

Inzicht in acht Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels

Opvallende overeenkomsten, verschillen en een verscheidenheid aan betrokken professionals

UWV Kennisverslag 2024-1

Myrthe van Vilsteren, Djoeke Petter en Ilse Hento



Inzicht in acht Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels

Niet-medisch professionals en de behandelend arts hebben in een aantal andere landen een grotere rol bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling dan in Nederland.

Samenvatting

UWV kampt met een mismatch tussen het aantal gevraagde sociaal-medische beoordelingen en de daarvoor beschikbare capaciteit. Dit heeft individuele, maatschappelijke en economische gevolgen. Daarom heeft UWV ter inspiratie onderzocht hoe andere landen hun arbeidsongeschiktheidsstelsel hebben ingericht.¹ Van acht Europese landen is het stelsel in kaart gebracht: Denemarken, Estland, Finland, Ierland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Nederland. In dit UWV Kennisverslag delen we overeenkomsten en verschillen die we zien tussen de landen, en beschrijven we welke professionals betrokken zijn bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en in welke rol.

De belangrijkste bevindingen die we in dit kennisverslag bespreken:

- Nederland maakt voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gebruik van het verslag van de arbodienst/bedrijfsarts met daarin informatie over de periode van re-integratie. In alle andere onderzochte landen is een medisch certificaat van een behandelend arts een standaardonderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In het medisch certificaat staan onder andere de diagnose, prognose en belemmeringen in arbeid.
- Niet-medisch professionals hebben verschillende rollen in de onderzochte landen bij het beoordelen van de arbeidsongeschiktheid: een ondersteunende rol, een beoordelende rol en ook een (administratief) beslissende rol in de toekenning van de uitkering.
- Nederland kent een volwaardige specialisatie tot verzekeringsarts. Dat is een opleiding van vier jaar, bovenop een opleiding als basisarts. De verzekeringsarts (of arts sociale geneeskunde)² is in de meeste onderzochte landen een medisch specialist, die als zodanig (nog) in de curatieve sector werkzaam is en daarnaast als verzekeringsarts werkt. De opleiding daarvoor bedraagt over het algemeen drie tot zes maanden.

¹ Petter, D, Vilsteren, M, van (2023). *Inzicht in arbeidsongeschiktheidsstelsels: een internationale inventarisatie*. Amsterdam: UWV.

² In dit artikel gebruiken we de term 'arts sociale geneeskunde' als overkoepelende term voor een arts gespecialiseerd in de verzekeringsgeneeskunde/bedrijfsgeneeskunde/sociale geneeskunde.

Het capaciteitsvraagstuk

De vraag naar sociaal-medische dienstverlening is al jaren groter dan UWV met de beschikbare capaciteit aankan. Hierdoor zijn forse achterstanden ontstaan in de afhandeling van sociaal-medische beoordelingen. Zo werd in de eerste acht maanden van 2023 gemiddeld slechts 33% van de WIA-claimbeoordelingen afgerond binnen de geldende termijn van acht weken na ontvangst van de aanvraag.³ Het gevolg van deze mismatch tussen vraag en beschikbare capaciteit is dat veel cliënten lang moeten wachten op hun beoordeling of herbeoordeling. Hierdoor maken ze zich zorgen over hun financiële situatie en wordt hun re-integratieproces vertraagd. UWV verwacht dat de vraag naar sociaal-medische beoordelingen zal toenemen als gevolg van de vergrijzing. Dit vraagstuk en daarnaast personeelskrapte en toenemende uitgaven aan sociale zekerheid zijn enkele van de opgaven waarmee de meeste Europese landen kampen.

De Algemene Rekenkamer constateerde in 2023 'dat het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel in Nederland onuitvoerbaar lijkt'.⁴ Omdat andere landen binnen een andere context werken, bieden ze mogelijk voor Nederland interessante oplossingen die een frisse blik geven op onze eigen praktijk. Om die reden heeft UWV een internationale inventarisatie van arbeidsongeschiktheidsstelsels uitgevoerd, waarbij is gekeken naar hoe de verschillende stelsels zijn ingericht, welke professionals erbij betrokken zijn en welke rol ze daarbij vervullen.

Box 1 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek zijn acht Europese landen geselecteerd. We hebben gestreefd naar een brede variatie in arbeidsongeschiktheidsstelsels, waarbij gekeken is naar diverse criteria die gehanteerd worden voor de beoordeling, naar verschillende professionals die daarbij betrokken zijn en de diversiteit in mogelijkheden voor eigen inbreng van de cliënt bij de beoordeling. De landselectie werd ook deels bepaald door de bereidheid en beschikbaarheid van respondenten. Gekeken is naar de situatie in Denemarken, Estland, Finland, Ierland, IJsland, het Verenigd Koninkrijk, Zweden en Nederland. Nederland is meegenomen om de context van ons huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel naast dat van de andere onderzochte stelsels te kunnen leggen. Per land is het stelsel in kaart gebracht van het moment van ziek melden tot en met de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, eventueel bezwaar en beroep en herbeoordelingen.

Per land bestond het onderzoek uit:

1. Een vooronderzoek door middel van deskresearch en een vragenlijst voor experts bij de diverse socialezekerheidsinstanties om de bevindingen uit de deskresearch te controleren en om een verdiepend inzicht te krijgen in hoe de eigen inbreng van de cliënt eruitziet.
2. Semigestructureerde interviews met diverse stakeholders en experts uit de geselecteerde landen over alle stappen in het beoordelingsproces.
3. Een consistentiecheck van de resultaten bij de betrokken experts, bestaande uit het voorleggen van de opgehaalde en verwerkte informatie. Deze check vond schriftelijk, telefonisch of in persoon plaats.

In dit artikel gaan we achtereenvolgens in op het traject dat de cliënt doorloopt vanaf de ziekmelding, welke professionals betrokken zijn bij dit traject en wat hun rollen zijn.

³ UWV (2023). *UWV achtmaandenverslag 2023, deel 2*, p. 19.

⁴ Algemene Rekenkamer (2023). *Uitvoering van wet arbeidsongeschiktheid loopt helemaal vast*.

In Nederland betaalt de werkgever relatief lang het loon door

Het proces van ziekteverzuim start met de ziekmelding en de periode waarin de werkgever het loon doorbetaalt. Bij ziekteverzuim doorlopen cliënten in de onderzochte landen verschillende routes. Mensen die langdurig ziek blijven komen uiteindelijk mogelijk in een arbeidsongeschiktheidsuitkering terecht.

In Nederland meldt een werknemer zich ziek bij de werkgever. In de meeste andere onderzochte landen meldt de werknemer zich daarnaast ziek bij een behandelend arts (bijvoorbeeld een huisarts) voor het opstellen van een medisch certificaat. Hiermee is er inbreng in het proces vanuit de curatieve sector, de sector die zich bezighoudt met preventie, behandeling en genezing van ziekten (zoals ziekenhuiszorg, huisartsen en apotheken). In het medisch certificaat worden de aandoening opgenomen, de prognose en de beperkingen die de cliënt ervaart opgenomen. In een aantal landen moet de cliënt het medisch certificaat ook aan de werkgever tonen.

In Nederland betaalt de werkgever, afhankelijk van de duur van het arbeidscontract, tot twee jaar het loon door (zie ook tabel 1). In de andere onderzochte landen is de periode waarin de werkgever het loon doorbetaalt beduidend korter, bijvoorbeeld in Estland, Finland en Zweden, waar de periode respectievelijk vier, tien en veertien dagen telt. In Ierland betaalt de werkgever bij ziekte geen loon door. In geen van de andere onderzochte landen betaalt de werkgever langer dan een jaar het (gedeeltelijke) loon door.

Veel landen kennen een ziekte-uitkering

Voor werknemers met een vast contract kent Nederland geen ziekte-uitkering, de werkgever betaalt immers het loon twee jaar door. Nederland kent wel een ziekte-uitkering voor werknemers met bijvoorbeeld een tijdelijk contract of WW'ers. Voor hen vormt de Ziektewet een vangnet - we duiden hen daarom ook wel aan als vangnetters.

De meeste onderzochte landen kennen na de loondoorbetalingsperiode door de werkgever een ziekte-uitkering. De ziekte-uitkering wordt meestal toegekend door de socialezekerheidsinstantie (in Estland, Finland, IJsland, Ierland en Zweden, en in Nederland bij vangnetters) en soms door gemeenten (Denemarken) en/of vakbonden (IJsland). Indien de socialezekerheidsinstantie de ziekte-uitkering uitkeert, dan voert deze ook de beoordeling uit.

Het medisch certificaat vanuit de curatieve sector vormt in veel van de onderzochte landen de basis van de beoordeling voor de ziekte-uitkering. De inbreng vanuit de (behandelend) arts uit de curatieve sector, in de vorm van het medisch certificaat, biedt in meerdere landen ook de mogelijkheid om de beoordeling voor een ziekte-uitkering door niet-medisch professionals te laten uitvoeren.

Tabel 1 Duur loondoorbetalingsperiode werkgever en ziekte-uitkering (in weken)

	DK	EST	FIN	IER	IJS	VK	ZWE	NL
Loondoorbetalingsperiode	4	0,5	1,5	-	2-52	max. 28	2	104
Duur ziekte-uitkering	22	26	60	52	26-52	-	52	*104

* Alleen in de vangnetpopulatie.

Verschillende mogelijkheden na de ziekte-uitkering

Na de ziekte-uitkering zijn er verschillende mogelijkheden. Er zijn landen die na de ziekte-uitkering de arbeidsongeschiktheid van een cliënt beoordelen en vervolgens mogelijk een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering toekennen. Het uitgangspunt hierbij is dat de cliënt arbeidsongeschikt is, maar dat het nog onduidelijk is of er in de toekomst nog verbetering kan optreden. Er zijn ook landen die na de ziekte-uitkering de mogelijkheid hebben een rehabilitatie-uitkering toe te kennen. Het uitgangspunt daarbij is dat er nog mogelijkheden zijn voor herstel in de vorm van revalidatie of re-integratie. In de volgende paragrafen gaan we dieper in op beide uitkeringen.

(Tijdelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering

In Nederland vindt na een ziekteperiode van twee jaar een beoordeling plaats. Indien de arbeidsongeschiktheid als niet-duurzaam wordt beoordeeld, volgt er voor de cliënt een (tijdelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering, de WIA/WGA-uitkering. Het is dan nog niet duidelijk of de arbeidsongeschiktheid duurzaam is. Naast Nederland zijn er verschillende andere landen die ook na de ziekte-uitkering de arbeidsongeschiktheid van de cliënt beoordelen om te bepalen of een tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering kan worden toegekend. Dit zijn Ierland, het Verenigd Koninkrijk, Estland en Finland. Gedurende de tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt er in deze landen (inclusief Nederland) gewerkt aan re-integratie. De tijdelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt meestal toegekend voor een bepaalde periode, waarna een herbeoordeling plaatsvindt of de cliënt een nieuwe aanvraag moet doen.

Rehabilitatie-uitkering

Er is een aantal landen waar na een relatief kortdurende ziekte-uitkering een rehabilitatie-uitkering wordt toegekend. Tijdens de rehabilitatie-uitkering wordt stevig ingezet op zowel revalidatie en re-integratie, om alle mogelijkheden voor revalidatie en re-integratie redelijkerwijs te benutten. Hiervoor wordt samengewerkt tussen de curatieve sector en de arbeidsgeneeskundige sector om interventies gericht op re-integratie of medische behandeling op elkaar af te stemmen. Denemarken, IJsland en Zweden kennen een rehabilitatie-uitkering en ook een rehabilitatievoorwaarde. De voorwaarde houdt in dat alle mogelijkheden voor zowel re-integratie als revalidatie redelijkerwijs benut moeten worden voordat er sprake kan zijn van permanente arbeidsongeschiktheid. Tijdens de rehabilitatie-uitkering wordt gewerkt aan re-integratie en revalidatie, tot alle mogelijkheden benut zijn. De duur van een rehabilitatie-uitkering is over het algemeen flexibel, afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt. Finland kent een iets andere vorm. Daar wordt naast een (tijdelijke) arbeidsongeschiktheidsuitkering een toeslag uitgekeerd indien de cliënt participeert in re-integratie- en revalidatieactiviteiten. De rehabilitatietoeslag verhoogt de uitkering met ongeveer 30%.

Tabel 2 Overzicht van de verschillende uitkeringsvormen in de onderzochte landen

	DK	EST	FIN	IER	IJS	VK	ZWE	NL
Rehabilitatie-uitkering mogelijk	Ja	Nee	Nee*	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee
(Tijdelijke) arbeidsongeschiktheids-uitkering mogelijk	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja

* Finland kent wel een rehabilitatietoeslag.

Permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering

Alle onderzochte landen hebben uiteindelijk de mogelijkheid van een permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering indien een cliënt duurzaam arbeidsongeschikt is. In Nederland gaat het dan om de IVA-uitkering (Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten). De verwachting is dan dat de cliënt duurzaam arbeidsongeschikt is en daarmee in de toekomst ook niet zal kunnen werken.

Wat de permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering kenmerkt is het feit dat er in principe geen herbeoordelingen meer plaatsvinden. Alleen als de cliënt weer gaat werken en in een bepaalde mate inkomen genereert of als de cliënt dit zelf aanvraagt, vindt er een herbeoordeling plaats. De permanente arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt toegekend tot aan de pensioenleeftijd.

Niet-medisch professional als beoordelaar in de ziekte-uitkering

In Nederland betaalt de werkgever het loon van vaste werknemers twee jaar door bij ziekte. De werkgever is in die periode ook verantwoordelijk voor de re-integratie, ondersteund door een bedrijfsarts/arbodienst. Voor de mensen die onder het vangnet van de Ziektewet vallen voert UWV de re-integratiebegeleiding uit. In de andere onderzochte landen zijn werkgevers vaak wel in enige mate betrokken bij re-integratie, maar ze zijn hier niet altijd verantwoordelijk voor.

In de andere onderzochte landen is de loondoorbetalingsperiode korter dan in Nederland. Na de loondoorbetalingsperiode wordt een ziekte-uitkering toegekend. Begeleiding tijdens de ziekte-uitkering vindt soms plaats vanuit de curatieve sector, bijvoorbeeld door de huisarts. De begeleiding kan ook gedaan worden door een arbeidsgeneeskundige dienst (vergelijkbaar met een arbodienst).

De beoordeling voor een ziekte-uitkering wordt in de onderzochte landen over het algemeen uitgevoerd door een niet-medisch professional. Vaak zijn dit (hbo/wo-geschoolde) professionals die specifiek getraind zijn om beoordelingen uit te voeren. De cliënt wordt niet in alle landen gezien voor de beoordeling.

In Zweden, IJsland en Finland voert een niet-medisch professional de beoordeling uit op basis van de beschikbare documenten, zoals het medisch certificaat vanuit de curatieve sector. Er vindt dan geen gesprek met de cliënt plaats. In Denemarken doet een case worker vanuit het arbeidsbureau van de gemeente de beoordeling. Voor de beoordeling voert de case worker gesprekken met de cliënt en eventuele werkgever. In Ierland kan tijdens de ziekte-uitkering een arts sociale geneeskunde de cliënt uitnodigen voor een beoordeling. Dit gebeurt echter alleen als de op voorhand verwachte ziekteduur voor een bepaalde aandoening overschreden wordt. Als de cliënt herstelt binnen de op voorhand verwachte ziekteduur, dan vindt er geen gesprek plaats.

Begeleiding door huisarts of interdisciplinair team tijdens rehabilitatie-uitkering

De professionals die de cliënt tijdens de rehabilitatie-uitkering begeleiden verschillen per land. In IJsland wordt de cliënt begeleid door de huisarts en/of een interdisciplinair revalidatieteam dat kan bestaan uit bijvoorbeeld een revalidatiearts, psycholoog en fysiotherapeut. De huisarts stelt een revalidatieplan op wat betreft medische revalidatie, het interdisciplinaire revalidatieteam stelt een plan op voor werkgerelateerde re-integratie. In Zweden begeleidt de huisarts de cliënt in de periode waarin werken niet mogelijk is, zowel bij de medische behandelingen als bij de interventies gericht op re-integratie. In Denemarken wordt het revalidatieplan samen met de cliënt opgesteld door een interdisciplinair revalidatieteam met als doel om het arbeidsvermogen te verbeteren; de case worker begeleidt vervolgens de cliënt. Het revalidatieteam bestaat uit vertegenwoordigers vanuit de werkgeverssector, sociale sector, gemeentelijke gezondheidsafdeling, sociaalgeneeskundige afdeling en in sommige gevallen de onderwijssector. 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.

Arbeidsongeschiktheidsbeoordeling: verschillende rollen van professionals

Bij de uiteindelijke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn in de onderzochte landen verschillende professionals in verschillende rollen betrokken. We onderscheiden professionals in een ondersteunende, adviserende, beoordelende en beslissende rol. Hieronder worden deze rollen afzonderlijk belicht.

Tabel 3 Rollen professionals bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

	DK	EST	FIN	IER	IJS	VK	ZWE	NL
Ondersteunen								
Adviseren						*		
Beoordelen						*		
Beslissen								

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

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

Voornamelijk niet-medisch professionals in een ondersteunende rol

In Nederland zijn verschillende ondersteunende professionals betrokken, waaronder de medisch secretaresse en de sociaal-medisch verpleegkundige. Deze professionals ondersteunen de verzekeringsarts in het proces rondom de beoordeling. Het team dat de sociaal-medische beoordeling uitvoert, wordt sinds kort ondersteund door een teamondersteuner. Dit is een niet-medisch professional die ondersteunende administratieve werkzaamheden verricht, zoals het completeren van de aanvraag. Ook in de andere onderzochte landen is er vaak een niet-medisch professional beschikbaar die een ondersteunende rol heeft bij de beoordeling. Het kan dan gaan om een administratief medewerker die controleert of de aanvraag compleet is, maar bijvoorbeeld ook om een niet-medisch professional die de cliënt ondersteunt bij het indienen van de aanvraag.

In veel landen komt er advies vanuit de curatieve sector

Er zijn verschillende manieren waarop advies wordt gegeven bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In veel van de onderzochte landen moet een behandelend arts uit de curatieve sector een medisch certificaat voor de cliënt opstellen. Dit geeft de behandelend arts een adviserende rol bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In Nederland gaat dit anders. Hier stelt de bedrijfsarts die de cliënt de eerste twee ziektejaren begeleidt een re-integratieverslag op voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. In het Verenigd Koninkrijk kan het certificaat ook worden opgesteld door een andere medisch professional dan een arts, bijvoorbeeld een fysiotherapeut of verpleegkundige. In Finland heeft de arts sociale geneeskunde die gedurende de eerste driehonderd ziektedagen vanuit de arbeidsgeneeskundige dienst de cliënt begeleidt een adviserende rol bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, of in sommige gevallen een arts uit de curatieve sector.

Naast een medisch certificaat gebruiken de meeste landen ook standaard een zelfrapportagevragenlijst voor de beoordeling. In Nederland gebruiken sommige kantoren wel een vragenlijst, andere niet: het is geen standaarddocument voor de beoordeling. Met de zelfrapportagevragenlijst geeft de cliënt een eigen beschouwing van zijn mogelijkheden en beperkingen. Hiermee heeft de cliënt inbreng bij de beoordeling. Het verschilt wel hoe de beoordelaar vervolgens de zelfrapportagevragenlijst inzet. Soms is dat als consistentiecheck, om na te gaan of de overige beschikbare documentatie in lijn is met de antwoorden die de cliënt zelf geeft. Er zijn ook landen waar de vragenlijst als onderdeel van de beeldvorming gebruikt wordt. De vragenlijst ondersteunt de beoordelaar dan in het beoordelen van de mogelijkheden en beperkingen die de cliënt ervaart. Een voorbeeld hiervan is Estland, waar de cliënt met de vragenlijst een uitgebreide beschouwing van diens eigen fysieke en mentale functioneren kan geven. De cliënt wordt vervolgens slechts in uitzonderlijke gevallen op een spreekuur uitgenodigd door de beoordelend professional.

Als laatste kan de beoordelende professional ook tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling om advies vragen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Zweden, waar de beoordelende niet-medisch professional tijdens de beoordeling een arts sociale geneeskunde van de socialezekerheidsinstantie kan raadplegen, bijvoorbeeld bij onduidelijkheden of bij het interpreteren van medische gegevens.

Verskillende professionals in een beoordelende rol

In Nederland wordt de mate van arbeidsongeschiktheid in eerste instantie beoordeeld door de verzekeringsarts, gevolgd door een beoordeling van de arbeidsdeskundige. In Estland, Finland en Ierland voert de arts sociale geneeskunde de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit op basis van een desk assessment. De arts ziet of spreekt de cliënt dan in principe niet, maar voert de beoordeling uit op basis van de beschikbare documentatie (medisch certificaat en zelfrapportagevragenlijst). 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.

In Zweden en Denemarken wordt de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uitgevoerd door een niet-medisch professional. In Zweden gaat het om een niet-medische, academisch opgeleide medewerker van de socialezekerheidsinstantie die de beoordeling uitvoert op basis van het medisch certificaat van de behandelend arts. Daarbij kan de niet-medisch professional eventueel advies vragen van een arts sociale geneeskunde. In Denemarken wordt de

beoordeling uitgevoerd door een case worker die wordt geadviseerd door een interdisciplinair rehabilitatieteam. Dit is het team dat de cliënt ook op hoofdlijnen begeleidt tijdens de periode van revalidatie en re-integratie. Het team bestaat uit zowel medisch als niet-medisch professionals.

De rol en positie van de arts sociale geneeskunde (of verzekeringsarts) is in veel landen verschillend. In Nederland is er een strikte scheiding tussen de curatieve sector en de (sociaal-medisch) beoordelende sector. In vrijwel alle overige onderzochte landen is de arts sociale geneeskunde veelal een medisch specialist die ook nog als zodanig in de curatieve sector werkt en daarnaast arts sociale geneeskunde is. Ook zijn de opleidingen divers. In Nederland is verzekeringsgeneeskunde een apart specialisme met een duur van vier jaar bovenop een opleiding als basisarts. In de overige onderzochte landen heeft de arts sociale geneeskunde vaak een aanvullende training gevolgd over de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bovenop de opleiding tot arts in de curatieve sector. De training bedraagt over het algemeen drie tot zes maanden. Daarnaast ziet de arts sociale geneeskunde de cliënt niet altijd, bijvoorbeeld als de beoordeling met een desk assessment uitgevoerd wordt.

Vaak een niet-medisch professional als uiteindelijke beslisser

In de meeste landen wordt de uiteindelijke administratieve beslissing genomen door een niet-medisch professional. Zo ook in Nederland, waar de beslissing wordt uitgevoerd door de procesbegeleider. 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 hierop is IJsland, waar de beslissing wordt genomen door de verzekeringsarts.

De professional die de beslissing neemt, kan afwijken van het oordeel van de beoordelende professional. In sommige landen is de beslissing met name een administratieve beslissing, 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 medisch 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, dan wordt de casus opnieuw voorgelegd aan het rehabilitatieteam (Denemarken) of de arts sociale geneeskunde (Estland).

Verschillen met Nederlandse situatie

De situatie in Nederland verschilt op een aantal aspecten van de andere onderzochte landen. Zo verschilt de positie van de verzekeringsarts en de opleiding tot verzekeringsarts. Deze kan bijvoorbeeld een beoordelende of adviserende rol hebben, solistisch de beoordeling uitvoeren of in samenwerking met andere professionals. De opleiding tot verzekeringsarts is in Nederland een specialisatie van vier jaar, die na de studie geneeskunde gevolgd kan worden. In de andere onderzochte landen zien we dat de arts in de curatieve sector een training van drie tot zes maanden kan volgen om arts sociale geneeskunde te worden. De training komt dan bovenop de opleiding tot arts in de curatieve sector.

De arbeidsongeschiktheidsbeoordeling wordt in de onderzochte landen door verschillende professionals uitgevoerd: niet-medisch professionals, medisch professionals maar geen arts of door een arts sociale geneeskunde. De arts sociale geneeskunde is dus lang niet altijd degene die de beoordeling uitvoert. Ook spreekt de beoordelende professional de cliënt lang niet altijd. Er zijn landen waar, in tegenstelling tot Nederland, de beoordeling wordt uitgevoerd op basis van een desk assessment.

In zeven van de 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. De inbreng vanuit de curatieve sector biedt mogelijkheden voor de inzet van niet-medisch professionals in de beoordelingen. In verschillende landen zien we dat een niet-medisch professional bijvoorbeeld een beoordeling kan uitvoeren, mede op basis van het medisch certificaat vanuit de curatieve sector.

Hoe verder

De opgehaalde informatie biedt inzicht in mogelijkheden voor het Nederlandse arbeidsongeschiktheidsstelsel die kunnen bijdragen aan het verminderen van de mismatch waarmee Nederland kampt. Met deze kennis gaat UWV aan de slag. UWV is tijdens een expertmeeting in gesprek gegaan met experts en stakeholders uit het veld over mogelijke oplossingen die zij vanuit dit onderzoek zien voor het Nederlandse stelsel. Uit de discussie kwam onder andere naar voren dat het voor de cliënt duidelijk moet zijn wat er gebeurt met zijn inkomen wanneer de cliënt weer (deels) gaat werken. Het mag nooit een risico zijn om te gaan werken. Ook is gesproken over het belang van re-integratie en revalidatie, bijvoorbeeld met ondersteuning van een rehabilitatie-uitkering, om hiermee de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkering te beperken en cliënten uitzicht te bieden op participatie. Dan help je mens en maatschappij. De [opbrengst van de expertmeeting](#) is aangeboden aan de Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS), die het kabinet adviseert over een stelsel voor langdurige ziekte en arbeidsongeschiktheid.

Colofon

Uitgave

UWV Kenniscentrum

Postadres

Postbus 58285, 1040 HG Amsterdam

Inlichtingen

kennis@uwv.nl

Auteurs



Myrthe
van Vilsteren



Djoeke
Petter



Ilse
Hento

Volg ons



Op de hoogte blijven als er een nieuw UWV Kennisverslag verschijnt?
Dat kan. [Abonneer je op de UWV Kennisverslag e-mailalert.](#)

Disclaimer

Bronvermelding is verplicht. De informatie in het UWV Kennisverslag (UKV) is aangedragen vanuit de kennisoptiek en betreft dus niet een verantwoording of een weergave van ingenomen beleidsstandpunten van UWV.

© UWV 2024

