, in deze hele periode het accent leggen op het weer in het arbeidsproces inschakelen van gehandicapten. Hij ontwikkelde daarvoor instrumenten voor reïntegratie zoals bijzondere bemiddeling, scholing, arbeids-exploratie en maatschappelijk werk. Om die succesvol in te kunnen zetten, moest het GMD-personeel worden geschoold, een grootscheepse activiteit die door de GMD zelf werd ontwikkeld en uitgevoerd.

De GMD voerde structureel overleg met een veelheid aan organisaties die op het terrein van welzijn en maatschappelijke zorg actief waren. In het jaarverslag van 1985 treffen we vijf pagina's hierover aan, gewijd aan 21 organisaties, variërend van het Koninklijk Nederlands Geleidehonden Fonds via de Stichting Bouw Research tot de Voedingsraad.²²

Met de breedte van het werkveld dat via de voorzieningen werd betreden, ontstond discussie over het uitgroeien naar een Integrale Medische Dienst (IMD), die voor sociaal-medische advisering zorg moest dragen. Daarmee zou alsnog uitvoering kunnen worden gegeven aan de motie-Tilanus (zie subparagraaf 4.4.1). Een illustratie is de discussie over de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1975 van staatssecretaris Hendriks, die voor het GMD-bestuur reden was stil te staan bij de sociaal geneeskundige betekenis van de GMD. Die dienst stond, aldus het jaarverslag, midden in een netwerk dat nodig was om zijn taak te kunnen vervullen. Tevens bewoog hij zich op een grensvlak tussen sociale en medische vraagstukken. Sociale verzekeringsgeneeskunde werd geduid als een tak van sociale geneeskunde met een belangrijke maatschappelijke functie die verder ging dan louter de begeleiding van WAO'ers. Bij de studiedagen van 1975 was gebleken dat het beoordelen volgens het medisch model en het belastingsmodel niet toereikend waren: psychosociale revalidatie moest er ook bij. De cliënt was niet gebaat bij een uitkering alleen, maar behoefde ook allerlei andere hulp die

²² a.w., 1985, 34-38.

er onvoldoende was of niet effectief werd geleverd. Naar aanleiding van de schets van de geordende gezondheidszorg van Hendriks werd daarom door het bestuur de vraag opgeworpen wat de plaats daarin was van de GMD. Het was een vraag over de effectiviteit op het moment zelf en over de gewenste effectiviteit in de toekomst. De effectiviteit van 1975 werd in het jaarverslag beschreven met een bescheiden verslag van de inspanningen en de constatering dat het beter kon en moest. De effectiviteit in de toekomst werd gezien als een resultaat van een GMD die stevig was verankerd in het gezondheids- en welzijnsbeleid en intensief samenwerkte met andere diensten. Met deze ambities ging de GMD dus de periode in waarin ook de AAW moest worden uitgevoerd. Het feit dat de voorzieningen voor werk en leven werden overgeheveld van de WAO naar de AAW, en daarmee de GMD een veel grotere doelgroep kreeg, maakte dat dit onderwerp nog veel belangrijker werd en dat paste goed bij de geschetste ambities van de GMD. In jaarverslagen en publicaties zien we dan ook veel aandacht voor voorzieningen voor gehandicapten. In dit boek zullen daar echter verder geen aandacht meer aan schenken.

De bedrijfsverenigingen en het GAK hadden in 1965 zelf de GMD opgericht die gehuisvest en ondersteund zou worden door het GAK en op basis van bepaalde samenwerkingsafspraken zou functioneren. Daarbij zat de GMD stevig ingeklemd tussen het GAK en de FBV. Het eigen personeel van de GMD was bij de GMD in dienst, maar het ondersteunend personeel – in de periferie administratief, en allerlei professionals op het centrale kantoor - was in dienst van het GAK. In 1975 bestond het centrale personeel in dienst van de GMD uit een directie en een staf van in totaal elf mensen, terwijl er 222 verzekeringsartsen en 451 arbeidsdeskundigen werkten in de periferie.²³ In 1980 bleken zestig mensen op het hoofdkantoor van het GAK voor de GMD te werken, ter ondersteuning van de centrale ontwikkelprocessen, en in de periferie was er nog administratief werk voor de GMD in de orde van 2022 fte's.²⁴ Verder hadden GAK en Bedrijfsverenigingen artsen in dienst die enerzijds de Ziektewet uitvoerden, en anderzijds tevens de WAO-behandeling deden van alle gevallen die niet werden overgedragen aan de GMD.

Voor ingrijpende besluiten van de GMD was instemming nodig van het GAK en/of de bedrijfsverenigingen waarvoor diverse overleggroepen in het leven waren geroepen. We hebben gezien dat het in de beginjaren hierbij enerzijds voor een groot deel ging over de vraag hoe het hoofd boven water moest worden gehouden in de geweldige stroom aanvragen, en anderzijds over de vraag hoe de verdiscontering van de werkloosheid moest worden uitgevoerd. In de loop van de jaren zeventig ging de samenwerking tussen GMD en GAK en de Bedrijfsverenigingen toenemend knellen, zeker tegen de achtergrond van de ambitie van de GMD om de landelijke dienst voor sociale revalidatie te worden.²⁵

23 a.w., 1975, 11.

24 a.w., 1980, 52.

25 *Parlementaire enquête*, 174-182, 337-339.

In 1985 was de integratie van de medische diensten van de agenda verdwenen, maar de samenwerking in de sociale verzekering niet. Die discussie werd gevoerd bij de Stichting voor de Arbeid (SvdA) als onderdeel van de discussies over de organisatie van de gehele sociale verzekering (zie par 1). Een werkgroep bij de SvdA deed in 1987 een voorstel voor een synthesesemodel. De GMD-staf zou in dit model moeten samengaan met de FBV. De perifere medewerkers wilde men onderbrengen bij de bedrijfsverenigingen. Namens het ministerie van SZW waren de bestuursleden tegen, de overigen echter waren niet op voorhand afkerig van het plan. In 1989 nam de GMD-directie de positie in dat het opknippen van het perifere personeelsbestand geen meerwaarde opleverde. Toch is dat wat er in 1992 gebeurde: het perifere personeel werd verdeeld over de bedrijfsverenigingen en het centrale personeel trad in dienst van het GAK. In de woorden van de enquêtecommissie-Buurmeijer: 'Wat nodig was aan het eind van de jaren zeventig is pas in het begin van de jaren negentig provisorisch gerealiseerd.'²⁶ Het was duidelijk dat de regering daarmee geen genoegen zou nemen. In het volgende hoofdstuk zullen we zien hoe de organisatie in een stroomversnelling raakte. Hier richten we de blik eerst op de uitvoering zoals die plaatshad tegen de achtergrond van de schuivende organisatie.

Sturing binnen de GMD

Binnen de GMD moesten in deze periode alle zeilen worden bijgezet om de organisatie te laten voldoen aan de eisen die aan haar werden gesteld. Dat was deels het gevolg van het grote aantal aanvragen. Sturing werd belangrijker nu de wet uniformer en strenger moest worden uitgevoerd. Kon in de periode tot 1976 de regionale arbeidsmarkt bepalend zijn voor de arbeidsongeschiktheid, de claimbeoordeling moest nu gaan voldoen aan theoretische criteria van arbeidsongeschiktheid.²⁷ Dit leidde tot (geleidelijke) aanpassingen in de organisatie, in de informatievoorziening en de kwaliteitswaarneming. De tweezijdige strategie bestond eruit om enerzijds waar mogelijk meer mensen aan te nemen en om anderzijds, in samenwerking met de bedrijfsverenigingen, te proberen de stroom aanvragen in te dammen. Die strategie bleef in de hier beschreven periode gehandhaafd. Het personeelsbestand van de GMD bleef groeien, maar desondanks werd bijvoorbeeld in 1978 slechts 62 procent van de meldingen zelf afgehandeld. De rest geschiedde door de bedrijfsverenigingen.²⁸ Uit de jaarverslagen komt naar voren dat er ook naar werd gestreefd het leveren van adviezen op een meer bedrijfsmatige leest te schoeien. Er lijken daarbij drie aangrijpingspunten te zijn geweest. Het personeel zelf werd efficiënter ingezet; het proces van advisering werd geoperationaliseerd en stuurbaar gemaakt, en de kwaliteit werd gewaarborgd. Het tamelijk onafhankelijk van elkaar opereren van artsen en arbeidsdeskundigen was een voorbeeld van een inefficiënte werkwijze. Artsen en arbeidsdeskundigen waren

²⁶ a.w., 410.

²⁷ *GMD-jaarverslag*, 1988, 22.

²⁸ a.w., 1978, statistisch deel 10-11.

gewend om van de administratie vragen te krijgen voorgelegd en die door middel van hun onderzoek te beantwoorden, en ook aan elkaar stelden ze via de administratie vragen. De doorlooptijd van de adviezen leek daarmee onnodig lang. Bovendien bleek deze werkwijze een bron van misverstanden te zijn. Er werd daarom besloten artsen en arbeidsdeskundigen op regelmatige basis met elkaar te laten overleggen over de in behandeling zijnde gevallen. Het betekende dat vanaf 1975 geleidelijk aan werd overgeschakeld op het werken in teams. Dit betekende met name dat de wetstechnische beoordelaars van functie veranderden. Zij kregen meer verantwoordelijkheid.²⁹ In het begin kreeg deze verandering nog aandacht van de OR van de GMD, maar al snel verdween zij van de agenda en was het werken in een team vanzelfsprekend geworden. In de latere periode komen we dat nog steeds tegen als een belangrijk principe van werken bij uitvoeringsinstellingen en UWV (zie hoofdstuk 6).

Het adviseringsproces werd vanaf 1977 vastgelegd in een werkmodel dat voor meer eenduidige besluitvorming en rapportage moest zorg dragen.³⁰ Het opstellen daarvan werd gedaan door de afdeling Opleidingen, samen met het later nog te bespreken Bureau Wetenschappelijk Onderzoek (BWO). De GMD streefde ermee na het werkproces te modelleren in twee soorten schattingen (AAW en WAO) en 18 soorten voorzieningsaanvragen (vervoer, huisvesting etc). Dit was in 1977 op hoofdlijnen geschetst: de dienstverlening zou in zeven fasen worden geleverd, van administratieve voorbereiding via intake, informatieverzameling, besluitvorming, uitvoering behandelplan, administratieve nabewerking, tot nazorg. Elke fase zou worden beschreven vanuit de procesgang, de oordeelsvorming en de verslaglegging. Dit betekende in de praktijk dat er meer dan 400 verschillende beschrijvingen moesten komen. Het duurde tot medio jaren tachtig voordat het werkmodel was ontwikkeld en in de gehele GMD ingevoerd.³¹ Duidelijk was wel dat het een grote inspanning was voor de organisatie om dit geregeld te krijgen. In hoeverre die inspanning heeft geleid tot een verhoging van de efficiency of de kwaliteit wordt uit de geraadpleegde literatuur niet duidelijk.

Om de kwaliteit te kunnen borgen werd in 1975 een stafafdeling Kwaliteitsbevordering opgericht, onder leiding van Hibbeln, de juridisch adviseur. Die afdeling stortte zich op de kwaliteit van de adviezen. De vragen die zij zich stelde, waren duidelijk. Worden de regels en richtlijnen nageleefd? Wat is doorslaggevend in de oordeelsvorming? In welke opzichten divergeren de resultaten? Wat betekent dat voor de uniformiteit van de adviezen van de GMD? Waar valt de oordeelsvorming en de 'weging' te verbeteren? In 1976 had de GMD de totale verzameling adviesaanvragen van één week opgevraagd en geanalyseerd. Dit vanuit de vraag of de samenwerking effectiever en efficiënter kon. Dat leek het geval. Diverse categorieën konden eenduidiger worden gehanteerd en bij twijfelgevallen werd er gestreefd naar overleg. Dossieronderzoek was voor de borging van de kwaliteit nodig, maar dat zou niet

29 a.w., 1975, 13, 77.

30 a.w., 1978, 21.

31 a.w., 1985, 37-39.

genoeg zijn. Er moest tevens statistische ondersteuning komen. Een eenduidige registratie in de dossiers was dan wel een voorwaarde en men wilde op weg naar een allesomvattend 'audit-systeem waarin input, handelingen in het proces en output op permanente basis zouden worden geregistreerd en gevolgd'. Uit de beschrijvingen van de jaren die volgden, komt een beeld naar voren waarin wisseling in aandacht en weinig concrete en beklivende werkwijzen om voorrang strijden.

De kwaliteitswaarneming vergde, zo stelde men in 1982, een concept van niet-commerciële dienstverlening, iets wat toen nog niet bestond en dus van de grond af aan moest worden opgebouwd. Dat zou meer tijd gaan kosten dan was voorzien. De afdeling Kwaliteitsbevordering zocht daarom in 1982 naar een systeem waarin de waarnemingen van de cliënten en de bedrijfsverenigingen leidend zouden zijn. Dit betekende dat er een passend en eenduidig systeem van registratie van die waarnemingen moest komen. Ook dat was er nog niet. In 1987 wordt er in het jaarverslag van de GMD verwezen naar 'het project normering', dat had geleid tot bepaalde procesnormen, zoals doorlooptijd en achterstanden, waaraan kon worden getoetst. Ook kreeg het perifere management instrumenten aangereikt voor kwaliteitswaarneming. Verder was in 1987 intercollegiale toetsing opgepakt als belangrijk kwaliteitsaspect. Op acht kantoren was men begonnen bij de verzekeringsgeneeskundigen. De intercollegiale toetsing is als opleidingseis bij de verzekeringsartsen ook in de periode na 1992 overeind gebleven.

Al met al zien we in deze periode dat de GMD, worstelend met een toenemende politieke druk om streng te keuren voor de WAO, een steeds strakkere sturing van de claimbeoordeling wilde bereiken. Dit wilde de GMD doen door het adviesproces zodanig te modelleren dat het ging bestaan uit een aantal standaardprocessen die als zodanig konden worden georganiseerd en gemonitord. Het leidde tot een toename van het wantrouwen tussen de verzekeringsgeneeskundige en zijn of haar cliënt. Zo bleek bij een enquête uit 1979 dat onder verzekerden 64 procent negatief oordeelde over de wijze waarop hun zaak door de (artsen van de) bedrijfsverenigingen was behandeld. Slechts 17 procent was positief. De Drieburgse revalidatiearts A. Verkuil becommentarieerde: 'Het is heel onwaarschijnlijk, dat de vroegere patiënten van deze artsen ook zo negatief over hen oordelen.'³² Het feit dat de claimbeoordelende arts en arbeidsdeskundige de mogelijkheid hadden dwang en drang uit te oefenen (par. 4.3) zal het wantrouwen niet hebben verminderd. Dit wantrouwen tegenover verzekeringsgeneeskundigen van veel met ziekte of gebreken kampende werknemers werd bevestigd in 1981 in het boek WAO-ers, verhalen om te onthouden. In een bespreking in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde werd de inhoud ervan als volgt samengevat: 'Onvriendelijke, zo niet hondse behandeling, afschatting zonder onderzoek, beschuldiging van simulatie, onvoldoende en onjuist inzicht in concrete werksituaties etc.'³³

32 Verkuil, 'Ambtelijk medisch denken', 853-854.

33 Merens-Riedstra, 'Boekbespreking', 586.

Maar het waren niet alleen de cliënten die in toenemende mate de verzekeringsartsen met wantrouwen gingen benaderen. De tweespalt tussen zorg en toename van de keuringseisen zorgde met name in de wereld van de artsen voor steeds meer conflict, zoals we zullen zien in de volgende subparagraaf.

3.2 *De weerbarstigste praktijk van de noodzakelijke samenwerking tussen artsen*

Bij het invoeren van de WAO was door de minister gesteld dat deze een goede samenwerking tussen betrokken artsen (behandelaars, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) zou vereisen. Dat was in de hier beschreven periode geen vanzelfsprekendheid. Timmer zag de noodzaak van de intercollegiale informatie-uitwisseling voor een 'rechtvaardige', 'maatschappelijk aanvaardbare' en 'betaalbare uitvoering van de sociale verzekeringswetten' zoals de WAO en de AAW, een uitvoering waarvoor de behandelende arts en de verzekeringsgeneeskundige 'de gezamenlijke verantwoordelijkheid' droegen. Om dat te bereiken moest die uitvoering op feiten berusten en die kon de verzekeringsgeneeskundige nooit in zijn eentje in een enkel onderzoek naar boven halen. Daarvoor was hij te allen tijde afhankelijk van informatie van de behandelende arts over zaken als diagnose, psychische draagkracht, thuissituatie en behandeling. En dat wilde die verzekeringsgeneeskundige weten om het 'sociaal-medische ziektebeeld [van de cliënt] te kunnen toetsen aan de door de wetgever vastgestelde criteria voor arbeidsongeschiktheid'.³⁴ Volgens hoogleraar Huisartsgeneeskunde Polak hadden de problemen oude wortels: in de tijd van de OW maakten de controleartsen van de RVB een ergerniswekkend, zelfs 'honds' gebruik van hun mogelijkheid om in de behandeling in te grijpen. Bij de invoering van de WAO wilde de KNMG daar van af.³⁵

In 1969 had de KNMG een vrij restrictief standpunt ingenomen over die samenwerking en de scheiding van behandeling en controle, een standpunt dat er op neerkwam dat de relatie tussen behandelend arts en patiënt niet mocht worden bedreigd door activiteiten vanuit of voor de sociale verzekering. Behandeling en controle, zou luidde het credo, moesten vooral gescheiden blijven. De scheiding had als achtergrond dat een behandelend arts niet zijn eigen patiënt kon en mocht controleren omdat dat de arts-patiëntrelatie zou schaden. Die scheiding was vanaf de eerste aanzetten voor de WAO onder vuur komen te liggen, omdat door de dynamische arbeidsongeschiktheidsdefinitie een juiste controle alleen mogelijk was bij een nauwe samenwerking tussen behandelend en controlerend arts.³⁶ De Commissie Scheiding Behandeling en Controle van de KNMG concludeerde in 1969 dat de scheiding moest blijven gehand-

34 Timmer, 'Samenwerking', 913-914.

35 Polak, 'Slotrede', p 30 (TVG 1985 supplement nr 1). Zie ook hoofdstuk 4.

36 Voor de discussie over de scheiding tussen behandeling en controle zie bv.: Doeleman, 'Scheiding', passim; Doeleman, 'De taakinhoud', 224-226; Mertens, 'De taak van de verzekeringsgeneeskundige', passim; 'Nota aan alle politieke partijen', 902; Van der Pas, 'De positie van de controlerend arts', 215-216; Polak, 'Scheiding', passim; 'Verzekeringsgeneeskunde als gezondheidszorg', 887; Weijel, 'Arbeidsongeschikt', 688; Weijel, 'Van nieuwe mensen', 886; Weijel, Oostenbrink, 'Motivatie en geschiktheid', 324-329; Van der Wielen, 'De scheiding', passim.

haafd, maar dat de behandelend geneesheer wel de 'ethische' plicht had een goede uitvoering van sociale verzekeringswetgeving 'mogelijk' te maken. Daartoe mocht informatie worden uitgewisseld, in de praktijk werd uitsluitend informatie gevraagd door de verzekeringsarts aan de behandelend arts. Die informatie moest worden beperkt tot feitelijke gegevens en mocht nooit worden verstrekt zonder toestemming van de patiënt, het zogenaamde 'informed consent'.

De richtlijnen voor die informatie-uitwisseling waren in 1970 vastgesteld door de KNMG en behelsden een geïnstitutionaliseerd overleg tussen behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige, eventueel voordat die laatste de patiënt zelf had onderzocht. Dat overleg mocht niet plaatshebben achter de rug van de patiënt om en advies tot werkhervatting maakte onderdeel uit van de therapie.³⁷ Onduidelijk was de plek van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering en de schadeverzekering. Het onderscheid tussen de particuliere en de wettelijke verzekering kon volgens J.Th.H. Grond, adviserend chirurg van het GAK, niet worden gemist, 'juist vanwege het verschil in betrokkenheid van de b[ehandelend] g[eneeskundige] bij de uitvoering'. In de particuliere verzekering ging het om 'een vrijwillig gesloten contract tussen twee partijen', waarbij officieel de behandelend arts geen partij was. Er was voor hem of haar dan ook geen enkele reden partij te kiezen en het belang van de verzekeringsmaatschappij te verdedigen. Bij de sociale verzekering was echter van een geheel andere situatie sprake. Daar had een wettelijke verplichting de patiënt in een verzekering gebracht die hem bij arbeidsongeschiktheid door ziekte wettelijk gegarandeerde rechten gaf. Grond zei hierover:

Indien deze rechten hem niet worden verleend, is er sprake van een sociaal onrecht en een persoonlijk trauma. De patiënt heeft er recht op dat de b[ehandelend] g[eneeskundige] hem daarvoor behoedt, hij ontleent dit recht aan de arts-patiëntrelatie. Indien er van arbeidsongeschiktheid door ziekte geen sprake is, is het dezelfde arts-patiëntrelatie die de b[ehandelend] g[eneeskundige] noopt de wenselijkheid van werkhervatting met zijn patiënt uitdrukkelijk te bespreken. Na een periode van vermeende arbeidsongeschiktheid, komt deze namelijk onherroepelijk buiten het arbeidsproces, in het gunstigste geval als 'invalide verklaarde'. Hij zal dan zijn klachten en ziekteverschijnselen nodig blijven hebben ter zelfrechtvaardiging. En nu de sociale zekerheid door onbeheersbaarheid in gevaar blijkt te komen, eist ook gemeenschapsbelang een actieve opstelling van de b[ehandelend] g[eneeskundige].³⁸

In de eerste jaren van de WAO zijn er, afgaand op de jaarverslagen van de GMD, geen grote problemen van samenwerking tussen artsen geweest. In de loop van de jaren zeventig kwamen er echter signalen dat er fricties ontstonden in de samenwerking

37 Grond, 'De scheiding', 674-676.

38 a.w., 676.

die zou moeten bestaan uit een eendrachtig werken aan herstel en werkhervatting zodra dat mogelijk was, en uit eenduidige informatie-uitwisseling wanneer nodig. Voor de claimbeoordeling ging het vooral om dat laatste. De fricties waren toegespitst op de vergoeding van het verstrekken van informatie en op het inzagerecht dat de cliënt had in zijn dossier. Dit was in 1976 reeds gebleken bij het uitkomen van het rapport *Persoonlijke Levenssfeer in verband met Persoonsregistraties*.³⁹ Bij het registreren van medische gegevens kwam immers het beroepsgeheim om de hoek kijken. Er werden tien punten geformuleerd die 'medische loslippigheid' moesten voorkomen, maar waartegen bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundigen grote bezwaren bleken te hebben. Zij zouden de uitvoering van de sociale verzekering ernstig belemmeren. Desondanks werden in september 1977 deze punten, zoals nog steeds een 'informed consent' bij informatie-uitwisseling tussen behandelend geneeskundige en verzekeringsgeneeskundige, door hen aanvaard.⁴⁰

De GMD had met de KNMG en de FBV in 1978 een procedure ontworpen voor het vragen van medische informatie aan behandelaars.⁴¹ De vergoeding was in 1978 echter nog een punt van bespreking en dat bleek een regelrechte veenbrand te worden. Móest er wel worden vergoed, en zo ja: aan wie en hoeveel? De honorering van medische informatie sleepte zich de daaropvolgende jaren voort. Het onderwerp werd voorgelegd aan de Ziekenfondsraad, maar de juristen van die instelling konden het onderling niet eens worden. Daarop besloot de Ziekenfondsraad zelf dat de vergoeding al in het tarief van de behandelaar zat. De GMD heropende hierop het overleg met de KNMG, maar ze werden het wederom niet eens. In januari 1983 werd vervolgens het conflict op de spits gedreven: de informatie werd niet meer vergoed waarop informatieverstrekking door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) werd geboycot. De specialisten hanteerden bij de informatieverstrekking een tweevoudig criterium. Wel meewerken als het ging om voorzieningen en niet meewerken als het ging om een uitkering. Dit vanuit de veronderstelling dat het eerste tot het verstrekken van voorzieningen en het tweede tot het verstrekken van een uitkering zou leiden. Deze veronderstelling was volgens de verzekeringsgeneeskundigen natuurlijk 'onjuist'. Nog afgezien daarvan, zo schreef redacteur L.J.A. Durlinger in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, dat medewerking bij het verstrekken van voorzieningen ook tot het níet verstrekken daarvan kon leiden, ging men er aan voorbij dat de GMD-arts – in samenwerking met de arbeidsdeskundige - verplicht was een advies uit te brengen. Zonder gegevens van de behandelende arts moest hij dat oordeel dus geheel op eigen onderzoek baseren, 'met mogelijk een lagere schatting van de arbeidsongeschiktheid, dan wanneer er gegevens van de specialist bij betrokken hadden kunnen worden'. Dat dit gebeurde in het kader

39 Koopmans, *Eindrapport van de Staatscommissie bescherming persoonlijke levenssfeer in verband met persoonsregistratie*, passim

40 Grond, 'De scheiding', 674-675.

41 *GMD-jaarverslag*, 1978, 25.

van acties van de LSV tegen de overheid was volgens Durlinger helemaal ridicuul. De schade die hierbij eventueel optrad moest immers worden opgebracht door werkgevers en werknemers. Het kon maar tot één conclusie leiden. 'Ondanks vele pogingen van verzekeringsgeneeskundigen individueel, en van de [...] NVVG, is er toch nog steeds kennelijk wat mis met de relaties met de curatieve sector.'⁴²

Het conflict tussen de GMD en FBV enerzijds en de LHV en de LSV anderzijds, bereikte ook de regering. In tegenstelling tot de Ziekenfondsraad, ontzegden de staatssecretarissen van SZW en WVC hun steun aan de FBV en de GMD. Hierop werden de onderhandelingen wederom heropend.⁴³ Met de LSV werd de bestaande regeling - betaling per verstrekking - ad interim voortgezet. De LHV wilde dat ook en vroeg het Centraal Orgaan voor de Tarieven in de Gezondheidszorg (COTG) om een tarief. Dat weigerde dat echter omdat de informatieverstrekking al in het abonnementstarief van de huisarts zou zitten. De LHV ging vervolgens in beroep bij het college van beroep voor het bedrijfsleven en in 1984 werden de onderhandelingen afgebroken in afwachting van de uitslag.⁴⁴ In de jaarverslagen van de GMD wordt de uitslag niet vermeld, maar het einde van het verhaal was dat de specialisten wél, en de huisartsen niet een vergoeding verkregen.

Een ander langlopend probleem was dat van het inzage- en correctierecht. Wat over de cliënten werd opgeschreven bereikte die cliënten voornamelijk als in het kader van een beroepszaak de stukken door GMD en bedrijfsvereniging werden overlegd. Dat zal vermoedelijk aanvankelijk geen groot probleem zijn geweest, door de praktijk van de verdiscontering. Maar met het strenger worden van de beoordeling zal de behoefte tot inzage en correctie zijn gegroeid. De uitvoering van de wet bracht ook met zich mee dat mensen, als zij dat wilden, hun gegevens konden inzien en zo nodig corrigeren. Daarmee werd zichtbaar wat de behandelend arts precies over zijn patiënt had gezegd en hoe de GMD-arts die informatie als argument had gebruikt. De cliënt hoefde het daar niet mee eens te zijn. Welke ruimte moest de cliënt hierin hebben en wat betekende dat voor de informatie in het dossier, met name informatie van de behandelaars? De behandelaar kon voor zijn informatieverstrekking voor het tuchtcollege ter verantwoording worden geroepen waar ze begrijpelijkerwijs niet veel voor voelden. Tussen de GMD en de bedrijfsverenigingen is dat lang een punt van discussie geweest mede omdat in 1985 er nog steeds geen standpunt van de FBV was.⁴⁵ Per 1 januari 1986 voerde de GMD het inzage- en correctierecht daarom eenzijdig in. In overleg met de KNMG waren gegevens uit de behandelende sector aanvankelijk van inzage en correctie uitgezonderd.⁴⁶ De regel werd vervolgens dat de behandelaar eventueel kon aangeven dat inzage schadelijk zou zijn voor de patiënt. Als de verzekeringsgeneeskundige en districtsverzekeringsgeneeskundige het daarmee eens waren,

42 Durlinger, 'Wat is er toch steeds mis', 829.

43 *GMD-jaarverslag*, 1983, 96-97.

44 a.w., 1984, 7.

45 a.w., 1985, 8.

46 a.w., 1986, 39-40.

zou de informatie niet in het dossier komen. Er zou na twee jaar een evaluatie komen van deze juridisch gezien dubieuze werkwijze, maar of die ook daadwerkelijk heeft plaatsgehad en zo ja, wat daaruit is voortgekomen, is ons niet bekend geworden. Dat dit onderwerp leefde bleek echter wel uit de vele reacties op het artikel uit 1987 in het *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*: 'Informatie aan keurende instanties? Nooit!' van psychotherapeut Van de Weert.⁴⁷

Het ook hieruit weer sprekende wantrouwen tussen met name de behandelende sector aan de ene en de verzekeringsgeneeskundigen aan de andere kant, was ook de reden dat de scheiding van behandeling en controle niet liep zoals zij moest lopen. In zijn inaugurele rede had Weijel die scheiding onlogisch genoemd omdat van controle allang geen sprake meer was. Met de KNMG-commissie vond Weijel dat de sociale verzekering grotendeels verantwoordelijk was voor het hoge niveau van de huidige gezondheidszorg. Zijns inziens was de conclusie dat iedere medicus mede verzekeringsgeneeskundige was en dus moesten huisartsen en specialisten niet op hun 'ethische plicht' om aan de sociale zekerheidswetten mee te werken worden gewezen, maar mocht van hen 'actieve participatie' worden *geëist*.⁴⁸ In 1980 echter zei D. de Pater, redacteur van het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, dat de problematische *praktijk* was dat de behandelende arts zei geen oordeel te kunnen geven over zo iets als arbeidsongeschiktheid en dat de informatie-uitwisseling met de verzekeringsarts beperkt moest zijn omdat de patiënt die arts niet zelf had uitgekozen.⁴⁹

Deze procedurele en financiële schermutselingen stonden niet op zichzelf en ze zullen ook niet toevallig in deze periode zijn opgetreden. De problemen vonden plaats tegen de achtergrond van het toenemende ongenoegen over de massale toeloop naar de WAO en de rol van artsen daarin. Geleidelijk aan werd strenger gekeurd en dat bleef niet onopgemerkt. Ook behandelende artsen kregen vragen van hun patiënten die te maken hadden met steun voor het krijgen van een WAO-uitkering. Dit bracht de behandelaars in een lastig parket en dat werd alleen maar lastiger als de GMD-arts wilde overleggen over wat er medisch gezien aan de hand was.⁵⁰ Zo stelde M. Saan, medisch adviseur en hoofd van de Medische Dienst van de Bedrijfsvereniging voor het Bakkersbedrijf, de uiteindelijk ondubbelzinnig negatief beantwoorde vraag: 'verminderd welbevinden, is dat ziekte?'. Die vraag was volgens hem van belang omdat het antwoord erop bepalend was 'voor de financierbaarheid der sociale verzekeringen, maar vooral ook [...] van groot belang [...] voor onze geestelijke volksgezondheid'. De behandelende arts zou een 'harder' standpunt tegenover zijn patiënten moeten durven innemen, en hij zou duidelijk moeten maken dat ook als klachten reëel waren, of als er gewacht moest worden op een bepaalde behandeling of een bepaald onderzoek, dat nog niet automatisch ook (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid inhield. Een dergelijke houding was goed voor de besparing die het zou opleveren, en zorgde voor een

47 zie bv: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1987, 978-981.

48 Weijel, 'Van nieuwe mensen', 886; 'Verzekeringsgeneeskunde als gezondheidszorg', 887.

49 De Pater, 'De plaats van de verzekeringsgeneeskundige', 185.

50 Knepper, 'Stelselwijziging sociale verzekeringen', 1015-1017.

positief effect op 'de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke spankracht van het Nederlandse volk'.⁵¹

Met het strenger worden van de beoordelingen traden ook meer meningsverschillen tussen artsen aan de dag. Volgens W.M. Levelt-Overmars, hoofd van de afdeling juridische Zaken Sociale Verzekering van het GAK, was niet zozeer het feit dat de wet voor meerderlei uitleg vatbaar was, dat voor onenigheid en problemen zorgde, maar het feit dat de artsen onderling het niet over de meest gewenste uitleg eens konden worden en dat de consequenties van de diverse keuzen niet duidelijk waren. Hierbij ging het met name om de vraag 'of het wel zo wenselijk is om bij de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid ieder die niet werkt, uitkering te verlenen naar de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid'. Bovendien was er verschil van inzicht daarover of het wenselijk was de begrippen ziekte en gebrek scherp af te perken en over de wenselijkheid om reeds voor de aanvang van de WAO-verzekering bestaande arbeidsongeschiktheid 'zoveel mogelijk of juist alleen in excessieve gevallen van uitkering uit te sluiten'. En dan was er nog verschil van mening over de vraag of het wenselijk was achteruitgang in verdien capaciteit als gevolg van het oplopen van de leeftijd 'wel of niet mee te nemen'.⁵² Dit probleem verergerde als zich - zoals vaak gebeurde - meer artsen met de claim bemoeiden dan alleen de verzekeringsgeneeskundige die eigenlijk verantwoordelijk was voor de schatting. Deze bemoeienis leidde vrijwel altijd tot 'vervelende procedures', zoals de in hoofdstuk vier al eens kort genoemde verzekeringsgeneeskundige Aling in 1979 opmerkte. Al die medici waren het immers zelden met elkaar eens en de patiënt klampte zich - '(logisch)' - vast aan het hoogste percentage door een van hen gegeven.⁵³ Dit wrong des te meer, zo zei directeur Willems van de GMD, omdat velen maar weinig begrepen van de wijze waarop 'artsen en hun teamgenoten' tot een oordeel kwamen.

Men kent de elementen niet die er in betrokken worden, men heeft een illusoir beeld van de hardheid van de gegevens, men onder- of overschat de mechanismen. Bij velen leeft nog de overtuiging dat de arts, van zijn medische discipline uit de *mate* van arbeidsongeschiktheid kan vaststellen. Een hardnekkig misverstand. *Maar ook zelf weten wij lang niet genoeg van de wegen waarlangs tot conclusies wordt gekomen.*⁵⁴ [curs. LvB]

De basale vragen die de WAO met zich meebracht, en die in kleinere kring ook al waren besproken,⁵⁵ kwamen dus in een groter gezelschap nog eens terug.

De voornaamste scheidslijn in de meningsvorming, bijvoorbeeld over de scheiding van behandeling en controle, lag tussen de verzekeringsgeneeskundigen aan de

51 Saan, 'Verminderd welbehagen', 672, 680-681. Zie ook: Pompe, 'De positie van de verzekeringsgeneeskundige', 20-24.

52 Levelt-Overmars, 'De wet is goed en rechtvaardig', 907; Haverkamp 'Ongeschiktheid tot werken' 333-339

53 Aling, 'Arbeitsongeschiktheid bij zelfstandigen', 236.

54 Willems, 'Openingstoespraak', 823.

55 Zie hoofdstuk 4.

ene en de behandelende artsen aan de andere kant. En dat was ernstig, aldus Grond. Blijkbaar dacht de ene partij dat de voor claimbeoordeling noodzakelijke samenwerking op de tocht stond, en vond de andere partij dat helemaal zo erg niet. Er was sprake van een desastreus wederzijds desinteresse,⁵⁶ wat in 1981 onderbouwd werd met een enquête, die overigens volgens de enquêteur zelf verre van wetenschappelijk verantwoord was. Hoe dan ook: de uitkomst was dat behandelende artsen niet alleen nog steeds slechts een vage notie hadden van wat arbeidsongeschiktheid inhield, maar ook op zijn best hooguit een vage notie hadden van wat een GMD-team uitvoerde, van wat een GMD-team volgens de wet móest uitvoeren.⁵⁷ In ieder geval hadden velen geen idee van de verschillen tussen de definities van arbeidsongeschiktheid in de ZW en in de WAO/AAW, wat eveneens funest was voor een goede uitvoering.⁵⁸ Het gevolg van de desinteresse en het gebrek aan kennis kon niet anders zijn dan dat de behandelende arts de verzekeringsarts met argusogen bekeek. In de curatieve zorg ging het erom de patiënt van zijn klachten af te helpen. Daarbij zou pas in tweede of zelfs pas in derde instantie naar allerlei externe factoren worden gekeken, namelijk alleen dan als die factoren evident met de klachten samenhangen. Ofwel: 'de curatief geneeskundige denkt [...] primair individu-gericht, weinig situatief en in hoofdzaak somatisch'. De verzekeringsgeneeskundige daarentegen bezag de patiënt voornamelijk 'vanuit diens (werk)situatie, m.a.w. vanuit één van zijn externe relaties'. Hij bekeek de functie van de patiënt 'als die van één in zijn collectiviteit', en liet die in zijn advies een grote rol spelen. Nog afgezien van de verschillende belangen tussen geneeskundige en patiënt, is het daarmee duidelijk dat hier twee werelden te zien waren die alleen hun medische opleiding gemeen hadden. Die kloof was niet te overbruggen met wat organisatorische maatregelen of afspraken, zo schreef in 1979 de arts R. Holthuis, medewerker van de Stichting Coördinatie van Communicatie met betrekking tot Gegevens voor Onderzoek inzake Ziekteverzuim (CCOZ).

Zolang de curatieve en sociaal geneeskundige disciplines niet geleerd hebben en bereid zijn, elkaars denkwereld te kennen, te accepteren en in hun handelingswereld te betrekken, zolang zullen zij naast elkaar blijven staan als de befaamde 'east and west', 'and never the twain will meet'.⁵⁹

De fricties die van al dit wantrouwen het gevolg waren, treffen we aan in de debatten die tussen de artsen werden gevoerd. Daarin werd herhaaldelijk gezegd dat de WAO als groot sociaal vangnet de basis vormde van de problemen, enerzijds omdat die een groot volume van arbeidsongeschikten veroorzaakte en anderzijds omdat die het arbeidsethos van de arbeider ernstig ondermijnde. Dit vergrootte het volume weer, wat het arbeidsethos weer verder ondermijnde etcetera. Dat was temeer zo omdat

56 Grond, 'De scheiding van behandeling en controle', 676-677.

57 Kessener, 'Samenwerking', 915-916.

58 Grond, 'De scheiding van behandeling en controle', 674.

59 Holthuis, 'Gezondheidszorg en langdurig ziekteverzuim', 404.

de afbakening van ziekte ten opzichte van welbevinden, leeftijd en constitutie zeer zwak was en de instrumenten voor handhaving erg eenzijdig op de patiënten waren gericht. Die patiënten waren tenslotte een bron van ongenoegen bij behandelende artsen die zich liever onttrokken aan deze schermutselingen. In de volgende subparagraaf zal dit nader worden geïllustreerd.

3.3 *Het volumeprobleem en de claimbeoordeling*

De volumeontwikkeling en de onvrede die daarover geleidelijk aan groeide, leidde ook binnen de uitvoering zelf, en onder claimbeoordelaars, tot debat. We zagen al dat ze zich in 1975 roerden over de Zwarte Piet. Regelmatig terugkerende thema's waren de vragen of dit nu ongewenst was of niet, of het te voorzien en te vermijden was geweest, wie schuldig waren aan de volumeontwikkeling en wie het tij moesten keren.

Velen zochten de oorzaak van de volumegroei van WAO en AAW vooral in de economie. Eén van hen was J.B. Kuné, econoom aan de Universiteit van Amsterdam. Hij onderkende weliswaar dat er ook in de beginjaren van de WAO al sprake was geweest van een groei die de verwachtingen overtrof, maar, zo schreef hij in 1980, de voornaamste reden voor de enorme volumeaanwas moest toch worden gezocht in 'de minder gunstig geworden rendementspositie van een groot deel van het bedrijfsleven de laatste 12 jaar en de daarmee verband houdende verslechterde arbeidsmarkt'. Er werd daardoor op grote schaal gebruik gemaakt van 'het bekende' WAO-artikel 21 lid 2a, dat het mogelijk maakte werknemers op grond van de situatie op de arbeidsmarkt in de hoogste klasse van arbeidsongeschiktheid in te delen, ook als zij nog restcapaciteit bezaten. Een teken dat erop wees dat er inderdaad een verband was tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid, was dat de provincies met de hoogste werkloosheid (de noordelijke provincies en Limburg) ook de provincies waren die de hoogste graad van arbeidsongeschiktheid kenden. Het bevestigde een reeds ouder vermoeden dat regionale invloeden hun effect op de schatting niet misten.⁶⁰

Onduidelijk was intussen hoeveel mensen er nu eigenlijk waren met een (nage-noeg) gehele arbeidsongeschiktheiduitkering, terwijl ze wel degelijk tot werk in staat waren. Een beredeneerde schatting van enkele economen stelde dat '70 tot 75 procent' van het WAO-bestand uit mensen bestond 'met nog een belangrijke restcapaciteit', die echter toch in de hoogste categorie zaten, omdat zij in de toenmalige economische omstandigheden nooit een baan zouden verkrijgen. Met andere woorden: zo'n driekwart van het WAO/AAW-bestand kon als verborgen werkloosheid worden gekenschetst.⁶¹ Een ander onderzoek schatte de verborgen werkloosheid onder WAO'ers in 1979 echter 'slechts' op 42 procent van het totaal (komend van zes procent in 1968),⁶² en dan was er nog een onderzoek dat de verborgen werkloosheid zelfs helemaal ont-

60 zie: *GMD-Jaarverslag*, 1969, 57.

61 Kuné, 'Enige ontwikkelingen III', 137-141, m.n. 138.

62 Van den Bosch, Petersen, 'De omvang', 88.

kende. Bij een grote groep van degenen die nog een restcapaciteit hadden, was er een verband aantoonbaar tussen de handicap en de werkloosheid, wat de verdiscontering op grond van bovenstaand artikel ondersteunde. Het was volgens deze onderzoekers dan niet terecht die arbeidsongeschikten als 'verborgen werklozen' op te voeren. Kuné stelde weliswaar vragen bij de opvatting in dit laatste onderzoek dat 'in de grote groep arbeidsongeschikten, die niet in aanmerking komt voor arbeidskundig onderzoek, geen restcapaciteit meer aanwezig is', maar stelde verder toch ook dat duidelijk was 'dat de grenzen moeilijk te trekken zijn en dat iedere poging om de component werkloosheid in de wao te schatten een arbitraire zal zijn zolang niet duidelijk is gemaakt welke nu precies de verschillen zijn tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid'.⁶³

Socioloog Hans Broekhuis schreef in 1986 dat 'juist vanwege de relatie tussen arbeid en handicap' die de WAO kenmerkte, 'de verzekeringsgeneeskunde min of meer gedwongen [was] buiten de paden van de traumatologie te treden'. Als hier dan nog de normverandering ten aanzien van de geschiktheid van en voor de arbeidsmarkt, en de verslechterende arbeidssituatie in de loop van de jaren zeventig aan werden toegevoegd, dan was duidelijk waarom 'verdiscontering op vrijwel alle nieuw aangemelde arbeidsongeschikten van toepassing' werd, waardoor 'jarenlang meer dan 80 procent van de WAO-ers in de maximale (80-100 procent) categorie' was terechtgekomen.⁶⁴

Bij de artsen zelf was echter meer de veranderde mens dan de economische malaise het voornaamste onderwerp. Zo schreef de Driebergse revalidatiearts A. Verkuil in 1979 dat het tijdens de beoordeling voor de WAO/AAW constant botste 'tussen de "deskundigen" onderling, tussen de BV en de cliënt en met de Raad van Beroep'. En dat was geen wonder. De WAO was een wet die niet meer in de sinds 1967 ingrijpend veranderde maatschappij paste. De individuele verzekerde was een andere mens dan in 1967, als gevolg van het sterk veranderde sociale klimaat.⁶⁵ Door de veranderende mens kon een wet wel een geschikt instrument zijn op het ene, maar niet meer op het andere moment, waarbij die verandering mede door die wet zelf in de hand kon zijn gewerkt. Door het verzekeren van primaire behoeften als inkomen, eten en onderdak, kon de mens gaan verlangen naar de bevrediging van secundaire, 'hogere' behoeftes; behoeftes die men in zijn werk niet altijd vond. Verlies van achting en zelfachting werd, zo schreef Verkuil althans, vroeger veel erger gevonden dan heden ten dage. Werkloosheid was vroeger een ramp, 'heden ten dage "normaal"'. 1967, het jaar van de WAO, betekende 'een geweldige vooruitgang' op het gebied van de sociale verzekering, 'maar hoe anders liep alles dan men gedroomd had'. De veranderingen die zich sindsdien hadden voorgedaan konden gerust met de term 'revolutie' worden omschreven en hielden een emancipatie in op velerlei gebied en een opkomst van antikapitalistische denkbeelden. Daarbij kwamen de toename van de werkloosheid, mede veroorzaakt door, aldus Verkuil, de komst van vrouwen op de arbeidsmarkt;

63 Kuné, 'Enige ontwikkelingen II', 485-486;

64 Broekhuis, *Beoordeling en begeleiding*, 40. In 1980 bijvoorbeeld 79.996 van de 98.903.

65 Verkuil, 'Ambtelijk medisch denken', 853, 859.

de afgenomen waardering voor arbeid; de stijging van het inkomen; de ongelijkheid tussen inkomen uit WW en WAO, en zie daar: 'het klimaat is geschapen voor een moeizame inpassing in het arbeidproces en een run op de WAO.'⁶⁶ Het was volgens Verkuil dus niet zozeer ondanks, maar juist vanwege de toename van welzijn en welvaart en gezondheid, dat het aantal mensen in de WAO/AAW steeg. De verwende patiënt van de jaren zeventig was niet meer de harde patiënt van de jaren vijftig en zestig.

Ook H.J.J. Leenen, directeur van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Amsterdam, plaatste echter kanttekeningen bij dergelijke geluiden. Weliswaar was het onmiskenbaar dat welzijn en welvaart vanaf 1945 waren gestegen en dat de gezondheidszorg enorm was verbeterd. Maar daar stonden andere zaken tegenover die wel degelijk een verslechtering van welzijn en gezondheid tot gevolg konden hebben. Hij noemde zaken als toegenomen 'bevolkingsdichtheid, sterk doorgevoerde arbeidsverdeling, verkeer, overtrokken consumptie, jachtigheid van het bestaan, afname van de werkgelegenheid, het wegvallen van sociale banden en zovele andere verschijnselen'. En daar moesten dan nog zaken als 'veranderingen van opvattingen, het mondiger worden van de mens, de geringere bereidheid tot het incasseren van beperkingen' aan worden toegevoegd. Dit maakte mensen passief. Waarom immers zou men een probleem proberen op te lossen, als dat toch niet in jezelf lag? En de problemen die men had werden op de maatschappij afgewenteld.⁶⁷

Een volgend twistpunt betrof de eeuwigdurende vraag naar de invaliderende werking van een uitkering. Binnen de verzekeringsgeneeskunde zijn van oudsher stemmen te horen geweest die de overtuiging uitspraken dat een uitkering de cliënt in feite van de regen in de drup hielp. Een zo snel mogelijke 'afschatting' was daarom in het belang van de verzekerde zelf. Anderen echter dachten dat een arbeidsongeschikte verzekerde 'de zekerheid van de uitkering' juist nodig had 'om weer ooit zover overeind te krabbelen dat hij de moed heeft om weer werk te zoeken en aan de slag te gaan'. Onderzoek naar de juistheid van deze uitgangspunten was echter, aldus Levelt-Overmars, afwezig.⁶⁸ En ook psychiater M. Kuilman was kritisch. De stelling dat een uitkering antirevaliderend werkte was, zo schreef hij in 1979, vaak de inleiding voor de opmerking dat 'dus' het onthouden van een uitkering revaliderend werkte. Die gevolgtrekking was niet alleen foutief – het omdraaien van een juiste opmerking is niet per definitie eveneens juist –, maar bovendien was de vraag of een uitkering antirevaliderend werkte 'afhankelijk van de structuur van de patiënt, zijn levensomstandigheden, zijn vluchtmogelijkheden, het oordeel van zijn omgeving, zijn sociaal prestige en het klimaat in een samenleving'. Met andere woorden: de arts die zei dat een uitkering antirevaliderend werkte, ging er vaak bij voorbaat van uit dat iemand aan wie die uitkering werd onthouden, dan als vanzelf weer aan het werk zou gaan. Volgens Kuilman was niets minder waar.⁶⁹

66 a.w., 858.

67 Leenen, 'Patiënt, sociale verzekeringsarts en sociaal verzekeringsstelsel', 867-868.

68 Levelt-Overmars, 'De wet is goed en rechtvaardig', 907.

69 Kuilman, 'Recht en gerechtigheid', 850.

En dan was er nog het ziektebegrip. Grond wees op de veelheid van klachten en symptomen die met maatschappelijke problemen samenhangen. Hij wees erop dat gebrek aan welzijn als ziekte werd gezien,⁷⁰ een constatering die in 1979 ook Leenen maakte. Daar was op zich niet zoveel mis mee, maar het werd de laatste jaren wel wat overdreven. De zaken werden vaak omgedraaid. Maatschappelijke factoren werden belangrijker dan somatische. Die laatste werden een gevolg, een bijverschijnsel, van de eerste. Dit had tot een enorme verbreding van het ziektebegrip geleid. Problemen die tot voor kort niet als gezondheidsproblemen waren gedefinieerd, werden dat nu wel. Er was daardoor een medicalisering van maatschappelijke problematiek opgetreden, waardoor 'een niet onbelangrijk deel van de patiënten', ondanks dat er bij hen geen somatische afwijking was geconstateerd, toch 'ziek' was verklaard. Hierdoor waren 'steeds meer mensen tot ziekte gelegitimeerd, naar de gezondheidszorg geschoven en onder de werking van de sociale verzekering gebracht'.⁷¹ Er werd gewezen op de WHO-definitie van ziekte als 'a state of complete physical and social wellbeing'. Het effect was dat een toenemend aantal mensen dat volgens die definitie 'niet gezond' was, zich arbeidsongeschikt achtte en ook arbeidsongeschikt werd geacht.⁷²

Volgens Saan was deze verwijzing naar de WHO-definitie echter niet terecht. De boven geciteerde definitie werd namelijk gevolgd door de opmerking 'en niet slechts de afwezigheid van ziekte of gebrek'. Dit betekende, aldus Saan, niet alleen dat dus gezondheid meer was dan alleen de afwezigheid van ziekte, maar ook dat 'niet gezond', nog niet altijd 'ziek' betekende. Het kon ook verminderd welbevinden zijn. Dat was echter niet ziek, en viel dus niet onder de bepalingen van de WAO/AAW. Dit betekende ten eerste dat mensen die zeiden ziek te zijn, maar in feite 'alleen maar' last hadden van onbehagen, van een verminderde lichamelijke, geestelijke of sociale weerbaarheid en spankracht, niet een uitkering moest worden 'gegrond', maar dat zij getraind moesten worden om het peil van de weerbaarheid weer te verhogen, zoals een atleet moest trainen om hoger, verder of sneller te kunnen. En dus moesten mensen juist sociaal op de proef worden gesteld, 'óók de minder draagkrachtigen, juist de minder draagkrachtigen'. Saan zei dit niet als 'rechtse rakker', maar 'als een sociaal bewogen mens, die niets liever zou willen dan dat het met de sociaal zwakkeren beter zal gaan. Dit lukt [echter] niet door ze lasten van de schouders te nemen, doch door ze te helpen, te stimuleren, die lasten zelf te dragen.'⁷³

Dit bleek al bij het verzuim. De meest voorkomende reden daarvoor was 'ziekte'. Maar dat was slechts de reden die door de werknemer werd opgegeven. Verzuim op zich was geen medisch, maar een administratief gegeven. Of er inderdaad ziekte aan ten grondslag lag, moest eerst maar eens worden vastgesteld, aldus de Groningse zenuwarts H. Blijham in 1979. Dat gebeurde echter veel te weinig 'ten detrimente van

70 Grond, 'De scheiding van behandeling en controle', 674.

71 Leenen, 'Patiënt, sociale verzekeringsarts en sociaal verzekeringsstelsel', 867.

72 Grond, 'De scheiding', 676.

73 Saan, 'Verminderd welbevinden', 676. Dat verminderd welbevinden was overigens ook volgens Saan het gevolg daarvan dat hoe meer de mens had, hoe ontevredener hij was over wat hij nog niet had. Wederom dus: niet ondanks, maar meer dankzij alle voorspoed, groeide het onbehagen.

de werkbaarheid van de sociale verzekeringswetten'. Normaliter werd 'de verzuimer zonder meer administratief als arbeidsongeschikt behandeld, alleen omdat als reden van dit verzuim "ziekte"' werd opgegeven. Eigenlijk zou de verzekeringsarts de opgegeven reden moeten verifiëren. Dat gebeurde in de praktijk echter niet of nauwelijks terwijl volgens Blijham het belang ervan niet kon worden onderschat. Hierdoor was het toetreden tot het leger der arbeidsongeschikten tot weinig meer dan een administratieve handeling verworden. De controle die geschiedde, had vaak pas na enkele dagen plaats en dat was, aldus Blijham, 'in feite en in principe reeds te laat'.⁷⁴

Timmer wees er daarbij op dat de evaluatie van 'het verstoorde evenwicht' voor AAW en WAO pas na een jaar plaatshad. 'Voorwaar te laat voor een goede evaluatie'. Door het jaar ziektewet was de arbeidsongeschiktheid in feite een self-fulfilling prophecy geworden. De patiënt was immers in dat jaar niet alleen ziek geweest. Andere factoren hadden zich bij die ziekte gevoegd zoals het veranderen van zijn rol van producent in die van zieke. De aandacht die hij kreeg van omgeving en artsen had hem op zijn klachten doen fixeren. Een ander had zijn werkplek ingenomen. Het gezin had zich aangepast aan de voortdurende aanwezigheid van de betrokkene. Zijn interesses waren veranderd en meer op bezigheden in en om het huis gericht. Ondanks al deze bijkomende factoren moest de verzekeringsgeneeskundige na een jaar gaan bepalen of er sprake was van arbeidsongeschiktheid als gevolg van ziekte of gebrek.⁷⁵

In de hier beschreven periode is de uitvoering van de sociale verzekering dus in veel opzichten onderwerp geweest van debat, gedreven door de constatering dat het zo niet moest. We kunnen niet zeggen dat het debat leidde tot een bepaalde uitslag of overeenstemming over hoe het dan wel moest. Tekenend is misschien dat GMD-directeur Boersma bij de studiedagen van 1985 nog stelde dat hij niet voor zich zag dat een arts claimbeoordelingen produceerde. 'Een arts produceert gezondheid.'⁷⁶ Het debat lijkt tamelijk vrijblijvend te zijn gevoerd en het is de vraag of het veel heeft betekend voor de praktijk van de claimbeoordeling, die nu aan bod zal gaan komen.

4 De praktijk van AAW en WAO

4.1 De praktijk in cijfers

Vanaf eind jaren zeventig tot begin jaren negentig bleef in verband met de volumegroei van de uitkeringen ook de politieke druk stijgen. We zullen zien dat in verband daarmee de praktijk van de uitvoering regelmatig werd bijgesteld. Toen de AAW werd ingevoerd, waren bij diverse andere uitkeringsinstanties cliënten bekend die ernaar moesten worden overgeheveld, het zogenaamde stuwmeer. Dat zien we terug in de

74 Blijham, 'Over fout zitten', 229-230.

75 Timmer, 'Arbeidsongeschiktheidsschatting', 724.

76 Boersma, 'Welkomstwoord' TVG 1985 supplement 1 p 5

eerste resultaten. In 1976, het jaar van de invoering van de AAW bereikte het aantal GMD-adviezen met bijna 105.000 zijn hoogtepunt. Dat aantal daalde tot net iets boven de 60.000 in 1984 (om vervolgens weer te stijgen tot 85.500 in 1993). In 1976 lag het percentage volledig afgekeurden bij nieuwe gevallen op 97 procent, maar in de zeven jaren erna lag het rond de tachtig, de drie jaren daarna rond de negentig, om daarna weer te zakken naar 77 in 1988. De kosten stegen van 5.318.000 gulden in 1975, naar 12.599.000 in 1980, respectievelijk 2,7 en 4,1 procent van het nationaal inkomen. In geen periode van vijf jaar was de stijging zo groot. Maar die stijging vlakke wel in de jaren na invoering van de AAW snel af. Absoluut bleef zij vanaf het midden van de jaren tachtig vrij constant, en relatief bereikte zij in 1983 en 1984 het hoogtepunt met 4,5 procent van het nationaal inkomen. Een zelfde patroon is terug te zien in de volumeontwikkeling. Die steeg explosief tussen 1975 en 1980 van 311.000 naar 576.000 uitkeringsjaren, maar ook die stijging vlakke daarna snel af, al bleef zij wel bestaan.⁷⁷

Rond 1980 waren er zo'n 600.000 arbeidsongeschikt verklaarden, waarvan meer dan 500.000 volledig. Dus hadden, aldus Broekhuis, de WAO en de ondertussen ingevoerde AAW een 'elke voorspelling tartende groei te zien gegeven' van het aantal mensen met een uitkering. Onduidelijk was of die vele honderdduizenden 'echt niet kunnen werken, welke arbeid voor hen geschikt is en wat zij zelf zouden willen', aldus de Amsterdamse socioloog Abram de Swaan in 1984, die vervolgde met de woorden: 'Eigenlijk weet niemand wie hij met die arbeidsongeschikten voor zich heeft en hoe zij het hebben.' Doordat er geen aandacht meer was voor de oorzaak van een ongeval of ziekte – arbeidsgerelateerd of niet – verminderde de aandacht voor ontwikkelingen in de arbeidssfeer waardoor er meer beroep op de beide wetten werd gedaan.⁷⁸

Met het stijgen van het aantal mensen in de WW, de ZW en de WAO/AAW, nam de kritiek op de sociale zekerheid eind jaren zeventig verder toe. Het woord 'crisis' begon de discussie over de sociale zekerheid te beheersen en de WAO/AAW was daar voor een groot deel debet aan. Dit werd zoals gezegd met name geweten aan de veranderde economische omstandigheden. De werkloosheid bleef stijgen en de WAO/AAW werd volgens critici misbruikt om overtollig personeel 'te dumpen' zonder dat hen dat veel financiële schade zou opleveren.

Het ziekteverzuim verdubbelde tussen 1960 en 1980 en het aantal mensen met een WAO/AAW-uitkering steeg van 162.000 WAO'ers in 1968 tot 629.000 WAO/AAW'ers in 1980, zo'n tien procent van de beroepsbevolking. Daarbij was de verwachting in 1980 dat de stijging van de WAO met 75.000 per jaar zou doorgaan en die van de AAW, waarvan volgens Hibbels de problemen in aard niet van die van de WAO verschilden,⁷⁹ met 8000 per jaar. Van de WAO'ers zat 85 procent in de hoogste arbeidsongeschiktheidsklasse, en van de AAW'ers zelfs negentig procent. En dat allemaal, zoals sommige artsen zoals gezien naar voren brachten, terwijl de Nederlandse mens tussen 1960 en 1980 er in allerlei opzichten toch op vooruit was gegaan. De gezondheidszorg

77 *Parlementaire enquête*, 261.

78 Broekhuis, *Beoordeling en begeleiding*, 6

79 Hibbels, 'Is de verzekeringsgedachte', 216.

was sterk verbeterd, de levensduur was gestegen en bleef stijgen, de arbeidsomstandigheden waren erop vooruitgegaan, de werknemers maakten minder uren en het loon was, ook relatief gezien, gestegen. En dat laatste was maar goed ook, omdat de stijging van de WAO/AAW-populatie gepaard ging met een groei van de groep gepensioneerden en een stijgende werkloosheid – van 47.000 in 1970 tot 210.000 in 1979. Dit betekende dat een steeds kleinere groep werkenden het inkomen moest verdienen voor een steeds groter wordende groep ‘inactieven’: ouden van dagen, werklozen en arbeidsongeschikten.⁸⁰

Al begon vanaf het midden van de jaren tachtig, voor het eerst in de geschiedenis van de WAO, het aantal afgewezen aanvragen te stijgen - van zo'n 20.000 in 1986 tot bijna 40.000 in 1993 -, het aantal arbeidsongeschikten op zich bleef stijgen. Bovendien bleef bij zowel beoordeling als herbeoordeling het merendeel volledig arbeidsongeschikt verklaard. Toen Nederland in 1990 door minister-president Lubbers ziek werd verklaard en diens CDA-partijgenoot Brinkman sprak over ‘aanstellers’ in de WAO, waren er bijna 900.000 arbeidsongeschikten. Het leidde in 1991 tot een fiks pakket maatregelen, waarvan alleen mensen die de 50 reeds waren gepasseerd, niets zouden merken. De waardevastheid tot het pensioen verdween. Reeds na een jaar zou de uitkering tot zeventig procent van het minimumloon dalen. De maatschappelijke onrust hierover was echter groot en in 1993 – het jaar waarin op 1 januari de GMD had opgehouden te bestaan - besloot het kabinet iedereen met rust te laten die op dat moment reeds in de WAO zat.

Die GMD was eind jaren tachtig niet meer dezelfde organisatie als begin jaren zeventig. Zij was fiks in omvang toegenomen en was na het GAK het grootste apparaat in de sociale verzekering geworden. In 1976 kende de dienst reeds 226 artsen en 571 arbeidsdeskundigen, aantallen die tien jaar later tot respectievelijk 365 en 780 zouden zijn toegenomen.⁸¹ De groei betekende allerm minst dat de stormen waren gaan liggen die sinds de start om de GMD hadden gewoed. Integendeel. De werkdruk was en bleef hoog en het verloop onder verzekeringsgeneeskundigen was en bleef groot. Om een indruk van de werkdruk te geven: er werden in 1976 130.000 aanvragen verwacht. Daarvan zouden er ten hoogste 30.000 individueel kunnen worden behandeld. 100.000 mensen kregen dus een uitkering zonder spreekuurcontact bij de GMD en werd afgehandeld op grond van de verstrekte gegevens. En het was er niet beter op geworden met het kerend economisch tij, iets wat voor de gehele sociale verzekering opging. ‘Gezien de belangrijke rol die de sociale verzekering speelt bij de inkomensoverdrachten valt te verwachten dat verantwoordelijke overheden die sociale

⁸⁰ Saan, ‘Verminderd welbevinden’, 673; Hibbeln, ‘AAW en WAO nemen zoals zij zijn’, 894; Hibbeln, ‘Is de verzekeringsgedachte achterhaald’, 211; Nap, ‘Heeft de medische professie’, 889; Kuné, ‘Enige ontwikkelingen II’, 485; Kuné, ‘Enige ontwikkelingen III’, 137; Blijham, ‘Over fout zitten’, 229; Timmer, ‘Arbeitsongeschiktheidsschatting’, 729.

⁸¹ Zoals gezegd bestond een groot deel van het werk van deze mensen uit het beoordelen van aanvragen om voorzieningen.

verzekering zullen inschakelen bij hun pogingen de economie op orde te houden of te brengen.⁸²

4.2 Ontwikkeling in de claimbeoordeling

Niemand kon in de WAO/AAW terecht komen zonder dat een arts daar zijn of haar fiat aan had gegeven. De vele miljarden die Nederland rond 1980 aan ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid uitgaf, waren dus, zo schreef Saan, gespendeerd op doktersvoorschrift.⁸³ Verkuil wees erop dat de arts die te maken kreeg met de WAO moest gaan leven met twee zielen in zijn borst. Het was voor verzekeringsartsen moeilijk om zowel medisch als ambtelijk te denken, wat echter wel noodzakelijk was voor verantwoorde, verzekeringsgeneeskundige beslissingen. Ambtelijk denken kon niet zonder categorieën en kon niet zonder duidelijke afspraken, maar medisch denken ging uit van individuen en was (daardoor) allesbehalve stellig. Verzekeringsgeneeskundigen van de GMD en adviserende geneeskundigen van de bedrijfsverenigingen moesten vanuit een geneeskundige opleiding, ambtelijke beslissingen nemen.⁸⁴ Verkuil zag dit als de eerste reden voor de crisis in de WAO/AAW. Veel van deze artsen hadden moeite met die 'twee zielen' in hun borst, die zij zo goed en zo kwaad mogelijk moesten zien te verenigen.⁸⁵

Zoals gezegd zat de hiervoor verantwoordelijke organisatie, de GMD, niet stil in deze periode. De tot 1987 voor de uitvoering van de claimbeoordeling waarschijnlijk belangrijkste ontwikkeling was de implementatie van artikel 21 lid 3, dat de mogelijkheid bood een termijn te stellen aan de tijd dat er rekening werd gehouden met de door de handicap verminderde gelegenheid tot het verkrijgen van arbeid. Zoals gezegd was het in 1976 aan de WAO en de AAW toegevoegd. In het decennium daarop ging de GMD het behoedzaam in de praktijk brengen. In het jaarverslag over 1979 komen we voor het eerst dit thema tegen. De GMD begon toen met de dubbele schattingen waarin aan de cliënt werd meegedeeld dat hij weliswaar voorlopig geheel arbeidsongeschikt werd geacht, maar dat hij dat in theorie niet was. Vervolgens werd hem of haar meegedeeld wat het theoretische arbeidsongeschiktheidspercentage was. Er werd daarop een termijn afgesproken – veelal een jaar - waarbinnen werd verwacht dat de cliënt werk zou vinden. In dat jaar werd hij intensief begeleid door onder meer de (arbeidsdeskundige van de) GMD. Als het toch niet lukte, werd bekeken hoe er verder zou worden gehandeld. Als er geen verband werd verondersteld tussen handicap en werkloosheid, moest er worden geschat. Dit werd uitprobeerde met een experimentele termijnstelling in Rotterdam en Tilburg.⁸⁶

In 1980 werd gesteld dat er inderdaad veel meer kon worden geschat dan tot dan toe het geval was geweest. Het GMD-bestuur werd het echter niet eens over de conse-

82 Willems, 'Openingstoepspraak', 284; Zie ook: *Parlementaire enquête*, 73.

83 Saan, 'Verminderd welbevinden', 673.

84 Verkuil, 'Ambtelijk medisch denken', 853-854.

85 a.w., 855.

86 *GMD-jaarverslag*, 1979, 23.

quenties die aan deze conclusie moesten worden verbonden en vroeg de mening van de SVR. In 1981 werd men het eens over wat de administratieve termijnstelling is gaan heten, de ATS. Uitgaand van de leeftijd, de tijd dat men uit het arbeidsproces was, de ernst van de beperkingen, de kennis en de ervaring, werd bepaald of iemand in aanmerking kwam voor ATS. Dat betekende dat hij of zij gedurende een bepaalde termijn - nog steeds meestal een jaar - inderdaad intensief zou worden begeleid. Bij werkhervatting werd het reële arbeidsongeschiktheidspercentage bepaald. Dit gebeurde ook als het niet lukte werk te verkrijgen om redenen die buiten de handicap lagen. Anders bleef de volledige arbeidsongeschiktheid gehandhaafd. De ATS werd in 1982 zorgvuldig uitgetest bij 530 gevallen waarin volledige werkhervatting mogelijk werd geacht. Dit leidde tot uitvoerige discussie binnen het GMD-bestuur wat in 1983 uitmondde in het besluit dat als het na een jaar niet gelukt was, de arbeidsdeskundige mee kon gaan op sollicitatiegesprek om te bekijken waar dat aan kon liggen. Bij voortdurende twijfel kon de ATS met een jaar worden verlengd.⁸⁷

In 1985 maakte een werkgroep bij de Svda het rapport 'Juridische beschouwingen over de voorgestelde wijzigingen in de WAO en AAW' openbaar.⁸⁸ Het gaf aan hoe de verdiscontering van werkloosheid kon worden aangepakt. Naast de voorwaarde dat een te duiden functie moest bestaan, gold dat deze ten principale ook verkregen moest kunnen worden door de cliënt. Dat laatste zou dan in de empirie moeten worden bepaald waarbij werd opengelaten hoe dat moest worden gedaan. In 1986 werd de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers, de WAGW, ingevoerd en de stelselwijziging volgde op 1 januari 1987. De wetgever nam het rapport uit 1985 over de verdiscontering deels wel en deels niet over. De noodzaak van het bestaan van gangbare functies werd onderschreven, maar de mogelijkheid werk te verkrijgen uitdrukkelijk niet. De GMD en de FBV besloten daarop dat voor een schatting minstens vijf gangbare functies met ieder minstens tien arbeidsplaatsen moesten worden gevonden. Dit legde de bewijslast bij de GMD en het bewijs moest komen uit de Arbeids Complexen Documentatie (ACD), waarover zo dadelijk meer. Bij (deels) werkende belanghebbenden moest de gerealiseerde loonwaarde zwaarder wegen dan de theoretische, tenzij de belanghebbende makkelijk anders kon kiezen.

Al deze bepalingen maakten dat de GMD meende dat hij nog meer moest inzetten op reïntegratie.⁸⁹ Hij wilde meer werk maken van de zesde-maandsmelding en bedrijfsbezoeken door de arbeidsdeskundige om mensen terug aan het werk te krijgen. Dit werd vanaf 1987 praktijk. De ervaringen in de daarop volgende jaarverslagen wijzen echter op nieuwe problemen en dilemma's, zoals kansloze oudere werknemers die deels arbeidsongeschikt waren, of mensen die hooguit in deeltijd konden werken. Van wie kon je nog verwachten dat een werkgever ze zou aannemen? Men was benieuwd naar de opvatting van de CRvB hierover en verwachtte dat het enkele jaren zou duren voordat het nieuwe criterium zou zijn uitgekristalliseerd.

87 a.w., 1983, 94-95

88 a.w., 1985, 19-24

89 a.w., 1987, 21-35.

De directeur van de GMD, W. Boersma, kon in 1979 wel voorspellen dat de GMD en de medische stand ter verantwoording zouden worden geroepen. De vraag hing 'a.h.w. al in de lucht: dokter, als u nu in 10 procent van de gevallen anders geoordeeld had, dan had dat wel 60.000 gevallen gescheeld, en dat betekent misschien wel 1 miljard gulden'.⁹⁰ De uitvoering was daarvoor echter een te ingewikkelde zaak. Zoals in hoofdstuk 4 al is vermeld was de uitvoering van ZW en WAO opgedragen aan de bedrijfsverenigingen, wat in 1976 ook met de AAW gebeurde. Van de 26 bedrijfsverenigingen hadden er gedurende het ziektejaar 16 de administratie neergelegd bij het GAK, maar tien ervan voerden zelf hun administratie. Tijdens het jaar ziektejaar waren er dus elf verschillende medische diensten. Dit zal het contact tussen behandelend geneeskundige en verzekeringsgeneeskundige niet hebben bevorderd. Na het verstrijken van het ziektejaar werden medische en arbeidsdeskundige adviezen uitgebracht door de GMD, die eveneens zijn administratie door het GAK liet doen. Het had geleid tot een situatie die voor velen, en niet alleen de artsen in de praktijk, ondoorzichtig was.⁹¹

De verzekeringsgeneeskundige had een belangrijke functie als medebeheerder van de WAO/AAW.⁹² Het ging daarbij, aldus Timmer en Koten in 1982, om de volgende taken. Hij kon ten eerste door eigen onderzoek tot een diagnose komen. Maar bij mensen die meer dan een jaar ziek waren, en dat waren de mensen die hij tegenkwam veelal, was specialistisch onderzoek vaak de aangewezen weg. Wel moest de verzekeringsgeneeskundige de kennis bezitten om de specialistische diagnose op plausibiliteit te kunnen beoordelen. De verzekeringsgeneeskundige zou daarop de beperkingen en het resterende arbeidsvermogen moeten beoordelen.⁹³

Hij moest ten tweede de aard en de omvang van de stoornissen en resterende capaciteiten vaststellen. Ook hierbij was specialistische hulp soms onmisbaar. Als de ziekte of het gebrek zich spoedig na aanvaarding van de betrekking of verandering van de werkzaamheden manifesteerde, dan moest de verzekeringsgeneeskundige er op bedacht zijn 'of de stoornissen al vóór de aanvang van de verzekering of na verandering van werkzaamheden' waren ontstaan. Hij moest verder de resterende arbeidsvermogens 'vertalen' in beroepsvaardigheden, uitgedrukt in een vaardighedenprofiel, en hij moest beoordelen of het opgestelde vaardighedenprofiel verenigbaar was 'met de arbeidseisen van de door de arbeidsdeskundige geduide beroepen'. Die mochten 'geen specifieke risico's met zich [...] brengen die verband [hielden] met de vroegere ziekte'. Het inwinnen van informatie bij de behandelende arts(en) - gezien de duur van de ziekte, meestentijds een specialist - was hierbij een voorwaarde. Die contacten verliepen, het zal ondertussen duidelijk zijn, 'soms traag'.⁹⁴

90 Boersma, 'Algemene beschouwingen', 834.

91 Grond, 'De scheiding van behandeling en controle', 673.

92 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde', 783.

93 a.w., 778-779.

94 a.w., 779.

Bij zowel de keuring als de begeleiding, die medewerking vergden van de cliënt, rees de vraag in hoeverre de verzekerde verplicht was daaraan mee te werken en in hoeverre daarbij van dwang of drang gebruik mocht worden gemaakt. Bij de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet had de RVB daar grotere bevoegdheden in gehad dan de GMD bij de WAO en de AAW. Bij dwang moest een verzekerde buiten zijn wil aan een onderzoek meewerken, terwijl hij bij drang kon weigeren, maar wel op straffe van het verlagen of niet toekennen van een uitkering.⁹⁵ Er moest worden opgepast dat het beleid ten opzichte van werknemers met betrekking tot sociale voorzieningen als de WAO en de AAW, niet in strijd kwam met individuele grondrechten, zoals het recht op bescherming van de geestelijke en lichamelijke integriteit en het recht op privacy. Zowel in de WAO als in de AAW was de verplichting neergelegd geneeskundig onderzoek te ondergaan. Bovendien kon 'naar aanleiding van de uitslag van het onderzoek vanwege het verzekeringsorgaan voorschriften in het belang van de behandeling worden gegeven (met sanctie bij weigering deze voorschriften te volgen)'. De grondslag hiervoor was daarin gelegen 'dat de verzekerde bij aanspraak op een uitkering moet medewerken aan het bewijs dat hij recht heeft op een uitkering anders kan het uitvoerend orgaan niet tot een rechtsvaststellende beschikking komen'. G.C.J.M. Hamilton-van Hest, medewerkster van de Ziekenfondsraad Amstelveen, concludeerde hieruit dat derhalve het individuele recht moest wijken voor het algemene belang.⁹⁶

Het was overigens geen nieuwe discussie. Jurist W.F. Tordoir had in 1968 al gesignaleerd dat het recht op integriteit en zelfbeschikking kon botsen met de verplichting de schade te vermin deren.⁹⁷ Er was discussie geweest of er een lijst moest worden opgesteld met behandelingen die een patiënt altijd zou moeten accepteren, maar die was er niet gekomen.⁹⁸ In een aantal artikelen werd door verscheidene auteurs uiteengezet welke spelregels zouden moeten gelden om de cliënt aan te spreken op zijn eigen verantwoordelijkheid zonder hem in zijn grondrechten te schaden.⁹⁹ Dat moest vooral een zaak zijn van individuele overreding en redelijk overleg tussen beide partijen. Afgaand op de beschikbare literatuur, lijkt het middel van schorsing van de uitkering omdat de cliënt niet aan beoordeling of begeleiding meewerkte, in de praktijk niet veel te zijn toegepast.

De door het onderzoek verkregen gegevens moesten in functiebeperkingen worden omgezet. De GMD had daarvoor zogenaamde beschrijvende rapporten in gebruik, waarvan de functie in eerste instantie de overdracht van de gegevens van de verzekerde van arts naar arbeidsdeskundige was. Maar zij konden tevens worden gebruikt voor de overdracht naar bedrijfsvereniging, arbeidsbureau of pensioenfonds. In dergelijke rapporten sprak de verzekeringsgeneeskundige zich uit over het signalement van de verzekerde; de aard van de handicap; de instelling van de verzekerde

95 Hamilton-Van Hest, 'De rechtspositie', 76-77.

96 a.w., 78.

97 Tordoir 'Het verplicht dulden van behandelingen', passim.

98 Idem.

99 Leenen, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, passim; Roscam Abbing, 'Dwang en drang in de sociale wetgeving', passim; Gevers, 'Behandeling onder dwang', passim.

met betrekking tot het sociaal functioneren, de revalidatie of de werkhervatting; de sociale presentatie van de verzekerde, en de prognose ten aanzien van revalidatie en werkhervatting. Tevens gaf hij 'een opsomming van de diverse belastbaarheden in een gegradeeerde vorm = het beperkingenpatroon'.¹⁰⁰ Het beperkingenpatroon was dus een weergave van het beeld dat de verzekeringsgeneeskundige zich vormde van de mogelijkheden van de verzekerde om werk te kunnen verrichten. Dat gebeurde aan de hand van enkele tientallen, voor het uitoefenen van een beroep verschillende aspecten, die volgens een vastgestelde gradatie moesten worden gewaardeerd. Die gradatie was 'gebaseerd op de combinatie van de mate van belasting en de duur en de frequentie waarmee deze belastingen gedurende de werktijd' werd opgelegd.¹⁰¹

Met het aldus ontstane beeld van beperkingen en mogelijkheden moest vervolgens de verzekeringsgeneeskundige samen met de arbeidsdeskundige besluiten of de verzekerde nog wel of niet, en zo ja: in hoeverre, in staat was om zijn oorspronkelijke beroep uit te oefenen. De arbeidsdeskundige moest hierbij zo nauwkeurig mogelijk aangeven welke belasting de functie van de verzekerde met zich meebracht, of, als de conclusie was dat de verzekerde niet meer voor zijn functie geschikt was, voor welk werk hij nog wel geschikt was. Daarbij werd meestal gebruik gemaakt van de genoemde ACD, 'een verzameling van systematisch beschreven beroepen en functies met de belastingen die ze meebrengen, gegroepeerd in dezelfde aspecten als in het hierboven beschreven beperkingenpatroon.' De functies die uit de ACD werden geselecteerd, moesten voldoen aan de belastbaarheid van de belanghebbende en zijn bekwaamheden. Ze moesten in billijkheid een verdienvermogen bewijzen en de arbeidsdeskundige bekeek in hoeverre die op de verzekerde van toepassing waren. Tot 1987, het jaar van de stelselherziening, was het gebruik van de ACD niet verplicht, zoals dat ook met het belastbaarheidspatroon het geval was. Iemand met restcapaciteiten maar zonder uitzicht op werk werd immers toch tot volledige arbeidsongeschiktheid verdisconteerd. Als er een aan de ACD-functies beantwoordend nieuw beroep werd gevonden, dan gold het daarbij horende inkomen als 'gehandicapteloan'. Daarna volgde de reeds beschreven indeling in een bepaalde arbeidsongeschiktheidsklasse volgens de vergelijking met de 'maatman'; een vanzelfsprekend theoretische schatting omdat het gegeven dat de verzekerde een ander beroep zou kunnen uitoefenen, nog niet wilde zeggen dat die mogelijkheid in de praktijk ook bestond.¹⁰² Op 1 januari 1992 werd de ACD vervangen door het Functie Informatie Systeem (FIS). Op basis van de toegenomen kennis waren bepaalde items nader omschreven, ook voor de bedrijfsverenigingen die sedert 1987 een betere verantwoording nodig hadden. Het FIS was vanaf 1990 door met name de arbeidsdeskundig analisten ontwikkeld, en alvorens tot invoer te komen, in 1991 eerst op een aantal kantoren beproefd.

100 Timmer, 'Arbeitsongeschiktheidsschatting', 727.

101 a.w., 727.

102 Timmer, 'Arbeitsongeschiktheidsschatting', 728.

Moeilijkheden in de praktijk

In de hier beschreven periode, waarin de claimbeoordelingen geleidelijk aan strenger werden en mensen in toenemende mate werden 'afgeschat' op theoretische mogelijkheden, kwam de praktijk meer onder druk te staan en kwamen problemen aan de oppervlakte die tot dan toe een sluimerend bestaan hadden geleid. Daarbij speelde blijkens de literatuur een aantal problemen in het bijzonder een rol.

Om zijn rol te kunnen vervullen zou de verzekeringsgeneeskundige zo objectief moeten zijn als menselijk gezien maar mogelijk was. Juist bij die objectiviteit van de verzekeringsgeneeskundige werden echter de nodige vragen gesteld, maar niet alleen door patiënten en behandelende artsen, zoals we reeds hebben gezien. Zo haalde Leenen een onderzoek uit 1972 van stal dat had aangetoond dat 'interpretatieverschillen van dezelfde gegevens door artsen in 84procent van de in het onderzoek betrokken gevallen verantwoordelijk waren voor afwijkende adviezen'. Bovendien was de verzekeringsarts onderdeel van het verzekeringsstelsel en daarmee gebonden 'aan de normen en regels van dat stelsel'.¹⁰⁴ Kuné was nog kritischer en meer 'up to date' met zijn materiaal. Hij wees op een onderzoek uit 1981 betreffende de uitvoering van de WAO/AAW. Op grond daarvan stelde hij ten eerste dat er geen richtlijnen voor bestonden, ofschoon schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid de belangrijkste activiteit van de GMD-artsen was. Veel schattingen waren derhalve volslagen arbitrair. Ofwel:

Het beleid wordt in hoge mate bepaald door individuele artsen en arbeidsdeskundigen, daarbij nauwelijks beperkt door richtlijnen of controle van bovenaf; de activiteiten en beslissingen van de uitvoerders onttrekken zich dus aan het toezicht van de beleidsmakers. Op deze manier is het onmogelijk op adequate wijze beleid te bepalen en uit te voeren.¹⁰⁵

Een ander probleem waar de claimbeoordelaar zich voor zag gesteld was of het mogelijk was om aan te tonen dat een te verzekeren persoon reeds voorafgaand aan de verzekeringsperiode aan een ziekte of gebrek leed, waardoor hij, overeenkomstig de artikelen 18.2 en 30, niet in aanmerking zou komen voor een uitkering. De vraag was dan of er een nieuwe situatie was ontstaan of dat de betrokkene reeds ziek was geweest bij aanvang van het dienstverband. 'In veel van die gevallen', zo constateerde Hibbeln in 1979, achtte de verzekeringsgeneeskundige 'zich niet in staat de vragen te beantwoorden. Zal hij dan niet veelal toch tot een positief advies inzake betrokkenes aanvraag om een WAO-uitkering komen?'¹⁰⁶ Timmer en Koten zagen een medische keuring, in combinatie met een arbeids- en loonkundig onderzoek, voorafgaand aan iedere aanstelling, als enig mogelijke oplossing voor dit probleem. Nu was het helaas

103 *Parlementaire enquête*, 68.

104 Leenen, 'Patiënt, sociale verzekeringsarts en sociaal verzekeringsstelsel', 865.

105 Kuné, 'Enige ontwikkelingen III', 139.

106 Hibbeln, 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn', 892.

zo dat reconstructie van de ‘krachten en bekwaamheden’ van een verzekerde voorafgaand aan de verzekeringsperiode een moeilijke, zo niet onmogelijke opgave was. De beide artikelen werden dan ook zelden toegepast, mede vanwege de, aldus Timmer en Koten, juridische fictie dat iedereen die een baan een bepaalde tijd had uitgeoefend, ook arbeidsgeschied was voor die baan. Het was, zo zei ook jurist Hibbeln, helemaal zo zeker niet dat een verzekerde - met name geestelijk - bestand was tegen het eigen werk, ook al had hij dat werk reeds jaren beoefend. Maar ook hierbij was de verzekeringsgeneeskundige al te vaak geneigd om de verzekerde het ‘voordeel van de twijfel’ te geven. Ten eerste ontbrak vaak de informatie over de gezondheidstoestand van veel verzekerden van soms jaren her, zeker bij buitenlandse werknemers. De documentatie van het eerste ziekteverzuim was vaak zeer summier. Reconstructie op langere termijn was door het grillige en onvoorspelbare verloop van veel chronische ziekten vaak niet mogelijk. Zeker bij verandering van baan of promotie gaf dit problemen. Wat te doen als de geestelijke dan wel fysieke krachten van iemand niet opgewassen bleken tegen promotie of verandering van baan? Het leek er veel op dat de verzekeringsgeneeskundige - bij beoordeling na een jaar ziekteverlof - het meestal hield op achteruitgang in de gezondheidstoestand van de verzekerde, terwijl het natuurlijk ook zo kon zijn dat de baan gewoon te zwaar was.¹⁰⁷

Nog een ander probleem was of stoornissen en gebreken als gevolg van ouderdom verzekeringsgeneeskundig te onderscheiden waren van die veroorzaakt door ongeval of ziekte? De krachten van de mens namen, zo schreven Timmer en Koten, vanaf het dertigste levensjaar met ongeveer één procent per jaar af. Dat betekende dat een 35-jarige geen topprestaties meer kon leveren; een veertigjarige kon geen zeer zware, en een vijftigjarige geen zware arbeid meer verrichten. Dit gold niet alleen voor lichamelijk, maar ook voor geestelijk zware beroepen. Dergelijke beroepen zouden dan eigenlijk ook een afvloeiingsregeling moeten kennen, maar dat was ‘door de huidige financiële toestand [...] een fictie’.

De beslissing van het GMD-bestuur om bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid rekening te houden met de leeftijd, is van medisch standpunt bezien begrijpelijk vanuit de bedoeling om loonderving te verzachten. Vanuit verzekeringsoogpunt is het onuitvoerbaar. Veroudering is geen incident. Veroudering brengt een groot pakket risico's met zich mee. Het vermengen van een arbeidsongeschiktheidsrisico met een vervroegd pensioen bemoeilijkt de uitvoering van de wao/aaw.¹⁰⁸

Het bleef in de ogen van Timmer en Koten van belang om te kijken of aan de beperking van vaardigheden, die leidde tot achteruitgang van de beroepsuitoefening en daarmee van de verdien capaciteit, een stoornis ten grondslag lag. Was dat niet het

107 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 780, 782; Hibbeln, 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn', 892.

108 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 781.

geval, maar werd de beperking bijvoorbeeld veroorzaakt door veroudering, dan was dat geen reden voor een uitkering.¹⁰⁹ In de praktijk werkte het echter vaak eerder andersom, omdat een werknemer van midden vijftig als moeilijker te reintegreren werd gezien dan iemand met dezelfde klachten maar die twintig jaar jonger was.¹¹⁰

Een volgende moeilijkheid trad op bij het bepalen van de mate van restcapaciteit. De mate waarin een gehandicapte nog over vaardigheden beschikte, werd bij de GMD op een 6-puntsschaal vastgelegd, onderdeel van de genoemde lijst met 28 geselecteerde vaardigheden. Door scores van de verschillende vaardigheden met elkaar te verbinden, ontstond een curve die het vaardighedenprofiel van de verzekerde voorstelde. Het betrof uitvoeringsvaardigheden en aanpassingsvaardigheden. Als in datzelfde schema 'het profiel van de soortgelijke gezonde maatman' werd geschetst, dan gaf 'het verschil tussen de beide scores de beperkingen aan'. Bij een 'voldoende' aantal mogelijkheden bestond er ten hoogste een beperkte arbeidsongeschiktheid. Maar de nauwelijks te beantwoorden vraag was dan natuurlijk wat 'voldoende' was, terwijl beantwoording ervan van groot belang was, wilde men onderscheid kunnen maken tussen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid.¹¹¹ De vraag tot welk werk iemand in staat was als het eigen werk niet kon worden beoefend, was dus niet eenvoudig te beantwoorden, maar, aldus Hibbeln, de verzekeringsgeneeskundige, evenals de arbeidsdeskundige, werd er vaak bij aan zijn lot overgelaten. En wederom leidde dit maar al te vaak tot het oordeel dat er eigenlijk niet van andersoortige geschiktheid sprake was, waardoor het oordeel 'blijvend algeheel arbeidsongeschikt' werd.¹¹²

Met betrekking tot de praktijk van de claimbeoordeling wierpen Timmer en Koten verder de vraag op of de verzekeringsgeneeskundige wel in staat was de stoornissen van ziekte te relateren aan de arbeids(on)geschiktheid? Het antwoord kon niet anders zijn dan dat dit zeer afhankelijk was van de aard van de stoornis en de stand van de medische kennis. De kennis over rugklachten was bijvoorbeeld in de jaren zeventig zeer vooruit gegaan, maar 'pijnklachten' bleef een moeilijk gebied. Psychosociale klachten en stoornissen waren en bleven nog problematischer, waarbij ook nog eens vaak 'het oordeel van de onderzoeker [werd] gekleurd door [diens] politieke of maatschappelijke instelling'. Psychotherapie bleek daarbij vaak een hooguit 'mager resultaat' op te leveren.¹¹³ Psychiatrische diagnostiek was dan ook veel meer dan fysische diagnostiek 'onderzoeker-afhankelijk'. Een 'second opinion' was hierdoor, aldus Timmer en Koten, met name bij psychische problemen bepaald geen overbodige luxe.¹¹⁴ 'Niet ingevulde verwachtingen', en zeker in een dergelijke omvang, konden er op den duur toe leiden dat 'de legitimiteit van het systeem van besluitvorming' zou worden aangetast. Zo werd van de langdurig zieke en gehandicapte verwacht dat hij gemotiveerd was of raakte om weer in de maatschappij in te treden. Lukte dat laatste

109 a.w., 782.

110 *Parlementaire enquête*, 72.

111 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 782.

112 Hibbeln, 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn', 893.

113 Timmer, Koten, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder', 782.

114 Idem.

niet dan werd hij of zij niet gemotiveerd geacht, wat ‘natuurlijk vaak ten onrechte’ was. Er was nu eenmaal een groot verschil tussen ‘kunnen willen en willen kunnen. Sommigen willen niet kunnen, anderen kunnen niet willen.’¹¹⁵

Opmerkelijk is dat het probleem van de arbeidsdeskundigen zo slecht is gedocumenteerd, in elk geval in de literatuur van henzelf (het tijdschrift *AdVisie*) en door de GMD. Zij moesten beslissen wanneer het niet vinden van werk wel of niet het gevolg was van de handicap en vanaf 1987 moesten zij iedere cliënt confronteren met theoretische mogelijkheden en de uitkering op basis daarvan laten verlagen. Dat had bij de cliënten onder meer tot overleg met de GMD-directie geleid.¹¹⁶ En uiteraard had zich de pers op dit gevoelige thema gestort.¹¹⁷ De GMD had het systematiseren van de ACD ter hand genomen om de schattingen goed en landelijk uniform te kunnen onderbouwen. Knepper constateerde dat veel problemen die arbeidsdeskundigen betroffen, bij de verzekeringsartsen terecht kwamen.¹¹⁸ De literatuur van en over de arbeidsdeskundigen blijft intussen vrijwel uitsluitend gericht op reïntegratie in werk en voorzieningen voor op het werk en thuis.

5 Ontwikkelingen van het vak van claimbeoordelaar

In deze periode is veel werk verricht op het ontwikkelen van het vak van claimbeoordelaar. Zowel verzekeringsartsen als arbeidsdeskundigen zagen zich toenemend geconfronteerd met problemen in de uitvoering, vermoedelijk omdat de beoordelingen steeds theoretischer moesten worden en meer en meer ook tegen de zin van de beoordeelde uitvielen.¹¹⁹ Bij de studiedagen van 1985 werd uitgebreid stilgestaan bij de problemen van de artsen. Discussiethema's, alle gericht op de beoordeling, waren bijvoorbeeld het specifieke handelen van de arts, zijn instrumenten en zijn positie als arts.¹²⁰ In de verslagen van de inleidingen zien we de zoektocht weerspiegeld naar de inhoud van het vak en de kwaliteit ervan. Diverse, hierna te bespreken benaderingen werden bij die studiedagen aan elkaar gekoppeld teneinde de problemen van alledag het hoofd te kunnen bieden.¹²¹ Voor een overzicht van hen gaan we eerst een klein stuk terug in de tijd, naar de studiedagen van 1979 waar tijdens de opening GMD-directeur Boersma het veld schetste. De besluitvorming over arbeidsongeschiktheid was niet zozeer een stroom die zijn eigen bedding maakte, maar een stroom ‘die in belangrijke mate bepaald wordt door de bedding’, namelijk de wetgeving. Alle maatregelen die erop gericht waren de beoordeling door de verzekeringsgeneeskundigen

115 Verkuil, 'Ambtelijk medisch denken', 853, 857.

116 Brief van het Landelijk WAO-beraad aan de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen van de GMD van 10 september 1980, Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis, Archief Landelijk WAO Beraad, portefeuille 5, nr. 1.

117 Onder veel andere: "Is het u duidelijk?" "Nee, maar ik begrijp dat ik niets krijg.", passim.

118 Knepper, 'Stelselwijziging sociale verzekering', passim.

119 Zie bv. Smits, 'Het verzekeringsgeneeskundig handelen', 6-8.

120 zie: *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1985, Supplement nr. 1, 1-32.

121 bv.: Timmer, 'Het instrumentarium van de verzekeringsgeneeskunde', 12-19.

zelf te beïnvloeden en te reguleren, zouden dan ook hooguit een beperkt effect op de volumegroei hebben omdat zij geen rekening hielden met factoren die voor die groei van veel groter belang waren. Het beslismodel werd voorts slechts deels bepaald door natuurwetenschappelijke methodes en was dus slechts deels rationeel van aard.¹²²

Het proces richting arbeidsongeschiktheid kende drie fasen, waarvan de verzekeringsgeneeskundige de laatste was. De eerste fase was die van het zogenaamde social screen, de fase die zich afspeelde al voordat de patiënt in spé er ook maar aan dacht een arts op te zoeken. Het was, aldus Boersma, echter wel deze fase die op de uiteindelijke beoordeling de grootste invloed had. Het was de fase van de vorming van de patiënt en die zich in zijn natuurlijke omgeving afspeelde. Boersma lichtte dit toe met het voorbeeld van twee mannen die evenveel dronken. De een zocht daarvoor echter geen hulp en de ander wel. Dat was te verklaren omdat ‘de eerste een gewone Ier en de tweede een Arab-ier’ was. Dit ‘socioculturele filter’, was natuurlijk niet statisch, maar verschilde en veranderde met tijd en plaats. Zo zou de komst van de WAO en de AAW er invloed op hebben uitgeoefend, al is onduidelijk hoe en in welke mate precies. Boersma nu was van mening dat, wilde ‘men werkelijk inzicht verkrijgen in zaken als toenemende medische consumpties en dysproportionele groei van de WAO-populatie, stijgende kosten van gezondheidszorg en sociale zekerheid, en wat verder komen dan slogans als “het aanbod bepaalt de consumptie” en het “veranderend arbeidsethos”’; dan moest er ‘gericht onderzoek’ komen naar de wijze waarop het social screen functioneerde. Dit temeer omdat ook de arts natuurlijk niet van de invloed ervan vrij was. De gedachte dat de patiënt, als hij eenmaal was beland in de tweede, de medische fase, werd bekeken en beoordeeld volgens vaststaande, universeel aanvaarde, medische criteria, was alleen daarom al onhoudbaar. Maatschappelijke invloeden hielden geen halt bij de deur van de spreekkamer. De factoren die fase één bepaalden, werkten ook ‘zeer lang en zeer sterk’ door in fase twee, zowel bij de patiënt als bij de arts.¹²³

Hiermee was Boersma aangeland in de tweede fase, de medische fase en vaak verzuimfase, waarin de patiënt zijn klacht voorlegde aan een arts. Bij aanvaarding van de klacht veranderde de potentiële patiënt in een reële patiënt. Dit betekende onder meer de vrijstelling van bepaalde plichten én de kwijtschelding van schuld, omdat de patiënt - meestentijds - niet verantwoordelijk werd gesteld voor zijn ziekte of gebrek. Als de arts de hulpzoekende accepteerde, bevestigde of creëerde hij onlosmakelijk diens patiëntenrol en was hij daar dus medeverantwoordelijk voor. Die verantwoordelijkheid werd echter maar zelden genomen. Zij werd, aldus Boersma, doorgeschoven naar de verzekeringsgeneeskundige die zo de taak kreeg ‘de door patiënt en beroepsgenoot niet ter discussie gestelde en daardoor in stand gehouden patiëntenrol op zijn beurt te bevestigen of te ontkennen. Dát is wat er schuil gaat achter de versluisende woorden “scheiding van behandeling en controle”.¹²⁴

De oordeelsvorming in de derde fase, de fase van de verzekeringsgeneeskundige

122 Boersma, ‘Algemene beschouwing’, 835, 836.

123 a.w., 835.

124 a.w., 836.

controle, ging dan ook in wezen niet om de vraag of iemand ziek of gezond was, maar om de vraag 'aan wie in welke mate de "sick role"' zou worden toegestaan. En dan kwam men er niet door te zeggen: die en die is ziek want zijn alvleesklier doet zus en zo terwijl die dit en dat zou moeten doen. Het ging om de vraag hoe iemand in zijn of haar specifieke omstandigheden met een bepaalde aandoening functioneerde, en dat was een vraag die veelal niet kon worden beantwoord met een verwijzing naar medische criteria. Er mocht van de patiënten worden verwacht dat hij of zij een zo normaal mogelijke sociale rol vervulde, en bij het bereiken daarvan zouden alle ingeschakelde artsen een rol moeten spelen, en niet alleen de verzekeringsgeneeskundige. De realiteit was echter anders. Eigenlijk zou de eerste arts die de patiënt ontmoette, meestentijds de huisarts, meteen duidelijk moeten maken dat ziekte niet alleen een biologisch, maar ook een sociaal begrip is. Als dat niet gebeurde, en dat gebeurde dus niet of nauwelijks, dan stond in feite fase drie gelijk aan dweilen met de kraan open.¹²⁵ Boersma verkondigde hierop dat een objectief oordeel niet bestond en dat de GMD het beste maakte van wat er van zijn werk te maken was. Hij noemde daarna een aantal kernpunten dat in de ontwikkeling van het vak van groot belang zou blijken te zijn: het systeem waarbinnen de beoordeling plaatsvond, de betekenis van het wetelijke kader voor de logica en de kennis in het vak, en de methode van werken in de praktijk.¹²⁶

In de in dit hoofdstuk beschreven periode zijn verscheidene initiatieven ontplooid op het gebied van de claimbeoordeling. Dit deed vooral de GMD zelf, maar ook daarbuiten waren zij niet afwezig. Deels werd voortgebouwd op eerdere ontwikkelingen, maar sommige kunnen ook geheel nieuw worden genoemd. Aan een vijftal willen we hier speciaal aandacht besteden. Twee ervan zijn gericht op de claimbeoordeling in engere zin, twee op de functie van de claimbeoordelingen in de samenleving, en één op de resultaten van de uitvoering van de WAO. Andere initiatieven, zoals het protocollenproject en de intercollegiale toetsing, zijn minder gedocumenteerd en daar zal derhalve in dit boek geen verdere aandacht aan worden besteed. Aan de ontwikkeling van de (psychosociale) revalidatie lijkt met het overlijden van Weijel in 1975 een abrupt einde te zijn gekomen.

Met het aanstellen van Koten en Timmer bij het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek (BWO) in het midden van de jaren zeventig, zette de GMD een stap naar de ontwikkeling van kennis over en voor de claimbeoordeling. Koten en Timmer ontwikkelden in die hoedanigheid, tezamen met J.M. de Klerk, het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader.¹²⁷ Dit lijkt een specifieke toepassing te zijn van het model van Belasting en Belastbaarheid en de Internationale Classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps van de WHO, de ICDH, in de wereld van de sociale verzekering.

125 Idem.

126 Idem.

127 Timmer, De Klerk, Koten, *Verzekeringsgeneeskunde in theorie*, 12-32, 41-70; Timmer, 'De vrijheidsgraden van de wetenschappelijk onderzoeker', 42-44.

Het is het onderwerp van subparagraaf. 5.1.

Parallel hieraan presenteerde de zelfstandig praktiserende zenuwarts H. Herngreen midden jaren zeventig een *logica* en een *methode* van de claimbeoordeling in een forensisch medisch kader. Hierin nam niet de ziekte, maar de claim van de cliënt de voornaamste plek in. Hij noemde dit de Argumentatieve Claimbeoordeling. Hij ontwikkelde een daarbij passend gespreksmodel, het methodisch beoordelingsgesprek. Dit zal worden besproken in subparagraaf 5.2.

Buiten de GMD valt verder het optreden op van J. van Steenberge, D. Lahaye en J. Viaene die, sinds hun trio-promotie in 1975, vanuit België een logica aandroegen die juridisch medisch was en op systeem-niveau de richting aangaf van een juiste afhandeling van de 'schade aan de mens'. Hiervan was de arbeidsongeschiktheid een aspect. Dit komt in subparagraaf 5.3 nader aan de orde.

Met de theorie van de menselijke schade werd het domein van de samenleving betreden, iets dat ook S. Knepper deed met een benadering van verzuim en arbeidsongeschiktheid die sociaal geneeskundig en gedragswetenschappelijk was georiënteerd. Ook hij streefde op systeem-niveau naar prikkels voor de verschillende betrokkenen bij deze materie, met name de artsen. Dit wordt beschreven in subparagraaf 5.4.

Tenslotte is in deze periode de overgang gemaakt van de massale en weinig gestructureerde ACD, naar het geautomatiseerde en sterk gestandaardiseerde, reeds kort genoemde FIS, dat de beoordeling van de arbeidsdeskundige ondersteunde. Deze overgang wordt beschreven in subparagraaf 5.5.

Onder het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de GMD viel ook de afdeling Maatschappijgerichte Theorievorming. Die verrichtte tal van sociaal wetenschappelijk onderzoeken naar kenmerken van de WAO-populatie en determinanten van intrede en uittrede. Aangezien dat niet direct verbonden was met de claimbeoordeling zullen we daar niet verder op ingaan.

Er is over het geheel gesproken veel gepubliceerd over de initiatieven die in deze paragraaf aan de orde komen, en over wier betekenis we in de afsluitende paragraaf zullen reflecteren. We zullen ons echter beperken tot enkele kernpublicaties.

5.1 *Het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader*

Het verzekeringsgeneeskundige referentiekader is te zien als een voortbouwen op de praktijk van de Ongevallenwet en het boek Validiteitsonderzoek van de in hoofdstuk 4 reeds genoemde A. Nap. Met betrekking tot het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader kan ruwweg worden gezegd dat Timmer vooral het conceptuele niveau voor zijn rekening nam, Koten de uitwerking van belasting en belastbaarheid wat betreft arbeid, en De Klerk met name de psychosociale belasting en vaardigheden. Ze hebben hierover gepubliceerd in het Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde waar Timmer behorend redacteur van was, en in de jaarlijkse boekenserie Menselijke Schade. Daarvan kwam in 1988 het deel 'Verzekeringsgeneeskunde in Theorie' uit, dat een synthese gaf van eerdere publicaties. Het beschrijft het werk van de verze-

keringsarts, waarin sprake was van professionele componenten, componenten van bejegening, en externe componenten. Het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader had betrekking op de professionele component en was bedoeld om de kennis daarvan te specificeren en te concretiseren. Het was ontwikkeld in reactie op het gebrek aan identiteit dat de opstellers constateerden bij de verzekeringsartsen. Die was, met het verdwijnen van de Ongevallenwet onder druk komen te staan en de WAO had niet voor een nieuwe identiteit kunnen zorgen. Maar ook wilden de opstellers hiermee erkend zien dat het vak van verzekeringsarts een hoge moeilijkheidsgraad had, en bijdragen aan de maatschappelijke legitimatie ervan.

Timmer, Koten en De Klerk ontleedden in hun referentiekader het door de verzekeringsarts te beoordelen object in de factoren ziekte, stoornissen, vaardigheden en werkuitvoeringseisen. Het was aan de verzekeringsarts om de bij deze componenten behorende informatie te verzamelen, om te bekijken of zij wel of geen gevolg waren van ziekte of gebrek, om daarna tot een oordeel te komen. Om de verzekeringsarts daarbij te helpen wilden de opstellers de meest relevante stoornissen beschrijven in een stoornissenleer en daarmee tevens de belangrijkste vaardigheden en werkuitvoeringseisen.

‘Verzekeringsgeneeskunde in Theorie’ geeft als definitie van stoornissen dat zij ‘waarneembare uitingen zijn van (behandelde) ziekte en gebreken die een zodanig nadelig effect uitoefenen op één of meer elementen van het verzekerd arbeidsvermogen en/of op het verzorgingsvermogen, dat dit hierdoor afneemt’.¹²⁸ In een voorlopige inventarisatie werden zo’n duizend stoornissen geïdentificeerd. In het zogeheten stoornissenproject wilden de opstellers, met de inzet van verzekeringsartsen uit de periferie, al deze stoornissen beschrijven, inclusief de vaststelling ervan en het effect van die stoornissen op het arbeidsvermogen. Dat is niet gelukt, het tempo van de ontwikkeling viel nogal tegen.¹²⁹ Onder beroepsvaardigheden werden al die bekwaamheden verstaan die ten behoeve van de beroepsuitoefening zijn of kunnen worden aangeleerd en geoefend, en direct voor de beroepsuitoefening zijn te gebruiken. Het Belastbaarheidspatroon dat bij de GMD in gebruik was, bevatte er 38, terwijl er in de inventarisatie van Timmer c.s. 97 waren opgenomen. Voor de claimbeoordeling was, aldus Timmer cs, een ongereduceerd beeld nodig van het arbeidsvermogen en daar kwamen dan nog karakterologische, geestelijke en lichamelijke kenmerken bij. Evengoed moest de verzekeringsarts zich beperken tot het waarderen van door ziekte beperkte beroepsvaardigheden. De vraag hoe dat ongereduceerde beeld zich moest verhouden tot de selectie van beperkingen door ziekte of gebreken werd niet aangeoerd. De uitwerking van een deel van de vaardigheden is door Koten en De Klerk gepubliceerd in de vier delen van Arts en Arbeid. Aan de beoordeling en weging ervan zijn Timmer, Koten en De Klerk niet toegekomen.

128 Timmer, De Klerk, Koten, *Verzekeringsgeneeskunde in theorie*, 44.

129 Timmer, ‘De vrijheidsgraden van de wetenschappelijk onderzoeker’, 44.

In diverse consultatierondes is door Timmer en Koten nagegaan of deze benadering herkenning en waardering opriep en dat was het geval. Des te opmerkelijker is het dat er zoveel in de ambitie is blijven steken. Het was het onderwerp van een artikel uit 1994 van Timmer: 'De vrijheidsgraden van de wetenschappelijk onderzoeker in de sociale verzekeringsgeneeskunde: een terugblik 1965-1992'. Het behandelde de beperkingen die het onderzoeken van deze materie met zich mee bleek te brengen. Die zaten in het object van het onderzoek, in het werk van de verzekeringsarts, en in de omgeving waar dat werk, en dus dat onderzoek, moest plaatsvinden. De onderzoeker kon om te beginnen al niet vrij zijn uitgangspunt kiezen: de wetgever heeft dat gedicteerd. Net als Boersma zag Timmer het juridische kader van het werk als een belangrijke belemmering in de ontwikkeling ervan. Het werk van de verzekeringsarts was volgens Timmer binnen dat kader bipolair van karakter: enerzijds was er de humane pathologie en anderzijds waren er de werkuitvoeringseisen. De confrontatie van beide is de praktijk van de verzekeringsarts. Maar die bleek ook aan veel andere factoren bloot te staan. De uitvoering had andere doelstellingen dan alleen maar professionele kwaliteit, zo had Timmer ondervonden. Met name de verdiscontering van de werkloosheid had de impuls uit de ontwikkeling gehaald en deze zelfs geremd. Daarbij kwam dat het niveau van de verzekeringsartsen en de kwaliteitssturing bij de GMD niet bijdroegen aan onderzoek.¹³⁰

5.2 *De argumentatieve claimbeoordeling*

De argumentatieve claimbeoordeling is in de loop van de jaren zeventig en tachtig ontwikkeld door Herngreen in zijn praktijk als beoordelend zenuwarts, en later door hem en zijn navolgers verder vervolmaakt via het opleidingsinstituut, de Stichting voor Sociale Gezondheidszorg (SSG), later Netherlands School of Public Health respectievelijk Netherlands School of Public and Occupational Health geheten.¹³¹ Aanleiding voor het ontwikkelen van de argumentatieve claimbeoordeling was Herngreens waarneming dat het onlogisch leek om een curatief diagnostisch onderzoek uit te voeren en daaraan een verzekeringsgeneeskundige conclusie te koppelen, 'het curatieve mirakel'. In reactie daarop ontwikkelde Herngreen een logica van de beoordeling. Die was gestoeld op de opdracht vanuit de wet. Die opdracht was het beoordelen van een claim van onvermogen door ziekte. Anders dan Timmer zag Herngreen het juridische kader dus niet als een belemmering maar nam hij het als uitgangspunt: een forensisch medisch kader. Een objectieve, op diagnose gerichte aanpak leek daarin niet mogelijk en in plaats daarvan koos Herngreen voor een argumentatieve aanpak: de conclusie van de beoordelaar is een beargumenteerde reactie op de claim en de argumenten van de beoordeelde persoon. De beoordeling moest dus uitgaan van de claim van de cliënt; van diens opvatting over zijn of haar mogelijkheden en beperkingen om te werken,

¹³⁰ Idem.

¹³¹ Herngreen, De Boer, *Handleiding Verzekeringsgeneeskundig Beoordelingsgesprek*, passim.

en de argumenten die hij of zij daarvoor had, wat in het algemeen de claimklachten waren. Die moesten worden beoordeeld betreffende hun realiteitsgehalte, hun ernst en de ermee gepaard gaande invalidering.¹³² Deze aanpak maakte het mogelijk voorbij te gaan aan het onderscheid tussen lichamelijke, psychische en psychosociale problemen. Tevens ontstond de mogelijkheid om de verzekeringsarts te helpen door een methode voor de beoordeling te ontwerpen. Het waren deze redenen geweest die de SSG ertoe hadden gebracht Herngreen te vragen het onderwijs te ondersteunen. Die ontwikkelde zijn argumentatieve claimbeoordeling tegelijk met een gespreksmodel voor het beoordelingsgesprek, wat uitmondde in het Methodisch Beoordelingsgesprek (MBG). Eerder had Weijel al voorstellen gedaan voor wat hij de psychosociale anamnese had genoemd, die in hoofdstuk 4 reeds ter sprake is gekomen. Herngreen deed het anders: het MBG was een semi-gestructureerd gesprek, uitgaande van de claim van de cliënt en gericht op systematische toetsing ervan.¹³³ Het bevatte zeer concrete aanbevelingen over de opening van het gesprek, de introductie van doel en werkwijze in het gesprek, de inventarisatie van de claim en de claimklachten, alsmede de systematische, hypothesegestuurde toetsing van de claimklachten met diverse gespreksrubrieken. Alle gespreksonderdelen werden in de handleidingen beschreven, inclusief een groot aantal voorbeeldformuleringen die dienden ter bestrijding van de zogeheten 'vraagvindingsstoornissen'.

Het Methodisch Beoordelingsgesprek en de Argumentatieve Claimbeoordeling werden vooral tijdens de zowel op theorie als praktijk gerichte opleiding onder de aandacht gebracht. Afgezien van de beide handleidingen en een handvol scripties is er niet veel over gepubliceerd, maar wel is in de inleiding bij de tweede handleiding te lezen waar de kritiek van de cursisten van de opleiding op betrekking had. Velen van hen zeiden baat te hebben bij de theorie en de diverse oefeningen, maar het onderwijs werd wel zeer normatief en te gedetailleerd bevonden, wat de vrijheid om de stof frank en vrij te bediscussiëren, behoorlijk inperkte. Dit probleem werd nog versterkt door de eis van het gespreksmodel om de claim van de cliënt aan het begin te behandelen. Dit maakte op veel cursisten een conflictueuze indruk. Herngreen deelde de kritiek niet. Net als Timmer vond hij dat de uitvoeringsorganisatie de ontwikkeling van het vak eerder remde dan stimuleerde. Dit had een gebrek aan belangstelling voor het vak tot gevolg en werkte negatief uit op de drang om de kwaliteit van de beoordelingen te verbeteren.¹³⁴ Daardoor kregen de cursisten volgens Herngreen teveel ruimte om de moeite van het leren van het MBG uit de weg te gaan.

132 De Boer, 'Argumentatieve Claimbeoordeling', passim delen 1,2,3 TVG 1992 110-114, 137-139, 171-176

133 De Boer, Duin, Herngreen, . *Handleiding Methodisch Beoordelingsgesprek*, passim.

134 Timmer, 'De vrijheidsgraden van de wetenschappelijk onderzoeker', passim; Persoonlijke mededeling Herngreen aan W. de Boer.

De keuze voor de WAO, die in Nederland in toenemende mate werd bekritiseerd, werd in 1975 vanuit onverdachte hoek onderschreven. In dat jaar promoveerden in België twee juristen en een arts die de arbeidsongeschiktheid benaderden vanuit het begrip 'schade aan de mens', afkomstig uit het burgerlijk recht.¹³⁵ Zij zetten zich af tegen het causale denken dat ze zagen in de private verzekering en bij ongevallenwetten in diverse landen. Dit causale denken streefde ernaar de vergoeding van schade aan de persoon te beperken door alleen gevolgen van de oorzaak (het ongeval) te erkennen en de vergoeding te beperken door deze te bepalen op basis van een tabel van lichamelijke schade.¹³⁶ De WAO had daar in hun ogen nu juist een antwoord op gegeven. Naast een uitgebreide analyse van het ontstaan en de ontwikkeling van de verzekering van menselijke schade van Van Steenberghe,¹³⁷ en een grondige analyse door Lahaye van de redenen waarom schalen van invaliditeit geen recht kunnen doen aan de schade van individuen,¹³⁸ was hun met name door Viaene verwoorde boodschap dat schade altijd zo onzeker en vaak zo groot is dat deze in het algemeen zoveel mogelijk moet worden hersteld en navenant minder vergoed. Voor een goed herstel was derhalve een realistische evaluatie noodzakelijk. Daarvoor was weer een bepaling nodig van de waarde die door de ziekte of het ongeval was verminderd, bijvoorbeeld het verdienvermogen. Dit moest worden gevolgd door een analyse van dat verdienvermogen tot het moment van arbeidsongeschiktheid, van de verwachting van het ongestoorde beloop van dat verdienvermogen in de toekomst en van de feitelijke ontwikkeling van dat verdienvermogen nu er van ongeschiktheid sprake was.¹³⁹ De drie Belgen propageerden daarmee een bepaalde logica van de beoordeling die gericht was op het doel van herstel en daarmee ook op het systeem waarin de schade optrad. Dit werd door hen finaal denken genoemd, dit in tegenstelling tot causaal denken.

Dit principe paste bij uitstek bij het principe van de WAO. Het wekt derhalve geen verbazing dat verzekeringsartsen zich in hun werk gesteund voelden. Viaene en de zijnen publiceerden in velerlei bladen, zoals met regelmaat in het Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde, en hun invloed was in Nederland het meest zichtbaar in de opleiding verzekeringsgeneeskunde en in de genoemde serie *Menselijke Schade*. De rode draad in hun geschriften was dat schade zoveel mogelijk via preventie en herstel moest worden voorkomen en verminderd. Bij het blijven bestaan van resterende schade moest realistisch worden vergoed en mocht niet worden vervallen in constructies als de theoretische verdien capaciteit. Zij stelden daartoe een ander criterium van arbeidsongeschiktheid voor:

135 Van Steenberghe, Lahaye, Viaene, *Schade aan de mens*, passim; Viaene 'Arbeidsongeschiktheid in discussie', 63-69.

136 Viaene, 'Van een causale naar een preventieve beoordeling van arbeidsongeschiktheid', 21-22

137 Van Steenberghe, *Schade aan de mens deel I*, passim.

138 Lahaye, *Schade aan de mens deel II*, passim.

139 Viaene, *Schade aan de mens deel III*, passim.

Volledig arbeidsongeschikt is hij die, om zijn of andermans bedreigde of aange-taste gezondheid te beschermen of te herstellen, zijn gewoon beroep of een hem aangeboden gepaste arbeid niet mag verrichten, en daardoor een volledig verlies aan arbeidsinkomen lijdt.¹⁴⁰

Het grote bezwaar van Van Steenberge, Lahaye en Viaene tegen de Nederlandse praktijk in de jaren zeventig en tachtig was dan ook niet dat de WAO niet deugde. Hun kritiek was dat er zo weinig terechtkwam van preventie van ziekteverzuim en bevordering van werkhervatting, wat toch de logica achter de WAO was. Met andere woorden: niet de wet deugde niet, de uitvoering liet te wensen over. Het grote verschil in uitkering tussen WAO en WW maakte daarenboven dat bij werkloosheid de WAO zeer aantrekkelijk was. Maar door het daaruit volgende grote aantal volledige WAO-uitkeringen werd het systeem overbelast.

5.4 Verzekeringsgeneeskunde als sociale geneeskunde

Als centrale stafarts van de uitvoerende dienst van de GMD, later de laatste Medisch Adviseur van de GMD - en de eerste sedert E. Scheide in 1972 was gestopt - nam Knepper een benadering aan die deels in het verlengde lag van die van Van Steenberge en de zijnen.¹⁴¹ Hij zette zich af tegen het medisch causale denken dat onder andere het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader kenmerkte,¹⁴² maar ook tegen het nemen van de wet als uitgangpunt.¹⁴³ Arbeidsongeschiktheid was volgens hem beter te schetsen als een resultaat van gedrag en omgeving. Hierbij konden omstandigheden in het werk en keuzes van werkgever en werknemer, gesteund door allerhande artsen, leiden tot verzuim en intrede in de WAO. Juist de sociaal geneeskundige zou de causaliteitsvraag niet moeten stellen als dat niet per sé hoefde, omdat de strijd die daaruit voortkwam alleen maar zou leiden tot verschuilen achter medisch gelegitimeerde problemen. Men zou zich moeten oriënteren op mogelijkheden en beperkingen in het functioneren en op de mogelijkheden deze laatste te veranderen. Hij bepleitte een claimbeoordeling op basis van een multifactoriële analyse, leidend tot de noodzaak om instrumenten te ontwikkelen voor beoordeling en begeleiding, en tot het creëren van samenwerkingsverbanden tussen de betrokken deskundigen, met name de artsen. Knepper publiceerde met name in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en in Medisch Contact. Zijn publicaties in deze en de volgende periode hadden met name betrekking op de omgeving waarin de claimbeoordeling plaatshad en niet zozeer op haar techniek.¹⁴⁴

140 Viaene, 'Arbeidsongeschiktheid evalueren', 277

141 Knepper, 'Stelselwijziging', 1015-1017

142 Knepper, 'WAO-toetreders', 429-430; Knepper, *Enige kanttekeningen*, passim; Knepper, 'Sociale verzekeringsgeneeskunde', 17-21.

143 Knepper, 'Wijziging van de organisatie', 23-24.

144 Knepper, 'De geneeskunde', 77-82.

De bestaande traditie van arbeidskundig analisten (ada's) om in de regio functies te analyseren en de functiebeschrijvingen op te nemen in de ACD kwam, zoals we hebben gezien, onder druk door de behoefte om meer theoretisch te gaan schatten op landelijk beschikbare functies met gedefinieerde verdiensten.¹⁴⁵ Nog in 1984, bij een studiedag voor arbeidsdeskundigen, constateerde Hunfeld, hoofd afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van de GMD, dat het nog steeds een probleem was om goed en exact te schatten wat de verdien capaciteit van cliënten is en dat de makkelijkste weg om dat te vermijden de ruime toepassing was van art 21 2a. Vanuit zijn afdeling was het 'belasting-belastbaarheid model' geïntroduceerd, dat de mogelijkheid bood om de functiebeschrijvingen en de beschrijving van de mogelijkheden van de cliënt, te harmoniseren. Onder leiding van T.P.M. Hulsman, hoofd afdeling Beoordeling en Reïntegratie, is dat vanaf eind jaren tachtig ook gebeurd. Alle functiebeschrijvingen moesten op basis van de jurisprudentie worden herijkt en het bestand werd zodoende opgeschoond. Daarbij werd de gelegenheid aangegrepen om het geheel te automatiseren en dat leidde tot het eerdergenoemde FIS. Daarin werden de beperkingen en mogelijkheden van de cliënt ingevoerd door de arbeidsdeskundige waarna systematisch naar daarbij passende functies kon worden gezocht. Vervolgens was het de taak van de arbeidsdeskundige om de eindselectie van de meest passende functies te maken en de daarbij behorende resterende verdien capaciteit vast te stellen. In de loop van de jaren groeide het FIS uit tot het standaardinstrument van de schatting van de theoretische verdien capaciteit en daarmee tot een unieke werkwijze in de claimbeoordeling. Vergelijkbare systemen werden elders in Europa niet gebruikt, althans niet voor de beoordeling, alleen voor het ondersteunen van de reïntegratie.¹⁴⁶ De claimbeoordeling werd door het FIS sterk beïnvloed omdat het bij uitsluiting van andere verplicht moest worden geraadpleegd en omdat schattingen hiermee ook moesten worden verantwoord. In 1996 constateerde KPMG dat het FIS gevuld was met zo'n 8000 goed geanalyseerde functiebeschrijvingen, geclusterd in 378 functiebestandcodes die algemeen geaccepteerde arbeid vertegenwoordigden. Er werd dan ook wetsconform mee gewerkt.¹⁴⁷ In het volgende hoofdstuk zullen we zien hoe kritiek op het FIS samen met veranderingen in de regie erover, leidde tot de opvolger van het FIS, het Claimborging-en Beoordelingsysteem (CBBS).

5.6 Samenhang en betekenis?

Werd met het ontwikkelen van het FIS direct invloed op de praktijk uitgeoefend, met de andere vijf ontwikkelingen was dat veel minder het geval. Met het opkomen van zulke verschillende benaderingen zou men verwachten dat deze onderwerp werden

145 Deze paragraaf is, voor zover niet anders vermeld, gebaseerd op het raadplegen van het archief inzake ACD-FIS door drs. H.P.G. Mulders.

146 Council of Europe, *Applications of the concept of handicap*, passim.

van empirisch praktijkonderzoek, maar dat bleek met betrekking tot de claimbeoordeling in deze periode zeldzaam. In het proefschrift uit 1992 van P.P.A. Razenberg, *Verzekeringsgeneeskundige beoordeling: inzicht in de praktijk*, worden het verzekeringsgeneeskundig referentiekader, de argumentatieve claimbeoordeling en de sociaal geneeskundige benadering naast elkaar genoemd.¹⁴⁸ Hij wilde de oordeelsvorming van verzekeringsartsen in de claimbeoordeling voor de WAO onderzoeken, uitgaande van het verzekeringsgeneeskundig referentiekader. Aanvankelijk zocht hij daarvoor normatieve aanknopingspunten in de besliskunde, maar hij ontdekte dat de daar ontwikkelde normen in de praktijk niet werden gevolgd.¹⁴⁹ Dat leidde hem tot de vraag waar de praktijkkennis en praktijknormen op betrekking hadden. In interviews met verzekeringsartsen vond Razenberg dat het concept van belasting en belastbaarheid werd onderschreven, maar ook dat de artsen daarbij vrij eenzijdig keken naar de kant van de belastbaarheid en veel minder naar de daadwerkelijke belasting. De relatie met ziektebeelden werd door de artsen minder belangrijk gevonden, in overeenstemming met de oorspronkelijke bedoeling van de WAO.¹⁵⁰

In een experiment waarin artsen hardop moesten denken over de afwegingen bij een casus, hoopte Razenberg, in de vorm van als-dan redeneringen, de praktijkregels op het spoor te komen. Het bleek dat ervaren artsen met name zochten naar consistentie tussen claim, claimklachten en bevindingen uit onderzoek. Zij noemden dat de realiteit. Onervaren artsen waren in relatie tot ziekte meer op zoek naar de ernst van de klachten. Beide groepen artsen hadden 'nadrukkelijk aandacht voor de mening en de positie van de belanghebbende'.¹⁵¹ Voor dit fenomeen formuleerde Razenberg tenslotte twee hypothesen. Als er een duidelijke structuur was van het probleem (met duidelijke keuzemomenten en voorhanden kennis) dan werd een normatief, besliskundig model gevolgd. Was er weinig structuur (zoals in een aangeboden casus), dan werd een speltheoretische benadering gezocht, georiënteerd op interactie, waarin de arts bepaalde verschijnselen beoordeelde op hun realiteit. Die arts gebruikte daarbij zowel een persoonlijke als een externe, sociale norm. Opmerkelijk is dat Razenberg met zijn bevindingen zeer dicht uitkwam met name bij de argumentatieve claimbeoordeling. Hij betrok die echter niet expliciet in zijn discussie: de brug werd niet geslagen.

Afgezien van het onderzoek van Razenberg hadden de vijf ontwikkelingen betreffende de claimbeoordeling, ieder hun eigen ontwikkeling en hun kanalen. Daarin werd vooral gepropageerd, maar niet over en weer kritisch getoetst. Er was alle mogelijkheid om de benaderingen onderling te vergelijken - en wellicht daardoor te verbeteren-, maar dat gebeurde vrijwel niet. Hier en daar is wel debat geweest,¹⁵² maar van het

147 KPMG, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, 1-9.

148 Razenberg, *Verzekeringsgeneeskundige beoordeling*, passim.

149 a.w., 39

150 a.w., 150

151 a.w., 140.

152 Hengreen, 'Kritische reflecties op het verzekeringsgeneeskundig referentiekader', passim; De Boer, *WAO en GMD-vg: beperkingen of mogelijkheden?*, passim; Steen, *Met glaucoom in de WAO*; passim; Steen, *Verzekeringsgeneeskundige versus protocol*, passim; Knepper, *Enige kanttekeningen*, passim; Timmer, 'Het instrumentarium', passim; Timmer (1988)

gebruiken van elkaars inzichten is weinig terug te vinden. Ook geeft de voorhanden literatuur geen voorbeelden dat getracht werd de praktijk van de claimbeoordeling met behulp van de groeiende inzichten te verbeteren. Hieraan zal de waarneming van Timmer (en ook van Herngreen) mede debet zijn geweest dat het doen van onderzoek en het verkrijgen van onderzoeksmateriaal niet eenvoudig was in de uitvoeringsorganisatie. Het publiceren in wetenschappelijke tijdschriften werd niet gestimuleerd en soms zelfs actief tegengegaan.¹⁵³ Toch hebben ieder op hun eigen wijze de vijf bovenstaande initiatieven vrucht gedragen. In het volgende hoofdstuk zullen we hen dan ook allemaal terugzien.

Het Verzekeringsgeneeskundig Referentiekader vond zijn voortzetting in het FIS en later in het CBBS, en het gedachtegoed erachter is te traceren in het Handboek Arbeid en Belastbaarheid. De ideeën van Herngreen en Viaene c.s. vinden we terug in de juridisch georiënteerde standaarden van het Landelijk Instituut Sociale verzekering (LISV), met name de richtlijn inzake het medisch arbeidsongeschiktheids criterium, het MAOC, en in de standaard onderzoeksmethoden die als syntheses van deze beide benaderingen zijn te beschouwen. De argumentatieve claimbeoordeling en het methodisch beoordelingsgesprek zijn voortgezet in de trainingen gespreksvoering bij de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH). De op 'incentives' gerichte sociaal geneeskundige benadering van Knepper heeft zijn beslag gevonden in de ontwikkelingen van de Wet Verbetering Poortwachter, in de projecten voor arbo-curatieve samenwerking van het Nederlands Instituut voor de Arbeidsomstandigheden en TNO-Arbeid van P.C. Buijs en anderen, en in de benadering van het vak vanuit de leerstoel verzekeringsgeneeskunde.¹⁵⁴

6 Conclusie

In de hier geschetste periode wordt op politiek niveau een grote draai gemaakt van instemming met de uitvoering door de GMD naar een vrij totale afwijzing van zowel de uitvoering als de organisatie. Het volume arbeidsongeschiktheid bleef stijgen en werd meer en meer als een probleem van nationaal belang gezien. Toenemend krachtige pogingen vanuit de wetgever om de ontwikkelingen te keren, werden wel opgemerkt in de uitvoering, maar het roer werd daarin niet drastisch omgegooid. De invoering van de AAW vond min of meer toevallig plaats aan het begin van deze periode, maar vormde wel het moment waarop met het invoeren van de termijnstelling, de tegenbeweging vanuit de politiek op gang kwam. De invoering van de AAW was voor het uiten van de kritiek op de WAO-praktijk echter meer aanleiding dan oorzaak. De oorzaken lagen elders, met name in de economische teruggang en in de verdiscon-

153 Timmer, 'De vrijheidsgraden', 30. Volgens ooggetuigen van die periode waren persoonlijke geschillen mede debet aan het naast elkaar blijven staan. Maar als dat al zo is, blijft het vreemd dat dat kennelijk zo lang kon.

154 Willems, *Een nieuw Bint in de Grond*, passim; Idem, 'Sociaal verzekeringsgeneeskundige vraagstellingen', passim.

tering. Met andere woorden: ook zonder de AAW zou de kritiek in toenemende mate zijn geuit en gehoord.

Het vertrek van vakbondsman Willems als directeur van de GMD en zijn opvolging door Boersma, die veel verder reikende ambities had met de GMD, had effect op de opstelling van die dienst binnen het krachtenveld van de uitvoeringsorganisatie. GAK, GMD en bedrijfsverenigingen voelden dat hun bestaan bedreigd werd en stelden zich te weer. Daarbij werd aanvankelijk in harmonie samen opgetrokken, maar later verbrak de GMD de samenwerking. Hij zocht een eigen plek als integrale medische dienst voor allerhande zaken die met handicaps te maken hadden en reageerde in de claimbeoordeling uitgesproken langzaam op de politieke veranderingen, die ook niet strookten met de op reïntegratie gebaseerde filosofie van de GMD. De claimbeoordeling werd geleidelijk aan wel strenger en meer uniform uitgevoerd, maar dat gaf weer fricties met de buitenwereld. Het overlijden van Weijel, de man van de psychosociale revalidatie, en zijn opvolging door Timmer, die de kennis voor de claimbeoordeling wilde vergroten, paste bij de draai in de politiek, maar niet bij de ontwikkeling binnen de GMD.

Intussen was wel de ruimte ontstaan om het vak van claimbeoordelaar op een nieuwe leest te schoeien en dat is in diverse initiatieven ook gedaan. Die initiatieven bleven echter los van elkaar staan, en voor zover na te gaan ook erg los van de praktijk, en het is opmerkelijk dat niet meer werd ondernomen om ze elkaar te laten versterken en om de praktijk te beïnvloeden. Met kleine stapjes, en goeddeels vanuit de oorspronkelijke filosofie werd gezocht naar een aanvaardbare toepassing van de wet. Hier nam de wetgever echter geen genoegen mee en in het volgende hoofdstuk zullen we zien dat er drastisch werd ingegrepen.

Hoofdstuk 6

Reorganisatie en standaardisering (1993-2005)

Berber Lettinga

1 Inleiding

Zoals we hebben gezien is de aanloop naar de ontwikkelingen in het afgelopen decennium begonnen in de jaren zeventig, toen vanuit de uitvoerende instanties werd aangegeven dat de ontwikkeling van de WAO toch wel heel anders verliep dan was voorzien.¹ De volumeontwikkelingen in de sociale verzekering bedreigden de houdbaarheid en betaalbaarheid van het stelsel en stonden vanaf het kabinet-Den Uyl op de politieke agenda. Het duurde echter tot het einde van de jaren tachtig voordat de overheid daadwerkelijk actie ondernam. Het rapport van de Algemene Rekenkamer (1992) over het falende toezicht op de werknemersverzekeringen gaf de doorslag tot het inzetten van de ontwikkelingen die de periode 1993 tot heden hebben gekenmerkt.² Daarbij gaat het ten eerste en bovenal om een groot aantal reorganisaties in de uitvoering van de sociale zekerheid maar tevens om enkele belangrijke veranderingen in de criteria voor arbeidsongeschiktheid. In deze periode is het veel duidelijker geworden hoe de praktijk van de claimbeoordeling er uit ziet. Zij is ook veel meer object van beleid geworden. In dit hoofdstuk neemt het detailniveau dan ook een veel voorname plek in dan in de eerdere hoofdstukken. Bovendien is er een aparte paragraaf opgenomen over de sturing van de claimbeoordeling.

In 1993 nam het parlement het initiatief tot de “Parlementaire enquête uitvoeringsorganen van de sociale verzekering”, ook wel de enquête-Buurmeijer genoemd, naar de achternaam van de voorzitter. In de loop van haar vooronderzoek - 87 informele gesprekken en 49 publieke verhoren - kreeg en schetste de Enquêtecommissie een beeld van uitvoeringsorganisaties die goed voor een tijdige en rechtmatige uitkeringsverstrekking hadden gezorgd, maar niet aan volumebeheersing hadden gedaan. Zij waren derhalve tekortgeschoten in hun taak van een goed beheer van de sociale verzekeringen. Zowel beleid als organisatie van de sociale verzekering werkten vanuit een zorgfilosofie. Dit alles werkte een massief bureaucratisch apparaat in de hand, op grote afstand van burgers en organisaties, die in toenemende mate calculerend te werk gingen. Onderwijl deden de bedrijfsverenigingen er weinig of niets aan dit tijt te keren,³ en de invloed van werkgevers en werknemersorganisaties op de uitvoering en het toezicht was te groot om de zorgen van de overheid over het volume (deels) weg te nemen. De GMD was een te zwakke speler in dit geheel om, bijvoorbeeld via

1 Nap, Hibbeln, ‘Het oneigenlijk gebruik’, 34-43.

2 Algemene Rekenkamer, *Toezicht door de Sociale Verzekeringsraad*, passim.

3 *Parlementaire enquête*, 372-385.

de bevoegdheid tot arbeidsbemiddeling, veel uitstroom uit de WAO te bereiken.⁴ Het inzicht ontstond dat de institutionele, corporatistische structuur debet was aan het grote aantal inactieven in met name de WAO. De bedrijfsverenigingen, GAK en GMD waren geen neutrale uitvoerders van de wet, maar organisaties met eigen doelstellingen. Meer in detail over de uitvoering van de claimbeoordeling van de WAO constateerde de commissie dat het wettelijke criterium te ruim was voor een ongestuurde uitvoering. Maar juist die sturing ontbrak.⁵

De aanbevelingen van de commissie hadden dan ook tot doel fundamentele veranderingen in het stelsel door te voeren die zich niet beperkten tot wetgeving maar die ook op de uitvoering betrekking hadden alsmede op de diverse partijen in het veld, zoals de werkgevers. Werkgevers en werknemers moesten zoveel mogelijk worden gestimuleerd om deelname aan het arbeidsproces boven een beroep op het stelsel te stellen. Voor de WAO moest een scherpere indicatiestelling ontstaan en alleen nog volledige arbeidsongeschiktheid insluiten,⁶ dat wil zeggen een verlies aan theoretische verdiencapaciteit groter dan 66,6 procent. Psychische klachten moesten aanleiding geven tot herkeuringen. De betaling van de uitkering kon worden geprivatiseerd als de claimbeoordeling zelf maar publiek bleef en in een onafhankelijke organisatie werd uitgevoerd om oneigenlijk gebruik te voorkomen. Ook adviseerde de commissie het toezicht geheel onafhankelijk te maken van de partijen in het veld.⁷

Het denken in het beleid verschoof met en na deze enquête geleidelijk aan van rechten en plichten naar incentives en disincentives (prikkelen en ontmoedigen).⁸ Het streven van de overheid raakte er op gericht om alle spelers in het veld van arbeid en sociale verzekering van de juiste prikkels te voorzien om de participatie in arbeid zo groot mogelijk te maken. Hiertoe is in de loop van de periode 1993 tot 2005 een veelheid aan wetten en organisatorische wijzigingen doorgevoerd, die deels weer zijn ingetrokken, zoals de wetten Terugdringing Arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV), Afschaffing Malus en Bevordering Reïntegratie (Amber, 1995) en Reïntegratie Arbeidsgehandicaptten (REA, 1998) en organisaties als GAK-Arbeidsintegratie, College van Toezicht op Sociale Verzekeringen (Ctsv), Tijdelijk Instituut voor Coördinatie en Afstemming (Tica) en Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (Lisv). Deze operatie is bekend geworden onder de verzamelnaam Structuur Uitvoering Werk en Inkomen (SUWI).

Eerst werd ingezet op de ontknoping van de sociale partners en de sociale verzekering: de sociale partners werden op afstand en uit het toezicht van de uitvoering gezet. Daarbij werd de uitvoering van werknemersverzekeringen voor een deel geprivatiseerd evenals de uitvoering van de reïntegratie. De uitvoering van de werknemersverzekeringen moest worden uitgevoerd door vijf uitvoeringsorganisaties, die

4 a.w., 393-395.

5 a.w., 386.

6 a.w., 411-413.

7 a.w., 415-420

8 Van der Veen, 'L'Histoire se répète?', passim.

onderling moesten concurreren. Door groeiende kritiek op de privatisering en marktwerking besloten regering en parlement het roer om te gooien. In de nieuwe opzet - die onder de term SUWI-2 de boeken is ingegaan - moest de claimbeoordeling publiek blijven, terwijl de reïntegratie werd uitbesteed aan de private markt. Een en ander wordt nader uiteengezet in paragraaf 3.

Onderwijl was er vanaf 1995 een toezicht ontstaan dat externe verantwoording vereiste inzake de uitvoering van de sociale zekerheid, in een klimaat waarin veel strenger moest worden gekeurd dan in de jaren daarvoor. Dat alles schiep de noodzaak en de mogelijkheid om de claimbeoordeling te onderwerpen aan uitvoeringsinstructies, een proces van standaardisering en een veelheid aan aanpassingen van het Schattingsbesluit. Zij zullen nader worden uiteengezet in paragraaf 2 en 4. In paragraaf 5 wordt aandacht besteed aan het toezicht op en de aansturing van de claimbeoordelaars.

De ontwikkelingen in wetgeving, organisatie en sturing worden uitgebreid besproken in paragraaf 2 tot en met 5. In paragraaf 6 vervolgen we met de veranderingen die zijn opgetreden in de uitvoering van de claimbeoordeling zelf. Paragraaf 7 besteedt aandacht aan de ontwikkeling van het vak van de verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Het thema van de uitvoering is aan de orde in veel evaluatieonderzoek dat in de jaren negentig naar de effecten van beleid is uitgevoerd.⁹ Dit hoofdstuk is overwegend gebaseerd op de vele publicaties die daarover zijn verschenen en op interviews met enkele betrokkenen uit deze periode.

2 Kenmerken Wetgeving en Schattingsbesluit 1995-2005

De stelselherziening in 1987 had naar de mening van veel wetgevers en uitvoerders onvoldoende betekend voor de beheersing van de instroom in de WAO en de bevordering van de uitstroom. Daarom hebben vanaf 1993, naast velerlei maatregelen in de preventieve sfeer, wijzigingen in de toegangscriteria tot, duur en hoogte van de WAO(-uitkering) plaatsgehad.

Van belang is ten eerste de wet Terugdringing Beroep Arbeidsongeschiktheidsregeringen (TBA) uit 1993, die bepaalde dat het recht op uitkering in het kader van de WAO tijdelijk is. Verlenging van de uitkering moest na vijf jaar worden aangevraagd (wat leidde tot de zogenoemde eerste- en vijfdejaars herbeoordelingen). Ook werden nieuwe criteria geformuleerd voor zowel het verzekeringsgeneeskundige deel van de beoordeling als het arbeidsdeskundige deel. De verzekeringsarts moest het (nieuwe) medische arbeidsongeschiktheids criterium in acht nemen (zie paragraaf 2.1), en de arbeidsdeskundige een nieuwe schattingsmethodiek alsmede de zogeheten 'gangbare arbeid' (zie paragraaf 2.2). Deze criteria werden in de uitvoeringspraktijk van nadere

⁹ Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 125.

uitvoeringsinstructies voorzien en in de opeenvolgende Schattingsbesluiten nader verder uitgewerkt.

2.1 *Wijzigingen wet-en regelgeving voor verzekeringsgeneeskundigen*

Tot augustus 1993 moest arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of gebrek worden bepaald op basis van het criterium 'op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten'. Vanaf de inwerkingtreding van de wet TBA moest arbeidsongeschiktheid 'een rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek' zijn.¹⁰

De introductie ging met kritiek gepaard: de Centrale Raad van Beroep (CRvB) vond een dergelijke wetswijziging onnodig en de NVVG was van mening dat de wet moeilijk uitvoerbaar was. In repliek wees de staatssecretaris erop dat het nieuwe criterium vooral een signaalfunctie had. Het signaal moest zijn dat cliënten zouden worden beoordeeld op wat ze nog wél kunnen in plaats van wat zij niet meer kunnen; het was aan de uitvoeringspraktijk om nadere regelgeving te formuleren.¹¹ In die uitvoeringspraktijk werd hierop in 1993 door het bestuur van de GMD de standaard 'geen benutbare mogelijkheden' geïntroduceerd. Die had als strekking dat verzekeringsartsen alleen in een aantal specifieke situaties tot volledige arbeidsongeschiktheid konden besluiten; in alle andere gevallen zouden cliënten tevens door een arbeidsdeskundige moeten worden beoordeeld.

In de praktijk bleek het nieuwe medisch arbeidsongeschiktheids criterium meer dan een signaal. Door een deel van de verzekeringsartsen werd het zo geïnterpreteerd dat de aanwezigheid van lichamelijke afwijkingen vereist was. Zij hielden minder - of geen - rekening met zogenoemde 'moeilijk objectiveerbare' klachten en beperkingen, wat vooral onder mensen met het chronische vermoeidheidssyndroom (CVS), ook wel: myalgische encephalitis (ME) genoemd,¹² tot verontwaardiging leidde. Zij waren van mening dat zij op grond van deze interpretatie van het wettelijke criterium onterecht geen of slechts een lage mate van arbeidsongeschiktheid kregen, omdat zij zich zelf niet of nauwelijks tot werken in staat achtten.¹³ Maar ook ernstig zieke mensen moesten opeens een arbeidskundig onderzoek ondergaan naar hun theoretische verdien capaciteit. Het bestaan van deze 'schrijnende gevallen' veroorzaakte maatschappelijke onrust. De NVVG liet weten dat ten onrechte de verzekeringsartsen de als onrechtvaardig ervaren wetgeving werd verweten, terwijl het eigenlijk de politiek zou zijn die verantwoordelijk was voor de schrijnende sociale gevolgen van deze wetsuitvoering.¹⁴

10 'Wet wijziging van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Staatsblad* (1993), 413.

11 De Boer et al., *Medische arbeidsongeschiktheids criterium*, 1.

12 CVS is het chronisch vermoeidheidssyndroom. Het staat voor een complex van symptomen, dat gepaard gaat met ernstige, invaliderende vermoeidheid, zonder duidelijk aanwijsbare oorzaak. Daarnaast gaat het gepaard met tenminste zes andere symptomen, waaronder diffuse hoofdpijn. CVS wordt ook wel myalgische encephalitis (ME) genoemd. Artsen geven de voorkeur aan de term CVS, aangezien er geen echte ontsteking in de hersenen is aangetoond (Bakker en Van der Werf, 2000).

13 'Chronisch patiënte onverwacht goedgekeurd', *passim*; 'De gezondheid slechter', *passim*.

14 'Verenigingsnieuws' (1994), 192-193.

Door toedoen van patiëntenorganisaties werden in februari 1995 kamervragen over beoordeling van mensen met het ME-syndroom gesteld. Naar aanleiding van discussies over de relatie tussen objectiveerbaarheid, diagnose en ongeschiktheid verzocht staatssecretaris R. Linschoten in juni 1995 het Tica om een standaard over 'slecht objectiveerbare aandoeningen' te formuleren.¹⁵ Het Tica introduceerde hierop meerdere standaarden, waaronder twee uit 1996 die in belangrijke mate de beoordeling voor alle gevallen moesten regisseren. Dit waren de standaard Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC), die de verzekeringsarts meer inhoudelijke houvast moest geven, en de standaard 'Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden' (GDBM), een nadere uitwerking van de besliscriteria van de al bestaande standaard 'Geen Benutbare Mogelijkheden' uit 1993. Ze worden ook wel 'standaarden van bewijsvoering' genoemd.¹⁶

MAOC en GDBM

Het MAOC (1996) is in hoge mate ontwikkeld op basis van jurisprudentie. Zo legde de CRvB in 1996, in haar befaamde '1 mei-jurisprudentie',¹⁷ de norm neer dat arbeidsongeschiktheid ook zou kunnen worden aangenomen als alle betrokken medici consistent en beargumenteed instemden met iemands arbeidsongeschiktheid, ook al verschilden zij van mening over de diagnose of over de vraag of de beperkingen medisch objectiveerbaar zijn.¹⁸ In een aantal andere uitspraken oordeelde de CRvB dat het criterium 'rechtstreeks als gevolg van ziekte' niet (langer) een oorzaak voor ziekte ver-eiste, maar dat beperkingen 'aannemelijke uitingen van ziekte' zouden moeten zijn 'die directe relevantie voor arbeid hebben'.¹⁹

In het MAOC werd uiteengezet dat 'medische objectiveerbaarheid' het gebruik van 'geëigende en in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde onderzoeksmethoden' impliceerde die 'controleerbaar vastgelegd', 'reproduceerbaar' en 'consistent' - vrij van innerlijke tegenspraak en in overeenstemming met medische inzichten – moesten zijn. Verder is erin uiteengezet dat arbeidsongeschiktheid als 'gevolg van ziekte of gebreken' kon worden aangenomen als de verzekeringsarts 'logisch samenhangende uitingen van ziekte' constateerde op 'drie niveaus van het mens-zijn'. Dit waren stoornissen op het niveau van lichamelijk en geestelijk functioneren, beperkingen op het niveau van de gedragingen en activiteiten, en handicaps op het niveau van de sociale rollen, toegespitst op die van arbeid.²⁰

De standaard GDBM bepaalde dat een verzekeringsarts altijd een belastbaarheid-

15 Tweede Kamer, *Brief van de staatssecretaris*, 22187, nr. 32.

16 Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek*, passim.

17 Centrale Raad van Beroep, 1-5-1996, ZW 1991/390; Centrale Raad van Beroep, 1-5-1996, ZW 1994/576; Visser, 'Een wettelijke status', 22-25.

18 'Lezersforum', 166-168.

19 Zoals de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep op 4 juni 1997 (95/7669 AAWAO en 96/265 ZW) en 8 augustus 2000 (97/7292 AAW).

20 De Boer et al., *Medische arbeidsongeschiktheids criterium*, 8-11; zie ook: Kooreman et al., 'Evaluatie van het proces van standaardontwikkeling', passim; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', passim; Visser, 'Een wettelijke status', 22-25.

profiel van de beperkingen van de cliënt moest opstellen, die door de arbeidsdeskundige in zijn of haar beoordeling zou moeten worden betrokken, tenzij sprake was van situaties waarbij duidelijk was dat de cliënt lichamelijk en/of psychisch niet zelfredzaam is, zoals bij sociaal of persoonlijk onvermogen tot functioneren en opname in het ziekenhuis of een AWBZ-instelling.²¹ Deze standaard werd begeleid met de instructie dat hij niet alle situaties zou dekken en de verzekeringsarts (in ongeveer twintig procent van de gevallen) ervan zou mogen afwijken, mits beargumenteerd - de zogenoemde 80/20-regel.²²

Terwijl de meeste betrokkenen (politiek, beroepsgroep, patiëntengroeperingen) achter de richtlijn(en) stonden, werd sinds de introductie ervan wel een discussie gevoerd over de toepassing van het MAOC. Vooral patiëntengroeperingen wezen erop dat de richtlijn niet door alle artsen werd gebruikt en dat er maatregelen nodig waren om de toepassing van de richtlijn af te dwingen.²³ Deze ogenschijnlijke willekeur werd indirect ondersteund door de rechter die zich 'niet zonder meer' aan de richtlijn gebonden achtte.²⁴ Patiëntenorganisaties drongen er daarom bij de Tweede Kamer op aan het MAOC in de wet te verankeren. Het Lisv, het toezichtorgaan en de verzekeringsartsen lieten echter weten niets in zo'n wettelijke verankering te zien; een wettelijke status zou inhoudelijk geen betekenis hebben en er zou vooral een 'strakkere uitvoering' nodig zijn. Ook het kabinet was (toen nog) van mening dat een wetswijziging onnodig was.²⁵

Inmiddels steeg echter de absolute instroom in de WAO en daalde de uitstroom.²⁶ Ook bestond er veel kritiek op de keuringspraktijk, vanuit cliënten, de politiek en soms ook vanuit de toezichthouder: er zou gebrek zijn aan objectiviteit, transparantie, maatschappelijke realiteit, er zou te hard dan wel te zacht worden gekeurd, en bovendien niet onafhankelijk genoeg en te weinig uniform.²⁷

Codificatie

Het in 1998 aangetreden kabinet Kok II (1998-2002) besloot wel om het MAOC en de standaard GDBM naar het niveau van wetgeving te tillen om zo een zo uniform en rechtsgelijk mogelijk uitvoeringsproces te bevorderen. Zij werden opgenomen in het Schattingsbesluit 2000, maar wel tegen de wens van de beroepsgroep in. Die vreesde dat het zou leiden tot nieuwe categorieën 'schrijnende gevallen'.²⁸ Het opnemen van

21 De Boer et al., *Medische arbeidsongeschiktheids criterium*, passim; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', passim; Kooreman et al., 'Evaluatie van het proces van standaardontwikkeling', passim.

22 Knepper, 'Twee jaar verder', 2576; 'Verenigingsnieuws', 2000, 29-30; Mullenders, *Standaardrapportage*, 15; Stehouwer, *Toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard*, passim.

23 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 15, 23.

24 Centrale Raad van Beroep 4-6-1997, 95/7669 AAWAO en 96/265 ZW; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', par. 8.2.3.1; Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekering*, 97.

25 Tweede kamer, *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, 22187, nr. 65, 69.

26 Tweede Kamer, *Brief van de staatssecretaris*, 22 187, nr. 32; Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekering*, 35-40.

27 'Verenigingsnieuws' (1998), 249.

28 'Verenigingsnieuws' (2000), 29-30.

het MAOC geschiedde onder de uitleg dat ziekte wordt aangenomen op drie niveaus van het mens-zijn: stoornissen, beperkingen en handicaps.²⁹ Voor wat betreft de standaard GDBM betekende het Schattingsbesluit dat de zogenoemde 80/20-regel werd geschrapt.³⁰ Bovendien werd in het Schattingsbesluit GDBM nader gespecificeerd. Een arts kon pas tot 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren' beslissen wanneer een cliënt zowel op het gebied van de zelfverzorging, het samenlevingsverband als in sociale contacten buiten het gezin, niet functioneerde (de drie rollen-regel). Wanneer de cliënt wel functioneerde op één van deze gebieden, dan moest volledig arbeidsónvermogen onwaarschijnlijk worden geacht en moest de cliënt worden gezien door een arbeidsdeskundige.

Aangepast Schattingsbesluit 2004

In oktober 2004 werd de methodiek van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wederom aangepast. Zo werden in aanloop naar de nieuwe wet alle arbeidsongeschikten jonger dan 50 jaar eenmalig herbeoordeeld op grond van de nieuwe (medische en arbeidsdeskundige) criteria.³¹ De wettelijke herbeoordelingen na één en vijf jaar vielen; claimbeoordelaars moesten een zieke werknemer oproepen wanneer zij dachten dat de termijn van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid voorbij was (de zogeheten professionele herbeoordelingen, die mogelijkheid eerder ook al ter beschikking stonden).³² Aanvullend op de bestaande verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheidscriteria werd in het Schattingsbesluit gesteld dat verzekeringsartsen alleen bij een 'ernstige psychische stoornis' GDBM op grond van psychisch onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren, mochten aannemen.³³

2.2 *Wijzigingen wet-en regelgeving voor arbeidsdeskundigen*

De wet TBA heeft ook consequenties gehad voor de arbeidsdeskundige beoordeling. Ten eerste werd de schattingsmethodiek gewijzigd. Werd voorheen de mate van arbeidsongeschiktheid berekend door een vergelijking van het maatmanloon, met het mediaanloon van alle geschikte functies of met het feitelijk gerealiseerde loon, voortaan moest de verdien capaciteit worden berekend door een vergelijking van het maatmanloon met het mediaanloon van de drie hoogst verdienende passende func-

29 'Besluit eenmalige herbeoordelingen arbeidsongeschiktheidswetten', *Staatsblad* (2000), 307.

30 Stehouwer, *Toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard*, passim.

31 Arbeidsongeschikten geboren in de periode voor 1 juli 1954 (was eerst 1 juli 1949 – Stbl. 219, 2005) werden uitgezonderd van de herbeoordelingoperatie, evenals degenen die nog onder het oude arbeidsongeschiktheids criterium vielen van voor de stelselherziening van 1987, degenen die nog onder het zogenaamde middencriterium vielen van voor de invoering van de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (TBA) in 1993 en die recht hadden op een uitkering op grond van de Tijdelijke Wet Beperking Inkomensgevolgen Arbeidsongeschiktheidscriteria (BIA) (Stbl. 463, 2004).

32 Deze zogeheten professionele herbeoordelingen bestonden overigens al, maar er werd in de praktijk omwille van tijdigheid en kosten weinig gebruik van gemaakt (De Bont e.a., 2000: 61, 62).

33 'Besluit tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten', *Staatsblad* (2004), 434; 'Besluit tot vaststelling van het tijdstip van herbeoordeling', *Staatsblad* (2004), 463.

ties (met minimaal dertig arbeidsplaatsen). Een tweede belangrijke wijziging betrof de verruiming van hetgeen als 'geschikte arbeid' kon worden aangemerkt. Dit werd: 'alle algemeen geaccepteerde arbeid waartoe de werknemer met zijn krachten en bekwaamheden in staat is'. De zogenoemde 'billijkheidstoets' werd geschrapt: de arbeidsdeskundige moest voor de schatting (van de restverdien capaciteit) ook die functies meenemen die qua opleiding van de belanghebbende van lager niveau waren en niet per se leken op het vroegere beroep.³⁴

In het Schattingsbesluit 1994 werd het begrip 'gangbare arbeid' nader ingevuld en functies moesten worden gezocht in het Functie-informatiesysteem (FIS), dat zoals gezegd was ontwikkeld vanuit de ACD en in 1993 was geïntroduceerd. Het was een systeem dat na invoer van gegevens als opleiding en medische belastbaarheid, functies weergaf die theoretisch gezien voor de cliënt geschikt zouden moeten zijn. De arbeidsdeskundige moest uit de functies die door het FIS werden aangegeven zoals gezegd de drie hoogst verdienende passende functies met minimaal 30 arbeidsplaatsen selecteren, om de mate van arbeidsongeschiktheid te kunnen berekenen. Het GMD-bestuur voegde daaraan toe dat de restverdien capaciteit op basis van uurlonen in plaats van maandlonen moest worden berekend en dat functies niet langer op geografische bereikbaarheid hoefden te worden geselecteerd.³⁵

Vanwege de maatschappelijke onrust en (daaruit volgende) Kamervragen werd op verzoek van de staatssecretaris in juni 1995 het FIS-systeem aangepast. Extreme lonen en weinig voorkomende functies werden uit het systeem verwijderd. Ook stelde de staatssecretaris de eis van representativiteit van functies; daartoe werden alleen functies die voorkwamen in alle vijf FIS-regio's van Nederland opgenomen in het FIS. Verder werd op 17 juli 1995 met terugwerkende kracht in het Schattingsbesluit verwerkt dat tenminste drie verschillende functiecodes moesten worden geduid met een ondergrens van zeven arbeidsplaatsen elk.³⁶ In de jaren hierna volgden, in samenspel met jurisprudentie, nog diverse aanwijzingen ten aanzien van de berekening van het maatmanloon en bepalingen ten aanzien van urenomvang van functies en functies voor parttimers.³⁷

³⁴ 'Wet tot wijziging van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Staatsblad* (1993), 413; 'Schattingsbesluit: besluit tot vaststelling van AMvB', *Staatsblad* (1994), 596; Koehler et al., Toegang tot de WAO, 25.

³⁵ Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 32-39.

³⁶ KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim; Tweede Kamer, *Brief van de staatssecretaris*, 22187, nr. 32; Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 77; Koehler, Spijkerboer, *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999*, passim.

³⁷ Zo moeten fulltime werkenden per 24 december 1997 op basis van uurloon in plaats van maandloon worden geschat; moeten zelfstandigen per 17 juni 1998 worden geschat op 38 uur per week of, in geval van urenbeperking, op het werkelijk aantal gewerkte uren; is het maatmanloon van langdurig werklozen per 1 april 2002 gelijk aan het wettelijk minimumloon; mogen in het maatmanloon per 1 juli 2002 geen werkgeversdelen (pre)pensioen- en VUT-premies meer worden meegenomen; en wordt het maatmanloon per 1 oktober 2004 op 38 uur per week vastgesteld. Ook mogen parttimers per 16 december 1997 niet meer op basis van fulltime functies worden geschat en geldt per 1 april 1999 de instructie dat de te duiden functies qua urenomvang in een bepaalde bandbreedte liggen van de functie waarin iemand werkzaam was voordat hij arbeidsongeschikt werd (bandbreedte methodiek).

Gezien de eind jaren negentig toenemende instroom in de WAO, besloot het kabinet in het Schattingsbesluit 2000 op te nemen dat arbeidsdeskundigen bij onvoldoende functies die gelijk zijn aan het arbeidspatroon van de cliënt, moeten zoeken naar functies met een iets grotere of iets kleinere arbeidsomvang (de zogenoemde urenbandbreedte).³⁸ In het Schattingsbesluit 2004 werd de mogelijkheid ingeperkt om rekening te houden met de voorkeuren voor arbeidspatronen.³⁹ Ook werd de arbeidsplaatsenseis verlaagd van minimaal zeven naar drie. Hierdoor zou het in principe minder voorkomen dat geschikte functies ongebruikt werden gelaten voor de schatting, omdat zij niet voldeden aan de eis van voldoende arbeidsplaatsen. Verder moesten arbeidsdeskundigen voortaan uitgaan van 'algemeen gebruikelijke vaardigheden' van cliënten - te weten een mondelinge beheersing van het Nederlands en eenvoudig computergebruik binnen zes maanden.⁴⁰ Al met al is de regelgeving van zowel de verzekeringsgeneeskundige als de arbeidsdeskundige beoordeling, in lijn met de aanbevelingen van de Parlementaire Enquête, duidelijk strenger geworden.⁴¹

3 Organisatie van de uitvoering

Om het beroep op de WAO terug te dringen en de terugkeer naar werk te bevorderen, zette de politiek naast andere regelgeving voor de claimbeoordeling-WAO sterker dan voorheen in op preventie en herstel van arbeidsongeschiktheid. In de periode die centraal staat in dit hoofdstuk werd via verschillende wettelijke maatregelen een 'poortwachtersysteem' ontwikkeld. Ter illustratie van de inbedding van de claimbeoordeling in het grotere systeem van sociale zekerheid, zal dit systeem kort worden toegelicht in paragraaf 3.1.

Naast versterking van de poort werd aan uitvoeringsstructuur rondom de claimbeoordeling van de WAO gewerkt. Om een einde te maken aan de - in de Parlementaire Enquête geconstateerde - bestuurlijke wanorde en onbeheersbaarheid van de WAO, werd in 1995 een nieuwe Organisatiewet geïntroduceerd, waarbij de GMD officieel werd opgeheven. De claimbeoordeling moest voortaan plaatshebben in een 'marktachtige' uitvoeringscontext. Eind jaren negentig verliet de regering de koers van marktwerking en privatisering van de uitvoering van de WAO echter weer, en werden er stappen gezet in de richting van uitvoering door één zelfstandig bestuursorgaan (zie paragraaf 3.2).

38 'Besluit tot vaststelling van een algemene maatregel van bestuur', *Staatsblad* (2000), 307.

39 Het functieselectiesysteem zou weinig tot geen parttime functies selecteren omdat het voor 75 procent met functies is gevuld van 30 uur of meer.

40 'Besluit van 18 augustus 2004 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten', *Staatsblad* (2004), 434; 'Besluit tot vaststelling van het tijdstip van herbeoordeling', *Staatsblad*, (2004), 463; Tweede Kamer, *Wijziging van de arbeidsongeschiktheidswetten*, 29498, nr. 3.

41 Knepper, 'Strenger keuren aan het sterfbed van de WAO?', 2295.

3.1 De 'gedragsprikkelers'

In een poging om het beroep op de WAO terug te dringen werden in de eerste helft van de jaren negentig de werkgevers geconfronteerd met de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid. In verschillende stappen werd in de vorm van een groeiende verplichting tot loondoorbetaling, van 2 weken naar thans 2 jaar, het risico van ziekteverzuim bij de ondernemingen gelegd. Voor het verzekeren van dat risico konden ondernemingen terecht bij private verzekeraars. Diverse wetten gaven vorm aan dergelijke 'gedragsprikkelers'.⁴²

Zo werden werkgevers vanaf 1994 door de wet Terugdringing Ziekteverzuim (TZ) financieel verantwoordelijk voor loondoorbetaling tijdens de eerste zes ziekteperiodes. Door wijziging van de Arbeidsomstandighedenwet (Arbo) werden zij ook verplicht om zich aan te sluiten bij een Arbo-dienst. Per 1 maart 1996 werd deze financiële verantwoordelijkheid vergroot door 'privatisering' van de Ziektewet: via de Wet Uitbreiding Loondoorbetalingverplichting bij Ziekte (Wulbz) werd de werkgever verplicht om bij ziekte van een werknemer gedurende maximaal één jaar zeventig procent van het loon te betalen en een reïntegratierapport te laten opstellen.⁴³ Vanaf 2004 werd deze periode verlengd tot twee jaar. In 1998 werd geregeld dat de werkgever meer risico ging dragen. De wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Pemba) bepaalde dat werkgevers meer premie betaalden naarmate ze meer werknemers hadden die in de WAO instroomden. Verder moesten werkgevers en WAO-ers door middel van de wetten Amber en REA tot reïntegratie worden aanzegget via instrumenten als loonkostensubsidie, (dagloon)garantieregeling en plaatsingsbudget.

Het tweede kabinet-Kok maakte een plan van aanpak waarin maatregelen werden voorgesteld tot verbetering van de keuringen (zoals verscherpte normen en meer controle) en eisen werden gesteld aan werkgevers en werknemers over het beperken van ziekteverzuim. In 2002 werden via de Wet Verbetering Poortwachter (WVP) de verantwoordelijkheden voor werkgevers (en Arbodiensten) en werknemers verscherpt, onder meer door strengere eisen te stellen aan de verantwoording over de inspanningen ten aanzien van werkhervatting in het eerste ziektejaar en door over te gaan tot (financiële) sancties bij ondermaatse inspanning.

3.2 Opvolging van de SVr en de GMD

De conclusie van de commissie-Buurmeijer dat de sociale partners te veel invloed hadden op (het toezicht op) de uitvoering van de WAO, leidde ertoe dat de sociale partners op afstand werden gezet. In 1995 werd de Sociale Verzekeringsraad (SVr) opgeheven en in zijn plaats kwam het Ctsv. De coördinerende bevoegdheden van de SVr gingen

42 Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 14-17.

43 Voor bijzondere groepen werknemers zoals vrouwen met zwangerschapsverlof, zieke werklozen en flexibele arbeidskrachten bestaan vangnetregelingen, via de werkloosheidswet.

over op het Tica, en de GMD werd, zoals gezegd, opgeheven.⁴⁴

De taken en de mensen van het GAK/GMD gingen over naar de uitvoeringsinstellingen GAK, Uitvoeringsinstelling Sociale Zekerheid voor Overheid en Onderwijs (USZO), Sociaal Fonds Bouwnijverheid (SFB), het Gemeenschappelijk Uitvoeringsorgaan (GUO), Bedrijfsvereniging voor de Gezondheid (BVG) en Detam. Door de uitvoeringsinstellingen - zonder tussenkomst van de GMD - te belasten met de arbeidsongeschiktheidskeuring zouden deze beter moeten aansluiten bij de uitvoeringspraktijk van de bedrijfsverenigingen.⁴⁵ De bedrijfsverenigingen werden, naast de uitvoering van de werknemersverzekeringen, vanaf 1996 (het jaar van de Wulbz) verantwoordelijk voor de controle op de inspanningen van werkgevers en Arbodiensten ten aanzien van de terugkeer van zieke werknemers naar werk. De bedrijfsverenigingen bleven tot 1997 verantwoordelijk voor deze taken en bereidden samen met het bipartiet samengestelde Tica de uitvoering voor op een meer 'marktgerichte' uitvoering.⁴⁶

In 1997 werden de bedrijfsverenigingen opgeheven en ging het Tica op in het Lisv.⁴⁷ De uitvoeringsapparaten, GAK, USZO, SFB, GUO en het in 1996 uit een fusie van BVG en Detam ontstane Cadans,⁴⁸ werden als onafhankelijke, geprivatiseerde uitvoeringsinstellingen belast met de uitvoering werknemersverzekeringen, in opdracht van en in een contractrelatie met het Lisv. Het Lisv-bestuur kreeg een onafhankelijk voorzitter en door de kroon benoemde leden afkomstig uit de sociale partners. Het verzekerdenbestand werd opgedeeld in 67 sectoren. De sociale partners kregen hierbij zitting in adviserende sectorraden die het landelijke bestuur moesten adviseren betreffende de aansturing en het contracteren van de uitvoeringsinstellingen, de zogenaamde uvi's. Die moesten onderling gaan concurreren wat betreft de premie-inning, de uitkeringsverstrekking en de reïntegratie. Het was de bedoeling dat op termijn individuele of collectief georganiseerde werkgevers zelf zouden kunnen kiezen welke uitvoeringsinstellingen voor hen de WAO uitvoerden. Ook zouden die onder voorwaarden opdrachten voor private partijen mogen uitvoeren.

Van uvi en Ctsv naar UWV en IWI

De discussie over de verdere invulling van de nieuwe uitvoeringsstructuur werd gedomineerd door de vraag 'hoe de vruchten van de geïntroduceerde marktwerking waren te plukken'. Er rees twijfel over het efficiënt functioneren van de uitvoeringsmarkt met het Lisv als enige opdrachtgever. Daarbij werden door zowel instanties uit het veld, zoals het Ctsv, adviesorganen zoals de SER, alsmede de Tweede Kamer kanttekeningen geplaatst bij de inmiddels 'innige zakelijke relaties tussen private verzekeraars en

44 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 15.

45 Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 18.

46 Van Hauten, *De werking van incentives*, 50-60.

47 Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 18.

48 Cadans (31 procent) en GUO (9 procent) waren goed voor 40 procent van de werkgevers. Meer dan de helft van de werkgevers was aangesloten bij het Gak, bij het USZO zo'n 2 procent en bij het SFB 6 procent (Van Hauten, *De werking van incentives*, 50).

49 Tweede Kamer, *Brief van de staatssecretaris*, 24215, nr. 1; Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 17-19.

uitvoeringsinstellingen'.⁵⁰ Ook maakten deze partijen zich zorgen over de gebrekkige transparantie en beheersbaarheid van het voorgestelde hybride stelsel.

De voorgenomen 'decollectivisering van de sociale zekerheid' kwam tot een halt toen de sociale partners pleitten voor verdere privatisering. Zij wilden niet alleen privatisering van de uitvoering, inclusief claimbeoordeling, maar wensten ook een rol te spelen in de aanbesteding van de administratieve uitvoering. Het kabinet was van mening dat een dergelijke privatisering te veel risico's met zich meebracht voor de onafhankelijkheid van de uitvoering en bovenal een stap terug was naar de oude situatie waarin de sociale partners een sterke positie hadden.⁵¹ Het besloot daarop tot striktere scheiding van publieke en private verantwoordelijkheden.

De delen van de private uitvoeringsinstellingen die tot dan toe waren belast met de als publiek aangemerkte uitvoeringstaken, de uitvoering van de werknemersverzekeringen, kwamen in 2002 in handen van een publiek orgaan, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Dat is een zelfstandig bestuursorgaan. Het kwam voort uit de vijf uitvoeringsinstellingen en een deel van het Lisv. Het werd voor een deel van de verzekerden tevens verantwoordelijk voor het aanbesteden van reïntegratietrajecten bij private reïntegratiebedrijven. De toezichhoudende taak van het Ctsv werd ondergebracht bij de Inspectie voor Werk en Inkomen (IWI), die vanaf dat moment voor het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het toezicht had gehouden op de uitvoering van de gehele sociale zekerheid, waaronder ook de uitvoering door de Gemeentelijke Sociale Diensten.⁵² Tevens creëerde de wetgever ruimte voor werkgevers om het eigen risico zelf te dragen dan wel privaat te verzekeren.

3.3 *Het proces van claimbeoordeling*

Claimbeoordelaars kregen, mede als gevolg van wijzigingen in de organisatiestructuur en het bestel van sociale zekerheid, te maken met velerlei administratieve regelingen ten aanzien van het takenpakket en de claimbeoordelingsprocessen. Elke uitvoeringsinstelling drukte een eigen stempel op de claimbeoordelingsprocessen door middel van formulieren, registratiesystemen en normen.⁵³ In hoofdzaak was het claimbeoor-

50 Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, 19.

51 Bannink, *The Reform of Dutch Disability Insurance*, 145-186.

52 Tweede Kamer, *Structuur van de uitvoering*, 26448, nr. 7; Tweede Kamer, *Wet structuur uitvoeringsorganisatie*, 27588, nr. 3. Taken als het verstrekken van subsidies, het onderhouden van de vacaturebank en verstrekken van ontslagvergunning gingen over van de Arbeidsvoorziening naar de Centra voor Werk en Inkomen (CWI), die vanaf 1999 her en der in het leven worden geroepen. Zij moeten handen en voeten geven aan de door de commissie-Buurmeijer aanbevolen regionale afstemming van de uitvoeringsorganisatie met de arbeidsbureaus en de Gemeentelijke Sociale Diensten. De kern van SUWI (II) is 'werk boven inkomen'. Werkzoekenden moeten snel aan (ander) werk worden geholpen door het CWI in geval van directe geschiktheid voor de arbeidsmarkt, of door gemeenten of het UWV in geval van grotere afstand tot de arbeidsmarkt. Als werk niet direct kan worden gevonden, dan zal de gemeente (voor de Wet Werk en Bijstand) of het UWV (voor werknemersverzekeringen) een uitkering moeten verstrekken. Ook zullen gemeenten en het UWV reïntegratietrajecten moeten verzorgen, tenzij de cliënt 80 tot 100 procent arbeidsongeschikt is.

53 'Verenigingsnieuws' (1999), 208-209; Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch Handelen*, passim; Interview respondent NVVG 1, 11-3-2005; 'Ik wil bouwen, perspectief geven', passim.

delingsproces van de uitvoeringsinstellingen en (de rol van) de betrokken actoren echter hetzelfde, zoals onderstaand wordt beschreven. Net als in de GMD-tijd waren die actoren de verzekeringsarts, de arbeidsdeskundige en de wetstechnisch beoordelaar. Wel werd bij sommige uitvoeringsinstellingen de arbeidsdeskundige wel eerder ingezet dan onderstaand is beschreven.

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Het verzekeringsgeneeskundige deel van de claimbeoordeling valt uiteen in een drietal stappen. De verzekeringsarts gaat eerst na welke beperkingen de aanvrager van een WAO-uitkering (cliënt) heeft en vervolgens of de aanvrager met deze beperkingen nog in staat is aan het arbeidsproces deel te nemen. Als blijkt dat er geen 'duurzaam benutbare mogelijkheden' zijn en de verdiencapaciteit dus gereduceerd is tot nul, volgt een oordeel 'medisch 80/100': de cliënt is tenminste tachtig procent ofwel volledig arbeidsongeschikt. De arbeidsdeskundige hoeft dan niet in actie te komen. Als daarentegen de aanvrager geen beperkingen heeft om zijn functie te vervullen, wordt de cliënt door de arts volledig arbeidsgeschikt verklaard.

Als de aanvrager volgens de verzekeringsarts wel tot werken in staat is maar beperkingen heeft, dan gaat vervolgens de arts na of (ander) werk kan worden verricht. Dit doet hij aan de hand van het opstellen van een zogenoemd belastbaarheidspatroon (BLP) voor het FIS of, sinds 2002, een functiemogelijkhedenlijst (FML) voor het Claimborging- en beoordelingsstelsel (CBBS).⁵⁴ Een BLP/FML moet ook worden opgesteld bij herbeoordelingen. Naast de fysieke en psychische mogelijkheden van de cliënt - welke handelingen zijn normaal, beperkt of niet mogelijk, onder welke voorwaarden aan een werkomgeving - geeft de verzekeringsarts in het BLP/FML aan of de cliënt een medische urenbeperking heeft (op grond van energetische indicatie, beschikbaarheid voor behandeling of ter preventie van verslechtering) en/of een aangepast arbeidspatroon. Ook stelt de verzekeringsarts een rapport op waarin hij een aantal gegevens vastlegt zoals de verrichte onderzoeksactiviteiten, zijn overwegingen en conclusie.⁵⁵ En ten derde geeft de verzekeringsarts deze gegevens, met uitzondering van de medische onderzoeksgegevens, door aan de arbeidsdeskundige, tenzij er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden.

54 Het FIS en het CBBS zijn vergelijkbare systemen, die de arbeidsdeskundige dient te gebruiken om passende functies te duiden voor het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid.

55 In de verkorte herbeoordelingsprocedure kan de procedure hier stoppen wanneer het belastbaarheidsprofiel ongewijzigd is, wat volgens onderzoek van Laitinen en Bergsma tussen 2000 en 2002 het geval is geweest bij zo'n negentig procent van de vijfdejaarsbeoordelingen en zeventig procent van de eerstejaarsbeoordelingen (Laitinen, Bergsma, *Herbeoordeeld*, 14). Een proef wijst uit dat oproep voor het herbeoordelingsgesprek leidt tot een daling van deze percentages tot 87 en zestig procent (Blonk, de Boer et al., *Kansrijke herbeoordelingen*, 14). Dit komt redelijk overeen met Spanjers inschatting dat de diagnosestelling op basis van dossiers in tachtig tot negentig procent van de gevallen juist is. Volgens Spanjer treedt verbetering van belastbaarheid voornamelijk op tot en met zestien maanden arbeidsongeschiktheid, hierna is dit in tien procent het geval (Spanjer, J., 'Professionele prognosestelling verkend', passim; Spanjer, 'Het effect van de vijfdejaars herbeoordelingen op het WAO-volume', passim).

Bovenstaande activiteiten mochten op initiatief van het Lisv, vanwege achterstanden in de herbeoordelingen, vanaf het najaar 1999 (tijdelijk) deels via een verkorte (telefonische of schriftelijke beoordelings-)procedure worden verricht.⁵⁶ Ook mocht een deel van de werkzaamheden in de herbeoordelingen door niet-artsen worden uitgevoerd. Deze constructie was echter geen lang leven beschoren.⁵⁷ Zowel de staatssecretaris van SZW als de rechtbank in Almelo stelden beperkende voorwaarden aan de inzet van medisch medewerkers vanwege onduidelijkheid over de bevoegdheden en de vrees voor mogelijk kwaliteitsverlies in de beoordeling; dit tot opluchting van de verzekeringsartsen die vreesden voor aantasting van hun beroepsdomein.⁵⁸

De arbeidsdeskundige beoordeling

De arbeidsdeskundige beoordeling bestond in deze periode uit een viertal stappen. De arbeidsdeskundige voerde ten eerste in het FIS, of, na 2001, in het CBBS, een aantal gegevens in, zoals opleidingsniveau van de aanvrager, het arbeidspatroon, urenpatroon en de beperkingen, waarvan de laatste drie overigens sinds het FML/CBBS door de verzekeringsarts zelf worden ingevoerd. Het systeem selecteert vervolgens automatisch de functies die door de aanvrager nog kunnen worden uitgeoefend, waarin de hoogste mogelijke loonwaarde kan worden gerealiseerd.

Vervolgens controleert de arbeidsdeskundige of de geselecteerde functies daadwerkelijk stroken met de mogelijkheden van de aanvrager, op alle van belang onderdelen en combinaties van bepaalde belastingen die hiervoor van belang kunnen zijn. In geval het FIS functies met bepaalde overschrijdingen weergeeft, moet de arbeidsdeskundige overleggen met de arts. In geval van marginale overschrijdingen van het belastbaarheidspatroon of incidentele pieken in functiebelasting hoeft sinds de introductie van het CBBS dit overleg niet meer plaats te hebben. Voorafgaand aan de volgende stap, de definitieve functieselectie, moet een gesprek plaatshebben met de cliënt om het beeld van hem of haar te completeren.

Daarna selecteert de arbeidsdeskundige een aantal in het Schattingsbesluit aangegeven passend geachte functies met de hoogste loonwaarde. Indien nog nodig heeft met de aanvrager een gesprek plaats over de geselecteerde functies en consequenties voor de mate van arbeidsongeschiktheid. Het uiteindelijke besluit moet worden gerapporteerd. Als de arbeidsdeskundige niet voldoende functies kan selecteren, of als het bij de geselecteerde functies behorende aantal arbeidsplaatsen onvoldoende is, dan heeft de aanvrager geen resterende verdien capaciteit en wordt de mate van arbeidsongeschiktheid op arbeidskundige gronden tachtig tot honderd procent. Als er wel voldoende functies met voldoende arbeidsplaatsen zijn, dan berekent de arbeids-

56 De verzekeringsarts mag bij wettelijke herbeoordelingen een onderzoek beperken tot een vragenlijst of telefonisch contact als aangenomen mag worden dat de herbeoordeling niet tot een wijziging van het arbeidsongeschiktheidspercentage leidt (Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, passim; Laitinen, Bergsma, *Herbeoordeeld?*, passim).

57 Knepper, 'Claimbeoordeling door niet-artsen', 2240-2243; Laitinen, Bergsma, *Herbeoordeeld?*, passim.

58 Rechtbank Almelo 23-7-2003, 03 / 32 WAO; Wind, 'De verzekeringsarts, de medisch medewerker en de claimbeoordeling', 173-175; Laitinen, Bergsma, *Herbeoordeeld?*, passim.

deskundige (of de wetstechnisch beoordelaar) de zogenoemde resterende verdien capaciteit.

Zoals gezegd wordt de resterende verdien capaciteit gebaseerd op een vergelijking van het mediaanloon van de door de arbeidsdeskundige geselecteerde functies met het maatmanloon. Uit deze vergelijking wordt een 'verliespercentage' berekend dat wordt ingedeeld in een van de acht klassen van mate van arbeidsongeschiktheid (varierend van minder dan vijftien procent - ofwel volledig arbeidsgeschikt – tot honderd procent arbeidsongeschikt). In een rapport moet de arbeidsdeskundige vastleggen of en in welke mate de cliënt het eigen werk al dan niet meer kan uitoefenen en wat de mate van arbeidsongeschiktheid is. Deze gegevens worden doorgegeven aan de wetstechnisch beoordelaar die de WAO-aanvraag verder afhandelt.

De rol van de wetstechnisch beoordelaars werd bij sommige uitvoeringsinstellingen, zoals het GAK, vanaf 1995 uitgebreid tot procesbegeleider. Sinds het tot stand komen van de UWV is dit overal het geval. De procesbegeleider is samen met een administratieve kracht verantwoordelijk voor de juridische en administratieve zorgvuldigheid in de afhandeling van de claimbeoordeling. Dit houdt bijvoorbeeld in dat zij gesprekken voor claimbeoordelaars inplannen.⁵⁹

Bezwaar en beroep

Een mogelijk volgende stap is de bezwaar- en beroepsprocedure. Als de cliënt het niet eens is met de beslissing, dan kan hij of zij bezwaar aantekenen. Sinds 1997 moet dit gebeuren bij het Lisv/UWV, waarna eventueel nog beroep kan worden ingediend bij de sector bestuursrecht of in hoger beroep kan worden gegaan bij de Centrale Raad van Beroep. De bezwaarbeoordelaars van het Lisv/UWV zijn onafhankelijk en doorgaans meer ervaren claimbeoordelaars dan de primaire beslisser. Sinds 2000 is het beleid dat de bezwaarbeoordelaar zijn oordeel zowel naar de staf als naar de primaire claimbeoordelaar stuurt om verbetering van de kwaliteitsborging te bevorderen.⁶⁰

In de loop van de jaren hebben verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen diverse nieuwe methoden en instrumenten voor de claimbeoordeling in gebruik genomen. Enkele hiervan zijn al even aan de orde geweest, te weten de standaarden MAOC en GDBM. Verder maakt de verzekeringsarts gebruik van een beoordelingsgesprek, lichamenlijk onderzoek en informatie van derden om beperkingen en mogelijkheden van de belanghebbende te kunnen vaststellen. Achtereenvolgens zal de ontwikkeling van de verzekeringsgeneeskundige standaarden, de onderzoeksmethoden en het belastbaarheidspatroon kort worden doorgenomen.

59 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.1; De Bont, 2000: 57-59; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, 40.

60 Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 83; 'Verenigingsnieuws' (2002), 91-96.

Verzekeringsgeneeskundige standaarden

Binnen het GAK/GMD bestonden in 1994 al enige initiatieven op het vlak van standaarden voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van psychische aandoeningen en rugklachten.⁶¹ In een samenwerking tussen het Tica/Lisv, (staf)medewerkers van de uitvoeringsinstellingen en de beroepsvereniging werden vanaf 1995 in een aantal jaren tijd elf standaarden (verder) ontwikkeld, waaronder MAOC en GDBM (zie ook paragraaf 2).⁶² De standaard over rugklachten werd niet geïmplementeerd en die over psychische klachten werd een standaard onderzoeksmethode bij psychische klachten, die vervolgens werd ingelijfd bij een algemene standaard over onderzoeksmethoden.

In een groter kader zijn de verzekeringsgeneeskundige standaarden bijzonder. Ten eerste omdat het begrip objectiviteit volgens verschillende onderzoekers creatief is gedefinieerd, namelijk als een vast te stellen consistent geheel van stornissen en beperkingen waarvan uit het onderzoek van de verzekeringsarts het bestaan plausibel (en controleerbaar) moet worden.⁶³ Vooral in de richtlijn MAOC werd nadrukkelijk een argumentatieve en functionele beoordeling voorgeschreven en afstand genomen van een medisch objectieve (diagnose georiënteerde) benadering. Dit is meer een juridische richting dan een klinisch medische, wat betekent dat er een duidelijk andere weg is ingeslagen dan elders in de geneeskunde. De verzekeringsgeneeskundige standaarden dragen daarbij de boodschap dat het vermogen tot functioneren en werken per individu moet worden bepaald en maar zeer gedeeltelijk afhankelijk is van het ziektebeeld waarmee de cliënt bekend is. Ten tweede impliceren de standaarden een kwaliteitsimpuls. Er is niet zozeer sprake van 'kookboekgeneeskunde', als wel van een beroep op de competentie van de verzekeringsarts om inconsistenties in waarnemingen op te sporen en de cliënt in de gelegenheid te stellen hun visie toe te lichten.⁶⁴

Onderzoeksmethodiek

In 1988 is een in 1997 herziene handleiding geïntroduceerd van het Methodisch Beoordelingsgesprek (MBG) in de verzekeringsgeneeskunde, een semi-structuur voor de informatievergaring.⁶⁵ Daarnaast wordt in de vakliteratuur gewag gemaakt van de Multicausale Analyse (MCA) en de Belastbaarheidgerichte Beoordeling (BGB). Het zijn

61 De Boer et al., *Medische arbeidsongeschiktheids criterium*, passim; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', passim; Kooreman et al., 'Evaluatie van het proces van standaardontwikkeling', passim.

62 Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek*, passim. Het gaat om het protocol samenwerking ad/va (1995), proces deskundigenoordeel verzekeringsarts (1996), standaard geen duurzaam benutbare mogelijkheden (1996), standaard Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (1996), standaard communicatie met behandelars (1997), gedragscode verzekeringsartsen (19997), standaard beheer medische gegevens (1999), standaard zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid (1999), standaard verminderde arbeidsduur (2000), standaard professionele herbeoordeling (2000), standaard onderzoeksmethoden (2001), geactualiseerde rapportageprotocol verzekeringsarts (2001).

63 Horstman, *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen*, passim; Berg et al., 'Guidelines, professionals and the production of objectivity', passim.

64 De Boer et al., *Medische arbeidsongeschiktheids criterium*, passim; Horstman, *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen*, passim; Berg et al., 'Guidelines, professionals and the production of objectivity', 765-791.

65 De Boer, Verhoef, *Vergelijking van gespreksmodellen*, passim; De Boer et al., *Gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim.

alle verschillende termen voor door de verzekeringsarts te gebruiken gespreksmethoden.⁶⁶ Wat betreft het medisch onderzoek kan die gebruik maken van een aantal eenvoudige 'huisarts'-instrumenten (zoals bloeddrukmeter, stethoscoop en reflexhamer). Hulpmiddelen als de ERGOS Worksimulator werden door de CRvB afgewezen omdat de uitslag door de cliënt zou kunnen worden beïnvloed.⁶⁷ Naast gespreksvoering en lichamelijk onderzoek kan de verzekeringsarts op indicatie met arbeidsdeskundigen, behandelaars, bedrijfsartsen, werkgevers en andere belangrijke derden overleggen. Hij kan eventueel gericht advies aanvragen bij ergonomen, psychologen, psychiaters en medisch specialisten.

Belastbaarheidspatroom

Het onderzoek dat de verzekeringsarts doet naar de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt wordt gecodeerd in de belastbaarheid, een zogenaamde 'output specificatie'. Dat was aanvankelijk het belastbaarheidspatroom voor het FIS en is sinds 2001 de FML voor het CBBS.

Het belastbaarheidspatroom is een gestandaardiseerde lijst met 28 categorieën waarin de fysieke belastbaarheid van de cliënt werd beschreven (bijvoorbeeld hoe vaak en hoe ver hij per uur kan reiken) en (punt 28) de psychische belastbaarheid (bijvoorbeeld of hij kan werken onder tijdsdruk en kan omgaan met conflicten). Voor sommige categorieën gold een belastbaarheidsschaal van zeven of tien scores, voor andere categorieën twee. Het referentiepunt werd bepaald door de mogelijkheden die de cliënt had voordat hij of zij in zijn of haar mogelijkheden werd beperkt. Voor het opstellen van het belastbaarheidspatroom kunnen verzekeringsartsen het in 1996 in productie genomen handboek *Arbeid en Belastbaarheid* raadplegen.⁶⁸

De Functiemogelijkhedenlijst

Vanwege oplopende kritiek op het belastbaarheidspatroom (en op het FIS) wordt vanaf 2001 gewerkt met de FML, waarin op een nieuwe wijze belasting en belastbaarheid met elkaar werden vergeleken. De FML bevat meer beoordelingspunten dan het belastbaarheidspatroom voor het FIS. Bij haar introductie waren het er 57, maar daar zijn er in de loop der tijd zijn nog aan toegevoegd. Met name op het gebied van sociaal en persoonlijk functioneren is de lijst uitgebreider dan die die voorheen werd gebruikt. Ook is het aantal antwoordmogelijkheden per item aangepast en is sprake van een nieuwe definitie van de antwoordmogelijkheden. De verzekeringsarts hoeft de beoordelingspunten anders dan voorheen alleen in te vullen wanneer sprake is van beperkingen ten opzichte van de zogeheten 'normaalwaarden', waarbij drie niveaus van afwijking zijn te onderscheiden: licht ('1'), matig ('2') of sterk beperkt ('3'). De

66 De Boer, Verhoef, a.w., passim; De Boer et al., a.w., passim.

67 Centrale Raad van Beroep 3-2-1999, JB 1999, 72; Frings-Dresen et al., 'De bijdrage van Functional Capacity Evaluation', 100-104; Stichting de Ombudsman, Breed Platform Verzekerden en Werk (project Recht van Spreken), Meer Confrontatie minder begrip?, 20.

68 Raad voor gezondheidsonderzoek, Advies Onderzoek, passim.

normaalwaarde is de belasting die een gezond persoon tussen zestien en 65 jaar minimaal aankan op een aspect van dagelijks functioneren (zoals lezen, tillen, buigen).

Door het verschil in het aantal antwoordmogelijkheden per item en een nieuwe definitie van antwoordmogelijkheden wordt wel gesteld dat de inter- en intrabe-trouwbaarheid op de FML theoretisch hoger ligt dan het belastbaarheidspatroon.⁷⁰ De globalere beschrijving zou 'meer recht doen aan de belastbaarheid van mensen en aan het oordeels- en onderscheidingsvermogen van de beoordelaar'.⁷¹ De arts hoeft niet meer in te schatten of een cliënt in staat is tot bijvoorbeeld 150 maal tien kilogram tillen dan wel vijf maal twintig kilogram. Ook kan meer aandacht worden besteed aan de (belangrijke) rol van cognitieve, emotionele en sociale aspecten in het arbeidsproces en aan het leven van alledag.⁷² Wel hebben sommige betrokkenen principiële bezwaren tegen het begrip 'normaalwaarde',⁷³ en ervaren sommige verzekeringsartsen de gevraagde detaillering als een keurslijf.⁷⁴

Het Functie-informatiesysteem

Zoals eerder uiteengezet was het FIS een belangrijk instrument in de arbeidsdeskundige beoordeling. De arbeidsdeskundigen moesten bepalen welke van de door het FIS geselecteerde functies pasten binnen de belastbaarheid en de bekwaamheden van de cliënt. De arbeidsdeskundige stond hierbij het handboek FIS-methodiek ter beschikking. Het systeem bleef kritiek niet gespaard. KPMG en de Universiteit van Maastricht vonden dat het FIS-systeem onvoldoende functies bevatte om de restverdiencapaciteit voor hoger opgeleiden en parttimers goed te kunnen vaststellen, waardoor rechtsongelijkheid zou ontstaan.⁷⁵ Bovendien was volgens cliënten de objectiviteit van de gehanteerde maatstaven voor bepaling van de geschiktheid van functies in het geding.⁷⁶

Claimbeoordeling-en borgingsysteem

Uiteindelijk besloot het Lisv om het FIS niet te herzien maar om een geheel nieuw systeem te gaan maken: het CBBS, geïntroduceerd in 2001. Ook hiervoor is een handboek met definities en werkinstructies beschikbaar. Het principe blijft dat van de vergelijking van gestandaardiseerde beperkingen (belastbaarheid) met vereisten in bestaande functies (belasting), maar dan meer op grond van items en minder op grond

69 Mul et al., 'Geschied of ongeschikt', 75-77.

70 Brouwer et al., 'Intra-en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid', 360-367.

71 Interview staf va, 24-8-2005.

72 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim; De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 39, 52; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 38-40; 'Verenigingsnieuws' (2003), 91-96; Mul et al., 'Geschied of ongeschikt', 2002.

73 Interview respondent NVVG 2, 16-9-2005; Interview medisch adviseur 1 toezichtsorgaan, 14-9-2005; 'CBBS: word ik eerlijk beoordeeld?', www.waocafe.nl.

74 'Verenigingsnieuws' (2003), 91-96.

75 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim.

76 'Jurisprudentie markeringen en signaleringen in FIS/CBBS en geschiktheid geduide functies', www.ssz-advocaten.nl; Stichting tot Bescherming Arbeidsongeschikten, *CBBS een black box!*, 8,9; Interview staf ad, 24-8-2005.

van exacte definities. Het CBBS dient tevens als instrument om de resultaten van het werk van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige te kunnen volgen: alle raadplegingen van het systeem worden opgeslagen zodat de output op zowel individueel niveau als op kantoor- en regioniveau kan worden vergeleken.

Na een aantal aanloop- of uitvoeringsproblemen in de overgang van het FIS naar het CBBS, zoals gebrekkige actualisering en definitie van functies,⁷⁷ gaf het merendeel van de arbeidsdeskundigen in 2003 aan gunstig of neutraal te denken over de invloed van het systeem op de kwaliteit van de uitvoering.⁷⁸ Een belangrijk minpunt van het CBBS in verhouding tot het FIS blijft echter de extra tijd per claimbeoordeling.⁷⁹ In 2002 schatte het IWI in dat die extra tijd per claimbeoordeling structureel vijftien procent was en in 2005 gaven respondenten aan dat de arbeidsdeskundige claimbeoordeling een uur extra in beslag kon nemen.⁸⁰ Een belangrijke oorzaak van deze inspanningsverhoging was de verzwaarde verantwoordingsplicht van rechtswege.

Op 9 november 2004 oordeelde de CRvB dat het CBBS het voor derden moeilijk maakte om te controleren hoe een beoordeling tot stand kwam, met name bij welk onderdeel van een functie de arbeidsdeskundige een overschrijding op de belastbaarheid had gesignaleerd.⁸¹ De CRvB eiste van het UWV dat het systeem verifieerbaarder en transparanter werd. Hierop is het CBBS aangepast. Functies op de functiemogelijkhedenlijst met mogelijke overschrijdingen in functiebelasting, moeten altijd worden gesignaleerd en keuzes daaromtrent moeten altijd door de arbeidsdeskundige worden gemotiveerd.⁸²

Professionele eindselectie

In 1999 werd een belangrijke inhoudelijke standaard voor arbeidsdeskundigen geïntroduceerd, te weten de 'professionele eindselectie'. Die zou het antwoord moeten vormen op de vraag of arbeidsdeskundigen meer zijn dan een 'knoppenboer' of 'FIS-boer', zoals zij zichzelf wel eens noemden.⁸³ In paragraaf 6 zal nader worden ingegaan op de verhouding tussen de mogelijke toepassing van de standaard en de werkelijkheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat niet zozeer het proces van de claimbeoordeling is veranderd, als wel haar methoden en instrumenten, waarbij met name de standaardontwikkeling en het FIS/CBBS van belang zijn. Zij moesten ervoor zorgen dat de claimbeoordeling transparanter en beter te sturen werd.

77 'Toename gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid', passim; Stichting tot Bescherming Arbeidsongeschikten, *CBBS een black box*!, 18-21.

78 'Wat zijn de gevolgen voor de UWV-AD?', 26-28.

79 Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, 22.

80 Interview staf ad, 24-8-2005; Interview verzekeringsarts, 21-9-2005; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

81 Centrale Raad van Beroep, 9-11-2004, 03/3648 WAO.

82 Rechtbank Maastricht, 2-11-2005, AWB 05 / 140 WAO.

83 'Arbeidsdeskundigen moeten meer werk maken van hun vak', 4-8.

4 Sturing van en toezicht op de claimbeoordeling

In de hier beschreven periode heeft de aansturing van en het toezicht op de claimbeoordeling een flinke vlucht genomen. Met de vorming van uitvoeringsinstellingen in 1995 werd het concept 'integraal management' geïntroduceerd. Hierbij werd de (regio)manager eindverantwoordelijk voor het beoordelingsproces en -resultaat. De staf behield een zelfstandige bevoegdheid ten aanzien van de kwaliteit van beoordelingen, maar kwam onder supervisie van de regiomanager te staan en moest terugkoppelen aan de operationeel manager.⁸⁴ Tevens werden aan de toezichtstaak van het Ctsv in de periode 1995-2005 meer handen en voeten gegeven. Vanuit het Ctsv werd veel intensiever dan door de SVr toegezien op de daadwerkelijke uitvoering en de resultaten. In 2002 ging het toezicht over naar de wat meer afstandelijk sturende IWI.

Onderstaand gaan we nader in op de 'aansturing' vanuit de '(management)lijn' en daarna op die vanuit de staf. Vervolgens wordt kort stil gestaan bij collegiale toetsing. In de afsluitende paragraaf staan de veranderingen in het toezicht op de claimbeoordeling centraal.

4.1 Management van professionals

Onder druk van marktwerking en naderende privatisering legden de besturen en managers van de uitvoeringsinstellingen zich meteen sterk toe op besparing van uitvoeringskosten, volumebeleid en reorganisaties.⁸⁵ Na enkele jaren legden de uitvoeringsinstellingen zich geleidelijk wat meer toe op de inhoudelijke aspecten van de gevalsbehandeling. Het Lisv moedigde hierbij de uitvoeringsinstellingen aan de kwaliteit van hun beleid en uitvoering duidelijker over het voetlicht te brengen. Ook toetste het de prijs/kwaliteitsverhoudingen van activiteiten.⁸⁶ Voor de claimbeoordeling betekende een en ander dat investeringen en uitvoeringinstructies vooral waren gericht op het verbeteren van logistieke prestaties (beheersing van de werkvoorraad of verbetering van de punctualiteit), in het bijzonder van de beoordelingen einde wachttijd.⁸⁷ Vanaf het midden van de jaren negentig werden normen ontwikkeld voor het aantal oproepen voor claimbeoordelaars per week en/of per dag. Voor de productie bestonden al enige tijd prestatienormen. Binnen het UWV werd vooral ingezet op het behalen van dergelijke prestatienormen, die met het ministerie van SZW waren overeengekomen.⁸⁸

⁸⁴ Sinds 2005 is tevens sprake van een regionale stafflaag. Die moet samen met de regiomanager (nader) uitvoeringsbeleid ontwikkelen. Sindsdien is de operationeel manager de directe baas van de staf.

⁸⁵ Met 'management' wordt vaak maar niet per se de persoon van de regiomanager dan wel de operationeel manager ('manager claim') bedoeld; met 'het management' duiden claimbeoordelaars zelf ook wel op de gehele aansturing vanuit de 'lijn' (niet-beroepsgenoten).

⁸⁶ Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 73-74.

⁸⁷ Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, passim.

⁸⁸ Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim.

Hoewel wisselend per regio, viel in deze tien jaar onder managers een hoog verloop te bespeuren, door enerzijds de continue reorganisaties en hoge prestatiedruk en anderzijds de weerbarstige uitvoeringscultuur.⁸⁹ Het management had lange tijd nauwelijks hanteerbare managementinformatie,⁹⁰ en dus nauwelijks aangrijpingspunten om zich nader te bemoeien met de wijze waarop de uitvoering verliep.⁹¹ Uitvoerders zeiden al deze jaren zich wel verantwoordelijk te voelen voor de 'kwantitatieve' aspecten van de claimbeoordeling en de normen redelijk haalbaar te achten,⁹² maar toonden zich in de praktijk niet altijd ontvankelijk voor de aansturing daarop. Zo bagatelliseerden claimbeoordelaars de status van de normen (waren het streefcijfers of een verplichting?), alsmede de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de managementinformatie. Zo zouden de cijfers niet kloppen en waren ze ook te weinig verfijnd.⁹³ Bovendien kwam uit onderzoek naar voren dat de 'productietaal' van het management slecht aansloot bij 'de taal van de professional'. De uitvoerders gaven aan dat er door het management te weinig op kwaliteit werd gelet. Verder waren ze van mening dat ze zich voldoende inspanden. 'Beoordelingen kun je niet afraffelen', zo zeiden de claimbeoordelaars.⁹⁴ De afgelopen tien jaar verweten zij de leiding regelmatig een 'drift tot productie en protocollering' die zou wringen met hun opvatting van het werk.⁹⁵ Achter deze kritiek ging echter een ander probleem schuil. De claim-

-
- 89 De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 56, 57; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim.
- 90 De informatie is lange tijd beperkt gebleven tot de diagnosecodes (vanaf 1994), aantallen beoordelingen en aantallen volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikten op sector- en uvi-niveau. Doordat uitvoeringinstellingen een eigen automatiseringssysteem hebben, zijn de informatiebestanden bovendien niet uniform vorm gegeven, waardoor vergelijkende informatie niet echt van de grond komt (Koning, Deelen, *Prikkels voor UWV*, 74). Wel worden rond 1999 de Functie-informatiebestanden van de uitvoeringsinstellingen gekoppeld. Langzamerhand komt managementinformatie beschikbaar op organisatieniveau. Door het CBBS is sinds 2002 informatie op teamniveau en vanaf 2004 op individueel niveau beschikbaar. Langzamerhand is de informatie ook gedetailleerder geworden. Er is nu informatie beschikbaar over het aantal informatieaanvragen door verzekeringsartsen, het aantal urenbeperkingen dat is opgelegd, het aantal bezwaar- en beroepszaken, de frequentie van overleg tussen arbeidsdeskundige en verzekeringsarts en het aantal door arbeidsdeskundigen verworpen functies. (Algemene Rekenkamer, *Toezicht door de Sociale Verzekeringsraad*, 14; Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, passim; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim; Koning, Deelen, *Prikkels voor UWV*, 74).
- 91 Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, passim.
- 92 In 2000 worden maximaal 5 of 6 oproepen per dag behandeld; in 2000 3 of 4 per dag; in 2005 3 per dag (Van Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, passim; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim; "Gefeliciteerd! U kunt weer aan het werk", passim). Volgens een geïnterviewde stafarts ziet hij al jaren aan de dalende lijn in de 'productie', ondanks een grotere nadruk hierop, onder druk van toenemende administratieve eisen meer complexe beoordelingsgevallen en, sinds 2004, intensievere (collegiale) controle. 'Toen ik begon (eind jaren tachtig), kon ik 26 oproepen doen en afwerken per week, terwijl ik nu 3 oproepen per dag en ongeveer 12 in de week doe', zo zegt deze stafarts (Interview staf va, 24 augustus, 2005).
- 93 Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', par. 8.2.3.2; Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.1.; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 2000: 55-57; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim.
- 94 De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 59.
- 95 Willems, 'Privatisering van de Ziektewet', passim; Mullenders, *Standaardrapportage*, passim; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, passim; Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, passim; Inspectie Werk en Inkomen, Sociaal Medisch handelen, *Resultaten van een onderzoek naar de kwaliteitsborging*, passim; Algemene Rekenkamer, *Sturing en beheersing van het WAO-proces*, passim; 'De reden van bestaan van de arbeidsdeskundige', passim; 'Arbidsdeskundigen moeten meer werk maken van hun vak', passim; 'Verenigingsnieuws' (2003), 96; Koning, Deelen, *Prikkels voor UWV*, passim; Choy, *Het woord is aan de professionals*, passim; De Boer, Steenbeek, *Dilemma's en andere problemen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim.

beoordelaars vonden dat de organisatieleiding in deze tijden van hoge werkdruk en veranderingen in de regelgeving, een gebrek aan waardering en betrokkenheid tentoonspreidde.

In 1995 tekende het Ctsv op dat de GAK/GMD-organisatie 'zich de kritiek van buiten de organisatie zeer ter harte neemt en zeer gedreven is om nieuwe wettelijke maatregelen tot in de puntjes uit te voeren, maar zich weinig gelegen laat liggen aan interne kritiek'.⁹⁶ Tien jaar later tekent een intern onderzoek van het UWV op dat claimbeoordelaars van mening zijn dat de Raad van Bestuur te weinig doet om voor hen in de bres te springen.⁹⁷ Zo zouden, na suggesties vanuit de pers over willekeur dan wel bevoordeling in de claimbeoordeling, ten aanzien van allochtonen en vrouwen wel snel nieuwe werkwijzen zijn geïntroduceerd (de zogenoemde intensieve controles, zie paragraaf 5.2). Andere mogelijke oorzaken voor de hoge instroom van allochtonen en vrouwen in de WAO werden echter weinig belicht.⁹⁸ In samenspraak met de beroepsverenigingen zou deze kritiek van de werkvloer het UWV aanzetten om een nieuwe structuur te ontwikkelen waarbinnen communicatie met het management en de kwaliteit van de beoordelingen een duidelijke positie in zouden gaan nemen.⁹⁹

4.2 Toetsing door de staf

De staf van zowel verzekeringsartsen als arbeidsdeskundigen kon lange tijd een eigen invulling geven aan de wijze waarop en de mate waarin zij claimbeoordelaars aanstuurde.¹⁰⁰ Zij kon dat doen via vakoverleg, waaraan in onderzoek weinig aandacht is besteed, en inhoudelijke toetsing met individuele feedback. In het algemeen betekkende de eigen invulling dat de toetsing van sociaal medisch handelen globaal en steekproefsgewijs plaats had en met name was gericht op de gevallen die als volle-

96 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 49.

97 Choy, *Het woord is aan de professionals*, passim.

98 De media suggereerden dat claimbeoordelaars jonge vrouwen, mensen met psychische klachten en mensen van allochtone afkomst wel erg gemakkelijk de WAO in lieten stromen en dat zowel werkgevers als claimbeoordelaars te weinig mogelijkheden boden voor terugkeer naar werk ('Doorbreek taboe WAO en allochtonen', passim; 'Streng keuring voor vrouwen', passim; 'Werk heeft een therapeutische werking', passim; UWV, *Intensivering beoordeling arbeidsgeschiktheid*, passim). Uit onderzoek van Meershoek et al. uit 2004 wordt duidelijk dat etniciteit niet bij voorbaat een rol speelde in de praktijk van de claimbeoordeling. Het was de informatieverstrekking die op bepaalde punten moeizaam verliep, waardoor de verzekeringsarts meer tijd nodig had om compenserende informatie te verkrijgen. Bij laag opgeleide, slecht Nederlands sprekende, allochtone cliënten, die ongeschold werk deden en diffuse klachten hadden, was de informatie over de gehele lijn gebrekkig, schoot het instrumentarium van de verzekeringsarts te kort en eindigde het gesprek in grote onzekerheid. De onderzoekers konden niet aangeven of dit leidde tot besluiten met een meer of een mindere mate van arbeidsgeschiktheid dan bij autochtone cliënten. In een aantal artikelen geven artsen aan dat allochtonen vaker tot hogere leeftijd doorwerken in zware beroepen, minder tijdig en in mindere mate adequate zorg inroepen, onvoldoende worden doorverwezen en begeleid op de werkplek, en vaker in de lager gewaardeerde, meer fysieke functies zitten, waardoor zij soms moeilijker herplaatst kunnen worden (Meershoek et al., *Arbeidsgeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, passim; 'Doorbreek taboe WAO en allochtonen', passim; 'Keur allochtonen geen twee keer', passim; Harmsen-Alkema, Van Groenestijn, 'Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van allochtone cliënten', passim).

99 'UWVA en NVVG zien geen crisis binnen UWV', www.nvvg.nl.

100 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 29.

dig arbeidsongeschikt werden beoordeeld. Hoewel claimbeoordelaars, en met name arbeidsdeskundigen, impliciet wel enige controledruk voelden en vervolgens geneigd waren om bij mogelijke volledige arbeidsongeschiktheid strenger te beoordelen,¹⁰¹ was er lange tijd onvoldoende inhoudelijke controle en feedback.¹⁰² De staf was van mening dat claimbeoordelaars zelf verantwoordelijkheid droegen voor inhoudelijke afwegingen. Ook zou gebrek aan tijd aan deze beperkte controle ten grondslag hebben gelegen.¹⁰³ Volgens toezichthouder Ctsv was bovendien de onderbouwing van beoordelingen vaak zo summier dat toetsing haast noodzakelijkerwijs vooral op vormaspecten, zoals volledigheid van dossiers, plaatshad in plaats van ook op de inhoudelijke afwegingen.¹⁰⁴

Vanaf 1997 veranderde de wijze en mate van stafcontrole doordat de uitvoeringsinstellingen werden verplicht een kwaliteitswaarborgsysteem op te zetten door middel van het zogeheten protocol 'Sociaal Medisch Handelen' (zie ook paragraaf 5.4). Dossiercontroles werden onderdeel van de verantwoordingstructuur van de uitvoeringsinstellingen en Lisv tegenover het Ctsv inzake de rechtmatigheid en de kwaliteit van het beleid en de uitvoering. De staf werd verplicht regelmatig a-selecte steekproeven uit te voeren, waarvan de resultaten vervolgens werden getoetst door het inspectieorgaan. Geleidelijk aan ontstond zo meer structuur in de stafcontrole en werd door claimbeoordelaars meer verantwoording over hun handelen afgelegd.¹⁰⁵ De niet-verplichte controles bleven door tijdgebrek bij de staf echter op ad hoc basis plaatshebben en waren, evenals de verplichte dossiercontroles, globaal van aard en vooral gericht op beoordelingen van volledige arbeidsongeschiktheid.¹⁰⁶ Daarbij dreigde door zowel claimbeoordelaars als staf, het systeem van verplichte dossiercontroles slechts te worden gebruikt om aan de verantwoording te voldoen en minder als spiegel voor het eigen functioneren.¹⁰⁷

Geïnterviewde stafartsen en stafarbeidsdeskundigen geven aan dat zij door de steekproefsgewijze controle noch gericht konden coachen, noch een goed beeld konden krijgen van de individuele kwaliteit van beoordelaars.¹⁰⁸ In dit licht werden de in 2004 geïntroduceerde 'intensieve beoordelingen' min of meer verwelkomd door de staf, omdat het hun de mogelijkheid bood tot inhoudelijke discussie.¹⁰⁹ De intensieve

101 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 64; Van de Goor, *Effects of regulation on disability duration*, passim; Van de Goor, 'Controle maakt strenger', passim.

102 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 63; Tweede Kamer, *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, 22187, nr. 69, 13; 'Verenigingsnieuws' (1997), passim; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', par. 8.2.3.2.

103 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 29.

104 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 64; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', passim; Mullenders, *Standaardrapportage*, passim; 'Geautomatiseerde ad-rapportage eindelijk in zicht', 28.

105 Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, passim; Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, 29; Interview staf va 1, 24-8-2005; Interview staf va 2, 15-9-2005.

106 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.4; Berendsen, Mullenders, *De manager de baas?*, passim; 22; UWV, *Intensivering beoordeling arbeidsgeschiktheid*, 28; Choy, *Het woord is aan de professionals*, 13.

107 Horstman, *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen*, passim; Mullenders, *Standaardrapportage*, 44; Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, 29; Interview medisch adviseur 2 toezichtsorgaan, 14-9-2005; Interview staf va 1, 24-8-2005; Interview staf ad, 24-8-2005.

108 Interview staf ad, 24-8-2006; Interview staf va 1, 24-8-2006; Interview staf va 2, 15-9-2005.

109 UWV, *Intensivering beoordeling arbeidsgeschiktheid*, passim; Choy, *Het woord is aan de professionals*, 10.

beoordeling houdt in dat zogeheten ‘zachte diagnosecodes’ (ziektes of klachten die als ‘moeilijk objectiveerbaar’ worden beschouwd) worden voorgelegd aan de staf, waarop een tweede beoordeling kan volgen, wanneer een verzekeringsarts of arbeidsdeskundige besluit tot volledige arbeidsongeschiktheid of wanneer de cliënt geen volle werkdag of volle werkweek kan werken.

4.3 Collegiale toetsing en overleg

Aan het einde van de GMD-tijd werden cursussen en instructies gegeven voor onderlinge toetsing, die structureel zouden worden geïntegreerd binnen de organisatie.¹¹⁰ Daarbuiten werd sinds 1996 onderlinge toetsing een van de eisen om als verzekeringsarts geregistreerd te kunnen blijven. Vanaf 2000 geldt dit ook voor de arbeidsdeskundige. Hoewel claimbeoordelaars aangaven dat voor het behalen van de registratie-eisen wel voldoende ruimte was, ontbrak het in deze jaren doorgaans aan een structurele vorm van onderlinge toetsing (of overleg) binnen de organisatie, ondanks dat dit door de beroepsverenigingen, Ctsv en de uitvoeringsinstellingen constant op de agenda werd gezet. Met name de druk vanuit het management om tijdig tot een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling te komen, zou ertoe leiden dat overlegsituaties, ook die tussen verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, onder druk kwamen te staan (al wisselde een en ander erg per kantoor en de bezetting per team).¹¹¹

4.4 Toezicht

In reactie op de parlementaire enquête van de commissie-Buurmeijer positioneerde het Ctsv zich veel nadrukkelijker als toezichtorgaan van de uitvoering dan de SVr deed. Zo heeft het Ctsv in korte tijd een grote hoeveelheid onderzoek over de claimbeoordeling gepubliceerd, waarin het zich expliciet richtte op de rechtmatigheid en kwaliteit van het sociaal medisch handelen. Met zijn actief publiek gemaakte onderzoeken voedde het Ctsv midden jaren negentig de discussie over de wijze waarop claimbeoordelaars inhoud gaven aan de nieuwe WAO-criteria. Hoewel het Ctsv in vrijwel al zijn onderzoeken nadrukkelijk aandacht vroeg voor (de achterstelling van) de kwaliteit van beoordelingen, maakte het Ctsv ook duidelijk dat er grote verschillen waren in de wijze waarop de claimbeoordeling werd uitgevoerd. Er zou sprake zijn van een zekere willekeur. Achteraf bezien vond een destijds bij het Ctsv werkzame overigens dat de claimbeoordelaars, en dan met name de artsen, wel erg vaak onder-

110 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 4.

111 Mul et al., ‘Kwaliteit van oordeelsvorming’, par. 8.2.2.3; Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, passim; Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, passim; Choy, *Het woord is aan de professionals*, passim; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005; Interview staf va, 15-9-2005. Over de praktijk van onderlinge toetsing is overigens weinig bekend. In interviews wordt aangegeven dat claimbeoordelaars onderling vooral casuïstiek bespraken en geen individuele dossiers: er is een neiging om het eigen werk af te schermen (Interview arbeidsdeskundige, 21 september, 2005; Interview staf va 1, 24 augustus, 2005; Interview respondent NVVG 2, 16 september, 2005).

werp van kritiek waren. 'Een arts moest wel drie keer horen wat hij fout had gedaan', zo stelde hij in een interview.¹¹²

Het Ctsv bemoeide zich behalve met (meer) monitoring en onderzoek, ook actiever dan de SVr met de wijze waarop de uitvoering zou moeten worden aangestuurd. Kenmerkend hiervoor is de ontwikkeling van het genoemde protocol Sociaal Medisch Handelen, dat in 1999 werd ingevoerd.¹¹³ Het Ctsv zou jaarlijks een oordeel geven over het systeem van kwaliteitsborging door de uitvoeringsinstellingen. Daartoe stonden in het protocol diverse aanwijzingen, zoals een verantwoordingsstructuur. In de periode 1997-1999 voerde het Ctsv zelf massale dossiertoetsen uit, maar daarna 1999 liet het dit steekproefsgewijs door de uitvoeringsinstellingen doen. Zelf toetste ze dan de resultaten daarvan, wat de 'controle op controle'-systematiek werd genoemd.¹¹⁴

Na de overname van het toezicht door de IWI in 2002 bleef analoog de wens van de toezichthouders deze 'controle op controle' gehandhaafd, al is het nu het ministerie dat de verantwoordingsregels opstelt en niet langer het toezichtorgaan.¹¹⁵ De IWI is met betrekking tot het houden van toezicht als een stap terug te kenschetsen. Zij staat op meer afstand van de uitvoering en is onderdeel van het ministerie van SZW. Zij hanteert ook een andere wijze van onderzoek dan het Ctsv. Zo worden haar onderzoeken minder actief in de pers gebracht en krijgt zowel het ministerie als het UWV meer mogelijkheid om op de onderzoeksbevindingen te reageren. Ook tracht zij een toezichtfilosofie van 'outcome-sturing' te hanteren: het toezichtorgaan wil alleen informatie over de bedrijfsvoering voor zover dat relevant is voor het realiseren van de beleidsdoelen. Het UWV zou ruimte moeten hebben voor 'ondernemerschap'.¹¹⁶

Al met al is zowel de verantwoordelijkheid voor de uitvoering als voor het toezicht op de uitvoering van de claimbeoordeling in de hier beschreven periode tweemaal geheel van organisatie veranderd en is intern de aansturing meer georganiseerd. Met name ten aanzien van de kwantitatieve aspecten van de claimbeoordeling is de aansturing flink aangepakt. Dit was echter minder het geval met betrekking tot de inhoudelijke toetsing, ondanks pogingen van het Ctsv daartoe. Slechts de intensieve beoordelingen kunnen als uitzondering hierop worden aangevoerd. De functie van toezichthouder is in de Ctsv-periode veranderd door de invoering van de 'controle-op-controle'-systematiek en er is veel aandacht geweest voor de uitvoering van de claimbeoordeling. Het huidige toezichtorgaan, de IWI, staat in vergelijking met het Ctsv, meer op afstand van de uitvoering.

112 Interview medisch adviseur 1 toezichtorgaan, 14-9-2005.

113 Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, passim; De Boer, Verhoef, *Vergelijking van gespreksmodellen*, passim.

114 Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 75-76; De Boer, Verhoef., *Vergelijking van gespreksmodellen*, passim.

115 Interviews medisch adviseur 1 en 2 toezichtorgaan, 14-9-2005.

116 Interview medisch adviseur 2 toezichtorgaan, 14-9-2005.

Zoals de vorige paragrafen duidelijk maken is er de afgelopen tien jaar ten aanzien van de claimbeoordeling van arbeidsongeschiktheid, de methoden en technieken, en in de organisatie en de aansturing veel veranderd in het stelsel van de sociale zekerheid, het beleid en de regelgeving. Deze veranderingen kunnen worden geïnterpreteerd als pogingen van politiek, departement en uitvoeringsorganen om meer invloed te krijgen op de oordeelsvorming en de besluitvorming van de claimbeoordelaar, met als voornaamste bedoeling de omvang van het aantal WAO'ers omlaag te krijgen.

De vraag die in deze paragraaf centraal staat, is wat de invloed van deze veranderingen op de daadwerkelijke claimbeoordeling is geweest. In hoeverre heeft 'het systeem' de handelingen en overwegingen van claimbeoordelaars beïnvloed? Alvorens we daar in de paragrafen 5.2 en 5.3 nader op in gaan - voor achtereenvolgens de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en de arbeidsdeskundige beoordeling -, wordt in paragraaf 5.1 een beeld gegeven van de algemene impressies van de claimbeoordeling en ervaringen van claimbeoordelaars in de periode 1993-2005.

5.1 Claimbeoordeling in een decennium van verandering

Naast de zogenoemde 'schrijnende gevallen', is er in de publieke discussie met name aandacht voor de aantallen arbeidsongeschikten. In de eerste jaren na introductie van de wet TBA daalde de instroom in de WAO tussen 1993 en eind 1994 met 15 procent en steeg de uitstroom met 21 procent.¹¹⁷ In de periode hierna liep het aantal arbeidsongeschikten weer geleidelijk op. Met name langdurig zieken met psychische klachten kregen in verhouding tot mensen met een andere diagnose of met klachten aan het bewegingsstelsel, een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend.¹¹⁸ Vrouwen kregen vaak een volledige of juist helemaal geen WAO-uitkering; mannen vaak een gedeeltelijke uitkering.¹¹⁹ Hoewel het aantal uitkeringen steeg, steeg ook het aantal afwijzingen en daalde het aantal volledig arbeidsongeschikten. Er werd dan ook geconcludeerd dat er strenger is gekeurd, al is het bewijs daarvoor, bij zoveel verandering, niet geleverd. Bij zoveel veranderingen kon dat ook (mede) het gevolg zijn van een andere reden – of van een veelvoud van redenen.¹²⁰

Met name rond het jaar 2000 liep het aantal mensen dat moest worden beoordeeld op, doordat ten eerste vanaf 1993 ook eerstejaars- en vijfdejaarsherbeoordelingen moesten worden uitgevoerd en er ten tweede een tekort was aan claimbeoordelaars, met name aan verzekeringsartsen. Als gevolg nam tussen 1997 en 2001 het percentage eindewachttijd beoordelingen dat op tijd was afgehandeld af van 71 naar 57 pro-

117 Tweede Kamer, *Brief van de staatssecretaris*, 22 187, nr. 32; Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 35-40.

118 Van der Stelt, Smaal, 1996; Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.2.3; Cuelenaere et al., *De WAO-beoordeling van 12-maandszieken*, par. 2.2.

119 Cuelenaere et al., a.w., par. 2.2.

120 Zie bv.: Aarts, De Jong, Van der Veen, *Met de beste bedoelingen*, passim.

cent, en van de eerstejaars herbeoordelingen tussen 2000 en 2001 van vijftig naar 39 procent.¹²¹ Om de alsmaar oplopende aantallen toch omlaag te krijgen, werden nieuwe claimbeoordelaars opgeleid en aangenomen, regelmatig externe claimbeoordelaars ingehuurd en verkorte herbeoordelingsprocedures geïntroduceerd.¹²² De werkachterstand bleef echter groot en het percentage tijdig afgeronde beoordelingen laag, vooral ten aanzien van de herbeoordelingen. De periode voor de eenmalige herbeoordelingsoperatie vanaf 2004 werd vanwege de achterstanden (tevens nog veroorzaakt door intensievere beoordelingen en de tijd die andere werkzaamheden namen) verlengd.¹²³

Terwijl stringenter, politieke doelstellingen naderbij kwamen, liep eind jaren negentig het ziekteverzuim onder en de uitstroom van claimbeoordelaars op.¹²⁴ Claimbeoordelaars waren zowel in de periode van de uitvoeringsinstelling als in die van de UWV ontevreden en onrustig over het gevoerde beleid en hun rol binnen het systeem van sociale zekerheid. Zij zeiden moeite te hebben met de (her)beoordeling op basis van nieuwe criteria, met name na de introductie van de wet TBA en het aangepaste Schattingsbesluit in 2004.¹²⁵ Arbeidsdeskundigen waren ontevreden over de diverse verschuivingen van verantwoordelijkheid bij zaken van preventie en reïntegratie. Hoewel claimbeoordelaars opmerken dat het poortwachtersysteem effect heeft gehad, wat zich bijvoorbeeld uitte in de complexere problematiek waarmee cliënten zich bij hen meldden,¹²⁶ betreuren zij dat door de TZ/Arbo-wetgeving en druk vanuit 'de markt' hun aandeel in de sociaal-medische begeleiding en reïntegratie van zieke werknemers is versmald tot minimale, vooral administratieve controle op ziekmeldingen en het reïntegratietraject.¹²⁷ Arbeidsdeskundigen kregen binnen (sommige)

121 Opgemaakt uit tabellen in: Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, 12.

122 a.w., 18-21; Sterk, *Verbetering claimbeoordeling WAO*, par. 3.2, In 2000 lag de externe inhuur gemiddeld op zo'n zes procent van het aantal verzekeringsartsen en op een iets lager percentage bij arbeidsdeskundigen, In totaal zijn er in 1997 730 artsen en 889 arbeidsdeskundigen werkzaam bij de uitvoeringsinstellingen, In 2001 zijn dit er 933 en 1293.

123 Inspectie Werk en Inkomen, *Opnieuw beoordeeld*, 9.

124 'Small is beautiful', passim; Knepper, 'Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid', 234; Koehler, Spijkerboer, *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999*, par. 5.3; 'Peptalk voor Cadans', passim; 'Congresverslag: De arbeidsdeskundige: speelbal of spil?', 141-142; Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen*, 18-21.

125 'Algemene Ledenvergadering NVVA 1992', 6; 'Het Schattingsbesluit', 13; 'Verenigingsnieuws' (okt. 1994), 192-194; Maassen, 'Aan het werk', 928-930; 'Gefeliciteerd! U kunt weer aan het werk', passim; De Boer, Steenbeek, *Dilemma's en andere problemen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005, Interview verzekeringsarts, 21-9-2005.

126 Interview verzekeringsarts, 21-9-2005; Interview staf ad, 24-8-2006.

127 'Verenigingsnieuws' (april 1994), 80; Van Til, Knepper, 'Een arts voor Arbeid en Gezondheid', 203-205; 'Arbeidsdeskundige bij het GUO', passim; Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 49; 'Kwaliteitsstructuur voor de arbeidsdeskundige nieuwe stijl' passim; Boonk et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen*, 51, 60-66, par. 6.3; Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 5.2; 'Peptalk voor Cadans', 34; 'Wat zijn de gevolgen voor de UWV-AD?', 27. De bemiddeling van de (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten werd in 1995 nagenoeg geheel verzorgd door GAK Arbeidsintegratie. GUO en SFB hebben naast bemiddeling via die instantie sinds 1 november 1995 ook een contract met Arbeidsvoorziening (de voorloper van de huidige Centra voor Werk en Inkomen) en Cadans sinds 1996. De USZO heeft landelijke raamcontracten met Arbeidsvoorziening en Start. Uitvoeringsinstellingen toetsen het bemiddelingsplan dat door Arbeidsvoorziening is opgesteld en moeten de beoordelen of bepaalde functies passend zijn.

uitvoeringsinstellingen bovendien te maken met een scheiding tussen de 'economische schadebeoordeling' en het reïntegratiegedeelte.¹²⁸ Het moet in dit licht worden gezien dat de sinds de WVP meer uitgebreide rol van de Arbodienst voor 'vangnet'-cliënten in de eerste weken van ziekte, en diens rol als casemanager inzake reïntegratie voor diezelfde cliënten, vooral door arbeidsdeskundigen worden omarmd.¹²⁹

Een andere belangrijke bron van ontevredenheid van de claimbeoordelaar is diens positie binnen een organisatie die voortdurend reorganiseert en in toenemende mate controleert en regisseert. Zij moesten soms solliciteren naar de eigen werkplek, nieuwe netwerkrelaties opbouwen, zich nieuwe werkprocessen eigen maken, en cultuurverschillen overbruggen.¹³⁰ De vaak weinig florissante relatie met het management droeg daarbij weinig bij aan de tevredenheid. De claimbeoordelaars hadden vaak het idee dat zij werden 'bekogeld met standaarden', dat op 'dogmatische wijze' regelgeving werd 'gedropt', dat het werk werd 'dichtgeregeld', dat er te veel nadruk werd gelegd op het tijdig afhandelen van beoordelingen en dat zij teveel tijd kwijt waren aan administratieve zaken.¹³¹ Hoe dit alles het dagelijks handelen van claimbeoordelaars beïnvloedde, zal in de volgende paragrafen nader worden uitgediept.

5.2 De verzekeringsgeneeskundige claimbeoordeling

In deze paragraaf wordt de gang van zaken ten aanzien van de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming en de ontwikkeling in de tijd beschreven aan de hand van de fase van informatievergaring en de fase waarin de verzekeringsarts zijn afwegingen maakte over de beperkingen en de volledige medische arbeidsongeschiktheid.

Gericht op beperkingen

Op hoofdlijnen is de informatieverzameling de afgelopen tien jaar min of meer gelijk gebleven. In een gesprek met een cliënt gold en geldt dat de verzekeringsarts bij klachten altijd doorvraagt. Als de cliënt bijvoorbeeld aangeeft last te hebben van rugpijn of 'spanningsklachten', dan moeten daarvan voorbeelden worden gegeven.¹³² Om duidelijk te krijgen in hoeverre de cliënt beperkingen van de klachten ondervindt en welke mogelijkheden er nog zijn om te werken, is het belangrijk te weten hoe het alledaagse leven van de cliënt verloopt. Uit de dagelijkse dingen die iemand nog wel of niet meer doet, kunnen verzekeringsartsen een inschatting van de beperkingen

128 'Kwaliteitsstructuur voor de arbeidsdeskundige nieuwe stijl', 18; 'Samenwerking tussen een publieke en private verzekeraar', 7.

129 Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

130 'Arbidsdeskundige bij het GUO', passim; 'Special Werk in Uitvoering', 1; 'Ik wil bouwen, perspectief geven', passim.

131 CTSV-visie, 1998: 15-17; 'Onderzoek kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling', 13; Mullenders, *Standaardrapportage*, par. 5.4; Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', passim; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 54-55; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, 12-13, 36.

132 De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 24-25; Meershoek et al., *Arbidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, passim.

maken.¹³³ Zij trachten zo ook aanknopingspunten te verkrijgen om het invullen van de functiemogelijkhedenlijst te vergemakkelijken.¹³⁴

In veel gevallen zal een arts ook lichamelijk onderzoek verrichten, al is hierin een afnemende lijn te bespeuren. Zo voerde in 1997 75 procent van de artsen altijd lichamelijk onderzoek uit en in 2004 was dit nog maar 65 procent.¹³⁵ Verzekeringsartsen zelf geven aan dat zij in toenemende mate het lichamelijk onderzoek beperken tot de klachten die de cliënt noemt.¹³⁶ Net als in 1995 gaan zij in 2004 veelal af op eigen onderzoek. Hoewel erg afhankelijk van de persoonlijke verhoudingen met de behandelende sector, de uitvoeringsinstructies per kantoor en de routine van artsen, raadplegen verzekeringsartsen de behandelende artsen niet standaard en nog minder frequent huren zij externe deskundigen zoals psychologen of psychiaters in.¹³⁷ Artsen vertrouwen sterk op hun eigen deskundigheid ten aanzien van de informatievergaring en de oordeelsvorming; niet alleen vanwege hun opleiding en ervaring, maar ook omdat zij dit rekenen tot hun specifieke professie. 'De behandelend arts weet weinig van arbeidsgeschiktheid, en gaat eerder met de claim van de cliënt mee.'¹³⁸

Als een behandelend arts wordt geraadpleegd of als deskundigheid wordt ingewonnen, dan dient de opgevraagde informatie doorgaans ter bevestiging en onderbouwing van het eigen oordeel. Zij moet dit oordeel legitimeren ten opzichte van de staf (met name bij volledige arbeidsongeschiktheid) en bij eventuele rechtszaken als de cliënt tegen het oordeel blijft protesteren.¹³⁹ Vooral bij cliënten met aandoeningen gerelateerd aan CVS/ME wordt vaker informatie ingewonnen (in 59,4 procent van de gevallen) dan bij 'algemene' gevallen (28 procent).¹⁴⁰

Afwegingen medische objectiveerbaarheid

Al vrij snel na de introductie van de wet TBA bleek dat een deel van de artsen de eis van 'medische objectiveerbaarheid' zodanig interpreteerde dat zij een diagnose noodzakelijk achtte. Het MAOC moest duidelijk maken dat dit niet per se nodig was. In 1998 gaven artsen aan dat het op dat punt helderheid had verschaft en dat de diag-

133 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 44; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 25; Meershoek et al., *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, passim.

134 Kerstholt et al., *Psychologische aspecten van oordeelsvorming*, 22; Meershoek et al., *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, 69.

135 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, par. 5.5; De Boer et al., *Gesprekmodellen in de verzekeringsgeneeskunde*, 16.

136 De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 27; Interview staf verzekeringsarts, 24-8-2005.

137 Er zijn geen frequente gegevens over de raadpleging van andere medici gevonden. Koehler et al. geven aan dat in 27 van de 141 door hen onderzochte gevallen een behandelend arts is geraadpleegd (Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 53). De Bont et al. zagen in de 73 door hen bestudeerde dossiers slechts éénmaal melding van het raadplegen van een psychiater (De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts* (2000), 29). Bakker en Van der Werf spreken over een (totaal)percentage van 28 procent bij 'normale' gevallen, wat overeenkomt met Koehlers constatering. Bakker, Van der Werf, *Het chronische vermoeidheidssyndroom*, par. 4.3.2.

138 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 48; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 30.

139 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, passim; Mullenders, *Standaardrapportage*, passim; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, par. 3.4; Meershoek et al., *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, 74.

140 Bakker, Van der Werf, *Het chronische vermoeidheidssyndroom*, par. 4.3.2.

nose niet meer zo'n issue was.¹⁴¹ Niettemin bleef de richtlijn voor artsen moeilijk en multi-interpreteerbaar.¹⁴²

De twee belangrijkste vragen die artsen zich stellen, zijn of het claimverhaal plausibel en consistent is en hoe de klachten kunnen worden omgezet in een belastbaarheidspatroon. De Bont et al. constateren dat inzake het begrip 'consistentie' sprake is van een 'stellingenorlog'.¹⁴³ Volgens Van Deursen kunnen artsen zich zowel vinden in de finale als in de causale benadering, maar geeft de meerderheid (63 procent) van de artsen aan zich het meest te kunnen vinden in de causale benadering. Slechts 28 procent ziet het meest in de finale benadering. De 'causalisten' zouden meer waarde hechten aan het vinden van een lichamelijke oorzaak dan aan de beoordeling van de consistentie van waarnemingen.¹⁴⁵

Bij onopgehelderde inconsistenties in het claimverhaal zien we dat artsen zowel claims afwijzen en minder ernstige beperkingen invullen op het belastbaarheidspatroon dan door de cliënt aangegeven, als claims juist wel honoreren.¹⁴⁶ Voor artsen blijkt bij deze beslissing van belang of zij genoeg informatie hebben op grond waarvan zij, ingeval van bezwaar of beroep, hun oordeel overeind kunnen houden.¹⁴⁷ Vooral bij psychische klachten blijken artsen het moeilijk te vinden om met beperkte middelen en tijd het bewijs te leveren voor het tegendeel van de claim.¹⁴⁸

Hoewel het Ctsv in 1995 constateerde dat het nieuwe arbeidsongeschiktheids criterium strikt werd gehanteerd, is in de jaren erna de indruk ontstaan dat voor veel meer cliënten gebruik is gemaakt van de interpretatieruimte van GDBM en MAOC en ten aanzien van de urenbeperkingen, dan op grond van de omschrijvingen en regels was te verwachten.¹⁴⁹ Door bijvoorbeeld beperkingen op het belastbaarheidspatroon in te vullen voor 'zitten' en 'staan' wordt de kans verkleind dat de arbeidsdeskundige nog functies kan vinden.¹⁵⁰ Ook wordt van de GDBM-categorie 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren' gebruik gemaakt om mensen 'weg te schrijven', ondanks dat zij in één van de drie rollen (die van zelfverzorging, gezin en sociaal functioneren) nog wel blijken te functioneren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zoals terminaal zieken en psychiatrische gevallen.

141 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, 35.

142 a.w., passim; Interview staf verzekeringsarts, 24-8-2005; Interview verzekeringsarts, 21-9-2005.

143 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, passim.

144 Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, par. 4.

145 De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 35-41; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, par. 4.

146 Van Deursen, a.w., 35, par. 4.

147 a.w., 35; Bakker, Van der Werf, *Het chronische vermoeidheidssyndroom*, passim; Wijnen et al., 'Het MAOC en de eis van objectieveerbaarheid', passim; Knepper, 'De Betekenis van medische gegevens', 6-9; Koning, Deelen, *Prikkels voor UWV*, 41, 71.

148 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 4.3.2. en 6.3.2.; Cornelius, 'De beoordeling van onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren', 210-213.

149 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 55-65; Koehler, Spijkerboer, *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999*, passim; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, par. 3; 'Verenigingsnieuws' (2003), 91-96; 'CTSV noemt keuring WAO'ers "niet objectief"', passim; 'Meer WAO'ers door minder strenge arts', passim.

150 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 54; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 45.

Er zijn drie situaties waarin artsen de standaarden anders interpreteren dan formeel bedoeld. Ten eerste is dat het geval wanneer artsen cliënten willen beschermen tegen ‘medische schade’ en de regels daar te weinig ruimte voor lijken te bieden, een probleem dat met name bij de standaard GDBM zou optreden.¹⁵¹ Ten tweede wordt in veel onderzoeken gewezen op het gebruik van GDBM, urenbeperking en het belastbaarheidpatroon als breder ‘sociaal vangnet’. Artsen houden rekening met de persoonlijke gevolgen voor cliënten, zoals bij zware mantelzorg en kansen op werk.¹⁵² Ten derde sturen artsen de cliënt niet naar de arbeidsdeskundige wanneer zij verwachtten dat de restcapaciteit in de praktijk niet kan worden benut of dat er geen functies uit het FIS komen. Dit zou de arbeidsdeskundige dan alleen maar tijd kosten die beter te besteden valt.¹⁵³

Volgens de statistieken is de laatste tien jaar een duidelijke afname te bespeuren in het aantal gevallen waarin de cliënt geacht wordt ‘geen duurzaam benutbare mogelijkheden te hebben’. Ook stijgt het aantal afwijzingen. Vanuit het verzekeringsgeneeskundige handelen is een drietal verklaringen te geven voor deze afname.

Ten eerste geven artsen geven zelf aan dat zij in de loop der tijd hun beoordelingsgedrag hebben aangepast aan het nieuwe adagium van mobiliseren en adviseren van cliënten. Dit doen artsen mogelijk omdat ‘de maatschappij vraagt’ en zij moeten ‘draaien’,¹⁵⁴ of omdat zij door ‘voortschrijdend geneeskundig inzicht’ ook vinden dat wegglijden in arbeidsongeschiktheid moet worden voorkomen.¹⁵⁵

De veranderende criteria ten aanzien van de standaard ‘Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden’, in combinatie met de (intensieve) controles op beoordelingen van volledige arbeidsongeschiktheid, zijn een minstens zo belangrijke verklaring. Zo worden volgens Stehouwer sinds de implementatie van het Schattingsbesluit 2000 minder mensen op medische gronden afgekeurd (van 72,7 procent in maart 2000 naar 45,6 procent in maart 2001) en een toenemend aantal op arbeidsdeskundige gronden (van 27,3 procent naar 54,5).¹⁵⁶ In interviews en onderzoek geven artsen de laatste jaren aan twijfelgevallen niet meer op GDBM te kunnen ‘wegschrijven’, vanwege de aange-

151 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.2; ‘Verenigingsnieuws’ (2000), 315-317; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, par. 3; Stehouwer, *Toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard*, passim; De Boer, Steenbeek, *Dilemma's en andere problemen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim.

152 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, passim; Koehler, Mangoenkarso, *Ingrepen in het arbeidsongeschiktheidscriterium*, passim; KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim; De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, passim; Mullenders, *Standaardrapportage*, passim; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, passim; Cuelenaere et al., *De WAO-beoordeling van 12-maandszieken*, passim; De Jong, Thio, ‘Donner versus Veldkamp’, 169-172; ‘Gefeliciteerd! U kunt weer aan het werk’, passim.

153 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.2; Van Deursen, *Claimbeoordeling WAO*, par. 3; De Bont et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts*, 50-515.

154 Knepper, ‘Artsen en de parlementaire enquête sociale zekerheid’, 1395.

155 Heide, Groothoff, ‘Deskundigenoordeel “ongeschikt” maakt reïntegratie praktisch onmogelijk’, passim; Cramer, Gabeler, ‘Dilemma voor de verzekeringsarts’, 79-82; Meershoeck et al., *Arbidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, passim; ‘Werk heeft een therapeutische werking’, passim; Maassen, ‘Aan het werk’, 928-930; ‘Schoonmaken kan ook buitenshuis’, passim; Interview respondent NNVG 2, 16-9-2005.

156 Stehouwer, *Toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard*, par. 5.

paste criteria en de benodigde (en getoetste) onderbouwing.¹⁵⁷ 'De arbeidsdeskundige moet er 80/100 van maken.'¹⁵⁸

Ten derde kan worden gewezen op een effect van (intensieve) herbeoordelingen. Door herbeoordelingen kan de nieuwe (verbeterde) situatie van een cliënt in kaart worden gebracht, vooral sinds alle cliënten door intensieve beoordelingen daadwerkelijk worden opgeroepen voor herbeoordeling.¹⁵⁹

5.3 *De arbeidsdeskundige claimbeoordeling*

Of een arbeidsdeskundige aan bod komt in de claimbeoordeling, is afhankelijk van de beperkingen die de arts heeft geconstateerd. Tot een aantal jaren terug leidde dit ertoe dat de arbeidsdeskundige bijna de helft van de cliënten niet te zien kreeg, vooral omdat de arts de cliënt op medische gronden arbeidsongeschikt had verklaard.¹⁶⁰ Mogelijk is dit een verklaring voor de vraag waarom in onderzoek naar de uitvoering van de claimbeoordeling vooral het verzekeringsgeneeskundige aandeel altijd centraal heeft gestaan. Er is in ieder geval opvallend weinig onderzoek naar de omgang van arbeidsdeskundigen met het arbeidsongeschiktheids criterium. Toch valt uit de onderzoeken die er zijn gedaan, uit bijdragen in het vakblad *Ad-visie*, en uit interviews, wel een beeld te construeren van de handelingen en overwegingen van de arbeidsdeskundige in de afgelopen tien jaar.

Achtereenvolgens wordt ingegaan op het doorzoeken van de functies uit het systeem en op de professionele eindselectie voorafgaand aan het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid.

Het doorzoeken van het functiesysteem

Door de veranderingen in het arbeidsongeschiktheids criterium komen uit het computersysteem vrijwel altijd enige functies rollen. De arbeidsdeskundige moet vanuit deze theoretisch passende functies vervolgens die functies selecteren die leiden tot de hoogste loonwaarde en daarmee de laagste mate van arbeidsongeschiktheid. Met name voor cliënten met licht fysieke beperkingen zouden in het FIS/CBBS altijd passende functies met een relatief hoge loonwaarde te vinden zijn.¹⁶¹ Het geautomatiseerde functieselectiesysteem is aldus in de loop der tijd steeds belangrijker geworden in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.¹⁶² De uitwerking van het FIS werd door cliënten en belangengroeperingen bekritiseerd. Er zou sprake zijn van een 'kil com-

157 De Boer, Steenbeek, *Dilemma's en andere problemen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim, Interview verzeke-
ringsarts, 21-9-2005; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005; Inspectie Werk en Inkomen, *Opnieuw beoordeeld*,
passim.

158 Interview staf ad, 24-8-2005.

159 Inspectie Werk en Inkomen, *Opnieuw beoordeeld*, 9, 15.

160 Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.2.3; 'Staan er wetten in de weg of praktische
bezwaren?', 26; Cuelenaere et al., *De WAO-beoordeling van 12-maandszieken*, par. 2.4.

161 Koehler et al., *Togang tot de WAO*, 62.

162 Koehler, Mangoenkarso, *Ingrepen in het arbeidsongeschiktheids criterium*, par. 1.2; Mul et al., 'Geschied of onge-
schikt', passim.

puterprogramma' en van 'schrijnende automatisen' in de keuringen.¹⁶³ Maar ook arbeidsdeskundigen ervoeren het FIS als een slecht functionerend systeem dat volgens hen of 'irreële functies' selecteerde - zoals die van schoonmaker voor een directeur en van modinette voor een bouwvakker -, of functies die slechts zeer sporadisch voorkwamen - zoals bonsaiboompjeskweker en loempiavellenvouwer. Ook selecteerde het functies met lonen die theoretisch wel aanvaardbaar waren, maar in de praktijk veel lager lagen.¹⁶⁴

Bij het zoeken naar (theoretisch) geschikte functies, blijkt tijd een belangrijke rol te spelen. Arbeidsdeskundigen leggen in de praktijk niet zozeer de prioriteit bij de functies met de hoogste loonwaarde, maar op het snel en rechtmatig voltooien van de beoordeling.¹⁶⁵ Zo zouden arbeidsdeskundigen zich vooral richten op de eerste functies binnen een bepaald functiebestand. Als daar niet snel voldoende arbeidsplaatsen uitkomen, dan gaan zij veelal over naar een volgend functiebestand. De extra tijdsinvestering die gepaard gaat met doorzoeken in een functiebestand of met 'doorfissen', het doorzoeken naar minstens drie functiebestandcodes met aangepaste arbeidspatronen, weegt volgens (een deel van de) arbeidsdeskundigen niet op tegen de mogelijke lagere arbeidsongeschiktheidsklasse.¹⁶⁶

Zowel het FIS als het CBBS zouden te complex en te ondoorzichtig zijn om arbeidsdeskundigen te stimuleren om door te zoeken binnen het eerste functiebestand - dat met de hoogste loonwaarde.¹⁶⁷ Volgens arbeidsdeskundigen komen voor veel cliënten dezelfde (lichte) functies uit het systeem (zoals brugwachter, inpakker en telefoniste/receptioniste) en is veel kennis nodig om (andere) gewenste functies uit het systeem te halen.¹⁶⁸ Tevens echter blijkt dat zij veel op de signalen en uitkomsten van het computersysteem afgaan. Volgens Mul et al. zouden zij zich 'verschuilen' achter opmerkingen als 'dat het FIS nu eenmaal dit resultaat geeft',¹⁶⁹ en 'als de CBBS-computer die uitkomst accepteert, dan zal die ook wel juist zijn'.¹⁷⁰ Zo zouden functies die het door de arts aangegeven belastbaarheidspatroon iets overschrijden per definitie door de arbeidsdeskundige worden afgewezen en functies die net onder die belastbaarheid liggen doorgaans worden aangenomen.¹⁷¹ Het kiezen voor functies zonder over-

163 'Herkeuring pijnlijke verrassing', passim; 'WAO-keuring wordt aangepast', passim.

164 'Arbeidsdeskundige bij het GUO', passim; 'De toekomst van de uitvoering Sociale Verzekering', 24; Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, passim.

165 Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

166 'Het Schattingsbesluit', 13; Cuelenaere, Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, par. 6.3.3; Mul et al., 'Geschied of ongeschikt', 40.

167 In het FIS ontbreken bepaalde selectiemogelijkheden, er is sprake van onoverzichtelijke schermen en ingewikkelde bladerfuncties, er ontbreekt een hersteltoets en de verbinding met de centrale computer is in sommige kantoren traag (KPMG/UM, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, par. 1.8; Van de Plassche, 'Audit Functie Informatiesysteem', 15; Mul et al., *Geschied of ongeschikt*, passim). In het CBBS kan de arbeidsdeskundige weliswaar het systeem tussentijds stopzetten en later weer op hetzelfde punt inspringen, maar ook hier moet uitgebreide informatie over een functie door middel van extra handelingen worden opgeroepen en worden bovendien sinds kort veel meer signalen aangegeven bij functies.

168 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, par. 7.3; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

169 Mul et al., 'Kwaliteit van oordeelsvorming', par. 8.2.3.

170 a.w., passim; 'Ontsnapping via de Wet aanpassing arbeidsduur', passim.

171 Mul et al., 'Geschied of ongeschikt', 20-25.

schrijdingen (en een hogere arbeidsongeschiktheidsklasse) krijgt de voorkeur omdat zo rompslomp en kwetsbare punten in beroepszaken kunnen worden vermeden.¹⁷²

Professionele eindselectie

Ten aanzien van de impact van het criterium 'gangbare arbeid' uit de wet TBA op de professionele eindselectie, komen onderzoekers tot tegenstrijdige resultaten. Arbeidsdeskundigen vonden het computersysteem vrijwel direct al 'alles bepalend' voor het vaststellen van de arbeidsongeschiktheid, met name omdat zij niet meer hoefden te beoordelen of een functie aansloot op opleiding en beroep.¹⁷³ Van der Stelt en Smaal concludeerden in 1996 dan ook dat het nieuwe criterium had geleid tot een daling van het percentage volledig arbeidsongeschikten en tot een minder soepele behandeling van ouderen.¹⁷⁴

Niettemin is er wel ruimte voor professionele eindselectie en blijkt uit onderzoek dat arbeidsdeskundigen met name tot het einde van de jaren negentig van die ruimte gebruik maakten. Zo gaven Koehler et al. in 1995 aan dat arbeidsdeskundigen het wegvallen van de praktische schatting - de schatting op gerealiseerde loonwaarde - probeerden te compenseren, om zo de reïntegratie van cliënten met zeer beperkte loonwaarde bij de eigen werkgever te bevorderen.¹⁷⁵ Onderzoek van Van de Goor, uitmondend in het proefschrift *Effects of regulation on disability duration* (1997), wees uit dat arbeidsdeskundigen geneigd zijn om, naast wetscriteria, ook de negatieve financiële gevolgen voor cliënten van bepaalde arbeidsongeschiktheidspercentages in hun besluitvorming te betrekken. Ter verklaring wees Van de Goor op de druk vanuit eventuele klachten- en beroepsprocedures.¹⁷⁶ Koehler en Mangoenkarso gaven eveneens in 1997 aan dat de ruimte om negatieve effecten van een besluit te compenseren vooral bij cliënten met psychische klachten wordt benut, omdat deze functies altijd onder voorbehoud door de computer worden geselecteerd en om een expliciete afweging van de arbeidsdeskundige vragen.¹⁷⁷ Niettemin concludeerden KPMG en de Universiteit van Maastricht, wederom in 1997, dat er al met al merendeels wetsconform werd gewerkt.¹⁷⁸

In latere jaren geven arbeidsdeskundigen zelf aan vooral gericht te zijn op het vinden van voldoende passende functies en het vaststellen van (een hogere) restverdien-capaciteit.¹⁷⁹ Het zou niet meer draaien om voor de cliënt acceptabele functies, zoals in eerdere jaren, maar om functies die te verantwoorden zijn.¹⁸⁰ Naast het feit dat

172 a.w., passim; KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim;

173 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 62.

174 Van der Stelt, Smaal, 'Wao-toetreding voor en na TBA', passim.

175 Koehler et al., *Toegang tot de WAO*, 69.

176 Van de Goor, *Effects of regulation on disability duration*, 271.

177 Koehler, Mangoenkarso, *Ingrepen in het arbeidsongeschiktheids criterium*, par. 6.2.

178 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, par. 7.3; zie ook: Stichting de Ombudsman, Breed Platform Verzekerden en Werk (project Recht van Spreken), *Meer Confrontatie minder begrip?*, 27; Vande Plasseche, 'Audit Functie Informatiesysteem (FIS)', passim.

179 Van de Goor, *Effects of regulation on disability duration*, passim; Interview staf ad, 24-8-2005; Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

180 Interview staf ad, 24-8-2005.

er door veranderende regelgeving sneller restverdien capaciteit is te vinden, zouden aan deze veranderde houding ten aanzien van 'de passendheid' twee oorzaken ten grondslag liggen. Ten eerste zouden arbeidsdeskundigen, meer dan verzekeringsartsen, geneigd zijn het culturele klimaat in de organisatie ten aanzien van de rol van het beroep in de maatschappij in hun oordeel te laten meewegen. Wanneer 'het belang van de staat', dat wil zeggen: minder instroom in de WAO, prominent aanwezig is in de besluitvorming, zou de kans groter zijn dat een arbeidsdeskundige voldoende passende functies voor een cliënt vindt.¹⁸¹ Het volgende citaat illustreert deze gedachte:

Natuurlijk probeer je rekening te houden met iemands wensen, maar dat is niet waar het in eerste instantie om gaat. Het doel is om functies te vinden waarbij het salarisverlies zo klein mogelijk is en dus de eventuele WAO-uitkering zo laag mogelijk.¹⁸²

Ten tweede zouden arbeidsdeskundigen geneigd zijn (extra) controles en verantwoordingsdruk te vermijden door 'aan de veilige kant te zitten' en voldoende functies te vinden.¹⁸³ Volgens Van de Goor vinden arbeidsdeskundigen met name voldoende passende functies voor cliënten bij een hoge 'werkvoorraad' en een gebrek aan tijd.¹⁸⁴

Kortom, voor arbeidsdeskundigen geldt dat zij door het computersysteem worden 'gelegitimeerd' om sneller tot (strengere) beslissingen te komen. Het systeem en de rol opvatting van arbeidsdeskundigen leiden er toe dat zij een 'mechanistische' werkhouding aannemen ('dit is nu eenmaal het systeem en/of het doel').

6 Claimbeoordeling als vak

In het voorgaande hebben we gezien dat de claimbeoordeling door stormachtige ontwikkelingen is gegaan. De organisatie waarbinnen de claimbeoordeling plaatshad, is bij herhaling opgeschud en aan prestatienormen gebonden. De regelgeving is in de besproken periode veel specifiek en restrictiever geworden. Ook kwam de claimbeoordeling, door velerlei onderzoeken, veel meer in het nieuws. De verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen kwamen daarmee merkbaar onder druk te staan, deels aangaande de werkinhoud maar voor een belangrijk deel ook aangaande hun positie en de hoe zij de sturing hadden ervaren.¹⁸⁵

Was in de tijd van de GMD de ontwikkeling van het vak de taak van die GMD, in de hier beschreven erop volgende periode ontstaan verscheidene instituties die zich op dat

181 Van de Goor, *Effects of regulation on disability duration*, 272.

182 'Wao'er dupe van versnipperde aanpak', *passim*.

183 Interview arbeidsdeskundige, 21-9-2005.

184 Van de Goor, *Effects of regulation on disability duration*, 271.

185 De Boer, Steenbeek, *Dilemma's en andere problemen in de verzekeringsgeneeskunde*, *passim*; Choy, *Het woord is aan de professionals*, *passim*.

terrein begeven. Hier zullen we in paragraaf 7.1 kort op ingaan. In de daarop volgende paragraaf staan we stil bij de organisatie van de beroepsgroep, dat wil zeggen: de rol en de positie van de vereniging, de opleiding, de wetenschap en de vaktijdschriften.

6.1 Aandacht voor vakontwikkeling

Verscheidene instituties hebben zich de afgelopen jaren op de ontwikkeling van het vak gestort, met name op dat van de verzekeringsartsen. Om te beginnen hebben het Tica en - ietsje later - het Lisv zich opgeworpen standaarden te ontwikkelen voor de arbeidsdeskundigen en - met name - de verzekeringsartsen. Zoals we hebben gezien heeft dat het vak van claimbeoordelaar sterk beïnvloed. Deze standaarden waren voor het Tica/Lisv een poging om de uitvoering transparant en rechtmatig te maken en daarmee te legitimeren. Om het risico van 'kookboekgeneeskunde' te vermijden en draagvlak in de uitvoering te creëren,¹⁸⁶ werden zij in samenwerking met de mensen uit de praktijk ontwikkeld, al waren natuurlijk niet alle individuele uitvoerders erbij betrokken. Tevens probeerde men de waarde van de standaarden te vergroten door hen niet op diagnose maar op bewijsvoering te richten (zie paragraaf 4.2).¹⁸⁷

Het Ctsv heeft in de korte periode van zijn bestaan een relatief grote hoeveelheid onderzoek het licht doen zien dat specifiek inging op de claimbeoordeling. Dit had gevolgen voor de ruimte die de uitvoeringsinstellingen en de UWV hadden om standaarden en kwaliteitseisen strak of minder strak toe te passen. De uitvoeringsinstellingen en de UWV hebben het onderzoek van de claimbeoordelaars veel nauwkeuriger laten documenteren en zijn daarop door middel van een kwaliteitssysteem sterker gaan toezien. Ook de implementatie van het CBBS en later de intensivering van de gevalshandeling zijn ontwikkelingen van het vak die genoemd kunnen worden.

Ook buiten de organisatie van de uitvoering zijn initiatieven voor de verdere ontwikkeling van het vak ontstaan, die in belangrijke mate werden gesteund door subsidie van de Stichting Instituut GAK (SIG) dat onder andere de kwaliteit van de claimbeoordeling en de academisering van de verzekeringsgeneeskunde tot haar taken rekent. Vanuit TNO is door het Expertisecentrum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden veel werk verzet om de concepten en de methoden van de verzekeringsgeneeskunde te verbeteren, en om de literatuur over claimbeoordeling toegankelijker te maken. Dit gebeurde bijvoorbeeld door de cd-rom Claim en Beoordeling Arbeidsmogelijkheden. Bij het AMC is het initiatief genomen tot het Academisch Centrum Verzekeringsgeneeskunde waar ook enkele promotieonderzoeken van start zijn gegaan. Met name de laatste jaren zijn vanuit de beroepsgroep zelf initiatieven ontwikkeld die erop zijn gericht om via de NVVG en NVVA met het UWV afspraken te maken over de voorwaarden voor een kwalitatief goede vakuitoefening. De volgende paragraaf gaat nader in op de organisatie van de beroepsgroepen en de vakontwikkeling.

186 Berg, 'Problems and promises of the protocol', *passim*.

187 Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek*, *passim*.

Verenigingen

De betrokken beroepsverenigingen hebben zich aanvankelijk hard gemaakt voor een andere ontwikkeling dan degene die uiteindelijk is ontstaan. Zo streefde de NVVG in de vorm van de Arts voor Arbeid en Gezondheid een fusie van bedrijfsarts en verzekeringsarts na,¹⁸⁸ maar uiteindelijk werden verzuimbegeleiding en claimbeoordeling juist verder uit elkaar getrokken. De NVVA streefde een arbeidsdeskundige na die sterk de nadruk zou leggen op reïntegratie, maar uiteindelijk werd de arbeidsdeskundige in de claimbeoordeling juist een sterk ingeperkte bediener van een functieselectiesysteem. Beide verenigingen hebben de afgelopen tien jaar de nodige problemen gehad met steun door de achterban en met de mogelijkheden de vakontwikkeling en belangenbehartiging van claimbeoordelaars binnen de uitvoeringsinstellingen en het UWV te beïnvloeden.

De NVVG bijvoorbeeld was in 1994 op sterven na dood toen het merendeel van de leden van mening was dat de vereniging te weinig de verworvenheden van de verzekeringsgeneeskunde naar voren bracht.¹⁸⁹ Het bestuur lanceerde daarom in 1996 een 'wederopbouwprogramma' met daarin plannen voor de ontwikkeling van een professioneel statuut, gedragscodes, een commissie kwaliteit, lezingen en congressen. Ook moesten de contacten met andere verenigingen worden aangehaald en uitgebreid. Omdat het NVVG-bestuur herhaaldelijk te horen kreeg dat de uitvoeringsinstellingen professionaliteit synoniem achtten aan productiviteit en regelgeving,¹⁹⁰ maakte het in 1999 afspraken met de besturen van de uitvoeringsinstellingen over de kwaliteitsborging van het werk van de verzekeringsartsen,¹⁹¹ een convenant dat in 2003 met het UWV werd geactualiseerd. Het bleef echter behelpen met de professionaliteit.¹⁹³

De toenemende productie- en protocolleringsdruk op de verzekeringsartsen leidde ertoe dat binnen de uitvoeringsinstellingen Cadans, USZO en GAK nieuwe verenigingen werden georganiseerd, iets wat ook plaatsgreep bij de arbeidsdeskundigen van Cadans. In de praktijk lukte het deze verenigingen echter niet om concrete standpunten in te nemen.¹⁹³ De uitvoeringsinstellingsverenigingen zochten eind jaren negentig naar samenwerking, wat eerst resulteerde in de overkoepelende vereniging Vesuvius, en rond 2001 in een fusie met de NVVG. Sinds 2004 is sprake van een nieuwe vereni-

188 Bakker, Moelands, Lahaije, 'Verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsgeneeskundige', passim; 'Verenigingsnieuws' (juni 1993), 120.

189 'Verenigingsnieuws' (okt. 1994), 194.

190 Zie bv.: 'Verenigingsnieuws' (1998), 249-252; 'Verenigingsnieuws' (1999), 33-34; 'Verenigingsnieuws' (2000), 29-30; 'Verenigingsnieuws' (2002), 91-96; 'Verenigingsnieuws' (2002), 127-128; 'Verenigingsnieuws' (2003), 91-96. Zie tevens diverse Ctsv-onderzoeken.

191 De Wolff, 'Rapport kwaliteitsborging', 271-278; De Wolff, 'Het professioneel statuut verzekeringsartsen', 266-270.

192 'Bedrijfs- en verzekeringsartsen manifesteren zichzelf te weinig serieus', 248-250; 'Congresverslag, Verzekeringsarts: speler of speelbal?', 89-91.

193 'Oprichting nieuwe beroepsvereniging: de arbeidsdeskundigen bij Cadans', 22; 'GAK sectie', 22; Interview NVVG 2, 16-9-2005.

ging, de UWVA, die zich meer op belangenbehartiging binnen de UWV richt en grote thema's en wetenschappelijke ontwikkeling aan de NVVG laat.

De beroepsvereniging NVVG meent dat haar rol vooral die van beoordelaar is van het kader waarbinnen de verzekeringsarts zijn werk heeft te doen.¹⁹⁴ In aanloop naar een nieuwe wet ten aanzien van arbeidsongeschiktheid in 2006 lijkt de politiek meer open te staan voor discussie met de NVVG. Ook de Raad van Bestuur van het UWV lijkt meer oog te hebben voor het nemen van maatregelen gericht op de verbetering van de vakuitoefening.¹⁹⁵ Daarbij probeert de beroepsvereniging zich nadrukkelijker op het politieke krachtenveld te manifesteren door middel van een samenwerkingsconvenant met de beroepsvereniging van bedrijfsartsen NVAB (2002) en door aansluiting bij de artsenfederatie KNMG (2003).

Ook de arbeidsdeskundigen kennen de ervaringen van productie- en protocolleringsdruk. De NVVA stelde daarom in 1999 een in 2003 vernieuwde convenant op met het Lisv waarin de benodigde professionele autonomie werd gewaarborgd.¹⁹⁶ De arbeidskundige vakkennis wordt er weliswaar in erkend, maar zij wordt ook in regels en in een instrument gevangen. De beroepsgroep voelde zich hierdoor al met al toch langzaam naar de zijlijn geduwd.¹⁹⁷ Het probleem is dat het de NVVA onvoldoende lukt om de deskundigheid van haar arbeidsdeskundigen over het voetlicht te brengen. Zij is volgens haar leden onvoldoende georganiseerd, en nauwelijks gericht op belangenbehartiging maar vooral op ontmoetingen tussen arbeidsdeskundigen.¹⁹⁸ Zij heeft een smalle basis waardoor zij niet adequaat kan reageren en er is sprake van een gebrek aan eenheid in beroepsopvatting.¹⁹⁹

In de aanloop naar modernisering van de WAO mengt ook de NVVA zich actiever in de politieke discussies en het publieke debat.²⁰⁰ Haar voorzitter betoogt dat 'arbeidsdeskundigen meer mogelijkheden moeten krijgen voor preventie en interventie. Het verzuim moet worden gedemedicaliseerd'. Het was een oproep die een tiental jaren eerder ook al was gedaan omdat de arbeidsdeskundigen zich toen een 'meeloper' van de verzekeringsgeneeskundige vonden worden.²⁰¹

Opleiding

De opleiding en het tijdschrift zijn de belangrijkste kanalen van de vakontwikkeling. Van de opleiding arbeidskunde zijn ons geen belangrijke veranderingen bekend

194 'Verenigingsnieuws' (2001), 222-225.

195 Interview NVVG 1, 11-3-2005; Interview NVVG 2, 16-9-2005.

196 'Gedragscode voor arbeidsdeskundigen werkzaam', 21; NVVA-bestuur, 1999.

197 'Arbeidsdeskundigen moeten meer werk maken van hun vak', passim; 'De reden van bestaan van de arbeidsdeskundige', passim.

198 'Arbeidsdeskundigen moeten meer werk maken van hun vak', passim; 'Polemiek: Het geDonner in de glazen', passim.

199 'De reden van bestaan van de arbeidsdeskundige', 9-11; Cap Gemini Ernst & Young, *Adviesgroep Werk en Inkomens*, 15.

200 'Wat zijn de gevolgen voor de UWV-AD?', 26.

201 'Beschrijving van de dagelijkse praktijk vroeger en nu', 6; 'Verslag van Lustrumfeest NVvA', passim; 'Politiek vindt WAO-ingreep nu onontkoombaar', passim; Interview voorzitter NVVA Henk Zuidema, www.waocafe.nl.

geworden. Inhoudelijk geldt dat de rol van het computersysteem groot is geworden. In het verlengde hiervan geldt dat arbeidsdeskundigen met name behoefte aan kennis van de werking van het computersysteem en van wet- en regelgeving hebben.²⁰² De opleiding verzekeringsgeneeskunde is organisatorisch nogal aan verandering onderhevig geweest en inhoudelijk door de diverse ontwikkelingen behoorlijk veranderd.²⁰³ Zo is er sterk gepleit voor het verder brengen van specifieke vaardigheden in de opleiding, waartoe de argumentatieve claimbeoordeling en bijbehorende gespreksmodellen werden gepropageerd. Wel is het gezamenlijk volgen van delen van de opleiding door bedrijfsarts en verzekeringsarts overeind gebleven: in het modulair onderwijs wordt een belangrijk gedeelte samen gedaan.²⁰⁴

Wetenschap

Herhaaldelijk wordt zowel binnen als buiten de beroepsgroep aangegeven dat er een gebrek is aan een eenduidig inhoudelijk kader waaraan het sociaal medisch handelen kan worden ontleend.²⁰⁵ Een van de redenen voor het achterwege blijven van de verzekeringsgeneeskundige vakontwikkeling was dat er, althans politiek gezien, geen grote noodzaak was tot oprichting van een instituut voor verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Met de opheffing van de GMD in 1995 was bovendien geen staf meer beschikbaar die zich structureel inzette voor ontwikkeling van het vak op wetenschappelijke leest.²⁰⁶ Er waren wel individuele verzekeringsartsen die zich veel en vrijwillig voor het vak inzetten, maar de spontane inzet van leden 'barstte niet uit de voegen'.²⁰⁷

Sedert 1992 wordt het (parttime) bijzondere hoogleraarschap verzekeringsgeneeskunde ingevuld door bedrijfsarts J.H.B.M. Willems. Zijn leerstoel wordt bekostigd door het SIG. Het accent in de zijn opdracht ligt op de preventieve en arbeidsgebonden aspecten van het vak. Hij toonde zich in zijn oratie voorstander van een meer actieve en interveniërende verzekeringsgeneeskunde. Dit paste bij de beweging die in die tijd was ingezet om bedrijfsartsen en verzekeringsartsen meer onder één noemer te brengen, ook in de opleiding en de registratie. De ontwikkeling in SUWI ging echter na enig aarzelen precies de andere kant uit en de verzekeringsgeneeskunde werd eerst en vooral claimbeoordeling, ook al streefde het Lisv (en de UWV) het ideaal van werk boven uitkering na.

Een van de resultaten van de leerstoel verzekeringsgeneeskunde is het Handboek Arbeid en Belastbaarheid. Ook is er onderzoek naar de stand van de professionali-

202 KPMG/Universiteit Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek*, passim; 'Geef arbeidsdeskundigen de ruimte!', passim.

203 Starink, '100 jaar verzekeringsgeneeskunde', 346-348; Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek*, passim.

204 Willems, *Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde*, passim.

205 De Bont et al., *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering*, passim; Kerstholt et al., *Psychologische aspecten van oordeelsvorming*, 8; De Boer et al., *Gesprekmodellen in de verzekeringsgeneeskunde*, passim; Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek*, passim.

206 'Verenigingsnieuws' (1998), 249-252; Willems, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', passim.

207 'Verenigingsnieuws' (1997), 115-118.

sering van de verzekeringsgeneeskunde en worden er aanbevelingen gedaan voor dat laatste. In het Handboek worden, in de vorm van losse katernen geschreven door deskundigen afkomstig uit de kliniek en de sociale geneeskunde, de meest relevante en actuele inzichten van een ziektebeeld behandeld, gericht op arbeidsgeschiktheid en beperkingen. Willems verloochende zijn achtergrond als bedrijfsarts niet en is altijd het belang van preventie en tijdige interventie blijven benadrukken, wat in het Handboek ook tot uitdrukking komt. Het onderzoek naar de professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde uit 2000 schetst de stand van de kennis en vaardigheid en de noodzakelijke ontwikkeling. Die aanbevelingen hebben zich voortgezet in 2004 in adviezen van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) en in 2005 in adviezen van de Gezondheidsraad en lijken nu te worden opgevolgd (zie hoofdstuk 7).

Tijdschrift

Wat betreft de tijdschriften kan worden geconstateerd dat zowel *Ad-visie* als het *TBV*, die in de loop der tijd diverse veranderingen hebben ondergaan, kanalen zijn waarlangs zowel wetenschap als dagelijkse praktijk tot uiting kunnen komen. In *Ad-visie* heeft het accent gelegen op de reïntegratie en veel minder op de claimbeoordeling. Opvallend is dat er pas de laatste jaren jurisprudentie in wordt besproken. In de jaren ervoor was er weinig aandacht voor het vak, die ging meer uit naar instrumenten (het *FIS*) en vooral naar enerzijds de veranderingen in de organisatie en anderzijds reïntegratie, waarvan het belang telkenmale werd benadrukt. Ter illustratie: in 1995 is er een speciaal nummer uitgegeven over 'werk in uitvoering'. Die ging in zijn over verschuivingen in organisatorische verantwoordelijkheden voor bepaalde taken, over de verhuizingen en fusies, alsmede over de rompslomp die daarmee gepaard ging.²⁰⁸

In het *TBV* komen zowel bedrijfsgeneeskundige als verzekeringsgeneeskundige zaken aan de orde. Aandacht voor het onderdeel onderzoek in de verzekeringsgeneeskunde is daarbij echter slechts dun gezaaid. Een reeds bij de voorloper van het *TBV*, het *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, bestaande traditie om aandacht te besteden aan geselecteerde jurisprudentie, werd voortgezet. Met de serie 'Arts en recht' en diverse editorials, onder andere over het toepassen van urenbeperking, werd de vakdiscussie bevorderd. Een belangrijke bijdrage is gelegen in de reeks artikelen over de dilemma's van de uitvoering.²⁰⁹

Hoewel het bestaan van dilemma's in de claimbeoordeling niet onbekend was,²¹⁰ neemt de aandacht ervoor vooral de laatste jaren toe. Zo mondde de serie in het *TBV* uit in een boek,²¹¹ en werden in 2005 zowel het congres van de *NVVG* als een *NVVG*-onderzoek gewijd aan de betekenis van dilemma's voor verzekeringsartsen en aan de mogelijke rol van de beroepsgroep daarin.²¹² De dilemma's zijn daarin gelegen dat

208 'Special Werk in Uitvoering', *passim*.

209 Weel et al., *Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*, *passim*.

210 Teulings, van der Veen, Trommel, 'Dilemma's van sociale zekerheid', *passim*.

211 Weel et al., *Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*, *passim*.

de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige drie rollen hebben te spelen die afzonderlijk invloed op hun ervaring van problemen hebben. Zij passen een wettelijk algemeen criterium toe in individuele situaties (de professionele rol); zij doen hun werk binnen een organisatie die het werk organiseert, faciliteert en verantwoording vraagt (de werknemersrol), en zij doen hun werk in interactie met een cliënt aan wie zij ook teleurstellingen moeten uitleggen (de dienstverlenersrol). In het bijzonder in situaties waarin cliënten marginaal functioneren leidt dit tot de vraag of formeel of 'menselijk' moet worden omgegaan met GDBM. De versterkte controle op de beoordelingen en het gegeven dat die moeten plaatshebben op de rand van wat sociaal aanvaardbaar is, maken dat de beoordelaars veel minder dan vroeger problemen uit de weg kunnen gaan bij het toekennen van een uitkering. Dergelijke dilemma's treden bijvoorbeeld ook op als terugkeer naar werk moeilijk blijkt te combineren met de privé-situaties van cliënten, als informatie van een behandelaar een cliënt 'ontmaskert', of als het erkennen van beperkingen anti-revaliderend kan uitvallen.

7 Conclusie

Het afgelopen decennium is een roerige tijd geweest voor de claimbeoordelaars van de WAO. Er zijn zeven wetten en formele beleidsregels uitgevaardigd die de claimbeoordeling hebben gewijzigd en er is een keer of 24 een standaard of instrument ingevoerd dan wel veranderd, en dat alles in een organisatorisch kader dat vier keer ingrijpend is herzien. Ook zijn de claimbeoordelaars vanaf de Parlementaire Enquête Buurmeijer herhaaldelijk in het vizier geweest van toezicht, organisatieleiding, publiek en politiek. Hun takenpakket en werkwijze in de claimbeoordeling zijn continu object van beleid geweest.

Uiteindelijk hebben de talrijke veranderingen, in samenhang met het Poortwachtersysteem van de sociale zekerheid en lagere uitkeringen, na een aanvankelijke stijging eind jaren negentig, geleid tot een drastische volumebeperking van het aantal arbeidsongeschikten. Veel claimbeoordelaars erkennen dat (ook) de afgelopen tien jaren mensen de WAO zijn ingestroomd en/of er in zijn gebleven op niet-medische gronden en dat enige correctie nodig was. De achterliggende logica van de claimbeoordeling veranderde door dit alles van realistische naar meer theoretische beoordeling. Was het bij de GMD de hoofdtaak mensen te revalideren en te begeleiden naar passende arbeid, de beoordelingen in 2005 waren vooraleerst gericht op de theoretische verdien capaciteit. Het realiseren daarvan was veel minder de taak van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die niet onverdeeld blij waren met deze ontwikkeling.

212 De Boer, Steenbeek, *Probleemsituaties in de claimbeoordeling*, passim, Het bleek voor onderzoekers van de NVVG niet eenvoudig te bepalen, wanneer een situatie een dilemma mag heten en wanneer het meer een technisch probleem is of een probleem van een individuele verzekeringsarts. In een voorbereidende inventarisatie leek het wel alsof eigenlijk iedere casusbeschrijving aanleiding kon geven tot dilemma's. Tegelijkertijd was het voor de congrescommissie bijzonder lastig om met voorbeelden te komen van duidelijke dilemma's.

Door al deze bewegingen zijn wel de luiken open gegaan. Na organisatorische omzwervingen zijn de claimbeoordelaars arbeidsongeschiktheid vrijwel allemaal gestationeerd bij het UWV waarin verschillende werktradities moeten samensmelten. De toegenomen regelgeving en externe verantwoording heeft gemaakt dat standaarden zijn opgesteld die voortbouwen op de argumentatieve claimbeoordeling en daarmee vooral de juridische kant van het werk benadrukken. Deze standaarden worden gezien als een belangrijke stap vooruit, maar hebben niet kunnen voorkomen dat de problemen die inherent zijn aan het beoordelen van claims op arbeidsongeschiktheid nadrukkelijk in de uitvoering worden gevoeld, getuige de dilemma's die de uitvoerders ondervinden.

In termen van script van de beoordeling zijn de afgelopen tien jaren een bijzondere periode geweest, al was het maar door de hoge dynamiek op zichzelf. Die is bij herhaling veroorzaakt door de wetgever, op de voet gevolgd door de uitvoeringsorganisatie zelf. De toezichthouder is in de Ctsv-periode ongebruikelijk actief en ook effectief. De Centrale Raad heeft pas invloed na jaren. Die invloed blijkt bij de uitspraak over de status van MAOC en GDBM, die aanleiding was tot herziening van het Schattingsbesluit, en bij de uitspraak over de kwaliteiten van het CBBS die leidde tot aanpassingen in het systeem. De invloed vanuit de beroepsgroep is bescheiden geweest. Zo waren de standaarden afkomstig van het Lisv en niet van de verenigingen. De invloed van de curatieve sector is zelfs marginaal te noemen.

Toenemende stafcontrole

In deze tien jaar is eveneens de controle vanuit de staf toegenomen: eerst aarzelend, door de introductie van het SMH-protocol wat meer, en uiteindelijk door de intensieve herbeoordelingen uitmondend in een spurt. De intensieve controles ervaren sommige claimbeoordelaars als onprettig, anderen beoordelen ze positief. Sommige claimbeoordelaars zouden meer inhoudelijke feedback willen, maar de staf is erg gericht op de verplichte steekproef-controle, ondanks dat ze zelf meer tijd zouden willen besteden aan (individuele) casuïstiekbespreking. Claimbeoordelaars besteden tegenwoordig meer tijd aan verantwoording, met name bij de gevallen van volledige arbeidsongeschiktheid, en aan administratieve zaken door de standaarden van bewijsvoering, de toenemende controles en de afname van teamondersteuning.

Marginalisering arbeidsdeskundige professie

Wat verder opvalt in deze periode is dat in het bijzonder arbeidsdeskundigen over de 'marginalisering' van hun professie spreken. Zij hebben er grote moeite mee dat het reïntegratiegedeelte is losgekoppeld van de claimbeoordeling, door interne ingrepen in de organisatie en door ontwikkelingen binnen de sociale zekerheid. Dat reïntegratiegedeelte wordt door veel arbeidsdeskundigen als de kern van hun professie beschouwd. Daarenboven is de claimbeoordeling steeds 'technischer' van aard geworden. Door regelgeving selecteert het computersysteem theoretisch gangbare

functies en heeft de arbeidsdeskundige steeds minder aangrijpingspunten om die af te stemmen op de situatie van de cliënt. Vel arbeidsdeskundigen hebben door deze 'vakverschraling' een mechanistische houding aangenomen, dat wil zeggen dat zij veelal afgaan op de signalen van het computersysteem en gericht zijn op het vinden van voldoende functies. Hierin spelen tevens de complexiteit van het systeem en de druk tijdig tot een oordeel te komen, een rol, vooral toen er rond 2000 een groot tekort aan vooral artsen was. De borgingsfunctie in het CBBS betekent daarbij een hogere verantwoordingsplicht dan voorheen. De arbeidsdeskundige beroepsvereniging is zich de laatste jaren meer gaan roeren op het veld van de belangenbehartiging van arbeidsdeskundigen en de ontwikkeling van het vak, nadat enkele jaren geleden was geconstateerd dat zij zich te weinig richtte op het profileren van het arbeidsdeskundige profiel binnen het politiek-administratieve veld.

Diffuus beeld verzekeringsgeneeskundige

Het beeld over de invloed van de veranderingen op de professionaliteit van artsen is diffuser. Een deel van hen ervoer midden jaren negentig een afname van de professionaliteit, ook omdat de aandacht en de mogelijkheden voor 'arbeidsherstel' waren gereduceerd. Er waren en zijn echter ook artsen die de claimbeoordeling interessanter zijn gaan vinden doordat de spreekkamer zich vulde met patiënten met een steeds complexere problematiek. Verder zagen sommige artsen een afname van autonomie, met name doordat de laatste jaren meer verantwoording moet worden afgelegd en de controles zijn geïntensiveerd. Andere artsen menen echter dat dit niet nadelig hoeft uit te werken op de oordeelsvorming. Opmerkelijk is ook dat de ontwikkeling van standaarden als MAOC en GDBM (en latere codificatie) er weliswaar (mede) toe heeft geleid dat diagnose geen grote kwestie meer is, maar dat artsen wel verschillende benaderingswijzen ten aanzien van het begrip medische objectiveerbaarheid zijn blijven hanteren.

Hoofdstuk 7

Samenvatting en conclusies

Eddy Houwaart, Wout de Boer

1 Inleiding

In de voorgaande zes hoofdstukken is getracht de concrete praktijk van de claimbeoordeling rond arbeidsongeschiktheid en invaliditeit in Nederland in de twintigste eeuw te beschrijven. Deze praktijk van claimbeoordeling nam een aanvang met de invoering van de Ongevallenwet in 1901, waarbij aanvankelijk nadrukkelijk werd teruggegrepen op de oudere praktijken bij de particuliere verzekeringsorganisaties. Vervolgens werd deze praktijk aangepast en uitgebreid met de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en de herziening van de Ongevallenwet in 1921, daarop in 1967 met de invoering van de Wet Arbeidsongeschiktheid met nieuwe doelstellingen opgezet en georganiseerd en tenslotte in de jaren zeventig, tachtig en negentig wederom diverse malen aangepast. Hoe zag het proces van claimbeoordeling er uit sinds 1901 en welke instrumenten en methoden werden daarbij gebruikt was één vraag. Wie voerden de beoordeling sinds 1901 uit en hoe werden de wetten en voorschriften door de beoordelaars naar de praktijk vertaald, welke rol speelde de deskundigheid van medici en andere beoordelaars bij de claimbeoordeling, vormen de overige vragen die in elk hoofdstuk terugkeren. Bij het zoeken naar antwoorden is telkens de politieke, juridische, medisch-wetenschappelijk en organisatorische context betrokken, zodat enigszins duidelijk kan worden hoe deze context de evolutie van het claimbeoordelingsproces mede heeft bepaald. Tegelijkertijd wordt een belangrijk probleem in de geschiedenis van de arbeidsongeschiktheid zichtbaar, namelijk de voor de sector specifieke, permanent aanwezige spanning tussen politieke intenties en medisch-juridische schemata enerzijds en de sociaal-medische realiteit en dilemma's van de claimbeoordeling anderzijds.

Om een antwoord op bovenstaande vragen te verkrijgen, zijn vaktijdschriften, archieven, hand- en gedenkboeken, proefschriften en juridische overzichtswerken geraadpleegd. Daarnaast zijn jaarverslagen van de Rijksverzekeringsbank (RVB) en de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) doorgenomen en is gebruik gemaakt van gegevens die zijn voortgekomen uit het onderzoek naar de claimbeoordeling dat door de CTSV in de jaren negentig is uitgevoerd. Bovendien is de ontwikkeling in de laatste decennia van de twintigste eeuw met een aantal direct betrokkenen systematisch doorgenomen.

Het eerste wat in de geschiedenis van de claimbeoordeling opvalt, is dat die beoordeling honderd jaar lang ongewijzigd op dezelfde vraag gericht is geweest, namelijk 'wat kan de persoon die thans voor mij zit nog wel aan arbeid verrichten en welke arbeid kan hij niet (langer) verrichten?' Dat wijst op een opmerkelijke vorm van stabiliteit, maar deze stabiliteit moet ook niet al te snel als vanzelfsprekend worden gezien. Toen het eerste bestuur van de RVB en de arts Ph. Kooperberg in 1902 een begin wilden maken met de opbouw van de organisatie voor de claimbeoordeling, moesten er nog tal van keuzes worden gemaakt over de wijze van uitvoering van de Ongevallenwet, aangezien de wetgever opzettelijk allerlei zaken ongeregeld had gelaten. In het bijzonder Kooperberg koos bij de opbouw van de organisatie voor oplossingen die decennialang een stempel op de uitvoering van de Ongevallenwet hebben gedrukt en de uitvoering van de regelingen voor arbeidsongeschiktheid ten dele tot op de dag van vandaag bepalen. Te denken valt vooral aan de door Kooperberg ingevoerde strikte scheiding tussen behandeling en controle van cliënten: de medische behandeling werd overgelaten aan de (particuliere) medici en medische instellingen, terwijl Kooperberg de claimbeoordeling geheel onder verantwoordelijkheid van de RVB hield.

Kooperberg en zijn opvolger P.H. van Eden ontwikkelden, in samenwerking met de rechterlijke macht en ook wel met werkgevers en behandelende artsen, de eerste instrumenten om tot een schatting van de arbeidsongeschiktheid van een cliënt te komen, ongeacht de functie die de persoon vóór het ongeval uitoefende. Bovendien kozen zij voor een zogenaamde realistische schatting van de resterende arbeidsgeschiktheid: zij wilden uitgaan van wat iemand feitelijk verdiende in een nieuwe functie na het ongeval. In deze realistische schatting kwam een aantal elementen samen die daarna altijd in een gespannen verhouding tot elkaar hebben gestaan: een beoordeling van de medische schade, een beoordeling van beweringen en klachten van de patiënt (wat later de 'argumentatieve benadering' is genoemd) en een beoordeling door een speciaal agent van de waarde van de resterende vermogens van de cliënt op de arbeidsmarkt.

De claimbeoordeling heeft de gehele twintigste eeuw met dilemma's te kampen gehad. Enerzijds betrof men elementen in de beoordeling die niet individueel waren, zoals de arbeidsmarkt (de realistische schatting). Ook speelden motivatie, karakter en sociale situatie ene rol in de claimbeoordeling, elementen die niet op de ziekte waren terug te voeren. Een dergelijke benadering sloot niet aan bij de politieke wens om de 'echte arbeidsongeschikten' te onderscheiden van de anderen en evenmin bij de medische denkwereld in termen van ziektebeelden.

Als gevolg van dit dilemma is in dit onderzoek noch over de rol van cliënt in de claimbeoordeling, noch over die van de arbeidsdeskundige veel te vinden. Als de motivatie en de eigen inbreng van de cliënt zo belangrijk zijn - een veel gehoorde stelling in een eeuw claimbeoordeling - dan zou men verwachten dat de rol van de cliënt ook

zou zijn gethematiseerd. Dat blijkt in het geheel niet het geval. Een verklaring daarvoor valt buiten dit onderzoek, maar het is goed denkbaar dat de artsen niet goed wisten hoe ze dit moesten doen binnen het medische denkkader dat ze hadden meegekregen.

De betrekkelijke onzichtbaarheid van de arbeidsdeskundige is eveneens een opvallend fenomeen. Deze was vrijwel vanaf het begin actief en moet invloed hebben uitgeoefend op de percentages in de praktijk. Een verklaring voor de onzichtbaarheid valt eveneens buiten het kader van dit onderzoek. Het is denkbaar dat de arbeidsdeskundige tegenover de werkgevers een vrij zwakke positie had omdat aan werkgevers tot het einde van de twintigste eeuw niet was voorgeschreven passende arbeid aan te bieden. Een andere factor van belang is de lage organisatiegraad van de arbeidsdeskundigen – iets waarin zij zich duidelijk hebben onderscheiden van de verzekeringsartsen.

Een ander opvallend verschijnsel is het beperkte debat over de merites van de uitvoering van de claimbeoordeling. Met het opgaan van het *Tijdschrift voor Ongevallengeneeskunde* in het *Geneeskundig Tijdschrift* van de RVB werd het eigen medium vrij kritiekloos. Eerst Korteweg en later Sajet en Wuite gaven al in een vroeg stadium aan dat er toch zeer fundamentele vraagtekens konden worden gezet bij de claimbeoordeling, maar deze kritiek lijkt vooral zijn weg te hebben gevonden in de voorbereidingen van de nieuwe regeling: de WAO. Er werd veel geschreven over hoe het moest, maar weinig over hoe het feitelijk ging. Pas aan het eind van de twintigste eeuw kreeg de uitvoering van de claimbeoordeling belangstelling van onderzoekers en beleidsmakers.

Niettemin kunnen we concluderen dat Kooperberg en Van Eden een praktijk in het leven riepen die is uitgegroeid tot een medisch-juridisch stelsel van beoordelingen die op hun beurt tot een traditie van debat over de rol van arbeid in het persoonlijke leven hebben geleid. Hoe vaak ook over dit stelsel is gedebatteerd en hoe dikwijls wijzigingen daarin zijn aangebracht, over de bestaansgrond van een dergelijk stelsel is sinds het begin van de twintigste eeuw eigenlijk nooit meer getwijfeld. Het is een onmisbare en onbetwiste rol blijven spelen in de moderne, rationele arbeidsorganisatie van het Nederlandse bedrijfsleven en de Nederlandse overheid.

3 Honderd jaar claimbeoordeling in acht fases

De erfenis van Kooperberg en Van Eden mag dan op onderdelen robuust zijn, het betekent natuurlijk niet dat de regelingen rond de arbeidsongeschiktheid en het proces van claimbeoordeling honderd jaar lang volledig onveranderd zijn gebleven. De geschiedenis van de arbeidsongeschiktheid is evenmin zonder discussie en stevige controverses. Om te beginnen is het juridisch en medisch vocabulaire van de claimbeoordeling in honderd jaar tijd enkele malen ingrijpend gewijzigd. Dit houdt natuurlijk verband met veranderingen in de juridische opvattingen over wat als oorzaak

van arbeidsongeschiktheid mag gelden, en in de medische inzichten in de oorzaak van aandoeningen en ziekten. Maar ook veranderende medische opvattingen over 'gezondheid' en een fatsoenlijk menselijk bestaan hebben onmiskenbaar bijgedragen aan de evolutie van het proces van claimbeoordeling. De discussies over de wenselijkheid van die veranderingen in de claimbeoordeling hielden dikwijls gelijke tred met debatten in de geneeskunde en de gezondheidszorg in het algemeen: over fysiologische inzichten, over de mogelijkheden van een wetenschappelijke onderbouwing van de beoordeling, over de waarde van psychiatrische ziektebeelden, over integrale geneeskunde enzovoorts.

Parallel aan deze discussies zijn ook de aandoeningen zelf van karakter veranderd: de ongevallen zijn vrijwel verdwenen en degeneratieve en psychische aandoeningen voeren thans de statistiek aan. De arbeidsongeschiktheid veranderde mede als gevolg van verschuivingen in de soorten arbeid die in Nederland werden uitgeoefend: het relatieve aandeel van de zware industriële en handarbeid onder de arbeidende bevolking nam in de tweede helft van de twintigste eeuw af, terwijl het aandeel van de dienstverlenende arbeid in die periode juist gestaag toenam.

Tenslotte kwamen bestaande regelingen voor de arbeidsongeschiktheid in de laatste honderd jaar regelmatig ter discussie te staan als gevolg van een veranderend politiek klimaat. Ook dit is van invloed geweest op (de organisatie van) de claimbeoordeling. Het maakt nogal wat uit of men de claimbeoordeling nader vorm geeft in de context van de wederopbouw in de jaren vijftig, of in de context van heftige politieke discussies over de terugdringing van het aantal arbeidsongeschikten in de jaren negentig.

De veranderingen in de uitvoering van de regelingen rond de arbeidsongeschiktheid sinds de invoering in 1901 van de Ongevallenwet vormen een historisch proces waarin de praktijk of het proces van de claimbeoordeling zelf en de juridisch-organisatorische voorwaarden voor en aansturing van die praktijk in onderlinge samenhang en wisselwerking evolueren naar telkens nieuwe evenwichtssituaties. Deze co-evolutie van claimbeoordelingspraktijk en juridisch-organisatorische voorwaarden hangt op zijn beurt nauw samen met de wijzigingen op de arbeidsmarkt, wijzigingen in de algemene gezondheidstoestand, politieke en economische veranderingen. In deze co-evolutie van beoordelingsproces en aansturing kunnen acht fases worden onderscheiden, die elk in het kort worden besproken.

3.1 *De jaren voorafgaand aan 1901*

Kooperberg begon zijn werkzaamheden in een gunstig politiek klimaat. Al sinds de jaren zeventig van de negentiende eeuw klonken met regelmaat bezorgde geluiden in de publieke opinie over de slechte arbeidsomstandigheden in de opkomende industrie, de landbouw en de dienstverlenende sector. De kritische commentaren hadden betrekking op de lange werktijden, de zware arbeidsomstandigheden, het loon, ongevallen in de bedrijven en beroepsziekten. Naast het kiesrecht en de relatie tus-

sen onderwijs en kerk, vormde de Sociale Quaestie één van de drie hete hangijzers in de Nederlandse politiek. De rapporten die medewerkers van het Geneeskundig Staatstoezicht sinds de jaren zeventig over de arbeidsomstandigheden uitbrachten, waren evenwel vaak nogal plichtmatig, weinig doortastend en bleven doorgaans zonder gevolgen. In de jaren tachtig spitste de discussie over de sociale kwestie zich toe op de vraag welke rol de overheid diende te spelen. Onder invloed van kerkelijke uitspraken (*Rerum Novarum*) en van belangrijke politieke veranderingen ter linker- en rechterzijde was tegen het eind van de negentiende eeuw een nationale consensus ontstaan over de noodzaak van staatsbemoeienis met de sociale zekerheid van de bevolking. In politieke kringen was men het er vrijwel algemeen over eens dat werkgevers wettelijk aansprakelijk gesteld moesten kunnen worden voor ongevallen op de werkplek. Werkgevers moesten dus verplicht worden te zorgen voor hun zieke werknemers. Over de vraag hoe aan dit principe uitvoering moest worden gegeven, verschilden de meningen. Op welke punten had de staat een verantwoordelijkheid, was het beter om de werkgevers zelf de verzekering van hun werknemers te laten regelen, of zou een systeem van particuliere verzekeringsmaatschappijen het best aan de behoefte beantwoorden?

Uiteindelijk koos het parlement in 1901 naar Duits-Oostenrijks voorbeeld voor nationale wetgeving met het zogenaamde 'risque professionnel' als uitgangspunt. Alle werknemers in loondienst bij verzekeringsplichtige bedrijven, waren voortaan verzekerd. De premie kwam voor rekening van de werkgever. Niet loontrekkenden konden zich vrijwillig verzekeren. Bij een bedrijfsongeval zou de werknemer – bij volledige arbeidsongeschiktheid – een uitkering krijgen van 70% van zijn loon, terwijl de kosten van de medische verzorging tevens vergoed zou worden. Bij overlijden van de verzekerde als gevolg van een bedrijfsongeval zouden de nabestaanden een schade-loosstelling ontvangen.

Met deze Ongevallenwet – de eerste sociale verzekeringswet in Nederland – trokken werkgevers en particuliere verzekeraars aan het kortste eind. Niet de werkgevers of andere spelers op de vrije markt maar de nieuw op te richten Rijksverzekeringsbank kreeg de verantwoordelijkheid over de uitvoering van de Ongevallenwet, al bleef de mogelijkheid bestaan tot een decentrale uitvoering van de wet via particuliere risicoverenigingen. Voor een deel van de werkgevers vormde het debat rond de Ongevallenwet aanleiding zich landelijk te organiseren in het Vereniging van Nederlandsche Werkgevers. In de jaren die volgden wisten zij met succes te verhinderen dat een staatsorgaan zich zou toeleggen op de uitvoering van de Ziektewet, die via vele omwegen pas in 1930 de noodzakelijke aanvulling op de Ongevallenwet bood. Het zou evenwel tot in de jaren tachtig van de twintigste eeuw duren, voordat er weer stemmen op gingen om private ondernemingen een grotere rol te geven bij de zorg voor arbeidsongeschiktheid.

Een tweede uitgangspunt van de Ongevallenwet was dat de medici in het land werden gezien als degenen die het best konden bepalen in hoeverre iemand arbeidsongeschikt was, wat de relatie met het voorafgaand ongeval was, en of iemand dus recht

had op een uitkering ('rente'). De beslissing om artsen als beoordelaars aan te stellen, is geheel buiten de medici om tot stand gekomen. Mogelijk hebben nog adviezen vanuit het Geneeskundig Staatstoezicht een rol gespeeld, maar de medische beroeps-groep als geheel lijkt verrast te zijn geweest door het besluit. Men was er in medisch kring totaal niet op voorbereid, zoals al snel zou blijken. Overigens waren niet alleen de medici buiten de voorbereiding van de Ongevallenwet gehouden, ook vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers zijn waarschijnlijk bewust gepasseerd in het voorafgaande politieke overleg.

Dat de wetgever voor dit uitgangspunt koos is wel begrijpelijk. Het was al lang geen onbekend verschijnsel dat artsen functies vervulden bij de particuliere zieken-geld- en ongevallenverzekeringen die in voorgaande decennia waren ontstaan. De relaties tussen de verzekeringsorganisaties en de artsen waren weliswaar zelden warm te noemen, maar de medici leken toch wel hun nut te hebben bij het bepalen van de arbeidsongeschiktheid, het beteugelen van het aantal claims en het verkrijgen van een imago van betrouwbaarheid.

3.2 *De periode 1901-1914*

Zoals reeds vermeld, mocht de arts Kooperberg als eerste medisch adviseur van de RVB uitvoering geven aan de wet Deze medicus kwam duidelijk voort uit de traditie van de 19e eeuwse hygiënisten. Behalve als huisarts en directeur van het stadsziekenhuis van Leeuwarden had hij reeds naam gemaakt als auteur van een Geneeskundige plaatsbeschrijving van Leeuwarden – een veel beoefend genre onder de hygiënisten – en was hij betrokken bij het Geneeskundig Staatstoezicht. Kooperberg wist van begin af aan hoe hij de organisatie van de claimbeoordeling en van de medische behandeling wilde opbouwen. De organisatie van de medische behandeling en die van de claimbeoordeling dienden volledig gescheiden te zijn. Om een goede medische behandeling te kunnen garanderen sloot Kooperberg contracten af met medici, medische instellingen en apothekers. Hoewel Kooperberg in de eerste jaren een flink aantal conflicten over het vergoedingenstelsel moest oplossen, slaagde hij erin alle in Nederland werkzame artsen (ruim 2400) en nagenoeg alle instellingen en apothekers te contracteren. De claimbeoordeling behoorde volgens Kooperberg volledig een zaak van de RVB te zijn. Deze benadering noodzaakte de RVB controlerend geneeskundigen naast Kooperberg aan te stellen, en ook een eigen organisatie van aangifte en administratie op te bouwen.

Stond Kooperberg een duidelijk beeld van de organisatie voor ogen, voor de claimbeoordeling zelf lag de zaak een stuk ingewikkelder. De wetgever had slechts algemene aanwijzingen gegeven over de relatie tussen bedrijfsongeval, lichamelijk letsel en recht op uitkering. Zowel de claimbeoordelaars als de Raden van Beroep moesten daarom in de jaren die volgden stap voor stap een weg vinden naar een consistente beoordelingspraktijk. Wat moest worden verstaan onder een plotseling gebeurtenis ('ongeval') die kon leiden tot letsel of opleving van een sluimerende ziekte? Moest

een letsel veroorzakende gebeurtenis altijd concreet waarneembaar zijn? Hoe bepaal je dat de cliënt werkelijk geen schuld heeft aan het ongeval? Volgens welke criteria kan de mate van arbeidsongeschiktheid worden vastgesteld? Deze en andere vragen beheersten de eerste vijftien jaar van de discussie en de jurisprudentie. Men heeft in die jaren op aantal van deze vragen zeker een antwoord kunnen vinden, maar de tweede medisch adviseur Van Eden moest in 1916 toch vaststellen dat de vormen van bewijsvoering gebrekkig en inconsistent waren, de schattingen arbitrair waren en plaatsvonden op basis van louter 'gezag'.

Ondanks de vele onvolkomenheden moet worden geconcludeerd dat de eerste regeling van bescherming tegen (de gevolgen van) ziekte en gebrek, zoals die in Nederland aan het begin van twintigste eeuw bij wet vorm kreeg, een duidelijke breuk met de maatschappelijke praktijk in de voorgaande periode heeft bewerkstelligd. Dit blijkt vooral uit de schaal en de status van de sociale voorzieningen. De omvang van het aantal verzekerden was na de Ongevallenwet veel groter dan voor 1900, namelijk 70% na 1901 tegenover 14 % aan het eind van de 19e eeuw. Verder was anders dan voor 1900 de organisatie van de verzekering nu nationaal geregeld (RVB; districten; postkantoren) en was de claimbeoordeling van een marginaal verschijnsel veranderd in een controlesysteem door artsen. Het zogenaamde arbeidsvermogen was als nieuw principe geïntroduceerd en de rechtszekerheid was voor de getroffen en aanmerkelijk toegenomen.

3.3 *De periode 1914 – 1919*

Met de komst in 1915 van de medicus P.H. van Eden als de nieuwe medisch adviseur van de RVB belandde de ontwikkeling van de claimbeoordeling in een nieuwe fase. Van Eden was duidelijk van een andere generatie dan Kooperberg. Hij hechtte veel waarde aan de zogenaamde reïntegratie van arbeidsongeschikten in het arbeidsproces en wilde het proces van claimbeoordeling een systematische, wetenschappelijke basis geven, zodat de juridische en ambtelijke procedures aan consistentie zouden winnen.

Van Eden speelde in op een ontwikkeling die al enige tijd aan de gang was, namelijk de steeds vaker voorkomend behoefte te bepalen in hoeverre iemand na enige tijd van arbeidsongeschiktheid door 'aanpassing' weer over arbeidsvermogen kon beschikken die de persoon naar een nieuwe functie in het arbeidsproces kon leiden. Sinds een aantal uitspraken van de Centrale Raad van Beroep vanaf 1907 gingen steeds meer beoordelaars ervan uit dat herstel van arbeidsvermogen door aanpassing mogelijk was met verlaging van de uitkering tot gevolg. Van Eden nam de taak op zich richtlijnen te ontwikkelen voor het beoordelen van de verandering van arbeidsvermogen. Functioneel herstel was mogelijk zonder volledig medisch herstel, zo luidde daarbij het uitgangspunt. Verder bracht hij verbeteringen aan in de taakverdeling tussen controlerend artsen en de zogenaamde speciale agenten die sinds 1909 adviseerden over het arbeidsvermogen van cliënten.

Van Eden wees bij zijn hervorming als een van de eersten op de sociaalpsychische aspecten van de arbeidsongeschiktheid. Herstel van arbeidsvermogen zonder volledig medisch herstel en bijgevolg reïntegratie in het arbeidsproces blijkt volgens Van Eden sterk afhankelijk van het vertrouwen dat de patiënt in zijn nieuwe mogelijkheden kan ontwikkelen. Uit het historisch onderzoek is niet geheel duidelijk geworden hoe deze innovatie in het proces van claimbeoordeling na 1920 zijn plaats heeft gekregen. De sociaalpsychische dimensie van arbeidsongeschiktheid die Van Eden introduceerde zou echter in de loop van de jaren vijftig uitgroeien tot een breed palet van psychologische en sociale factoren van arbeidsongeschiktheid.

Bij bepaalde vormen van arbeidsongeschiktheid lijkt de claimbeoordeling inderdaad aan consistentie te hebben gewonnen (bijvoorbeeld door standaardisering bij eenogigheid). Maar bij de meeste aandoeningen en letsels bleef de individuele benadering van claims en van behandeling volledig overeind. In de context van de reguliere curatieve gezondheidszorg was dit geen enkel probleem, maar in de context van de Ongevallenwet (wel of geen uitkering) kreeg dezelfde benadering in de ogen van velen het karakter van een willekeurig proces. De medische ambivalentie tussen standaard en individuele benadering werd nog eens versterkt door de juridische invalshoek om recht te doen aan individuele bijzonderheden. Daar kwam bij dat er altijd een tweeslachtigheid is blijven bestaan waar het ging om de realistische of de theoretische verdien capaciteit: mensen die gedeeltelijk werkten werden geschat door de arbeidsdeskundige in overleg met de werkgever. Mensen die niet werkten werden daarentegen door de controlerend arts geschat op theoretische overwegingen.

3.4 *De periode 1919 – 1950*

Na de invoering van de Ongevallenwet bleef het betrekkelijk lang stil op het terrein van de sociale wetgeving. In 1913 trachtte minister Talma tevergeefs een ziekte wet en een ouderdoms- en Invaliditeitswet in te voeren. Maar liberaal en confessioneel die elkaar in deze jaren in diverse kabinetten afwisselden, konden het niet eens worden over de vraag hoeveel staatsinvloed bij de sociale zorg toelaatbaar was. Deze politieke verdeeldheid heeft evenwel niet kunnen verhinderen dat vanaf 1918 zowel bij politici als bij professionals de bereidheid toenam om de reikwijdte van de collectieve voorzieningen uit te breiden. Tegelijkertijd is men in de loop van jaren twintig ook bereid de aangifte en de beoordeling van letsels gedeeltelijk te privatiseren (al vanaf 1923).

De invoering van de nieuwe Ongevallenwet in 1921 en vooral de daarop volgende aanvullende maatregelen in de jaren twintig en dertig hebben verschillende trends die reeds eerder in de praktijk van de claimbeoordeling werkzaam waren geformaliseerd en versterkt. Vanaf 1921 kwam de nadruk te liggen op het kunnen verrichten van meer passende arbeid door de tot dan toe arbeidsongeschikte cliënt. De benadering die ruim tien jaar eerder was gekozen en vooral door Van Eden was systematisch was opgezet, werd nu definitief geformaliseerd. In verband daarmee regelde de wet nu een onkostenvergoeding voor een opleiding of omscholing. Een verandering die

vervolgens aan het eind van de jaren twintig werd doorgevoerd, was dat lichamelijke letsel dat niet zozeer plotseling maar wel na enige tijd was ontstaan formeel als ongeval werd erkend. Bovendien kwam ook een aantal beroepsziekten voortaan in aanmerking voor een uitkering. De wet betekende verder een verruiming van de mogelijkheden om voor een uitkering aanmerking te komen. Het was niet langer nodig een plaatselijk verband aan te tonen met het ongeval dat tot letsel had geleid. Een aange-toond verband met de dienstbetrekking was voortaan voldoende. Voorts konden voortaan werknemers die wel in staat waren tot werken maar door het ongeval geen nieuwe werkgever konden vinden als invalide volgens de wet worden beschouwd.

Maakten deze veranderingen het proces van de claimbeoordeling al een stuk ingewikkelder, door de invoering van de Invaliditeitswet in 1919 werd de claimbeoordeling alleen maar complexer. De wet garandeerde in principe alle werknemers die wegens een lichamenlijk of geestelijk gebrek niet in staat worden tot arbeid een uitkering. De uitvoering van deze wet kwam evenals de Ongevallenwet in handen van de RVB te liggen, waardoor de door de claimbeoordelaars te verzorgen groep werknemers na 1920 gestaag groeide. Bovendien maakte de decentrale uitvoering van een deel van de nieuwe regelingen (Raden van Arbeid; Fabriekswet) nieuwe ambtelijke procedures en overlegvormen noodzakelijk. De nieuwe criteria rond passende arbeid, de beoordeling van invaliditeit en de geleidelijke erkenning van beroepsziekten betekenden voorts dat, evenals twintig jaar tevoren, een nieuw terrein van deskundigheid moest worden ontgonnen. Er was in feite voortaan sprake van twee soorten risico's waarmee rekening moest worden gehouden: de Ongevallenwet met een risque professionnel en de Invaliditeitswet met een risque social. Zij kenden deels uiteenlopende beoordelingscriteria en deels verschillende beoordelingsprocessen.

Bij de Ongevallenwet waren met name de beroepsziekten na 1928 een bron van veel kopzorgen. Iedere beroepsziekte leverde specifieke problemen bij de claimbeoordeling. Het was vooral moeilijk te bepalen wat de beslissende oorzaak van de arbeidsongeschiktheid was, indien sprake was van blootstelling aan samengestelde gevaren of van multi-pele aandoeningen (bijvoorbeeld silicose en tuberculose) – een helaas veel voorkomende situatie. Deze causaliteitsproblemen bij de beroepsziekten konden uiteraard leiden tot lange procedures met onzekere uitkomst.

Aanzienlijk omvangrijker bleken de obstakels bij de uitvoering van de Invaliditeitswet. Deze wet stelde vooral ten aanzien van de diagnose en prognose zwaardere eisen aan de claimbeoordelaar dan de Ongevallenwet. Het maken van een onderscheid tussen tijdelijke en blijvende invaliditeit (bijvoorbeeld bij tuberculose of hartziekten) stelde de beoordelaars voor de grootste problemen. Het onderscheid was van belang om te kunnen bepalen in hoeverre medische behandeling nog zinvol was om blijvende invaliditeit te voorkomen. De Invaliditeitswet gaf anders dan de Ongevallenwet geen recht op geneeskundige behandeling, maar legde de beslissing daarover bij de controlerend geneesheer. Om zowel de toekomstige uitkering te kunnen bepalen als een eventueel recht op behandeling te kunnen toekennen, was het dus van cruciaal belang om een prognose van de aandoening te geven. Voor een goede uitkeringsrege-

ling was het ook nog eens noodzakelijk om zo snel mogelijk vast te stellen wanneer invaliditeit als blijvend beschouwd kon worden.

De medisch adviseur Van Eden zag al in 1919 dat bij deze wet de claimbeoordeling wet veel moeilijker zou zijn uit te voeren dan bij de Ongevallenwet. Hij stelde een uitvoerige handleiding op die de controlerend artsen moest helpen bij hun werkzaamheden. Maar in de loop van de jaren twintig bleken veel geneeskundigen regelmatig verkeerde inschattingen te hebben gemaakt, met vele beroepszaken tot gevolg. In 1925 deed de medicus Snijder een volgende poging uniforme richtlijnen voor diagnose en prognose op te stellen. Echter aan het eind van de jaren twintig moest men vaststellen dat het voor de meeste medici onmogelijk was om in te schatten of een ziekte in de toekomst zich gunstig of ongunstig zou ontwikkelen. Zoals verderop nog zal worden besproken, werd door de wetgever een beroep gedaan op een medische vaardigheid die in de geneeskunde vrijwel afwezig was en ook niet binnen afzienbare tijd kon worden ontwikkeld.

De eerdere genoemde ambivalenties bleven in deze fase werkzaam, waardoor vaak niet goed was uit te leggen waarom de ene getroffene meer kreeg dan de andere. De definitieproblemen, de geringe bruikbaarheid van algemene richtlijnen vormden in de jaren dertig en veertig dan ook aanleiding tot diverse kritische commentaren op de onnauwkeurigheid van de claimbeoordeling. In die commentaren werd bijvoorbeeld geconcludeerd dat de onnauwkeurigheid ertoe leidde dat artsen te vaak de kant van de werkgevers kozen, maar ook dat de beoordelaars juist niet scherp genoeg hun controlefunctie uitoefenden met misbruik tot gevolg.

3.5 *De periode 1950-1967*

De sociale politiek in Nederland was voor de Tweede Wereldoorlog eerst gericht op het beschermen van arbeidersbelangen, vervolgens op de uitbouw van sociale rechten. Na 1945 wilde men het object van de sociale politiek aanzienlijk verbreden, geïnspireerd door de sociale paragrafen in het zogenaamde Beveridge-rapport dat in 1942 in Groot-Brittannië was verschenen. De vele op dit rapport gebaseerde concrete voorstellen tot hervorming van de gezondheidszorg leden schipbreuk, maar juist in de sfeer van de sociale zekerheid bleef een aantal belangrijke vernieuwende principes overeind: niet alleen aan arbeiders maar aan alle leden van de samenleving moesten voorwaarden tot bestaanszekerheid als recht worden gegarandeerd. De lasten die het gevolg waren van deze garantie moesten door de gehele gemeenschap worden gedragen.

De nieuwe beginselen van sociale zekerheid waren onverbreekelijk verbonden met een principiële stellingname ten aanzien van de plaats van arbeid in de samenleving. Arbeid was iets waarop iedere burger recht had, terwijl het ook de plicht van de overheid was om grote werkloosheid te voorkomen. Recht op arbeid betekende evenwel ook dat een ieder de verplichting had te werken als hij daartoe in staat was. Deze opvatting, die reeds voor en tijdens de oorlog in internationaal verband was uitgewerkt, werd in 1948 in een internationaal verdrag vastgelegd en vormde vervolgens

voor de 'Rooms-rode' regeringen de leidraad voor het opzetten van een nationaal systeem van arbeidsbureaus en wetgeving.

Opvattingen over marktmechanismen in de sociale zekerheid speelden in deze fase geen enkele rol. Ook waar het ging om de arbeidsongeschiktheid streefde een meerderheid in de Nederlandse politiek naar een systeem van universele dienstverlening op basis van behoefte en onderlinge solidariteit. Al in 1948 kreeg dit streven concreet gestalte in de Wet plaatsing minder valide arbeidskrachten, dat was bedoeld om met behulp van arbeidsbemiddeling, revalidatie en omscholing 'invalide arbeiders gelijkheid van arbeidskansen te waarborgen'.

De nieuwe visie op de sociale zekerheid zou in de jaren vijftig en zestig de discussie over de toekomst van de Ongevallenwet sterk beïnvloeden en vooruitlopend daarop de concrete claimbeoordeling in een ander perspectief plaatsen. Bij de toepassing van de Invaliditeitswet ging men van oudsher uit van het principe van *risque social*, maar in de loop van de jaren vijftig ontstonden er allerlei mechanismen waardoor in het proces van claimbeoordeling bij de Ongevallenwet het principe van de *risque professionnel* als het ware in het ongereede raakte en een hybride karakter kreeg. Het adagium werd dat er, meer dan naar het goed-, geheel of gedeeltelijk afkeuren van een cliënt, moest worden gestreefd naar een beoordeling welk soort werk iemand het best kon verrichten. Het begrip 'arbeidsgeschikt' betekende voortaan meer dan louter lichamelijk arbeidsgeschikt. Het omvatte ook de intelligentie en psychische structuur van de cliënt, en had tevens betrekking op sociale factoren, zoals sociale aanpassing, structuur van de arbeidsmarkt en plaatsingsmogelijkheden.

Tegen deze achtergrond kwam de SER in 1957 met het advies de bestaande regelingen rond de arbeidsongeschiktheid grondig te herzien. Het causale verband tussen dienstbetrekking en arbeidsongeschiktheid moest als uitgangspunt worden verlaten, het onderscheid tussen ziekte, gebrek en letsel diende te verdwijnen. Arbeidsongeschikt is hij, zo stelde de SER voor, die geheel of gedeeltelijk niet kan werken, ongeacht de oorzaak van dit onvermogen. De paragraaf van het SER-advies over de invaliditeitschattingen vormde de aanleiding voor studies en discussies in de daarop volgende jaren. Het werd daarbij steeds duidelijker dat er een meer systematisch onderscheid moest worden gemaakt tussen de 'medische arbeidsongeschiktheid' en de vermindering van het 'productief arbeidsvermogen' van de cliënt. De overtuiging groeide dat de loonkundige schatting van iemands mogelijkheden tot het verwerven van inkomen een vak apart is, dat niet volledig aan medici moest worden overgelaten. Het aanzien van de speciale agenten als arbeidsdeskundigen nam hierdoor duidelijk toe.

Nieuwe perspectieven in de claimbeoordeling

Ondertussen vonden verschuivingen plaats in de claimbeoordeling en in de medische opvattingen over arbeidsongeschiktheid. Om te beginnen kregen de beoordelaars bij de uitvoering van de Ongevallenwet steeds meer ruimte om te zoeken naar reïntegratie van arbeidsongeschikten ('rehabilitatie'). De Ziektewet nam al sinds 1930 de zorg voor

kortdurende arbeidsongeschiktheid weg, terwijl men door de Ziekenfondsregeling van 1941 minder tijd behoefde te besteden aan het beoordelen van mogelijkheden van medische behandeling. Vanuit en naast de RVB ontstonden in de jaren vijftig en zestig rehabilitatievoorzieningen en nieuwe vormen van arbeidsbemiddeling die de 'wederinpassing' van arbeidsongeschikten in het arbeidsproces moesten bevorderen.

Een tweede belangrijke verschuiving in de claimbeoordeling was het groeiende besef dat belangrijke criteria en schattingsinstrumenten bij de claimbeoordeling niet of slecht voldeden. Al in 1947 stelde de RVB-arts J.G. Wuite vast dat nauwelijks onderscheid was te maken tussen werkgebonden en niet-werkgebonden oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Arbeidsongeschiktheid in verband met 'dienstbetrekking' leek al enige tijd als criterium van ondergeschikt belang. Er klonken bovendien geluiden dat de schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid eigenlijk gebrekkig verliep. Deze zogenaamde 'baremale schattingen' zorgden voor nogal wat technische problemen en waren volgens sommigen uit de tijd, al leken veel individuele artsen er hun werk goed mee te kunnen ordenen. Zoals later door enkele commentatoren naar voren is gebracht, kwamen veel van deze moeilijkheden voort uit het feit dat steeds minder cliënten met acute gezondheidsproblemen kampten, en steeds meer met chronische klachten.

Tegelijkertijd groeide in de geneeskunde de belangstelling voor nieuwe opvattingen over gezondheid en arbeidsongeschiktheid. Zo werd vanuit psychiatrische zijde betoogd dat een cliënt als gevolg van een psychische aandoening arbeidsongeschikt kon zijn, ook al waren er geen pathologische veranderingen van het lichaam aantoonbaar. De psychosociale factor was al voor de oorlog erkend als iets wat kon bijdragen aan de arbeidsongeschiktheid.

Tot 1920 sprak men veel over de traumaneurose, een verzamelnaam voor psychische klachten als gevolg van lichamelijk letsel of een ongeval. Daarna ging het vooral om een factor die een eventueel herstel van arbeidsvermogen in weg kon staan (bijvoorbeeld gebrek aan zelfvertrouwen bij revalidatie). In de jaren vijftig verschenen psychiatrische en psychologische aandoeningen op het toneel als eigenstandige oorzaken van arbeidsongeschiktheid in de zin van de Ongevallenwet. Deze tendens kreeg een krachtige impuls vanaf het midden van de jaren vijftig toen de zogenaamde integrale geneeskunde als medisch concept gestalte kreeg. Het concept leerde dat de medicus niet uitsluitend aandacht moest hebben voor lichamelijke factoren voor ziekte. Hij moest zich realiseren dat ook de psychische conditie en sociale omstandigheden van groot belang waren voor de lichamelijke toestand.

De integrale geneeskunde is een grote rol gaan spelen in het werk van de huisartsen. Nadat de huisarts J. Buma in 1950 met zijn 'Grondslagen van het medisch denken' daartoe het startschot had gegeven, namen huisartsen vanaf 1955 het initiatief om het vakgebied huisartsgeneeskunde als eigenstandig specialisme te profileren.¹

1 Mol, Van Lieshout, *Ziek is het woord niet*, 193-195.

Integrale geneeskunde met aandacht voor psychosomatiek en later ook voor zogenaamde stressziekten als uiting van een verstoorde verhouding tussen de eisen van de omgeving en individuele vermogens vormden het centrale motief voor het ontstaan van de huisartsgeneeskunde in de periode 1955-1970. Maar de ontwikkeling plaatste de huisarts - die nog altijd een belangrijke rol speelde bij de medische behandeling van arbeidsongeschikten - in een volledig andere verhouding tot de sociale verzekering. Chronische buikklachten zonder gevonden afwijkingen bij herhaald internistisch onderzoek konden niet langer worden afgedaan met de mededeling 'u mankeert niets'. Het ging er namelijk niet om wat, maar waarom iemand iets mankeerde en waarom hij niet meer kon werken. Die reden kon somatisch, psychisch of sociaal zijn. Voor de claimbeoordeling kon dit betekenen dat er ook sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet kon zijn, als een cliënt 'functionele klachten' had. Dat wil zeggen dat hij subjectieve onlustgevoelens en functiestoornissen van organen had zonder dat de arts daarvoor een oorzaak kon vinden.

Deze vernieuwingen misten hun uitwerking op de claimbeoordeling niet, maar vallen tegelijkertijd nauwelijks te rijmen met de kritische commentaren die veelal medici vanaf het eind van de jaren vijftig op het verkeerde gebruik van de wettelijke voorzieningen naar buiten brachten. Het lijkt erop dat men omstreeks 1960 schrok van de wijze waarop een beroep op de sociale verzekering werd gedaan en waarop uitvoering aan die wet werd gegeven. Het is wellicht iets teveel gezegd, maar binnen de geneeskunde lijkt na 1960 meer dan voorheen onder de oppervlakte een cultuurstrijd gaande inzake de interpretatie van de arbeidsongeschiktheid. Sommige verontruste commentatoren binnen en buiten de RVB wezen er op dat het 'langdurig verzuim' toenam. Men zag een groei in het aantal gevallen van hartinfarct, emfyseem en ziekten van de bewegingsorganen als oorzaak. Maar er werd ook gewezen op de afwezigheid van aangepast werk. Verder zouden patiënten zich bij de huisarts veel meer dan voorheen op hun rechten beroepen en zouden huisartsen veel te passief zijn bij het aanmoedigen van reïntegratie. De opbouw van de moderne humane maatschappij had een prijs door het 'ziektegedrag van de lagere klasse', zo meende een arts. Er zouden te veel mensen te gemakkelijk een uitkering genieten. Vele arbeidsongeschikten zouden 'sociaal ziek' zijn of de neiging hebben om de Ziektewetperiode helemaal vol te maken om daarna door 'vrouwe invaliditeit' te kunnen worden omhelsd.

Deze kritische commentaren hebben evenwel niet kunnen verhinderen dat de nieuwe visie op de sociale zekerheid in een volledig nieuwe wet zijn beslag zou krijgen, en dat vervolgens de aspecten van de integrale geneeskunde een belangrijk stempel op de claimbeoordeling zouden drukken. De opname van psychologische en sociaal-wetenschappelijke inzichten in het medisch denken, in het bijzonder de verzekeringsgeneeskunde, zou onomkeerbaar blijken. Sterker, het vormde het begin van een levendige traditie van interdisciplinair onderzoek en debat, op basis waarvan de verzekeringsgeneeskunde een eigen positie binnen de geneeskunde heeft kunnen verwerven.

Met de invoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering in 1967 kregen zowel de politieke als de professionele opvattingen over arbeidsongeschiktheid zoals die vanaf 1950 waren gegroeid, hun uitwerking in een geheel nieuw wettelijk en organisatorisch bouwwerk. Uitgangspunt werd het ‘recht op zelfontplooiing en gelijke kansen voor iedere burger’, de vertaling van minister Veldkamp van het recht op arbeid. De nieuwe wetgeving moest alle arbeidsongeschikten een welvaartsvaste uitkering garanderen, maar beoogde vooral de preventie van arbeidsongeschiktheid en bevordering van de revalidatie en wederinpassing in het arbeidsproces. De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid was niet langer relevant voor een uitkering: het ruim vijftig jaar oude onderscheid tussen gebrek, ongevalletsel en ziekte kwam te vervallen. Het begrip ziekte moest de toetssteen voor het recht op uitkering vormen.

Recht op arbeid, een welvaartsvaste uitkering en volop kansen tot reïntegratie in het arbeidsproces: in deze sociale verzekeringsidealen had men alle vertrouwen toen het ontwerp van de WAO in 1965 door het parlement werd goedgekeurd. Dat vertrouwen is begrijpelijk, want de Nederlands economie groeide op dat moment voorspoedig. Er bestond een flink tekort aan arbeidskrachten: tegenover 150.000 vacatures stonden slechts 20.000 werkzoekenden ingeschreven. Met een dergelijke arbeidsmarkt was arbeidsongeschiktheid een relatief eenvoudig maatschappelijk probleem dat zich met sociale hulpverlening grotendeels liet oplossen. Tegen deze achtergrond gingen de Ongevallenwet en Invaliditeitswet (plus een aantal andere wettelijke regelingen) op in een geheel nieuwe regeling waarin het risqué social het leidend beginsel was geworden. Arbeidsongeschiktheid was voortaan het resultaat van niet geslaagde revalidatie en arbeidsaanpassing en niet langer een gevolg van een ongeval.

De wetgever had gekozen voor een nieuw evenwicht tussen een centrale en decentrale organisatie voor de uitvoering van de wet. De uitvoering van de WAO werd in beginsel in handen gelegd van de reeds bestaande bedrijfsverenigingen, waarin werkgevers en werknemers waren vertegenwoordigd. Maar die moesten wel altijd geadviseerd worden over de mate van arbeidsongeschiktheid door de nieuw op te richten Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD). De minister zag de zogenaamde centrale claimbeoordeling door die dienst als het sluitstuk van het gehele claimbeoordelingsproces. Daarnaast had de GMD de belangrijke taak te zorgen voor goede revalidatiemogelijkheden. De GMD werd na 1968 een gestaag in omvang groeiende organisatie: omstreeks 1975 had de dienst 222 artsen en 451 arbeidsdeskundigen in dienst. Velen van hen waren afkomstig van de voormalige RVB, van het GAK en van de bedrijfsverenigingen.

Innovaties in de claimbeoordeling

Het was vanaf het eerste begin duidelijk dat de praktijk van claimbeoordeling als het ware opnieuw moest worden uitgevonden. In opzet was het proces van claimbeoordeling in drie fasen onderverdeeld, elk met een eigen deskundige: een medische, een

arbeidskundige en een loonkundige fase. De drie deskundigen zouden als gelijkwaardige partners in het schattingsproces moeten functioneren. Zij moesten voortaan meer functioneel en minder medisch denken: van de controlerend arts werd niet langer verwacht dat hij minder valide werknemers in klassen indeelde. Hij was er slechts om de integrale persoon te beoordelen, opdat de arbeidsdeskundige vervolgens kon bepalen tot welke verdiensten de cliënt nog in staat was te achten.

Het bleek allerminst eenvoudig om deze benadering te concretiseren. Veel controlerende artsen waren jarenlang gewend geweest te werken met het baremale stelsel en moesten daar nu afstand van doen. De drie genoemde fasen in het schattingsproces liepen in de praktijk vaak door elkaar, terwijl artsen wegens personeelstekort nogal eens zowel het medische als het arbeidskundige deel voor hun rekening bleven nemen. Er bestond omstreeks 1965 ook geen goed alternatief in de vorm van een uitgewerkte invulling van het functionele denken, al konden de ervaringen met de Invaliditeitswet en de hervormingsvoorstellen van J.G. Wuite, de SER en de arts J.H.R. van der Pas in de voorgaande vijftien jaar, natuurlijk wel behulpzaam zijn. Zoals tijdgenoten bovendien al snel signaleerden, zouden de claimbeoordeling en vooral de coördinatie van de diverse oordelen complexer worden dan ooit, niet in de laatste plaats omdat het concept van de integrale geneeskunde onder de claimbeoordelaars inmiddels sterk aan invloed had gewonnen.

Als een duidelijk product van de integrale geneeskunde deed aan het eind van de jaren zestig de zogenaamde psychosociale anamnese (PSA) zijn intrede. De PSA omvatte een vaste set van vragen met betrekking tot de levensomstandigheden van de verzekerde, met behulp waarvan de claimbeoordelaar zich een beeld kon vormen van de psychische en sociale factoren die op de mogelijkheden van cliënt tot revalidatie en reïntegratie van invloed waren. Maar de meeste aandacht ging in de jaren zestig en zeventig toch uit naar de kwestie van de revalidatie en reïntegratie, wat gezien de opdracht van de wetgever begrijpelijk was. Zo verscheen ter ondersteuning van de reïntegratiepraktijk de zogenaamde Arbeids Complexen Documentatie (ACD) ten tonele. Dit geheel nieuwe instrument omvatte een verzameling van functiebeschrijvingen met behulp waarvan achtereenvolgens arts, arbeidsdeskundige en loondeskundige werden verwacht te kunnen bepalen tot welke arbeid de cliënt (theoretisch) in staat was en wat diens resterende verdien capaciteit was. In de jaren zeventig is deze verzameling uitgegroeid tot een uitgebreid en enigszins geobjectiveerd systeem van 180.000 functies.

De PSA en de ACD werden, tezamen met grondige analyses van orgaanspecifieke thema's van de arbeidsongeschiktheidsverzekering, uitvoerig besproken in het in 1970 door de medicus A. Nap geredigeerde boek *Validiteitsonderzoek*. Ook al zou het boek van Nap in de jaren zeventig tot de standaarduitrusting van de claimbeoordelaars gaan behoren, de meningen over de bruikbaarheid ervan liepen uiteen. Controlerende artsen konden veel problemen in de claimbeoordeling er niet mee oplossen, zoals het probleem in hoeverre ouderdomskwalen te onderscheiden waren van stoornissen in de zin van de wet. Gaandeweg ging men de ACD bij de claimbeoordeling toepassen,

hoewel het instrument daar niet voor bedoeld was. De ACD was tegelijkertijd in de reïntegratiepraktijk geen verplicht instrument, waarbij de interpretaties van functies en verdienvermogen per beoordelaar ook nog eens sterk uiteen konden lopen.

Het verschijnsel dat arbeidsdeskundigen bij hun beoordeling de ACD naar individueel inzicht toepasten, werd alleen maar problematischer toen tegen het eind van de jaren zeventig door aanpassingen in de wetgeving, hogere eisen aan de uniformiteit in de claimbeoordeling werden gesteld. Niettemin, zoals Van Eden in de jaren 1915-1919 een begin maakte met een systematisering van de claimbeoordeling in het kader van Ongevallen- en Invaliditeitswet, betekende de ACD het begin van een meer systematische benadering van de claimbeoordeling voor de WAO (en AAW). Toen omstreeks 1980 het besef doordrong dat de ACD door wetwijzigingen niet langer voldeed, werd er voortgebouwd op het idee van functieomschrijvingen. Daarop volgde weer nieuw onderzoek. Met andere woorden, sinds de ACD is er een cyclus van ontwikkeling, evaluatie en innovatie van claimbeoordeling op gang gekomen die tot op heden voortgaat.

Het besef dat er een nieuwe grondslag voor de claimbeoordeling moest worden gevonden, leidde ook tot het opzetten van faciliteiten voor de wetenschappelijke vorming van medisch en arbeidsdeskundigen. In 1964 werd gestart met een opleiding tot verzekeringsgeneeskundige en enkele jaren later werd er gestart met het organiseren van verzekeringsgeneeskundige studiedagen. Tenslotte kreeg het vak van verzekeringsgeneeskunde in 1971 hernieuwd academische erkenning met de benoeming van J.A. Weijel tot bijzonder hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Weijel was als hoofd medisch onderzoek van de GMD-Amsterdam de geestelijke vader van de psychosociale anamnese en een duidelijke exponent van de integraal geneeskundige traditie.

De WAO en economische herstructurering

Terwijl velen druk bezig waren met de opbouw van een nieuwe organisatie en praktijk van claimbeoordeling, voltrok zich een dramatische verandering op de arbeidsmarkt. Ongeveer gelijktijdig met de invoering van de WAO kwam het Nederlands bedrijfsleven in een proces van herstructurering terecht. Vanaf 1973 raakte de economie in een recessie die uitmondde in een ware economische crisis. De werkloosheid steeg onafgebroken, maar ook de mogelijkheden tot herintreding van arbeidsongeschikten namen sterk af. Tegen deze achtergrond steeg het jaarlijkse aantal nieuwe aanmeldingen van arbeidsongeschikten al vanaf 1968 tot een hoogte die niemand had verwacht. Doordat de uitstroom van arbeidsongeschikten (bijvoorbeeld door pensionering) veel lager dan de instroom was, nam het totaal aantal arbeidsongeschikten in rap tempo toe. In 1968 telde men in totaal 162.000 arbeidsongeschikten, in 1975 was het aantal opgelopen tot 311.000. Vier jaar later was er sprake van ruim 600.000 arbeidsongeschikten. Daar kwam bij dat van alle arbeidsongeschikten het percentage volledig arbeidsongeschikten veel hoger lag dan men ooit in 1965 had kunnen voorzien.

Over de oorzaken van de stijging van het aantal arbeidsongeschikten en de gevol-

gen van die toename voor de GMD en het proces van claimbeoordeling, zijn in de laatste dertig jaar vele studies en commentaren verschenen. Als belangrijke oorzaak wordt steevast op het beleid van de bedrijfsverenigingen gewezen om bij gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid van cliënten aan te nemen dat sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid omdat zij bij de bestaande situatie op de arbeidsmarkt waarschijnlijk geen enkele kans op werkherhvatting hadden. Deze ruime interpretatie van het roemruchte artikel 21-2a van de WAO bood werkgevers de mogelijkheid tot geruisloze afvloeiing van arbeidskrachten, terwijl de onvrijwillig werkloze werknemers uitzicht behielden op een uitkering in de hoogste klasse. Deze zogenaamde verdiscontering van de werkloosheid in de claimbeoordeling - waarmee de bedrijfsverenigingen in 1973 officieel hadden ingestemd - zorgde ervoor dat volgens velen het WAO-bestand omstreeks 1980 voor een belangrijk deel niets anders was dan 'verborgen werkloosheid'.

Hoewel van verschillende kanten vrijwel direct negatief is gereageerd op dit beleid van verdiscontering, gingen de kritische beschouwingen over de WAO-groei in de jaren zeventig van links tot rechts voornamelijk over de factoren die mensen ertoe zouden brengen een beroep op de WAO te doen, en nauwelijks over de factoren die bepaalden of dit beroep op een uitkering kon worden gehonoreerd. De jaren zeventig waren de jaren waarin veelvuldig werd gesproken over 'humanisering van de arbeid'. In de vorm van stressonderzoek bereikten juist in de jaren zeventig de sociaal-geneeskundige, psychologische en sociaal-wetenschappelijke analyses van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid een hoogtepunt. Toen ook raakte de integrale geneeskunde volledig geïntegreerd in de claimbeoordeling respectievelijk de verzekeringsgeneeskunde. De GMD-leiding sloot daarbij aan door te pleiten voor een humane toepassing van de WAO en te adviseren de cliënt het voordeel van de twijfel te gunnen en hem centraal stellen bij de uitvoering.

Daartegenover klonken echter kritische geluiden - en niet alleen ter rechterzijde - over het 'oneigenlijk gebruik van de WAO'. Teveel mensen zouden in de WAO terechtkomen, alleen maar 'omdat ze geen plezier meer in werken hebben', omdat GMD-artsen de diagnose 'je werk niet goed kunnen doen' voldoende grond voor een uitkering vonden, of wegens andere 'vage klachten', terwijl ook vraagtekens moesten worden geplaatst bij het grote aantal arbeidsongeschikten 'op psychische gronden'. Tenslotte zou de wachttijd van 52 weken die bij de Ziektewet gold als een *self-fulfilling prophecy* werken en dus volledige arbeidsongeschiktheid in de hand werken. Al met vertonen deze commentaren een verbluffende gelijkenis met de eerder besproken kritieken omstreeks 1960 op de Ongevallenwet!

De gevolgen van de groei van het aantal arbeidsongeschikten voor de GMD waren verstrekkend. De GMD werd direct al vanaf het eind van de jaren zestig overvallen door het veel grotere werkaanbod dan voorspeld. Ondanks de komst van veel nieuwe medewerkers bleef hij de gehele jaren zeventig kampen met personeelsgebrek. De Centrale beoordeling - volgens de wet het sluitstuk van de claimbeoordeling - raakte er door in het slop. De claimbeoordeling werd meer en meer gedecentraliseerd naar de

bedrijfsverenigingen, onder begeleiding van stuurgroepen en enigszins aangestuurd door instructies.

Ondertussen groeide bij zowel politici als direct betrokkenen de bezorgdheid over de organisatiestructuur van de WAO-uitvoering. Er zou sprake zijn van een verbrokkelde uitvoeringsorganisatie, gekenmerkt door een ondoelmatige samenwerking tussen bedrijfsverenigingen en GMD en een zwak opererende Sociale Verzekeringsraad. Eind jaren zeventig verschenen er studies naar mogelijkheden tot verbetering, maar de sociale partners, professionals en politici konden het niet eens worden over de te nemen maatregelen.

Temidden van een groeiend onbehagen over de uitvoeringsorganisatie en van de wassende stroom van WAO-aanvragen - achteraf te betitelen als een situatie van machteloosheid - probeerde de GMD te overleven door hardnekkig naar een centrale positie in het landelijk systeem van sociale revalidatie te streven. De ambitie was de GMD te laten uitgroeien tot een nationale integrale medische dienst voor revalidatie en herintreding. Door een gebrek aan bevoegdheden op dit punt lukte dit maar ten dele, ondanks de kennis en methodieken die speciaal hiervoor waren ontwikkeld. De GMD-leiding zou tot in de jaren tachtig prioriteit blijven geven aan dit streven, ook al waren toen de opvattingen over arbeidsongeschiktheid inmiddels flink gewijzigd.

3.7 *De periode 1976 - 1992*

Vanaf 1976 kunnen we als gevolg van de invoering van de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW) in dat jaar kleine, maar belangrijke verschuivingen waarnemen in de discussie over de WAO en in het proces van claimbeoordeling. Zij vormden de opmaat voor een ingrijpende koerswijziging bij de GMD in de jaren tachtig. Bij de invoering van de AAW, die regelde dat voortaan ook zelfstandigen verzekerd waren tegen arbeidsongeschiktheid, koos de wetgever ervoor de ruime interpretatie van artikel 21-2a van de WAO over te nemen, waardoor de verdiscontering van de werkloosheid in de beoordeling mogelijk bleef. Tegelijkertijd echter werd bepaald dat bedrijfsverenigingen en GMD deze verdiscontering aan een termijn mochten binden, waardoor arbeidsongeschikten na verloop van tijd alsnog arbeidsgeschikt konden worden verklaard het ontbreken van werk.

Omstreeks 1980 begon men zich zowel in politieke kringen in Den Haag als bij de direct betrokkenen van de GMD en de organisaties van werkgevers en werknemers ernstig zorgen te maken over de groei van het aantal arbeidsongeschikten. De WAO was oorspronkelijk een waardig sluitstuk van een sociaal verzekeringsstelsel, maar had zich ontwikkeld tot een molensteen om de nek van de verzorgingsstaat, zo luidde een commentaar. Deze bezorgde geluiden vormden het begin van een geleidelijke, maar fundamentele politieke omslag in het politieke klimaat op het terrein van de sociale zekerheid.

In de politieke en professionele discussie ging de aandacht aanvankelijk vooral uit naar de motieven van mensen om een beroep te doen op de WAO. Vanaf 1980 ver-

schoof zij langzaam naar de claimbeoordeling zelf en naar de vraag hoe aanpassingen daarin vooral de werkhervatting zouden kunnen bevorderen. Illustratief is een rapport van de Sociale Verzekeringsraad die in 1977 opdracht had gekregen onderzoek uit te voeren naar de oorzaken van de stijging in het aantal WAO-uitkeringen. De verslagen van dit zogenaamde 'determinantenonderzoek' (1981-1987) vermeldden als één van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid de 'perceptie van de arbeidsongeschiktheid' door de betrokkenen zelf. Deze perceptie werd volgens de SVR weer sterk beïnvloed door het oordeel van de betrokken huisarts, bedrijfsarts en verzekeringsarts. Hoe zij samen met de cliënt aankeken tegen ziekte en herstel mogelijkheden, kon doorslaggevend zijn. Er was dus winst te behalen in de claimbeoordeling, aldus de SVR.

Niet lang na het uitkomen van het SVR-rapport lag de situatie in de WAO-discussie precies omgekeerd aan die van tien jaar eerder: niet de motieven voor een beroep op een WAO-uitkering, maar juist de uitvoering van de WAO stond nu in het centrum van de discussie. Dat wil zeggen dat het proces van claimbeoordeling met terugwerkende kracht als cruciale factor in de WAO-groei werd opgevat. Met name de medische claimbeoordeling moest het daarbij ontgelden. De uitvoering van de WAO was onbeheersbaar doordat medici onvoldoende in staat zouden zijn de juridische vraagstelling inzake de aanwezigheid van ziekte, uniform te beantwoorden. Dit had te maken met het feit dat artsen doorgaans volgens eigen individuele richtlijnen handelden. De controlerende artsen zouden ook onvoldoende toegerust zijn voor het schatten van iemands psychische en fysieke restcapaciteit en kansen op de arbeidsmarkt. Welke arbeid nog in billijkheid kon worden gevraagd, was daardoor een vraag die met niet meer dan een waardeoordeel kon worden beantwoord. Een andere belangrijke tekortkoming zou zijn dat de GMD-medewerkers over onvoldoende bevoegdheden beschikten op het terrein van arbeidsbemiddeling, waardoor er weinig terecht kwam van de begeleiding van de werkhervatting. Op dit punt werd tevens gewezen op de uiterst gebrekkige communicatie tussen de verzekeringsartsen en de artsen in de curatieve sector.

Na 1985 werden in het publieke debat verdergaande maatregelen voorgesteld om de aanhoudende groei van het WAO-bestand een halt toe te roepen. Voor het eerst sinds decennia werd weer openlijk gediscussieerd over de kwestie of de uitvoering van arbeidsongeschiktheidsregelingen wel een aangelegenheid van de overheid was. Niet alleen de arbeidsongeschiktheid en de criteria voor toekenning van een uitkering, maar ook de GMD en de positie van de claimbeoordelaars zelf kwamen ter discussie te staan. Die discussie mondde in het begin van de jaren negentig uit in voorstellen tot privatisering van de uitvoeringsorganisatie of van delen daarvan, en het mogelijk maken van marktwerking in het stelsel van verzekeringen.

Hoe levendig de WAO-discussie in de jaren 1976-1992 ook was, concrete nationale maatregelen of innovaties in de praktijk van de claimbeoordeling bleken uiterst moeizaam tot stand te komen. Een lang verwacht advies van de SER over hervormingen in de sociale zekerheid leverde in 1984 op de belangrijke punten geen duidelijke voor-

stellen op. Omdat het de sociale partners niet lukte om zelfstandig met een oplossing te komen voor de 'WAO-problematiek' - inmiddels een hoofdpijndossier voor elke minister van sociale zaken -, besloot de regering na lang aarzelen in 1987 zelf met een aantal maatregelen te komen. Om te beginnen werd het wetsartikel ingetrokken dat de verdiscontering van werkloosheid mogelijk maakte. In de tweede plaats verviel de bepaling dat bij het zoeken naar mogelijkheden van herintreding de gepaste arbeid in de omgeving van de woonplaats van de cliënt beschikbaar moest zijn. Aansluitend op de aldus meer theoretische schatting van het arbeidsvermogen moesten claimbeoordelaars zich voortaan oriënteren op de arbeidsmarkt in het gehele land. Deze zogenaamde stelselherziening, die overigens ook een verlaging van de uitkering naar zeventig procent inhield, zou belangrijke gevolgen hebben voor zowel de uitvoeringsorganisatie als het proces van claimbeoordeling.

Rationalisering, regulering en intercollegiale twisten

Tegen deze achtergrond trachtte de GMD vanaf 1977 de organisatie en de claimbeoordeling te rationaliseren en tegelijkertijd vast te houden aan de oorspronkelijke ambitie uit te groeien tot een integrale medische dienst respectievelijk een landelijk revalidatiecentrum. De organisatie moest alle zeilen bijzetten om de wassende stroom WAO-aanvragen te kunnen opvangen en ook nog de uitvoering van de AAW goed ter hand te kunnen nemen. Organisatie en claimbeoordeling kwamen, nog afgezien van de chronische overbelasting, vanaf eind jaren zeventig duidelijk in moeilijk vaarwater terecht. Tegelijkertijd werden de methode en praktijk van claimbeoordeling - ofwel het vak van verzekeringsgeneeskunde - onderwerp van inhoudelijk debat, systematisering en verdieping.

Allereerst waren er de WAO/AAW-wijzigingen van 1976 die het mogelijk maakten om de verdiscontering van werkloosheid aan een termijn te binden. Vanuit de GMD heeft men zeer behoedzaam uitvoering aan deze wijzigingen willen geven. Het heeft daardoor een tijd geduurd voordat zij in een handelingsscenario waren omgezet. In 1981 kwam er een zogenaamde Administratieve Termijn Stelling (ATS) - een set van instructies die voor structuur en begeleiding moest zorgen bij de herintreding van arbeidsongeschikten. Het is de vraag in hoeverre deze maatregel heeft gefunctioneerd, want na verloop van tijd bleek de ATS bij bepaalde groepen arbeidsongeschikten, zoals kansloze oudere werknemers, voor veel problemen te zorgen.

Er bestonden in de eerste helft van deze fase (1976-1985) echter nog andere problemen die de claimbeoordelaars waarschijnlijk een erg moeilijke tijd hebben bezorgd. Men zou deze problemen kunnen karakteriseren als een 'complex van medische eigenzinnigheid en weerbarstigheid'. De politieke druk op de uitvoeringsorganisatie om doelmatiger en selectiever te werk te gaan, vertaalde zich in 1977 in een poging de claimbeoordeling en de rol van artsen en arbeidsdeskundigen, te rationaliseren. Er verschenen werkmodellen waarmee eenduidigheid in de besluitvorming, de inschattingen en de rapportage moest worden bereikt. Het proces van claimbeoordeling werd in deze jaren als het ware uitgevonden: fasen in de beoordeling werden gedefinieerd

en gemarkeerd, procesaspecten kregen nauwkeurige beschrijvingen. Een stafafdeling kwaliteitsbevordering moest vervolgens het proces onderzoeken op mogelijkheden tot verdere uniformering.

Ondertussen echter werkte men in de claimbeoordeling nog altijd met de eerder genoemde, overigens niet verplicht voorgeschreven ACD. Al jaren was men bekend met de onvolkomenheden van het instrument, dat veel interpretatieproblemen niet kon voorkomen. Toen als gevolg van de wetwijziging van 1976 - en vervolgens de komst van de ATS - de druk om het theoretisch schatten van de verdien capaciteit zorgvuldig uit te voeren, alleen maar groter werd, bleek de ACD in de ogen van velen nog minder bruikbaar dan zij al was. De rationalisering van de claimbeoordeling en de ACD had nauwelijks tot een objectivering ervan geleid, waardoor, 'al die medici het zelden met elkaar eens (waren)' zo luidde de opvatting in 1979. Zes jaar later noemde een onderzoeker de claimbeoordeling 'volslagen arbitrair', waarbij 'individuele artsen en arbeidsdeskundigen zich nauwelijks beperkt (voelen) door richtlijnen of controle van bovenaf'.

Dat de marges voor een individueel medisch oordeel in de claimbeoordeling in deze fase toch kleiner werden, blijkt interessant genoeg ook uit het toenemend aantal conflicten tussen artsen onderling en de groeiende spanning tussen de organisatie van de claimbeoordeling enerzijds en vertegenwoordigers van de behandelende artsen anderzijds. De samenwerking tussen controlerende en behandelende artsen - volgens Veldkamp in 1967 de voorwaarde voor een goede werkhervatting - is over het algemeen nooit hartelijk geweest. Maar de politieke druk (en de ambities van de GMD?) om werkhervatting tot speerpunt van beleid te maken, zorgde ook hier voor een verscherping van de verhoudingen. Waar van de kant van de GMD werd geklaagd over gebrekkige informatie-uitwisseling, beklemtoonden de KNMG en de LSV het beroepsgeheim en de noodzaak van *informed consent*. Daar kwam nog bij dat men het jarenlang niet eens kon worden over de vergoedingen die de behandelende artsen voor hun medewerking moesten ontvangen. Er bestond volgens een commentaar in 1985, een 'desastreus wederzijdse desinteresse' tussen behandelaar en controleur, die voorkwam dat verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en behandelende artsen gezamenlijk het proces van werkhervatting konden optimaliseren. Naarmate in de jaren tachtig de druk groter werd om de WAO-keuring strenger te laten verlopen, nam de onvrede en het onderling wantrouwen alleen maar toe. Meer dan ooit was duidelijk dat behandelende artsen niet verzekeringsgeneeskundig wilden werken als zij al wisten wat dat zou kunnen inhouden. Tegelijkertijd was het meer dan ooit duidelijk dat de ACD niet voldeed en verzekeringsartsen niet over een systematisch beoordelingskader beschikten waarin medische, juridische en sociale factoren konden worden gewogen.

Wetenschappelijk onderzoek en nieuwe concepten

Een van de onderliggende problemen van het gebrek aan consistentie en de intercollegiale twisten, was de afwezigheid van een eenduidig theoretisch fundament. Ook

het gebrek aan empirisch onderzoek naar de claimbeoordeling vormde een ernstig obstakel voor een goede beleidsontwikkeling. Binnen de GMD had men dit probleem vanzelfsprekend al in het begin van de jaren zeventig onderkend, maar na de oprichting van het GMD-Bureau Wetenschappelijk Onderzoek in 1975 duurde het nog tot het einde van de jaren zeventig voor het wetenschappelijk debat goed op gang kwam. Toen werd overigens ook direct duidelijk hoe verschillend tegen de verdere ontwikkeling van het vakgebied kon worden aangekeken.

Een belangrijk initiatief in 1980 was de start van de boekenserie *Menselijke Schade. Reeks medisch verzekeringsrecht en verzekeringsgeneeskunde*. GMD-medewerkers zoals M. Timmer, J.W. Korten en J.M. de Klerk beoogden met deze serie - uiteindelijk tientallen publicaties in de jaren tachtig en negentig - de systematische ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige kennis op gang te helpen. Voortbouwend op het eerder genoemde *Validiteitsonderzoek* gaven zij bijvoorbeeld nauwkeurige beschrijvingen van het werk van de verzekeringsarts, mede als antwoord op het gebrek aan identiteit van de verzekeringsgeneeskunde dat zij sinds de afschaffing van de Ongevallenwet ontwaarden. Een dergelijk 'verzekeringsgeneeskundig referentiekader' moest ook een verzameling van beschrijvingen van de meest relevante stoornissen omvatten. Een stoornissenleer, uitgaande van een voorlopige raming van duizend stoornissen, zou het medisch fundament van de claimbeoordeling moeten gaan vormen. Hiermee dacht men tegemoet te kunnen komen aan het toenemend theoretisch worden van de beoordeling.

Een deel van deze doelstellingen moesten de initiatiefnemers echter na 1990 laten varen. Ten dele werd dit geweten aan een ongunstig onderzoeksklimaat in de wereld van de claimbeoordeling, maar ook het feit dat de stoornissenleer een sterk medisch-causaal gerichte claimbeoordeling impliceerde, stuitte binnen en de buiten de GMD op scepsis. Sinds het einde van de jaren zeventig werd steeds vaker betoogd dat men bij de claimbeoordeling juist niet causaal moest denken, maar gericht moest zijn op een zo groot mogelijk herstel van de cliënt en op hervatting van werk. De aandacht zou derhalve moeten uitgaan naar de ontwikkeling van methodieken tot vaststelling van het 'verdienvermogen' van een cliënt bij ziekte of na een ongeval (de finale benadering). Daar kwam nog bij dat, eveneens sinds het einde van de jaren zeventig, bij diverse onderzoekers de mening post had gevat dat het in de praktijk van de claimbeoordeling niet logisch was om een diagnostisch-curatieve benadering te kiezen. Het was, volgens de niet-GMD-medewerker H. Herengreen, beter om de claim en de argumenten van de cliënt via een 'methodisch beoordelingsgesprek' goed te onderzoeken op hun realiteitsgehalte, om vervolgens de mate van invalidering vast te kunnen stellen. Aldus zou veel beter recht gedaan kunnen worden aan het unieke van de cliënt.

De zogenaamde finale benadering in de claimbeoordeling en het methodisch beoordelingsgesprek zouden in de jaren negentig een belangrijke rol spelen in de verdere ontwikkeling van de claimbeoordeling. Deze benadering sloot ook goed aan bij een aantal nieuwe begrippen die na 1980 in de praktijk van de claimbeoordeling ingeburgerd raakten, ten dele als resultaat van het eerder genoemde wetenschappelijk onder-

zoek in de jaren zeventig naar de rol van stress en stressfactoren bij ziekte en ziekteverzuim. Het onderzoek kreeg vanaf 1980 een impuls met de komst van concepten waarin de effecten van lichamelijke en psychische belasting op het welzijn van het individu, centraal stonden. Ook bij de GMD en de claimbeoordelaars ging men in het begin van de jaren tachtig gebruik maken van het zogenaamde belasting-belastbaarheidsmodel, waarin reeds langer bestaande stresstheoretische inzichten goed konden worden geïntegreerd.

Het model bleek een goed aanknopingspunt om aan een grondige herziening van de veelbesproken ACD te werken, die immers steeds minder bruikbaar bleek bij het theoretisch schatten op landelijk beschikbare functies. Op basis van het belasting-belastbaarheidsmodel was men er tegen het einde van de jaren tachtig in geslaagd een systematiek te ontwerpen waarmee functiebeschrijvingen en mogelijkheden van de cliënt met elkaar in overeenstemming konden worden gebracht. Dit zogenaamde Functie Informatiesysteem (FIS) zou uiteindelijk 7000 functiebeschrijvingen omvatten en in de jaren negentig een belangrijk en zelfs verplicht voorgeschreven instrument worden voor artsen en arbeidsdeskundigen bij de schattingen. De duiding van passende functies werd hiermee theoretisch onderbouwd, maar leidde – enigszins voorspelbaar – tot bezwaren van cliënten die zich niet herkenden in de resultaten van de FIS-selectie.

3.8 *De periode 1992-2005*

De claimbeoordeling heeft in de periode 1976-1992 zonder twijfel aan theoretische diepgang en methodische helderheid gewonnen, nu eens door druk van buitenaf, dan weer door innovaties van binnenuit of als gevolg van nieuwe, wetenschappelijke inzichten. Dit heeft echter niet kunnen voorkomen dat de discussie over arbeidsongeschiktheid vanaf 1990 volledig in het teken kwam te staan van de onbeheersbare groei van het aantal arbeidsongeschikten. Men sprak allang niet meer over de WAO als middel tot zelfontplooiing en voor het verkrijgen van gelijke kansen, maar over 'volumebeleid' dat een verkleining van de instroom en een vergroting van de uitstroom moest bewerkstelligen. Er waren ook wel redenen voor een nieuwe krachtsinspanning ten aanzien van de 'WAO-problematiek'. Ondanks de stijging van het aantal afwijzingen vanaf 1985 en de stelselherziening van 1987, was het aantal arbeidsongeschikten in 1990 gestegen tot bijna 900.000. In 1992 verscheen bovendien een rapport van de Algemene Rekenkamer waarin scherpe kritiek werd geuit op het falende toezicht op de werknemersverzekeringen. Een jaar later vond de 'Parlementaire enquête uitvoeringsorganen sociale verzekering' plaats, waarbij veel, eerder besproken problemen werden bevestigd.

De conclusies die op basis van het parlementair onderzoek werden geformuleerd, vormden het startschot voor een reeks van ingrijpende hervormingen van de uitvoeringsorganisatie en arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen. Voor de uitvoeringsorganisatie braken tumultueuze jaren aan. De zeventig jaar oude banden tussen sociale part-

ners en sociale verzekering werden verbroken, om de uitvoering van de wetgeving vervolgens in handen van eerst private, later toch weer van centrale publiekrechtelijke organen te leggen. De Sociale Verzekeringsraad en de GMD werden in 1995 opgeheven. Twee jaar later kwam ook aan de bedrijfsverenigingen een eind. De uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering werd na enige omwegen in handen van de UWV gelegd, terwijl het toezicht op de uitvoering bij het IWI is komen te liggen.

In 1993 werd de Wet Terugdringing Beroep Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) van kracht. Die bepaalde dat arbeidsongeschikten voortaan na één jaar en na vijf jaar moesten worden herbeoordeeld. In de claimbeoordeling moest verder de nadruk komen te liggen op 'medisch objectiveerbare beperkingen'. Bovendien werd het begrip passende arbeid verruimd, door de afschaffing van de zogenaamde 'bijkijkstoets'. Een belangrijk onderdeel van de hervormingsmaatregelen was dat de werkgevers via financiële prikkels werden aangespoord arbeidsongeschiktheid te voorkomen: hoe meer arbeidsongeschiktheid in het bedrijf, hoe hoger de premies, een verplichting van loondoorbetaling gedurende een bepaalde periode, en meer verantwoordelijkheid voor werkhervatting.

Eén van de conclusies van het parlementair onderzoek luidde dat sommige bepalingen in de bestaande wetgeving zo ruim waren geformuleerd dat de uitvoering ervan niet zonder nadere instructies aan de 'professionals' kon worden overgelaten, maar dat het juist aan dergelijke instructies had ontbroken. Met andere woorden, de wettelijke bepalingen rond arbeidsongeschiktheid boden te veel mogelijkheden voor pluriforme uitleg, waardoor de speelruimte van de uitvoerders te groot was. Deze conclusie is in de jaren negentig door de overheid ter harte genomen. Een groot verschil met voorgaande periodes in de geschiedenis van de arbeidsongeschiktheid is dat de overheid thans vergaand intervenieerde in het proces van de claimbeoordeling (bijvoorbeeld via de zogenaamde Schattingsbesluiten). Dit heeft ervoor gezorgd dat de ontwikkeling van de claimbeoordeling na 1990 een geheel nieuwe dynamiek heeft gekregen.

De wet TBA en de daarop volgende Schattingsbesluiten hadden duidelijk tot doel een strengere en ook meer uniforme keuringspraktijk tot stand te brengen. Daarnaast vond in 1993 tevens definitief de invoering plaats van het Functie Informatie Systeem als verplicht instrumentarium in de claimbeoordeling. Met het FIS kregen verzekeringsgeneeskundigen en meer nog de arbeidsdeskundigen, een 'indringend' instrument aangereikt om hun cliënten scherper dan ooit op hun 'verdienvermogen' te beoordelen.

Het kon natuurlijk niet anders dan dat de strengere eisen en de druk van standaardisering kritisch zouden worden ontvangen. Patiëntengroepen protesteerden hevig tegen de toepassing van de nieuwe criteria voor arbeidsongeschiktheid, omdat naar hun mening bepaalde aandoeningen, zoals ME, daardoor ten onrechte niet (langer) werden erkend als grond voor een uitkering. Tevens bekritiseerden zowel professionals als belangenorganisaties van cliënten het systeem, omdat het ten dele onrealistisch zou zijn en tot een 'schrijnend automatisme' in de claimbeoordeling zou leiden.

Dit heeft na 1995 tot diverse aanpassingen geleid. Bij de beoordelingscriteria stelde de staatssecretaris (I) voor een standaard 'slecht objectieveerbare aandoeeningen' op te stellen. Uiteindelijk hebben in 2000 de nieuwe beoordelingscriteria onder een nieuwe naam een wettelijke status verkregen. Ook in het FIS werden aanpassingen doorgevoerd, bijvoorbeeld door het schrappen van weinig gangbare functies. Er kwamen twintig arbeidskundige en verzekeringsgeneeskundige standaarden ter ondersteuning van het beoordelingsproces. Het FIS kreeg zijn opvolger in het Claimborging- en beoordelingssysteem.

Hoewel deze dynamiek de ontwikkeling van de claimbeoordeling beslist heeft geïntensiveerd, zijn er toch ook opmerkelijke overeenkomsten met de voorgaande decennia. Zoals sinds 1901 met regelmaat kritiek is gegeven op 'gebrekkige bewijsvoering', inconsistentie, veelvuldig arbitrair oordelen en onnauwkeurigheden in de claimbeoordeling, zo klonk wederom tegen het eind van de jaren negentig het commentaar dat de claimbeoordeling werd geplaagd door een gebrek aan objectiviteit, uniformiteit en transparantie. De keerzijde van dat gebrek was - zo bleek eind jaren negentig - dat verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundigen de vele instructies veel meer dan voorzien naar individueel inzicht invulden. Ook dit is na de bestudering van honderd jaar claimbeoordeling inmiddels een vertrouwde constatering.

Aldus lijken wetgever, uitvoerders en cliëntengroepen in de jaren negentig in een spiraal van instructies, kritieken en aanpassingen terecht te zijn gekomen. Een belangrijk verschil met de discussies in de jaren zeventig en tachtig was dat kritieken, rapporten over de claimbeoordeling en meningsverschillen een tijdlang in alle openbaarheid werden besproken, niet in de laatste plaats doordat toezichthouder CTSV actief de publiciteit zocht.

De politieke interventies en de opeenvolging van instructies hebben tezamen met de vele reorganisaties voor veel onvrede gezorgd bij de medewerkers van de uitvoeringsorganisatie(s). Dit uitte zich in ziekteverzuim en vertrek van medewerkers, maar veel meer dan in voorgaande decennia ook in kritiek op het management, de instructies en de standaarden 'die alles dicht regelden'. Het is in dit verband de vraag of de jaren negentig de geschiedenis in zullen gaan als een periode waarin een doelmatige organisatie is ontstaan die kan zorgen voor een snel, eerlijk en objectief oordeel over arbeidsongeschiktheid, of als een periode waarin het zelfstandig professioneel oordeel uit de claimbeoordeling is verdwenen.

4 En nu verder?

Bij het afronden van het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit boek is de volgende wijziging alweer van kracht geworden: de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) is per 1 januari 2006 in werking getreden en ook werden per die datum de eerste gevallen beoordeeld die een wachttijd van 2 jaar hadden doorgemaakt. De WIA kan als sluitstuk van de adviezen van de Parlementaire Enquête worden gezien waar het gaat

om de aparte regeling voor de volledig en blijvend arbeidsongeschikten. Diverse commissies hebben zich bezig gehouden met de voorbereiding van de WIA. Ook het project Sociale zekerheid en zorg heeft de geesten rijp gemaakt voor belangrijke veranderingen. Voor de claimbeoordeling was de discussie over het beoordelen aan de hand van lijsten van ziektebeelden van groot belang. De WIA valt echter buiten het bestek van dit onderzoek en we zullen dat alles dus niet verder behandelen. Ook zullen we ons niet verliezen in speculaties over de kansen van de WIA tegen de achtergrond van wat we weten over de geschiedenis van de claimbeoordeling.

Wel kunnen we met die kennis een aantal zaken aanstippen die opmerkelijk zijn in de historische context. Het wettelijke criterium is dat niet zozeer: het is een variatie op het vaste thema van onvermogen om te kunnen verdienen, uitkering naar rato van de mate van dit onvermogen en nadruk op het realiseren van mogelijkheden waar dat kan. Ook de organisatie wordt niet wezenlijk anders: voorlopig is het de uitkeringsinstantie UWV die als (bijna) monopolist de claimbeoordeling verzorgt. Het UWV schakelt artsen en arbeidsdeskundigen in om die beoordelingen te doen, net als voorheen. Voor de claimbeoordeling zijn enkele wijzigingen zeker historisch interessant: het onderscheid naar prognose, de verlenging van de wachttijd, de multidisciplinaire “3B” richtlijnen, de verzekeringsgeneeskundige protocollen en de mediprudentie. Dit zijn medische aspecten; arbeidskundig lijkt er niet veel te veranderen.

Het onderscheid naar prognose (de al dan niet duurzame arbeidsongeschiktheid) is nieuw en afgewacht moet worden of de uitvoering er in zal slagen om de kennis en de instrumenten te maken om dat tot een goed einde te brengen, zeker als het voor de cliënten materieel verschil zal uitmaken hoe de beslissing luidt. Ook zal het krachten spel rond de cliënt mogelijk worden beïnvloed door de vraag of men wil erkennen dat het in een bepaald geval nooit meer goed komt; een voor artsen en cliënten moeilijke constatering.

Het verlengen van de wachttijd naar twee jaar maakt Nederland tamelijk bijzonder hoewel in enkele landen een nog langere wachttijd kan voorkomen (Denemarken, Frankrijk) Voor de publieke claimbeoordeling betekent dit een verkleining van het domein ten faveure van private partijen die hier kansen krijgen. De wachttijd voor een publieke uitkering wegens arbeidsongeschiktheid van twee betekent dat de gevallen die het einde van de wachttijd halen nog meer uitzonderlijk zullen zijn en nog meer een selectie van gevallen waarin de gezondheidszorg en de arbeidsmarkt het participatieprobleem van het betreffende individu niet hebben kunnen oplossen. Dat betekent dat de claimbeoordelaars over een langer traject terug moeten kijken met de vraag waarom het niet gelukt is. Het betekent ook dat de mogelijkheid van bijsturing nog minder wordt en het belang van meer geaggregeerde feed back mogelijk groter: de sociale verzekering kan meer zeggen over de kenmerken van de individuen waarbij het niet is gelukt en daarmee gezondheidszorg en arbeidsbestel voeden.

Deze wijzigingen zijn onderwerp geworden van het advies van de Gezondheidsraad over de uitvoering van de WIA, het advies “Beoordelen, behandelen, begeleiden” uit 2005. Dat advies werd ingegeven door de discussie over de genoemde lijsten van

ziektebeelden. Die lijsten ziet de Gezondheidsraad niet komen maar wel zogeheten 3B richtlijnen. Dat moeten multidisciplinaire richtlijnen worden, diagnose georiënteerd, waarin voor zowel behandeling, begeleiding als claimbeoordeling beschreven staat wat het optimale medische handelen is. De nadruk in de claimbeoordeling zou daarmee weer kunnen verschuiven naar de vraag waarom het niet gelukt is. Daarmee moeten de schotten tussen groepen artsen lager worden gemaakt. De geschiedenis heeft wel uitgewezen dat die schotten wel verlaging kunnen gebruiken maar ook dat het niet eenvoudig zal zijn. Historisch gezien wordt het implementeren van het Gezondheidsraad advies mogelijk een mijlpaal.

Vooruitlopend op de 3B richtlijnen stelt de Gezondheidsraad in opdracht van de minister verzekeringsgeneeskundige protocollen samen waarin voor tien verschillende diagnoses verzekeringsgeneeskundige, curatieve en bedrijfsarts-richtlijnen worden gebundeld voor gebruik door de verzekeringsartsen. Die protocollen vormen een trendbreuk met de traditie van richtlijnen voor verzekeringsartsen welke immers juist niet gericht waren op diagnoses. De uitdaging zal zijn om in die protocollen de informatie bijeen te brengen die verzameld is over 'gewone' gevallen die weer herstellen maar die van belang moet worden voor de beoordeling van de uitzonderingen die niet herstellen.

Of de juiste kennis bestaat of nog moet worden ontwikkeld is onzeker maar in dat verband is een andere trendbreuk eveneens het vermelden waard: de programma's van onderzoek voor de academisering van de verzekeringsgeneeskunde welke worden betaald door UWV en SIG. Na vele jaren waarin er voor gepleit is, is er nu een Kenniscentrum verzekeringsgeneeskunde van UvA, VU en UWV, aangevuld met een onderzoeksprogramma waarin ook de RUG en TNO participeren. Deze programma's zijn van historische omvang gezien het aantal promoties en andere onderzoeken die ze moeten opleveren. Thema's zijn het proces van beoordelen, de resultaten van de beoordelingen, de instrumenten van beoordelingen, reïntegratie als proces en de instrumenten ervoor. In diverse onderzoeken is een sterke relatie gelegd met inzichten uit de bedrijfsgeneeskunde zodat de band daarmee vermoedelijk zal worden versterkt. Arbeidskundige kennis is hierin (nog) niet voorzien.

Tenslotte moet de mediprudentie worden genoemd: een voor alle betrokkenen toegankelijke verzameling van schriftelijk vastgelegde, beargumenteerde, gewogen en becommentarieerde claimbeoordelingsbesluiten. Deze was door de Gezondheidsraad wenselijk geacht omdat alleen richtlijnen en medische evidence momenteel niet voldoende zouden zijn om de verzekeringsartsen houvast te geven wat betreft de te hanteren normen. De mediprudentie lijkt daarmee op de gevalsbeschrijvingen die de controlerend geneesheren publiceerden in de beginperiode van de Ongevallenwet om elkaar op de hoogte te brengen van afwegingen en normen en daarover het debat aan te gaan. Ook van de mediprudentie moet worden afgewacht of hij tot bloei kan komen en daadwerkelijk ijkpunten voor de artsen gaat leveren.

In het begin van dit hoofdstuk is vastgesteld dat de wetgever in 1901 om begrijpelijke redenen voor het uitgangspunt heeft gekozen dat de medici in het land het best konden bepalen wie arbeidsongeschikt was. Een punt waaraan in het verleden weinig aandacht is besteed, is dat men als gevolg van die keuze een principieel nieuwe verhouding tussen arts en overheid in het leven riep en ook veranderingen in de verhouding arts-patiënt veroorzaakte. In geval van arbeidsongeschiktheid (in de zin van de wet) was de behandelend arts voortaan verantwoording verschuldigd aan de controlerend geneeskundige van de RVB, terwijl de patiënt voor het eerst de mogelijkheid geboden kreeg rechten in de spreekkamer te laten gelden. In de jaren zestig van de twintigste eeuw is wel geopperd dat als gevolg van de Ongevallenwet in principe iedere arts in Nederland een sociaal-geneeskundige was geworden die met regelmaat uitspraken moest doen over het werk, het beroep, en in feite dus over de maatschappelijk positie van zijn patiënt.

In de eerste jaren na 1901 is er inderdaad een trend in die richting zichtbaar. Bij de uitvoering van de Ongevallenwet ging het aanvankelijk weliswaar in totaal om twaalf controlerend geneeskundigen, een aantal assistent-geneeskundigen en een viertal speciaal agenten. Maar zij gaven al in 1903 bij 29.000 werknemers een beoordeling van lichamelijke letsels. In 1914 was dat aantal opgelopen naar ruim 55.000 en na 1927 ging het ieder jaar om (veel) meer dan 100.000 werknemers. Wanneer men bedenkt dat het aantal behandelend artsen tussen 1900 en 1920 langzaam groeide van 2500 naar 3500, dan mag worden aangenomen dat zeer veel artsen in Nederland al voor 1920 met de uitvoering van de Ongevallenwet te maken hebben gehad.

Naarmate de werkingssfeer van de Ongevallenwet groter werd en het aantal sociale wetten zich uitbreidde, kreeg de inbedding van de medische professie in de door de overheid gereguleerde verzorgingsarrangementen steeds vastere vorm. Niet alleen de toename van de werkzaamheden van controlerende én behandelende artsen in de jaren 1910-1940 ingevolge de Ongevallenwet, ook de komst van de Invaliditeitswet in 1919, het - in dit boek niet besproken - groeiend aandeel van artsen bij de arbeidsbemiddeling vanaf 1916, de komst van fabrieksartsen vanaf 1928 en de toename van het aantal geneeskundige controles bij ziekteverzuim vooral na de invoering van de Ziektewet in 1930, zorgden ervoor dat waarschijnlijk iedere medicus al voor 1940 inderdaad in meer of mindere mate bij de uitvoering van de sociale zekerheidswetgeving was betrokken.

Na 1945 werd deze betrokkenheid alleen maar groter. De Ziekenfondswetgeving en de WAO in 1967 (en de AAW in 1976) vormden het sluitstuk van dit proces van verstrengeling van geneeskundige deskundigheid en collectieve verzorgingsarrangementen. In zekere zin was inderdaad iedere medicus sociaal-geneeskundige geworden. De mogelijkheden, moeilijkheden en dilemma's die met deze functie waren verbonden, kwamen echter het duidelijkst aan het licht bij de regelingen van de arbeidsongeschiktheid. Dit aspect zal tot slot in de nu volgende paragraaf worden besproken.

In dit onderzoek zijn vooral de medici onder de claimbeoordelaars zichtbaar geworden en is de rol van de speciaal agent respectievelijk de arbeidsdeskundige onderbelicht gebleven. In theorie waren de speciale agenten resp. de arbeidsdeskundigen even belangrijk bij de claimbeoordeling als de artsen. In de praktijk blijken de artsen dominant te zijn geweest. Dit was ten dele een kwestie van hiërarchie binnen de RVB, ten dele het gevolg van het feit dat de verzekeringsartsen als onderdeel van de medische beroepsgroep hun eigen beginselen konden handhaven onafhankelijk van de RVB en de GMD. Arbeidsdeskundigen hebben die mogelijk niet gekend. Een derde oorzaak was dat arbeidsdeskundigen bij de GMD aanvankelijk vooral werden ingezet bij de werkhervatting.

Afgaand op de rol van de geneeskundigen als claimbeoordelaars lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat het proces van claimbeoordeling de gehele twintigste eeuw is gekenmerkt door een permanente spanning tussen algemene, juridische en medische, voorschriften enerzijds en het beoordelen van de individuele cliënt door de individuele claimbeoordelaar anderzijds. Deze spanning is niet verrassend voor wie de ontwikkeling van de geneeskunde in de twintigste eeuw in ogenschouw neemt.

Toen in 1901 werd besloten om de uitvoering van de Ongevallenwet in handen van medici te leggen, is tevens gekozen voor een specifieke medische benadering van de arbeidsongeschiktheid. Het moet echter worden betwijfeld of men zich indertijd en in de decennia die volgden volledig bewust was van de consequenties van deze keuze. De verwachtingen die men na 1901 ten aanzien van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid heeft opgebouwd, konden achteraf gezien namelijk maar zeer ten dele door de geneeskunde worden beantwoord.

Van de claimbeoordelaars werd verwacht dat zij een juridisch consistente beoordeling van de individuele arbeidsongeschiktheid respectievelijk de gezondheidstoestand zouden geven, inclusief de vraag naar mogelijkheden tot behandeling en revalidatie. Tegelijkertijd was het de taak van de beoordelaar een prognose te geven van het verdere verloop van de ziekte of de aandoening, zodat kon worden bepaald wanneer en in hoeverre de patiënt in kwestie weer aan het werk kon. Naarmate de jaren vorderden, groeide de behoefte aan objectivering, breidde de regelgeving zich uit en verschenen er meer en meer gedetailleerde schattingscriteria. Diagnose en prognose werden aldus objecten van sturing met als doel een eenduidige (en dikwijls onherroepelijke) uitspraak te verkrijgen: wel of geen uitkering.

Deze permanente neiging tot (juridische, wetenschappelijke) aansturing van de claimbeoordeling, die de gehele twintigste eeuw door zichtbaar is, wekt niet de indruk dat het hier louter om een voorspelbare uitwerking gaat van - overigens opzettelijk onuitgewerkte - wettelijke voorschriften. Het heeft er alle schijn van dat die neiging ook een reactie vormde op het onvermogen van de artsen (zowel de behandelende als de controlerende artsen) om met de bestaande expertise aan de eerder genoemde verwachtingen te voldoen. De invoering van de Invaliditeitswet in 1919 en van de WAO in

1967 heeft geen wezenlijke verandering teweeggebracht in het genoemde verwachtingspatroon en evenmin in het onvermogen van medici daaraan tegemoet te komen. Met andere woorden: we kunnen onszelf de vraag stellen of de twintigste eeuwse medici theoretisch, mentaal en technisch wel voldoende geëquipeerd waren om uitvoering te geven aan de (politieke) doelstellingen van de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Het antwoord luidt dat zij in honderd jaar tijd veel hebben bijgedragen aan de opbouw van een levendige beoordelingspraktijk en een daarmee verbonden corpus van kennis, maar dat bepaalde intrinsieke eigenschappen van de geneeskunde altijd haaks hebben gestaan op de bedoelingen van de wetgever.

Twee nauw met elkaar samenhangende eigenschappen van de geneeskunde van de twintigste eeuw hebben hierbij een rol gespeeld. Om te beginnen was er het probleem van de verhouding tussen theorie en praktijk, meer specifiek tussen medische wetenschap en geneeskundige praktijk. In de jaren dat de RVB zijn organisatie opbouwde en de beoordelingspraktijk gaandeweg gestalte kreeg, was de geneeskunde nog maar veertig jaar verwijderd van de tijd dat natuurwetenschappelijke inzichten het fundament waren gaan vormen van het medisch denken. Er bestond sindsdien een nieuwe (epistemologische) spanning in de geneeskunde die in de loop van de twintigste eeuw telkens opnieuw aan de oppervlakte zou treden, namelijk de discrepantie tussen enerzijds de natuurwetenschappelijke ziekteconcepten en anderzijds de door ervaringskennis gedreven curatieve tradities van de medicus die tegenover de individuele patiënt staat. Paradoxaal genoeg werd juist door de groeiende betekenis van de natuurwetenschappen in de twintigste eeuw duidelijker dat de geneeskunde een - om de Duitse medisch-historicus Rothschuh te citeren - 'Handlungswissenschaft' is met als (enig) doel het genezen van zieke mensen. Enerzijds kent de geneeskunde sinds het midden van de negentiende eeuw het groeiend verlangen naar en toenemend investeren in een natuurwetenschappelijk, theoretisch verklaringskader voor waargenomen ziektebeelden, dat de sleutel moet bieden voor een beter begrip van de ziekteoorzaak (causalisme) of de ziektevoorwaarden (conditionalisme) en dat zoveel mogelijk verantwoording kan bieden voor het therapeutisch handelen. Anderzijds werkt de medicus in de praktijk met ervaringskennis, zoekt hij pragmatisch naar overeenstemming tussen heterogene informatie, en concentreert hij zich op de individuele patiënt in de spreekkamer die weer naar gezondheid moest worden geleid, maar wiens toestand nooit geheel een spiegel is van de theorie. Deze spanning tussen kunst en kunde, ervaring en wetenschap, die sinds het midden van de negentiende eeuw soms scherpe vormen heeft aangenomen, is kenmerkend voor de geneeskunde in het algemeen. In dit boek wordt duidelijk dat deze spanning juist in de context van de arbeidsongeschiktheid onversneden aan de oppervlakte kon treden.

De evolutie van de geneeskunde in de richting van een op causaliteit gericht vakgebied met genezing als belangrijkste doel, had nog een andere belangrijke consequentie, die juist in de context van de arbeidsongeschiktheid zichtbaar werd, namelijk de verdwijning van de vaardigheid van het prognosticeren. Het geven van een prognose - het inschatten van het toekomstig verloop van een ziekte en deze inschatting kenbaar

maken aan de patiënt - vormde van oudsher een belangrijk onderdeel van de medische praktijk. De leer van de prognose vormde het hoogtepunt van het Middeleeuws medisch curriculum. In de Franse medische school van het begin van de negentiende eeuw was de vaardigheid om de ziekte-toekomst te voorspellen volledig gecultiveerd en zelfs ten tijde van het therapeutisch nihilisme van de Weense school in het midden van diezelfde eeuw was het geven van een prognose een kernopdracht van de medicus practicus.

Met de komst van de natuurwetenschappen kwam de nadruk in de geneeskunde te liggen op de diagnose en de behandeling. Naarmate men over meer effectieve therapeutische middelen is gaan beschikken (of meende te beschikken) nam de drang van het prognosticeren af. Waarom nog langer voorspellen, als ziekten kunnen worden behandeld en weggenomen, zo werd algemeen de veronderstelling. In de loop van de twintigste eeuw is de prognose vrijwel geheel verdwenen uit de medische tekstboeken, het onderzoek, de zorg en de medische opleiding. Sommige onderzoekers schatten dat nog slechts vier procent van alle medische publicaties in meer of mindere mate betrekking heeft op de prognose van een ziekte. Het valt buiten het kader van dit onderzoek om nader te onderzoeken waarom de 'prognose' het moeilijke stiefkind van de medische professie is geworden en artsen zelfs een afkeer van het geven van een prognose hebben ontwikkeld. Een apart historisch onderzoek naar de teloorgang van het prognosticeren in de twintigste eeuw lijkt evenwel de moeite waard.

De chronische spanning tussen wetenschap en kunst in de geneeskunde en de verdwijning van de prognose als doelstelling uit het medisch handelingsrepertoire hebben in de context van de curatieve geneeskunde in de twintigste eeuw voor veel discussie geleid, maar de controversen en problemen zijn telkens hanteerbaar gebleven of zijn zelfs productief gebleken. In de context van de arbeidsongeschiktheids-wetgeving daarentegen bleken na 1901 dezelfde eigenschappen van de geneeskunde chronisch onverenigbaar met de doelstellingen van de wetgever. Voor een patiënt met klachten, hoe onduidelijk ook, zijn in de curatieve zorg onderzoek en begeleiding in principe altijd op zijn plaats. Men kan de diagnose uitstellen of bijstellen en men kan alternatieve behandelingen uitproberen. Bij de claimbeoordeling echter moet binnen een zekere tijd een (juridisch valide) 'ja' of 'nee' worden uitgesproken op de vraag of iemand recht op een uitkering heeft. Deze eis staat duidelijk op gespannen voet met de medische invalshoek, die vele controlerende artsen sinds 1901 ongetwijfeld hebben gehanteerd. De spanning tussen theorie en praktijk in de geneeskunde werd in de context van de claimbeoordeling dus in zekere zin verdubbeld: bovenop de toch al bestaande spanning tussen pathofysiologie en patiëntencasus was er de dreigende inconsistentie van het medisch oordeel en de gewenste uniformiteit van het juridisch oordeel.

In de honderd jaar claimbeoordeling zijn de momenten waarop deze spanningen aan de oppervlakte treden goed aanwijsbaar. De roep om objectiviteit en uniformiteit in de claimbeoordeling respectievelijk de kritieken op het gebrek daaraan zien we bij de richtlijnen van Van Eden in de jaren twintig, de discussies rond de beroepsziekten

in de jaren dertig en veertig en in de harde commentaren sinds de jaren veertig. Aan het einde van de jaren vijftig - en ook bij de discussie over de AAW in 1976 - klonk wederom de roep om algemene richtlijnen, omdat artsen te veel hun individuele oordeel zouden volgen. In 1993 stelde de parlementaire enquêtecommissie vast dat de professionele autonomie eigenlijk te groot was en pleitte deze juist daarom voor een strakkere (politieke) aansturing van claimbeoordeling. Desondanks bleek eind jaren negentig dat de verzekeringsgeneeskundigen en de arbeidsdeskundigen hun individuele oordeel veelvuldig het zwaarst hadden laten wegen.

De geneeskunde is als *Handlungswissenschaft* een vak van onzekerheid, ook in de twintigste eeuw. Deze eigenschap is moeilijk te verenigen met de doelstellingen van de claimbeoordeling. Dit is een van de redenen waarom de elementen van juridische aard (uitvoering van een wet, claim beoordelen, toetsing in beroep bij de rechter), van medische aard (ziektebeelden en hun gevolgen voor het functioneren) en van de arbeidsmarkt (beroepen, werkorganisatie, werkloosheid) lange tijd zonder succes in het proces van claimbeoordeling zijn samengebracht. Een studie in 1992 naar de werkwijze van verzekeringsartsen leverde op dit punt interessante gegevens op.² Deze studie wierp voor het eerst een systematische blik in de keuken van de claimbeoordeling en liet zien dat verzekeringsartsen vooral streven naar een redelijke mate van overeenstemming tussen claim, claimklachten en bevindingen van eigen onderzoek. Zij gebruikten daarvoor ongeveer 670 'vuistregels' als kleinste bouwstenen in de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming. Deze vuistregels bleken lang niet alle logisch of goed onderbouwd te zijn. De beschreven werkwijze, waarop overigens in de eerderbesproken mediprudentie wordt voortgebouwd, is in de geschiedschrijving van de geneeskunde een volkomen herkenbaar thema. Met andere woorden: de dilemma's van de medische claimbeoordeling in de twintigste eeuw vormden het spiegelbeeld van die van geneeskunde als geheel, zij het dat de verzekeringsgeneeskundige dilemma's altijd veel meer onderwerp van publiek debat zijn geweest.

2 Razenberg, *Verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming: inzicht in de praktijk*.

Bijlage Statistiek van keuringen

Ton Kappelhof

De bijlage bestaat uit zeven tabellen gecentreerd rond de basisvariabelen: aantal verzekerde personen, aantal verzekerde mensjaren, aantal ongevallen, aantal toegekende uitkeringen en aantal adviesaanvragen na einde wachttijd. Dit laatste gegeven leidde tot medisch en arbeidsdeskundig onderzoek. Voor de periode van de Ongevallenwet (1901/1921) zijn de toegekende uitkeringen gesplitst in korte en lange uitkeringen. De WAO en de AAW kende een dergelijke splitsing niet. Twee ontwikkelingen verdienen daarnaast afzonderlijke aandacht: het aandeel van vrouwelijke verzekerden en de diagnose die gesteld werd bij de eerste keuring. Voor deze bijlage zijn alleen gepubliceerde statistieken gebruikt. De brongegevens zijn over het algemeen reeds lang geleden vernietigd.

Herkomst van deze gegevens

Er waren of zijn drie instanties die statistieken omtrent de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten bijhielden: van 1903 tot 1967 de Rijks- c.q. Sociale Verzekeringbank, van 1967 tot 1993 de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en van 1993 tot heden de uitvoeringsinstanties (UVT's) later gefuseerd tot Uitvoeringsorganisatie Werknemers Verzekering (UWV). De meest recente gepubliceerde statistieken dateren van 2002.

a) de Rijksverzekeringbank/Sociale Verzekeringbank

De Rijksverzekeringbank was vanaf 1901 wettelijk verplicht deze statistiek te maken en te publiceren. De gegevens werden op het hoofdkantoor van de bank in Amsterdam verzameld en verwerkt met behulp van de voorgeschreven formulieren voor ongevals-aangiften.

De gepubliceerde ongevallenstatistiek bestaat uit twee delen: een statistiek van verzekerde ondernemingen en een statistiek van ongevallen. De statistiek der ondernemingen verscheen tamelijk snel na afloop van het jaar, die van de ongevallen veel later. Zo verscheen die over het jaar 1941 pas in oktober 1943, die over 1942 in juli 1946, die over 1947 pas in oktober 1950.

Aanvankelijk was statistiek zeer uitgebreid, maar na een tijd van experimenteren kreeg zij rond 1910 een vaste vorm. In 1930 werd de opzet echter weer ingrijpend gewijzigd.

Bij de Ongevallenwet zijn alle bij de Rijksverzekeringbank aangegeven ongevallen verwerkt, dus ook die welke elders verzekerd waren of waar de werkgever zelf het risico droeg. Vanaf 1928/1929 hoefden bedrijven met een erkende geneeskundige dienst ongevallen die alleen genees- of heelkundig door hen behandeld waren niet

meer aan te geven.

De ongevallen die het gevolg waren van oorlogshandelingen zijn niet in de ongevalstatistiek opgenomen, want daarvoor bestonden tijdens de Tweede Wereldoorlog twee aparte fondsen, het Bijzonder Ongevallenfonds (BOF) en het Luchtbeschermingsongevallenfonds (LUBOF).

De statistiek verscheen over de jaren 1903-1941 en 1946-1963. Van de jaren 1964-1967 is geen statistiek gepubliceerd. De statistiek van het jaar 1946 is wel gepubliceerd, maar niet meer aanwezig in het archief van de Sociale Verzekeringsbank.

Aangezien niet alle arbeiders evenveel uren maakten, werkte de Rijksverzekeringsbank met type-arbeiders. Een type-arbeider is alle verzekerde mandagen gedeeld door het getal 300. Het getal van 300 werd al in 1903 door de raden van beroep gehanteerd bij de berekening van het dagloon. Aangezien gezinsleden in de Ongevallenwet niet meeverzekerd waren, mag het aantal type-werklieden gelijk gesteld worden aan het aantal verzekerde arbeiders.

b) Gemeenschappelijke Medische Dienst

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelde bij beschikking van 28 juni 1968 vast hoe het jaarverslag van de GMD en daarmee de statistiek moest worden ingericht. De GMD heeft zich aan deze richtlijn gehouden.

c) De bedrijfsverenigingen (UVI's)/UWV

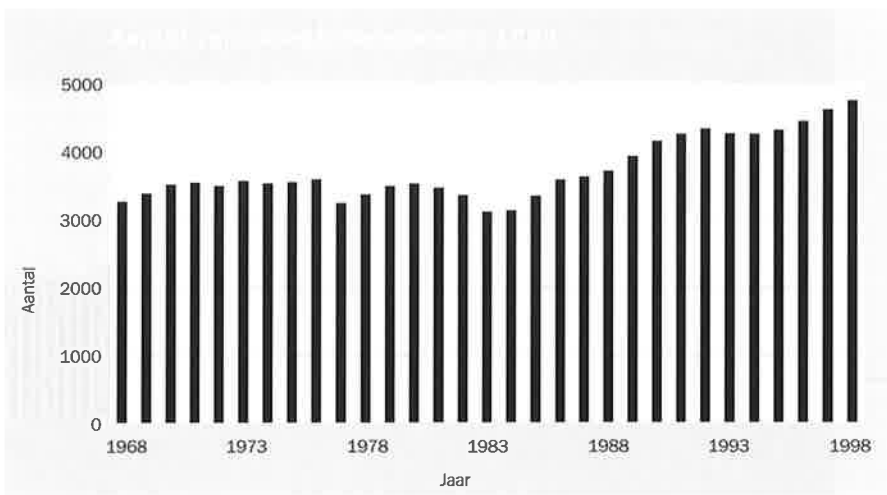
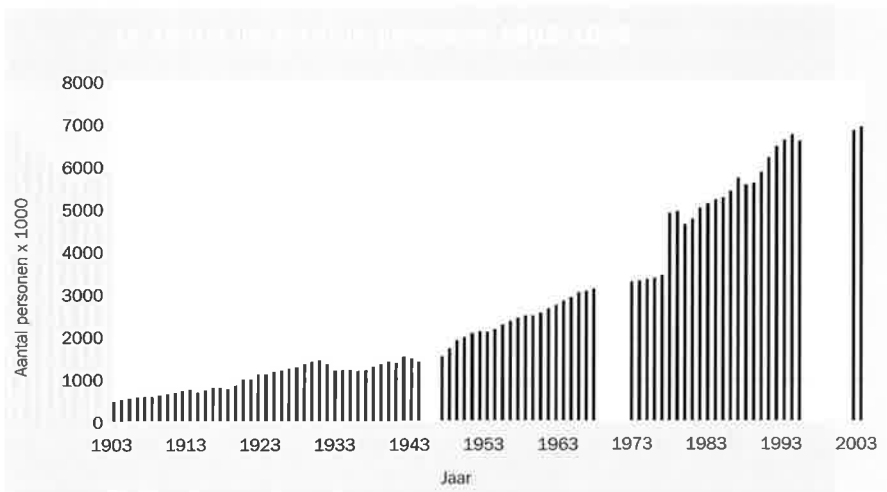
Na de opheffing van de GMD op 1 januari 1993 werd de statistiek door de bedrijfsverenigingen bijgehouden. De cijfers van de UVI's werden gepubliceerd in jaaroverzichten en in de meer samenvattende 'Kroniek van de Sociale Verzekeringen'.

Deze statistiek was heel anders opgezet dan die van de GMD. In plaats van aantallen verzekerde personen werd nu gewerkt met verzekerde mensjaren, in plaats van gegevens over de uitgebrachte adviezen en herkeuringen kwamen gegevens over lopende, nieuwe en beëindigde uitkeringen en veel aandacht voor de in- en uitstroom en het saldo daarvan. De aandacht voor medische aspecten is beduidend minder dan in de statistiek van de GMD. Het genderspect werd na 1992 wel in de statistiek verwerkt, maar op een andere wijze dan daarvoor zodat doorlopende reeksen niet konden worden samengesteld.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek

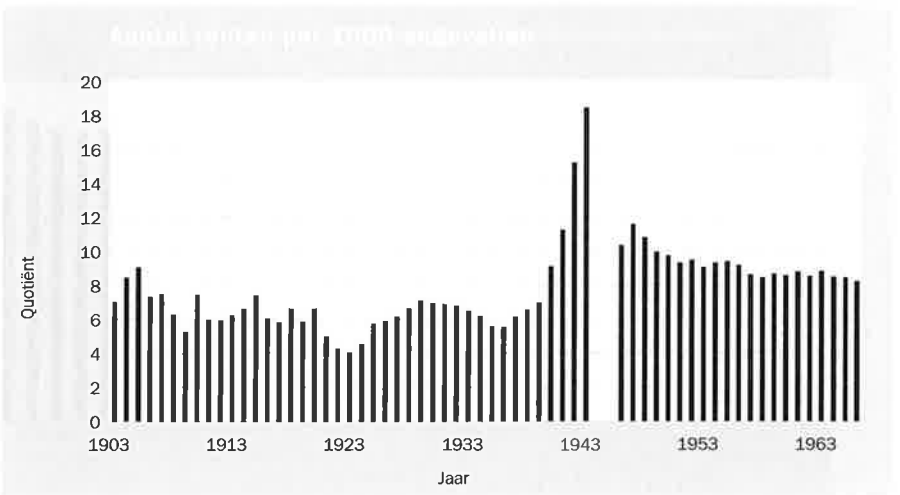
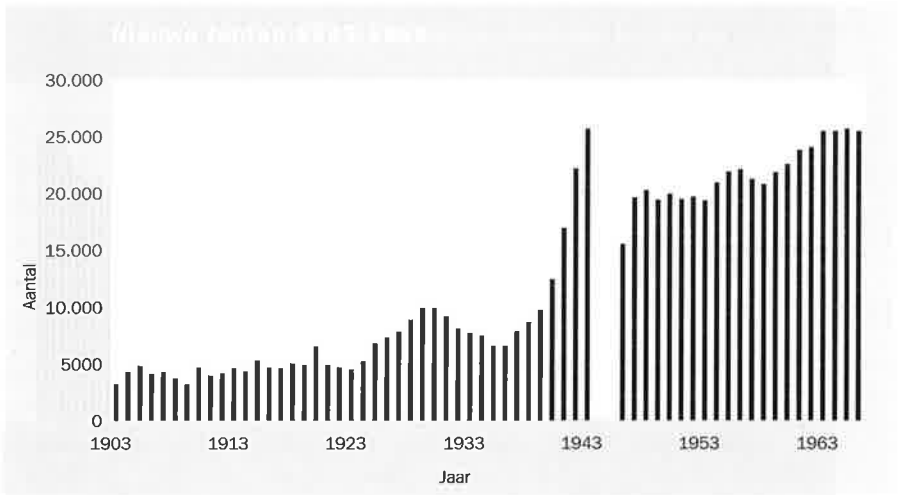
De door het CBS gepubliceerde statistieken over de uitvoering van de Ongevallenwet zijn blijkens eigen opgave afgeleid van de statistiek van de Rijks-/Sociale Verzekeringsbank.

1 Aantal verzekerden arbeidsongeschiktheid, 1903-1998

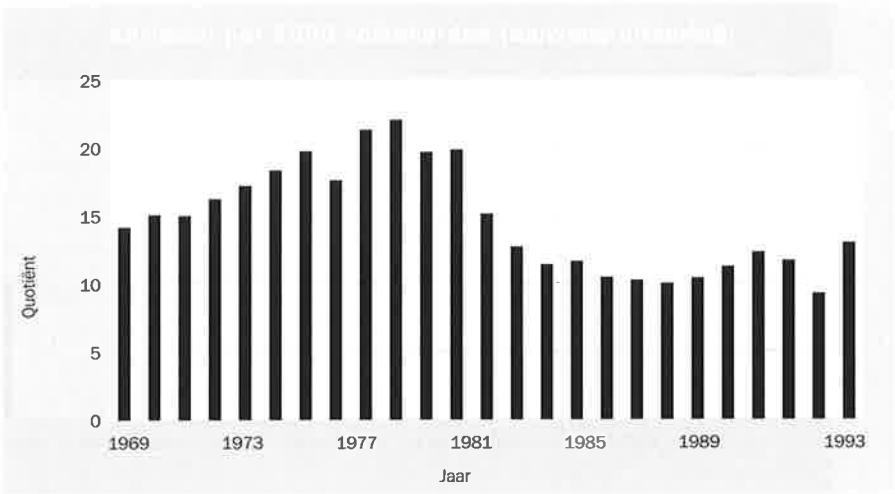
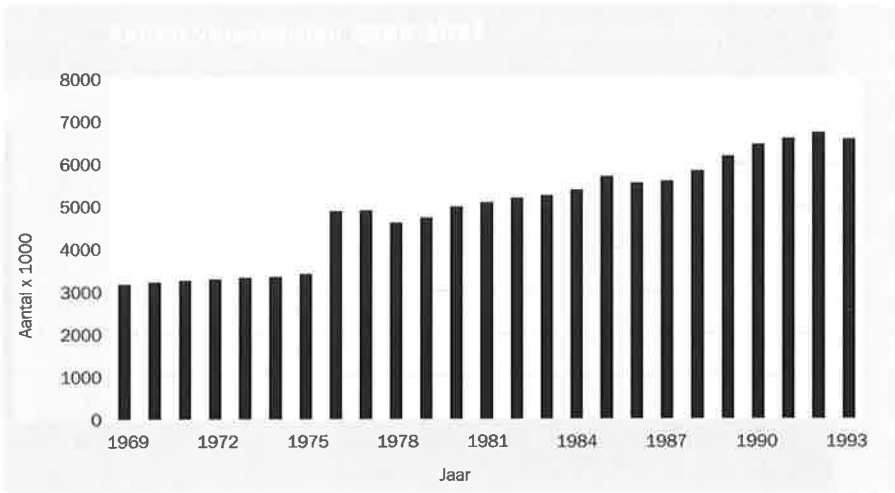


Onder verzekerde personen worden verstaan zij die verzekerd waren volgens de Ongevallenwet (1921), de WAO (vanaf 1967), de AAW (van 1976 tot en met 1997), de WAZ en de Wajong (deze twee laatste vanaf 1998). De aantallen verzekerden in de Land- en Tuinbouwongevallenwet, de Zeevaartongevallenwet en de Mijnwerkersinvaliditeitswet zijn niet bekend. De ongevallenwetten maakten in 1967 plaats voor de WAO. Voor de jaren 1993-1998 zijn alleen de aantallen verzekerde mensjaren bekend, na 1998 zijn weer alleen verzekerde personen vermeld.

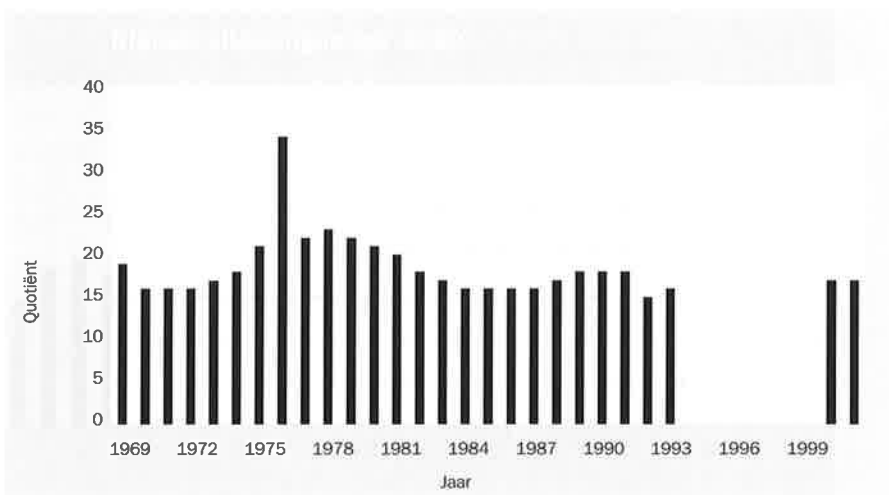
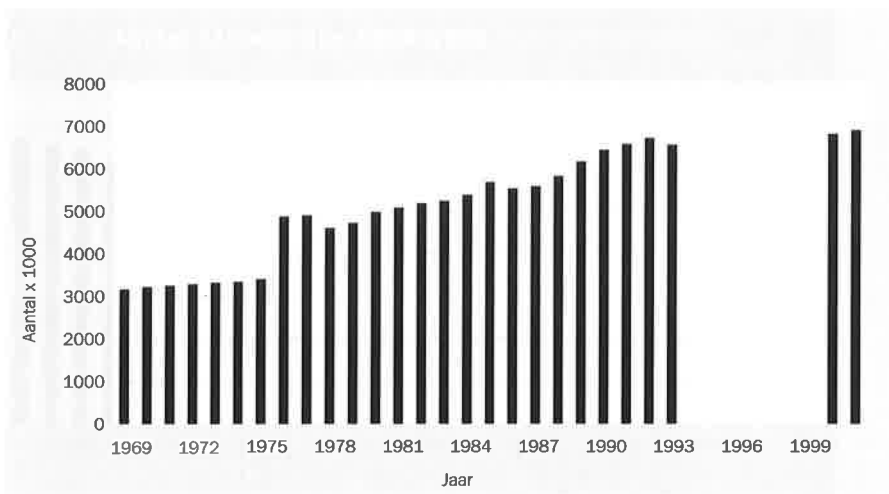
2 Ongevallenwet, 1903-1966



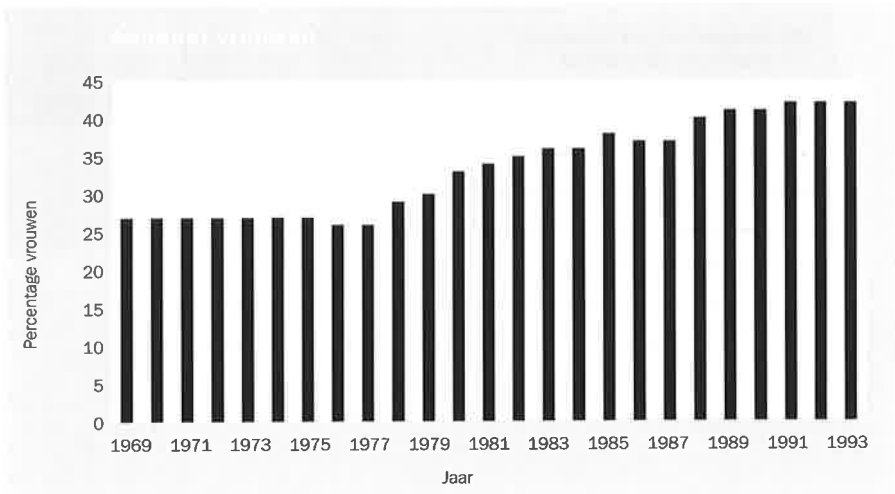
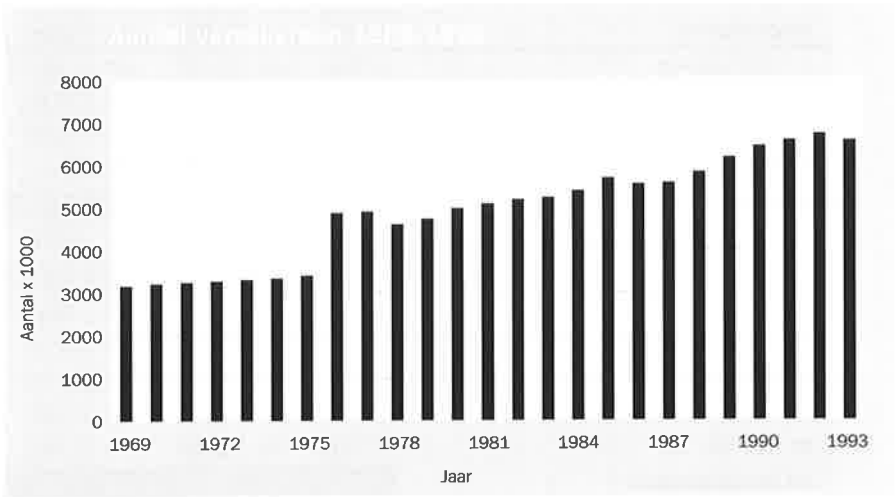
3a WAO en AAW. Verzekerden en adviezen, 1969-1993



3b WAO, AAW, WAZ en Wajong. Verzekerden en nieuwe uitkeringen, 1968-2001



4 WAO en AAW verzekerden aandeel vrouwen, 1969-1993



Vanaf 1993 is dit gegeven niet opgenomen in de gepubliceerde statistiek.

5a WAO en AAW. Adviezen na einde wachttijd, naar diagnose, 1967-1993

Diagnosegroep	1967	1975	1980	1985	1990	1993
I infectieziekten	486	1015	738	447	892	835
II kanker	692	2195	3119	2503	3245	2757
III allergieën en endocriene stoornissen	357	1170	1583	968	1661	1310
IV bloed e.d.	48	129	176	93	142	170
V psyche	1717	12641	23541	17868	29678	25564
VI zenuwstelsel en zintuigen (organisch)	1213	3294	4819	3139	4759	3408
VII hart en vaten	3273	11922	12867	7091	7385	5602
VIII longen e.d.	1795	4243	4451	1982	2254	1834
IX spijsvertering	465	2241	2908	1526	1772	1678
X urine e.d.	194	816	1174	694	737	728
XI zwangerschap	12	65	148	192	404	593
XII huid e.d.	133	740	1088	577	795	821
XIII bewegingsorganen	3347	18802	28580	20881	33439	29345
XIV aangeboren	189	1152	1874	946	1045	819
XV ongevallen	602	4631	5295	3519	4144	5056
XVI onbekend o.a. niet nauwkeurig omschreven ziektebeelden	172	2153	6542	2163	1767	3216
TOTAAL	14695	67209	98903	65278	94582	84973

- meest voorkomende diagnosegroep
- op een na meest voorkomend
- op twee na meest voorkomend

5b WAO en AAW. Adviezen na einde wachttijd, naar diagnose, procentueel, 1967-1990

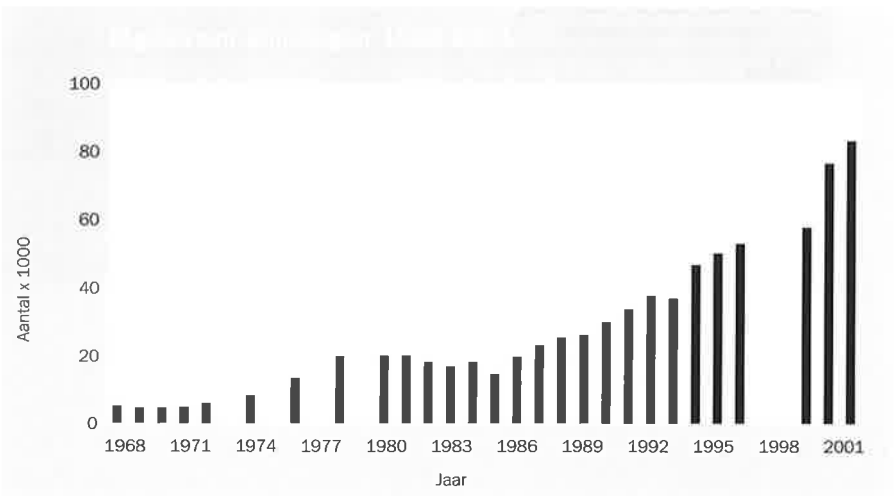
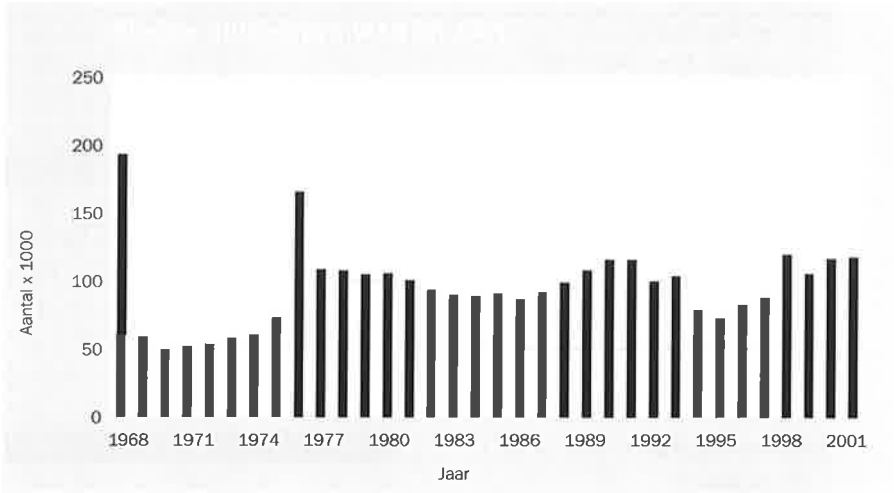
Diagnosegroep	1967	1975	1980	1985	1990	1993
I infectieziekten	3	2	1	1	1	1
II kanker	5	3	3	4	3	3
III allergieën en endocriene stoornissen	2	2	2	1	2	2
IV bloed e.d.	3	2	2	1	0	0
V psyche	12	19	24	27	31	30
VI zenuwstelsel en zintuigen (organisch)	8	5	5	5	5	4
VII hart en vaten	22	18	13	11	8	7
VIII longen e.d.	12	6	5	3	2	2
IX spijsvertering	3	3	3	2	2	2
X urine e.d.	1	1	1	1	1	1
XI zwangerschap	0	0	0	0	0	1
XII huid e.d.	1	1	1	1	1	1
XIII bewegingsorganen	23	28	29	32	35	35
XIV aangeboren	1	2	2	1	1	1
XV ongevallen	4	7	5	5	4	6
XVI onbekend o.a. niet nauwkeurig omschreven ziektebeelden	1	3	7	3	2	4
TOTAAL						
aandeel drie meest voorkomende groepen	57	65	66	70	74	72
aandeel twee meest voorkomende groepen	45	47	53	59	66	65

meest voorkomende diagnosegroep

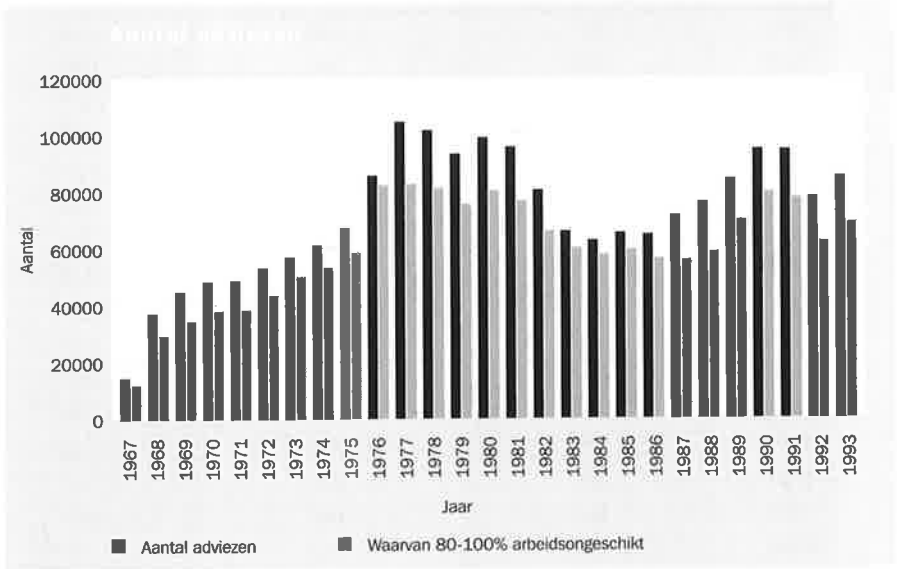
op een na meest voorkomend

op twee na meest voorkomend

6 WAO en AAW, vanaf 1998 WAZ en Wajong. Nieuwe uitkeringen en afgewezen aanvragen, 1968-1996



7 WAO en AAW. Adviesaanvragen na einde wachttijd, 1967-1993



8 GMD-personeel, 1967-1986

jaar	verzekeringsartsen	arbeidsdeskundigen	arts / arbeidsdeskundigen
1967	101	148	0,68
1968	116	184	0,63
1969	129	185	0,7
1970	134	194	0,69
1971	140	231	0,61
1972	157	243	0,65
1973	171	283	0,6
1974	188	344	0,55
1975	222	451	0,49
1976	226	571	0,4
1977	252	578	0,44
1978	282	607	0,46
1979	288	631	0,46
1980	292	621	0,47
1981	313	686	0,46
1982	326	720	0,46
1983	339	751	0,45
1984	325	752	0,43
1985	330	753	0,44
1986	365	780	0,47

Vanaf 1987 zijn deze gegevens niet opgenomen in de gepubliceerde statistiek.

Lijst van afkortingen

A&SV	Arts en Sociale Verzekering
AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ACB	Argumentatieve Claimbeoordeling
ACD	Arbeids Complexen Documentatie
ATS	Administratieve Termijnstelling
BWO	Bureau Wetenschappelijk Onderzoek
CBBS	Claimbeoordelings- en Borgingssysteem
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CRvB	Centrale Raad van Beroep
FBV	Federatie van Bedrijfsverenigingen
FIS	Functie Informatie Systeem
GAK	Gemeenschappelijk Administratiekantoor
GMD	Gemeenschappelijke medische dienst
GR	Gezondheidsraad
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Lisv	Landelijk Instituut Sociale Verzekering
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
MAOC	Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium
MBG	Methodisch Beoordelingsgesprek
MC	Medisch Contact
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
NSPH	Netherlands School of Public Health
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
SSG	Stichting voor Sociale Gezondheidszorg
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TBV	Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde
TVG	Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde
UVI	Uitvoeringsinstelling
UWV	Uitvoering Werknemersverzekeringen
VNW	Vereniging van Nederlandsche Werkgevers
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WW	Werkloosheidswet
WWV	Wet Werkloosheidsvoorziening
ZW	Ziektewet

Literatuurlijst

Literatuur

A.

- Aarts, L, P. de Jong, R. Van der Veen, *Met de beste bedoelingen, WAO 1975-1999: trends, onderzoek en beleid*, Leiden 2002.
- 'Adres van het Hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1926, II, 1058.
- Adviescommissie Arbeidsgeschiktheid (Commissie-Donner), *Werk maken van arbeidsgeschiktheid*, Doetinchem 2001.
- Albada, B.L. van, 'Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1922), 362-364.
- 'Algemene inleiding op het thema "Samenleving en invaliditeit"', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 492-493.
- 'Algemene Ledenvergadering NVvA 1992', *Ad-visie*, 16 (1993), nr. 1, 6.
- Algemene Rekenkamer, *Toezicht door de Sociale Verzekeringsraad, Tweede Kamer, 22555, nr. 1, vergaderjaar 1991-1992*, Den Haag 1992.
- Idem, *Sturing en beheersing van het WAO-proces*, Den Haag 2001.
- Aling, H., 'Rechtszekerheid van de sociale en de particuliere verzekerde', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1968, 862-865.
- Idem, 'Nogmaals: de verzekeringsgeneeskundige en de WAO', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1969, 588-589.
- Idem, 'Arbeidsgeschiktheid bij zelfstandigen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 232-237.
- *Amendement-Kuyper op de Ongevallenwet*, Leiden 1899.
- 'Arbeidsdeskundige bij het GUO', *Ad-visie*, 17 (1994), nr. 4, 7-11.
- 'Arbeidsdeskundigen moeten meer werk maken van hun vak', *Ad-visie*, 24 (2002), nr. 4, 4-9.
- 'Arts en beroepsrechter over het ziektebegrip', *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 23 (1985), 55-64.

B.

- Baart de la Faille, J.M., 'Het internationale congres voor ongevalleneeskunde te Rome', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909 I, 1985-1991.
- Idem, 'Ingezonden. Over invaliditeitsschatting', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 23 (1938), 307-308.
- Idem, *Sociale geneeskunde*, Den Haag 1948.
- Bakker, M.P. de, R.P.M. Moelands, M.H.A.J. Lahaije, 'Hoofdartikel. Verzekerings-

- geneeskundige en bedrijfsgeneeskundige, een paar apart? Of: Een arts voor arbeid en gezondheid!', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, maart 1993, 2-8.
- Bakker, M., M-L van der Werf, *Het chronische vermoedheidssyndroom en de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling*, Hoofddorp 2000 (ongep. man.).
 - Bannink, D., *The Reform of Dutch Disability Insurance: A Confrontation of a Policy Learning and a Policy Feedback Approach to Welfare State Change*, Enschede 2004.
 - 'Bedrijfs- en verzekeringsartsen manifesteren zichzelf te weinig serieus. Interview met Peter van Lieshout over het project Sociale Zekerheid en Zorg', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), nr. 8, 248-250.
 - Berendsen, L., P. Mullenders, *De manager de baas? Een onderzoek naar WAO-managers en hun integrale verantwoordelijkheid voor het werk van verzekeringsartsen*, Den Haag 2004.
 - Berendsen, L., J.C Burger, J.B.I. Koehler, P.M. Spijkerboer, *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998. Een overzicht van ontwikkelingen tot begin 1998*, Zoetermeer 1998.
 - Berg, M., 'Problems and promises of the protocol', *Sociology, Science & Medicine*, 44 (1997), 1081-1088.
 - Berg, M., K. Horstman, S. Plass & M. van Heusden, 'Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardization and the professionalism of insurance medicine', *Sociology of Health and Illness*, 22 (2000), 6, 765-791.
 - Berghman, J., A. Nagelkerke, K. Boos, R. Doeschot, G. Vonk (red.), *Honderd jaar Sociale Zekerheid in Nederland*, Delft 2001.
 - Berkhout, A.D.J., 'Sectie voor sociale verzekering en geneeskundige controle', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, 387-389.
 - Idem, 'Uitvoering WAO en wetenschappelijk onderzoek', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1966, 205.
 - 'Beschrijving van de dagelijkse praktijk vroeger en nu', *Ad-visie*, 19 (1996), nr. 2, 6.
 - Bestuur der Rijksverzekeringsbank, 'Ter inleiding', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 1-2.
 - Bierens de Haan, P., 'Een geval van traumatische neurose', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1913 II, 1013-1017.
 - Blijham, H., 'Over fout zitten in de verzekeringsgeneeskunde', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 229-231.
 - 'Boekaankondigingen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1910 II, 525-528.
 - Blonk R.W.B., W.E.L. de Boer et al., *Kansrijke herbeoordelingen*, Amsterdam 2002.
 - Boer, H.A. de, *Sociaal-geneeskundige aspecten van de arbeidsvoorziening in Nederland*, Den Haag, 1965.
 - Boer, W.E.L. de, *WAO en GMD-vg: beperkingen of mogelijkheden?*, Utrecht 1986 (ongep. man.).
 - Idem, 'Argumentatieve Claimbeoordeling', *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1992, nr. 1, 110-114 / nr. 2, 137-139 / nr. 3, 171-176.

- Boer, W.E.L. de, N.H.Th. Croon, J. Scanky-Achilles, M. van den Toorn, *Medisch arbeidsongeschiktheids criterium: richtlijn*, Amsterdam 1996.
- Boer, W.E.L. de, J.A. Duin, H. Herngreen, *Handleiding Methodisch Beoordelingsgesprek*, Utrecht 1997.
- Boer, W.E.L. de, M. Verhoef, *Vergelijking van gespreksmodellen MBG, BGB en MCA*, Hoofddorp 2002.
- Boer, W.E.L. de, A.M. Hazelzet, J.H.A.M. van Gerwen, *Vademecum beoordelingen arbeidsmogelijkheden*, Hoofddorp 2002
- Boer, W.E.L. de, V. Brenninkmeijer, J.J.M. Besseling, 'Claimbeoordeling in het buitenland: lessen voor de nieuwe WAO', in: *SMA*, september 2004, p. 408-413.
- Boer, W.E.L. de, R. Steenbeek, *Probleemsituaties in de claimbeoordeling*, Geldermalsen 2005
- Boer, W.E.L. de, J.H.L. Wijers et al., 'Gespreksmodellen in de verzekeringsgeneeskunde', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 14 (2006), 17-23.
- Boersma, W., 'Algemene beschouwing over de tijdens de studiedagen aan de orde komende politiek', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 834-837.
- Idem, 'Welkomstwoord', *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1985, supplement 1.
- Bont, A.A. de, Meus, C., G. Hazelaar, *Stoornissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering: over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME*, Zoetermeer 1998.
- Bont, A.A. de, et.al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts. Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO claimbeoordeling*, Zoetermeer, 2000.
- Bont, A.A. de, L. Berendsen et al., *In de spreekkamer van de verzekeringsarts. Een onderzoek naar het verzekeringsgeneeskundige deel van de WAO-claimbeoordeling*, Zoetermeer 2002.
- Boonk, M.P.A., J.C. Burger, J.J. Diepenhorst et al., *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1997: een overzicht van de ontwikkelingen tot begin 1997*, Zoetermeer 1997.
- Bos, Sandra B., "Uyt liefde tot malcander". *Onderlinge hulpverlening binnen de Noord-Nederlandse gilden in internationaal perspectief 1570-1820*, Amsterdam 1998.
- Bosch, F.A.J. van den, C. Petersen, 'De omvang van de verborgen werkloosheid', Idem (red), *Arbeidsongeschiktheid. Een multidisciplinaire benadering*, Deventer 1981.
- Bossenbroek, H., *De administratie van de Rijksverzekeringsbank en de Raden van arbeid*, Maastricht 1941 (tweede druk 1943).
- Idem, *De Hoofdzaken der administratie bij de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid. Handboek voor de studie van de voornaamste administratieve handelingen door de Rijksverzekeringsbank en de Raden van Arbeid te verrichten voor de uitvoering der verzekeringswetten*. Amsterdam 1948 (herdruk 1949).

- Bouman, K.H., 'Neurosen en psychosen', Buning, E.J., *Ongeval en ziekte. Handleiding bij de beoordeling van het verband tusschen ongevallen en lichamelijk letsel, ten dienste van hen, die bij de uitvoering der Ongevallenwet zijn betrokken*, Haarlem 1907, 187-215.
- Brenkman, C.F., 'De ANVSG', in: J.C. van Es e.a., *Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief. Essays aangeboden aan prof. R. Hornstra ten gevolge van zijn afscheid als hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht*. Assen, 1968, 1-17.
- Breslau, W.J., 'De controlerend arts – toen, thans en in de toekomst', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1-3-1963, 155-157
- Idem, 'Enkele beschouwingen over de beoordeling van patiënten met ongevalslet-sels', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, p. 643-646, 651
- Brocx, D., 'De controle vóór den 43sten dag', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 5 (1920), 129-132.
- Idem, 'De invaliditeit der éénogigen', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 14 (1929), 1-3
- Broekhuis, Hans, *Beoordeling en begeleiding bij arbeidsongeschiktheid*, Lelystad 1986.
- Brouwer, S., U. Dijkstra et al., 'Intra-en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid "FIS-belastbaarheidspatroom" en "Functionele mogelijkhedenlijst"', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), 12, 360-367.
- Bruïne Ploos van Amstel, P.J., 'De Raad van Beroep', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, jaargang 1 (1916), 157-164, 297-302.
- Brust, J.F., 'Rentetoekenning bij traumaneurose', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, jaargang 1 (1920), 6-9.
- Brust, J.F., Ph. Kooperberg, 'De toepassing der Ongevallenwet, van geneeskundige zijde beschouwd', in: L. Del Baere et al., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901: 1 februari 1903 – 1 februari 1913*. Haarlem 1913.
- Buijs, S., "'The whole man goes to work'", *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 20-7-1962, 434-437.
- Idem, 'Enkele beschouwingen over de beoordeling van patiënten met ongevalslet-sels', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, 643-646, 651.
- Buma, J.T., 'Enkele bedrijfsmedische notities naar aanleiding van een ziektegeval', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1969, 232-235.
- Burgh, J.P.C. van der, et al., *Rijksverzekeringsbank 1901-1941. Gedenkboek opgedragen aan dr. H.L. van Duyl*. Haarlem 1941.
- Buning, E.J., *Ongeval en ziekte. Handleiding bij de beoordeling van het verband tus-schen ongevallen en lichamelijk letsel, ten dienste van hen, die bij de uitvoering der Ongevallenwet zijn betrokken*. Haarlem 1907.

C.

- Cap Gemini Ernst & Young, Adviesgroep Werk en Inkomen, *Naar een visie op de ont-wikkeling van arbeidsdeskundige expertise alsmede de strategie van de Nvva*, Utrecht 2003.

- Centraal Bureau Statistiek, *Vijfennegentig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1994*, Den Haag 1994.
- Centrale Commissie voor de Statistiek, *Statistiek der Arbeidersverenigingen. Bijdragen tot de statistiek van Nederland*, Den Haag 1894.
- Idem, *Onderzoek naar de geschiedenis en werkzaamheid der Vakverenigingen. Bijdragen tot de statistiek van Nederland IV*, Den Haag 1896.
- Choy, J., *Het woord is aan de professionals. Rapportage over de raadpleging van de verzekeringsgeneeskundigen en arbeidsdeskundige over hun beeld van de gewenste kwaliteit van het sociaal medisch handelen, onder auspiciën van Bureau Sociaal Medische Zaken*, Amsterdam 2005.
- 'Chronisch patiënte onverwacht goedgekeurd: "Nu hoop ik alleen nog op een nieuwe nier"', *Trouw*, 3-3-1995.
- 'Congresverslag. De arbeidsdeskundige: speelbal of spil?', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 5, 141-142.
- 'Congresverslag. Verzekeringsarts: speler of speelbal?', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 12 (2004), nr. 3, 89-91.
- Cooper, Cary L., Philip Dewe, *A Brief History of Stress*, Malden/Oxford/Victoria 2004.
- Cornelius, L.R., 'De beoordeling van onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 6 (1998), 7, 210-213.
- Council of Europe, *Applications of the concept of handicap of the ICIDH and its nomenclature Part II: methods of assessment*, Straatsburg 1993.
- 'CTSV noemt keuring WAO'ers "niet objectief"', *Trouw*, 28-8-1998.
- Cramer, M, H. Gabeler, 'Dilemma voor de verzekeringsarts: wat is het voordeel van de twijfel?', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 12, nr. 3, 2004, 79-82.
- Cuelenaere, B., I.N. Hento, *Het WAO uitvoeringsproces bij Cadans*, Amsterdam 1999.
- Cuelenaere, B., S. van Binnendijk, G. Jehoel-Gijsbers, *De WAO-beoordeling van 12-maandszieken, Bureau AS/tri in opdracht van het Landelijk Instituut Sociale Verzekering (Lisv)*, Amsterdam 2001.

D.

- Damme, D. van, *Armenzorg en de Staat. Comparatief-historische studie van de origines van de moderne verzorgingstaat in West-Europa*, Leuven 1990.
- Dassel, H., 'De geneeskundige en zijn werk', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1969, 562.
- Dassel, H., J.H. Leusink, 'Hoe kan de resterende arbeidsgeschiktheid in het kader van de WAO beoordeeld en in de organisatie van de revalidatie ingebracht worden?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1966, 25-27.
- 'De gezondheid slechter, de WAO-uitkering lager', *De Volkskrant*, 4-3-1995.
- 'De "Maatschappij" en het toezicht op de behandeling bij een wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering', 1-3-1963, 154.

- 'De menselijke maat is weg uit de WAO', *Trouw*, 25 oktober 2005.
- 'De reden van bestaan van de arbeidsdeskundige, professe en z'n voortbestaansrecht', *Ad-visie*, 24 (2002), 4, 9-12.
- 'De toekomst van de uitvoering Sociale Verzekering: visie van Linschoten', *Ad-visie*, 18 (1995), nr. 3, 24.
- 'De waarde der tuberculine-diagnostiek bij ongevallen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1913, II, 1389.
- Deferme, Jo, 'De schuld van het toeval. De Belgische wet op de arbeidsongevallen (1903) als een breekpunt in het parlementaire sociale denken', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 2001, nr. 1, 57-76.
- Dehing, P., 'De arbeidsvoorziening bij de Nederlandse spoorwegen', *Jaarboek voor de Geschiedenis van Bedrijven Techniek* 5 (1988), 243-260.
- Dekker, W., 'Staan er wetten in de weg of praktische bezwaren?', *Ad-visie*, 22 (2000), nr. 4, 26.
- Del Baere, L., 'Nog eens art. 22 der Ongevallenwet 1901', *Centraal Orgaan voor de Ongevallenverzekering en andere Werklieden-Verzekeringen*, 1(1904), 388-392.
- Deknatel, J.W., 'Inleiding tot de studie van den werkkring der geneeskundigen bij de verplichte verzekering tegen ongevallen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1900, I, 281-295, 363-378, 397-411, 465-481, 554-570, II, 533-536.
- Deursen, C.G.L. van, *Claimbeoordeling WAO: het handelen van Verzekeringsartsen in de praktijk*, Amsterdam 2000.
- 'Diagnose van neurasthenie, traumatische neurose, enz.', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 385-386.
- Dietz, P.J.Ph., 'Ongevallen-geneeskunde en röntgenonderzoek' *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 107-111.
- Directie van den Arbeid, *Onderzoek naar de in Nederland bestaande fondsen tot ondersteuning van arbeiders bij ziekte. Departement van Landbouw, Nijverheid en Handel*, Den Haag 1912.
- 'Discussie, naar aanleiding van de inleidingen der H.H. Brocx, Stenvers en van Schelven', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 6 (1921), 450-483.
- Doeleman, F., 'De maatschappelijke erkenning van de sociale geneeskunde'. In: J.C. van Es et al. (red), *Maatschappelijke gezondheid in perspectief*, Assen 1968,
- Doeleman, H., 'Scheiding van behandeling en controle', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 11-5-1962, 277-281.
- Idem, 'De taakinhoud van de verzekeringsgeneeskundigen bij de loondervingswetten', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1973, 223-227.
- Does, L.P. van der, *De Economische Beteekenis der Sociale Verzekering*, Deventer 1946.
- 'Doorbreek taboe WAO en allochtonen', *NRC Handelsblad*, 6-11-2003.
- Drooge, J. van, *Begrippen uit de Ongevallenwet 1901*. Haarlem 1903.
- Durlinger, L.J.A., 'Wat is er toch steeds mis?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 829.

- Duyl, H.L. van, 'De door de Tweede Kamer aangenomen wettelijke regeling van het Instituut van ondernemingsartsen', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 13 (1928), nr. 4, 97-112.

E.

- Eden, P.H. van, 'De beoefening der ongevalleneeskunde', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), III, 3-8.
- Idem, 'Het vraagstuk der kleine renten', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), I, 58-69.
- Idem, 'Verwonding van den rug – Meningitis basilaris tuberculosa', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), II, 58-69.
- Idem, 'Mag de ongevallen-geneeskunde voor zich het recht opeisen om als speciaal vak te worden beschouwd?', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), IV, 287-292.
- Idem, 'Vereeniging voor Ongevallen-Geneeskunde', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), V, 295-297.
- Idem, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 2 (1917), I, 354-367.
- Idem, 'Ongevallen-rechtspraak. Invaliditeits-schatting bij verlies van één oog', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 2 (1917), II, 495-509.
- Idem, *Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering*, Amsterdam 1918.
- Idem, 'Schema voor het onderzoek der extremiteiten', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 3 (1918), 225-233.
- Idem, *Invaliditeitswet en arts*, Haarlem 1919.
- Idem, 'De studie der ongevalleneeskunde', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 4 (1919), I, 213-218.
- Idem, 'Het geneeskundig betoog', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 4 (1919), II, 193-201.
- Idem, 'Verergering van een bestaand lijden door een ongeval', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 4 (1919), III, 353-367.
- Idem, 'Toepassing van artikel 99 IW bij urgente gevallen', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 6 (1921), 182-185.
- Idem, 'Referaat. Verbetering der geneeskundige studie', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 6 (1921), 347-349.
- Egas, C., *Namens diverse Cliënten-en belangenorganisaties WAO, Herbeoordeling zorgwekkend. Brief aan de leden van de vaste kamercommissie van Sociale Zaken, Voortgang Herbeoordelingoperatie*, 1 februari 2006.

F.

- Feenstra, J.A., 'Tuberculose en art. 99 I.W.', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1922), 225-243.

- Idem, 'Het verslag der Commissie tot onderzoek naar de werking van het instituut "Fabrieksarts"', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), 186-190.
- Idem, 'Het rapport van de Commissie Nolens', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), 222-223.
- Idem, 'Een lastige invaliditeitsschatting', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), 365-371.
- Idem, 'Gevolgen van wervelfractuur', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 13 (1928), 137-149.
- Fluit, S., A.C.J.M. Wilthagen, 'Het risque social', A.Ph.C.M. Jaspers et al., *De Gemeenschap is aansprakelijk...'. Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, z.p. 2001, 107-125.
- Fokker, E., et al., *Verplichte Verzekering van Loontrekkenden tegen de gevolgen van Invaliditeit en Ouderdom. Rapport op verzoek van het Bestuur der Liberale Unie uitgebracht*. Amsterdam, 1899.
- Frings-Dresen, H.H.W., P.F.M. Kuijer et al., 'De bijdrage van Functional Capacity Evaluation (FCE)-methoden aan de beoordeling van de functionele fysieke mogelijkheden van werknemers (een 'second opinion' voor ERGOS worksimulator)', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), 4, 100-104.

G.

- 'GAK sectie', *Ad-visie*, 20 (1997), 2, 22.
- Gales, B.P.A., *Werken aan zekerheid. Een terugblik over de schouder van AEGON op twee eeuwen verzekeringsgeschiedenis*. Aegon, Den Haag 1986.
- 'Geautomatiseerde ad-rapportage eindelijk in zicht', *Ad-visie*, 22, (2000), 4, 28.
- 'Gedragscode voor arbeidsdeskundigen werkzaam voor de uitvoeringsinstellingen sociale verzekeringen van het Lisv', *Ad-visie*, 21 (1999), 2, 21.
- 'Geef arbeidsdeskundigen de ruimte!', *Ad-visie*, 24 (2002), 3, 9-14.
- "'Gefeliciteerd! U kunt weer aan het werk"; keuringsartsen onder druk bij herkeuring van WAO-ers', *NRC Handelsblad*, 5-11-2005.
- Gelderen, D.N. van, 'Iets over de Invaliditeitswet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 6 (1921), 301-309.
- Idem, 'Beidt uw tijd', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 10 (1925), 261-263.
- Genabeek, Joost van, 'De afschaffing van de gilden en de voortzetting van hun functies', *NEHA-Jaarboek voor Economische, Bedrijfs- en Techniekgeschiedenis*, 57 (1994), 63-90.
- Idem, *Met vereende kracht risico's verzacht. De plaats van onderlinge hulp binnen de negentiende-eeuwse particuliere regelingen van sociale zekerheid*, Amsterdam 1999.
- Gentis, A.F.J., 'De controlerende arts – toen, thans en in de toekomst', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1-3-1963, 149-154.

- Gerwen, Jacques van, *De ontluikende verzorgingsstaat. Overheid, vakbonden, werkgevers, ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen 1890-1945*, Den Haag/Amsterdam 2000.
- Idem, *De Welvaartsstaat. Volksverzekeringen, verzekeringsconcerns, financiële dienstverleners en institutionele beleggers 1945-2000*, Den Haag/Amsterdam 2000.
- Gevers, J.K.M., 'Behandeling onder dwang', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 129 (1985), 1085-1088.
- Gezondheidsraad, *Beoordelen, behandelen, begeleiden*, Den Haag 2005
- Giele, Jacques, *Een Kwaad Leven. Heruitgave van de enquête betreffende werking en uitbreiding der wet van 19 september 1874 (Staatsblad No. 130) en naar den toestand van fabrieken en werkplaatsen (deel 1 Amsterdam, deel 2 Maastricht, deel 3 Vlasindustrie Tilburg)*, Nijmegen 1981.
- Glimmerveen, L., 'Wat zijn de gevolgen voor de UWV-AD? Afstudeerscriptie over veranderingen in het werkveld', *Ad-visie*, 25 (2003), extra-nr., 26-28.
- Goor, A.G. van de, *Effects of regulation on disability duration*, Amsterdam 1997.
- Idem, 'Controle maakt strenger', *Visie: huisorgaan van het College van Toezicht Sociale Verzekeringen*, 3 (1998), nr. 5, 15-17.
- Idem, 'Effects of regulation on disability duration. deel 3', *Ad-Visie*, 22 (2000), nr. 1, 22-25.
- Gravenstein, V., 'Welke ziekelijke afwijkingen komen in aanmerking, om krachtens art. 99 der I.W. voor rekening van het invaliditeitsfonds te worden behandeld?', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1922), 42-46.
- Idem, 'Art. 99 I.W.', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1922), 129-132.
- Idem, 'Reactie op Orthostatische albuminurie en Invaliditeitswet door B.L. Albada', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1922), 365.
- Idem, 'Naschrift op J.J. Wallien, Een leemte in de wet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 10 (1925), 164-165.
- Idem, 'Geneeskundige rapporten bij aanvragen om renten of behandeling krachtens de Invaliditeitswet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1925), 198-201.
- Idem, 'Art. 72 der Invaliditeitswet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 7 (1925), 263-264.
- Idem, 'De Invaliditeitswet van medische zijde door A.A. Snijder. Boekbespreking', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), 51-55.
- Idem, 'De invaliditeit der ééogigen', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 14 (1929), 3-5.
- Idem, 'De medische taak der Rijksverzekeringsbank', in: T.J. Verschuur e.a., *Tien jaren Raden van Arbeid*, Haarlem, 1930, p. 296-308.
- Gravenstein, V., v.d. Stempel, 'De psychotechniek en de schatting der arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bedrijfsongevallen' *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), bijlage bij nummer 5.

- Greven, H.B., 'Is het wenselijk, ten bate der arbeiders dwangverzekering in te voeren, voor zoover betreft de gevolgen van ongelukken in de uitoefening van het bedrijf ondervonden? Preadvis voor de Nederlandse Juristen-Vereeniging', *Handelingen der Nederlandsche Juristen-Vereeniging*, 17 (1887), 29-46.
- Groeneveld, H.W., *De Ongevallenwet 1901. Bespreking van het stelsel dier wet, van hare begrippen en bijzondere voorschriften. Op verzoek van de vereeniging van ambtenaren bij de Rijksverzekeringsbank*. Amsterdam 1911.
- Groeneveld, H.W., G. J. Stemberg, *De Invaliditeitswet*, Alphen aan den Rijn 1920.
- Idem, *De Ongevallenwet 1921*, Alphen aan den Rijn 1922.
- Groot, J. de, 'Over ziektecontrole en ziekteverzuim', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 2-12, 19.
- Grond, J.Th.H., 'De scheiding van behandeling en controle', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 669-678.

H.

- Hamilton-van Hest, G.C.J.M., 'De rechtspositie van de medische keuring', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 76-83.
- Harmsen-Alkema, J., M. van Groenestijn, 'Verzekeringsgeneeskundige beoordeling van allochtone cliënten. Onderzoek', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), nr. 11, 326-330.
- Hauten, M. van, *De werking van incentives: de reacties van werkgevers op de privatisering van de ziektewet*, Enschede 2003.
- Heida, R.A., J.W. Groothoff, 'Deskundigenoordeel "ongeschikt" maakt reintegratie praktisch onmogelijk. Opinie', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), nr. 7, 205-206.
- Heijde, R.J. van der, *Oogverwondingen en ongevallenwet. Eenige beschouwingen over ruim 1900 verwondingen van het oog en zijne omgeving, behandeld in het Academisch Ziekenhuis te Leiden, van begin 1896 tot einde 1905*, Leiden, 1909.
- Heijermans, L., Ph. Kooperberg, 'Bedrijfsongevallen en beroepsziekten', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1911, I, 754-768.
- Herderschee, G., 'Politiek vindt WAO-ingreep nu onontkoombaar. Plan voorziet in mega-operatie sociale zekerheid', *De Volkskrant*, 11-3-2003.
- 'Herkeuring pijnlijke verrassing. Iedereen kan loempia's vouwen', *Het Parool*, 6-7-1994.
- Herngreen, H., 'Kritische reflecties op het verzekeringsgeneeskundig referentiekader'. *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, supplement 1985.
- Herngreen, H., W.E.L. de Boer, *Handleiding Verzekeringsgeneeskundig Beoordelingsgesprek*, Utrecht 1989.
- Hertogh, Mirjam, *Het Debat Staatspensioen 1870-1930. Reeks Sociale Zekerheidswetenschap, studies nr. 17*, Tilburg 1992.
- Idem, 'Geene wet, maar de Heer'. *De confessionele ordening van het Nederlandse sociale-zekerheidsstelsel (1870-1975)*, Den Haag 1998.

- Herwerden, C.H. van 'Ongevallenwet. Verband tusschen letsel en ongeval', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909, I, 433-434.
- Idem, 'Ongevallenwet. Naschrift op traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering' *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909, I, 1041-1044.
- Idem, 'Ongevallenwet. Bevriezing', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909, II, 899-900.
- Idem, 'Ongevallenwet. Indirecte breuk van de knieschijf', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909, II, 1087.
- Idem, 'Ongevallenwet. Beëindiging van de rente wegens aannemen van simulatie', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1910, I, 1092-1095
- Idem, 'Ongevallenwet. Ongevallenwetneurose (ook wel ongevalneurose genoemd)', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1910, II, 528-530.
- Idem, 'Ongevallenwet. Dood aan tuberculose, 5 jaar na een traumatische handtuberculose', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, II, 1107-1110.
- Idem, 'Ongevallenwet. Een geval van tuberculeuze meningitis na trauma', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1915, II, 1705-1707.
- 'Het schattingsbesluit', *Ad-visie*, 17 (1994), nr. 4, 13.
- 'Het wrange succes van de WAO-herkeuringen', *De Volkskrant*, 5-11-2005.
- Heuvel, W. van der, J. Persoon, 'Sociale Geneeskunde en beroep een tweede keus?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1972, 48-53.
- Hibbeln, J.G., 'AAW en WAO nemen zoals zij zijn: een uitdaging!', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 890-901.
- Idem, 'Is de verzekeringsgedachte achterhaald?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 209-217.
- Idem, 'Het (her)ontwaken van de verzekeringsgeneeskunde', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1982, 775-776.
- Hillenberg, B., '15 Fälle von Gewöhnung.' *Aertzliche Sachverständigen Zeitung*, 1909, 6.
- Hofstee, W.K.B., *Principes van beoordeling*, Lisse 1999.
- Holthuis, R., 'Gezondheidszorg en langdurig ziekteverzuim. Beschouwingen naar aanleiding van een rapport', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 402-404.
- Hoogenboom, Marcel, *Standenstrijd en Zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland*, Amsterdam 2004.
- Idem., *Standstrijd en Zekerheid. Een geschiedenis van oude orde en sociale zorg in Nederland (ca. 1880 -1940)*, Amsterdam 2003.
- Horstman, Klasien, *Verzekerd leven. Artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920*, Amsterdam 1996.
- Idem, *Standaarden en het rechtskarakter van sociale verzekeringen*, Maastricht 1997.
- Houten, S. van, *De Regtstoestand der Werklieden in Nederland. Ontwerp van wet met memorie van toelichting*, Den Haag 1870.
- Houwaart, E.S., *De Hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*, Groningen 1991.

I.

- Ijpelaar, J., 'Bijzondere aanpassing', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 2 (1917), 332-337.
- "'Ik wil bouwen, perspectief geven". Jacques Hylkema, saneerder van het UWV, moet de helft van de 22 duizend werknemers wegsturen', *De Volkskrant*, 31-3-2005.
- Inspectie Werk en Inkomen, *Sociaal Medisch handelen. Resultaten van een onderzoek naar de kwaliteitsborging van het handelen van artsen en arbeidsdeskundigen binnen de sociale verzekeringen*, R07-07, Den Haag 2002.
- Idem, *Opnieuw beoordeeld*, R05/18, Den Haag 2005.
- 'Interview met Donner', *Ad-visie*, 23 (2001), nr. 6, 4-15.
- "'Is het u duidelijk?" "Nee, maar ik begrijp dat ik niets krijg."', *Vrij Nederland*, 14-11-1987, 10-29.

J.

- Jaspers A.Ph.C.M., et al., *'De Gemeenschap is Aansprakelijk...'. Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, z.p., 2001 (Inleiding).
- Jenner, J.A., 'Enkele aspecten van algemene en verzekeringsgeneeskundige problematiek in het kader van de komende uitvoering der WAO', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1967, I, 92-97 / II, 113-117 / III, 158-162.
- Jong, Ph. de, V. Thio, 'Donner versus Veldkamp – Over nut en nadeel van gedeeltelijke WAO-uitkeringen', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), nr. 6, 169-172.
- Jonk, A., 'Anti-revaliderende elementen in onze sociale verzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 432-435.
- Josten, J.G.J.E., 'Stellingen en standpunten, arbeidskundig bezien', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1974, 203-208.

K.

- Kappelhof, Ton, 'Omdat het historisch gegroeid is... De Londense Commissie-van Rhijn', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis*, 2004, nr. 2, 71-91.
- Kamp, A.H.J. van de, *De beroepsziekten, genoemd in de Ongevallenwet 1921 en de Land- en Tuinbouwongevallenwet 1922, van geneeskundig standpunt beschouwd*. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht, Voorburg, 1939.
- Keesing, I.G., 'Toepassing van artikel 99 der Invaliditeitswet', in: T.J. Verschuur et al. (red.), *Tien jaren Raden van Arbeid*, Haarlem, 1930, 309-340.
- Kerklaan, P., 'Verblinde strijders aan het kolenfront. Ziek door "oogsidderen" als een vooroorlogs stressverschijnsel onder mijnwerkers', *Tijdschrift voor Sociale en Economische Geschiedenis*, 2005, nr. 1, 59-83.
- Kerklaan, P., T. Smid, W. van Mechelen, E. Houwaart, 'De stempel van de arbeid. II. De totstandkoming van de risqué professionnel verzekering van beroepsziekten op grond van de Ongevallenwet (1901-1929)', in: *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 2003, nr. 7, p. 410-416.

- Kerklaan, T. Smid, W. van Mechelen, E. Houwaart, 'De stempel van de arbeid. I. De ontwikkeling van het begrip beroepsziekten in historische context', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 2002, nr. 5, 321-329.
- Idem, 'De stempel van de arbeid. II. De totstandkoming van de risqué professioneel verzekering van beroepsziekten op grond van de Ongevallenwet (1901-1929)', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 2003, nr. 7, 410-416 / III, 417-424 / IV, 425-432.
- Kerstholt, J. et al., *Psychologische aspecten van oordeelsvorming*, Soesterberg 2002.
- Kessener, A.W., 'Samenwerking bij de uitvoering van de AAW/WAO II', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 915-917.
- Keulemans, 'De praktijk bij de Raden van Arbeid sedert begin 1920', in: T.J. Verschuur e.a. (red.), *Tien jaren Raden van Arbeid*. Haarlem, 1930, 131-181.
- 'Keur allochtonen geen twee keer', *NRC Handelsblad*, 18-11-2003
- Knepper, 'Ein Beitrag zu dem Kapitel: Gewöhnung an Unfallfolgen', *Aertzliche Sachverständigen Zeitung*, 1912, 451.
- Knepper, S., 'Stelselwijziging sociale verzekeringen', *Medisch Contact*, 1985, 1015-1017.
- Idem, 'Sociale verzekeringsgeneeskunde: crisis of ontwikkeling?', *Medisch Contact*, 1986, 17-21.
- Idem, 'Wijziging van de organisatie van de sociaal medische functie', *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 64 (1986), 23-24.
- Idem, 'WAO-toetreders: analyse van een onderzoeksverslag', *Medisch Contact*, 1988, 429-430.
- Idem, *Enige kanttekeningen bij het verzekeringsgeneeskundig referentiekader*. (Interne nota GMD 25-1-1989).
- Idem, 'De geneeskunde in het Nederlandse sociale verzekeringsstelsel', Ch. J. de Wolff, S. Klose, *Stress en arbeidsongeschiktheid*, Antwerpen 1992.
- Idem, 'Strenger keuren aan het sterfbed van de WAO?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137 (1993), nr. 45, 2291-2294.
- Idem, 'Artsen en de parlementaire enquête sociale zekerheid', *Medisch Contact*, 48 (1993), nr. 45, 1395.
- Idem, 'Twee jaar verder: een schrijnende WAO?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139 (1995), nr. 49, 2576-2579.
- Idem, 'Van arbeidsverzuim tot arbeidsongeschiktheid; veranderende rol van betrokken artsen', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142 (1998), nr. 5, 233-238.
- Idem, 'De open zenuw van de WAO. Politiek verschuift verantwoordelijkheid af op uitvoering', *Medisch Contact*, 54 (1999), 27-28, 992-996.
- Idem, 'Claimbeoordeling door niet-artsen voor de arbeidsongeschiktheidswetten', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144 (2000), nr. 47, 2240-2242.
- Idem, 'De betekenis van medische gegevens bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146 (2002), nr. 1, 6-9.
- Koehler, J.B.I. P.A. van Leeuwen, J.M.M. Raadschelders, *Toegang tot de WAO: onderzoek naar de toepassing van het gewijzigde arbeidsongeschiktheids criterium*, Zoetermeer 1995.

- Koehler, J.B.I., P.M. Spijkerboer, *Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999: een overzicht van ontwikkelingen tot begin 1999*, Zoetermeer 1999.
- Koehler, J.B.I., P.P. Mangoenkarso, *Ingrepen in het arbeidsongeschiktheids criterium*, R97/5, Zoetermeer 1997.
- Koning, P., A. Deelen, *Prikkels voor UWV*. CPB nr. 32, Den Haag 2003.
- Kooperberg, Ph., 'Organisation des Medezinalwesens in Bezug auf das Unfallgesetz in Holland', in: *Ilo Congresso Medico Internazionale per gli infortuni sul lavoro*. Roma, 23-27 maggio 1909. Roma, 1910.
- Idem, 'Gevolgen der Ongevallenwet?', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, I, 2348-2358
- Koopmans, T., *Eindrapport van de Staatscommissie bescherming persoonlijke levenssfeer in verband met persoonsregistratie*, Den Haag 1976.
- Kooreman, A., A.A. Hartnagel et al., *Evaluatie van het proces van standaardontwikkeling bij TICa/LISV*, Amsterdam 1997.
- Korteweg, J.A., 'De invloed van de Ongevallenwet op de genezing van traumatische beledigingen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1908, I, 1655-1671.
- Idem, 'Arbeidsverschaffing aan door een ongeval getroffen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, I, 543-548.
- Idem, 'Het lastenpercentage der Ongevallenwet', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, I, 1479-1380.
- Idem, 'Adres inzake wijziging der Ongevallenwet', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, I, 1641-1643.
- Idem, 'Gevolgen der ongevallenwet en geneeskundige statistiek', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, II, 44-50.
- Idem, 'Mededeeling', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde*, 2 (1917), 197-198.
- Idem, 'Mijne opvatting in zake de beschuldiging van den Wiskundigen Adviseur', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde*, 2 (1917), 313-322.
- Idem, 'Terugblik op mijne onderzoekingen over de schouderontwrichtingen', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde*, 2 (1917), 364-382.
- Idem, 'Het ongevallen-percentage en de fabrieksdokter', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1917, I, 597-614.
- Idem, 'De ongevallen-percentages van Amsterdam, Rotterdam en 's-Gravenhage', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1918, II, 301-317.
- KPMG Bureau voor Economische Argumentatie van de Universiteit van Maastricht, *Evaluatie van de FIS-methodiek: eindrapportage, opgesteld in opdracht van Lisv*, Hoofddorp 1997.
- Kuilman, M, 'Recht en gerechtigheid in sociaal-verzekeringsgeneeskundig perspectief', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 847-852.
- Kuné, J.B., 'Enige ontwikkelingen rondom de AAW?WAO, II', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 485-489.
- Idem, 'Enige ontwikkelingen rondom de AAW/WAO, III', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1982, 137-141.

- Kuyper, A., *Het sociale vraagstuk en de christelijke religie. Rede ter opening van het sociaal congres op 9 November 1891*. Amsterdam, 1891, 40-59.
- 'Kwaliteitsstructuur voor de arbeidsdeskundige nieuwe stijl', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 1, 18.

L.

- Lahaye, D., *Schade aan de mens. Deel II: Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in de geneeskunde*, Antwerpen/Amsterdam 1975.
- Laitinen-Krispijn, S.M., E.N. Bergsma, *Herbeoordeeld? Uitvoering van de wettelijke WAO-herbeoordelingen. Inspectie voor werk en inkomen, R04/03*, Den Haag 2004.
- Leenen, H.J.J., 'Patiënt, sociale verzekeringsarts en sociaal verzekeringsstelsel', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 863-869.
- Idem, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Alphen aan de Rijn 1985.
- Leeuwen, H. van, 'De Centrale Raad van Beroep als iudex viator', R.M. van Male et al. (red), *De Centrale Raad van Beroep 1903-2003*, Utrecht 2003, 81-98.
- Leeuwen, M.H.D. van, *Sociale zorg*, Zutphen 1994.
- Lehmann, K., *Versuch einer Studie zur gerichtsärztlich – psychologischen Wertung der Aussage, mit besonderer Berücksichtigung von Krankheit und Rentenkampf*, Berlijn 1918.
- Leo XIII, *Rerum Novarum*. In het Hollandsch vertaald door Th. J. Zoetmulder met den officiële Latijnschen tekst aan den voet, Haarlem, 1904.
- Levelt-Overmars, W.M., 'De wet is goed en rechtvaardig. Geldt dit ook voor de AAW en WAO?', *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis*, 1979, 902-908.
- "Lezersforum", *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 4 (1996), 5, 166-168.
- Lieshout, P.A.H. van, 'Rapport Sociale zekerheid en zorg', Den Haag z.j.
- Lindner, K., 'Antwoord', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* 2 (1917), 322-332.
- Idem, 'De methode van prof. Korteweg's medisch-statistische onderzoekingen', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* 2 (1917), 199-204.
- Idem, 'Mededeeling', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* 2 (1917), 383-384.
- Lisv Bestuursnota, *Kwaliteit van het sociaal medisch handelen*, B3/ 545, 4-11-1998.
- 'Literatuurklapper Ongevalleneeskunde', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde* 2 (1917), 359-360.
- Londen, M. van, 'Nog een enkele opmerking over traumatische neurose', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringbank* 6 (1921), 172-176.

M.

- Maassen, H., 'Aan het werk. Ook positieve reacties op aanscherping WAO-keuring', *Medisch Contact*, 3-6-2005, 928-930.
- *Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief. Essays aangeboden aan prof R Hornstra tgv zijn afscheid als hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit*, Utrecht 1968.

- Macalester Loup, R., 'De vrucht van tien jaren ongevalverzekering', L. del Baere et al., *Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901 1 februari 1903 – 1 februari 1913*, Haarlem 1913.
- Mannoury, J., 'De ontwikkeling van het sociale verzekeringsstelsel', F.L. van Holthoorn (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815*, Assen 1985, 187-202.
- Marijt, H.B., 'Invaliditeit en aanpassing', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 20(1935), p 111-120.
- Marselis, I.L., 'De wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1963, 351-354, 377.
- 'Meer WAO'ers door minder strenge arts', *De Volkskrant*, 1-10-1999.
- Meershoek, A., A. Krumeich, L. Desain, *Arbeidsongeschiktheid, reïntegratie en etniciteit*, Maastricht 2004.
- Meijers, F.S., 'Die Unwahrhaftigkeit', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde*, 5 (1920), 89-94.
- Meijs, J., 'De verzekeringsgeneeskunde en de WAO', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1969, 493-494.
- Idem, 'Repliek', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1969, 753-754.
- Merens-Riedstra, H.S., 'Leven zonder werk; een onderzoek bij arbeidsongeschikten', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 84-86.
- Idem, 'Boekbespreking', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 586.
- Mertens, A., 'Enkele medische aspecten van het ontwerp van wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, 181-186.
- Idem, 'De opleiding in de sociale geneeskunde', J.C. van Es et al. (red.), *Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief*, Assen 1968, 40-49.
- Idem, 'De taak van de verzekeringsgeneeskundige binnen de organisatie van de gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1973, 464-472.
- Metz, L.M., 'Het beginsel van de gedeeltelijke schadeloosstelling in de Ongevallenwet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 8(1923), 162-172.
- Miller, M., *Manuale für Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und Invaliden*, Leipzig 1903.
- Millward Brown marktonderzoeksbureau, *Herbeoordeling uitkeringsgerechtigden UWV. Rapport Cliëntenonderzoek, projectnummer 28256*, Amsterdam 2005.
- Modderaar, K., 'Het werkterrein van de bedrijfsarts', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 15-2-1963, 108-112.
- Moeskoop, 'De beroepsclassificatie', *Maandblad Arbeid*, 1948, 64-79.
- Mol, Annemarie, Peter van Lieshout, *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en de veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg, 1945-1985*, Nijmegen 1989.
- Mortier Hymans, I., 'De Raad van Beroep', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneskunde*, 1 (1916), 224-236.
- Mossel, F.B., *Beknopte handleiding bij de beoordeling van ongevalpatiënten. Met een aanhangsel bevattende o.a. tarieven, koninklijke besluiten, algemeene maatregelen van*

bestuur, Groningen 1903.

- Mossel, F.B., 'Enkele beschouwingen in betrekking tot de klacht over pijn', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 2 (1917), 33-41, 77-84, 104-115.
- Mossel, F.B., 'Het automatisch eindigen van kleine renten' *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 379-386.
- Mossel, F.B., 'Het begrip ongeval" in de zin der wet', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 3 (1918), 133-144, 161-172.
- Mul, C.A.M., H.E.M. Verklij, A.M. Hazelet, *Kwaliteit van oordeelsvorming: een verkennend onderzoek naar kwaliteitsbeleid bij periodiek arbeidsgezondheidkundig onderzoek PAGO, medische aanstellingskeuringen en WAO-claimbeoordeling*, Hoofddorp 1998.
- Mul, C.A.M., P. Mullenders, E.N. Bergsma, *Geschied of ongeschied: de rol van arbeidsdeskundigen bij de WAO-beoordeling*, Zoetermeer 2002.
- Mullenders, P., *Standaardrapportage: de rol van de standaard GDBM in de rapportages van verzekeringsartsen*, Zoetermeer 2000.
- Muntendam, P., *Arbeidersbelangen in de geneeskunde. Openbare les Amsterdam gehouden bij de aanvaarding van het bijzonder lectoraat in de sociale-verzekeringsgeneeskunde vanwege de Cooperatieve Vereeniging 'Centraal Beheer'*, Groningen, 1940.

N.

- Nap, A., 'Arbeidsongeschiktheidsverzekering, gemeenschappelijke medisch dienst en revalidatie', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 621-624.
- Idem, 'Hoe kan de resterende arbeidsgeschiktheid in het kader van de WAO beoordeeld en in de organisatie van de revalidatie ingebracht worden?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1966, 130.
- Idem (red.), *Validiteitsonderzoek*, Leiden 1970.
- Idem, 'Heeft de medische professie in 1967 een steek laten vallen?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 883-889.
- Nap, A., J.G. Hibbeln, 'Het oneigenlijk gebruik van artsen in de sociale verzekering, verslag ledenvergadering NVVG', *Arts en Sociale verzekering*, 14 (1976), 34-43
- 'Nederlandsch oogheelkundig gezelschap. Verslag van de 37^{ste} Vergadering, 5 Juni 1910, te Utrecht, *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1910, II, 1208-1302, 1438-1454.
- Neel, A.V., 'Über traumatische Neurosen, deren späteren Verlauf und ihr Verhältnis zur Entschädigungsfrage' *Zeitschrift für die ges. Neurologie und Psychiatrie*, 30 (1916), 378-425.
- Niemeijer, H., 'Boekbespreking E. Pietrzikowski, 'Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Unfällen und Tuberkulosen', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 5 (1920), 369-373 / 6 (1921), 16-20, 50-55.
- 'Nog ziek over vijf jaar? Dat kan geen arts voorspellen', *Trouw*, 11-10-2002.
- Nolen, W., A.A. Hijmans van den Bergh, J. Siegenbeek van Heukelom, *Levensverzekering-geneeskunde: een leidraad*, Groningen 1918.
- Nolens, W.H., G.J. Stemberg, *Verslag der commissie tot onderzoek naar de werking van*

het instituut fabrieksarts, Den Haag 1927.

- Noordam, Frits, 'Sociale verzekeringen 1890-1950', Jacques van Gerwen, Marco van Leeuwen, *Studies over zekerheidsarrangementen. Risico's, risicobestrijding en verzekeringen in Nederland vanaf de Middeleeuwen*, Amsterdam 1998, 570-603.
- Idem, 'Sociale verzekeringen 1950-2000', Jacques van Gerwen, Marco van Leeuwen, *Studies over zekerheidsarrangementen. Risico's, risicobestrijding en verzekeringen in Nederland vanaf de Middeleeuwen*, Amsterdam 1998, 807-853.
- Idem, 'Prothesen en scheerzeep. Honderd jaar reïntegratie en activering', A.Ph.C.M. Jaspers et al., *'De Gemeenschap is aansprakelijk...'. Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, z.p., 2001, 129-146.
- Norren, C. van, 'De revalidatie in het licht van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1967, 531-536.
- 'Nota aan alle politieke partijen in Nederland inzake herstructurering van de gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 902-903.
- NVVA, *Voorstel tot een Professioneel Statuut van Arbeidsdeskundigen*, Utrecht, 12-10-1999.

O.

- 'Onderzoek kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 2, 13.
- 'Ongevallenwet. Trauma en longtuberculose', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1916, I, 179-182.
- 'Ongevallenwet. Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909, I, 1038-1041.
- 'Ontsnapping via de Wet aanpassing arbeidsduur', *Ad-visie*, 24 (2002), nr. 3, 31-33.
- Oomens, C.A. en G.P. Bakker, 'De beroepsbevolking in Nederland 1849-1990', Centraal Bureau voor de Statistiek, *Supplement bij de sociaal-economische maandstatistiek*, 1994, 2.
- 'Oprichting nieuwe beroepsvereniging: de arbeidsdeskundigen bij Cadans', *Ad-visie*, 19 (1996), nr. 3, 22.

P.

- *Parlementaire Enquête naar het functioneren van de organen belast met de uitvoering van de sociale verzekeringswetten*, Vergaderjaar 1992-1993, 22730, nrs.7-10, Den Haag 1993.
- Pas, J.H.R. van der, 'Schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de Arbeidsongeschiktheidswet', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 20-1-1961, 43-58.
- Idem, 'De positie van de controlerend geneeskundige als arts en als sociaal-geneeskundige', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 29-3-1963, 214-217.
- Idem, 'De positie van de controlearts', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 22-11-1963, 730-734.

- Idem, *Validiteitsschattingen*, Utrecht 1964.
- (Idem), 'De medische diensten der Sociale Verzekeringsbank nu en in de toekomst. Een vraaggesprek met dr. W.J. Breslau, medisch adviseur der Sociale Verzekeringsbank', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 184-187.
- (Idem), 'De WAO als uitdaging aan de artsen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 605.
- Idem, 'De ontwikkeling van de sociale verzekeringsgeneeskunde', J.C. van Es et al. (red), *Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief*, Assen 1968, 65-99.
- Idem, 'Tekort aan verzekeringsgeneeskundigen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1971, 429.
- Idem, 'Stellingen en Standpunten, verzekeringsgeneeskundig bezien', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1974, 196-202.
- Pater, D. de, 'De plaats van de verzekeringsgeneeskundige', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 185.
- Pennings, F.J.L., 'De ontwikkeling van de Nederlandse sociale verzekeringen in internationaal perspectief', A.Ph.C.M. Jaspers et al., *'De Gemeenschap is aansprakelijk...'. Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, z.p., 2001, 305-321.
- 'Peptalk voor Cadans', *Ad-visie*, 22 (2000), nr. 1, 34.
- Plassche, W. van de, 'Audit Functie Informatiesysteem (FIS)', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 4, 14-15.
- Platte, Th.H.M., 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1926, II B, 2074-2075.
- Polak, B.S., 'Scheiding van behandeling en controle', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 16-11-1962, 691-693.
- Idem, 'Slotrede', *Tijdschrift voor Verzekeringeneeskunde*, supplement 1985, nr 1, 30-31.
- 'Polemiek. Het geDonner in de glazen', *Ad-visie*, 23 (2001), nr. 4, 35-38.
- Pompe, M.W.J.P., 'De positie van de verzekeringsgeneeskundige als arts', *Tijdschrift voor Verzekeringeneeskunde*, 1985, 20-24 (met co-referaat van J.J.H.M.Daniëls).
- Poslavsky, A., 'Sociaal-ziekzijn en WAO', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, 397-400, 410.
- Prak, M., 'Ambachtsgilden vroeger en nu', *NEHA-Jaarboek voor Economische, Bedrijfs- en Techniekgeschiedenis*, 57, Amsterdam 1994, 10-33.
- 'Psychische factoren en invaliditeit. Preadvisie II', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 515-531.

R.

- Raad voor gezondheidsonderzoek, *Advies Onderzoek Verzekeringeneeskunde*, Den Haag 2004.
- Razenberg, P.P.A., *Verzekeringeneeskundige Oordeelsvorming: inzicht in de praktijk*, Amsterdam 1992.

- Reichardt, M., 'Die seelisch-nervösen Störungen nach Unfällen. Vorschlag zu einer einheitlichen Begutachtung', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1920, nr. 4.
- Reinke, F., *Grundzüge der allgemeinen Anatomie*, Wiesbaden 1901.
- *Rerum Novarum*. In het Hollandsch vertaald door Th. J. Zoetmulder met den officieelen Latijnschen tekst aan den voet, Haarlem 1904.
- 'Revalidatie in het kader van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 421-422.
- Roebroek, Joop M., *The Imprisoned State. The paradoxical relationship between state and society*, Tilburg 1992.
- Roebroek, Joop M., Mirjam Hertogh, 'De beschavende invloed des tijds'. *Twee eeuwen sociale politiek, verzorgingsstaat en sociale zekerheid in Nederland*, Den Haag 1998.
- Rooij, J. der, 'Nul of honderd procent invaliditeit', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 19 (1934), 97.
- Roolvink, Z.E.B., 'Rede bij de installering van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde' (met antwoord van F. Bezemer, voorzitter van het college), *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 16-3-1962, 151-156.
- Roscam Abbing, H.D.C., 'Dwang en drang in de sociale wetgeving', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 56 (1978), 694-697.
- Rosin, H., *Das Recht der Arbeiterversicherung: für Theorie und Praxis systematisch dargestellt*. Bd. 1: Die reichsrechtlichen Grundlagen der Arbeiterversicherung, Berlin 1893.
- Rothschuh, K.E., *Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart*, Stuttgart 1978.
- Ruiter, A.R.M. de, *Een onderzoek naar de effecten van medische bijstand en de rol van de huisarts bij conflicten in de uitvoeringspraktijk van ziekwet, WAO/AAW*, Amsterdam 1987.

S.

- Saan, M. 'Verminderd welbevinden, is dat ziekte?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 672-681.
- Sajet, B.H., 'Misbruik en ongewenscht gebruik der ongevallenwet?', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1914, I, 1231-1235.
- Idem, *Bijdrage tot de Geneeskundige Beoordeeling in de Praktijk van de Ongevallenwet*, Amsterdam 1940.
- 'Samenwerking tussen een publieke en private verzekeraar', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 3, 7.
- Schermer, J.J., 'Revalidatie en psyche', in : *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1971, 663-665.
- "'Schoonmaken kan ook buitenshuis". Vraaggesprek met UWV-verzekeringsarts Wind over herkeuringen WAO', *NRC Handelsblad*, 4-3-1995.
- Schoute, G.J., 'Schadevergoeding bij oogverwondingen', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1908, I, 1682-1683.

- Schultze, Ernst, *Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts*, z.p. 1909.
- Schütte, M.P., 'Het instituut van den Fabrieksarts', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 12 (1927), 59-64.
- Schuurmans Stekhoven, W., 'Schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziekte-toestanden', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 8 (1923), 193-201 en 236-245.
- Schuyt, K., en R. van der Veen, *De verdeelde samenleving. Een inleiding in de ontwikkeling van de Nederlandse verzorgingsstaat*, Leiden 1990.
- Schwitters, Robert J.S., *De Risico's van de Arbeid. Het ontstaan van de Ongevallenwet 1901 in sociologisch perspectief*, Groningen 1991.
- 'Small is beautiful', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 1, 10-17.
- Smissaert, H., *De vereeniging van Nederlandsche Werkgevers. Wat zij is, wat zij wil, wat zij doet*. Den Haag 1904.
- Smit, dr. L., 'Ongeval in de zin der wet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 17(1939), p. 1-24
- Idem, 'Beroepsziekten en Ongevallenwet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 24(1939), 226-233.
- Smits, E.L., 'Het verzekeringsgeneeskundig handelen', *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1985, supplement 1, 6-8.
- Snijder, A.A., *De Invaliditeitswet van medische zijde*, Harlingen 1926.
- Idem, *De Invaliditeitswet van medische zijde*, Harlingen 1929 (Gewijzigde herdruk).
- Snoeck Henkemans, D., 'De "medisch pleitbezorger" voor den Raad van Beroep', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 282-287.
- Idem, 'Het adres van het Hoofdbestuur aan den Minister van Arbeid, Handel en Nijverheid', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1926, II B, 2076.
- Sociaal-Economische Raad, *Werken aan arbeidsgeschiedheid. Voorstellen WAO-beleid, uitgebracht aan Staatssecretaris Hoogervorst van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en aan Minister Vermeend van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*, Publicatie nr. 5, Den Haag 2002.
- 'Sociale factoren en invaliditeit. Preadvies III', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 533-546.
- 'Somatische factoren en invaliditeit. Preadvies I', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 495-513.
- Spanjer, J., 'Professionele prognosestelling verkend', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 6 (1998), nr. 2, 41-46.
- Idem, 'Het effect van de vijfdejaars herbeoordelingen op het WAO-volume: onderzoek', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 10, 296-300.
- 'Special: Werk in Uitvoering', *Ad-visie*, 18 (1995), 2.
- *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*:
 - Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Wet van 7

juli 1993, tot wijziging van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet, de overheidspensioenwetten en enkele andere wetten strekkende tot herziening van het arbeidsongeschiktheids criterium, het binden van het uitkeringsrecht aan een termijn, aanpassing van de arbeidsongeschiktheidsuitkering aan de leeftijd alsmede invoering van een stimuleringsmaatregel voor herintreding van arbeidsongeschikten, Inwerkingtreding: 1 augustus 1993 (Stb. 1993, 412, 413).

- Schattingsbesluit: besluit van 5 augustus 1994, tot vaststelling van AMvB houdende regelen betreffende vaststelling van mate van arbeidsongeschiktheid ingevolge WAO, AWW, alsmede vaststelling van mate van algemene invaliditeit ingevolge ABP-wet en algemene militaire pensioenwet, inwerkingtreding 10 augustus 1994 (Stb. 1994, 596).

- Besluit van 31 januari 1996, houdende wijziging van het Schattingsbesluit, inwerkingtreding 6 februari 1996; Artikelen 2, 3 en 4 werken terug tot 1 augustus 1993 en artikel 4 gewijzigd (Stb. 1996, 75).

- Besluit van 24 december 1997, houdende wijziging van het Schattingsbesluit (Stb. 1997, 802).

- Besluit van 24 december 1997, tot vaststelling van een algemene maatregel van bestuur houdende 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 WAO, Waz en Wajong) (Stb. 1997, 801).

- 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 (Stb. 2000, 307).

- Besluit van 18 augustus 2004 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten met betrekking tot de te duiden functies alsmede in verband met de introductie van een maatmaninkomensgarantie en enkele andere onderwerpen (Stb. 2004, 434).

- Besluit eenmalige herbeoordelingen arbeidsongeschiktheidswetten van 15 september 2004 tot vaststelling van het tijdstip van herbeoordeling, bedoeld in de artikelen 34, vierde lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, 35, vijfde lid, van de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen en 28, vijfde lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten en tot het uitzonderen van bepaalde groepen van personen van die herbeoordeling (Stb. 2004, 463).

- Besluit van 20 april 2005 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (verlaging leeftijdsgrens voor herbeoordeling), inwerkingtreding 4 mei 2005 en deels met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2004 (Stb. 2005,

- 219).
- Wet van november 2005, houdende bevordering van het naar arbeidsvermogen verrichten van werk of werkhervatting van verzekerde die gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn en tot het treffen van een regeling van inkomen voor deze personen alsmede voor verzekerden die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) (Stb. 2005, 572).
 - *Staatscommissie van Arbeids-Enquête, ingesteld bij Koninklijk Besluit van 29 September 1890, No. 50, Den Haag 1894.*
 - *Staatscommissie van Arbeids-Enquête. Verslag van de Eerste Afdeling aangaande de verzekering of andere voorzorgen bij ongevallen, ziekte, overlijden of ouderdom van werklieden, voor zoover die maatregelen niet in verband staan met eenig bepaalde inrichting van Nijverheid. No. 6 verslag en no. 7 bijlagen behorende bij het verslag. (Fondsen-Enquête), Den Haag 1894.*
 - Staleman, 'Aanpassing', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, jaargang 2 (1917), 7-32.
 - Stas, L, 'Het percentage der blijvende invaliditeit bij een aantal typische letsels', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 13 (1928), 291-294.
 - Starink, B.J, '100 jaar verzekeringsgeneeskunde: rol van de NVVG', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 10, 346-348.
 - Steen, W.J. *Met glaucoom in de WAO*, Utrecht 1986 (ongep. man.).
 - Idem, *Verzekeringsgeneeskundige versus protocol. Interne GMD nota*, Amsterdam 1986.
 - Steenberge, J. van, *Schade aan de mens. Deel I: Evaluatie van de arbeidsongeschiktheid in het recht*, Antwerpen/Amsterdam 1975.
 - Idem, 'De oorsprong van de arbeidsongeschiktheidswetgeving', Ch. de Wolff, S, Klosse, *Stress en arbeidsgeschiktheid*, Antwerpen 1992, 11-19.
 - Stehouwer, K.N., *Toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard "geen duurzaam benutbare mogelijkheden" voor en na de invoering van het Schattingsbesluit d.d. 8 juli 2000*, Amsterdam 2002 (ongep. man.).
 - Stelt, H.G. van der, M. Smaal, 'Wao-toetreding voor en na TBA', *Sociaal maandblad arbeid*, 51 (1997), nr. 2, 102-114.
 - Sterk, A., *Verbetering claimbeoordeling WAO, tweede voortgangsrapportage: stand van zaken per 1 december 2000*, Zoetermeer 2000.
 - Stichting de Ombudsman, Breed Platform Verzekerden en Werk (project Recht van Spreken), *Meer Confrontatie minder begrip? Onderzoek naar de WAO-keuring van mensen met moeilijk objectiveerbare aandoeningen (uitgave 1)*, Hilversum 2004.
 - Idem, *Meer Confrontatie minder begrip? Onderzoek naar de WAO-keuring van mensen met moeilijk objectiveerbare aandoeningen (uitgave 2)*, Hilversum 2005.
 - Stichting tot Bescherming van Arbeidsongeschikten, *CBBS een black box! Rapport inzake het Claimbeoordelings-en borgingsysteem dat ontwikkeld is door het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (UWV) en per 01 januari 2002 gebruikt wordt om de mate van arbeidsongeschiktheid vast te stellen in het kader van de WAO, de WAJONG en de voormalige WAZ*, Wijchen 2005.

- 'Strengere keuring voor vrouwen. Met psychische klachten minder snel in wao', *Algemeen Dagblad*, 3-10-2003.
- 'Stichting tot Bevordering der Verzekeringsgeneeskunde', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 7-6-1963, 377.
- Stoeder, W., C.J. Snijders, G.P. van Tienhoven, *De ziekenfondsen in Nederland. Rapport uitgebracht door eene commissie van onderzoek*, Amsterdam 1895.
- Stone, Deborah A., *The Disabled State*, Philadelphia 1984.
- Straub, M., L.J. Lans, J.R. van Geuns, *Rapport van de commissie uit het Nederlandsch Oogheekundig gezelschap omtrent het invaliditeitspercentage wegens verlies van één oog*, Utrecht 1910.
- Svenaeus, F., *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health*, Dordrecht 2000.
- SVR, *Determinantenonderzoek WAO. Eindrapportage SVR*, Zoetermeer 1987.
- Swaan, Abram de, *Zorg en de Staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*, Amsterdam 1989.

T.

- Taalman Kip, L.F.C., 'Arbeidsongeschiktheid door ziekte bij psychische aandoeningen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1-3-1963, 145-147.
- 'Ten geleide. Het beroep van arbeidsdeskundige wordt uitgehold, maar er zijn ook nieuwe perspectieven: specialisatie en toename deskundigheid zijn vereisten', *Advisie*, 18 (1995), nr. 2, 1.
- Terpstra, J.B., 'Fraude met sociale zekerheid. Beleid en discussies tegen de achtergrond van een veranderende verzorgingsstaat', A.Ph.C.M. Jaspers et al., *'De Gemeenschap is aansprakelijk...'. Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, z.p. 2001, 325-343.
- Teulings, Coen, Romke van der Veen, Willem Trommel, *Dilemma's van sociale zekerheid : een analyse van 10 jaar herziening van het stelsel van sociale zekerheid*, Den Haag 1997.
- Til, M.J. van, S. Knepper, 'Een arts voor Arbeid en Gezondheid', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, december 1994, 203-205.
- Tilger, A., 'Über Gewöhnung an Unfallfolgen im Vergleich zur Gewöhnung an nicht von Betriebsunfällen abhängige vergleichbare krankhafte Zustände', *Aertzliche Sachverständigen Zeitung*, 1909, 411.
- Timmer, E.M.A., *Knechtsgilden en knechtsbossen in Nederland. Arbeidsverzekering in vroeger tijd*, Haarlem 1913.
- Timmer, L.M., 'Arbeidsongeschiktheidsschatting, een multidisciplinair proces', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 724-729.
- Idem, 'Samenwerking bij de uitvoering van de AAW/WAO', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 911-914.
- Idem, 'Het instrumentarium van de verzekeringsgeneeskundige', *Tijdschrift voor Verzekeringsgeneeskunde*, 1985, Supplement nr. 1, 12-19.

- Idem, 'De vrijheidsgraden van de wetenschappelijk onderzoeker in de sociale verzekeringsgeneeskunde: een terugblik 1965-1992', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2-4-1994, 42-44.
- Timmer, M., J.W. Korten, 'Over het begrip arbeidsongeschiktheid', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 447-451.
- Idem, 'Over het begrip arbeidsongeschiktheid', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1981, 447-451.
- Idem, 'Verzekeringsgeneeskunde als medebeheerder van de WAO/AAW', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1982, 777-782.
- Idem, 'In Memoriam Albert Nap', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, april 2004, 123.
- Timmer, M., J.M. de Klerk, J.W. Korten, *Verzekeringsgeneeskunde in theorie. Menselijke schade deel 12*, Antwerpen 1988.
- Theunisse, J.G.L., *Jan Frederik Vlekke. Ethiek en rentabiliteit in een ondernemersleven*, Tilburg 1966.
- Thomson, D, 'Welfare and the Historians', in: L. Bonfield et al. (red.), *The world we have gained. Histories of population and social structure. Essays presented to Peter Laslet on his seventieth birthday*, Oxford 1986, 355-378.
- 'Toename gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid', *Ad-visie*, 25 (2003), nr. 1, 22-24.
- Torren, Van der, 'Boekbeoordeling en referaten', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 1 (1916), 116-117.
- 'Traumatische longtuberculose en ongevallenverzekering', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1909 I, 1040-1041
- Troelstra, P.J., *De SDAP; haar ontstaan, doel en streven geschetst*, Amsterdam 1899.
- Trooijen, G.P. van, 'Wederom art. 22 O.W. 1901', *Centraal Orgaan voor de Ongevallenverzekering en andere Werklieden-Verzekeringen*, 3(1906), 67-72.
- Idem, 'Interpretation des Artikels 22 des Niederländischen Unfallgesetzes, in Fällen bei denen schon vor dem Unfall beschränkte Arbeitsfähigkeit vorlag', *Ile Congresso Medico Internazionale per gli infortuni sul lavoro. Roma, 23-27 maggio 1909*, Rome 1910.
- Idem, *Redevoeringen, geschriften en veranderingen*. Amsterdam 1939.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal, *Brief van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, 22187, nr. 32, Vergaderjaar 1994-1995.
- Idem, *Brief van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, De toekomstige uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen*, 24215, nr. 1, vergaderjaar 1994-1995.
- Idem, *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, *Brief van de staatssecretaris van sociale zaken en werkgelegenheid*, 22187, nr. 65, vergaderjaar 1997-1998.
- Idem, *Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*, *Brief van de staatssecretaris van sociale zaken en werkgelegenheid*, 22187, nr. 69, vergaderjaar 1998-1999.
- Idem, *Structuur van de uitvoering werk en inkomen (SUWI)*; *Brief minister en staatssecre-*

- taris met het nader kabinetsstandpunt over de toekomstige Structuur Werk en Inkomen, 26448, nr. 7, vergaderjaar 1999-2000.*
- Idem, *Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen; Memorie van toelichting, 27588, nr. 3, vergaderjaar 2000-2001.*
 - Idem, *Wijziging van de arbeidsongeschiktheidswetten in verband met de wijziging van de systematiek van de herbeoordelingen (Wet wijziging systematiek herbeoordelingen arbeidsongeschiktheidswetten), 29498, nr. 3, vergaderjaar 2003-2004.*

U.

- UWV, *Intensivering beoordeling arbeidsgeschiktheid. Versie 0.3, augustus 2004, Amsterdam 2004.*

V.

- Veen, R.J. van der, 'L'Histoire se répète?', A. Jaspers, F. Noordam, W. van Oorschot, F. Pennings (red.), *De gemeenschap is aansprakelijk... Honderd jaar sociale verzekering 1901-2001*, Lelystad 2001.
- Veldkamp, G.M.J., 'De horizon van de sociale zekerheid', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1980, 658-664.
- 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Oprichtingsvergadering gehouden op 21 maart 1908 te Amsterdam' *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1908, I, 872, 1044-1045.
- 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 25 oktober 1908 in het Americanhotel te Amsterdam', *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1908, II, 2107-2138.
- 'Vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde. Algemene vergadering gehouden op 8 mei 1909, NTVG, 1909, II, 362-364
- 'Verenigingsnieuws. Ledenvergadering NVVG aanvaardt rapport "Een arts voor Arbeid en Gezondheid"', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, juni 1993, 120.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, april 1994, 80.
- 'Verenigingsnieuws. Brief bestuur NVVG aan vaste Kamercommissie Sociale Zaken en Werkgelegenheid betreffende uitvoering arbeidsongeschiktheidsregelingen', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, oktober 1994, 192-194.
- 'Verenigingsnieuws. Uitslagen Enquête', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, oktober 1994, 194.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 5 (1997), nr. 3, 15-118.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 5 (1997), nr. 6, 230-234.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 6 (1998), nr. 8, 249-252.

- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7 (1999), nr. 1, 33-34.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7 (1999), nr. 6, 208-209.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8 (2000), nr. 1, 29-30.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 8 (2000), nr. 10, 315-317.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 7, 222-225.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10 (2002), nr. 4, 127-128.
- 'Verenigingsnieuws', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 11 (2003), nr. 3, 91-96.
- Verkuil, A., 'Ambtelijk medisch denken, is dat mogelijk?', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 853-859.
- 'Verslag omtrent den staat der Rijksverzekeringbank en haar werkzaamheden in het jaar 1904', *Nederlandsche Staatscourant*, 15-12-1905, nr. 294.
- *Verslag omtrent den staat der Rijksverzekeringbank en haar werkzaamheden in het jaar 1907*, Amsterdam 1908.
- 'Verslag van Lustrumfeest NVvA', *Ad-visie*, 20 (1997), nr. 2, 2-5.
- *Verslagen van de Inspecteurs van den Arbeid over 1891. Derde Arbeidsinspectie*, Den Haag 1892.
- 'Verzekeringsgeneeskunde als gezondheidszorg. Gesprek tussen J.A. Weijel en J.H.R. van der Pas', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1971, 887-893.
- Viaene, J., 'Arbeidsongeschiktheid in discussie', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 1995, nr 2, 63-69.
- Idem, 'Van een causale naar een preventieve beoordeling van arbeidsongeschiktheid', Ch. J. de Wolff, S. Klosse, *Stress en arbeidsongeschiktheid*, Antwerpen 1992, 21-22.
- Idem, 'Arbeidsongeschiktheid evalueren in een tijd van massale werkloosheid', D. Pieters (red.), *Plus Ultra*, Antwerpen 1986, 263-280.
- Visser, J.S., 'Een wettelijke status voor de standaard "Medisch arbeidsongeschiktheids criterium"?', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7 (1999), nr. 1, 22-25.
- Vossenaar, A.H., 'Naar aanleiding van een eenvoudig meetinstrument', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 4 (1919), 183-186.
- Vries, W. de, *De totstandkoming van de Ongevallenwet 1901. De invloed van werkgevers en werknemers op de eerste sociale verzekeringswet in Nederland*, Deventer 1970.
- Vries Robbé, A.A.C. de, J.C.G. Evers, J. Zeeman, J. van Heukelom jr., W.C.D. Olivier, *Rapport der Commissie belast met het Onderzoek naar den toestand der kinderen in fabrieken arbeidende*, 's-Gravenhage, 1869-1872

- Vrooland, V.Chr. (red.), *Werk en Gezondheid. Over ziekteverzuim en humanisering van de arbeid*. Alphen a/d Rijn-Brussel 1982.

W.

- Wallien, J.J. , 'Een leemte in de wet', *Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank*, 10 (1925), 161-164.
- WAO – *Balans en perspectief. Een bundel opstellen aangeboden aan A.G. Mater bij zijn afscheid als directeur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst*, Amsterdam 1974.
- 'Wao'er dupe van versnipperde aanpak', *Algemeen Dagblad*, 3-5-2001.
- 'WAO-keuring wordt aangepast', *Algemeen Dagblad*, 3-5-1995.
- Weel, A.N.H., M.J.Kelder, A.P. Nauta, *Praktijkdilemma's voor bedrijfs- en verzekeringsartsen*, Houten 2005.
- Weg, E. van de, 'De opleiding tot verzekeringsgeneeskundige van de brug af gezien', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1967, 634-637.
- Weijel, J.A., 'Arbeidsgeschiktheid en psyche', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 10-11-1961, 683-689.
- Idem, 'Psychosociale factoren bij de uitvoering van de sociale verzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1965, 423-429.
- Idem, 'De plaats van de psychotherapie in de sociale verzekering', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 135-140.
- Idem, A.A. Oostenbrink, 'Motivatie en geschiktheid tot revalidatie', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1970, 323-330.
- Idem, 'Vroegtijdige inschakeling van de Gemeentelijke Medische Dienst', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1971, 649.
- Idem, 'Van nieuwe mensen de dingen die veranderen', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1971, 886.
- Idem, 'De invloed van sociale zekerheid in een maatschappij van overvloed op ziektegedrag', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1974, 209-215.
- 'Werk heeft een therapeutische werking. "Een herkeuring is eigenlijk een herkansing"'. *De Volkskrant*, 16-11-2004.
- Wester J., *De sociale voorziening inzake tuberculose door de Ongevallenwet 1921. Openbare les gehouden bij de aanvaarding van het bijzondere lectoraat sociale-verzekeringsgeneeskunde vanwege de coöperatieve vereniging "Centraal Beheer" G.A. te Amsterdam aan de Universiteit der Gemeente Amsterdam op dinsdag 12 december 1950*, Amsterdam 1950.
- Westerouen van Meeteren, F.W., *Verslag omtrent de Werkzaamheden van het te Bern gehouden Congres over ongelukken bij den arbeid*. Den Haag 1892.
- Wijnen, J.A.G., M.T.H.L.W. Boersma, 'Het MAOC en de eis van objectiveerbaarheid', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 2, 36-38.
- 'Willekeur bij toekennen uitkering bij onbewijsbare ziekte', *Trouw*, 7-10-1998.
- Willems, F.J., 'Openingstoespraak Studiedagen Sociale Verzekeringsgeneeskunde 26, 27 en 28 april 1979', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1979, 823-824.

- Willems, J.H.B.M., *Een nieuw Bint in de Grond. Sociale verzekeringsgeneeskunde bij het fin de siècle. Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de sociale verzekeringsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam*, Amsterdam 1993
- Idem, '...dat men de Grieken moet vrezen, zelfs al brengen zij geschenken... De geschiedenis van een bijzondere leerstoel', *TBV Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 1, april 1993, 68-71.
- Idem, 'Sociaal verzekeringsgeneeskundige vraagstellingen', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 2 (1994), 44-49
- Idem, 'Privatisering van de Ziektewet: ervaringen van bedrijfs- en verzekeringsartsen', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 6 (1998), nr. 4, 98-102.
- Idem, *Professionalisering van de verzekeringsgeneeskunde: een onderzoek naar de wensen en de mogelijkheden om de opleiding tot verzekeringsarts verder te professionaliseren*, Elsevier Bedrijfsinformatie, Den Haag 2000.
- Idem, 'De sociale verzekeringsgeneeskunde als wetenschap', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 9 (2001), nr. 11, 326-331.
- Wind, H., 'De verzekeringsarts, de medisch medewerker en de claimbeoordeling', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 12 (2004), nr. 6, 173-175.
- Wirdum, van, 'De medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1964, 637-642.
- Wittert van Hoogland, dr. Baron E.B.F.F., *De parlementaire geschiedenis der sociale verzekering 1890-1940, deel II*. Haarlem, 1940.
- Wolff, J.A. de, 'Het professioneel statuut verzekeringsartsen en het rapport kwaliteitsborging', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7 (1999), nr. 6, 266-270.
- Wolff, J.A. de, et al., 'Rapport kwaliteitsborging', *TBV/Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 7 (1999), nr. 6, 271-278.
- Wuite J.G., *Medisch commentaar op de ongevallenwet 1921 mede in verband met de plannen tot unificatie der sociale verzekeringswetten*, Utrecht 1947.

Z.

- [Z.], 'Ziekteverzuim en "mentaliteit"', *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 16-8-1963, 465.
- 'Zoogenaamde "traumatische neurose"', *Tijdschrift voor Ongevallen-Geneeskunde*, 2 (1917), 493-495.

Interviews

NVVG, directeur, 11 maart 2005

Staf verzekeringsartsen, respondent 1, 24 augustus, 2005

Staf arbeidsdeskundigen, respondent 1, 24 augustus, 2005

Medisch adviseur, respondent 1 toezichtsorgaan, 14 september, 2005

Medisch adviseur, respondent 2, toezichtsorgaan, 14 september, 2005
Staf verzekeringartsen, respondent 2, 15 september, 2005
NVVG, voorzitter, 16 september, 2005
Verzekeringarts, respondent 1, 21 september, 2005;
Arbeidsdeskundige, respondent 1, 21 september, 2005

Jurisprudentie

Centrale Raad van Beroep, 1 mei 1996, ZW 1991/390
Idem, 1 mei 1996, ZW 1994/576
Idem, 4 juni 1997, 95/7669 AAWAO en 96/265 ZW, LJN: AA8502
Idem, 3 februari 1999, JB 1999, 72
Idem, 8 augustus 2000, 97/7292 AAW, LJN: AE8618
Idem, 16 augustus 2000, 98/646 AAW/WAO, LJN: AA7107
Idem, 9 november 2004, 03/3648 WAO, LJN: AR4718
Rechtbank Almelo, 23 juli 2003, 03 / 32 WAO, LJN: AH9165
Rechtbank Amsterdam, 15 december 2005, 328066/ KG 05-2150 SR, LJN: AU8191
Rechtbank Maastricht, 2 november 2005, AWB 05 / 140 WAO, LJN: AU5577

Websites

- 'NVVG/UWVA, UWVA en NVVG zien geen crisis binnen UWV', www.nvvg.nl, 27 oktober 2005.
- 'UWV mag doorgaan met herkeuringen', www.waocafe.nl, geraadpleegd op 2 februari 2006.
- 'CBBS: word ik eerlijk beoordeeld?', www.waocafe.nl, geraadpleegd op 2 februari 2006.
- Zuidema, Henk, 'Interview voorzitter NVVA, september 2004', www.waocafe.nl, geraadpleegd op 6 februari 2006.
- 'Jurisprudentie markeringen en signaleringen in FIS/CBBS en geschiktheid geduide functies', www.ssz-advocaten.nl, geraadpleegd op 15 april 2005.

Over de auteurs

Dr. L. van Bergen

Leo van Bergen studeerde geschiedenis te Nijmegen en promoveerde in Rotterdam op een studie over het Nederlandse Rode Kruis. Sinds 2000 is hij als medisch-historicus werkzaam aan het VUmc Amsterdam, afdeling Metamedica. Zijn voornaamste onderzoeksveld is de relatie tussen oorlog en geneeskunde, maar hij deed tevens onderzoek naar de opkomst van de hartbewakingseenheden, en de geschiedenis van de medische faculteit van de Vrije Universiteit. In 2006 was hij, speciaal voor het claimbeoordelingsproject, tevens enkele maanden werkzaam aan het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis te Amsterdam.

Drs. W.E.L. de Boer

Wout de Boer is als senior onderzoeker en adviseur werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven; business unit arbeid. Daarnaast is hij directeur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. Hij heeft geneeskunde gestudeerd en is gespecialiseerd als Sociaal geneeskundige, tak verzekeringsgeneeskunde. Na zijn tijd in de praktijk heeft hij zich vooral beziggehouden met de bevordering van de kwaliteit van de claimbeoordeling arbeidsgeschiktheid. Momenteel verricht hij op dit gebied nationaal en internationaal onderzoek.

Dr. J. van Genabeek

Joost van Genabeek is als onderzoeker werkzaam bij TNO Kwaliteit van Leven; business unit arbeid. Zijn onderzoek richt zich op het arbeidsmarktbeleid en de sociale zekerheid. Van Genabeek heeft economische en sociale geschiedenis gestudeerd aan de Universiteit Utrecht. In 1999 is hij aan de Vrije Universiteit in Amsterdam promoveerd op een onderzoek naar particuliere regelingen van sociale zekerheid in de negentiende en twintigste eeuw.

Prof.dr. E.S. Houwaart

Eddy Houwaart is hoogleraar medische geschiedenis bij de afdeling Metamedica van het VUmc te Amsterdam. Hij heeft gepubliceerd over de geschiedenis van de geneeskunde in de negentiende en twintigste eeuw, in het bijzonder over de openbare hygiene, medische statistiek, ziekenhuizen, klinische laboratoria, beeldvormende technieken en huisartsgeneeskunde. Zijn belangrijkste onderzoeksactiviteiten liggen op het terrein van de medische techniekontwikkeling in Nederland en geneeskunde & verzorgingsstaat.

Dr. A.C.M. Kappelhof

Ton Kappelhof was na de studies geschiedenis en archivaliek van 1979 tot 1999 werkzaam in het archiefwezen. Sinds 2000 is hij als onderzoeker verbonden aan het onder NWO vallende Instituut voor Nederlandse Geschiedenis in Den Haag. Hij publiceerde sinds 1986 boeken en artikelen over diverse onderwerpen uit de geschiedenis van de gezondheidszorg en twee digitale onderzoeksgidsen over sociale zekerheid en zorgverzekeraars in Nederland tussen 1871 en 1968.

Drs. B.H. Lettinga

Berber Lettinga werkte ten tijde van dit onderzoek bij de Universiteit Twente aan een proefschrift over professionalisering. Zij heeft bestuurssociologie gestudeerd, eveneens aan de Universiteit Twente.

'Geschiktheid gewogen' is het resultaat van een zoektocht naar de beoordeling van langdurige arbeidsongeschiktheid bij de sociale verzekering in de afgelopen honderd jaar. Hoe wogen de beoordelaars, artsen en arbeidsdeskundigen met name, de mogelijkheden en beperkingen van de arbeidsongeschikte werknemers? En hoe wegen wij anno 2006 de kennis en de methoden die de beoordelaars gebruikten?

Na een schets van de voorgeschiedenis van de sociale verzekering wordt in vijf perioden geschetst wat de wetgeving was, hoe de uitvoering werd georganiseerd, hoe de praktijk van de claimbeoordeling er uitzag en hoe het vak van claimbeoordelaar zich ontwikkelde.

Het blijkt dat de kenmerken die de Nederlandse praktijk uniek maken al in het begin zijn aangebracht. De ambivalenties die de beoordelingen zo moeilijk maken blijken dan ook van alle tijden te zijn al zijn er in iedere periode, en zeker ook in de tegenwoordige tijd, creatieve manieren bedacht zodat de uitvoering van de wet overeenstemt met de bedoelingen van de wetgever.