

## Arbeidsongeschiktheid

345

**Na een primaire beoordeling door een niet als verzekeringsarts geregistreerde arts is in bezwaar in beginsel een spreekuurcontact vereist met een geregistreerde verzekeringsarts**

Centrale Raad van Beroep  
23 juni 2021, nr. 19/155 WIA,  
ECLI:NL:CRVB:2021:1491  
(Rottier, Van der Kris, Dijt)  
Noot E. van den Bogaard

**Niet-verzekeringsarts. Geregistreerde verzekeringsarts. Digitale medeondertekening. Volledige heroverweging in bezwaar. Spreekuuronderzoek verzekeringsarts bezwaar en beroep.**

[Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheids-  
wetten art. 3 en 4]

*Samenvatting: i. In de bezwaarfase moet een volledige heroverweging plaatsvinden. Als de medische grondslag van het besluit wordt betwist en in de primaire fase geen spreekuurcontact is geweest met een geregistreerde verzekeringsarts, moet in de bezwaarfase de betrokkene door een verzekeringsarts bezwaar en beroep tijdens een spreekuurcontact worden onderzocht.*

*Van een spreekuurcontact kan in zo'n situatie slechts worden afgezien als de verzekeringsarts bezwaar en beroep voldoende kan motiveren dat vanwege de aard van de klachten en de beschikbare medische informatie, een spreekuurcontact geen toegevoegde waarde heeft.*

*ii. Dit betekent ook dat het toetsen en akkoord bevinden van de medische heroverweging door medeondertekening door een geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep, niet volstaat als deze toets beperkt blijft tot de vraag of de inhoud logisch en consistent is (zie ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29, m.nt. E. van den Bogaard), als deze slechts geschiedt op hoofdlijnen of als door de geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep slechts wordt gezien*

*of deze tot de eerder getrokken conclusies zou hebben kunnen komen.*

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Limburg van 14 december 2018, 18/862 (aangevallen uitspraak) en uitspraak op het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade, tussen:  
[appellante] te [woonplaats] (appellante)  
de Raad van bestuur van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv)

*Procesverloop*

Namens appellante heeft mr. J.D. van Alphen hoger beroep ingesteld en een verzoek om schadevergoeding gedaan.

Het Uwv heeft een verweerschrift ingediend. Partijen hebben nadere stukken ingediend.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 14 oktober 2020. Appellante is verschenen, bijgestaan door mr. E.S. Träger. Het Uwv heeft zich laten vertegenwoordigen door A.H.G. Boelen.

*Overwegingen*

1.1. Appellante is laatstelijk werkzaam geweest als pedagogisch medewerker voor 12,51 uur per week. Met ingang van 2 januari 2016 heeft appellante zich ziek gemeld met cardiale klachten. In het kader van een aanvraag op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) heeft appellante op 17 november 2017 het spreekuur bezocht van een arts in dienst van het Uwv. Deze arts was niet geregistreerd als verzekeringsarts. Deze arts heeft dezelfde dag een zogenoemde Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) opgesteld. In een rapport van 22 november 2017 heeft de arts zijn bevindingen neergelegd en appellante belastbaar geacht met inachtneming van de beperkingen die hij heeft neergelegd in de FML van 17 november 2017. Onder het rapport is vermeld dat het oordeel van deze arts is getoetst en akkoord bevonden door een verzekeringsarts. Het rapport is niet medeondertekend door die verzekeringsarts.

1.2. Een arbeidsdeskundige heeft appellante niet geschikt geacht voor haar eigen werk, vervolgens vijf functies geselecteerd en op basis van de drie functies met de hoogste lonen een mate van arbeidsongeschiktheid van 21,86% berekend. Bij besluit van 1 december 2017 heeft het Uwv geweigerd aan appellante met ingang van 30 december

2017 een WIA-uitkering toe te kennen, omdat zij met ingang van die datum minder dan 35% arbeidsongeschikt is.

1.3. Naar aanleiding van het bezwaar van appellante heeft een arts in dienst van het Uwv die is aangeduid als arts bezwaar en beroep, dossierstudie verricht en de hoorzitting bijgewoond waar appellante aanwezig was. In zijn rapport van 1 maart 2018 heeft deze arts geconcludeerd dat aanvullende beperkingen moeten worden aangenomen in de FML. In verband hiermee heeft hij op 2 maart 2018 een gewijzigde FML opgesteld. Het rapport van de arts bezwaar en beroep is medeondertekend door een verzekeringsarts bezwaar en beroep.

1.4. Uitgaande van de gewijzigde FML heeft een arbeidsdeskundige bezwaar en beroep vier van de eerder geselecteerde functies laten vervallen. De arbeidsdeskundige bezwaar en beroep heeft het CBBS geraadpleegd en twee nieuwe functies geselecteerd. Op basis van de overgebleven functie en de nieuw geselecteerde functies heeft de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld op 27,69%. Het Uwv heeft het bezwaar van appellante bij beslissing op bezwaar van 21 maart 2018 (bestreden besluit) ongegrond verklaard, omdat appellante ongewijzigd minder dan 35% arbeidsongeschikt is en dus niet in aanmerking komt voor een uitkering.

2. De rechtbank heeft het beroep van appellante tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard. De rechtbank heeft daartoe overwogen dat uit vaste rechtspraak van de Raad volgt dat het medisch onderzoek zorgvuldig is te achten als een geregistreerde verzekeringsarts het rapport van een niet als verzekeringsarts geregistreerde arts beoordeelt, waarbij de verzekeringsarts de beschikking heeft over het gehele dossier en het rapport mede ondertekent. De rechtbank heeft in dit verband verwezen naar de uitspraken van 2 februari 2018 (ECLI:NL:CRVB:2018:431) en 15 januari 2014 (ECLI:NL:CRVB:2014:39). Deze rechtspraak ziet weliswaar op de beoordeling door de primaire (verzekerings)arts, maar de rechtbank ziet geen aanleiding om deze rechtspraak niet ook van toepassing te achten op een verzekeringsarts bezwaar en beroep die een rapport van een arts bezwaar en beroep mede ondertekent. Aanknopingspunten voor het oordeel dat medeondertekenen onzorgvuldig onderzoek oplevert, omdat niet inzichtelijk is wat het onder-

zoek van de medeondertekende verzekeringsarts inhoudt, ontbreken. Dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep zich onvoldoende op de hoogte heeft gesteld van het dossier van appellante, blijkt naar het oordeel van de rechtbank niet uit de dossierstukken. Volgens de rechtbank bestaat geen aanleiding om te twifelen aan de zorgvuldigheid van het uitgevoerde medisch onderzoek door de arts bezwaar en beroep. Daarnaast heeft de rechtbank geen aanleiding gezien om te oordelen dat de belastbaarheid van appellante onjuist is vastgesteld. Uitgaande van de juistheid van de FML heeft de rechtbank overwogen dat de geselecteerde functies geschikt zijn voor appellante.

3.1. In hoger beroep heeft appellante, onder herhaling van de gronden in bezwaar en beroep, aangevoerd dat zij zowel in de primaire fase als in de bezwaarfase is gezien door een niet als verzekeringsarts geregistreerde arts. Appellante is van mening dat het bestreden besluit hierdoor onzorgvuldig tot stand is gekomen en dat reeds daarom het bestreden besluit en de aangevallen uitspraak moeten worden vernietigd. Ter onderbouwing van haar standpunt heeft appellante verwezen naar de uitspraak van de Raad van 13 december 2018 (ECLI:NL:CRVB:2018:4018). Met het in hoger beroep overleggen van een nader rapport van 30 januari 2019 van de verzekeringsarts bezwaar en beroep die destijds het rapport van de arts bezwaar en beroep van 1 maart 2018 mede heeft ondertekend, is het gebrek volgens appellante niet hersteld, omdat deze verzekeringsarts bezwaar en beroep appellante niet zelf heeft gezien en onderzocht. Appellante is van mening dat om tot een zorgvuldige besluitvorming te komen een medisch onderzoek tijdens een spreekuurcontact door een verzekeringsarts bezwaar en beroep is aangewezen.

3.2. Het Uwv heeft gesteld dat het medisch onderzoek zorgvuldig is geweest en verwijst daarvoor naar het in hoger beroep ingezonden rapport van 30 januari 2019. Het Uwv heeft verzocht de aangevallen uitspraak te bevestigen.

4. De Raad oordeelt als volgt.

4.1.1. Artikel 3, eerste, tweede en derde lid, van het Schattingsbesluit luiden als volgt:

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

2. Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies

van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedrag en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft.

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

4.1.2. Artikel 4, eerste lid, van het Schattingsbesluit luidt als volgt:

Het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voldoet aan de volgende vereisten:

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

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

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

4.2. Zoals de Raad meermalen heeft overwogen kan aan een onderzoek door een niet als verzekeringarts geregistreerde arts niet dezelfde waarde worden toegekend als aan een onderzoek door een geregistreerde verzekeringarts. Registratie als verzekeringarts staat in beginsel borg voor een zekere kwaliteit. Zolang registratie als verzekeringarts nog niet heeft plaatsgevonden kan er in beginsel niet van worden uitgegaan dat het onderzoek van de (nog) niet als verzekeringarts geregistreerde arts diezelfde kwaliteit bezit (zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 18 juli 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9904).

4.3.1. De Raad heeft voor de fase van de primaire besluitvorming echter aanvaard dat er geen aanleiding is om een rapport van een niet als verzekeringarts geregistreerde arts als onzorgvuldig aan te merken, indien een verzekeringarts in zijn hoedanigheid van mentor/begeleider dit rapport met zijn handtekening voor zijn rekening heeft genomen (zie de uitspraak van de Raad van 14 december 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BC0360). Voorts heeft de Raad in zijn uitspraak van 15 januari 2014 (ECLI:NL:CRVB:2014:39) de situatie waarin een geregistreerde verzekeringarts een rapport beoordeelt van een niet als verzekeringarts geregistreerde arts, opgemaakt na spreekuur-

onderzoek door deze niet als verzekeringarts geregistreerde arts, en waarbij de geregistreerde verzekeringarts de beschikking heeft over het gehele dossier en het rapport vervolgens medeondertekent, geheel in lijn geacht met de in de uitspraak van 14 december 2007 als voldoende zorgvuldig geoordeelde handelwijze.

4.3.2. Het Uvv heeft ter zitting toegelicht dat in toenemende mate met een digitaal dossier wordt gewerkt. Omdat het medeondertekenen door middel van een 'natte' handtekening of paraaf bij deze werkwijze niet mogelijk is, heeft het Uvv in aansluiting op deze rechtspraak een systematiek van digitaal medeondertekenen ontwikkeld. Zowel bij het zetten van een 'natte' handtekening of paraaf als bij het digitaal medeondertekenen heeft de betreffende verzekeringarts de beschikking over het volledige dossier en neemt deze, zo nodig na overleg met de arts en het verrichten van aanvullende onderzoeksactiviteiten, het rapport voor diens rekening. Met het Uvv wordt geoordeeld dat deze werkwijze voor de primaire fase in overeenstemming is met de vaste rechtspraak van de Raad.

4.4. In de bezwaarfase dient een volledige heroverweging plaats te vinden waarbij de feiten juist worden vastgesteld en de conclusies logisch uit die feiten voortvloeien. Daarom zal, indien de medische grondslag van de besluitvorming wordt betwist, in deze fase van de procedure een louter dossieronderzoek als regel niet volstaan (zie ook de uitspraak van de Raad van 22 oktober 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BG1543). De zorgvuldigheid van de besluitvorming in bezwaar brengt verder met zich dat in situaties als de onderhavige, waarin de medische grondslag van het primaire besluit gemotiveerd wordt betwist en waarin in de primaire fase geen sprake is geweest van een spreekuurcontact met een geregistreerde verzekeringarts, als uitgangspunt geldt dat in de fase van bezwaar de betrokkene door een verzekeringarts bezwaar en beroep tijdens een spreekuurcontact wordt onderzocht en er dus feitelijk sprake is van een contact met deze verzekeringarts. Van een spreekuurcontact kan in zo'n situatie in beginsel slechts worden afgezien indien de verzekeringarts bezwaar en beroep voldoende kan motiveren dat in het licht van de aard van de klachten en de beschikbare medische informatie, een spreekuurcontact geen toegevoegde waarde heeft. Dit betekent tevens dat het toetsen en akkoord bevinden van de medische heroverweging door mede-

dertekening door een geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep, niet volstaat als deze toets beperkt blijft tot de vraag of de inhoud logisch en consistent is (zie de uitspraak van de Raad van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018), als deze slechts geschiedt op hoofdlijnen of als door de geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep slechts wordt gezien of deze tot de eerder getrokken conclusies zou hebben kunnen komen.

4.5. Toepassing van deze uitgangspunten leidt tot het oordeel dat het medisch onderzoek in de bezwaarfase niet met de vereiste zorgvuldigheid is geschied. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft het rapport van de arts bezwaar en beroep medeondertekend. Er is geen spreekuurcontact bij de verzekeringsarts bezwaar en beroep geweest. Een motivering daarvoor is in het rapport van 1 maart 2018 niet gegeven. Met het in hoger beroep overgelegde rapport van de verzekeringsarts bezwaar en beroep van 30 januari 2019 is de zorgvuldigheid van het onderzoek nog steeds onvoldoende. Immers, de verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft zich bij het opstellen van dit rapport slechts gebaseerd op de in het dossier aanwezige medische informatie en er is nog steeds geen spreekuurcontact geweest, terwijl ook in dit rapport niet wordt gemotiveerd waarom de klachten van appellante en de aanwezige medische gegevens aanleiding geven om van een spreekuurcontact af te zien.

5. Uit 4.2 tot en met en 4.5 volgt dat het hoger beroep slaagt en de aangevallen uitspraak zal worden vernietigd.

6. Doende wat de rechtbank zou behoren te doen, zal het beroep gegrond worden verklaard en het bestreden besluit worden vernietigd wegens strijd met artikel 3:2, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Het Uwv wordt opgedragen het gebrek in het bestreden besluit te herstellen met inachtneming van wat in deze uitspraak is overwogen.

7. Met het oog op een voortvarende afdoening van het geschil bestaat aanleiding om met toepassing van artikel 8:113, tweede lid, van de Awb te bepalen dat tegen de door het Uwv te nemen nieuwe beslissing op bezwaar slechts bij de Raad beroep open staat.

8. Over het verzoek van appellante om een vergoeding van schade in de vorm van wettelijke rente wordt op grond van artikel 8:88, eerste lid, van de Awb het volgende overwogen. Niet zeker is

hoe het nieuw te nemen besluit zal luiden. Het is daarom nu niet mogelijk om vast te stellen of, en zo ja in welke omvang, door appellante schade is geleden. Het verzoek om een vergoeding van schade zal daarom worden afgewezen. Het ligt voor de hand dat het Uwv bij de nadere besluitvorming mede beoordeelt of hiervoor, gelet op de uitkomst, aanleiding bestaat.

9. Aanleiding bestaat om het Uwv te veroordelen in de proceskosten van appellante. Op grond van het Besluit proceskosten bestuursrecht wordt aan de onderhavige zaak een gemiddeld gewicht toegekend en is de waarde per punt € 534,=. Deze kosten worden begroot op € 1.068,= voor verleende rechtsbijstand in beroep (1 punt voor het indienen van het beroepschrift en 1 punt voor het bijwonen van de zitting) en € 15,24 aan reiskosten en op € 1.068,= voor verleende rechtsbijstand in hoger beroep (1 punt voor het indienen van het hoger beroepschrift en 1 punt voor het bijwonen van de zitting) en € 43,64 aan reiskosten, in totaal € 2.194,88.

#### *Beslissing*

De Centrale Raad van Beroep

- vernietigt de aangevallen uitspraak;
- verklaart het beroep gegrond en vernietigt het besluit van 21 maart 2018;
- draagt het Uwv op een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen met inachtneming van deze uitspraak;
- bepaalt dat tegen dit nieuwe besluit slechts beroep kan worden ingesteld bij de Raad;
- wijst het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade af;
- veroordeelt het Uwv in de proceskosten van appellante tot een bedrag van € 2.194,88;
- bepaalt dat het Uwv aan appellante het door appellante in beroep en hoger beroep betaalde griffierecht van in totaal € 174,= vergoedt.

#### **NOOT**

1. Het belang van de hier opgenomen uitspraak kan niet licht worden onderschat. In de eerste plaats omdat de CRvB duidelijk maakt wat moet worden verstaan onder 'volwaardig medisch onderzoek in bezwaar' als bedoeld in r.o. 5.3 van zijn uitspraak van 2 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3550, «USZ» 2021/128, m.nt. E. van den Bogaard, in de tweede plaats omdat

de CRvB duidelijk maakt dat in bezwaar niet mag worden volstaan met een marginale toetsing, maar een daadwerkelijke en volledige heroverweging dient plaats te vinden, en in de derde plaats omdat de CRvB een duidelijk signaal afgeeft, zo niet een piketpaal slaat, voor de discussie over de toekomst van het sociaal-medisch beoordelen (*Kamerstukken II 2020/21, 26448, nr. 645*).

*De niet-verzekeringsarts revisited again, again*

2. In 1978 had de Britse rockband Status Quo een flinke hit met de song 'Again and Again'. Niemand kon toen bevroeden dat dit het lijflied van de niet-verzekeringsarts zou worden. Maar waarom duikt de niet-verzekeringsarts eigenlijk steeds weer opnieuw op in de rechtspraak?

Zoals ik in mijn noot onder CRvB 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29, m.nt. E. van den Bogaard, schreef, kampt het UWV al vele jaren met een ernstig tekort aan verzekeringsartsen. Zo had het UWV in 2007 zo'n 800 geregistreerde verzekeringsartsen in dienst en ongeveer 200 verzekeringsartsen in opleiding. In 2017 was dat gedaald tot 388 fte aan geregistreerde verzekeringsartsen en 261 fte aan basisartsen, al dan niet in opleiding tot verzekeringsarts, en kon het UWV inclusief externe en ingehuurd verzekeringsartsen beschikken over in totaal 712 fte aan (verzekerings)artsen; dat is 88 minder dan in 2007 en een daling van ruim 8% in 10 jaar tijd. Uit het jaarverslag over 2020 blijkt dat de totale netto artsencapaciteit in dat jaar is gestegen tot 731 fte, maar die stijging komt vooral uit een toename van het aantal basisartsen van 261 (2017) tot 306 fte en een toename van taakdelegatie van 107 (2017) tot 140 fte. Het aantal geregistreerde verzekeringsartsen is gedaald van 388 fte in 2017 via 411 in 2018 en 427 in 2019 tot 368 fte in 2020; een daling van 20 fte (ruim 5%) ten opzichte van 2017 en 59 fte (ruim 13%) ten opzichte van 2019. Naar verwachting zal de uitstroom van ervaren verzekeringsartsen de komende jaren alleen maar groter worden (UWV jaarverslag 2020, p. 35).

3. Hoewel vanuit de optiek van de beschikbare capaciteit de toegenomen inzet van niet als verzekeringsarts geregistreerde artsen begrijpelijk is, handhaaft de CRvB de in zijn uitspraken van 18 juli 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BA9909 e.a., «USZ» 2007/229, m.nt. A.C. Damsteegt, ingezette lijn dat "registratie als verzekeringsarts in begin-

sel borg (staat) voor een zekere kwaliteit" en dat "er in beginsel niet van (kan) worden uitgegaan dat het onderzoek van de (nog) niet als verzekeringsarts geregistreerde arts diezelfde kwaliteit bezit", maar dat dit gebrek in de bezwaarfase kan worden hersteld. Voor een overzicht van deze rechtspraak verwijs ik naar mijn noten onder de uitspraken van de CRvB van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29 ('*De niet-geregistreerde verzekeringsarts revisited*'), en 2 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3550, «USZ» 2021/128 ('*De niet-verzekeringsarts revisited again*').

4. In de laatste genoemde uitspraak overwoog de CRvB dat om het gebrek te herstellen in bezwaar een *volwaardig medisch onderzoek* door een geregistreerde verzekeringsarts dient plaats te vinden.

In de hier opgenomen uitspraak vult de CRvB in wat dan precies moet worden verstaan onder een 'volwaardig medisch onderzoek': "De zorgvuldigheid van de besluitvorming in bezwaar brengt verder met zich dat in situaties als de onderhavige, waarin de medische grondslag van het primaire besluit gemotiveerd wordt betwist en waarin in de primaire fase geen sprake is geweest van een spreekuurcontact met een geregistreerde verzekeringsarts, als uitgangspunt geldt dat in de fase van bezwaar de betrokkene door een verzekeringsarts bezwaar en beroep *tijdens een spreekuurcontact* wordt onderzocht en er dus feitelijk sprake is van een contact met deze verzekeringsarts (cursivering EvdB)" (r.o. 4.4).

Van een dergelijk spreekuurcontact "kan in zo'n situatie in beginsel *slechts worden afgezien* indien de verzekeringsarts bezwaar en beroep voldoende kan motiveren dat *in het licht van de aard van de klachten* en de *beschikbare medische informatie*, een spreekuurcontact *geen toegevoegde waarde* heeft".

*Onderzoek in bezwaar: niet marginaal maar volledig*

5. Hoewel de CRvB het spreekuur bij de verzekeringsarts bezwaar en beroep tot uitgangspunt stelt, is dat niet de kern van deze uitspraak. Die kern is gelegen in de eerste zin van r.o. 4.4: "In de bezwaarfase dient een *volledige* heroverweging plaats te vinden waarbij de feiten juist worden vastgesteld en de conclusies logisch uit die feiten voortvloeien (cursivering EvdB)". Dat lijkt

een open deur, maar is het niet, getuige de redenering die ik onlangs aantrof in een rapportage van een verzekeringsarts bezwaar en beroep: "een medische heroverweging in bezwaar is geen seconde opinion procedure, de bezwaren brengen geen nieuwe nog niet eerder onderkende medische feiten of omstandigheden aan het licht die tevens een geheel ander licht werpen op de zaak. Er zijn daarom voor mij geen dringende redenen om een persoonlijk contact met belanghebbende te hebben".

Deze op de leest van art. 4:6 Awb geschoeide redenering gaat ervan uit dat slechts bij uitzondering van de bestreden beoordeling kan worden afgeweken. Dat lijkt mij zo ongeveer de definitie van marginale toetsing, maar is wel in overeenstemming met hetgeen wordt voorgeschreven in hoofdstuk 6 van de *UWV-richtlijnen bezwaarproces, Aard en omvang heroverweging*: "3. Het standpunt van de primaire afdeling wordt in beginsel gevolgd" en "4. Een andere weging van dezelfde feiten en omstandigheden leidt niet tot herroeping".

Gezien de nadruk die de CRvB legt op de volledige heroverweging, lijkt het mij dat het UWV dit beleid niet langer kan handhaven en heeft de uitspraak een veel ruimer bereik dan alleen de problematiek van de niet-verzekeringsarts.

6. Het is de volledige heroverweging die met zich meebrengt dat "in situaties als de onderhavige, waarin de *medische grondslag* van het primaire besluit *gemotiveerd wordt betwist* en waarin *in de primaire fase* geen sprake is geweest van een spreekuurcontact met een *geregistreerde verzekeringsarts (cursivering EvdB)*" in bezwaar *alsnog* een spreekuurcontact met een geregistreerde verzekeringsarts dient plaats te vinden. En die volledige heroverweging brengt evenzeer met zich mee dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep, ook als hij tot dezelfde feitelijke bevindingen komt als de primaire arts, maar bij het vertalen van die bevindingen in termen van belastbaarheid tot een andere weging komt, zijn eigen standpunt in de plaats stelt van dat van de primaire (al dan niet verzekerings)arts.

#### *Gemotiveerde betwisting*

7. Uit de uitspraak volgt niet dat in alle gevallen waarin in primo een niet-verzekeringsarts heeft opgetreden, een spreekuurcontact met de verzekeringsarts bezwaar en beroep moet plaatsvinden. Dat hoeft alleen in de zaken waarin de medi-

sche grondslag van het primaire besluit *gemotiveerd* wordt betwist. Dat lijkt mij op zich niet onredelijk. Maar de vraag is natuurlijk wel wanneer kan worden gesproken van een gemotiveerde betwisting. Dat "Ik ben het er niet mee eens" niet voldoende zal zijn, is duidelijk. Maar hoe gespecificeerd moet de betwisting zijn om tot een spreekuurcontact te leiden? Is het voldoende als de motivering voldoet aan de eisen van art. 6:5 lid 1 Awb (vergelijk CRvB 13 augustus 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:2029, elders in deze aflevering opgenomen onder nummer «USZ» 2021/363) of moeten daar zwaardere eisen aan worden gesteld?

#### *Volledige heroverweging: persoonlijk contact...*

8. Hoewel de CRvB bij het uitwerken van wat in het kader van de volledige heroverweging is vereist, het spreekuur bij de verzekeringsarts bezwaar en beroep tot uitgangspunt stelt, is dat niet de kern van die uitwerking. Die kern is dat er sprake is van een *persoonlijk contact* met deze verzekeringsarts ("er *dus* feitelijk sprake is van een *contact* met deze verzekeringsarts (cursivering EvdB)"). Dat de CRvB bij de invulling van de *wijze waarop* dat contact dient plaats te vinden, het spreekuur tot uitgangspunt neemt, laat onverlet dat dat contact ook op andere wijze kan plaatsvinden – en in de meeste gevallen ook op andere wijze geschiedt, namelijk doordat de verzekeringsarts de hoorzitting bijwoont.

#### *... tijdens een spreekuur...*

9. Het is echter vaste rechtspraak dat het bijwonen van een hoorzitting niet gelijk kan worden gesteld met een spreekuuronderzoek en ook geen volwaardig medisch onderzoek oplevert; zie de in punt 3 van mijn noot onder CRvB 2 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3550, «USZ» 2021/128, besproken uitspraken. Maar als ik uitga van mijn eigen ervaring met de wijze waarop verzekeringsartsen tijdens een hoorzitting onderzoek verrichten, dan vraag ik mij af of het nu zoveel verschil maakt of dat onderzoek in het kader van een spreekuur plaatsvindt of in het kader van een hoorzitting.

De meeste verzekeringsartsen bezwaar en beroep kennen het dossier goed, geven bij aanvang van de hoorzitting een samenvatting van de in het dossier aanwezige medische informatie, stellen veel en gerichte vragen en verrichten, als daar aanleiding toe bestaat, na afloop van de

hoorzitting nog lichamelijk onderzoek in de beslotenheid van een onderzoekskamer. Cliënten vertellen aan afloop van zo'n hoorzitting doorgaans dat zij zich serieus genomen en gehoord voelen. Ik heb geen reden om aan te nemen dat die onderzoeken anders zouden zijn verlopen of tot andere uitkomsten zouden hebben geleid, als zij hadden plaatsgevonden in het kader van een medisch spreekuur.

En ook in de gevallen dat een verzekeringsarts bezwaar en beroep de indruk wekt het allemaal wel te geloven en met hangen en wurgen twee of drie vragen weet te bedenken (en de meeste rechtsbijstandverleners kennen er wel een in hun regio), vraag ik mij af of dat tijdens een spreekuurcontact nu zoveel anders zou zijn geweest.

10. Bovendien moet bedacht worden dat een medisch spreekuur niet in de plaats komt van een hoorzitting. Op grond van art. 7:3 Awb kan het UWV alleen van een hoorzitting afzien als het bezwaar kennelijk niet-ontvankelijk of kennelijk ongegrond is (onderdeel a en b), de belanghebbende niet binnen een redelijke termijn verklaart dat hij gebruik wil maken van het recht te worden gehoord (onderdeel d) of volledig aan het bezwaar tegemoet wordt gekomen (onderdeel e). In andere gevallen kan alleen van een hoorzitting worden afgezien als de belanghebbende daarmee instemt (onderdeel c).

Om te voorkomen dat er zowel een spreekuur als een hoorzitting moet worden gehouden, lijkt het mij aangewezen om in dit soort zaken spreekuur en hoorzitting te combineren.

11. Hoewel dat niet met zoveel woorden in de uitspraak staat, ga ik ervan uit dat de CRvB met 'onderzoek tijdens een spreekuurcontact' het oog heeft op een onderzoek *in persoon*, dat wil zeggen een onderzoek waarbij de betrokkene en de verzekeringsarts fysiek in dezelfde ruimte aanwezig zijn en elkaar recht in de ogen kunnen zien. Dat betekent dat een *telefonisch* contact zeker niet toereikend is en *beeldbellen* in beginsel ook niet.

... met een *geregistreeerde verzekeringsarts*

12. Aan het slot van r.o. 4.4 overweegt de CRvB dat "(d)it (tevens) betekent (...) dat het toetsen en akkoord bevinden van de (door een niet-verzekeringsarts verrichte, EvdB) medische heroverweging door *medeondertekening door een geregistreeerde verzekeringsarts bezwaar en beroep*, niet volstaat als deze toets beperkt blijft tot de vraag

of de inhoud logisch en consistent is (zie de uitspraak van de Raad van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018), als deze slechts geschiedt op hoofdlijnen of als door de geregistreeerde verzekeringsarts bezwaar en beroep slechts wordt bezien of deze tot de eerder getrokken conclusies zou hebben kunnen komen (cursivering EvdB)''

Verder blijkt uit de uitspraak van 22 juli 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:1836, dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep in zo'n geval *ook niet* kan volstaan met een *dossieronderzoek*.

Dat betekent dat niet alleen de *heroverweging* dient plaats te vinden door een geregistreeerde verzekeringsarts, maar ook dat die geregistreeerde verzekeringsarts het *aan die heroverweging voorafgaande onderzoek* zelf dient te verrichten. Hierdoor wordt bereikt dat de betrokkene *ten minste eenmaal* persoonlijk wordt onderzocht door een *geregistreeerde* verzekeringsarts.

*Trendbreuk*

13. Dat de in de uitspraak besloten liggende trendbreuk niet altijd direct wordt herkend, wordt geïllustreerd door de uitspraken van de rechtbank Zeeland-West-Brabant van 31 augustus 2021, ECLI:NL:RBZWB:2021:4395 en ECLI:NL:RBZWB:2021:4396. Uit deze uitspraken blijkt dat het UWV ter zitting heeft verklaard dat vanaf 22 juni 2020 weer fysieke hoorzittingen werden gepland, maar dat het *uitgangspunt* bleef dat hoorzittingen *telefonisch* plaatsvonden, *tenzij* de verzekeringsarts bezwaar en beroep een fysieke hoorzitting nodig vond voor de beoordeling. In r.o. 5.2 van ECLI:NL:RBZWB:2021:4396 overweegt de rechtbank dat uit ECLI:NL:CRVB:2021:1491 "niet kan worden afgeleid dat deze praktijk onzorgvuldig is en dat het contact met een verzekeringsarts b&b in alle gevallen in fysieke vorm moet plaatsvinden". In r.o. 5.3 van beide uitspraken acht zij het verdedigbaar dat "de verzekeringsarts b&b het voor zijn medische beoordeling (kennelijk) niet noodzakelijk (vond) om eiser in persoon te zien in de bezwaarfase".

Hoewel de rechtbank in r.o. 5.1 van beide uitspraken wel r.o. 4.4 van ECLI:NL:CRVB:2021:1491 weergeeft, past zij deze niet toe – en legt zij ook niet uit waarom zij dat niet doet. Waar de CRvB tot uitgangspunt stelt dat de betrokkene tijdens een spreekuurcontact wordt onderzocht en dat van zo'n spreekuurcontact "in beginsel slechts

(kan) worden afgezien indien de verzekeringsarts bezwaar en beroep voldoende kan motiveren dat in het licht van de aard van de klachten en de beschikbare medische informatie, een spreekuurcontact geen toegevoegde waarde heeft”, acht de rechtbank het verdedigbaar dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep het “kennelijk (...) niet noodzakelijk (vond) om eiser in persoon te zien” en heeft volstaan met het bijwonen van een telefonische hoorzitting.

Het dunkt mij dat het bijwonen van een telefonische hoorzitting niet gelijk kan worden gesteld met een spreekuurcontact. En een motivering van de verzekeringsarts bezwaar en beroep dat en waarom “in het licht van de aard van de klachten en de beschikbare medische informatie, een spreekuurcontact geen toegevoegde waarde heeft”, is in de uitspraak niet te lezen.

Tot slot blijkt in ECLI:NL:RBZWB:2021:4396 de verzekeringsarts bezwaar en beroep zich expliciet te baseren op de onderzoeksbevindingen van de primaire niet-verzekeringsarts (zie r.o. 4.3), waarvan het uitgangspunt voor de CRvB nog steeds is dat er niet vanuit kan worden gegaan dat dit van dezelfde kwaliteit is als een onderzoek door een geregistreerde verzekeringsarts.

#### *Herstel van het gebrek: retrospectieve beoordeling*

14. Wat is het vervolg dat aan de zaak moet worden gegeven? De CRvB vernietigt de uitspraak van de rechtbank en het bestreden besluit en draagt het UWV op een nieuw besluit te nemen met inachtneming van wat in de uitspraak is overwogen. Dat betekent dat alsnog een spreekuurcontact moet plaatsvinden met een geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep. Nu dateert de uitspraak van 23 juni 2021 en is de datum in geding 30 december 2017. Bij het alsnog te houden spreekuur moet dus een 3½ jaar retrospectieve beoordeling worden gedaan.

In de uitspraak van 19 juli 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:1757, leidt toepassing van de nieuwe lijn ook tot het op een spreekuur moeten verrichten van een 3½ jaar retrospectieve beoordeling. In r.o. 6 voegt de CRvB daar echter aan toe dat “(e)ventueel bestaande onduidelijkheid over de precieze gezondheidssituatie van appellant op de datum in geding (...) daarbij *niet tot zijn nadeel* (mag) strekken (cursivering EvdB)”. Zoals bij laattijdige aanvragen de als gevolg van tijdsverloop ontstane onduidelijkheden voor risi-

co van de laattijdige aanvrager worden gebracht, mogen deze onduidelijkheden niet ten nadele van appellant strekken; zij zijn immers het gevolg van het handelen van het UWV.

#### *Hakken in het zand-effect: is het gebrek überhaupt nog herstelbaar?*

15. Daarmee zijn de gevolgen van het tijdsverloop wel ondervangen, maar een ander probleem niet: bij welke arts moet dat spreekuurcontact plaatsvinden en hoe groot is de kans dat dit daadwerkelijk tot andere bevindingen kan leiden? Anders gezegd: het *procedurele* aspect van het gebrek (geen spreekuur) is wel herstelbaar, maar geldt dat ook voor het *materiële* aspect (de inhoud van de beoordeling)?

Stel dat het spreekuur plaatsvindt bij dezelfde verzekeringsarts die in het kader van de procedure bij herhaling heeft gezegd dat zijn onderzoek zorgvuldig was en er geen medische redenen zijn om tot een ander standpunt te komen. Het lijkt me niet erg waarschijnlijk dat als de hakken eenmaal in het zand staan, die hakken er tijdens een spreekuur weer uit zullen komen. Het lijkt mij daarom op zijn minst aangewezen het spreekuur aan een andere verzekeringsarts bezwaar en beroep op te dragen.

Maar ook dan bestaat het risico dat die andere verzekeringsarts zijn collega niet zal willen afvallen en dat zijn onderzoek zal zijn gekleurd door het tijdens de procedure bij herhaling ingenomen standpunt.

Ik denk daarom dat het reëel is om te stellen dat waar het gebrek in de primaire besluitvorming *in bezwaar* kan worden hersteld door een spreekuuronderzoek, het hakken in het zand effect ertoe leidt dat *na beroep bij de rechtbank* herstel eigenlijk niet goed meer mogelijk is en *na hoger beroep bij de CRvB* zeker niet.

16. Er zou dan ook het meeste recht worden gedaan aan zowel de verzekerde als de eerder betrokken (verzekerings)artsen als (in casu) per einde wachttijd alsnog een WIA-uitkering wordt toegekend en het recht op uitkering voor de toekomst wordt vastgesteld op basis van een actuele beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid.

#### *De toekomst van het sociaal-medisch beoordelen*

17. In zijn brief van 9 april 2021 (*Kamerstukken II 2020/21, 26448, nr. 645*) heeft de minister van SZW aangekondigd een omslag na te streven



naar een 'regiemodel voor sociaal-medische dienstverlening': "Waar voor verzekeringartsen op dit moment de focus ligt op het uitvoeren van sociaal-medische beoordelingen, worden zij met deze omslag de *regisseur van het gehele proces* dat een uitkeringsgerechtigde in de Ziektewet of de WIA bij UWV doorloopt. De verzekeringartsen krijgen daarbij ondersteuning van een multidisciplinair team van professionals, met onder andere arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses. Deze omslag betekent dat verzekeringartsen, samen met hun team, in een sociaal-medisch centrum de verantwoordelijkheid krijgen voor een regionaal afgebakende groep uitkeringsgerechtigden. In overleg met het team bepaalt de verzekeringarts op basis van maatwerk op welke momenten deze cliënten beoordeeld worden, door wie en op welke manier die beoordeling verricht wordt en welke aanvullende begeleiding mensen krijgen"

18. Het lijkt mij dat de verschuiving van de rol van de (geregistreerde!) verzekeringarts van het *uitvoeren* van beoordelingen naar regie van het gehele beoordelingsproces haaks staat op de in deze uitspraak opnieuw bevestigde eis dat de verzekerde tijdens het besluitvormingsproces – liefst direct in primo en anders in bezwaar – *persoonlijk moet worden onderzocht* door een geregistreerde verzekeringarts.

En dat leidt dan weer tot de vraag of de introductie van sociaal-medische centra (GMD 2.0) niet vooral de zoveelste reorganisatie zal blijken te zijn, die van alles overhoop haalt, maar het probleem van de beoordelingscapaciteit niet zal oplossen – het tekort aan geregistreerde verzekeringartsen wordt er in elk geval niet minder van. 19. Wanneer zouden de beleidsmakers in Den Haag eindelijk eens gaan begrijpen dat het tekort aan geregistreerde verzekeringartsen niet het echte probleem is, maar slechts een symptoom dat wordt veroorzaakt door op politieke opportuniteit gebaseerde wetgeving? Afschaffing van bijvoorbeeld het duurzaamheids criterium in de Wet WIA en de Wajong zou leiden tot minder beoordelingen en minder procedures, waardoor meer artsencapaciteit beschikbaar zou komen voor 'reguliere' beoordelingen. Is er enige politieke partij

die in de klucht die 'formatie' heet, deze handschoen durft op te pakken?

E. van den Bogaard

Ed van den Bogaard is advocaat bij Westhoff Advocaten te Amsterdam, voorzitter van de Adviescommissie bestuursrecht van de Nederlandse Orde van Advocaten en bestuurslid van de Specialisatievereniging Sociaal Zekerheidsrechtadvocaten

## 346

### Omdat appellante WAO-uitkering ontvangt kan zij niet toegelaten worden tot de vrijwillige verzekering voor de WIA

Centrale Raad van Beroep  
10 augustus 2021, nr. 18/4813 WAO,  
ECLI:NL:CRVB:2021:2009  
(Dompeling, Hilhorst-Hagen, Van der Velde)

#### Vrijwillige verzekering. WAO en WIA. Toelatingstermijn.

[WAO art. 81 lid 1 onder g, 83 lid 1 onder b]

*Samenvatting: Appellante ontvangt sinds 1998 WAO-uitkering. Appellante blijft verzekerde voor de WAO en kan daarom niet worden toegelaten tot de vrijwillige verzekering op grond van de Wet WIA. Zie ook de wetsgeschiedenis van art. 123 lid 4 Wet WIA. Het UWV had appellante evenmin moeten toelaten tot de vrijwillige verzekering op grond van de WAO. De WAO-uitkering is bij besluit van 31 mei 2002 herzien van een mate van arbeidsongeschiktheid van 80 tot 100% naar 35 tot 45%. Gelet op art. 81 lid 1 onder g en 83 lid 1 onder b WAO (oud) had appellante binnen vier weken na 31 mei 2002 een verzoek om toelating tot de vrijwillige verzekering moeten indienen. Niet in geschil is dat zij ruimschoots na deze vier weken, namelijk pas in april 2017, een aanvraag heeft ingediend voor een vrijwillige verzekering op grond van de WAO. Geen sprake is van een situatie dat appellante redelijkerwijs niet geacht kan worden in verzuim te zijn geweest. Het enkele feit dat het UWV in 2002 geen informatie heeft verstrekt over de mogelijkheden om een vrijwillige verzekering WAO af te sluiten brengt niet met*