

Inzicht in arbeids- ongeschiktheidsstelsels

Een internationale inventarisatie



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	8
1.1. Aanleiding	8
1.2. Onderzoeksvraag en aanpak	9
1.3. Leeswijzer	11
DEEL I Analyse	12
2. Arbeidsongeschiktheidscriteria en gerelateerde aspecten	13
2.1. Wachtijd en verloop tot aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering	15
2.2. Mate van arbeidsongeschiktheid: beoordelingsinstrumenten en minimale percentages (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering	18
2.3. Verzekerde arbeidsongeschiktheid en bepaling hoogte arbeidsongeschiktheidsuitkering	20
3. Inbreng cliënt	23
3.1. Spreekuren	23
3.2. Andere vormen van eigen inbreng	25
3.3. Analyse	26
4. Rollen professionals	28
4.1. Beoordelende professionals bij ziekte-uitkering	28
4.2. Betrokken professionals en hun rollen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling	28
4.3. Multimorbiditeit	33
5. Gegevensbescherming	34
5.1. EER landen en AVG: ruimte voor verschil	34
5.2. Verenigd Koninkrijk	36
6. Reflectie	37
6.1. Reflectie onderzoeksresultaten	37
6.2. Reflectie totstandkoming onderzoeksresultaten	37
6.3. Vervolgonderzoek	38
6.4. Concluderend	38
DEEL II Landenrapporten	39
7. Nederland	40
7.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Nederland in grote lijnen	41
7.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	42
7.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	44
7.4. Na de beslissing	46
8. IJsland	48
8.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel IJsland in grote lijnen	49
8.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	50
8.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	50
8.4. Na de beslissing	52
9. Zweden	54
9.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Zweden in grote lijnen	55
9.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	55
9.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	57
9.4. Na de beslissing	60
10. Denemarken	61
10.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Denemarken in grote lijnen	62
10.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	63
10.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	66

10.4. Na de beslissing	71
11. Ierland	74
11.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Ierland in grote lijnen	75
11.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	75
11.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	76
11.4. Na de beslissing	78
12. Estland	80
12.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Estland in grote lijnen	81
12.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	82
12.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	82
12.4. Na de beslissing	88
13. Finland	89
13.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Finland in grote lijnen	90
13.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	90
13.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	92
13.4. Na de beslissing	97
14. Verenigd Koninkrijk	98
14.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Verenigd Koninkrijk in grote lijnen	99
14.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid	100
14.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid	100
14.4. Na de beslissing	105
Bijlage I Interviewleidraad: AO-beoordeling van aanvraag tot toekenning	107
Bijlage II Vragenlijst AO-beoordeling: AO-criteria, inbreng cliënt en professionals	108
Literatuur- en bronnenlijst	112
Lijst van afkortingen	117
Begrippenlijst	118
Colofon	123

Voorwoord

Eerder dit jaar constateerde de Algemene Rekenkamer dat het huidige WIA-stelsel niet langer houdbaar is. Deze constatering komt niet uit de lucht vallen en weerspiegelt de problemen die UWV al enkele jaren ondervindt en die een onacceptabele weerslag hebben op onze cliënten. Zij verkeren (te) lang in onzekerheid over hun uitkering en dit belemmert hen op tal van terreinen. Naast het feit dat UWV middels tal van maatregelen tracht hier een oplossing voor te vinden, is het ook goed om inspiratie op te doen over mogelijke oplossingsrichtingen buiten onze landsgrenzen. Afgelopen jaar hebben onderzoekers van UWV de arbeidsongeschiktheidsstelsels in een achttal Europese landen onderzocht. Het onderzoek is tot stand gekomen door de inzet van vele betrokkenen: van het uitvoeren, tot het begeleiden en contact leggen met sociale zekerheidsinstanties in andere landen. Ik wil hen complimenteren met het waardevolle inzicht en resultaat wat dit onderzoek heeft opgeleverd. Hartelijk dank daarvoor!

Door middel van kwalitatief onderzoek zijn de arbeidsongeschiktheidsstelsels in kaart gebracht vanaf het eerste moment van ziekmelding, tot aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, bezwaar en beroep en eventuele herbeoordelingen. Daarbij is specifiek aandacht geschonken aan de gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid, de vormen van eigen inbreng van de cliënt, de betrokken professionals en hun rollen en gegevensbescherming. Het onderzoek laat interessante overeenkomsten en verschillen zien, wat ons in staat stelt om buiten de gebaande paden ook andere mogelijkheden te bekijken voor het Nederlandse stelsel. Bijvoorbeeld de betrokkenheid vanuit de curatieve sector, of de inzet op revalidatie en re-integratie.

Het nu voorliggende rapport biedt tal van aanknopingspunten. In de onderzochte landen komt naar voren dat ook zij te maken hebben met een hoge en toenemende druk op het stelsel. Een aantal landen is ons voorgegaan met het doorvoeren van hervormingen. Voorbeelden zijn Ierland, waar het fysieke spreekuur is vervangen door een desk assessment; het Verenigd Koninkrijk waar een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ook uitgevoerd kan worden door een medische professional anders dan een arts, zoals een fysiotherapeut; en Denemarken, waar sterk is ingezet op revalidatie en re-integratie.

Met de resultaten uit dit onderzoek gaat UWV aan de slag. Met betrokken stakeholders willen wij om tafel om samen te bespreken welke mogelijkheden en oplossingen we zien voor het stelsel in Nederland. Waarbij we een stelsel voor ogen hebben waarin de cliënt centraal staat, maar de uitvoering ook haalbaar is, zodat cliënt en professionals zo goed als mogelijk tot hun recht komen. Want uiteindelijk is er maar één doel dat telt: mensen zo snel en zo goed mogelijk helpen!

Johanna Hirscher
Lid raad van bestuur UWV

Samenvatting

Momenteel kampt UWV met een mismatch tussen het aantal gevraagde sociaal-medische beoordelingen en de beschikbare capaciteit. UWV verwacht dat de vraag naar sociaal-medische beoordelingen zal toenemen in de toekomst gezien de vergrijzing en verhoging van de pensioenleeftijd. In de UWV Kennisagenda 2022–2025 is het kennisthema 'sociaal-medisch en arbeidskundig handelen' opgenomen. Binnen dit kennisthema speelt het vraagstuk van het gebrek aan capaciteit om het aantal beoordelingen uit te kunnen voeren een belangrijke rol naast het ondersteunen en verder professionaliseren van de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de dienstverlening van alle UWV-professionals. In het kennisthema is de kennisvraag gesteld hoe andere landen hun socialezekerheidsstelsel hebben ingericht en te onderzoeken welke aspecten uit die andere landen in Nederland toegepast zouden kunnen worden. Ook vanuit de in 2022 opgerichte Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS) is er vraag naar een internationale vergelijking van verschillende socialezekerheidsstelsels, en meer specifiek de arbeidsongeschiktheidsstelsels.

Het doel van dit onderzoek is om inspiratie te bieden voor oplossingen van het capaciteitsvraagstuk en om mogelijkheden te onderzoeken om de eigen inbreng van de cliënt te bevorderen. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: Welke criteria voor arbeidsongeschiktheid worden gehanteerd en welke stappen worden tijdens het proces van arbeidsongeschiktheidsclaimbeoordeling genomen door de cliënt en professional in de geselecteerde landen?

Bij het in kaart brengen van de verschillende stelsels hebben we specifieke aandacht besteed aan onderstaande deelvragen:

- Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?
- Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij het traject voorafgaand en tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?
- Welke professionals zijn er betrokken bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en hoe ziet hun rol eruit?
 - Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?
- Hoe wordt hierbij rekening gehouden met gegevensbescherming?

Er zijn acht landen opgenomen in dit onderzoek: Denemarken, Estland, Finland, Ierland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Nederland. We zijn tot deze keuze gekomen om zo een brede variatie aan arbeidsongeschiktheidsstelsels te kunnen onderzoeken. De arbeidsongeschiktheidsstelsels zijn in kaart gebracht met verschillende kwalitatieve methoden: deskresearch, een schriftelijke vragenlijst, semigestructureerde interviews en consistentiechecks.

Arbeidsongeschiktheidscriteria en gerelateerde aspecten

Nederland is binnen dit onderzoek het enige land dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitvoert op basis van een berekening van het verlies aan verdien capaciteit. De andere onderzochte landen beoordelen arbeidsongeschiktheid op diverse wijzen, waarbij vooral gekeken wordt naar verlies aan arbeidsvermogen. Verder zien we dat in Nederland de methode van beoordelen relatief geprotocolleerd is. In alle andere onderzochte landen is de methode van beoordelen minder geprotocolleerd. We zien dat er landen zijn die de functionele beperkingen en/of mogelijkheden beoordelen, maar ook landen die daarbij andere aspecten meenemen, zoals omgevingsfactoren. In Denemarken bijvoorbeeld houden ze bij het bepalen van de mate van arbeidsongeschiktheid er rekening mee dat niet kunnen werken multifactoriële oorzaken kan hebben en brengen ze de diverse barrières die de cliënt ervan weerhouden terug te keren naar werk in kaart.

In Nederland wordt het voormalig inkomen op twee momenten meegenomen in de berekening van de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het voormalig inkomen wordt meegenomen bij het beoordelen van de resterende verdien capaciteit en daarnaast bedraagt de uitkering een percentage van het voormalig inkomen. Er zijn ook landen die het voormalig inkomen alleen meenemen om de hoogte van de uitkering te berekenen. In Finland, IJsland en Zweden bedraagt de uitkering een percentage van het voormalig inkomen. In Denemarken, Estland en het Verenigd Koninkrijk bedraagt de arbeidsongeschiktheidsuitkering een vast bedrag, onafhankelijk van het voormalig inkomen. Ierland hanteert een vast bedrag per inkomenscategorie.

Uit dit onderzoek blijkt dat diverse landen als voorwaarde voor arbeidsongeschiktheid hanteren dat alle mogelijkheden qua revalidatie en re-integratie zijn geprobeerd voordat zo'n beoordeling mogelijk is. Het betreft hier de duur en flexibiliteit van de periode voorafgaand aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het gaat om Denemarken, Finland, IJsland en Zweden. Deze landen hanteren een kortere doorbetalingsperiode vanuit de werkgever en een kortere ziekte-uitkering dan in Nederland. De duur van de rehabilitatieperiode kan sterk verschillen. Afhankelijk van de situatie en mogelijkheden van de cliënt wordt een rehabilitatieplan opgesteld. Indien de cliënt in deze landen aan de arbeidsongeschiktheidscriteria voldoet en een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt toegekend, dan vinden er geen herbeoordelingen plaats. Er zijn immers geen mogelijkheden meer voor revalidatie en re-integratie. Leeftijd speelt hierbij vaak een rol.

In Nederland, Estland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk geldt er geen voorwaarde dat alle mogelijke revalidatie en re-integratie geprobeerd moet zijn voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd. Er kan dan een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend, waarbij er ook herbeoordelingen plaatsvinden. Een dergelijk systeem sluit overigens niet uit dat er interventies op het gebied van revalidatie en re-integratie plaatsvinden. Zo moeten cliënten in Nederland ook gedurende een periode van twee jaar aan re-integratie- en revalidatieactiviteiten deelnemen voorafgaand aan een eventuele WGA- of IVA-toekenning. Er geldt daarmee een re-integratievereiste, maar binnen het kader van de wachttijd.

Inbreng cliënt

In Nederland wordt de cliënt tijdens de periode voorafgaand aan de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering begeleid door de werkgever en/of een arbodienst. De cliënt komt daarvoor ook op spreekuur bij de arbodienst. We zien in een aantal landen dat de loondoorbetaling en begeleidingsverplichting door de werkgever van kortere duur is. De cliënt gaat in deze landen vaak naar de huisarts of behandelend arts voor het opstellen van een medisch certificaat. Dit certificaat is nodig voor het aanvragen van een ziekte-uitkering bij de socialezekerheidsinstantie. Er is hiervoor over het algemeen geen afspraak nodig bij de socialezekerheidsinstantie.

Er zijn meerdere landen die eerst een rehabilitatie-uitkering toekennen voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd. Tijdens de rehabilitatie-uitkering worden diverse revalidatie- en re-integratiemogelijkheden benut. De begeleiding en spreekuren worden dan gedaan door ofwel een interdisciplinair rehabilitatieteam (in IJsland en Denemarken), een arbeidsgeneeskundige dienst (in Finland) of de huisarts (in Zweden).

Nederland hecht veel waarde aan het spreekuur tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit is een belangrijk moment voor eigen inbreng van de cliënt. Andere landen organiseren lang niet altijd een spreekuur. In bijvoorbeeld Ierland, Estland en Finland wordt de beoordeling uitgevoerd met een desk assessment. Er is dan in principe geen contact met de cliënt, maar de cliënt heeft wel de mogelijkheid voor eigen inbreng middels een zelfrapportage vragenlijst.

Een zelfrapportagevragenlijst is in Nederland geen standaarddocument dat door de cliënt ingevuld moet worden. In de meeste andere onderzochte landen wordt wel standaard een zelfrapportagevragenlijst gebruikt. Soms wordt dit gedaan als consistentiecheck om na te gaan of de beschikbare documentatie, bijvoorbeeld vanuit de curatieve sector, in lijn is met de antwoorden die de cliënt zelf geeft. De vragenlijst wordt op een dergelijke manier ingezet in IJsland en Zweden. De vragenlijst kan ook in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden gebruikt als onderdeel van de beeldvorming. Het is dan geen doorslaggevend document, maar het ondersteunt de beoordelaar wel in het beoordelen van de mogelijkheden en de beperkingen die de cliënt ervaart. In Estland bijvoorbeeld vormt de vragenlijst, samen met medische informatie en het medische certificaat vanuit de behandelend arts, de basis van de beoordeling. De cliënt heeft met deze vragenlijst de mogelijkheid tot directe inbreng in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Met de vragenlijst wordt de cliënt gevraagd naar een uitgebreide beschouwing van diens eigen fysieke en mentale functioneren. De cliënt wordt slechts in zeldzame gevallen door de beoordelende professional op een spreekuur uitgenodigd.

In Nederland wordt er niet standaard een medisch certificaat gebruikt van de behandelend arts uit de curatieve sector bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, maar wel een re-integratieverslag van de werkgever en arbodienst en/of bedrijfsarts. Hierin verschilt Nederland van de onderzochte landen. In de overige onderzochte landen wordt gebruikgemaakt van een medisch certificaat dat de behandelend arts heeft opgesteld. In dit certificaat staat informatie over de aandoening(en), de beperkingen, de verwachte duur en prognose, en in sommige landen ook een overzicht van de ingezette revalidatie en re-integratie. De essentiële rol van de behandelend arts leidt tot verschillende mogelijkheden: de beoordeling kan worden uitgevoerd met een desk assessment of de beoordeling kan door andere professionals dan een arts worden uitgevoerd. Het overzicht van de ingezette revalidatie en re-integratie kan ook worden aangeleverd door een interdisciplinair team dat de cliënt begeleidt tijdens de periode van revalidatie en re-integratie. Dit is het geval in Denemarken, IJsland en Finland.

In de onderzochte landen zien we dat aanvullende medische informatie kan worden opgevraagd bij de behandelend arts. Hiervoor is toestemming van de cliënt nodig. Er zijn uitzonderingen, bijvoorbeeld in Estland waar de arts sociale geneeskunde het nationale elektronisch medisch dossier van de cliënt kan inzien.

Betrokken professionals en hun rollen

Er zijn op verschillende momenten in het proces mogelijke spreekuren voor de cliënt, waarbij ook verschillende professionals betrokken zijn. Onder spreekuur verstaan wij het moment waarop de cliënt en de beoordelende professional(s) fysiek, telefonisch of digitaal met elkaar in contact zijn. Dit hebben we niet aan een bepaalde tijdsduur gekoppeld. We zien in de periode van de ziekte-uitkering (voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering) dat het spreekuur vaak door een arts vanuit de curatieve sector wordt gedaan. Dit is echter niet altijd het geval. Zo is er in Denemarken een niet-medisch professional die het spreekuur uitvoert. Daarnaast wordt het spreekuur in het Verenigd Koninkrijk gehouden door een medisch professional uit de curatieve sector. Dit kan een arts zijn, maar ook een fysiotherapeut of verpleegkundige. Als we kijken naar de spreekuren voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, dan valt ten eerste op dat lang niet alle landen hieraan voorafgaand een spreekuur houden. In de landen die wel een spreekuur houden, zien we een verscheidenheid aan betrokken professionals. In Denemarken wordt het spreekuur gehouden door een interdisciplinair rehabilitatieteam, in Zweden door een niet-medisch professional, in Nederland en IJsland zijn verzekeringsartsen de professionals die het spreekuur houden.

Als we kijken naar de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, dan zien we in de meeste landen dat een niet-medisch professional een ondersteunende rol heeft. De niet-medisch professional kan bijvoorbeeld zorgen dat een aanvraag en het dossier compleet zijn, of de cliënt ondersteunen bij het doen van de aanvraag. Een adviserende rol zien we vaak weggelegd voor de curatieve sector. In Nederland komt het advies vanuit de arbodienst/bedrijfsarts. Als het gaat om beoordelen, dan zien we vaak een rol voor een arts sociale geneeskunde. Er zijn uitzonderingen: er zijn landen waar de beoordeling wordt gedaan door een interdisciplinair rehabilitatieteam, een niet-medisch professional of een medisch professional. Als het gaat om de administratieve beslissing, dan zien we dat deze rol meestal is weggelegd voor een niet-medisch professional. De uitzondering hierop is IJsland, waar de verzekeringsarts degene is die de administratieve beslissing neemt.

De rol en positie van de arts sociale geneeskunde (of verzekeringsarts) is in de meeste landen verschillend. De arts sociale geneeskunde is in vrijwel alle onderzochte landen een medisch specialist die ook nog als zodanig werkt en daarnaast arts sociale geneeskunde is. Ook zijn de opleidingen divers. Vaak zien we dat de arts sociale geneeskunde een medisch specialist is die een aanvullende training heeft gevolgd over de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De training bedraagt over het algemeen drie tot zes maanden. In sommige landen werken deze artsen ook in de curatieve sector. Daarnaast ziet de arts sociale geneeskunde de cliënt niet altijd, bijvoorbeeld als de beoordeling met een desk assessment uitgevoerd wordt. In Zweden heeft de arts sociale geneeskunde een adviserende rol. Indien de niet-medisch professional die de beoordeling uitvoert vragen heeft of er zijn onduidelijkheden, dan kan de arts sociale geneeskunde worden geraadpleegd.

De rol van de niet-medisch professional in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is ook divers. In de onderzochte landen zien we de niet-medisch professional terug in een zowel ondersteunende, beoordelende als beslissende rol. In Nederland wordt de beoordeling deels gedaan door een niet-medisch professional, de arbeidsdeskundige. In Zweden wordt de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd door een academisch geschoolde niet-medisch professional. De niet-medisch professional kan daarbij eventueel wel advies vragen aan een arts sociale geneeskunde. De niet-medisch professional blijft verantwoordelijk voor de beoordeling. In Denemarken voert het rehabilitatieteam (dat deels bestaat uit niet-medisch professionals) de beoordeling uit.

Indien er sprake is van meerdere diagnoses (multimorbiditeit), dan zien we weinig verschillen tussen de onderzochte landen. In al deze landen worden de relevante diagnoses meegenomen in de beoordeling en wordt beoordeeld welke impact het geheel aan diagnoses heeft op het arbeidsvermogen.

Gegevensbescherming

Wij zien in de onderzochte landen die zich binnen de EER bevinden (allemaal, op het Verenigd Koninkrijk na) dat er verschillen zijn in omgang met bijzondere persoonsgegevens. Dit heeft er enerzijds mee te maken dat er binnen de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) ruimte wordt gelaten voor nationale invulling. Zowel in wettelijke uitzonderingen op het verbod van bijzondere gegevensverwerking als in het gebruik van 'open normen' zoals noodzakelijkheid en proportionaliteit. Anderzijds staat het deze landen ook vrij om aanvullende nationale wetgeving over gegevensbescherming te hanteren.

Een overeenkomst in de onderzochte landen is dat als er gegevens vanuit de curatieve sector worden opgevraagd, hiervoor toestemming van de cliënt nodig is. Een opvallend verschil tussen Nederland en de meeste andere onderzochte landen is dat als de cliënt geen toestemming geeft om informatie vanuit de curatieve sector door te geven aan UWV, er wel een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling plaats moet vinden. In andere onderzochte landen is een beoordeling zonder voldoende medische informatie vaak niet mogelijk of is een toekenning van de uitkering zonder deze informatie zelfs verboden. Het geven van toestemming door de cliënt voor het inzien van medische gegevens door de beoordelende instantie is daarmee niet altijd vrijblijvend. Het kan betekenen dat er hierdoor geen beoordeling mogelijk is en er daarmee geen uitkering wordt toegekend.

Reflectie

Dit onderzoek bevat een kwalitatieve beschrijving van hoe in acht landen in Europa het arbeidsongeschiktheidsstelsel is ingericht (inclusief Nederland). Met dit onderzoek willen we inspiratie bieden en verschillende mogelijkheden inzichtelijk maken die er zijn voor het inrichten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Elk arbeidsongeschiktheidsstelsel heeft aspecten die mogelijk interessant kunnen zijn. Voor de waardering van die aspecten is het goed te realiseren dat deze inventarisatie geen onderzoek is naar de uitvoering in de praktijk. De uitvoeringspraktijk kan in de onderzochte landen dan ook afwijken van hetgeen hier is beschreven. Daarnaast is het goed te realiseren dat we aan de hand van deze inventarisatie ook geen conclusies kunnen trekken over de effectiviteit van de onderzochte stelsels.

Zoals hierboven beschreven zien we in dit onderzoek dat Nederland op een aantal punten afwijkt van andere landen. Het beoordelen op basis van verlies aan verdien capaciteit, het niet standaard inzetten van een medisch certificaat of zelfrapportage vragenlijst, de nadruk op het fysieke spreekuur, de relatief lange doorbetalingsverplichting van de werkgever, de positie van de verzekeringsarts en de duur van de opleiding tot verzekeringsarts. Deze verschillende aspecten zijn interessant voor vervolgonderzoek, zoals bijvoorbeeld verdiepend onderzoek naar de ervaringen van de cliënt met andere vormen van eigen inbreng.

Tot slot: in dit onderzoek hebben we een beperkte selectie aan landen onderzocht. De landen zijn zo geselecteerd dat er diverse stelsels voorbijkomen. Tegelijkertijd kunnen andere landen die nu niet in het onderzoek zijn opgenomen interessante aanvullende inzichten bieden.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding

De afgelopen jaren heeft UWV niet het aantal sociaal-medische beoordelingen kunnen uitvoeren dat gevraagd werd. Er is hard gewerkt aan maatregelen om toch aan deze vraag te kunnen voldoen. Desondanks wachten momenteel ongeveer 17.000 cliënten te lang op een beoordeling.¹ Dit heeft individuele, maatschappelijke en economische gevolgen. Het (te) lang moeten wachten op een (her)beoordeling over het recht op een uitkering zorgt voor onzekerheid bij cliënten over hun financiële situatie en kan het re-integratieproces vertragen.

Daarnaast verwacht UWV dat de vraag naar sociaal-medische beoordelingen in de toekomst zal toenemen. Momenteel vindt er in Europa demografische vergrijzing plaats en de verwachting is dat dit proces de komende decennia met een versneld tempo zal doorzetten met een snelle toename van het absolute aantal en het bevolkingsaandeel van het aantal 65-plussers tot gevolg.² Dit, gecombineerd met arbeidstekorten en toenemende uitgaven aan sociale zekerheid, zijn enkele van de vraagstukken waar de meeste Europese landen mee kampen. Die hebben geleid tot beleidsveranderingen die oudere werkers (sterk) aanmoedigen om in de arbeidsmarkt te blijven, bijvoorbeeld door een verhoging van de pensioenleeftijd.³ Het aantal werkenden met een leeftijd boven 55 jaar is de afgelopen jaren sterk gestegen.⁴ De kans op meer werknemers die (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt raken, neemt hiermee toe. Dit zorgt voor een grotere druk op arbeidsongeschiktheidsstelsels.^{5, 6}

Naast de toenemende vraag naar sociaal-medische beoordelingen, neemt tegelijkertijd het aantal fte beoordelende verzekeringsartsen dat bij UWV werkt de laatste jaren af.^{7, 8} Ook in 2022 was het aantal artsen dat bij UWV uitstroomde hoger dan het aantal artsen dat instroomde.⁹

Elementen van het bovenstaande zijn opgenomen in het kennisthema 'sociaal-medisch en arbeidskundig handelen' van de UWV Kennisagenda 2022–2025. Binnen dit kennisthema speelt het vraagstuk van het gebrek aan capaciteit om het aantal beoordelingen uit te kunnen voeren een belangrijke rol. Tegelijkertijd wordt binnen dit thema het belang benadrukt om de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit van de dienstverlening van alle UWV-professionals (onder andere verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen) te ondersteunen en verder te professionaliseren.¹⁰ Een van de concrete kennisvragen in het kennisthema is gericht op de wens die ook geuit wordt in de Kamerbrief van april 2021: meer eigen inbreng van de cliënt bij de uitvoering van sociaal-medische beoordelingen.¹¹ Meer gerichte eigen inbreng van de cliënt kan bijdragen aan zowel een toekomstbestendige als mensgerichte uitvoering.

In dit kennisthema is ook 'leren van het buitenland' opgenomen. De kennisvraag binnen dit onderwerp is gericht op hoe het socialezekerheidsstelsel is ingericht in andere landen en welke aspecten we ook in Nederland toe kunnen passen. Deze vraag is hoogst actueel. In 2022 is de Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS) ingesteld door minister Van Gennip van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.¹² De commissie heeft tot doel een integraal en fundamenteel advies uit te brengen over een toekomstbestendig stelsel voor ziekte en arbeidsongeschiktheid: Een stelsel dat uitvoerbaar, betaalbaar en uitlegbaar is voor werkzoekenden, werkenden, werkgevers, uitvoerende organisaties en de mensen die een beroep willen doen op dat stelsel.¹³ Ook vanuit de OCTAS is er een vraag naar een internationale inventarisatie van verschillende socialezekerheidsstelsels, en meer specifiek de arbeidsongeschiktheidsstelsels.

In 2021 heeft onderzoeksbureau Panteia in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uitgebreid onderzoek gedaan, waarbij een internationale vergelijking is gemaakt van organisatorische infrastructuur van werk en inkomen¹³. Met dit onderzoek is meer inzicht gecreëerd in hoe verschillende landen de organisatorische infrastructuur hebben ingericht voor het omgaan met verschillende risico's: ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, armoede en ouderdom. Het voorliggende rapport bevat een verdiepend onderzoek op arbeidsongeschiktheidsstelsels in verschillende landen. Hierbij ligt de focus meer op de invulling van deze processen, zoals arbeidsongeschiktheidscriteria, informatiestromen van cliënt naar professional en de werkwijze van professionals om deze arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Hoewel de nadruk van het onderzoek op de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ligt, is dit enkel zorgvuldig

¹ Zie UWV (2023).

² Zie Eurostat (2019).

³ Zie MacEachen (2019).

⁴ Zie Eurostat. (2019).

⁵ Zie Berendsen et al. (2019).

⁶ Zie MacEachen, E. (2019).

⁷ Zie UWV (2022a).

⁸ Zie UWV (2022c).

⁹ Ibidem.

¹⁰ Zie UWV (2022b).

¹¹ Zie Koolmees (2021).

¹² Zie Van Gennip (2022).

¹³ Zie Drijvers et al. (2021).

te onderzoeken door de context hierin mee te nemen. Dat wil zeggen dat we ook het voor- en natraject hebben onderzocht en daarmee het gehele proces vanaf ziekmelding tot aan beoordeling en eventuele herbeoordeling in kaart hebben proberen te brengen. Naast deze praktische overweging kan de context bij het onderzoek betrekken tegelijkertijd nuttig zijn ter inspiratie van het capaciteitsprobleem. Dit probleem kan immers bijvoorbeeld ook vanuit instroombeperking benaderd worden.

In dit onderzoek hebben we een aantal speerpunten gehanteerd, namelijk welke criteria voor arbeidsongeschiktheid de landen hanteren, hoe de eigen inbreng van de cliënt eruitziet bij de claimbeoordeling, welke professionals betrokken zijn en wat hun rol is in het proces van de beoordeling op arbeidsongeschiktheid. Daarnaast is ons gevraagd door de Raad van Bestuur van UWV om aandacht te besteden aan andere thema's, namelijk hoe er in andere landen wordt omgegaan met gegevensbescherming en met multimorbiditeit. In het voorliggende rapport beschrijven we de resultaten van dit onderzoek.

1.2. Onderzoeksvraag en aanpak

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds om inspiratie te bieden voor het capaciteitsvraagstuk, anderzijds ter bevordering van gerichte eigen inbreng van de cliënt. Doordat andere landen binnen een andere context werken, komen ze mogelijk met voor Nederland interessante oplossingen die ons inspiratie kunnen bieden en een frisse blik geven op onze eigen praktijk.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: Welke criteria voor arbeidsongeschiktheid worden gehanteerd en welke stappen worden tijdens het proces van arbeidsongeschiktheidsclaimbeoordeling genomen door de cliënt en professional in de geselecteerde landen?

Bij het in kaart brengen van de verschillende stelsels hebben we specifieke aandacht besteed aan onderstaande deelvragen:

- Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?
- Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij het traject voorafgaand en tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?
- Welke professionals zijn er betrokken bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en hoe ziet hun rol eruit?
 - Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?
- Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de gegevensbescherming?

Als eerste stap in de selectie van landen is gezocht naar landen die op een andere wijze dan Nederland invulling geven aan de eigen inbreng van de cliënt. Vervolgens hebben we ook gekeken naar verschillen in arbeidsongeschiktheidscriteria, rollen van de professionals, multimorbiditeit en gegevensbescherming. De uiteindelijke selectie van landen biedt zo een variatie in arbeidsongeschiktheidsstelsels. Zo worden er bijvoorbeeld diverse criteria voor arbeidsongeschiktheid gehanteerd, worden diverse methodes en instrumenten ingezet om arbeidsongeschiktheid te beoordelen, zijn er verschillende professionals die de sociaal-medische beoordelingen uitvoeren en is er variatie in de mate en manier waarop de cliënt eigen inbreng heeft bij de beoordeling. De definitieve selectie is mede beïnvloed door de beschikbaarheid van de interviewparticipanten in de diverse landen. Uiteindelijk selecteerden we de volgende landen: Denemarken, Estland, Finland, Ierland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Nederland. Nederland is meegenomen om de context van het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel naast dat van de andere onderzochte stelsels te kunnen leggen.

Zoals eerder benoemd is het bij het in kaart brengen van de diverse arbeidsongeschiktheidsstelsels van belang om op gestructureerde wijze de sociaal-medische context te onderzoeken waarin de landen opereren om arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Om dit mogelijk te maken, hebben we in deze analyse gebruikgemaakt van een stroomschema dat gebaseerd is op een model dat eerder is ingezet in een internationale vergelijking van arbeidsongeschiktheidsstelsels.¹⁴ Het stroomschema bevat de verschillende mogelijke onderdelen en stappen behorende bij de beoordeling, van aanvraag tot toekenning van een (langetermijn)arbeidsongeschiktheidsuitkering en vervolgens mogelijk bezwaar en herbeoordeling. Per land zijn met verschillende kwalitatieve methoden alle onderdelen van het model in kaart gebracht. Dit model is opgenomen in bijlage I.

¹⁴ Zie De Boer et al. (2007).

Per land hebben we vier onderzoeksmethoden toegepast:

1. Deskresearch
2. Vragenlijst
3. Semigestructureerde interviews
4. Consistentiecheck

Per land is eerst een vooronderzoek gedaan door middel van deskresearch en het uitsturen van een vragenlijst. In zowel wetenschappelijke literatuur als publieke bronnen (bijvoorbeeld de website van de betreffende uitvoeringsinstantie) hebben we gezocht naar informatie die al beschikbaar is. De vragenlijst is naar de geselecteerde landen gestuurd met als doel om enerzijds de resultaten vanuit de deskresearch te controleren op correctheid en volledigheid, anderzijds om verdiepend inzicht te krijgen in de verschillende manieren waarop inbreng vanuit de cliënt vormgegeven is. Bijvoorbeeld of de cliënt een vragenlijst invult of fysiek op consult komt voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daarnaast zijn er vragen in opgenomen over arbeidsongeschiktheidscriteria, welke professionals betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en wat hun rol is. De informatie uit de teruggestuurde antwoorden hebben we vervolgens onder andere benut bij de vormgeving van de vragen in het interviewschema. De vragenlijst is te vinden in bijlage II.

Vervolgens zijn er semigestructureerde interviews met diverse stakeholders en experts uit de geselecteerde landen gehouden.¹⁵ Alle interviews zijn auditief opgenomen en woordelijk getranscribeerd. Er is naar gestreefd om per land met mensen vanuit verschillende perspectieven te spreken, bijvoorbeeld vanuit diverse betrokken organisaties, en meer vanuit onderzoek, beleid of juist uitvoering. Contactpersonen waren ofwel bestaande contacten vanuit de betrokken onderzoekers, contactpersonen vanuit het PES-netwerk van UWV, of contactpersonen die naar voren kwamen tijdens de interviews. Het doel van de interviews was om enerzijds de resultaten uit de deskresearch en vragenlijst na te lopen gezien de veranderlijke aard van beleid en uitvoering rondom ziekte en arbeidsongeschiktheid, en anderzijds om meer verdiepende en aanvullende inzichten te krijgen in het proces van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Tijdens de interviews zijn met de desbetreffende professionals de stappen uit het ontwikkelde model doorlopen en per stap de relevante vragen uit het model gesteld. Het aantal interviews per land verschilt, omdat we te maken hadden met professionals met verschillende expertisevelden en met diverse organisatiestructuren (en daarmee diversiteit in het aantal betrokken organisaties).

Als laatste stap hebben we een consistentiecheck van de resultaten uitgevoerd. De consistentiecheck werd in twee landen gedaan met een focusgroep. Daarnaast werd in alle landen (meermaals) schriftelijk de opgehaalde informatie voorgelegd. Voor de consistentiecheck is allereerst alle opgehaalde informatie verwerkt (dus de informatie vanuit de deskresearch, vragenlijst en interviews). Tijdens de check hebben we verwerkte informatie voorgelegd om na te gaan of de informatie klopt en of er nog zaken missen. Daarnaast hebben we schriftelijk nog aanvullende vragen gesteld (in verschillende landen meerdere keren) en is er telefonisch contact geweest.

De respons op de vragenlijst en interviews is weergegeven in onderstaande tabel:

Tabel 1.1 Respons van de onderzochte landen op de vragenlijst, interviews en consistentiecheck

	Vragenlijst ingevuld	Interviews afgenomen	Aantal geïnterviewden	Aantal gesprekken	Consistentiecheck
DK	Ja	Ja	3	3	Met focusgroep en schriftelijk
EST	Ja	Ja	2	1	Schriftelijk
FIN	Ja	Ja	4	4	Schriftelijk
IRL	Ja	Ja	1	1	Schriftelijk en telefonisch
IJS	Nee	Ja	2	2	Met focusgroep en schriftelijk
VK	Nee	Ja	3	2	Geen
ZWE	Ja	Ja	4	2	Schriftelijk
NL	Nee	Nee	N.v.t.	N.v.t.	Schriftelijk

¹⁵ De interviewleidraad is opgenomen in bijlage I.

1.3. Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit twee delen. In deel 1 is de opgehaalde informatie geanalyseerd in het licht van de onderzoeksvragen. In deel 2 is het arbeidsongeschiktheidsstelsel per individueel land gedetailleerd beschreven vanaf de ziekmelding tot beoordeling, mogelijk bezwaar & beroep en herbeoordeling. Deel 1 bestaat uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 2 bevat een vergelijking van de arbeidsongeschiktheidscriteria tussen de geselecteerde landen. In hoofdstuk 3 is beschreven hoe de eigen inbreng van de cliënt eruitziet in de geselecteerde landen. In hoofdstuk 4 is beschreven hoe de rollen eruitzien van de verschillende betrokken professionals en komt multimorbiditeit aan bod. In hoofdstuk 5 staat de omgang met gegevensbescherming beschreven. Hoofdstuk 6 bevat een reflectie op de resultaten. Deel 2 van het rapport bestaat uit acht landenrapporten: Nederland (hoofdstuk 7), IJsland (hoofdstuk 8), Zweden (hoofdstuk 9), Denemarken (hoofdstuk 10), Ierland (hoofdstuk 11), Estland (hoofdstuk 12), Finland (hoofdstuk 13) en het Verenigd Koninkrijk (hoofdstuk 14).

Gezien de grote variatie aan benamingen van de artsen die betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in de onderzochte landen, hebben we ervoor gekozen om overal de term 'arts sociale geneeskunde' te hanteren. Voor de begrijpelijkheid vanuit Nederlands perspectief blijven we voor de beschrijving van de Nederlandse processen het begrip 'verzekeringsarts' en 'bedrijfsarts' gebruiken.

DEEL I Analyse

2. Arbeidsongeschiktheidscriteria en gerelateerde aspecten

In dit hoofdstuk brengen we de verschillen in kaart met betrekking tot de gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid (AO) in de geselecteerde landen. In tabel 2.1 (op de volgende pagina) is een overzicht van de verschillen en overeenkomsten van arbeidsongeschiktheidscriteria en gerelateerde aspecten op hoofdlijnen weergegeven. We lichten de verschillende onderdelen uit de tabel nader toe. In paragraaf 2.1 kijken we naar eventuele wachttijd en beschrijven we het verloop tot aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering. In paragraaf 2.2 gaan we dieper in op de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Er wordt hierin gekeken naar minimale AO-percentages voor een (gedeeltelijke) AO-uitkering en naar beoordelingsinstrumenten. In paragraaf 2.3 behandelen we wie er tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd is en op basis waarvan de arbeidsongeschiktheidsuitkeringshoogte wordt bepaald.

Tabel 2.1 Overzichtstabel verschillen en overeenkomsten van arbeidsongeschiktheidscriteria en gerelateerde aspecten in acht landen

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
1. Meting AO o.b.v. verlies van:	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Arbeids-vermogen	Verdien-capaciteit
2. Instrument beoordeling	Inter-disciplinaire exp. opinie & procedurele beoordeling	ICF-model en exp. opinie	Exp. opinie	ICF-model	IAS	WCA	DFA	FML, CBBS
3. Minimaal % AO voor volledige AO-uitkering	Niet wettelijk vastgelegd ¹⁶	N.v.t.	60% ¹⁷	N.v.t.	75%	N.v.t.	100%	80%
4. Gedeeltelijke AO-uitkering mogelijk	¹⁸	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
5. Minimaal % AO voor gedeeltelijke AO-uitkering	N.v.t.	N.v.t.	40% ¹⁹	N.v.t.	50%	N.v.t.	25%	35%
6. Wachtijd	Geen wachtijd ²⁰	Geen wachtijd ²¹	52 weken ²²	52 weken ²³	26-52 weken ²⁴	28 weken	52 weken	104 weken
7. Rehabilitatie-uitkering ²⁵ mogelijk	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
8. Tijdelijke AO-uitkering mogelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
9. Duur AO-uitkering	Permanent	0,5-5 jaar, of permanent	Permanent	Variabel	1-5 jaar, of permanent	1-10 jaar, of permanent	Permanent	0,25 jaar - permanent
10. Herbeoordeling	Nee ²⁶	Ja	Nee	Ja	Ja ²⁷	Ja	Nee ²⁸	Ja
11. Hoogte AO-uitkering	Vast bedrag ²⁹	Vast bedrag	O.a. gerelateerd aan voormalige inkomsten & vast bedrag	Vast bedrag	O.a. gerelateerd aan voormalige inkomsten & vast bedrag	Vast bedrag ³⁰	O.a. gerelateerd aan voormalige inkomsten & vast bedrag	O.a. gerelateerd aan voormalige inkomsten

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO; IAS: Invalidity Assessment Standard; WCA: Work capacity assessment; DFA: diagnose, beperking (funktionsnedsättning), activiteitenrestricties; FML: Functionele mogelijkhedenlijst; CBBS: Claimbeoordelings- en Borgingssysteem.

¹⁶ Dit percentage is niet wettelijk vastgelegd. In de praktijk wordt er (officieus) een bepaald percentage gehanteerd.

¹⁷ Dit wordt in Finland niet als percentage aangegeven, maar als 3/5 deel.

¹⁸ In Denemarken is het voor de cliënt mogelijk een gedeeltelijke uitkering bij duurzaam verlies van arbeidsvermogen door ziekte aan te vragen (met een flexi-job). Deze uitkering is echter niet vergelijkbaar met de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zo is de flexi-job bijvoorbeeld ook tijdelijk.

¹⁹ Dit wordt in Finland niet als percentage aangegeven, maar als 2/5 deel.

²⁰ In Denemarken is er geen wachtijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling (4 weken) en/of een ziekte-uitkering (22 weken) is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken.

²¹ In Estland is er geen wachtijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling en/of een ziekte-uitkering is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken. De wachtijd bedraagt dan zes maanden.

²² Driehonderd werkdagen.

²³ Er is ook een AO-uitkering vanuit de arbeidsongeschiktheidsverzekering op basis van inwoning. Er is dan geen minimale wachtijd, maar de verwachting moet wel zijn dat de AO minimaal één jaar gaat duren.

²⁴ In IJsland is er ook een AO-uitkering voor inwoners vanaf een half jaar-jaar inwoning.

²⁵ Met rehabilitatie bedoelen wij in dit onderzoek een combinatie van re-integratie en revalidatie.

²⁶ Herbeoordeling alleen bij bijzondere omstandigheden.

²⁷ Enkel als de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor een gelimiteerde duur is toegekend.

²⁸ Herbeoordeling alleen op indicatie.

²⁹ Percentage van vast bedrag gerelateerd aan inwoningsduur vanaf vijftien jaar tot toekenning.

³⁰ De hoogte van dit vaste bedrag verschilt door het schema waarin de cliënt zich bevindt (gebaseerd op premie of inwoning) en op eventueel aanvullende toeslagen.

2.1. Wachtijd en verloop tot aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering

In rij 6 van tabel 2.1 staat na welke minimale periode van ziekte voor werknemers een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. Je ziet hier verschillen in duur. Van geen wachtijd, zoals in Denemarken en Estland, tot aan twee jaar in Nederland. Er zit ook verschil in de minimale wachtijd en de daadwerkelijke wachtijd in de praktijk.

Dit is te verklaren door een verschil in routes die de cliënten uit de verschillende landen doorlopen richting een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het pad voorafgaand aan een arbeidsongeschiktheidsuitkering is in sommige landen een individueel plan en kan daarom per cliënt in duur verschillen. Hiervan is vooral sprake in landen die een rehabilitatie-uitkering kennen voorafgaand aan een eventuele arbeidsongeschiktheidsuitkering, zoals in Denemarken. Hier is geen sprake van een minimale wachtijd voor het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In de praktijk is er meestal echter een lang proces voorafgaand aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering dat meerdere jaren kan duren. Dit komt doordat eerst alle revalidatie- en re-integratiemogelijkheden onderzocht moeten zijn voordat een cliënt arbeidsongeschikt kan worden verklaard.

Grofweg zijn er in de onderzochte landen vijf verschillende fases met bijbehorende uitkeringsvorm die doorlopen kunnen worden richting een uitkering: 1) een (loon)doorbetalingsperiode van de werkgever, 2) een ziekte-uitkering, 3) een rehabilitatie/re-integratie-uitkering, 4) een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering, en 5) een (semi)permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering. Van de onderzochte landen kennen alleen Finland en IJsland alle varianten.

De cliënten uit de verschillende landen doorlopen niet allemaal dezelfde fases voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend. De (arbeid)situatie van de cliënten verschilt. In de diverse fases wordt in alle onderzochte landen, waar mogelijk, tot bepaalde hoogte maatwerk geboden. Daarnaast hebben de cliënten in de diverse landen niet altijd recht op uitkeringen in alle verschillende fases. Verder is er in de meeste onderzochte landen onder bepaalde omstandigheden een verkorte wachtijd mogelijk, bijvoorbeeld als er sprake is van een zeer ernstige aandoening.³¹

Hieronder zijn de vijf eerdergenoemde fases opgesplitst in twee delen. 'Wachtijd' (doorbetalingsperiode werkgever en ziekte-uitkering) en 'Verloop na minimale wachtijd' (rehabilitatie-uitkering, tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering).

2.1.1. Wachtijd: (loon)doorbetalingsperiode werkgever en/of ziekte-uitkering

De gebruikelijke minimale wachtijd³² bestaat in de meeste onderzochte landen uit de (loon)doorbetalingsperiode van de werkgever en een ziekte-uitkering van of via de werkgever. In Nederland is er voor de meeste cliënten een wachtijd van 104 weken. Gedurende deze weken wordt het (gedeeltelijke) loon doorbetaald door de werkgever, of door UWV. Na deze periode kan mogelijk een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend. In de overige onderzochte landen is er een kortere wettelijke minimale (loon)doorbetalingsregeling en ziekte-uitkering.

Tabel 2.2 Overzicht van de minimale wachtijd tot aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Wachtijd	Geen wachtijd ³³	Geen wachtijd ³⁴	52 weken ³⁵	52 weken ³⁶	26-52 weken ³⁷	28 weken	52 weken	104 weken

Doorbetalingsperiode werkgever

De periode van (loon)doorbetaling bij ziekte door de werkgever is in de onderzochte landen korter dan in Nederland. Dit kan gaan om enkele dagen, zoals in Estland (4), Finland (10) en Zweden (14) of enkele weken in het geval van Denemarken (4) en het Verenigd Koninkrijk (28). Daarnaast kan dit ook een flexibele periode zijn, afhankelijk van contractuele afspraken en hoelang de werknemer bij een bedrijf gewerkt heeft, zoals in IJsland (2-52 weken). In Ierland is er geen doorbetalingsverplichting voor de werkgever. In de meeste onderzochte landen wordt het door de werkgever uit te keren bedrag gebaseerd op het inkomen dat de werknemer voor ziekte verdiende. Hiervan wordt meestal een percentage uitgekeerd tussen 70% en 100%. In het Verenigd Koninkrijk wordt er een vast bedrag, niet-gerelateerd aan loon, uitgekeerd.

³¹ Het beoordelingstraject zelf is in zulke gevallen ook vaak verkort. Een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt dan bijvoorbeeld gemaakt op medische gronden. Hierbij kan worden gekeken naar ziekte of conditie. Hiervoor is vaak een (achterliggende) diagnose en medische informatie vanuit de curatieve sector nodig.

³² Als er geen sprake is van een verkorte wachtijd.

³³ In Denemarken is er geen wachtijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling (4 weken) en/of een ziekte-uitkering (22 weken) is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken.

³⁴ In Estland is er geen wachtijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling en/of een ziekte-uitkering, is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken.

³⁵ Driehonderd werkdagen.

³⁶ Er is ook een AO-uitkering vanuit de inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekering. Er is dan geen minimale wachtijd, maar de verwachting moet wel zijn dat de AO minimaal één jaar gaat duren.

³⁷ In IJsland is er ook een AO-uitkering voor inwoners vanaf een half jaar-jaar inwoning.

Ziekte-uitkering

Na de (loon)doorbetalingsperiode van de werkgever, is het voor werknemers of verzekerde zelfstandigen in de meeste landen mogelijk om een ziekte-uitkering aan te vragen. De beoordeling en toekenning van deze ziekte-uitkering wordt in de onderzochte landen gedaan door socialezekerheidsinstanties, gemeenten en/of vakbonden. Ook de duur van de ziekte-uitkering verschilt per land.

Nederland kent, gelet op de duur en aard van de 104 weken uitkering bij ziekte, een gecombineerd systeem. Het is namelijk mogelijk dat de werkgever een cliënt met een vast contract gedurende 2 jaar (gedeeltelijk) loon doorbetaalt en dat de cliënt geen aanspraak hoeft te maken op een ziekte-uitkering. Anderzijds kan de werkgever een cliënt zonder vast contract voor een bepaalde periode loon doorbetalen, vervolgens kan de cliënt mogelijk aanspraak maken op een ziekte-uitkering vanuit UWV.

Denemarken heeft met 22 weken momenteel de kortste ziekte-uitkering. De andere landen, behalve Nederland, hebben een ziekte-uitkering variërend van ongeveer een half jaar tot een jaar. Zo heeft de ziekte-uitkering in Estland een maximale duur van 182 dagen³⁸, in Finland is dit maximaal 300 dagen en in Zweden maximaal 350 dagen. In IJsland varieert de maximale duur van 6-12 maanden. In de meeste landen is verlenging van deze periode onder bijzondere omstandigheden mogelijk.

In het Verenigd Koninkrijk bestaat er geen vaste ziekte-uitkering na de 28 weken doorbetaling van de werkgever. Britse cliënten die na deze periode niet kunnen werken door ziekte of gebrek kunnen voor het aflopen van deze periode direct een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen.

De ziekte-uitkeringen in de onderzochte landen worden allemaal gebaseerd op voormalig loon. In de meeste gevallen betreft dit dan een percentage van het voormalige loon. Dit geldt voor IJsland, Zweden, Denemarken, Estland en Nederland. Daarnaast zijn er landen die werken met inkomenscategorieën, zoals Ierland, waar categorieën gekoppeld zijn aan een vast uit te keren bedrag, en Finland, waar hoofdzakelijk wordt gewerkt met een dagloon dat gebaseerd is op onder meer 70% van het inkomen³⁹, maar er wel een minimumbedrag is ingesteld. In de meeste onderzochte landen staat deze periode in het teken van herstel en, indien mogelijk, terugkeer naar het eigen werk of vergelijkbaar werk. In een later stadium binnen deze periode richt men zich vaak op re-integratie in de reguliere arbeidsmarkt.

2.1.2. Verloop na minimale wachttijd: rehabilitatie-uitkering, tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering

Na de eventuele (loon)doorbetalingsperiode en eventuele ziekte-uitkering is er in de onderzochte landen een rehabilitatie- of re-integratieuitkering of een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering (die na een bepaalde periode afloopt of waarbij een herbeoordeling plaatsvindt). Daarnaast bestaat er in de meeste onderzochte landen de mogelijkheid om een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering toe te kennen (hierbij worden in principe geen herbeoordelingen uitgevoerd).

Tabel 2.3 Het verloop van de uitkeringen na de minimale wachttijd

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Wachttijd	Geen wachttijd ⁴⁰	Geen wachttijd ⁴¹	52 weken ⁴²	52 weken ⁴³	26-52 weken ⁴⁴	28 weken	52 weken	104 weken
Rehabilitatie-uitkering mogelijk	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
Tijdelijke AO-uitkering mogelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Duur AO-uitkering	Permanent	0,5-5 jaar, of permanent	Permanent	Variabel	1-5 jaar, of permanent	1-10 jaar, of permanent	Permanent	0,25 jaar - permanent
Herbeoordeling	Nee ⁴⁵	Ja	Nee	Ja	Ja ⁴⁶	Ja	Nee ⁴⁷	Ja

³⁸In het geval dat de cliënt gediagnostiseerd is met tbc kan deze periode verlengd worden tot 240 dagen.

³⁹Jaarinkomen gedeeld door driehonderd dagen.

⁴⁰In Denemarken is er geen wachttijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling (4 weken) en/of een ziekte-uitkering (22 weken) is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken.

⁴¹In Estland is er geen wachttijd voordat een AO-uitkering kan worden aangevraagd. Voor cliënten die recht hebben op loondoorbetaling en/of een ziekte-uitkering, is het over het algemeen aantrekkelijk om hier eerst gebruik van te maken.

⁴²Driehonderd werkdagen.

⁴³Er is ook een AO-uitkering vanuit de inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekering. Er is dan geen minimale wachttijd, maar de verwachting moet wel zijn dat de AO minimaal één jaar gaat duren.

⁴⁴In IJsland is er ook een AO-uitkering voor inwoners vanaf een half jaar-jaar inwoning.

⁴⁵Herbeoordeling alleen bij bijzondere omstandigheden.

⁴⁶Enkel als de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor een gelimiteerde duur is toegekend.

⁴⁷Herbeoordeling alleen op indicatie.

Rehabilitatie-uitkering/re-integratieuitkering en permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering

Het is mogelijk dat de cliënt eerst een rehabilitatie-uitkering krijgt toegekend voorafgaand aan een (semi)permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering. Tijdens de rehabilitatie-uitkering wordt sterk ingezet op revalidatie en re-integratie. In een aantal van de onderzochte landen is een van de voorwaarden voor een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering dat redelijkerwijs alle mogelijke re-integratie- en/of revalidatie-inspanningen zijn verricht. Pas als de cliënt aan deze voorwaarde voldoet, is het mogelijk een arbeidsongeschiktheidsuitkering toe te kennen. Om deze periode te overbruggen en de cliënt te ondersteunen bij revalidatie en re-integratie, kan een rehabilitatie-uitkering worden toegekend. Denemarken, IJsland, Finland en Zweden hebben een rehabilitatie- of re-integratieuitkering.

Kenmerkend aan de rehabilitatie-uitkering is dat deze in principe flexibel is qua duur⁴⁸, zodat de cliënt zolang als nodig is kan rehabiliteren. De periode kan voor langere tijd meermaals worden verlengd. Bijvoorbeeld in Denemarken, waarbij tijdens de beoordeling met de cliënt onderzocht wordt welke medische of sociale barrières er zijn die de cliënt weerhouden terug te keren naar werk en of er mogelijkheden zijn deze barrières te verminderen. Pas als deze mogelijkheden redelijkerwijs zijn benut en het voor de cliënt nog steeds niet mogelijk is om terug te keren in de reguliere arbeidsmarkt, dan kan een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend. Afhankelijk van de barrières die bij de cliënt worden geconstateerd, kunnen verschillende rehabilitatieactiviteiten worden ingepland en een bijbehorende uitkering worden toegekend. Naar wat de cliënt nodig heeft kan de rehabilitatie-uitkering verlengd worden. Dit proces kan meerdere jaren duren.

Niet alleen Denemarken, maar ook IJsland en Zweden hebben een rehabilitatie-uitkering. In Finland is er een re-integratievoorwaarde voordat een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. Hier wordt echter geen 'traditionele' rehabilitatie-uitkering aangeboden, maar een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering waarbij rehabilitatie of re-integratie niet verplicht is. De cliënt kan onder bepaalde voorwaarden echter aanspraak maken op een re-integratietoeslag van 33% boven op deze tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. De cliënt kan deze toeslag aanvragen indien hij of zij in revalidatie- of re-integratie-activiteiten participeert.⁴⁹

Een rehabilitatie-uitkering wordt in de meeste van deze landen uitgekeerd voor een bepaalde vastgestelde duur, waarna de uitkering afloopt. Er vindt geen herbeoordeling plaats, maar de cliënt kan opnieuw een aanvraag doen voor een nieuwe rehabilitatie-uitkering. De cliënt moet dan desgevraagd (nieuwe) informatie aanleveren en krijgt vervolgens een nieuwe beoordeling.

Als de cliënt in de landen met een rehabilitatie-uitkering of re-integratieuitkering aan de voorwaarde voldoet dat hij of zij alle rehabilitatie-inspanningen redelijkerwijs heeft uitgeput, maar nog steeds over onvoldoende arbeidsvermogen beschikt, dan kan een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend. Hierbij vinden geen herbeoordelingen plaats; alle redelijke mogelijkheden tot herstel van arbeidsvermogen zijn immers benut.

Tijdelijke en permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering

Nederland, Estland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk kennen geen rehabilitatie-uitkering. Hier wordt er direct na de minimale wachttijd een arbeidsongeschiktheidsuitkering aangevraagd. In IJsland is zowel de aanvraag van een rehabilitatie-uitkering als een arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk. Finland kent, zoals eerder benoemd, een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering met vrijwillig rehabilitatiecomponent.

In bovenstaande landen kan een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend waarbij herbeoordelingen plaatsvinden of een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering waarbij geen herbeoordelingen plaatsvinden.

Het feit dat deze landen over een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering beschikken in plaats van een rehabilitatie-uitkering betekent niet dat hier geen re-integratie plaatsvindt of dat er geen re-integratiecriteria zijn verbonden aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering. In de meeste landen met een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vinden er diverse vormen van re-integratie plaats tijdens de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zo is in Nederland re-integratie tot bepaalde hoogte ook een voorwaarde voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. Het verschil met een rehabilitatie-uitkering is echter dat er geen flexibele periode wordt geboden om redelijkerwijs alle mogelijkheden tot rehabilitatie te benutten.⁵⁰ Er geldt daarmee een re-integratievereiste, maar binnen het kader van de wachttijd.

Een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt in een aantal landen toegekend als er niet wordt voldaan aan het criterium 'duurzaam' arbeidsongeschikt en er wordt verwacht dat de situatie van de cliënt nog met de tijd kan verbeteren. Een (semi)permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt dan enkel toegekend als de cliënt in hoge mate en duurzaam arbeidsongeschikt is. Er vinden dan geen herbeoordelingen plaats. Dit is een mogelijkheid in Estland, Ierland, Finland, Nederland en het Verenigd Koninkrijk. Enerzijds betreft dit een medische interpretatie van het begrip duurzaam. Er wordt gekeken naar diagnose en prognose. Anderzijds wordt hierbij in sommige landen in de praktijk rekening gehouden met sociale aspecten, zoals met de leeftijd van de cliënt. Hoe jonger de cliënt, zo is de verwachting, hoe groter de kans op een mogelijke verbetering van het arbeidsvermogen in de toekomst. Daarnaast

⁴⁸ Deze flexibiliteit in duur is mogelijk doordat rehabilitatie-uitkeringen (met verschillende doeleinden) elkaar kunnen opvolgen.

⁴⁹ De Finse socialezekerheidsinstantie (Kela) kan rehabilitatieactiviteiten aanbieden. De pensioenfondsen mogen alleen re-integratieactiviteiten aanbieden.

⁵⁰ In Nederland wordt hiervoor een vaste tijdsspanne van twee jaar geboden om te voldoen aan het re-integratiecriterium.

hoeft een arbeidsbeperking van nu in de toekomst wellicht geen beperking meer te zijn door technologische vooruitgang en ontwikkelingen in de medische wetenschap.

Een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering kan voor een aantal jaar worden toegekend. Hierna kan een herbeoordeling plaatsvinden of kan de cliënt een nieuwe aanvraag doen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, waarbij de cliënt desgevraagd (nieuwe) informatie aanlevert. Er vindt dan vervolgens een nieuwe beoordeling plaats. Meestal wordt de uitkeringsduur of de datum van herbeoordeling aangegeven in het beslissingsdocument. In Ierland vinden herbeoordelingen plaats op basis van een inschatting bij welke cliënten een herbeoordeling het meest zinvol is. Prognose van de arbeidsongeschiktheid van de cliënt speelt hierin een rol.

2.2. Mate van arbeidsongeschiktheid: beoordelingsinstrumenten en minimale percentages (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering

In deze paragraaf beschrijven we vier aspecten rondom de mate van arbeidsongeschiktheid. Ten eerste welke definitie van arbeidsongeschiktheid in de onderzochte landen wordt gehanteerd. Ten tweede welke instrumenten worden ingezet voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Ten derde of het voor cliënten in de onderzochte landen mogelijk is om een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering aan te vragen. En, indien dit het geval is, vanaf welke mate van arbeidsongeschiktheid de cliënt recht heeft op deze gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ten vierde vanaf welke mate van arbeidsongeschiktheid de cliënt recht heeft op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de beoordelingsinstrumenten en minimale percentages van arbeidsongeschiktheid. De percentages die de verschillende landen hanteren zijn echter niet met elkaar vergelijkbaar, mede doordat de definities en beoordelingsmethodieken van arbeidsongeschiktheid in de onderzochte landen van elkaar verschillen.

Tabel 2.4 Beoordelingsinstrumenten en minimale percentages van arbeidsongeschiktheid

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Meting AO o.b.v. verlies van:	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Arbeidsvermogen	Verdiencapaciteit
Instrument beoordeling	Interdisciplinaire expert-opinie & procedurele beoordeling	ICF-model en expert-opinie	Expert-opinie	ICF-model	IAS	WCA	DFA	FML, CBBS
Gedeeltelijke AO-uitkering mogelijk	⁵¹	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Minimaal percentage AO voor volledige AO-uitkering	Niet wettelijk vastgelegd ⁵²	N.v.t.	60%	N.v.t.	75%	N.v.t.	100%	80%
Minimaal percentage AO voor gedeeltelijke AO-uitkering	N.v.t.	N.v.t.	40%	N.v.t.	50%	N.v.t.	25%	35%

ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO; IAS: Invalidity Assessment Standard; WCA: Work capacity assessment; DFA: diagnose, beperking (funktionsnedsättning), activiteitenrestricties; FML: Functionele mogelijkhedenlijst; CBBS: Claimbeoordelings- en Borgingssysteem.

2.2.1. Definitie arbeidsongeschiktheid: verlies in arbeidsvermogen of verdiencapaciteit

Van de onderzochte landen wordt alleen in Nederland arbeidsongeschiktheid gedefinieerd op basis van verlies van verdiencapaciteit. Er wordt hierbij gekeken naar functionele mogelijkheden, er wordt een theoretische koppeling met de arbeidsmarkt gemaakt. Vervolgens wordt het verschil berekend tussen wat de cliënt het jaar voor ziekmelding verdiende en wat de cliënt momenteel (in theorie) zou kunnen verdienen in passend werk.

In de overige onderzochte landen wordt arbeidsongeschiktheid gedefinieerd als verlies van arbeidsvermogen. Hoewel dit in eerste instantie een eenduidige definitie lijkt, zijn er verschillen in wat dit in de desbetreffende landen inhoudt. Zo zijn er verschillen in de methodes en instrumenten die worden gehanteerd voor de beoordeling van dit van arbeidsvermogenverlies. Er zijn twee hoofdpunten waar de onderzochte landen op verschillen:

⁵¹ In Denemarken is het voor de cliënt mogelijk een gedeeltelijke uitkering bij duurzaam verlies van arbeidsvermogen door ziekte aan te vragen (met een flexi-job). Deze uitkering is echter niet vergelijkbaar met de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zo is de flexi-job bijvoorbeeld ook tijdelijk.

⁵² Dit percentage is niet wettelijk vastgelegd. In de praktijk wordt er (officieus) een bepaald percentage gehanteerd.

- De mate van protocollering van het proces
In de meeste onderzochte landen wordt het functioneren van de cliënt beoordeeld aan de hand van een koppeling met de arbeidsmarkt. Er wordt gekeken naar welk passend werk de cliënt zou kunnen uitvoeren en of de vereisten van dit werk passen bij het functioneren van de cliënt. Het proces van beoordelen kan vastgelegd zijn in wetten, protocollen en instrumenten die worden ingezet om functioneren te beoordelen, zoals de verplichte inzet van een zelfrapportagevragenlijst. Er zijn ook landen waar de beoordeling van het functioneren van de cliënt niet vastgelegd is in wetgeving en protocollen en dat er in plaats van een instrument om functioneren te beoordelen een 'expertopinie', ofwel de mening van een expert, wordt gevraagd. In de praktijk is het onderscheid niet altijd even duidelijk. In elk systeem is er in enige mate ruimte voor een expertopinie vanuit de beoordelende professional, of de professional die een medisch certificaat schrijft voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.
- Ook factoren zoals leeftijd en geografische omgeving kunnen een rol spelen in de manier waarop de mate van arbeidsongeschiktheid van een cliënt beoordeeld wordt. Dit kan wettelijk zijn vastgelegd voor bepaalde leeftijden. Bijvoorbeeld in Denemarken, waarbij in een van de twee arbeidsongeschiktheidsregelingen arbeidsongeschiktheid ten opzichte van de huidige baan wordt beoordeeld in plaats van ten opzichte van de reguliere arbeidsmarkt voor een cliënt die binnen zes jaar de pensioenleeftijd bereikt. Leeftijd kan ook als factor worden meegenomen in de expertopinie. Bijvoorbeeld in het bepalen of een cliënt duurzaam arbeidsongeschikt is. Het is ook mogelijk dat de geografische omgeving wordt meegenomen in de expertopinie over de mate van arbeidsongeschiktheid, zoals in Finland. In Finland wordt in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid ook meegewogen of de cliënt passend werk in de omgeving zou kunnen uitvoeren. Zo is er in Helsinki bijvoorbeeld meer werkgelegenheid dan in Lapland. Daarnaast wordt de component leeftijd hierin meegewogen. Naarmate de cliënt dichterbij de pensioenleeftijd komt, des te minder flexibiliteit verwacht mag worden. Van jongere cliënten mag meer flexibiliteit verwacht worden, zoals reizen of omscholing om een baan te kunnen uitvoeren. In een aantal onderzochte landen is het niet wettelijk vastgelegd dat leeftijd of omgeving een rol spelen in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. Indien de beoordelaar een expertopinie opstelt, dan heeft de beoordelaar hiermee wel de discretionaire ruimte om omgevingsfactoren mee te nemen.

2.2.2. Mate van arbeidsongeschiktheid: hoe wordt dit gemeten?

In deze paragraaf beschrijven we welke instrumenten worden ingezet tijdens het beoordelen van de mate van arbeidsongeschiktheid van de cliënt. Nederland is hierin sterk geprotocolleerd. Er zijn ook landen waar de beoordelaar een expertopinie vormt en daarbij geen geprotocolleerd instrument hanteert. De professional beoordeelt dan de beschikbare documentatie, houdt soms nog een spreekuur met de cliënt en geeft dan een advies over het arbeidsvermogen van de cliënt. Ook in landen waarin er wel een instrument wordt ingezet voor de beoordeling is er, in verschillende mate, ruimte voor expertopinie. In de onderzochte landen zijn er in ieder geval twee momenten waarop een instrument en/of expertopinie kan worden ingezet in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Tijdens de beoordeling van het resterende arbeidsvermogen van de cliënt en tijdens de koppeling van dit vermogen met de arbeidsmarkt.

We zien dat de meeste landen een instrument inzetten in de beoordeling van het functioneren van de cliënt. In Nederland is dit de Functionele mogelijkhedenlijst (FML) die de verzekeringsarts invult aan de hand van de geleverde stukken en informatie uit het gesprek met de cliënt. In andere landen hebben we vergelijkbare methoden gezien, zoals in IJsland. Andere landen werken met een zelfrapportagevragenlijst.⁵³ Deze vragenlijst wordt op diverse wijzen op waarschijnlijkheid en consistentie gecontroleerd ten opzichte van de medische situatie door de beoordelende professional. Vervolgens wordt de uitkomst hiervan door middel van punten gekoppeld aan een beoordelingssysteem. De beoordeling van het functioneren van de cliënt vindt in Nederland (via de FML) plaats op basis van functionele mogelijkheden. Een aantal van de onderzochte landen beoordeelt het arbeidsvermogen ook op basis van functionele mogelijkheden of op functionele beperkingen. Daarnaast is in meerdere onderzochte landen het beoordelingsinstrument op de ICF-classificatie gebaseerd. De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO is een classificatie voor het beschrijven van het functioneren van mensen en factoren die hier invloed op hebben. Het beschrijft hoe mensen met hun gezondheidstoestand omgaan. De gezondheid wordt beschreven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Daarmee bevat de ICF ook omgevingsfactoren en gaat daarmee verder dan een beschouwing van ziekte. Binnen de op de ICF-classificatie gebaseerde instrumenten uit deze landen wordt het omgevingsaspect echter niet altijd meegenomen.

In de (theoretische) koppeling van het functioneren met de arbeidsmarkt wordt in Nederland ook een instrument benut, namelijk het CBBS, het digitale Claimbeoordelings- en Borgingssysteem. In het CBBS zijn functieomschrijvingen opgenomen met informatie over onder andere de werkomgeving, de taken die bij de functie horen, het aantal werkuren, de vereiste opleidingen en werkervaring en de werkbelasting. In andere landen vindt deze koppeling soms indirect plaats, namelijk binnen de beoordeling van het arbeidsvermogen (hierbij wordt vaak onder andere naar opleidingen gekeken). Ook is er een aantal landen waar de expertopinie van de beoordelende professional een belangrijke rol speelt in de koppeling met de arbeidsmarkt. De beoordelende professional stelt dan een advies op in hoeverre verwacht kan worden dat de cliënt zou kunnen werken in een bepaalde sector of baan. Daarbij wordt geen instrument gehanteerd. Hierdoor wordt in sommige landen rekening gehouden met de lokale arbeidsmarkt, in plaats van met de nationale arbeidsmarkt. In Denemarken gaat deze fase meestal gepaard met een procedurele beoordeling. Tijdens deze procedurele beoordeling werkt de cliënt gedurende meerdere weken op een soort oefenwerkplek bij een reguliere werkgever. Vervolgens wordt door meerdere partijen, inclusief cliënt en werkgever, beoordeeld of het voor de cliënt wel of niet mogelijk is om bij een reguliere werkgever te werken.

⁵³ Een vragenlijst waarin de cliënt zelf zijn of haar situatie beschrijft met het beantwoorden van diverse vragen.

2.2.3. Volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering en mate van arbeidsongeschiktheid

In Nederland is het voor de cliënt mogelijk om aanspraak te maken op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering vanaf een beoordeelde arbeidsongeschiktheid van 80% (op basis van verdien capaciteit).

In andere onderzochte landen verschilt het vanaf welke mate van arbeidsongeschiktheid (op basis van arbeidsvermogen) een cliënt aanspraak kan maken op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. In een aantal landen is de mate van arbeidsongeschiktheid net zoals in Nederland vastgelegd in percentages, zoals in IJsland, waar een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend bij een verlies van 75% of meer van het arbeidsvermogen, en in Zweden, waar een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk is bij een verlies van arbeidsvermogen van 100%. In Denemarken is er geen wettelijk percentage van arbeidsvermogenverlies vastgelegd voor het toekennen van een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Desondanks wordt er in de praktijk soms (officieus) een percentage gehanteerd bij de beoordeling van het resterende arbeidsvermogen nadat (redelijkerwijs) alle mogelijke rehabilitatie-inspanningen door de cliënt zijn benut. In Finland wordt verlies van arbeidsvermogen in de wetgeving weergegeven als delen: een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend vanaf een verlies in arbeidsvermogen van 3/5 deel.

Daarnaast zijn er een aantal landen waarin er geen percentage of gedeelte van het arbeidsvermogen wordt gehanteerd, maar waar de mate van beperking woordelijk wordt uitgedrukt. Dit geldt voor Estland, Ierland en het Verenigd Koninkrijk. Zo wordt er in Ierland bijvoorbeeld een volledige uitkering toegekend als de arbeidsongeschiktheid van de cliënt als 'volledig'⁵⁴ wordt beoordeeld.

2.2.4. Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering en mate van arbeidsongeschiktheid

In Nederland is het voor de cliënt mogelijk om aanspraak te maken op een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vanaf een beoordeelde arbeidsongeschiktheid van 35%. Hierin zijn verschillende categorieën te onderscheiden (35-45%, 45-55%, 55-65%, 65-80% en 80-100%).

Ook in een aantal van de andere onderzochte landen is het mogelijk om aanspraak te maken op een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering voor (een deel van de)⁵⁵ cliënten. Hierbij wordt een gedeelte van een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering uitbetaald. Over het algemeen wordt er van de cliënt verwacht dat hij of zij naast deze gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering werkt en hiermee zijn of haar inkomsten aanvult. De minimale mate van arbeidsongeschiktheid om voor een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking te komen varieert. Zo is dit in IJsland mogelijk bij 50-75% verlies in arbeidsvermogen. In Zweden is er net zoals in Nederland een getrappt systeem: een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering is mogelijk bij een beoordeeld verlies in arbeidsvermogen vanaf 25% (25%, 50%, 75% en 100%). In Finland kan een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend vanaf 2/5 tot aan 3/5 deel verlies in arbeidsvermogen. In Ierland wordt een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering uitgekeerd indien het verlies van arbeidsvermogen als 'matig'⁵⁶ wordt beoordeeld (dan wordt 50% van een volledige uitkering toegekend) of als het verlies in arbeidsvermogen 'ernstig'⁵⁷ is (dan wordt 75% van de volledige uitkering toegekend). Ook in Estland is het mogelijk om als cliënt een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend te krijgen. Dit is het geval als er geen volledige beperking op een van de zeven op de ICF gebaseerde gezondheidsdomeinen wordt gescoord, maar er wel meerdere beperkingen verspreid over de verschillende domeinen zijn.⁵⁸

In Denemarken is het voor de cliënt mogelijk een gedeeltelijke uitkering aan te vragen bij duurzaam verlies van arbeidsvermogen. Deze uitkering is echter niet vergelijkbaar met een gedeelte van de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zo is deze uitkering tijdelijk, in tegenstelling tot de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. In het Verenigd Koninkrijk is er geen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk. De mate van arbeidsongeschiktheid bepaalt wel of er verplichte deelname van de cliënt aan re-integratieactiviteiten wordt verwacht of niet.

2.3. Verzekerde arbeidsongeschiktheid en bepaling hoogte arbeidsongeschiktheidsuitkering

In deze paragraaf beschrijven we wie tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd is en op basis waarvan de uitkeringshoogte wordt bepaald. Hierna staat een overzichtstabel die we daarna toelichten.

⁵⁴ Vrij vertaald vanuit 'profound'.

⁵⁵ Een aantal van de onderzochte landen hebben zowel een inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekering als een inkomensarbeidsongeschiktheidsverzekering gebaseerd op premies. Hoewel het bij een premiebetalende verzekerde vaak mogelijk is om aanspraak te maken op een gedeeltelijke uitkering, is dit niet altijd het geval voor een cliënt die verzekerd is door inwoning.

⁵⁶ Vrij vertaald vanuit 'moderate'.

⁵⁷ Vrij vertaald vanuit 'severe'.

⁵⁸ Hierin wordt een puntensysteem gehanteerd, gekoppeld aan de ernst van aandoeningen. Zie het landenhoofdstuk over Estland voor meer informatie over deze berekening.

Tabel 2.5 Verzekerde personen en uitkeringshoogte

Land	Arbeidsongeschiktheid o.b.v. verlies in:	Systeem	Wie is verzekerd	Uitkeringsbedrag gerelateerd aan	Uitkeringshoogte bij volledige uitkering ⁵⁹
NL	Verdiencapaciteit	Enkelvoudig ⁶⁰	■ Werknemers en verzekerde zelfstandigen onder pensioenleeftijd	■ Voormalig inkomen	■ Percentage van voormalig inkomen
DK	Arbeidsvermogen	Enkelvoudig	■ Inwoners (vanaf 3 jaar inwoning) tussen 18 jaar en de pensioenleeftijd	■ Inwonings-percentage vanaf 15 jaar tot aan moment van toekenning	■ Vast bedrag. Percentage hiervan gebaseerd op inwoningsduur
EST	Arbeidsvermogen	Enkelvoudig	■ Inwoners tussen 16 jaar en de pensioenleeftijd	■ N.v.t.	■ Vast bedrag
FIN	Arbeidsvermogen	Duaal	■ Inwoners tussen 16 en 65 jaar ■ Verzekerde werknemers en zelfstandigen tussen 17-68/70 die onvoldoende premie hebben betaald ■ Verzekerde werknemers en zelfstandigen tussen 17-68/70 die voldoende premie hebben betaald	■ N.v.t. ■ Voormalig inkomen en pensioensopbouw vanaf een vast minimumbedrag.	■ Vast bedrag ■ Percentage o.a. gebaseerd op voormalig inkomen
IRL	Arbeidsvermogen	Duaal	■ Inwoners tussen 16 en 66 jaar die legaal in Ierland wonen ■ Werknemers en zelfstandigen ⁶¹ tussen 16-66 jaar met minimum aan (recentelijk) betaalde premies	■ N.v.t. ■ N.v.t.	■ Vast bedrag ■ Vast bedrag
IJS	Arbeidsvermogen	Duaal	■ Inwoners tussen 18-66 jaar. Vanaf een halfjaar tot 1 jaar inwoning ■ Verzekerde werknemers en zelfstandigen tussen 16-70 jaar Contributie pensioenfonds (vanaf 2 jaar)	■ N.v.t. ■ Pensioenpremie-punten	■ Vast bedrag ■ Op basis van pensioenpremie-punten
VK	Arbeidsvermogen	Duaal	■ Inwoners tussen 18 jaar en pensioenleeftijd ■ Werknemers en zelfstandigen tussen 18 jaar en pensioenleeftijd met recentelijk betaalde premies	■ N.v.t. ■ N.v.t.	■ Vast bedrag ■ Vast bedrag
ZWE	Arbeidsvermogen	Duaal	■ Inwoners onder pensioenleeftijd (vanaf 3 jaar inwoning) ■ Minimum aan (recentelijk betaalde premies)	■ Inwoningsduur en leeftijdscomponent ■ Percentage toekomstig inkomen	■ Vast bedrag ■ Gerelateerd aan 64,7% van berekend toekomstig inkomen ^{62, 63}

2.3.1. Wie is verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid?

In bovenstaande tabel is te observeren dat er in de onderzochte landen verschillende verzekeringen zijn. Nederland heeft een enkelvoudig systeem. In dit systeem zijn werknemers en vrijwillig verzekerde zelfstandigen (bij UWV of privaat) verzekerd voor arbeidsongeschiktheid. Mensen die hier niet onder vallen, kunnen terugvallen op sociale bijstand. Hiervoor hoeft geen aparte arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden uitgevoerd. Andere enkelvoudige arbeidsongeschiktheidssystemen zijn terug te vinden in Estland en Denemarken. Deze systemen zijn, in tegenstelling tot het Nederlandse systeem, inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Mensen die ziek zijn en een bepaalde periode in de desbetreffende landen hebben gewoond, kunnen aanspraak maken op de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Daarnaast zijn er ook duale arbeidsongeschiktheidsstelsels. Dit is het geval in Ierland, Finland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Hierbij is er zowel een arbeidsongeschiktheidssysteem gebaseerd op inwoning als op betaalde premies door werknemers en zelfstandigen onder de pensioenleeftijd. Voor beide systemen moet een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden uitgevoerd voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. Een deel van de onderzochte landen kent ook een hybride vorm waarbij de uitkering kan zijn opgebouwd vanuit zowel de arbeidsongeschiktheidsuitkering gebaseerd op inwoning, als op de arbeidsongeschiktheidsuitkering

⁵⁹ In alle landen waar een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk is, wordt een gedeelte van de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering uitgekeerd.

⁶⁰ Voor jongeren en studenten is er wel een uitkering gebaseerd op inwoning: Wajong.

⁶¹ Hierop zijn enkele uitzonderingen.

⁶² Berekend naar een situatie waarin de cliënt niet ziek zou zijn.

⁶³ Zie Missoc (2022b).

gebaseerd op betaalde premies. Indien een werknemer of zelfstandige voldoende premie heeft betaald om in het op premiegebaseerde arbeidsongeschiktheidsschema terecht te komen, maar nog te weinig premie heeft betaald om van de arbeidsongeschiktheidsuitkering rond te komen, kan de op premie gebaseerde uitkering worden aangevuld vanuit de inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekering. De landen met een duaal systeem hebben naast dit duale arbeidsongeschiktheidsstelsel een vorm van sociale bijstand waarvoor geen arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd hoeft te worden.

2.3.2. Hoogte arbeidsongeschiktheidsuitkering werknemers en (verzekerde) zelfstandigen

De wijze waarop de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor werknemers en verzekerde zelfstandigen wordt berekend verschilt in de onderzochte landen. Het is interessant om dit in combinatie met de definitie van arbeidsongeschiktheid te bekijken, omdat dit onder andere laat zien wat de uitwerking van verschillende typen verzekeringen is. Ondanks dat er in de onderzochte landen meestal ook een arbeidsongeschiktheidsverzekering op basis van inwoning is, hebben we ervoor gekozen om de situatie van werknemers en (verzekerde) zelfstandigen te vergelijken. Deze keuze is gemaakt omdat dit het eenvoudigst met de Nederlandse situatie te vergelijken is, waar zelfstandigen vrijwillig en werknemers verplicht verzekerd zijn voor arbeidsongeschiktheid. Concreet houdt dit in dat er in de duale arbeidsongeschiktheidsstelsels enkel wordt gekeken naar de werknemers en zelfstandigen die premie afdragen (Finland, Ierland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden). In landen met een enkelvoudig arbeidsongeschiktheidsstelsel waarbij alle inwoners zijn verzekerd voor arbeidsongeschiktheid (Denemarken en Estland) kijken we naar inwoners in het algemeen.

■ Verdien capaciteit in combinatie met een percentage van voormalig inkomen: Nederland

Clënten met hetzelfde arbeidsvermogen maar een ander loon, kunnen in een verschillende arbeidsongeschiktheidscategorie vallen bij de beoordeling. Het voormalige loon wordt namelijk meegenomen in de berekening van de mate van arbeidsongeschiktheid. Dit houdt in dat een cliënt met een lager loon over het algemeen op een lager arbeidsongeschiktheidspercentage terechtkomt dan een cliënt met hetzelfde arbeidsvermogen maar met een hoger loon. Het voormalige loon wordt vervolgens nogmaals meegenomen in de berekening van de hoogte van de uitkering. Dit houdt in dat een cliënt met een lager loon een lagere uitkering krijgt dan een cliënt met hetzelfde arbeidsongeschiktheidspercentage maar met een hoger loon. In de praktijk betekent dit dat cliënten met een lager inkomen in Nederland een kleinere kans hebben om een arbeidsongeschiktheidsuitkering te ontvangen en dat het bedrag van de uitkering lager uitvalt.

■ Arbeidsvermogen in combinatie met een percentage van voormalig inkomen: Finland en Zweden

Clënten met hetzelfde arbeidsvermogen worden in theorie met hetzelfde arbeidsongeschiktheidspercentage beoordeeld.⁶⁴ Inkomen wordt hierin niet meegenomen. De hoogte van de uitkering verschilt wel voor cliënten met hetzelfde arbeidsongeschiktheidspercentage. Dit wordt namelijk berekend ten opzichte van het voormalige en of 'toekomstige' inkomen.

■ Arbeidsvermogen in combinatie met een vast bedrag: Denemarken, Estland, Ierland en Verenigd Koninkrijk

Clënten met hetzelfde arbeidsvermogen worden in theorie met hetzelfde arbeidsongeschiktheidspercentage beoordeeld.⁶⁵ Inkomen wordt hierin niet meegenomen. Ook de hoogte van de uitkering is voor alle cliënten in principe hetzelfde. Dit is niet gerelateerd aan voormalig loon, maar bedraagt een vast bedrag. Om verschillende redenen kan er soms een gedeelte van het vaste bedrag worden uitbetaald. Bijvoorbeeld op basis van inwoningsduur, zoals in Denemarken. Of op basis van de mate van arbeidsongeschiktheid zoals in Estland en Ierland, waar een percentage van het volledige bedrag kan worden uitgekeerd. Ook kan er aan de mate van arbeidsongeschiktheid een verschillend vast bedrag gekoppeld zijn, zoals in het Verenigd Koninkrijk, waar een cliënt die niet kan werken een andere uitkeringshoogte krijgt toebedeeld dan een cliënt die niet kan werken en ook geen re-integratie activiteiten kan uitvoeren.

⁶⁴ Dit kan echter verschillen door werkervaring, opleidingsniveau, geografische omgeving en leeftijd.

⁶⁵ Dit kan echter verschillen door werkervaring, opleidingsniveau, geografische omgeving, sociale omstandigheden en leeftijd.

3. Inbreng cliënt

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke manieren de cliënt direct en indirect zelf inbreng heeft in de beoordeling op arbeidsongeschiktheid. In onderstaande tabel staat een overzicht, dat we vervolgens punt voor punt toelichten.

Tabel 3.1 Vormen van eigen inbreng door de cliënt

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
1. Spreekuur ziekte-uitkering	Ja	Ja	Ja	Nee ⁶⁶	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Spreekuur AO-uitkering	Ja	Nee ⁶⁷	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Zelfrapportage-vragenlijst cliënt	Ja	Ja	Optioneel	Ja	Ja	Ja	Ja	Soms
4. Medisch certificaat arts curatieve sector	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
5. Verslag revalidatie-team	Ja	Nee	Soms	Nee	Ja	Nee	Nee	Nee
6. Kan aanvullende medische informatie worden opgevraagd?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Is toegang tot een elektronisch patiëntendossier mogelijk?	Soms	Ja	Soms ⁶⁸	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
8. Wie doet aanvraag	Cliënt of case worker	Cliënt	Cliënt	Cliënt	Cliënt en arts	Cliënt	Cliënt	Cliënt

3.1. Spreekuren

Cliënten kunnen tijdens het spreekuur voor een ziekte-uitkering, de fase voorafgaand aan de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, en tijdens het spreekuur voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling hun eigen inbreng over hun arbeidsongeschiktheid geven. In tabel 3.2 tot slot zoomen we per land in op de professionals: welke professionals krijgen cliënten te spreken tijdens de fysieke of digitale spreekuren?

Spreekuur voorafgaand aan aanvraag arbeidsongeschiktheidsuitkering

Het proces richting arbeidsongeschiktheid begint vaak vanaf het moment dat een persoon ziek wordt en daardoor niet (meer) kan werken. Tijdens de periode waarin een ziekte-uitkering wordt uitgekeerd, zien we in de onderzochte landen dat de werkende op een spreekuur komt. Het verschilt welke professional de spreekuren met de cliënt houdt en ook het doel van het spreekuur verschilt. Onder spreekuur verstaan wij het moment waarop de cliënt en de beoordelende professional(s) fysiek, telefonisch of digitaal met elkaar in contact zijn. Dit hebben we niet aan een bepaalde tijdsduur gekoppeld.

Voor werknemers met een dienstverband ligt in Nederland de verantwoordelijkheid voor het begeleiden en ondersteunen van re-integratie bij de werkgever en de verplicht aangesloten arbodienst⁶⁹. De cliënt komt op (telefonische) spreekuren bij de arbodienst, met als doel de voortgang qua re-integratie te bespreken en de mogelijkheden tot herstel. De begeleiding tijdens de re-integratie kan ook worden uitgevoerd door UWV, bijvoorbeeld als de cliënt werkloos is. Het re-integratieverslag dat de werkgever en de arbodienst over de eerste twee ziektejaren opstellen, dient als inbreng voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door UWV.

⁶⁶ Alleen als de verwachte ziekteperiode overschreven wordt.

⁶⁷ Bij 1,5% van de aanmeldingen wordt de cliënt wel uitgenodigd op het spreekuur door een interdisciplinair team als de medische datakwaliteit onvoldoende is of aangegeven beperkingen in functioneren inconsequent zijn. Bij uitzondering door de verzekeringsarts.

⁶⁸ Geen opt-out, maar vanuit directe, vrijwillige actie van de cliënt.

⁶⁹ Arboportaal. Geraadpleegd op 15 augustus 2023 via: [Verantwoordelijkheden werkgevers en werknemers | Arboretgeving \(Arboret\) | Arboportaal](#).

Er zijn verschillende landen die na de ziekte-uitkering eerst een uitkering toekennen vanuit de socialezekerheidsinstantie, waarbij het doel is om sterk in te zetten op revalidatie en re-integratie, vaak een rehabilitatie-uitkering genoemd. De rehabilitatie-uitkering gaat vooraf aan een eventuele arbeidsongeschiktheidsuitkering. De begeleiding van de cliënt wordt vaak gedaan door een interdisciplinair rehabilitatieteam (IJsland, Denemarken), door de arbeidsgeneeskundige dienst (arbodienst, Finland) of door de huisarts (Zweden). De cliënt komt hiervoor op spreekuur bij het rehabilitatieteam/arbodienst/huisarts met als doel de voortgang te bespreken, en alle mogelijke opties qua revalidatie en re-integratie te benutten. Landen met een dergelijke regeling zijn IJsland, Zweden, Denemarken en Finland. In deze landen is het een voorwaarde dat alle revalidatie- en re-integratiemogelijkheden zijn ingezet, voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. De tijd tussen de eerste ziekmelding en het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan daardoor lang zijn, afhankelijk van de situatie en mogelijkheden van de cliënt.

Er zijn ook landen die niet, of minder, actief inzetten op re-integratie in de eerste ziekteperiode. In Ierland bijvoorbeeld gaat een werkende die ziek wordt naar de huisarts voor een medisch certificaat met diagnose. Een spreekuur bij de socialezekerheidsinstantie volgt alleen indien de ziekteduur de op voorhand ingeschatte ziekteduur voor een bepaalde aandoening overschrijdt. Het systeem in Estland en het Verenigd Koninkrijk toont gelijkenissen. Bij aanvang van de ziekte moet de werkende contact opnemen met zijn behandelend arts voor een medisch certificaat. Het medisch certificaat wordt naar de socialezekerheidsinstantie of werkgever gestuurd en de ziekte-uitkering kan vervolgens worden uitgekeerd. De cliënt heeft daarvoor geen spreekuur bij de socialezekerheidsinstantie, maar gaat wel naar een spreekuur met de behandelend arts (al dan niet telefonisch). Deze landen hebben een relatief korte ziekteperiode voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd.

Spreekuur arbeidsongeschiktheidsuitkering

In Nederland is het spreekuur voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling een belangrijk moment voor eigen inbreng van de cliënt. De cliënt komt op spreekuur bij de verzekeringsarts, waar wordt vastgesteld welke mogelijkheden en beperkingen er zijn. Als er mogelijkheden zijn om te werken, maakt ook een spreekuur bij de arbeidsdeskundige deel uit van de beoordeling. De arbeidsdeskundige beoordeelt welk werk nog door de cliënt uitgevoerd zou kunnen worden en wat de cliënt daarmee zou kunnen verdienen.

Een aantal landen dat wij onderzocht hebben, voert de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit op basis van een desk assessment. Er is dan in principe geen fysiek of telefonisch spreekuur met de cliënt; de beoordeling wordt uitgevoerd op basis van de benodigde documentatie. Ierland, Estland en Finland hanteren een desk assessment. Alleen indien er medische informatie ontbreekt die nodig is voor een beoordeling of als er sprake is van inconsistenties, worden cliënten (in 1,5% van de gevallen) wel op spreekuur uitgenodigd in Estland. De cliënt heeft daarmee over het algemeen bij een desk assessment geen directe inbreng bij de beoordeling die de professional uitvoert.

Er zijn ook andere vormen van spreekuur die worden ingezet voor de beoordeling. In IJsland kan de cliënt op spreekuur worden uitgenodigd bij een arts sociale geneeskunde (arts die de beoordeling uitvoert), als die dat noodzakelijk acht. In Zweden voert een niet-medisch professional van de socialezekerheidsinstantie de beoordeling uit op basis van de beschikbare documentatie, gevolgd door een gesprek met de cliënt (meestal telefonisch). In Denemarken wordt de beoordeling gedaan door het rehabilitatieteam dat de cliënt begeleidt tijdens de rehabilitatie-uitkering. In het Verenigd Koninkrijk heeft de cliënt een fysiek of telefonisch spreekuur met de beoordelaar, die een arts maar ook een andere medisch professional kan zijn.

Tabel 3.2 Ingezoomd op het spreekuur: professionals

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Spreekuur ziekte-uitkering: fysiek					70		71	72
Spreekuur ziekte-uitkering: telefonisch					73		74	75
Spreekuur AO-uitkering: fysiek		76					77	
Spreekuur AO-uitkering: telefonisch						78 79		80

Arts sociale geneeskunde	Arts curatieve sector	Medisch professional, niet arts
Interdisciplinair team	Niet-medisch professional	Niet van toepassing

3.2. Andere vormen van eigen inbreng

Niet alleen tijdens het spreekuur voor een ziekte-uitkering of een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan een cliënt eigen inbreng hebben, maar ook op andere manieren. Bijvoorbeeld met de zelfrapportagevragenlijst, in het medisch certificaat van een arts uit de curatieve sector of het verslag van een revalidatieteam, en bij de aanvraag van aanvullende medische informatie.

Zelfrapportagevragenlijst cliënt

In Nederland is er een aantal UWV-kantoren dat de cliënt vraagt een zelfrapportagevragenlijst in te vullen voorafgaand aan de beoordeling. Niet alle kantoren gebruiken echter een vragenlijst. Het gebruik ervan is niet gestandaardiseerd en ook niet wettelijk vastgelegd.

We zien dat bijna alle andere landen de cliënt verzoeken een vragenlijst in te vullen voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit is echter niet altijd wettelijk vastgelegd. Die vormt vaak wel een essentieel onderdeel van de beoordeling en een mogelijkheid voor de cliënt voor eigen inbreng. De manier waarop de vragenlijst wordt ingezet bij de beoordeling verschilt.

Er zijn landen die de vragenlijst inzetten als consistentiecheck, waaronder IJsland en Zweden. Met de overige documentatie die wordt aangeleverd voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gaan de beoordelaars na of dit in lijn is met de antwoorden van de cliënt op de vragenlijst.

De vragenlijst kan ook als onderdeel voor de beeldvorming bij de beoordeling worden ingezet: de vragenlijst is dan geen doorslaggevend document, maar ondersteunt de beoordelaar wel in het beoordelen van de mogelijkheden en beperkingen. In Denemarken wordt de vragenlijst op deze manier gebruikt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De cliënt kan in de vragenlijst zijn of haar wensen aangeven en de eigen perceptie van de mogelijkheden. In Ierland is de vragenlijst ook onderdeel van de beoordeling. De cliënt kan in de vragenlijst zijn opleiding en arbeidsverleden inbrengen, medische onderzoeken en de fysieke en mentale gezondheid. Ook het Verenigd Koninkrijk gebruikt de vragenlijst bij de beoordeling. De cliënt kan in de vragenlijst informatie geven over arbeidsverleden, aandoening en medische behandeling, en functionele beperkingen.

In Estland vormt de vragenlijst, samen met een medisch certificaat van de behandelend arts en medische informatie, de basis van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De cliënt vult in de vragenlijst een uitgebreide beschouwing in van het eigen fysiek en mentaal functioneren.

In Finland kan de cliënt, als hij of zij een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt, optioneel ook vragen invullen over een eigen beoordeling van de beperkingen die er zijn om te werken. De cliënt is niet verplicht deze vragen in te vullen. Het is daarmee geen essentieel onderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

⁷⁰ Alleen als de verwachte ziekte duur wordt overschreden.

⁷¹ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

⁷² Optioneel: indien de cliënt gezien wordt door UWV, vindt er ook een gesprek met de arbeidsdeskundige plaats.

⁷³ Alleen als de verwachte ziekte duur wordt overschreden.

⁷⁴ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

⁷⁵ Optioneel: indien de cliënt gezien wordt door UWV, vindt er ook een gesprek met de arbeidsdeskundige plaats.

⁷⁶ Bij 1,5% van de aanmeldingen wordt de cliënt wel uitgenodigd op het spreekuur door een interdisciplinair team als de medische data kwaliteit onvoldoende is of aangegeven beperkingen in functioneren inconsequent zijn. Bij uitzondering door een verzekeringsarts.

⁷⁷ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar is geen vereiste.

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ Het spreekuur kan fysiek, telefonisch of digitaal plaatsvinden. Dit wordt met triage geselecteerd.

⁸⁰ Ibidem.

Medisch certificaat arts curatieve sector

In Nederland maakt een medisch certificaat van de behandelend arts vanuit de curatieve sector niet standaard deel uit van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Hierin verschilt Nederland sterk van de onderzochte landen. In alle overige onderzochte landen vormt het medisch certificaat vanuit de behandelend arts een belangrijk onderdeel van de beoordeling. Dit medisch certificaat bevat informatie over de aandoening(en), de beperkingen, verwachte duur en prognose, en in sommige landen ook een overzicht van de ingezette revalidatie en re-integratie. Het medisch certificaat van de behandelend arts is een belangrijk onderdeel van de beoordeling.

Verslag revalidatieteam

Er is een aantal landen waar een verslag vanuit een revalidatieteam deel uitmaakt van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Het verslag moet bevestigen of alle mogelijke en reële revalidatie- en re-integratie-inspanningen die de arbeidscapaciteit van de cliënt mogelijk kunnen bevorderen, zijn ingezet en uitgevoerd. In Denemarken wordt de cliënt ten tijde van de periode van revalidatie begeleid door een case worker en een revalidatieteam. Een verslag van dit team vormt een onderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In IJsland geldt hetzelfde; het revalidatieteam dat betrokken is bij de revalidatie en re-integratie van de cliënt levert een verslag aan voor de beoordeling. Ook in Finland maakt een verslag van een revalidatieteam deel uit van de documenten benodigd voor de beoordeling indien de cliënt een revalidatie-uitkering heeft gekregen.

Zoals eerder beschreven heeft Zweden een soortgelijk systeem, waar eerst alle mogelijke revalidatie en re-integratie moet zijn ingezet alvorens een cliënt in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De huisarts doet daar echter de begeleiding van de cliënt. Het is daarom niet een revalidatieteam, maar de huisarts die de informatie over de revalidatie van de cliënt aanlevert voorafgaand aan de beoordeling.

Aanvullende medische informatie

In Nederland kan aanvullende medische informatie worden opgevraagd bij een behandelend arts, na toestemming van de cliënt. Dit zien we ook in IJsland, Zweden, Denemarken, Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

Er zijn uitzonderingen. Met toestemming van de cliënt kan er ook direct medische informatie worden ingezien: in Denemarken kan naast het opvragen van medische informatie ook worden aangevraagd om medische informatie in te zien in het medisch dossier in het ziekenhuis. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan als de cliënt meerdere aandoeningen heeft en het onduidelijk is welke behandeling(en) die heeft (gehad). Toegang tot medische informatie wordt als noodzakelijk beschouwd om tot een goede beoordeling te komen. De cliënt geeft hiervoor toestemming bij de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

In Estland heeft de arts sociale geneeskunde de mogelijkheid om het nationale elektronisch medisch dossier van de cliënt in te zien. Dit is daar nodig om de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit te kunnen voeren. De cliënt geeft hiervoor toestemming aan de socialezekerheidsinstantie bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De arts sociale geneeskunde mag enkel documenten bekijken die relevant zijn voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

In Finland kan medische informatie die nodig is voor de beoordeling worden opgevraagd bij de desbetreffende behandelend arts. Hiervoor is geen aparte toestemming van de cliënt nodig.

Wie doet de aanvraag

In Nederland vraagt de cliënt zelf een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan. Dit zien we in de meeste andere landen ook. Er is hulp beschikbaar voor het doen van de aanvraag en het invullen van de benodigde formulieren. Dit varieert van een professional vanuit de socialezekerheidsinstantie, een behandelend arts, tot een organisatie die het belang van de cliënten behartigt en hen ondersteunt. In Denemarken en IJsland is er de optie voor de cliënt om zelf een arbeidsongeschiktheidsaanvraag te doen, maar is de kans op toekenning van een uitkering groter als de aanvraag op advies van een case worker (in Denemarken) of een huisarts (in IJsland) verloopt.

3.3. Analyse

We zien grote verschillen tussen de landen als we kijken naar de mogelijkheden voor eigen inbreng van de cliënt. In het Nederlandse systeem is het spreekuur een belangrijk moment voor de cliënt om eigen inbreng te leveren. In ons onderzoek zien we echter ook landen waar de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt gedaan met een desk assessment. De cliënt heeft dan geen contact met de beoordelaar. Finland, Ierland en Estland voeren een desk assessment uit bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. We zien in Ierland en Estland dat de zelfrapportagevragenlijst een essentieel onderdeel is voor de beoordeling, waarmee de cliënt, zonder een beoordelend professional te zien of spreken, de mogelijkheid heeft om uitgebreid input te leveren voor de beoordeling. Finland hanteert niet standaard een vragenlijst. De cliënt krijgt wel ruimte om over zijn of haar (werkgerelateerde) klachten te schrijven.

Verder zien we dat een medisch certificaat vanuit de behandelend arts vaak deel uitmaakt van de documenten benodigd voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De cliënt komt op een spreekuur bij de behandelend arts en de arts stelt vervolgens een medisch certificaat op met daarin onder andere de aandoening, behandelingen, inschatting van mogelijkheden om te werken en een prognose. Hiermee heeft de cliënt indirecte inbreng in de beoordeling.

Bij de landen die eerst een revalidatie-uitkering toekennen alvorens een cliënt in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, zien we dat een verslag over de revalidatie ook deel uitmaakt van de beoordeling.

Ook hiermee heeft de cliënt indirect inbreng in de beoordeling. Nederland kent geen rehabilitatie-uitkering. Wel maakt het re-integratieverslag dat wordt opgesteld op basis van de eerste twee ziektejaren deel uit van documenten die aangeleverd moeten worden bij de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

We zien dat de verschillende mogelijkheden voor eigen inbreng soms zwaar en soms minder zwaar meewegen in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit hangt ook samen met wat de essentie van de beoordeling is in de verschillende landen en waar de meeste waarde aan wordt gehecht in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In Nederland weegt het spreekuur zwaar mee. Als de vragenlijst wordt gebruikt, dan weegt die minder zwaar mee. In landen waar er geen spreekuur met de cliënt gehouden wordt, wegen andere onderdelen zwaarder mee. In Estland is er bijvoorbeeld geen spreekuur, maar wegen de vragenlijst, medische informatie en het medisch certificaat zwaar mee. In Finland is er ook geen spreekuur en wordt ook niet altijd een vragenlijst ingevuld. Hier weegt juist het medisch certificaat zwaar mee. In een aantal landen kwam in de interviews naar voren dat de kwaliteit en volledigheid van de medisch certificaten soms verschilt. De landen proberen dat te verbeteren, bijvoorbeeld door duidelijkere eisen te stellen aan het certificaat en met behandelend artsen in gesprek te gaan. Desalniettemin vormt het medisch certificaat een belangrijk onderdeel in een groot deel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen.

4. Rollen professionals

Een van de onderzoeksvragen in dit rapport betreft de verschillende professionals die betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. We hebben gepoogd inzichtelijk te maken welke professionals betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en vervolgens wat hun rol is. We zien een grote verscheidenheid aan rollen en taken van de professionals. We hebben ervoor gekozen om hieruit bepaalde hoofdcategorieën te extraheren, ondersteunend, adviserend, beoordelend en beslissend. Daarnaast hebben we de betrokken professionals een overkoepelende titel of beschrijving gegeven. Bijvoorbeeld 'arts sociale geneeskunde'. Dit is een overkoepelende term voor een arts gespecialiseerd in de verzekeringsgeneeskunde/bedrijfsgeneeskunde/sociale geneeskunde. In de eerste paragraaf beschrijven we de professionals die de beoordeling voor een ziekte-uitkering uitvoeren. Vervolgens gaan we in de tweede paragraaf in op de verschillende rollen van de professionals die betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en -beslissing. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk, paragraaf 4.3, beschrijven we hoe de professionals in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling omgaan met multimorbiditeit.

4.1. Beoordelende professionals bij ziekte-uitkering

In Nederland betaalt de werkgever het loon van werknemers twee jaar (gedeeltelijk) door bij ziekte, voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering aangevraagd kan worden. De werknemer wordt in deze periode ondersteund door de werkgever en aangesloten arbodienst/bedrijfsarts. Er zijn ook cliënten waarbij de ondersteuning in deze periode vanuit UWV wordt verleend, bijvoorbeeld als de cliënt werkloos is. In de andere onderzochte landen zien we dat werkgevers vaak wel betrokken zijn bij re-integratie, maar dat ze daar niet verantwoordelijk voor zijn.

Sommige van de door ons onderzochte landen kennen eerst een uitkering vanuit de socialezekerheidsinstantie toe voordat er een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend, bijvoorbeeld een ziekte-uitkering. Begeleiding tijdens deze periode vindt soms plaats vanuit de curatieve sector, bijvoorbeeld door de huisarts. Beoordelingen tijdens de ziekte-uitkering worden vanuit de socialezekerheidsinstantie vaak gedaan door niet-medisch professionals. Voorbeelden hiervan zijn Zweden en Denemarken. In Zweden wordt de cliënt tijdens de ziekte-uitkering begeleid door een huisarts. De beoordelingen tijdens de ziekte-uitkering worden uitgevoerd door een niet-medisch professional: een academisch geschoolde medewerker, die een training gevolgd heeft binnen de socialezekerheidsinstantie. Het betreft dan een beoordeling op basis van de beschikbare documenten, zoals het medisch certificaat vanuit de curatieve sector. Dit werkt op soortgelijke wijze in IJsland en Finland, waar een niet-medisch professional vanuit de socialezekerheidsinstantie de documenten behorende bij de ziekte-uitkering beoordeelt.

In Denemarken worden de beoordelingen tijdens de ziekte-uitkering verricht door een case worker vanuit het arbeidsbureau van de gemeente. De case worker is doorgaans een academisch geschoolde medewerker, bijvoorbeeld in de richting van maatschappelijk werk. De beoordelingen vinden hier plaats op basis van gesprekken met de cliënt. De case worker beoordeelt ook wat de vervolgstap is indien het verzuim de 22 weken ziekte-uitkering overschrijdt: wordt de ziekte-uitkering verlengd, stopgezet of wordt er een afspraak voor de cliënt ingepland met een interdisciplinair team voor het opstellen van een rehabilitatieplan?

In Ierland kan tijdens de ziekte-uitkering een beoordeling worden gedaan door de arts sociale geneeskunde. Dit gebeurt enkel indien de op voorhand verwachte ziekteduur voor een bepaalde aandoening overschreden wordt. De arts sociale geneeskunde beoordeelt dan of de cliënt nog te ziek is om te werken of weer aan het werk zou kunnen gaan. Wanneer de cliënt herstelt binnen de op voorhand verwachte ziekteduur vindt er geen beoordeling plaats.

4.2. Betrokken professionals en hun rollen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Onderstaande tabellen laten de diversiteit zien aan betrokken professionals in de arbeidsongeschiktheidsstelsels en welke rollen zij hebben. De benamingen van de professionals verschillen in de diverse landen. Daarom zijn in de tweede tabel (tabel 4.2) de professionals gegroepeerd naar: arts sociale geneeskunde (bijvoorbeeld de bedrijfsarts en verzekeringsarts), arts curatieve sector, interdisciplinair team, medisch professional maar geen arts en niet-medisch professional. Vervolgens zijn de rollen verder uitgewerkt. We onderscheiden de ondersteunende, adviserende, beoordelende en beslissende rol.

Tabel 4.1 Rollen professionals, in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (tekstueel)

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Ondersteunen	Case worker	Casemanager	Coördinator	Adm. mede- werker	Adm. mede- werker	Adm. mede- werker	Medewerker	TO/SMV/MS
Adviseren	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector/arts sociale geneeskunde	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Bedrijfsarts
Beoordelen	Rehabilitatie- team	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Medisch professional	Niet-medisch professional	VA en AD
Beslissen	Beslissings- ambtenaar gemeente	Specialist arbeids- ongeschikt- heids- beoordeling	Claim- afhandelaar	Beslissings- ambtenaar	VA	Niet-medisch professional	Beslissings- ambtenaar	Proces- begeleider

TO: teamondersteuner, SMV: sociaal-medisch verpleegkundige, MS: medisch secretaresse, VA: verzekeringsarts, AD: arbeidsdeskundige.

Tabel 4.2 Rollen professionals (schematisch)

	DK	EST	FIN	IE	IJS	VK	ZWE	NL
Ondersteunen								
Adviseren						81		
Beoordelen						82		
Beslissen								

Arts sociale geneeskunde
 Arts curatieve sector
 Medisch professional, niet-arts

Interdisciplinair team

Niet-medisch professional

Niet van toepassing

4.2.1. Ondersteunende rol

Tabel 4.3 Ondersteunende professionals

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Ondersteunen	Case worker	Casemanager	Coördinator	Adm. mede- werker	Adm. mede- werker	Adm. mede- werker	Mede-werker	TO/SMV/SM

Medisch professional, niet-arts

Niet-medisch professional

In Nederland werkt een gedeelte van de verzekeringsartsen samen met een medisch secretaresse (MS) en/of een sociaal-medisch verpleegkundige (SMV). De MS is een niet-medische, administratieve professional die taakondersteunend werkt. Een SMV is een BIG-geregistreerde professional. Deze medisch professional (niet-arts) werkt onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts en kan een aantal taken (gedeeltelijk) overnemen, zoals het houden van (een gedeelte van) het spreekuur en de opgehaalde informatie samenvatten. Het team dat de sociaal-medische beoordeling uitvoert, wordt sinds kort ondersteund door een teamondersteuner (TO). Dit is een niet-medisch professional die ondersteunende administratieve werkzaamheden verricht.

In de andere onderzochte landen zien we dat er een niet-medisch professional beschikbaar is die een ondersteunende rol heeft bij de beoordeling. Het kan dan gaan om een administratief medewerker die controleert of de aanvraag compleet is. In sommige landen zien we ook dat een niet-medisch professional in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling een uitgebreidere rol heeft en de cliënt bijvoorbeeld ook kan ondersteunen met het indienen van de aanvraag.

⁸¹ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

⁸² Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

4.2.2. Adviserende rol

Tabel 4.4 Adviserende professionals

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Adviseren	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector/arts sociale geneeskunde	Arts curatieve sector	Arts curatieve sector	Medisch professional	Arts curatieve sector/arts sociale geneeskunde	Bedrijfsarts/ arbeids-deskundige
							83	

■ Arts sociale geneeskunde
 ■ Arts curatieve sector
 ■ Medisch professional, niet-arts

In veel van de onderzochte landen zien we dat een behandelend arts uit de curatieve sector een medisch certificaat moet opstellen, wat bij zowel de aanvraag voor een ziekte-, rehabilitatie- als arbeidsongeschiktheidsuitkering moet worden meegestuurd. Dit certificaat is een essentieel document en vormt vaak de basis van de beoordeling. In het certificaat komt doorgaans informatie terug over de aandoening, behandelingen, prognose en arbeidsbeperkingen. In het Verenigd Koninkrijk kan het medisch certificaat ook worden opgesteld door een andere medisch professional dan een arts, bijvoorbeeld door een fysiotherapeut of verpleegkundige. In Finland is er ook een adviserende rol voor de arts sociale geneeskunde vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst die de cliënt begeleidt gedurende de eerste driehonderd ziekte-dagen. Daarnaast kunnen beoordelende professionals ook tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling advies vragen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Zweden. De beoordelende (niet-medische) professional kan tijdens de beoordeling een arts sociale geneeskunde van de socialezekerheidsinstantie raadplegen, bijvoorbeeld bij onduidelijkheden of het interpreteren van medische gegevens.

In Nederland is dit anders ingericht. In Nederland schrijft de behandelend arts geen medisch certificaat voor de sociaal-medische beoordeling. In de KNMG-richtlijn over gegevensuitwisseling staat ook als uitgangspunt dat de verzekeringsarts tot een weloverwogen sociaal-medisch oordeel en advies komt op basis van (persoonlijk) contact met de cliënt.⁸⁴ Het is wel mogelijk om aanvullende gegevens op te vragen bij een behandelend arts, mits de cliënt daar toestemming voor geeft. Er vindt bij UWV geen standaardgegevensuitwisseling plaats met de curatieve sector.

4.2.3. Beoordelende rol

Tabel 4.5 Beoordelende professionals

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Beoordelen	Rehabilitatie-team	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Arts sociale geneeskunde	Medisch professional	Niet-medisch professional	VA en AD
							85	

■ Arts sociale geneeskunde
 ■ Interdisciplinair team
 ■ Medisch professional, niet-arts
 ■ Niet-medisch professional

In Nederland wordt de mate van arbeidsongeschiktheid van de cliënt in eerste instantie beoordeeld door de verzekeringsarts, gevolgd door een beoordeling van de arbeidsdeskundige (niet-medisch professional). In een aantal van de onderzochte landen zie je dat een van deze twee professionals de arbeidsongeschiktheidsuitkering uitvoert, of een arts sociale geneeskunde, of een niet-medische, academisch geschoolde professional.

Er zijn verschillende landen waar een arts sociale geneeskunde de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitvoert, het gaat om Estland, Finland, IJsland en Ierland. In Estland, Finland en Ierland voert de arts sociale geneeskunde de beoordeling uit op basis van een desk assessment. De arts sociale geneeskunde in deze landen ziet of spreekt daarmee geen cliënten. Dit verschilt van de inzet van de verzekeringsarts in Nederland. In IJsland kan de arts sociale geneeskunde de cliënt ook vragen om op een spreekuur te komen. Dit gebeurt echter niet altijd; de cliënt wordt bijvoorbeeld niet gezien als er sprake is van een ernstige aandoening en duidelijk is dat er geen arbeidsvermogen is. In het Verenigd Koninkrijk is er ook geen spreekuur als er sprake is van een ernstige aandoening en er geen arbeidsvermogen is.

In Zweden en Denemarken wordt de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd door een niet-medisch professional. In Zweden zien we dat een niet-medisch, academisch opgeleide medewerker van de socialezekerheidsinstantie de beoordeling uitvoert op basis van het medisch certificaat van de behandelend arts. In Denemarken wordt de beoordeling uitgevoerd door een interdisciplinair revalidatieteam. Dit is het team dat de cliënt ook op hoofdlijnen begeleidt tijdens de periode van revalidatie en re-integratie. Naast medisch professionals maken ook niet-medisch professionals deel uit van dit interdisciplinaire team. Het gaat om onder andere een arts sociale geneeskunde van het regionale ziekenhuis (verantwoordelijk voor rehabilitatie-interventies binnen het ziekenhuis) en verschillende

⁸³ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

⁸⁴ Zie KNMG-richtlijn (2022).

⁸⁵ Deze zorgprofessional kan wel een arts zijn, maar dit is geen vereiste.

vertegenwoordigers vanuit de werkgeverssector, sociale sector, gemeentelijke gezondheidsafdeling (verantwoordelijk voor rehabilitatie-interventies buiten het ziekenhuis), en soms nog iemand vanuit de onderwijssector. Het staat niet wettelijk vastgelegd welke professionals in het team participeren. Dit kunnen artsen zijn, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, zorgassistenten, bedrijfsadviseur of studieadviseurs. De betrokken case worker (niet-medisch professional) voert de regie over het opstellen van een rehabilitatieplan.

In het Verenigd Koninkrijk kan de beoordeling door verschillende medisch professionals worden uitgevoerd. In sommige gevallen is dat een arts, maar het kan ook een verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut of psycholoog zijn.

4.2.4. Beslissende rol

Tabel 4.6 Beslissende professionals

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Beslissen	Ambtenaar gemeente	Specialist arbeidsongeschiktheidsbeoordeling	Claim-afhandelaar	Beslissings-ambtenaar	Arts sociale geneeskunde	Niet-medisch professional	Beslissings-ambtenaar	Proces-begeleider

■ Arts sociale geneeskunde ■ Niet-medisch professional

In de meeste landen zien we dat de uiteindelijke administratieve beslissing wordt genomen door een niet-medisch professional. Het gaat vaak om een professional met een juridische of administratieve achtergrond, die nagaat of het advies van de beoordelaar ook in lijn is met de geldende wet- en regelgeving. Een uitzondering is IJsland, waar de beslissing wordt gemaakt door de verzekeringsarts.

De professional die de beslissing neemt, kan afwijken van het oordeel van de professional die de beoordeling doet. In sommige landen betreft de beslissing met name een administratieve beslissing (is de beoordeling juist in het licht van de geldende wettelijke kaders), zoals in Nederland. In IJsland bekijkt de beslissende professional alle beschikbare documentatie en kan op basis daarvan afwijken van de beoordelaar. Ook in Ierland kan de beslissende professional afwijken van het oordeel van de beoordelende professional. Dit is echter niet enkel op administratieve gronden. De beslissende professional kijkt namelijk zowel naar het geleverde medische certificaat van de behandelend arts als naar de beoordeling van de arts sociale geneeskunde en besluit vervolgens om de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling over te nemen of niet. De beslissing van de beslissende professional is bindend. In Denemarken en Estland loopt de route anders. Indien de beslissende professional het oneens is met de beoordelaar, wordt de casus opnieuw voorgelegd aan het rehabilitatieteam (Denemarken) of de arts sociale geneeskunde (Estland).

4.2.5. Uitgelicht: het rehabilitatieteam, de arts sociale geneeskunde en de niet-medisch professional

Het rehabilitatieteam

In ons onderzoek komt naar voren dat in een aantal landen een rehabilitatieteam de cliënt begeleidt tijdens de rehabilitatieperiode (periode waarin revalidatie en re-integratie plaatsvindt). Het gaat om Denemarken, Finland (vanuit de arbeidsongeschiktheid dienst) en IJsland.

In Denemarken voert het rehabilitatieteam tegelijkertijd ook de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit. We zien dat het rehabilitatieteam uit verschillende professionals bestaat, zowel medisch als niet-medisch. Dit maakt het mogelijk om maatwerk te leveren: afhankelijk van de situatie en mogelijkheden van de cliënt worden interventies ingezet die op dat moment het meest passend zijn. Of het nou gaat om medische behandelingen of om interventies gericht op re-integratie. Het rehabilitatieteam bespreekt gezamenlijk met de cliënt hoe het rehabilitatieplan eruit gaat zien. De betrokken professionals leveren allen input vanuit hun eigen expertise.

De arts sociale geneeskunde

De arts sociale geneeskunde, of bedrijfsarts/verzekeringsarts, heeft in Nederland een belangrijke rol in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In ons onderzoek zien we grote verschillen wat betreft de rol van de arts sociale geneeskunde, maar ook bijvoorbeeld de vooropleiding. In deze paragraaf beschrijven we specifiek de rol van de arts sociale geneeskunde.

Tabel 4.7 Rollen van de arts sociale geneeskunde

	DK	EST	FIN	IRL	IJS	VK	ZWE	NL
Ondersteunen								
Adviseren								
Beslissen								

■ Arts sociale geneeskunde ■ Niet van toepassing

We zien de arts sociale geneeskunde terug in verschillende rollen. In Nederland begeleidt de bedrijfsarts de cliënt tijdens de eerste twee ziektejaren en stelt een re-integratieverslag op over deze periode. De bedrijfsarts heeft daarmee een adviserende rol bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In Finland zien we dat een arts sociale geneeskunde vanuit een arbeidsgeneeskundige dienst de cliënt begeleidt tijdens de ziekte-uitkering (in het geval van Finland gaat het om de eerste driehonderd ziekte-dagen). In Finland is bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ook een adviserende rol weggelegd voor de arts sociale geneeskunde vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst.

In Nederland voert de arts sociale geneeskunde (verzekeringsarts) samen met de arbeidsdeskundige de beoordeling uit, en heeft daarvoor ook (fysiek) contact met de cliënt. Er zijn vier andere landen waar de sociaal geneeskundig arts de beoordeling doet. In Estland, Finland en Ierland doet de arts sociale geneeskunde dat in de vorm van een desk assessment. Ook in IJsland voert de arts sociale geneeskunde de beoordeling uit en kan daarvoor de cliënt uitnodigen op het spreekuur.

De arts sociale geneeskunde kan ook een adviserende rol hebben. Dit zien we bijvoorbeeld in Zweden. Indien de niet-medisch professional onduidelijkheden tegenkomt bij de beoordeling, dan kan deze de sociaal geneeskundig arts om advies vragen.

Verder kan de arts sociale geneeskunde een beslissende rol hebben. In IJsland is de verzekeringsarts degene die de uiteindelijke beslissing maakt over het al dan niet toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

We zien ook grote verschillen qua opleiding van de sociaal geneeskundig arts. In Nederland is verzekeringsgeneeskunde een erkende opleiding met een duur van vier jaar. In principe kan direct na de opleiding geneeskunde gestart worden met de vervolgopleiding tot verzekeringsarts. Nederland wijkt daarmee af van de andere onderzochte landen. In veel andere landen zien we dat de sociaal geneeskundig arts al als medisch specialist werkzaam was voordat deze een training tot sociaal geneeskundig arts te worden volgt. Het gaat dan bijvoorbeeld om Zweden, Ierland, Finland en Estland. Vaak blijven de sociaal geneeskundig artsen dan ook deels werkzaam als arts in de curatieve sector. We zien dat de training tot sociaal geneeskundig arts relatief kort is als de sociaal geneeskundig arts eerder als medisch specialist werkzaam was. In Ierland bijvoorbeeld duurt de initiële aanvullende training zes weken, in Zweden drie maanden.

Er is ook een aantal landen waar de arts sociale geneeskunde een minder prominente rol heeft bij de beoordeling. In het Verenigd Koninkrijk kan de beoordeling door verschillende medisch professionals worden uitgevoerd, dat hoeft geen arts sociale geneeskunde te zijn.

In Denemarken maakt een arts sociale geneeskunde deel uit van het interdisciplinaire revalidatieteam dat de cliënt begeleidt tijdens revalidatie en re-integratie. De arts sociale geneeskunde binnen het revalidatieteam bepaalt of er een duidelijke diagnose gesteld is en of de juiste behandelingen gevolgd worden. Ook kan deze arts adviseren welke verdere behandelingen geïndiceerd zijn om het arbeidsvermogen van de cliënt te verbeteren.

De niet-medisch professional

In ons onderzoek komt de niet-medisch professional naar voren in verschillende rollen. In Nederland zien we de niet-medisch professional in ondersteunende rollen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, in de beoordelende rol en als degene die de definitieve beslissing maakt over de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

In sommige onderzochte landen wordt eerst een ziekte-uitkering toegekend voor een bepaalde periode voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd. In Zweden, Denemarken, IJsland en Finland zien we dat een niet-medisch professional van de socialezekerheidsinstantie degene is die zelfstandig de beoordelingen uitvoert voor de ziekte-uitkering. Het betreft vaak academisch, maar niet-medisch geschoolde professionals, die een training binnen de socialezekerheidsinstantie hebben gevolgd.

In de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zien we vaak een niet-medisch professional in een ondersteunende, beoordelende en beslissende rol. Het gaat dan vaak om administratieve ondersteuning en soms ondersteuning aan de cliënt wat betreft het invullen van de aanvraag. In Nederland wordt de beoordeling deels ook gedaan door een niet-medisch professional, de arbeidsdeskundige, die beoordeelt welk werk nog gedaan kan worden door de cliënt en hoeveel de cliënt daarmee zou kunnen verdienen. In Zweden wordt de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd door een academisch geschoolde, niet-medisch professional. De niet-medisch professional kan daarbij eventueel wel advies vragen van een arts sociale geneeskunde. De niet-medisch professional blijft hoofdvantwoordelijk voor de beoordeling. In Denemarken voert het revalidatieteam (dat deels bestaat uit niet-medisch professionals) de beoordeling uit. We zien in bijna alle landen dat een niet-medisch professional de uiteindelijke beslissing neemt. Een uitzondering hierop is IJsland, waar een arts sociale geneeskunde de beslissing neemt.

4.3. Multimorbiditeit

Met de vergrijzing groeit in Nederland de populatie mensen met chronische aandoeningen. Daarnaast is er steeds vaker sprake van meerdere chronische aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit).⁸⁶ Dat blijkt ook uit het Trendskenario van het RIVM.⁸⁷ Het percentage mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met twee of meer chronische aandoeningen zal toenemen van bijna 25% in 2015 naar 30% in 2040. Deze cijfers gaan over de algehele bevolking en daarmee ook mensen boven de pensioengerechtigde leeftijd. Desondanks neemt multimorbiditeit in alle leeftijdsgroepen toe, ook bij mensen gedurende hun arbeidsjaren.

Ook bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling kan er sprake zijn van multimorbiditeit. In de interviews hebben wij hier aandacht aan besteed. We hebben aan de geïnterviewden in de verschillende landen gevraagd hoe er in hun arbeidsongeschiktheidsstelsel wordt omgegaan met multimorbiditeit en of dit een andere aanpak vergt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

In Nederland hanteert de verzekeringsarts in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de Functionele mogelijkhedenlijst (FML). Hierin kan de verzekeringsarts de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt beoordelen. Voor het invullen van de FML maakt het niet uit of de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt voortkomen uit één of meerdere diagnoses. In de onderzochte landen zien we ook dat de beoordeling niet anders verloopt als er sprake is van meerdere diagnoses.

We zien verder dat in de landen waar een medisch certificaat vanuit de behandelend arts deel uitmaakt van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, er soms meerdere certificaten nodig zijn indien er sprake is van meerdere diagnoses. Dit hoeft niet altijd. Indien er een behandelend arts betrokken is die het overzicht heeft over de cliënt, zoals een huisarts of arbeidsgeneeskundige dienst, dan kan één medisch certificaat ook volstaan bij meerdere diagnoses.

⁸⁶ Zie Rijken en Korevaar (2021).

⁸⁷ Zie Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018).

5. Gegevensbescherming

Van de onderzochte landen hebben zeven van de acht landen tijdens het arbeidsongeschiktheidsbeoordelingsproces meermaals te maken met de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en nationale wetgeving rondom gegevensbescherming. Denemarken, Estland, Finland, Ierland, Nederland en Zweden zijn lidstaten van de Europese Unie (EU-lidstaten) en moeten zich aan de AVG houden. Ook IJsland moet de AVG volgen als land in de EER (Europese Economische Ruimte). Het Verenigd Koninkrijk is geen EU- of EER-land en hoeft daarom in het arbeidsongeschiktheidsbeoordelingsproces geen rekening te houden met de AVG. De omgang met gegevensbescherming in Europa is divers.⁸⁸ In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal oorzaken hiervan en benoemen we een aantal van deze verschillen.

De AVG is in april 2016 aangenomen en ondertekend door het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie en vervolgens in mei van datzelfde jaar in werking getreden. Vanaf 25 mei 2018 is de AVG rechtstreeks van toepassing in alle EU-lidstaten. De Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG) is de nationale invulling die Nederland heeft gegeven aan uitvoering van de AVG.

Het doel van de verordening is om twee belangen te waarborgen: de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van hun gegevens en het vrije verkeer van persoonsgegevens binnen de EU.⁸⁹ In de verordening staat opgenomen dat het recht op persoonsgegevensbescherming geen absoluut recht is en dat er wordt uitgegaan van een proportionaliteitsbeginsel: het recht op gegevensbescherming moet beschouwd worden in relatie tot hoe dit recht functioneert in een maatschappij. Het recht op persoonsgegevensbescherming dient in balans te zijn met andere fundamentele rechten.⁹⁰

Bij de verwerking van gewone persoonsgegevens (zoals naam, adres, telefoonnummer) zijn er zes grondslagen voor dataverwerking. Deze grondslagen zijn als het ware de voorwaarden waaronder persoonsgegevens verwerkt mogen worden. Twee van de grondslagen die UWV hanteert voor de verwerking van gegevens zijn: 'Toestemming van de persoon om wie het gaat' en 'De verwerking is noodzakelijk om een taak uit te voeren van algemeen belang of om openbaar gezag uit te oefenen'. Voor verwerking van bijzondere persoonsgegevens, zoals medische gegevens, moet er echter aan strengere vereisten worden voldaan.⁹¹ Het verwerken van medische gegevens is namelijk in beginsel verboden. In artikel 9 van de verordening staat aangegeven in welke gevallen verwerking van deze gegevens wel legitiem is. Een aantal van deze wettelijke uitzonderingen op het verbod op verwerking van bijzondere persoonsgegevens zijn bijvoorbeeld:

- Iemand heeft uitdrukkelijk toestemming gegeven voor de verwerking van de eigen persoonsgegevens.
- Alleen als het in een wet staat: De verwerking is noodzakelijk om verplichtingen uit te voeren of specifieke rechten uit te oefenen van u of de betrokken persoon. Dit op het gebied van het arbeidsrecht, het socialezekerheidsrecht en het socialebeschermingsrecht.
- Alleen als het in een wet staat: De verwerking is noodzakelijk voor een zwaarwegend algemeen belang.
- Alleen als het in een wet staat: De verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of (arbeids)geneeskundige aard. Zoals het beoordelen van arbeidsgeschiktheid en/of het verstrekken van gezondheidszorg.⁹²

Voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens dient de verwerking gebaseerd te zijn op minimaal één grondslag en één wettelijke uitzondering.⁹³ Daarnaast vereist de AVG dat personen die voor deze doeleinden gezondheidsgegevens verwerken gebonden zijn aan een geheimhoudingsplicht.⁹⁴ Bij UWV wordt aan dit vereiste voldaan door geheimhoudingsplicht voor alle medewerkers. Dit is opgenomen in de wet SUWI.⁹⁵

5.1. EER landen en AVG: ruimte voor verschil

In de zeven EER-landen die we hebben onderzocht (Denemarken, Estland, Finland, Ierland, IJsland, Nederland en Zweden) geldt de AVG. Hoewel de aard van een verordening maakt dat die grotendeels direct in de lidstaten geïmplementeerd moet worden, is er binnen de AVG op bepaalde gebieden ruimte gelaten voor nationale wetgeving. Dit is te zien aan de bovenstaande wettelijke uitzonderingen. Opvallend hierbij is de voorwaarde 'Alleen als het in de wet staat'. Daarnaast is er ruimte voor lidstaten om bepaalde aspecten verder te specificeren.⁹⁶ Zo ook bij wettelijke uitzonderingen op het verbod van bijzondere gegevensverwerking. Verder wordt er in AVG gebruikgemaakt van 'open normen' zoals noodzakelijkheid en proportionaliteit, waarmee ruimte wordt gelaten om op bepaalde punten meer

⁸⁸ Zie Association of European Border Regions (2021).

⁸⁹ Zie Schermer et al. (2018).

⁹⁰ General Data Protection Regulation. Geraadpleegd van <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>.

⁹¹ Zie Autoriteit Persoonsgegevens. *Grondslagen AVG uitgelegd*.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ General Data Protection Regulation, art. 9.3.

⁹⁵ Wet SUWI, art. 74.

⁹⁶ Zie Association of European Border Regions (2021).

specifieke nationale regelingen te treffen.⁹⁷ Bovendien staat het de lidstaten vrij om aanvullende wetgeving voor gegevensbescherming te hanteren. Deze elementen zorgen voor een landschap van kleurschakeringen in privacywetgeving binnen de EER.⁹⁸

5.1.1. Handelen van professionals bij de sociaal-medische beoordeling: nationale wetgeving

Het is de nationale wetgeving die bepaalt welke professionals de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitvoeren en welke professionals bijzondere persoonsgegevens mogen inzien of verwerken. In Nederland is in de nationale wetgeving vastgelegd dat een sociaal-medisch oordeel niet zelfstandig mag worden uitgevoerd door een niet-verzekeringsarts. Hier heeft de Autoriteit Persoonsgegevens UWV ook op gewezen. De beoordeling mag enkel door een verzekeringsarts worden uitgevoerd of door een medewerker onder verantwoordelijkheid van een verzekeringsarts. De 'gewone medewerkers' mogen andere verwerkingen op grond van AVG en UAVG wel zelfstandig uitvoeren.^{99, 100} De verzekeringsarts (of een 'gewone medewerker onder verantwoordelijkheid van de VA) voert de beoordeling van functionele beperkingen en mogelijkheden uit en vervolgens beoordeelt de arbeidsdeskundige (niet-medisch professional) of de verzekerde geschikt is voor (gangbare) algemene arbeid.

In een aantal van de EER-landen die wij hebben onderzocht, zien we ook niet-medisch professionals die bijzondere persoonsgegevens mogen inzien of de beoordeling zelfstandig mogen uitvoeren. Zowel in het voortraject (ziekte- of rehabilitatie-uitkering) als tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

In de beoordeling voor een ziekte- of rehabilitatie-uitkering voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheidsuitkering:

- **Denemarken en Zweden: Niet-medisch professional voert de beoordeling uit, mede op basis van medische informatie curatieve sector**

In Denemarken en Zweden wordt het gebrek of de ziekte vastgesteld door een behandelend arts. De diagnose wordt samen met andere informatie (onder andere over de prognose en adviezen over functionele beperkingen) genoteerd in een medisch certificaat. Dit certificaat wordt met uitdrukkelijke toestemming van de cliënt¹⁰¹ doorgegeven aan de verantwoordelijke uitvoeringsorganisatie (resp. gemeente/Försäkringskassan). Daarna vindt er (resp. fysiek of telefonisch) contact tussen de cliënt en een niet-medisch, academisch geschoolde professional plaats. Vervolgens beoordeelt deze niet-medisch professional op basis van de medische informatie en informatie vanuit de cliënt zelfstandig of de cliënt aan de criteria voor een ziekte- of rehabilitatie-uitkering voldoet. Deze professional staat niet onder verantwoordelijkheid van een verzekeringsarts of arts sociale geneeskunde.

- **Estland: Een behandelend (huis)arts voert de beoordeling uit**

In Estland wordt de beoordeling voor een ziekte-uitkering door de huisarts uitgevoerd. Op basis van een (telefonisch of fysiek) consult wordt een medisch document opgesteld. Dit wordt direct opgestuurd naar de verantwoordelijke uitvoeringsorganisatie (Tervisekassa) voor de administratieve beslissing door een niet-medisch professional. De beoordeling wordt weliswaar uitgevoerd door een arts, maar dit is geen arts gespecialiseerd in sociale geneeskunde. Daarnaast vindt de beoordeling plaats binnen de curatieve sector in plaats van door de socialezekerheidsinstantie.

In de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling:

- **Zweden: Een niet-medisch professional voert de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit**

Ook de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt in Zweden door een academisch geschoolde, niet-medisch professional uitgevoerd. Deze beoordeling vindt plaats op basis van een medisch certificaat en informatie vanuit de cliënt. Voor de beoordeling kan advies worden ingewonnen bij een arts sociale geneeskunde. Deze arts heeft een adviserende rol en is niet verantwoordelijk voor de beoordeling. De niet-medisch professional is hoofdverantwoordelijke.

- **Denemarken: Interdisciplinair rehabilitatie-team met gedeelde verantwoordelijkheid**

In Denemarken wordt, zoals eerder beschreven, een gebrek of ziekte vastgesteld door de behandelend arts. Het medisch certificaat kan op aanvraag wordt doorgestuurd naar desbetreffende gemeente. Vervolgens wordt de beoordeling door een interdisciplinair team uitgevoerd. Dit team bestaat uit medisch (artsen en niet-artsen) en niet-medisch professionals. De verantwoordelijkheid voor de beoordeling is verdeeld over de leden. Ieder beslist vanuit het eigen vakgebied waarom de cliënt wel of niet een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet worden toegekend. Er wordt geen arbeidsongeschiktheidsuitkering uitgekeerd indien er vanuit ten minste één discipline wordt aangegeven dat er nog rehabilitatiemogelijkheden zijn. Medische informatie kan worden ingezien door bepaalde medisch professionals. Zo kan de arts sociale geneeskunde vanuit de medische informatie aangeven waarom bepaalde rehabilitatieactiviteiten wel of niet aan de cliënt geadviseerd moeten worden.

5.1.2. Gegevensverstrekking curatieve sector

Als het gaat om de verwerking van gezondheidsgegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen, gelden voor de verwerking daarvan in Nederland niet alleen de (U)AVG, maar ook wetgeving rondom het medisch beroepsgeheim.¹⁰² Het medisch beroepsgeheim verbiedt artsen in beginsel gegevens te delen die hen, uit hoofde van hun beroep, door een patiënt zijn toevertrouwd, tenzij de betrokkene uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven voor de betreffende

⁹⁷ Zie Winter, H. et al. (2022).

⁹⁸ Zie Association of European Border Regions. (2021).

⁹⁹ Zie UWV (2020).

¹⁰⁰ Zie Autoriteit Persoonsgegevens (2017).

¹⁰¹ De geïnterviewden gaven aan dat het niet verlenen van toestemming niet of nauwelijks voorkomt bij cliënten die in staat zijn dit te doen.

¹⁰² Zie UWV (2020).

gegevensdeling.¹⁰³ De behandelend arts mag deze gegevens op basis van het medisch beroepsgeheim uitsluitend aan de verzekeringsarts verstrekken voor zover de betrokkene hem of haar daar toestemming voor heeft verleend. Binnen UWV wordt dit proces gefaciliteerd door de cliënt te vragen een formulier te ondertekenen waarmee deze de behandelend arts toestemming geeft om diens gegevens aan de verzekeringsarts van UWV te verstrekken. Op grond van deze toestemming mag de behandelend arts het medisch beroepsgeheim doorbreken. Een bedrijfsarts is echter wettelijk verplicht om relevante gegevens aan de verzekeringsarts te verstrekken: hier is dus een grondslag en is toestemming van de cliënt niet nodig.¹⁰⁴ Een opvallend verschil tussen Nederland en de meeste andere onderzochte landen is dat als de cliënt geen toestemming geeft om informatie vanuit de curatieve sector door te geven aan UWV, er wel een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moet plaatsvinden. In andere onderzochte landen is een beoordeling zonder voldoende medische informatie vaak niet mogelijk of is een toekenning van de uitkering zonder deze informatie zelfs verboden. Het geven van toestemming door de cliënt voor het inzien van medische gegevens door de beoordelende instantie is daarmee niet altijd vrijblijvend. Het kan betekenen dat er hierdoor geen beoordeling plaatsvindt en daarmee geen uitkering wordt toegekend.

Medisch certificaat vanuit de curatieve sector

Op Nederland na, maken alle onderzochte EER-landen gebruik van een medisch certificaat in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit certificaat wordt opgesteld door een behandelend arts of een arts van een arbeidsgeneeskundige dienst. Hierin wordt vaak minimaal een diagnose en prognose gedeeld. Vaak wordt hierin ook een inschatting of advies gedeeld over de invloed die de vastgestelde ziekte of het vastgestelde gebrek heeft op het arbeidsvermogen van de cliënt. Vaak stuurt de cliënt zelf dit document naar de beoordelende instantie of die geeft toestemming om dit document te delen met de beoordelende instantie.

Aanvullende medische informatie: documenten en dossiertoegang

Naast het aanleveren van een medisch certificaat wordt er aan cliënten uit meerdere onderzochte landen gevraagd om zelf medische informatie mee te sturen naar de beoordelende instantie. Ook kan er gevraagd worden om toestemming om de beoordelaar (gedeeltelijk) toegang te geven tot het elektronisch medisch dossier. Het is in de onderzochte EER-landen mogelijk om (relevante) medische informatie op te vragen bij de behandelend arts. Dit wordt direct gedaan met uitdrukkelijke toestemming van de cliënt of geschiedt indirect, via de cliënt zelf. In het laatste geval neemt de cliënt zelf contact op met de behandelend arts. De cliënt of de behandelend arts stuurt vervolgens de medische informatie naar de beoordelende instantie.

In Estland heeft de beoordelaar, een arts sociale geneeskunde die ook in de curatieve sector werkt, toegang tot het elektronisch medisch dossier van de cliënt. Hiervoor wordt de cliënt bij de aanvraag om uitdrukkelijke toestemming gevraagd.¹⁰⁵ In het elektronische systeem is te zien wie welke gegevens op welk moment inziet. Ook in Denemarken is het voor een van de beoordelende professionals (arts regionale ziekenhuis) mogelijk om, met toestemming van de cliënt, een elektronisch medisch dossier in te zien. In lijn met de verordening mogen de beoordelende artsen in Estland en Denemarken alleen relevante medische informatie bekijken en mogen ze deze informatie enkel inzien. De informatie mag niet worden gedownload. Toestemming voor het inzien van medische informatie wordt vaak een keer per jaar hernieuwd en kan indien nodig worden uitgebreid.

5.1.3. Wettelijke uitzonderingen

De verwerking van medische gegevens door de verzekeringsarts en de medewerkers van UWV vindt niet plaats op grondslag van toestemming, maar op de grondslag dat de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de wettelijke verplichting en/of algemeen belang/openbaar gezag.¹⁰⁶ Voor verstrekking van medische informatie vanuit de curatieve sector is er toestemming nodig van de cliënt in verband met het medisch beroepsgeheim.

Dit zien we ook terug in de andere onderzochte lidstaten. In een aantal van deze lidstaten is er geen strikte scheiding tussen de curatieve en beoordelende sector. Hier werden dan ook vaak beide grondslagen genoemd: 1. Er is uitdrukkelijk toestemming van de cliënt gevraagd om medische informatie te mogen inzien; 2. Deze informatie is nodig voor de uitvoering van de wettelijke verplichting en/of algemeen belang/openbaar gezag: de uitvoering van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In sommige van de onderzochte landen is het daarnaast wettelijk verboden om een beslissing voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering te vormen als er onvoldoende medische informatie beschikbaar is (behalve de beslissing dat de cliënt een nieuwe aanvraag moet doen na het bezoeken van een relevante arts).

5.2. Verenigd Koninkrijk

Het Verenigd Koninkrijk is geen EU- of EER-land en hoeft zich daarom niet aan de AVG te houden. Ook hier wordt zorgvuldig omgegaan met gegevensbescherming. Er is naast een medisch certificaat ('fit note') beperkte gegevensuitwisseling met de curatieve sector. Als er echter aanvullende informatie voor een beoordeling benodigd is, verloopt dit meestal via de cliënt zelf. In enkele gevallen wordt er direct contact opgenomen met de curatieve sector. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt.

¹⁰³ Art. 88 Wet BIG en art. 7, lid 1 BW.

¹⁰⁴ Art. 54, lid 3 Wet SUWI.

¹⁰⁵ De geïnterviewden gaven aan dat zij niet hebben meegemaakt dat een cliënt hiervoor geen toestemming verleende.

¹⁰⁶ Zie UWV (2020).

6. Reflectie

6.1. Reflectie onderzoeksresultaten

Wij hebben dit onderzoek uitgevoerd met als doel te beschrijven hoe de arbeidsongeschiktheidsstelsels in verschillende landen eruitzien. We doen hiermee geen uitspraken over de praktische uitvoering van alle regelingen in de onderzochte landen. Dat kan betekenen dat er in de praktijk afgeweken kan worden van hetgeen we hier beschrijven. Onderzocht is wat de criteria zijn voor arbeidsongeschiktheid, hoe de eigen inbreng van de cliënt eruitziet, welke professionals betrokken zijn bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en welke rol zij daarin hebben. Ook is aandacht besteed aan multimorbiditeit en de AVG. Bij UWV staat enerzijds de uitvoering van sociaal-medische beoordelingen onder druk gezien de mismatch tussen het aantal gevraagde beoordelingen en de beschikbare capaciteit. Niet alleen UWV maar ook de commissie OCTAS werkt aan mogelijke oplossingsrichtingen voor het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Nederland. Daarnaast bestaat er de wens om gerichte eigen inbreng van de cliënt in het arbeidsongeschiktheidsstelsel te vergroten. Het doel van deze beschrijving is het bieden van inspiratie en laten zien dat er verschillende mogelijkheden zijn om arbeids(on)geschiktheid te beoordelen en dat er verschillen zijn in betrokken professionals, hun rollen en de eigen inbreng van cliënten.

In verschillende landen kwam naar voren dat het uitvoeren van sociaal-medische beoordelingen ook onder druk staat, of heeft gestaan. Dit onderzoek laat zien hoe er kan worden omgegaan met de druk, hoe andere professionals kunnen worden ingezet of op een andere manier, en of de cliënt op een andere wijze betrokken kan worden. Ierland is een voorbeeld van een land waar het uitvoeren van sociaal-medische beoordelingen voorheen onder druk stond. In Ierland is toen de beoordeling uitgevoerd met een desk assessment ingevoerd ter vervanging van het fysieke spreekuur. Het Verenigd Koninkrijk kampte ook met een mismatch. Dit hebben ze opgelost door toe te staan dat ook een medisch professional, maar geen arts, de beoordeling mag uitvoeren.

Nederland wijkt op een aantal punten af van de andere onderzochte landen. Een voorbeeld hiervan is de positie van de verzekeringsarts en de duur van de opleiding. De verzekeringsarts is in vrijwel alle onderzochte landen een medisch specialist die ook nog als zodanig werkt en daarnaast verzekeringsarts is. De opleiding daartoe bedraagt over het algemeen drie tot zes maanden. Nederland kent een opleiding van vier jaar, boven op een opleiding als basisarts. Dit wijkt sterk af van de andere onderzochte landen. In alle andere onderzochte landen is een medisch certificaat van een behandelend arts uit de curatieve sector een standaardonderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In Nederland is dit niet het geval, maar is het verslag vanuit de arbodienst/bedrijfsarts wel een standaardonderdeel van de beoordeling. In Nederland ligt er een sterke nadruk op fysieke spreekuren, waar sommige andere landen de beoordeling uitvoeren met een desk assessment. Een laatste opvallend verschil is dat Nederland in dit onderzoek het enige land is dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitvoert op basis van een berekening van het verlies aan verdien capaciteit. Alle andere onderzochte landen beoordelen de arbeidsongeschiktheid op basis van het verlies aan arbeidsvermogen.

Dit onderzoek is geen effectiviteitsonderzoek; het gaat niet over cijfers. In het rapport komt bijvoorbeeld niet terug wat het effect is van de verschillende criteria die landen hanteren in hun stelsels op de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook komt in dit rapport niet teug hoeveel verzekeringsartsen er beschikbaar zijn ten opzichte van de bevolking en/of anderen landen momenteel ook kampen met mismatches. Het is ook lastig om landen te vergelijken op basis van cijfers over arbeidsongeschiktheid. Door de verschillende invulling van arbeidsongeschiktheidsstelsels en de diversiteit in de context waarin landen opereren, kunnen vergelijkende cijfers over arbeidsongeschiktheidspercentages een vertekenend beeld geven. In ons rapport hebben we bijvoorbeeld wel informatie opgenomen over de hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Om de hoogte van de uitkering en de verschillen tussen de landen te interpreteren zou je echter ook informatie moeten hebben over bijvoorbeeld de gemiddelde lonen in een land, de koopkracht en andere mogelijke toeslagen die er voor de cliënt beschikbaar zijn. Op basis van ons onderzoek kunnen wij geen conclusies trekken over de effectiviteit of kosten van de beschreven stelsels. De beschrijving is bedoeld om inspiratie te bieden en ideeën te geven hoe je ook op een andere manier arbeidsongeschiktheidscriteria, betrokkenheid en de rol van professionals en de eigen inbreng van de cliënt kunt organiseren.

6.2. Reflectie totstandkoming onderzoeksresultaten

In dit onderzoek zijn in totaal acht landen onderzocht. We hebben ernaar gestreefd om een brede variatie aan arbeidsongeschiktheidsstelsels te onderzoeken. Tegelijkertijd zijn er natuurlijk ook andere landen die interessante inzichten kunnen bieden, die nu niet in dit onderzoek zijn opgenomen.

Om de arbeidsongeschiktheidsstelsels in de onderzochte landen te beschrijven is deskresearch gedaan, zijn vragenlijsten verstuurd en zijn interviews gehouden. Daarnaast is de verwerkte informatie voorgelegd aan de geïnterviewden voor een consistentiecheck. Zoals ook beschreven in de methode is het aantal interviews in sommige onderzochte landen beperkt. Het was niet altijd mogelijk om meerdere interviews in te plannen per land. De ingevulde vragenlijsten boden dan veel informatie. In de vragenlijst is uitvoerig ingegaan op de mogelijkheden voor eigen inbreng

van de cliënt. Daarnaast is veel aandacht besteed aan de consistentiechecks bestaande uit opgehaalde informatie vanuit de drie methodes (deskresearch, vragenlijsten en interviews). Die informatie is gecombineerd ter controle aan de professionals voorgelegd tijdens de consistentiechecks.

Alle verwerkte informatie (in de vorm van de volgende landenhoofdstukken) is voorgelegd aan de geïnterviewden. Daarnaast zijn schriftelijk ook meerdere malen per land aanvullende inhoudelijke vragen voorgelegd, met als doel om de informatie zo compleet mogelijk en op de juiste wijze weer te geven. Wij kunnen desondanks niet volledig garanderen dat de opgehaalde informatie compleet is.¹⁰⁷

Wij onderschrijven de waarde van het versturen van vragenlijsten en het afnemen van interviews in het bijzonder bij het ophalen van de beschreven informatie. Daarnaast zijn de consistentiechecks van grote waarde geweest voor het controleren van de opgehaalde informatie op juistheid. Tijdens het onderzoek bleek dat veel informatie uit literatuur onjuist of achterhaald is. De deskresearch die wij voorafgaand aan de interviews hebben verricht, werd tijdens de interviews soms gecorrigeerd. De informatie uit de literatuur bleek niet altijd correct. Het afnemen van interviews met professionals binnen de betrokken socialezekerheidsinstanties is daarom van grote meerwaarde geweest voor ons onderzoek.

6.3. Vervolgonderzoek

Uit dit onderzoek komen verschillende aspecten naar voren die mogelijk interessant zijn voor vervolgonderzoek. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn om te onderzoeken of er in Nederland andere mogelijkheden zijn om re-integratie in te zetten. Verschillende landen in dit onderzoek zetten sterk in op revalidatie en re-integratie (rehabilitatie), waarbij er een samenwerking is tussen de curatieve sector en de socialezekerheidsinstantie. Het zou interessant zijn om verder te onderzoeken welke interventies zij inzetten qua re-integratie, welke professionals en partijen daarbij betrokken worden en hoe de samenwerking eruitziet. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken wat de invloed van de inzet op revalidatie en re-integratie is op uitstroom uit de uitkering, het welzijn van de cliënt en uiteindelijk de kosten voor de maatschappij.

In dit onderzoek zien we ook verschillen in de manier waarop de cliënt betrokken wordt bij de beoordeling. Bijvoorbeeld of er een spreekuur is tijdens de beoordeling, of dat er een desk assessment plaatsvindt en of cliënten een zelfrapportagevragenlijst invullen. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op ervaringen met deze vormen van eigen inbreng. Hoe ervaart de cliënt zijn betrokkenheid in deze verschillende vormen van eigen inbreng en wat doet het toepassen van andere vormen met bijvoorbeeld de werkdruk voor de professionals en de wachttijden?

In dit onderzoek komen verschillende punten naar voren waarop Nederland afwijkt van de andere onderzochte landen. Deze punten vormen aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Het zou bijvoorbeeld interessant zijn om te onderzoeken hoe de curatieve zorg een rol zou kunnen spelen in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Verder is in het huidige onderzoek Nederland het enige land dat arbeidsongeschiktheid beoordeelt op basis van het verlies aan verdien capaciteit. Frankrijk en Zwitserland zijn voorbeelden van landen die dat ook doen. Het kan interessant zijn om te onderzoeken hoe deze landen de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen doen en welke ervaringen zij hiermee hebben.

6.4. Concluderend

Met het voorliggende rapport bieden we een uitgebreide uiteenzetting van arbeidsongeschiktheidsstelsels in een achttal landen. Er is onderzoek gedaan naar de gehanteerde arbeidsongeschiktheidscriteria, de mogelijkheden voor eigen inbreng van de cliënt, de betrokken professionals en hun rollen, multimorbiditeit en gegevensbescherming. We zien dat Nederland op een aantal aspecten verschilt van de andere zeven onderzochte landen in dit onderzoek. Het betreft dan aspecten als de inzet van een medisch certificaat van de behandelende sector, de duur van de opleiding van de verzekeringsarts, het beoordelen op verdien capaciteit (en niet op verlies aan arbeidsvermogen), de vorm van het spreekuur en hoe wordt omgegaan met gegevensbescherming. Daarnaast is in de landenrapporten beschreven hoe alle stappen eruitzien in het betreffende stelsel, van ziekmelding tot arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, tot eventueel bezwaar en beroep, en herbeoordeling. In dit onderzoek trekken we geen conclusies over de effectiviteit of kosten van de onderzochte stelsels gezien de gekozen insteek en gekozen methodiek van het onderzoek. De opgehaalde informatie biedt inspiratie en maakt inzichtelijk welke contrasten er zijn ten opzichte van Nederland en waar we vervolgonderzoek naar kunnen doen, wat kan bijdragen aan het verminderen van de mismatch in Nederland.

¹⁰⁷ Op het verzoek voor een schriftelijke consistentiecheck aan het Verenigd Koninkrijk is helaas geen reactie gekomen. Dat betekent dat de beschrijving voor het Verenigd Koninkrijk met enige voorzichtigheid moet worden gelezen en gebruikt.

DEEL II

Landenrapporten

7. Nederland



Dit landenhoofdstuk is gebaseerd op deskresearch. De uitgewerkte informatie is schriftelijk voorgelegd aan verschillende personen binnen en buiten UWV, zoals arbeidsdeskundigen en verschillende verzekeringsartsen.

Context

In april 2023 telde Nederland 17.850.301 inwoners.¹⁰⁸ De bevolking van Nederland blijft naar verwachting de komende 50 jaar groeien. De bevolking groeit voornamelijk door migratie en door een langere levensduur.¹⁰⁹ In 2020 telde Nederland 517 inwoners per km².¹¹⁰ De bevolkingsdichtheid verschilt sterk tussen regio's; de bevolkingsdichtheid is het hoogst in West-Nederland en het laagst in Noord-Nederland. De gemeente Den Haag heeft de hoogste bevolkingsdichtheid met 6.600 inwoners per km².¹¹¹

Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) valt onder het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en verzorgt werkloosheids- en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Daarnaast ondersteunt UWV werkzoekenden en cliënten die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn bij het vinden van werk.

¹⁰⁸ Zie Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolkingsteller*.

¹⁰⁹ Zie Centraal Bureau voor de Statistiek (2022).

¹¹⁰ Zie Compendium voor de Leefomgeving (2020).

¹¹¹ Ibidem.

7.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Nederland in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

In Nederland kunnen werknemers na twee jaar ziekte een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vindt plaats op basis van de resterende verdien capaciteit. Hiervoor worden de instrumenten Functionele mogelijkhedenlijst (FML) en Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS)¹¹² gehanteerd. Vanaf 35% verlies aan verdien capaciteit is een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk. Een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering is mogelijk vanaf 80% verlies aan verdien capaciteit. Een herbeoordeling kan worden gedaan op initiatief van de cliënt, de werkgever, of UWV.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt moet zelf de aanvraag doen voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Sommige UWV-kantoren vragen de cliënt ook om een zelfrapportagevragenlijst in te vullen bij de aanvraag, maar dit is geen gestandaardiseerde procedure. Voorafgaand aan de beoordeling komt de cliënt meestal op een fysiek spreekuur bij de verzekeringsarts, die de functionele mogelijkheden en beperkingen in kaart brengt en onderzoekt of de situatie van tijdelijk of blijvend aard is. Daarna komt de cliënt over het algemeen op een fysiek spreekuur bij de arbeidsdeskundige die beoordeelt welk werk de cliënt in theorie nog kan uitvoeren en wat de cliënt hiermee zou kunnen verdienen.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

Bij de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt ook het re-integratieverslag (RIV) toegevoegd. Dit verslag bevat informatie vanuit de werkgever en bedrijfsarts die de cliënt de eerste twee ziektejaren begeleid hebben. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt uitgevoerd door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Bij beide professionals heeft de cliënt meestal een fysiek consult. De verzekeringsarts is een arts die een specialisatie tot verzekeringsarts gevolgd heeft. Dit is een opleiding van vier jaar. De arbeidsdeskundige heeft een post-hbo-opleiding tot arbeidsdeskundige gevolgd. De uiteindelijke beslissing over de uitkering wordt genomen door een procesbegeleider (niet-medisch professional). Een aantal van de verzekeringsartsen werkt samen met een medisch secretaresse (MS) en/of een sociaal-medisch verpleegkundige (SMV). De MS is een niet-medisch, administratief professional die taakondersteunend werkt. Een SMV is een BIG-geregistreerde professional¹¹³ die onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts werkt en een aantal taken (gedeeltelijk) kan overnemen. Het team dat de sociaal-medische beoordeling uitvoert, wordt ondersteund door een teamondersteuner (TO). Dit is een niet-medisch professional die ondersteunende administratieve werkzaamheden verricht.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

De FML die de verzekeringsarts hanteert, betreft de mogelijkheden van de cliënt. Voor het invullen van de FML maakt het niet uit of de mogelijkheden voortkomen vanuit één of meerdere diagnoses. In het dossier wordt wel genoteerd welke diagnoses er gesteld zijn bij de cliënt.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

UWV gebruikt alleen persoonsgegevens die echt nodig zijn voor het uitvoeren van de taken. Er zijn duidelijke afspraken over welke medewerkers de gegevens mogen en kunnen inzien. De systemen met medische gegevens zijn extra beveiligd. De functionaris gegevensbescherming van UWV controleert extra of de regels vanuit de AVG wordt nageleefd. Bij UWV geldt er een geheimhoudingsplicht. Gegevens over cliënten mogen alleen met andere organisaties gedeeld worden indien dat strikt noodzakelijk is, bijvoorbeeld met de Belastingdienst of rechterlijke instanties. Indien er voor de beoordeling aanvullende medische informatie nodig is van een behandelend arts, dan kan dit enkel worden opgevraagd met toestemming van de cliënt.

Bijzonderheden

- In Nederland loopt het aantal wachtende cliënten op een sociaal-medische beoordeling al jaren op. De vraag naar sociaal-medische beoordelingen is groter dan UWV aankan. Daarom zijn er negen versnellingsmaatregelen ingesteld om de wachttijden terug te dringen. De maatregelen moeten nog geëvalueerd worden. Meer informatie is beschikbaar via de [volgende link](#).
- In Nederland blijft de werkgever twee jaar lang verantwoordelijk voor het uitbetalen van het salaris van de zieke werknemer. De werkgever heeft een actieve rol bij de inzet van re-integratiemiddelen tijdens de eerste twee ziektejaren (zie paragraaf 7.2.1).
- Voor ex-werknemers die ziek uit dienst zijn gegaan of die zich vanuit de WW (Werkloosheidwet) hebben ziek gemeld, is UWV zelf gedurende maximaal twee jaar verantwoordelijk voor de re-integratie (zie paragraaf 7.2.2.).
- In Nederland wordt arbeidsongeschiktheid beoordeeld op basis van het verlies aan verdien capaciteit. Dit houdt in dat er wordt beoordeeld wat de cliënt in theorie nog zou kunnen verdienen en hoe dit zich verhoudt tot het eerdere salaris.

¹¹² <https://www.arbeidsdeskundigen.nl/akc/kennis/ad-voorbeeldcasuïstiek/document/196375>

¹¹³ Register Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

7.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

We bespreken hierna de situatie van werknemers, werkenden zonder werkgever en jongeren die zich ziekmelden.

7.2.1. Werknemers

In Nederland wordt gedurende de periode van twee jaar ziekte van een werknemer met een dienstverband het loon doorbetaald door de werkgever, conform de Wet verbetering poortwachter.¹¹⁴ De werkgever moet de werknemer gedurende de eerste twee ziektejaren minstens 70% van het laatstverdiende loon betalen. In sommige cao's wordt van deze 70% afgeweken en krijgt de werknemer in het eerste ziektejaar 100% van het laatstverdiende loon doorbetaald. Deze wet verlangt dat de werkgever en werknemer zich samen met een arbodienst en/of bedrijfsarts inspannen om de werknemer zo snel mogelijk te laten terugkeren naar werk. Hierbij wordt in eerste instantie ingezet op de zogenaamde re-integratie in het eerste spoor. Dat houdt in dat er onderzocht wordt of het voor de zieke werknemer mogelijk is om terug te keren naar de eigen functie. Indien dit onmogelijk is, dan wordt er bekeken of terugkeer naar de eigen functie (gedeeltelijk) kan plaatsvinden met bepaalde aanpassingen in bijvoorbeeld de werktijden of op de werkplek. Daarna wordt gekeken of re-integratie naar een alternatieve functie binnen het bedrijf mogelijk is. Is re-integratie in het eerste spoor niet succesvol, dan wordt het door re-integratie in het tweede spoor opgevolgd. Het tweede spoor wordt ingezet na het eerste ziektejaar of zodra duidelijk is dat er geen mogelijkheden zijn in het eerste spoor. Is dit laatste het geval, dan kan re-integratie in het tweede spoor starten tussen 8 en 52 weken ziekte. Bij het tweede spoor wordt er onderzocht of re-integratie naar andere functies op de arbeidsmarkt mogelijk is. Hierbij wordt ingezet op onder andere sollicitatiebegeleiding, ondersteuning bij persoonlijke ontwikkeling en 'job hunting'. De bedrijfsarts stelt vast welke werkzaamheden de werknemer kan verrichten. Het tweedespoortraject wordt uitgevoerd door een extern bureau of door de werkgever zelf.

Vanaf de ziekmelding gelden verplichtingen voor werkgevers en werknemers:

In het eerste ziektejaar:

- Ziektegevallen moeten uiterlijk binnen één week na de eerste ziektedag worden gemeld bij de arbodienst of bedrijfsarts.
- Indien de werknemer zes weken ziek is, moet de werkgever met behulp van de arbodienst en/of bedrijfsarts zorgen voor een probleemanalyse. Hierin staat waarom de werknemer niet kan werken, welke mogelijkheden tot herstel er zijn en wanneer naar verwachting het werk hervat kan worden.
- Binnen acht weken na de ziekmelding stelt de werkgever in overleg met de werknemer een plan van aanpak op. In dit plan staat beschreven wat beide partijen gaan doen om de werknemer weer aan het werk te krijgen.
- Is er sprake van langdurig verzuim (langer dan zes weken), dan moet de werkgever een re-integratiedossier gaan bijhouden. Hierin staan het verloop van de ziekte en alle activiteiten die werkgever en werknemer hebben ondernomen om werkhervatting mogelijk te maken.
- Iedere zes weken moet de werkgever de voortgang met de werknemer bespreken.
- Samen met de werknemer kiest de werkgever een casemanager. Deze persoon begeleidt en controleert de uitvoering van het plan van aanpak.
- In de 42^e week moet de werkgever de werknemer ziek melden bij UWV.

In het tweede ziektejaar:

- Blijft de werknemer ziek, dan volgt tussen week 46 en 52 een eerstejaarsevaluatie. Werkgever en werknemer evalueren het afgelopen jaar en stellen vast welk re-integratieresultaat ze in het tweede ziektejaar willen behalen en hoe ze dat willen doen.
- Is de werknemer na 20 maanden nog niet volledig aan het werk, dan stelt de werkgever in overleg met de werknemer een re-integratieverslag op. Hierin staan alle afspraken en concrete resultaten van de geplande werkhervatting sinds de ziekmelding. Dit verslag wordt onderdeel van de WIA-aanvraag (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen).
- Als alle inspanningen niet hebben geleid tot volledige terugkeer naar werk, dan ontvangt de werknemer in de 87^e week een WIA-aanvraagformulier van UWV. Dit formulier moet de werknemer binnen drie weken aan UWV terugsturen. Daarna treedt het proces van arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in werking (zie paragraaf 7.3).

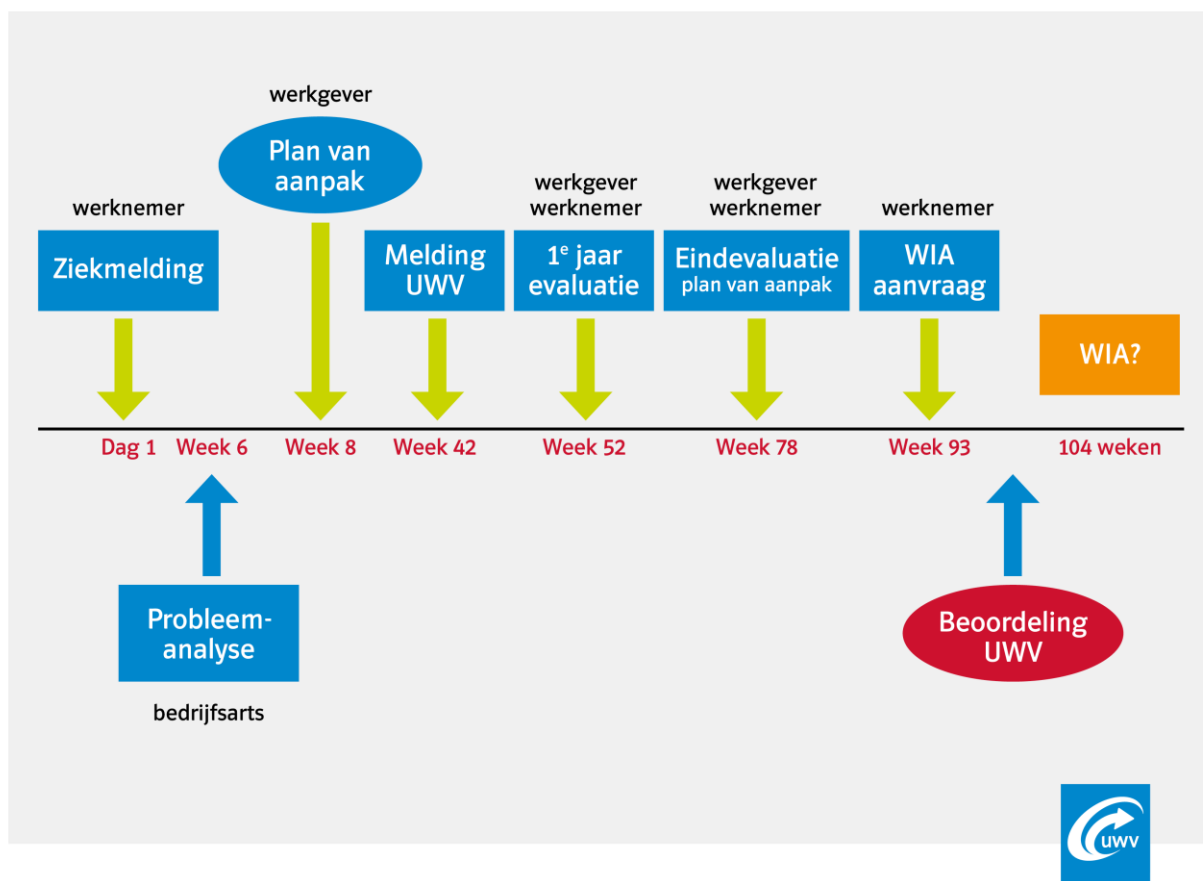
Voor werknemers zijn er een aantal aanvullende verplichtingen. De werknemer is verplicht om:

- de door zijn werkgever aangeboden passende arbeid te verrichten;
- mee te werken aan het opstellen, evalueren en bijstellen van het plan van aanpak;
- redelijke voorschriften van werkgever of van deskundigen die hem of haar begeleiden op te volgen en mee te werken aan maatregelen die gericht zijn om hem of haar weer te laten werken.

¹¹⁴ Zie ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Wet verbetering poortwachter*.

Schematisch ziet het proces er voor een werknemer als volgt uit:

Figuur 7.1 Proces van ziekmelding tot arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor een werknemer



7.2.2. Geen werkgever

Nederland heeft een aparte regeling voor zieke werkenden die geen werkgever hebben die hun loon moet doorbetalen, de Ziektewet. De Ziektewet wordt ook wel een vangnetregeling genoemd. Het recht op een Ziektewet-uitkering ontstaat indien de cliënt op het moment dat hij ziek wordt, verzekerd is voor de Ziektewet. Dat is het geval in onderstaande situaties:

- Indien iemand uitzendkracht is.
- Indien iemand oproepkracht of invalkracht is.
- Indien er sprake is van een fictief dienstverband (bijvoorbeeld voor thuiswerkers en artiesten).
- Indien een arbeidscontract tijdens de ziekte afloopt.
- Indien de ziekte zich binnen vier weken na afloop van het arbeidscontract manifesteert.
- Indien iemand een werkloosheidsuitkering heeft (WW-uitkering).
- Indien iemand vrijwillig verzekerd is voor de Ziektewet.
- Indien iemand doorwerkt nadat de AOW-leeftijd bereikt is.

De Ziektewet-uitkering heeft een maximale duur van twee jaar. De Ziektewet-uitkering stopt eerder indien de cliënt weer kan werken of als de AOW-leeftijd bereikt wordt en de cliënt stopt met werken. Indien er geen sprake is van een werkgever, dan begeleidt UWV de re-integratie. UWV volgt daarbij de richtlijnen uit de Wet verbetering poortwachter.

Na ziekmelding bij UWV moet de cliënt een vragenlijst invullen. De vragenlijst wordt gebruikt voor triage (er wordt een inschatting gemaakt van de prognose). Na de ziekmelding stuurt UWV binnen vier weken een brief naar de cliënt met een beslissing over de toekenning van de Ziektewet-uitkering en de hoogte van de uitkering. Er geldt een uitzondering voor een zieke werkloze met een WW-uitkering. Bij een zieke werkloze geldt namelijk dat in de eerste dertien weken van ziekte de WW-uitkering doorloopt. Na dertien weken ontvangt de cliënt een toekenningsbeschikking. Vanaf dat moment krijgt de cliënt een Ziektewet-uitkering. De Ziektewet-uitkering blijft op hetzelfde niveau als de eerdere WW-uitkering.

Indien er op basis van de vragenlijst een lange ziekte duur verwacht wordt, of als een cliënt met een WW-uitkering langer dan dertien weken ziek is, dan wordt er gestart met de tweedelijnsdienstverlening door UWV. Dit houdt in dat er een probleemanalyse en plan van aanpak worden opgesteld door de verzekeringsarts en re-integratiebegeleider. Voordat de cliënt doorstroomt naar de tweedelijnsdienstverlening vindt er een interdisciplinair overleg plaats waarbij de verzekeringsarts, re-integratiebegeleider en eventueel sociaal-medisch verpleegkundige aanwezig zijn. Tijdens dit

overleg wordt bepaald wat de vervolgstappen zijn, zoals het opstarten van re-integratie via een re-integratiebedrijf, activering, het maken van sollicitatieafspraken of het oproepen voor een spreekuur om te bepalen wat de belastbaarheid is en/of de cliënt mogelijk hersteld is.

De cliënt krijgt na de 42^e ziekte week een uitnodiging voor een eerstejaars Ziektewet-beoordeling. Deze beoordeling start vanaf de 44^e ziekte week. Er vindt een gesprek plaats met de verzekeringsarts, waarin de gezondheid van de cliënt wordt beoordeeld. Indien er benutbare mogelijkheden zijn om te werken volgt daarna een gesprek met een arbeidsdeskundige. Tijdens dit gesprek wordt er beoordeeld wat de theoretische mogelijkheden zijn om te werken en wat daarmee kan worden verdiend. Er wordt getoetst of de cliënt in staat is 65% of meer van het laatstverdiende loon te verdienen (dan stopt de Ziektewet-uitkering) of dat de cliënt hiertoe niet in staat is (dan wordt de Ziektewet-uitkering voortgezet). In de 52^e ziekte week ontvangt de cliënt een brief met de beslissing over of de uitkering wordt beëindigd of ongewijzigd blijft. Na de eerstejaars Ziektewet-beoordeling heeft de cliënt een gesprek met de re-integratiebegeleider of arbeidsdeskundige. Tijdens dit gesprek wordt het plan van aanpak geëvalueerd.

Indien er tijdens het tweede ziektejaar blijkt dat de mogelijkheden om te werken zijn verbeterd, wordt een herbeoordeling door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige uitgevoerd.

Na 88 weken ziekte stuurt UWV een brief naar de cliënt over het aanvragen van een WIA-uitkering. In deze brief is opgenomen dat de cliënt uiterlijk in de 93^e ziekte week een WIA-uitkering moet aanvragen. Daarnaast stelt UWV het re-integratieverslag (RIV) samen, op basis waarvan kan worden beoordeeld of er voldoende re-integratie-inspanningen zijn geweest in het licht van de beperkingen van de cliënt (RIV-toets). Door middel van de RIV-toets wordt vastgesteld of de cliënt in aanmerking komt voor de WIA-uitkering (zie onder 7.3.1.).

Nederland kent op dit moment geen verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. Onder bepaalde voorwaarden kunnen zij zich vrijwillig bij UWV verzekeren of een private verzekering afsluiten.

7.2.3. Jongeren

Nederland kent verschillende regelingen voor personen die voor hun 18^e levensjaar of tijdens hun studie een ziekte of handicap hebben gekregen waardoor er sprake is van een arbeidsbeperking. Indien er duurzaam geen arbeidsvermogen is, komt iemand in aanmerking voor een Wajong-uitkering vanaf de 18^e verjaardag. De Wajong-uitkering kan worden aangevraagd bij UWV. UWV beoordeelt vervolgens het arbeidsvermogen. Als er sprake is van een arbeidsbeperking, maar er is wel arbeidsvermogen, dan valt deze persoon onder de Participatiewet¹¹⁵. Begeleiding bij het zoeken naar een baan wordt dan verzorgd door de gemeente.

7.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Indien het voor een werknemer of cliënt na twee jaar ziekte niet mogelijk is om volledig of gedeeltelijk te werken (en die daardoor niet hetzelfde als voorheen kan verdienen), dan kan een WIA-uitkering worden aangevraagd bij UWV. De WIA bestaat uit twee soorten uitkeringen, de WGA-uitkering (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten) en de IVA-uitkering (Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten). Een WGA-uitkering is van toepassing indien de cliënt gedeeltelijk of volledig arbeidsongeschikt is. Dit houdt in dat de cliënt tussen de 35% en 80% arbeidsongeschikt is, of dat de cliënt volledig arbeidsongeschikt is, maar niet duurzaam. Een IVA-uitkering is van toepassing indien de cliënt voor 80% of meer arbeidsongeschikt is en die arbeidsongeschiktheid ook duurzaam is.

Als al eerder dan na twee jaar ziekte blijkt dat de cliënt volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is, is er een verkorte wachttijd voor de IVA mogelijk. Heeft de cliënt een dienstverband, dan kan de bedrijfsarts op basis van informatie van een medisch specialist besluiten om eerder dan na twee jaar ziekte een IVA-uitkering aan te vragen. Dat kan vanaf 13 weken ziekte tot 78 weken ziekte.¹¹⁶

7.3.1. Beoordeling

Na 88 weken ziekte stuurt UWV een brief naar de cliënt waarin staat dat die een WIA-uitkering kan aanvragen. UWV moet deze WIA-aanvraag uiterlijk in de 93^e ziekte week hebben ontvangen. Na ontvangst van de aanvraag beoordeelt een procesbegeleider of het re-integratieverslag compleet is. Als dit niet zo is, krijgt de werkgever een administratieve loonsanctie. Dit houdt in dat de werkgever verplicht wordt om het loon van de zieke werknemer langer door te betalen. Als het re-integratieverslag gecompleteerd is, dan kan de werkgever verzoeken om bekorting van de loonsanctie. Indien het re-integratieverslag compleet is, beoordelen de arbeidsdeskundige en verzekeringsarts welke re-integratie-inspanningen de cliënt en de werkgever hebben geleverd (toetsing van het re-integratieverslag, oftewel de RIV-toets). Indien er onvoldoende re-integratiewerkzaamheden zijn uitgevoerd, dan kan de loondoorbetalingsverplichting met één jaar worden verlengd. Deze verlenging is bedoeld als prikkel om de werkgever en de cliënt te stimuleren om gemiste re-integratie-inspanningen alsnog te leveren. Zodra dit is gerealiseerd of als blijkt dat re-integratie niet (meer) mogelijk is, dan kan de werkgever een gemotiveerd verzoek indienen om de loonsanctie op te heffen en de WIA-aanvraag weer

¹¹⁵ De Participatiewet is een Nederlandse wet die op 1 januari 2015 is ingegaan met als doel om zoveel mogelijk mensen met arbeidsvermogen naar werk toe te leiden of te ondersteunen bij het werk. De Participatiewet heeft daarnaast tot doel om te zorgen dat iedereen een inkomen heeft, ook mensen die (niet volledig) in staat zijn in het eigen levensonderhoud te voorzien.

¹¹⁶ *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* (2005). Art. 23, lid 6 en art. 66, lid 3. Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0019057/2023-01-01>.

op te pakken. Als uit de beoordeling door de arbeidsdeskundige blijkt dat de re-integratie-inspanningen voldoende zijn, dan wordt de cliënt uitgenodigd voor een spreekuur.

Tijdens het spreekuur beoordeelt de verzekeringsarts de lichamelijke en/of psychische klachten van de cliënt, die worden vastgelegd. Hierbij stelt de verzekeringsarts vast welke mogelijkheden en beperkingen er zijn, er wordt een belastbaarheidsprofiel opgesteld met het invullen van de Functionele mogelijkhedenlijst. Hierbij worden punten gegeven: 0 tot en met 5, waarbij 0 voor volledig gezond en 5 voor volledig beperkt staat. De FML kent zes rubrieken:

- Persoonlijk functioneren
- Sociaal functioneren
- Aanpassingen aan fysieke omgevingseisen
- Dynamische handelingen
- Statische handelingen
- Werktijden

Daarnaast wordt onderzocht of de beperkingen van tijdelijke of blijvende aard zijn. De verzekeringsarts stelt naar aanleiding van dit gesprek een rapportage op.

Een gedeelte van de verzekeringsartsen werkt samen met een medisch secretaresse en/of een sociaal-medisch verpleegkundige. De MS is een niet-medisch, administratief professional die taakondersteunend werkt. De MS neemt taken op zich zoals het samenvatten van dossiers, uitwerken van gedeeltes van de rapportages en het schrijven van brieven. De exacte invulling van het takenpakket wordt in samenspraak opgesteld door de samenwerkende VA en MS.¹¹⁷ Een sociaal-medisch verpleegkundige is een BIG-geregistreerde professional die werkt onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts en een aantal taken (gedeeltelijk) kan overnemen. Bijvoorbeeld het voeren van (een gedeelte van) het spreekuur en de opgehaalde informatie samenvatten.

Als de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er mogelijkheden zijn om te werken, dan nodigt UWV de cliënt uit voor een gesprek met een arbeidsdeskundige. In dit gesprek worden de opleidingen, ervaringen en mogelijkheden voor werk besproken. De arbeidsdeskundige beoordeelt, aan de hand van opleiding, werkervaring en de door de verzekeringsarts vastgestelde mogelijkheden op de FML, welk werk door de cliënt uitgevoerd zou kunnen worden. Dit doet de arbeidsdeskundige met behulp van het digitale CBBS. In het CBBS zit een bestand met beschrijvingen van duizenden functies. Elke functieomschrijving geeft uitgebreide informatie over onder andere de werkomgeving, de taken in de functie, het aantal werkuren, de vereiste opleidingen en werkervaring, en de werkbelasting.¹¹⁸ De arbeidsdeskundige voert het aantal uren in dat de cliënt voorafgaand aan de ziekte werkte. Daarnaast voert de AD het bijbehorende loon, het opleidingsniveau en de opleidingsrichting van de cliënt in. Op basis van de ingevoerde informatie wordt er een geautomatiseerde voorselectie van verschillende functies binnen het CBBS gepresenteerd. De arbeidsdeskundige verricht een handmatige selectie binnen dit aantal functies. Als de arbeidsdeskundige ten minste drie functies geschikt acht, dan worden deze gebruikt voor het vaststellen van het arbeidsongeschiktheidspercentage: de theoretische schatting.

Het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt berekend met een vergelijking van het middelste uurloon van de drie eerste theoretisch geselecteerde functies met het uurloon dat de cliënt voorafgaand aan de ziekte verdiende. Het verschil tussen beide bepaalt het arbeidsongeschiktheidspercentage. Het arbeidsongeschiktheidspercentage bepaalt welke vorm van de WGA-uitkering wordt toegekend:

- AO% = <35%: geen WGA-uitkering (de cliënt kan dan mogelijk een werkloosheidsuitkering aanvragen).
- AO% = 35-80%: gedeeltelijke WGA-uitkering.
- AO% = 80-100%: volledige WGA-uitkering.

Indien de verzekeringsarts vaststelt dat de cliënt nu en in de toekomst niet kan werken, dan vindt er geen gesprek met de arbeidsdeskundige plaats. Er zijn dan geen benutbare arbeidsmogelijkheden en UWV kent dan een IVA-uitkering toe:

- AO% = 80-100% duurzaam: IVA-uitkering.

Het team dat de sociaal-medische beoordeling uitvoert wordt ondersteund door een teamondersteuner. Dit is een niet-medisch professional die ondersteunende administratieve werkzaamheden verricht.

7.3.2. Rapport

De verzekeringsarts maakt na afloop van het gesprek met de cliënt een medisch rapport op voor het medisch dossier. Daarnaast stelt de VA een afgeleid rapport op, zonder medische gegevens, voor de arbeidsdeskundige. Het afgeleide rapport wordt ook naar de cliënt verstuurd. De arbeidsdeskundige maakt een rapport over de beoordeling of de cliënt nog mogelijkheden heeft om te werken. Dit rapport wordt ook naar de cliënt gestuurd.

7.3.3. Beslissing

De procesbegeleider (PB), een administratieve, niet-medisch professional, voert de administratieve beslissing uit. Dit doet de PB op basis van informatie van de verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, informatie over inkomen, dienstverband en eventuele eerdere uitkeringen.

¹¹⁷ Zie Van der Linden (2023).

¹¹⁸ Operationeel arbeidsanalisten vullen de functieomschrijvingen aan en actualiseren ze.

De hoogte van de uitkering hangt af van het soort uitkering. Een IVA-uitkering bedraagt 75% van het laatstverdiende loon voor ziekte. De WGA start met de loongerelateerde uitkering. De duur van de loongerelateerde uitkering is afhankelijk van het arbeidsverleden. De minimale duur is 3 maanden. Elk aanvullend jaar arbeidsverleden boven de 3 jaar leidt tot een maand extra uitkering, tot aan een maximum van 24 maanden. De loongerelateerde uitkering bedraagt de eerste 2 maanden 75% van het laatstverdiende loon. Vanaf de derde maand bedraagt de loongerelateerde uitkering 70% van het laatstverdiende loon. Na de loongerelateerde uitkering volgt een loonaanvullingsuitkering of vervolgutkering.

De cliënt krijgt een loonaanvullingsuitkering indien:

- die maximaal 20% van het oude loon kan verdienen en in de toekomst waarschijnlijk weer meer dan 20% van het oude loon kan verdienen;
- die door ziekte 65% of minder van het oude loon kan verdienen en minstens de helft verdient van wat hij of zij volgens de arbeidsdeskundige kan verdienen.

De hoogte van de loonaanvullingsuitkering wordt berekend op basis van het oude loon, waarbij de inkomsten uit werk worden verrekend.

Na de loongerelateerde uitkering volgt een vervolgutkering indien:

- de cliënt door ziekte of aandoening 20 tot 65% van het oude loon kan verdienen;
- de cliënt minder dan de helft verdient van wat hij of zij volgens de arbeidsdeskundige kan verdienen.

Voor de hoogte van de vervolgutkering wordt uitgegaan van het minimumloon. De hoogte van de vervolgutkering kan daardoor een stuk lager zijn dan de hoogte van de loonaanvullingsuitkering.

7.3.4. Multimorbiditeit

De Functionele mogelijkhedenlijst die de verzekeringsarts hanteert, gaat over de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Voor het invullen van de FML maakt het niet uit of de mogelijkheden en beperkingen voortkomen vanuit één of meerdere diagnoses. In het dossier wordt wel genoteerd welke diagnoses er bij de cliënt gesteld zijn.

7.3.5. Algemene verordening gegevensbescherming

De verwerking van de gezondheidsgegevens door de verzekeringsarts en de medewerkers van UWV vindt plaats op de grondslag dat de verwerking noodzakelijk is ter uitvoering van een wettelijke taak van algemeen belang. Dit geschiedt niet op basis van de grondslagtoestemming.¹¹⁹

Indien de curatieve sector gevraagd wordt om gegevens te leveren die onder het medisch beroepsgeheim vallen, dan geldt hiervoor niet alleen de (U)AVG, de (Nederlandse) Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming, maar ook het medisch beroepsgeheim.¹²⁰ Het medisch beroepsgeheim verbiedt artsen in beginsel gegevens te delen die hen uit hoofde van hun beroep door een patiënt zijn toevertrouwd, tenzij de betrokkene uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven voor de betreffende gegevensdeling.¹²¹ Op grond van toestemming van de cliënt mag de behandelend arts namelijk het medisch beroepsgeheim doorbreken. In bepaalde gevallen wordt er vanuit UWV aanvullende medische informatie opgevraagd. Het proces wordt dan gefaciliteerd door vanuit UWV de cliënt te vragen een formulier te ondertekenen waarmee hij of zij de behandelend arts toestemming geeft om zijn of haar gegevens aan de verzekeringsarts van UWV te verstrekken. Als de cliënt geen toestemming geeft, dan moet de VA de beoordeling zonder aanvullende medische informatie uitvoeren.

Bedrijfsartsen zijn wel wettelijk verplicht om relevante gegevens aan de verzekeringsarts te verstrekken. Hiervoor is geen toestemming van de betrokkene nodig.¹²²

7.4. Na de beslissing

Cliënt en werkgever hebben de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing van UWV niet naar hun zin is. Deze bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen gedaan worden.

7.4.1. Bezwaar en beroep

Indien een cliënt of de werkgever zich niet kan vinden in de beslissing van UWV, dan kunnen ze bezwaar maken. Dit moet de cliënt binnen zes weken na de datum van de beslissingsbrief doen. UWV bekijkt de eerder genomen beslissing dan opnieuw. Dit wordt gedaan door een andere medewerker van UWV dan de medewerker die de oorspronkelijke administratieve beslissing genomen heeft. Als een cliënt bezwaar maakt tegen een medische beslissing, dan kan een nieuw onderzoek door een UWV-arts of een arbeidsdeskundige nodig zijn.

Indien een cliënt het oneens is met de beslissing over het bezwaarschrift, dan kan die in beroep gaan bij de rechtbank. Een rechter zal dan een oordeel geven over de beslissing van UWV.

¹¹⁹ Zie UWV (2020).

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ Art. 88 Wet BIG en art. 7, lid 1 BW.

¹²² Art. 5, lid. 3 Wet SUWI.

7.4.2. Herbeoordeling

Indien er een IVA-uitkering wordt toegekend, dan loopt deze uitkering in principe tot aan de AOW-leeftijd. Als een cliënt met een IVA-uitkering gedurende twaalf maanden inkomsten heeft die meer bedragen dan 20% van het salaris dat verdiend werd voorafgaand aan ziekte, dan zal er een herbeoordeling worden gedaan. Er wordt dan beoordeeld of de IVA-uitkering moet worden beëindigd en of er mogelijk wel recht bestaat op een WGA-uitkering als de cliënt inmiddels niet meer duurzaam maar gedeeltelijk arbeidsongeschikt is.

De duur van een WGA-uitkering varieert. Daarnaast zijn er verschillende soorten WGA-uitkeringen (zie onder 7.3.1). Na de loongerelateerde uitkering volgt, zoals eerder beschreven, een loonaanvullingsuitkering of een vervolguutkering. Een herbeoordeling voor de WGA-uitkering wordt uitgevoerd indien er een indicatie is dat de arbeidsongeschiktheid is toegenomen of afgenomen. Een herbeoordeling kan worden aangevraagd door de cliënt zelf (bijvoorbeeld bij veranderingen in de gezondheid), door de werkgever (bijvoorbeeld als de bedrijfsarts aangeeft dat de mogelijkheden om te re-integreren zijn toegenomen of afgenomen) of door UWV (bijvoorbeeld als een arts eerder heeft vastgesteld dat de cliënt na een bepaalde periode opnieuw beoordeeld moet worden).

8. IJsland



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in IJsland is gebaseerd op deskresearch en twee interviews. Er is een interview gedaan met een uitvoerend directeur van een re-integratie- en beoordelingsbedrijf en een verzekeringsarts van de socialezekerheidsinstantie. Er is een consistentiecheck gedaan door middel van een focusgroep-discussie binnen de socialezekerheidsinstantie. Ook is de uitgewerkte informatie schriftelijk voorgelegd aan de geïnterviewden en zijn schriftelijk enkele aanvullende vragen gesteld.

Context

IJsland heeft een inwonersaantal van 387.758 (januari 2023) en kent een bevolkingsdichtheid van 3,4 personen per km². 94,4% van de bevolking woont in stedelijk gebied. 35% van de inwoners woont in de hoofdstad Reykjavík.¹²³ 91,4% (2019) van de IJslandse werknemers is lid van een vakbond, het hoogste dichtheidspercentage van vakbondslidmaatschap onder werknemers ter wereld.¹²⁴

Voor ziekte en arbeidsongeschiktheid hanteert IJsland een duaal systeem. Er is een nationale basis-arbeidsongeschiktheidsverzekering die alle inwoners (vanaf 3 jaar inwoning) dekt. Deze basis-arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt gefinancierd uit belastinggeld. De hoogte van deze uitkering is afhankelijk van een combinatie van de beoordeelde mate van arbeidsongeschiktheid en inwoningsduur van de cliënt. Een volledige uitbetaling hiervan is gebaseerd op een arbeidsongeschiktheidspercentage van 75% en 40 jaar inwoning. Bij een lagere inwoningsduur wordt er naar rato van inwoningsduur uitgekeerd.¹²⁵ Daarnaast is er een supplementaire werkgerelateerde uitkering voor verzekerde werknemers en zelfstandigen tussen 18 en 62 jaar die voor ten minste 50% arbeidsongeschikt zijn verklaard en als gevolg hiervan te maken hebben met een inkomensdaling.¹²⁶ De aanvraag hiervan wordt gedaan bij het desbetreffende pensioenfonds waaraan verplicht contributie moet worden betaald. De hoogte van deze uitkering hangt af van de hoogte en duur van de contributie van de verzekerde.

Het nationale sociale pensioenstelsel wordt uitgevoerd door de Nationale Sociale Zekerheidsinstantie (Tryggingastofnun), onder toezicht van het ministerie van Welzijn (the Ministry of Social Affairs and Labor Market).¹²⁷ Claimaanvragen van arbeidsongeschiktheid worden ontvangen en verwerkt door de socialezekerheidsinstantie. Binnen deze context is de onderstaande wetgeving relevant:

- Social Security Act (Lög um almannatryggingar) nr. 100/2007
- Regulation 379/1999 concerning disability pension assessments (Reglugerð nr. 379/1999 um örorkumat)¹²⁸

¹²³ Zie Statistics Iceland (2023).

¹²⁴ Zie International Labour Organization (2022).

¹²⁵ Zie Missoc (2022b).

¹²⁶ Ibidem.

¹²⁷ Zie Europese Commissie (2012).

¹²⁸ Zie Rice et al. (2019).

8.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel IJsland in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

Vanaf ongeveer twee jaar ziekte kan een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden aangevraagd. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat alle mogelijke medische en re-integratie-interventies ingezet zijn. De beoordeling vindt plaats op basis van de aandoening die heeft geresulteerd in een verlies van arbeidsvermogen. De Invalidity Assessment Standard (IAS) wordt gehanteerd om het verlies aan arbeidsvermogen te schatten. Indien de drempelwaarde van de IAS bereikt wordt in de beoordeling, dan bedraagt het verlies aan arbeidsvermogen ten minste 75% en wordt een volledige uitkering toegekend. Een gedeeltelijke uitkering kan worden toegekend bij 50% verlies aan arbeidsvermogen. Er is dan sprake van een verlies aan arbeidsvermogen, maar er is niet voldaan aan de IAS-criteria voor een volledige uitkering. De arbeidsongeschiktheidsuitkering kan tijdelijk worden toegekend voor één tot vijf jaar, waarna een herbeoordeling kan plaatsvinden. De arbeidsongeschiktheidsuitkering kan ook permanent worden toegekend.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt doet zelf de aanvraag voor arbeidsongeschiktheid en kan daarbij een zelfrapportagevragenlijst invullen. Deze vragenlijst is gebaseerd op de IAS, die wordt gebruikt als consistentiecheck. Het invullen van de vragenlijst is niet wettelijk verplicht, maar dit gebeurt in de praktijk meestal wel. Daarnaast moet er een medisch certificaat van de behandelend arts worden ingediend waarin de ziektegeschiedenis en een beoordeling over het arbeidsvermogen zijn opgenomen. Ook moeten de cliënt en behandelend arts bevestigen dat alle mogelijke en reële behandelingen, en re-integratie-inspanningen die de arbeidscapaciteit van de cliënt mogelijk kunnen bevorderen, zijn ingezet en uitgevoerd. Hiervoor kunnen de cliënt en de behandelend arts informatie opvragen bij het revalidatieteam dat bij de cliënt betrokken is geweest tijdens de revalidatie-uitkering.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

Een administratief medewerker van Tryggingastofnun beoordeelt of de informatie die nodig is voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling compleet is. De behandelend arts van de cliënt vult een medisch certificaat in. Daarnaast levert de behandelend arts samen met het revalidatieteam informatie aan over de geleverde medische en re-integratie-inspanningen. Als de aangeleverde documenten onduidelijk zijn in relatie tot de IAS-vereisten, dan kan het arbeidsvermogen van de cliënt beoordeeld worden tijdens een fysiek consult door een arts sociale geneeskunde. Dit kunnen artsen zijn met een verschillende specialisatie achtergrond (zoals huisarts of revalidatiearts) die een beoordelingsopleiding gevolgd hebben. De uiteindelijke beslissing over het toekennen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt genomen door de verzekeringsarts van Tryggingastofnun, die een interne training heeft gevolgd in beoordelen volgens de IAS-methode.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (örorkumat) die de arts sociale geneeskunde uitvoert, is gebaseerd op de Invalidity Assessment Standard. Hierin wordt functionele capaciteit gericht op het functioneren in het dagelijks leven beoordeeld. Via de methode moet de cliënt minimaal 15 punten scoren op de fysieke onderdelen of 10 punten op de mentale onderdelen (of een combinatie van 6 punten op het mentale onderdeel en 6 punten op het fysieke onderdeel) om arbeidsongeschikt te worden verklaard. Daarnaast moet de cliënt voldoen aan de criteria voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering. In de beoordeling wordt er geen afwijkende benadering gehanteerd als de cliënt meerdere diagnoses heeft, maar over het algemeen wordt aangenomen dat de eerste diagnose in het medisch certificaat de belangrijkste oorzaak is voor het verlies aan arbeidsvermogen en dat andere diagnoses daaraan kunnen bijdragen.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

IJsland is geen EU-lidstaat, maar bevindt zich wel in de Europese Economische Ruimte en moet daarom de AVG volgen. Op het vlak van medische dataoverdracht is er een strikte hantering van gegevensbescherming. Via een medisch certificaat wordt medische informatie over de cliënt gedeeld. Hiervoor is toestemming van de cliënt nodig. Indien de arts sociale geneeskunde aanvullende medische informatie nodig heeft om tot een goed oordeel te komen, dan moet dit in de meeste gevallen via de cliënt verlopen. De cliënt moet schriftelijk toestemming geven voordat aanvullende medische informatie opgevraagd mag worden.

Bijzonderheden

- In IJsland gaan er stemmen op om de huidige beoordelingsmethode te herzien richting een werkgerelateerde arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gebaseerd op de ICF-classificaties.
- IJsland hanteert revalidatie als arbeidsongeschiktheidsvoorwaarde. Dit criterium bepaalt dat alle redelijke mogelijkheden moeten zijn ingezet om het arbeidsvermogen van de cliënt te verbeteren voordat de cliënt in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- De werkgever is in IJsland niet verantwoordelijk voor re-integratie van een zieke werknemer.

8.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

Als een werknemer in IJsland ziek wordt, dan moet hij of zij fysiek een behandelend arts bezoeken. Meestal is dit een huisarts. De arts stelt vervolgens een digitaal gestandaardiseerd medisch certificaat op dat vervolgens aan de werkgever getoond kan worden.¹²⁹ De werkgever betaalt het salaris van de werknemer door tot een periode van minimaal twee weken tot twaalf tot achttien maanden. De duur en de hoogte van de uitkering hangt af van hoelang de werknemer aan het werk is geweest en welke contractuele afspraken er zijn gemaakt met de werkgever (in de meeste gevallen wordt er 100% van het laatst verdiende loon doorbetaald tijdens deze periode). Na deze periode verzorgen de vakbonden de ziekte-uitkering via een 'ziektedfonds'. Indien een werknemer in ieder geval zes maanden contributie aan de vakbond heeft betaald, dan keert deze bond voor een periode van zes tot twaalf maanden een ziekte-uitkering uit (dit bedraagt 80% van het laatstverdiende loon).

8.2.1. Rehabilitatie-uitkering

Indien er na deze periode nog geen sprake is van terugkeer naar het werk, dan is er een mogelijkheid om een rehabilitatie-uitkering aan te vragen. Ook werklozen en zelfstandigen kunnen aanspraak maken op deze uitkering vanaf het moment dat zij ziek worden. Deze universele uitkering is bedoeld voor personen tussen 18 en 66 jaar die niet kunnen werken door ziekte of gebrek en nog wel de intentie hebben om terug te keren naar de arbeidsmarkt.¹³⁰ De beoordeling hiervoor wordt aangevraagd door de cliënt in samenspraak met de behandelend arts. De rehabilitatie-uitkering wordt in eerste instantie meestal toegekend voor zes tot twaalf maanden, maar dit kan onder bepaalde omstandigheden meermaals worden verlengd tot maximaal vijf jaar (2023)¹³¹. Verlenging vindt enkel plaats als de prognose is dat de situatie van de cliënt binnen de periode van de verlenging zal verbeteren. Als de behandelend arts in een medisch certificaat aangeeft dat de situatie van de cliënt hetzelfde is gebleven of is verslechterd, dan wordt de uitkering verlengd zonder uitgebreide beoordeling. Dit gebeurt wel in samenspraak met de behandelend arts en het rehabilitatieteam. De huisarts (en soms een andere behandelend arts) vraagt de rehabilitatie-uitkering aan. Afhankelijk van de beperkingen stelt de huisarts of een interdisciplinair rehabilitatieteam een rehabilitatieplan op. Dit rehabilitatieteam kan een revalidatiearts, psycholoog en een fysiotherapeut bevatten. Als er een indicatie is voor interventies ten aanzien van werkgerelateerde re-integratie, dan wordt het plan opgesteld door het interdisciplinaire rehabilitatieteam. Als er een indicatie is voor medische revalidatie, dan wordt het plan opgesteld door de huisarts. Het rehabilitatieplan kan een gecombineerd plan zijn, zowel werkgerelateerde als medische interventies kunnen aan bod komen, afhankelijk van de situatie en mogelijkheden van de cliënt.

Het rehabilitatieplan wordt vervolgens opgestuurd naar Tryggingastofnun, waar de administratieve beoordeling van de rehabilitatie-uitkering wordt uitgevoerd. Deze wordt gedaan door een team dat hoofdzakelijk uit maatschappelijk werkers bestaat, maar ook fysiotherapeuten, ergotherapeuten of psychologen kunnen deel uitmaken van dit team. Het rehabilitatieplan wordt nagekeken, samen met het medische certificaat van de behandelend arts en informatie over eerdere uitkeringen (zo moet de uitkering vanuit de werkgever en vakbond volledig zijn benut). Als het team twijfelt over een casus, dan kan er advies van een specialist worden ingewonnen. Bij een positieve beoordeling ontvangt de cliënt de uitkering. Momenteel wordt slechts 5% van de aanvragen voor een rehabilitatie-uitkering afgewezen.

Van de cliënt wordt verwacht dat hij of zij in ten minste 80% van de in het rehabilitatieplan voorgestelde activiteiten participeert. Indien de cliënt onvoldoende participeert, dan moet de persoon die de regie voert over de rehabilitatie deze informatie doorzetten naar Tryggingastofnun en wordt de uitkering stopgezet. Het rehabilitatieteam is verantwoordelijk voor de uitvoering van het rehabilitatieplan en het toezicht hierop. De leeftijd van de cliënt speelt mee in welke mate er wordt ingezet op rehabilitatie. Bij jongere cliënten wordt er een sterke nadruk gelegd op rehabilitatie, bij cliënten die ouder zijn dan 60 jaar is dit minder.

Als een cliënt gediagnostiseerd is met ernstige, ongeneeslijke aandoening of ziekte, dan kan hij of zij direct een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aanvragen in overleg met de behandelend arts. Een voorafgaand rehabilitatietraject is in dit geval niet nodig. Dit hangt mede af van de prognose.

8.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Een persoon van tussen de 18 en 66 jaar die door een ziekte, ongeluk of beperking een verminderde arbeidscapaciteit heeft, kan in IJsland voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking komen als alle uitkeringsrechten bij de werkgever en/of vakbond zijn benut. Indien iemand die arbeidsongeschikt is naar IJsland verhuist, dan komt diegene vanaf één jaar inwoningsduur in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Indien iemand naar IJsland verhuist en geen arbeidsbeperking heeft, dan treedt dit recht in werking vanaf zes maanden inwoningsduur. De beoordeling van aanvragen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt door Tryggingastofnun georganiseerd.¹³² Deze arbeidsongeschiktheidsuitkering is een basispensioen dat kan worden aangevuld met andere toeslagen (een werkgerelateerd pensioen en een leeftijdssupplement).¹³³

¹²⁹ Zie Missoc (2022a).

¹³⁰ Zie Tryggingastofnun, *Rehabilitation*.

¹³¹ De mogelijke verlenging tot 5 jaar is ingevoerd per januari 2023, verlenging was eerder mogelijk tot 36 maanden.

¹³² Zie Tryggingastofnun ríkisins, *Disability*.

¹³³ Ibidem.

8.3.1. Beoordeling

Het is voor de cliënt enkel mogelijk om een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan te vragen in samenspraak met de behandelend arts. De informatie die voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling nodig is, staat in box 8.1:

Box 8.1 Informatie nodig voor beoordeling arbeidsongeschiktheid

- Een compleet digitaal (gestandaardiseerd) medisch certificaat van de behandelend arts met een aantal vaste elementen:
 - Medische diagnoses.
 - Algemene medische historie van de cliënt (een medicatieoverzicht en daarnaast ook specifieke aspecten die arbeidsparticipatie belemmeren).
 - Een beschrijving van fysieke beperkingen van de cliënt.
 - Expertopinie over de mate van arbeidsongeschiktheid van de cliënt (volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt).
 - Verwachte duur/prognose van de arbeidsongeschiktheid van de cliënt.
 - Een overzicht van rehabilitatieactiviteiten en of de arts verwacht dat de beperking nog zou kunnen verbeteren in de tijd, of met meer rehabilitatie.
- Een positief antwoord op de vraag of alle mogelijke en reële behandelingen en re-integratie-inspanningen die de arbeidscapaciteit van de cliënt mogelijk kunnen bevorderen, zijn ingezet en uitgevoerd. Indien dit niet het geval is, dan kan er geen arbeidsongeschiktheidsbeoordeling plaatsvinden. Informatie over uitgevoerde rehabilitatie- en re-integratieactiviteiten worden aangeleverd door de behandelend arts. Deze kan hierover advies inwinnen bij het revalidatieteam.
- Zelfrapportagevragenlijst die door de cliënt is ingevuld. Gebruik van deze vragenlijst is niet wettelijk vastgelegd, maar wordt in de praktijk ingezet als consistentiecontrole. Deze vragenlijst gebaseerd op de IAS-methode is voor de cliënt beschikbaar op de website van Tryggingastofnun, direct en als Word-bestand.¹³⁴

Als alle informatie compleet wordt geacht en er geen verdere rehabilitatie-inspanningen mogelijk zijn om de arbeidscapaciteit van de cliënt te verhogen, dan kan de cliënt worden uitgenodigd op het spreekuur bij een arts sociale geneeskunde op het socialezekerheidskantoor. Deze arts kan verschillende specialisatieachtergronden hebben, maar doorgaans is dit een revalidatiearts of huisarts. Deze artsen werken op contractbasis met de socialezekerheidsinstelling en hebben een specifieke beoordelingsopleiding gevolgd. De cliënt mag iemand meenemen naar dit spreekuur.

De kwaliteit van de medische certificaten van behandelend artsen varieert. Als er onduidelijkheden zijn over een medisch certificaat, dan kan de beoordelend arts met toestemming van de cliënt contact opnemen met de desbetreffende behandelend arts. Dit wordt in de praktijk echter weinig gedaan. Communicatie tussen de beoordelend arts en de curatieve sector verloopt meestal via de cliënt.

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling die de arts sociale geneeskunde uitvoert, is gebaseerd op de Invalidity Assessment Standard¹³⁵. Hierin wordt functionele capaciteit gericht op het functioneren in het dagelijks leven beoordeeld. Dit is niet gericht op werksituaties.¹³⁶ Deze beoordelingsmethode is in 1999 in IJsland geïmplementeerd. Om in aanmerking te komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet de cliënt hierbij minimaal 15 punten scoren op de fysieke onderdelen, of 10 punten op de mentale onderdelen, of een combinatie van 6 punten op het mentale onderdeel en 6 punten op het fysieke onderdeel. Als de cliënt ten minste voor 75% arbeidsongeschikt wordt verklaard, heeft hij of zij recht op een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering (örorkulífeyrir). Indien de cliënt minder IAS-punten scoort, dan kan er wel een gedeeltelijke uitkering (örorkustyrkur) worden toegekend bij een arbeidsongeschiktheidspercentage vanaf 50%. De hoogte van een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering bedraagt 15-20% van de volledige uitkering en is hiermee voor de cliënt onvoldoende om volledig in het levensonderhoud te voorzien.

In IJsland gaan er stemmen op om deze methode te herzien richting een werkgerelateerde of een op de ICF gebaseerde beoordeling. Hier wordt over gesproken omdat de wens er ligt om een betere vertaalslag te kunnen maken van aandoening naar functioneren op het werk.

8.3.2. Rapport

De geïnterviewden schatten in dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gemiddeld twee uur duurt, waarna er nog een rapport wordt opgesteld. Het rapport wordt opgesteld door de arts sociale geneeskunde en bevat de eerdergenoemde puntenlijst. De arts sociale geneeskunde motiveert de antwoorden die hij of zij bij de verschillende items zet. Deze motivatie is vaak uitgebreider als zijn of haar mening over het desbetreffende item verschilt van de mening van de cliënt of huisarts. Ten slotte concludeert de arts sociale geneeskunde of er aan de IAS-vereisten is voldaan en er een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend.

¹³⁴ Zie Rice et al. (2019).

¹³⁵ Dit is een gestandaardiseerde vragenlijst die initieel gebaseerd is op de Personal Capability Assessment die tot 2008 in het Verenigd Koninkrijk werd gebruikt voor de AO-beoordeling.

¹³⁶ Zie Rice et al. (2019).

8.3.3. Beslissing

Na de beoordeling volgt de administratieve beslissing. De beslissing wordt genomen door wat ze in IJsland de verzekeringsarts noemen binnen het Tryggingastofnun. De verzekeringsarts is een arts die een interne training binnen Tryggingastofnun heeft doorlopen. Doorgaans volgt deze verzekeringsarts de conclusie van de arts sociale geneeskunde. Hier kan echter van worden afgeweken op basis van de aanwezige documentatie. Bij twijfel vindt er een intern overleg plaats tussen de verzekeringsartsen die zijn opgeleid een beslissing te nemen. Er zijn drie mogelijke besluiten: geen arbeidsongeschiktheidsuitkering, een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering of een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Ook wordt er een beslissing gemaakt over de duur van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Dit beslissingsproces wordt gemiddeld afgerond binnen veertien weken.¹³⁷

Het is ook mogelijk dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend zonder beoordeling als er sprake is van een 'overduidelijk ernstige' aandoening of beperking die werken nu en in de toekomst onmogelijk maakt. De cliënt wordt dan ook niet door de arts sociale geneeskunde gevraagd om op het spreekuur te komen.

Het is toegestaan om naast de arbeidsongeschiktheidsuitkering te werken tot de hoogte van 2.575.220 IJslandse kronen, dat is bijna € 17.000, per jaar.¹³⁸

8.3.4. Multimorbiditeit

Zoals eerder gezegd is de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling die de arts sociale geneeskunde uitvoert gebaseerd op de Invalidity Assessment Standard. Hierin wordt functionele capaciteit gericht op het functioneren in het dagelijks leven beoordeeld. De beoordeling kan met dit systeem uitgevoerd worden voor zowel één diagnose als meerdere diagnoses, omdat de uiteindelijke beoordeling berust op het totaal aantal punten dat nodig is om in aanmerking te komen voor een uitkering. In de beoordeling wordt er geen afwijkende benadering gehanteerd als de cliënt meerdere diagnoses heeft, maar over het algemeen wordt aangenomen dat de eerste diagnose in het medisch certificaat de belangrijkste oorzaak is voor het verlies aan arbeidsvermogen en dan andere diagnoses daaraan kunnen bijdragen.

8.3.5. Algemene verordening gegevensbescherming

IJsland is geen EU-lidstaat, maar bevindt zich wel in de Europese Economische Ruimte en moet daarom de AVG volgen. Op het vlak van medische dataoverdracht is er een strikte hantering van gegevensbescherming. Via een medisch certificaat wordt medische informatie over de cliënt gedeeld. Hiervoor is toestemming van de cliënt nodig. Indien de arts sociale geneeskunde aanvullende medische informatie nodig heeft om tot een goed oordeel te komen, dan moet dit in de meeste gevallen via de cliënt verlopen. De cliënt moet schriftelijk toestemming geven voordat aanvullende medische informatie opgevraagd mag worden.

8.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Deze bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen gedaan worden.

8.4.1. Bezwaar en beroep

Indien de cliënt zich niet kan vinden in de beslissing, dan kan deze in bezwaar gaan. Mocht de cliënt vervolgens ontevreden zijn over deze uitslag, kan hij of zij in beroep gaan. Dit kan bij een onafhankelijke commissie buiten het socialezekerheidskantoor (úrskurðarnefnd velferðarmála). Deze instelling stelt een rapport op. Hierin wordt ofwel de beslissing van het socialezekerheidskantoor bevestigd, ofwel aangegeven dat de beslissing heroverwogen moet worden. De hoofdreden voor beroepszaken is dat de cliënt het oneens is met een afwijzing van de volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het socialezekerheidskantoor krijgt gelijk in ongeveer 76% van de bezwaren.

8.4.2. Herbeoordeling

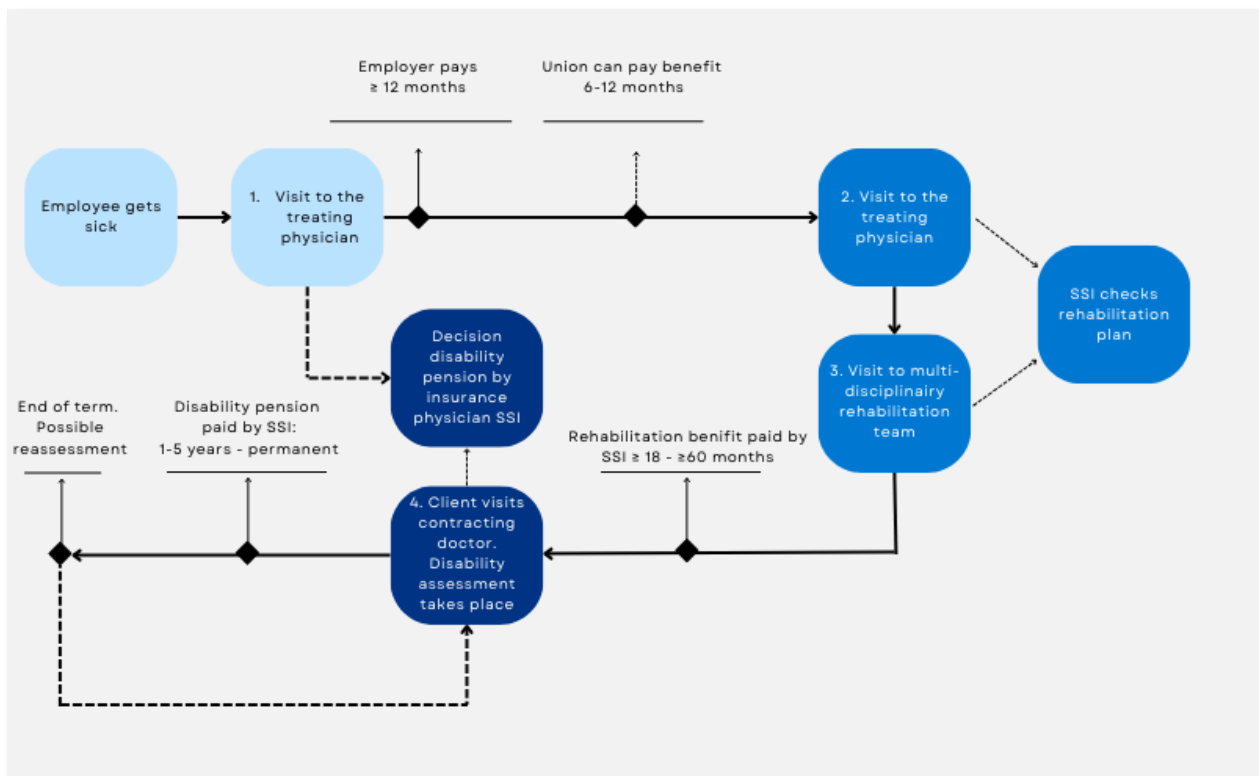
Als een arbeidsongeschiktheidsuitkering is toegekend, dan kan dit tijdelijk zijn voor een periode van één tot vijf jaar of er kan een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend. Indien de uitkering voor een gelimiteerde duur is toegekend, dan wordt er na de desbetreffende termijn een herbeoordeling uitgevoerd. Dit proces wordt gemiddeld binnen zes weken afgerond. De meeste cliënten blijven in de arbeidsongeschiktheidsuitkering die ze is toegekend (ongeveer 90%). Het is echter mogelijk om een nieuwe aanvraag te doen voor rehabilitatieondersteuning.

In figuur 8.1 staat een overzicht van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in IJsland met hierin de momenten waarop de cliënt en de professional elkaar ontmoeten en welke instantie de uitkering uitkeert.

¹³⁷ Zie Tryggingastofnun ríkisins, *Disability*.

¹³⁸ Zie Missoc (2022b).

Figuur 8.1 Schematisch overzicht arbeidsongeschiktheidsstelsel IJsland



9. Zweden



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Zweden is gebaseerd op deskresearch, een ingevulde vragenlijst en twee interviews. Er is een interview gevoerd met een onderzoeker van Karolinska Institutet. Bij het tweede interview waren twee beleidsadviseurs en een verzekeringsarts van de socialezekerheidsinstantie aanwezig. Er is een consistentiecheck gedaan door de uitgewerkte informatie schriftelijk voor te leggen aan de geïnterviewden. Ook zijn er schriftelijk nog enkele aanvullende vragen gesteld.

Context

Zweden heeft een inwonersaantal van 10,5 miljoen (januari 2023) en kent een bevolkingsdichtheid van 25 personen per km². 88,2% van de bevolking woont in stedelijk gebied. Het grootste deel van de bevolking woont in twee van de drie regio's van Zweden: in Götaland (zuiden) en Svealand (midden). In de derde regio Norrland, geografisch het grootste gebied in Zweden (59% van de totale oppervlakte), woont slechts 12% van de bevolking.¹³⁹

Regelingen in Zweden richten zich op armoedebestrijding en activering van uitkeringsgerechtigden. De socialezekerheidsinstantie (*Försäkringskassan*) voert de regelingen en sociaal-medische beoordelingen voor ziekte en arbeidsongeschiktheid uit. *Försäkringskassan* valt onder de afdeling *Sociale Verzekering* van het ministerie van Sociale Zaken (*Området Socialförsäkringar, Socialdepartementet*).¹⁴⁰ Voor cliënten met een laag inkomen is er een door algemene belasting gefinancierde verzekering voor arbeidsongeschiktheid, gebaseerd op inwoningsduur. De hoogte van de uitkering is gebaseerd op een (gedeelte van een) vast bedrag. Daarnaast is er een op premies gebaseerde arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers en zelfstandigen. De uitkering hiervan is gerelateerd aan inkomen.¹⁴¹

¹³⁹ Zie Statistikmyndigheten (2023).

¹⁴⁰ Zie Drijvers et al. (2021).

¹⁴¹ Zie Missoc (2022a).

9.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Zweden in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

Vanaf één jaar ziekte kan een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden aangevraagd. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat alle mogelijke medische en re-integratie-interventies ingezet zijn. De beoordeling vindt plaats op basis van het verlies aan arbeidsvermogen. Vanaf 25% arbeidsongeschiktheid kan een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend. Een herbeoordeling vindt alleen plaats als er veranderingen zijn opgetreden in de situatie van de cliënt.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt doet zelf de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In het aanvraagformulier zijn vragen opgenomen die gaan over de gezondheid, beperkingen en mogelijkheden van de cliënt. Verder moet er een medisch certificaat van de behandelend arts worden ingediend. Het medisch certificaat vormt de basis van de beoordeling. Na het aanleveren van een ingevuld aanvraagformulier en het medisch certificaat heeft de cliënt voorafgaand aan de beoordeling een telefonisch gesprek met een medewerker van de socialezekerheidsinstantie, Försäkringskassan.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

Indien er sprake is van langdurig verzuim, dan coördineert een academisch geschoolde medewerker van Försäkringskassan de processtappen (dit is een niet-medisch professional). Bij een claimbeoordeling vormt het medisch certificaat van de behandelend arts (meestal de huisarts) de basis. De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt gedaan door dezelfde niet-medisch professional van Försäkringskassan. De uiteindelijke beslissing wordt genomen door een beslissingsbevoegde medewerker, die een niet-medisch professional is. Dit wordt beschouwd als een senior positie. In totaal zijn er daarmee ten minste twee medewerkers vanuit Försäkringskassan betrokken tijdens het proces; één medewerker tijdens de verzuimperiode/ziekteregeling en de beoordeling op arbeidsongeschiktheid, en één beslissingsbevoegde medewerker. De verzekeringsarts wordt op aanvraag betrokken als er vragen of onduidelijkheden zijn voor de beoordelende medewerkers van Försäkringskassan. De medewerkers blijven verantwoordelijk voor de beoordeling. De verzekeringsarts ziet of spreekt zelf geen cliënten.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

Als er sprake is van multimorbiditeit, dan maakt dat geen verschil voor de arbeidsgeschiktheidsbeoordeling. De medewerker beoordeelt de mate van arbeidsongeschiktheid aan de hand van het ICF-model. Hierbij kijkt de medewerker naar de diagnose(s), de functionele beperkingen, beperkingen in het dagelijks leven en mogelijkheden om te werken.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

(Aanvullende) medische informatie wordt meestal toegezonden door de cliënt. Dit kan op verschillende manieren aangeleverd worden: per post, telefonisch of via een beveiligd digitaal systeem. Indien er telefonisch informatie wordt verstrekt, dan wordt dit gedocumenteerd door de medewerker van Försäkringskassan. De behandelend arts kan ook medische informatie sturen via een beveiligd online systeem indien de cliënt daar toestemming toe geeft.

Bijzonderheden

- In Zweden is iedereen verzekerd voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, ongeacht of je werkt, niet werkt, of nooit gewerkt hebt.
- Het vertrouwen in het medisch certificaat van de behandelend arts vormt de basis van de beoordeling op arbeidsongeschiktheid.
- Sociale of economische omstandigheden, opleiding, werkervaring en leeftijd worden niet meegenomen bij de beoordeling op arbeidsongeschiktheid.
- De arts sociale geneeskunde is medisch specialist en heeft een adviserende rol. Meestal werkt deze arts gedeeltelijk bij Försäkringskassan en gedeeltelijk in de curatieve sector (als medisch specialist).
- Voor cliënten die voor hun dertigste jaar een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen, is dit in de meeste gevallen in de vorm van een activeringsuitkering.

9.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

We bespreken in de volgende subparagrafen de situatie van werknemers, zelfstandigen en werkzoekenden die ziek worden, en wat er gebeurt na een jaar ziekte.

9.2.1. Werknemers

Als een werknemer in Zweden ziek wordt, worden de eerste veertien dagen van het verzuim betaald door de werkgever (sjuklön, ziekgeld). Hiervoor moet de werknemer op de eerste verzuimdag de werkgever inlichten. Binnen acht dagen moet de behandelend arts (meestal de huisarts) een medisch certificaat opstellen. Dit certificaat wordt, via een digitaal formulier, ingediend bij de socialezekerheidsinstantie (Försäkringskassan). In het certificaat worden diverse aspecten beschreven: de diagnose, functionele beperkingen, waarom het werken niet mogelijk is, een prognose en advies over aanpassingen die terugkeer naar werk kunnen bevorderen.

Vanaf veertien dagen ziekte ontvangt de werknemer een uitkering via de ziekte-uitkering (sjukpenning). Hiervoor geeft de werkgever aan Försäkringskassan door dat er sprake is van ziekteverzuim. De cliënt vraagt vervolgens zelf de ziekte-uitkering aan.

De huisarts begeleidt de werknemer tijdens de periode waarin werken niet mogelijk is. De huisarts begeleidt zowel in de medische behandeling, als in de interventies gericht op re-integratie. Als er sprake is van langdurig verzuim, wordt ook een medewerker vanuit Försäkringskassan betrokken. Er is geen specifiek moment waarop Försäkringskassan betrokken wordt. Dit hangt af van de verwachting op terugkeer naar werk en of er verwacht wordt dat de cliënt revalidatie en re-integratie nodig heeft. De medewerker is meestal academisch, maar niet medisch, opgeleid en heeft een specifieke training gevolgd binnen de socialezekerheidsinstantie (Försäkringskassan). Deze medewerker is verantwoordelijk voor het coördineren van de procesmatige stappen. Ook verzamelt de medewerker de benodigde informatie tijdens het verzuimproces.

Indien verwacht wordt dat de werknemer langer dan zestig dagen zal verzuimen, dan is de werkgever verplicht een re-integratieplan op te stellen. Het plan moet worden opgesteld wanneer de werknemer dertig dagen verzuimt. Als het onzeker is of de cliënt zal terugkeren naar werk, dan moet het re-integratieplan ook opgesteld worden. Hierbij kan de werkgever ondersteuning krijgen vanuit een arbeidsgeneeskundige dienst. Dit is echter niet verplicht. De arbeidsgeneeskundige dienst is een onafhankelijke organisatie die de werkgever kan inhuren. Voor het opstellen van het re-integratieplan moet de werkgever samengewerkt met de behandelend arts en de medewerker die het beoordelingsproces coördineert.

Tijdens de eerste 90 dagen verzuim wordt gekeken of de werknemer kan werken in zijn eigen baan. Vanaf dag 91 wordt er ook bekeken of de werknemer bij dezelfde werkgever kan werken, maar in een andere functie. Vanaf dag 181 wordt gekeken of de werknemer kan werken in elke beschikbare baan op de reguliere arbeidsmarkt. Om dit te onderzoeken wordt een 'knowledge base' gehanteerd. In de knowledge base zijn allerlei beroepen opgenomen en wordt beschreven welke vereisten nodig zijn om een specifiek beroep te kunnen uitoefenen. De knowledge base ondersteunt de medewerker in de beoordeling van functionele mogelijkheden en beperkingen in relatie tot bestaande beroepen.

De beoordelingen in de verzuimperiode worden verricht door de medewerker van Försäkringskassan. De medewerker beoordeelt daarvoor alle documentatie afkomstig van de behandelend arts. Indien er vragen of onduidelijkheden zijn, dan kan de medewerker deze voorleggen aan de arts sociale geneeskunde. Dit is een medisch specialist (bijvoorbeeld huisarts, revalidatiearts of reumatoloog) die een interne training heeft gevolgd op het gebied van verzekeringsgeneeskunde. Försäkringskassan verzorgt de training, die ongeveer drie maanden duurt. Tijdens het eerste jaar als arts sociale geneeskunde is er extra begeleiding. Vaak werkt de arts sociale geneeskunde ook nog deels als medisch specialist.

Het is mogelijk de ziekte-uitkering gedeeltelijk of volledig toe te kennen, namelijk op basis van 25%, 50%, 75% of 100% verlies van arbeidsvermogen. Dit gebeurt op basis van het medisch certificaat en het gesprek met de cliënt. De behandelend arts moet aangeven in welke mate het arbeidsvermogen van de cliënt is verminderd. In het aanvraagformulier moet ook worden aangegeven hoeveel uren de cliënt voorheen werkte en hoeveel de cliënt van plan is te werken tijdens de ziekte-uitkering.

9.2.2. Zelfstandigen

Ook zelfstandigen komen in aanmerking voor een sjukpenning. De huisarts begeleidt de zelfstandigen, zowel bij medische behandeling, als bij re-integratie. Voor zelfstandigen geldt dat tijdens de eerste 180 dagen verzuim wordt gekeken of zij kunnen werken in hun eigen baan. Vanaf dag 181 wordt gekeken of de zelfstandige kan werken in elke beschikbare baan op de arbeidsmarkt.

9.2.3. Werkzoekenden

Ook werkzoekenden komen in aanmerking voor een sjukpenning. De huisarts begeleidt de werkzoekenden, zowel op revalidatievlak als op het gebied van re-integratie. Voor werkzoekenden geldt dat tijdens de gehele verzuimperiode wordt gekeken of zij kunnen werken in elke beschikbare baan op de gehele arbeidsmarkt.

9.2.4. Na een jaar

Indien het verzuim langer dan 364 dagen duurt, dan kan een verlengde ziekte-uitkering worden aangevraagd (sjukpenning på fortsättningsnivå). Als dit wordt toegekend, wordt de uitkering lager (ongeveer 75% van het laatstverdiende loon). De medewerker van Försäkringskassan beoordeelt of verlenging kan worden toegezegd op basis van de verslaglegging van de huisarts. De regie wat betreft de medische behandeling en re-integratie-interventies blijft bij de huisarts liggen.

Op indicatie kan er een aanvullend medisch onderzoek worden gedaan. Dit is altijd op aanvraag vanuit Försäkringskassan en wordt uitgevoerd door de regionale overheden. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een arts, aangevuld met een psycholoog, fysiotherapeut of ergotherapeut, indien geïndiceerd. Het aanvullend medisch onderzoek wordt meestal ingezet als er sprake is van langdurige uitval. Meestal vindt dit plaats tijdens de periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid.

9.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Zweden kent twee vormen van een uitkering voor arbeidsongeschiktheid: de activeringsuitkering (aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga) en de arbeidsongeschiktheidsuitkering (sjukersättning).

9.3.1. Activeringsuitkering

De activeringsuitkering (aktivitetsersättning) is bestemd voor cliënten onder de 30 jaar, die voor een minimale duur van één jaar niet volledig kunnen werken door hun aandoening, handicap of beperking. De activeringsuitkering kan worden toegekend vanaf een leeftijd van 19 jaar, voor een periode van één tot drie jaar per toekenning. De cliënt doet zelf de claimaanvraag. Indien de cliënt gebruikmaakt van de voorafgaande ziekte-uitkering, dan kan de socialezekerheidsinstantie deze uitkering ook zelfstandig omzetten in een activeringsuitkering. Indien de cliënt zelf aanspraak wil maken op de activeringsuitkering, dan moet hij of zij zelf demografische gegevens aanleveren (zoals leeftijd en woonplaats). Daarnaast is een medisch certificaat nodig van de behandelend arts. In het certificaat moeten de diagnose, de beperkingen, de prognose en geplande medische behandelingen worden opgenomen.

9.3.2. Arbeidsongeschiktheidsuitkering

De arbeidsongeschiktheidsuitkering (sjukersättning) is bestemd voor cliënten die waarschijnlijk nooit meer volledig kunnen werken door hun aandoening, handicap of beperking. De cliënt vult op het aanvraagformulier vragen in over zijn of haar gezondheid, moeilijkheden en mogelijkheden voor werk. Bij een claimaanvraag voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering is een uitgebreider medisch certificaat nodig. Hierin staat de diagnose, de functionele beperkingen, welke activiteiten niet meer mogelijk zijn, de mogelijkheden om nog te werken en de prognose. Een voorwaarde voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering is dat alle mogelijke medische en re-integratie-interventies benut zijn. Dit wordt beoordeeld door een niet-medisch professional op basis van het medisch certificaat, het gesprek met de cliënt en eventueel aanvullende informatie. Als er sprake is van een lopend of gepland behandeltraject dat het arbeidsvermogen kan verbeteren, dan komt de cliënt niet in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De ziekte-uitkering kan vervolgens wel verlengd worden. Er is geen maximumduur verbonden aan de ziekte-uitkering.

9.3.3. Beoordeling

De claimaanvraag wordt beoordeeld door een medewerker van Försäkringskassan. Het betreft een andere medewerker dan degene die verantwoordelijk was voor de coördinatie tijdens de verzuimperiode en ziekteregeling, indien daar sprake van was. De medewerker die de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid doet, is academisch, maar niet medisch opgeleid. Indien de medewerker vragen heeft of als er sprake is van onduidelijkheden, dan kan de arts sociale geneeskunde worden geconsulteerd. De verantwoordelijkheid van de beoordeling ligt echter bij deze beoordelende niet-medisch professional.

Het medisch certificaat van de behandelend arts en het gesprek met de cliënt vormen de basis van de beoordeling, zowel bij de arbeidsongeschiktheidsuitkering als de activeringsuitkering. Sociale of economische omstandigheden, opleiding, werkervaring en leeftijd worden niet meegenomen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Het medisch certificaat bevat de onderdelen benoemd in box 9.1.

Box 9.1 Onderdelen medisch certificaat

- Bij claimaanvraag activeringsuitkering:
 - Naam cliënt, Zweeds burgerservicenummer
 - Naam behandelend arts en handtekening arts
 - Datum medisch certificaat en naam van het gezondheidscentrum/ziekenhuis
 - Diagnose en diagnosecode
 - Beschrijving functionele beperkingen
 - Beschrijving beperkingen in het dagelijks leven
 - Verklaring dat de beperking in ieder geval een jaar zal duren
 - Verklaring dat de diagnose gesteld is voor de pensioenleeftijd
 - Prognose
 - Medische behandeling
 - Beschrijving mogelijkheden om re-integratie te bevorderen
- Bij claimaanvraag arbeidsongeschiktheidsuitkering:
 - Naam cliënt, Zweeds burgerservice nummer
 - Naam behandelend arts en handtekening arts
 - Datum medisch certificaat en naam van het gezondheidscentrum/ziekenhuis
 - Diagnose(s) die de mogelijkheden om te werken beïnvloed(t)(en) (ook ICD-10-code)
 - Datum diagnosestelling
 - Eventuele redenen om de diagnose(s) opnieuw te beoordelen
 - Eventuele andere medische onderzoeken of ondersteunende documenten die relevant zijn voor de beoordeling
 - Beperkingen van de cliënt die relevant zijn voor arbeidsparticipatie en dagelijkse activiteiten. Op de volgende vlakken:
 - Intellectueel
 - Communicatie en sociale interactie
 - Aandacht en concentratie
 - Andere psychologische onmogelijkheden
 - Visueel, gehoor en spraak
 - Balans/coördinatie, motorische vaardigheden, pijn
 - Andere fysieke onmogelijkheden
 - Voorbeelden van moeilijkheden waar de cliënt tegenaan loopt gezien de hierboven beschreven beperkingen.
 - Welke medische behandelingen er zijn ingezet
 - Zo ja, gedurende welke periodes, en wat waren de resultaten?
 - Welke medische behandelingen momenteel nog lopen
 - Geplande medische behandelingen
 - Zo ja, wanneer?
 - In welke mate schat u in dat de cliënt een arbeidsbeperking heeft, vergeleken met alle mogelijke banen op de arbeidsmarkt (ook gesubsidieerd en beschut werk)?
 - Hoe schat u in dat de medische conditie/mogelijkheden om te werken, zich kunnen ontwikkelen over de tijd?
 - Wat kan de cliënt nog wel doen ondanks de medische conditie en beperkingen?

De medewerker van de socialezekerheidsinstantie beoordeelt de mate van arbeidsongeschiktheid aan de hand van het op basis van de ICF-classificatie gebaseerde model. Hierbij beoordeeld de medewerker aan de hand van een DFA-keten: diagnose, functionele beperkingen en beperking in activiteiten.¹⁴² Hierbij wordt gekeken naar banen op de reguliere arbeidsmarkt, maar er wordt ook gekeken naar gesubsidieerd werk en beschut werk. Hier is geen scoringssysteem aan gekoppeld. Er wordt beoordeeld of er een logische connectie is tussen de diagnose(s) en de beperkingen, en in welke mate de beperkingen het arbeidsvermogen beïnvloeden. Voor de beoordeling start de medewerker met een beoordeling op basis van de documentatie. Die wordt gevolgd door een – meestal telefonisch – gesprek met de cliënt.

Voor cliënten die ouder zijn dan 60 jaar en 11 maanden, en die de laatste vijftien jaar in een reguliere baan gewerkt hebben, is het mogelijk het arbeidsvermogen te beoordelen gerelateerd aan de banen waarin die in de afgelopen vijftien jaar gewerkt heeft. Deze procedure is gebaseerd op een relatief nieuwe wet die ervoor zorgt dat oudere cliënten gemakkelijker een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend krijgen, omdat niet meer naar de gehele reguliere arbeidsmarkt gekeken wordt.

Indien er informatie in het medisch certificaat mist, dan kan de behandelend arts om aanvullende informatie worden gevraagd. Deze aanvullende medische informatie kan op diverse wijzen worden verstuurd: per post, telefonisch, of via een beveiligd online systeem. Als er telefonisch informatie wordt verstrekt, dan wordt dit gedocumenteerd door de medewerker.

¹⁴² Zie Gustafsson (2019).

9.3.4. Rapportage

De medewerker van de socialezekerheidsinstantie die de beoordeling uitvoert, stelt vervolgens een brief op. In de brief moet worden beargumenteerd waarom de uitkering wel of niet wordt toegekend. Indien er geen volledige uitkering wordt toegekend, dan is de brief vaak uitgebreider. De argumentatie moet namelijk volledig zijn en duidelijk maken waarom de volledige uitkering niet wordt toegekend. Als er voor de cliënt andere mogelijke (theoretische) banen zijn gevonden, dan moet dit ook in de brief worden beschreven.

9.3.5. Beslissing

Na de beoordeling door de medewerker wordt de administratieve beslissing gemaakt door de beslissingsbevoegde medewerker op basis van de documentatie en de beoordelingsbrief die is opgesteld door de beoordelende medewerker. De beslissingsbevoegde medewerker is academisch, maar niet medisch opgeleid. Vaak heeft de beslissingsbevoegde medewerker al jarenlange ervaring, bijvoorbeeld als medewerker die de arbeidsongeschiktheidsuitkering uitvoert. Het betreft een senior positie.

De arbeidsongeschiktheidsuitkering en activeringsuitkering kunnen volledig of gedeeltelijk worden toegekend, namelijk voor 25%, 50%, 75% of 100%.

Er is een inkomstengerelateerde sjukersättning en aktivitetsersättning. Deze worden gefinancierd door premies van werknemers en zelfstandigen. Om de hoogte van de uitkering te berekenen, wordt er een leeftijdsafhankelijke loonreferentieperiode gehanteerd.¹⁴³ Om hiervoor in aanmerking te komen, moet de cliënt in ieder geval een jaar voldoende inkomen hebben gehad. De hoogte van de uitkering wordt berekend door de beoordeelde mate van arbeidsongeschiktheid (een van de vier niveaus) x 64,7% van het verwachte toekomstige inkomen van de cliënt (als deze niet ziek was geworden).¹⁴⁴ De maximale hoogte hiervan is 21.230 SEK per maand, of € 1.800,31 (januari 2023).¹⁴⁵

Indien de cliënt te weinig heeft verdiend of niet heeft gewerkt, dan kan deze aanspraak maken op sjukersättning en aktivitetsersättning gefinancierd vanuit een garantiepensioen (garantiërsättning). Dit is een door nationale belasting gefinancierde arbeidsongeschiktheidsuitkering. Om hier aanspraak op te maken, moet de cliënt minimaal drie jaar in Zweden hebben gewoond. Een volledige uitkering wordt hierbij uitbetaald bij veertig jaar inwoning. Per jaar minder dan veertig wordt de hoeveelheid gereduceerd met 1/40. De maximale hoogte is SEK 12.162 per maand, € 1.055,22 (januari 2023).¹⁴⁶ Naast inwoningsduur wordt de hoogte van de uitkering berekend op basis van een leeftijdscomponent en de beoordeelde mate van arbeidsongeschiktheid (op basis van een van de vier niveaus).¹⁴⁷

Een cliënt kan een combinatie van uitkeringen krijgen. Garantiepensioen wordt dan gereduceerd met het bedrag dat de cliënt vanuit de inkomstengerelateerde uitkering krijgt toegekend.

In de definitieve beslissingsbrief moet duidelijk naar voren komen waarom een uitkering wel of niet wordt toegekend, voor welk gedeelte, en de hoogte van de uitkering.

9.3.6. Multimorbiditeit

Als er sprake is van multimorbiditeit dan maakt dit geen verschil voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De medewerker beoordeelt de mate van arbeidsongeschiktheid aan de hand van het ICF-model. Hierbij kijkt de medewerker naar de diagnose(s), de functionele beperkingen, beperkingen in het dagelijks leven en mogelijkheden om te werken.

9.3.7. Algemene verordening gegevensbescherming

(Aanvullende) medische informatie wordt meestal toegezonden via de cliënt. Dit kan per post, telefonisch, of via een beveiligd digitaal systeem. Indien er telefonisch informatie wordt verstrekt, dan wordt dit gedocumenteerd door de medewerker van Försäkringskassan. De behandelend arts kan ook medische informatie sturen via een beveiligd online systeem indien de cliënt daar toestemming tot geeft.

¹⁴³ Acht jaar voor cliënten onder de 46 jaar, zeven jaar voor cliënten tussen de 47 en 49 jaar oud, zes jaar voor cliënten tussen de 50 en 52 jaar oud en vijf jaar voor een persoon van 53 jaar of ouder.

¹⁴⁴ Zie Missoc (2022b).

¹⁴⁵ Zie Hejaolika.se (2023).

¹⁴⁶ Ibidem.

¹⁴⁷ Zie Missoc (2022b).

9.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Deze bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen gedaan worden.

9.4.1. Bezwaar en beroep

Indien de cliënt het oneens is met de beslissing van Försäkringskassan, dan kan die bezwaar maken. Daarvoor moet de cliënt een formulier invullen via de website of een brief sturen. Hij of zij heeft daarvoor na ontvangst van de beslissing twee maanden de tijd. Försäkringskassan zal de claimaanvraag vervolgens herzien.

Als de cliënt het oneens is met de herziene beslissing door Försäkringskassan, dan kan er beroep worden aangetekend bij de rechtbank. De cliënt moet dan beargumenteren waarom hij of zij het oneens is met de beslissing.

Tegen de ziekteregelingsbeslissing (sjukpenning) werd in 2022 in totaal 6.259 keer bezwaar gemaakt bij Försäkringskassan¹⁴⁸ (van de in totaal 526.603 beoordelingen, waarvan er 514.738 werden toegekend). Dit resulteerde in 15% van de gevallen in een veranderde beslissing. Bij de activeringsuitkering werd de beslissing in 2022 bij 20% van de in totaal 545 bezwaren veranderd (van de in totaal 37.501 beoordelingen, waarvan er 7.534 werden toegekend). Wat betreft de arbeidsongeschiktheidsuitkering werd in 2022 2.780 keer bezwaar gemaakt bij Försäkringskassan (van de in totaal 51.067 beoordelingen, waar 6.819 keer de uitkering werd toegekend). In 11,8% van de gevallen werd de beslissing gewijzigd.

In 2022 werd er in totaal 1.198 keer beroep aangetekend bij de rechtbank (voor de activeringsuitkering en arbeidsongeschiktheidsuitkering gezamenlijk, in de beschikbare rapportage wordt geen onderscheid gemaakt). Dit resulteerde in 11,6% van de bezwaren in een gewijzigde beslissing. Er werd 2.450 keer beroep aangetekend bij de beslissing van de ziekteregeling (sjukpenning) in 2022. Dit resulteerde bij 13,8% van de gevallen in een gewijzigde beslissing.¹⁴⁹

9.4.2. Herbeoordeling

Indien een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering is toegekend, dan wordt er minstens elke drie jaar contact gezocht met de cliënt. Een ambtenaar van Försäkringskassan met dezelfde kwalificaties als een ambtenaar die de beoordeling uitvoert belt de cliënt en vraagt of er veranderingen zijn in de mogelijkheden om te werken. Als er veranderingen zijn opgetreden, dan wordt een herbeoordeling uitgevoerd.

De activeringsuitkering wordt toegekend voor een relatief korte periode, voor één tot drie jaar. Na deze periode vindt herbeoordeling plaats en wordt beoordeeld of de cliënt zijn recht op de activeringsuitkering behoudt of dat de mogelijkheden om te werken veranderd zijn en de uitkering daarop aangepast moet worden.

¹⁴⁸ Zie Försäkringskassan (2023).

¹⁴⁹ De cijfers wat betreft bezwaar bij zowel Försäkringskassan als bij de rechtbank zijn niet volledig.

10. Denemarken



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Denemarken is gebaseerd op deskresearch, een ingevulde vragenlijst en drie interviews. Er is een interview gedaan met een speciaal adviseur van STAR gespecialiseerd in ziekte-uitkeringen, een hoofd speciaal adviseur van STAR gespecialiseerd in arbeidsongeschiktheid, en een onderzoeker/arts sociale geneeskunde van een regionaal ziekenhuis. Er is een consistentiecheck gedaan met een focusgroepdiscussie met de geïnterviewde arts sociale geneeskunde en diens collega's. Daarnaast is de uitgewerkte informatie schriftelijk voorgelegd aan de geïnterviewden. Ook zijn schriftelijk nog enkele aanvullende vragen gesteld.

Context

Denemarken heeft een inwonersaantal van bijna 6 miljoen (eerste kwartaal van 2023)¹⁵⁰ en kent een bevolkingsdichtheid van 137,7 personen per km².¹⁵¹ Met 67% (2019) vakbondslidmaatschap onder werknemers, heeft Denemarken het hoogste dichtheidspercentage van vakbondslidmaatschap van de EU-lidstaten.¹⁵²

Denemarken is opgedeeld in vijf regio's (Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Syddanmarken en Sjælland). Binnen deze regio's zijn er gezamenlijk 98 gemeenten met 94 arbeidsbureaus. De gemeenten zijn onder andere (gedeeltelijk) verantwoordelijk voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van cliënten met een leeftijd tot de staatspensioenleeftijd. De gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de beslissing van toekenning of afwijzing van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het Deense Agentschap voor Arbeidsmarkt en Aanwerving (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, afgekort STAR) is verantwoordelijk om werkgelegenheidsbeleid in Denemarken te creëren en implementeren. Daarnaast ondersteunt STAR de minister van werkgelegenheid in het vormgeven van beleidsformulering en wetgeving. STAR waarborgt implementatie van werkgelegenheidsbeleid door het houden van dialogen met relevante stakeholders, zoals Job Centers (onderdeel van de gemeente), werkloosheidsverzekeringsfondsen, werkgevers en regionale arbeidsmarktraden.¹⁵³

¹⁵⁰ Zie Statistics Denmark, *Borgere*.

¹⁵¹ Zie Macrotrends, *Denmark Population Density 1950-2023*.

¹⁵² Zie International Labour Organization (2022).

¹⁵³ Zie Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, *About the Danish agency for labour market and recruitment*.

10.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Denemarken in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

In Denemarken kan een arbeidsongeschiktheidsuitkering (førtidspension) worden toegekend aan cliënten met een leeftijd tot aan de staatspensioenleeftijden (67-69 jaar in 2023). Er is geen wachttijd voordat de cliënt een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan aanvragen. In de praktijk duurt het proces voorafgaand aan de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering vaak meerdere jaren. Om in aanmerking te komen voor førtidspension moet het arbeidsvermogen van de cliënt door ziekte of gebrek substantieel en permanent beperkt zijn in een dusdanige mate dat hij of zij onvoldoende kan verdienen om zichzelf te kunnen onderhouden, ook niet in een zogenoemde flexi-job. Hierbij wordt gekeken naar de reguliere arbeidsmarkt. De mate van arbeidsongeschiktheid is niet wettelijk vastgelegd in percentages of uren. Er is geen wettelijk criterium voor vanaf welke mate van arbeidsongeschiktheid een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd of toegekend. Er is wel een wettelijk vastgelegd rehabilitatiecriterium: alle reële re-integratie- en revalidatie-inspanningen die het arbeidsvermogen van de cliënt mogelijk kunnen verbeteren, moeten benut zijn. Naast førtidspension kan er vanaf 6 jaar voor de staatspensioenleeftijd seniorenpension worden aangevraagd. Om aanspraak te kunnen maken op deze arbeidsongeschiktheidsuitkering, moet de cliënt door ziekte of blessure minder dan 15 uur per week kunnen werken. In de beoordeling hiervan wordt gekeken naar vorige werkzaamheden van de cliënt (en niet naar de reguliere arbeidsmarkt). Daarnaast moet de cliënt 20-25 jaar gemiddeld 27 uur per week hebben gewerkt (of een equivalente arbeidsduur in deeltijd) om aanspraak te kunnen maken op deze uitkering. Verder moet de cliënt in Denemarken zijn gehuisvest en minimaal 3 jaar (fulltime) in Denemarken hebben gewoond. Bij beide arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is er geen gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering mogelijk. Als er wordt voldaan aan de criteria, dan wordt er een volledige uitkering toegekend. Er kan echter in deeltijd gewerkt worden in een, zoals ze dat noemen, flexi-job. Het salaris wordt dan aangevuld vanuit een uitkering. Cliënten met een flexi-job krijgen, in tegenstelling tot mensen met een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering, standaard herbeoordelingen.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan door de cliënt zelf worden gedaan, maar meestal wordt dit door een case worker (zie box 10.1) uitgevoerd. Dit is een academisch geschoolde, niet-medisch professional die voor het gemeentelijke arbeidsbureau werkt. Voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling moet de cliënt een zelfrapportagevragenlijst aanleveren en er is een medisch certificaat van de behandelend arts nodig. Ook moet de cliënt toestemming geven dat er voor de beoordeling medische informatie mag worden opgevraagd en in bepaalde gevallen het online medisch dossier mag worden bekeken. Verder stelt de cliënt samen met de case worker en een interdisciplinair rehabilitatieteam een rehabilitatieplan op dat de basis vormt voor de beoordeling en beslissing voor arbeidsongeschiktheid.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is een interdisciplinair rehabilitatieteam betrokken. Dit team bestaat uit professionals vanuit verschillende terreinen: de medische, sociale, werkgevers- en eventueel educatieve sector. Daarnaast maakt een arts vanuit het regionale ziekenhuis deel uit van dit team. Er is niet wettelijk vastgelegd uit welke professionals dit team moet bestaan. De case worker is degene die de ontmoetingen tussen de cliënt en het team organiseert. Samen met dit team stellen de cliënt en case worker een rehabilitatieplan op. In dit plan wordt gepoogd om vanuit de verschillende disciplines mogelijke barrières (medisch en sociaal) die terugkeer naar werk belemmeren weg te nemen. Blijkt na uitvoering van dit plan dat het arbeidsvermogen onvoldoende hersteld is en het zeer onwaarschijnlijk is dat dit vermogen in de toekomst zal toenemen, dan kan het team beoordelen dat de cliënt arbeidsongeschikt is.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

Indien er sprake is van multimorbiditeit, dan wordt dit meegenomen in de het rehabilitatieplan. Er is geen sprake van een andere benadering. Er vindt in de praktijk wel een andere beoordeling plaats bij multiproblematiek. Als dat het geval is, dan zijn professionals vanuit meerdere disciplines nauwer betrokken bij de rehabilitatie van de cliënt.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

Bij de aanvraag van de ziekte-uitkering geeft de cliënt schriftelijk toestemming voor inzage van benodigde medische informatie door de gemeente (inclusief job center en de sociaalgeneeskundige afdeling van het regionale ziekenhuis) tijdens het beoordelings- en re-integratieproces. Indien het nodig is dat een aanvullend medisch onderzoek wordt uitgevoerd door de sociaalgeneeskundige afdeling, dan vragen sommige regionale ziekenhuizen nogmaals om toestemming voor inzage in de medische informatie. Dit is echter niet verplicht. Toegang tot medische informatie wordt als noodzakelijk beschouwd om tot een goede beoordeling te komen en de juiste rehabilitatieondersteuning aan te kunnen bieden.

Bijzonderheden

- In Denemarken is er geen ontslagbescherming tijdens ziekte. Werkgevers kiezen er regelmatig voor om cliënten in dienst te houden. Mede omdat de werkgever (na 4 weken) enkel de gewerkte uren hoeft uit te betalen. Aanvullend hierop ontvangt de zieke werknemer via de werkgever een bedrag vanuit de ziekte-uitkering.
- Denemarken kent twee type arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: førtidspension en seniorpension (6 jaar voor de pensioenleeftijd). Respectievelijk zijn deze gebaseerd op inwoningsduur en verbintenis met de arbeidsmarkt. (Zie paragraaf 10.3 voor meer informatie).
- Vanaf 2013 zijn er in Denemarken hervormingen doorgevoerd in het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Om instroom in een arbeidsongeschiktheidsuitkering te verkleinen en arbeidsparticipatie te vergroten, werd er een rehabilitatie-uitkering in het leven geroepen.
- Er zijn 94 arbeidsbureaus binnen 98 gemeenten die de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitvoeren. Er is variatie in invulling van de beoordeling voor een ziekte-uitkering en de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daarnaast zijn er verschillen in het toekenningspercentage van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tussen gemeenten.
- De vertegenwoordiger van het regionale ziekenhuis in het revalidatieteam die betrokken is bij de beoordeling, is doorgaans arts. Momenteel (2023) is er een pilot gaande met de inzet van psychologen in plaats van een arts.

10.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

In deze paragraaf beschrijven we de verschillende periodes die voorafgaan aan de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsverzekering: de eerste acht weken, de periode daarna en de beoordeling bij 22 tot 26 weken ziekte. Ook bespreken we de situatie van zelfstandigen en werklozen.

10.2.1. Eerste acht weken

Als een werknemer niet langer kan werken omdat hij of zij ziek is¹⁵⁴, dan betaalt de werkgever vaak het volledige salaris door gedurende dertig dagen (arbeidsgiverperioden). Kleine werkgevers kunnen zich verzekeren tegen de kosten van deze periode vanaf de tweede dag van afwezigheid. De werkgever kan een medisch document van de behandelend arts opvragen met hierin de functionele mogelijkheden van de werknemer.¹⁵⁵ Tijdens ziekte kent de werknemer geen speciale ontslagbescherming.

Als er wordt verwacht dat de werknemer langer dan vier weken ziek zal zijn, dan moet de werkgever de gemeente er binnen vier weken van op de hoogte brengen dat de werknemer ziek is. Daarmee vraagt de werkgever een ziekte-uitkering aan bij de gemeente.¹⁵⁶ Om in aanmerking te komen voor de ziekte-uitkering (sygedagpenge) moet de cliënt niet (volledig) kunnen werken door een eigen ziekte. Voor de aanvraag van een ziekte-uitkering vullen zowel de cliënt als de werkgever een online formulier in en leveren dit in bij de gemeente. Deze formulieren verschillen van elkaar. In dit formulier wordt er onder andere gevraagd naar verwachte afwezigheidsduur en toestemming voor het opvragen en inzien van benodigde medische informatie.

Gedurende de ziekteperiode (na vier weken) wordt de beoordeling gedaan door een [case worker](#) (zie box 10.1) van het job center (arbeidsbureau van de gemeente). Hierbij kijkt de case worker de eerste drie maanden of de cliënt door ziekte niet langer (volledig) kan werken in de eigen baan of een soortgelijke baan. Vervolgens wordt er naar de reguliere arbeidsmarkt gekeken. In de praktijk wordt hier flexibeler mee omgegaan. Vooral als de cliënt een langdurige opleiding heeft gevolgd, dan wordt er voor een langere duur dan drie maanden gekeken naar terugkeer naar de eigen baan.

Indien de cliënt tijdens deze periode bij de werkgever blijft werken, dan ontvangt die de ziekte-uitkering indirect via de werkgever. De werkgever betaalt in de meeste gevallen zelf het gebruikelijke loon voor de daadwerkelijk gewerkte uren, indien de cliënt gedeeltelijk aan het werk is. Het salaris van de cliënt wordt door de gemeente (via de werkgever) vanuit de ziekte-uitkering aangevuld tot een bepaald maximum.^{157, 158} Als de werknemer in de tussentijd wordt ontslagen, dan ontvangt de werknemer de ziekte-uitkering direct (zonder tussenkomst van een werkgever). Communicatie tussen werkgever en gemeente vindt voornamelijk plaats middels een digitaal systeem (NemRefusion).¹⁵⁹ Het maximale bedrag dat de gemeente uitkeert is DKK 4.465 (€ 600) per week of DKK 120,68 (€ 16,22) per uur (voor 37 uren per week). Er is geen minimumbedrag.¹⁶⁰

¹⁵⁴ Niet door ziekte van een familielid waarvoor gezorgd moet worden.

¹⁵⁵ Zie Missoc (2022a).

¹⁵⁶ Ibidem.

¹⁵⁷ Hierin wordt rekening gehouden met het aantal uren dat de cliënt drie maanden voor de ziekte werkte.

¹⁵⁸ Zie Missoc (2022a).

¹⁵⁹ Zie Europese Commissie (2022).

¹⁶⁰ Zie Missoc (2022a).

Box 10.1 Case worker

- Case workers zijn vaak academisch geschoold in de richting van sociaal werk of een vergelijkbare richting (vergelijkbaar met hbo-/universitair niveau in Nederland). Dit is echter geen wettelijk vereiste. In sommige gemeenten wordt er een aanvullende training aangeboden.
- Doorgaans zijn case workers in dienst van de gemeente. Sommige gemeenten huren echter private gespecialiseerde re-integratiefirma's voor bepaalde specifieke aandoeningen, stoornissen of ziektes (bijvoorbeeld bij ontwikkelingsstoornissen).
- De case worker volgt de cliënt vanaf het eerste contact (gedurende acht weken). Afhankelijk van de duur en het verloop van het traject ziet een cliënt die richting een arbeidsongeschiktheidsuitkering gaat in de praktijk vaak meerdere case workers.
- De case worker houdt het dossier van de cliënt bij.

Gedeeltelijke ziekte-uitkering

Zoals eerder genoemd, is het mogelijk om een gedeeltelijke ziekte-uitkering te ontvangen. Er moet hiervoor ten minste sprake zijn van vier uur afwezigheid van het werk per week. Deze vier uur is inclusief reistijd en wachttijd die als gevolg van ziekte nodig is om naar het ziekenhuis of andere medisch professionals te gaan. De maximale periode en berekening van de gedeeltelijke ziekte-uitkering, zijn dezelfde als voor degenen die een volledige ziekte-uitkering krijgen.

Zelfstandigen en werklozen

Zelfstandigen die door hun eigen ziekte niet kunnen werken en verzekerd zijn bij een werkloosheidsfonds, kunnen aanspraak maken op de ziekteregeling. De hoogte van de uitkering wordt tot een bepaalde hoogte berekend op basis van vorige inkomsten.¹⁶¹ Hierbij geldt wel een minimum: ten minste 2/3 van het maximumbedrag voor werknemers. Het maximale bedrag voor zelfstandigen is hetzelfde bedrag als voor werknemers. Voor de ziekte-uitkering geldt een wachtperiode van veertien dagen. Zelfstandigen kunnen zich vrijwillig verzekeren tegen die wachtperiode, zodat de uitkering al na drie ziekte-dagen wordt uitbetaald en bij het betalen van een hogere premie al vanaf de eerste ziekte-dag.¹⁶²

Als een persoon zonder werk ziek wordt, lid is van een werkloosheidsverzekeringsfonds en als werkloos staat ingeschreven (bij Arbejdsløshedskasse, afgekort tot A-kasse), kan hij of zij aanspraak maken op een ziekte-uitkering. Indien de werkloze heeft gewerkt voordat hij of zij het werk verloor, dan betaalt het werkloosheidsverzekeringsfonds de werkloosheidsuitkering uit tot het moment dat de ziekte-uitkering wordt uitbetaald. De hoogte van deze ziekte-uitkering is dan gelijk aan de hoogte van de werkloosheidsuitkering waarop de werkloze recht zou hebben.¹⁶³

¹⁶¹ Zie Missoc (2022a).

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ Ibidem.

Verwachting van meer dan acht weken ziekte

Indien er door de cliënt en een eventuele werkgever verwacht wordt dat de ziekte langer aanhoudt dan acht weken, dan wordt de cliënt gevraagd om langs te komen bij het job center voor een gesprek met de case worker. Als er een werkgever in beeld is, dan wordt deze ook uitgenodigd. Er is geen wetgeving over hoe een gesprek tussen deze partijen eruit moet zien. Gemeenten bepalen zelf de vormgeving hiervan. Er zijn wel een aantal vaste elementen:

- Ten eerste wordt een medisch certificaat van de behandelend (huis)arts opgevraagd. Dit staat niet wettelijk vastgelegd, maar het is wel een algemeen gebruik. In dit certificaat moet een beschrijving van de ziekte van de cliënt te staan en een beschrijving van mogelijkheden op de arbeidsmarkt: volledige terugkeer, gedeeltelijke terugkeer of mogelijke (gedeeltelijke) terugkeer met rehabilitatie. Behandelend artsen krijgen de mogelijkheid om onderwijs in sociale geneeskunde te volgen bij het departement van sociale geneeskunde van een van de vijf regionale ziekenhuizen. Om de medische situatie te kunnen beoordelen, kan de case worker daarnaast met bepaalde formulieren gerichte vragen aan de behandelend arts stellen.¹⁶⁴ Ook kan de case worker advies en ondersteuning bij de interpretatie van de medische informatie vragen bij de specialist 'sociale geneeskunde' of een medisch geschoolde collega in het regionale ziekenhuis dat bij de desbetreffende gemeente aangesloten is.
- Ten tweede wordt er tijdens het gesprek met de cliënt gevraagd naar zijn of haar beleving van de huidige situatie en naar toekomstplannen. Voorafgaand aan dit gesprek wordt er aan de cliënt gevraagd een vragenlijst in te vullen over deze thema's. Aan de werkgever wordt gevraagd of er mogelijk aanpassingen aan het werk of werkplek kunnen worden gemaakt en of de cliënt eventueel minder uren zou kunnen werken.
- Ten derde onderzoekt de case worker samen met de cliënt of er, naast ziekte, andere barrières zijn die de cliënt belemmeren in terugkeer naar werk. Vervolgens worden deze opgenomen in het rehabilitatieplan van de cliënt, waarmee wordt gepoogd deze barrières weg te nemen.¹⁶⁵

Tijdens het re-integratieproces hebben de cliënt, de eventuele werkgever en de case worker de mogelijkheid om meermaals samen te komen. Hier bestaan (tot 22 weken) verder geen voorgeschreven tijdstippen voor. Hoe vaak en wanneer er wordt gesproken hangt van de individuele situatie en de desbetreffende gemeente af. Er is echter wel een minimumaantal bijeenkomsten.

Indien de cliënt aangeeft het opgestelde re-integratieplan niet te kunnen volgen, dan beoordeelt de case worker de situatie opnieuw en kan het re-integratieplan worden aangepast. De case worker kan hiervoor aanvullende medische informatie opvragen bij de behandelend arts. Als de case worker de oorzaken als ongegrond beoordeelt, dan stelt die een geschreven beslissing op en kan de gemeente beslissen de ziekte-uitkering stop te zetten.

22-26 wekenbeoordeling

In principe duurt een ziekte-uitkering maximaal 22 weken.¹⁶⁶ Voordat de cliënt 26 weken niet heeft kunnen werken door ziekte (4 weken loondoorbetaling + 22 weken ziekte-uitkering) bereidt de case worker een advies voor over het vervolgproces.

Voorafgaand aan deze beoordeling vult de cliënt een zelfrapportagevragenlijst in over de functionele mogelijkheden. De inhoud hiervan verschilt per regio en gemeente. Als het invullen van de vragenlijsten te lastig is voor de cliënt, dan kan deze geholpen worden door de case worker. De vragenlijsten zijn bedoeld ter ondersteuning van en voorbereiding op het gesprek met de case worker en de eventuele latere ontmoeting met een interdisciplinair rehabilitatieteam.¹⁶⁷

De case worker kan met formulier de behandelend arts¹⁶⁸ verzoeken om een medisch certificaat op te stellen. Vervolgens moet de behandelend arts de cliënt zien en een medisch certificaat opstellen. De gemeente betaalt de arts hiervoor. In dit certificaat moet een overzicht staan van:

- Gezondheidsproblemen
- Afgeronde en lopende behandelingen
- Prognose
- Functionele mogelijkheden.

¹⁶⁴ In de communicatie tussen de curatieve sector en de case worker via de formulieren is er ruimte voor miscommunicatie door de verschillende tradities in het beschrijven van functionele mogelijkheden. De sociaalgeneeskundige afdeling van het regionale ziekenhuis heeft als een van zijn taken om de communicatie tussen de partijen te verbeteren.

¹⁶⁵ Zie Sengers et al. (2020).

¹⁶⁶ In 2014 is de duur van de ziekte-uitkering verkort van 52 naar 22 weken.

¹⁶⁷ De vragenlijsten worden niet ingezet als beslissingsinstrument voor de beoordeling.

¹⁶⁸ Meestal is dit de huisarts.

Als al deze informatie binnen is, dan voert de case worker een gesprek met de cliënt. Op basis van dit gesprek en de aangeleverde informatie, bereidt de case worker een beoordeling voor. Hierin heeft de case worker meerdere opties:

- Verlenging van de ziekte-uitkering (forlængelse af sygedagpengeperioden). Dit wordt enkel in de volgende bijzondere gevallen gedaan:
 - Er kan rehabilitatie worden gestart die zeer waarschijnlijk leidt tot terugkeer van de cliënt naar de algemene arbeidsmarkt.
 - Er moeten maatregelen worden genomen om het arbeidsvermogen van de cliënt te verduidelijken. Hiervoor kan de ziekte-uitkering met maximaal 69 weken worden verlengd.
 - De cliënt ondergaat momenteel of wacht op een medische behandeling en wordt hierna in staat geacht binnen 134 weken na de datum van het 26 wekengesprek met de case worker werk te kunnen hervatten.
 - De gemeente heeft geoordeeld dat een zaak door het revalidatieteam moet worden behandeld. In de tussentijd wordt de ziekte-uitkering verlengd.
 - Een (behandelend) arts beoordeelt dat de cliënt een ernstige, levensbedreigende ziekte heeft.
 - Als er een zaak loopt voor het recht op schadevergoeding op grond van de Wet arbeidsongevallenverzekering (Lov om arbejdsskadesikring) of de Wet verzekering gevolgen van arbeidsongevallen (Lov om sikring mod følger af arbejdsskade).
 - Er is een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen of de gemeente heeft beoordeeld dat het duidelijk is dat de arbeidsgeschiktheid van een persoon niet kan worden verbeterd en de zaak daarom niet aan het revalidatieteam moet worden voorgelegd. In de tussentijd wordt de ziekte-uitkering verlengd.¹⁶⁹
- Ontmoeting met een interdisciplinair revalidatieteam. De case worker maakt deze beslissing als hij of zij verwacht dat de cliënt (voorlopig) niet kan terugkeren naar werk.¹⁷⁰ De cliënt wordt gevraagd om een gestandaardiseerde, digitale zelfrapportagevragenlijst, 'min plan' (mijn plan), in te vullen. Hierin rapporteert de cliënt in hoeverre terugkeer naar werk mogelijk is als het gaat om het aantal uren; of hij of zij van mening is dat zijn of haar ervaring en kennis nuttig kan zijn op een werkplek; motivatie, plannen en toekomstwensen.¹⁷¹ Het team beoordeelt vervolgens of er een rehabilitatieplan kan worden opgesteld. Gedurende de uitvoering van dit plan ontvangt de cliënt een activeringsuitkering (ressourceforløbsydelse). Als het team verwacht dat rehabilitatie niet effectief zal zijn om het arbeidsvermogen van de cliënt te verbeteren, dan kan het team aan de gemeente adviseren een arbeidsongeschiktheidsuitkering toe te kennen (førtidspension).
- Stopzetten uitkering.

Indien de situatie van de cliënt zeer complex is, bijvoorbeeld als de cliënt meerdere aandoeningen heeft en onduidelijk is welke behandeling is ingezet, dan kan de gemeente aan het departement sociale geneeskunde vragen om de cliënt te onderzoeken in het regionale ziekenhuis. De cliënt krijg hiervoor een gesprek en de medische informatie wordt bestudeerd via het digitale patiëntdossier van het ziekenhuis. Gemiddeld wordt dit voor minder dan 5% van cliënten die bij een 22 wekenbeoordeling komen, aangevraagd.¹⁷²

10.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

In deze paragraaf gaan we in op hoe het Deense proces is ingericht voor het krijgen van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Zo is er een voorbereiding op en de ontmoeting met het interdisciplinair revalidatieteam en moet de cliënt vervolgens de gegeven adviezen opvolgen. We bespreken de adviesopties en lichten tot slot toe wat het førtidspension en seniorpension inhouden.

Vorbereiding ontmoeting met interdisciplinair revalidatieteam

Zoals hierboven aangegeven verloopt de aanvraag van een vervolguutkering (activerings- of arbeidsongeschiktheidsuitkering) meestal via de case worker. De cliënt kan zelf ook een aanvraag van een vervolguutkering starten. Als de cliënt voor een vervolguutkering in aanmerking komt, dan ontmoet die samen met de case worker het revalidatieteam (zie box 10.2).

¹⁶⁹ Zie Retsinformation (2017).

¹⁷⁰ Zie Sengers et al. (2020).

¹⁷¹ Deze vragenlijst is behulpzaam bij cliënten met motivatie om terug te keren naar werk. Bij cliënten die weinig motivatie hebben, is deze vragenlijst minder effectief.

¹⁷² Dit is de situatie bij regionaal ziekenhuis Holbaek.

Box 10.2 Interdisciplinair rehabilitatieteam

Het interdisciplinaire rehabilitatieteam stelt samen met de cliënt en case worker een holistisch¹⁷³ rehabilitatieplan op met als doel om arbeidsvermogen te herstellen. Het team ziet gemiddeld zeven cliënten per dag. Het team bestaat uit een:

- vertegenwoordiger werkgeverssector;
- vertegenwoordiger sociale sector;
- vertegenwoordiger gemeentelijk gezondheidsafdeling (verantwoordelijk voor rehabilitatie buiten het ziekenhuis);
- vertegenwoordiger van de sociaal-geneeskundige afdeling (afdeling for Arbeids- og Socialmedicin) van het regionale ziekenhuis (gespecialiseerd arts);¹⁷⁴
- (In sommige gevallen) vertegenwoordiger onderwijssector

Het staat niet wettelijk vastgelegd uit welke professionals het team moet bestaan. Dit kunnen bijvoorbeeld artsen zijn, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, zorgassistenten, bedrijfsadviseurs of studieadviseurs.

Ter voorbereiding van de bijeenkomst met het interdisciplinaire rehabilitatieteam moeten de cliënt en case worker het team van bepaalde informatie voorzien. De meeste informatie hiervan is al verzameld voor de 22 wekenbeoordeling. De aan te leveren informatie moet minimaal bestaan uit:

- ervaring en vaardigheden met betrekking tot banen en scholing, inclusief het cv van de cliënt;
- sociaal netwerk;
- toekomstwensen voor werk en scholing;
- gezondheidssituatie, behandelingen en relevante medische informatie met documentatie in de vorm van medische certificaten;
- beoordeling van de functionele mogelijkheden;
- 'afhankelijkheidsgeschiedenis' gebaseerd op informatie die beschikbaar is voor de gemeente.¹⁷⁵

Ontmoeting interdisciplinair rehabilitatieteam en rehabilitatieplan

De cliënt kan tijdens deze bijeenkomst aangeven wat voor wensen hij of zij voor de toekomst heeft. De case worker en cliënt stellen gezamenlijk een rehabilitatieplan op waarin alle informatie over de cliënt is verzameld. Vervolgens wordt er door het rehabilitatieteam samen met de cliënt en de case worker een gezamenlijk advies voor rehabilitatie en de bijpassende uitkering opgesteld. Men probeert alle mogelijke sociale en medische barrières weg te nemen die de cliënt ervan weerhouden terug te keren naar werk. Vanuit elke discipline kan hierover een expertopinie worden gegeven. Het rehabilitatieplan moet de volgende elementen bevatten:

- De algemene werkgelegenheids- of opleidingsdoelstelling die relevant is voor de cliënt.
- Welke werkgelegenheidsgerichte, onderwijsgerichte, sociale of gezondheidsinitiatieven nodig zijn om het arbeidsvermogen van de cliënt te herstellen.
- De organisatie van opvolging tijdens het proces.¹⁷⁶
- Of het rehabilitatieteam de cliënt verder in het proces nogmaals wil zien.
- (Optioneel) Indien het team van mening is dat het voor de cliënt niet bevorderlijk is als bepaalde rehabilitatie-inspanningen parallel plaatsvinden, dan moet dit worden vermeld. Vervolgens kan er advies worden gegeven over de gunstigste volgorde van inspanningen.¹⁷⁷

Vervolgens wordt het rehabilitatieplan naar de gemeente gestuurd waar het plan door een niet-medische, administratieve beslissingsambtenaar wordt aangenomen, ter aanpassing teruggestuurd of afgewezen.

Opvolgen van adviezen

Accepteert de gemeente de adviezen van het rehabilitatieteam, dan moet de cliënt ze opvolgen om de uitkering te (blijven) ontvangen. Dit geldt zowel voor de re-integratieadviezen als de medische adviezen. De grens in welke medische adviezen opgevolgd moeten worden, ligt bij chirurgie en medicijngebruik met risicovolle of schadelijke bijwerkingen. Deze adviezen mogen worden gegeven, maar mag de cliënt naast zich neerleggen. Indien de behandelend arts van mening is dat het niet nodig is dat de cliënt de medische adviezen volgt die deze normaal gesproken zou moeten volgen (bijvoorbeeld een bezoek aan de psycholoog of fysiotherapeut), dan beargumenteert de behandelend arts dit en kan het advies vanuit het rehabilitatieteam worden ingetrokken. Mochten er indicaties zijn dat

¹⁷³ Rekening houdend met de gehele situatie van de cliënt. Er wordt hierin, naast de sociaal-medische situatie, ook gekeken naar andere mogelijke barrières die het arbeidsvermogen van de cliënt verminderen.

¹⁷⁴ Deze arts kan zich gespecialiseerd hebben in sociale geneeskunde, maar dit is niet wettelijk verplicht. Deze arts bekijkt de beschikbare medische informatie en bepaalt of er een duidelijke diagnose is, of deze is vastgesteld door de juiste specialist en of de juiste behandelingen worden gevolgd. Vervolgens kan deze arts adviseren welke verdere behandelingen de cliënt kan volgen om het arbeidsvermogen te verbeteren. Deze artsen nemen sinds 2013 deel aan het interdisciplinaire rehabilitatieteam. Voor 2013 werden medisch adviseurs ingehuurd door de gemeente. Men was echter van mening dat deze artsen te dicht op het beslissingsproces zaten om een onafhankelijke beoordeling te kunnen uitvoeren.

¹⁷⁵ Zie Retsinformatie (2021a).

¹⁷⁶ Bijvoorbeeld of het noodzakelijk is om mentoren aan te bieden.

¹⁷⁷ Ibidem.

rehabilitatie de situatie van de cliënt mogelijk verslechtert, dan kan dit worden aangegeven door de vertegenwoordiger van het regionale ziekenhuis.

Als de cliënt de adviezen niet opvolgt, zonder goede reden, dan krijgt hij of zij een waarschuwing. Wordt het advies vervolgens nog steeds niet opgevolgd, dan wordt er gekort op de uitkering. In de meeste gevallen gebeurt dit als de cliënt niet komt opdagen bij afspraken.

Adviesopties

Indien het interdisciplinaire rehabilitatieteam verwacht dat het arbeidsvermogen van de cliënt kan worden verbeterd, dan kan er worden gekozen uit meerdere re-integratievormen. Tijdens deze re-integratieactiviteiten wordt er een activeringsuitkering uitgekeerd, de *ressourceforløbsydelse*. Het bedrag van deze uitkering valt lager uit dan de eerdergenoemde ziekte-uitkering.¹⁷⁸ Bij deze uitkering wordt verrekend hoeveel de cliënt nog verdient, maar er vindt geen middelentoets plaats. Het team kan ook tot het oordeel komen dat het arbeidsvermogen van de cliënt niet kan worden verbeterd en dat de cliënt arbeidsongeschikt is. Als de gemeente hiermee akkoord gaat, dan ontvangt de cliënt een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hierbij wordt er een hoger maximaal bedrag uitgekeerd dan bij de activeringsuitkering, vergelijkbaar met de ziekte-uitkering.

In de adviesvorming staat maatwerk centraal. Dit houdt in dat het rehabilitatieteam uit verschillende opties kan kiezen, maar hier niet toe beperkt is. Als het team van mening is dat andere re-integratieactiviteiten bevorderlijker zijn voor verbetering van het arbeidsvermogen, dan kan het een op maat gemaakt traject aanbieden. Opties waaruit het rehabilitatieteam onder meer kan kiezen:

- **Afwijzing arbeidsongeschiktheidsuitkering.** Een afwijzing vindt meestal plaats als de cliënt zelf direct een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvraagt voordat een case worker dit heeft aangeraden en de cliënt niet redelijkerwijs alle medische en re-integratieactiviteiten heeft ondernomen om het arbeidsvermogen te herstellen.
- **Flexi-job (fleksjob).** Een flexi-job is een baan waarin er rekening wordt gehouden dat het arbeidsvermogen van de cliënt permanent is verminderd. De aard en duur van de werkzaamheden zijn aangepast naar individueel arbeidsvermogen. De cliënt komt in aanmerking voor een flexi-job als hij of zij:
 - een leeftijd van onder de staatspensioenleeftijd heeft;
 - chronisch ziek of beperkt is en daardoor minder dan de helft van de uren kan werken in de algemene arbeidsmarkt vergeleken met het aantal gewerkte uren vóór het ontstaan van de ziekte of beperking;
 - de mogelijkheden voor re-integratie in de eigen baan voldoende geëxploreerd zijn en daarmee uitgeput zijn.Bij een flexi-job wordt er een afspraak gemaakt tussen cliënt, werkgever en case worker. De werkgever betaalt de cliënt voor de daadwerkelijk gewerkte uren, de gemeente subsidieert dit salaris. Tot een bepaalde hoogte geldt: hoe meer de cliënt werkt, hoe meer deze verdient. In de meeste gevallen is het inkomen van een cliënt in een flexi-job hoger dan dat van een cliënt met een activeringsuitkering die niet werkt (zoals bij de *ressourceforløb*). Een flexi-job wordt over het algemeen tijdelijk toegekend voor vijf jaar. Na viereneenhalf jaar dient de gemeente een herbeoordeling uit te voeren. Vervolgens kan er opnieuw voor vijf jaar worden toegekend. Indien de cliënt ouder dan 40 jaar is en (nog steeds) voldoet aan de vereisten waaraan moet worden voldaan om een flexi-job toegekend te krijgen, dan is het mogelijk dat de cliënt permanent een flexi-job toegekend krijgt.¹⁷⁹ Voldoet de cliënt aan de voorwaarden voor een flexi-job, dan helpt de case worker met het zoeken van een passende baan. Zolang de cliënt nog geen werkgever heeft gevonden, komt die in aanmerking voor een werkloosheidsuitkering.
- **Ressourceforløb.** Het interdisciplinaire rehabilitatieteam stelt samen met de cliënt en case worker een maatwerkplan op. Met dit plan wordt beoogd om persoonlijke doelen te halen en gepast werk, stage of opleiding te vinden. Het programma kan tot drie jaar duren en mogelijk met nogmaals drie jaar worden verlengd als de cliënt jonger dan 60 jaar is. Een verlenging vindt plaats als er wordt verwacht dat de cliënt in de toekomst toch zal kunnen werken. De meeste verlengingen komen voor bij jonge cliënten die omscholing nodig hebben om terug te keren naar werk. Ressourceforløb wordt ingezet als een flexi-job (nog) niet mogelijk is. Het kan ook een laatste stadium voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn. Het uiteindelijke doel van resourceforløb is om de cliënt te ondersteunen in het vinden van een gepaste betaalde baan (bijvoorbeeld een flexi-job). Indien de cliënt allerlei mogelijkheden heeft uitgeprobeerd om zijn of haar arbeidsvermogen te verbeteren, dan komt die mogelijk in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- **Arbeidsongeschiktheidsuitkering.** Denemarken kent twee typen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen: *førtids-* en *seniorpension*. Cliënten met een leeftijd van onder de staatspensioenleeftijd (dit is afhankelijk van geboortjaar en is momenteel 67 tot 69 jaar)¹⁸⁰ kunnen in aanmerking komen voor een *førtidspension*. Cliënten met een leeftijd van minder dan zes jaar onder de staatspensioenleeftijd kunnen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een *seniorpension*. De arbeidsongeschiktheidscriteria die worden gehanteerd, verschillen per uitkering. Daarnaast loopt de beoordeling van het *førtidspension* via het interdisciplinaire rehabilitatieteam. De beoordeling van het *seniorpension* verloopt sinds 2021 via een onafhankelijke eenheid 'seniorpension' onder het zelfbesturende pensioenfonds ATP (*Arbejdsmarkedets Tillægspension*, te vertalen als Aanvullend Arbeidsmarktpensioen).¹⁸¹

¹⁷⁸ Het is mogelijk om je als werknemer privaat te verzekeren tegen deze daling in inkomsten.

¹⁷⁹ Zie Europese Commissie. (2022).

¹⁸⁰ Zie Lifeindenmark. *State Pension*.

¹⁸¹ Zie Retsinformation (2020a).

Førtidspension

De cliënt kan aanspraak maken op førtidspension als hij of zij een leeftijd heeft van onder de staatspensioenleeftijd.¹⁸² Daarnaast moet de cliënt aan een aantal andere criteria voldoen:

- De cliënt heeft verlies van arbeidsvermogen en is substantieel en permanent beperkt in een dusdanige mate dat deze niet genoeg kan verdienen om zichzelf te kunnen onderhouden, ook niet met een flexi-job. De mate van arbeidsongeschiktheid is niet wettelijk vastgelegd in percentages of uren. Vaak wordt er voor de cliënt een oefenwerkplek bij een reguliere werkgever gezocht. Deze praktijksituatie wordt meestal gebruikt als instrument in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De case worker ondersteunt de cliënt in het vinden van een oefenwerkplek.¹⁸³ De duur hiervan is niet wettelijk vastgelegd. In de praktijk moet de cliënt echter vaak twaalf weken in deze oefensituatie werken (bij sommige gemeenten is dit langer). De case worker checkt regelmatig hoe het met de cliënt gaat. De werkgever moet aan de gemeente over dit traject rapporteren. Daarnaast is de werkgever verplicht om deel te nemen aan een eindevaluatie. Hierin geeft de werkgever aan de gemeente door wat het aantal effectieve werkuren is dat de cliënt kan werken. Voorwaarde voor de start van dit proces is dat de cliënt gemotiveerd is om hieraan mee te werken. Indien dit niet het geval is, dan komt de cliënt niet in aanmerking voor het arbeidsongeschiktheidsuitkering.¹⁸⁴ Indien de cliënt tijdens deze praktijksituatie aangeeft dat werken niet gaat, dan wordt dit meestal voor waar aangenomen. Wel wordt er gekeken naar consistentie vanaf het begin van de ziekmelding.¹⁸⁵ Soms is het nodig dat de cliënt op meerdere oefenplekken werkt bij verschillende werkgevers voordat het arbeidsvermogen beoordeeld kan worden.
- De cliënt heeft alle reële mogelijkheden om het arbeidsvermogen te verbeteren doorlopen. Het kan daarom zo zijn dat de cliënt verschillende stappen op het gebied van revalidatie en re-integratie (binnen bijvoorbeeld resourceforløb of flexi-job) doorloopt voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend. Sinds 2018 is wettelijk vastgelegd dat resourceforløb enkel mag worden ingezet om de cliënt te ondersteunen in het bevorderen van arbeidsvermogen en terugkeer naar werk als er een realistische kans is dat dit zinvol is. Resourceforløb mag niet worden ingezet met als doel om toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering uit te stellen.¹⁸⁶ Vanaf de eerste ziekte dag totdat de cliënt een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt toegekend, is een lang proces dat meerdere jaren kan duren. Als het echter meteen duidelijk is dat de cliënt nooit zal kunnen terugkeren naar werk, ook niet met ondersteuning, dan kan de arbeidsongeschiktheidsuitkering zonder verdere re-integratie-inspanningen worden toegekend.
- Indien de cliënt Deens staatsburger is, dan moet die ten minste drie jaar in Denemarken hebben gewoond vanaf de leeftijd van 15 jaar. Cliënten uit het buitenland moeten minimaal tien jaar in Denemarken hebben gewoond, waarvan ten minste vijf jaar direct voorafgaand aan de claim.¹⁸⁷

De cliënt kan aanspraak maken op een volledig arbeidsongeschiktheidsuitkering als hij of zij vanaf 15 jaar tot aan de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor 90% van de tijd in Denemarken heeft gewoond. Indien de cliënt voor minder dan 90% in Denemarken heeft gewoond voorafgaand aan de aanvraag, (maar wel aan de minimale inwoningsduur voldoet) dan wordt er een gedeeltelijke uitkering uitgekeerd.¹⁸⁸

Førtidspension bedraagt DKK 19.360 (€ 2.602) voor alleenstaanden en DKK 16.457 (€ 2.212) voor getrouwde of samenlevende cliënten. Hierbij is sprake van een inkomenstoets.^{189, 190}

¹⁸² In speciale gevallen kan de gemeente ook førtidspension toekennen zonder dat de cliënt dit heeft geclaimd. Bijvoorbeeld bij een cliënt met hersenletsel voor wie het doen van een aanvraag onmogelijk is. Het revalidatieteam bespreekt de zaak en vervolgens neemt de gemeente de beslissing.

¹⁸³ De vertegenwoordiger van het regionale ziekenhuis kan de case worker eventueel vanuit sociaal-medisch perspectief adviseren over een geschikte werkomgeving voor de desbetreffende cliënt.

¹⁸⁴ Vervolgens kan de cliënt wel aanspraak maken op het sociale vangnet. Dit is de laagste sociale uitkering (vergelijkbaar met een bijstandsuitkering in Nederland).

¹⁸⁵ Het komt voor dat een cliënt door de aard van de ziekte niet in een testsituatie kan worden geplaatst. In zulke gevallen is er een huisbezoek mogelijk om het resterende arbeidsvermogen te beoordelen. Moet er tijdens dit bezoek alleen het resterende arbeidsvermogen van de cliënt onderzocht worden, dan kan het worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of een ergotherapeut vanuit het job center. Deze professional kijkt naar de dagelijkse levensverrichtingen (ADL) van de cliënt. Als hieruit blijkt dat de cliënt ondersteuning nodig heeft in het dagelijks leven, dan komt er een arts vanuit de gemeente bij de cliënt langs. Dit proces is overigens niet gestandaardiseerd.

¹⁸⁶ Zie Bengtsson (2019).

¹⁸⁷ Zie Missoc (2022b).

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Zie Missoc (2022b).

¹⁹⁰ Udbetaling Danmark, de autoriteit die de uitkeringen uitkeert, heeft toegang tot deze persoonsinformatie via het burgerservicenummer.

Seniorpension

Seniorpension is een arbeidsongeschiktheidsuitkering waar een cliënt met een leeftijd van minder dan zes jaar onder de staatspensioenleeftijd aanspraak op kan maken. Hiernaast moet de cliënt aan een aantal andere criteria voldoen:

- Het arbeidsvermogen van de cliënt is door een ziekte of gebrek duurzaam gereduceerd tot minder dan 15 uur per week. Hierbij wordt gekeken naar hoeveel uren de cliënt in zijn of haar laatste functie zou kunnen vervullen. De reguliere arbeidsmarkt wordt buiten beschouwing gelaten.
- De cliënt dient 20-25 jaar ten minste 27 uur te hebben gewerkt (of een equivalente arbeidsduur) om aanspraak te kunnen maken op deze uitkering.
- De cliënt dient in Denemarken gehuisvest te zijn en minimaal 3 jaar (fulltime) in Denemarken te hebben gewoond.¹⁹¹

De aanvraag voor seniorpension verloopt via een onafhankelijke 'eenheid seniorenpensioen'. Deze eenheid is verantwoordelijk voor het verwerken en beoordelen van aanvragen. Deze eenheid valt sinds 2021 onder de uitvoeringsorganisatie voor aanvullend arbeidsmarktpensioen (Arbejdsmarkedets Tillægspension, afgekort ATP). De gemeente waarin de aanvrager woont, is verantwoordelijk voor ondersteuning bij de digitale aanvraag¹⁹² en voor contact met ATP namens de burger.¹⁹³ Als de eenheid het arbeidsvermogen van de cliënt onderzoekt (ten opzichte van de laatste baan), kan die informatie opvragen bij de gemeente. Daarnaast kan de eenheid medische informatie, advies en beoordelingen vragen bij de behandelend arts en de sociaalgeneeskundige afdeling van het regionale ziekenhuis.¹⁹⁴

De hoogte van de uitkering is vergelijkbaar met die van førtidspension.¹⁹⁵ Onder seniorpension is de cliënt niet verplicht om deel te nemen aan re-integratieactiviteiten.¹⁹⁶

10.3.1. Rapportage

In de adviesrapportage geeft het interdisciplinaire rehabilitatieteam een aanbeveling waarin een advies wordt geformuleerd en onderbouwd. Een aantal (eerder benoemde) vaste elementen in het rapport zijn een beschrijving van: een relevante werkgelegenheids- of opleidingsdoelstelling van de cliënt; welke werkgelegenheidsgerichte, onderwijsgerichte, sociale of gezondheidsinitiatieven nodig zijn om het arbeidsvermogen van de cliënt te herstellen; organisatie van opvolging van het proces; of het team de cliënt nogmaals wenst te zien en eventueel de volgorde waarop de cliënt rehabilitatie-inspanningen moet uitvoeren.

10.3.2. Beslissing

Vervolgens beslissen de niet-medische, administratieve 'beslissingsambtenaren' van de gemeente of het plan wordt aangenomen of niet en krijgt de cliënt bericht van deze administratieve beslissing. Meestal (90% van de gevallen) gaat deze ambtenaar mee in het advies van het rehabilitatieteam. Indien de ambtenaar het oneens is met het advies van het rehabilitatieteam, dan dient de zaak nogmaals bij het team te worden voorgebracht. Vervolgens wordt opnieuw een besluit geformuleerd. In dit besluit moeten de toegepaste wetten worden vermeld. Vooral bij afwijzing is het van belang dat er een begrijpelijke uitleg wordt gegeven voor deze keuze. Dit zorgt voor meer begrip bij de cliënt en maakt het tegelijkertijd eenvoudiger voor de cliënt om in beroep te gaan.

10.3.3. Multimorbiditeit

Veel cliënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen, hebben meerdere diagnoses. De helft van de cliënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt heeft een mentale diagnose. Vaak gaat deze mentale diagnose gepaard met een fysieke diagnose. Het is lastig om te onderzoeken hoe deze diagnoses elkaar beïnvloeden. Daarnaast hangt het van persoon tot persoon af hoeveel een bepaalde ziekte het (tot werk gerelateerde) functioneren beïnvloedt. Daarom is er geen andere benadering bij cliënten waarbij sprake is van multimorbiditeit. Net zoals bij cliënten met een enkelvoudige diagnose wordt er vanuit meerdere disciplines, sociaal en medisch, naar de situatie van de cliënt gekeken. Er vindt in de praktijk wel een andere beoordeling plaats bij multiproblematiek. Als dat het geval is, dan zijn professionals vanuit meerdere disciplines namelijk nauwer betrokken bij de rehabilitatie van de cliënt.

10.3.4. Algemene verordening gegevensbescherming

Bij de aanvraag van de ziekte-uitkering geeft de cliënt schriftelijk toestemming voor inzage van benodigde medische informatie door de gemeente (inclusief job center) en de sociaalgeneeskundige afdeling van het regionale ziekenhuis. Indien het nodig is dat de sociaalgeneeskundige afdeling een aanvullend medisch onderzoek uitgevoerd, dan vragen sommige regionale ziekenhuizen nogmaals om toestemming voor inzage in de medische informatie. Dit is echter niet verplicht. Toegang tot medische informatie wordt als noodzakelijk beschouwd om tot een goede beoordeling te komen en de juiste rehabilitatieondersteuning aan te kunnen bieden.

¹⁹¹ Zie Lifeindenmark, *Seniorpension*.

¹⁹² Zie Arbejdsmarkedets Tillægspension, *Seniorpension*.

¹⁹³ Zie Retsinformation (2021b).

¹⁹⁴ Zie Retsinformation (2020b).

¹⁹⁵ Zie Lifeindenmark, *Seniorpension*.

¹⁹⁶ Zie Missoc (2022b).

10.4. Na de beslissing

Na de beslissing over de arbeidsongeschiktheidsuitkering volgt er alleen in bijzondere gevallen een herbeoordeling. De gemeente biedt cliënten gedurende de uitkeringsperiode op vrijwillige basis re-integratieactiviteiten aan. Ook heeft een cliënt bezwaar- en beroepsmogelijkheden als hij of zij zich niet kan vinden in de beslissing.

10.4.1. Herbeoordeling

Indien førtidspension wordt toegekend, dan wordt dit meestal uitbetaald tot en met de staatspensioenleeftijd. Enkel in bijzondere gevallen wordt er een herbeoordeling uitgevoerd, bijvoorbeeld als de mogelijkheid bestaat dat de cliënt toch mogelijk weer zou kunnen gaan werken. Zoals bij de noodzaak van een orgaantransplantatie, waarbij er zowel kans is dat de cliënt overlijdt of dat er geen transplantatie plaatsvindt, als dat de cliënt wel een transplantatie krijgt en herstelt, waardoor die weer zou kunnen werken. Hierbij wordt een herbeoordelingstermijn afgesproken. Ook als een cliënt tegen alle verwachtingen in toch weer kan werken, dan kan de gemeente de arbeidsongeschiktheidsuitkering stopzetten. Dit gebeurt echter slechts vijftien tot twintig keer per jaar.

Bij seniorpension worden er geen herbeoordelingen uitgevoerd en wordt de uitkering uitbetaald tot de staatspensioenleeftijd. Wel is het mogelijk dat de uitkering tijdelijk wordt stopgezet als de cliënt gedurende een bepaalde periode meer dan vijftien uur per week werkt of meer dan DKK 224.640 (€ 30.173) per jaar verdient.¹⁹⁷

10.4.2. Re-integratie

De gemeente biedt re-integratieactiviteiten aan voor cliënten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Deelname hieraan is op vrijwillige basis en worden nauwelijks benut. Als de cliënt na toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkering tegen alle verwachtingen in toch weer wil proberen om te werken in een flexi-job, dan wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdelijk stopgezet. Mocht het de cliënt niet lukken om in de flexi-job te werken, dan wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkering weer geactiveerd. De maximale duur van deze tijdelijke stopzetting is niet wettelijk vastgelegd. Gemeenten kunnen de duur van de stopzetting zelf vaststellen als zij dit nodig vinden.

10.4.3. Bezwaar en beroep

Na de beoordeling kan de cliënt bij de gemeente bezwaar maken tegen de beslissing. De gemeente kan hierin meegaan en de beoogde uitkering alsnog toekennen. Dit gebeurt echter niet vaak.

Indien de gemeente het bezwaar niet honoreert, dan moet die de zaak doorzetten naar Ankestyrelsen (de nationale beroepsraad voor sociale zaken). Deze raad kan het beroep afwijzen, de beslissing van de gemeente wijzigen of bepalen dat er een nieuwe beoordeling uitgevoerd moet worden. In het laatste geval wordt de zaak teruggestuurd naar een case worker en bereidt deze opnieuw de zaak voor om voor te leggen aan het interdisciplinaire rehabilitatieteam.¹⁹⁸ Dit nieuwe proces kan anders verlopen dan het oorspronkelijke en is meestal van kortere duur. In 10% van de gevallen waarin beroep wordt aangetekend tegen de beslissing, wordt het beroep gehonoreerd.

¹⁹⁷ Zie Lifeindenmark, *Seniorpension*.

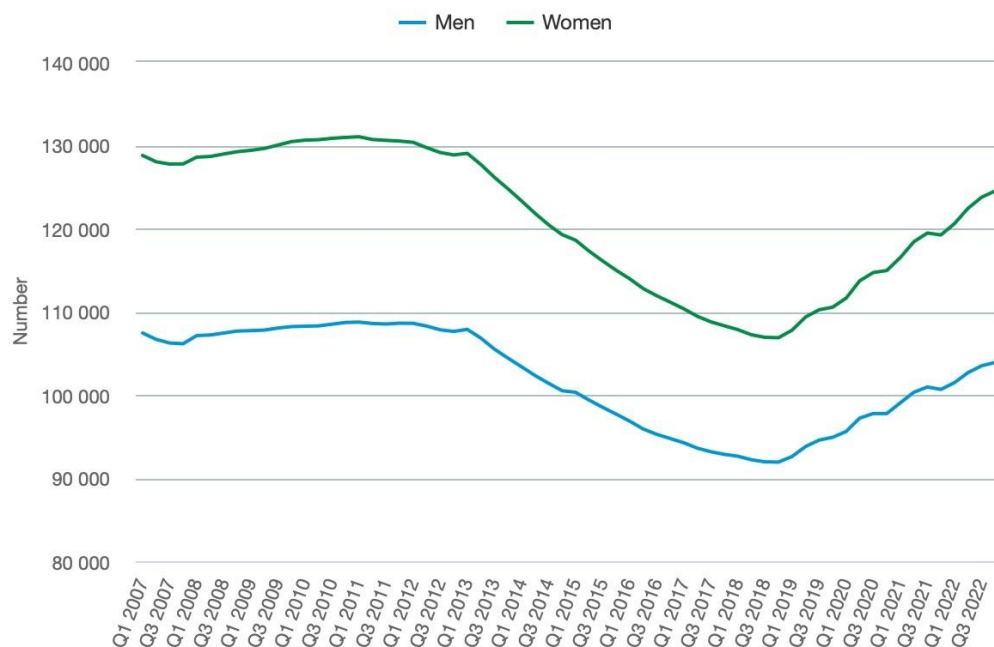
¹⁹⁸ Dit is niet altijd dezelfde case worker als die in het oorspronkelijke proces.

Box 10.3 Hervormingen Deense arbeidsongeschiktheidsstelsel

- In 2013 zijn er binnen het arbeidsongeschiktheidsstelsel hervormingen doorgevoerd met als doel instroom in førtidspension te verkleinen en arbeidsparticipatie te vergroten. Om dit te bereiken werd er ingezet op uitkeringen waarin de nadruk ligt op rehabilitatie, zoals ressourceforløb.
- De sterke daling van het aantal cliënten die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvingen na 2013 is deels te verklaren door het opnieuw beoordelen van cliënten die eerder een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend hadden gekregen.

Persons receiving public benefits

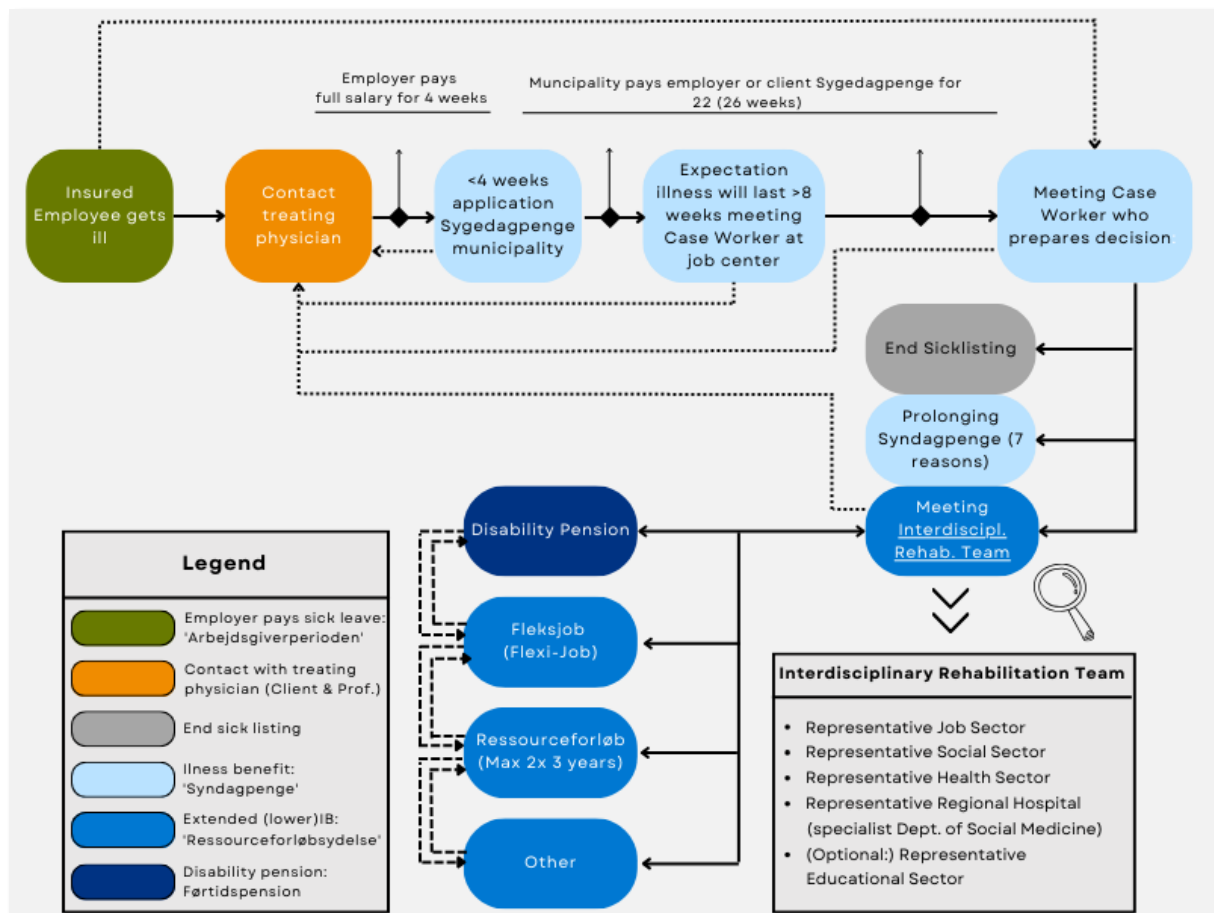
Type of benefits: Disability Pension | Sex:



199

¹⁹⁹ Zie Statistics Denmark, *Persons on old-age pension or disability pension*.

Figuur 10.1 Stroomschema arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in Denemarken



11. Ierland



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Ierland is gebaseerd op deskresearch, een ingevulde vragenlijst en een interview. Er is een interview gedaan met een arts sociale geneeskunde van de socialezekerheidsinstantie. Er is een consistentiecheck gedaan door de uitgewerkte informatie meerdere malen schriftelijk voor te leggen aan de geïnterviewde. Ook zijn nog meerdere malen schriftelijk aanvullende vragen gesteld en is er telefonisch contact geweest om de antwoorden hierop te bespreken.

Context

Ierland heeft een inwonersaantal van 5,1 miljoen (2022) en kent een bevolkingsdichtheid van 70 personen per km². De dichter bevolkte gebieden bevinden zich voornamelijk in the Greater Dublin Area. Ongeveer 63% woont in stedelijk gebied en 37% in landelijk gebied, voornamelijk aan de kust: 1,9 miljoen personen wonen binnen 5 km van de kustlijn.²⁰⁰

Binnen de socialezekerheidsinstantie voert The Medical Review and Assessment Service (afgekort als MRAS) de regelingen uit voor ziekte en arbeidsongeschiktheid. Ierland heeft in totaal vijftien regelingen voor personen die gezondheidszorg nodig hebben of (tijdelijk) niet kunnen werken. De regelingen vallen onder The Social Welfare Consolidation Act (2005).

Alle werkenden (zowel werknemers als zelfstandigen) zijn verplicht om zich te verzekeren voor arbeidsongeschiktheid via hun arbeidscontract. Om in aanmerking te kunnen komen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering moet er ten minste 260 weken premie zijn betaald, waarvan ten minste 48 weken premie in het voorgaande of een-na-laatste jaar voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid. Er is ook een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit een sociale bijstandsregeling (niet afhankelijk van premies).

²⁰⁰ Zie Central Statistics Office, *Census of Population 2022 – Preliminary Results*.

11.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Ierland in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

In Ierland kan de cliënt vanaf één jaar ziekte een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen, indien de verwachting is dat hij of zij vervolgens nog minimaal een jaar niet kan werken door ziekte. De huisarts moet het eens zijn met de aanvraag. Werknemers en zelfstandigen betalen premie en komen hiermee in aanmerking voor het Invalidity Pension. Er is ook een arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit sociale bijstand, onafhankelijk van premies. Een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering is mogelijk, voor 50% of voor 75% van het volledige bedrag. Herbeoordelingen vinden alleen plaats als de MRAS de inschatting maakt dat een herbeoordeling zinvol kan zijn gebaseerd op de verwachte duur van het herstel en mogelijkheden om terug te keren naar werk.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt moet voor het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering een formulier invullen waarop kan worden aangegeven hoe de aandoening activiteiten in het dagelijks leven beïnvloedt. De huisarts van de cliënt moet daarnaast een medisch certificaat opstellen voor de aanvraag. Indien er andere behandelaars betrokken zijn (bijvoorbeeld een medisch specialist of fysiotherapeut), dan kunnen zij ook een medisch rapport aanleveren. De cliënt wordt niet gezien door de arts sociale geneeskunde.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

De informatie benodigd voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid wordt verzameld door een administratief medewerker van de MRAS. Een arts sociale geneeskunde van de MRAS voert met een desk assessment de beoordeling uit en geeft een advies over de mate van arbeidsongeschiktheid. De uiteindelijke beslissing wordt gemaakt door een beslissingsbevoegde ambtenaar van de MRAS (niet-medisch professional), die bepaalt of de cliënt voldoet aan de juridische vereisten voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

Indien een cliënt met meerdere diagnoses wordt beoordeeld, dan beoordeelt de arts sociale geneeskunde eerst de aandoening met de meeste impact op de arbeidsbeperking. Ook alle andere diagnoses worden beoordeeld. Conform het ICF-model worden alle aandoeningen beoordeeld in een overkoepelend advies over de arbeidsmogelijkheden van de cliënt.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

Wijzigingen in het aanvraagformulier worden in het licht van de privacywetgeving beoordeeld door een gespecialiseerd medewerker van de MRAS. Daarnaast moeten de cliënt en de behandelend arts schriftelijk toestemming geven dat hun medische informatie gedeeld mag worden met de MRAS voor de beoordeling.

Bijzonderheden

- Voor 2009 werden alle cliënten face-to-face gezien. Door een stijgende vraag naar sociaal-medische beoordelingen en een beperkt aantal beoordelende professionals was het niet mogelijk dit vol te houden. Daarom is het desk assessment ingevoerd.
- Er wordt weinig aan re-integratie gedaan. Behandelend artsen zien dat niet als hun taak en werkgevers hebben geen prikkel of middelen om in te zetten op re-integratie.
- De beslissingsambtenaar kan op basis van het aangeleverde medische certificaat besluiten om de beoordeling van de arts sociale geneeskunde niet over te nemen.

11.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

Als een werknemer in Ierland ziek wordt, dan heeft de werkgever geen verplichting om het loon door te betalen. Zieke werknemers (zowel werknemers als zelfstandigen) komen in aanmerking voor een ziekte-uitkering (Illness Benefit). De huisarts moet hiervoor een medisch certificaat opstellen en daarin persoonlijke informatie van de cliënt, een korte beschrijving van het werk en de diagnose opnemen. De diagnose wordt zowel als ICD-10-code opgenomen in het medisch certificaat als aangevinkt in een lijst van 63 aandoeningen. De socialezekerheidsinstantie (MRAS) kent de uitkering toe op basis van het medisch certificaat van de huisarts. De ziekte-uitkering is een vast bedrag, op categoriebasis ten opzichte van het vorige loon (zie tabel 11.1). De MRAS onderneemt actie als de op voorhand verwachte ziekteduur wordt overschreden. De MRAS heeft hiertoe voor de meest voorkomende aandoeningen een verwachte ziekteduur vastgesteld. Bijvoorbeeld in geval van een longontsteking zou iemand binnen 2 à 3 weken hersteld moeten zijn. Indien dat niet het geval is, dan wordt de cliënt opgeroepen voor een klinische beoordeling bij de MRAS. De huisarts wordt dan gevraagd om een tweede medisch certificaat op te stellen met daarin uitgebreide informatie over het verloop van de aandoening, de behandeling en de prognose. De cliënt wordt in dit geval wel face-to-face gezien. Dit duurt gemiddeld 20 minuten. Vervolgens wordt er in een rapport van ongeveer 11 pagina's vastgelegd of de cliënt nog te ziek is om te werken of weer aan het werk zou kunnen gaan. De maximumduur voor deze uitkering is twee jaar. De ziekte-uitkering wordt uitbetaald zolang iemand ziek is.

Tabel 11.1 Hoogte ziekte-uitkering

Voormalig inkomen per week	Hoogte ziekte-uitkering
≥ € 300	€ 208
€ 220-€ 300	€ 162,90
€ 150-€ 220	€ 134,20
< € 150	€ 93,30 ²⁰¹

De cliënt kan hierbovenop aanvullende toeslagen ontvangen, bijvoorbeeld voor de verzorging van een kind.²⁰²

Re-integratie

Er wordt in de periode van de ziekte-uitkering weinig aan re-integratie gedaan. Werkgevers hoeven geen loon door te betalen en hebben daarom geen reden om in te zetten op terugkeer naar werk. Bij grote (internationale) bedrijven gebeurt dat soms wel, maar in Ierland is 85% van de bedrijven klein tot middelgroot (minder dan 3-5 werknemers). De kleine en gemiddelde werkgevers hebben geen middelen waarmee ze re-integratie kunnen bekostigen. De huisartsen of medisch specialisten zien het ook niet als hun taak om naar arbeidsmogelijkheden te kijken of de patiënt aan te moedigen om te re-integreren.

11.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Als een cliënt langer dan één jaar niet kan werken vanwege ziekte en er verwacht wordt dat deze persoon ook het komende jaar niet kan werken, dan kan een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden aangevraagd. De huisarts moet de aanvraag steunen en informatie aanleveren. Een administratief medewerker van de MRAS gaat na of de informatie voor de aanvraag volledig is. Indien de aanvraag compleet is, dan wordt deze doorgezet voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De beoordeling voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt verricht door een arts sociale geneeskunde. Er zijn er in totaal tussen de dertig en veertig in Ierland. In Ierland is een arts sociale geneeskunde een arts die een erkende vervolgopleiding gevolgd heeft, een zesweekse training in beoordelen, en minimaal drie jaar klinische ervaring heeft opgedaan. Onder de artsen sociale geneeskunde bevinden zich bijvoorbeeld psychiaters, reumatologen en huisartsen. Ook wordt de arts sociale geneeskunde in het eerste jaar actief ondersteund, gemonitord en begeleid. De MRAS heeft een actief nascholingsprogramma met medische educatie en training. Verder zijn er twee bijeenkomsten per week, waar moeilijke casussen besproken kunnen worden binnen het team. Ook wordt het aangemoedigd om een tweejarige opleiding te volgen in bedrijfsgeneeskunde.

Het proces van aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering tot de uiteindelijke beslissing duurt gemiddeld acht weken. Vanaf het moment dat het dossier bij de arts sociale geneeskunde aangeleverd wordt, wordt de beoordeling gemiddeld binnen vijftien werkdagen uitgevoerd.

Invalidity Pension en Disability Allowance

Er zijn twee vormen van een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering: Invalidity Pension en Disability Allowance. Het Invalidity Pension is een arbeidsongeschiktheidsuitkering die gefinancierd wordt uit betaalde premies. Disability Allowance is een sociale arbeidsongeschiktheidsuitkering voor cliënten die nog onvoldoende aan betaalde premies hebben opgebouwd. Hieraan is een middelentoets verbonden.²⁰³

De cliënt kan aanspraak maken op Invalidity Pension indien:

- de cliënt tussen de 16 en 66 jaar oud is;
- de cliënt ten minste 1 jaar niet heeft kunnen werken en waarschijnlijk ook het komende jaar niet terug kan keren in werk vanwege de aandoening, of permanent arbeidsongeschikt is door een ernstige ziekte of beperking (in zo een geval is er geen wachttijd);
- de cliënt (als werknemer of zelfstandige) in totaal ten minste 260 weken premie heeft betaald, waarvan ten minste 48 weken premie in het voorgaande jaar of het een-na-laatste jaar voorafgaand aan de claim.²⁰⁴

De cliënt kan aanspraak maken op Disability Allowance indien:

- de cliënt tussen de 16 en 66 jaar oud is;
- de cliënt ten minste één jaar niet heeft kunnen werken of indien er verwacht wordt dat de cliënt het komende jaar niet terug kan keren in werk vanwege aandoening of ziekte;
- de cliënt door de ziekte of aandoening substantieel beperkt is voor werk passend bij leeftijd, ervaring en opleiding;
- de cliënt voldoet aan een middelentoets.²⁰⁵

Voor beide vormen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt de mate van arbeidsongeschiktheid op dezelfde manier beoordeeld. Ook is het uitgekeerde bedrag gelijk.

²⁰¹ Zie Missoc (2022a).

²⁰² Ibidem.

²⁰³ Een toets van het inkomen van de cliënt en het inkomen van een eventuele echtgeno(o)t(e) of partner. Zie gov.ie (2023).

²⁰⁴ Zie Keogh et al. (2019).

²⁰⁵ Zie Irish National Organisation of the Unemployed, *Disability Allowance*.

De volledige arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (Invalidity Pension en Disability Allowance) berusten op een vast bedrag per week (€ 220 in 2023). Daarnaast zijn er een aantal secundaire voordelen die hetzelfde zijn voor beide uitkeringen:

- Kosteloos reizen met openbaar vervoer.
- Financiële ondersteuning voor huishoudelijke hulp.
- Financiële ondersteuning voor telefoongebruik.
- Een 'Medical card' (subsidie voor medische behandelingen).

Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid

Clënten die een volledige Invalidity Pension ontvangen, mogen daarnaast niet werken. Mocht de cliënt met een Invalidity Pension toch weer willen gaan werken, dan kan er een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden aangevraagd, die dan lager is. De arbeidsbeperking moet dan worden beoordeeld naar matig, ernstig of volledig. De hoogte van de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering hangt af van de ernst van de arbeidsbeperking. Bij 'volledig', ontvangt de cliënt 100% van het Invalidity Pension. Bij 'matig' wordt 50% van het Invalidity Pension uitgekeerd en bij 'ernstig' 75%.²⁰⁶

Indien een cliënt een Disability Allowance ontvangt, dan mag die daarnaast werken zolang er aan de middelentoets wordt voldaan. Wekelijkse inkomsten onder € 165 worden niet meegenomen in de middelentoets. Wekelijkse inkomsten tussen € 165 en € 375 worden voor 50% meegenomen in de middelentoets. Wekelijkse inkomsten boven € 375 per week worden volledig meegenomen in de middelentoets.²⁰⁷

11.3.1. Beoordeling

De beoordeling voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering vindt plaats op basis van een desk assessment, de cliënt wordt niet fysiek gezien. Voor de beoordeling kijkt de arts sociale geneeskunde naar drie bronnen:

- Een medisch rapport van de huisarts. In dit rapport staat uitgebreid de diagnose beschreven, de beperkingen die de cliënt ervaart en informatie over de aandoening (hoe is de behandeling verlopen, welke onderzoeken zijn verricht, wat zijn de behandeluitkomsten en wat is de functionele status). Ook gaat de huisarts in op de prognose.
- Een zelfrapportagevragenlijst van de cliënt. Hierin wordt gevraagd naar:
 - een medisch overzicht, huidige en vorige beroepen, onderwijsniveau, aanvullende opleiding of cursussen;
 - afgeronde onderzoeken, onderzoeken die momenteel uitgevoerd worden en een medicatieoverzicht;
 - de fysieke en mentale gezondheid en hoe dit het dagelijks leven beïnvloedt, om de functionele mogelijkheden van de cliënt vast te stellen.
- Een rapport van betrokken zorgverleners. Het kan gaan om medisch specialisten, maar bijvoorbeeld ook om een betrokken fysiotherapeut of psycholoog.

De arts sociale geneeskunde beoordeelt de informatiebronnen eerst volgens de drie C's: consistency, credibility en consensus: is de informatie consistent, geloofwaardig en komen de documenten overeen gezien de geschetste situatie van de cliënt.

De beoordeling wordt vervolgens uitgevoerd op basis van het biopsychosociaal model: dit model gaat ervan uit dat er niet één oorzaak is voor beperkingen. Het ICF-model wordt, als uitwerking van het biopsychosociaal model, gehanteerd voor de beoordeling. Vanuit de ICF-classificatie zijn verschillende domeinen van gezondheid geëxtraheerd, uitgedrukt als functies en activiteiten die worden beoordeeld naar de mate van beperking. De arts sociale geneeskunde beoordeelt onderstaande domeinen:

Tabel 11.2 Overzicht domeinen van gezondheid voor de beoordeling

ICF-classificatie: 16 functies en activiteiten			
Mentale gezondheid en gedrag	Intellectuele mogelijkheden	Bewustzijn	Balans, coördinatie
Zicht	Gehoor	Spraak	Continuïteit
Reiken	Tillen en dragen	Handmatige behendigheid	Buigen, knielen, hurken
Zitten en opstaan	Staan	Traplopen	Lopen

Van alle zestien functies en activiteiten wordt beoordeeld of de cliënt door de ziekte of aandoening normaal functioneert, of mild, matig, sterk of ernstig beperkt wordt in het dagelijks leven vanwege de aandoening of ziekte. Vervolgens maakt de arts sociale geneeskunde van deze beoordeling een vertaalslag naar beperkingen en mogelijkheden in toepasselijk werk.²⁰⁸ Dit doet de arts door naar de achtergrond, opleiding, competenties en werkervaring van de cliënt te kijken. Voor het toekennen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering is het verder een vereiste dat de arbeidsbeperking naar verwachting ten minste één jaar of langer gaat duren.

²⁰⁶ Zie Missoc (2022b).

²⁰⁷ Zie Gov.ie (2023).

²⁰⁸ Zie Keogh et al. (2019).

De arts komt tot een klinisch oordeel over het geheel aan beschikbare informatie en beoordeelt of de cliënt in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering gezien zijn beperking, de ernst van de beperking, de verwachte duur van de beperking en de huidige functionele status. De rapportage over de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt opgesteld door de arts sociale geneeskunde, en telt 1 of 2 pagina's.

11.3.2. Beslissing

De rapportage die de arts sociale geneeskunde heeft opgesteld, gaat vervolgens naar een beslissingsambtenaar. De beslissingsambtenaar is een niet-medisch professional die is aangesteld door de afdeling Sociale bescherming (Department of social protection). Deze professional controleert of de administratieve data volstaan, bekijkt de medische informatie die de behandelend arts heeft toegestuurd, bekijkt de beoordeling van de arts sociale geneeskunde en komt tot een beslissing: toekenning of geen toekenning. In het geval er sprake is van een afwijzing, dan moet deze afwijzing duidelijk gemotiveerd worden. De beslissingsambtenaar kan afwijken van de beoordeling van de arts sociale geneeskunde op basis van de informatie die geleverd is. De beslissingsambtenaar beschouwt zowel het medisch certificaat van de huisarts als de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van de arts sociale geneeskunde. Vervolgens kan de beslissingsambtenaar ervoor kiezen om mee te gaan in de beoordeling van de arts sociale geneeskunde en de uitkering toekennen.²⁰⁹ De beslissingsambtenaar kan echter ook besluiten om, op basis van het medische document van de behandelend arts, de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling van de arts sociale geneeskunde niet over te nemen. Zo kan de arts sociale geneeskunde oordelen dat een cliënt niet in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar de beslissingsambtenaar kan vervolgens beslissen dat de cliënt wel in aanmerking komt op basis van het oordeel van de behandelend arts. In de meeste gevallen neemt de beslissingsambtenaar echter de beoordeling van de arts sociale geneeskunde over. De beslissing van de beslissingsambtenaar is bindend.

11.3.3. Multimorbiditeit

Indien een cliënt meerdere diagnoses heeft, dan worden alle diagnoses beoordeeld conform het ICF-model. De arts sociale geneeskunde beoordeelt de impact van alle aandoeningen gezamenlijk op de arbeidsmogelijkheden van de cliënt.

11.3.4. Algemene verordening gegevensbescherming

De MRAS heeft een medewerker AVG. Deze medewerker kijkt mee als er bijvoorbeeld wijzigingen worden doorgevoerd in het aanvraagformulier. Verder moeten de cliënt en behandelend arts schriftelijk toestemming geven dat de medische informatie gedeeld mag worden met de MRAS voor de beoordeling. Medische informatie en vragenlijsten worden per post naar de MRAS gestuurd. Daar wordt het gescand en geüpload in het IT-systeem van de afdeling. Het IT-systeem is alleen toegankelijk voor aangewezen professionals via een versleuteld wachtwoord. Ook niet-medisch professionals mogen de medische informatie van de cliënt inzien, omdat dit nodig is om tot een beslissing te komen.

11.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Deze bespreken we hierna, net als de inzet van re-integratieactiviteiten en de momenten waarop herbeoordelingen aan de orde zijn.

11.4.1. Bezwaar en beroep

Indien de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt afgewezen, dan heeft de cliënt 21 dagen om bezwaar aan te tekenen en extra informatie aan te leveren of informatie op te helderen. Een arts sociale geneeskunde en de beslissingsambtenaar vanuit de MRAS beoordelen de toegevoegde of gewijzigde informatie. Indien ze het bezwaar gegrond achten, passen zij de beslissing aan.

Als de cliënt het vervolgens nog oneens is met de beslissing, dan kan die in beroep gaan. Dit kan bij het Social Welfare Appeal Office, een autonoom, onafhankelijk nationaal orgaan buiten de MRAS. De behandeling van de zaak kan langer duren dan de initiële aanvraag van arbeidsongeschiktheid, namelijk 24 weken. De professionals die het beroep afhandelen zijn niet-medisch. De uitspraak van dit orgaan is bindend en overschrijft de eerdere beslissing van de MRAS. De uitspraak volgt ofwel na een desk assessment (in de meeste gevallen) of na een hoorzitting waarbij de cliënt ook gehoord wordt.

²⁰⁹ Indien de cliënt ook aan de administratieve criteria voldoet.

Onderstaande percentages geven weer wat er gebeurt met de ingediende bezwaren voor de verschillende uitkeringen:²¹⁰

- In 2021 in totaal 727 bezwaren voor de ziekteregeling (Illness Benefit): 27,8% afgewezen, 59,6% beslissing aangepast door de beslissingsambtenaar, 5,9% bezwaar toegekend, 6,7% bezwaar teruggetrokken.
- Arbeidsongeschiktheidsuitkering:
 - In 2021 in totaal 2.007 bezwaren voor het Invalidity Pension: 33,6% afgewezen, 21,9% beslissing aangepast door de beslissingsambtenaar, 43,5% bezwaar toegekend, 0,9% bezwaar teruggetrokken.
 - In 2021 in totaal 5.575 bezwaren voor de Disability Allowance: 39,1% afgewezen, 11,5% beslissing aangepast door de beslissingsambtenaar, 48,6% bezwaar toegekend, 0,8% bezwaar teruggetrokken.

11.4.2. Re-integratie

Nadat de arbeidsongeschiktheidsuitkering is toegekend, is er nog maar weinig interactie met en betrokkenheid bij deze cliënten. Er worden zelden re-integratieactiviteiten ingezet. In 2015 is een onderzoek verricht onder uitkeringsgerechtigden. Hiervan gaf 40% aan dat zij zouden willen terugkeren naar een vorm van werk. De belangrijkste reden om dat niet te doen was de angst om de secundaire voordelen te verliezen. Een andere belangrijke reden was dat ze het gevoel hadden eerst educatie nodig te hebben, omdat banen door de jaren heen sterk veranderd zijn.

11.4.3. Herbeoordeling

Er zijn drie redenen voor een herbeoordeling:

- Indien de arbeidsongeschiktheidsuitkering is afgewezen, dan kan er een herbeoordeling worden gedaan.²¹¹
- Een klein deel van de herbeoordelingen wordt ingezet naar aanleiding van onderzoek vanuit de inspectie sociale zekerheid.
- Gecontroleerde herbeoordeling: voor cliënten die de uitkering krijgen en volgens de MRAS in aanmerking komen voor een herbeoordeling.

De MRAS maakt elk jaar in december een herbeoordelingsstrategie voor het daaropvolgende jaar. Hiervoor wordt een analyse gemaakt van de leeftijd van de cliënten, diagnoses, administratieve informatie en eerder gedrag (PEX-score: Probability of Exit). Het is niet mogelijk om iedereen te herbeoordelen. Daarom probeert de MRAS een inschatting te maken bij welke cliënten een herbeoordeling het zinvolst is. De prognose weegt hierin ook mee. Als er weinig verbetering wordt verwacht, dan zal er geen herbeoordeling gedaan worden. Het blijft een uitdaging om de herbeoordelingen tijdig in te zetten.

²¹⁰ Zie Social Welfare Appeals Office (2022).

²¹¹ Meestal levert de cliënt vervolgens nieuwe (uitgebreidere) informatie aan voor een nieuwe beoordeling.

12. Estland



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Estland is gebaseerd op deskresearch, een ingevulde vragenlijst en een interview met twee experts: een methodologisch expert van de socialezekerheidsinstantie en een methodologisch expert van het Estlandse Werkloosheidsverzekeringsfonds. Er is een consistentiecheck gedaan door de uitgewerkte informatie schriftelijk voor te leggen aan de geïnterviewden. Ook zijn nog meerdere malen schriftelijk aanvullende vragen gesteld.

Context

In Estland wonen 1,37 miljoen mensen (2023) en het heeft een bevolkingsdichtheid van ongeveer 29 personen per km². De populatie is in de laatste tien jaar met 3% gegroeid, met name door immigratie. Net als in de rest van Europa vindt er vergrijzing plaats in Estland: in 2000 was 15% van de bevolking 65 jaar of ouder, in 2021 was dit percentage toegenomen tot 20%. Tegelijkertijd zijn er steeds meer oudere mensen actief op de arbeidsmarkt. De bevolking concentreert zich met name in de steden, waarvan Tallinn de grootste is: hier woont 33% van de Estlandse bevolking.²¹²

In Estland bestaat de ziekteregeling uit een verplichte sociale verzekering voor werkenden die via de werkgever wordt betaald en een sociale verzekering voor zelfstandigen.²¹³ De hoogte van de ziekte-uitkering wordt berekend op basis van inkomstenverlies door ziekte. De uitkering wordt centraal verstrekt door het Estlandse Ziekteverzekeringsfonds Tervisekassa (tot april 2023 bekend als Eesti Haigekassa).²¹⁴

De Estlandse arbeidsongeschiktheidsregeling biedt een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering met een vast bedrag (niet gerelateerd aan inkomen) aan inwoners tussen 16 jaar en de pensioengerechtigde leeftijd indien er sprake is van een tijdelijke of permanente arbeidsbeperking. De arbeidsongeschiktheidsregeling wordt gefinancierd door de staat en uitgevoerd door het Estlands Werkloosheidsverzekeringsfonds (Eesti Töötukassa). Eesti Töötukassa valt onder de Estse socialezekerheidsinstantie (Sotsiaalkindlustusamet) die strategisch wordt aangestuurd door de minister van Sociale Zaken.²¹⁵

Werknemers die ziek of arbeidsongeschikt worden ten gevolge van of tijdens het werk, kunnen aanspraak maken op de ziekteregeling en de arbeidsongeschiktheidsregeling. Daarnaast moet de werkgever de werknemer een aanvullende vergoeding betalen ter compensatie.²¹⁶

²¹² Zie Statistics Estonia. *Statistikaamet*.

²¹³ Zie Drijvers et al. (2021).

²¹⁴ Zie Tervisekassa (2023).

²¹⁵ Zie Drijvers et al. (2021).

²¹⁶ Ibidem.

12.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Estland in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

De cliënt moet in Estland wonen en ouder dan 16 jaar te zijn en nog niet de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt. Daarnaast heeft de cliënt langdurige gezondheidsschade en is het onwaarschijnlijk dat hier de komende zes maanden verandering in optreedt. Verder moet de cliënt in ieder geval gecombineerd 4 punten scoren in de zeven op de ICF gebaseerde gebieden van de zelfrapportagevragenlijst. De functionele beperkingen die de cliënt aangeeft dienen te worden bevestigd door een diagnose die is vastgesteld door de behandelend arts. Op basis van een expertopinie van de arts sociale geneeskunde wordt vervolgens beoordeeld of er een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering moet worden toegekend. Ook is een voorwaarde dat de cliënt een adequaat en stabiel behandelplan volgt dat in overeenstemming is met wat de behandelend arts heeft voorgeschreven. Dit behandelplan heeft tot doel de gezondheidsproblemen van de cliënt te verhelpen in zoverre dit mogelijk is.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt doet zelf de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering (eventueel met hulp van een casemanager). Daarnaast vult de cliënt een aanvraagformulier en adaptieve zelfrapportagevragenlijst in die gebaseerd is op de ICF-classificaties. Hierbij voert de cliënt een zelfbeoordeling uit. Er wordt gevraagd naar functionele beperkingen en mogelijkheden. Informatie uit deze vragenlijst is essentiële informatie voor de beoordeling. Een ander essentieel element voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is medische informatie. Het medisch certificaat van een behandelend arts en de medische gegevens zijn beschikbaar via het elektronische patiëntendossier van de cliënt. De cliënt moet een half jaar voorafgaand aan de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering een arts hebben bezocht.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

In Estland zijn er diverse professionals betrokken bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De casemanager is een niet-medisch professional die, indien nodig, de cliënt ondersteunt in de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Daarnaast is er een arbeidsvermogenbeoordelingsspecialist van Eesti Töötukassa die ervoor zorgt dat het dossier volledig is. Deze specialist is een niet-medisch professional, die behandelend artsen kan vragen om aanvullende medische informatie over de cliënt in het elektronisch medische dossier te zetten. Ook kan deze specialist telefonisch contact opnemen met de cliënt bij onduidelijkheden of ontbrekende informatie in de vragenlijst. Verder is dit de professional die de uiteindelijke beslissing neemt over (gedeeltelijke) toekenning of afwijzing van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. De beoordeling wordt uitgevoerd door een arts sociale geneeskunde. Dit is een geregistreerde zorgverlener die ten minste twee jaar gedurende de afgelopen vijf jaar als arts in de curatieve sector heeft gewerkt en daar momenteel ook werkt. Deze arts werkt dus parttime voor Eesti Töötukassa naast zijn reguliere baan in de curatieve sector. Deze arts sociale geneeskunde heeft een speciale training gevolgd in de methodiek om arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Daarnaast is er een aantal artsen sociale geneeskunde die volledig voor Eesti Töötukassa werken en die de beoordelende artsen sociale geneeskunde opleiden en ondersteunen. Zij controleren daarnaast de beoordelingskwaliteit en zorgen voor de verbetering en ontwikkeling van de beoordelingsmethodologieën.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

De arts sociale geneeskunde beoordeelt het vermogen om te werken: de cliënt kan werken, kan gedeeltelijk werken of kan niet werken. Dit wordt beoordeeld aan de hand van het ICF-model en een expertopinie. Het maakt voor de beoordeling niet uit of iemand een of meerdere diagnoses heeft. De diagnose is enkel ter bevestiging van de aangegeven beperkingen.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

Het is voor niet-medisch professionals niet toegestaan om medische informatie in te zien. De arts sociale geneeskunde kan wel medische informatie inzien via het nationale elektronisch medisch dossier. Dit is nodig om de beoordeling uit te kunnen voeren. De cliënt moet daar toestemming voor geven. Er wordt bijgehouden welke bestanden op welk moment worden ingezien door de arts sociale geneeskunde, de cliënt kan dit ook zien. De arts sociale geneeskunde mag, wettelijk gezien, enkel documenten bekijken die relevant zijn voor de beoordeling. De arts sociale geneeskunde kan geen medische informatie downloaden.

Bijzonderheden

- In juli 2016 is er met een hervorming gestart in het Estse arbeidsongeschiktheidssysteem:
 - De arbeidsongeschiktheidsuitkering is niet langer onderdeel van het staatspensioen, maar wordt beschouwd als gerelateerd aan de arbeidsmarkt. Daarmee vindt de beoordeling van arbeidsongeschiktheid nu plaats bij het uitvoeringsinstituut voor werkloosheidsverzekeringen (Töötukassa).²¹⁷
 - De benadering van arbeidsongeschiktheid tijden is gewijzigd. Tot juli 2016 had Estland een Barema-arbeitsongeschiktheidssysteem: een systeem waarin verondersteld verlies van arbeidsvermogen direct wordt gekwantificeerd door ziekte en gebreken.²¹⁸ Na de hervorming wordt er een meer holistische benadering gehanteerd. Er wordt gekeken naar functionele beperkingen van de cliënt binnen verschillende ICF-gebieden. Gebruik van het ICF-model vergemakkelijkt de communicatie met de curatieve sector.
- De arts sociale geneeskunde heeft voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling direct toegang tot het elektronisch medisch dossier van de cliënt, hierin wordt uitgebreid medische informatie vastgelegd door de curatieve sector. Deze medische data worden echter niet altijd optimaal vastgelegd. De datakwaliteit verbetert echter ieder jaar door maatregelen die hiervoor worden genomen.
- Momenteel (2023) wordt de vragenlijst die wordt gebruikt voor de beoordeling aangepast. Vragen van drie mentale gezondheidsgebieden van de ICF worden versimpeld en verduidelijkt.
- Een cliënt die een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt, kan daarbij een inkomen verdienen zonder dat dat consequenties heeft voor de hoogte van de uitkering.²¹⁹ Zie voor uitgebreidere informatie paragraaf 12.3.3 Beslissing.

12.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

In Estland moet de werkgever bij ziekte de werknemer voor een korte periode het loon doorbetalen (van de tweede tot en met de vijfde dag). De ziekteregeling in Estland heeft betrekking op werkenden en verzekerde zelfstandigen. De ziekteregeling wordt gefinancierd door de zogenoemde sociale belasting. De ziekte-uitkering (ajutise töövõimetuse hüvitis) wordt uitgekeerd door het Estlandse ziekteverzekeringsfonds Tervisekassa. Tervisekassa is ook verantwoordelijk voor de Estse nationale ziektekostenverzekering. Daarnaast is dit fonds verantwoordelijk voor de verlening van revalidatie aan ziekte-uitkeringsgerechtigden via de overige gezondheidszorg.²²⁰

Werknemer

Indien een werknemer of verzekerde zelfstandige in Estland ziek wordt, is er een wachttijd. Voor werknemers en zelfstandigen is die zes dagen.²²¹ De werkgever betaalt de werknemer vanaf de tweede tot en met de vijfde door ziekte gemiste werkdag (sinds 30 juni 2023). Dit bedraagt 70-100% van het gemiddelde loon dat de werknemer het halfjaar voor de ziekmelding heeft verdiend.²²² Voor de door de werkgever betaalde ziekteperiode eindigt, moet de cliënt een behandelend arts hebben bezocht. Deze arts stelt een medisch certificaat op met een diagnose en stuurt dit naar Tervisekassa. Vervolgens wordt de werkgever op de hoogte gebracht en moet deze de benodigde informatie aan leveren, zoals salarisgegevens.²²³ Met het medische certificaat dat wordt opgesteld, kan de ziekte-uitkering worden aangevraagd. Sinds 2021 hoeft de cliënt hiervoor niet altijd op fysiek consult te komen, maar kan de ziekte-uitkering ook gestart worden via een telefonisch consult met de behandelend arts. Tijdens dit consult wordt de diagnose gesteld. De maximale duur van de ziekte-uitkering is 182 dagen.²²⁴

Ziekte-uitkering

De hoogte van de ziekte-uitkering wordt berekend op basis van de hoogte van de premie die de cliënt het afgelopen jaar heeft betaald.²²⁵ De begeleiding van de cliënt wordt tijdens de ziekteperiode uitgevoerd door de behandelend arts. Daarbij wordt rekening gehouden met de ernst en prognose van de aandoening, en de mate van arbeidsongeschiktheid: gematigd, sterk en zwaar.

12.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Na een ziekteperiode van 182 dagen kan de cliënt een aanvraag doen voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering (töövõimetoetus). De cliënt kan ook eerder een aanvraag doen bij ernstige ziekte. Dit wordt over het algemeen niet snel gedaan, omdat de ziekte-uitkering meestal financieel aantrekkelijker is dan de arbeidsongeschiktheidsregeling. In het aanmeldformulier dat voor de aanvraag ingevuld moet worden, kan tegelijkertijd een aanvraag worden gedaan voor een beoordeling op invaliditeit, waarmee aanspraak kan worden gemaakt op hulpmiddelen, ondersteuning, et cetera. Arbeidsongeschiktheid wordt beoordeeld door Eesti Töötukassa. Aanvragen met betrekking tot invaliditeit worden in

²¹⁷ Zie Leppik (2019).

²¹⁸ Zie Baumberg Geiger et al. (2017).

²¹⁹ Zie Riigiteataja (2022).

²²⁰ Zie Drijvers et al. (2021).

²²¹ Zie Missoc (2022a).

²²² Ibidem.

²²³ Ibidem.

²²⁴ Indien de cliënt (werknemer of zelfstandige) tuberculose heeft, dan kan deze periode verlengd worden tot 240 dagen. Als een cliënt in Quarantaine moet gaan, dan kan de periode verlengd worden tot na de quarantainetermijn.

²²⁵ Zie European Commission, *Employment, Social Affairs & Inclusion. Estonia - Occupational accidents and personal injuries causing incapacity for work.*

behandeling genomen door de Raad voor Sociale Verzekeringen (het zogenaamde Sotsiaalkindlustusamet). De beoordeling(en) wordt aangevraagd via een grotendeels gedigitaliseerd proces.

Voor een complete aanvraag is een aanvraagformulier met zelfrapportagevragenlijst en medische informatie nodig. We beschrijven ze hierna.

- Een (digitaal) aanvraagformulier met een zelfrapportagevragenlijst. Dit formulier bestaat uit vijf onderdelen:
 - Algemene persoonsgegevens, motivatie voor de aanvraag, wijze van communicatie over beslissingen, benodigde gegevens voor eventuele uitbetaling, contactinformatie van behandelend arts.
 - Werkgerelateerde gezondheidsstatus en toestemming voor inzage²²⁶ door de VA in relevante medische informatie binnen het elektronisch dossier van de cliënt.
 - Gegevens over arbeidsverleden.
 - Gegevens over of de cliënt fysieke assistentie, rehabilitatie en/of sociale voorzieningen nodig heeft.²²⁷
 - Adaptieve vragenlijst waarin de cliënt wordt gevraagd naar diens beschouwing van het eigen fysiek en mentaal functioneren. De vragenlijst is gebaseerd op het ICF-model. Het arbeidsvermogen van de cliënt wordt onderzocht aan de hand van functionele beperkingen en mogelijkheden op zeven gebieden die vanuit de ICF-classificatie zijn geëxtraheerd:
 - Bewegen
 - Handmatige activiteiten
 - Verzenden en ontvangen van informatie
 - Bij bewustzijn blijven en zelfverzorging
 - Leren en uitvoeren van activiteiten
 - Aanpassingsvermogen en perceptie van gevaar
 - Omgaan met anderen²²⁸

De cliënt kan de aanvraag (van 87 pagina's) ook op papier aan te leveren, maar er wordt gepoogd dit zoveel mogelijk te beperken omdat een casemanager van Eesti Töötukassa vervolgens alle informatie moet digitaliseren. Als de cliënt de aanvraag niet digitaal of op papier wil doen, dan kan hij ook kiezen voor een gesprek met een casemanager. De casemanager is een niet-medisch professional met minimaal een bachelordiploma en anderhalf jaar werkervaring in een relevant werkgebied. Voor het gesprek maakt de casemanager gebruik van een digitale interactieve handleiding.²²⁹ Hierin worden aanvullende vragen geopperd, waardoor de casemanager in staat wordt gesteld om door te vragen, bijvoorbeeld over mentale problemen. Cliënten die ervoor kiezen om digitaal in te vullen (ongeveer 50%) kunnen een auditieve instructie krijgen.

- Medische informatie. De cliënt dient in de periode tussen de aanvraagdatum en een halfjaar daarvoor een behandelend arts hebben bezocht zodat de medische informatie up-to-date is.²³⁰ Sinds 2009 is het voor zorgverleners in Estland verplicht om medische informatie in het elektronisch medisch dossier vast te leggen.²³¹ In dit e-dossier staat informatie als ziekenhuisbezoeken, testresultaten, prognoses, het medicatieoverzicht en periodes van ziekteverlof. Verder moet er een analytische samenvatting van de ziektegeschiedenis van de behandelend arts in het e-dossier staan. Het is hierbij van belang dat deze expertopinie bekrachtigd wordt door objectief medisch onderzoek.

De arts sociale geneeskunde (zie box 12.1) heeft toegang tot het elektronisch medisch dossier van de cliënt. In dit systeem wordt automatisch geregistreerd welke informatie de professional inziet, wat inzichtelijk is voor de cliënt (of een eventuele voogd of curator). De arts sociale geneeskunde kan medische informatie inzien, maar niet downloaden.

Als de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering is ingevoerd (door de cliënt of casemanager), dan wordt deze op kwaliteit en compleetheid gecontroleerd door een arbeidsvermogenbeoordelingsspecialist van Eesti Töötukassa. Dit is een niet-medisch professional, die veelal een achtergrond heeft als sociaal werker. Indien nodig communiceert deze specialist met de cliënt en complementeert de vragenlijst door, in samenspraak met de cliënt, functionele beperkingen in te vullen. De arbeidsvermogenbeoordelingsspecialist kan geen medische informatie zoals diagnoses inzien, maar wel welke beperkingen er zijn. Het is wettelijk gezien niet toegestaan om een beoordeling uit te voeren zonder medische data die aan een aantal kwaliteitseisen voldoen.²³² Indien de datakwaliteit onvoldoende is, stuurt de beoordelingsspecialist een schriftelijk verzoek aan de relevante arts om de missende informatie te complementeren in het e-dossier. De beoordeling wordt dan voor tien werkdagen opgeschort.²³³ Als de beoordelingsspecialist het dossier compleet acht, dan wordt dit doorgestuurd naar de arts sociale geneeskunde. Indien er toch nog informatie mist in het e-dossier, dan vraagt de arts sociale geneeskunde aan de beoordelingsspecialist om de benodigde informatie op te vragen. De behandelend arts is niet wettelijk verplicht om gehoor te geven aan dit verzoek.²³⁴

²²⁶ Zonder toestemming wordt er geen beoordeling uitgevoerd.

²²⁷ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²²⁸ Zie Ministry of Social Affairs (2020).

²²⁹ Interne handleiding, opvraagbaar bij auteurs.

²³⁰ Zie Ministry of Social Affairs (2020).

²³¹ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²³² Zie Ministry of Social Affairs (2020).

²³³ Zie Ministry of Social Affairs (2020).

²³⁴ Bij de meeste artsen is dit geen probleem. Vanuit de psychiatrie wordt niet altijd de benodigde informatie aangeleverd.

Box 12.1 Arts sociale geneeskunde is Estland

- De Estse arts sociale geneeskunde is een geregistreerde zorgverlener die ten minste 2 jaar gedurende de afgelopen 5 jaar als arts in de curatieve sector heeft gewerkt en daar momenteel nog werkt. Deze arts werkt dus parttime als beoordelaar. Eesti Töötukassa heeft een aanbesteding voor het vinden van artsen sociale geneeskunde en heeft contracten met medische bedrijven.
- De arts sociale geneeskunde heeft een speciale training gevolgd in de methode om arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Deze training bestaat uit 40 academische uren. Daarnaast moet de arts sociale geneeskunde laten zien zelfstandig de beoordeling uit te kunnen voeren.
- Er zijn een aantal artsen sociale geneeskunde die volledig voor Eesti Töötukassa werken als 'toezichthouders'. Deze artsen ondersteunen de beoordelende artsen sociale geneeskunde en leiden hen op. Daarnaast controleren zij de beoordelingen op kwaliteit en zorgen zij voor de verbetering en ontwikkeling.
- Er zijn in Estland ongeveer 170 getrainde artsen sociale geneeskunde, waarvan er 110 actief ook werken zijn als beoordelaar van arbeidsongeschiktheid.
- De arts sociale geneeskunde doet 1,5 à 2 uur over een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

12.3.1. Beoordeling

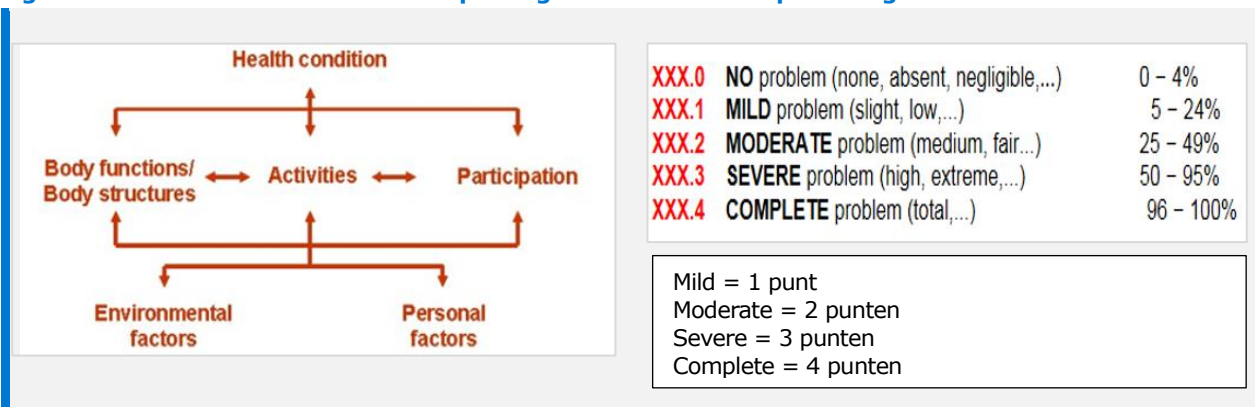
Er worden jaarlijks ongeveer 50.000 arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen gedaan in Estland. De arts sociale geneeskunde doet de beoordeling met een desk assessment, waarbij hij de cliënt in principe niet gezien. Slechts 1,5% van de cliënten wordt wel gezien voorafgaand aan de beoordeling. Er vindt dan een gesprek en mogelijk een fysiek onderzoek of een functionele test plaats. Meestal wordt dit uitgevoerd door een expertteam van professionals bestaande uit een fysiotherapeut, ergotherapeut, psycholoog, specialist speciaal onderwijs of een logopedist van een gecontracteerde zorgaanbieder. De medisch professionals uit het expertteam hebben net als de arts sociale geneeskunde toegang tot de medische informatie. In zeer zeldzame gevallen wordt de cliënt gezien door de arts sociale geneeskunde zelf. Deze 'spreekuren' kunnen worden ingepland om twee redenen:

- Indien de behandelend arts gevraagd is om de medische data aan te vullen en dit vervolgens niet is gedaan, bijvoorbeeld omdat de data niet langer beschikbaar is.
- Indien er tegenstrijdigheden zijn in de geleverde informatie.

Een fysieke ontmoeting wordt niet ingepland als de cliënt geen behandelend arts heeft bezocht om zijn aangegeven functionele beperkingen te bevestigen, omdat er tijdens het spreekuur geen nieuwe diagnose wordt vastgesteld.²³⁵ De aanvraag voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden geweigerd als de cliënt zonder goede reden niet komt opdagen bij de afspraak met het expertteam of de arts sociale geneeskunde.²³⁶

De medische informatie over de cliënt, de aanbevelingen en het oordeel van de behandelend arts, en de ingevulde vragenlijst over functionele beperkingen van de cliënt vormen de basis voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. De arts sociale geneeskunde verifieert de antwoorden van de cliënt op vragen over functionele beperkingen op basis van medische data. De door de cliënt benoemde klachten moeten bij het beeld van de gediagnostiseerde aandoening passen. Medische dossiers, diagnoses van de afgelopen vijf jaar, poliklinische bezoeken, ziekenhuisverblijf, medische onderzoeken (inclusief uitkomst en prognose), voorgeschreven medicatie, medische hulpmiddelen en medische certificaten voor de ziekte-uitkering spelen hierin een essentiële rol.²³⁷ De expertopinie over op welke gebieden er beperkingen zijn en welke ernst deze beperkingen hebben, overschrijft de opinie van de cliënt in de beoordeling. De arts sociale geneeskunde moet zijn opinie wel beargumenteren als die afwijkt van die van de cliënt. De mate van beperking wordt uitgedrukt in een score zie figuur 12.1).

Figuur 12.1 ICF model en mate van beperking in functioneren in percentages²³⁸



²³⁵ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²³⁶ Zie Riigi Teataja (2022).

²³⁷ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²³⁸ Intern document. Opvraagbaar bij auteurs.

Er zijn zes uitzonderlijke situaties waarin een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend tot de pensioenleeftijd, zonder dat er een volledige aanvraag ingevuld hoeft te worden en er ook geen herbeoordelingen volgen. Het gaat om de situatie waarin de cliënt: niet zelfstandig kan ademen, bedlegerig is door ziekte, een dialysebehandeling ondergaat, fase IV-kanker heeft, in het laatste stadium van dementie verkeert of een ernstige verstandelijke beperking heeft.²³⁹

Om in aanmerking te komen voor een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering, moet de cliënt aan een aantal criteria voldoen:

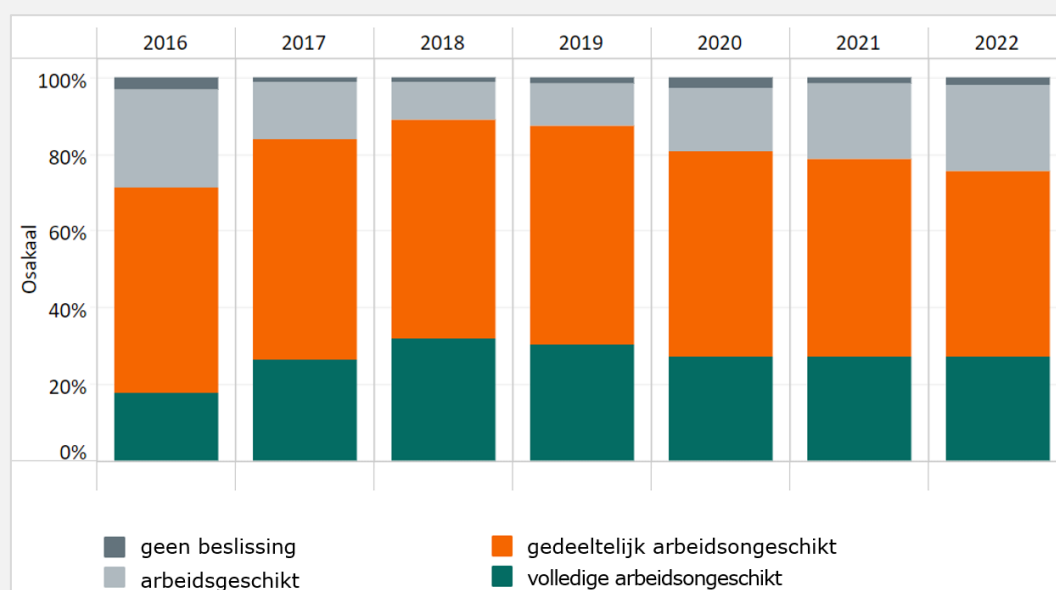
- In Estland wonen en een leeftijd hebben tussen 16 jaar en de pensioenleeftijd (momenteel 63 jaar en 9 maanden)^{240, 241}
- Langdurige, gezondheidsschade hebben waarvan het onwaarschijnlijk is dat daar de komende zes maanden verandering in optreedt.²⁴²
- In ieder geval gecombineerd 4 punten scoren op de zeven op ICF gebaseerde gebieden van de vragenlijst. De functionele beperkingen die de cliënt aangeeft, moeten bevestigd worden door een diagnose die is vastgesteld door de behandelend arts.
- Een adequaat en stabiel behandelplan volgen dat in overeenstemming is met wat de arts heeft voorgeschreven. Dit plan past bij en is gericht op het verminderen van de gezondheidsproblemen van de cliënt voor zover dit mogelijk is.

Op basis van een expertopinie van de arts sociale geneeskunde wordt vervolgens beoordeeld of er een gedeeltelijke of volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering moet worden toegekend. Voor dit oordeel zijn een aantal richtlijnen: een uitgebreide beschrijving van de methodologie en beoordelingsrichtlijnen voor artsen sociale geneeskunde. De arts sociale geneeskunde kan tot vier verschillende beoordelingen komen:

- Volledig arbeidsongeschikt als de cliënt op één van de zeven gebieden 4 punten scoort (volledige beperking in functioneren oftewel 96-100%, zie figuur 12.1) of ten minste 4 punten gecombineerd in de zeven gebieden scoort.²⁴³
- Gedeeltelijk arbeidsgeschikt als de cliënt ten minste 4 punten gecombineerd in de zeven gebieden scoort.²⁴⁴
- Arbeidsgeschikt als de cliënt gecombineerd in de zeven gebieden minder dan 4 punten scoort.²⁴⁵
- Een beoordeling waarin geconstateerd wordt dat de medische data van onvoldoende kwaliteit is en dat de cliënt terug moet naar diens behandelend arts en vervolgens een nieuwe aanvraag moet indienen.

Zie figuur 12.2 voor een percentueel overzicht van de beoordelingen in mate van arbeidsongeschiktheid in de afgelopen jaren (2016 tot en met 2022).

Figuur 12.2 Beoordelingen mate van arbeidsongeschiktheid in percentages tussen 2016 en 2022.²⁴⁶



²³⁹ Zie Leppik (2019).

²⁴⁰ Zie Europese Commissie. *Employment, Social Affairs & Inclusion. Estonia - Old-age pension.*

²⁴¹ Zie Leppik (2019).

²⁴² Zie Ministry of Social Affairs (2020).

²⁴³ Zie Leppik (2019).

²⁴⁴ Ibidem.

²⁴⁵ Ibidem.

²⁴⁶ Ibidem.

12.3.2. Rapport

De arts sociale geneeskunde stelt een rapportage op over de beoordeling in een digitaal formulier. Dit bestaat uit drie gedeeltes:

- Algemene gegevens over de cliënt, contactinformatie zorgverlener(s) en informatie over of de cliënt een gezondheidsstatus heeft die diens arbeidsvermogen ernstig beperkt.²⁴⁷
- Uitgebreide analyse en evaluatie van het arbeidsvermogen in de zeven gebieden op basis van het aanmeldingsformulier en medische informatie.
- Samenvatting in duidelijke en begrijpelijke bewoordingen met daarin:
 - Type functionele beperkingen
 - Mate van ernst functionele beperkingen
 - Vastgestelde diagnoses
 - Mate van arbeidsgeschiktheid
 - Prognose voor arbeidsongeschiktheid
 - De toe te kennen uitkeringsduur van arbeidsongeschiktheid met motivering (zes maanden, één, twee, drie, vier of vijf jaar, maar in ieder geval niet langer dan tot de pensioenleeftijd)
 - Indien relevant: aanbevelingen voor werkomstandigheden en eventueel technische hulpmiddelen

De samenvatting wordt opgesteld zonder daarin medische informatie op te nemen, omdat dit onderdeel van het rapport inzichtelijk is voor de betrokken (niet-medische) casemanager. De samenvatting wordt ook met de cliënt gedeeld.

Wanneer de mate en ernst van de beperkingen wordt vastgesteld, moet de arts sociale geneeskunde daarbij ook meenemen dat bepaalde behandelingen of hulpmiddelen de beperking wellicht kunnen verlichten/verhelpen. Dit wordt meegenomen in de beoordeling als redelijkerwijs verwacht kan worden dat de cliënt deze middelen benut.²⁴⁸

Bij eventuele toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan de informatie die de arts sociale geneeskunde in het rapport heeft opgenomen, worden ingezet voor een re-integratieplan. Hiervoor kan de niet-medische informatie worden toegezonden aan de desbetreffende re-integratieprofessionals. De cliënt kan de informatie desgewenst delen met een behandelend arts, maar dit gebeurt niet automatisch. De informatie komt ook niet automatisch als 'zichtbaar' voor professionals in het elektronisch medisch dossier. Dit is echter wel toegankelijk voor de cliënt zelf.

12.3.3. Beslissing

Zodra de arts sociale geneeskunde diens expertopinie heeft gegeven, controleert de arbeidsvermogenbeoordelings-specialist of de beoordeling aan de kwaliteitseisen voldoet. Indien de beoordelingsspecialist gebreken detecteert, dan stuurt die de beoordeling terug naar de arts sociale geneeskunde. Die maakt vervolgens de nodige aanpassingen of de cliënt wordt uitgenodigd voor een fysiek consult. Als de beoordeling aan de kwaliteitseisen voldoet, dan stelt de beoordelingsspecialist een document met de administratieve beslissing op.

De beslissing die de beoordelingsspecialist maakt, wijkt slechts zelden af van het advies van de arts sociale geneeskunde. Het beslissingsdocument dat met de cliënt wordt gedeeld, bevat de niet-medische samenvatting van het rapport opgesteld door de arts sociale geneeskunde en de beslissing over de mate en duur van arbeidsongeschiktheid.

Er zijn drie mogelijke uitkomsten van mate van arbeidsongeschiktheid:

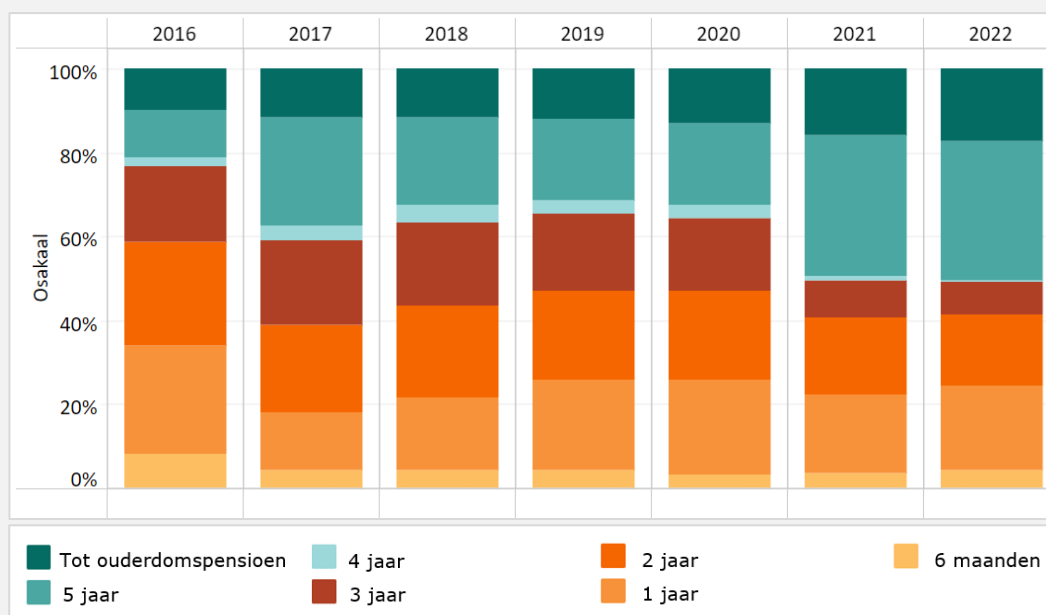
- Toekenning volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering
- Toekenning gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering
- Afwijzing arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De duur van de toegekende uitkering verschilt. Er kan een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend voor zes maanden, één, twee, drie, vier of vijf jaar en in speciale gevallen tot de pensioenleeftijd. Figuur 12.3 laat zien voor welke duur de arbeidsongeschiktheidsuitkering de afgelopen jaren (2016 tot en met 2022) is toegekend.

²⁴⁷ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²⁴⁸ Intern document van de Estse socialezekerheidsinstantie. Opvraagbaar bij auteurs.

Figuur 12.3 Duur toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen 2016 en 2022²⁴⁹



Indien de aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt afgewezen, dan kunnen daar drie redenen voor zijn:

- Er is te weinig informatie om de beperkingen beschreven door de cliënt te bevestigen. De cliënt wordt geadviseerd naar de behandelend arts terug te gaan om de opgegeven beperkingen al dan niet te bevestigen en vervolgens eventueel een nieuwe aanvraag te doen.
- Er is sprake van beperkingen, maar die hebben geen (grote) invloed op de arbeidsgeschiktheid.
- Er is geen medische informatie beschikbaar over de door de cliënt beschreven beperkingen, omdat de cliënt niet recentelijk een arts bezocht heeft. De werknemer wordt verzocht terug te gaan naar de behandelend arts en vervolgens eventueel een nieuwe aanvraag te doen.

Indien de arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend, dan is dit een vast bedrag. Een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering bedraagt € 558 per kalendermaand (april 2023). Een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering bedraagt 57% van een volledige uitkering, wat neerkomt op ongeveer € 318 per kalendermaand (april 2023).²⁵⁰ Het minimuminkomen in Estland is € 725 per maand (2023)²⁵¹ en het gemiddelde inkomen € 1.810 per maand.²⁵² Indien de cliënt een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt en gedurende de kalendermaand een hoger inkomen heeft dan een grens van negentig maal het daggeld, dan wordt dit verrekend met de uitkering. Concreet houdt dit in dat de uitkering wordt gekort wanneer de cliënt een hoger inkomen heeft dan € 1.674 per kalendermaand.²⁵³

12.3.4. Multimorbiditeit

De arts sociale geneeskunde beoordeelt het vermogen om te werken: de cliënt kan werken, kan gedeeltelijk werken of kan niet werken. Dit wordt beoordeeld aan de hand van het ICF-model en een expertopinie. Het maakt voor de beoordeling niet uit of iemand een of meerdere diagnoses heeft. De diagnose is enkel ter bevestiging van de aangegeven beperkingen in functies.

12.3.5. Algemene verordening gegevensbescherming

Het is voor niet-medisch professionals niet toegestaan om medische informatie in te zien. De arts sociale geneeskunde kan wel medische informatie inzien via het nationale e-dossier. Dit is nodig om de beoordeling uit te kunnen voeren. De cliënt moet daar toestemming voor geven, anders kan er geen beoordeling gedaan worden. Er wordt bijgehouden welke bestanden op welk moment worden ingezien door de arts sociale geneeskunde; de cliënt kan dit ook zien. De arts sociale geneeskunde mag, wettelijk gezien, enkel documenten bekijken die relevant zijn voor de beoordeling en kan geen medische informatie downloaden. In Estland zijn er een aantal rechtszaken geweest waarbij ter discussie stond of de arts sociale geneeskunde informatie had ingekeken die niet relevant was voor de beoordeling.

²⁴⁹ Vanuit een intern document van de Estse socialezekerheidsinstantie. Opvraagbaar bij auteurs.

²⁵⁰ Zie Unemployment Insurance Fund (2023).

²⁵¹ Zie Soobik (2022).

²⁵² Zie Statistics Estonia, *Average monthly gross wages and salaries*.

²⁵³ Zie Riigi Teataja (2022).

In Estland vindt er momenteel een discussie plaats over wat medische gegevens zijn en wat eerder onder een functionele beschrijving valt. Dit is bijvoorbeeld relevant voor het delen van cliëntgegevens tussen de arts sociale geneeskunde en het revalidatieteam.

12.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Dit proces bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen aan de orde zijn.

12.4.1. Bezwaar en beroep

Indien een werknemer het oneens is met de beslissing, dan kan er binnen dertig dagen bezwaar worden gemaakt. De cliënt moet schriftelijk aangeven op welke gronden hij bezwaar maakt. Dit mag in eenvoudige taal. Vervolgens wordt het bezwaar afgehandeld door een samenwerking tussen een advocaat, een arts sociale geneeskunde in dienst van Eesti Töötukassa en de arts sociale geneeskunde die de desbetreffende beoordeling heeft uitgevoerd. De artsen kijken naar de bezwaren die de cliënt maakt en beoordelen de aangeleverde informatie opnieuw. Vervolgens leveren ze medisch beargumenteerde input aan de advocaat die een bezwaarbeslissing voorbereidt. Indien de bezwaren gegrond worden verklaard, dan stelt de beoordelingsspecialist een nieuwe beslissing op gebaseerd op de nieuwe beoordeling.²⁵⁴

Meestal wordt er bezwaar gemaakt omdat de data niet volledig was ten tijde van de beoordeling, bijvoorbeeld als er nieuwe medische informatie is die nog niet in het e-dossier stond. Ook kan er bezwaar worden gemaakt als de cliënt het oneens is met de mate van ernst, de prognose of de geldende beperkingen.

Bij ongeveer 50% van de gehonoreerde bezwaren is de voornaamste reden dat er nieuwe medische informatie beschikbaar is. Verder blijkt dat de meeste cliënten die bezwaar maken eerder een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering hadden en na herbeoordeling beoordeeld worden als geschikt om te werken. 14% van de bezwaren worden gehonoreerd.

Indien de cliënt het oneens is met de uitkomst van het bezwaarproces, dan kan die in beroep gaan bij de rechtbank.

In Estland wordt per jaar in totaal door ongeveer 3.500 cliënten (2022) bezwaar gemaakt of beroep aangetekend tegen de beslissing, bij in totaal 50.000 arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen per jaar. Het percentage bezwaar- of beroepszaken verschilt per toekenningscategorie:

- Arbeidsgeschikt: 66,3%.
- Gedeeltelijk arbeidsongeschikt: 32,9%.
- Volledig arbeidsongeschikt: 0,7%.²⁵⁵ Hierbij wordt bezwaar gemaakt tegen de duur van de toegekende uitkering.

12.4.2. Herbeoordeling

De arbeidsongeschiktheidsuitkering kent een variabele duur: de uitkering kan worden toegekend voor een periode van zes maanden, één, twee, drie, vier of vijf jaar (of tot aan de pensioengerechtigde leeftijd in bijzondere situaties). Na deze periode moet de werknemer opnieuw een aanvraag indienen. De procedure is hetzelfde als voorheen. Het volgen van eventuele re-integratieactiviteiten is geen verplichting en wordt niet meegenomen in de nieuwe beslissing van het toekennen of afwijzen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Motivatie wordt echter wel meegenomen in de duur van de nieuwe toezegging. Indien de cliënt geen re-integratieactiviteiten heeft gevolgd, dan kan de arts sociale geneeskunde een kortere periode toekennen en re-integratie als voorwaarde stellen.

De cliënt kan gedurende de gehele periode met recht op een uitkering aanvragen doen voor ondersteunende re-integratiediensten.

²⁵⁴ Zie Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board (2021).

²⁵⁵ Intern document. Opvraagbaar bij auteurs.

13. Finland



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in Finland is gebaseerd op deskresearch, een ingevulde vragenlijst en vier interviews. De geïnterviewden zijn een onderzoeker, de hoofd medisch adviseur van de socialezekerheidsinstantie, een medisch adviseur, onderzoeker en docent van een privaat pensioenbedrijf, en een medisch directeur van een ander privaat pensioenbedrijf. Er is een consistentiecheck gedaan door de uitgewerkte informatie schriftelijk voor te leggen aan de geïnterviewden. Ook zijn meerdere malen schriftelijk aanvullende vragen gesteld.

Context

Finland heeft een inwonersaantal van 5,5 miljoen (2023)²⁵⁶ en kent een bevolkingsdichtheid van 18 personen per km². Ongeveer 72% woont in stedelijk gebied en 28% in landelijk gebied. De hoofdstad Helsinki is met 664.028 inwoners in 2022 de grootste stad.

Finland kent een duaal systeem voor arbeidsongeschiktheid. De socialezekerheidsinstantie in Finland (Kela) voert regelingen uit voor ziekte en arbeidsongeschiktheid. Die regelingen worden gefinancierd met belastinggeld en moeten voorzien in een minimuminkomen. Kela draagt er zorg voor om alle inwoners te verzekeren van bestaanszekerheid. De regelingen vallen onder zeven verschillende wetten.²⁵⁷ Kela voert een regeling uit voor arbeidsongeschiktheid op basis van inwoningsduur. Daarnaast is er een inkomensgerelateerde uitkering bij arbeidsongeschiktheid vanuit een private pensioenverzekeraar of een publieke pensioenverzekeraar voor onder andere ambtenaren. Voor de inkomensgerelateerde uitkering wordt premie betaald door alle werknemers, zelfstandigen en boeren.²⁵⁸

Finland kent een onderscheid tussen arbeidsongeschiktheid door een beroepsziekte of beroepsrisico en arbeidsongeschiktheid die losstaat van het werk.²⁵⁹

De meeste werknemers in Finland hebben toegang tot een arbeidsgeneeskundige dienst (työterveyshuolto). Deze dienst wordt ingezet ter bevordering van de gezondheid van de werknemers, en ter preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid.²⁶⁰ In een arbeidsgeneeskundige dienst werken artsen, revalidatieartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en psychologen die een relevante training gevolgd hebben. Hoe langer het ziekteverzuim duurt, des te meer professionals betrokken worden.

²⁵⁶ Zie Statistics Finland.

²⁵⁷ Zie Missoc (2022b).

²⁵⁸ Ibidem.

²⁵⁹ Zie ministerie van Financiën (2017).

²⁶⁰ Zie Martimo (2019).

13.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Finland in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

In Finland kan er een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden aangevraagd wanneer er sprake is van ten minste driehonderd ziekte-dagen (werkdagen) binnen twee jaar. Dat kan bij de socialezekerheidsinstantie (Kela) – op basis van belastinggelden, bij een pensioenverzekeraar – op basis van betaalde premie, of bij beide. Er zijn twee vormen mogelijk: een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering (als er verwacht wordt dat er nog re-integratiemogelijkheden zijn) en een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor beide uitkeringsvormen moet er sprake zijn van 3/5 verlies aan arbeidsvermogen voor een volledige uitkering. Vanuit de pensioenverzekeraars is het mogelijk een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering toe te kennen als iemand voor ten minste 40% arbeidsongeschikt wordt beoordeeld. Een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt enkel toegekend indien elke 'redelijke' rehabilitatieactie is uitgevoerd en de ziekte of het gebrek stabiel is. Bij de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering vindt geen herbeoordeling plaats, tenzij de cliënt te veel verdient.

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

De cliënt doet zelf een aanvraag en moet daarvoor een vragenlijst invullen. Daarin kan de cliënt zijn arbeidsverleden en opleiding beschrijven, en een eigen beoordeling van de arbeidsbeperkingen. Ook moet de cliënt toestemming geven voor het inzien van medische informatie door de betrokken professionals. Voor de beoordeling is ook een medisch certificaat nodig vanuit een arbeidsgeneeskundige dienst of een behandelend arts. De cliënt heeft geen contact met de arts sociale geneeskunde die de beoordeling doet.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

De informatie benodigd voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt verzameld door een administratief medewerker. Een arts sociale geneeskunde voert de beoordeling uit met een desk assessment en geeft advies over de toekenning van de uitkering. De uiteindelijke beslissing wordt gemaakt door een niet-medisch professional, die bepaalt of de cliënt voldoet aan de juridische vereisten voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

Indien een cliënt met meerdere diagnoses wordt beoordeeld, dan zijn er meerdere medisch certificaten nodig vanuit de betrokken behandelend artsen, of een medisch certificaat vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst dat alle diagnoses beschrijft. Het arbeidsvermogen van de cliënt wordt als geheel beoordeeld, waarbij alle diagnoses in ogenschouw worden genomen.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

Bij aanvraag van een ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkering moet de cliënt schriftelijk toestemming geven voor het inzien van medische informatie. Als er aanvullende informatie nodig is voor de beoordeling, bijvoorbeeld vanuit de werkgever, dan moet beargumenteerd worden waarom deze informatie nodig is.

Bijzonderheden

- De medisch certificaten van een behandelend arts en van een arbeidsgeneeskundige dienst verschillen. Bij dat van de arts ligt de meeste nadruk op het verlies in vermogen, waar in certificaten vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst werkgerelateerde aspecten uitgebreider aan bod komen.
- Finland heeft momenteel de hoogste vergrijzing in Europa. De vraag naar begeleiding door de arbeidsgeneeskundige diensten neemt toe. De arbeidsgeneeskundige diensten worden momenteel hervormd. Waar de diensten eerder belegd waren bij de in totaal 340 gemeenten, is dit vanaf januari 2023 bij de provincies.
- In de begeleiding en beoordeling van zieke werkenden vindt er langzamerhand een verschuiving plaats in Finland, waarbij het concept van arbeidsvermogen steeds meer wordt benaderd vanuit een biopsychosociaal (holistisch) perspectief. Wat zijn de praktische barrières die in de weg staan bij terugkeer naar werk?
- Grote bedrijven hebben een grotere verantwoordelijkheid in de preventie van arbeidsongeschiktheid dan kleinere bedrijven. Voor bedrijven die per maand meer dan € 2 miljoen aan salarissen uitbetalen geldt dat de premie hoger wordt indien er meer invaliditeitspensioenen worden uitgekeerd onder (voormalig) werknemers.
- 13% van cliënten die een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend hebben gekregen, werkt naast hun uitkering. 80% van de cliënten die een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend hebben gekregen, werkt naast hun uitkering.²⁶¹

13.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

Voordat een zieke werknemer of zelfstandige een beroep kan doen op een arbeidsongeschiktheidsregeling moet die eerst driehonderd ziekte-dagen achter de rug hebben. We beschrijven de verschillende processtappen in deze periode van ziekte-uitkering voor werknemers, zelfstandigen en werkloze zieken en gaan in op de mogelijkheid van een gedeeltelijke ziekte-uitkering.

Werknemer

Indien een werknemer in Finland ziek wordt, dan wordt gedurende de eerste tien ziekte-dagen het loon doorbetaald door de werkgever. Contractueel kan een verlenging van deze wettelijke minimale periode worden afgesproken. Na de

²⁶¹ Zie Eläketurvakesus, Finnish Centre for pensions, *Disability pension*.

ziektedagen moet de werknemer een arts bezoeken voor het opstellen van een medisch certificaat. Het kan een arbeidsgeneeskundige zijn van een arbeidsgeneeskundige dienst, of een behandelend arts. Elke arts in Finland wordt in staat geacht een medisch certificaat op te stellen als dit aan hem of haar gevraagd wordt. In het medisch certificaat beschrijft de arts de diagnose en de prognose voor herstel en voegt er een bewijs aan toe van zijn of haar certificering als arts.

Indien de ziekteperiode langer dan twee maanden duurt, dan stelt de arts een nieuw, meer uitgebreid, medisch certificaat op met daarin:

- de diagnose;
- de ziektegeschiedenis (eerdere aandoeningen, blessures, et cetera);
- de huidige medische behandeling en revalidatie;
- de beoordeling van arbeidsmogelijkheden: de cliënt kan werken, kan gedeeltelijk werken of kan niet werken;
- een prognose hoelang de aandoening gaat duren.

Het medisch certificaat wordt eerst aan de relevante vertegenwoordiger van de werkgever getoond (dit moet vertrouwelijk behandeld worden) en vervolgens opgestuurd naar de Finse socialezekerheidsinstantie (Kela).²⁶² Het medisch certificaat wordt door een niet-medische, administratieve medewerker van Kela beoordeeld. Bij goedkeuring keert Kela vervolgens het loon van de werknemer uit via de werkgever. Gedurende de ziekteperiode, en naarmate de ziekteperiode langer duurt, zijn er verschillende processtappen voor de verschillende betrokkenen:

- 30 dagen ziekte: de arbeidsgeneeskundige dienst wordt door de werkgever op de hoogte gebracht dat een werknemer ziek is (in het geval de arbeidsgeneeskundige dienst nog niet betrokken was).²⁶³ Vervolgens neemt de dienst contact op met de werknemer om te vragen of die een vorm van ondersteuning nodig heeft. De arbeidsgeneeskundige dienst informeert de werkgever over dit contactmoment en bespreekt of er aanpassingen kunnen worden gedaan in het werk van de werknemer.
- 60 dagen ziekte: Kela gaat na of er mogelijkheden zijn voor re-integratie. Hiervoor moet de betrokken arts een meer gedetailleerde beschrijving opstellen van de aandoening en mogelijkheden. Een niet-medisch professional van Kela ontvangt de beschrijving en kan op basis hiervan de ziekte-uitkering verlengen.
- 90 dagen ziekte: de arbeidsgeneeskundige dienst maakt samen met de werknemer een plan over de mogelijkheden om te re-integreren naar werk. Bij dit plan wordt ook de werkgever betrokken. Daarnaast moet de arbeidsgeneeskundige dienst een rapportage opstellen over de resterende arbeidscapaciteit van de werknemer en mogelijkheden om terug te keren naar werk. De rapportage moet verplicht worden opgestuurd naar Kela.
- 150 dagen ziekte: de arbeidsgeneeskundige dienst stelt indien nodig een nieuw, herzien re-integratieplan op en stuurt dit naar Kela
- 230 dagen ziekte: de arbeidsgeneeskundige dienst herziert indien nodig het re-integratieplan opnieuw en stuurt dit naar Kela.

Alle documenten die naar de socialezekerheidsinstantie worden gestuurd (medisch certificaten en re-integratieplannen) worden gecontroleerd door een niet-medisch professional van Kela. Tijdens de driehonderd dagen waarin een ziekte-uitkering wordt uitgekeerd, wordt bekeken of de cliënt zou kunnen terugkeren in het eigen werk. De hoogte van de ziekte-uitkering is afhankelijk van het jaarinkomen tot een maand voor de ziekmelding.²⁶⁴ Er zijn hierbij drie categorieën. Ze staan in tabel 13.1.

Tabel 13.1 Hoogte ziekte-uitkering

Hoogte jaarinkomen	Berekening daggeld
≤ € 13.712	€ 31,99
€ 13.713–€ 34.043	0,70 x jaarlijks inkomen : 300 (werkdagen)
> € 34.043	79,43 + 0,20 x (jaarlijks inkomen – 34.043) : 300 (werkdagen)

Het daggeld wordt berekend door 70% van het jaarlijks inkomen te nemen en dit door 300 te delen. Hiervoor geldt een minimumbedrag van € 31,99 per dag. Bij een inkomen van boven de € 34.043 wordt het inkomensdeel dat hierbovenuit komt voor 20% meegenomen.²⁶⁵ Hierbij geldt geen maximum.²⁶⁶

Geen werkgever

Zelfstandigen en werklozen die ziek worden moeten een arts bezoeken zodra ze ziek worden om een medisch certificaat te krijgen. Met het medisch certificaat kunnen zij eerder de ziekte-uitkering krijgen van de socialezekerheidsinstantie, dan de tien dagen die bij werknemers het geval is.

Zelfstandigen hebben vaak toegang tot een arbeidsgeneeskundige dienst voor begeleiding. Datzelfde geldt niet voor de werklozen. Zij hebben geen toegang tot een arbeidsgeneeskundige dienst. In januari 2023 is ingevoerd dat zij vanuit de provincie worden begeleid en beoordeeld door een interdisciplinair team. Dit geldt ook voor alle andere cliënten die geen toegang tot een arbeidsgeneeskundige dienst hebben. Het interdisciplinair team bestaat uit een arts, fysiotherapeut, re-integratie-expert en een coördinator. De leden van het team hebben een training gevolgd. Het interdisciplinair team

²⁶² Zie Martimo (2019).

²⁶³ Ibidem.

²⁶⁴ Zie Kela, *Amount and payment of sickness allowance*.

²⁶⁵ Kela, Calculation formula. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.kela.fi/sickness-allowance-calculation-formula>.

²⁶⁶ Zie Missoc (2022a).

begeleidt de cliënt bij de re-integratieactiviteiten en zorgt ervoor dat de benodigde documenten op tijd bij de socialezekerheidsinstantie terechtkomen.

Gedeeltelijke ziekte-uitkering

Sinds 2007 is het ook mogelijk voor werknemers en zelfstandigen om na de wachtperiode (van maximaal 10 dagen) een gedeeltelijke ziekte-uitkering aan te vragen. De gedeeltelijke ziekte-uitkering bedraagt 50% van de volledige uitkering. Bij toekenning kunnen de werkzame uren van de cliënt met 40-60% worden gereduceerd (ten opzichte van voorgaande werkzame uren).²⁶⁷ Sinds januari 2023 is het maximaal aantal parttime ziektedagen van 120 naar 150 werkdagen gegaan.²⁶⁸ Dit betekent dat de cliënt voor maximaal 150 werkdagen per 2 jaar aanspraak kan maken op de gedeeltelijke ziekte-uitkering. Door invoering van de gedeeltelijke ziekte-uitkering stromen er minder cliënten door naar een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering, omdat niet iedereen volledig arbeidsongeschikt is bij ziekte. Hoewel er tegelijkertijd meer cliënten instromen in een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering, is de algemene arbeidsparticipatie toegenomen. De dagen gedeeltelijke ziekte-uitkering worden niet bij de 300 dagen ziekte opgeteld die voorafgaan aan het aanvragen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Doordat de dagen gedeeltelijke ziekte-uitkering niet meetellen voordat de arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd, kan het proces richting een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling met een gedeeltelijke ziekte-uitkering langer duren.²⁶⁹

13.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Als er sprake is van driehonderd ziektedagen (werkdagen) binnen een periode van twee jaar (uitgezonderd eventuele dagen vanuit de gedeeltelijke ziekte-uitkering), dan kan een werknemer of zelfstandige een arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Er zijn twee vormen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering: een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering en een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering (voor cliënten waarbij het onwaarschijnlijk wordt geacht dat hij of zij in de toekomst terug kan keren naar de arbeidsmarkt). Binnen de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering en de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering kan er sprake zijn van een nationale, inwoningsgerelateerde uitkering gefinancierd met belastinggeld (vanuit de socialezekerheidsinstantie Kela) en een inkomensgerelateerde uitkering (vanuit een van de private pensioenverzekeraars). Kela kent alleen een volledige tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering, geen gedeeltelijke vorm. Bij de pensioenverzekeraars is het wel mogelijk om een van beide uitkeringen gedeeltelijk toe te kennen.

De arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt aangevraagd bij een pensioenverzekeraar, bij Kela of bij beide. Als de cliënt met premies voldoende opgebouwd heeft bij de pensioenverzekeraar, dan kan hij of zij hier een aanvraag doen. Indien dit niet het geval is (als iemand nog weinig arbeidsjaren heeft, of weinig verdient), dan wordt de uitkering bij Kela aangevraagd. Om aanspraak te kunnen maken op een (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering bij Kela, moet de cliënt vanaf zijn of haar 16 jaar minimaal drie jaar inwoner in Finland te zijn geweest.²⁷⁰ Het kan ook voorkomen dat de uitkering deels bij een pensioenverzekeraar en deels bij Kela wordt aangevraagd als de uitkering van de pensioenverzekeraar minder dan € 1.200 per maand zou bedragen. De uitkering vanuit de pensioenverzekeraar wordt dan in mindering gebracht op de uitkering vanuit Kela.²⁷¹ Er vinden in dat geval ook twee beoordelingen plaats. Er zit in principe geen verschil tussen een beoordeling door een pensioenverzekeraar en Kela. De wetten die Kela hanteert verschillen enigszins van de wetten die pensioenverzekeraars hanteren, wat in een uitzonderlijk geval kan betekenen dat een cliënt in aanmerking komt voor een uitkering bij Kela, maar niet bij de pensioenverzekeraar. In principe vindt er geen overleg plaats over de beoordelingen bij Kela en de pensioenverzekeraar, tenzij de uitkomst van de beoordeling verschilt.

In Finland heeft een werkgever die meer dan € 2 miljoen aan salarissen uitkeert een grotere verantwoordelijkheid omtrent arbeidsongeschiktheid dan een kleinere werkgever. Voor deze werkgevers geldt dat de premie die zij betalen aan de pensioenverzekeraar hoger wordt als er meer arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden uitgekeerd aan (voormalig) werknemers. Dit geldt als prikkel voor grote werkgevers om arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk te voorkomen en preventieve maatregelen in te zetten.

²⁶⁷ Ibidem.

²⁶⁸ Zie Kela (2022).

²⁶⁹ Zie Martimo (2019).

²⁷⁰ Mocht de cliënt niet aan deze criteria voldoen, dan kan deze aanspraak maken op een 'garantiepensioen'. Dit is een socialebijstandsregeling.

²⁷¹ Zie Valkama et al. (2019).

13.3.1. Benodigd voor beoordeling

Om een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan te vragen moeten onderstaande documenten en informatie worden aangeleverd:

- Medisch certificaat van een arts of meerdere certificaten als er meerdere behandelend artsen zijn. Het medisch certificaat kan in verschillende vormen worden aangeleverd. De vorm die het meest gebruikt wordt, is een digitaal formulier waarin de benodigde informatie kan worden ingevoerd. Kela heeft daarnaast een adaptief formulier ontwikkeld dat opties en suggesties biedt. Dit wordt echter slechts in 7% van de gevallen gebruikt. De artsen sociale geneeskunde zijn wettelijk verplicht om alle formulieren, zelfs handgeschreven, aan te nemen. In het medisch certificaat wordt een aantal onderwerpen beschreven:
 - Beschrijving medische geschiedenis en huidige klinische status
 - Beschrijving aan welke behandelingen en re-integratieactiviteiten de cliënt heeft deelgenomen
 - De mate waarin de cliënt kan werken: volledig, gedeeltelijk of niet
 - Prognose van het arbeidsvermogen
 - Optioneel: advies re-integratie en revalidatieactiviteiten
- De cliënt vult een aanvraagdocument voor een tijdelijke of permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering in met daarin:
 - een gedetailleerde beschrijving van het arbeidsverleden en opleiding;
 - een toestemmingsverklaring zodat de medische informatie ingekeken mag worden;
 - een eigen beoordeling van de beperkingen die er zijn om te werken (niet verplicht);
 - eventueel medische informatie, bijvoorbeeld gedetailleerde informatie over een relevante diagnose of een rehabilitatieverslag.
- Kela en de pensioenverzekeraar kunnen het arbeidsverleden nakijken en (gemotiveerd) om informatie vragen:
 - aan de werkgever, bijvoorbeeld om meer inzicht te krijgen in de taken die de cliënt normaliter uitvoert, waar de cliënt daarbij tegenaan loopt, de duur van het arbeidscontract en aanpassingen op het werk;
 - aan de arbeidsgeneeskundige dienst, zoals gespreksverslagen tussen de arbeidsgeneeskundige, afgevaardigde van de werkgever en de zieke werknemer.
- In het geval dat er voorafgaand aan de aanvraag voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering gebruikt is gemaakt van een rehabilitatietoeslag, dan kan informatie over de rehabilitatie-inspanningen worden ingezien.

Indien er medische informatie ontbreekt om tot een goede beoordeling te kunnen komen, dan is wettelijk bepaald dat er geen beoordeling gedaan mag worden en dat het nodig is om extra informatie op te vragen. Om de benodigde informatie te verkrijgen is volgens de geldende wet geen aparte toestemming van de cliënt nodig. Het opvragen van aanvullende informatie dient specifiek en direct relevant te zijn voor de beoordeling. Opvragen van extra medische informatie gebeurt bij minder dan 10% van de beoordelingen. Opvragen van aanvullende informatie kan direct bij de desbetreffende arts, maar wordt vaak opgevraagd via de cliënt.

Een cliënt kan hulp krijgen bij het invullen van de formulieren benodigd voor de aanvraag, bijvoorbeeld van een maatschappelijk werker. Meestal wordt deze dienst aangeboden vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst. Daarnaast kan de cliënt telefonisch contact opnemen met een coördinator die het dossier beheert van Kela of de pensioenverzekeraar bij vragen over het beoordelingsproces. Dit is een niet-medisch professional met een verzekeringsachtergrond.

In principe vraagt de cliënt een arbeidsongeschiktheidsuitkering aan voordat diens (driehonderd) ziekte dagen opgemaakt zijn. Het kan echter voorkomen dat de aanvraag meer tijd in beslag neemt dan het resterend aantal ziekte dagen van de cliënt. In dat geval dient de cliënt voor de overbruggingsperiode een werkloosheidsuitkering aan te vragen.

13.3.2. Beoordeling

Een arts sociale geneeskunde beoordeelt het arbeidsvermogen van de cliënt. De arts sociale geneeskunde ziet of spreekt de cliënt niet maar vormt een expertopinie op basis van de aangeleverde informatie.

In elke pensioensverzekeringsmaatschappij en bij Kela wordt een praktijk van beoordelen gevormd. Dit houdt in dat er frequente training en intervisie tussen de artsen sociale geneeskunde van de desbetreffende organisatie plaatsvindt. Er zijn bepaalde richtlijnen over ethische aspecten die beschrijven hoe arbeidsvermogen beoordeeld moet worden. Daarnaast worden er diagnosespecifieke richtlijnen vanuit de curatieve sector als achtergronddocument gehanteerd voor de meest voorkomende aandoeningen. Er is variatie in de mate waarin artsen sociale geneeskunde diagnosespecifieke richtlijnen volgen in de beoordeling.

Er is geen sprake van een gestandaardiseerde beoordeling. De werkwijze wordt doorgegeven middels een senior-junior-constructie tussen artsen en voorgaande beoordelingen. Dit betekent dat er regelmatig overleggen plaatsvinden tussen de artsen sociale geneeskunde en dat een senior kennis overdraagt aan een junior. Er is geen vaste tijdsduur voor de opleiding tot arts sociale geneeskunde. Indien een arts sociale geneeskunde naar een senior positie gaat, dan wordt dit vastgesteld middels gesprekken met de senior arts sociale geneeskunde die de junior begeleidt. Verzekeringsgeneeskunde is geen apart specialisme in Finland. Wel kan een arts sociale geneeskunde een erkenning krijgen vanuit de Finse medische vereniging. Momenteel zijn er ongeveer vijfhonderd artsen sociale geneeskunde in Finland, van wie ongeveer de helft bij Kela werkt. Veel artsen sociale geneeskunde werken deels als arts sociale geneeskunde en deels in de curatieve sector.

Het medisch certificaat is leidend bij de beoordeling. Op basis van dit document vormt de arts sociale geneeskunde een

expertopinie. De arts sociale geneeskunde doet ongeveer 20 minuten over de beoordeling, maar dit kan langer duren in gecompliceerde situaties. Bij de pensioenverzekeraars zijn er geen gestandaardiseerde protocollen/richtlijnen voor het doen van beoordelingen. Het gaat meer om praktijkervaring. De pensioenverzekeraars worden wel vergeleken op het afwijzingspercentage. Er wordt naar gestreefd het afwijzingspercentage vergelijkbaar te houden.

De arts sociale geneeskunde kan verschillende uitkeringen toekennen: een tijdelijke of een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering

Kela of een pensioenverzekeraar kan een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering toekennen als er verwacht wordt dat het arbeidsvermogen van de cliënt zou kunnen verbeteren met van re-integratie en revalidatie-interventies. De cliënt kan onder andere een stage, omscholing of training volgen om in aanmerking te komen voor een andere baan. De tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend indien de cliënt in ieder geval aan de volgende criteria voldoet:

- Nationale (inwoningsgerelateerde) tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit Kela:
 - De medische conditie van de cliënt moet worden veroorzaakt door een vastgestelde diagnose.
 - De aandoening moet dermate ernstig zijn dat het tijdelijk onmogelijk voor de cliënt is om een 'redelijk' loon te verdienen.
 - De cliënt heeft minimaal de wettelijke periode in Finland gewoond (ten minste 3 jaar na het bereiken van de leeftijd van 16 jaar). Er hoeft niet aan dit criterium te worden voldaan indien de cliënt eerder een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor personen onder 16 jaar heeft ontvangen of als het verlies in arbeidsvermogen is ontstaan tijdens inwoning in Finland voor het bereiken van de leeftijd van 19 jaar.
 - Andere uitkeringen en toeslagen die de cliënt ontvangt mogen niet boven de inkomenslimiet komen.²⁷² Als iemand meer dan € 1.512,38 als alleenstaande of € 1.355,30 als samenwonende per maand als inkomsten heeft, dan kan er geen aanspraak worden gemaakt op een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering door Kela. Indien iemand tussen de € 61,95 en de inkomenslimiet aan inkomsten per maand heeft, dan wordt dit verrekend met de uitkering. Onder de € 61,95 aan inkomsten per maand wordt niet verrekend, iemand krijgt dan de volledige uitkering.
- Private (inkomensgerelateerde) tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit pensioenverzekeraar:
 - De cliënt heeft een leeftijd van minimaal 17 jaar en heeft nog niet de pensioenleeftijd bereikt (afhankelijk van geboortjaar).
 - De medische conditie van de cliënt moet worden veroorzaakt door een vastgestelde diagnose.
 - De aandoening moet dermate ernstig zijn dat (volledig) werken in de huidige of laatste functie sinds minimaal 1 jaar onmogelijk is.
 - Voor een volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering moet er sprake zijn van een verlies van ten minste 3/5²⁷³ deel van het arbeidsvermogen op basis van een expertopinie. Hierbij wordt rekening gehouden met werk dat de cliënt naar redelijkheid zou moeten kunnen uitvoeren.
 - Bij de pensioenverzekeraars is het mogelijk om een gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering te claimen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een verlies van ten minste 2/5 deel van het arbeidsvermogen. Een gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering is niet mogelijk vanuit Kela, maar enkel vanuit de pensioenverzekeraar.²⁷⁴ Indien een gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend, bedraagt dit 50% van een volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering van de pensioenverzekeraar.²⁷⁵

Een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt in de praktijk vaak toegekend voor een jaar of korter. Bij bijvoorbeeld jonge cliënten met ernstige psychische problematiek wordt er soms een langere periode toegekend. In theorie is er echter geen maximale duur. Daarnaast kan deze uitkering onbeperkt verlengd worden tot de vroegste pensioenleeftijd.

Het is niet verplicht om mee te werken aan revalidatie en re-integratie-initiatieven ten tijde van de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Revalidatie en re-integratie kunnen echter wel worden geïnitieerd vanuit Kela. Vanuit de pensioenverzekeraar kunnen enkel re-integratie-initiatieven worden geïnitieerd. Indien de cliënt participeert in de initiatieven, dan kan de cliënt een rehabilitatietoeslag ontvangen, boven op de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. De rehabilitatietoeslag verhoogt het bedrag van de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering met ongeveer 30%.

De tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering kan ook worden toegekend als een cliënt een afwijzing voor een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgt, bijvoorbeeld bij jongere cliënten. Indien een cliënt wordt afgewezen voor de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering, maar voldoet aan de criteria voor een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering, dan wordt de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering direct toegekend. Hier hoeft dan geen nieuwe aanvraag voor te worden gedaan.²⁷⁶

²⁷² Zie Kela (2023).

²⁷³ Deze delen van arbeidsongeschiktheid reflecteren een voorgaand verdiencapaciteitmodel van beoordeling.

²⁷⁴ Zie Valkama et al. (2019).

²⁷⁵ Zie Työeläke.fi (2023).

²⁷⁶ Ibidem.

De tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit Kela bedraagt een vast bedrag: € 732,67 bruto per maand voor alleenstaanden en € 654,13 bruto per maand voor samenwonenden. Bij een pensioenverzekeraar wordt de hoogte van de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend aan de hand van:

- een pensioendeel: het maandbedrag dat is opgebouwd op het moment dat de arbeidsongeschiktheid begint, vermenigvuldigd met een levensverwachtingscoëfficiënt;
- een geprojecteerd pensioendeel: een maandbedrag dat zou worden opgebouwd als de cliënt niet arbeidsongeschiktheid was geraakt en tot de pensioenleeftijd zou doorwerken. Dit wordt berekend vanaf het moment van arbeidsongeschiktheid tot de vroegste pensioenleeftijd. Er wordt hierbij jaarlijks van 1,5% van het gemiddelde maandelijkse inkomen uitgegaan. Zo bedraagt dit bij een cliënt die € 3.000 per maand verdient en 19 maanden voor de vroegste pensioenleeftijd arbeidsongeschikt raakt $€ 3.000 \times 19 \text{ maanden} \times (0,015 / 12 \text{ maanden}) = € 71,25$ per maand.²⁷⁷

Permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering

De permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering is in principe permanente. Deze uitkering kan worden toegekend indien de cliënt in ieder geval aan de volgende criteria voldoet:

- Nationale (inwoningsgerelateerde) permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit Kela:
 - De medische conditie van de cliënt moet worden veroorzaakt door een vastgestelde diagnose.
 - De aandoening moet dermate ernstig zijn dat het onmogelijk voor de cliënt is om een redelijk loon te verdienen.
 - De aandoening moet duurzaam zijn.
 - De cliënt heeft minimaal de wettelijke periode in Finland gewoond (ten minste drie jaar na het bereiken van de leeftijd van 16 jaar). Er hoeft niet aan dit criteria te worden voldaan indien de cliënt eerder een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor personen onder de 16 heeft ontvangen of als het verlies in arbeidsvermogen is ontstaan tijdens inwoning in Finland voor het bereiken van de leeftijd van 19 jaar.
 - Andere uitkeringen en toeslagen die de cliënt ontvangt komen samen niet boven de inkomenslimiet.²⁷⁸
 - Ook moeten alle mogelijke behandelingen, revalidatie- en re-integratiemogelijkheden uitgevoerd zijn. Als dit niet het geval is (het is immers niet verplicht deel te nemen aan revalidatie en re-integratie), dan kan de arbeidsongeschiktheidsuitkering worden afgewezen en een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend.
- Private (inkomensgerelateerde) permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit pensioenverzekeraar:
 - De cliënt heeft een leeftijd van ten minste 17 jaar of heeft de pensioenleeftijd nog niet bereikt.²⁷⁹
 - De medische conditie van de cliënt moet worden veroorzaakt door een vastgestelde diagnose en de aandoening moet dermate ernstig zijn dat (volledig) werken in de huidige of laatste baan sinds in ieder geval een jaar onmogelijk is.
 - De aandoening moet duurzaam zijn.
 - Ook moeten alle mogelijke behandelingen, revalidatie- en re-integratiemogelijkheden uitgevoerd zijn. Als dit niet het geval is, kan de arbeidsongeschiktheidsuitkering worden afgewezen en een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering worden toegekend.
 - Voor een volledige permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering moet er sprake zijn van een verlies van ten minste 3/5 deel van het arbeidsvermogen. Hierbij wordt rekening gehouden met werk dat de cliënt naar redelijkheid zou moeten kunnen uitvoeren. Er is een uitzondering voor cliënten werkzaam in de publieke sector. Het arbeidsvermogen wordt dan beoordeeld ten opzichte van de eigen baan van de cliënt.

Bij de pensioenverzekeraars is het mogelijk om een gedeeltelijke permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering te claimen. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een verlies van ten minste 2/5 deel van het arbeidsvermogen. De gedeeltelijke permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering is niet mogelijk vanuit Kela, maar enkel vanuit de pensioenverzekeraar.²⁸⁰ Indien een gedeeltelijke permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend door de pensioenverzekeraar, dan bedraagt dit 50% van een volledige permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering.²⁸¹

Het is mogelijk om een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering om te zetten naar een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering als de cliënt te veel verdient naast de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering, en uit de herbeoordeling blijkt dat er verbetering mogelijk is in het arbeidsvermogen.

In de beoordeling wordt rekening gehouden met de opleiding en de ervaring van de cliënt. De leeftijd van de cliënt wordt ook meegenomen in de beoordeling. Dit is wettelijk vastgelegd. Bij cliënten onder de 60 jaar wordt arbeidsvermogen beoordeeld ten opzichte van de algemene arbeidsmarkt. Bij cliënten boven de 60 jaar (en voor cliënten van elke willekeurige leeftijd die werken in de publieke sector) wordt alleen beoordeeld of de cliënt in de laatste baan kan werken. Daarnaast wordt er minder vaak een arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend bij jongere cliënten. Ook wordt meegenomen of een mogelijke baan binnen het bereik van de cliënt valt. Hoe ouder de cliënt is, hoe zwaarder omgevingsfactoren meewegen in de beoordeling. Hierbij wordt de vraag gesteld wat redelijkerwijs verwacht kan worden van de cliënt.

²⁷⁷ Ibidem.

²⁷⁸ Zie Kela (2023).

²⁷⁹ Zie Työeläke.fi (2023).

²⁸⁰ Zie Valkama et al. (2019).

²⁸¹ Zie Työeläke.fi (2023).

Bij een volledige permanente uitkering mag de cliënt maximaal 40% van het laatste inkomen verdienen, bij een parttime uitkering is dit 60%.²⁸² 13% van cliënten die een volledige permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend hebben gekregen, werken naast hun uitkering. 80% van de cliënten die een gedeeltelijke permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering toegekend hebben gekregen, werken naast hun uitkering.²⁸³

De permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit Kela bedraagt een vast bedrag: € 732,67 bruto per maand voor alleenstaanden en € 654,13 bruto per maand voor samenwonenden. Bij een pensioenverzekeraar wordt de hoogte van de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend aan de hand van:

- een pensioendeel: het maandbedrag dat is opgebouwd op het moment dat de arbeidsongeschiktheid begint, vermenigvuldigd met een levensverwachtingscoëfficiënt.
- een geprojecteerd pensioendeel: een maandbedrag dat zou worden opgebouwd als de cliënt niet arbeidsongeschiktheid was geraakt en tot de pensioenleeftijd zou doorwerken. Dit wordt berekend vanaf het moment van arbeidsongeschiktheid tot de vroegste pensioenleeftijd. Er wordt hierbij jaarlijks van 1,5% van het gemiddelde maandelijkse inkomen uitgegaan. Zo bedraagt dit bij een cliënt die € 3.000 per maand verdient en 19 maanden voor de vroegste pensioenleeftijd arbeidsongeschikt raakt: € 3.000 x 19 maanden x (0,015 / 12 maanden) = € 71,25 per maand.²⁸⁴

13.3.3. Rapport

Er is wettelijk vastgelegd dat er onderbouwd moet worden waarom een uitkering wordt toegekend of afgewezen. De onderbouwing moet grondig, duidelijk en eenvoudig leesbaar zijn. Als er een overduidelijke reden is voor het toekennen van de uitkering, dan kan de onderbouwing kort zijn. Er moet worden beschreven in welke mate het arbeidsvermogen van de cliënt beperkt is.

De onderbouwing is vaak langer indien een uitkering wordt afgewezen. Er moet beschreven worden welke diagnose(s) de cliënt heeft en hoe dit het arbeidsvermogen van de cliënt beïnvloedt en hoe de cliënt hiervoor is behandeld. Vervolgens moet er grondig onderbouwd worden dat er beoordeeld wordt dat er onvolledig aan de arbeidsongeschiktheidscriteria van de desbetreffende aangevraagde uitkering wordt voldaan. Vervolgens moet er benoemd worden waarom beoordeeld wordt dat er meer dan 2/5 (bij afwijzing volledige uitkering) of 3/5 (bij afwijzing gedeeltelijke uitkering) resterend arbeidsvermogen is en op welke informatie deze beoordeling gebaseerd is.

13.3.4. Beslissing

Bij Kela en de pensioenverzekeraars wordt de administratieve beslissing gevormd door een niet-medisch professional, de claimafhandelaar. Deze neemt de uiteindelijke beslissing over het al dan niet toekennen van een uitkering. Deze professional heeft een juridische of verzekeringsachtergrond. Daarbij baseert deze professional zich op het advies van de arts sociale geneeskunde, het medische certificaat en informatie over het inkomen en andere uitkeringen die de cliënt ontvangt. Er kan worden afgeweken van het advies van de arts sociale geneeskunde op basis van informatie over het inkomen en andere uitkeringen.

Bij de pensioenverzekeraars wordt de beslissing gevormd door een niet-medisch professional, de besluitspecialist. Hierbij kan advies worden ingewonnen bij de rehabilitatiespecialist van de desbetreffende pensioenverzekeraar.²⁸⁵

Gemiddeld wordt er bij de pensioenverzekeraars ongeveer 40% van de nieuwe aanvragen afgewezen, bij Kela is dat ongeveer 50%. Bij pensioenverzekeraars voor cliënten die werken in de publieke sector liggen de afwijzingen lager, omdat hier wordt beoordeeld of iemand in zijn laatste baan kan werken, en dus niet in elke baan op de algemene arbeidsmarkt. Bij Kela spelen vaker werkloosheid en sociale problematiek mee in de aanvraag van arbeidsongeschiktheid, terwijl deze problematieken niet worden meegenomen in de beoordeling. Het afwijzingspercentage bij cliënten boven de 60 jaar (waarbij resterend arbeidsvermogen wordt onderzocht ten opzichte van de laatste baan) is slechts 10%.

13.3.5. Algemene verordening gegevensbescherming

Bij aanvraag van een ziekte- of arbeidsongeschiktheidsuitkering moet de cliënt schriftelijk uitgebreide toestemming geven voor inzage in medische informatie.

Voorheen werd tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling automatisch digitaal informatie over de cliënt opgevraagd bij de werkgever. Zoals informatie over taken, waar de cliënt tegenaan loopt tijdens de uitvoering van deze taken, duur van het arbeidscontract en aanpassingen op het werk. Vanwege de AVG mag dit niet langer automatisch plaatsvinden. Deze vragen laten de werkgever namelijk indirect weten dat de zieke werknemer een gezondheidsprobleem heeft en een uitkering aanvraagt. Daarom moet er beargumenteerd worden waarom deze informatie van de werkgever benodigd is om tot een beoordeling te komen. Het heeft de voorkeur om dit via de cliënt te laten lopen, maar het is niet strikt noodzakelijk, omdat de cliënt al toestemming heeft gegeven voor het opvragen van de benodigde informatie.

²⁸² Zie Martimo (2019).

²⁸³ Zie Eläketurvakeskus, Finnish Centre for pensions, *Disability pension*.

²⁸⁴ Zie Työeläke.fi (2023).

²⁸⁵ Zie Valkama et al. (2019).

13.3.6. Multimorbiditeit

Indien de cliënt meerdere diagnoses heeft, dan worden er ook meerdere completerende medische certificaten opgesteld door specialisten. Indien de cliënt is gezien door een arbeidsgeneeskundig specialist (binnen de arbeidsgeneeskundige dienst) dan is er eerder een holistische benadering en volstaat een enkel certificaat meestal.

13.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Dit proces bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen aan de orde zijn.

13.4.1. Bezwaar en beroep

Er zijn verschillende juridische mogelijkheden als de cliënt het oneens is met de administratieve beslissing. Als de cliënt van mening is dat er medische informatie mist in het rapport, dan kan die aanvullende informatie opvragen bij de behandelend arts. Deze informatie kan de cliënt indienen en een verzoek doen om de beslissing te herzien. Meestal verandert dit de beslissing echter niet.

Een volgende mogelijkheid is om kosteloos bezwaar te maken bij een onafhankelijk instituut buiten Kela en/of de pensioenverzekeraar. Artsen sociale geneeskunde van het onafhankelijke instituut doen dan de beoordeling opnieuw. Dit kan enkele maanden duren. In 10% van de gevallen wordt het bezwaar gehonoreerd.

Indien de cliënt het alsnog oneens is met de beslissing, dan kan die bezwaar maken bij de verzekeringsrechtbank. De vraag wordt dan gesteld of de beslissing correct is gezien de geldende wet- en regelgeving. Dit proces is juridisch van aard. Hierbij zijn minder medische experts betrokken dan tijdens de vorige stappen. Dit proces kan een jaar duren.

13.4.2. Herbeoordeling

Een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt meestal toegekend voor één jaar of minder. Na deze periode moet de cliënt vervolgens zelf verlenging aanvragen of een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Verlenging kan enkel worden afgewezen indien een arts een objectieve verbetering in de gezondheid van de cliënt vaststelt. De tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt voor een gespecificeerde periode toegekend, bijvoorbeeld voor één of twee jaar. Het is de verantwoordelijkheid van de cliënt om vervolgens weer een verlenging aan te vragen. Er volgt dan een herbeoordeling.

Als de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering is toegekend, dan vindt er geen herbeoordeling plaats, tenzij de cliënt te veel verdient. Indien de cliënt gedurende twee jaar een inkomen van boven een maximaal bedrag heeft, dan kan het bedrag dat wordt uitgekeerd wel in mindering worden gebracht. Het maximumbedrag bedraagt 60% van het oude inkomen voor de gedeeltelijke uitkering en 40% van het oude inkomen bij de volledige uitkering. Er wordt gepoogd dit zo flexibel mogelijk te houden om niemand te weerhouden om aan het werk te gaan. Een volledige arbeidsongeschiktheidsuitkering kan dan bijvoorbeeld worden omgezet naar een gedeeltelijke of tijdelijk worden stopgezet. Dit komt echter nauwelijks voor.

14. Verenigd Koninkrijk



Dit landenhoofdstuk over het arbeidsongeschiktheidsstelsel in het Verenigd Koninkrijk is gebaseerd op deskresearch en twee interviews. Er is een interview gedaan met een hoogleraar Social Science and Health van het department of Global Health and Medicine van King's College London. Bij het tweede interview waren twee department directors van het Department for Work and Pensions aanwezig. Er is een consistentiecheck gedaan door de uitgewerkte informatie schriftelijk voor te leggen aan de geïnterviewden, maar helaas is daarop geen reactie gekomen. Dat betekent dat de volgende beschrijving met enige voorzichtigheid moet worden gelezen en gebruikt.

Context

Het Verenigd Koninkrijk heeft een inwonersaantal van 67 miljoen mensen in 2021.²⁸⁶ Dit is een groei met 3,7 miljoen (5,9%) ten opzichte van het inwonersaantal in 2011. De bevolkingsdichtheid bedraagt 276 personen per km².

Het beheer van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is in het Verenigd Koninkrijk belegd bij het Department for Work and Pensions (DWP).²⁸⁷ Het DWP is ook verantwoordelijk voor het inrichten van het beoordelingsproces en de bijbehorende criteria. De arbeidsongeschiktheidsregeling wordt uitgevoerd door het Jobcentre Plus, een door de overheid gefinancierd operationeel agentschap dat onderdeel is van het DWP.²⁸⁸ De uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt uitbesteed aan een privaat bedrijf. Momenteel is dit de Health Assessment Advisory Service (HAAS), een initiatief van het bedrijf Maximus.²⁸⁹

²⁸⁶ Zie Office for National Statistics (2022).

²⁸⁷ Zie Gov.UK. *Department for Work and Pensions*.

²⁸⁸ Zie Drijvers et al. (2021).

²⁸⁹ Er vinden momenteel onderhandelingen plaats over een nieuwe private aanbieder.

14.1. Arbeidsongeschiktheidsstelsel Verenigd Koninkrijk in grote lijnen

In het kort

■ Wat zijn de verschillende gehanteerde criteria voor arbeidsongeschiktheid?

Het Verenigd Koninkrijk kent een arbeidsongeschiktheidsuitkering die vanuit de premies wordt gefinancierd en een die uit een sociale regeling wordt gefinancierd. Om in aanmerking te komen voor een premiegerelateerde arbeidsongeschiktheidsuitkering moet de cliënt aan een aantal criteria voldoen. De cliënt moet nog niet de staatspensioenleeftijd²⁹⁰ bereikt hebben; een werknemer te zijn die tussen nu en drie maanden niet langer recht heeft op 'Statutory Sick Pay' (bedrag dat de werkgever bij ziekte betaalt) of zelfstandige of werkloos zijn (maar wel een arbeidsverleden hebben); er moet sprake zijn van een aandoening of beperking die invloed heeft op het arbeidsvermogen (zie de paragraaf Beoordeling voor meer informatie); en er moet voldoende premie zijn betaald aan de nationale arbeidsongeschiktheidsverzekering in de laatste twee tot drie jaar. Om in aanmerking te komen voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering vanuit de sociale regeling moet de cliënt in het Verenigd Koninkrijk wonen; 18 jaar of ouder zijn²⁹¹; nog niet de staatspensioenleeftijd bereikt hebben; £ 16.000 of minder te bezitten in contanten, spaargeld en investeringen²⁹² en er moet sprake zijn van een aandoening of beperking die invloed heeft op het arbeidsvermogen (zie de paragraaf Beoordeling voor meer informatie).

■ Waaruit bestaat de eigen inbreng van de cliënt bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

In het Verenigd Koninkrijk moet de cliënt zelf de arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Voorafgaand aan de beoordeling is de cliënt verplicht om een 'fit note' aan te leveren. Dit is een medisch document dat opgesteld kan worden door een behandelende zorgprofessional. In dit document wordt onder andere de diagnose, werkgerelateerde prognose en eventuele aanbevelingen genoteerd. Daarnaast moet de cliënt een zelfrapportagevragenlijst invullen (ESA50). In dit document wordt er onder andere gevraagd naar relevante medische documenten en informatie en ook naar functionele beperkingen op verschillende domeinen.

■ Welke professionals zijn betrokken bij de claimbeoordeling en hoe zien hun rollen eruit?

Voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het Verenigd Koninkrijk is een medisch certificaat vanuit de curatieve sector nodig. Dit certificaat wordt in het Verenigd Koninkrijk een 'fit note' genoemd, die door een behandelend zorgprofessional wordt opgesteld. Deze bevat onder andere de relevante diagnose van de cliënt. Dit certificaat kan worden geschreven door een behandelend huisarts, specialist en sinds juli 2022 ook door een verpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut of apotheker. De beoordeling wordt door een zorgprofessional van de HAAS uitgevoerd. Deze beoordelende zorgprofessional kan een arts zijn, maar ook een verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut en psycholoog. Voor de beoordeling heeft deze professional een telefonisch, digitaal of fysiek consult met de cliënt. Voordat een zorgprofessional de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling mag uitvoeren, moet deze een opleiding volgen. Deze opleiding wordt verzorgd door het private bedrijf waarvoor de zorgprofessional werkt. De beslissing wordt genomen door een niet-medisch professional van het DWP die een training gevolgd heeft op het gebied van rechten en beleid. In beroepszaken is er onder andere een arbeidsongeschiktheidsexpert aanwezig, bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige of een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging.

■ Hoe wordt omgegaan met multimorbiditeit?

De beoordeling kan uitgevoerd worden voor één diagnose of meerdere diagnoses, omdat de uiteindelijke beoordeling berust op het totaal aantal punten op de zeventien domeinen van het Work Capability Assessment. Gecombineerde diagnoses kunnen leiden tot een hogere score binnen de domeinen.

■ Hoe wordt hierbij rekening gehouden met de AVG?

Het Verenigd Koninkrijk hoeft zich sinds de Brexit niet langer aan de AVG te houden. Desalniettemin wordt er zorgvuldig omgegaan met gegevensbescherming. Gegevensuitwisseling met de curatieve sector is beperkt. Indien aanvullende medische informatie wordt opgevraagd, dan verloopt dit meestal via de cliënt. In enkele gevallen wordt er direct contact opgenomen met de behandelend zorgprofessional. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt. In lijn met de verordening kan de cliënt deze toestemming desgewenst op ieder moment intrekken.

Bijzonderheden

- Het Verenigd Koninkrijk kampte voorheen met een capaciteitsprobleem voor het uitvoeren van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen. Er zijn twee maatregelen ingevoerd om dit probleem te verhelpen: de vereisten voor het uitvoeren van beoordelingen zijn verruimd: beoordelingen hoeven niet meer door een arts gedaan te worden. Daarnaast wordt de beoordeling niet meer altijd face-to-face gedaan.
- Er is in het Verenigd Koninkrijk veel kritiek (geweest) over hardheden binnen het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Dit heeft geresulteerd in verschillende initiatieven ter verbetering van het systeem.
- Het Verenigd Koninkrijk heeft een uitkering waarin verschillende voormalige toeslagen en uitkeringen gecombineerd worden. Dit heet 'Universal Credit'. Hierbij wordt een standaardtarief uitgekeerd voor inwoners met een laag inkomen. In bijzondere omstandigheden, zoals arbeidsongeschiktheid, kan een aanvullend bedrag worden aangevraagd.

²⁹⁰ Die is momenteel 66 jaar (in 2023).

²⁹¹ In sommige gevallen wordt er een uitzondering gemaakt voor 16- en 17-jarigen.

²⁹² Vanaf £ 6.000 heeft bezit invloed op de hoogte van de uitkering.

14.2. Periode voorafgaand aan de claim op arbeidsongeschiktheid

Indien een werknemer ziek wordt, dan moet de werkgever een ziekte-uitkering (Statutory Sick Pay, afgekort als SSP) uitbetalen. De hoogte van de uitkering is £ 109,40 per week.²⁹³ Dit is een vast bedrag dat losstaat van de hoogte van het loon dat de werknemer voorafgaand aan de ziekte ontving. Werkgevers kunnen er ook vrijwillig voor kiezen om een uitgebreider ziekte-uitkeringschema te hanteren ('Company sick pay'). Bij Company Sick Pay kan bijvoorbeeld een bedrag uitgekeerd worden vergelijkbaar met het salaris van de werknemer en na een aantal weken 50% van het voormalige loon.²⁹⁴ Een zieke werknemer kan aanspraak maken op een ziekte-uitkering indien hij of zij:

- werk heeft uitgevoerd voor de werkgever;
- een gemiddeld inkomen van minimaal £ 123 per week heeft;
- ten minste vier dagen ziek is (inclusief niet-werkdagen).

Uitbetaling start in de meeste gevallen op de vierde dag. De duur van deze uitkering is maximaal 28 weken, afhankelijk van de werkgever.

Voor de eerste zeven ziektedagen heeft de cliënt geen medisch bewijs nodig om zich ziek te melden; de cliënt kan hiervoor zelf een certificaat opstellen. Na deze zeven dagen moet de werknemer een digitale of uitgeprinte 'fit note' (medisch certificaat) aanleveren bij de werkgever. Dit certificaat kan worden geschreven door een behandelend huisarts, specialist en sinds juli 2022 ook door een verpleegkundige, ergotherapeut, fysiotherapeut of apotheker. De fit note kan worden geschreven op basis van een medische rapportage van een andere, tweede, medisch professional die de cliënt heeft behandeld.²⁹⁵ De fit note bevat:

- datum van beoordeling, of de cliënt gezien is of dat er telefonisch contact is geweest en of er eventueel medische rapporten van andere behandelaars zijn geraadpleegd;
- diagnose. Indien dit mogelijk de verhouding tussen de cliënt en de werkgever kan schaden, dan mag er een minder precieze diagnose worden gegeven;
- beoordeling: de cliënt kan niet werken of, de cliënt zou kunnen werken als de adviezen, beschreven in de fit note, worden opgevolgd;
- advies over de impact van de ziekte en mogelijke hulpmiddelen zoals: een gefaseerde terugkeer naar werk, aangepaste uren, aangepaste taken, aanpassingen op de werkvloer;
- de geldigheidsduur van het advies van de professionals. De datum waarop het advies geldig is kan ook liggen op een moment voorafgaand aan de aanvraag van de fit note als de behandelend zorgprofessional beoordeelt dat de gediagnosticeerde ziekte het arbeidsvermogen voor de aanvraag al beïnvloedde;
- of de behandelend zorgprofessional de cliënt opnieuw moet zien voordat de geldigheidsduur van de fit note afloopt. Dit is niet nodig indien de behandelend zorgprofessional inschat dat de cliënt na afloop van de geldigheidsduur terug kan keren naar werk;
- de naam en functie van de beoordelaar;
- de beslissingsdatum (deze datum kan afwijken van de beoordelingsdatum).²⁹⁶

De fit note is een advies, de werkgever is niet verplicht dit over te nemen.²⁹⁷ Deze fit note wordt ook gebruikt in de aanvraag van een eventuele arbeidsongeschiktheidsuitkering.²⁹⁸

Indien de ziekte-uitkering (SSP) afloopt, dan moet de werkgever de werknemer voor de laatste week van de uitkering een aanmeldingsformulier voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering toesturen.²⁹⁹

Er zijn geen re-integratievereisten voor de werkgever en werknemer. Grotere bedrijven doen het minimale aan re-integratie. Kleine bedrijven over het algemeen nog minder.

14.3. Claim en beoordeling arbeidsongeschiktheid

Bij langdurige ziekte moet de cliënt zelf de arbeidsongeschiktheidsuitkering aanvragen. Deze aanvraag kan per post worden verstuurd, digitaal worden ingevuld en verstuurd of mondeling worden overgebracht via telefonisch contact met Jobcentre Plus. Dit is een operationeel agentschap dat onderdeel is van het DWP.³⁰⁰ Indien een aangewezen persoon de aanvraag voor de cliënt doet, dan moet dit telefonisch gebeuren.³⁰¹ Vervolgens vindt er een triage plaats om te onderzoeken welke vorm van beoordeling het meest passend is. Het kan zijn dat er geen 'volledige' beoordeling nodig is, bijvoorbeeld in het geval van een ernstige ziekte. In een dergelijk geval vindt er een desk assessment plaats. Als er wordt bepaald dat er wel een volledige beoordeling nodig is, dan kan worden gekozen wat hiervoor de meest passende optie is: een fysiek, telefonisch of digitaal 'spreekuur' met de cliënt.

²⁹³ Zie Gov.UK. *Statutory Sick Pay. Eligibility*.

²⁹⁴ Zie NIDirect. Government Services. *Sick Pay Rights. A typical company sick pay scheme*.

²⁹⁵ Zie Department for Work and Pensions (2022).

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ Ibidem.

²⁹⁸ Ibidem.

²⁹⁹ Zie Gov.UK. *Statutory Sick Pay. Eligibility*.

³⁰⁰ Zie Drijvers et al. (2021).

³⁰¹ Zie Clinical Training Team Department for Work and Pensions (2022).

Er zijn twee vormen van een arbeidsongeschiktheidsuitkering die aangevraagd kunnen worden:

1. Een op premie gebaseerde uitkering: Employment and Support Allowance (ESA). De cliënt kan in aanmerking komen voor de Employment and Support Allowance indien die:

- een leeftijd onder de staatspensioenleeftijd heeft. Dit is momenteel 66 jaar (in 2023);³⁰²
- een werknemer is die tussen nu en drie maanden niet langer recht heeft op 'Statutory Sick Pay' (bedrag dat de werkgever bij ziekte betaalt) of een zelfstandige, of werkloos is (en die in het verleden wel heeft gewerkt);
- een aandoening of beperking heeft die van invloed is op het arbeidsvermogen (zie de paragraaf Beoordeling voor meer informatie);
- voldoende premie heeft betaald aan de nationale arbeidsongeschiktheidsverzekering in de laatste twee tot drie jaar.³⁰³

2. Een sociale regeling: Inkomens-gerelateerde ESA onder Universal Credit. Universal Credit is een uitkering die ondersteuning biedt voor cliënten met een laag inkomen. Universal Credit is een uitkering die een aantal voormalige losstaande uitkeringen vervangt. Dit werkt vanuit een principe met een basisbedrag (afhankelijk van de leeftijd van de cliënt en of de cliënt samenwoont is dit bedrag tussen £ 229,26 en £ 368,74 per maand). Daarnaast zijn er verschillende omstandigheden die ervoor zorgen dat de cliënt recht heeft op een maandelijks aanvullend bedrag, waaronder arbeidsongeschiktheid.³⁰⁴ Om in aanmerking te komen voor Universal Credit en het aanvullende bedrag voor arbeidsongeschiktheid, moet de cliënt:

- in het Verenigd Koninkrijk wonen;
- 18 jaar of ouder zijn (in sommige gevallen wordt er een uitzondering gemaakt voor 16- en 17-jarigen);
- onder de staatspensioenleeftijd zijn, die momenteel 66 jaar is (in 2023);³⁰⁵
- £ 16.000 of minder bezitten in contanten, spaargeld en investeringen;³⁰⁶
- een aandoening of beperking hebben die van invloed is op het arbeidsvermogen (zie de paragraaf Beoordeling voor meer informatie).

Het is voor de cliënt mogelijk om een gecombineerde aanvraag te doen voor op premiegebaseerde ESA en inkomensgerelateerde ESA onder Universal Credit.³⁰⁷

³⁰² Zie Age UK, *Changes to State Pension age*.

³⁰³ Zie Gov.UK, *Employment and Support Allowance (ESA). Overview*.

³⁰⁴ Zie Gov.UK, *Universal Credit*.

³⁰⁵ Zie Age UK, *Changes to State Pension age*.

³⁰⁶ Zie Gov.UK, *Universal Credit*. Vanaf £ 6.000 heeft bezit invloed op de hoogte van de uitkering.

³⁰⁷ Zie Department for Work and Pensions, *New Style ESA and Universal Credit Dual claims*.

14.3.1. Benodigd voor beoordeling

Voorafgaand aan de beoordeling moet de cliënt:

- de eerdergenoemde fit note aanleveren. De cliënt moet een behandelende zorgprofessional fysiek bezoeken of telefonisch contact opnemen met deze professional. Vervolgens wordt er een medisch certificaat opgesteld met daarin onder andere een diagnose, werkgerelateerde prognose en eventuele aanbevelingen³⁰⁸ (zie paragraaf 14.2 voor meer informatie). Aanvullende medische informatie mag worden opgevraagd bij behandelend zorgpersoneel indien de cliënt hier toestemming voor heeft gegeven.³⁰⁹
- een zelfrapportagevragenlijst invullen (ESA50). In deze vragenlijst wordt de cliënt gevraagd naar informatie over:
 - contactgegevens behandelend arts;
 - medicatieoverzicht;
 - medische rapporten van behandelend arts(en);
 - testuitslagen;
 - relevante medische informatie (hiervoor worden adviezen gegeven over wat wel en niet opgestuurd moet worden);
 - bewijs dat de aandoening al ten minste dertien weken bestaat;
 - functionele beperkingen (uitgebreid, op verschillende domeinen, zie tabel 14.1).

De cliënt kan per vraag aankruisen welk antwoord het beste bij zijn of haar situatie past. Daarnaast is er ruimte om dit antwoord te motiveren.

In het begin van de vragenlijst wordt er gevraagd naar ernstige ziekten. Indien de cliënt invult een ernstige ziekte te hebben, dan kan er een verkorte versie van de vragenlijst ingevuld worden. Indien de ernstige diagnose wordt bevestigd door een diagnose van de behandelend arts, dan hoeft een dergelijke cliënt niet volledig (met een spreekuur) beoordeeld te worden. De uitkering kan daarmee op medische gronden worden toegekend in plaats van op functionele beperkingen (zie de paragraaf Beoordeling).

Het betreft een uitgebreide vragenlijst die voor sommige cliënten moeilijk in te vullen is. Er is hulp beschikbaar voor het invullen van de vragenlijst vanuit Citizens Advice.³¹⁰ Dit is een organisatie die advies en hulp biedt aan mensen onder andere bij het aanvragen van uitkeringen, maar ook bijvoorbeeld in het geval van schuldenproblematiek of juridische problemen. Voorheen werd deze organisatie door vrijwilligers gerund, tegenwoordig werken zij onder contract van de overheid.

14.3.2. Beoordeling

Voor zowel de op premiegebaseerde ESA als de ESA onder Universal Credit wordt dezelfde arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor het DWP uitgevoerd door een privaat bedrijf, HAAS (Maximus). Een zorgprofessional van dit bedrijf beoordeelt de cliënt volgens de criteria van het Work Capability Assessment (WCA). Deze zorgprofessional kan een arts, verpleegkundige, fysiotherapeut, ergotherapeut of psycholoog zijn (zie voor meer informatie Box 14.1). Hierbij wordt gekeken hoe een ziekte of beperking het dagelijks functioneren van de cliënt beïnvloedt.³¹¹ Hiervoor kan de zorgprofessional een WCA-handboek raadplegen. Tijdens het gesprek met de cliënt wordt de zorgprofessional ondersteund door Logic Integrated Medical Assessment (LiMA), een evidencebased applicatie. LiMA is een hulpmiddel dat de zorgprofessional begeleidt door aan te geven naar welke beperkingen in functioneren er gevraagd kan worden. Daarnaast doet de applicatie suggesties in het aantal punten dat per item gegeven moet te worden. De zorgprofessional kan LiMA's uitkomsten overschrijven, maar wel beargumenteerd.³¹²

Voor het proces van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling staat een duur van dertien weken. Gedurende deze periode waarin de beoordeling wordt gedaan, wordt een 'assessment rate' uitgekeerd. Dit is een uitkering met een hoogte tot £ 67,20 voor cliënten onder de 25 jaar en tot £ 84,80 per week voor cliënten ouder dan 25 jaar. Als het beoordelingsproces langer dan dertien weken duurt, wordt dit bedrag uitgekeerd tot er een beslissing is gemaakt.³¹³ Toekenning van deze uitkering vindt plaats op basis van fit notes van de behandelende zorgprofessional.³¹⁴

³⁰⁸ Zie Department for Work and Pensions (2022).

³⁰⁹ Zie Clinical Training Team Department for Work and Pensions (2022).

³¹⁰ Zie Citizens Advice, *Fill in the ESA capability for work form*.

³¹¹ Zie Department for Work and Pensions (2016).

³¹² Zie Priestley en Morris (2019).

³¹³ <https://www.gov.uk/employment-support-allowance/what-youll-get>

³¹⁴ Zie Department for Work and Pensions (2016).

Binnen de WCA worden er twee beoordelingen uitgevoerd: de Limited Capability for Work (LCW) en de Limited Capability for Work-Related Activity (LCWRA).

- Limited Capability for Work (LCW). Er wordt beoordeeld of de cliënt een beperkt arbeidsvermogen heeft. Deze beoordeling heeft als doel om cliënten te identificeren die momenteel arbeidsongeschikt zijn maar wel re-integratie-activiteiten kunnen volgen onder begeleiding van een job coach.

Tijdens deze beoordeling wordt de cliënt op zeventien domeinen beoordeeld.³¹⁵ Per domein kunnen punten 'gescoord' worden, afhankelijk van de ernst van de beperking in functioneren van de cliënt. Binnen deze domeinen zijn er diverse 'handelingen' waarnaar gevraagd wordt. Indien de cliënt op meerdere handelingen binnen één domein scoort, dan wordt alleen de hoogst scorende handeling meegenomen in de puntentelling.³¹⁶ Als de cliënt binnen één domein 15 punten of meer scoort, dan wordt de uitkering direct toegekend. De rest van de domeinen hoeven dan niet uitgevraagd te worden. Het is ook mogelijk dat de uitkering wordt toegekend indien de cliënt met meerdere domeinen een gecombineerde score behaalt van ten minste 15 punten. In de beoordeling wordt er geen mogelijke urenbeperking meegenomen.

De zestien domeinen die voor de beoordeling van LCW worden gehanteerd staan in tabel 14.1.

Tabel 14.1 Domeinen voor de beoordeling

Fysiek	Mentaal, cognitief en intellectueel
Mobiliseren	Leertaken
Staan en zitten	Zich bewust zijn van dagelijks gevaar
Reiken	Plannen en problemen oplossen
Een voorwerp oppakken en verplaatsen	Omgaan met verandering
Manuele vaardigheid	Zich verplaatsen in anderen
Jezelf verstaanbaar maken	Omgaan met andere mensen
Veilig je weg vinden	Gedrag
Continentie	
Bewustzijn	

³¹⁵ Zie Clinical Training Team Department for Work and Pensions (2022).

³¹⁶ Zie Department for Work and Pensions (2016).

- Limited Capability for Work-Related Activity (LCWRA). Indien de cliënt voldoet aan de vereisten van LCW en daarmee een beperkt arbeidsvermogen heeft, beoordeelt de zorgprofessional vervolgens of de cliënt naast een beperkt arbeidsvermogen (LCW) ook geen vermogen heeft om re-integratieactiviteiten uit te voeren, Limited Capability for Work-Related Activity. Deze beoordeling heeft als doel cliënten te identificeren die volledig arbeidsongeschikt zijn en voor wie het volgen van re-integratieactiviteiten geen verplichting is (dit mag wel, indien de cliënt dat zelf wil).

Indien de cliënt op een van deze domeinen volledig scoort (15 punten op in ieder geval één handeling binnen een van de domeinen), dan wordt de cliënt als LCWRA beoordeeld. Hiervoor worden zestien domeinen gehanteerd, (deels anders dan de domeinen voor de LCW-beoordeling):

- Mobiliseren
- Verplaatsen vanuit een zittende positie naar een andere positie
- Reiken
- Een voorwerp oppakken en verplaatsen
- Handvaardigheid
- Jezelf verstaanbaar maken
- Anderen begrijpen
- Continentie
- Leertaken
- Bewustzijn van gevaar
- Plannen en problemen oplossen
- Omgaan met verandering
- Zich verplaatsen in anderen
- Omgaan met andere mensen
- Eten of drinken naar de mond verplaatsen
- Kauwen en slikken bij eten of drinken.³¹⁷

Zoals eerder genoemd is het mogelijk dat de cliënt niet een volledige beoordeling hoeft te doorlopen. De cliënt hoeft niet in gesprek te gaan met de beoordelende zorgprofessional indien:

- er bewijs is van een duidelijke ernstige aandoening waarmee de cliënt aan de LCWRA-criteria voldoet;
- die valt binnen de categorie 'bijzondere omstandigheden'; de cliënt heeft bijvoorbeeld een terminale ziekte, is aan het einde van zijn of haar leven of volgt chemotherapie/radiotherapie;
- er kan beoordeeld worden dat die door een functionele beperking aan de criteria voor LCW voldoet, bijvoorbeeld door wekelijkse hemodialyse of doordat die minimaal 24 uur per week in het ziekenhuis moet zijn.

Indien de cliënt hier recht op heeft, moet de zorgprofessional onderzoeken of de cliënt ook aan de LCWRA-criteria voldoet.³¹⁸

Box 14.1 Beoordelende zorgprofessional

- De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt in het Verenigd Koninkrijk uitgevoerd door een zorgprofessional. Voorheen werd de cliënt (bijna) altijd face-to-face gezien door een arts. Vanwege tekorten in personeel zijn er twee maatregelen genomen:
 - De professionele vereisten zijn versoepeld; de beoordeling kan nu, naast een arts, ook worden uitgevoerd door verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen.
 - De beoordelingsgesprekken vinden niet langer enkel fysiek plaats. Dit kan ook telefonisch of digitaal.³¹⁹
- Voordat een zorgprofessional zelfstandig beoordelingen mag uitvoeren, moet die een opleiding volgen. Deze opleiding wordt intern verzorgd door het private bedrijf.

14.3.3. Rapport

De beoordelende zorgprofessional schrijft het beoordelingsrapport. In het rapport worden de scores op het Work Capability Assessment beschreven. Indien de beoordelende zorgprofessional afwijkt van antwoorden die de cliënt in de vragenlijst heeft gegeven, dan moet dit beargumenteerd worden. Er wordt een expertopinie gegeven over of de cliënt onder LCW valt en, zo ja, of de cliënt ook onder LCWRA valt. Daarnaast noteert de zorgprofessional ook een prognose. De cliënt kan alleen op aanvraag het rapport ontvangen. Normaliter ontvangt de cliënt enkel informatie over de beslissing.

³¹⁷ Ibidem.

³¹⁸ Zie Clinical Training Team Department for Work and Pensions (2022).

³¹⁹ Zie Department for Work and Pensions (2016).

14.3.4. Beslissing

De administratieve beslissing wordt gevormd door een ambtenaar van het Department for Work and Pensions. Dit is een niet-medisch professional die een training gevolgd heeft op het gebied van rechten en beleid. Het betreft een administratieve beslissing. De ambtenaar maakt de beslissing op basis van het rapport met de expertopinie van de beoordelaar, de zelfrapportagevragenlijst van de cliënt en de medische informatie van de behandelend arts. Er zijn drie mogelijke uitkomsten van de beslissing:

- Fit for work: Geen recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.
- Limited Capability for Work: de cliënt kan niet werken, maar kan zich wel voorbereiden om te werken in de toekomst. Een cliënt in deze categorie is verplicht om re-integratieactiviteiten op te volgen. Indien de cliënt adviezen hierover onvoldoende opvolgt, dan kan de uitkering mogelijk beëindigd worden.
- Limited Capability for Work-Related Activity: de cliënt kan niet werken en de verwachting is dat dit in de toekomst ook niet kan.³²⁰ Een cliënt in deze categorie is niet verplicht om re-integratieactiviteiten op te volgen (als de cliënt zelf re-integratieactiviteiten wil volgen, is dit mogelijk).

De cliënt wordt telefonisch op de hoogte gebracht van de beslissing en de hoogte van een eventuele uitkering.

- Bij op premie gebaseerde ESA bedraagt de uitkering:
 - LCW: £ 84,80 per week (ongeveer £ 367,18 per maand)
 - LCWRA: £ 128,85 per week (ongeveer £ 557,92 per maand)³²¹Aan deze arbeidsongeschiktheidsuitkering is geen middelentoets verbonden.
- Bij Universal Credit (boven op het standaardbedrag van tussen £ 229,26 en £ 368,74 per maand) bedraagt de uitkering:
 - LCW: £ 146,31 per maand
 - LCWRA: £ 390,06 per maand³²²Aan deze arbeidsongeschiktheidsuitkering is een middelentoets verbonden. Vanaf £ 6.000 in contanten, spaargeld en investeringen heeft dit invloed op de hoogte van de uitkering. Indien het bezit boven £ 16.000 uitkomt, vervalt het recht op de uitkering.

Werken naast uitkering

Onder de op premie gebaseerde ESA is het tot bepaalde hoogte toegestaan om te werken. De cliënt mag maximaal zestien uur per week betaald werk uitvoeren en hiermee niet meer dan £ 167 per week, ongeveer £ 723,11 per maand, verdienen.³²³ Onder Universal Credit mag de cliënt een onbeperkt aantal uren werken en £ 500 per maand verdienen zonder verrekening. Bij een inkomen boven dit bedrag mag de cliënt 45% houden, de rest wordt verrekend met de uitkering.

14.3.5. Multimorbiditeit

De beoordeling kan uitgevoerd worden voor één diagnose of meerdere diagnoses, omdat de uiteindelijke beoordeling berust op het totaal aantal punten op de zeventien domeinen van het Work Capability Assessment. Gecombineerde diagnoses kunnen leiden tot een hogere score bij handelingen binnen de domeinen.³²⁴

14.3.6. Algemene verordening gegevensbescherming

Het Verenigd Koninkrijk hoeft zich sinds de Brexit niet langer aan de AVG te houden. Dat betekent niet dat er onzorgvuldig wordt omgegaan met gegevensbescherming. Er is geen digitale toegang tot medische dossiers van cliënten. Gegevensuitwisseling met de curatieve sector is beperkt. Indien aanvullende medische informatie wordt opgevraagd, dan verloopt dit meestal via de cliënt. In enkele gevallen wordt er direct contact opgenomen met behandelend zorgpersoneel. Hiervoor is toestemming nodig van de cliënt. De cliënt kan deze toestemming desgewenst op ieder moment intrekken.³²⁵

14.4. Na de beslissing

Een cliënt heeft de mogelijkheid van bezwaar en beroep als een beslissing niet naar zijn of haar zin is. Dit proces bespreken we hierna, net als de momenten waarop herbeoordelingen aan de orde zijn.

14.4.1. Bezwaar en beroep

Indien de cliënt het oneens is met de beslissing, dan kan hij of zij in bezwaar gaan bij het Jobcentre Plus van het DWP. Vervolgens wordt de beslissing heroverwogen of niet heroverwogen. De beoordeling zelf wordt niet opnieuw uitgevoerd. De mogelijke heroverweging wordt uitgevoerd door een ambtenaar die de beslissing uitvoert. Deze ambtenaar is niet bij het originele proces betrokken geweest. De ambtenaar kijkt naar alle aangeleverde informatie en maakt een nieuwe beslissing. De cliënt krijgt de mogelijkheid om aanvullend bewijs van de behandelend arts aan te leveren.

³²⁰ Ibidem.

³²¹ Ibidem.

³²² Ibidem.

³²³ Ibidem.

³²⁴ Ibidem.

³²⁵ Zie Clinical Training Team Department for Work and Pensions (2022).

Tabel 14.2 Bezwaaruitkomsten eerste kwartaal 2023 (2023, Q1)³²⁶

Beslissingsreden	Proportie ten opzichte van alle zaken	Waarvan de beslissing is herzien	Waarvan de beslissing niet is herzien
Bezwaar ESA-groepsindeling (LCW/LCWRA)	58%	52%	49%
Bezwaar 'Fit for work'-beslissing	36%	51%	48%
Clïënt is niet komen opdagen voor WCA, heeft geen medische data geleverd of heeft de vragenlijst niet teruggestuurd.	6%	82%	24%

Bij een niet toegekend bezwaar, heeft de cliënt de mogelijkheid om in beroep te gaan bij een rechtbank. De cliënt kan eventueel een getuige of advocaat meebrengen. Professionals die aanwezig zijn bij de beroepszaak, zijn naast de cliënt:

- Rechter.
- Arts in dienst van de rechtbank. Deze arts vraagt de cliënt naar zijn of haar ziekte en hoe dit hem of haar beïnvloedt. Daarnaast ondersteunt de arts de rechter met vragen op medisch vlak.
- Een arbeidsongeschiktheidsexpert, bijvoorbeeld een ervaringsdeskundige of een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging.
- (Optioneel): ambtenaar DWP. Deze ambtenaar verdedigt of verklaart de beslissing van het departement.

Het proces is niet gestructureerd en verloopt in conversatievorm. Meer dan 50% van de bezwaren wordt gehonoreerd. Meestal vindt de beroepszaak zes tot negen maanden na de beslissing plaats en is de gezondheid van de desbetreffende persoon in de tussentijd verder achteruitgegaan.

14.4.2. Herbeoordeling

Bij de meeste cliënten met een arbeidsongeschiktheidsuitkering worden herbeoordelingen uitgevoerd. Slechts in een aantal gevallen wordt een uitkering tot de pensioenleeftijd toegekend. Prognose speelt hierin een rol. Tijdens de beoordeling wordt door de Health Care Professional aangegeven wanneer een herbeoordeling plaats moet vinden. De Health Care Professional heeft hierbij keuze uit een termijn van één, drie, vijf of tien jaar. De ambtenaar die de beslissing uitvoert kan hierin meegaan, maar kan ook beslissen hiervan af te wijken als hij van mening is dat de situatie van de cliënt is veranderd.

Het proces van de herbeoordeling is vergelijkbaar met de beoordeling, maar wordt uitgevoerd op dossierbasis. Indien de situatie van de cliënt niet is veranderd of is verslechterd, dan neemt de ambtenaar rechtstreeks een beslissing. Hiervoor moet de cliënt het medisch bewijs van de behandelend arts meesturen. Indien de situatie verbeterd is, vindt er een herbeoordeling (op dossierbasis) plaats door een health care professional en neemt de ambtenaar een nieuw besluit.

³²⁶ Zie Department for Work and Pensions (2023).

The claimant's and professional's actions in the disability assessment



³²⁷ De interviewleidraad is gebaseerd op het arbeidsongeschiktheidsschema van De Boer et al. (2007).

Bijlage II Vragenlijst AO-beoordeling: AO-criteria, inbreng cliënt en professionals

Thank you for taking the time to fill-out this questionnaire. Recently UWV (Dutch institute for employee benefit schemes) has set the main priority on finding solutions for the mismatch on the amount of clients needing a disability assessment versus the availability of professionals who can perform this assessments. As part of a study on the disability assessment procedure for invalidity/disability pensions within various social security systems in Europe, we have studied the disability assessment procedures of 13 countries. We have selected 8 of those countries for more in-depth research: Belgium, Denmark, Estonia, Iceland, Ireland, Finland, the United Kingdom and Sweden. This questionnaire is adaptive: you can skip certain questions if they are irrelevant to your situation. You can answer the yes or no questions by coloring in the small square boxes or by removing the answer that does not apply to the situation in your country.

If you have any questions, please contact Djoeke Petter (djoeke.petter@uwv.nl) or Marije Masereeuw (marije.masereeuw@uwv.nl).

Disability assessment for invalidity/disability pension

1. Which criteria is the assessment of disability or invalidity based on? Please specify the job titles and roles of the professionals involved in this process.

2. Is a self-report questionnaire used in the assessment procedure?

- ☐ No ▶ Please go to question 3.
☐ Yes ▶ Please answer the following sub questions (a.-g.) if possible.

- a. When is it used in the process?

- b. What are the clients' answers used for?

- c. What role does the questionnaire play in the (definitive) assessment? (Is it supportive or decisive or other?)

d. What is/are the objective(s) of the questionnaire?

e. Is any documentation on the design of the questionnaire publicly available?

☐ No ▶ Please go to sub question f.

☐ Yes ▶ Could you please explain how the questionnaire has been designed?

f. Is the questionnaire adaptive?

☐ No ▶ Please go to sub question g.

☐ Yes ▶ Please elaborate on how this adaptivity is integrated into the questionnaire.

g. Could you perhaps send a copy of the questionnaire?

3. Is an interview with the client part of the assessment procedure?

☐ No ▶ Please go to question 4.

☐ Yes ▶ Please answer the following sub questions (a.-g.) if possible.

a. By whom is the interview being held?

☐ Medical professional, please specify the title of the job function below.

☐ Non-medical professional, please specify the title of the job function below.

☐ Other... please specify the title of the job function below.

b. In what manner are the interviews conducted? I.e.: in person, through video calls, over the telephone.

c. What are the educational requirements of the interviewer?

d. Could you perhaps give some additional information about the profession of the interviewer and role of the interviewer in the disability assessment?

e. When does the interview take place in the process of the disability assessment?

f. What role does the interview play in the definitive assessment?

g. Is any tool or method used in the interview?

4. Is medical information about the client being collected?

☐ No ▶ Please go to question 5.

☐ Yes ▶ Please answer the following sub question if possible.

a. How is the medical information about the client collected? (Via E-health, the treating physician, the client, other...)

5. In your country, does the treating physician write a specific medical report or advice for the assessment procedure?

☐ No ▶ Please go to question 6.

☐ Yes ▶ Please answer the following sub question if possible.

a. Does this medical report or advice play a supportive, decisive or other role in the assessment procedure?

6. Has the efficacy of the assessment procedure in your country been included in any (scientific) research?

7. In the (near) future, are there going to be changes in the assessment procedure of your country?

8. Are any possible changes in the assessment procedure currently being researched and/or explored?

-
9. In your opinion, which elements of the assessment procedure in your country are the most valuable? I.e.: elements that are highly reliable or efficient.

10. Are you interested in taking part in an interview with us to share more information about your country's assessment procedure and the use of self-report questionnaires in particular?

- ☐ No
☐ Yes

11. Are you interested in aiding us in finding out more about the topic of rehabilitation in your country via another questionnaire? Or do you know someone who would want to partake?

- ☐ No
☐ Yes ▶ Could you please give us contact details?

12. Although we ideally would like to share all given answers among the participants via an Excel-document, we understand if you would rather want to keep your answers private. If so, please tick the box below and we will only use your answers for our own research project.

- ☐ I want my answers to remain private from the other participants.

Literatuur- en bronnenlijst

Age UK. *Changes to State Pension age*. Geraadpleegd op 5 mei 2023, van <https://www.ageuk.org.uk/information-advice/money-legal/pensions/state-pension/changes-to-state-pension-age/>.

Arbejdsmarkedets Tillægspension. *Seniorpension*. Geraadpleegd op 6 april 2023, van <https://www.atp.dk/vores-opgaver/administration-af-velfaerdsydelser/seniorpension>.

Association of European Border Regions. (2021). *Applying the GDPR and national legislation in cross-border public health cooperation*. Geraadpleegd op https://www.aebr.eu/wcontent/uploads/2021/11/Report_16.pdf.

Autoriteit Persoonsgegevens. *Grondslagen AVG uitgelegd*. Geraadpleegd op 5 juli 2023, van <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/themas/basis-avg/avg-algemeen/grondslagen-avg-uitgelegd>.

Autoriteit Persoonsgegevens. (2017). *Verwerking van persoonsgegevens door UWV*. Onderzoeksrapport. https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/uploads/imported/01_rapport_db_uwv_arbotaak_ziektewet_5102017_def.pdf.

Baumberg Geiger, B., Garthwaite, K., Warren, J. & Bambra, C. (2017). Assessing work disability for social security benefits: International models for the direct assessment of work capacity. *Disability and Rehabilitation*, 40(24), pp. 2962-2970. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1366556>.

Bengtsson, S. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment. Denmark*. The Academic Network of European Disability Experts. <https://www.disability-europe.net/downloads/905-country-report-on-disability-assessment-denmark>.

Berendsen, E., Deursen, C. van, Sonsbeek & J.M. van. (2019). Stijging WIA-instroom nog geen reden tot zorg. *ESB*, 104(4773).

Berghuis, H. & Tabois, L. (2022). *UWV viermaandenverslag 2022, deel 2*. UWV. Geraadpleegd van https://www.uwv.nl/imagesdxa/uwv-viermaandenverslag-2022-deel2_tcm94-448727.pdf.

Berghuis, H. & Tabois, L. (2021). *UWV Jaarverslag 2021*. UWV. Geraadpleegd van https://www.uwv.nl/imagesdxa/uwv-jaarverslag-2021_tcm94-448733.pdf.

Boer, W.E.L. de, Besseling, J.J.M. & Willems J.H.B.M. (2007). Organisation of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et Organisation des Soins* 38: pp. 205-217.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Bevolkingsteller*. Geraadpleegd op 6 juli 2023, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsteller>.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022, december). *Prognose: meer inwoners door migratie*. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/50/prognose-meer-inwoners-door-migratie>.

Central Statistics Office. *Census of Population 2022 - Preliminary Results*. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://www.cso.ie/en/csolatestnews/presspages/2022/censusofpopulation2022-preliminaryresults/>.

Citizens Advice. *Fill in the ESA capability for work form*. Geraadpleegd van <https://www.citizensadvice.org.uk/benefits/sick-or-disabled-people-and-carers/employment-and-support-allowance/help-with-your-esa-claim/fill-in-form-esa/>.

Clinical Training Team Department for Work and Pensions. (2022, december). *Revised WCA Handbook*. Geraadpleegd van https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1126075/wca-handbook.pdf.

Compendium voor de Leefomgeving. (2020, oktober). *Bevolking en wonen. Bevolkingsgroei, 2015–2020*. Geraadpleegd van <https://www.clo.nl/indicatoren/nl2102-bevolkingsgroei-nederland->.

Department for Work and Pensions. (2016, juli). *A guide to Employment and Support Allowance. The Work Capability Assessment*. Geraadpleegd van https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/535942/esa214-july-2016.pdf.

- Department for Work and Pensions. (2023, juni). ESA: outcomes of Work Capability Assessments including mandatory reconsiderations and appeals: June 2023. Geraadpleegd van <https://www.gov.uk/government/statistics/esa-outcomes-of-work-capability-assessments-including-mandatory-reconsiderations-and-appeals-june-2023/esa-work-capability-assessments-mandatory-reconsiderations-and-appeals-june-2023>.
- Department for Work and Pensions. (2022). *Guidance. The fit note: guidance for patients and employees*. Geraadpleegd van <https://www.gov.uk/government/publications/the-fit-note-a-guide-for-patients-and-employees/the-fit-note-guidance-for-patients-and-employees>.
- Department for Work and Pensions. (2016). *A guide to Employment and Support Allowance. The Work Capability Assessment*. Geraadpleegd van https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/535942/esa214-july-2016.pdf.
- Department for Work and Pensions. *New Style ESA and Universal Credit Dual claims*. Geraadpleegd op 5 mei 2023, van http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2020-0646/102._New_Style_ESA_Dual_claims_v1.0.pdf.
- Drijvers, A., Rossetti, S. & Oomkens, R. (2021, februari). *Internationale vergelijking uitvoering werk en inkomen*. Eindrapport. Panteia. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/repository/ronl-3a141cb4-48a6-4575-836f-382c9650e0c5/1/pdf/eindrapport-internationale-vergelijking-uitvoering-werk-en-inkomen.pdf>.
- Eläketurvakesus, Finnish Centre for pensions. *Disability pension*. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.etk.fi/en/finnish-pension-system/pension-security/earnings-related-pension-benefits/disability-pension/>.
- Estonian Unemployment Insurance Fund Social Insurance Board. (2021, mei). *Application form for the assessment of work ability, for the determination of the degree of severity of a disability and for obtaining benefits*. Geraadpleegd van https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-02/toovoime_hindamise_taotlusvorm_2021_inglis_keeles.pdf.
- EURES. (2023, januari). *Labour market information Denmark*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van https://eures.ec.europa.eu/living-and-working/labour-market-information/labour-market-information-denmark_nl.
- European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion. *Estonia - Occupational accidents and personal injuries causing incapacity for work*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1108&intPageId=4503&langId=en>.
- Europese Commissie. *Employment, Social Affairs & Inclusion. Estonia - Old-age pension*. Geraadpleegd op 9 juni 2023, van <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1108&intPageId=4507&langId=en>.
- European Commission. (2022). Employment, Social Affairs & Inclusion. *Denmark – Sickness benefit*. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&intPageId=4489>.
- Europese Commissie. (2022). Your social rights in Denmark. *Employment, Social Affairs & Inclusion. Denmark. Disability pension, senior pension and flexi-job*. Geraadpleegd op 11 april 2023, van <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&intPageId=4493>.
- Europese Commissie. (2012). *Uw socialezekerheidsrechten in IJsland*. Geraadpleegd op 1 maart 2023, van https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Iceland_nl.pdf.
- Eurostat (2019). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Geraadpleegd van <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>.
- Försäkringskassan. (2023, februari). *Försäkringskassans årsredovisning 2022*. Geraadpleegd van <https://www.forsakringskassan.se/download/18.7cd2923018425d8c4fc1f18/1677059566885/forsakringskassans-arsredovisning-2022.pdf>.
- Gennip, C.E.G. van. (2022, 25 november). *Benoemingsbesluit Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel*. Kamerstuk. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ed8631f8149f8312fa2b2682457ea39d457fcd0/pdf>.
- gov.ie. (2023, juli). *Disability Allowance*. Geraadpleegd van <https://www.gov.ie/en/service/df6811-disability-allowance/>.
- Gov.UK. *Department for Work & Pensions*. Geraadpleegd op 5 juni 2023, van <https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-work-pensions>.
- Gov.UK. *Statutory Sick Pay*. Geraadpleegd op 5 mei 2023, van <https://www.gov.uk/statutory-sick-pay>.
- Gustafsson, J. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment. Sweden*.

The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd van <https://www.disability-europe.net/downloads/926-country-report-on-disability-assessment-sweden>.

HejaOlika.se. (2023, juli). *Så mycket höjs ersättningar och bidrag 2023*. Geraadpleegd op <https://hejaolika.se/artikel/sa-mycket-hojs-ersattningar-och-bidrag-1-januari-2023/#:~:text=Garantiniv%C3%A5erna%20f%C3%B6r%20sjuk%2D%20och%20aktivitetsers%C3%A4ttning,fr%C3%A5n%20och%20med%20januari%202023>.

International Labour Organization. (2022). *Data, Resources: Statistics on union membership*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://ilostat.ilo.org/topics/union-membership/>.

Irish National Organisation of the Unemployed. *Disability Allowance*. Geraadpleegd op 7 maart 2023, van <https://www.inou.ie/information/other-social-welfare-payments/disability-allowance/>.

Kela. (2023). *Disability pension and rehabilitation subsidy: Eligibility*. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://www.kela.fi/disability-pension-and-rehabilitation-subsidy-eligibility>.

Kela. (2022). *Law amendment extends eligibility for partial sickness allowance*. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van <https://www.kela.fi/news-archive-kela/4880156/law-amendment-extends-eligibility-for-partial-sickness-allowance>.

Kela. *Amount and payment of sickness allowance*. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.kela.fi/sickness-allowance-amount-and-payment>.

Kela. *Calculation formula*. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.kela.fi/sickness-allowance-calculation-formula>.

Keogh, S. & Bhailís, C. de. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment*. Ireland. The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd van <https://www.disability-europe.net/downloads/912-country-report-on-disability-assessment-ireland>.

KNMG-richtlijn. (2022). *Omgaan met medische gegevens*.

Koolmees, W. (2021, 9 april). *Kamerbrief Toekomst sociaal-medisch beoordelen*. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-8e2634c4-0987-4a16-86b7-a22de73e0a8b/pdf>.

Leppik, L. (2019, februari) *Task 2017–18. Country report on disability assessment*. Estonia. The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd op 6 oktober 2022, van <https://www.disability-europe.net/downloads/906-country-report-on-disability-assessment-estonia>.

Lifeindenmark. *State Pension*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://lifeindenmark.borger.dk/pension/state-pension>.

Linden, M. van der. (2023, april). Werken met een medisch secretaresse. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. Geraadpleegd van <https://www.tbv-online.nl/magazine-artikelen/werken-met-een-medisch-secretaresse/>.

MacEachen, E. (2019). Hfst. 1. Work disability policy. Current challenges and new questions: Promoting work ability through occupational health collaboration. In E. MacEachen, E. (Red.) *The science and politics of work disability prevention*. (pp. 141-157). New York, NY: Routledge.

Macrotrends. *Denmark Population Density 1950-2023*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://www.macrotrends.net/countries/DNK/denmark/population-density>.

Martimo, K.P. (2019). Hfst. 9. Work disability prevention in Finland: Promoting work ability through occupational health collaboration. In E. MacEachen, E. (Red.) *The science and politics of work disability prevention*. (pp. 141-157). New York, NY: Routledge.

Ministerie van Financiën. (2017). *Geschied voor de arbeidsmarkt: mogelijkheden om de arbeidsparticipatie in de WIA te bevorderen*. Geraadpleegd op 26 mei 2023, van [ibo-arbeidsongeschiedtheideindrapport-ibo-geschied-voor-de-arbeidsmarkt-def.pdf](https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/09/05/ibo-arbeidsongeschiedtheideindrapport-ibo-geschied-voor-de-arbeidsmarkt-def.pdf) ([rijksbegroting.nl](https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2017/09/05/ibo-arbeidsongeschiedtheideindrapport-ibo-geschied-voor-de-arbeidsmarkt-def.pdf)).

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Wet verbetering poortwachter*. Geraadpleegd op 15 juni 2023, van <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/wet-verbetering-poortwachter>.

Ministry of Social Affairs. (2020, maart). *Methodology for assessment of work ability*. Geraadpleegd van https://www.tootukassa.ee/web/sites/default/files/2022-02/tvh_metoodika_31.03.2020_eng.pdf.

Missoc. (2022a, 1 juni). *III. Sickness - cash benefits*. Geraadpleegd op 2 maart 2023, van <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>.

Missoc. (2022b, 1 juni). *V. Invalidity*. Geraadpleegd op 28 februari 2023, van <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/>.

NIDirect. Government Services. *Sick Pay Rights. A typical company sick pay scheme*. Geraadpleegd op 17 maart 2023, van <https://www.nidirect.gov.uk/articles/sick-pay-rights#toc-1>.

Office for National Statistics (2022, december). *Population estimates for the UK, England, Wales, Scotland and Northern Ireland: mid-2021*. Geraadpleegd op 5 juni 2023, van <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2021>.

Priestley, M. & Morris, R. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment. United Kingdom*. The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd van <https://www.disability-europe.net/downloads/930-country-report-on-disability-assessment-united-kingdom>.

Retsinformation. (2021a). *Bekendtgørelse om rehabiliteringsplan og rehabiliteringsteamets indstilling om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension mv.* Geraadpleegd van <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2021/2408>.

Retsinformation. (2021b). *Lov om Seniorpensionsenheden*. Geraadpleegd van <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/111231/138528/F-1228162211/DNK111231.pdf>.

Retsinformation. (2020a). *Bekendtgørelse om social pension (førtidspension, seniorpension og folkepension)*. Geraadpleegd van <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/2238>.

Retsinformation. (2020b). *Bekendtgørelse om sundhedsfaglig rådgivning og vurdering i sager om ressourceforløb, fleksjob, førtidspension, seniorpension m.v.* Geraadpleegd op 6 april 2023, van <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/2236>.

Retsinformation. (2017). *Vejledning om sygedagpengeperioden og forlængelse. 4. Forlængelse af sygedagpengeperiode*. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2017/10322>.

Rice, J., Traustadóttir, R., Egilson, S. Þ., Leósdóttir, Þ., & Guðmundsdóttir, Þ. L. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment. Iceland*. The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd op 8 november 2022 van <https://www.disability-europe.net/downloads/913-country-report-on-disability-assessment-iceland>.

Riigi Teataja. (2022, december). *Work Ability Allowance Act*. Geraadpleegd van <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/526042016001/consolide/current>.

Rijken, M. & Korevaar, J. (2021). *Goede zorg voor mensen met multimorbiditeit. Handvatten voor de ontwikkeling en evaluatie van zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen*. Nivel: Utrecht.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Aandoeningen. (2018). Welke aandoeningen hebben we in de toekomst?*. Geraadpleegd van <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>.

Schermer, B.W., Hagenauw, D. & Falot, N. (2018). *Handleiding Algemene verordening gegevensbescherming en Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Geraadpleegd op 1 juli 2023, van <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/uploads/imported/handleidingalgemeneverordeninggegevensbescherming.pdf>.

Sengers, J.H., Abma, F.I., Ståhl, C. & Brouwer, S. (2020). *Work capacity assessments and efforts to achieve a job match for claimants in a social security setting: an international inventory. Disability and Rehabilitation, 44(10)*, pp. 1898-1907. Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1810787>.

Social Welfare Appeals Office. (2022). *Social Welfare Appeals Office. Annual Report 2021*. Geraadpleegd van <https://assets.gov.ie/230042/e349c2f3-8982-4739-81af-f94cab29a922.pdf>.

Soobik, R. (2022, december). *The minimum wage increases to 725 euros in 2023*. Ministry of Social Affairs. Geraadpleegd van <https://sm.ee/en/news/minimum-wage-increases-725-euros-2023>.

Statistics Denmark. *Borgere*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/borgere>.

Statistics Denmark. *Persons on old-age pension or disability pension*. Geraadpleegd op 6 april 2023, van <https://www.dst.dk/en/Statistik/emner/sociale-forhold/offentligt-forsroergede/folke-og-foertidspensionister>.

Statistics Estonia. *Average monthly gross wages and salaries*. Geraadpleegd op 15 juni, van <https://www.stat.ee/en/find-statistics/statistics-theme/work-life/wages-and-salaries-and-labour-costs/average-monthly-gross-wages-and-salaries>.

Statistics Estonia. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van <https://www.stat.ee/en>.

Statistics Iceland. (2023). Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://www.statice.is/statistics/population/inhabitants/municipalities-and-urban-nuclei/>.

Statistics Finland. Geraadpleegd op 15 mei 2023, van <https://www.stat.fi/en/statistics/vamuu>.

Statistikmyndigheten SCB. (2023). *Statistikdatabasen*. Geraadpleegd op 5 april 2023, van <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. *About the Danish agency for labour market and recruitment*. Geraadpleegd op 14 april 2023, van <https://www.star.dk/en/about-the-danish-agency-for-labour-market-and-recruitment/>.

Tervisekassa. *The change of the Estonian name of the Health Insurance Fund from Haigekassa to Tervisekassa is a necessary change of direction in our health care*. Geraadpleegd in maart 2023, van <https://www.tervisekassa.ee/en/uudised/change-estonian-name-health-insurance-fund-haigekassa-tervisekassa-necessary-change>.

Tryggingastofnun ríkisins. *Disability*. Geraadpleegd op 28 februari 2023, van <https://www.tr.is/en/disability>.

Tryggingastofnun ríkisins. *Rehabilitation*. Geraadpleegd op 28 februari 2023, van <https://www.tr.is/en/rehabilitation>.

Työeläke.fi. 5. Disability pension if your working ability has been reduced. Geraadpleegd op 25 mei 2023, van <https://www.tyoelake.fi/en/different-pensions/disability-pension-if-your-working-ability-has-been-reduced/>.

Unemployment Insurance Fund. Riigiportaal. (2023, juni). *Working ability allowance*. Geraadpleegd van <https://www.eesti.ee/en/disabled-people/assessment-of-work-ability-and-work-ability-allowance/working-ability-allowance>.

UWV. (2023). *UWV Knelpuntenbrief 2023*. Geraadpleegd van <https://open.overheid.nl/documenten/b3010f23-6e68-4e9b-bb9b-e8f681701347/file>.

UWV. (2022a). *UWV jaarverslag 2021*. Geraadpleegd van https://www.uwv.nl/imagesdxa/uwv-jaarverslag-2021_tcm94-448733.pdf.

UWV. (2022b). *UWV Kennisagenda 2022–2025: Preventie en ruimte voor de menselijke maat*. Geraadpleegd van https://www.uwv.nl/imagesdxa/uwv-kennisagenda-2022-2025_tcm94-447504.pdf.

UWV. (2022c). *UWV viermaandenverslag 2022, deel 2*. Geraadpleegd van https://www.uwv.nl/imagesdxa/uwv-viermaandenverslag-2022-deel2_tcm94-448727.pdf.

UWV. (2020). *UWV beleidskader privacy. Een toelichting op wat de AVG voor UWV betekent*.

Valkama, K., Katsui, H. & Kröger, T. (2019, februari). *Task 2017–18. Country report on disability assessment. Finland*. The Academic Network of European Disability Experts. Geraadpleegd van <https://www.disability-europe.net/country/finland>.

Winter, H. et al. (2022, juni). *Onderzoek voor het WODC. Bescherming gegeven? Evaluatie UAVG, meldplicht datalekken en de boetebevoegdheid*. Pro-Facto. Geraadpleegd van <https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/3193/3249-bescherming-gegeven-volledige-tekst.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Lijst van afkortingen

AD	arbeidsdeskundige
AO	arbeidsongeschiktheid
AVG	Algemene verordening gegevensbescherming
CBBS	Claimbeoordelings- en Borgingssysteem
DFA	diagnose, functionele beperking en activiteiten restricties
EER	Europese Economische Ruimte
ESA	Employment and Support Allowance
FML	Functionele mogelijkhedenlijst
HCP	Health Care Professional
ICD-10	tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IAS	Invalidity Assessment Standard
IVA	Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten
LCW	Limited Capability for Work
LCWRA	Limited Capability for Work-Related Activity
LiMA	Logic Integrated Medical Assessment
MRAS	The Medical Review and Assessment Service
MS	medisch secretaresse
PB	procesbegeleider
RIV	re-integratieverslag
SMV	sociaal-medisch verpleegkundige
TO	teamondersteuner
UAVG	(Nederlandse) Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming
VA	verzekeringsarts
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten.
WCA	Work Capacity Assessment
WGA	Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wet SUWI	Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen

Begrippenlijst

Adaptieve vragenlijst

Een uitgebreide vragenlijst die de voorgelegde vragen aanpast aan de gegeven antwoorden van een kandidaat.

Ajutise töövõimetuse hüvitis

Estse ziekte-uitkering.

Aktivitettersättning vid nedsatt arbetsförmåga

Zweedse activeringsuitkering (rehabilitatie-uitkering) die bestemd is voor cliënten onder de leeftijd van 30 jaar.

Arbeidsdeskundige

In dit rapport: de AD is een van de twee beoordelende professionals in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in Nederland.

Arbeidsongeschiktheidscriteria

Criteria waaraan voldaan moet worden voordat een cliënt het oordeel arbeidsongeschikt krijgt.

Arbeidsvermogen

De (resterende) mate waarin een persoon (passende of algemene) werkzaamheden kan uitvoeren.

Arbejdsgiverperioden

Deense loondoorbetalingsperiode voor de werkgever.

Arbodienst

De arbodienst ondersteunt werkgevers o.a. bij hun verzuimbeleid.

Arts sociale geneeskunde

In dit rapport: overkoepelende term voor een arts gespecialiseerd in de verzekeringsgeneeskunde/bedrijfsgeneeskunde/sociale geneeskunde.

Algemene verordening gegevensbescherming

De Algemene verordening gegevensbescherming is een Europese verordening die de regels voor de verwerking van persoonsgegevens door particuliere bedrijven en overheidsinstanties in de EER-landen standaardiseert.

Bedrijfsarts

Dit is een arts die zich bezighoudt met ziektepreventie, signaleren van beroepsziektes, begeleiding van ziekteverzuim en re-integratie.

Bijzondere persoonsgegevens

Bijzondere persoonsgegevens zijn gegevens die privacygevoelig zijn. Medische gegevens maken hiervan deel uit. Verwerking van deze gegevens kan een grote impact op een persoon hebben. Daarom krijgen bijzondere persoonsgegevens extra bescherming in de AVG.

Biopsychosociaal model

Dit model is een uitbreiding van een medisch model over het menselijk functioneren. Deze uitbreiding zorgt ervoor dat er niet alleen aandacht is voor biomedische aspecten, maar ook voor psychologische en sociale factoren die mede bepalend zijn voor ziekte en het genezingsproces.

Case worker

In dit rapport: vaak academisch geschoolde, niet-medisch professional.

Claim Beoordelings- en Borgingssysteem

Systeem waarin functieomschrijvingen zijn opgenomen met informatie over onder andere de werkomgeving, de taken die bij de functie horen, het aantal werkuren, de vereiste opleidingen en werkervaring en de werkbelasting. De functieomschrijvingen worden aangevuld en up-to-date gehouden door operationele arbeidsanalisten.

Consistentiechecks

Controle op consistentie van de opgehaalde informatie.

Curatieve sector

Behandelende sector.

Desk assessment

Beoordeling waarbij de cliënt niet door de beoordelaar wordt gezien of gesproken.

Deskresearch

Brononderzoek dat niet gebonden is aan wetenschappelijke literatuur, maar waarin ook feitelijke gegevens en bestaande onderzoeksdata worden beschouwd.

Diagnose, functionele beperking en activiteitenrestricties

Aan de hand van dit instrument beoordeelt een medewerker van Försäkringskassan (Zweden) de mate van arbeidsongeschiktheid van de cliënt.

Disability Allowance

Sociale arbeidsongeschiktheidsuitkering in Ierland.

Duaal arbeidsongeschiktheidsstelsel

Een arbeidsongeschiktheidssysteem waarbij zowel een arbeidsongeschiktheidsuitkering gebaseerd op een inkomensverzekering als een arbeidsongeschiktheidsuitkering gebaseerd op inwoningsduur kan worden aangevraagd.

Duurzaam arbeidsongeschikt

Indien een cliënt arbeidsongeschikt is door een medisch stabiele of verslechterende situatie, of een medische situatie waarbij op lange termijn een geringe kans op herstel bestaat.

Employment and Support Allowance

Arbeitsongeschiktheidsuitkering Verenigd Koninkrijk.

Enkelvoudig arbeidsongeschiktheidsstelsel

Een arbeidsongeschiktheidssysteem waarbij of een arbeidsongeschiktheidsuitkering gebaseerd op een inkomensverzekering of een arbeidsongeschiktheidsuitkering gebaseerd op inwoningsduur kan worden aangevraagd.

Epicrisis

Een analytische samenvatting van de ziektegeschiedenis.

ESA50

Zelfrapportagevragenlijst die wordt ingezet tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in het Verenigd Koninkrijk.

Expertopinie

Mening van een expert.

Fit note

Medisch certificaat dat in gebruik is in het Verenigd Koninkrijk.

Flexi-job

Flexi-job of fleksjob is een werkvorm waarbij rekening gehouden wordt met een verminderd arbeidsvermogen door ziekte of beperking in Denemarken. Hierbij wordt maatwerk geleverd.

Forlængelse af sygedagpengeperiode

Verlenging van ziekte-uitkering in Denemarken. Dit wordt enkel in bijzondere gevallen gedaan.

Førtidspension

Deense arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Functionele mogelijkhedenlijst (FML)

De VA stelt tijdens de beoordeling een belastbaarheidsprofiel op middels het invullen van de FML. Deze lijst heeft zes rubrieken.

Garantiersättning

Een Zweedse door nationale belasting gefinancierde arbeidsongeschiktheidsuitkering waar de cliënt aanspraak op kan maken indien deze te weinig heeft verdiend, of niet heeft gewerkt.

Grondslagen

Dit zijn als het ware de voorwaarden waaronder persoonsgegevens volgens de AVG verwerkt mogen worden.

Holistisch

In dit rapport: rekening houdend met de gehele situatie van de cliënt (niet enkel sociaal-medisch).

Illness Benefit

Ziekte-uitkering in Ierland.

Inkomenstoets

Bij bepaling van mogelijke toekenning van een (arbeidsongeschiktheids)uitkering kan (mede) rekening worden gehouden met eigen inkomsten van de aanvrager en/of die van een eventuele partner.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Dit betreft een internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie.

Invalidity Pension

Op premies gebaseerde arbeidsongeschiktheidsuitkering in Ierland.

Inwoningsarbeidsongeschiktheidsverzekering

Arbeidsongeschiktheidsverzekering op basis van inwoningsduur in een land.

Knowledge base

In de knowledge base zijn allerlei beroepen opgenomen en wordt beschreven welke vereisten nodig zijn om een specifiek beroep te kunnen uitoefenen. De knowledge base ondersteunt de medewerker in de beoordeling van functionele mogelijkheden en beperkingen in relatie tot bestaande beroepen. Dit instrument wordt ingezet tijdens de beoordeling voor een ziekte-uitkering in Zweden.

(Loon)doorbetalingsperiode

Periode waarin de werkgever een vast bedrag of (een percentage van) het voormalige loon van de werknemer doorbetaalt tijdens ziekte.

Medisch certificaat

Medisch verslag waarin informatie staat over de medische situatie van de cliënt. Dit kan gaan om aandoening(en), beperkingen, verwachte duur en prognose, en in sommige landen staat er in het certificaat ook een overzicht van de ingezette revalidatie en re-integratie.

Medisch secretaresse

Dit is een niet-medisch, administratieve professional die taakondersteunend werkt in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in Nederland.

Middelentoets

Een toets waarin gekeken wordt naar vermogen van de aanvrager van een uitkering. Deze toets is vaak gebonden aan sociale (arbeidsongeschiktheids)uitkeringen.

Minimale wachttijd

Periode van ziekte waarna een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd.

Multimorbiditeit

Meerdere chronische aandoeningen die tegelijkertijd aanwezig zijn.

Örorkumat

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling in IJsland.

Participatiewet

De Participatiewet is een Nederlandse wet die tot doel heeft dat meer mensen werk vinden, ook die met een arbeidsbeperking. Er zijn drie soorten ondersteuning: een Indicatie Banenafpraak, een Advies indicatie beschut werk en een Wajong-uitkering.

PES-netwerk

Netwerk Public Employment Services.

Procesbegeleider

Deze professional maakt in Nederland de administratieve beslissing na de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Rehabilitatie

In dit rapport: re-integratie en revalidatie.

Rehabilitatiecriterium

Criterium waarbij een cliënt alle, redelijkerwijs mogelijke, re-integratie- en revalidatiemogelijkheden heeft benut.

Rehabilitatie-uitkering

Uitkering die kan worden toegekend voor de periode waarin een cliënt rehabilitatieactiviteiten volgt.

Re-integratie in het eerste spoor (Wet verbetering poortwachter)

Tijdens dit traject wordt de zieke werknemer door de werkgever begeleid bij het hervatten van werk bij de huidige organisatie. Daarbij wordt eerst ingezet op terugkeer naar het eigen werk, al dan niet met aanpassingen in arbeidsduur of takenpakket. Als dat niet mogelijk blijkt, dan wordt ingezet op een andere functie bij de huidige werkgever. Mocht

een eerstespoortraject niet haalbaar zijn dan volgt re-integratie in het tweede spoor.

Re-integratie in het tweede spoor

Tijdens dit traject wordt er gepoogd de cliënt te ondersteunen in de zoektocht naar werk in de reguliere arbeidsmarkt.

Ressourceforløb

Deense rehabilitatieperiode bestaande uit verschillende activiteiten gebaseerd op maatwerk met als doel om de cliënt terug te laten keren naar werk, stage of scholing.

Ressourceforløbsydelse

Deense rehabilitatie-uitkering die wordt toegekend gedurende ressourceforløb.

RIV-Toets

Toetsing van het re-integratieverslag in Nederland. Indien het re-integratieverslag compleet is, beoordelen de arbeidsdeskundige en verzekeringsarts of er voldoende re-integratie-inspanningen zijn geleverd door de cliënt en de werkgever.

Semigestructureerd interview

Interview waarbij er een schema met vragen gehanteerd wordt, maar de interviewer ook de mogelijkheid heeft om daarvan af te wijken of extra vragen te stellen.

Seniorpension

Seniorpension is een Deense arbeidsongeschiktheidsuitkering gekoppeld aan het arbeidsverleden van de cliënt. Cliënten met een leeftijd van minder dan zes jaar onder de staatspensioenleeftijd kunnen hier mogelijk aanspraak op maken.

Sjukersättning

Zweedse arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Sjukpenning

Zweedse ziekte-uitkering.

Sjukpenning på fortsättningsnivå

Verlengde ziekte-uitkering in Zweden.

Sociaal Medisch Verpleegkundige

De SMV is een BIG-geregistreerde professional die in Nederland werkt onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts en een aantal taken voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling (gedeeltelijk) kan overnemen.

Spreekuur

Onder spreekuur verstaan wij in dit rapport het moment waarop de cliënt en de beoordelende professional(s) fysiek, telefonisch of digitaal met elkaar in contact zijn. Dit hebben we niet aan een bepaalde tijdsduur gekoppeld.

Statutory Sick Pay

Bedrag dat de werkgever in het Verenigd Koninkrijk bij ziekte aan de werknemer betaalt.

Sygedagpenge

Deense ziekte-uitkering.

Teamondersteuner

Het team dat de sociaal-medische beoordeling uitvoert, wordt ondersteund door een teamondersteuner (TO). Dit is een niet-medisch professional die ondersteunende administratieve werkzaamheden verricht.

Tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering

Arbeitsongeschiktheidsuitkering die wordt toegekend voor een bepaalde periode, waarna een herbeoordeling plaatsvindt of waarna een nieuwe aanvraag kan worden gedaan.

Töövõimetoetus

Estse arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Työterveyshuolto

Arbeidsgeneeskundige dienst in Finland waar de meeste werknemers toegang tot hebben. Deze dienst wordt ingezet ter bevordering van de gezondheid van de werknemers, en ter preventie van ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Universal Credit

Een sociale regeling in het Verenigd Koninkrijk voor cliënten met een laag inkomen.

Verdiencapaciteit

Het percentage dat een cliënt in theorie kan verdienen ten opzichte van het loon voor ziekmelding. Aan de hand van deze capaciteit wordt de mate van arbeidsongeschiktheid bepaald.

Verkorte wachttijd

Onder bijzondere omstandigheden kan de 'minimale wachttijd' voordat een arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden aangevraagd, worden verkort.

Versnellingsmaatregelen

Er zijn bij UWV negen versnellingsmaatregelen ingesteld om de wachttijden bij arbeidsongeschiktheids(her)beoordelingen terug te dringen. De maatregelen moeten nog geëvalueerd worden. Meer informatie is beschikbaar via deze link.

Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong)

Dit is een Nederlandse volksverzekering voor een verzekerde die voor de 18^e verjaardag arbeidsongeschikt is geworden en dat op zijn 18^e verjaardag nog steeds is. De verzekering geldt ook voor wie tussen diens 18^e en 30^e verjaardag arbeidsongeschikt is geworden en minstens zes maanden studeerde in het jaar onmiddellijk voorafgaande aan de dag van arbeidsongeschikt worden.

Wet SUWI

De Wet SUWI (structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen) regelt in Nederland de inrichting van het stelsel rondom de uitvoering van de sociale zekerheid om mensen te voorzien van werk en bestaanszekerheid.

Wettelijke uitzonderingen

Voor de verwerking van bijzondere persoonsgegevens, moet er naast een grondslag ook een wettelijke uitzondering worden aangedragen. Meer informatie over wettelijke uitzonderingen is beschikbaar via de deze link.

Wet verbetering poortwachter

Deze Nederlandse wet verlangt dat werkgever en werknemer zich samen met arbodienst of bedrijfsarts inspannen om de getroffen werknemer zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen.

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)

Werknemers die na twee jaar ziekte meer dan 35% arbeidsongeschikt zijn, kunnen in Nederland deze arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen.

Work capacity assessment

Arbeitsongeschiktheidsbeoordelingsmethode in het Verenigd Koninkrijk.

Zelfrapportagevragenlijst

Vragenlijst waarin de cliënt vragen over diens eigen situatie beantwoordt.

Ziektewet-uitkering

Een werknemer kan hierop aanspraak maken indien hij of zij geen recht heeft op loondoorbetaling van de werkgever. Daarnaast kunnen personen zonder werkgever zich in bepaalde situaties vrijwillig verzekeren voor de Ziektewet. De Ziektewet-uitkering wordt uitgekeerd door UWV.

Colofon

Uitgave

UWV Strategie, Beleid en Kenniscentrum

UWV Sociaal-medische zaken – CEC Kennis & Innovatie

Postadres

Postbus 58285

1040 HG Amsterdam

Inlichtingen

06 - 29 64 37 24, djoeke.petter@uwv.nl

06 - 31 98 17 21, myrthe.vanvilsteren@uwv.nl

Auteurs

Djoeke Petter

Myrthe van Vilsteren

Met medewerking van

Ilse Hento

Jennifer Coffeng

Wout de Boer (deel II van het rapport)

Volg ons



Disclaimer

Alles uit deze uitgave mag worden overgenomen, echter uitsluitend met bronvermelding.

UWV @ 2023

