Rijksoverheid

Werk aan de WIA - naar een stelsel dat weer werkt

IBO Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen

Inhoudsopgave

	Voorwoord	4
	Samenvatting	6
1.	Aanleiding, doel en afbakening	16
2.	Het stelsel in historisch en maatschappelijk perspectief	19
2.1	De ontstaansgeschiedenis van het stelsel	20
2.2	Een korte beleidstheorie van het stelsel	27
2.3	Het stelsel vanuit het cliëntperspectief	29
2.4	Een blik over de grenzen	32
2.5	Het stelsel in maatschappelijk perspectief	33
3.	Ontwikkelingen in de arbeidsongeschiktheid	37
3.1	Ontwikkeling van de instroom	38
3.2	Ontwikkeling in het bestand en de uitstroom	43
3.3	Duiding van de WIA-instroom	45
3.4	Verdieping WIA-instroom naar diagnoses en ziektebeelden	49
3.5	Internationale ontwikkelingen	57
3.6	Toekomstige ontwikkelingen	59
4.	Preventie en re-integratie in de ziekteperiode	61
4.1	Wettelijk kader ziekteverzuim en re-integratie	63
4.2	Preventie: tussen regels en realiteit	66
4.3	De markt voor arbodienstverlening	69
4.4	Werkhervatting tijdens de ziekteperiode	73
4.5	Werkhervatting in spoor 1 en spoor 2	76
4.6	Maar meer domeinoverstijgende samenwerking	79
4.7	Beleidsopties	80
5.	WIA-beoordeling: doenlijkheid en uitvoerbaarheid	82
5.1	De praktijk van de toegang tot de WIA	83
5.2	De WIA-toegang: doenlijkheid, grip en vertrouwen	84
5.3	De oplopende wachtlijsten bij de WIA(-toegang)	86
5.4	Oorzaken van de oplopende wachtlijsten	91
5.5	Wat zijn mogelijkheden om de wachtlijsten aan te pakken?	95
5.6	Beleidsopties	100
6.	De inhoud van de WIA-beoordeling	102
6.1	Het sociaal-medische beoordelingsproces	103

6.2 De praktijk(variatie) van het beoordelingsproces 107
6.3 Mogelijkheden voor verdere inkadering van de WIA-toegang 111
6.4 (On)mogelijkheden om de WIA-toegang in te perken voor mensen met specifieke aandoeningen 115
6.5 Beleidsopties 116
7. Re-integratie vanuit de WIA 118
7.1 Re-integratiebeleid voor mensen met een WIA-uitkering 119
7.2 De activerende werking van de WIA in de praktijk 123
7.3 De re-integratiedienstverlening door UWV 128
7.4 De rol van werkgevers bij re-integratie 133
7.5 Beleidsopties 136
8. Beleidsperspectief 138
8.1 De WIA-problematiek in samenhang bezien 140
8.2 Een pakket aan maatregelen om de problematiek aan te pakken 143
8.3 Aanbevelingen voor een beter onderbouwd beleid 155

Bijlagen 157
BIJLAGE 1 Samenstelling werkgroep 158
BIJLAGE 2 Taakopdracht 159
BIJLAGE 3 Literatuurlijst 163
BIJLAGE 4 Kennissessies en geraadpleegde personen 170
BIJLAGE 5 Ervaringen meeloopdagen 173
BIJLAGE 6 Bundel beleidsopties IBO externe bijlage
BIJLAGE 7 Longlist overige beleidsopties externe bijlage
BIJLAGE 8 Financiering van de WIA: premies en fondsen externe bijlage
BIJLAGE 9 VU amsterdam - Meer WIA instroom, minder ziek? externe bijlage
BIJLAGE 10 IPSOS I&O - Preventie instroom WIA externe bijlage

Voorwoord

Tijdens dit Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) zijn we op drie paradoxen gestuit. De eerste is dat er al veel analyses en adviezen bestaan over de wet- en regelgeving rond ziekte en arbeidsongeschiktheid, maar dat het toch echt nodig is het stelsel zelf te doorgronden — en dat blijkt complex. Het stelsel is historisch gegroeid tot een samenhangend geheel waarvan de bedoeling nog altijd overeind staat, maar in de praktijk lopen we tegen grote problemen aan.

De tweede paradox is dat er binnen het stelsel op veel plekken veel gegevens beschikbaar zijn en onderdelen van het stelsel geregeld worden onderzocht. Toch bieden die data en dat onderzoek vaak nog onvoldoende basis om "objectiveerbare" conclusies te trekken. Het kostte in de traject ook de nodige moeite om tot een stevige onderbouwing en concrete beleidsopties te komen.

De derde paradox is dat de WIA op zichzelf al een breed onderwerp is, maar dat het rapport het nog wat breder trekt. Wat er tijdens de ziekteperiode gebeurt, is immers van belang voor de WIA. Ook besteden we relatief veel aandacht aan het WIA-beoordelingsproces. Voor beide thema's geldt dat afstemming en informatie-uitwisseling tussen de zorgdomeinen cruciaal is: de curatieve zorg, de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde staan niet los van elkaar.
Dat brengt me bij het laatste inhoudelijke punt: dit rapport gaat vooral over het 'wat', terwijl het 'hoe' minstens zo belangrijk is. Hoe zetten we de verandering in, en hoe houden we die vol? Het vervolg zou daarom vooral moeten draaien om gezamenlijk aan de slag te gaan.

Het belangrijkste van een voorwoord is om mensen te bedanken: de vele mensen die de tijd namen om met ons in gesprek te gaan, en de tientallen medewerkers van de departementen en UWV die met ons hebben meegedacht en aan de beleidsopties hebben gewerkt. Dank ook aan de leden van de ambtelijke werkgroep voor hun inbreng in en rond een lange reeks van vergaderingen. Met plezier heb ik de werkgroep voorgezeten en aan dit rapport meegewerkt.

Bovenal zijn we veel dank verschuldigd aan Esmee Braam, Hamza Bouadli-Arfaoui, Rini Braber, Nienke Landman en Johan Sterrenburg, voor al hun tijd en energie die ze in dit rapport hebben gestoken. Zonder hun aanhoudende inzet was dit rapport er niet gekomen.

Het is nu aan de politiek het rapport te betrekken in de besluitvorming. Werk aan de winkel!

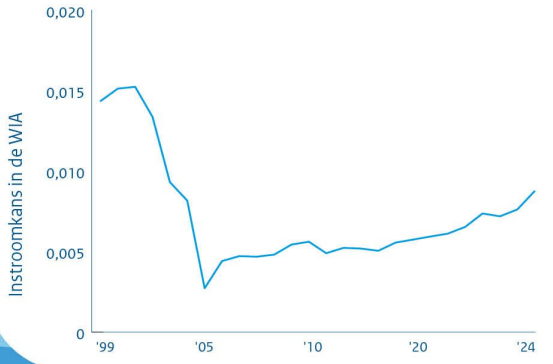
Ernst van Koesveld
ABDTOPConsult

Werk aan de WIA - naar een stelsel dat weer werkt

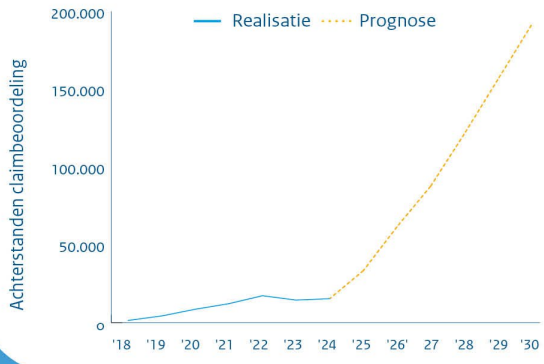
Dit IBO richt zich op het stelsel van wet- en regelgeving rondom ziekte en arbeidsongeschiktheid, en de uitvoering daarvan. Er is sprake van een negatieve spiraal van toenemende instroom, oplopende wachtlijsten en structurele tekortkomingen. Het is dringend nodig deze spiraal te doorbreken. Het doel is een stelsel dat beter uitvoerbaar is, goed werkt en betaalbaar blijft – voor mensen, bedrijven en de samenleving als geheel.

De opgave

Instroom WIA



Wachtlijsten beoordelingen



tekortkomingen stelsel

- **Voorkomen instroom**
- **Versterken re-integratie**
- **Aanpassen beoordeling(sproces)**

Basispakket beleidsopties DOEN

- **Afschaffen duurzaamheids-beoordeling (IVA)**
- **Doorvoeren taakherschikking verzekeringsartsen**
- **Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen**

- Vermindering interartsvariatie
- Versterken preventie en toezicht
- Vergemakkelijken werkhervatting
- Verbeteren Ziektewet-beoordeling
- Verhogen re-integratiebudget
- Stroomlijnen werkgeversregelingen

Aanvullende beleidsopties

Samenvatting

De kernbevinding van dit beleidsonderzoek: ons stelsel van wetten en regels voor ziekte en arbeidsongeschiktheid is vastgelopen door een combinatie van toenemende instroom, oplopende wachtlijsten en tekortkomingen in het stelsel. Hierdoor is het stelsel steeds minder in staat om kerndoelen – inkomensbescherming en arbeidsparticipatie – waar te maken, terwijl de (maatschappelijke) kosten blijven stijgen. Doorgaan op de huidige weg is geen optie. Dat zou betekenen dat wachtlijsten blijven oplopen, en daarmee ook de onzekerheid voor mensen en de kosten voor de maatschappij. De wachtlijsten worden onhoudbaar, waardoor scenario's als steeds massalere toekenning van uitkering zonder medisch oordeel in beeld komen. Er zijn dringende ingrijpende maatregelen nodig om dit te voorkomen. Dit rapport biedt daarvoor een samenhangend pakket aan maatregelen. De meest urgente stap is het versterken van de uitvoering. Deze opgave vereist niet alleen de inzet van UWV en andere betrokken partijen, maar ook ingrijpende aanpassingen van wet- en regelgeving in de komende kabinetsperiode. Het kan, en moet, anders.

A. Toenemende WIA-instroom

In de loop van de vorige eeuw groeide het stelsel van wet- en regelgeving rond ziekte en arbeidsongeschiktheid stap voor stap uit tot een belangrijke sociale verworvenheid. Vanaf de jaren tachtig verschoof de aandacht echter steeds meer naar de kostenkant. Het ziekteverzuim nam toe, de WAO-instroom bleef stijgen en werkhervatting kwam onvoldoende op gang. Nederland was "ziek" en mensen met een arbeidsbeperking kwamen in een "fuik" terecht zonder perspectief; problemen op de arbeidsmarkt werden afgewenteld op het collectief. De overheid had te weinig grip op deze ontwikkelingen en op de uitvoering van het stelsel.

Het getuigde van strategische moed dat aan het begin van deze eeuw werd ingegrepen om het stelsel activerender te maken. Vooral de Wet verbetering Poortwachter (2002), de verplichte loondoorbetaling bij ziekte (1996 en 2004) en de maatregelen rond de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA, 2006) hebben het ziekteverzuim en de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen aanzienlijk teruggebracht. Daarnaast werd de publieke verantwoordelijkheid in de uitvoering versterkt, met een centrale rol voor UWV. De uitgaven aan de arbeidsongeschiktheidsregelingen daalde van bijna 6 tot onder 4 procent van de loonsom.

De afgelopen tien jaar nemen het ziekteverzuim en de instroom in de WIA echter weer fors toe. Het ziekteverzuim ligt inmiddels op een niveau dat vergelijkbaar is met het begin van deze eeuw, ruim boven de 5 procent. Gedurende de eerste jaren van de WIA stroomden jaarlijks een kleine 35.000 mensen de arbeidsongeschiktheid in (WIA en WAO samen). In 2024 waren dat er 63.500[1] – ongeveer evenveel als het aantal inwoners van de gemeente Roermond. In totaal ontvangen nu ruim 600.000 mensen een arbeidsongeschiktheidsuitkering: één op de dertien verzekerden. De kans dat een werkende in de WIA terechtkomt is inmiddels twee keer zo hoog als in de jaren direct na de invoering van de WIA. Ondertussen is het aandeel uitkeringen voor

1 Na correctie voor de statistische vertekening door voorschotten.

volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (IVA) gestegen van 20 procent in 2006 naar 40 procent in 2024. De financiële lasten van het stelsel nemen niet alleen absoluut, maar ook relatief weer toe.

De toegenomen WIA-instroom komt door de dubbele vergrijzing, meer psychische problematiek en maatregelen om de uitvoering te ontzien. Ongeveer de helft van de stijging tussen 2006 en 2024 hangt samen met het langer doorwerken van oudere werknemers, als gevolg van het uitfaseren van de vroegpensioenregelingen en de beleidsmatige verhoging van de AOW-leeftijd ("waterbed-effect"). De instroom is verder toegenomen door de 60-plusmaatregel: vanwege de wachtlijsten worden 60-plussers niet meer door een verzekeringsarts beoordeeld. De andere helft van de toename is te verklaren door de stijgende gemiddelde leeftijd van de beroepsbevolking en de groei van groepen met een relatief hoge instroomkans en de gestegen instroomkans van werknemers onder de 60 jaar. Zo is het aandeel vrouwen in de beroepsbevolking toegenomen, evenals het aantal mensen met een flexibel contract.

Ruim 40 procent van de totale instroom in de WIA is vanwege psychische aandoeningen. Het betreft steeds vaker jongeren en vrouwen. Mensen met psychische aandoeningen verlaten de WIA minder vaak en werken ook minder vaak met een uitkering. Dat is zorgelijk, omdat zo een groeiende groep mensen niet meer op eigen kracht kan deelnemen aan de arbeidsmarkt en hun arbeidspotentieel onbenut blijft. De toename van psychische aandoeningen binnen de WIA staat niet op zichzelf, maar weerspiegelt bredere maatschappelijke ontwikkelingen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat we als samenleving nog onvoldoende weten hoe dat komt en hoe we daarmee moeten omgaan. Een recent IBO hierover stelt dat er een gebrek aan aansluiting is van beleid op de aard van de psychische klachten.[2] Ook andere Noord-Europese landen worden met dit vraagstuk geconfronteerd en zijn op zoek naar (werkgerichte) beleidsaanpassingen. De trend is dus geen uniek Nederlands verschijnsel en evenmin inherent aan de inrichting van ons stelsel. De verwachting is dat het aantal WIA-gerechtigden - door bovengenoemde ontwikkelingen en bij ongewijzigd beleid - verder zal stijgen tot meer dan 700.000 in 2060.

B. Vastlopende uitvoering

Het meest urgente probleem is dat de uitvoering van de WIA vastloopt.[3] De Algemene Rekenkamer waarschuwde in 2023 al: "De WIA-verzekering is niet meer uitvoerbaar. Bij UWV lopen de achterstanden in de beoordelingen al sinds 2015 op, ondanks maatregelen. Dit is vooral nadelig voor langdurig zieke (ex-)werknemers." [4] Zoals hierboven aangegeven, is het aantal WIA-aanvragen verder toegenomen, terwijl de beoordelingen steeds complexer worden. UWV kan deze groei qua capaciteit niet meer bijbenen. De druk op de uitvoering is breed voelbaar, maar het grootste knelpunt is het tekort aan verzekeringsartsen. Door onvoldoende instroom in de vervolgopleidingen tot verzekeringsarts zal het aantal verzekeringsartsen de komende jaren naar verwachting niet stijgen – waarschijnlijk zelfs dalen. Het gevolg van dit steeds oplopend verschil tussen vraag en aanbod: sterk groeiende wachtlijsten en veel langere wachttijden.

2 Rijksoverheid (2025). Uit balans - IBO Mentale Gezondheid en GGZ.
3 Dit IBO heeft dankbaar gebruik gemaakt van het rapport van de Onafhankelijke Commissie Toekomst van het Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS, 2024). De commissie ziet de complexiteit als meest urgent probleem. Dit IBO richt zich vanwege de oplopende wachtlijsten, sterker op de uitvoeringsproblematiek.
4 Algemene Rekenkamer (2023). Resultaten Verantwoordingsonderzoek Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 2022. In 2024 is duidelijk geworden dat bij substantiële groepen mensen fouten zijn gemaakt en is een operatie ingezet om dit te corrigeren. Deze problematiek valt buiten de scope van dit IBO; het vergroot uiteraard wel de druk op de uitvoering van de WIA. De Algemene Rekenkamer heeft hierover in december 2025 een afzonderlijk rapport uitgebracht: Algemene Rekenkamer 2025). Fouten bij WIA-uitkeringen: blind voor de signalen, burgers geraakt. Dat rapport bevat ook een reactie van het ministerie en UWV.

De wachtlijsten voor WIA-aanvragen kunnen volgens de meeste recente UWV-prognoses oplopen tot bijna 200.000 wachtenden in 2030. In 2025 wachten al circa 40.000 mensen gemiddeld zes maanden op een beoordeling, terwijl de wettelijke termijn acht weken bedraagt. Als de wachtlijst groeit naar 200.000 mensen, dan neemt de gemiddelde wachttijd toe tot twee à drie jaar. Dit is maatschappelijk niet aanvaardbaar. De druk op de uitvoering, inclusief de UWV-medewerkers, om veel en goed werk af te leveren neemt daarmee steeds verder toe.

De groeiende uitvoeringsproblematiek kent alleen maar verliezers. Dit onderdeel van de sociale zekerheid biedt steeds meer *on*zekerheid voor mensen. Onzekerheid leidt tot stress, wat herstel en terugkeer naar de arbeidsmarkt kan vertragen. De begeleiding en re-integratie hoeven formeel niet te wachten op een sociaal-medische beoordeling, maar in de praktijk is een vervolgtraject zonder beoordeling wel lastiger. Het risico is ook dat mensen in de wachtstand komen. Dit tast de activerende werking van het stelsel aan. Aangezien de beoordeling gebaseerd moet zijn op de situatie aan het einde van ziekteperiode, wordt het met het verstrijken van de tijd ook steeds ingewikkelder die situatie terug te halen; dit geldt ook voor bezwaar- en beroepsprocedures. Daarmee heeft de uitvoeringsproblematiek een zichzelf versterkend effect. Bovendien kan het tot gevolg hebben dat mensen na de beoordeling een uitkering krijgen die niet meer past. Daarbij komt dat UWV zelf geen herbeoordelingen meer in gang zet. Dit vergroot de toch al aanwezige spanning tussen de systeem- en leefwereld van mensen.

De oplopende wachtlijsten zorgen niet alleen voor problemen bij zieke cliënten, maar ook voor hogere kosten en slechtere dienstverlening. Zo kunnen werkgevers – of hun bedrijfsartsen – steeds minder een beroep doen op de expertise van UWV en neemt ook de dienstverlening aan cliënten af. Daarnaast heeft UWV geen capaciteit om zelf herbeoordelingen te initiëren met als risico dat werkgevers soms langer en meer (mee)betalen voor de uitkeringen dan gerechtvaardigd is. Een toenemend deel van de verstrekte voorschotten kan niet meer met de rechten van uitkeringsgerechtigden worden verrekend, en komt uiteindelijk voor rekening van het collectief. Ook de belastingbetaler draait op voor extra kosten, omdat steeds nieuwe maatregelen nodig zijn om de uitvoering overeind te houden. De kosten van deze aanvullende maatregelen lopen sterk op. Daar komt bij dat een steeds groter deel van de uitgaven aan WIA-uitkeringen niet meer volgens de wet is, terwijl ook de kosten van dwangsommen blijven oplopen.

Het vastlopen van de uitvoering heeft ook geleid tot maatregelen die de instroom juist verder vergroten en de kans op werkhervatting verkleinen. Door de toenemende druk op de uitvoering heeft UWV – in overleg met het ministerie van SZW – verschillende maatregelen moeten nemen. Deze bieden tijdelijk wat "lucht", maar kennen ook duidelijke keerzijden. Zo leidt de eerdergenoemde 60-plusmaatregel voor extra instroom in de WIA. Daarnaast is ervoor gekozen om voor een periode minder aandacht te besteden aan de Eerstejaars ZiekteWet-beoordeling (EZWb) van vangnetters.[5] Deze groep is aangewezen op UWV en heeft meestal geen contact meer met een werkgever. Bovendien hebben ze over een breed front een ongunstigere uitgangspositie om weer aan het werk te komen dan langdurig zieke werknemers met een vast contract. Mensen zitten hierdoor onnodig lang in de Ziektewet en de kans is groot dat ze uiteindelijk een WIA-aanvraag doen.

De wachtlijstproblematiek is deels het gevolg van een hogere instroom, maar hangt ook samen met de inrichting van het stelsel zelf. De wetgever heeft bij de beoordelingen een

[5] *Het gaat met name om mensen met een WW-uitkering die ziek zijn geworden, mensen van wie het dienstverband afliep tijdens hun ziekte, of mensen die tijdens een uitzenddienstverband ziek zijn geworden. Er zijn ook "vangnetters" die een werkgever hebben (mensen die tijdens zwangerschap of bevalling ziek worden alsook mensen die een orgaan doneren).*

grote rol toebedeeld aan de verzekeringsarts en wil dat zo nauwkeurig mogelijk recht wordt gedaan aan iemands persoonlijke situatie – een uitgangspunt dat door de jurisprudentie nog verder is versterkt. Daarnaast moeten verzekeringsartsen bij volledige arbeidsongeschiktheid ook de duurzaamheid van die situatie beoordelen en onderbouwen, waarna al dan niet IVA-uitkering wordt verstrekt. Deze beoordeling is niet alleen buitengewoon complex, maar ook zeer tijdrovend. Bovendien bevat het stelsel een onbedoelde prikkel voor werkgevers en andere partijen om herbeoordelingen aan te vragen. Ten slotte bestaan er significante verschillen tussen teams van verzekeringsartsen in het aantal verrichte beoordelingen en maken verzekeringsartsen beperkt gebruik van de kennis en het werk van bedrijfsartsen tijdens de ziekteperiode.

Mede onder invloed van de voortgaande medicalisering lijkt een verruiming van de beoordeling plaats te vinden. Deze verruiming lijkt gepaard te gaan met toenemende verschillen in hoe verzekeringsartsen WIA-aanvragen beoordelen (praktijkvariatie). Het risico bestaat dat deze ontwikkeling doorzet, met als gevolg: een toename van het aantal en de hoogte van uitkeringen, minder arbeidsparticipatie en stijgende stelselkosten. Ook neemt de kans toe op meer bezwaar-, beroeps- en herbeoordelingsprocedures. Dit vraagt van de beroepsgroep om richtlijnen op te stellen en te actualiseren - in het bijzonder ten aanzien van moeilijk objectiveerbare aandoeningen en het vaststellen van urenbeperkingen – om de praktijkvariatie te verminderen. De overheid kan de beroepsgroep hierbij financieel en organisatorisch ondersteunen. Het vraagt van de wetgever om te bepalen hoe een strikte beoordeling - in lijn met de oorspronkelijke bedoeling - er vandaag de dag uit moet zien, met minder ruimte voor interpretatie. Het IBO wil dit onderwerp agenderen. De aanbeveling is om een commissie van diverse deskundigen te vragen hoe een strikte beoordeling kan worden geborgd, in zowel wet- en regelgeving als richtlijnen, handreikingen, etc. Daarbij kan worden aangesloten bij de beleidsontwikkelingen in de reguliere zorg. Dit raakt ook aan de verhoudingen tussen de politiek en de medische sector. Eén en ander is des te belangrijker in een context waarin de prevalentie van psychische klachten toeneemt.

C. Structurele tekortkomingen

De tekortkomingen in het stelsel versterken de toenemende instroom en de oplopende wachtlijsten. Tabel S.1 geeft een totaaloverzicht van de knelpunten - een aantal daarvan is de revue al gepasseerd – over de verschillende fasen van het stelsel heen: ziekteperiode, WIA-beoordeling(sproces) en re-integratie vanuit WIA. In het navolgende wordt specifiek ingegaan op knelpunten die de activerende werking van het stelsel aantasten. Figuur S.1 (op pagina 11) biedt een schematisch overzicht van de ontwikkelingen die de druk op het stelsel vergroten: (a) meer aanvragen en meer instroom; (b) groeiende uitvoeringsproblematiek en (c) structurele tekortkomingen van het stelsel. Door de negatieve wisselwerking tussen deze ontwikkelingen komen de primaire doelen van het stelsel steeds meer onder druk te staan: het stelsel biedt minder zekerheid voor mensen en de activerende werking neemt af. Dit terwijl een betaalde baan, voor degenen die kunnen werken, de beste vorm van sociale zekerheid is.

Preventieve maatregelen die het (langdurige) ziekteverzuim beperken, hebben een sterke hefboomwerking richting de WIA, maar krijgen nog te weinig aandacht. Aanpassingen in wet- en regelgeving en de uitvoering daarvan hebben het ziekteverzuim in het verleden doen dalen, maar inmiddels loopt het verzuim weer op. Structurele preventie krijgt nog altijd onvoldoende aandacht. Versnipperde regelgeving, beperkte kennis bij werkgevers, een onvolkomen functionerende markt voor arbodienstverlening en beperkte handhaving heeft dit IBO als knelpunten geïdentificeerd. Ook blijven kansen op herstel en werkhervatting onbenut doordat

samenwerking en kennis- en informatie-uitwisseling tussen artsen over de domeinen (curatieve zorg, bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde) te weinig van de grond komen.

Tabel S.1: Knelpunten: hogere instroom, uitvoeringsproblemen, en structurele tekortkomingen

Overkoepelende knelpunten in het stelsel en de praktijk		
○ Het ziekteverzuim stijgt en de WIA-instroom neemt toe ○ De uitvoering van de WIA dreigt onbeheersbaar te worden ○ Het stelsel is voor mensen te ingewikkeld geworden		
Ziekteperiode	**Beoordeling(sproces)**	**Re-integratie vanuit WIA**
Werkgevers en arbodiensten hebben onvoldoende aandacht voor verzuimpreventie.	Sommige prikkels in het stelsel staan verkeerd (herbeoordelingen).	De participatie vanuit de WIA blijft achter bij de verwachtingen.
Vangnetters krijgen beperkte dienstverlening; er worden minder ZW-beoordelingen uitgevoerd.	De IVA-beoordeling is voor verzekeringsartsen niet doenlijk.	De huidige stimulansen voor mensen om de stap naar werk te zetten, werken onvolkomen.
De samenwerking en gegevensuitwisseling tussen de professionals over de zorgketen heen is gebrekkig.	De mogelijkheden om meer beoordelingen te verrichten blijven onderbenut.	Werkgevers nemen te weinig mensen met WIA-uitkering aan.
	Bij de WIA-beoordeling wordt de wet ruimer geïnterpreteerd en nemen de verschillen tussen artsen toe (praktijkvariatie).	
Breed: behoefte aan meer data en onderzoek over effectiviteit en doelmatigheid van beleid (zie box 8.1)		

Een vaste werkgever en de factor tijd zijn cruciaal voor succesvolle re-integratie. Hoe langer het verzuim voortduurt, hoe kleiner de kans op werkhervatting – zeker in het tweede ziektejaar van werknemers in loondienst.[6] Wanneer de band met een werkgever ontbreekt – zoals bij de meeste vangnetters in de Ziektewet – wordt re-integratie nog moeilijker. Vangnetters lopen bovendien een groter risico op langdurig verzuim, mede door beperkte investeringen en begeleiding van voormalige werkgevers en de beperkte effectiviteit van de ondersteuning door UWV. UWV heeft door de uitvoeringsproblemen de eerstejaarsbeoordeling in de Ziektewet gedeprioriteerd. Deze groep stroomt relatief vaak en ook steeds meer de WIA in.

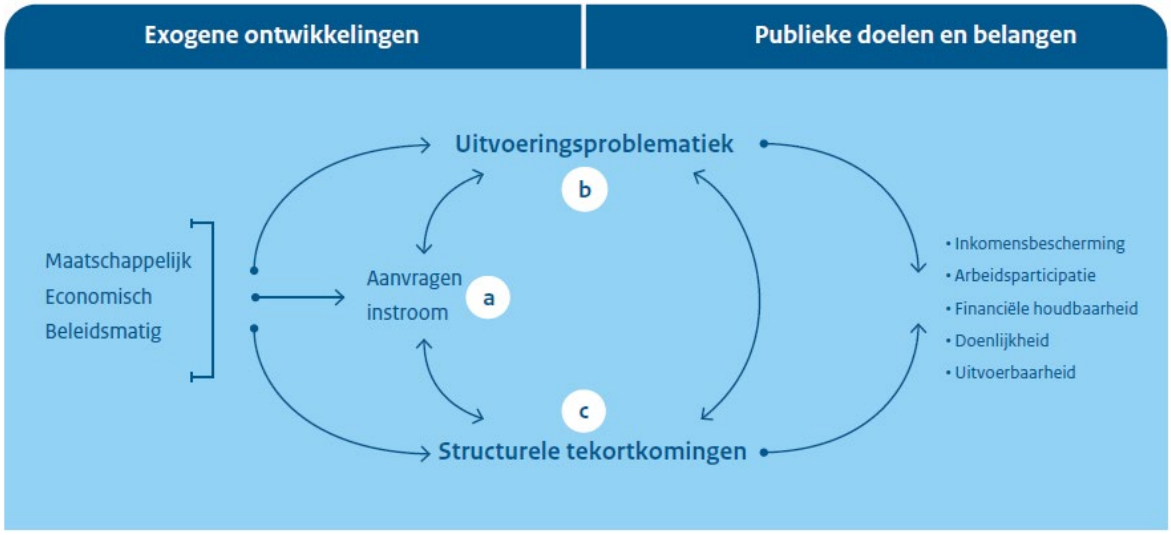
Eenmaal in de WIA, is nog geen 50 procent van de groep gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA 35-80) aan het werk.[7] De uitstroom door herstel bedraagt slechts 12 procent, waarvan twee-derde gaat werken; gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid heeft daardoor veelal een langdurig karakter. De wet kent op zich een effectieve prikkel voor WIA-gerechtigden om hun resterende verdiencapaciteit te benutten. De complexiteit van de WIA, de overgangen tussen verschillende uitkeringsregimes, andere inkomensregelingen en bovenwettelijke aanvullingen verminderen evenwel de effectiviteit van deze prikkel. Ook het risico op een herbeoordeling en het beperkte herlevingsrecht weerhouden mensen ervan om (meer) te werken.

6 Als onderdeel van het zogenoemde arbeidsmarktpakket is het de bedoeling dat kleinere werkgevers na één jaar ziekte niet meer hoeven te proberen een zieke werknemer terug te laten keren in het eigen bedrijf.
7 Hierbij houdt UWV helaas niet systematisch bij hoeveel uren mensen werken bij een WIA-uitkering.

Hoe eerder UWV kiest voor een passende inzet, hoe groter de kans op duurzame re-integratie. Door de toenemende instroom neemt de druk op het re-integratiebudget toe en zal UWV minder trajecten en diensten aanbieden aan ZW- en WIA-gerechtigden. De inzet van nieuwe, maar ook bestaande middelen vraagt daarbij om een bewuste afweging tussen gelijkheid, doelmatigheid en de bredere maatschappelijke kosten en baten. Een goed voorbeeld van een bredere afweging is de re-integratiemethode voor mensen met een ernstige psychische aandoening, die ondertussen ook wordt uitgerold voor mensen met *common mental disorders*.

De grote verantwoordelijkheid van werkgevers voor verzuim en werkhervatting maakt hen terughoudend om mensen met een WIA-uitkering aan te nemen. Wel blijkt in de praktijk dat werkgevers die bijvoorbeeld mensen met een psychische kwetsbaarheid aannemen, in de helft van de gevallen positieve ervaringen hebben. De bestaande regelingen die hen hierbij moeten ondersteunen zijn versnipperd, weinig bekend en zelden doorslaggevend bij de beslissing om iemand met een WIA-uitkering in dienst te nemen. Een beter toegankelijk en gerichter pakket aan instrumenten kan de effectiviteit van het beleid vergroten. Daarnaast is het van belang dat werkgevers bereid en in staat zijn een inclusieve werkcultuur te creëren.

Figuur S.1 De wisselwerking die het stelsel in toenemende mate onder druk zet



D. Een noodzakelijke beleidsaanpak

Het stelsel loopt vast door een negatieve wisselwerking van toenemende instroom, oplopende wachtlijsten en tekortkomingen in het stelsel. Daardoor is het stelsel steeds minder goed in staat om zijn publieke doelen – inkomensbescherming en arbeidsparticipatie – te realiseren en andere publieke belangen te dienen. Tegelijkertijd lopen de (maatschappelijke) kosten op. De wachtlijsten zorgen ervoor dat mensen langer in onzekerheid verkeren, de afstand tot de arbeidsmarkt toeneemt en de kans op succesvolle werkhervatting daalt.

Doorgaan op dezelfde weg is geen optie: er zijn dringend maatregelen nodig om het stelsel weer te laten werken. Dat betekent allereerst dat de uitvoering, en in het bijzonder het WIA-beoordelingsproces, op orde moet worden gebracht. Dit vraagt om scherpe keuzes in de uitvoering én in wet- en regelgeving, dus ook van de politiek in de komende kabinetsperiode.

Samen met het doorvoeren van de ontwikkelagenda sociaal-medische dienstverlening van UWV is volgens dit IBO een minimaal basispakket aan verschillende maatregelen nodig.

Het minimale basispakket ("doen") bevat de volgende dragende maatregelen:

- ***Doorvoeren van taakherschikking voor verzekeringsartsen:*** het gerichter inzetten van verzekeringsartsen met minder taken, waarbij andere professionals een deel van hun verantwoordelijkheden en werkzaamheden overnemen;
- ***Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen:*** werkgevers – of partijen namens hen – moeten hun verzoek inhoudelijk motiveren dan wel een vergoeding betalen voor een herbeoordeling met als doel het aantal herbeoordelingen te beperken;
- ***Afschaffen van de IVA en toets op duurzaamheid:*** verzekeringsartsen hoeven geen duurzaamheidstoets meer op te stellen en de aparte IVA-uitkering vervalt.

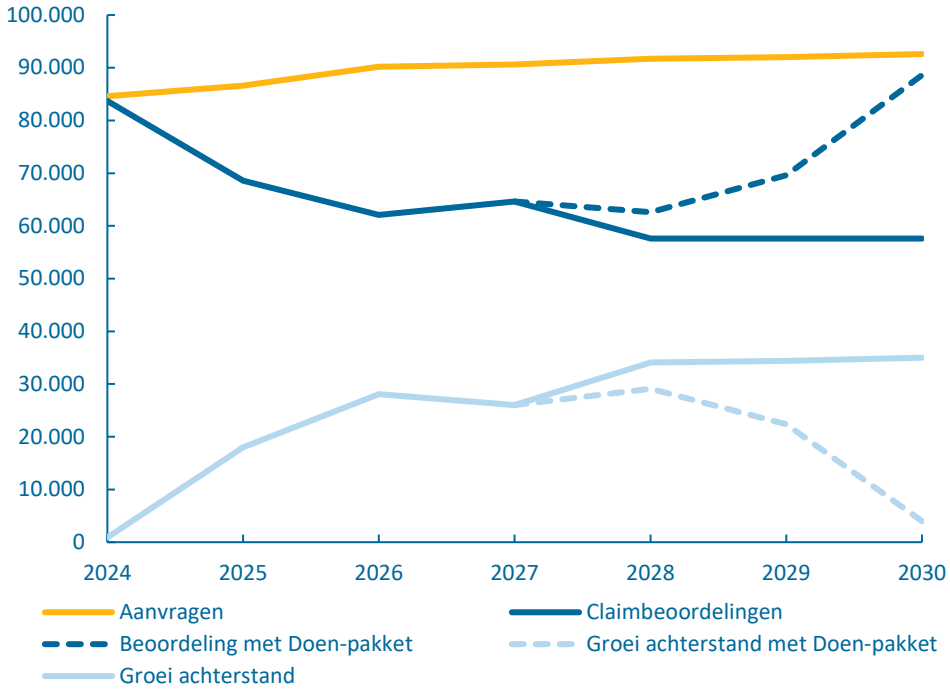
Een betere afstemming en gegevensuitwisseling tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, inclusief een eenvoudigere procedure[8], het verkleinen van de verschillen in het aantal beoordelingen tussen teams, en actuele, duidelijkere richtlijnen dragen ook bij de uitvoering op orde te brengen. Ook kan het publiekelijk delen van data over ziekteverzuim worden verbeterd.

Met dit pakket – samen met wat UWV al in gang heeft gezet – is naar verwachting richting 2030 voldoende capaciteit beschikbaar om het aantal nieuwe aanvragen weer bij kunnen te benen. Het betreft een globale inschatting op basis van cijfers van UWV (zie figuur 3.2).[9] In de huidige situatie, zonder verdere maatregelen, blijft de jaarlijkse beoordelingscapaciteit van UWV steeds meer achter bij het aantal nieuwe aanvragen; in het jaar 2030 zou dit verschil ongeveer 33.000 beoordelingen bedragen. De genoemde maatregelen en ontwikkelagenda sociaal medische dienstverlening van UWV kunnen er stapsgewijs voor zorgen dat dit verschil wordt ingelopen. Daarbovenop kan de ontwikkelagenda ook bijdragen aan het verminderen van de groeiende achterstand, oftewel: het aantal mensen dat op de wachtlijst staat (de som van jaarlijkse achterstanden). Omdat het uitvoeren van de maatregelen en de ontwikkelagenda tijd kosten, kan niet worden voorkomen dat de wachtlijst de komende jaren aanzienlijk langer wordt. Dat blijft een ongemakkelijke realiteit. Andere maatregelen in het basispakket zullen gaandeweg een dempend effect hebben op de WIA-instroom. Daar staat tegenover dat – zoals eerder aangegeven - de maatschappelijke ontwikkelingen mogelijk een opwaartse druk zetten op de huidige prognoses. Dit onderstreept het belang van instroompreventie, zowel binnen het stelsel als in het bredere overheidsbeleid. Het is immers ook een maatschappelijk vraagstuk.

Naast maatregelen die het stelsel weer laten werken, is een aantal verbeteringen nodig door meer in te zetten op preventie en activering (ook onderdeel van "doen"). Dit betreft: (i) een intensivering van het toezicht van de Arbeidsinspectie op het preventiebeleid van werkgevers; (ii) mensen met een WIA-uitkering meer zekerheid en ondersteuning bieden bij werkhervatting; (iii) de verschillende werkgeversregelingen stroomlijnen zodat meer mensen met een arbeidsbeperking aan de slag kunnen; (iv) strakkere WIA-beoordelingen met minder verschillen tussen artsen; en (v) een herijking van het UWV re-integratiebudget op basis van het aantal cliënten. We hebben immers ieders talent en inzet hard nodig om onze welvaart op peil te houden, de kosten van de welvaartsstaat te dragen en ruimte te hebben voor andere prioriteiten.

8 Onderdeel hiervan is om het gebruik van door bedrijfs- en verzekeringsartsen ontwikkelde 'Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratiemogelijkheden' (BAR) met een 'eenheid van taal' verplicht te stellen.
9 Uitgaande van de voorgestelde benadering zal het aantal wachtenden in 2030 in de orde van grootte van 140-150.000 mensen zijn.

Figuur S.2 Effect van maatregelen en ontwikkelagenda op de het jaarlijkse aantal aanvragen, het jaarlijkse aantal claimbeoordelingen en de jaarlijkse *groei* van de achterstand in de WIA-beoordelingen bij UWV.



Naast wat minimaal gedaan moet worden, is het verstandig om aanvullende maatregelen te overwegen én alvast voor te bereiden ("kiezen"). Dit IBO heeft vijftien aanvullende maatregelen in beeld gebracht die politiek moeten worden gewogen. Ze hebben immers uiteenlopende effecten op de verschillende beleidsdoelen. Daarna is een duidelijke keuze nodig en kan tot voorbereiding van de uitvoering worden overgegaan. De meeste maatregelen betreffen aanpassingen *binnen* het huidige stelsel om het beter te laten werken; een aantal heeft een effect op de polisvoorwaarden en sommige zijn een verandering *van* het stelsel. Het effect op de uitvoering is beperkter; de maatregelen zijn bedoeld als aanvulling op het minimale pakket.

Als het basispakket niet tot voldoende verlichting leidt, zullen meer ingrijpende aanpassingen *van* het stelsel moeten worden overwogen. Een mogelijke beleidsrichting is om werkhervatting centraal te stellen en de definitieve claimbeoordeling drie jaar uit te stellen. Daarna zou een basisverzekering op WML-niveau kunnen gelden voor wie niet langer in staat is het WML te verdienen. Het huidige principes van resterende verdiencapaciteit en inkomensverzekering worden dan losgelaten: de uitkering is niet langer gekoppeld aan het vroegere inkomen. Een alternatief is om direct over te gaan op een dergelijke basisverzekering op WML-niveau, vergelijkbaar met de regeling die in voorbereiding is voor zelfstandigen. Beide aanpassingen verlichten de uitvoeringsproblemen aanzienlijk en leggen de nadruk op arbeidsparticipatie en eigen verantwoordelijkheid voor wie ten minste het WML kan verdienen. De keerzijde is dat dit ten koste gaat van inkomenszekerheid en bescherming en daarmee een fundamentele wijziging betekent van de sociale zekerheid zoals we dat nu kennen.

Tabel S.2: Uitgewerkte maatregelen (met fichenummer in bijlage 6) en aanbevelingen (A, in de tekst).

DOEN: BASISPAKKET AAN MAATREGELEN - uitvoering op orde	
1	**Taakherschikking verzekeringsartsen**
2	**Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen**
3	**Afschaffen IVA en toets op duurzaamheid**
4	Betere samenwerking en gegevensuitwisseling bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
5	Verbetering instrument Eerstejaars Ziektewetbeoordeling (EZWb, op termijn)
6	Betere data-deling ziekteverzuim
A	Vermindering verschillen in aantal verrichte beoordelingen
A	Behouden twee jaar loondoorbetaling bij ziekte
DOEN: BASISPAKKET AAN MAATREGELEN - structurele tekortkomingen	
7	Preventie duidelijker verankeren in de wet
8	Meer toezicht Arbeidsinspectie op preventiebeleid werkgever
9	Een striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie
10	Meer zekerheid werkhervatting vanuit WIA
11	Re-integratiebudget UWV groeit mee met instroom ZW en WIA
A	Stroomlijnen werkgeversregelingen
KIEZEN: AANVULLENDE KEUZES ZIJN NODIG	
12	Bonus-malus regeling bij inzet op preventie
13	UWV dienstverlening ZW uitbesteden
14	Werkgevers verplicht eigenrisicodragerschap vangnetters
15	Wettelijk verankeren cao-bepalingen uitzendbedrijven
16	Versoepelen ontslagmogelijkheid bij hernieuwde arbeidsongeschiktheid
17	Proefplaatsing uitbreiden
18	No-riskpolis uitbreiden
19	Verlagen maximum dagloon
20	Financiële stimulans WGA 80-99
21	Uniformering hoogte WIA-uitkeringen
22	Basisverzekering op WML-niveau
23	Werkhervatting drie jaar voorop, daarna basisverzekering
24	Wettelijk beperken bovenwettelijke aanvullingen
25	Intensiveren UWV dienstverlening re-integratie
26	Medisch passende beoordelingsmomenten
NIET DOEN: OPTIES DIE ONTRADEN WORDEN	
27	AO-beoordeling op basis van wettelijk minimumloon, uitkering op niveau laatstverdiende loon
28	IVA toegang na 5 jaar WGA 80-100
29	Werkhervatting drie jaar voorop, daarna 70 procent laatstverdiende loon (voor werkenden)
30	Bovenwettelijke aanvullingen belasten
31	Beperken van WIA toegang op basis van ziekten / ziektebeelden

Ten slotte is er een aantal maatregelen die de IBO adviseert niet te nemen ("niet doen"). Daarvoor zijn verschillende redenen: het stelsel wordt inconsistent en moeilijk uitlegbaar (27); vermindert de activerende werking en/of verlicht de uitvoering maar beperkt en tijdelijk in vergelijking met nadere varianten (28 en 29); de maatregel is niet uitvoerbaar (30) of passen niet bij de stand van de medische wetenschap en praktijk, zijn uiteindelijk niet effectief, ondermijnen het gelijkheidsbeginsel en stuiten op juridische beperkingen uit diverse internationale verdragen (31). In desbetreffende fiches wordt één ander nader toegelicht.

Uit de analyse van dit IBO komt ook voort dat het niet verstandig is om de huidige loondoorbetalingsverplichting van twee naar één jaar te verkorten. Dit zou ook een beperking van het ontslagverbod tot één jaar inhouden.[10] De huidige loondoorbetaling betreft namelijk "één van de krachtigste en succesvolste beleidsmaatregelen om ziekteverzuim en daaropvolgende arbeidsongeschiktheid te reduceren".[11] Er is ook een keerzijde: voor werkgevers is dit een zware verplichting en ze kunnen daardoor terughoudend zijn om mensen vanuit de WIA aan te nemen. Daaraan besteedt dit IBO ook aandacht. Er kleven echter verschillende nadelen aan een verkorting van de loondoorbetalingsplicht. Mensen die minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn, zullen eerder worden ontslagen; de WIA-instroom zal fors toenemen. Eenmaal in de WIA, zijn de prikkels om te herstellen veel geringer dan in het huidige tweede ziektejaar, terwijl dan nog veel herstel plaatsvindt; er is immers geen werkgever meer. Daardoor nemen de uitkeringslasten veel meer toe dan de besparingen voor werkgevers als gevolg van het vervallen van het tweede ziektejaar. *Last but not least*: het leidt tot fors hogere wachtlijsten bij UWV, waardoor het meest urgente probleem slechts groter wordt. De WIA is nu al niet uitvoerbaar meer.

10 Dat geldt ook wanneer deze maatregel beperkt wordt tot kleine werkgevers. Bij de premiedifferentiatie in de WGA wordt ook al onderscheid gemaakt naar bedrijfsgrootte en een aantal maatregelen in dit IBO helpt kleine en middelgrote werkgevers.

11 CPB (2020). Update Kansrijk arbeidsmarktbeleid. In die studie schat CPB in dat de WIA-instroom met een-derde stijgt en de structurele werkgelegenheid met 0,2% daalt.

1. Aanleiding, doel en afbakening

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding van dit interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) en gaat vervolgens in op het doel, de scope en de gevolgde werkwijze. Het hoofdstuk sluit af met een schematische toelichting op de opbouw van dit rapport.

1.1 Aanleiding

Ons stelsel van wetten en regels rond ziekte en arbeidsongeschiktheid kent een lange ontstaansgeschiedenis en is een belangrijke sociale verworvenheid. Het stelsel verkleint het risico op ziekte en arbeidsongeschiktheid en beperkt de gevolgen ervan. Het heeft daarmee grote waarde voor mens en maatschappij. De ontwikkelingen van de afgelopen jaren laten echter ook een keerzijde zien die zorgelijk is. We worden geconfronteerd met een toename van (langdurig) ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Inmiddels ontvangt één op de dertien werkenden een WAO- of WIA-uitkering, en dit aantal zal de komende jaren en decennia naar verwachting verder stijgen. Dat raakt allereerst het welzijn van mensen en hun omgeving. Maar het is ook een maatschappelijk vraagstuk: we hebben ieders arbeidsvermogen hard nodig om onze welvaart op peil te houden en de kosten van de welvaartsstaat te kunnen dragen. Ook zijn er zorgen over de uitvoerbaarheid en financiële houdbaarheid van het stelsel.

De toenemende druk van het stelsel op de samenleving is aanleiding voor een analyse van de oorzaken van de stijgende instroom. Welke groepen betreft het en welke trends tekenen zich af? Een deel van de oorzaken was bekend en voorzien – zoals meer oudere werknemers door de hogere AOW-leeftijd. Andere factoren waren minder voorspelbaar, zoals de nasleep van de COVID-19-pandemie en de toename van psychische klachten, of minder duidelijk. Daarnaast blijft de uitstroom naar werk uit de Ziektewet ("vangnetpopulatie") en de WIA achter bij de verwachtingen. Daardoor missen mensen kansen op participatie en inkomensverbetering en wordt – maatschappelijk gezien - hun potentieel onvoldoende benut.

Het huidige stelsel kent onmiskenbaar sterke kanten, maar de groeiende instroom legt ook zwakke plekken steeds meer bloot. De hervormingen aan het begin van deze eeuw hebben het ziekteverzuim en de instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen weliswaar sterk teruggedrongen, maar ondertussen wordt het stelsel weer zwaar op de proef gesteld. Dat wordt het meest zichtbaar in de sterk oplopende wachtlijsten voor WIA-beoordelingen. Dit roept de prangende vraag op: met welke beleidsopties kunnen we het stelsel weer (beter) laten werken?

1.2 Doel, afbakening en werkwijze

Het doel van dit IBO, zoals beschreven in de taakopdracht (zie bijlage 2), is de volgende:

Het maken van een analyse van de ontwikkelingen en trends, en het formuleren van beleidsopties die het stelsel beter doen werken, de arbeidsparticipatie vergroten en de beheersbaarheid en betaalbaarheid van de WIA-uitgaven versterken. Daarbij wordt expliciet beschreven wat de effecten voor mensen zijn.

Beleidsopties die raken aan het voorkomen of genezen van mentale gezondheidsproblematiek zijn opgepakt in het recente IBO over mentale gezondheid en ggz.[12] Beleidsopties die gerelateerd zijn aan duurzame inzetbaarheid zijn onderdeel van de agenda voor duurzame inzetbaarheid. Ook wordt er gewerkt aan de uitwerking van de Arbovisie zodat mensen gezond en veilig kunnen werken. Omdat de ontwikkelingen tijdens de ziekteperiode veel invloed hebben op de instroom in de WIA, is daaraan meer aandacht besteed dan in de taakopdracht stond. Tegelijkertijd kent elke focus zijn grenzen en blijven aanverwante beleidsterreinen, zoals de Wajong en de Participatiewet, buiten beschouwing. Het zou waardevol zijn om mensen door al deze wettenen regels heen te volgen.

Het rapport richt zich primair op het beleid van de Rijksoverheid. Daarmee doet het minder recht aan het beleid van gemeenten of initiatieven die andere partijen ontplooien. Het is daardoor vooral een rapport geworden over de systeemwereld, al is ook de leefwereld betrokken bij de totstandkoming en worden de effecten van maatregelen voor mensen in beeld gebracht.
Het uitgebreide rapport van de Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS) besteedt juist meer aandacht aan de gevolgen van het stelsel voor de grip van mensen op hun situatie.[13] Dit rapport gaat wel in op een aantal denkrichtingen die OCTAS aanreikt.

De werkgroep en het secretariaat (bijlage 1) hebben conform de opdracht veel gebruik gemaakt van bestaande bronnen. Het IBO is tot stand gekomen op basis van:
1) *Desk research* op basis van beleidsevaluaties- en onderzoek, wetenschappelijke literatuur, Kamerbrieven en stukken van branche- en koepelorganisaties (bijlage 3);
2) Kennissessies en veel gesprekken met individuele experts, ervaringsdeskundigen, professionals en vertegenwoordigers van branche- en koepelorganisaties (bijlage 4);
3) Meeloopdagen door werkgroepleden en het secretariaat bij verschillende organisaties die onderdeel uit maken van het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid (bijlage 5).

Uiteraard blijft de werkgroep verantwoordelijk voor de inhoud van het rapport. Het onderzoek heeft een ambtelijke, onafhankelijke status. Het is bedoeld als bijdrage aan een goed geïnformeerde besluitvorming op dit maatschappelijk belangrijke onderwerp.

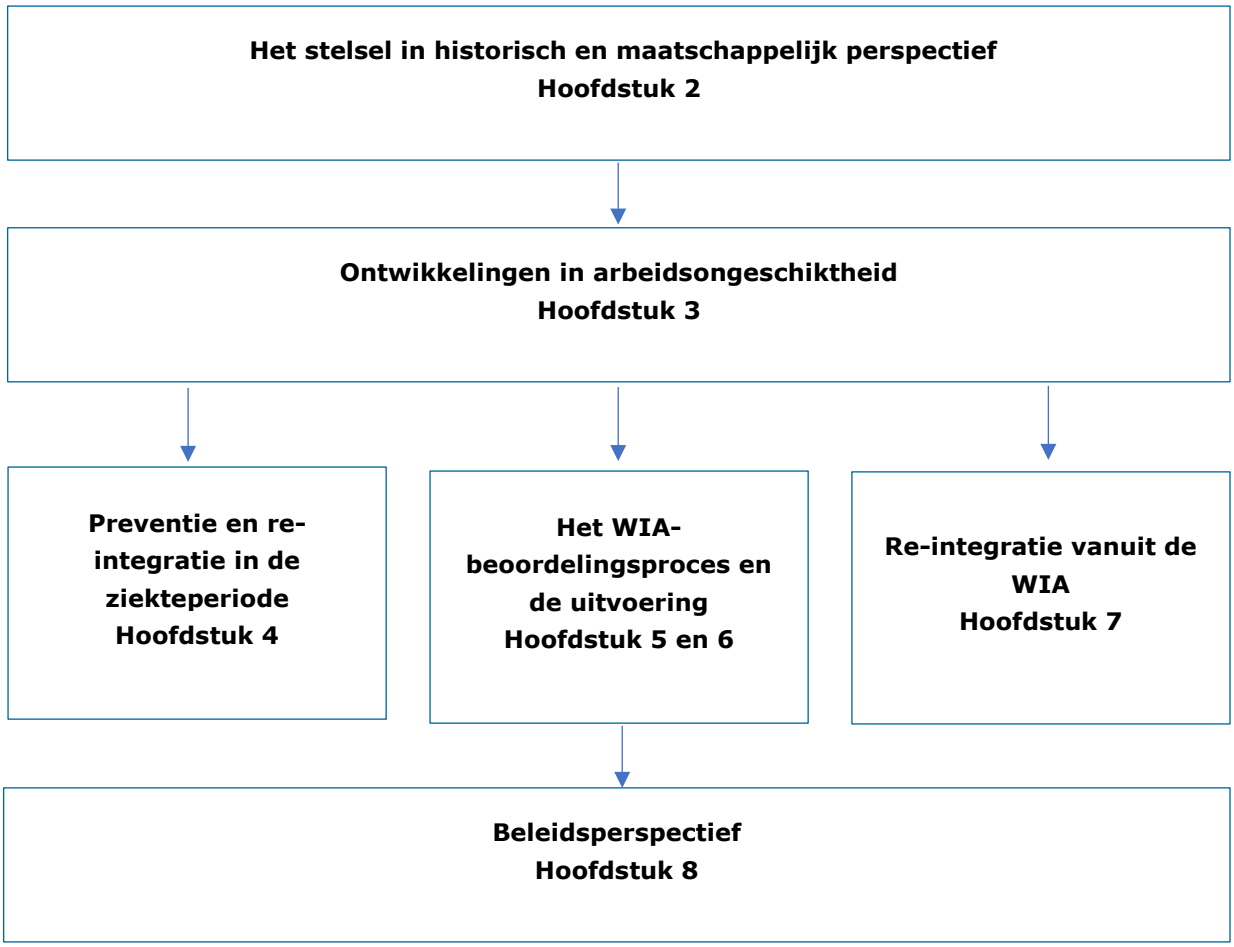
Omdat in het verleden al veel beleidsopties zijn onderzocht en dit IBO een eigen invalshoek hanteert, is er voor gekozen een **selectie** te maken in de uitwerking van beleidsopties (bijlage 6). De groslijst van alle opties die al eerder in andere rapporten en overzichten waren opgenomen is te vinden in bijlage 7. Deze opties zijn niet opnieuw doordacht en doorgerekend.

De analyse en de beleidsopties sluiten aan op de drieslag in dit rapport:
1. het voorkomen van instroom in ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
2. het aanpassen van (het proces van) de beoordeling van arbeidsongeschiktheid; en
3. het versterken van re-integratie vanuit de Ziektewet en WIA.

Deze drieslag komt terug in de opbouw van het rapport zoals hierna is weergegeven.

12 Rijksoverheid (2025). IBO: Uit Balans - mentale gezondheid en ggz.
13 OCTAS (2024). De toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel – meer aandacht, vertrouwen en zekerheid.

Figuur 1.1 Opbouw rapport



2. Het stelsel in historisch en maatschappelijk perspectief

Hoofdpunten

- In de loop van de twintigste eeuw werd het stelsel van wetten en regels omtrent ziekte en arbeidsongeschiktheid uitgebouwd tot een belangrijke sociale verworvenheid.
- Het stelsel bracht ook nadelen met zich mee: mensen met een arbeidsbeperking kwamen vaak vast te zitten zonder perspectief, problemen op de arbeidsmarkt werden afgewenteld op het collectief en de overheid had onvoldoende grip.
- De geschiedenis leert dat maatschappelijke en economische ontwikkelingen samen met heersende (beleids)opvattingen grote invloed hebben op zowel de vormgeving als de uitvoering van het stelsel. Vanaf de jaren '80 verschoof de aandacht – mede door de economische neergang – naar de (maatschappelijke) kosten van het stelsel.
- Het vergde "strategische moed" om het beleid activerender te maken. Vooral de Wet verbetering Poortwachter, de verplichte loondoorbetaling bij ziekte en de maatregelen in en rond de WIA verlaagden de WIA-instroom aanzienlijk.
- Een onbeoogd effect is dat het stelsel heeft bijgedragen aan meer tijdelijke en flexibele banen. Juist mensen in die banen integreren minder goed door het ontbreken van een directe werkgever en stromen naar verhouding vaak de WIA in.
- Hoewel de eerdere hervormingen effect hadden, neemt de instroom de afgelopen jaren opnieuw toe. Maatschappelijke ontwikkelingen leggen de tekortkomingen in het stelsel bloot en zetten de uitvoering onder druk, waardoor de publieke doelen van inkomensbescherming en vooral arbeidsparticipatie minder goed worden gerealiseerd.
- Daarnaast is er meer aandacht gekomen voor de financiële houdbaarheid, de doenlijkheid voor burgers en bedrijven, en de uitvoerbaarheid van het stelsel. Want wanneer de uitvoering vastloopt, verliest het stelsel zijn maatschappelijke waarde en stijgen de (maatschappelijke) kosten.

Uitval door ziekte en arbeidsongeschiktheid is, naast ouderdom en werkloosheid, één van de grootste financiële risico's waarmee mensen te maken kunnen krijgen. Nederland heeft als sociale welvaartsstaat dan ook een stelsel van wetten en regels omtrent ziekte en arbeidsongeschiktheid waardoor dit risico en de gevolgen ervan aanzienlijk worden gedempt. Bij de stapsgewijze totstandkoming van dit stelsel zijn verschillende doelen nagestreefd en verschillende instrumenten gehanteerd, resulterend in het uitgebreide stelsel zoals we dat nu kennen.[14] Anders gezegd: kijkend vanuit het huidige stelsel is de beschrijving van de ontstaansgeschiedenis "een feest van herkenning". Inzicht in de ontstaansgeschiedenis leidt tot een beter begrip van het huidige stelsel en helpt bij de verkenning van opties om het stelsel verder te verbeteren. Over veel is immers al eerder nagedacht, ervaring opgedaan en onderzoek verricht. En maatregelen zijn soms ook eerder bewust niet genomen of mislukt. Ook werpt dit hoofdstuk een korte blik over de grens van Nederland; onze zoektocht is namelijk niet uniek. Daarbij ligt de focus op de rol van de Rijksoverheid in haar taak te ordenen, reguleren en te bekostigen. Om met andere partijen de publieke belangen zo goed mogelijk te borgen.

14 In deze paragraaf is dankbaar gebruik gemaakt van het doorwrochte werk van Anton Rommelse (2011). Een geschiedenis van het arbeidsongeschiktheidsbeleid in Nederland, Leiden University. CBS (2024), https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2024/39/geschiedenis-van-het-sociale-zekerheidsstelsel-in-beeld.

Dit hoofdstuk legt een "vloertje" onder het rapport en gaat over de volgende vragen:

- Wat zijn de belangrijkste stappen geweest in de ontstaansgeschiedenis van het stelsel (2.1)?
- Wat is de kern van de beleidstheorie van het stelsel (2.2)?
- Wat is te leren van de beleidservaringen in andere landen (2.3)?
- Welke routes leggen mensen af door het stelsel (2.4)?
- Hoe kijken we aan tegen het stelsel in maatschappelijk perspectief (2.5)?

De bespreking helpt ook in de afbakening en keuzes in dit IBO. De insteek is om oog te hebben voor het stap voor stap opgebouwde en samenhangend stelsel. Een aanpassing van een enkel onderdeel moet worden doordacht op de werking van het totaal. Dit neemt niet weg dat er wel degelijk maatregelen nodig zijn om het stelsel op orde te brengen en beter te laten werken. En dat ingrijpende aanpassingen nodig kunnen zijn omwille van de houdbaarheid op termijn.

2.1 De ontstaansgeschiedenis van het stelsel

De Ongevallenwet (1901) wordt algemeen als startpunt beschouwd van de publieke sociale zekerheid. De uitkering op grond van deze wet betrof alleen ongevallen op het werk (*risque professional*). Gaandeweg werden steeds meer beroepsziekten gelijkgesteld met een arbeidsongeval. Er werd beoordeeld tot welke arbeidsprestaties de werknemer medisch gezien nog in staat was: voor verschillende vormen van letsel golden verschillende arbeidsongeschiktheidspercentage's (zogenoemde barema's).[15] Hieraan werd later de **Invaliditeitswet (1919)** toegevoegd: een specifieke verzekering voor inkomensverlies door *langdurige* arbeidsongeschiktheid, ook als dit kwam door oorzaken buiten het werk (*risque social*). Kernbegrip was het **"verlies van verdiencapaciteit"**, een begrip dat nog steeds wordt gehanteerd. Het werd vastgesteld door het loon dat de werknemer zou hebben verdiend als hij niet invalide was geworden te vergelijken met het loon dat de werknemer nog met passende arbeid kon verdienen. Dit was een theoretische schatting; het was niet van belang of de verzekerde werknemer de passende arbeid ook zou (gaan) verrichten. Het was bovendien alles of niets: alleen met een arbeidsongeschiktheid van 66,67% was men invalide, anders niet. Later werd dit systeem verfijnd met meerdere klassen en uitkeringspercentages.

In de periode 1900 tot 1980 is het arbeidsongeschiktheidsstelsel steeds verder uitgebreid. De vertraagde invoering van de **Ziektewet (1930)** had van doen met een conflict over de verdeling van de invloed tussen partijen. Uiteindelijk werd gekozen voor een **duale uitvoering**: bedrijfsverenigingen en publiekrechtelijke organen. Dergelijke discussies zijn kenmerkend voor het Nederlandse stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid, dat vandaag nog steeds grotendeels hybride van aard is. De Ziektewet gaf werknemers bij ziekte het recht op een uitkering van 80 procent van het dagloon. Na de oorlog werd de maximale duur uitgebreid van 26 naar 52 weken. Werkgevers konden er ook voor kiezen het risico zelf te dragen, oftewel een doorbetaling van het loon tijdens de ziekteperiode. Ook bij de Ziektewet ging het om *risque social*. Deze elementen zijn een blijvend onderdeel geworden van het stelsel.

Als onderdeel van de uitbreiding van de verzorgingsstaat voerde de overheid de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering in (WAO, 1967). De WAO verving de bestaande wetten en was een reactie op de veranderde maatschappelijke opvattingen over

15 Zo betekende het verlies van een hand een mate van arbeidsongeschiktheid van 65%. In een aantal landen, zoals Zwitserland, wordt nog steeds gewerkt met barema's (in elk geval bij letselschade).

arbeidsongeschiktheid. De wet had primair tot doel inkomensondersteuning voor werknemers te bieden en was in vergelijking met nu relatief ruimhartig: mensen kregen bij volledige arbeidsongeschiktheid 80 procent van het (maximum) dagloon. Daarbij was niet bepalend *hoe* iemand arbeidsongeschikt was geraakt, maar *dat* iemand arbeidsongeschikt was geraakt. De verzekerde moest ten minste 15% arbeidsongeschikt zijn om een WAO-uitkering te krijgen. Tijdens de wetsbehandeling werd overigens de verwachting uitgesproken de Ziektewet en WAO op termijn samen te voegen, maar daarvan is het (nog) niet gekomen. Wel werd de **Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW, 1974)** ingevoerd waardoor de doelgroep werd uitgebreid met zelfstandigen en mensen met een aangeboren beperking. Dit was een voorziening met een uitkering op het sociaal minimum. Het recht op zelfontplooiing en gelijke kansen vormden daarbij belangrijke principes. Ook van belang is dat de moderne **Arbeidsomstandighedenwet (1983)** werd ingevoerd. Die wet draagt bij aan het voorkomen van verzuim en arbeidsongeschiktheid. De wortels van deze wet liggen in 19e -eeuwse arbeidswetten; sinds 1983 is de wet nog geregeld aangepast.

Door ingrijpende economische en maatschappelijke ontwikkelingen ontstond geleidelijk een crisis in de verzorgingsstaat. De recessie van begin jaren tachtig vergrootte de instroom in de WAO en drukte zwaar op de overheidsfinanciën, terwijl ook de opvattingen over de rol van de overheid veranderden. Arbeidsparticipatie en houdbare overheidsfinanciën werden – naast inkomenszekerheid – belangrijke doelstellingen van het beleid, gesteund door de SER. In 1985 en 1986 werden de uitkeringen verlaagd van **80 naar 70 procent**. Kort daarna verviel de verdisconteringsbepaling in de WAO en AAW, waardoor bij de toegang niet langer rekening mocht worden gehouden met de (lage) kans op betaald werk. Ook werd het begrip "passende arbeid" verruimd tot buiten de eigen regio. Tegelijkertijd werd de basis gelegd voor een getrapt stelsel: werknemers kregen recht op een uitkering naar het laatstverdiende loon, met daarnaast een vangnet op minimumniveau. Een onderdeel hiervan was de invoering van de **Toeslagenwet (TW, 1987),** bedoeld om een 'tussenfase' te creëren tussen de loondervingsuitkering en de bijstand. De hoge verwachtingen kwamen echter niet uit. Vanaf halverwege de jaren tachtig nam het aantal arbeidsongeschikten sterk toe. Het dreigende beeld van één miljoen arbeidsongeschikten wakkerde al snel de roep om nieuwe plannen aan.

In 1990 stelde premier Lubbers dat Nederland "ziek" was en wilde een "nieuwe sociale kwestie" aankaarten. Hij stelde dat Nederland kampte met overbelasting van de democratie, massale overtreding van regels, groeiend ziekteverzuim, een toenemend aantal arbeidsongeschikten en afwenteling op het collectief. In zware onderhandelingen binnen het kabinet en met sociale partners werd in de jaren daarna besloten tot een drietal "T-wetten". **De wet Terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume (TAV, 1992)** richtte zich op werkgevers om instroom in de AAW/WAO te voorkomen en de uitstroom te bevorderen. De wet regelde de differentiatie van de ZW-premie op bedrijfsniveau en een versterking van de financiële prikkels in de vorm van een bonus/malus mechanisme.[16] Ook konden werkgevers gebruik maken van een no-riskpolis. De **Wet terugdringing Ziekteverzuim (TZ, 1994)** voerde een eigen risico in voor werkgevers: een loondoorbetaling van zes weken, met een uitzondering voor kleine werkgevers (twee weken).

De wet Terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA, 1993) had vooral gevolgen voor werknemers. Ten eerste werd het AO-criterium aangescherpt:

16 Moesten werkgevers enerzijds een malus betalen als één van hun werknemers recht kreeg op een AAW/WAO-uitkering, anderzijds ontvingen ze een beloning als ze een AAW/WAO-er in dienst namen. Het bonus/malus systeem werd in 1995 alweer afgeschaft, omdat de rechter eiste dat de werkgever desgevraagd inzicht moest krijgen in het WAO-dossier van zijn arbeidsongeschikte werknemer. Vanaf 1998 werd de premie gedifferentieerd naar onderneming ("experience rating").

arbeidsongeschiktheid moest voortaan een rechtstreeks en **objectief vast te stellen** gevolg van ziekte of gebrek zijn (een strikt causaal verband); ziekte en gebrek moesten niet te ruim worden uitgelegd.[17] Een belangrijke reden hiervoor was de stijging van het aantal moeilijk objectief meetbare klachten - zoals 'lage rugpijn' - dat leidde tot (langdurige) arbeidsongeschiktheid. Verder werd het uitgangspunt bij de bepaling van de resterende verdiencapaciteit **"algemeen geaccepteerde arbeid"** en niet langer "passende arbeid". De bedoeling was dat de nadruk kwam te liggen op wat iemand nog *wel* kon verdienen met zijn krachten en bekwaamheden. Ten tweede werd WAO-uitkering gesplitst in twee onderdelen. De loondervingsuitkering was gekoppeld aan het laatstverdiende loon en qua duur afhankelijk van de leeftijd van de werknemer (33-58 jaar). De lagere vervolguitkering werd ook gekoppeld aan de leeftijd. Dit leidde tot onenigheid binnen de coalitie. In het "bami-akkoord" werden bestaande gevallen ontzien, de vervolguitkering verkort en de hoogte ervan verlaagd.[18] Het verschil tussen beide uitkeringen werd aangeduid als het WAO-gat. Sociale partners spraken in zeer veel cao's regelingen af om dit WAO-gat te dichten.

Het beleid leidde tot een tijdelijke daling van het verzuim en het AO-volume en werd met het oog op de verwachtte vergrijzing versterkt doorgezet. De **Wet Uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte (WULBZ, 1996)** verplichtte werkgevers 52 weken 70 procent van het loon door te betalen. Tegelijkertijd ontstond een beperkte tegenovergestelde beweging. De Ziektewet werd uitgebreid met doelgroepen van werknemers in loondienst waarbij de ziektekosten niet werden doorgerekend aan de werkgever, zoals ziekte door zwangerschap, bevalling en orgaandonatie. Ook werd de vergoeding voor deze groepen hoger (100% loondoorbetaling i.p.v. 70%). Het creëren van een gelijk speelveld op de arbeidsmarkt werd hiermee een expliciet, maar relatief beperkt, doel van de wetgeving. Deze elementen bestaan tot op de dag van vandaag.

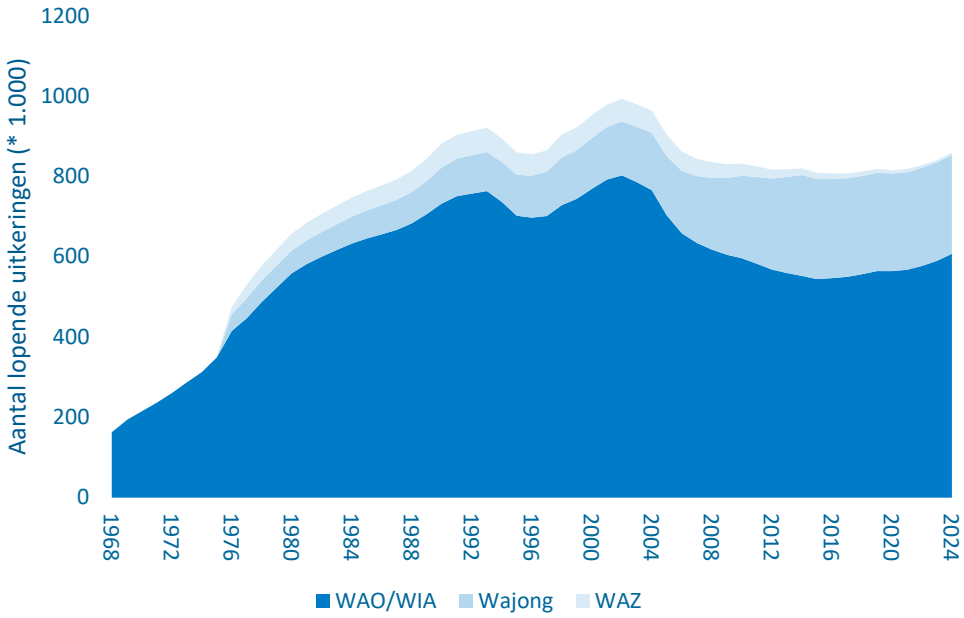
Hetzelfde kabinet voerde ook de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen in (Pemba, 1998). De gedifferentieerde premie had betrekking op de publieke uitkeringslast gedurende de eerste vijf jaar; voor de financiering van de uitkeringen daarna werd een uniforme premie geïnd. De marktwerking doorbrak de monopoliepositie van de destijds publieke uitvoeringsorganen doordat de werkgever zijn risico voor vijf jaar WAO-uitkering ook zelf kon dragen dan wel privaat kon verzekeren. Om adverse selectie te voorkomen werden aanstellingskeuringen (grotendeels) verboden. De WAO en AAW werden samengevoegd en er kwamen aparte regelingen voor zelfstandigen en jonggehandicapten. De sociale partners bleven een grote rol spelen in de uitvoering van de sociale zekerheid. Het ministerie richtte zich op beleid en hield afstand van zowel het toezicht als de uitvoering.

Ondanks alle beleidsaanpassingen kreeg de politiek pas na de eeuwwisseling meer grip op de problematiek dankzij een combinatie van nieuwe maatregelen. Een belangrijke maatregel was de **Wet verbetering Poortwachter (WvP, 2002)**. Het effect van deze maatregel is geschat op 30 tot 40 procent van de instroom.[19] De wet versterkte de procesgang in het eerste ziektejaar met re-integratieverplichtingen van werkgevers en werknemers. Wanneer de werknemer zijn verplichtingen niet nakwam, kon de werkgever zijn loon inhouden of de werknemer uiteindelijk ontslaan. Het nieuwe **Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV, 2002)** kreeg de opdracht de verplichtingen van de werkgevers te toetsen (de zogenoemde poortwachterstoets, nu beter bekend als de RIV-toets). Na veel omzwervingen en discussie was de uitvoering daarmee grotendeels naar zijn oorspronkelijke structuur teruggebracht. De uitvoering

17 In 1996 heeft het Landelijk instituut voor sociale verzekeringen (Lisv) de richtlijn "Medisch arbeidsongeschiktheidscriterium ("MAOC"-richtlijn) uitgebracht. Deze is nog steeds van kracht. Zie verder hoofdstuk 6.
18 Een val van het kabinet werd ternauwernood afgewend tijdens het nuttigen van een typisch Nederlandse Chinese afhaalmaaltijd in Bergschenhoek.
19 Pierre Koning (2019). Verleden, heden en toekomst van de arbeidsongeschiktheid, ESB.

van de Ongevallenwet was immers ook in handen van een publieke organisatie (Rijksverzekeringsbank). De Ziektewet was in private handen met de verplichting tot loondoorbetaling en re-integratie-inspanningen. Dit gold niet voor de "vangnetpopulatie"; daar was UWV aan zet en dat is nog steeds zo ("duale uitvoering").

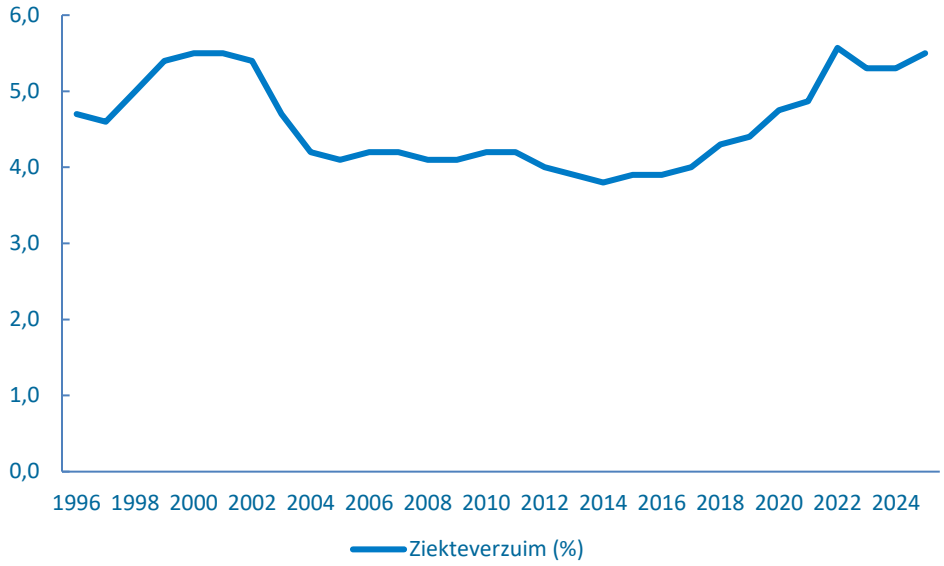
Figuur 2.1 De ontwikkeling van alle AO-regelingen over de periode 1968-2024 [20]



In reactie op de toenemende instroom in de WAO stelde het kabinet in 2001 de Commissie-Donner in. De scherpere prikkels en de hoogconjunctuur waren onvoldoende om de trend van een stijgende instroom te keren. Daarbij viel op dat een steeds groter deel – ondertussen een-derde - van de instroom psychische klachten als hoofdoorzaak kende. De eerste Commissie-Donner stelde dat deze klachten vaak niet puur medisch waren, maar het gevolg van bredere sociale of werkgerelateerde problemen. Ze pleitte - toen al - voor preventie, vroegtijdige interventie en ondersteuning om "alles, alles" te doen om langdurige uitkeringsafhankelijkheid te voorkomen. Dit resulteerde in een **"Leidraad Aanpak verzuim om psychische redenen"** met een stappenplan voor werkgevers en werknemers. Daarnaast erkende de Commissie dat psychische overbelasting een reden kan zijn voor verzuim en arbeidsongeschiktheid: "ieder mens maakt een grote kans minstens eenmaal tijdens zijn loopbaan door stress of overspannenheid uit te vallen". Ook daarna zijn er geen serieuze plannen geweest om een onderscheid te maken tussen mentale en fysieke aandoeningen.

20 Geen onderwerp van dit IBO, maar wel relevant om op te merken in dit verband is dat niet alleen de werknemersverzekering tegen arbeidsongeschiktheid te kampen had met een onbeheersbare instroom. Ook in de Wajong was vanaf het begin van deze eeuw sprake van een sterk stijgende instroom. In de Wajong, bedoeld voor mensen met een aangeboren beperking of waarbij de ziekte of handicap op jonge leeftijd ontstaan is (jonggehandicapten), steeg de instroom van 7.000 in 2001 naar bijna 18.000 in 2013. Zonder ingrijpende beleidsmaatregelen zou het aantal mensen met een Wajonguitkering op lange termijn stijgen tot boven de 400.000. Met de invoering van de Participatiewet in 2015 hebben alleen jonggehandicapten die duurzaam geen arbeidsvermogen hebben, recht op een Wajonguitkering. Jonggehandicapten die nog wel over arbeidsvermogen beschikken, komen in aanmerking voor een uitkering en voor ondersteuning uit de Participatiewet. Door deze maatregel is het aantal Wajonguitkeringen sinds 2015 stabiel gebleven op ongeveer 250.000.

Figuur 2.2 De ontwikkeling van het gemiddeld ziekteverzuim over de periode 1996-2025 (bron: CBS)[21]



Door het kritische advies van de tweede commissie-Donner kreeg de activering van de beschikbare arbeidscapaciteit een veel grotere prioriteit. De commissie vroeg aandacht voor de oorzaken van de hogere WAO-instroom, die in de eerste plaats in het eerste ziektejaar lagen (zie figuur 2.2 voor de ontwikkeling van het ziekteverzuim over een langere periode). De commissie stelde dat ziekte het best gefacilieerde verzuim voor werkenden was. Ruim gebruik van ziekteverzuim werd breed geaccepteerd en door de toenemende medicalisering werd ziekteverzuim ook steeds meer gerechtvaardigd. Betrokken professionals legden te veel nadruk op de ziekte en het verzuim, en te weinig op een snelle terugkeer naar werk. Door de wisselwerking tussen wetgeving en omstandigheden werd de gang naar de WAO voor alle partijen een bijna autonoom proces: "de weg van de minste weerstand", waarbij alle partijen worden geprikkeld, maar niemand grip krijgt op het proces. Mensen met moeilijkheden werden in een "fuik gezogen en buiten het arbeidsproces geparkeerd met een uitkering die steeds verder achterbleef bij de algemene ontwikkeling van de welvaart. Slechts met grote moeite en met een door stigmatisering onnodig groot verlies van inkomen kon vanuit de WAO weer aansluiting op de arbeidsmarkt verkregen worden."[22] Al is er veel veranderd, deze analyse is deels nog actueel.

Volgens het rapport van de commissie - "Werk maken van arbeidsgeschiktheid" – moest werk voortaan voorop staan. De commissie vond dat werkgevers en werknemers "tot elkaar veroordeeld" moesten worden zolang werkhervatting mogelijk was. Daarbij hoorde ook dat er geen vast moment moest zijn voor het aanvragen van een WAO-uitkering. Zo'n uitkering zou pas aan de orde zijn als iemand geen enkele *arbeids*capaciteit had en dit blijvend was. In dat geval kon een uitkering van 70% van het laatstverdiende loon worden verstrekt, waardoor het genoemde WAO-gat zou verdwijnen. Dit alternatieve AO-criterium werd niet in beleid omgezet, maar komt in latere discussies en ook in dit rapport weer terug. Voorafgaand aan de invoering van de "nieuwe WAO" volgde een intensief proces van politiek overleg en polderen met partners. Het rapport van de commissie-Donner vormde de basis voor de opvolger van de WAO.

21 Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). Ziekteverzuim naar bedrijfstak: ontwikkelingen en verschillen, hoofdstuk 3: Trends in ziekteverzuim.
22 Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). Werk maken van arbeidsgeschiktheid.

De huidige Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA, 2006) bouwt voort op de WAO onder het motto "activering waar mogelijk, inkomensondersteuning waar nodig". De wet heeft twee leidende principes: de arbeidsongeschiktheid zou grotendeels tijdelijk moeten zijn en werkgevers hebben een sleutelrol bij het aan het werk houden van werknemers. In lijn met de commissie-Donner en het SER-advies werd de loondoorbetalingsverplichting verlengd tot 104 weken (**Wet verlenging doorbetalingsverplichting bij ziekte, VLZ, 2004**). Sociale partners zegden toe de bovenwettelijke aanvullingen te beperken tot een totaal van 170 procent van het laatstverdiende inkomen over de eerste twee ziektejaren. De eerder genoemde Pemba-wet ging op in de WIA. Bij de beoordeling bij de toegang tot de WIA werd vastgehouden aan het begrip van resterende verdiencapaciteit, maar de uitwerking werd wel aangescherpt in het **Schattingsbesluit (2004)**.[23] Deze AMvB is nog steeds van kracht.

De dubbele doelstelling komt terug in de vormgeving van de WIA; die werd daardoor niet eenvoudiger. Zo werd de drempel om in aanmerking te komen voor een uitkering opgetrokken van 15 naar 35% arbeidsongeschiktheid. De zogenoemde 35-minners moesten aan het werk blijven of weer aan het werk gaan. Werkgevers en werknemers hadden de gezamenlijke verantwoordelijkheid om hiervoor te zorgen, aldus het SER-advies over de WIA. Wie niet weer aan het werk ging, was aangewezen op de WW, Participatiewet (bijstand) of eigen middelen. Gedeeltelijk arbeidsongeschikten hadden recht op een WGA-uitkering (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten). Mede omdat de WW hierin geïncorporeerd werd, bestaat de WGA (35-80) uit twee fasen: een loongerelateerde en daarna òfwel een loonaanvulling òfwel een vervolguitkering (gerelateerd aan het WML). De keuze in de tweede stap wordt bepaald door de vraag of iemand meer respectievelijk minder verdient dan de helft van zijn resterende verdiencapaciteit.[24] Daarmee bevat de WIA voor gedeeltelijke arbeidsongeschikten een financiële prikkel om te werken. Onder voorwaarde dat de instroom in de IVA (Inkomensvoorziening voor Volledig en duurzaam Arbeidsongeschikten) in 2006 beperkt zou blijven tot maximaal 25.000, werd de uitkering voor volledig (meer dan 80%) en duurzaam arbeidsongeschikten verhoogd van 70 naar 75%.

Qua uitvoering werd - na een lange discussie - vastgehouden aan het hybride model: publieke uitvoering door UWV met de mogelijkheid voor een werkgever om eigen risicodrager te worden, al dan met privaat verzekerd.[25] Publiek verzekerde werkgevers betaalden volledig de AO-lasten, via een gedifferentieerde premie voor de WGA (10 jaar) en een uniforme premie voor de IVA-kosten en de WGA-kosten na 10 jaar. Daarmee kwam een einde aan de kostenverdeling over werkgevers en werknemers. Ook werd de toegang tot de WAZ afgesloten. De premie was te hoog, de uitkering te laag, en de aanname was dat zelfstandigen zich privaat konden verzekeren.[26] Onderzoek leert dat het totale WIA-pakket, dus inclusief de verlenging van de loondoorbetaling, de instroom ten opzichte van de piek in 2000 structureel met ongeveer een kwart heeft verminderd.[27]

Na de aanpassingen in het stelsel tot en met de WIA in 2006 is in de laatste twintig jaar nog een beperkt aantal maatregelen doorgevoerd. In het stelsel is de verantwoordelijkheid van werkgevers steeds verder uitgebreid. Naast de kosten van ziekteverzuim en re-integratie in de

23 Alle bestaande arbeidsongeschikten van onder de 50 jaar zouden worden herbeoordeeld, maar dat gebeurde slechts voor een specifiek deel: bij die mensen die naast hun uitkering meer gingen verdienen.
24 Oorspronkelijk was het kabinet van plan pas een loonaanvulling te verstrekken als mensen hun resterende capaciteit volledig zouden benutten, maar dat werd in de afspraken met sociale partners afgezwakt.
25 Een deel van de coalitie wilde de WGA laten uitvoeren door particuliere verzekeraars op basis van een rentedekkingsstelsel. Hierdoor ontstaat echter een zogenoemde rentehobbel waardoor de premies hoger zouden uitvallen dan in het gebruikelijke omslagstelsel. Op basis van de literatuur kon het CPB niet aangeven of en volledig publiek of volledig privaat stelsel beter was. Wel was de verwachting dat een hybride stelsel een vorm van gezonde concurrentie tussen publieke en private uitvoering zou opleveren.
26 In stappen (2010, 2015 en 2020) werd ook de arbeidsongeschiktheidsregeling voor jonggehandicapten aangepast (ondertussen: Wajong). In het kader van de Participatiewet (2015) konden voortaan alleen jongeren die duurzaam geen arbeidsvermogen hadden de Wajong instromen, anders kwamen ze in de Participatiewet terecht.
27 Pierre Koning (2019). Verleden, heden en toekomst van de arbeidsongeschiktheid, in: ESB.

eerste twee jaar dragen publiek verzekerde werkgevers via de premiedifferentiatie ook een deel van de uitvoeringskosten van de WGA. Het aanvullend effect hiervan op de WIA-instroom is naar verhouding beperkt.[28] Samen hebben ze wel als risico dat werkgevers voorzichtig zijn in het aannemen van mensen met een verhoogd risico. Om dit averechtse effect te ondervangen zijn gaandeweg verschillende compensatiemechanismen geïntroduceerd. Naast de no-riskpolis: werkvoorzieningen, loonkostenvoordelen en -subsidies, proefplaatsingen en werkervaringsplekken.

De grote werkgeversverantwoordelijkheid voor mensen met een vast contract versterkte de tweedeling op de arbeidsmarkt. Tot 2013 gold dat de financiële verantwoordelijkheid van werkgevers zich beperkte tot werknemers met vaste contracten. Met de invoering van de **Wet beperking ziekte-verzuim en arbeidsongeschiktheid van vangnetters (BeZaVa, 2013)** zijn werkgevers ook financieel verantwoordelijk voor de Ziektewet- en WGA-uitkeringslasten van hun uitzendkrachten en tijdelijke contracten (ziek uit dienst ZW-vangnet). Dit prikkelt werkgevers om ziekte en arbeidsongeschiktheid van hun flexibele werknemers te voorkomen. Vanaf 2017 kunnen werkgevers ook een "zuivere" dan wel "verzekerde" eigen-risicodrager zijn voor deze uitkeringslasten. De maatregelen verkleinen de verschillen op de arbeidsmarkt. De **commissie-Borstlap (2020)** richtte zich op dit vraagstuk en ging zelfs een flinke stap verder: ze stelde een brede AO-verzekering voor alle werkenden voor, zonder onderscheid naar contractvorm.[29] Zo ver is het (nog) niet gekomen.

Kortom: in de naoorlogse periode lag de nadruk in het beleid vooral op de voordelen van de verzorgingsstaat; vanaf de jaren tachtig verschoof de aandacht naar de kosten. In eerste instantie gebeurde dat vooral via verlaging van de uitkeringen, wat vooral werknemers trof. Toen de instroom hoog bleef, werden de financiële prikkels voor werkgevers stapsgewijs versterkt om meer te investeren in preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie. De beste kans om terug te keren in het werkveld is immers via de eigen werkgever. Tegelijkertijd werd het lastiger om een arbeidsongeschiktheidsuitkering te krijgen en werd de beoordeling strenger. Zo groeide het stelsel tot een meer participatiegericht systeem, met ook sterkere prikkels voor gedeeltelijk arbeidsongeschikten om weer aan het werk te gaan. De sociale zekerheid en de arbeidsmarkt werden aan elkaar gekoppeld.[30] Het beleid om werkgevers te stimuleren deze groep ook daadwerkelijk in dienst te nemen, bleef daarentegen minder systematisch ontwikkeld. En door het stelsel werden de verschillen tussen flexibele en vaste arbeid eerder groter dan kleiner.

Ten slotte: de ontstaansgeschiedenis van het stelsel omvat veel meer dan de aanpassingen in wet- en regelgeving. In een stelsel gaat het ook om de gedragingen van de betrokken partijen, hun onderlinge interactie en de organisatie van de uitvoering. De conclusies van de **commissie-Buurmeijer (1993)** waren scherp: de uitvoering had gefaald in de beheersing van het uitkeringsvolume en de politiek had het laten gebeuren. In de 10 jaar daarna werd de uitvoering ingrijpend hervormd. Dit resulteerde in een stelsel met een sterkere publieke verantwoordelijkheid, waarin UWV een centrale rol kreeg en de invloed van de sociale partners afnam. Tegelijkertijd was er sprake van marktwerking op microniveau: de loondoorbetaling bij ziekte en de mogelijkheid om het WIA-risico zelf te dragen, al dan niet via private verzekeraars. Ook ontstond een markt voor arbodienstverlening en re-integratie. Het huidige model is een combinatie van publieke en private elementen ("**hybride stelsel**").

28 Nynke de Groot en Pierre Koning (2017). Leidt premiedifferentiatie voor werkgevers tot minder arbeidsongeschiktheid?
29 Commissie Borstlap (2020). In wat voor een land willen we werken?
30 Minister van SZW (2004). Nieuwe accenten op het terrein van werk en inkomen, 21 september 2004.

2.2 Een korte beleidstheorie van het stelsel

Niet alleen externe ontwikkelingen, overtuigingen en belangen hebben bijgedragen aan de ontstaansgeschiedenis van het huidige stelsel, maar ook economische inzichten. Allereerst geldt dat een verzekering tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid welvaartsverhogend is. Voor zowel individuen als de samenleving is het gunstig wanneer inkomens over de levensloop relatief stabiel blijven en mensen niet geconfronteerd worden met een plotselinge, grote terugval in inkomen. Het "poolen" van risico's via een verzekering is daarbij doelmatiger dan individueel sparen: arbeidsongeschiktheid is immers een relatief klein risico met potentieel een grote schade. Daarbij hechten mensen meer waarde aan de nabije dan de verre toekomst en is sparen praktisch ook niet mogelijk als het risico zich al snel voordoet. Een verzekering brengt risicosolidariteit tot stand tussen mensen met een hoog en een laag risico op ziekte of arbeidsongeschiktheid. Er is ook sprake van inkomenssolidariteit: macro en over de levensloop bezien vindt herverdeling plaats van hogere naar lagere inkomens.[31] Omdat informatieproblemen en adverse selectie het functioneren van vrijwillige verzekeringen bemoeilijken, is de verzekering verplicht en geldt een acceptatieplicht.

Het Nederlandse stelsel bevat verschillende mechanismen om de nadelen van een verplichte verzekering te beperken. Aan werkgeverszijde zorgen de Wet verbetering Poortwachter, de verplichte loondoorbetaling bij ziekte en de *"experience rating"* ervoor dat de kosten van ziekte en arbeidsongeschiktheid grotendeels terechtkomen bij degene die deze kosten veroorzaakt of bij degene die deze het minst weet te verminderen. Hierdoor worden werkgevers gestimuleerd om verzuim te voorkomen en werknemers actief te begeleiden bij hun terugkeer naar werk. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van de disciplinerende werking van marktprikkels: werkgevers zijn niet alleen publiek verzekerd via UWV, maar kunnen er ook voor kiezen om zelf het risico te dragen of zich te verzekeren bij concurrerende private verzekeraars.

Ook voor werknemers bestaat er een stimulans om weer aan het werk te gaan. Wie niet meewerkt aan re-integratie kan met sancties te maken krijgen, de uitkering bij ziekte of arbeidsongeschiktheid is lager dan het eerdere loon, en werken – al is het gedeeltelijk – levert doorgaans meer op dan in de uitkering blijven. Deze prikkels worden in de praktijk echter afgezwakt door cao-afspraken of individuele afspraken die het inkomensverlies (deels) compenseren, en door belastingen, toeslagen en andere inkomensregelingen. Daardoor werkt het stelsel minder activerend dan oorspronkelijk bedoeld. Daarnaast geldt dat veel mensen vrezen voor een terugval bij een nieuwe tegenslag als ze vanuit een uitkeringssituatie weer aan het werk gaan. Er zijn ook steeds meer wetenschappelijke inzichten die aangeven dat mensen in dergelijke situaties niet puur rationeel handelen; dit vraagt om aanpassing van de beleidstheorie.

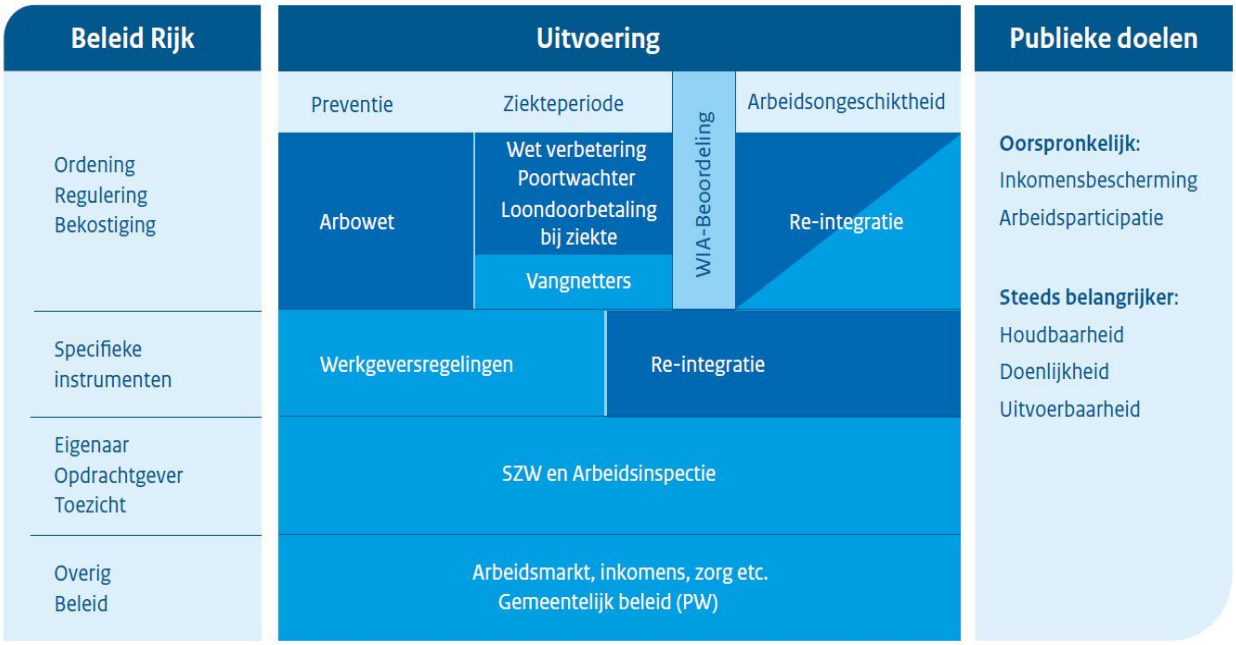
Het risico op afwenteling wordt ook verminderd doordat de beoordeling van arbeidsongeschiktheid wordt gedaan door een onafhankelijke publieke instantie. Een publieke beoordeling is minder vatbaar voor zakelijke belangen, al kan zij wel onder maatschappelijke of politieke druk staan. Daardoor is de prikkel om efficiënt te weken en de instroom te beperken soms minder sterk. Omdat de premies en uitkeringen publiek zijn geregeld, is er een maatschappelijk belang bij goede re-integratie: hoe beter de re-integratie, hoe lager de kosten. Binnen het publiek verzekerde deel van het stelsel doet zich echter een "*split incentive*" voor: individuele werkgevers betalen de premie, terwijl UWV verantwoordelijk is voor de re-

31 Dit komt vooral omdat mensen met lagere inkomens vaker de WIA instromen. Daniël van Vuuren en Sander Muns (2021). Een levensloopperspectief op de sociale zekerheid, in: Ernst Hirsch Ballin, Teun Jaspers, Andre Knottnerus en Harriet Vinke (2021). De toekomst van de sociale zekerheid: De menselijke maat in een solidaire samenleving, Boom Juridisch, pp. 349 – 364.

integratie van gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Werkgevers kunnen bijvoorbeeld kiezen voor eigenrisicodragerschap, en re-integratiebedrijven worden via concurrentie gestimuleerd om goede resultaten te behalen.[32] Voor verzekerde werkgevers, of partijen namens hen, blijven de prikkels tot afwenteling echter bestaan, omdat er ook groepen zijn waarvoor geen uitkeringslasten aan hen toegerekend: 35-minners en IVA-gerechtigden. Dat is een zwakte in het stelsel en een reden waarom er veel verzoeken tot herbeoordelingen worden gedaan.

Figuur 2.3 geeft het huidige, hybride stelsel in één oogopslag weer, geredeneerd vanuit de rol van de Rijksoverheid ("beleidstheorie").[33] De kern van het Rijksbeleid is het vastleggen van de ordening, regulering, bekostiging en toezicht. Daarmee worden de verantwoordelijkheden verdeeld tussen de markt en de overheid. Ook heeft de overheid een aantal instrumenten tot haar beschikking om te sturen, vergoeden en compenseren. Samen met alle interacties binnen het stelsel, moet één en ander bijdragen aan de publieke doelen. Volgens de wet gaat het primair om **inkomensbescherming en arbeidsparticipatie**. Daarbij geldt dat een betaalde baan de beste zekerheid voor mensen is. Naar aanleiding van rapporten en adviezen zijn **doenlijkheid** voor burger en bedrijven en praktische **uitvoerbaarheid** belangrijke publieke dimensies in het overheidsbeleid geworden. Daarnaast is historisch gezien ook **financiële houdbaarheid** een doel waar de overheid bij de arbeidsongeschiktheid actief op stuurt. Daarom gaan we in de beleidstheorie van dit IBO uit van deze vijf doelen.

Figuur 2.3 De beleidstheorie van het Nederlandse stelsel (donkerblauw= markt, middenblauw=overheid)



*Bij privaat gaat het primair om werkgevers, werknemers, arbodiensten en particuliere verzekeraars.

Het Rijk heeft in principe ook een sturingsinstrument doordat het eigenaar, opdrachtgever en toezichthouder is van UWV. UWV is in 2002 opgericht als een zelfstandig bestuursorgaan (zbo). Het UVW is onderdeel van het openbaar gezag, ontleent zijn taken direct

32 Coen Teulings, Lans Bovenberg en Harry van Dalen (2003). De calculus van het publiek belang. Den Haag: Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken.
33 Een beleidstheorie relateert activiteiten en inspanningen van beleidsmakers aan (tussen)doelen en expliciteert hoe specifieke interventies en activiteiten bijdragen aan het realiseren van doelen.

aan de wet en voert die zelfstandig uit. Het is niet ondergeschikt aan de minister, maar die heeft wel enige zeggenschap over de randvoorwaarden waarbinnen UWV opereert. De minister is verantwoordelijk voor het beleid dat UWV uitvoert en voor het toezicht erop. Ook moet de minister verantwoording af kunnen leggen over UWV aan het parlement. De minister is niet verantwoordelijk voor de dagelijkse taakuitvoering en bedrijfsvoering van UWV.[34] Er wordt gewerkt in een "driehoeksmodel": de eigenaar (SG SZW), de opdrachtgever (beleidsDG SZW) en UWV werken gelijkwaardig samen. UWV wordt gedreven door motivatie van medewerkers, het behouden of verbeteren van de maatschappelijke reputatie en de aansturing door het ministerie, al is dat laatste niet eenvoudig. UWV verantwoordt op basis van publieke waarden en hanteert daartoe kritische prestatie-indicatoren ten aanzien van tijdigheid, rechtmatigheid, doelmatigheid, wachtlijsten, werkhervatting, dienstverlening, etc.[35] In 2024 gaf UWV 2,6 miljard euro uit aan de uitvoering van zijn wettelijke taken. Anders dan marktpartijen heeft UWV echter geen existentiële prikkel in de (doelmatige) uitvoering van taken en cliënten kunnen niet stemmen met hun voeten.

Overkoepelend ten aanzien van de driehoek wordt het onafhankelijk toezicht uitgevoerd. Het ministerie voert het organisatiegerichte toezicht uit en de Arbeidsinspectie het stelseltoezicht. De Arbeidsinspectie kijkt naar de doeltreffendheid van de uitvoering van het stelsel van werk en inkomen in de volle breedte. Daarbij worden over een langere periode van trends en ontwikkelingen gemonitord, aangevuld met verdiepende onderzoeken naar risicovolle onderdelen van het stelsel. Doel is om verklaringen te geven en mechanismen te duiden. Ook biedt Arbeidsinspectie de stelselpartijen handvatten om de doeltreffendheid van de uitvoering te verbeteren.[36] Dit toezicht is indirect en op afstand. De Arbeidsinspectie voert ook een directe vorm van toezicht uit op werkgevers wat betreft de naleving van de Arbowet. Gegeven de verplichtingen van werkgevers houdt het daarmee indirect toezicht op de arbodienstverlening.

2.3 Het stelsel vanuit het cliëntperspectief

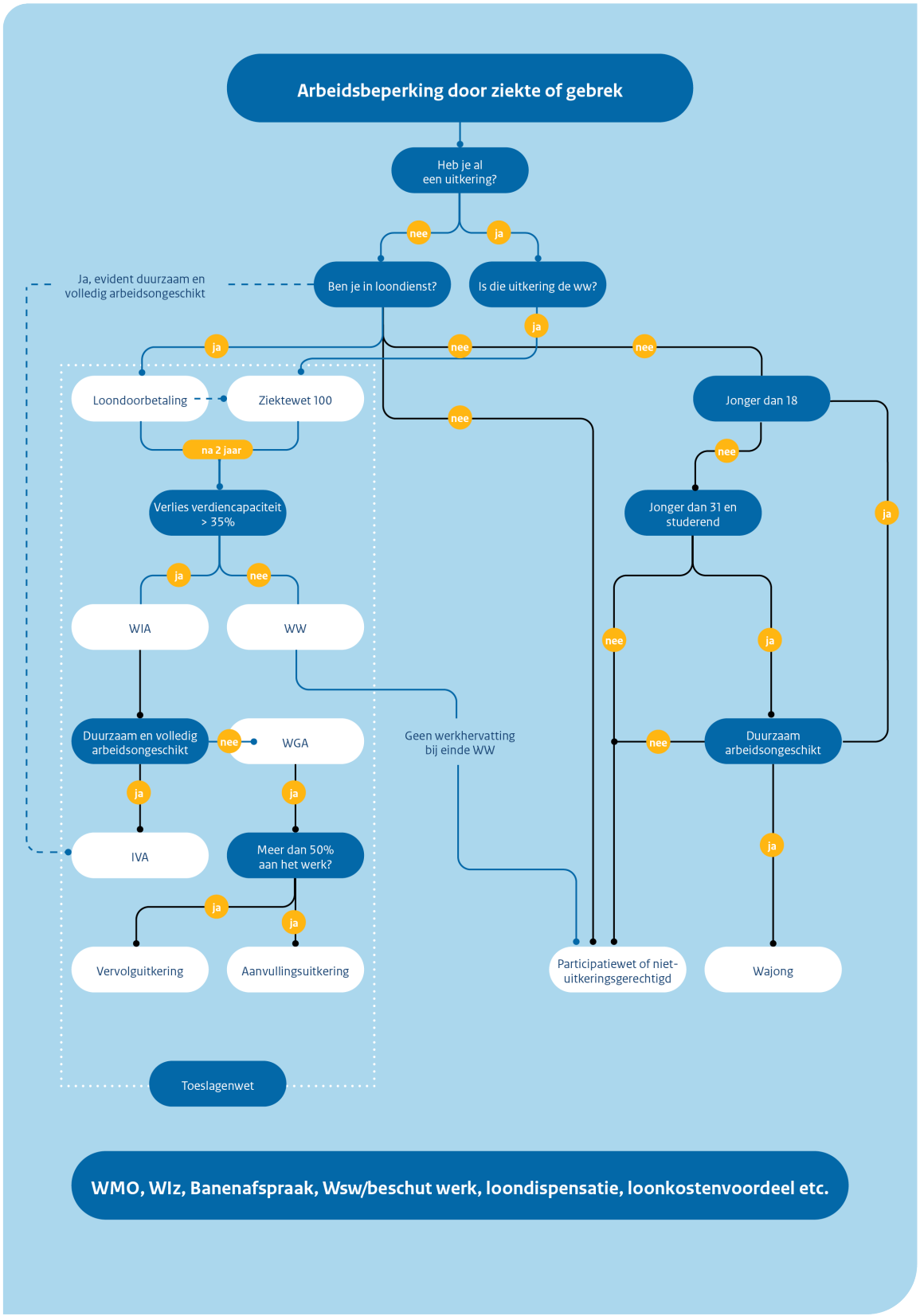
Na deze systeemblik, kijken we door de ogen van de cliënt naar het stelsel. Als mensen ziek en vervolgens arbeidsongeschikt worden, grijpt dat diep in hun leven in. Er komt veel op hen en hun omgeving af. OCTAS is uitvoerig ingegaan op het perspectief van de cliënt ("stelsel zonder richtingwijzers"); in dit IBO houden we het daarom beknopt. Figuur 2.4 is een vereenvoudigde weergave van een cliëntreis, die begint bij het moment dat er sprake is van ziekte of gebrek. In de praktijk gaat er al een reis aan vooraf en maken mensen parallel andere reizen in andere stelsels, bijvoorbeeld maatschappelijke ondersteuning en de gezondheidszorg:

- Op het moment dat iemand een arbeidsbeperking ontwikkelt als gevolg van ziekte of een gebrek, start de cliëntreis binnen het stelsel. Het vertrekpunt vormt de arbeidspositie van de cliënt. Er wordt vastgesteld of betrokkene op het moment van uitval in vaste dienst is, of onder een ander vangnet valt. Wie in vaste dienst is, ontvangt gedurende maximaal twee jaar loondoorbetaling van de werkgever, veelal tussen de 70% en 100% van het loon. Voor mensen zonder vast contract – zoals uitzendkrachten, flexwerkers of werklozen – neemt UWV deze rol over en verstrekt een Ziektewetuitkering, gebaseerd op circa 70% van het eerdere inkomen. In beide situaties ligt de nadruk in deze periode op herstel en werkhervatting.

34 Kaderwet ZBO's en Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI, 2001) is een Nederlandse wet die de samenwerking en de uitvoering van taken regelt op het gebied van werk en inkomen. De wet is in 2001 ingevoerd om de dienstverlening aan werkenden, werkzoekenden en werkgevers te verbeteren door een betere samenwerking tussen organisaties zoals UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) en gemeenten.
35 Opvallend is het hoge ziekteverzuim bij UWV (5,8%).
36 Onlangs is een rapport van de Algemene Rekenkamer (2025) – Fouten bij WIA-uitkeringen: blind voor de signalen, burgers geraakt - verschenen over de (sturing op) kwaliteit van de WIA en begin 2026 verschijnt een evaluatie van de SUWI-keten.

- Na twee jaar ziekte volgt een beoordeling door UWV om vast te stellen in welke mate iemand nog kan werken en welk deel van het eerdere loon theoretisch kan worden verdiend. Op basis van deze sociaal-medische beoordeling wordt bepaald of er recht bestaat op een WIA-uitkering. Bij volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid volgt een IVA-uitkering; bij gedeeltelijke of niet-duurzame arbeidsongeschiktheid een WGA-uitkering waarin werkhervatting en inkomensaanvulling centraal staan. Binnen de WGA kan de loongerelateerde uitkering overgaan in een loonaanvullings- of vervolguitkering, afhankelijk van de mate waarin iemand werkt of inkomsten heeft. Wanneer minder dan 35% arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld, vervalt het recht op een WIA-uitkering en kan eventueel een WW-uitkering of bijstandsvoorziening volgen. Voor wie niet in loondienst was, zoals jongeren of zelfstandigen, verloopt de route via andere regelingen, waaronder de Wajong of Participatiewet.
- Zo biedt het stelsel van sociale zekerheid verschillende vangnetten afhankelijk van arbeidspositie en mate van arbeidsongeschiktheid, maar de cliëntreis gaat vaak gepaard met een geleidelijke afbouw van inkomenszekerheid. De rol van UWV is hierin cruciaal: deze moet enerzijds zorgen voor bescherming bij verlies van arbeidsvermogen, maar anderzijds activering vanuit de WIA-uitkeringssituatie stimuleren om terugkeer naar werk te bevorderen.

Figuur 2.4: Een greep uit de mogelijke “cliëntreizen” door het stelsel



2.4 Een blik over de grenzen

Stelsels in andere landen verschillen in opzet. Maar er is wel van beleidshervormingen in die landen te leren, al is er geen "silver bullet". Uit een eerdere vergelijking van Nederland met zes andere Europese landen (het VK, Zwitserland, Denemarken, Finland, Duitsland, Oostenrijk) komt een aantal voor dit IBO relevante zaken naar voren:[37]

- Werkgevers in Nederland hebben een relatief grote eigen verantwoordelijkheid voor de ziekteperiode; in andere landen zijn vaak meer collectief gefinancierde voorzieningen en subsidies of is re-integratie een publieke verantwoordelijkheid.
- In Denemarken komen mensen onder de 40 jaar sinds 2013 niet meer in aanmerking voor een AO-uitkering, tenzij ze volledig en duurzaam ongeschikt zijn, of stromen pas na vijf jaar in; het is wel de bedoeling dat ze vanuit de lokale overheid ondersteuning krijgen werk te hervatten, maar dat blijkt ondertussen moeilijk in de praktijk; mensen van boven de 40 zijn verplicht een re-integratie traject te doorlopen.
- In Nederland is het verzekeringsprincipe relatief sterk verankerd – het AO-percentage is een inkomensdervingspercentage; andere landen – behalve Zwitserland – gaan uit van arbeidscapaciteit.
- Op de as van de werkgevers ligt in Nederland meer nadruk op het in dienst houden van ziekte werknemers (*insiders*) dan het in dienst nemen van mensen met een arbeidsbeperking (*outsiders*); andere landen lijken daarvoor meer regelingen te hebben; landen als Finland zijn meer succesvol in termen van arbeidsparticipatie van *outsiders.*
- Veel landen zoeken naar "de heilige graal" van preventie, maar lijken die ook niet te vinden. Interessant is dat Finland werkgevers verplicht om een percentage van de loonsom aan preventieve maatregelen te besteden (in Nederland geldt dat in sommige collectiviteiten).

Qua duur van het ziekteverzuim en omvang van arbeidsongeschiktheid bevindt Nederland zich in de Europese middenmoot. Uit een recentere vergelijking van de OESO komt naar voren dat de duur van het ziekteverzuim in Nederland onder het Europese gemiddelde ligt. Het aantal arbeidsongeschikten als percentage van de bevolking van 20-64 jaar ligt boven het Europese gemiddelde.[38] Inzoomend op de beleidsontwikkelingen in Noorwegen, Zweden, Zwitserland en Nederland constateert de OESO dat alle vier de landen bewegen naar een werkgerichte benadering binnen hun eigen stelsel. Daarbij zijn de stelsels van Noorwegen en Zweden meer publiek en die van Zwitserland en Nederland meer hybride; Zwitserland heeft een basisstelsel met daarop sectorale aanvullingen. Ook zijn er striktere regels gekomen om gebruik te (blijven) maken van de AO-regelingen. Een (selectieve) greep uit de regelingen en hervormingen in deze landen die interessant zijn voor de Nederlandse situatie, al zijn ze niet direct te "kopiëren":

- Waar de huisarts in Noorwegen een grote rol heeft in de beoordeling van de werkcapaciteit, introduceerde Zwitserland een externe medische beoordeling door een regionale overheidsorganisatie, vergelijkbaar met UWV. Het leidde tot minder instroom.
- Zweden ontwikkelde voor veelvoorkomende aandoeningen medische richtlijnen en *evidence-based* normen voor de verwachte duur van het verzuim, wat hielp de cultuur en het gedrag omtrent verzuim te veranderen. Dit onderwerp komt terug in hoofdstuk 6.
- In Zweden moeten mensen eerder een baan accepteren: als de re-integratie op de eigen werkplek niet lukt binnen 90 dagen, dan is er 90 dagen om een ander werk bij dezelfde werkgever te vinden. Daarna geldt dat iemand elke andere baan moet accepteren. Dit is interessant met het oog op de bespreking in hoofdstuk 4 ("eerste en tweede spoor")

37 APE (2016), Arbeidsongeschiktheid in zes Europese landen; een literatuur onderzoek.
38 Daarbij dient te worden opgemerkt dat de onderliggende data zich niet altijd goed laten vergelijken. Philip Gemmings, Christopher Prinz, Sickness and disability schemes: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland, OECD Working Paper No. 1601.

- De Zwitserse hervormingen laten zien dat vroege detectie en re-integratie de kans op langdurige uitkeringen verlagen; er wordt na 30 dagen getoetst of mensen in aanmerking zouden komen voor een uitkering met als insteek om te verhelderen dat daarvan meestal geen sprake is (hoofdstuk 6).
- Zwitserland heeft de vaststelling van de uitkeringshoogte realistischer gemaakt, wat lijkt op het "praktisch beoordelen" in Nederland. Er zijn bovendien ruime subsidies voor werkgevers om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen en de uitgaven aan re-integratie zijn fors gegroeid, met positieve resultaten (zie hoofdstuk 7 voor de Nederlandse situatie).

In reactie op de fors stijgende instroom heeft de Engelse regering een pakket aan maatregelen voorgesteld. Het motto van het *Green paper* is: "good work is good for physical and mental health and the negative impact on your health of being out of work can be significant." [39] De beoogde maatregelen richten zich op:

- een vervanging van een ingewikkeld systeem voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid door een enkelvoudige beoordeling van wat mensen in het dagelijks leven kunnen (dus niet meer de binaire vraag of mensen wel of niet kunnen werken);
- een aanscherping van de criteria in deze enkelvoudige beoordeling voor toegang tot een uitkering, waarbij ook gegarandeerd wordt dat het hebben of vinden van werk niet meer leidt tot een herbeoordeling, wat onzekerheid kan wegnemen, naast het feit dat extra prikkels worden ingevoerd om werk te zoeken en te aanvaarden;
- een investering in de werkondersteuning en re-integratie mogelijkheden, waaronder meer proefplaatsingen. Dit deel is gebaseerd op een positieve evaluatie van *Work Choice* – een intensief werkgelegenheidsprogramma voor mensen met beperkingen en positieve ervaringen met de inzet van job coaches en andere vormen van steun;
- een verbeterde toegang tot huisartsenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

2.5 Het stelsel in maatschappelijk perspectief

De voortgaande beschrijving van de ontstaansgeschiedenis leidt tot een reeks observaties over het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid in maatschappelijke perspectief. De eerste vijf observaties (a) helpen de scope van dit IBO af te bakenen; (b) bieden lessen over de "politieke economie van hervormingen" en (c) geven handvaten welke delen van het stelsel niet en welke juist wel aan te passen. De laatste vier observaties (d) plaatsen de publieke doelen van het stelsel in een actueel perspectief. Daarmee wordt een brug geslagen naar de volgende hoofdstukken.

(1) Wat er in samenleving gebeurt en hoe er wordt gedacht hebben invloed op (het functioneren van) het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Het stelsel staat niet op zich, maar is onderdeel van de maatschappij. Is er in de samenleving sprake van meer ziekte of gebrek, dan heeft dat direct effect op het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid. Zo is er een brede trend in veel landen dat de fysieke en mentale gezondheidsklachten toenemen, met name onder jongeren.[40] Dit vergroot de druk op de zorg, waardoor wachtlijsten groeien en herstel vertraagd wordt. Een deel van deze mensen komt in de WIA terecht. In de loop van de tijd is het ziektebegrip verruimd (medicalisering). Dit heeft ook invloed op de beoordeling door bedrijfs- en verzekeringsartsen (hoofdstuk 6). Bovenstaande betekent ook dat de mogelijkheden om de WIA-

39 UK Government (2025) Pathways to Work: Reforming Benefits and Support to Get Britain Working – Green Paper. Institute for Fiscal Studies (2025) - The role of changing health in rising health-related benefit claims. De conclusie van de onderzoekers luidt: "This trend is real and growing, and we need our government to look carefully at the health of the nation, rather than relying on benefit cuts to fix the problem."

40 EC en OECD, 2024, Health at a Glance: Europe 2024, www.oecd.org.

instroom te beïnvloeden juist *buiten* het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid liggen, en daarmee ook buiten het bestek van dit IBO.[41] Het is daarmee ook een maatschappelijk probleem. Omgekeerd geldt dat betaald werk en het voorkomen van inkomensverlies en geldzorgen juist kunnen bijdragen aan een betere gezondheid en minder maatschappelijke kosten.

(2) Het vergde "strategische moed" om hervormingen door te voeren die de instroom verlaagden. De instroom daalde van meer dan 100.000 werknemers per jaar rond de eeuwwisseling tot circa 40.000 in de tien jaar na de invoering van de WIA.[42] Ook nam de duur van het ziekteverzuim af. Nederland heeft door de decennia heen een stelsel vormgegeven dat zowel inkomensbescherming biedt als aanzet tot arbeidsparticipatie. Zeker in vergelijking met andere landen, werkt het Nederlandse stelsel in veel opzichten goed. Dit succes wordt ook wel gezien als onderdeel van de *"Dutch miracle"*: de manier waarop Nederland zijn sociale zekerheid en arbeidsmarkt meer activerend heeft gemaakt. Onderdeel daarvan is ook de consensus gedreven manier waarop de hervormingen tot stand kwamen. Tegelijkertijd is het zo dat compromissen om draagvlak te krijgen en de bovenwettelijke aanvullingen door sociale partners de maatregelen soms ook minder effectief en meer ingewikkeld maakten. In dit IBO wordt – vanwege de positieve effecten - vastgehouden aan de meeste van de eerder genomen maatregelen.

(3) Hervormingen kosten tijd en zijn vaak een vertraagde reactie op bestaande problemen, in plaats van een anticipatie op nieuwe opgaven. Dit is een les uit de ontstaansgeschiedenis. In de afgelopen tien jaar is de instroom opnieuw toegenomen. De eerdere hervormingen hebben dit niet kunnen voorkomen. Rekenkundige prognoses laten zien dat het totaal aantal arbeidsongeschikten, inclusief de Wajong-populatie, op termijn richting één miljoen kan groeien als er geen aanvullend beleid wordt gevoerd. Dat is minder acuut dan in de jaren negentig – mede doordat de beroepsbevolking nu groter is – maar kan de houdbaarheid van onze welvaartsstaat wel onder druk zetten. Hoofdstuk 3 analyseert trends en oorzaken.

(4) De ontstaansgeschiedenis leert dat keuzes in het verleden "in het systeem" zijn gaan zitten ("tijdpadafhankelijkheid"); tegelijkertijd is een stelsel nooit voltooid. Uit de vele discussies, beleidsaanpassingen en resultaten uit het verleden valt veel te leren met het oog op de toekomst. Het maakt ook duidelijk dat er geen eenvoudige oplossingen voor nog bestaande problemen zijn, anders waren ze al gekozen. Ondertussen levert onderzoek steeds nieuwe inzichten op, en verschijnen er voortdurend adviezen en inventarisaties van beleidsopties. Dit maakt het mogelijk voor dit IBO om in te zoomen op een aantal specifieke thema's. Tegelijkertijd zal elk stelsel steeds opnieuw getest en aangepast worden aan veranderende ontwikkelingen en opvattingen. Daarbij is tijdpadafhankelijkheid van belang: keuzes uit het verleden beïnvloeden de mogelijkheden voor de toekomst. Een voorbeeld: als Nederland voortaan onderscheid zou maken tussen *risque professionel* en *risque social*, dan zou onze brede traditie leiden tot grote maatschappelijke druk en talrijke juridische procedures om de ziekten en ziektebeelden die onder het eerste risico vallen te maximaliseren, nog afgezien van het feit dat een dergelijke scheiding, zeker in onze tijd, inhoudelijk ook moeilijk te maken is. Het ligt dus in de rede vast te houden het principe van brede dekking (*risque sociale)*. Of eenvoudiger gesteld: de discussie is meermaals gevoerd en er bleek geen maatschappelijk draagvlak voor. Ditzelfde geldt voor het maken van onderscheid tussen fysieke en psychische klachten; dat is niet houdbaar.[43]

41 Rijksoverheid (2025). Uit balans, IBO mentale gezondheid en ggz.
42 Daar staat tegenover dat de uitstroom ook daalde omdat relatief veel mensen met een zware aandoening de WIA instroomden.
43 G.J.M. Jehoel-Gijzen en H. Bruinsma (2002). Psychische zieken en WAO-instroom, in: ESB, als voorbeeld van hoe ook in een economisch vakblad werd gesteld dat de grenzen tussen psychische en lichamelijke klachten arbitrair en niet houdbaar is.

(5) Voor een goede werking dient een stelsel periodiek getoetst en zo nodig aangepast te worden, met het oog op onbeoogde effecten. Het vorige punt wil geenszins zeggen dat we moeten blijven vasthouden aan een stelsel als dat niet werkt. Het kan verstandig zijn een andere ordening te kiezen of prikkels te veranderen om de publieke doelen alsnog of beter te realiseren. Enerzijds geldt dat prikkels effectief kunnen werken als ze helder en duidelijk zijn en direct gericht zijn op een specifieke partij. Soms kunnen prikkels uiteindelijk ook effectiever zijn dan op korte termijn verwacht, omdat ze ook de onderliggende individuele preferenties en sociale normen beïnvloeden.[44] Dat vraagt om goede communicatie over het *waarom* en vooral: tijdsconsistentie. Het weer verkorten van de loondoorbetalingsperiode lijkt – naast het negatieve gevolg voor de effectiviteit van het stelsel – ook vanuit dit oogpunt minder verstandig. Veranderingen leidden dan immers tot ruis en onzekerheid. Anderzijds kan beleid ook minder effectief zijn als prikkels niet helder en duidelijk zijn, de werking afhankelijk is van meerdere partijen, ze sterke onbeoogde effecten hebben, en als actoren naar het systeem gaan staan ("*adaptation*")[45] dan wel bewuster hun eigen voordeel zoeken: *gaming*. Dit kan bijdragen aan erosie van het stelsel. De tijdelijk ingevoerde 60+plus maatregel werkt deactiverend voor de instroompreventie van 58-plussers en kan – als deze structureel wordt ingezet - een nieuwe vorm van prepensioen worden. Een ander voorbeeld waarbij strategisch gedrag gevoed wordt is de "perverse" prikkel om veel herbeoordelingen aan te vragen bij UWV. Er voorbeeld van een onbeoogd effect is dat het stelsel heeft geleid tot meer tijdelijke en flexibele banen en dat juist mensen in die banen door het ontbreken van een direct werkgever minder goed re-integreren en de WIA instromen. Kortom: beleid dat niet periodiek wordt herijkt, is gevoelig voor *"policy drift"* – een geleidelijke verschuiving weg van de oorspronkelijke doelen, vaak ten koste van publieke belangen.[46] Deze en de vorige observatie komen terug in hoofdstuk 5 en 6 over het beoordelingsproces.

De volgende observaties gaan in op de **verschuiving en verbreding van de publieke doelen** van het overheidsbeleid, in aansluiting op de ontstaansgeschiedenis en de beleidstheorie.

(6) Wat de publieke doelen betreft, maakt de toenemende schaarste op de arbeidsmarkt het belang van een activerend stelsel alleen maar groter. De huidige arbeidsmarktkrapte is historisch hoog en de verwachting is dat deze de komende jaren niet echt gaat afnemen. Dit heeft een aantal gevolgen voor het stelsel. Ten eerste is het aannemelijk dat er steeds meer mensen met een chronische ziekte of beperking toetreden tot de arbeidsmark. Zonder goede omstandigheden en ondersteuning kan daarmee het gemiddelde risico op ziekte en arbeidsongeschiktheid toenemen. Ten tweede zet de krapte op de arbeidsmarkt de organiseerbaarheid van het stelsel onder druk: de uitvoering vraagt om extra "handen en hersenen", die er vaak niet zijn. Dit leidt tot groeiende wachtlijsten voor (her)beoordelingen. Ten derde gaat in het stelsel veel arbeidspotentieel verloren, ook omdat re-integratie onvoldoende lukt. Een betere benutting van het arbeidspotentieel drukt ook de (premie-)lasten voor werkgevers en draagt bij aan de financiële houdbaarheid van het stelsel, in de concurrentie met andere uitgaven en lasten. Dit punt komt terug in hoofdstuk 4 (instroompreventie) en 7 (re-integratie).

(7) Het streven naar een fijnmazige regeling die de afruilen tussen de twee beleidsdoelen minimaliseert heeft bijgedragen aan een ingewikkeld stelsel. Het gaat dan om de spanning tussen de beleidsdoelen inkomensbescherming en het stimuleren van de benutting van het resterende arbeidspotentieel. De wet- en regelgeving is ingewikkeld, maar het

44 Michiel van den Hauten (2003). De werking van incentives, de reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet, Reed Business Information. Ernst van Koesveld (2007). De verborgen opbrengsten van beleid, in: ESB.
45 Richard Thaler Cass Sunstein (2008). Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness, Yale University Press.
46 Paul Pierson (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics", in: American Political Science Review 94 (2), pp. 251–267).

lukt de uitvoering ook niet te voorkomen dat burgers er last van hebben. Er wordt ingezet op betere dienstverlening en meer aandacht voor de menselijke maat en hardvochtigheden, maar dat biedt geen structurele oplossing voor problemen die voortkomen uit ingewikkelde regels.[47] Het verhult dat juist het stelsel zelf op onderdelen moet worden aangepast. Het wordt nog complexer als mensen niet alleen met de WIA, maar ook met andere regelingen te maken krijgen, zoals de Toeslagenwet en de verschillende toeslagen en gemeentelijke voorzieningen. De interactie daartussen is vaak niet meer te overzien.[48] Door de complexiteit werken prikkels minder goed, verliezen mensen grip op hun leven en hun vertrouwen in de overheid (hoofdstuk 5).[49]

(8) Naast de doelen van arbeidsparticipatie en inkomenszekerheid, en het belang van financiële houdbaarheid en doenlijkheid, moet het stelsel ook uitvoerbaar zijn. UWV kan het aantal aanvragen voor een beoordeling niet meer bijbenen en de achterstanden lopen steeds sneller op.[50] Deze problematiek leidt tot hoge (maatschappelijke) kosten. Het is belangrijk de fout in de vorige eeuw, namelijk dat de politiek afstand houdt van de uitvoering – niet weer te maken. Het past niet om te zeggen: "jouw kant van de boot is lek" (hoofdstuk 5 en 8).

(9) Kortom, het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid is voortgekomen uit de interactie tussen externe ontwikkelingen, opvattingen, belangen en inzichten. De Wet verbetering Poortwachter en de verplichte loondoorbetaling van twee jaar hebben een sterk effect gehad en het is daarom verstandig deze te behouden. Het aanvullende effect van premiedifferentiatie is naar verhouding beperkt. Ook veel maatregelen in en rondom de WIA hebben het stelsel verbeterd. Er is bovendien een samenhangend geheel ontstaat met een bepaalde verdeling van verantwoordelijkheden. Het is daarom van belang de sterke elementen te behouden en zorgvuldig te overwegen welke gevolgen individuele maatregelen hebben voor het geheel. Dit wil geenszins zeggen dat er geen verbeteringen mogelijk en nodig zijn.

47 Dit is ook de bevinding van de Algemene Rekenkamer, die ook wijst op de uitvoeringsgevolgen. Algemene Rekenkamer (2023). Grip op menselijke maat, Den Haag. Destijds wees de Raad van State voor de invoering "op het complexe karakter van de WIA. Dit is op zichzelf al problematisch, maar verzwaart bovendien de last van de uitvoeringsinstanties" (Kamerstuk II 2004/2005, 30034, nr. 4). De reactie van de regering was dat de WIA ingewikkeld was, maar juist ook een aantal vereenvoudigingen met zich mee bracht ten opzichte van de daarvoor geldende situatie.

48 Het verdient aanbeveling om de naam van de Toeslagenwet te veranderen aangezien mensen deze wet verwarrend met de toeslagen(affaire) met alle gevolgen van dien.

49 SEO (2024). De impact van eenvoud: een verkenning naar de brede kosten en baten van eenvoudige inkomensondersteuning.

50Algemene Rekenkamer (2023). Verantwoordingsonderzoek 2023: Rapport bij het Jaarverslag 2022 – Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

3. Ontwikkelingen in de arbeidsongeschiktheid

Hoofdpunten

- Begin deze eeuw daalde de instroom in de arbeidsongeschiktheid fors, door stevige beleidshervormingen tot en met de invoering van de WIA in 2006. Tien jaar later zette echter opnieuw een stijging in, waardoor de financiële lasten niet alleen absoluut, maar de laatste jaren ook relatief toenemen (tot 4 procent van de loonsom).
- In 2024 stroomden 69.000 mensen de WIA in – 63.500 na correctie voor de statistische vertekening door voorschotten – waardoor het totaal aantal uitkeringen opliep tot ruim 600.000. De instroomkansen zijn bijna weer twee zo hoog in vergelijking met de jaren direct na invoering van de WIA.
- De toename van de instroom hangt vooral samen met het langer doorwerken van oudere werknemers, veranderingen in de beroepsbevolking, de gevolgen van post-covid en de oplopende wachtlijsten bij UWV.
- Ongeveer 40 procent van de totale instroom is gerelateerd aan psychische aandoeningen. Deze problematiek neemt vooral toe bij vrouwen in relatief jonge leeftijdsgroepen. Deze ontwikkeling past in een bredere maatschappelijke trend die ook zichtbaar is in andere Noord-Europese landen.
- Mensen met psychische aandoeningen verlaten de WIA minder vaak en werken ook minder vaak met een uitkering. Dit is zorgelijk omdat een groeiende groep mensen niet meer op eigen kracht kan participeren en hun arbeidspotentieel onbenut blijft.
- Het aandeel uitkeringen voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (IVA) is gestegen van 20 procent in 2006 naar 40 procent in 2024.
- Een eerdere projectie geeft aan dat alleen al door de vergrijzing en een verdere verhoging van de AOW-leeftijd het aantal WIA-gerechtigden toeneemt tot ruim 700.000 in 2060.
- Blijft de instroom van jonge mensen met psychische aandoeningen groeien en de wachtlijstproblematiek wordt niet opgelost, dan zal het aantal WIA-gerechtigden in 2060 aanzienlijk hoger uitkomen.
- Meer inzicht en grip op deze ontwikkelingen is noodzakelijk. Dat wordt nu bemoeilijkt doordat gegevens over voorschotten niet worden bijgewerkt met actuele informatie. Gelet op de sterke instroomgroei is betrouwbare, actuele informatie cruciaal. De aanbeveling is dat UWV deze data op orde brengt.

Hoofdstuk 2 beschreef de ontstaansgeschiedenis van het Nederlandse stelsel. De beleidsaanpassingen die in de loop der tijd zijn doorgevoerd, waren vaak een reactie op veranderingen in de instroom en omvang van de arbeidsongeschiktheid. Omgekeerd hadden die beleidsaanpassingen weer invloed op de ontwikkelingen. In dit hoofdstuk staan de trends centraal. De instroom in de WIA begint uiteraard bij ziekteverzuim, en eigenlijk al een stap eerder: bij de aandacht die werkgevers en werknemers besteden aan arbeidsomstandigheden en verzuimpreventie. Dat thema krijgt vooral aandacht in hoofdstuk 4.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende vragen:

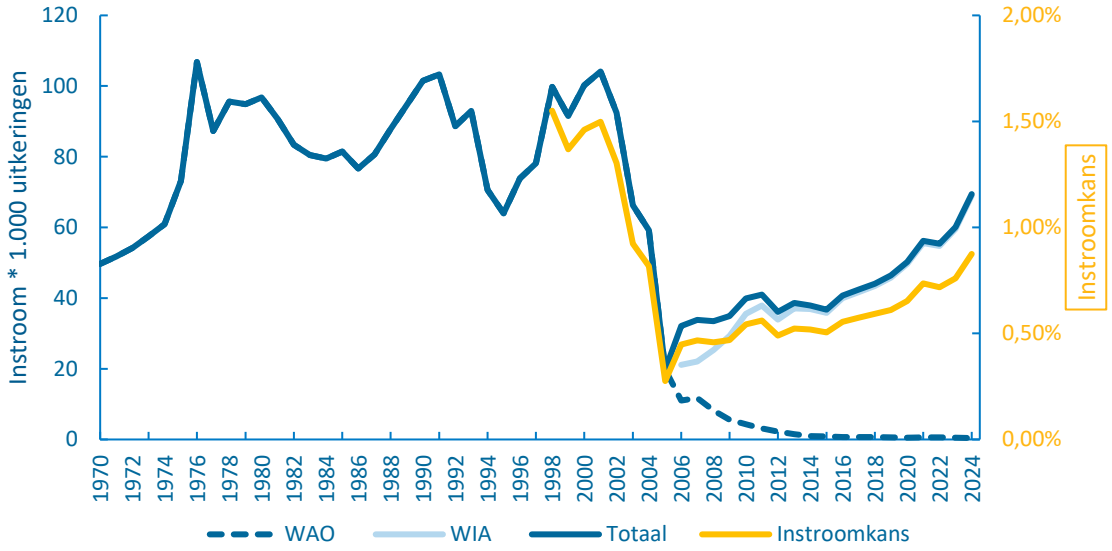
- Wat zijn de trends in de instroom in de WAO en WIA? Hoe verschillen de ontwikkelingen naar leeftijd en geslacht, en tussen vaste werknemers en vangnetters (par. 3.1)?

- Hoe hebben het aantal lopende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de uitkeringslasten zich in de tijd ontwikkeld (par. 3.2)?
- Welke factoren verklaren de toename van de instroom (par. 3.3)?
- Welke diagnoses vallen op, en welke verschuivingen treden daarbij op (par. 3.4)?
- Hoe verhoudt de ontwikkeling van de instroom zich tot die in andere landen (par. 3.5)?
- Wat is de langetermijnprognose voor de omvang van het AO-volume (par. 3.6)?

3.1 Ontwikkeling van de instroom

Verschillende maatregelen, waaronder de invoering van de WIA in 2006, hebben de instroom verlaagd, maar vanaf 2016 neemt de instroom weer toe. Uit figuur 3.1 komt naar voren dat al snel na invoering van de WAO in 1968 de instroom steeg naar ruim 100.000. Daarna trad enkele keren een daling in, maar die bleek steeds tijdelijk te zijn. In het begin van de jaren '90 nam het kabinet enkele maatregelen om de instroom in te perken en het aantal WAO-uitkeringen te laten dalen. Deze maatregelen leken aanvankelijk succesvol, maar vanaf 1996 begon de instroom weer te stijgen; in 2001 werd een piek bereikt van 104.000.

Figuur 3.1 Instroom in de arbeidsongeschiktheid (* 1.000 uitkeringen) en instroomkans
Bron: UWV (2007)[51] en UWV data, bewerking IBO



Door een combinatie van beleidsmaatregelen daalt de instroom van 100.000 aan het begin van de eeuw naar een kleine 35.000 in de beginjaren van de WIA. Deze instroom bestaat deels uit instroom in de WIA en deels uit instroom in de WAO. Doordat er nog enkele jaren mensen instromen waarvan het uitkeringsrecht ontstaan is vóór 2006, bouwt de instroom in de WIA geleidelijk op en de instroom in de WAO geleidelijk af. Zoals in hoofdstuk 2 is toegelicht was de invoering van de WIA in 2006 het sluitstuk van een set aan maatregelen om de groei van het aantal arbeidsongeschikten te beteugelen. De daling kan daarom zeker niet alleen aan de WIA worden toegeschreven. Het dal in 2005 is het gevolg van de verlenging van de loondoorbetaling bij ziekte naar 2 jaar, waardoor in dat jaar alleen instroom plaatsvond van mensen van wie het recht in eerdere jaren was ontstaan.

Na een beperkte stijging van de instroom in de jaren 2006-2016, neemt de instroom in de jaren 2016-2024 weer sterk toe. De instroom in de WIA stijgt tussen 2006 en 2011 sneller

51 UWV (2007). Kroniek van de sociale verzekeringen 2007, Wetgeving en volume-ontwikkeling in historisch perspectief.

dan de dan de afname van de instroom in de WAO. Tussen 2011 en 2015 blijft de instroom stabiel rond de 40.000 uitkeringen per jaar. Vanaf 2016 neemt de instroom weer toe. De nieuwe instroom bestaat dan vrijwel alleen nog uit instroom in de WIA. De stijgende trend kent in 2021 en 2022 een korte onderbreking door de COVID-19 pandemie en stijgt daarna versterkt verder tot 69.000 uitkeringen in 2024.[52] Daarbij dient er wel rekening mee te worden gehouden dat de instroomcijfers vanaf 2019 worden vertekend door de toename van het aantal verstrekte voorschotten (zie box 3.1). Wordt gecorrigeerd voor voorschotten, dan bedraagt de instroom in 2024 ongeveer 63.500. In de ramingen voor de begroting van SZW loopt de instroom verder op naar 74.000 in 2030. In de raming is sprake van een beperkte stijging van de gemiddelde instroomkans van 0,87% in 2024 naar 0,89% in 2030. Deze toename is inclusief voorschotten, waarvan een deel bij de claimbeoordeling zal worden afgewezen en in de begrotingsraming als extra uitstroom is opgenomen.

Box 3.1. Vertekening van cijfers door toegenomen voorschotten

UWV slaagt er niet in om alle claimbeoordelingen binnen de wettelijke termijn van 8 weken uit te voeren. Dit heeft ertoe geleid dat steeds meer WIA-uitkeringen al voorafgaand aan de claimbeoordeling worden verstrekt als voorschot. In de statistieken telt UWV de voorschotten als nieuwe uitkeringen van een volledig arbeidsongeschikte in de WGA (WGA 80-100). Mensen die bij de claimbeoordeling alsnog worden afgewezen, tellen mee als uitstroom uit de WIA als gevolg van een herbeoordeling. Hoewel UWV ook vóór 2019 al in beperkte mate voorschotten verstrekte, is het aantal verstrekte voorschotten daarna sterk toegenomen. De voorschotten leiden in ongeveer 25% van de gevallen niet tot een uitkering, bij de claimbeoordeling wordt de aanvraag afgewezen.

Voor de UWV-statistieken heeft deze manier van werken en tellen de volgende consequenties:

- de instroom wordt overschat: ongeveer 25% van de voorschotten is onterecht meegeteld;
- de uitstroom als gevolg van herbeoordeling wordt met hetzelfde aantal eveneens overschat;
- de instroom in de IVA en WGA 35-80 wordt onderschat en de instroom in de WGA 80-100 wordt overschat;
- bij een toenemend deel van de instroom is de diagnose onbekend. De diagnose wordt pas bij de claimbeoordeling geregistreerd. Bij de vereenvoudigde beoordeling van 60-plussers (de tijdelijke 60plus-maatregel) wordt ook bij de claimbeoordeling geen diagnose geregistreerd

Deze cijfers worden na afronding van de claimbeoordeling helaas *niet* meer gecorrigeerd. Wel hanteert UWV voor intern gebruik voor een beperkt aantal variabelen gecorrigeerde cijfers. UWV past cijfers over het lopend bestand wel aan zodra de resultaten van de claimbeoordeling bekend zijn. De statistieken over het lopend bestand (het totaal aantal uitkeringen) geven dus wel een goed beeld. Bovenstaande doet niets af aan het feit dat de instroom in recente jaren aanzienlijk is gestegen.

Juist bij een sterk stijgende instroom is er vanuit het perspectief van beleidsmakers behoefte aan correcte en zo actueel mogelijke cijfers over diverse aspecten van de instroom. **Het IBO beveelt daarom aan om alle instroom- en uitstroomcijfers met terugwerkende kracht te corrigeren aan de hand van de resultaten van de claimbeoordeling.**

52 Doordat het aantal werkenden afnam in de lockdowns (minder verzekerden) in 2020 en omdat het corona-effect (extra instroom) tijdelijk was, trad er in 2022 een relatieve daling ten opzichte van de stijgende trend.

De doorgevoerde hervormingen hebben niet alleen de absolute instroom, maar ook de instroomkansen fors verlaagd. Ontwikkelingen in absolute cijfers kunnen een vertekend beeld geven omdat de beroepsbevolking ook is toegenomen; instroomkansen geven daardoor een beter beeld. De instroomkans is de instroom uitgedrukt als percentage van de verzekerde populatie in het voorafgaande jaar (WAO) of van de verzekerde populatie twee jaar voorafgaand aan de instroom (WIA). Tabel 3.1 bevat de ontwikkeling van de instroomkans. Deze vertoont een sterk vergelijkbaar verloop als de instroom. Een gemiddelde instroomkans kan over een lange periode vertekend worden door verschuivingen tussen groepen met een hoge instroomkans en met een lage instroomkans. Daarom is het ook goed om te kijken naar de ontwikkeling van instroomkansen naar leeftijd en geslacht. Uit 3.1 blijkt de daling instroomkansen tussen 2000 en 2008 voor vrouwen sterker dan voor mannen: van 1,86% naar 0,53% versus van 1,18% naar 0,36%.

Tabel 3.1 Instroomkans in de WAO en WIA naar leeftijd en geslacht, 2000-2024.
Bron: UWV (2015)[53] en UWV data, bewerking IBO

	2000	2004	2008	2012	2016	2020	2024
Mannen							
< 25 jaar	0,20%	0,14%	0,06%	0,06%	0,07%	0,07%	0,10%
25-34 jaar	0,70%	0,46%	0,21%	0,26%	0,22%	0,28%	0,32%
35-44 jaar	1,20%	0,74%	0,33%	0,43%	0,41%	0,43%	0,48%
45-54 jaar	1,88%	1,10%	0,47%	0,59%	0,60%	0,62%	0,72%
≥55 jaar	2,60%	1,40%	0,60%	0,82%	0,97%	1,09%	1,42%
Totaal	**1,18%**	**0,73%**	**0,36%**	**0,47%**	**0,51%**	**0,55%**	**0,67%**
Vrouwen							
< 25 jaar	0,52%	0,25%	0,10%	0,10%	0,08%	0,11%	0,16%
25-34 jaar	1,65%	0,79%	0,36%	0,43%	0,42%	0,53%	0,73%
35-44 jaar	2,08%	1,03%	0,41%	0,50%	0,57%	0,68%	0,92%
45-54 jaar	2,94%	1,45%	0,60%	0,67%	0,69%	0,81%	1,08%
≥55 jaar	3,47%	1,60%	0,63%	0,77%	0,91%	1,12%	1,58%
Totaal	**1,86%**	**0,94%**	**0,53%**	**0,52%**	**0,58%**	**0,70%**	**0,96%**

Rond 2016 begint de instroomkans in de WIA echter weer te stijgen, waarbij de stijging bij vrouwen in de jongere leeftijdsgroepen opvalt. Tussen 2011 en 2016 zijn de leeftijdsspecifieke instroomkansen redelijk stabiel. Vanaf 2016 neemt de instroomkans van vooral de leeftijdsgroep ouder dan 55 jaar weer toe; deze is voor zowel mannen als vrouwen meer dan verdubbeld. Hier speelt het samenstellingseffect een belangrijke rol in: als gevolg van langer doorwerken en de AOW-leeftijdsverhoging neemt het aandeel werkenden met een hogere leeftijd in deze leeftijdsgroep toe. De groep ouder dan 55 jaar "vergrijst". Doordat de instroomkans toeneemt met de leeftijd neemt door de veranderde samenstelling de instroomkans van deze leeftijdsgroep toe. Mede door de stijging van de gemiddelde instroomkans van 55-plussers ligt in 2024 de gemiddelde instroomkans voor vrouwen daardoor op een vergelijkbaar niveau als in 2004; bij mannen ligt deze nog wel iets lager. Daarnaast valt op dat bij de vrouwen ook in de jongere leeftijdsgroepen een sterke stijging van de instroomkans plaatsvindt. Zowel bij de groep

53 De cijfers voor 2000 en 2004 zijn gebaseerd op UWV (2015), UWV Kennisverslag 2015-2.

25-34 jaar als bij de groep 35-44 jaar is de instroomkans tussen 2008 en 2024 verdubbeld. In 2024 raken ruim 7 op de duizend werkende vrouwen van 25- 35 jaar arbeidsongeschikt. Bij mannen is dit in dezelfde leeftijdsgroep ruim 3 op de duizend. Daarmee zijn de onderlinge verschillen weer groter geworden, maar nog kleiner dan in 2000.

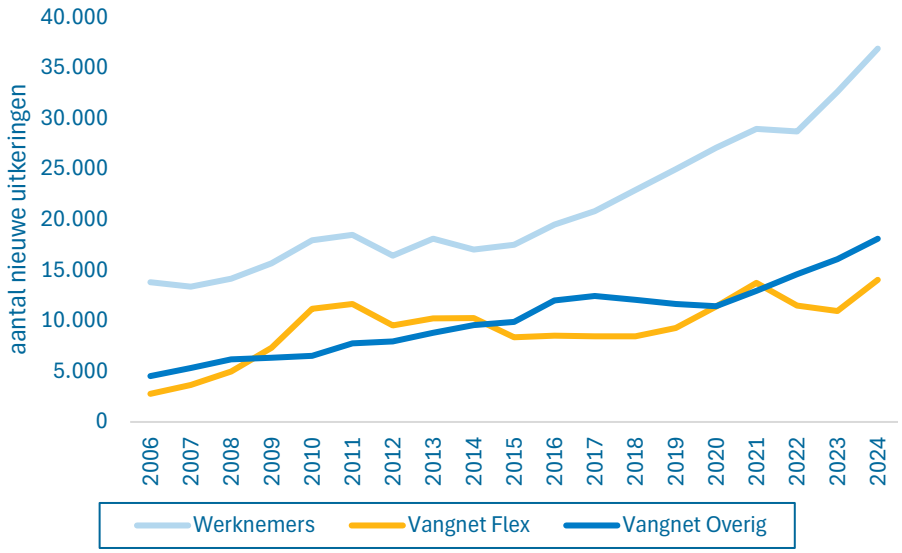
Achtergrondkenmerken verklaren slechts in beperkte mate het verschil in arbeidsongeschiktheidsrisico tussen mannen en vrouwen. Factoren als leeftijdsopbouw, bedrijfstak, type dienstverband, WW-geschiedenis en uurloon kunnen hierbij een rol spelen. Onderzoek van UWV naar het WGA-risico laat echter zien dat het verschil in arbeidsongeschiktheid tussen mannen en vrouwen nauwelijks kleiner wordt wanneer voor deze kenmerken wordt gecorrigeerd. Zoals later in dit hoofdstuk wordt toegelicht, hangt een groot deel van de stijging van de instroomkans onder jongere leeftijdsgroepen samen met een toename van het aantal mensen met psychische aandoeningen. Deze toename doet zich vooral voor bij (jonge) vrouwen.

Sinds de invoering van de WIA is het aandeel vangnetters in de instroom geleidelijk toegenomen. Waar in 2006 nog bijna twee-derde van de instroom bestond uit vaste werknemers, was dit aandeel in 2024 gedaald tot ongeveer de helft. Figuur 3.2 toont de ontwikkeling van de instroom, uitgesplitst naar vaste werknemers, tijdelijke werknemers en uitzendkrachten ("vangnet-flex") en WW-gerechtigden ("vangnet overig"). Deze laatste categorie omvat naast WW-gerechtigden ook personen die een ZW-uitkering ontvingen vanwege ziekte in verband met zwangerschap of bevalling, evenals werknemers met een *no-risk*polis. De instroom vanuit deze twee subgroepen is echter relatief beperkt; meer dan driekwart van de instroom uit de groep vangnet overig bestaat uit voormalig WW-gerechtigden. Hier wordt de groep "vangnet overig" groep daarom beschouwd als een indicator voor de groep voormalig WW-gerechtigden.

Het groeiend aantal vangnetters in de WIA-instroom kwam in de eerste jaren vooral voor rekening van werknemers met tijdelijke contracten. Dit hing samen met de verdere flexibilisering van de arbeidsmarkt: het aantal tijdelijke werknemers binnen de verzekerdenpopulatie nam toe van 1,8 miljoen in 2008 tot 2,4 miljoen in 2022.[54] De instroom van mensen met tijdelijke contracten bereikte een piek in 2011 en daalde daarna enigszins. In 2015 nam de instroomkans van deze groep af door de invoering van de Wet BeZaVa, die werkgevers financieel verantwoordelijk maakte voor de ziektelasten van werknemers met een tijdelijk contract. Vanaf 2019 stijgt de instroom van tijdelijke werknemers opnieuw, als gevolg van een toenemende instroomkans.

54 De verzekerdenpopulatie in 2022 is vanwege de wachttijd van 2 jaar relevant voor de WIA-instroom in 2024. Uitsplitsing van verzekerdenpopulatie naar vaste en tijdelijke contracten is beschikbaar vanaf 2008.

Figuur 3.2 Instroom in de WIA naar vaste werknemers en vangnetters
Bron: UWV



Werknemers met een tijdelijk dienstverband hebben een grotere kans om de WIA in te stromen dan werknemers met een vast contract. Dit blijkt niet direct uit een vergelijking van de gemiddelde instroomkans, omdat tijdelijke werknemers gemiddeld jonger zijn dan vaste werknemers. Het verschil in leeftijdssamenstelling vertekent daardoor het beeld van de daadwerkelijke verschillen in instroomkans. Wanneer echter wordt gekeken naar de instroomkans per leeftijdsgroep en geslacht, blijkt dat mensen met een tijdelijk dienstverband duidelijk een hogere kans hebben om in de WIA terecht te komen. Ter illustratie toont figuur 3.3 de instroomkans voor mannen tussen de 35 en 40 jaar over de jaren heen. Hieruit blijkt dat de instroomkans in 2018 met 0,5 procentpunt is gedaald als gevolg van de invoering van de Wet BeZaVa, maar daarna weer aanzienlijk is toegenomen. Daarmee komt de tweedeling op de arbeidsmarkt ook terug in de WIA-instroom: werknemers met tijdelijke contracten hebben een grotere kans om in de WIA te komen dan werknemers met een vast contract.

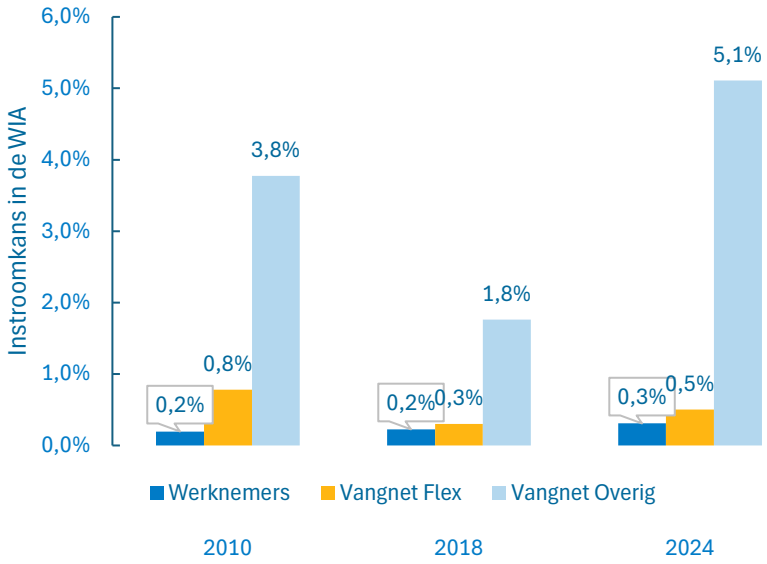
WW'ers hebben een instroomkans die meer dan tien keer zo hoog is als die van vaste werknemers. Dit hangt onder meer samen met het feit dat werknemers met een minder goede gezondheid een grotere kans hebben om in de WW terecht te komen.[55] De instroomkans voor de groep "vangnet overig" is de afgelopen jaren sterk gestegen: van 1,8% in 2018 naar 5,1% in 2024. Met name voor werkloze 60-plussers is de instroomkans uitzonderlijk hoog, namelijk bijna 25%: één op de vier werkloze 60-plussers krijgt nu WIA-uitkering. Dit is waarschijnlijk mede het gevolg van de 60-plusregeling, waarbij een lichtere toegangstoets wordt toegepast.

De hogere kans voor vangnetters om in de WIA te stromen hangt deels samen met achtergrondkenmerken en deels met het ontbreken van een werkgever. Werknemers met tijdelijke contracten en werklozen hebben een gemiddeld een slechtere arbeidsmarktpositie dan vaste werknemers en slagen er daardoor na ziekte minder goed in om een geschikte baan te vinden. Door het ontbreken van een werkgever krijgen ze een minder goede begeleiding tijdens de ziekteperiode. De werkgever heeft een financiële prikkel om zich in te zetten voor een succesvolle re-integratie van zijn werknemers, terwijl UWV een beperkte capaciteit heeft om zieke vangnetters

[55] *SEO (2019). Gezondheidsproblemen in WW en bijstand.*

te begeleiden. Daarnaast heeft een werkgever voor vaste werknemers meer mogelijkheden om bestaand werk aan te passen of alternatief werk aan te bieden, UWV heeft die mogelijkheid niet voor vangnetters. Zieke vangnetters moeten met ondersteuning van UWV een nieuwe werkgever zien te vinden. Dit vraagstuk komt terug in hoofdstuk 4.

Figuur 3.3 Instroomkans van mannen 34-39 jaar naar vaste werknemers en vangnetters
Bron: UWV



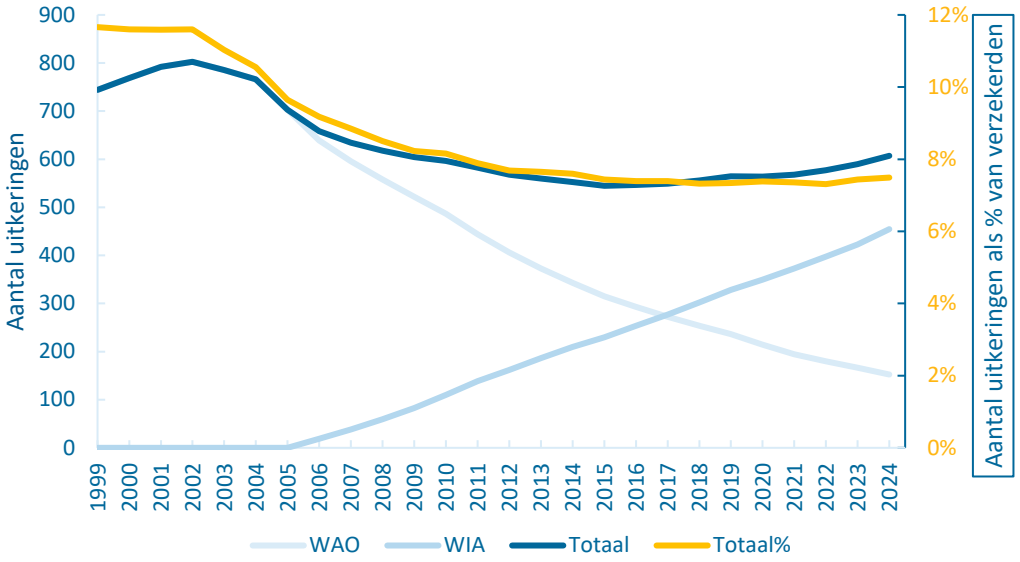
3.2 Ontwikkeling in het bestand en de uitstroom

Het totaal aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen daalt tussen 2002 en 2015 en begint daarna weer te stijgen. Figuur laat zien dat tussen 2003 en 2015 het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (WAO of WIA) daalt als gevolg van de hervormingen van een piek van 800.000 in 2002 naar 545.000 uitkeringen in 2015. Het aantal uitkeringen loopt daarna op tot boven de 600.000 in 2024. Uitgedrukt als percentage van het aantal verzekerden (oranje lijn) is er sprake van een daling van 11,7% in 1999 naar 7,3% in 2022; het aandeel stijgt daarna naar 7,5% in 2024. Eén op de dertien verzekerden krijgt dus een AO-uitkering. Volgens de budgettaire ramingen stijgt dit aantal de komende jaren door naar 650.000 in 2030 (7,8% van het aantal verzekerden).

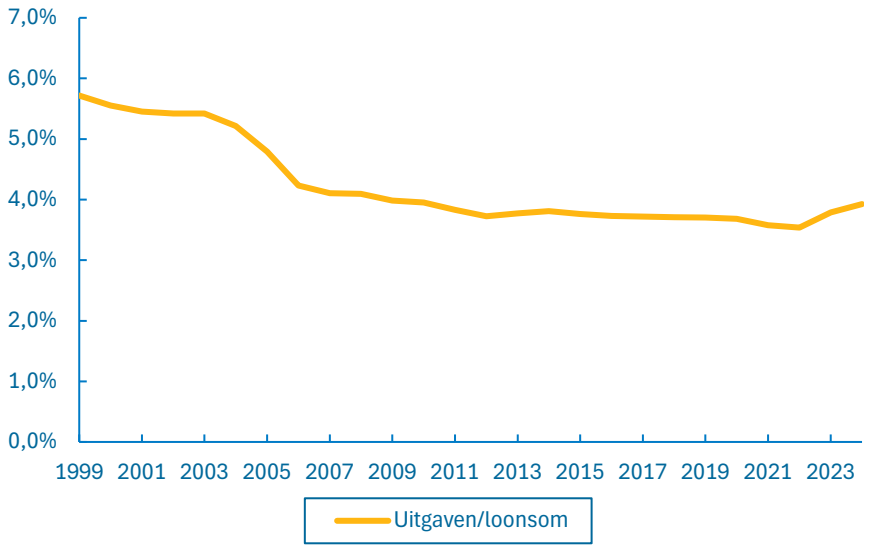
Met het oplopen van het aantal uitkeringen nemen vanaf 2015 ook de totale uitkeringslasten toe; uitgedrukt in de loonsom begint de stijging pas in 2023. De uitkeringslasten bieden, zeker over zo'n lange periode, geen goede indicator voor de betaalbaarheid van het stelsel. Behalve door de indexatie worden ze ook beïnvloed door de groei van de beroepsbevolking. Idealiter zou de premieontwikkeling als indicator voor de betaalbaarheid worden genomen, maar omdat de Aof-premie niet lastendekkend wordt vastgesteld (zie bijlage 8) is deze hiervoor niet geschikt. Om een indicatie te krijgen hoe de lasten zich zouden ontwikkelen als de uitkeringslasten jaarlijks worden doorberekend in de premies, is berekend hoe de AO-uitgaven zich verhouden tot de loonsom (figuur 3.5). De ontwikkeling van de relatieve uitkeringslasten vertoont tussen 2000 en 2006 een sterke daling, van 5,7% naar 4,2%. Daarnaast zwakt deze daling af. Vanaf 2023 is hier een duidelijke stijging zichtbaar. In 2024 bedragen de uitgaven 3,9% van de loonsom, wat nauwelijks lager is dan de 4,2% bij de start van de WIA in

2006. Hieruit kan worden opgemaakt dat nieuwe ontwikkelingen het succes van de eerdere hervormingen ondertussen dus grotendeels te niet doen.

Figuur 3.4 Aantal lopende WAO- en WIA-uitkeringen * 1.000, jaargemiddelden.
Bron: UWV Tijdreeksen 2024, Tijdreeksen 2017, Kroniek der sociale verzekeringen 2007



Figuur 3.5 Uitgaven aan WAO en WIA als percentage van de loonsom.
Bron: CBS Statline

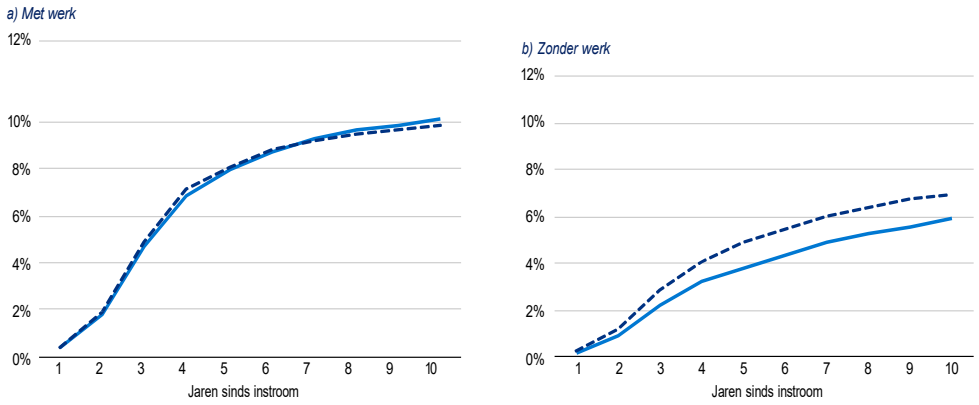


In 2006 was nog maar 20% van de verstrekte uitkeringen een IVA-uitkering, in 2024 is dit aandeel gegroeid naar 40%. Het aandeel van de IVA in het lopend bestand neemt toe omdat mensen die bij instroom een WGA uitkering hadden, op een later moment alsnog een IVA-uitkering krijgen. Behalve door nieuwe instroom groeit het aantal IVA-uitkeringen doordat WGA-uitkeringen worden omgezet in een IVA-uitkering. Dit kan zijn omdat de gezondheidssituatie van de arbeidsongeschikte werknemer is verslechterd of omdat een vermindering van arbeidsvermogen die eerst niet als duurzaam werd beschouwd alsnog als duurzaam wordt beoordeeld. Zowel voor werknemers als werkgevers is een overgang naar de IVA financieel

voordeling. Werknemers ontvangen een hogere uitkering, terwijl voor werkgevers de lasten van een IVA-uitkering niet worden doorberekend in de werkgevers- of sectorspecifieke premie.

Binnen vijf jaar na instroom in de WGA is slechts 12% van de mensen uitgestroomd door herstel of herbeoordeling; van deze groep heeft ongeveer twee-derde weer werk. Binnen vijf jaar na toekenning van een WGA-uitkering stroomt dus circa 8% van de arbeidsongeschikten uit naar werk, terwijl bij circa 4% de uitkering wordt beëindigd zonder dat zij werk hebben gevonden (Figuur 3.6). In dit laatste geval heeft UWV het verlies aan verdienvermogen opnieuw beoordeeld en vastgesteld dat dit minder dan 35% bedraagt; deze personen hebben dan geen recht meer op een WIA-uitkering. Figuur 3.6 laat zien dat na een herbeoordeling bij eigenrisicodragers (stippellijn) meer mensen uitstromen zonder dat ze werk hebben dan bij publiek verzekerde werkgevers. Eigenrisicodragers hebben meer financieel belang bij uitstroom, en meer zicht op de re-integratie, dan publiek verzekerde werkgevers en zullen daarom vaker een herbeoordeling aanvragen. De uitstroom naar werk is voor eigenrisicodragers en publiek verzekerden vrijwel gelijk. Uit de figuur blijkt ook dat het aandeel dat na vijf jaar alsnog uitstroomt, nog maar beperkt toeneemt. De kans op (gedeeltelijke) re-integratie neemt af naarmate iemand langer in de WIA zit.[56]

Figuur 3.6 Uitstroom uit WGA door herstel naar werksituatie na uitstroom en naar uitkeringsduur
Bron: Koopmans en Lammers (2025).



3.3 Duiding van de WIA-instroom

De belangrijkste conclusie van deze paragraaf is dat de stijgende instroom in de WIA grotendeels kan worden verklaard door het langer doorwerken van oudere werknemers, veranderingen in de omvang en samenstelling van de beroepsbevolking, de nasleep van de coronapandemie en de wachtlijstproblematiek. Daarnaast is er een duidelijke toename van de instroom van mensen met psychische aandoeningen.

Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op de analyses van Berendsen et al. (2019) voor de periode 2006-2018 en Berendsen et al. (2025) voor de periode 2019-2024. De cijfers zijn uitgesplitst naar 60-plus en 60-min op basis van aanvullende analyses van dit IBO op door UWV aangeleverde cijfers. Tabel 3.2 bevat een samenvatting; de factoren worden hieronder toegelicht.

56 Van de totale WIA-populatie stroomde in 2018 slechts 1,4% uit door herstel of herbeoordeling. De meeste mensen verlaten de WIA vanwege pensionering (2,7%) of overlijden (1,4%). Vanaf 2019 wordt de uitstroom door herstel overschat door statistische ruis vanwege de voorschotproblematiek (zie box 3.1). Daarom is 2018 als ijkpunt genomen.

Ad a.1. Opbouweffecten en administratieve redenen verklaren een toename van 5000 uitkeringen per jaar in de periode 2006-2018. Een nieuw stelsel heeft altijd te maken met opbouweffecten, waardoor de instroom in de eerste jaren onder het structurele niveau ligt. In een volgroeid stelsel vindt altijd nog enige instroom plaats van mensen die eerder recht gekregen hebben op een uitkering. Dit doet zich bijvoorbeeld voor als een eerder afgewezen uitkering na bezwaar of beroep alsnog wordt toegekend of door herlevingen. Herleving van het oude recht doet zich voor als iemand die is uitgestroomd binnen vijf jaar door dezelfde ziekte opnieuw uitvalt. Ter indicatie: ondanks dat de WAO in 2006 was afgesloten voor nieuwe instroom, kende deze nog een instroom van 11.000 op basis van oude rechten. Ook zijn er in de beginperiode aanpassingen geweest in de administratieve processen die tot vertekening van de gegevens hebben geleid.[57]

Tabel 3.2 Duiding van de toename van de instroom in de periode 2006-2024 naar oorzaak
Bron: Cijfers UWV, Berendsen et al. (2019, 2025), bewerking IBO.

Instroom 2006	**21.000**	
a.1. Correctie voor opbouweffecten etc.		5.000
Instroom 2006 gecorrigeerd voor opbouweffecten	**26.000**	
Duiding toename instroom		
b. Instroom 60-plus (excl. post-covid en 60+-regeling)		13.300
c. Maatregelen wachtlijstproblematiek		2.500
d. Post-covid		5.700
e. Omvang en samenstelling populatie 60-minners		4.000
f. Niet-geduid 60-minners		12.000
Daadwerkelijke instroom 2024	**63.500**	
a.2. Statistische vertekening		5.500
Geregistreerde instroom 2024	**69.000**	

Ad a.2. Daarnaast wordt de instroom in 2024 met ongeveer 5500 uitkeringen overschat door een statistische vertekening van de cijfers als gevolg van verstrekte voorschotten. Door de wachtlijsten voor sociaal-medische beoordelingen lukt het sinds 2019 steeds minder om WIA-beslissingen op tijd af te ronden. Sinds september 2019 kregen dan ook meer mensen een WIA-voorschot. Zoals is uitgelegd in box 3.1. telt UWV voorschotten in de statistieken als instroom, ondanks een deel daarvan bij de claimbeoordeling wordt afgewezen. Ook onder "normale" omstandigheden werd een deel van de uitkeringen als voorschot verstrekt. Voor 2019 bedroeg het percentage voorschotten ongeveer 7%. In het laatste kwartaal van 2019 was het percentage voorschotten gestegen naar 20% en liep daarna verder op naar een piek van 51% in 2022. Ongeveer 25% van de voorschotten wordt bij de claimbeoordeling afgewezen. Deze voorschotten zouden in de instroomcijfers *niet* moeten worden meegeteld. Als hiervoor wordt gecorrigeerd, komt de instroom in 2024 ongeveer 5500 uitkeringen lager uit.

57 Het gaat dan onder andere om veranderingen in het jaarlijkse aantal voorschotbetalingen (voorschotten worden geteld als instroom) en de invoering van een kortere beslissingstermijn.

Ad b. Het aantal 60-plussers in de instroom neemt tussen 2006 en 2024 toe met 16.500, dit is grotendeels het gevolg van beleidsmaatregelen. In 2006 was er nog nauwelijks instroom vanuit deze leeftijdsgroep omdat vroegpensioenregelingen een aantrekkelijke uittredingsmogelijkheid boden voor werknemers met gezondheidsproblemen. Het uitfaseren van de vroegpensioenregelingen en later ook het verhogen van de AOW-leeftijd zorgt dat steeds meer mensen na hun 60e jaar doorwerken.[58] Door deze maatregelen neemt niet alleen het aantal werkende 60-plussers toe, maar ook de instroomkans. Een eerste reden is dat de gemiddelde leeftijd van de groep werkende 60-plussers stijgt. Doordat de instroomkans stijgt met de leeftijd, neemt ook de gemiddelde instroomkans toe. Een tweede reden is dat voordat de pensioenmaatregelen werden ingevoerd, relatief gezonde 60-plussers nog aan het werk waren. Werknemers met een slechtere gezondheid en in zware beroepen kunnen door de uitfasering van het vroegpensioen niet meer eerder uittreden. Na het verdwijnen van het vroegpensioen werken ook deze werknemers langer door. Ook door dit samenstellingseffect stijgt de instroomkans.

De pensioenmaatregelen zijn de belangrijkste, maar niet de enige reden voor de stijging van het arbeidsongeschiktheidsrisico van 60-plussers. De instroomkans van 60-plussers stijgt ook door een toegenomen prevalentie van aandoeningen die ook in de jongere leeftijdsgroepen tot een hogere instroom leiden: psychische aandoeningen en post-covid. En door maatregelen om de mismatch van artsencapaciteit te mitigeren. De toename van de instroom door psychische aandoeningen en post-covid is bij 60-plussers echter minder sterk dan bij jongere leeftijdsgroepen. De extra instroom van 60-plussers door post-covid bedraagt ongeveer 1.000. De instroomkans van 60-plussers kan daarnaast ook zijn gestegen doordat de WIA door een deel van de werkgevers en werknemers als route voor vervroegde uittreding wordt gebruikt. Dit risico neemt toe door de 60-plusmaatregel: doordat arbeidsongeschikten van 60 jaar en ouder minder streng worden beoordeeld neemt de kans op oneigenlijk gebruik toe. Berendsen et al. (2025) schatten het directe effect van de 60-plusmaatregel op circa 2.200 extra instroom. De onderzoekers hebben echter geen inschatting gemaakt van een gedragseffect waarbij de soepelere toelatingstoets meer aanvragen uitlokt. Post-covid en maatregelen om de wachtlijstproblematiek te mitigeren komen hierna nog aan de orde. Als we deze factoren buiten beschouwing laten resteert een toename van de instroom door 60-plussers met 13.300.

Ad c. De maatregelen om de wachtlijsproblematiek te beperken zorgen voor een extra instroom van ongeveer 2.500 extra uitkeringen per jaar. Hiervan komt 2.200 voor rekening van de bovengenoemde 60-plusmaatregel en ca. 250 voor rekening van praktisch beoordelen. Bij praktisch beoordelen gaat UWV alleen nog uit van de feitelijke inkomsten uit het werk dat mensen verrichten en vervalt de theoretische schatting. Dit maakt het beoordelen van een aanvraag eenvoudiger, maar heeft ook meer toekenningen tot gevolg. Op basis van een dossieronderzoek schat UWV dat het in 2024 om ongeveer 240 extra toekenningen gaat. Omdat de maatregel op 1 juli 2024 is ingegaan zal deze op jaarbasis tot ongeveer 500 extra instroom leiden.

Naast deze gekwantificeerde effecten is het mogelijk dat de wachtlijstproblematiek ook via andere wegen invloed heeft op de instroom. Zo is het aantal Eerstejaars Ziektewetbeoordelingen (EZWb) en de inzet van verzekeringsartsen bij de ZW-begeleiding sterk afgenomen als gevolg van verschuiving van artsencapaciteit naar de claimbeoordeling. Hiermee is de activerende werking van de Ziektewet voor de vangnetpopulatie verminderd. Ook kan de psychische problematiek verergeren door lange wachttijden voor de claimbeoordeling. Uit clientonderzoek van UWV blijkt dat 84% van de cliënten die lang moeten wachten op een WIA-

58 Het aantal verzekerden in deze leeftijdsgroep stijgt van circa 400.000 in 2004 naar circa 1 miljoen in 2022. Vanwege de wachttijd van 2 jaar is de verzekerdenpopulatie twee jaar vóór instroom de relevante doelgroep.

beoordeling hierdoor (meer) stress ervaren en 57% geeft aan ook fysieke klachten te ervaren.[59] Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat een circa twee maanden langere wachttijd de kans om op langere termijn weer aan het werk te zijn met 3,5% reduceert.[60] De wachttijden liggen nu al hoger. Daarnaast zou de toegenomen werkdruk bij verzekeringsartsen effect kunnen hebben op de beoordelingen zelf. Harde gegevens hierover zijn echter niet voorhanden.

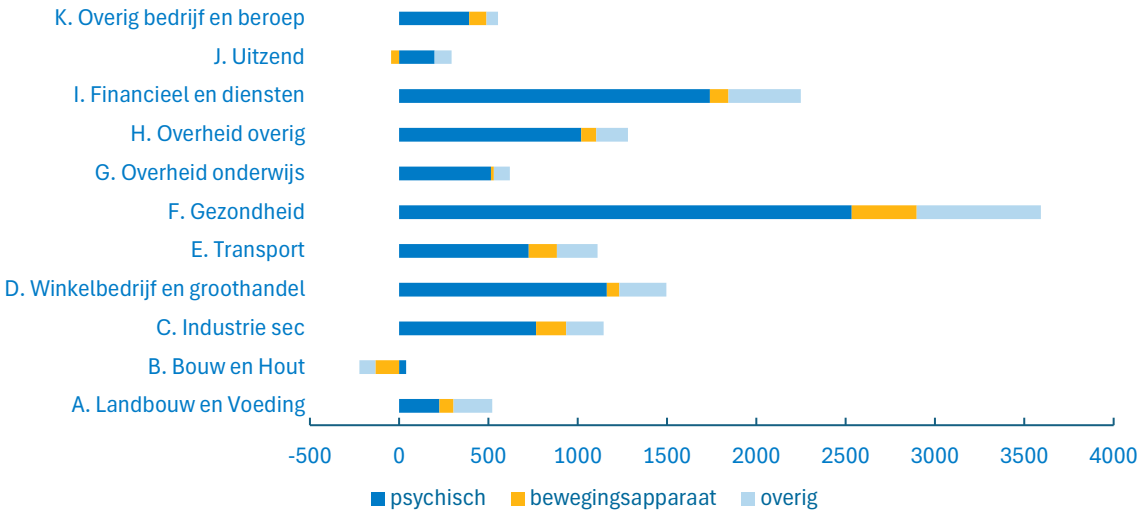
Ad d. De "nieuwe" aandoening post-covid is verantwoordelijk voor ongeveer 5700 extra nieuwe uitkeringen in 2024. Na de coronapandemie bleek dat een deel van de mensen die een besmetting hadden opgelopen langdurig ernstige klachten te houden ("post-covid syndroom"). Dit ziektebeeld is verantwoordelijk voor 22% van de groei in de WIA-instroom tussen 2018 en 2024. De kwartaalgegevens over 2024 geven aan dat de stijging begin 2024 een piek heeft bereikt en vanaf dat moment begint af te vlakken. Het aandeel in de stijging zal dan dalen.

Ad e. Veranderingen in de omvang en samenstelling van het verzekerdenbestand van 60-minners zorgen voor extra instroom van circa 4000 uitkeringen. De verzekerde populatie is sinds de invoering van de WIA gegroeid van 6,8 naar 7,9 miljoen. Daarnaast neemt het aandeel van een aantal groepen met een relatief hoge instroomkans toe. In de periode 2006-2022 is het aandeel vrouwen in de verzekerde populatie toegenomen van 45% naar 49%. Ook nam het aandeel werknemers met flexibele contracten en het aandeel werklozen met een WW-uitkering aanvankelijk toe. Deze groepen hebben een hogere instroomkans dan werknemers met een vast contract. Daarnaast neemt binnen de beroepsbevolking onder de 60 jaar de gemiddelde leeftijd toe en daarmee de gemiddelde instroomkans. Een toename van de werkzame beroepsbevolking kan ook gepaard gaan met een toename van de leeftijdsspecifieke instroomkans, wanneer in een krappe arbeidsmarkt ook mensen met hogere gezondheidsrisico makkelijker aan een baan komen. Dit effect kunnen we echter niet kwantificeren.

Ad f. Tenslotte is er een onverklaarde stijging van de instroomkans van 60-minners (12.000) die vooral voor rekening komt van psychische aandoeningen. Figuur 3.7 laat de toename in de instroom zien als gevolg van de stijging van de leeftijdsspecifieke instroomkans van werknemers jonger dan 60 jaar. Daarbij is de instroom als gevolg van post-covid buiten beschouwing gelaten, omdat de bijdrage daarvan reeds afzonderlijk is gekwantificeerd (5.700 uitkeringen). In de beschikbare detailgegevens was het niet mogelijk om te corrigeren voor statistische vertekening. De gepresenteerde cijfers omvatten daarom zowel de extra instroom die in de periode 2010–2024 is veroorzaakt door een toegenomen instroomkans[61] (5.500 uitkeringen in 2018–2024 en 1.500 uitkeringen in 2010–2018), als de statistische vertekening zelf (5.500 uitkeringen). Uit de tabel blijkt dat psychische aandoeningen de belangrijkste oorzaak zijn van de toegenomen instroomkans onder 60-minners. Ongeveer 75% van de extra instroom in de periode 2010–2024 (inclusief statistische vertekening) — ofwel circa 9.500 uitkeringen — is hieraan toe te schrijven.

59 UWV (2024). Wachten verlichten, het effect van communiceren van wachttijden op clientbeleving.
60 Autor, D., Maestas, N., Mullen, K. & Strand, A. (2015). Does delay cause dacay? The effect of administrative decision time on the labor force participation and earnings of disability applicants. NBER Working Paper 20840.
61 Deze instroomkans is gecorrigeerd voor verschuivingen in de samenstelling naar leeftijd en geslacht van de verzekerdenpopulatie. Deze verschuivingen zijn immers al onder e. meegenomen.

Figuur 3.7 Bijdrage van sectoren en ziektebeelden aan onverklaarde instroom 60-minners (2010-2024)
Bron: UWV, bewerking IBO.



3.4 Verdieping WIA-instroom naar diagnoses en ziektebeelden

Deze paragraaf gaat dieper in op de vraag welke diagnoses en ziektebeelden leiden tot de verhoogde instroom in WIA.[62] Tevens komt hierbij de vraag aan de orde in hoeverre een toename van deze diagnoses uniek zijn voor de WIA-instroom of dat de prevalentie ook breder in de maatschappij toeneemt. Daarnaast is het de vraag of het verblijf in de WIA door deze diagnoses meer tijdelijk zijn of dat bij deze diagnoses een langdurig verblijf in de WIA valt te verwachten. Dit is met name relevant omdat ook bij jongere leeftijdsgroepen een sterke toename van de WIA-instroom optreedt. Hierbij ligt de focus op de instroom van werknemers jonger dan 60 jaar. In deze groep is immers het onverklaarde deel van de instroomstijging te vinden. Daarnaast is bij de leeftijdsgroep 60-plus het aandeel in een relatief groot aantal gevallen de diagnose niet bekend (o.a. door voorschotproblematiek en 60-plusmaatregel).

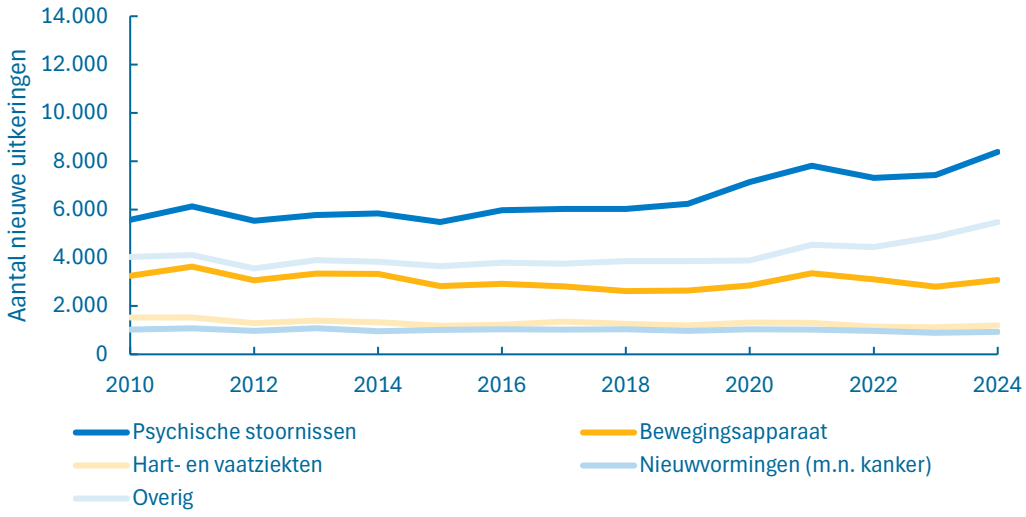
De analyse in deze paragraaf is gebaseerd op de diagnoses die verzekeringsartsen bij de claimbeoordeling registreren. In principe stelt de verzekeringsarts van UWV de diagnose niet zelf, maar neemt hij die meestal over van de behandelend arts. Zijn taak is immers het vaststellen van de functionele mogelijkheden. Dit heeft ook tot gevolg dat als er geen diagnose voorhanden is, er toch ten minste één diagnose moet worden ingevuld; een vooral administratieve handeling. Wanneer meerdere diagnoses bijdragen aan het verlies aan functionele mogelijkheden, registreert de arts de meest bepalende als primaire diagnose; daarop is deze analyse gebaseerd. Daarnaast kan de arts nog twee nevendiagnoses vastleggen. In 2022 betrof 28% van de beoordelingen één diagnose, 29% twee diagnoses en 43% drie diagnoses.[63] Zie ook box 3.2.

Zowel in absolute als in relatieve zin neemt het aantal mensen met een psychische aandoening in de instroom toe. Sinds de invoering van de WIA is dit al de belangrijkste oorzaak van instroom. In 2006 betrof meer dan 35% van de nieuwe WIA-gerechtigden een psychische aandoening. Vanaf 2016 stijgt het absolute aantal nieuwe uitkeringen met deze diagnose; in de

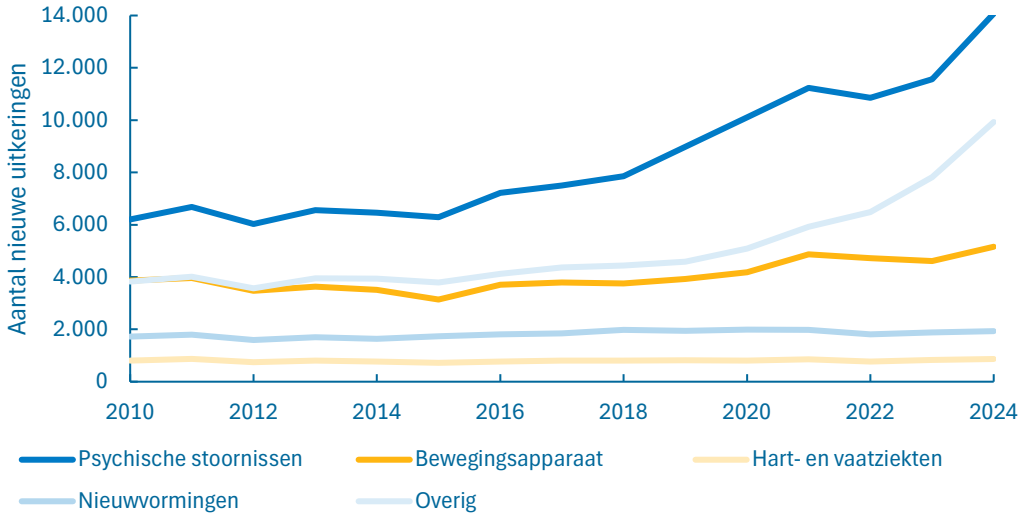
62 Een diagnose is de medische vaststelling van wat iemand mankeert, terwijl een ziektebeeld de verzameling van kenmerkende verschijnselen en symptomen beschrijft die bij die aandoening horen. Post-covid is een voorbeeld van een ziektebeeld.
63 EY (2023). Procesoptimalisatie WIA-claimbeoordeling.

jaren daarvoor nam het aandeel psychische aandoeningen vooral relatief toe, zonder veel groei in absolute zin. Vanaf 2020 is ook een toename zichtbaar in de categorie 'overig', deels door een groeiend aantal werknemers met post-covid. Het aandeel aandoeningen aan het bewegingsapparaat, in 2006 nog goed voor ruim 20% van de instroom, is juist gedaald. Figuur 3.8 en 3.9 tonen de ontwikkeling van de instroom naar diagnose.

Figuur 3.8 Aantal nieuwe WIA-uitkeringen, **mannen** jonger dan 60 jaar
Bron: UWV



Figuur 3.9 Aantal nieuwe WIA-uitkeringen, **vrouwen** jonger dan 60 jaar
Bron: UWV

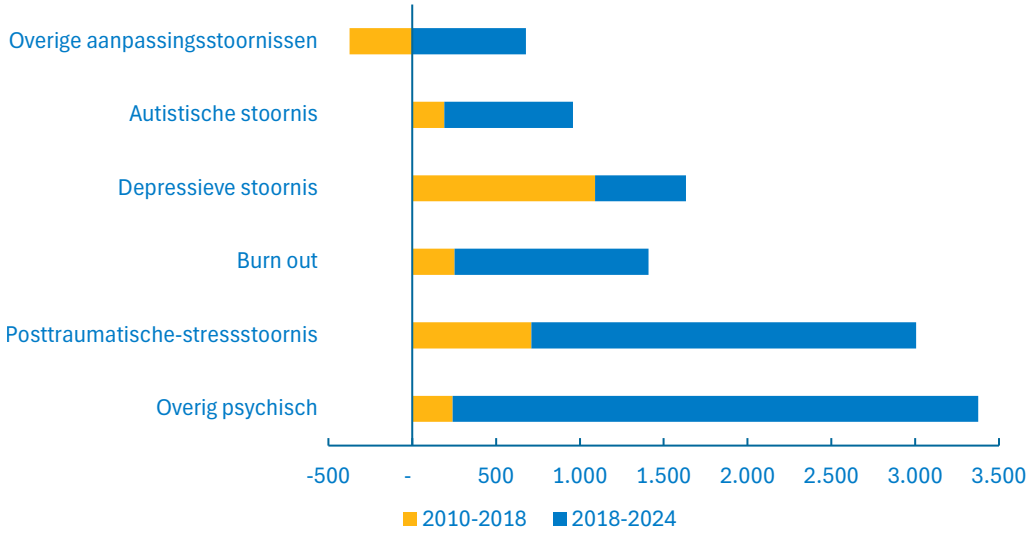


De stijging van de instroom door psychische aandoeningen doet zich vooral voor bij vrouwen. Het aantal vrouwen dat in de WIA terecht komt door een psychische aandoening is in 2024 meer dan verdubbeld ten opzichte van 2010; voor mannen is de toename een-derde. Opvallend is daarnaast dat bij vrouwen de categorie overige aandoeningen sterk toeneemt na 2020. Dit hangt deels samen met post-covid. Post-covid komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen

als bij mannen. Dit wordt nog versterkt doordat het risico op post-covid het grootst in de sectoren zorg en (in iets mindere mate) onderwijs, sectoren waarin relatief veel vrouwen werken.

De instroom door psychische aandoeningen neemt in de periode 2010–2024 het sterkst toe onder mensen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Figuur 3.10 toont de diagnoses en ziektebeelden die het meest bijdragen aan de stijging van de WIA-instroom door psychische aandoeningen. Bijna 30% van deze toename wordt verklaard door de diagnose PTSS. Ook depressie en burn-out dragen in belangrijke mate bij aan de groei van de instroom. Daarnaast is de restcategorie 'overige psychische aandoeningen' sterk toegenomen. Dit is een optelsom van de toename van ziektebeelden die elk voor zich geen grote instroom in de WIA kennen. De belangrijkste toename komt door spanningsklachten, fobieën, angststoornissen, acute stressstoornissen en ADHD/ADD. In Figuur 3.10 wordt onderscheid gemaakt tussen de perioden 2010–2018 en 2019–2024. De laatste periode wordt apart weergegeven, omdat de cijfers hierover met meer onzekerheid zijn omgeven. Het aandeel uitkeringen waarvan de diagnose onbekend is, neemt door de voorschotproblematiek toe van 3% in 2019 tot 12% in 2024.

Figuur 3.10 Toename WIA-instroom 60-minners door psychische aandoeningen (2010-2024)
Bron: UWV



Het aandeel van mensen met een psychische aandoening in het aantal lopende uitkeringen is toegenomen van 36 procent in 2010 naar 43 procent in 2024. Tabel 3.3 geeft het aandeel van de belangrijkste diagnoses weer voor het lopend bestand van de WIA en voor de uitstroom uit de WIA. Het relatieve aantal mensen met kanker, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat neemt juist af. Mensen met psychische aandoeningen hebben een lager aandeel in de uitstroom dan hun vertegenwoordiging in het lopend bestand. In 2024 bestaat 36% van de uitstroom uit mensen met een psychische aandoening, terwijl hun aandeel in het totaal aantal uitkeringen 43% bedraagt. Dit betekent dat ze een lagere uitstroomkans hebben dan gemiddeld.

Deze cijfers duiden erop dat mensen met psychische aandoeningen gemiddeld langer in de WIA blijven dan anderen. Dit wordt bevestigd door onderzoek: 13%[64] van mensen met

64 Dit gaat over uitstroom uit de WIA ongeacht oorzaak. Dit cijfer is niet te vergelijken met het uitstroompercentage in Figuur 3.6, omdat deze alleen gaat over uitstroom uit de WGA door herstel of herbeoordeling.

psychische aandoeningen stroomt binnen vijf jaar uit de WIA (WGA én IVA). Voor aandoeningen aan het bewegingsapparaat is dit 17%, voor hart- en vaatziekten 22% en voor overige somatische aandoeningen eveneens 22%.[65] Omdat veel mensen met psychische aandoeningen al op relatief jonge leeftijd instromen in de WIA is dit een zorgelijke ontwikkeling. Dit duidt erop dat een groeiende groep mensen langdurig afhankelijk wordt van een WIA-uitkering en dus niet meer op eigen kracht aan de samenleving kunnen deelnemen.

Tabel 3.3 Aandelen van diagnoses en ziektebeelden in WIA-bestand en uitstroom
Bron: UWV Kwantitatieve Informatie, diverse jaren.

	LOPENDE UITKERINGEN			BEEINDIGDE UITKERINGEN		
	2010	2017	2024	2010	2017	2024
Nieuwvormingen (m.n. kanker)	8%	7%	6%	17%	15%	10%
psychische aandoeningen	36%	39%	43%	30%	31%	36%
zenuwstelsel	7%	8%	7%	4%	6%	6%
hart- en vaatstelsel	10%	8%	6%	8%	9%	7%
bewegingsapparaat	21%	21%	19%	24%	22%	22%
overig	18%	18%	19%	17%	18%	19%

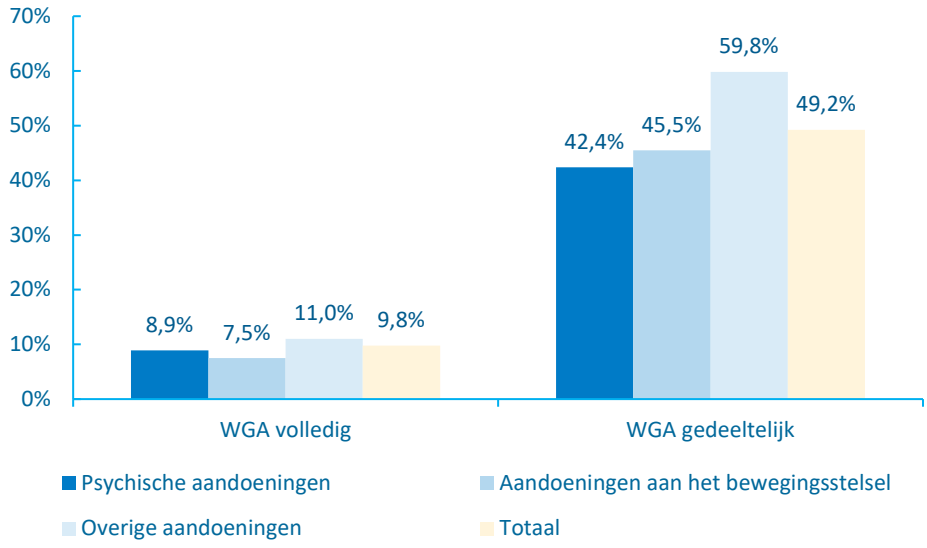
De toegenomen instroom zou minder zorgelijk zijn als deze zou bestaan uit werknemers met mildere aandoeningen en een grotere kans op werk, maar dit blijkt niet het geval. In onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam in opdracht van dit IBO (zie box 3.3 en bijlage 9) is gekeken of de kans op werk bij recentere instroomcohorten is toegenomen. Hiervoor hebben zij gebruik gemaakt van de *Work Ability Index,* die de kans op werk voor een individu berekent op basis van demografische en gezondheidskenmerken. De kans op werk is tussen 2014 en 2022 voor de verschillende instroomcohorten niet veranderd. Dit zou kunnen worden verklaard door het feit dat de toename van de WIA-instroom grotendeels bestaat uit mensen met psychische problemen voor wie het lastiger is het werk te hervatten.

WGA-ers met een psychische aandoening zijn minder vaak aan het werk dan mensen met een andere diagnose. Figuur 3-11 laat zien dat in 2022 ruim 42% van de gedeeltelijk arbeidsongeschikte WGA-ers met een psychische aandoening in loondienst werkt. Dit is iets lager dan het gemiddelde van mensen met een aandoening aan het bewegingsapparaat, maar fors lager dan onder mensen met een andere aandoening. Van de volledig arbeidsongeschikte WGA-ers is bijna 9% van de mensen met een psychische aandoening werkzaam is in loondienst, terwijl gemiddeld bijna 10% van de volledige arbeidsongeschikte WGA-ers bij een werkgever aan het werk is. WGA-ers met een psychische aandoening zijn daarentegen wel iets vaker aan het werk als zelfstandige. Van deze groep werkt in 2022 bijna 11% als zelfstandige, terwijl van gedeeltelijke arbeidsongeschikten met andere aandoeningen nog geen 8% werkt als zelfstandige.[66] Dit kan erop duiden dat het voor mensen met een psychische aandoening lastiger is om een baan in loondienst te krijgen. Maar het kan ook dat een deel van de groep meer behoefte heeft aan autonomie en eigen regie over werk en werktijden en daarom kiest voor zelfstandigheid. Overigens is de werkhervattingskans voor jongere arbeidsongeschikten met psychische klachten wel iets hoger

65 Louwerse et al. (2018). Characteristics of individuals receiving disability benefits in the Netherlands and predictors of leaving the disability benefit scheme: a retrospective cohort study with five-year follow-up. BMC Public Health (2018) 18:157.
66 Bepaald op basis van de belastingaangifte: iemand heeft gedurende het jaar inkomen als zelfstandige ontvangen. Niet bekend is of iemand het hele jaar of een gedeelte van het jaar actief was als zelfstandige.

dan voor oudere groepen. Arbeidsongeschikten onder de 35 jaar hebben een 30% hogere kans om het werk binnen 5 jaar te hervatten dan arbeidsongeschikten tussen de 40 en de 50 jaar.[67]

Figuur 3.11 Aandeel werkenden in de WGA naar diagnose en ziektebeeld, 2022
Bron: UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.



Box 3.2. Makkelijk versus moeilijk objectiveerbare aandoeningen

Het aandeel zogenoemd moeilijk objectiveerbare aandoeningen neemt toe, vooral als gevolg van de stijging van het aandeel psychische aandoeningen. Veel aandoeningen zijn relatief eenvoudig te objectiveren; er is medisch substraat (foto, scan of bloeduitslag). Er zijn echter ook aandoeningen of klachten die niet op basis van waarneming of meting zijn vast te stellen. De arts moet in dit geval in belangrijke mate varen op de klachten en ervaren belemmeringen die de cliënt hierover naar voren brengt. De arts beoordeelt of deze klachten logisch samenhangen en aansluiten op wat er aan gedeelde vakkennis voorhanden is en bepaalt vervolgens de functionele beperkingen.

Ten behoeve van de WAO-herbeoordelingen is in 2004 door verzekeringsartsen en medisch adviseurs van UWV een indeling gemaakt in moeilijk objectiveerbare aandoeningen en makkelijk objectiveerbaar aandoeningen. Aandoeningen die als moeilijk objectiveerbaar zijn beoordeeld, zijn vaak psychische klachten, zoals spanningsklachten en angststoornissen, maar soms ook lichamelijke klachten zoals vermoeidheid en bepaalde soorten pijnklachten. Voorbeelden van moeilijk objectiveerbare aandoeningen zijn: whiplash, chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS/ME), fibromyalgie, somatisatiestoornis, de ziekte van Lyme, Q-koorts en ondertussen ook het post-covid syndroom. Ook deze aandoeningen hebben invloed op de mate waarin mensen een resterende verdiencapaciteit hebben.

Makkelijk objectiveerbare aandoeningen zijn vooral lichamelijke aandoeningen, maar ook enkele psychische aandoeningen zoals bijvoorbeeld schizofrenie. Hiervan is het effect op arbeidsongeschiktheid objectiever vast te stellen. Op basis van de indeling uit 2004 heeft UWV op

67 UWV cijfers aangeleverd voor dit IBO.

verzoek de ontwikkelingen in beeld gebracht. Daaruit blijkt dat het aantal moeilijk objectiveerbare aandoeningen toeneemt van ca. 14.000 in 2010 naar 20.000 in 2019. Het grootste deel van deze toename (5.000) komt voor rekening van psychische aandoeningen. Na 2019 is er sprake van een sterke groei van het aantal uitkeringen waarvan de objectiveerbaarheid niet bekend is. Dit komt door de voorschotproblematiek, de 60-plusregeling en post-covid (bestond nog niet in 2004 en is daarom niet ingedeeld). Een goede monitoring van moeilijk en makkelijk objectiveerbare aandoeningen is na 2020 daardoor niet mogelijk. De aantallen worden ook niet meer standaard bijgehouden.

Op het onderscheid tussen moeilijk en makkelijke objectiveerbare aandoeningen is veel af te dingen en het onderscheid wordt in de praktijk ook niet gebruikt. De indeling zelf is weliswaar ooit vastgesteld, maar verzekeringsartsen kunnen verschillende opvattingen hebben over de mate waarin het vaststellen van een aandoening objectiveerbaar is. Daarnaast is de indeling gebaseerd op een classificatie die is gemaakt in 2004. Deze is deels verouderd en wordt nu ook niet meer gebruikt in het beoordelingsproces. Door ontwikkelingen in de medische wetenschap kan ook de objectiveerbaarheid van een aandoening over de tijd veranderen. Ook gaat de indeling naar moeilijk en makkelijk objectiveerbare aandoeningen voorbij aan het feit dat ook bij ziekten waar wel een objectieve diagnose bast te stellen is, sommige mensen meer of minder belemmeringen kunnen hebben of ervaren dan bij de diagnose past; het is daarom beter te spreken van moeilijk objectiveerbare klachten. Vaak is ook sprake van samenspel van verschillende aandoeningen en klachten. Vanuit het perspectief van het vaststellen van beperkingen van mensen is een hard onderscheid tussen moeilijk en makkelijk objectiveerbare aandoeningen dus niet gerechtvaardigd.[68] Dit onderwerp komt terug als in hoofdstuk 6 over WIA-beoordelingsproces.

De toename van psychische aandoeningen in de WIA staat niet op zichzelf, maar weerspiegelt bredere maatschappelijke ontwikkelingen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat meer mensen psychische problemen ervaren, vaker een beroep doen op zorg of andere voorzieningen en vaker verzuimen op het werk. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) concludeert in een recent rapport dat onze 'hypernerveuze samenleving' de mentale gezondheid onder druk zet.[69] Volgens de RVS laten onderzoeken zien dat de mentale gezondheid sinds 2007 is verslechterd of op zijn best stabiel is gebleven. Ook het RIVM (2023) constateert dat de mentale gezondheid van werkenden in de periode 2010–2020 is afgenomen, vooral onder jongvolwassenen tot 35 jaar.[70] Het IBO naar Mentale Gezondheid en GGZ komt tot vergelijkbare conclusies.[71] Op basis van het NEMESIS-onderzoek stelt het vast dat de mentale gezondheid van Nederlanders in het afgelopen decennium is verslechterd, met name onder jongere generaties. Dit blijkt niet alleen uit subjectieve gezondheidservaringen, maar ook uit het toegenomen gebruik van specialistische ggz: tussen 2016 en 2021 nam dit gebruik onder 18- tot 30-jarigen toe met 17%, bij 30- tot 50-jarigen met 2,5%, terwijl het bij ouderen juist daalde. Deze stijging lijkt eerder een generatie- dan een leeftijdseffect. Als dat ook geldt voor de toename van psychische aandoeningen, zal de problematiek in de toekomst verder toenemen.

Ook gegevens over het ziekteverzuim laten een stijging van het verzuim door psychische klachten zien, vooral onder jongere leeftijdsgroepen. Zo blijkt uit de NEA (op basis van zelfrapportage door werknemers) dat het aandeel van psychische klachten in het ziekteverzuim

68 Spanjer, Jerry (2018). Wat is lastig bij de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten? Tijdschrift voor Bedrijfsverzekeringsgeneeskunde, nr. 6.
69 Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2025). Op de rem! - Voorbij de hypernerveuze samenleving.
70 RIVM (2023). Gezondheid van werkenden in Nederland. Ontwikkelingen tussen 2012 en 2020.
71 Rijksoverheid (2025). Uit balans. IBO mentale gezondheid en GGZ.

van werknemers tussen 25 en 35 jaar is gestegen van 5,7% in 2014 naar 11,1% in 2021.[72] [73] In de jaren daarna stijgt dit aandeel verder door, maar zijn de cijfers door wijzigingen in het onderzoek niet meer vergelijkbaar met eerdere perioden. Bij oudere leeftijdsgroepen doet zich eveneens een stijging voor, maar deze is minder sterk. Registratiecijfers van arbodiensten laten eveneens een sterke stijging van verzuim door stressgerelateerde klachten zien. ArboNed constateert een stijging van 36% in de afgelopen 5 jaar.[74] Vooral in de leeftijdsgroepen tussen 25 en 45 jaar is het aantal stressgerelateerde verzuimdagen hoog, bijna een derde van de verzuimdagen is stressgerelateerd.

De verslechtering van de mentale gezondheid van jongere werknemers biedt geen verklaring voor de man-vrouw verschillen in de WIA-instroom. De verslechtering van de mentale gezondheid van jongere werknemers doet zich volgens diverse bronnen in ongeveer dezelfde mate voor bij mannen als bij vrouwen.[75] Wel komen psychische problemen vaker voor bij (jonge) vrouwen dan bij (jonge) mannen. Omdat vrouwen al gemiddeld vaker psychische klachten hadden zou het kunnen dat bij eenzelfde verslechtering vrouwen eerder arbeidsongeschikt raken.

De toename van uitval door psychische klachten komt voort uit een samenspel van maatschappelijke, werkgerelateerde en individuele factoren. Dat komt ook naar voren in de gesprekken die we voor dit rapport hebben gevoerd. In de samenleving is steeds meer nadruk komen te liggen op persoonlijke verantwoordelijkheid en zelfsturing, terwijl de prestatiedruk en het tempo van het dagelijks leven blijven toenemen. Veel mensen ervaren dat ze voortdurend moeten presteren en moeite hebben om aan steeds hogere verwachtingen te voldoen. Onder jongere werknemers, vooral theoretisch opgeleiden, spelen daarnaast specifieke stressfactoren. Uit TNO-onderzoek blijkt dat zij vaak een hoge werkdruk ervaren, moeite hebben werk en privé te combineren en het gevoel hebben altijd bereikbaar te moeten zijn. Ook sociale media versterken de druk: anderen lijken het beter te doen, wat leidt tot gevoelens van onzekerheid en de behoefte om voortdurend positief en succesvol over te komen. Financiële onzekerheid, beperkte carrièrekansen, zorgen over de huizenmarkt en maatschappelijke crises zoals de coronapandemie, klimaatverandering en oorlog dragen ook bij aan mentale belasting. Naast deze externe factoren kunnen persoonlijke eigenschappen en omstandigheden een rol spelen. Kenmerken als perfectionisme, overbetrokkenheid of een lage emotionele stabiliteit vergroten de kans op stress, net als een slechte match tussen persoon en functie of ingrijpende gebeurtenissen in de privésfeer, zoals langdurige ziekte van een kind of mantelzorg. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat we als samenleving nog onvoldoende weten hoe we met deze problematiek moeten omgaan. Het beleid lijkt ook onvoldoende aan te sluiten op de aard van de psychische klachten.[76]

[72] *TNO (2023). Burnout-klachten onder jonge werknemers. Een groeiend probleem?*
[73] *Dit cijfer ziet alleen op de frequentie van verzuim, een keer verzuimen door griep telt even zwaar als een keer verzuimen door psychische klachten. De gemiddelde duur van verzuim door psychische klachten is echter veel langer. Door een wijziging in meetmethode zijn cijfers na 2021 niet meer vergelijkbaar met eerdere jaren.*
[74] *Verzuim door stress blijft toenemen | Werkgever | ArboNed, persbericht 23 september 2025, geraadpleegd 22-10-2025.*
[75] *RIVM (2023) en CBS-Gezondheidsmonitor, geciteerd in Rijksoverheid (2025).*
[76] *Rijksoverheid (2025). Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz.*

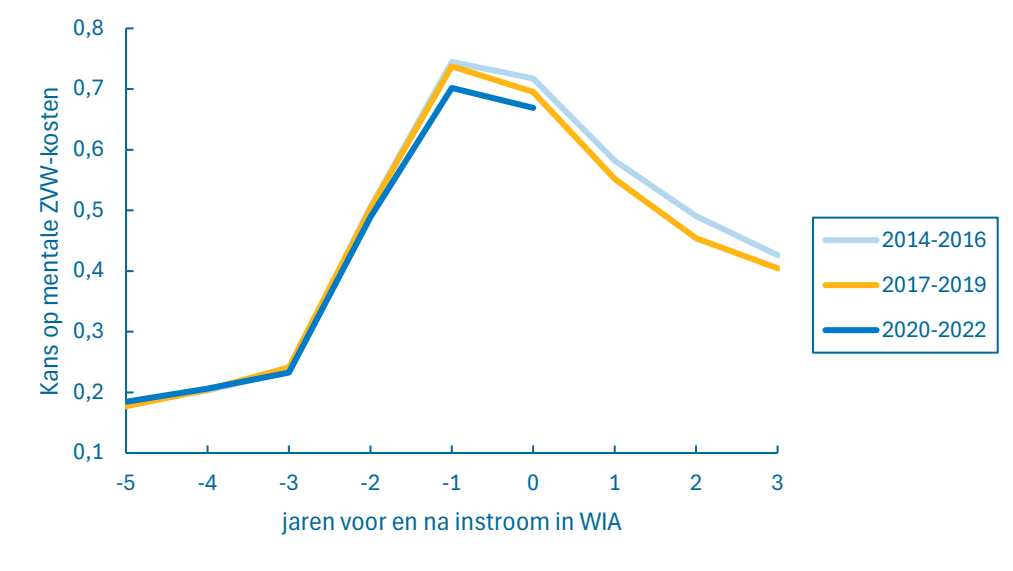
Box 3.3. De relatie tussen stijging WIA-instroom en ontwikkeling in zorgkosten

Is de toename van de instroom een reflectie van een verslechterende gezondheid van de beroepsbevolking of stromen er meer mensen met lichtere gezondheidsklachten in? Om hier meer inzicht in te krijgen heeft de Vrije Universiteit Amsterdam een onderzoek uitgevoerd in opdracht van dit IBO (zie bijlage 9). In dit onderzoek worden de zorgkosten binnen de Zorgverzekeringswet als een proxy genomen voor de gezondheidssituatie van mensen die de WIA instromen. Op basis van grootschalige administratieve bestanden van het CBS wordt de medische consumptie in de jaren rondom de instroom vergeleken voor cohorten die tussen 2014 en 2022 zijn ingestroomd in de WIA. Hieruit komt naar voren dat dat de gemiddelde ziektekosten, vergeleken met de bevolking tussen 18 en 67 jaar, zijn afgenomen over de WIA-instroomcohorten. De onderzoekers concluderen hieruit dat de toename in de instroom gepaard lijkt te zijn gegaan met extra instroom van mensen met een lichter ziektebeeld. Deze ontwikkeling is sterker is geweest bij vrouwen, voormalige WW-ers, sectoren met dienstverlening. Bij WIA-instroomcohorten onder de 35 jaar, een groep waar de instroomkans relatief sterk is gestegen, lijkt niet of nauwelijks sprake van een trend van lagere relatieve zorgkosten; dit is wel het geval bij 35-plussers. Deze resultaten kunnen vertekenen, omdat het aandeel van mentale aandoeningen in de instroom is toegenomen en de kosten van het behandelen van mentale aandoeningen relatief laag zijn.

Daarom is in het onderzoek specifiek gekeken naar de ontwikkeling van mentale zorgkosten voor WIA-aanvragers met mentale aandoeningen. Onderstaande grafiek laat het verloop van de mentale zorgkosten rondom de WIA beoordeling zien. Gemiddeld maakt ca. 20% van de WIA-instroom 5 jaar voorafgaand aan de instroom mentale zorgkosten. Dit loopt op tot 70% tijdens de ziekteperiode en daalt daarna geleidelijk tot zo'n 40% 3 jaar na instroom. Een dergelijk verloop zien we ook terug bij andere ziektebeelden. Tijdens de ziekteperiode nemen de kosten sterk toe omdat dan meestal een intensieve behandeling plaatsvindt. Daarna nemen de kosten af omdat vervolgbehandelingen minder intensief zijn of omdat verdere behandelingen het ziektebeeld niet meer verbeteren of omdat men hersteld is. De figuur laat zien dat het aandeel mensen met mentale zorgkosten in recentere instroomcohorten is afgenomen. Bij een nadere uitsplitsing blijkt dit patroon het meest duidelijk bij stressgerelateerde aandoeningen en overige psychische aandoeningen (niet zijnde angst-, stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen).

Deze resultaten kunnen erop duiden dat in recente jaren mensen met mildere klachten de WIA zijn ingestroomd. Dat zou kunnen betekenen dat claimbeoordelingen in de loop van de tijd soepeler zijn geworden. Echter: lagere zorgkosten kunnen ook veroorzaakt zijn door verminderde toegang tot de zorg als gevolg van wachtlijsten. Of door minder goede re-integratiebegeleiding waardoor de kans op een WIA-aanvraag toeneemt bij mensen die eerder nog terug aan het werk gingen. Of verzekeringsartsen zijn niet soepeler gaan beoordelen, maar is er sprake van een slechtere mentale gezondheid. Deze paragraaf laat vooral zien dat de toegenomen WIA-instroom door psychische aandoeningen gepaard gaat met een slechtere mentale gezondheid van de beroepsbevolking.

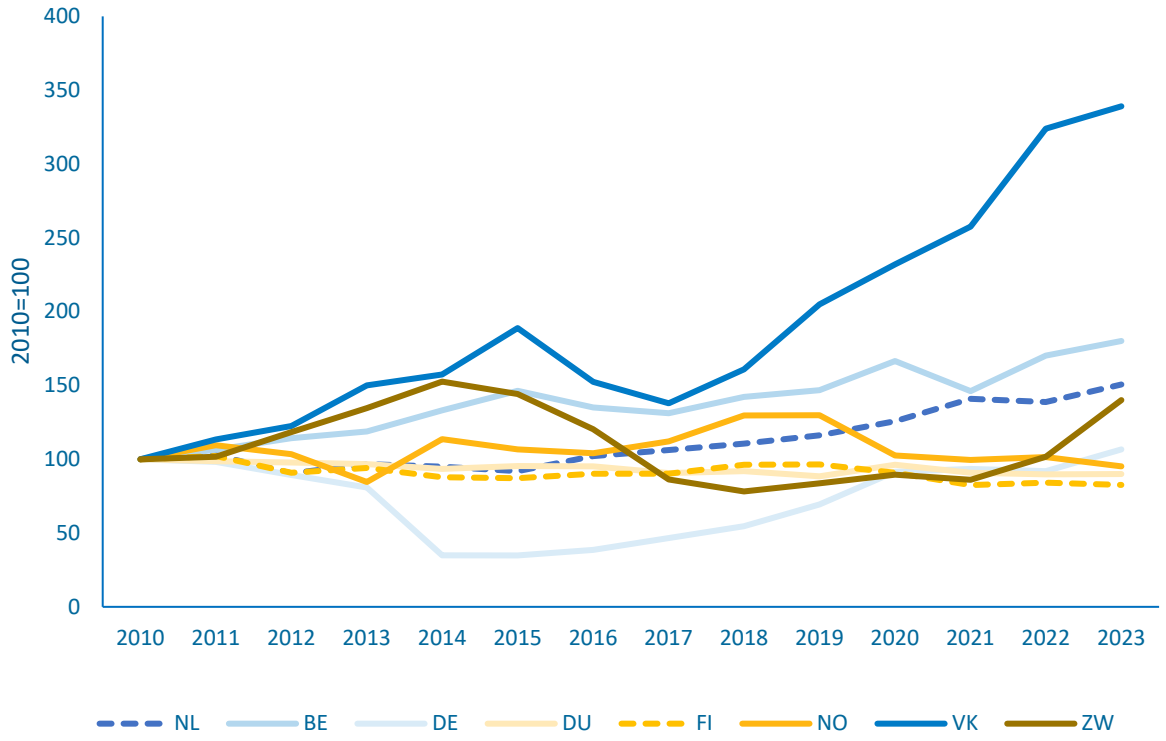
Figuur: Kans op mentale Zvw-kosten van WIA-instroomcohorten met mentale aandoeningen in jaren rond toekenning uitkering



3.5 Internationale ontwikkelingen

Meerdere landen hebben te maken met een sterk stijgende instroom in de arbeidsongeschiktheidsregelingen. Figuur 3.12 laat de ontwikkeling in de instroom sinds 2010 zien voor onze buurlanden (België, Duitsland en Verenigd Koninkrijk) en de Scandinavische landen. Dit zijn landen die relatief goed vergelijkbaar zijn met Nederland. Om ontwikkelingen tussen landen vergelijkbaar te maken is voor alle landen de instroom in 2010 op 100 gesteld. België, Denemarken, Zweden en het Verenigd Koninkrijk kennen een sterke toename van het aantal nieuw toegekende arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. In Denemarken was aanvankelijk sprake van een sterke daling na een stelselhervorming in 2013. Doel van de hervorming was onder andere dat arbeidsongeschikten jonger dan 40 jaar met een re-integratietraject terug naar de arbeidsmarkt zouden worden geleid. Dit heeft niet het beoogde resultaat gehad. Tussen 2015 en 2023 is de instroom in Denemarken meer dan verdrievoudigd. Het aantal mensen onder de 40 jaar in de instroom is sterk toegenomen. Daarnaast stijgt de instroom in Denemarken ook als gevolg van de het verhogen van de pensioenleeftijd. In Noorwegen en Finland is juist sprake van een daling van het aantal nieuwe uitkeringen. In Duitsland is de instroom redelijk stabiel gebleven.

Figuur 3.12 Ontwikkeling in instroom in een aantal Noord-Europese landen, 2010=100[77]
Bronnen: UWV (NL), RIZIV (BE), Nordic Welfare and Health Statistics (DE, FI, NO, ZW), Deutsche Rentenversicherung (DU), Office for Budget Responsibility (VK).[78]



De toename van psychische aandoeningen in de WIA-instroom is geen uniek Nederlands verschijnsel en is ook niet inherent verbonden aan ons stelsel. Het past in een bredere, internationale, trend. In België is in de private sector het aantal invaliditeitsuitkeringen aan mensen met psychische aandoeningen tussen 2018 en 2023 met 30% gestegen, terwijl de gemiddelde stijging voor alle diagnoses in dezelfde periode 23% bedroeg.[79] Met name het aantal uitkeringen vanwege depressie en burn-out nam hier sterk toe, voor burn-out was de stijging zelfs 70%. Vrouwen en jongere leeftijdsgroepen zijn in deze toename oververtegenwoordigd. In Denemarken groeit de instroom van mensen onder de 40 jaar en binnen deze groep groeit het aandeel dat instroomt vanwege een psychische aandoening. In 2022 stroomde 77% van de mensen onder de 40 jaar in vanwege een psychische aandoening, tien jaar eerder was dit nog 61%. Overigens is in 2024 de instroom van jonge werknemers voor het eerst in lange tijd iets gedaald.[80] Finland kent weliswaar een daling van de instroom in de arbeidsongeschiktheid, maar ook daar neemt het aandeel van uitkeringen vanwege psychische aandoeningen toe.[81] In Duitsland steeg het aantal nieuwe arbeidsongeschikten met psychische aandoeningen vooral in het laatste decennium van de vorige eeuw en het eerste decennium van deze eeuw. Omdat de instroom door andere oorzaken in die juist daalde is het aandeel van psychische aandoeningen in de instroom fors toegenomen. Bij mannen is dit aandeel gestegen van 15% in 1995 naar 33% in 2010, bij

77 België exclusief ambtenaren, VK: exclusief Noord-Ierland, Duitsland: alleen risque social.
78 Nordic Welfare and Health Statistics: https://nhwstat.org/welfare/disability/disability-pension-recipients, tabel DISAB03, geraadpleegd 9/7/2025; Deutsche Rentenversicherung (2024). Rentenversicherung in Zeitreihen; Office for Budget Responsibility (2024). Welfare Trends Report. Data voor België aangeleverd op verzoek door Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering.
79 Bron: Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering, Arbeidsongeschiktheid in 2023: Hoeveel mensen in invaliditeit door depressie of burn-out? Hoeveel kost dat aan uitkeringen?, RIZIV, geraadpleegd 9/7/2025).
80 Fewer young Danes took early retirement in 2024 for the first time in a decade - European Pensions.
81 https://tilastot.etk.fi/pxweb/en/ETK/ETK__120tyoelakkeensaajat__40tyoelakkeelle_siirtyneiden_lkm/elsi_t10_tk_diag.px/table/tableViewLayout1/, geraadpleegd 26/6/2025.

vrouwen van 24% naar 46%. Vanaf 2010 zijn deze aandelen relatief stabiel.[82] In Engeland en Wales is het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering tussen 2019 en 2024 is gestegen met 0,9 miljoen naar 2,9 miljoen: 1 op de 13 mensen in de leeftijd van 16-64 jaar. Voor meer dan de helft vormen mentale gezondheidsproblemen de belangrijkste oorzaak. Het aantal mensen dat dat onder behandeling is in de geestelijke gezondheidszorg nam in de periode 2019-2023 met meer dan een-derde toe.[83]

3.6 Toekomstige ontwikkelingen

Op verzoek van de OCTAS heeft het ministerie van SZW een technische langetermijnprognose opgesteld van de ontwikkeling van de WIA tot 2060. Als uitgangspunt is de situatie in 2022 genomen. Per leeftijdsgroep en geslacht is berekend hoe groot de kans is dat iemand binnen een jaar instroomt in de WIA. Deze kansen zijn in de prognoseperiode constant verondersteld. Dat betekent dat de uitkomsten uitsluitend worden bepaald door wijzigingen in de omvang en samenstelling van de beroepsbevolking. Hierbij is ook het effect van de verwachte verhoging van de AOW-leeftijd expliciet meegenomen. De prognose is dus technisch en mechanisch van aard en houdt geen rekening met actuele of toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen, zoals eerder in dit hoofdstuk en elders is besproken.

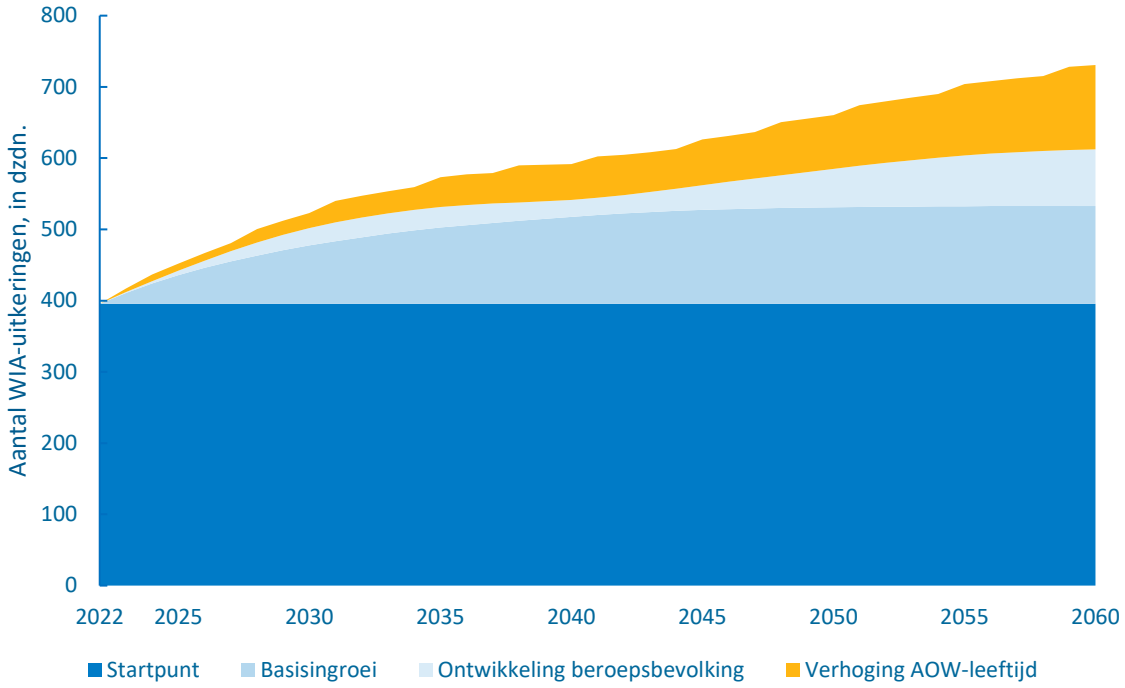
In de lange termijnprognose groeit het aantal WIA-uitkeringen van 400.000 in 2022 naar circa 700.000 in 2060. Drie factoren bepalen deze toename: verdere ingroei van het stelsel, ontwikkelingen in de beroepsbevolking en verhoging van de AOW-leeftijd. Figuur 3.13 toont de bijdrage van deze factoren aan de groei van het aantal WIA-uitkeringen. Het aantal WIA-uitkeringen groeit allereerst omdat het stelsel nog in opbouw is. Dit leidt tot een toename van 120.000 uitkeringen. Deze vervangen als het ware de 180.000 WAO-uitkeringen die in 2022 nog werden verstrekt aan mensen die vóór 2006 arbeidsongeschikt zijn geworden.[84] Daarnaast neemt het aantal uitkeringen met 80.000 toe door de groei van beroepsbevolking en door de vergrijzing van de beroepsbevolking. Zoals eerder besproken hebben oudere werknemers een grotere kans om de WIA in te stromen. Tenslotte wordt rekening gehouden met een verhoging van de AOW-leeftijd van drie jaar ten opzichte van 2022. Dit leidt tot een additionele toename van het aantal uitkeringen in 2060 met 120.000.

Omdat de prognose uitgaat van constante leeftijdsspecifieke instroomkansen wordt het aantal arbeidsongeschikten op lange termijn vermoedelijk onderschat. Ten opzichte van het basisjaar 2022 zijn de instroomkansen voor met name jonge vrouwen aanzienlijk gestegen en liggen voor 2024 hoger dan waar in de prognose vanuit is gegaan. In 2024 was de instroom in absolute aantallen 25% hoger dan in 2022 (69.000 versus 55.000). Het is aannemelijk dat de instroom in de WIA verder zal stijgen door een toename van het aantal werknemers met psychische problemen. Het aantal werknemers dat spanningsklachten ervaart neemt nog steeds toe. Daarnaast verwachten RIVM en TNO dat een aantal maatschappelijke ontwikkelingen de psychosociale arbeidsbelasting (psa) in de toekomst verhogen.[85] Zo zal door de arbeidsmarktkrapte de werkdruk waarschijnlijk toenemen. Omdat werknemers steeds ouder

82 Deutsche Rentenversicherung (2024). Rentenversicherung in Zeitreihen.
83 Institute for Fiscal Studies (2025). The role of changing health in rising health-related benefit claims.
84 In 2022 werden er voor WAO en WIA samen 580.000 uitkeringen verstrekt. Als in 2060 de opbouw van de WIA voltooid is en de WAO volledig uitgefaseerd is, worden er 520.000 WIA-uitkeringen verstrekt.
85 RIVM-TNO (2024). De impact van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychosociale arbeidsbelasting van werkenden. RIVM & TNO-rapport 2024-0020.

worden neemt ook het aantal werknemers dat mantelzorg moet verlenen toe. Ook de toegenomen prestatiedruk onder jongere generaties is een risico op een verhoogde psa.

Figuur 3.13 Prognose van het aantal WIA uitkeringen 2022-2060 (x 1000).



Zonder ingrijpende maatregelen kan de wachtlijstproblematiek ertoe leiden dat het aantal WIA-uitkeringen toeneemt. Volgens de raming van UWV van medio 2025 zal het aantal aanvragers dat moet wachten op een beoordeling toenemen van circa 20.000 in 2024 naar ongeveer 200.000 in 2030 (zie hoofdstuk 5). De instroom in de WIA zal volgens de SZW-volume prognose na 2030 nog blijven stijgen zoals te zien is in Figuur 3-13. De discrepantie tussen benodigde en beschikbare artsencapaciteit zal zonder ingrijpende maatregelen toenemen. Dit vraagt om herprioritering binnen de bestaande taken, maar dit alleen is onvoldoende. Aanvullende dempingsmaatregelen door beleidsmatige aanpassing van de WIA zijn noodzakelijk. De kans is aanwezig dat daarbij keuzes moeten worden gemaakt die tot extra instroom leiden. Zo zal het voor langere periode uitvoeren van 60-plusmaatregel ertoe kunnen leiden dat werkgevers en werknemers de WIA meer gaan gebruiken als een vervroegde uittredingsroute. Dat is ongewenst.

Het is aannemelijk dat er in de toekomst meer mensen met een slechtere gezondheid aan het werk gaan. Door de krapte op de arbeidsmarkt zullen werkgevers vermoedelijk meer mensen met een slechtere gezondheid of een gebrek aannemen. Ook groeit het aantal werkenden vanuit de banenafspraak nog steeds en ook de instroomkans van mensen uit de banenafspraak stijgt nog. De verwachting is dat in de toekomst een groter aantal mensen uit de banenafspraak de WIA instroomt. De krapte op de arbeidsmarkt leidt er ook toe dat van mensen die werken steeds meer wordt gevraagd wat de kans op uitval kan vergroten. Breder geldt dat er steeds meer mensen met (meerdere) chronische ziekten of andere langdurige klachten zijn, wat effect kan hebben op hun functioneren. Het traditionele beeld dat gezonde mensen maximaal werken en andere mensen ziek zijn en niet werken raakt daarmee steeds meer achterhaald. Tegen deze achtergrond is de WRR het adviestraject “Meedoen met gezondheidsopgaven” begonnen. Zonder aanvullende inzet van werkgevers en werknemers op preventie zal de instroomkans in de WIA in de toekomst toenemen. Dat is het onderwerp van het volgende hoofdstuk.

4. Preventie en re-integratie in de ziekteperiode

Hoofdpunten

- De Wet verbetering Poortwachter, de loondoorbetalingsverplichting en de WGA-premiedifferentiatie zijn bewezen effectief geweest in de vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Wel loopt het verzuim ondertussen op en ligt deze weer op een vergelijkbaar niveau als aan het begin van deze eeuw.
- Ziekteverzuim kost de Nederlandse samenleving meer dan 8 miljard euro per jaar. "Het ontstaan van verzuim is als het ware het bewijs van falen van preventie".
- Maatregelen die het (langdurig) ziekteverzuim verlagen hebben een sterke hefboomwerking richting de WIA. Ongeveer 0,5 procent van het verzuim leidt uiteindelijk tot een WIA-aanvraag. Als dat verlaagd kan worden naar 0,4 procent, dan neemt het aantal WIA-aanvragen met 20 procent af.
- De Arbowet legt preventieverplichtingen op (Risico-Inventarisatie en -Evaluatie, (RI&E) preventiemedewerker, basiscontract), maar in de praktijk blijft naleving en kwaliteit achter - vooral bij kleine bedrijven - en is er in basiscontracten nog weinig aandacht voor structurele vormgeving van preventie van verzuim. Werkgevers zijn vaak intrinsiek gemotiveerd om goed te doen voor hun werknemers, verschillende redenen vormen de oorzaak waardoor preventie niet goed ingepast wordt in de bedrijfsvoering.
- Hoewel preventie wettelijk is verankerd, hebben betrokken werkgevers, arbodiensten en verzekeraars meer aandacht voor verzuimbegeleiding en re-integratie. Daarnaast zorgen onduidelijke opbrengsten, scheve baten-lastenverdeling en gefragmenteerde bepalingen in de wet- en regelgeving tot minder preventie dan gewenst.
- De arbodienstverleningsmarkt werkt onvolkomen. Het is voor werkgevers lastig goed zicht te krijgen op de kwaliteit van arbodienstverlening, zeker ten aanzien van preventie. De overheid stelt algemene kwaliteitseisen aan arbodiensten en stimuleert transparantie in de markt, maar houdt geen direct toezicht op arbodienstverleners.
- Een aanbeveling is dat arbodiensten en bedrijfsartsen overtredingen, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van een goede RI&E, of onveilige situaties moeten melden bij de Arbeidsinspectie. Dit kan ook de onafhankelijkheid van bedrijfsartsen versterken.
- Gemiddeld genomen geldt: hoe langer de ziekte duurt, hoe kleiner de kans op succesvolle re-integratie bij de eigen werkgever (eerste spoor). Re-integratie via een andere werkgever (tweede spoor) is minder succesvol. Als er geen band meer is met werkgever – bij een deel van de vangnetters – is de kans op re-integratie lager.
- Vangnetters lopen een groter risico op langdurig verzuim, vooral door beperkte investeringen en begeleiding van voormalige werkgevers en beperktere effectiviteit van UWV in de re-integratie van deze groep, die kwetsbaar is op de arbeidsmarkt.
- Door de capaciteitsproblemen bij UWV worden veel minder EZWb's (Eerstejaars ZW-beoordelingen uitgevoerd). Dit leidt tot meer WIA-instroom.
- De verschillende onderdelen van de zorg werken te veel naast elkaar; soepelere gegevensuitwisseling, meer arbeidsgerichte zorg in de curatieve keten, structureel overleg tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts en een expliciete bekostiging voor arbo-curatieve samenwerking kunnen preventie, herstel en terugkeer naar werk verbeteren.

Werkende mensen zijn over het algemeen gezonder dan mensen zonder werk.[86] Werk biedt structuur en zingeving, zorgt voor sociale verbinding en verschaft inkomen. Tegelijkertijd kan werk ook ziek maken als de fysieke of psychosociale belasting te hoog is of als er sprake is van onveilige werkomstandigheden. In 2023 gaf circa 22% van de werknemers die hebben verzuimd aan dat hun meest recente ziekteverzuim deels (14,4%) of hoofdzakelijk (7,8%) door het werk kwam.[87] Werkende mensen kunnen ook ziek worden door oorzaken buiten het werk en vaak is er sprake van een wisselwerking met werk. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, kent Nederland sinds begin vorige eeuw een breed draagvlak geen onderscheid te maken tussen *risque professionel* en *risque sociale*. Dat geldt ook voor regelingen met betrekking tot de ziekteperiode.

Het verzuimpercentage voor heel Nederland bedraagt 5,8 procent in de eerste helft van 2025. Daarmee ligt het verzuim weer ongeveer op het niveau van het begin van deze eeuw, wat overigens wel aanzienlijk lager was dan in jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw. Ongeveer de helft van de werkenden is één keer per jaar ziek. Meestal duurt dat minder dan drie dagen, al is de spreiding groot. Het merendeel herstelt voordat de bedrijfsarts in beeld komt. Ook als het langer duurt, lukt het de meeste mensen weer aan het werk te komen. Ongeveer 90% van de mensen die verzuimden vanwege ziekte, gaan na twee maanden weer aan de slag. Na een vol jaar is nog slechts 2,5% niet hersteld. Een nog veel kleiner deel – ongeveer 0,5 procent van alle ziekmeldingen – leidt tot een aanvraag voor een WIA-uitkering. Dat is onmiskenbaar een verdienste van werkgevers, bedrijfsartsen en arbodiensten. Zou dat percentage bijvoorbeeld op 1% liggen, dan zou de werklast voor UWV al verdubbelen. Omgekeerd geldt: als een groter deel van deze aanvragen wordt voorkomen, dan kan dit de WIA-instroom en druk op de uitvoering door UWV fors verlagen. Eenvoudig gesteld: als het aantal aanvragen van 0,5 naar 0,4 procent kan worden gebracht, neemt de WIA-instroom met 20 procent af. Maatregelen die het (langdurig) ziekteverzuim verlagen hebben dus een sterke hefboomwerking richting de WIA.

Dit hoofdstuk gaat over ziekteverzuim, begeleiding en re-integratie tijdens de ziekteperiode (in principe maximaal twee jaar). De arbozorg of het arbobeleid omvat alle georganiseerde activiteiten, diensten en maatregelen waarmee werkgevers de gezondheid, veiligheid en het welzijn van werknemers bewaken en ziekteverzuim voorkomen. Daaronder vallen ook de begeleiding bij verzuim en de re-integratie, zoals vastgelegd in de Arbowet. Naast zieke werknemers, behandelt dit hoofdstuk ook mensen die gebruikmaken van het zogenoemde "vangnet" van de Ziektewet. Voor deze groep treedt UWV op als "pseudo-werkgever" in de zin dat het de arbo-rol van werkgevers heeft en verantwoordelijk is voor de uitkering, begeleiding en re-integratie. Werkgevers kunnen er ook voor kiezen dit risico zelf te dragen als eigenrisicodrager. De tweedeling op de arbeidsmarkt manifesteert zich dus ook in de ziekteperiode. Ten slotte geldt dat in de hoofdstuk keuzes zijn gemaakt. Er kan geen recht worden gedaan aan alle (positieve) ontwikkelingen; het hoofdstuk richt zich op knelpunten die de WIA-problematiek vergroten.

In dit hoofdstuk komen de volgende vragen aan de orde:

- Wat is het wettelijk kader voor verzuim en re-integratie tijdens de ziekteperiode (4.1)?
- In welke mate is in de praktijk aandacht voor preventie van ziekte en verzuim (4.2)?
- Hoe functioneert de markt voor arbodienstverlening (4.3)?
- Hoe werkt de werkhervatting tijdens de ziekteperiode (4.4)?
- Wat is de uitwerking van het onderscheid tussen het eerste en twee spoor (4.5)?
- Hoe kan de samenwerking tussen de curatieve zorg, de bedrijfsgezondheidszorg en de verzekeringsgeneeskunde worden verbeterd (4.6)?

86 Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan werkenden.
87 TNO & CBS (2024). Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2023 - Resultaten in vogelvlucht.

- Het hoofdstuk sluit af met de beleidsopties die aanhaken op de analyse (4.7).

4.1 Wettelijk kader ziekteverzuim en re-integratie

De Nederlandse wet- en regelgeving kent verplichtingen en prikkels om ziekte(verzuim) te voorkomen en te beperken alsook re-integratie te bevorderen. Het gaat daarbij niet alleen om het scheppen van een veilige en gezonde werkomgeving, maar ook om het stimuleren van actief gedrag van werkgevers en werknemers tijdens ziekte en re-integratie. Hoe effectiever dat gebeurt, hoe lager het beroep dat op de WIA moet worden gedaan. Het is daarom een belangrijk onderdeel (in de ontstaansgeschiedenis) van het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid (hoofdstuk 2). Het gaat in bijzonder om de volgende wetten, waarbij UWV en de Arbeidsinspectie verantwoordelijk zijn voor handhaving (zie tabel 4.1).

- **De Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet)** draagt werkgevers op – samen met werknemers - te zorgen voor een veilige en gezonde werkplek, onder meer via een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E), het aanstellen van een preventiemedewerker en het afsluiten van een basiscontract met een bedrijfsarts of arbodienst. Deze verplichtingen zijn bedoeld om werkgevers te stimuleren risico's tijdig te signaleren en preventieve maatregelen te nemen, zodat ongevallen en ziekte door werk zoveel mogelijk worden voorkomen. Circa 90 procent van de concrete arbo-normen vloeit voort uit internationale richtlijnen en verdragen.
- **De Wet verbetering Poortwachter (WvP)** verplicht werkgevers en werknemers vanaf de eerste ziektedag om samen te werken aan een zo snel en duurzaam mogelijke terugkeer naar werk. Dit gebeurt via een plan van aanpak, verplichtingen tijdens de ziekteperiode, en de inzet van een bedrijfsarts. Het vooruitzicht dat UWV aan het einde van de zogenoemde wachttijd (meestal 104 weken) beoordeelt of voldoende inspanningen zijn geleverd, fungeert hierbij als belangrijke prikkel om daadwerkelijk tijdig en zorgvuldig te handelen.
- **De Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting (VLZ)** legt werkgevers op om het loon van een zieke werknemer gedurende maximaal 104 weken door te betalen, mits de werknemer meewerkt aan re-integratie. Deze financiële verantwoordelijkheid stimuleert werkgevers om langdurig verzuim te voorkomen en re-integratie te bevorderen, terwijl werknemers worden aangespoord actief mee te werken om hun loon te behouden. De wet schrijft voor dat vanaf de eerste ziektedag ten minste 70% van het laatstverdiende loon wordt doorbetaald. Sociale partners spreken vaak af dit aan te vullen. Veel cao's kennen een loondoorbetaling van 100% in het eerste jaar en 70% in het tweede ziektejaar.
- **De Ziektewet (ZW)** voorziet in een vangnet en bestaat uit verschillende subgroepen: (i) werknemers zonder (vaste) werkgever, waaronder mensen die ziek uit dienst zijn gegaan (einde-dienstverbanders) en zieke uitzendkrachten; (ii) werklozen (WW-ers) die ziek worden; (iii) werknemers met een arbeidsbeperking en een no-riskpolis; (iv) werknemers in een bijzondere positie (niet kunnen werken vanwege een orgaandonatie, of ziek zijn door bevalling of zwangerschap). UWV dan wel eigenrisicodragende werkgevers zijn verantwoordelijk voor de uitkering, begeleiding en de re-integratie. Bij publiek verzekerden voert UWV in opdracht van het ministerie van SZW deze taken uit; de ZW-lasten worden bekostigd uit de door werkgevers betaalde premie (Werkhervattingskas). UWV is daarmee uitvoerder zonder financieel risico; de prikkel om ziekteverzuim te beperken ligt bij werkgevers via de gedifferentieerde premie. Bij eigenrisicodragers (ERD) liggen de verplichtingen en financiële lasten in één hand: bij werkgevers, die daarvoor vaak particuliere verzekeraars contracteren.
- **De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)** komt na 104 weken in beeld ("einde wachttijd"). Werknemers kunnen dan een WIA-uitkering aanvragen, waarbij UWV ook het re-integratieverslag (RIV) van de werkgever toetst. Dit zet werkgevers ertoe aan het re-

integratietraject serieus vorm te geven en zorgvuldig te documenteren. Als mensen na de WIA beoordeling een WGA-uitkering krijgen, dan komen de lasten daarvan gedurende tien jaar terug in de gedifferentieerde WGA-premie.[88] Ook hier kunnen werkgevers er voor kiezen de WGA-last zelf te dragen dan wel te verzekeren bij particuliere verzekeraars.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van relevante wettelijke verplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving voor arbeidsomstandigheden, ziekte en re-integratie. Daaruit blijk dat wetten op zich logisch op elkaar aansluiten: Arbowet voor preventie, de Wet verbetering Poortwachter voor re-integratie vanaf het moment dat werknemer ziek is geworden – met specifiek de Ziektewet voor de re-integratie van vangnetters, en slotte de WIA voor de beoordeling van de resterende verdiencapaciteit, inkomensbescherming en waar mogelijk werkhervatting.

Tabel 4.1 Wet- en regelgeving ten aanzien van ziekteverzuim en arbodienstverleners

Nr	Verplichting (wet/regel)	Handeling	Sancties bij niet-naleving	Toezichthouder / Uitvoerder
1	RI&E en preventiemedewerker (*Arbowet*)	Uitvoeren RI&E, aanstellen preventiemedewerker, plan van aanpak opstellen (arbocatalogi)[89]	Boetes	Nederlandse Arbeidsinspectie
2	Veilige en gezonde werkplek bieden (*Arbowet*)	Risico's beheersen via arbeidshygiënische strategie, PAGO, BHV en PBM	Boetes, stillegging werk en dwangsommen	Nederlandse Arbeidsinspectie
3	Contract met arbodienst of bedrijfsarts (*Arbowet*)	Basiscontract afsluiten, toegang verlenen tot werkvloer, medische onafhankelijkheid waarborgen	Boete	Nederlandse Arbeidsinspectie
4	Melding arbeidsongevallen (*Arbowet*)	Onmiddellijk melden van dodelijke of ernstige ongevallen aan de Inspectie	Boete bij niet-melding	Nederlandse Arbeidsinspectie
5	Melding beroepsziekten (*Arbowet*)	Bedrijfsarts meldt beroepsziekten bij NCvB; werkgever faciliteert	Aanwijzing	Nederlandse Arbeidsinspectie / NCvB
6	Verzuimregistratie en ziekmelding (*Arbowet / Wet verbetering poortwachter*)	Verzuim bijhouden, ziekmelding verwerken, melding UWV na 42 weken	Boete of loonsanctie	UWV / Arbeidsinspectie
7	Plan van aanpak en re-integratie (*Wet verbetering poortwachter*, WIA)	Na probleemanalyse bedrijfsarts plan van aanpak opstellen, voortgang bewaken, eerstejaarsevaluatie uitvoeren	Loonsanctie (max. 1 jaar) of afwijzing WIA-aanvraag	UWV
8	Tweede spoor bij geen mogelijkheden intern (*Wet verbetering poortwachter*, WIA)	Start re-integratie buiten eigen organisatie zodra intern herstel niet haalbaar is	Loonsanctie	UWV
9	Aanleveren re-integratieverslag (RIV) (*Wet WIA*)	Tijdig en volledig RIV aanleveren bij WIA-aanvraag werknemer (week 93–104)	Loonsanctie of afwijzing WIA-aanvraag	UWV

88 Omdat de WGA-uitkering deels werkgeversrisico is, worden de uitkeringslasten gedurende tien jaar toegerekend aan de (ex-)werkgever via de gedifferentieerde WGA-premie. Voor de ZW geldt dat de uitkeringslasten van vangnetters gedurende twee jaar aan de (ex-)werkgever toegerekend worden via de gedifferentieerde ZW-flexpremie.

89 Een arbocatalogus is een document waarin werkgevers en werknemers binnen een sector vastleggen hoe ze voldoen aan de eisen van de Arbowet, met concrete maatregelen voor gezond en veilig werken. De Arbeidsinspectie gebruikt deze catalogi als toetsingskader bij controles.

10	WIA-aanvraag werknemer (*Wet WIA*)	Werknemer dient WIA-aanvraag uiterlijk in week 93 in; werkgever levert RIV-stukken aan	Vertraging of afwijzing uitkering	UWV
11	Loonstop bij niet-meewerken werknemer (*BW*)	Loon opschorten of stopzetten bij onvoldoende medewerking aan re-integratie	Geen sanctie voor werkgever; rechtmatige loonmaatregel	Werkgever / civiele rechter
12	Loondoorbetaling bij ziekte (*Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte*)	Loon doorbetalen aan zieke werknemer gedurende 104 weken	Loonvordering of naheffing	UWV / rechterlijke macht
13	Eigenrisicodragerschap WGA of ZW-ERD (*Wet WIA / Ziektewet*)	Re-integratie-inspanningen en kosten dragen voor (ex-)werknemers met WGA- of ZW-uitkering	Hogere premie of verhaalkosten bij tekortkoming	UWV
14	Privacy en medische gegevens (*Arbowet / AVG*)	Alleen noodzakelijke gegevens verwerken; medische info uitsluitend via bedrijfsarts	Boete (vanuit AP)	Autoriteit Persoonsgegevens / Arbeidsinspectie

De Wet verbetering Poortwachter en de verplichte loondoorbetaling bij ziekte hebben aantoonbaar een sterk verlagend effect gehad op ziekteverzuim en WIA-instroom. Het aanvullende effect van premiedifferentiatie is naar verhouding beperkt. Op grond van die bevinding is in hoofdstuk 2 al aangegeven dat het daarom verstandig is aan deze verplichtingen vast te houden.[90] Bovenwettelijke aanvullingen verhogen de inkomensbescherming van werknemers, maar verminderen tegelijkertijd de activerende werking van het stelsel. Bovendien vergroten ze de verschillen tussen mensen in dienst bij een werkgever en de vangnetpopulatie. Voor die laatste groep kan bij een lage ZW-uitkering een beroep worden gedaan op de Toeslagenwet (sociaal minimum). Dit neemt niet weg dat met name de loondoorbetalingsplicht – ook internationaal gezien – een zware verantwoordelijkheid bij werkgevers legt. Uit een eerdere inventarisatie komt naar voren dat veel werkgevers daarvoor begrip hebben, al vindt een deel de financiële last hoog, met name kleine werkgevers. Veel werkgevers sluiten daarom een verzuimverzekering af (inkomensverzekering). Globaal driekwart van de werkgevers heeft het idee ziekteverzuim te kunnen beïnvloeden en bij te dragen aan re-integratie.[91]

De RIV-toets is het scharnierpunt tussen de ziekteperiode en de WIA-aanvraag. De RIV-toets komt neer op een beoordeling of werkgevers en werknemers voldoende inspanningen voor re-integratie hebben geleverd en of die passend waren, gezien de medische en arbeidskundige situatie. De toets wordt uitgevoerd door de arbeidsdeskundige van UWV met input van verzekeringsartsen ten aanzien van medische aspecten. Bij een positieve RIV-toets volgt de WIA-beoordeling door de verzekeringsarts en arbeidsdeskundigen samen met andere professionals. Een negatieve toets kan leiden tot een loonsanctie van maximaal 52 weken met bijbehorende re-integratieverplichting. Dit gebeurt in 10 procent van de gevallen. De beleidstheorie is dat de RIV-toets de druk op de ketel houdt: er wordt niet gewacht, maar actief en planmatig gestuurd op re-integratie. De RIV-toets biedt werknemers rechtsbescherming, vermindert de kans dat mensen onnodig in de WIA belanden en draagt bij aan de kwaliteit van de arbodiensten en bedrijfsartsen; werkgevers hebben er immers belang bij dat zij hun werk goed doen om de sanctie te voorkomen.

90 SEO (2021). Activering en bescherming in de sociale zekerheid.
91 Roozendaal, W. (2014). Prikkels en knelpunten: hoe werkgevers de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte beleven.

De RIV-toets kent in de praktijk verschillende tekortkomingen. Werkgevers – en ook bedrijfsartsen - ervaren de beoordeling vaak als onvoorspelbaar, weinig transparant en afhankelijk van welke UWV-arbeidsdeskundige het dossier beoordeelt. Volgens onderzoek komt dit mede doordat de toets algemene bepalingen bevat die ruimte laten voor interpretatie.[92] Verschil van inzicht tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen draagt eveneens bij tot onzekerheid onder werkgevers. Ook wordt gesteld dat bij de RIV-toets niet altijd aansluit bij hoe werkgevers de re-integratie praktisch hebben georganiseerd en wat er wel en niet mogelijk is.[93] Kleine administratieve tekortkomingen kunnen leiden tot zware loonsancties, wat als disproportioneel wordt ervaren – hoewel het vaak een effectieve stok achter de deur blijkt om alsnog een volledig re-integratieverslag in te leveren (waarna de loonsanctie wordt opgeheven). Ongeveer 40 procent van de sancties wordt aangevochten; ruim 10 procent daarvan bleek gegrond. Het gevolg van bovenstaande is dat de aandacht dreigt te verschuiven van begeleiding en mogelijkheden voor duurzame werkhervatting naar dossiervorming en naleving.[94]

Het kabinet is van plan het medisch advies van de bedrijfsarts over de belastbaarheid van de zieke werknemer leidend te maken bij de RIV-toets. [95] De verzekeringsarts zal dit advies niet meer beoordelen. Loonsancties op basis van een medisch verschil van inzicht zijn daarmee niet meer mogelijk. Daarmee kan de werkgever uitgaan van het medisch advies van de bedrijfsarts; de werkgever kan dit immers niet zelf vaststellen. Ook draagt de maatregel bij aan een verlaging van de druk verzekeringsartsen bij UWV. Dit is een beweging van controle naar vertrouwen (horizontaal toezicht) en doorbreekt de strikte scheiding tussen het private en publieke deel van het stelsel. De keerzijde is wel dat de kans bestaat dat mensen onnodig in de WIA te recht komen; in de doorrekening van de maatregel is rekening gehouden met een structureel hogere instroom. Dit risico kan op verschillende manieren worden verminderd: (i) door meer collegiale vormen van samenwerking tussen de twee groepen mogelijk te maken. Bedrijfsartsen krijgen dan de mogelijkheid laagdrempelig overleg te zoeken met de UWV-verzekeringsarts over complexe dossiers; (ii) door verzekeringsartsen nog een zeer klein deel van de beoordelingen van bedrijfsarts te laten toetsen, met een aselecte steekproef of risicogericht (op basis van eerdere ervaringen); (iii) een verschuiving van UWV van 100% objectcontrole (elk dossier) naar systeemtoezicht. Dit houdt in dat UWV steekproefsgewijs en risicogebaseerd toezicht houdt op de processen en de kwaliteitssystemen van de arbodiensten waarmee een convenant is gesloten.[96] Dergelijke aanpassingen zouden ook de zorg die er bestaan over de onpartijdigheid van bedrijfsartsen kunnen verminderen.[97] Dit laatste onderwerp komt terug in 4.3.

4.2 Preventie: tussen regels en realiteit

Ziekteverzuim kost de Nederlandse samenleving miljarden euro's per jaar. In 2023 liepen de kosten voor werkgevers door loondoorbetaling bij werk gerelateerd ziekteverzuim op tot € 8,3 miljard. Dat komt grofweg neer op bijna 1000 euro per werkende in Nederland. Dat is een forse stijging ten opzichte van € 5,1 miljard in 2015, wat laat zien dat de problematiek structureel groeit. Meer dan de helft van deze kosten- circa € 4,9 miljard - houdt direct verband met psychosociale arbeidsbelasting, zoals hoge werkdruk, stress en ongewenste omgangsvormen. Het

92 Eekhoudt, I., Slebus, F., & Oomens, S. (2023). Hoe beoordeelt de arbeidsdeskundige het RIV?
93 Eekhoudt, I., Oomens, S., & Blonk, R. (2020). Werkgeverservaringen met re-integratieverplichtingen, de RIV-toets en loonsancties.
94 UWV, 2018. Toetsing van het re-integratieverslag.
95 Ministerie van SZW (2025). Voortgang sociaal-medisch beoordelen en uitkomst voorjaarsbesluitvorming (Kamerbrief).
96 UWV en Richting (arbodienstverlener) willen een pilot ondernemen over de "warme overdracht" van een cliënt. Eerder is een pilot geweest om met een sterk vereenvoudigd RIV te werken (résume op 1 A4) met veel lagere administratieve lasten.
97 Oval - Geschillencommissie Arbodiensten. (2023). Ook: https://www.hrpraktijk.nl/juridisch/arbo/bedrijfsartsen-kunnen-niet-onafhankelijk-werken

gaat om 14 miljoen verzuimdagen door 0,4 miljoen werknemers.[98] Arbeidsmarktkrapte, flexibilisering en werkende mantelzorgers behoren tot de factoren die leiden tot een disbalans tussen taakeisen en regelmogelijkheden.[99] Eén op de vijf werknemers heeft burn-out klachten. Deze cijfers benadrukken dat verzuim niet alleen een individuele of organisatorische uitdaging is, maar ook een maatschappelijke kwestie van formaat.

De wettelijke verplichting voor een Risico-Inventarisatie en -Evaluatie (RI&E) vormt de hoeksteen van het arbobeleid; 64 procent van de bedrijven stelt deze op. Het instrument geeft inzicht in de belangrijkste gezondheids- en veiligheidsrisico's, welke passende maatregelen worden genomen en hoe werknemers actief worden betrokken. Een gecertificeerde arbodeskundige moet de RI&E toetsen. Hoewel het aantal bedrijven dat in 2022-2023 een RI&E maakte (64%) hoger is dan de 50% over de periode 2014-2021, betekent dit dat nog altijd 36% geen RI&E opstelt. Tussen sectoren zijn de verschillen groot: de horeca blijft achter met 56%, terwijl overheidsdiensten met 90% beter scoren. De bedrijfsgrootte - en de daarmee verbonden schaalfactoren - blijkt een belangrijke factor: slechts 56% van de bedrijven met vier of minder werknemers heeft een RI&E, tegenover 91–92% bij organisaties met meer dan 50 werknemers. Branchegerichte tools, sectorale RI&E's, praktische ondersteuning en vereenvoudigde processen kunnen bevorderen dat bedrijven een kwalitatief goede RI&E opstellen en uitvoeren.[100] Ook kan de inzet van kunstmatige intelligentie de administratieve kant van dit proces vergemakkelijken.

De Arbeidsinspectie constateert bovendien dat het regelmatig schort aan de kwaliteit: ruim een-derde van de opgestelde RI&E's voldoet niet aan de wettelijke eisen. Dit terwijl bedrijven met een goede RI&E beter presteren op gezond en veilig werken en de RI&E ook praktische meerwaarde voor de arbeidsomstandigheden. De groep "niet-nalevers" – dus zonder geen RI&E of met een RI&E van onvoldoende kwaliteit - bestaat voor 7% uit *niet-willers*, 11% *niet kunners* en 81% *niet weters*.[101] Uit het mkb-indicatorbedrijvenonderzoek 2023 naar regeldruk blijkt dat de meeste ondernemers intrinsiek gemotiveerd zijn om goed te doen voor hun werknemers. Met name kleine werkgevers en sectoren met kleinere arbeidsrisico's vinden dat de regelgeving ingewikkeld is en dat het instrumentarium onvoldoende aansluit bij hun bedrijfsvoering.[102]

In de basiscontracten arbodienstverlening en de praktische uitvoering daarvan is er nog weinig structurele aandacht voor preventie. Werkgevers zijn verplicht een basiscontract af te sluiten om te voldoen aan de verplichtingen op grond van de Arbowet. Dat kan met een gecertificeerde arbodienst die meerdere deskundigen in dienst heeft (bedrijfsarts, arbeidshygiënist, veiligheidsdeskundige, etc.) of met losse contracten met één of meer kerndeskundigen (de zogenoemde maatwerkregeling).[103] Werkgevers en werknemers hebben vaak onvoldoende kennis van de inhoud en meerwaarde van preventie. Ook bij een deel van de bedrijfsartsen schieten kennis en vaardigheden voor preventietaken tekort. De bedrijfsarts kan hiervoor overigens ook andere professionals inzetten.[104] De wettelijke voorgeschreven preventieve

98 Van den Heuvel, S. G., Bouwens, L., & de Vroome, E. M. M. (2025). Arbobalans 2024. TNO Work & Health. Het totale verzuim bedraagt 64 miljoen verzuimdagen (4,1 miljoen werknemers), waarvan 26 miljoen (0,9 miljoen werknemers) werkgerelateerd is en 36 miljoen verzuimdagen (3,1 miljoen werknemers) niet-werkgerelateerd. De genoemde 4,9 miljard betreft psychosociale belasting als onderdeel van werkgerelateerd verzuim.
99 RIVM en TNO (2024). De impact van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychosociale arbeidsbelasting.
100 SER (2025). Gezond en veilig werken door effectieve regels en preventie: Arbovisie 2040, deel 2.
101 Nederlandse Arbeidsinspectie (2023). Arbo in bedrijf 2022–2023: De naleving van de arbeidsomstandighedenwetgeving in Nederland.
102 Sira Consulting (2023). Regeldruk MKB-indicatorbedrijven in zes sectoren: Hoofdrapport.
103 SER (2025). Arbovisie 2040, Gezond en veilig werken door effectieve regels en preventie. De SER signaleert terecht dat veel flexwerkers, zoals uitzendkrachten en mensen met een tijdelijk contract, onvoldoende toegang hebben tot de arbozorg, zeker in geval een werkgever geen basiscontract heeft.
104 Pees, S., van Oostrom, S., Loef, B., Schaafsma, F., & Proper, K. (2022). Preventieve taken voor de bedrijfsarts. Ook bij de beroepsgroep van bedrijfsartsen spelen schaarste en vergrijzing, al is er ook sprake van meer instroom.

advisering door de bedrijfsarts komt in slechts 26 procent van de basiscontracten voor.[105] Toetsing/advisering RI&E staat in 63 procent van de contracten, periodiek arbeidskundig onderzoek (PAGO) in 68 procent en overleg tussen bedrijfsarts en werknemersvertegenwoordiging in 54 procent. In de praktijk worden de preventieve onderdelen relatief weinig gebruikt, waardoor de beoogde preventieve werking te wensen over laat.[106] Preventie wordt vaak ad-hoc en persoonsafhankelijk opgepakt, in plaats van structureel geborgd in beleid, basiscontracten en de dagelijkse praktijk.

Een verklaring voor de beperkte aandacht voor preventie ligt voor een deel ook in de onduidelijkheid over de opbrengsten ervan. De voordelen van investeringen in preventie zijn voor individuele werkgevers vaak niet direct zichtbaar. Effecten zoals minder verzuim en een betere duurzame inzetbaarheid worden meestal pas op langere termijn merkbaar — soms zelfs pas wanneer werknemers het bedrijf al hebben verlaten of met pensioen zijn (het "wrong pocket"-probleem). Werkgevers dragen dus wel de kosten, maar ervaren onvoldoende de baten. Hierdoor blijven investeringen in preventie achter bij de verwachtingen. Bovendien is er nog onvoldoende inzicht in welke concrete interventies effectief zijn en welke niet. Tegelijkertijd laten voorbeelden op sectoraal niveau zien dat preventieve maatregelen wel degelijk effect hebben. Zo stelt de SER dat de gezamenlijke aanpak van sociale partners in de agrarische en groene sector, de bouw- en infrasector en de metaalsector aantoonbaar effectief is gebleken.[107]

Een ander knelpunt is dat de huidige Arbowet preventie in algemene termen formuleert en dat de bepalingen over preventie verspreid zijn over verschillende artikelen. Er zijn verschillen in interpretatie en onvoldoende concrete handvaten. Daardoor wordt de invulling van preventie grotendeels overgelaten aan werkgevers en hun arbodiensten/bedrijfsartsen. Het verdient aanbeveling om alle informatie op één plek in de wet te bundelen en werkgevers goed te informeren over hoe ze aan de regels kunnen voldoen. In het verlengde hiervan stelt de SER voor om in de Arbowet de preventieverplichtingen te verhelderen in het basiscontract om de naleefbaarheid te vergroten. Nu gaan contracten te veel over verzuim. Veel basiscontracten worden bovendien op verrichtingenbasis afgesloten, waarbij de kost voor de baat gaat. Uit gesprekken komt echter ook naar voren dat arbodiensten steeds meer bezig zijn met preventie.

Het kabinet laat onderzoek doen naar de mogelijkheden om werkgevers te stimuleren tot duurzame preventiemaatregelen.[108] Dan gaat het om subsidies, fiscale en andere prikkels. Eén van de opties is een preventiebudget voor werkgevers, bedoeld om preventieve maatregelen te financieren die arbeidsrisico's verminderen en uitval voorkomen. In Finland wordt hiervoor een vast percentage van de loonruimte bestemd, zoals dat in Nederlands cao's gebeurt voor zogenoemde O&O fondsen. De eerder genoemde Commissie-Donner bepleitte een certificeren van bedrijven op het punt van gezondheid en een koppeling van de premiedifferentiatie aan deze certificering.[109] Ook zorgverzekeraars kunnen een rol spelen bij preventie; ongeveer vijf miljoen werknemers maken via hun werkgever gebruik van een collectieve zorgverzekering waarin bijvoorbeeld leefstijl- en vitaliteitsprogramma's worden aangeboden. Ook verzuimverzekeraars bieden steeds vaker dienstverlening aan op dit gebied, zoals preventiescans en -coaches.

De Arbeidsinspectie stelt dat effectief toezicht vraagt om een aanpak waarbij verschillende verplichtingen rond arbozorg gezamenlijk worden beoordeeld. Met de

105 SER (2023). Naar een werkend arbostelsel voor iedereen: Arbovisie 2040, deel 1
106 TNO, CBS, RIVM & Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (2025). Arbobalans 2024.
107 SER (2025). Gezond en veilig werken door effectieve regels en preventie: Arbovisie 2040, deel 2.
108 Ministerie van SZW (2025). Voortgangsbrief Arbovisie 2040.
109 Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). Werk maken van arbeidsgeschiktheid.

risico's breed in beeld kunnen preventie en handhaving elkaar versterken.[110] Net als bij andere inspecties moet de Arbeidsinspectie keuzes maken welke meldingen zij oppakt en doet dat risico-gericht.[111] Deze werkwijze is noodzakelijk gezien de beschikbare capaciteit, maar maakt het ook onvermijdelijk dat keuzes worden gemaakt in welke meldingen en overtredingen worden opgepakt. Uit Arbo in Bedrijf 2022–2023 blijkt dat de pakkans voor werkgevers laag is en dat overtredingen van de Arbowet slechts zelden leiden tot boetes.[112] Het is te verwachten dat een intensiever toezicht - met dus een grotere pakkans - dan wel een hogere boete (nu maximaal 4500 euro), de (formele) naleving van verplichtingen door werkgevers kan verbeteren.[113] Dit moet wel gepaard met duidelijke communicatie en ondersteuning richting werkgevers om hun RI&E verplichtingen na te komen.

4.3 De markt voor arbodienstverlening

De vraag naar arbodienstverlening komt voort uit een wettelijke verplichting: werkgevers moeten een arbodienst contracteren of kerndeskundigen[114] benutten. [115] Grote werkgevers kunnen hun vraag vaak beter formuleren en vastleggen dan kleine werkgevers, die daardoor afhankelijker zijn van het aanbod en meer letten op de prijs. Aan de aanbodzijde zijn er een aantal grote spelers naast veel middelgrote en kleine (niche-)partijen. Bij de maatwerkafspraken zijn veel zelfstandigen actief en kan de samenwerking suboptimaal zijn. Mede door de relatief lage toetredingsdrempels - er is geen vergunningseis - is er concurrentie en prijsdruk, al hebben de grote arbodiensten ook marktmacht. Werkgevers kunnen wisselen van arbodienst of bedrijfsarts, maar dit gaat wel gepaard met hoge overstapkosten door administratieve lasten en verlies van dossierkennis en continuïteit, wat risico's oplevert voor de kwaliteit. Door de marktwerking houden partijen inzichten in welke vormen van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie goed werken en welke niet, vooral voor zich zelf; de inzichten zijn onderdeel van het eigen verdienmodel. Ook de data over aard en duur van het verzuim zijn niet publiekelijk beschikbaar.

De vraag is gerechtvaardigd of aan de certificering niet meer inhoudelijke eisen zouden moeten worden gesteld, in het bijzonder ten aanzien van preventie. De vereiste certificering richt zich op processen en aanwezige deskundigheid, niet op de inhoudelijke kwaliteit van de feitelijke dienstverlening. Voor arbodiensten geldt een certificeringsplicht; ze moeten werken binnen een gecertificeerd kwaliteits- en onafhankelijkheidssysteem. Een bedrijfsarts hoeft zelf geen certificaat te hebben, maar moet BIG-geregistreerd zijn en als specialist in het KNMG-register zijn ingeschreven.[116] Voor de andere kerndeskundigen geldt wel een individuele certificeringsplicht, waarbij hun individuele deskundigheid en vakbekwaamheid centraal staan en periodiek moeten worden aangetoond. Gebrekkige of minimale dienstverlening kan leiden tot (tijdelijke) intrekking van een certificaat. Conform de huidigen wet- en regelgeving blijft de werkgever altijd eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van de arbodienstverlening.

De overheid stelt algemene kwaliteitseisen aan arbodiensten en stimuleert transparantie in de markt, maar houdt geen direct toezicht op arbodienstverleners. De

110 Nederlandse Arbeidsinspectie (2023). Staat van gezond werk.
111 Algemene Rekenkamer (2023). Focus op onveilige arbeidsomstandigheden.
112 Nederlandse Arbeidsinspectie (2023). Arbo in bedrijf 2022–2023: De naleving van de arbeidsomstandighedenwetgeving in Nederland.
113 De ILO heeft in de afgelopen jaren geregeld aandacht gevraagd voor het feit dat Nederland te weinig arbeidsinspecteurs heeft op het totaal aantal bedrijven, ondanks uitbreiding van de capaciteit sinds 2017.
114 Gecertificeerde arboprofessionals – zoals de arbeidshygiënist, veiligheidskundige, arbeids- en organisatiedeskundige en bedrijfsarts – die werkgevers ondersteunen bij het opstellen en uitvoeren van het arbobeleid.
115 Arboportaal. Maatwerkregeling en vangnetregeling.
116 Rijksoverheid (2025). Arbodienst of bedrijfsarts inschakelen. Ondernemersplein.

kwaliteitseisen staan beschreven in de handreikingen van de Arbeidsinspectie en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. [117] Ze dragen bij aan het vergroten van het vertrouwen van werkgevers in de aangeboden diensten en bevordert een meer doelgerichte en effectieve inzet van arbodiensten. De Arbeidsinspectie ziet toe op naleving van de Arbowet door werkgevers, maar houdt geen structureel inhoudelijk toezicht op de dienstverlening van arbodiensten zelf.[118] Het directe toezicht op de kwaliteit van arbodiensten ligt bij certificerende instellingen die op hun beurt weer onder toezicht staan van de Raad voor Accreditatie. Deze certificerende instellingen beoordelen of arbodiensten en kerndeskundigen voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen. Uit de gevoerde gesprekken komt naar voren dat het certificeringsproces als licht wordt ervaren en bovendien als te procesmatig en te weinig inhoudelijk. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelt de regels en normen vast waaraan arbodiensten en deskundigen moeten voldoen en is verantwoordelijk voor het wettelijk kader van het certificatiestelsel.

Arbodiensten en bedrijfsartsen hoeven overtredingen of onveilige situaties niet te melden bij de Arbeidsinspectie; een meldplicht is te overwegen. Enkel het melden van vastgestelde of vermoedelijke beroepsziekten aan het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB), is vastgelegd in artikel 9 van de Arbowet. Daardoor ontvangt de toezichthouder geen directe signalen over bedrijven waar structurele risico's of overtredingen spelen, bijvoorbeeld omdat de RI&E niet wordt opgesteld of van onvoldoende kwaliteit is. De invoering van een meldingsplicht voor arbodiensten en bedrijfsartsen richting de Arbeidsinspectie kan helpen in het risicogeoriënteerde toezicht. Het draagt bovendien bij aan een versterking van de onafhankelijke positie van arbodiensten en bedrijfsartsen. Dat is van belang om de bestaande financiering, namelijk door werkgevers, de schijn van partijdigheid in de hand kan werken.[119] Een meldingsplicht kan – een model van concurrentie - ook een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de dienstverlening. Een verdergaande stap is om de Arbeidsinspectie *direct* toezicht te laten uitoefenen op de arbodiensten (en bedrijfsartsen).[120] Dit kan gerechtvaardigd worden op grond van het feit dat de markt informatieproblemen kent en de verhoudingen niet evenwichtig zijn.

Het is voor werkgevers en werknemers lastig om helder zicht te krijgen op de kwaliteit van de arbodienstverlening, zeker ten aanzien van preventie. [121] Grote arbodiensten, vaak in combinatie met een verzuimverzekering, werken doorgaans met een all-in tarief voor verzuimbegeleiding, maar bieden de RI&E en andere preventieverplichtingen meestal los aan buiten het abonnement. Kleinere arbodiensten en maatwerkconstructies werken daarentegen vaker op verrichtingenbasis, waarbij pas voor bijvoorbeeld preventieve diensten wordt betaald wanneer deze daadwerkelijk worden afgenomen. Een specifieke bevinding is dat preventieve dienstverlening vaak ontbreekt ondanks de wettelijke verplichting.[122] De Arbovisie 2040 versterkt dit beeld door vast te stellen dat veel basiscontracten vooral gericht zijn op verzuimbegeleiding, terwijl preventie het wettelijk uitgangspunt is.[123] Bovendien blijkt uit de FNV-checklist dat werkgevers in de praktijk moeilijk de kwaliteit van arbodiensten kunnen beoordelen, mede door het versnipperde aanbod en gebrek aan transparante kwaliteitskenmerken.[124]

117 Inspectie SZW (2022). Handreiking arbodienstverlening en kwaliteitseisen. Nederlandse Arbeidsinspectie. Ministerie van SZW (2023). Handreiking arbodiensten en transparantie in de mark. .Er zouden ook meer eisen kunnen worden gesteld aan de formulering en inhoud van het aanbod dat arbodiensten doen, zoals in andere markten zoals de energiemarkt gebruikelijk is.
118 Structureel toezicht is een vast, wettelijk verankerd controlesysteem op de kwaliteit en naleving binnen een sector. De Arbeidsinspectie voert dat niet uit richting arbodiensten; hooguit vindt incidenteel of indirect toezicht plaats via signalen.
119 SER (2014). Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeid gerelateerde zorg.
120 De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zou toezicht moeten houden op het medisch handelen van bedrijfsartsen, maar in de praktijk gebeurt dit minimaal omdat het handelen onder de Arbowet valt. Dit is een lacune in het toezicht.
121 SEOR (2021). Marktverkenning arbodiensten en verzuimbegeleiding in Nederland.
122 Nederlandse Arbeidsinspectie (2024). Arbo in Bedrijf 2022–2023.
123 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2023). Arbovisie 2040: Naar een toekomstbestendig arbobeleid.
124 FNV (2017). Checklist arbodienstverlening voor OR/PVT: Welke arbodienst halen we in huis?

Werkgevers kunnen wisselen van arbodienst of bedrijfsarts, maar dit gaat wel gepaard met administratieve lasten en met verlies van dossierkennis en continuïteit. Overstappen levert risico's op voor de kwaliteit. Dit werpt een drempel op voor werkgevers om over te stappen terwijl dit wenselijk kan zijn als er sprake is van tegenvallende dienstverlening. Een ander punt is dat bij veel mkb'ers de arbodienstverlening via een verzuimverzekering loopt, wat vaak gepaard gaat met koppelverkoop. Bij het afsluiten van een verzuimverzekering waarmee een werkgever het financiële risico van loondoorbetaling bij ziekte van werknemers (gedeeltelijk) afdekt, krijgt deze vaak ook toegang tot arbodienstverlening en re-integratiebegeleiding. De werkgever kan dan slechts kiezen uit de aanbieders die de verzekeraar toelaat in zijn (contract)netwerk. Hierdoor is de keuzevrijheid voor werkgevers beperkt en is er minder ruimte om te wisselen van aanbieder.[125]

Aan de kant van de bedrijfsartsen kan aan kwaliteitsverbetering worden gewerkt door de ontwikkeling van inhoudelijke richtlijnen en het bevorderen van de naleving ervan. Het volgen van richtlijnen leidt bewezen tot verkorting van verzuim en helpt mensen beter aan het werk. Het vraagt om een geïnstitutionaliseerd proces van leren, verbeteren en toepassen.[126] De Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) werkt hieraan, vaak samen met andere beroepsgroepen zoals verzekeringsartsen. Dit vraagt ook om meer onderzoek naar de effectiviteit van interventies of naar kenmerken die voorspellend zijn voor langdurige uitval. Voor dat onderzoek helpt het als arbodiensten informatie over verzuim geanonimiseerd aan het CBS aanleveren. Die data kunnen ook worden benut voor beter onderbouwd overheidsbeleid (box 4.1). Dit gaat uiteraard wel gepaard met extra administratieve lasten.

Specifiek ten aanzien van psychische klachten kunnen werkgevers en hun arbodiensten meer doen in vroegtijdig signaleren en effectieve begeleiding. Psychische klachten vormen de belangrijkste oorzaak van langdurig verzuim. Het gemiddelde verzuim door psychische klachten duurt 63 dagen, waarvan 75% (mede) werk gerelateerd is.[127] Ook spelen knelpunten zoals beperkte kennis van re-integratieverplichtingen bij werkgevers en het ontbreken van passend werk, met name in kleinere of gespecialiseerde organisaties, een rol.[128] Dit terwijl passend werk het welzijn bevordert.[129] Daarnaast kan de communicatie tussen werkgever en werknemer tijdens ziekte onder druk staan, waardoor re-integratie moeilijker wordt, en is verzuimbegeleiding in de praktijk vaak meer controlerend dan herstelgericht. [130] Tot slot is terugkeer moeilijker naarmate het verzuim langer duurt en is vaak onvoldoende maatwerk voor psychische problematiek.[131]

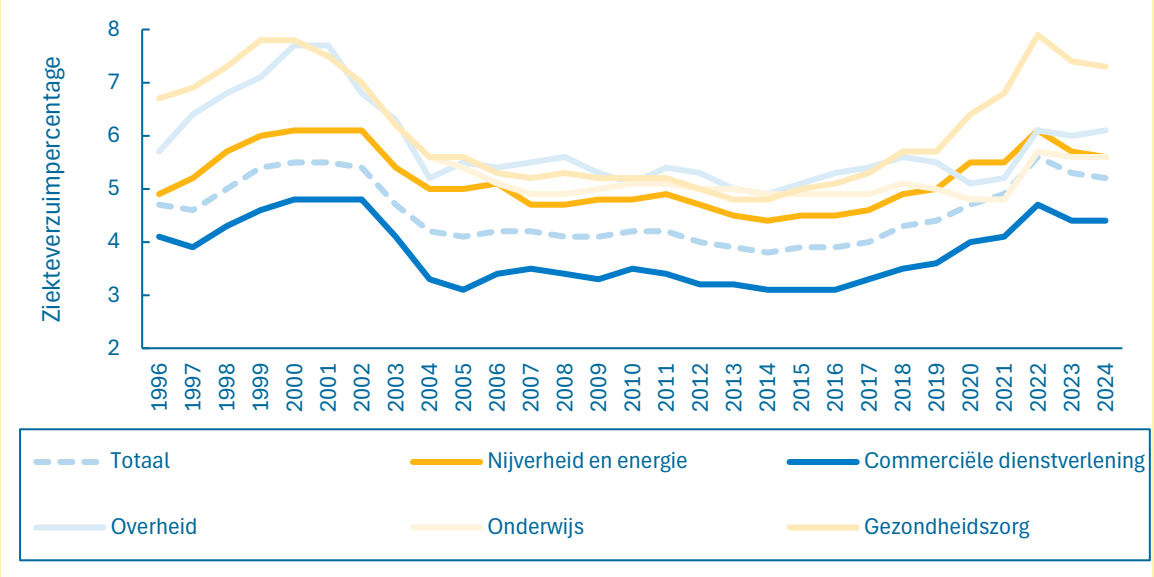
Box 4.1. Beschikbare data over verzuimbeleid

Het ziekteverzuim neemt vanaf 2018 toe, net als de WIA-instroom. Het ziekteverzuimpercentage omvat alle verzuim en niet alleen het langdurig verzuim dat eventueel tot instroom in de WIA leidt. Onderstaande figuren laten de ontwikkeling van het verzuimpercentage zien tussen 2015 en 2024, naar sector en naar grootte van het bedrijf. Het verzuimpercentage is het gemiddeld aantal verzuimdagen per jaar als percentage van het gemiddeld aantal beschikbare dagen in een jaar. Het verzuimpercentage wordt door het CBS berekend op basis van een enquête onder bedrijven. De enquête betreft een onderschatting van het

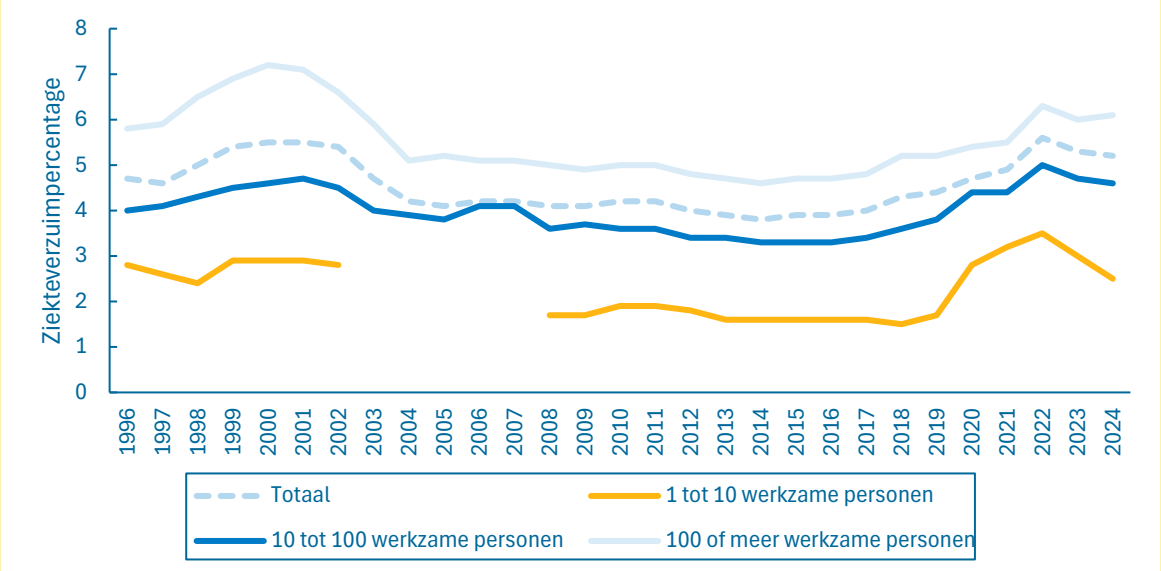
125 Verbond van Verzekeraars (2025). MKB verzuim ontzorgverzekering blijft terrein winnen onder werkgevers. In 2023 werden circa 25.000 mkb ontzorgpolissen gesloten tegenover 30.000 in 2024
126 Oosterhuis, T., Van Lomwel, G., & Schaafsma, F. (2021). Inventarisatie richtlijngebruik bedrijfsartsen. Kwaliteitsbureau NVAB.
127 TNO, CBS, RIVM & Nederlands Centrum voor Beroepsziekten. (2025). Arbobalans 2024. TNO.
128 UWV (2022). Beleidsdoorlichting Re-integratie-instrumenten. Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
129 Rijksoverheid (2025). Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz.
130 Nivel (2019). Zorgmonitor. Trimbos-instituut. (2022). Mentale gezondheid en werk: Adviezen voor werkgevers. Trimbos-instituut.
131 Kersten, A., van Woerkom, M., Geuskens, G. A., & Blonk, R. W. B. (2023). Organisational policies and practices for the inclusion of vulnerable workers: A scoping review of the employer's perspective. Journal of Occupational Rehabilitation, 33(2), 245–266.

langdurend verzuim omdat bij tijdelijke contracten niet de hele ziekteperiode als verzuim geteld wordt. Nadat het contract is geëindigd, is de werknemer nog wel ziek, maar niet meer in dienst en wordt niet meer geteld. Net zoals de instroom in de WIA vanaf 2014 een (deels onverklaarde) stijging laat zien, begint ook het ziekteverzuim in de bedrijven vanaf dat moment te stijgen. De toename van het verzuim versnelt met de uitbraak van de COVID19-pandemie in 2020 en bereikt een piek in 2022. Daarna daalt het ziekteverzuim weer, maar ligt het nog steeds ruim boven het niveau van vóór de uitbraak van de COVID19-pandemie. Het ziekteverzuim bij kleine werkgevers is aanzienlijk lager dan bij grotere werkgevers. Onder sectoren springt vooral de zorgsector eruit met veel verzuim. Dit heeft deels te maken met de impact die de pandemie op de sector heeft gehad, maar dit is niet de hele verklaring omdat de stijging al eerder was ingezet.

Figuur 4.1 Ziekteverzuimpercentage naar sector



Figuur 4.2 Ziekteverzuimpercentage naar bedrijfsgrootte



4.4 Werkhervatting tijdens de ziekteperiode

Voor werknemers met een vast dienstverband ligt tijdens de eerste 104 weken van ziekte de primaire verantwoordelijkheid bij de werkgever. De bedrijfsarts komt meestal vroeg in beeld en speelt een centrale rol in de beoordeling van de belastbaarheid van de werknemer en het opstellen van het re-integratieadvies. De arbodienst/bedrijfsarts faciliteert dit proces, biedt aanvullende expertise (zoals arbeidshygiënisten of arbeidsdeskundigen) en ondersteunt bij de uitvoering van de wettelijke verplichtingen, zoals het opstellen van een probleemanalyse en het bijhouden van het re-integratiedossier.

Over de aard van de ziekte van werknemers met een vast dienstverband zijn weinig openbare gegevens beschikbaar. Zolang de werknemer in dienst blijft en de werkgever het loon doorbetaalt, wordt de ziekmelding niet centraal vastgelegd bij overheidsinstanties. Wel houdt CBS enquêtes onder werkgevers over de omvang van het ziekteverzuim en de verzuimduur en onder werknemers waarbij ook naar de algemene aard van het verzuim wordt gevraagd.[132] Dit terwijl de arbodiensten en bedrijfsartsen wel beschikken over precieze cijfers. Pas bij langdurige ziekte, uiterlijk in de 42e week, moet de werkgever de werknemer als ziek melden bij UWV. De werkgever meldt alleen dat de werknemer ziek is, geeft geen reden. Deze melding is het begin van de voorbereiding op een eventuele WIA-aanvraag. UWV registreert de melding en moet vanaf dat moment toezicht op het re-integratieproces tussen werkgever en werknemer. Dit geldt zowel voor publiek verzekerde werkgevers als voor eigenrisicodragers. Bij publiek verzekerde werkgevers bewaakt UWV ook de voortgang van de re-integratie en beoordeelt het later de WIA-aanvraag. Eigenrisicodragers moeten eveneens de 42e-weeksmelding doen, maar zijn zelf verantwoordelijk voor de begeleiding tijdens ziekte. Uit de gesprekken komt naar voren dat UWV momenteel weinig doet met de 42e-weeksmelding.

Werkgevers investeren minder in re-integratie van tijdelijke krachten, mede door het aflopend karakter van het contract.[133] Tegelijkertijd ervaren zieke tijdelijke werknemers vaker onzekerheid over herplaatsing of verlenging, waardoor zij eerder uitstromen richting een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De contractvorm beïnvloedt dus niet rechtstreeks de gezondheid, maar vergroot wel het risico op langdurige uitval bij ziekte.[134] FNV-onderzoek concludeert dat flexwerkers minder begeleiding en re-integratieondersteuning krijgen bij ziekte en dat flexibilisering van de arbeidsmarkt mede debet is aan de hoge instroom.[135]

Voor vangnetters geldt dat niet de werkgever, maar UWV verantwoordelijk is voor re-integratie tijdens ziekte, tenzij de werkgever eigenrisicodrager Ziektewet is. Waar reguliere werkgevers samen met arbodienst of bedrijfsarts de re-integratie moeten organiseren, neemt UWV deze arbo-rol over bij vangnetters zonder werkgevers (uitzendkrachten zonder lopend contract, eindedienstverbanders, WW'ers of werknemers met een no-riskpolis). Deze groep is behalve ziek, ook werkloos.[136] UWV beoordeelt de belastbaarheid, stelt samen met de werknemer een plan van aanpak op en begeleidt het herstel- en re-integratieproces. In de eerste vier maanden van 2025 was de gemiddelde verblijfduur in de Ziektewet 54 weken.[137] Waar werkgevers een financiële prikkel ondervinden om zich in te zetten voor een succesvolle begeleiding en re-

132 CBS, Enquête Ziekteverzuim; CBS & TNO (2023). Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2023.
133 Nederlandse Arbeidsinspectie, Jaarverslag 2024 – Reflectie. Daarin wordt gesteld dat een lagere contante waarde van een dienstverband (dus een korter dienstverband) samengaat met een hoger risico op arbeidsongevallen (en andere risico's).
134 Koning, P., Muller, P., & Prudon, R. (2025). Why does temporary work increase disability insurance inflow? Labour Economics, 84.
135 FNV (2024, 27 februari). Stijging aantal arbeidsongeschikten door doorgeslagen flexibilisering: Flexwerkers komen twee keer vaker in WIA-uitkering dan mensen met vast contract.
136 UWV (2025), Rijksoverheid (2025) en UWV Kennisverslag (2023-2).
137 UWV (2025). Kwantitatieve informatie eerste vier maanden 2025.

integratie van vaste werknemers, wordt UWV minder geprikkeld en heeft zij een beperkte capaciteit om vangnetters te begeleiden en te ondersteunen naar werk. In hoofdstuk 3 is ook te zien dat het er door de jaren heen een stijging is van het aandeel vangnetters in de WIA. De Ziektewet geldt daarnaast ook voor werknemers die ziek zijn door zwangerschap, bevalling of orgaandonatie, maar bij deze groepen ligt de nadruk doorgaans op herstel en administratieve afhandeling, niet op re-integratie.

De Ziektewet kent steeds meer kwetsbare groepen met langere ziekteperiodes, terwijl herstel wel de belangrijkste uitstroomreden blijft. De gemiddeld lopende Ziektewetuitkering-bestaat vooral uit jongeren van 25–34 jaar, namelijk 37.571 in de eerste vier maanden van 2025 tov 35.636 in dezelfde periode in 2024. Ten opzichte van de eerste vier maanden van 2024 zit de sterkste groei in toegekende ziektewet meldingen in de groep van 35–44 jaar (+11,20%). Vrouwen vormen met bijna 70.000 lopende uitkeringen de meerderheid, al is de relatieve stijging bij mannen iets sterker (+1,5% versus +6,0%). Het (groeiend) aantal mensen van boven de 58 jaar is van belang omdat deze groep bij de WIA-poort twee jaar later slechts beperkt medisch beoordeeld wordt en daarmee een grote kans heeft de WIA in te stromen.

Tabel 4.2 Leeftijdsverdeling toegekende Ziektewetmeldingen (eerste vier maanden 2025)

Leeftijdsgroep	Toegekende ZW meldingen eerste vier maanden 2025	Stijging tov zelfde periode 2024 (%)
t/m 24 jaar	9.996	7,7
25–34 jaar	47.527	6,8
35–44 jaar	25.380	11,2
45–54 jaar	15.447	6,8
55–64 jaar	13.868	9,6
65–AOW	1.209	8,6

Wanneer iemand ziek wordt aan het einde van de WW-uitkering, kan hij of zij zich binnen ongeveer vier weken na afloop van het WW-recht ziekmelden bij UWV. In dat geval kan recht ontstaan op een ZW-uitkering. De duur van deze uitkering is maximaal twee jaar, gerekend vanaf het moment van ziekmelding. Na de ziekmelding komt de cliënt in de Ziektewet-dienstverlening van UWV terecht (eerstelijns en tweedelijns begeleiding). In het kader van de pilot *Verbeteren dienstverlening zieke WW'ers*, die landelijk wordt uitgerold in 2026, past UWV vroegsignalering toe om sneller zicht te krijgen op de aard en duur van het verzuim. Direct na de ziekmelding vult de cliënt vragenlijsten in waarmee wordt vastgesteld of het waarschijnlijk om kortdurend of langdurig verzuim gaat. Deze informatie vormt input voor de medewerker verzuimbeheersing, die bij twijfel over de plausibiliteit of de aard van de ziekmelding in overleg treedt met Sociaal Medische Zaken en de verzekeringsarts. De ervaring in de praktijk is dat een ziekmelding relatief vaak plaats vindt tegen het einde van de WW-uitkering. Het komt voor dat mensen voor langere tijd in de WW en ZW verblijven; ze zijn dan afwisselend werkloos en ziek. Het is ook niet uit te sluiten dat de ZW en ook de WIA soms dienen als alternatieve uitkering of vervolguitkering bij werkloosheid. Daarom is een beoordeling door de verzekeringsarts nodig.[138]

138 IBO (2017). Geschikt voor de arbeidsmarkt.

Onderzoek laat bovendien zien dat UWV minder intensieve verzuim en re-integratiebegeleiding biedt dan private partijen. Hierdoor krijgen vangnetters minder vaak voortgangsgesprekken, sollicitatieondersteuning of werkervaringsplekken aangeboden dan vaste dienstverbanders.[139] Dit vertaalt zich in lagere kansen op werkhervatting, met name voor uitzendkrachten die onder UWV vallen. Aannemelijk is dus dat voor werknemers die afhankelijk zijn van UWV betekent dat re-integratie vaak minder effectief verloopt. Het is niet met zekerheid te stellen, omdat er weinig kennis is over de effectiviteit van de ZW-dienstverlening. Het verdient aanbeveling om nader te onderzoeken hoe meer betrokkenheid van marktpartijen bij de re-integratie van ZW-gerechtigden kan bijdragen aan een effectievere terugkeer naar werk.

Bovendien heeft in de ZW dienstverlening van UWV de focus gelegen op uitstroom vanwege herstel en is er weinig bekend over (duurzame) werkhervattingen. Zo worden de kwantitatieve gegevens over uitstroom uit de Ziektewet enkel bijgehouden voor herstel, bereiken maximale uitkeringstermijn, detentie en overig.[140] Om iets over de effectiviteit van de re-integratietrajecten te zeggen verdient het een aanbeveling om actiever de uitstroom naar werk vanuit een re-integratietraject in de ZW te registreren. UWV zet stappen om de ZW-dienstverlening in het eerste ziektejaar te intensiveren. Verder is onderdeel van de UWV Ontwikkelagenda om de uitvoerbaarheid van de Sociaal Medische Dienstverlening te verbeteren dat UWV Sociaal Medische Zaken zich concentreert op haar kerntaken. Daartoe behoort dat UWV Werkbedrijf voortaan de re-integratiedienstverlening aan ZW-gerechtigden uitvoert.

Naast een sterkere inzet van UWV op verzuimbegeleiding en re-integratie van zieke vangnetters is het ook een optie om de voormalig werkgevers een grotere rol geven bij begeleiding en re-integratie. Dit in aanvulling op de wet BeVaZa, die werkgevers financieel verantwoordelijk maakte voor de ziektelasten van werknemers met een tijdelijk contract. Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven had de invoering van de Wet BeZaVa (2015) vooral een tijdelijk effect op de instroom van vangnetters in de WIA; vanaf 2019 nam de instroom van deze groep weer toe. Anderzijds kan worden overwogen of een stevigere positionering van de oorspronkelijke werkgever in de begeleiding van vangnetters zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van de WIA-instroom. Dit raakt aan de bredere vraag hoe re-integratieprikkels zo kunnen worden vormgegeven dat zij ook na het einde van het dienstverband effectief blijven

De vraag is welke specifieke instrumenten kunnen worden ingezet om werkgevers te stimuleren om vangnetters werk aan te bieden. Daarbij kan gedacht worden aan het gebruik van een no-riskpolis voor deze groep. In 2019 onderzocht UWV in het experiment *"Vaker aan het werk met een no-riskpolis?"* of het vervroegd toekennen van een no-riskpolis mensen uit het vangnet van de Ziektewet helpt sneller of duurzamer aan werk te komen. In totaal werden 2.500 no-riskpolissen verstrekt binnen een gerandomiseerd onderzoek met twee experimentgroepen en twee controlegroepen, onderscheiden naar '35-min' en '35-plus' na de EZWb. Uit de resultaten bleek dat de bezitters van een no-riskpolis in de twaalf maanden na toekenning niet vaker aan het werk waren dan de controlegroep zonder polis. Ook over een langere periode, na het eerste jaar na verstrekking, bleek het effect niet duurzaam te zijn. Het experiment laat zien dat de no-riskpolis geen wondermiddel is om mensen vanuit de Ziektewet aan een baan te helpen. Om de no-riskpolis ook effectief te laten zijn voor de ZW-populatie, kan worden gekeken naar enkel de groep ZW-gerechtigden die een verhoogd risico hebben bij een werkgever. Anderzijds kan worden overwogen of een stevigere positionering van de oorspronkelijke werkgever in de begeleiding van

139 Lammers, M., Van Kesteren, J., Kok, L., & Schwartz, T. (2020). Ervaringen werknemers met de ZW en de WGA in de hybride markt (SEO-rapport 2020-102). SEO.
140 UWV (2025). Kwantitatieve informatie 2024.

vangnetters zou kunnen bijdragen aan het terugdringen van de WIA-instroom. Dit raakt aan de bredere vraag hoe re-integratieprikkels zo kunnen worden vormgegeven dat zij ook na het einde van het dienstverband effectief blijven

Het uitvoeren van de Eerstejaars Ziektewetbeoordeling (EZWb) staat onder druk door een capaciteitsproblemen en de prioritering van WIA-claimbeoordelingen. Hoewel de beoordeling na 52 weken cruciaal is om vast te stellen of iemand recht houdt op een uitkering en een wettelijke taak betreft, vindt zij lang niet altijd (op tijd) plaats. In 2020 werd nog 81% van de EZWb's binnen de wettelijke termijn uitgevoerd.[141] In 2024 voerde UWV nog maar 10.000 EZWb's uit (exclusief eigenrisicodragers) en nog eens 6.000 bij eigenrisicodragers, samen meer dan 16.000 beoordelingen. Dit is minder dan de helft van de EZWb's die uitgevoerd moest worden.[142] Dit komt door de capaciteitsproblemen bij UWV, in het bijzonder het tekort aan verzekeringsartsen. De focus bij de EZWb's voor publiek verzekerden ligt nu op "kansrijke" vangnetters, namelijk degenen die op basis van het 35%-criterium kunnen uitstromen uit de ZW en ook niet zullen instromen in de WIA.[143] Als dat niet het geval is, dan blijven mensen in het vangnet en is de kans groot dat ze na twee jaar de WIA-instromen (75%). Zoals uit tabel 4.2 bleek, is de instroom van vangnetters in de WIA de afgelopen jaren gestegen. Dit terwijl juist voor deze groep die geen werkgever heeft, begeleiding en ondersteuning naar werk extra belangrijk is.

4.5 Werkhervatting in spoor 1 en spoor 2

Het re-integratieproces bij ziekte kent twee trajecten, spoor 1 en spoor 2, die in de praktijk doorgaans strikt en volledig worden doorlopen. Eerst wordt gekeken of terugkeer bij de eigen werkgever mogelijk is (spoor 1). Als dat niet lukt, naar passend werk bij een andere werkgever (spoor 2). Het verschil tussen spoor 1 en spoor 2 hangt sterk samen met het soort arbeidscontract dat iemand heeft. Spoor 1 richt zich op (aangepaste) werkhervatting binnen het eigen bedrijf. Dit kan alleen als er een arbeidsovereenkomst bestaat, want zonder werkgever is er ook geen plek om terug te keren. Bij spoor 2 gaat de zoektocht naar passend werk buiten het eigen bedrijf, bij andere werkgevers.

Recent onderzoek geeft aan dat incentives effect hebben: herstel neemt toe rond momenten waarop een salarisreductie plaatsvindt.[144] Het gaat dan om salarisverlagingen na een half jaar, één jaar en twee jaar. Deze bevinding is consistent met andere studies, waaruit naar voren komt dat er een verband bestaat tussen het ziekteverzuimbeleid en het verzuimgedrag, en dat ruimhartige ziekte-uitkeringen zowel de frequentie als de duur van het ziekteverzuim kunnen verhogen. Een simulatie in dit onderzoek suggereert dat incentives het meest effect hebben op de gemiddelde ziekteduur wanneer deze gedurende de eerste drie maanden van het verzuim worden ingevoerd, al zijn hier ook nadelen aan verbonden. Dit onderzoek onderstreept in elk geval het belang om terughoudend te zijn met bovenwettelijke aanvullingen en dat het vroeger inzetten van een financiële prikkel de verzuimduur en ziekteperiode kan verkorten. Werknemers hebben anders weinig financieel belang om zo snel mogelijk een werkhervattingspoging te doen als ze ziek zijn omdat ze vaak 100% krijgen doorbetaald in de eerste zes of twaalf maanden (*het moral hazard-*

141 UWV (2025). Stand van uitvoering sociale zekerheid – cijfers EZWb 2024. Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, 26 448, nr. 812.
142 In 2015 kreeg bijna 80% van de 42-weekse zieken met een eerste ziektedag een EZWb, terwijl van de 42-weekse zieken met een eerste ziektedag in de eerste helft van 2020 nog maar 50% een EZWb kreeg.
143 Een deel van degenen die 35-min worden verklaard, zal via de WW of direct in de bijstand terechtkomen, een deel is niet-uitkeringsgerechtigd. Als mensen weer werk vinden, komt een deel van deze groep later helaas weer in de ZW.
144 Timp, S., van Foreest, N. D., & van Rhenen, W. (2024). Effect of financial incentives on the cost and duration of sickness absence. PLoS ONE, 19(6), Article e0305235.

effect). Uit gesprekken met bedrijfsartsen komt ook naar voren dat er vaker al ruim voor het einde van het eerste ziektejaar duidelijk is dat mensen niet meer bij de eigen werkgever zullen re-integreren, al kunnen de wachttijden in de zorg wel tot een vertraging leiden. Toch wordt het eerste spoor dan uitgelopen, deels omdat men vreest de RIV-toets anders niet te doorstaan. Datzelfde geldt voor het uitlopen van spoor 2.

Voor werknemers met een tijdelijk contract dat afloopt tijdens ziekte of vangnetters is spoor 1 niet of gedeeltelijk van toepassing. Dit is het geval als er geen werkgever is om naar terug te keren. Zij vallen direct onder spoor 2, waarbij UWV verantwoordelijk is voor begeleiding naar ander werk (tabel 4.4).

Tabel 4.3 Spoor 1 en spoor 2 naar type werkgever

Situatie	Spoor 1	Spoor 2	Wie betaalt/begeleidt
Werknemer met vast of tijdelijk contract (nog lopend)	Ja – terugkeer binnen eigen bedrijf staat centraal	Ja – zoeken naar werk bij andere werkgevers parallel aan spoor 1	Werkgever betaalt loon en begeleidt
Contract loopt af tijdens ziekte / vangnetter	Nee – geen werkgever meer om naar terug te keren	Ja – UWV begeleidt direct naar ander werk	UWV betaalt ziekengeld en begeleidt
Werknemer bij publiek verzekerde werkgever	Ja – zolang contract loopt; UWV betaalt loon bij ziekte na einde contract	Ja – UWV begeleidt naar ander werk als geen contract meer is	UWV betaalt ziekengeld en begeleidt re-integratie
Werknemer bij werkgever die eigenrisicodrager (ERD) ZW is	Ja – werkgever blijft verantwoordelijk, ook als contract eindigt	Ja – ERD-werkgever begeleidt naar ander werk	Werkgever betaalt (als ERD) en begeleidt re-integratie

Spoor 1 biedt meer kans op duurzame werkhervatting dan spoor 2. Dit komt omdat bij spoor 2 extra belemmeringen spelen, zoals baanverlies en de noodzaak om een volledig nieuwe werkplek te vinden. Dit verkleint de kans op succesvolle re-integratie. Daarnaast zijn werkgevers over het algemeen terughoudend om zieke werknemers van een ander bedrijf in het kader van re-integratie tweede spoor in dienst te nemen. Dit komt onder andere door zorgen over het (doorlopende) verzuimrisico, onzekerheid over belastbaarheid, en het ontbreken van een eerdere arbeidsrelatie of investeringsband met de betreffende werknemer.[145] Veel organisaties missen de capaciteit of flexibiliteit om tweede spoor kandidaten goed te begeleiden.[146] Deze terughoudendheid vormt een belangrijke verklaring voor het relatief lage succespercentage van tweede spoor trajecten.[147] Eerder is onderzoek gedaan naar effectiviteit van het tweede spoor op basis van een werkgeversenquête (n≈420). Gemiddeld is circa 24% van de tweede-spoortrajecten succesvol afgerond, ongeveer 35% eindigt niet succesvol (waarvan ~33% ziek uit dienst) en ruim 36% liep nog op het meetmoment; uitkomsten verschillen per bedrijfsgrootte en zijn voor kleine groepen met voorzichtigheid te interpreteren. Succes en falen hangen samen met context: grotere organisaties bereiken, opgeteld met spoor 1, relatief vaker plaatsing.[148] Ander onderzoek geeft een soortgelijk beeld waarbij ongeveer één op de drie werknemers via het tweede spoor weer werk

145 Blonk, R. (2023). Re-integratie en arbeidsparticipatie: uitdagingen en perspectieven. Utrecht: TNO.
146 UWV (2022). Kennisverslag 2022-1: Re-integratie bij langdurig verzuim. Amsterdam: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen.
147 SEO (2016). Re-integratie tweede spoor: mogelijkheden en beperkingen. Amsterdam: SEO.
148 Panteia, De Beleidsonderzoekers, & SEO (2016). The theory and practice of second track reintegration.

vindt, doorgaans even vaak bij de oude als bij een nieuwe werkgever (Witkamp et al., 2016).[149] Recenter onderzoek met een online vragenlijst laat zien dat ongeveer een derde van de tweede-spoortrajecten leidt tot re-integratie bij de eigen werkgever en bijna een kwart tot werkhervatting in ander werk; daarnaast eindigt circa een vijfde met een IVA- of WGA-beoordeling en 14% met een vaststellingsovereenkomst.[150]

Het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel vergroot het verschil tussen werknemers met een vast contract en flexwerkers. Werknemers met een vast contract hebben recht op twee jaar loondoorbetaling bij ziekte en een werkgever die verplicht is tot re-integratie (spoor 1 en eventueel spoor 2).[151] Flexwerkers en vangnetters daarentegen vallen terug op de Ziektewet en hebben geen werkgever die verplicht is hen terug te begeleiden naar werk. Hierdoor is hun kans op duurzame werkhervatting aanzienlijk kleiner en is de instroom in de WIA vanuit de Ziektewet structureel hoger.[152] Deze institutionele verschillen in verplichtingen en verantwoordelijkheden leiden tot een systematische ongelijkheid in re-integratiekansen.[153]

Het is de bedoeling dat kleinere werkgevers na één jaar ziekte niet meer hoeven te proberen een zieke werknemer terug te laten keren in het eigen bedrijf. Dit is onderdeel van het zogenoemde arbeidsmarktpakket. Het wetsvoorstel (dat nog niet in werking is getreden) beoogt dat kleine en middelgrote werkgevers de mogelijkheid krijgen vanaf de start van het tweede ziektejaar zich alleen te richten op re-integratie in het tweede spoor. Als de werknemer in het tweede jaar weer beter wordt, moet het loon wel worden doorbetaald, maar hoeft de oude baan niet meer teruggegeven te worden als die al is opgevuld. Na twee jaar ziekte kan de werkgever de arbeidsovereenkomst beëindigen via een nieuwe ontslaggrond, waarbij de werknemer een vergoeding krijgt die de werkgever terug kan vragen bij UWV.[154] De maatregel om kleinere werkgevers na één jaar ziekte te ontlasten van de verplichting tot re-integratie in het eigen bedrijf past binnen een bredere ontwikkeling om de lasten en risico's van langdurige loondoorbetaling te verlichten. In dat licht kan breder gekeken worden naar de positie van werknemers die na een periode van arbeidsongeschiktheid opnieuw uitvallen. Voor deze groep rijst de vraag in hoeverre het redelijk is dat een nieuwe werkgever opnieuw twee jaar loon moet doorbetalen bij ziekte, ook als het gaat om dezelfde of samenhangende medische klachten.

Werkgevers zouden met uitbreiding van de no-riskpolis mogelijk bewogen kunnen worden om mensen in het tweede spoor aan te nemen. Door de doelgroep uit te breiden voor zieke werknemers die re-integreren in het tweede spoor hoeven werkgevers zich minder zorgen te maken over langdurige loonkosten bij ziekte. Dit verlaagt mogelijk het risico en maakt het aantrekkelijker om mensen met een verminderde belastbaarheid een kans te geven. Tegelijk is er ruimte voor meer bekendheid van het instrument bij zowel werkgever als werknemers.[155] Gezien de effectiviteit van de no-riskpolis voor het versterken van het tweede spoor onduidelijk is, kan er in eerste instantie worden gekeken met een pilot of gerandomiseerd experiment of de no-riskpolis aan dit doel kan bijdragen.

149 Witkamp, A., Engelen, M., de Ruig, L., Kok, L., Kroon, L., & Heyma, A. (2016). De theorie en praktijk van re-integratie tweede spoor. Panteia, De Beleidsonderzoekers en SEO.
150 Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL) & Kwaliteit op Maat (KoM). (2021). Tweede spoor re-integratietraject: Praktijkervaringen met re-integratie in het tweede spoor
151 UWV (2025). UKV Volumeontwikkelingen voorjaar 2025 (UWV Kennisverslag 2025-3). Amsterdam: UWV.
152 Rijnsburger, P. (2017, mei). Werkhervatting langdurig zieke vangnetters (UWV Kennisverslag 2017-4). Amsterdam: UWV.
153 Raad van State (2024, 22 mei). Advies W12.25.00080/III – Uitwerking arbeidsmarktpakket, re-integratieverplichtingen van de werkgever.
154 Ministerie van SZW (2023, 3 april). Kamerbrief over voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket (Onze referentie 2023-0000216197). Rijksoverheid.
155 De Beleidsonderzoekers & SEO (2018). Eindrapport effectiviteit no-riskpolis.

4.6 Naar meer domeinoverstijgende samenwerking

De curatieve zorg, bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde werken te veel gescheiden van elkaar. Als een werknemer langdurig ziek is, volgt niet alleen een persoonlijk herstelproces, maar ook een kennismaking met een complex stelsel, waarin verschillende belangen een rol spelen. Curatieve zorgverleners, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen werken binnen hun eigen 'domein', elk met eigen regels, doelen en financiering. Hoewel elke partij zijn te onderscheiden rol en waardevolle bijdrage levert, kan het ontbreken van nauwe uitwisseling van informatie, afstemming en samenwerking ertoe leiden dat de zorg en begeleiding minder goed aansluiten op wat de werknemer nodig heeft voor duurzaam herstel en terugkeer naar werk.[156]

Er kan al flinke winst worden gerealiseerd door de uitwisseling van patiënten-informatie tussen de betrokken partijen te vergemakkelijken. Het doorgeven van informatie van de professionals uit de curatieve sector aan sociaal geneeskundigen (bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) is mogelijk als er een toestemmingsverklaring van de patiënt is meegestuurd. Belangrijk hierbij is dat de vraagstelling duidelijk is zodat de behandelaar ook duidelijk kan aangeven welke invloed de behandeling of de aandoening heeft op het werk. Er zijn protocollen die regelen hoe de medische informatie moet worden opgevraagd en jaarlijks bepaalt de NZa het tarief dat de behandelaar voor de kosten van de informatieverstrekking in rekening kan brengen.[157] Bij de digitale persoonlijk gezondheidsomgeving (PGO) zijn curatieve behandelaars aangesloten. Inwoners van Nederland kunnen zelf een PGO openen, daarin hun medische gegevens verzamelen en bepalen wie zij daartoe toegang geven. Na afronding van de verkenning of aansluiting op de PGO vanuit de bedrijfsgeneeskunde haalbaar is, loopt er nu een pilot[158] om het bedrijfsgeneeskundig dossier ook daadwerkelijk aan te sluiten op de PGO. Inzage in het medisch curatieve dossier door bedrijfsarts of verzekeringsarts kan uiteraard ook dan alleen met toestemming van de patiënt/werknemer, die immers bepaalt wie zijn gegevens kan inzien. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen kunnen onderling informatie uitwisselen via veilige e-mail. Het versturen van de medische informatie bij de WIA-aanvraag moet op dit moment echter nog per post. Dit levert over het algemeen vertraging op.

Betere samenwerking tussen bedrijfsgeneeskundige en curatieve zorg levert voordelen op. Werk is belangrijk in het leven van patiënten en cliënten; het brengt structuur, zingeving, sociale contacten en vergroot het gevoel van eigen waarde. Het IBO Mentale Gezondheid en GGZ zegt hierover: *Het hebben van werk geeft structuur, inkomen en een sociale basis, en heeft daarmee een positieve invloed op de mentale gezondheid, mits de werkomstandigheden goed zijn.*[159] Omgekeerd kan werk ziek maken en dan is preventie en vroegsignalering van belang. Dit kost tijd en vraagt om de ontwikkeling van methoden en praktijken van meer arbeidsgerichte zorg, die ook onderdeel van de opleiding van (basis)artsen zouden kunnen zijn en niet alleen bij specialisatie.[160] Zo heeft de Koninklijke Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunde (KNMG) al eerder een visiedocument ontwikkeld over arbeidsgerichte medische zorg en heeft de Federatie van Medisch Specialisten in 2024 de Module 'Arbeidsparticipatie voor medisch specialistische

156 Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (2022). Advies over integrale sociaal-medische dienstverlening. https://www.nvvg.nl/advies-integrale-sociaal-medische-dienstverlening; Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2021). Integraal Zorgakkoord: Naar betere samenwerking in de zorg. Den Haag: SZW. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/06/01/integraal-zorgakkoord; UWV. (2023). Jaarverslag 2023: Sociaal-medische dienstverlening in ontwikkeling. https://www.uwv.nl/overuwv/jaarverslagen/jaarverslag-2023. Centraal Planbureau (CPB). (2021). Arbeidsparticipatie en gezondheid: Kansen voor integrale aanpak.

157 Nederlandse Zorgautoriteit (2024, 1 oktober). Tariefbeschikking medisch-specialistische zorg TB/REG.

158 Stichting MedMij (2024). Verkenning naar aansluiting nieuwe sectoren afgerond. ZonMw. (2025). Eerste stappen naar ontsluiting van gegevens uit het bedrijfsgeneeskundig dossier via PGO.

159 Rijksoverheid (2025). Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz.

160 Het onderzoeksprogramma Value@Work dat zich richt op de bepaling van arbeidsgerichte uitkomstindicatoren en het verbeteren van arbeidsgerichte netwerkzorg, kan hieraan een bedrage leveren. Medisch Contact, juni 2025.

richtlijnen' opgesteld. In het SER-advies Arbovisie 2040 deel 2 is versterking van arbeidsgerichte medische zorg één van de aanbevelingen. Daarnaast wordt in opdracht van de minister van SZW door de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde gewerkt[161] aan een arbeidsgericht zorgmodel voor oncologie. In het genoemde is de ontwikkeling van een dergelijk model voor de ggz als een nader te verkennen beleidsoptie opgenomen.

Verzekeringsartsen en bedrijfsartsen kunnen nauwer samenwerken om de aansluiting tussen verzuimbegeleiding en de WIA-beoordeling te verbeteren. Door casus rond het eerste ziektejaar gezamenlijk te bespreken – waar mogelijk samen met de cliënt – ontstaat een gedeeld beeld van belastbaarheid en re-integratiekansen. Uit onderzoek blijkt dat zo'n vorm van overleg bijdraagt aan meer afstemming en consistentie tussen beide professionals. Hierdoor kunnen misverstanden worden voorkomen, verloopt de re-integratie vaker volgens plan en wordt onnodige instroom in de WIA beperkt. Ook blijkt dat gezamenlijke beoordeling de kans vergroot dat werknemers sneller een realistisch perspectief op werk ontwikkelen, bijvoorbeeld door tijdige inzet van het tweede spoor.[162] Bovendien neemt door vroegtijdig overleg de behoefte aan een deskundigenoordeel af, omdat verschillen in beoordeling eerder worden gesignaleerd en opgelost. Artsen ervaren dit type overleg als nuttig, goed inpasbaar in de praktijk en efficiënt wanneer het op indicatie plaatsvindt. Telefonisch overleg blijkt daarbij vaak het meest werkbaar en kost gemiddeld weinig tijd per casus. Door het beleid rond re-integratie al tijdens het eerste ziektejaar te toetsen, kunnen adviezen beter worden afgestemd en onnodige loonsancties of deskundigenoordelen worden voorkomen.[163] Zo kan structureel overleg bijdragen aan een meer voorspelbare en samenhangende begeleiding van zieke werknemers richting herstel en werk.

Er zijn mogelijkheden voor meer inhoudelijke samenwerking tussen de curatieve zorg en de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Er zijn steeds meer, vaak kleinschalige en tijdelijke praktijkvoorbeelden en initiatieven die de werelden bij elkaar proberen te brengen, maar ze zijn veelal afhankelijk van de bereidheid van intrinsiek gemotiveerde individuen. Een meer structurele maatregel is een consultatiefunctie tussen de arbodienstverlening en de curatieve zorg. Zo'n consultatiefunctie is dan primair gericht op het adviseren van de werkgever en de werknemer bij ziekteverzuim en re-integratie. Volgens een zeer tentatieve berekening voor zogenoemde beknopte vormen van arbocuratieve samenwerking wegen de baten op tegen de kosten als één op de tien patiënten één dag eerder aan het werk gaat.[164] In de context van een krappe arbeidsmarkt zullen de verhouding tussen kosten en baten gunstiger worden. Door deze maatregelen kan de samenwerking tussen behandelen (curatieve zorg), begeleiden (bedrijfsarts) en beoordelen (verzekeringsarts) op termijn verbeteren. Vergaande ontschotting kan de relevante vakgebieden verrijken, het kan de geneeskundige waarde van het vak van verzekeringsartsen versterken. Ontschotting moet wel leiden tot een duidelijke taakverdeling en doelmatig zijn in de uitvoering.

4.7 Beleidsopties

Dit hoofdstuk laat zien dat de wettelijke kaders rond arbozorg een stevig fundament bieden, maar ook dat ze verbeterd en vereenvoudigd kunnen worden zodat de begrijpelijkheid toeneemt. De naleving van arbo-verplichtingen komt niet overal even goed van de grond; extra toezicht door de

161 Deze opdracht is verstrekt n.a.v. de motie Van Weyenberg. Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2020). Motie van het lid Van Weyenberg c.s. over integreren van klinische arbeidsgeneeskundige zorg in de reguliere oncologische zorg (Kamerstuk 35570-XV, nr. 56)

162 Spanjer, J., Abma, F. I., & Benus, K. (2020). Overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsarts: Deel II — Resultaten van de BAVA-pilot. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 25(1-2), 68-73.

163 Spanjer, J., Abma, F., & Benus, K. (2020). Overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen: Hoe kan overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen het best worden vormgegeven? Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 28(1-2), 74-78

164 SIRM (2024). Kosten en baten van arbocuratieve zorg.

Arbeidsinspectie – al dan niet in combinatie met een meldplicht - kan helpen deze naleving te versterken en de preventieve werking van de wet beter tot uiting te laten komen.

Daarnaast komt naar voren dat UWV achterblijft met tijdige uitvoering van de EZWb's en dat de re-integratiedienstverlening beter kan. Tegen de achtergrond van de toenemende druk op deze dienstverlening is het van belang dat UWV over voldoende middelen beschikt om de groeiende doelgroep te ondersteunen en deze dienstverlening door te ontwikkelen. Verder wordt beschreven hoe het onderscheid tussen spoor 1 (intern) en spoor 2 (extern) in de praktijk uitwerkt en hoe bovenwettelijke aanvullingen de dynamiek rond verzuimbegeleiding en re-integratie mede bepalen. In het verlengde van deze ontwikkelingen wordt ook verkend hoe werkgevers beter kunnen worden ondersteund bij het in dienst nemen van mensen met een arbeidsverleden.

Tot slot komt naar voren dat een betere gegevensuitwisseling en samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen belangrijk is. Dit kan niet alleen de uitvoerbaarheid versterken, maar ook bijdragen aan effectiever beleid en een beter functionerende arbeidsgerelateerde zorgketen.

De knelpunten bieden aanknopingspunten voor beleidsopties. Zo zijn verbeteringen mogelijk in de informatievoorziening en toetsing rond de wettelijke preventieverplichtingen, ten aanzien van een versterking van toezicht en naleving, en een effectievere inzet van instrumenten binnen de Ziektewet. Daarnaast ligt het voor de hand om te verkennen hoe samenwerking tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen binnen de huidige beoordelingssystematiek verder kan worden verdiept. Samen kunnen deze richtingen bijdragen aan een stelsel waarin preventie, tijdige begeleiding en domeinoverstijgende samenwerking sterker met elkaar verbonden zijn. Dit vertaalt zich naar de volgende concrete beleidsopties in tabel 4.5, uitgewerkt in bijlage 6.

Tabel 4.4: Overzicht van uitgewerkte beleidsopties

NUMMER	BELEIDSOPTIE
4	Betere samenwerking en gegevensuitwisseling bedrijfsarts en verzekeringsarts
5	Verbeteren Eerstejaars Ziektewetbeoordeling (op termijn)
6	Beter data-deling ziekteverzuim
7	Preventie duidelijker verankeren in de wet
8	Meer toezicht Arbeidsinspectie op preventiebeleid werkgever
11	Re-integratiebudget UWV groeit mee met instroom ZW en WIA
12	Bonus-malus regeling bij inzet op preventie
13	UWV dienstverlening ZW uitbesteden
14	Werkgevers primair verantwoordelijk voor vangnetters
15	Wettelijk verankeren cao-bepalingen uitzendbedrijven
16	Versoepelen ontslagmogelijkheid bij hernieuwde arbeidsongeschiktheid
18	No-riskpolis uitbreiden
24	Wettelijk beperken bovenwettelijke aanvullingen
25	Intensiveren UWV dienstverlening re-integratie

5. De WIA-beoordeling: doenlijkheid en uitvoerbaarheid

Hoofdpunten

- De WIA is een verzekering die het inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid dekt. UWV is aangewezen als beoordelingsautoriteit: het bepaalt in welke mate iemand nog verdiencapaciteit heeft, wat de basis is voor de hoogte van de uitkering.
- De WIA is voor veel mensen te ingewikkeld. Bovendien vormt de regeling vaak slechts één onderdeel van een breder geheel aan regelingen waarmee mensen te maken hebben. Die complexiteit tast het gevoel van grip op eigen leven aan.
- De uitvoering van de WIA is vastgelopen; de wachtlijsten voor de beoordeling van WIA-aanvragen lopen sterk op. Dit is nadelig voor zieke (ex-) werknemers en (voormalige) werkgevers, en leidt tot aanzienlijke (maatschappelijke) kosten.
- De wachtlijstproblematiek komt doordat UWV de toenemende vraag naar sociaal-medische beoordelingen niet meer kan bijbenen. De grote verschillen in het aantal beoordelingen per team van verzekeringsartsen wijzen erop dat er nog ruimte is om het aantal beoordelingen te vergroten. Ook is het aantal aangevraagde herbeoordelingen onnodig hoog.
- In aansluiting op de reeds genomen maatregelen, is het belangrijk om taakherschikking door te voeren, zodat de druk op verzekeringsartsen vermindert. Het stellen van voorwaarden aan herbeoordelingen en het stopzetten van duurzaamheidsbeoordelingen - en de daarbij behorende IVA-uitkering - zijn ook nodig om de wachtlijstproblematiek aan te pakken.
- Een vereenvoudiging van de WIA helpt niet alleen de uitvoering, maar kan ook de mensen die te maken hebben met de WIA meer grip geven.

Het stelsel voor ziekte en arbeidsongeschiktheid, zoals dat sinds de invoering van de WIA bestaat, is gebouwd op twee pijlers: activering waar mogelijk en inkomensondersteuning waar nodig. De afgelopen jaren is daarnaast meer aandacht gekomen voor de doenlijkheid van het stelsel voor zowel degene die met het stelsel te maken heeft, als voor de uitvoering. Specifiek de WIA-beoordeling loopt vast; daar ontstaan grote wachtlijsten. Dit hoofdstuk richt zich op de doenlijkheid, waarbij het zwaartepunt zal liggen op de uitvoering: de afgelopen jaren zijn er al diverse rapporten geschreven over de doenlijkheid en grip voor mensen die met het stelsel te maken hebben (bijvoorbeeld OCTAS en het IBO vereenvoudiging sociale zekerheid).

Dit hoofdstuk behandelt de volgende vragen:

- Hoe krijgen mensen volgens de wet- en regelgeving toegang tot de WIA (5.1)?
- Hoe verhoudt dit zich tot doenlijkheid, grip en het vertrouwen dat mensen ervaren (5.2)?
- Wat is de ontwikkeling van de wachtlijsten om toegang te krijgen tot een WIA-uitkering (5.3)?
- Wat zijn de oorzaken van de oplopende wachtlijsten (5.4)?
- Wat zijn mogelijkheden om de wachtlijsten bij de WIA-toegang te verminderen (5.5)?
- Tot welke beleidsopties leidt dit (5.6)?

5.1 De praktijk van de toegang tot de WIA

De WIA maakt onderscheid tussen enerzijds volledig en duurzaam arbeidsongeschikten (IVA) en anderzijds gedeeltelijke arbeidsgeschikten (WGA). Er is sprake van volledige arbeidsongeschiktheid als iemand minder dan 20 procent kan verdienen van zijn oude loon "als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling"[165]. Volgens de Memorie van Toelichting gaat het zowel om personen die medisch gezien geen benutbare mogelijkheden meer hebben als mensen die ernstige beperkingen hebben, maar nog wel mogelijkheden hebben. Van duurzame arbeidsongeschiktheid is sprake in twee situaties: herstel is uitgesloten dan wel er is een geringe kans op herstel op lange termijn. Vooral de tweede situatie is moeilijk vast te stellen door een verzekeringsarts. Zeker in situaties waarin iemand serieuze klachten heeft, maar de relatie met een onderliggende ziekte moeilijk vast te stellen is, is het moeilijk te voorspellen welke richting de klachten zich op zullen ontwikkelen ("geen glazen bol"). Mensen die duurzaam ongeschikt zijn, krijgen een IVA-uitkering van 75% van hun vroegere loon. Gedeeltelijk arbeidsgeschikten zijn mensen die in staat worden geacht met arbeid ten hoogste 65% te kunnen verdienen van hun vroegere loon maar niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn (WGA-regeling). Ervaren mensen een inkomensterugval van minder dan 35 procent, dan krijgen ze geen uitkering ("eigen risico"). Ook uitgesloten zijn mensen die níet ziek zijn of geen gebrek hebben, maar om een andere reden niet meer (volledig) kunnen werken. Beide groepen zijn aangewezen op de WW, Participatiewet of eigen middelen.

UWV is aangewezen als beoordelingsautoriteit om te bepalen of iemand recht heeft op een WIA-uitkering; de wetgever kadert in hoe UWV dit moet doen. De wetgever doet dat (voornamelijk) in het zogenaamde 'Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten' (AMvB). Het Schattingsbesluit stelt voorwaarden aan de wijze waarop UWV een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidsdeskundig onderzoek dient uit te voeren.[166] Verzekeringsartsen baseren hun verzekeringsgeneeskundig onderzoek op een functionele mogelijkhedenlijst (FML). Dit is een gestandaardiseerd document dat de verzekeringsartsen van UWV gebruiken om de fysieke, mentale en sociale belastbaarheid van een werknemer in kaart te brengen bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid voor een WIA-uitkering. De lijst beschrijft de resterende mogelijkheden van de aanvrager van een uitkering. Het is een andere lijst dan de bedrijfsarts gebruikt in zijn werk; er kan wel informatie van de bedrijfsarts in worden verwerkt. Een arbeidsdeskundige vergelijkt de functionele mogelijkheden vervolgens met de belastbaarheid in functies die een persoon met een arbeidsbeperking (in theorie) zou kunnen uitoefenen. Het zogenoemde Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS) bevat gedetailleerde beschrijvingen van duizenden bestaande functies. Het systeem selecteert automatisch functies uit de database die overeenkomen met de resterende mogelijkheden op de functionele mogelijkhedenlijst. De arbeidsdeskundige controleert deze op basis van haar expertise. Indien er ten minste drie geschikte functies worden gevonden, worden deze de 'geduide functies'. De 'restverdiencapaciteit' komt tot stand door het uurloon dat past bij de mediaan van deze drie functies te hanteren. In dit proces werken verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen steeds vaker samen met ander professionals ("sociaal-medische centra").

UWV berekent hoe hoog de uitkering van de aanvrager is. De wijze waarop dit dient te gebeuren is vrijwel volledig wettelijk vastgelegd. UWV haalt het sociale verzekeringsloon uit de polisadministratie, een databank waarin individuele loongegevens ingezien kunnen worden. Bij twijfel of onduidelijkheid wordt navraag gedaan bij de werkgever of de werknemer. Het sociale

165 Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA).
166 UWV hoeft geen onderzoek uit te voeren als geen medisch benutbare mogelijkheden meer zijn.

verzekeringsloon is de verzamelterm voor al het inkomen waarover wettelijk is bepaald dat premie en belastingen worden geïnd. Dat zijn bijvoorbeeld wél vakantiegeld en de fiscale bijtelling voor privégebruik van de auto van de zaak. En niet de pensioenpremie of de ontslagvergoeding. De UWV-medewerker berekent vervolgens het totaal genoten sociale verzekeringsloon over de zogenaamde 'referteperiode'. Het gebruik van de 'referteperiode' beperkt het risico dat arbeidsongeschikten een lagere uitkering krijgen doordat zij bijvoorbeeld in de laatste maanden voor ziekte al minder zijn gaan werken of toevallig minder verdiensten hadden. Er vinden vaak nog correcties plaats voor bijvoorbeeld loonloze tijdvakken. De referteperiode is voor de WIA grofweg één jaar – hoewel de precieze begin- en einddatum van die periode afhangt van specifieke omstandigheden. In het geval dat er in de referteperiode bijvoorbeeld sprake was van een staking of lager loon door ziekte, wordt het totaal genoten loon in de referteperiode aangepast. Hierdoor wordt het risico beperkt dat arbeidsongeschikten een lagere uitkering krijgen doordat zij een lager loon ontvingen. Vervolgens berekent de UWV-medewerker het 'dagloon'. Dat is het totaal genoten sociale-verzekeringsloon gedeeld door 261 (een jaar heeft gemiddeld 261 werkdagen). Tot slot wordt het 'dagloon' vergeleken met het maximumdagloon. Als het berekende dagloon hoger is dan 297,82 (maximum dagloon per 1 juli 2025), dan wordt het verzekerde bedrag op dat maximum gezet. Op basis van dat (gemaximeerde) dagloon en het arbeidsongeschiktheidspercentage berekent UWV de uitkeringshoogte. Kortom, de dagloonberekening is ingewikkeld voor UWV-cliënten; ze kunnen nu niet eenvoudig de juistheid van hun uitkering checken doordat het dagloon vaak afwijkt van de optelsom van de laatste twaalf loonstrookjes. Het is bovendien ook ingewikkeld voor de uitvoering. Het is van belang deze aan te passen.

5.2 De WIA-toegang: doenlijkheid, grip en vertrouwen

Grip kunnen houden op het eigen leven, en het vertrouwen hebben dat er altijd een stevig vangnet is, is een belangrijk uitgangspunt bij de inrichting van het stelsel. Hoofdstuk 2 laat zien dat de doenlijkheid van het WIA-stelsel de laatste jaren steeds meer aandacht heeft gekregen. De wijze waarop de toegang tot de WIA is vormgegeven en welke subregelingen van toepassing zijn, bepaalt mede in welke mate mensen grip ervaren. Onverminderd de relevantie van dit onderwerp, wordt in dit IBO minder diep op dit onderwerp ingegaan dan op de huidige urgente uitvoeringsproblemen. Dit mede omdat rapporten als dat van OCTAS en het IBO Vereenvoudiging Sociale Zekerheid al voorstellen hebben gedaan voor meer grip, doenlijkheid en vertrouwen. Het vervolg van deze paragraaf beschrijft daarom op hoofdlijnen de relevante mechanismes op dit punt. Bij de beleidsopties in dit rapport wordt ook beschreven wat het effect van maatregelen voor mensen is.

Het arbeidsongeschiktheidsstelsel is te ingewikkeld voor veel mensen die er mee te maken hebben. Volgens OCTAS is de complexiteit van de WIA het meest urgente probleem: "met de beste bedoelingen […] is de verfijnde systematiek van beoordelen, berekenen en verrekenen èn de samenloop van op zich al ingewikkelde regelingen zo een doolhof geworden zonder richtingwijzers".[167] Ook het IBO 'vereenvoudiging sociale zekerheid' constateert dat de WIA één van de meest ingewikkelde regelingen is en ook zo *ervaren* wordt. De WIA, en specifiek de WGA, heeft bijvoorbeeld – vergeleken met andere regelingen - een hoog aantal specifieke voorwaarden waarnaar wordt gekeken bij de beoordeling van de aanvraag voor een uitkering.[168] De WIA is bovendien onderdeel van een stelsel van meerdere inkomensregelingen, toeslagen en belastingen. Het wordt voor veel mensen complex als meerdere van die regelingen op elkaar ingrijpen.

167 Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2023). Beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel – Tussenrapport.
168 Rijksoverheid (2023). IBO Vereenvoudiging Sociale Zekerheid – Moeilijk makkelijker maken".

De ingewikkeldheid van de WIA komt voort uit het feit dat het zowel een inkomensverzekering is als dat het mensen wil activeren te (blijven) werken. Op grond van de verzekeringsgedachte behoren mensen precies te krijgen waar ze recht op hebben; van oudsher wordt de resterende verdiencapaciteit altijd op een theoretische wijze bepaald, wat moeilijk navolgbaar is voor mensen. Daarnaast worden mensen in de WIA geprikkeld hun resterend vermogen te benutten. Zo ontstaan verschillende subregelingen: IVA, WGA, LAU, VVU, of de afwezigheid van een uitkering. Daarnaast zijn er vaak bovenwettelijke aanvullingen. Het is voor mensen, maar ook voor uitvoerders, moeilijk het overzicht te houden.

De complexiteit van het stelsel tast de ervaren grip en bestaanszekerheid aan. Een auto is ook complex: zij bestaat uit verschillende, interacterende systemen. Voor de bestuurder maakt dat echter weinig uit; zolang hij kan rijden en de auto onderhouden wordt, hoeft hij de technische werking niet te doorgronden. Dat geldt niet voor de WIA. Mensen moeten de werking van de WIA en de omliggende systemen begrijpen om richting te kunnen geven aan hun eigen leven. Daarbij komt dat de doelgroep van de WIA 'veel kenmerken heeft die het gebruik voor hen lastiger maken'. Zij zijn doorgaans ziek en beschikken niet altijd over de bureaucratische vaardigheden die feitelijk van hen worden verwacht. Dit maakt het moeilijk om een complex systeem – dat zo bepalend is voor de eigen bestaanszekerheid – te doorgronden en te weten waar men aan toe is. De Staatscommissie Rechtsstaat stelt dan ook: "Inkomensondersteuning veroorzaakt steeds vaker bestaansonzekerheid, in plaats van dat het die verlicht […]. Het weerhoudt mensen er bovendien van om (meer) te gaan werken, terwijl op de arbeidsmarkt iedereen nodig is."[169] De commissie constateert dat het de uitvoering niet lukt om te voorkomen dat burgers hinder ondervinden van de ingewikkeldheid van het systeem. Dat geldt niet alleen voor burgers, maar ook voor werkgevers.

Het ervaren verlies aan grip leidt tot minder draagvlak voor de WIA en minder vertrouwen in de samenleving. Dat volgt uit de boodschap van de WRR in haar rapport "Grip - Het belang van persoonlijke controle". Minder grip op het eigen leven leidt tot lager persoonlijk welbevinden: mensen met weinig controle over hun leven, scoren aanmerkelijk lager op gevoelens van geluk en tevredenheid, hebben vaker gezondheidsproblemen, en maken een grotere kans op vroegtijdig overlijden. De negatieve gevoelens die voortkomen uit gebrek aan grip, hebben bovendien de neiging zich niet te beperken tot dat eigen leven, maar zich ook te vertalen in negatieve gevoelens over de samenleving als geheel en het vertrouwen in de overheid. Ook zijn er serieuze aanwijzingen dat de combinatie van onzekerheid en gevoelens van machteloosheid kan leiden tot beelden en overtuigingen waar een democratie niet beter van wordt.[170]

Ook (ervaren) onrechtvaardigheden in de toegang tot de WIA kunnen bijdragen aan verminderd draagvlak en vertrouwen van (ex-)werknemers. Een eerste (ervaren) onrechtvaardigheid hangt samen met het uitgangspunt bij de beoordeling dat mensen hun resterende mogelijkheden benutten. UWV kijkt bij die beoordeling daarom ook naar mogelijke functies die mensen zichzelf (nog) niet zien doen. Zeker als die functies op korte termijn niet beschikbaar zijn, of ze ervoor worden afgewezen, leidt dit tot onbegrip. De systeemwereld sluit niet aan op de leefwereld van mensen. Een tweede (ervaren) onrechtvaardigheid is gelegen in het verschil in toegang tot de WIA tussen lagere en hogere inkomens. Hogere inkomens krijgen bij vergelijkbare functionele mogelijkheden een WIA-uitkering, waar lage inkomens die niet krijgen. Dat komt doordat de inkomensterugval van de hogere inkomens al snel groter is dan 35 procent.

169 Staatscommissie Rechtsstaat (2024). De gebroken belofte van de rechtsstaat – tien verbetervoorstellen met oog voor de burger.
170 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2023). Grip. Het maatschappelijk belang van persoonlijke controle.

Daarmee heeft het eerdere verdiende inkomen niet alleen effect op de hoogte van de uitkering, wat verzekeringstechnisch logisch is, maar ook op de mate van arbeidsongeschiktheid. Omgekeerd krijgt iemand met een lagere opleiding (en doorgaans een lager inkomen) soms wél een WIA-uitkering, omdat er geen beschikbare functies zijn op het eigen opleidingsniveau. Terwijl die voor de aanvrager met de hogere opleiding en een vergelijkbare ziekte of gebrek nog wel te vinden zijn, waardoor de hoger opgeleide geen of een lagere WIA-uitkering krijgt.

5.3 De oplopende wachtlijsten bij de WIA(-toegang)

De uitvoering van het WIA-stelsel is vastgelopen. Deze paragraaf beschrijft hoe groot het probleem is en wat de gevolgen daarvan zijn voor cliënten, werkgevers en belastingbetalers.

Er is brede erkenning dat de uitvoering van de WIA al langere tijd onder druk staat en dat dit grote negatieve effecten heeft. De Algemene Rekenkamer stelde reeds in 2023: **"**De WIA-verzekering tegen inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid is niet meer uitvoerbaar. Bij UWV lopen de achterstanden in de beoordelingen van arbeidsongeschiktheid al sinds 2015 op, ondanks maatregelen. Dit is vooral nadelig voor langdurig zieke (ex-)werknemers. De achterstanden leiden bovendien tot onrechtmatige uitgaven en dwangsommen voor UWV."[171] Ook (voormalig) werkgevers willen duidelijkheid. Daarboven op komt dat het herstellen van de fouten die door UWV zijn gemaakt bij de vaststelling van het dagloon van WIA-uitkeringen in de periode 2020-2024 extra druk legt op de uitvoering; de operatie zelf valt buiten het bestek van dit IBO.

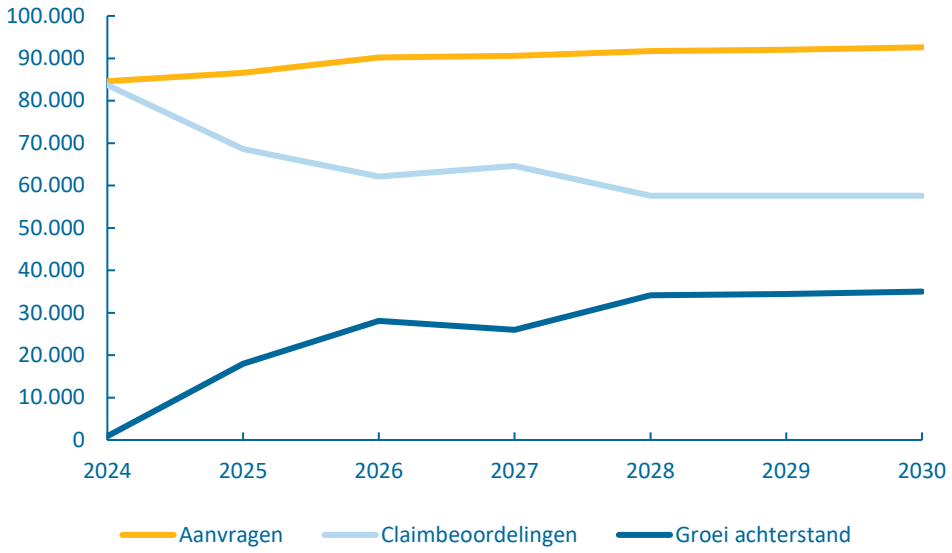
Hoewel er sprake is van brede druk op de uitvoering, heeft vooral de druk op verzekeringsartsen gevolgen voor een groeiende groep arbeidsongeschikten. Gevolg is hoge en oplopende wachtlijsten voor een beoordeling voor een WIA-aanvraag. UWV moet binnen acht weken beslissen over een WIA-aanvraag. Gemiddeld wachten aanvragers nu zo'n zes maanden op een beoordeling. De wachttijd neemt naar verwachting de komende jaren fors toe, omdat de achterstanden bij UWV verder oplopen. Figuur 5.1 laat een schaarbeweging zien: het aantal WIA-aanvragen en de capaciteit om deze te beoordelen lopen de komende jaren steeds verder uit elkaar. De verwachting is dat het aantal aanvragen de komende jaren beperkt zal groeien. In 2024 was UWV nog in staat het aantal claimbeoordelingen sterk op te schroeven waardoor in dat jaar de achterstanden nauwelijks verder zijn opgelopen. Voor de komende jaren wordt verwacht dat het aantal verrichte claimbeoordelingen op een lager niveau zal liggen.

De capaciteit voor de komende jaren ligt ruim onder het aantal WIA-claimbeoordelingen dat de verzekeringsartsen in 2024 hebben uitgevoerd. Hieraan liggen verschillende oorzaken ten grondslag. UWV heeft de interne overwerkregeling beëindigd omdat het niet structureel van zijn medewerkers wil vragen om aanzienlijke overuren te draaien en omdat de effectiviteit van de maatregel terugliep. Daarnaast is de 60-plusregeling eind 2024 geëindigd. Deze is weliswaar in september 2025 voor de duur van 2 jaar opnieuw ingevoerd, maar deze maatregel is dus acht maanden niet van kracht geweest. Bovendien kan de maatregel niet structureel worden ingezet omdat dit tot een aanzuigende werking op de WIA kan leiden: als werkgevers en werknemers zien dat de lichte beoordeling structureel wordt, bestaat het risico dat de WIA langzaamaan zal verworden tot een soort vroegpensioen. De belangrijkste reden voor de capaciteitsdaling is dat UWV vanwege de wet DBA (aanpak schijnzelfstandigheid) de contracten met extern ingehuurde verzekeringsartsen uiterlijk eind 2025 beëindigt. Het vertrek van de extern ingehuurde artsen -

171 Algemene Rekenkamer (2023). Verantwoordingsonderzoek 2023: Rapport bij het Jaarverslag 2022 – Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

vanwege de wet DBA - zorgt in 2025 al voor een daling van de capaciteit, die zich voortzet in 2026. In 2027 en 2028 daalt de capaciteit verder omdat de 60-plusregeling in september 2027 eindigt. In figuur 5.1 is een raming van UWV opgenomen. In de prognose zijn de reeds genomen maatregelen al verwerkt, inclusief het structureel doorzetten van praktisch beoordelen. Dat betekent ook dat uitgangspunt is dat UWV prioriteit blijft geven aan het beoordelen van WIA-aanvragen en nauwelijks nog herbeoordelingen op eigen initiatief uitvoert. Doordat de capaciteit en de verwachte aanvragen steeds meer uit elkaar gaan lopen, neemt de jaarlijkse groei van de achterstanden naar verwachting toe tot 33.000 beoordelingen in 2030.

Figuur 5.1. Prognose van het jaarlijkse aantal aanvragen, het jaarlijkse aantal claimbeoordelingen en de jaarlijkse *groei* van de achterstanden in de WIA-beoordelingen bij UWV

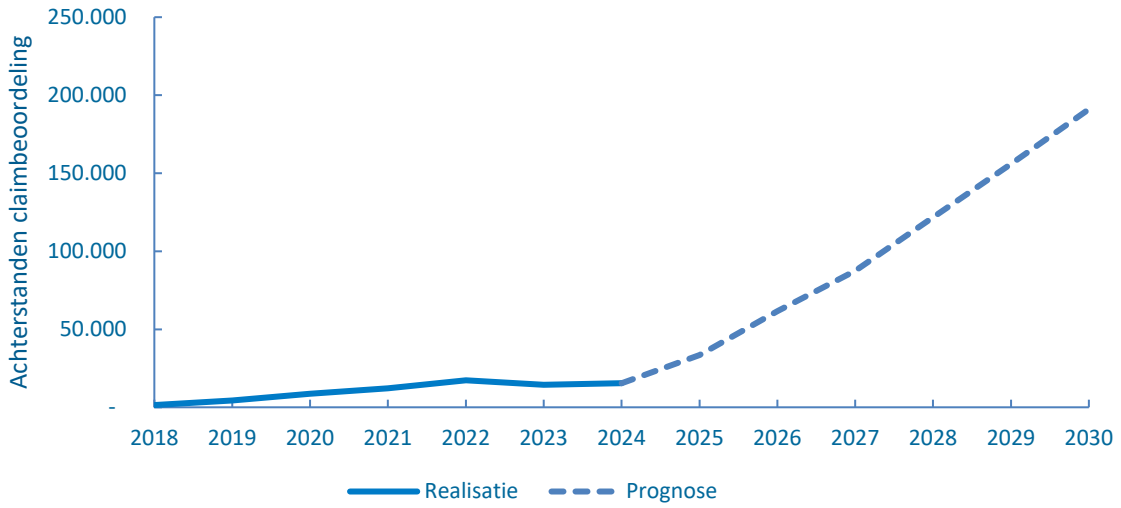


UWV komt nauwelijks toe aan andere beoordelingen. Dit betekent dat ook bij andere taken van verzekeringsartsen de achterstanden verder oplopen. Verzekeringsartsen zijn niet alleen nodig om aanvragen voor de WIA te beoordelen. Ze hebben ook als wettelijke taak EZWb's te doen, het medisch oordeel in de RIV-toets te toetsen, werkgevers en werknemers een deskundigenoordeel te geven gedurende de eerste twee ziektejaren en herbeoordelingen voor zowel de WIA als de WAO uit te voeren. Zo lopen de achterstanden bij vraaggestuurde herbeoordelingen naar verwachting op van ruim 21.000 in 2024 naar ruim 45.000 in 2030. Vraaggestuurde herbeoordelingen zijn beoordelingen die door werknemer of werkgever worden aangevraagd omdat zij inschatten dat de huidige belastbaarheid in arbeid van de uitkeringsgerechtigde is veranderd ten opzichte van de oorspronkelijke WIA-toekenning. Dit betekent dat mensen niet de uitkering hebben die bij hun situatie past. Ook zullen verzekeringsartsen nog minder toekomen aan beoordelen op eigen initiatief. Dat kan tot gevolg hebben dat iemand die geleidelijk of gedeeltelijk herstelt, maar dit niet bij UWV meldt, ten onrechte voor langere tijd een hogere uitkering houdt. Mensen worden wel geacht dit te melden, maar doen dit niet altijd.

Terwijl de achterstanden in de afgelopen jaren al problematisch waren, nemen zij de komende jaren toe tot ongekende proporties. Figuur 5.2 toont - op basis van UWV cijfers - de oploop van de wachtlijsten bij de WIA claimbeoordeling tussen 2018 en 2030. De jaarlijks groeiende achterstand, zoals weergegeven in figuur 5.1, resulteert over de jaren heen tot steeds langere wachtlijsten. Zonder aanvullende maatregelen leidt dit ertoe dat er in 2030 ongeveer

190.000 mensen langer dan de wettelijk toegestane periode moeten wachten op een beoordeling.[172] Gegeven het aantal verrichte beoordelingen per jaar (in figuur 5.1), zou dit betekenen dat zieke werknemers twee tot drie jaar moeten wachten op een claimbeoordeling; in de tussentijd ontvangen ze een voorlopige uitkering. De figuur laat goed zien dat de achterstanden in recente jaren in het niet vallen bij de achterstanden die voor de komende jaren verwacht worden. Zonder aanvullende maatregelen loopt de uitvoering helemaal vast.

Figuur 5.2 Prognose van de ontwikkeling van de achterstanden in claimbeoordelingen door verzekeringsartsen



Sinds 2015 zijn maatregelen genomen om de wachtlijsten te verminderen, maar deze zijn onvoldoende en hebben deels ook een opwaarts effect op de instroom in de WIA.[173]

- UWV maakt een transitie naar sociaal medische teams, waarin de verzekeringsarts meer taken delegeert naar bijvoorbeeld sociaal-medische verpleegkundigen en medisch secretaresses- en daardoor productiever zou moeten worden. De minister van SZW heeft daartoe prestatieafspraken gemaakt en extra financiering beschikbaar gesteld.
- UWV heeft het uitvoeren van eerstejaarsziektewetbeoordelingen (EZWb's) gedeprioriteerd – en verricht deze nog maar in beperkte mate. Vinden ze nog plaats, dan zijn ze gericht op cliënten waarvan op voorhand duidelijk is dat er een hoge kans bestaat dat uitstroom uit de Ziektewet de conclusie van de beoordeling zal zijn.
- UWV zet minder artsenbegeleiding in voor vangnetters tijdens de ziekteperiode. Ook is er minder ruimte voor het doen van herbeoordelingen op initiatief van UWV zelf, bijvoorbeeld omdat daar medisch aanleiding voor is, bijvoorbeeld (geleidelijk) herstel van cliënten).
- UWV heeft diverse procesoptimalisaties doorgevoerd, naar aanleiding van een rapport van EY.[174] De inzet is dat UWV vaker met een vormvaste aanvraag gaat werken en ICT-systemen gaat gebruiken die documenten automatisch in de juiste categorie labelt.
- UWV verdiept ook de komende periode digitalisering en automatisering. Dergelijke aanpassingen leveren in potentie tijd op, terwijl de investering relatief laag kan blijven.

172 In een behoedzamer scenario zullen de jaarlijkse achterstanden cumulatie leiden tot een 220.000 wachtenden. Het verschil tussen beide scenario's hangt samen met de ontwikkeling van de beoordelingscapaciteit (niet in de instroom).

173 Kamerstukken II (2024/25), 26448, nr. 846. Brief van de minister van SZW van 11 juni 2025 – Voortgang sociaal-medisch beoordelen en uitkomst voorjaarsbesluitvorming. Daarnaast meldt het kabinet in deze brief dat het structureel WIA-voorschotten van mensen die bij nader inzien geen recht hebben op de WIA, kwijt zal schelden. Bovendien wijst het kabinet op het belang van preventie – goede arbozorg – om instroom in de WIA te verminderen en daarmee ook de druk op de verzekeringsartsen te beperken.

- UWV is van plan de werkprocessen verder te vereenvoudigen en uniformeren. Dat zou verzekeringsartsen op termijn tijd op moeten leveren om meer beoordelingen uit te voeren.
- Het UWV-onderdeel sociaal-medische zaken wil zich volledig richten op de sociaal medische beoordeling en de bijbehorende dienstverlening en zal de taken op terrein van re-integratie overdragen aan het Werkbedrijf. Dit helpt om de focus terug te krijgen op de kerntaak, namelijk beoordelen, wat tot meer beoordelingen moet leiden.
- Het kabinet heeft per 1 oktober 2022 de 60-plusmaatregel ingevoerd, oorspronkelijk tot 1 januari 2024. De maatregel is éénmalig verlengd tot 1 januari 2025. Per 1 september 2025 is de maatregel opnieuw ingevoerd voor de duur van 2 jaar. Mensen die bij het einde van de wachttijd – dus als de 104 weken zijn verstreken - 60 jaar of ouder zijn, krijgen een vereenvoudigde WIA-beoordeling, zonder of met minder inzet van de verzekeringsarts en extra inzet van een arbeidsdeskundige. Er wordt ook niet meer vastgesteld welke werkbelasting mensen nog aankunnen. Het is een buitenwettelijke noodmaatregel; UWV kan hierdoor naar verwachting circa 10.000 extra beoordelingen van 60-plussers per jaar uitvoeren. Deze tijdelijke maatregel leidt wel tot hogere instroom in de WIA (van 60-plussers).
- De eerdere tijdelijk ingezette maatregel om beoordelingen meer praktijkgericht uit voeren (‘praktisch beoordelen’) is ondertussen structureel gemaakt. Met deze werkwijze wordt de mate van arbeidsongeschiktheid van iemand die nog werkt bepaald aan de hand van het inkomen dat met dat werk verdiend wordt. De verzekeringsarts blijft bij de beoordeling betrokken, maar kan een beperkte beoordeling uitvoeren. Hierdoor kan UWV naar verwachting jaarlijks 3.000 tot 4.000 extra beoordelingen verrichten. Deze beoordeling sluit ook beter aan bij leefwereld van aanvragers van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De oplopende wachtlijsten kennen alleen maar verliezers. Mensen ervaren meer onzekerheid en stress, bovenop de financiële gevolgen van hun uitkering. Dat kan het herstel vertragen en sommige aandoeningen verergeren.[175] Ook ontvangen arbeidsongeschikten soms een uitkering die niet (meer) past bij hun situatie, doordat herbeoordelingen uitblijven of worden uitgesteld. Dat kan tijdelijk gunstig uitpakken. Mensen krijgen een voorschot op basis van de veronderstelling dat ze recht hebben op een loongerelateerde WIA-uitkering. Dat voorschot wordt achteraf, in de gevallen dat mensen geen recht bleken te hebben op een uitkering, verrekend met de WW-rechten. Als de WW-rechten onvoldoende blijken voor volledige verrekening, scheldt UWV de aanvrager van de arbeidsongeschiktheidsuitkering het resterende bedrag kwijt. Deze heeft daarmee meer uitkering gekregen dan als de overheid wél tijdig had beoordeeld. Het nadeel van deze aanpak is dat mensen te maken kunnen krijgen met een forse, plotselinge terugval in inkomen. Als blijkt dat iemand geen recht had op de WIA en de WW-rechten zijn al verdisconteerd, dan is hij per direct aangewezen op het spaarvermogen, de partner of de bijstand. Ook mensen die tegen hun verwachting in als gedeeltelijk arbeidsongeschikt worden beoordeeld en (nog) niet werken kunnen te maken krijgen met een plotselinge forse terugval in inkomen, doordat ze niet meer in aanmerking komen voor de loongerelateerde uitkering, maar alleen voor de (veel lagere) vervolguitkering. Tot slot lopen WGA-ers het risico dat bij verslechterde gezondheid minder snel tot een hogere (IVA-)uitkering wordt gekomen, omdat herbeoordelingen op eigen initiatief door UWV zijn gedeprioriteerd. Mensen moeten dus zelf aan de bel gaan trekken (een herbeoordeling aanvragen), wat niet altijd het eerste is waaraan wordt gedacht bij een verslechterende gezondheid. Vooralsnog prioriteert UWV binnen de herbeoordelingen op eigen initiatief op schrijnende situaties, maar bij verdere tekorten komt ook dat onder druk te staan.

175 UWV (2025). Wachten verlichten; Esch et al. (2002). The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders; Esch et al. (2002). Stress in cardiovascular diseases.

De oplopende wachtlijsten leiden ook tot slechtere dienstverlening voor werkgevers. Werkgevers (en werknemers) kunnen minder gebruik maken van de expertise van UWV, bijvoorbeeld omdat UWV geen deskundigenoordeel meer kan geven voor zieke werknemer. Werkgevers, maar ook werknemers, kunnen een deskundigenoordeel aanvragen als de samenwerking in de re-integratie vastloopt of daar vragen over hebben. Daarnaast geldt dat als er minder herbeoordelingen plaatsvinden, dit kan leiden tot onnodig hoge kosten voor een werkgever in termen van een hogere individuele premie (publiek verzekerd) of hogere kosten van het eigenrisicodragerschap. Een herbeoordeling kan in drie gevallen voordelig zijn: (i) als cliënten een verdienvermogen hebben van meer dan 65% vallen ze buiten de WIA; (ii) als mensen volledig en duurzaam arbeidsongeschikt worden verklaard, krijgen ze een IVA die collectief wordt betaald; (iii) als de herbeoordeling tot een lager AO-percentage leidt, verlaagt dit ook de kosten.

Ten derde brengen de aanvullende maatregelen hoge kosten met zich mee. In het voorjaar van 2025 heeft het kabinet tot een aantal maatregelen besloten om de druk op de uitvoering te ontlasten. De kosten van deze maatregelen lopen op, tot ruim €200 mln. in 2030. Indirecte effecten zoals hogere WIA-instroom vanwege minder succesvolle re-integratie in de ziektewet zijn hierin niet meegenomen, waardoor de totale schade in de praktijk nog hoger zal liggen. Het is mogelijk dat de achterstanden de komende jaren verder toenemen. In dat geval zullen de kosten van het kwijtschelden van WIA-voorschotten in de jaren daarna verder substantieel toenemen. Eerdere kabinetten hebben ook maatregelen genomen met financiële gevolgen, te denken valt aan de eerste keer dat de 60-plusmaatregel werd ingevoerd en de tijdelijke maatregel kwijtschelden WIA voorschotten. Los van deze direct aanwijsbare kosten door maatregelen die het kabinet neemt om de uitvoering te ontzien, is het aannemelijk dat er meerkosten verbonden zijn aan de oplopende wachtlijsten. Zo lopen de dwangsommen bij UWV op, naarmate de achterstanden oplopen. Ook het gebrek aan capaciteit voor herbeoordelingen en de negatieve impact die de oplopende duur van de wachttijd heeft op de re-integratie van mensen kan tot extra uitgaven leiden. Deze effecten zijn op dit moment niet te kwantificeren.

Tabel 5.1 Maatregelen in verband met tekort aan verzekeringsartsen UWV tijdens voorjaarsbesluitvorming en begrotingsvoorbereiding 2026

X € 1 MLN.	2025	2026	2027	2028	2029	2030	CUM	STRUC
60-plusmaatregel	2	9	24	47	61	54	197	0
Uitvoeringskosten SMC	30	34	36	36	36	36	208	36
Kwijtschelden voorschotten*	0	31	33	50	71	93	278	
Praktisch beoordelen	0	0	1	3	6	9	19	47
RIV-toets[176]	0	0	2	6,3	17	27	52,3	150
Totaal	**32**	**74**	**96**	**142,3**	**191**	**219**	**754**	**233**

Ten slotte heeft het vastlopen van de uitvoering een zichzelf versterkend effect. Door vertragingen in beoordelingen ontvangt UWV juist méér WIA-verzoeken. Minder aandacht voor verzuimbegeleiding, herstel en re-integratie van vangnetters, minder (en latere) beoordelingen binnen het EZWb-traject en vertraging bij de RIV-toets zorgen naar verwachting voor een verdere

176 Doel van het wetsvoorstel RIV-toets is het wegnemen van een knelpunt voor werkgevers. Het heeft tevens een licht positief effect op het tekort aan verzekeringsartsen. De beoogde inwerkingtreding is om die reden versneld.

toename van WIA-aanvragen en -instroom. Naarmate de wachtlijsten langer worden, neemt ook het risico toe dat de dossiervorming en informatieoverdracht tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen verslechteren. Hierdoor kunnen verzekeringsartsen minder voortbouwen op bestaande informatie en moeten zij vaker de situatie volledig opnieuw beoordelen.

5.4 Oorzaken van de oplopende wachtlijsten

De wachtlijsten zijn ontstaan doordat de capaciteit aan verzekeringsartsen (het aanbod om beoordelingen te verrichten) de vraag naar beoordelingen niet kan bijbenen. Deze paragraaf beschrijft hoe ze zo hoog hebben kunnen worden, en waarom ze nog altijd groeien.

De discrepantie tussen vraag en aanbod komt deels door recente ontwikkelingen, maar hangt ook samen met de inrichting van het stelsel. Tabel 5.2 laat zien hoe die inrichting zowel de vraag naar als het aanbod van verzekeringsartsen beïnvloedt en welke richting de — deels autonome — ontwikkelingen waarschijnlijk opgaan. In het vervolg van deze paragraaf worden de onderdelen van de tabel toegelicht. De vraag naar verzekeringsartsen wordt bepaald door het aantal aanvragen dat zij moeten beoordelen en de hoeveelheid werk per aanvraag. Het aanbod wordt bepaald door het aantal artsen dat bij UWV werkt (in uren) en hun gemiddelde productiviteit.

Als onderdeel van de WIA-aanvraag is het verzekeringsgeneeskundig onderzoek voorbehouden aan de verzekeringsarts. Volgens het Schattingsbesluit (artikel 3 en 4) dient de verzekeringsarts bij elke aanvraag individueel de functionele mogelijkheden vast te stellen, waarbij bepaalde kwaliteitseisen gelden. De uitkeringsgerechtigde (of haar werkgever) heeft daarbij de mogelijkheid in bezwaar of beroep te gaan dan wel een herbeoordeling aan te vragen, en doet dat ook geregeld. Dat gezamenlijk draagt bij aan een hoge casuslast. Sommige andere, vergelijkbare landen lijken een lagere casusdruk voor verzekeringsartsen te hebben, bijvoorbeeld doordat de verzekeringsarts een minder grote rol heeft bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden (Groot-Brittannië, Denemarken en Zweden). Dat kan doordat artsen of andere professionals in de reguliere zorg een grotere rol spelen, dat er meer taakdelegatie en -herschikking plaatsvindt naar andere professionals, of meer gewerkt wordt met zelfrapportagelijsten.[177]

Het totaal aantal aanvragen dat verzekeringsartsen moeten beoordelen neemt de komende jaren nog iets toe. In de meerjarenprognose van UWV neemt het aantal aanvragen toe van 86.500 in 2025 tot 88.400 in 2030. De belangrijkste reden hiervoor is het stijgende aantal werkenden dat uitvalt en arbeidsongeschikt wordt (hoofdstuk 3). Meer beoordelingen betekent ook dat (vervolgens) bezwaar en beroep en herbeoordeling vaker voorkomt. Een bezwaarzaak vergt een nieuwe beoordeling door een andere verzekeringsarts. Op elke beoordeling volgt in ongeveer een kwart van de gevallen een bezwaarprocedure. Minder dan vijf procent van de gevallen wordt uiteindelijk een beroepsprocedure. De (bruto) capaciteit voor bezwaar- en beroepsprocedures is ongeveer 50 fte aan UWV-artsen en 25 fte aan medische ondersteuning.

De WIA vraagt van verzekeringsartsen een hoge mate van detail in de beoordelingen, die bovendien nauwkeurig gedocumenteerd moet worden. Het Nederlands stelsel van arbeidsongeschiktheid is er op gericht (precies) recht te doen aan iemands persoonlijke situatie. Zowel de soort uitkering als de hoogte van de uitkering hangt af van de precieze resterende verdiencapaciteit die past bij iemands functionele mogelijkheden. Dit vereist dat de

177 UWV (2024). Inzicht in acht Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels, UWV kennisverslag 2024-1.

verzekeringsarts (en de andere specialisten van UWV) precies (kunnen) beschrijven wat de resterende verdiencapaciteit is. Zeker in situaties waarin sprake is van moeilijk objectiveerbare klachten is dit ingewikkeld en wordt dus veel gevraagd van de uitvoerend professional. De verzekeringsarts moet bovendien kunnen beargumenteren hoe duurzaam de aandoening is.

De druk van juridische procedures (bezwaar en beroep) en de werking van het bestuursrecht vergroten de belasting op de beoordeling door verzekeringsartsen. Uit gesprekken komt naar voren dat mensen vaak in bezwaar gaan omdat ze klem zitten. De Boer, Faas en Otto laten ook zien dat in deze procedures steeds vaker discussie ontstaat over het gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing, met name bij de vraag hoe duurzaam een beperking is. Zij wijzen erop dat de daardoor gevraagde steeds verdergaande detaillering in de onderbouwing moeilijk waar te maken is voor verzekeringsartsen.[178] Tegelijkertijd verminderen maatregelen als de vereenvoudiging van de beoordeling in de 60-plusregeling de druk op de beoordeling: omdat dit een lichtere, procedurele toets is, zijn verzekeringsartsen hierbij niet of nauwelijks bij betrokken.

Gelet op de toenemende schaarste aan artsen in de zorg, zal het aanbod van verzekeringsartsen hooguit stabiel blijven en vermoedelijk dalen. Nederland heeft, mede door demografische ontwikkelingen, te maken met een krappe arbeidsmarkt die naar verwachting zal aanhouden.[179] Door de toenemende zorgvraag is die krapte extra voelbaar in de zorg. De opleiding tot verzekeringsarts moet daarbij concurreren met andere opleidingen, waarbij er wisselende beelden bestaan over de aantrekkelijkheid van het beroep. Daarbij komt dat het maatschappelijk ook niet gewenst is om artsen te onttrekken aan de reguliere zorg. Het Capaciteitsorgaan laat zien dat de verwachting is dat het aantal verzekeringsartsen tot 2027 daalt van circa 700 naar circa 600 artsen (in fte).[180] Het adviseert maatregelen te nemen om die daling te keren, waarbij een belangrijke zorg is dat ook het aantal artsen dat opleidt afneemt. Ook is er een effect van de handhaving van de wet DBA: verzekeringsartsen kunnen daardoor niet meer als zelfstandige aan de slag bij UWV; UWV doet hen wel een aanbod in dienst te treden, maar vooralsnog gaan de meeste artsen hier niet op in. Het is inmiddels zichtbaar dat UWV hard inzet op het vervangen van uittredende verzekeringsartsen, en het behoud van de huidige populatie.[181] Het is onduidelijk welk effect dit zal hebben. Een (kleine) positieve verandering ligt in de lijn der verwachting, maar duidelijk is ook dat de mismatch hier niet mee gaat worden opgelost.

De grote verschillen in het aantal beoordelingen per team van verzekeringsartsen indiceert dat er ruimte is om het totaal aantal beoordelingen te verhogen. Een zekere mate van productiviteitsverschil kan samenhangen met het feit dat verzekeringsartsen met verschillende populaties te maken hebben en dat de teamsamenstelling verschilt. De verschillen zijn evenwel dusdanig groot dat dit niet de enige verklaring kan zijn (box 5.1). De conclusie is onontkoombaar dat verschillen ook komen door verschillen in werkwijze, cultuur en aansturing. De grote verschillen bieden daarmee kansen voor *benchlearning*. Dat begint met nieuwsgierigheid: wat doen productieve (teams van) UWV-artsen anders, wat kunnen andere artsen daarvan leren en wat hebben ze daarvoor nodig? Dit is een proces van leren en verbeteren en kost tijd. Tegelijkertijd kunnen verschillen niet langjarig zo blijven: aanhoudende verschillen kunnen aanleiding voor een kritisch gesprek en meer sturing op resultaten. Dit is ook onderdeel van de UWV ontwikkelagenda. Uiteraard past daarbij ook dat de nadruk op meer beoordelingen niet ten

178 De Boer, Faas en Otto (2024). Claimbeoordeling en bestaanszekerheid. In: TBV
179 Staatscommissie demografische ontwikkelingen (2024). Gematigde groei.
180 Capaciteitsorgaan (2023). Capaciteitsplan 2024-2027. Deelrapport 4 Sociaal geneeskundigen.
181 UWV (2025). Jaarverslag 2024.

Tabel 5.2 Verwachte ontwikkeling van vraag naar en capaciteit voor WIA-beoordelingen, afgezet tegen de basiskenmerken van de WIA

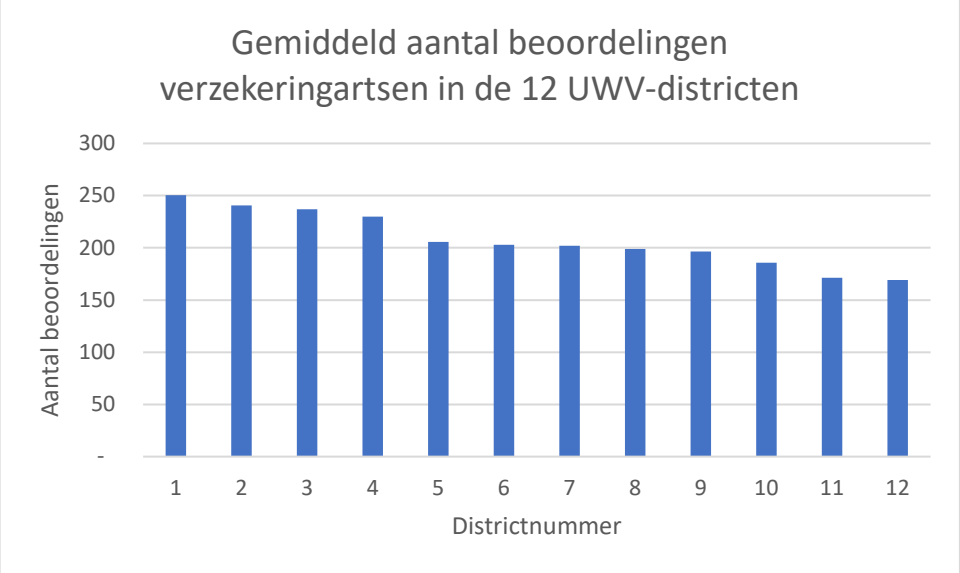
	Aantal WIA-casussen dat verzekeringsartsen moeten bekijken	**Hoeveelheid werk per casus**	**Aanbod aantal verzekeringsartsen(uren) voor de WIA-beoordeling**	**Productiviteit per verzekeringsarts (per uur)**
Effect van de inrichting van het arbeidsongeschiktheids- (en gezondheids-)stelsel	**Hoog aantal casussen** • Brede verzekering • Combinatie van beoordelingen, bezwaar en beroep, herbeoordelingen **Laag aantal casussen** • Beoordeling na 2 jaar • Prikkels werkgevers en werknemers	**Hoge werklast per casus** • Specifieke beoordelingen per casus op 6 soorten functionele mogelijkheden • Ook oordeel over de lange termijn (duurzaamheid) • Schriftelijke vastlegging in verband met juridische houdbaarheid	**Het medisch stelsel beperkt het aanbod** • Hoge opleidingseisen, numerus fixus • Wisselend beeld aantrekkelijkheid beroep	**Hoge potentie** • Hoog opgeleide, intrinsiek gemotiveerde professionals. **Verschillend tussen regio's** • Weinig prikkels tot hogere productiviteit • (Voorheen) beperkte sturing vanuit verantwoordelijke leidinggevenden
Verwachte ontwikkeling komende jaren	**Stijging** • Hogere instroom	**Vermoedelijke stijging** • Jurisprudentie leidt tot steeds hogere eisen • Lagere eisen aan beoordeling groep 60+	**Vermoedelijke daling** • Veel pensioneringen en minder zzp-ers • Meer instroom artsen • Meer beschikbare uren in verband met afschalen andere taken (RIV-toets, EZWb)	**Beperkte verbetering** • (Iets) meer taakdelegatie • Beperkte potentiële ICT-innovaties

koste mag gaan van de kwaliteit van het beoordelingsproces. Er zijn nu – over het totaal genomen - geen aanwijzingen dat de meer productieve artsen minder goede beoordelingen opstellen.

Box 5.1. Productiviteitsverschillen tussen districten van UWV.

Verzekeringsartsen voeren allerlei verschillende werkzaamheden uit (WIA-beoordelingen, EZWb's, WAJONG-beoordelingen). Bovendien voeren ze binnen ieder van deze categorieën verschillende taken uit (bezwaar, beroep, herbeoordelingen). De verschillende soorten beoordelingen en taken brengen een (qua tijdsinvestering) verschillende werklast met zich mee. UWV brengt hierom de productiviteit van de verschillende regio's in beeld aan de hand van zogenaamde 'WIA-equivalenten'. Dat is het totaal aantal beoordelingen (WIA en niet-WIA) omgerekend naar WIA-beoordelingen (geen bezwaar of beroep). De conclusie is dat de verschillen tussen districten groot zijn: het meest productieve district (onder nummer 1 in figuur 5.3) heeft een bijna 50 procent hogere productie dan het minst productieve district (district 12). Het verbeteren van de productiviteit van alle minder presterende districten naar het gemiddelde betekent dat UWV circa 5 procent meer beoordelingen kan gaan doen. Het verhogen van de productiviteit van alle districten naar die van district 1 betekent dat UWV ongeveer 20 procent meer beoordelingen kan doen. De artsencapaciteit bij UWV is ruim 700 fte, waarvan ongeveer 300 fte. basisartsen/artsen in opleiding. [182]

Figuur 5.3 Verschillen in het aantal verrichte beoordelingen per district



UWV heeft geen existentiële prikkel om de wachtlijsten weg te werken; cliënten kunnen niet "stemmen met hun voeten". UWV wordt gedreven door intrinsieke motivatie van medewerkers goed werk te doen, het vasthouden of verbeteren van de reputatie en de aansturing door het departement. Op basis van de gevoerde gesprekken en de teneur van de jaarverslagen en rapporten komt naar voren dat de discussie over productiviteitsverschillen en -verhogingen pas in recente jaren – door de oplopende tekorten aan verzekeringsartsen - meer op gang is gekomen in verschillende lagen en onderdelen van de organisatie en bij de opdrachtgever-eigenaar. De

182 UWV (2025). Jaarverslag 2024.

oplopende wachtlijsten zijn ondertussen ook onderdeel van de set prestatie-indicatoren waarover het gesprek gevoerd wordt tussen UWV en het ministerie van SZW.

De in gang gezette maatregelen, zoals taakdelegatie, zullen slechts geleidelijk tot productiviteitsverbetering leiden en kennen grenzen. Veel van de inmiddels voorgestelde maatregelen om het tekort aan verzekeringsartsen op te lossen leiden hooguit tot een "statistische" verhoging van de productiviteit. Bijvoorbeeld de lichtere beoordelingen zoals bij de 60-plus maatregel maken dat artsen op papier meer doen, maar in de praktijk even productief blijven. Het ligt in de rede dat de verandering die UWV heeft ingezet naar het meer werken in Sociaal Medische Centra wel zal leiden tot daadwerkelijke productiviteitsverbetering. Tegelijkertijd is de constatering dat de wijze waarop UWV stuurt op deze verandering nog onvoldoende heeft geleid tot een echte productiviteitsverhoging. Uit de gevoerde gesprekken komt ook naar voren dat het organiseren van een sociaal medisch centrum nog niet betekent dat er ook meer taakdelegatie plaatsvindt en de productie toeneemt. Dat blijkt ook uit de eerste cijfers van UWV over de effectiviteit van de SMC's.[183] Een deel van de verzekeringsartsen zet taakdelegatie niet of heel beperkt in, ondanks het feit dat ze hiervoor wel beloond worden. Dit lijkt gedaan te worden uit een overtuiging zelf kwalitatief hoogwaardige(r) beoordelingen te leveren, al leidt dit wel tot extra wachtlijsten. Verzekeringsartsen die terughoudend zijn in het delegeren van taken wijzen daarnaast op het tuchtrecht, zoals vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Bij delegatie van taken blijft de arts (eind)verantwoordelijk.

5.5 Wat zijn mogelijkheden om de wachtlijsten aan te pakken?

Het is evident dat maatregelen die (langdurig) verzuim voorkomen de WIA-instroom doen verminderen en daarmee de druk op de verzekeringsarts verlagen. Beleidsopties daartoe zijn in hoofdstuk 4 besproken, waaronder het duidelijker verankeren van preventie in wet- en regelgeving en meer toezicht door de Arbeidsinspectie. Degelijke maatregelen zullen waarschijnlijk vooral nodig zijn om de opwaartse druk op de aanvragen voor een WIA-beoordeling te dempen. Ze zullen waarschijnlijk onvoldoende zijn de meerjarenraming bij te buigen. Ofwel: ze verminderen vooral het ramingsrisico; de prognose van de jaarlijkse groei van de achterstanden blijft dus conform figuur 5.1 met een wachtlijst die oploopt tot circa 190.000 in 2030. Deze paragraaf bespreekt de mogelijkheden om de groei van de wachtlijsten in te dammen. In hoofdstuk 8 wordt een keuze gemaakt en worden de effecten in beeld gebracht.

Het is niet te verwachten dat de wachtlijstproblematiek wordt opgelost doordat het aantal verzekeringsartsen in Nederland toeneemt. Nederland heeft krapte op de arbeidsmarkt, die zich ook uit in de zorg. Het is zeer de vraag of een hogere instroom van verzekeringsartsen wenselijk is, als de constatering is dat er zorgbreed een tekort is. Ongeveer een-derde van de verzekeringsartsen is zestig jaar of ouder; er is dus sowieso een grote vervangingsvraag. Het is dus belangrijk dat UWV blijft inzetten op het aantrekkelijk maken van het beroep van verzekeringsarts. Of, zoals wij in één van de gesprekken die we voor dit onderzoek voerden, het beroep 'specialist arbeid en gezondheid'. Dit als onderdeel van de normale bedrijfsvoering, en om het aantal artsen dat met pensioen gaat te kunnen vervangen.

183 UWV (2024). Evaluatie sociaal-medische centra 2024. Den Haag: UWV.

Tabel 5.3. Mogelijkheden voor het indammen van de groei van de wachtlijsten.

Categorie	Maatregel
Aantal WIA-casussen dat verzekeringsartsen moeten bekijken, verlagen	Vermindering van de instroom in de WIA
	Beperking van het aantal herbeoordelingsaanvragen door hogere eisen te stellen aan de aanvraag
	Beperking van het aantal herbeoordelingen door uitstel van de eerste beoordeling
Hoeveelheid werk per casus verminderen (voor de verzekeringsarts)	Stoppen met toetsing op duurzaamheid
	Herschikking van taken (en verantwoordelijkheden)
	Doorgaan met praktische beoordeling
Aantal verzekerings-artsen(uren) voor de WIA-beoordeling verhogen	De uitdaging is om het huidige aanbod op peil te houden, de mogelijkheden om het aanbod te vergroten zijn zeer beperkt
Productiviteit per verzekeringsarts (per uur)	Betere benutting van informatie en kennis van bedrijfsartsen
	Verbetering van sturing op productiviteit binnen UWV
	Verdere implementatie van taakdelegatie in SMC's
	Ontwikkeling en actualisatie richtlijnen
	Gebruik kunstmatige intelligentie

Door meer inhoudelijke eisen te stellen aan herbeoordelingsaanvragen kan het aantal herbeoordelingen omlaag worden gebracht.[184] Werknemers en werkgevers hebben het recht een herbeoordeling aan te vragen. Dat is ook logisch: een situatie kan veranderen, en daarmee de mate van arbeidsgeschiktheid en de uitkeringshoogte. Het huidige stelsel kent lage drempels. Zowel werknemers als werkgevers hebben het recht een herbeoordeling aan te vragen, zonder dat hieraan financiële kosten of inhoudelijke voorwaarden verbonden zijn. Deze laagdrempeligheid draagt ertoe bij dat het aantal aanvragen substantieel is: jaarlijks voert UWV voor circa 7.000 werknemers, 1.500 werkgevers, 600 verzekeraars en 3.000 overige gemachtigden een herbeoordeling uit.[185] Voor ongeveer 50 procent van de oorspronkelijke beoordelingen, komt op termijn een herbeoordeling.[186] Omdat ook bij de herbeoordelingen inmiddels sprake is van groeiende achterstanden, is het aantal nog op behandeling wachtende aanvragen aanzienlijk hoger. Er zijn partijen in de markt die namens werkgevers opvallend veel herbeoordelingen aanvragen en zodoende bijdragen aan de uitvoeringslast. Ook bezwaar op een onwelgevallige uitkomst van een herbeoordeling komt onder deze groep opvallend vaak voor.[187] Dat werkgevers zonder goede onderbouwing herbeoordelingen aanvragen is overigens mede het gevolg van de inrichting van het stelsel: de werkgever betaalt nog wel voor de uitkeringslasten, maar heeft zelf geen zicht meer op de ontwikkeling van de medische situatie van de ex-werknemer. Een optie is

184 Ook het Platform private uitvoerders sociale zekerheid (PPSZU) stelt dit. Zie PPUSZ (2025) Zienswijze hybride markt WIA: "Private partijen hebben een belangrijke verantwoordelijkheid om gericht en onderbouwd herbeoordelingen aan te vragen. Het zou goed dat een medische onderbouwing wettelijk wordt afgedwongen."
185 UWV Jaarverslag - kwantitatieve informatie 2024, 2023
186 UWV (2025). UWV Kennisverslag 2025-1
187 UWV (2025). UWV Kennisverslag 2025-1. Zie ook APE (2018). De rol van private verzekeraars in het hybride WGA-stelsel.

om een herbeoordeling uitsluitend in behandeling te nemen wanneer sprake is van een aantoonbare (medische) wijziging in de belastbaarheid van de betrokkene of het beprijzen ervan.

Voor werkgevers, met name die met (ex-)werknemers in de WGA 80–100 categorie, zijn de prikkels om herbeoordelingen aan te vragen op dit moment sterk asymmetrisch. Een herbeoordeling kan voor hen immers zelden nadelig uitpakken. Zoals eerder aangegeven zijn er verschillende mogelijke uitkomsten, maar is er - afgezien van de administratieve lasten - voor werkgevers vrijwel geen prikkel om géén herbeoordeling aan te vragen. Op basis van de gesprekken die gevoerd zijn in het kader van dit IBO is het vermoeden dat een deel van de werkgevers herbeoordelingsaanvragen doet zonder weet te hebben van een daadwerkelijke verandering in de situatie van de arbeidsongeschikte ex-werknemer. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven wordt zodoende bewust gezocht naar eigen voordeel ten koste van het collectief (*"gaming").* Dit draagt bij aan een ondermijning van de publieke waarden van het stelsel.

Ook voor werknemers kan een herbeoordeling aantrekkelijk zijn, vooral wanneer nog geen duurzame arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. Zelfs zonder feitelijke verandering in de gezondheid kan dit gunstig uitpakken, mede doordat beoordelingen per arts verschillen. Een herbeoordeling kan leiden tot een hogere mate van arbeidsongeschiktheid of een kwalificatie als duurzaam arbeidsongeschikt, wat resulteert in een hogere of stabielere uitkering. Na toekenning van een IVA-uitkering vindt bovendien nauwelijks herbeoordeling op initiatief van UWV plaats, wat extra zekerheid biedt. Daar staat tegenover dat een herbeoordeling ook ongunstig kan uitpakken, bijvoorbeeld door verlaging van het arbeidsongeschiktheidspercentage of verlies van uitkeringsrecht. Daardoor zijn werknemers doorgaans terughoudender dan werkgevers bij het aanvragen van een herbeoordeling zonder duidelijke wijziging in hun situatie.

Een beleidsoptie om het aantal herbeoordelingen terug te dringen is het uitstellen van de initiële beoordeling bij bepaalde casussen. Het kan verstandig zijn om een beoordeling pas op een later moment uit te voeren, bijvoorbeeld na afronding van een medische behandeling of wanneer de betrokkene meer stabiliteit heeft bereikt in zijn of haar situatie. De client zou in de tussenliggende periode een tijdelijke uitkering kunnen krijgen. Deze vorm van triage kan vorm krijgen door een beknopte beoordeling van de initiële aanvraag dan wel met de inzet van andere professionals. Op die manier wordt voorkomen dat cliënten al snel na de eerste WIA-beoordeling een herbeoordeling aanvragen omdat de situatie is veranderd, zoals eigenlijk verwacht kon worden. De verwachting is dat dit de werkdruk van verzekeringsartsen structureel vermindert en tegelijkertijd bijdraagt aan het terugdringen van de bestaande achterstanden.

Een andere beleidsoptie is de toetsing op duurzaamheid van arbeidsongeschiktheid te beëindigen. De duurzaamheidstoets is in toenemende mate onwerkbaar. Eerder is aangegeven dat de oorzaak van die onwerkbaarheid is gelegen in de toenemende precisie die wordt verwacht. Ook OCTAS constateerde dat het duurzaamheidscriterium 'theoretisch' is en daarmee een relatief grote onzekerheidsmarge kent: "Het duurzaamheidscriterium is een moeilijk te hanteren begrip voor verzekeringsartsen."[188] Van hen wordt verwacht te beoordelen of er geen of geringe kans is op verbetering van functionele mogelijkheden. Dat vergt wetenschappelijke onderbouwing, die er voor veel ziektes niet is, of waarover aanzienlijke wetenschappelijke discussie mogelijk is.[189] Deze optie betekent dat de huidige IVA-uitkering komt te vervallen, waarbij een keuze moeten worden gemaakt over het overgangsrecht en de effecten moeten worden gewogen.

188 Zie ook UWV (2021). Knelpuntenbrief wet en regelgeving.
189 Zie ook De Boer, Faas en Otto (2024). Claimbeoordeling en bestaanszekerheid.

Naast meer taakdelegatie kan taakherschikking de druk op verzekeringsartsen verminderen. De verantwoordelijkheid voor de verschillende aspecten van het proces om te komen tot een functionele mogelijkhedenlijst is nu (wettelijk) volledig bij de verzekeringsarts belegd. Dat kan anders. In andere medische beroepsgroepen zijn of worden andere medische professionals, zoals (specialistisch) verpleegkundigen eindverantwoordelijk voor specifieke onderdelen van het medisch proces, of is het proces daartoe gaande (zie box 5.2). [190]
Dat verlicht de werkdruk van de arts, verhoogt de kwaliteit van de geleverde zorg of zorgt voor minder wachtlijsten. De minister van SZW heeft aangekondigd een verkenning te doen naar hoe taakherschikking in de praktijk vorm zou kunnen krijgen. Daarbij wordt bijvoorbeeld bekeken hoe een sociaal-medisch verpleegkundige, hbo-opgeleid, bepaalde taken volledig zou kunnen afhandelen. Een voorbeeld is een EZWb-screening. Een andere optie is dat sociaal-medische verpleegkundigen en re-integratieprofessionals taken en (eind)verantwoordelijkheden krijgen in het kader van monitoring, re-integratie of begeleiding. Een derde optie is dat de verpleegkundige bij een herbeoordeling ook een plausibiliteitstoets kan doen, waarna UWV een deel van de aanvragen voor een herbeoordeling zonder tussenkomst van de verzekeringsarts kan afhandelen. Een andere richting is dat UWV meer verantwoordelijkheden mag leggen bij basisartsen - al dan niet in opleiding tot een verzekeringsarts - of psychologen. Er zijn 12.000 basisartsen in Nederland.[191] Ruim 100 van hen werken in de verzekeringsgeneeskunde.[192] Daar lijkt veel ruimte te zijn, zeker als basisartsen meer eigen verantwoordelijkheden krijgen.

Box 5.2 Taakherschikking in de zorg

Taakherschikking heeft in de afgelopen twee decennia een belangrijke bijdrage geleverd aan het opvangen van personeelstekorten en het verbeteren van de continuïteit van zorg. Huisartsen hebben ondertussen ruime en goede ervaring met het verschuiven van taken naar de praktijkondersteuner huisarts (POH). POH's leveren zelfstandig medisch-inhoudelijke zorg aan specifieke patiëntgroepen, zoals mensen met chronische aandoeningen en ouderen. Inmiddels heeft vrijwel iedere huisartsenpraktijk een POH in dienst. Onderzoek laat zien dat dit de kwaliteit van zorg voor deze groepen heeft verhoogd en dat de werklast van huisartsen heeft verminderd. Over het geheel is de werklast van huisartsen evenwel gestegen.[193]. Zonder taakherschikking was de werklast waarschijnlijk hoger geweest. Als de POH zelf een BIG-geregistreerde titel heeft (bijvoorbeeld verpleegkundige), kan die persoon ook tuchtrechtelijk worden aangesproken voor handelingen die binnen de titel vallen; anders blijft de huisarts (eind)verantwoordelijk. De POH zelf is géén wettelijk beschermde beroepsgroep onder de Wet BIG.

Ook in andere sectoren zijn stappen gezet. In de ouderengeneeskunde, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en de oogheelkunde worden taken steeds vaker uitgevoerd door verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA).[194] In deze velden verloopt de taakherschikking geleidelijk, mede vanwege de noodzaak tot duidelijke afspraken over supervisie, verantwoordelijkheid en verslaglegging — aandachtspunten die ook vanuit het tuchtrecht worden benadrukt. De Wet BIG bepaalt dat alleen BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn; dit geldt ook voor VS'en en PA's. Bij gedeelde of overgedragen taken is daarom essentieel dat de bevoegdheden en verantwoordelijkheden expliciet zijn vastgelegd, zodat helder is wie eindverantwoordelijk is voor de handeling.[195]

190 Nivel (2020). Visies op taakherschikking.
191 De Vries (2023). Geen artsentekort, maar tekort aan dokters die willen doorleren', in: Medisch Contact
192 UWV (2025). Jaarverslag UWV 2024.
193 Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) (2016). Praktijkondersteuners in beeld.
194 Zie ook. Lovink, M., Van Vught, A., Van den Brink, G., & Laurant, M. (2017). Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten. Nijmegen: Radboudumc, IQ Healthcare, HAN.
195 Zie bijvoorbeeld NVKG (2022). Handreiking samenwerking in de Klinische geriatrie/interne ouderengeneeskunde en Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle (2025). Beslissing naar aanleiding van klacht.

In de medisch-specialistische zorg is taakherschikking de laatste jaren formeler ingebed. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft sinds 2023 een nieuw registratiekader ingevoerd dat het mogelijk maakt zorgactiviteiten in het DBC-systeem te registreren op naam van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk levert. Dat betekent dat ook VS'en specialisten en PA's declarabel kunnen zijn voor medisch-specialistische handelingen, mits deze binnen hun deskundigheidsgebied vallen en afspraken met het ziekenhuis hierover zijn vastgelegd.[196] Deze aanpassing stimuleert de inzet van andere beroepsgroepen en maakt de financiële verantwoording van taakherschikking transparanter.

Een goed voorbeeld is de maag-darm-leverzorg (MDL). Daar is de inzet van VS'en en PA's inmiddels gebruikelijk. Zij nemen routinematige controles, intakegesprekken en delen van de follow-up van chronische patiënten (zoals bij inflammatoire darmziekten of leveraandoeningen) over van de MDL-arts. Evaluaties laten zien dat dit de toegankelijkheid verbetert en de tevredenheid van patiënten hoog blijft, terwijl de medische veiligheid behouden blijft.[197] Complexe diagnostiek en behandelingen blijven voorbehouden aan de specialist, maar de verschuiving van standaardtaken biedt ruimte voor artsen om zich te richten op complexere zorg en innovatie. Samengenomen leidt dit tot een groter aantal behandelingen en kortere wachttijden.

In de praktijk blijkt succesvolle taakherschikking te vragen om duidelijke afspraken over rolverdeling, goede informatie-uitwisseling en juridische borging. De NZa benadrukt in haar toelichting dat "taakherschikking alleen werkt als zorgprofessionals bevoegd én bekwaam zijn, en als de organisatie toezicht en verantwoordelijkheid goed regelt" (NZa, 2023). Het feit dat verzekeringsartsen in toenemende mate al samenwerken met arbeidsdeskundigen, sociaal-medische verpleegkundigen en andere professionals helpt daarbij.

Verzekeringsartsen kunnen nog beter gebruik maken van de informatie en kennis en ervaring van bedrijfsartsen; dit vereist "eenheid van taal". Bedrijfsartsen hebben vaak al twee jaar dossierkennis over zieke werknemers in vaste dienst, maar hun rapportages sluiten nu onvoldoende aan bij die van verzekeringsartsen. Door het ontbreken van uniforme terminologie zijn ze bovendien lastig te gebruiken bij de RIV-toets door arbeidsdeskundigen. Om die samenwerking te verbeteren, werken bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen samen aan de 'Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratiemogelijkheden' (BAR). In 2026 wordt een nieuwe versie van dit instrument opgeleverd. Het is belangrijk dat bedrijfsartsen de BAR consequent toepassen bij begeleiding tijdens loondoorbetaling bij ziekte[198], en dat verzekeringsartsen bij UWV het instrument inzetten bij de verzuimbegeleiding van vangnetters in de Ziektewet. Een intentieverklaring van de beroepsverenigingen UWV, OVAL en Kwaliteit op Maat moet het gebruik van de BAR stimuleren. Het format wordt naar verwachting in het voorjaar van 2026 beschikbaar gesteld via de digitale kanalen van UWV.

Betere benutting van de kennis van bedrijfsartsen heeft baat bij een betere informatie-uitwisselingsinfrastructuur ("eenheid van techniek"). De rapportages van de bedrijfsarts zijn moeilijk te integreren in de rapportages van de verzekeringsarts doordat de informatie-uitwisseling tussen medisch professionals vaak moeizaam gaat: dat gaat vaak nog vrij ongestructureerd – bijvoorbeeld via email of met veel verschillende documenten. Hier liggen

196 NZA (2025). Aanpassing regeling medisch-specialistische zorg per 2023.
197 V&VN en NAPA (2025). Taakherschikking maag- darm en leverziekten (herziene versie).
198 En ook bij vangnetters voorheen in dienst bij een werkgever die eigenrisicodrager is voor de Ziektewet.

kansen voor productiviteitswinst, ook door kunstmatige intelligentie te benutten. Het is bovendien van belang een wettelijke grondslag te creëren voor informatie-uitwisseling (zie ook hoofdstuk 4).

De actualisatie van richtlijnen kan het werk van verzekeringsartsen eenvoudiger maken. De verwachting is dat geactualiseerde en concretere richtlijnen er voor kunnen zorgen dat verzekeringsartsen vaker kunnen verwijzen naar of putten uit de richtlijn. De verwachting is bovendien dat er minder bezwaar en beroep zal volgen op oordelen van verzekeringsartsen die zich baseren op de richtlijn. Ook een aanvraag voor een herbeoordeling zal naar verwachting minder snel overwogen worden als er geen verandering in de situatie van de arbeidsongeschikte heeft plaatsgevonden. Hoofdstuk 6 gaat diepgaander in op de wijze waarop verzekeringsartsen komen tot een beoordeling, en de rol die richtlijnen daarbij hebben.

Verbetering van sturing op productiviteit binnen UWV. De aanzienlijke verschillen in productiviteit tussen de verschillende districten van UWV komen mogelijk deels door de achterliggende kenmerken van die districten, maar lijken voor een deel ook hun oorsprong te hebben in een verschil in werkcultuur en resultaatgerichtheid. Externe aandacht en interne sturing op resultaten en een ondersteunende cultuur van leren en verbeteren kan helpen districten die minder productiviteit laten zien, hun been bij te trekken.

Ook kan UWV de productiviteit helpen toenemen door innovatieve technieken organisatiebreed te ondersteunen en verspreiden. Zo kan kunstmatige intelligentie verzekeringsartsen helpen om sneller en zorgvuldiger rapportages van bedrijfs- en behandelartsen te vertalen naar begrijpelijke, juridisch relevante onderbouwingen. In samenwerking met voorlopers binnen de centra kan UWV zorgen voor een privacy-veilige implementatie en brede toepassing. Ook andere verbeteringen, zoals intelligent documentbeheer voor automatische gegevensverwerking en gerichte opleidingen, bieden volgens onderzoek van *Ernst & Young* relatief "laaghangend fruit" om de productiviteit verder te verhogen.

Een aantal van de hiervoor genoemde zijn al onderdeel van de Ontwikkelagenda sociaal-medische dienstverlening van UWV, die eerder in gang gezet is. Deze agenda bestaat uit zes ontwikkellijnen: (1) continueren en versterken van sociaal-medische centra (waaronder taakdelegatie); (2) continueren en versterken professionele lijnen met duale sturing (managerial en inhoudelijk); (3) verdergaande uniformering en vereenvoudiging; (4) verdergaande digitalisering van processen; (5) volledige openheid: perspectief beiden wat wel en niet mogelijk is, naar binnen en naar buiten; (6) terug naar de kerntaak van sociaal-medische zaken. Ook worden mogelijkheden verkend tot nieuwe vormen van publiek-private samenwerking.

5.6 Beleidsopties

De belangrijkste conclusie van dit hoofdstuk is dat de uitvoering van de WIA is vastgelopen. Daarbij richt dit IBO zich op de groeiende wachtlijsten bij de WIA-beoordeling. Door het invoeren van een groot deel van de maatregelen die in de vorige paragraaf zijn genoemd, kan de wachtlijstproblematiek worden aangepakt. Dit IBO heeft een aantal maatregelen verder uitgewerkt in concrete beleidsopties (zie tabel 5.4). Deze zijn terug te vinden in bijlage 6.

Tabel 5.4 Uitgewerkte beleidsopties voor het weer op gang krijgen van de uitvoering, gerangschikt op volgorde van de verwachte impact (meeste impact bovenaan, zie ook tabel 5.3).

NUMMER	BELEIDSOPTIE
1	Taakherschikking verzekeringsartsen
2	Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen
3	Afschaffen IVA en toets op duurzaamheid
4	Betere samenwerking en gegevensuitwisseling bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
5	Verbetering instrument Eerstejaars Ziektewetbeoordeling (EZWb)
6	Betere data-deling ziekteverzuim
9	Een striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie (hoofdstuk 6)
26	Medisch passende beoordelingsmomenten
Maatregelen uit H4, H5.8	Beperken van de instroom (diverse beleidsopties)

Bij verdere aanpassingen in en van het stelsel is het belangrijk oog te hebben voor doenlijkheid, grip en vertrouwen. Dit IBO heeft op deze onderwerpen geen afzonderlijke beleidsopties ontwikkeld, omdat dit al in hoge mate aan bod komt in andere rapporten. Wel bevat tabel 5.5 een tweetal beleidsopties die weliswaar met een andere aanleiding zijn uitgewerkt, maar kunnen bijdragen aan meer doenlijkheid, grip en vertrouwen. Uniformering van de hoogte van de WIA-uitkeringen is een voor de hand liggende maatregel om een vereenvoudiging te realiseren. Het verlagen van het maximum dagloon kan een ervaren onrechtvaardigheid adresseren: het bestaande verschil in WIA-toegang tussen hogere en lagere inkomens wordt kleiner.

Tabel 5.5 Uitgewerkte beleidsopties, die kunnen bijdragen aan het vergroten van doenlijkheid, grip en vertrouwen

NUMMER	BELEIDSOPTIE
19	Verlagen maximum dagloon
21	Uniformering hoogte WIA-uitkeringen

6. De inhoud van de WIA-beoordeling

Hoofdpunten

- De WIA, het Schattingsbesluit en de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheidscriterium (MAOC) vormen de kaders voor de beoordeling van functionele mogelijkheden van mensen die een WIA-aanvraag indienen.
- Onder invloed van medicalisering en diagnose-expansie lijkt een verruiming van de beoordeling plaats te vinden, die gepaard gaat met toenemende verschillen in hoe verzekeringsartsen beoordelen (praktijkvariatie).
- Het risico bestaat dat deze ontwikkeling doorzet. Dit leidt tot een toename van het aantal én de hoogte van uitkeringen, met hogere stelselkosten als gevolg. Daarnaast neemt de kans toe op meer bezwaar-, beroeps- en herbeoordelingsprocedures.
- Het opstellen en actualiseren van richtlijnen kan de praktijkvariatie verminderen, maar komt nu onvoldoende van de grond. Dit is vooral van belang voor de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten en de bepaling van urenbeperkingen.
- Een strakkere inkadering van het beoordelingsproces via aanpassing van wet- en regelgeving kan eraan bijdragen dat er minder ruimte is voor interpretatie en artsen betere handvatten hebben om 'streng en rechtvaardig' te beoordelen.
- Dit IBO wil dit onderwerp agenderen. De aanbeveling is om een commissie van diverse deskundigen te vragen hoe een strikte beoordeling geborgd kan worden, in zowel wet- en regelgeving als richtlijnen, handreikingen, etc.
- Het uitsluiten van de toegang tot de WIA voor bepaalde ziektebeelden is niet realistisch. Het zou dan gaan om mensen met psychische of moeilijk objectiveerbare aandoening of mensen voor wie geen diagnose is gesteld.
- Dergelijke maatregelen passen niet bij de stand van de medische wetenschap en praktijk, zijn uiteindelijk niet effectief, ondermijnen het gelijkheidsbeginsel en stuiten bovendien op juridische beperkingen uit diverse internationale verdragen.

Een belangrijke aanleiding voor dit IBO is de toegenomen instroom in de WIA, en daarmee het verlies aan arbeidspotentieel en de druk op de beheersbaarheid en betaalbaarheid van het stelsel. Steeds meer mensen ontvangen een WIA-uitkering, en bovendien gaat het vaker om hogere uitkeringen – bijvoorbeeld omdat bij de WIA-beoordeling wordt geconcludeerd dat iemand minder uren kan werken. Goede preventie van ziekte, effectieve verzuimbegeleiding en succesvolle re-integratie kunnen de instroom beperken (hoofdstuk 4). Ook het op orde brengen van de uitvoering draagt bij aan het verminderen van de instroom in de WIA (hoofdstuk 5). Een derde manier om de betaalbaarheid van de WIA te verbeteren is het aanpassen van de 'polisvoorwaarden'. Dit kan rechttoe-rechtaan: door de uitkering te verlagen, het eigen risico te vergroten via een verhoging de 35%-drempel, of de dekking te beperken voor inkomens boven een bepaalde inkomensgrens. Daarnaast is het mogelijk de sociaal-medische beoordeling – "verzekeringsgeneeskundig onderzoek" – meer in te kaderen of de toegang tot de WIA te verengen.

Dit hoofdstuk gaat over de volgende vragen:

- Wat is de bedoeling van de sociaal-medische beoordeling (6.1)?
- Wat is de praktijk(variantie) bij de sociaal-medische beoordeling (6.2)?
- Wat zijn de mogelijkheden om de toegang tot de WIA sterker in te kaderen (6.3)?

- Is het mogelijk bepaalde aandoeningen uit te sluiten van de polisvoorwaarden (6.4)?

Het hoofdstuk sluit af met de beleidsopties die nader zijn uitgewerkt in bijlage 6.

6.1 Het sociaal-medische beoordelingsproces

In de WIA wordt van hetzelfde inhoudelijke criterium voor arbeidsongeschiktheid uitgegaan als in de WAO. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, werd daarbij aangesloten bij de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheidscriterium (MAOC) dat door het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) al in 1996 was opgesteld en het aangepaste Schattingsbesluit van 2004.[199] Dit was overeenkomstig de breed gedragen wens binnen de SER om dit criterium te behouden.[200] Het was wel de bedoeling van de wetgever dat meer aandacht zou worden gegeven aan de operationalisering van het criterium, onder meer door een strikter claimbeoordelingsproces.

Wet- en regelgeving vormt het kader waarbinnen verzekeringsartsen de beoordeling opstellen. Volgens het Schattingsbesluit strekt het verzekeringsgeneeskundig onderzoek ertoe vast te stellen of betrokkene ten gevolge van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling ongeschikt is tot werken (artikel 3.1). De ziekte of het gebrek moeten naar algemene medische maatstaven feitelijk worden vastgesteld. Daarbij onderzoekt de verzekeringsarts of bij betrokkene sprake is van vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie, die vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling tot gevolg heeft (artikel 3.2). Daarna stelt de verzekeringsarts vast welke beperkingen iemand in zijn functioneren in arbeid ondervindt als gevolg van dat verlies of vermindering van vermogens, en welke mate betrokkene belastbaar is voor arbeid (artikel 3.3). Verzekeringsartsen concluderen hun onderzoek met een functionele mogelijkhedenlijst (FML), waarna meestal het arbeidsdeskundige onderzoek volgt en uiteindelijk mate van arbeidsongeschiktheid en het recht op en de hoogte van de uitkering wordt vastgesteld.[201]

Striktere bepalingen in wet- en regelgeving leiden tot een lager aantal en lagere uitkeringen dan minder strikte bepalingen. Dat wijzigingen in het wettelijk kader impactvol kunnen zijn, blijkt dan ook uit de wetsgeschiedenis. In de aanloop naar de WIA is in het Schattingsbesluit bijvoorbeeld verduidelijkt dat alleen bij *ernstige* psychische ziektebeelden sprake kan zijn van 'onvermogen tot sociaal en persoonlijk functioneren'. De nota van toelichting bij die AMvB beschrijft dat dit nodig was, omdat voorheen "situaties van (betrekkelijk gering) psychisch en/of sociaal-maatschappelijk onwelbevinden reeds deden kwalificeren voor indeling in deze categorie." Ook werd bij het vaststellen van de uitkeringshoogte voortaan geen rekening meer gehouden met bijvoorbeeld gebrekkige kennis van het Nederlands of beperkte computervaardigheden.[202] Deze en andere aanpassingen hebben naar verwachting bijgedragen aan een lagere instroom in de WIA dan onder haar voorganger, de WAO.

De WIA beoogt te demedicaliseren en wijst op de "medicaliseringsparadox". De volgende passage uit de Memorie van Toelichting van de WIA geeft de bedoeling van de wetgever goed weer: "Om te beginnen moet worden gesteld dat het ziektebegrip de laatste decennia nogal is verruimd; het heeft een bredere betekenis gekregen. […] Uitgangspunt in het claimbeoordelingsproces is primair dat demedicalisering moet plaatsvinden. […] Bij demedicalisering in de verzekeringsgeneeskunde gaat het erom dat niet-medische problemen

199 De richtlijn is vastgesteld door Tijdelijke commissie uitvoeringsorganisatie arbeidsongeschiktheidsregelingen (kortweg TicA), later onderdeel van het College Toezicht Sociale Verzekeringen en uiteindelijk opgegaan in de Nederlandse Arbeidsinspectie.
200 Kamerstukken II (2004/2005), 30034, nr.3. Memorie van toelichting Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
201 Ingeval dat de verzekeringsarts concludeert dat er geen medisch benutbare mogelijkheden zijn, hoeft er geen arbeidsdeskundig onderzoek plaats te vinden.
202 Stb. 2000, 307. Nota van toelichting Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

worden opgelost met niet-medische oplossingen. Iemand die niet ziek is, zal de oplossing voor problemen waardoor hij niet kan werken, in de niet-medische sfeer moeten zoeken. […] bij de claimbeoordeling zal primair gekeken moeten worden naar wat mensen medisch gezien nog wel kunnen. Daarbij is alleen verlies aan mogelijkheden dat veroorzaakt is door medische oorzaken relevant en wordt verlies aan mogelijkheden door niet-medische oorzaken genegeerd. Hierdoor ontstaat de paradox dat om demedicalisering in de arbeidsongeschiktheid te bereiken er dus scherp gekeken moet worden naar de medische kant."

Tabel 6.1 De bedoeling van de wetgever over de te betrekken aspecten bij arbeidsongeschiktheid

Wel van belang voor beoordeling mate van arbeidsongeschiktheid		**Niet** van belang voor beoordeling mate van arbeidsongeschiktheid	
In het lichaam aanwijsbare afwijkingen	Klachten en ervaren belemmeringen	Gedragsmatige aspecten	Sociale omstandigheden

De rol van de verzekeringsarts is een andere dan die van de curatieve arts en de bedrijfsarts (tabel 6.1). De kerntaak van een curatieve arts is om samen met de patiënt te komen tot herstel of vermindering van klachten. De kerntaak van een bedrijfsarts is het voorkomen van ziekte door werk, begeleiden bij terugkeer naar werk en het adviseren over werkomstandigheden.[203] Voor het genezingsproces en werkhervatting gaat het vaak om een combinatie van (a) aantoonbare ziekte; (b) klachten en ervaren belemmeringen; (c) gedragsmatige aspecten; en (d) sociale omstandigheden. Het is steeds meer gebruik de zieke mens breed te beschouwen. De kerntaak van de verzekeringsarts *bij de beoordeling* is specifieker: te bepalen of een ziek iemand nog kan werken. De wetgever bepaalt dat de verzekeringsarts zich richt op de in het lichaam aanwijsbare afwijkingen alsook klachten en ervaren belemmeringen, deze beoordeelt en vertaalt naar de mogelijkheden om werk te verrichten.

Sociale omstandigheden worden bij de WIA-beoordeling *niet* meegewogen in de bepaling van de functionele mogelijkheden. Sociale omstandigheden, zoals problematische schulden, mantelzorg, echtscheiding en eenzaamheid, vallen dus buiten de polisvoorwaarden van de WIA; daarvoor zijn in principe andere overheidsregelingen. Voor dat deel zijn aanvragers immers vergelijkbaar met andere mensen, die ook geen beroep kunnen doen op de WIA. De wet- en regelgeving is minder expliciet over de vraag of een verzekeringsarts bij de beoordeling rekening mag houden met gedragsaspecten als deze leiden tot een verschil in de beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek. Het gegeven dat de arbeidsongeschiktheid moet voortvloeien uit ziekte of gebrek, impliceert dat dit *niet* de bedoeling is van de wetgever. Wel is het mogelijk dat bepaalde gedragingen van een zieke cliënt tot een verergering van ziekte of gebrek leiden, die de arts (vervolgens) ook kan vaststellen.

De door een behandelend arts vastgestelde diagnose is van belang bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid. Aangezien mensen in de regel al twee jaar ziek zijn, zal er ten tijde van de aanvraag voor een WIA-uitkering veelal sprake zijn van een behandeling door een specialist. Als er een behandelaar een diagnose stelt, dan neemt de verzekeringsarts deze in de regel over. Er bestaat evenwel geen rechtstreeks verband tussen een diagnose en de aard en de ernst van de arbeidsbeperkingen. Daarbij kan de verzekeringsarts in principe gebruik maken van het medisch dossier van de bedrijfsarts en – met instemming van de cliënt - informatie

203 Dit geldt ook grotendeels voor UWV in zijn arbo-rol voor vangnetters.

opvragen bij een behandelend arts. Ook in het interne informatiesysteem binnen UWV worden diagnoses "aangevinkt" en verwerkt, dus ook in het geval dat de behandeld arts geen diagnose heeft gesteld of de verzekeringsarts tot een andere diagnose komt (deze gegevens zijn gebruikt in hoofdstuk 3).

Behandelend artsen kunnen klachten lang niet altijd objectiveren met lichamelijk aanwijsbare afwijkingen. Ze stellen dan diagnoses op basis van bekende patronen van klachten, of stellen geen diagnose. Veel aandoeningen zijn relatief eenvoudig te objectiveren omdat er een medisch substraat is (bloeduitslag, foto, scan, etc.) of door een psychiater "hard" vast te stellen (zoals schizofrenie). Bij moeilijk objectiveerbare klachten zoals pijn en vermoeidheid is er in het lichaam niet altijd een aanwijsbare oorzaak. Tegelijkertijd kan er bij iemand sprake zijn van serieuze en consistente klachten en ervaren belemmeringen, waardoor er wel sprake is van een ziekte of gebrek: *the absence of evidence is not the evidence of absence*. Daarbij is mogelijk dat er in de loop van de tijd door betere meetmethoden (bio-markers) wel een lichamelijk aanwijsbaar bewijs kan worden geleverd (bijvoorbeeld door metingen in de hersenen). Ook is het mogelijk dat de medische wetenschap op basis van voortschrijdend inzicht een bepaalde set aan klachten en symptomen als ziekte herkend en voorziet van een diagnoselabel. CVS/ME, fibromyalgie, Q-koorts en het post-COVID syndroom zijn voorbeelden van dergelijke aandoeningen. Vanwege de vragen van patiënten(verenigingen) heeft de Gezondheidsraad op verzoek van de overheid de uitspraak gedaan dat in deze en ook andere gevallen inderdaad kan worden gesproken van een ziekte.[204] Bij dergelijke ziektebeelden gaat het niet alleen om psychische, maar ook om somatische klachten. Er zijn ook moeilijk objectiveerbare klachten waarvoor dat (nog) niet het geval is.

Verzekeringsartsen stellen de functionele mogelijkheden van aanvragers van een WIA-uitkering 'medisch en objectief' vast, conform de MAOC-richtlijn. De insteek van de genoemde richtlijn is om vanuit de presentatie van (subjectieve) klachten, ervaren belemmeringen, informatie over medische behandelingen te komen tot een objectieve beoordeling van de functionele mogelijkheden. Ziekte of gebrek wordt in de MAOC-richtlijn gedefinieerd als "afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en handicaps". Uit de MAOC-richtlijn volgt dat de conclusie dat iemand (deels) niet kan werken een "rechtstreeks gevolg" moet zijn van ziekte of gebrek, dit gevolg "medisch vaststelbaar" moet zijn en dit vaststellen "objectief" moet gebeuren. De strekking van de MAOC-richtlijn komt terug in de Memorie van Toelichting van de WIA en in het Schattingsbesluit (artikel 4: de kwaliteitseisen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek).

De voorwaarde van objectiviteit betekent *niet* dat er alleen sprake is van arbeidsongeschiktheid als er afwijkingen in het lichaam worden gevonden. Ook als er geen lichamelijk aanwijsbare oorzaak is voor een klacht, kan volgens de MAOC-richtlijn even goed sprake zijn aanleiding om minder functionele mogelijkheden vast te stellen. De voorwaarde van objectiviteit impliceert, ten eerste, dat het vaststellen toetsbaar is ofwel wordt vastgelegd op basis van richtlijnen en protocollen. Ten tweede betekent het dat het reproduceerbaar is ofwel dat gekwalificeerde beroepsgenoten tot eenzelfde vaststelling zouden komen. Dit verkleint de mogelijke invloed van vooroordelen, eigen ervaringen, emoties en interpretatieverschillen. Het moet gaan om een vakkundige constatering van de feiten. Dat raakt aan het derde aspect van

204 Neem het voorbeeld van CVS/ME. De Gezondheidsraad stelt het volgende: De commissie benadrukt nogmaals dat ME/CVS een ernstige ziekte is, die leidt tot substantiële beperkingen van de functionele mogelijkheden. De minister reageert hierop door te aan te geven dat [….]het uitgangspunt van het beleid van UWV [is] dan ook om mensen met ME/CVS niet anders te beoordelen dan mensen die vanwege andere oorzaken (deels)niet meer kunnen werken. Dit uitgangspunt is nogmaals gecommuniceerd aan alle verzekeringsartsen. Zie: Kamerstukken II, 2018/19, 34170 nr. 4. Reactie op advies van de Gezondheidsraad inzake ME/CVS. Momenteel werken bedrijfs- en verzekeringsartsen aan een richtlijn over ME-CVS.

objectiviteit: consistentie. Iemand is ongeschikt om als gevolg van ziekte of gebrek te werken, als een arts logische samenhang ziet tussen de stoornis (het anders lichamelijk of geestelijk functioneren), de beperking (verandering in gedrag of activiteiten) en het verminderd (sociaal) functioneren[205], passend bij gedeelde vakkennis. Het komt er feitelijk op neer dat de verzekeringsarts de plausibiliteit toetst en vervolgens vaststelt welke arbeidsbeperkingen er zijn. Ten slotte is van belang dat de wetgever de voorwaarde van objectiviteit niet aan de vaststelling van de afwijking verbindt maar aan de vaststelling van de ongeschiktheid om te kunnen werken.

De diagnose van de behandeld arts is geen noodzakelijke voorwaarde voor het vaststellen van arbeidsbeperkingen, maar heeft daar wel invloed op. Het is niet de bedoeling van de wetgever geweest om mensen uit te sluiten van een uitkering omdat de geneeskunde geen bewijs of verklaring voor hun klachten en ervaren belemmeringen kan geven. Dit heeft de Centrale Raad van Beroep ook in haar rechtspraak meermaals bevestigd aan de hand van de MAOC-richtlijn. Tegelijkertijd is het wel zo dat de eerder vastgestelde diagnose de verzekeringsarts informatie geeft over de aandoening en daarmee de beperkingen waar iemand mee te maken kan krijgen.[206] Als de reguliere arts de diagnose 'fibromyalgie' afgeeft, zal een verzekeringsarts ook met de kennis over die ziekte moeten kijken naar de (toekomstige) functionele mogelijkheden van de werknemer. Op basis van casusonderzoek komt bovendien naar voren dat verzekeringsartsen bij de aanwezigheid van een (harde) diagnose geneigd zijn meer beperkingen aan te geven.[207] Nieuwe inzichten en andere ontwikkelingen in de reguliere zorg hebben daarmee impact op de WIA-beoordeling. Box 6.1 gaat in de tendens van medicalisering en diagnose-expansie: "een overmatige bemoeienis van de geneeskunde met het menselijk leven".[208]

Box 6.1 Medicalisering en diagnose-expansie dragen bij aan een hogere WIA-instroom.

Het *IBO Uit balans - Mentale Gezondheid* stelt dat het niet goed is vast te stellen hoe verslechtering van de mentale gezondheid tot stand komt, maar wel dat medicalisering hierop invloed heeft. Daaraan ligt vaak (ook) een maatschappelijke oorzaak ten grondslag door veranderende normen, hogere verwachtingen, mondigere burgers en toegenomen therapeutische mogelijkheden. De Raad van Volksgezondheid en Samenleving wijst ook op diagnose-expansie: uitbreiding van het medische domein van binnen uit. Dan kan het gaan om nieuwe diagnoses op basis van nieuwe inzichten en onderzoeksmethoden. Het kan ook gaan om steeds mildere en steeds vroegere afwijkingen, soms ook bij mensen zonder klachten. Zo werd de diagnose ADHD vroeger alleen gesteld bij ernstige verschijnselen, nu gebeurt dat ruimer. Artsen hebben dus een grote "definitiemacht". Medicalisering en diagnose-expansie versterken elkaar. Het kunnen plakken van een diagnostisch label - de neiging tot reïficatie - maakt het makkelijker bepaalde afwijkingen te accepteren en het lijden te legitimeren en te rechtvaardigen, zowel op maatschappelijk als individueel niveau. Een voorbeeld: als passief gedrag benoemd wordt als een angststoornis, dan zullen de beperkingen eerder geaccepteerd worden.

205 Dit sluit aan bij de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) van de WHO.
206 De SER adviseerde bij de WIA destijds dat er in ieder geval voor de meest voorkomende aandoeningen gebruik zou moeten worden gemaakt van standaardprognoses en protocollen met vermelding van op gezondheidsprofielen gebaseerde herstelkansen. Op basis van de dwingende positieve lijsten zouden mensen in beginsel in aanmerking komen voor een uitkering. Dit werkt de medicalisering echter in de hand (zie ook paragraaf 6.4). In de Memorie van Toelichting wordt gesproken over een "indicatieve lijst met ziektes", dat als "hulpmiddel" voor de bedrijfsarts en verzekeringsarts dient. Zie Kamerstukken II (2004/05), 30034, nr. 3. Over de inhoud van de lijst is advies gevraagd aan de Gezondheidsraad en vervolgens zou de minister in een ministeriële regeling vastleggen. De Gezondheidsraad concludeerde dat dit – zeker op het punt van de hersteltermijnen – niet mogelijk was en daarmee was de lijst van de baan. Wel heeft de Gezondheidsraad, als derde objectieve partij, op verzoek van SZW, ook een aantal WIA-protocollen ontwikkeld (zoals die voor Depressie, Angststoornissen en CVS).
207 Garcia en Spanjer (2020). De invloed van de diagnose op de beoordeling van belastbaarheid. In: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. De argumenten om meer waarde toe te kennen aan hardere diagnoses blijken deels subjectief te zijn.
208 Zie Kamerstukken II (2004/05), 30034, nr. 3. Memorie van Toelichting WIA, blz. 33.

Ook bij *aandoeningen* die op zich eenvoudig te objectiveren zijn, kunnen zich moeilijk objectiveerbare *klachten* voordoen. [209] De verzekerde ervaart dan meer klachten en belemmeringen dan gangbaar zijn bij een bepaald ziektebeeld. Zo kan een hartklepprobleem bij de ene persoon met veel meer vermoeidheid gepaard gaan dan bij de andere. Deze ervaren belemmeringen op basis van het dagverhaal kunnen even goed reëel en ernstig zijn en daarmee ook een (uren)beperking met zich meebrengen wanneer het gaat om werkhervatting. De standaard 'Duurbelasting in Arbeid' biedt verzekeringsartsen enige houvast bij de beoordelingen, maar geeft geen concrete handvaten. Dat geldt volgens deskundigen ook voor andere regels en richtlijnen.[210] Dit terwijl bij de meeste beoordelingen moeilijk objectiveerbare klachten een grote rol spelen. Eenvoudig gesteld zijn er dus **drie categorieën** te onderscheiden:

1. makkelijk objectiveerbare aandoeningen (er is medisch substraat), waarbij moeilijk objectiveerbare klachten een rol kunnen spelen (verschillen tussen mensen);
2. aandoeningen zonder medisch aanwijsbare oorzaak, maar waarvoor wel een diagnose voorhanden is, waarbij moeilijk objectiveerbare klachten een voorname rol spelen;
3. moeilijk objectiveerbare klachten waar geen lichamelijk bewijs is en evenmin een diagnose label voorhanden is, waarbij het relatief vaak gaat over pijn en vermoeidheid.

De publieke verzekeringsarts moet zich bij alle drie categorieën op basis van wet- en regelgeving en jurisprudentie richten op de functionele mogelijkheden. Daarbij kunnen naast medische en juridische ook maatschappelijk-ethische overwegingen een rol spelen. De private verzekeringsarts vaart scherper aan de wind en legt de nadruk op de eerste twee categorieën. Bovendien vindt bij een (aanvullende) particuliere verzekering vooraf screening plaats, kan de verzekeraar binnen wettelijke kaders eigen polisvoorwaarden opstellen en heeft de concurrerende markt een disciplinerende werking op de polisvoorwaarden en de uitvoering van de verzekering. Tegelijkertijd moet ook de particuliere verzekeringsarts zich houden aan wet- en regelgeving en jurisprudentie over de verzekeringsaspecten van arbeidsongeschiktheid en heeft de medicaliseringstendens dus ook invloed op zijn beoordeling (de eerste en tweede categorie).[211]

6.2 De praktijk(variatie) bij WIA-beoordeling

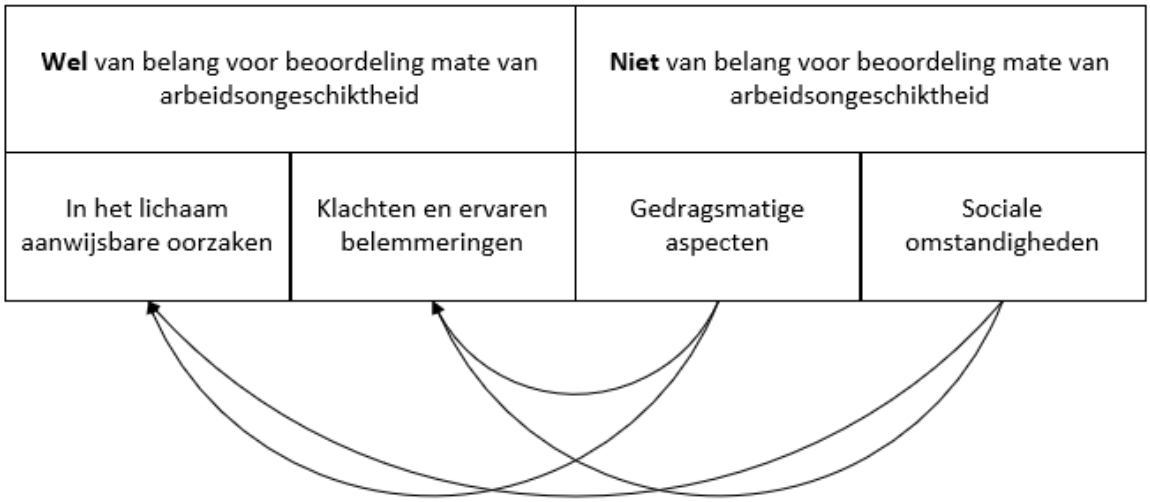
Deze paragraaf gaat over de (weerbarstige) praktijk. Er lijkt daarbij een verruiming in de beoordeling plaats te vinden die gepaard gaat met toenemende verschillen in sociaal-medische beoordelingen. Dit heeft gevolgen voor de toekenning en de hoogte van de uitkering en daarmee voor de benutting van arbeidspotentieel en de financiële houdbaarheid op termijn.

Zeker bij moeilijk objectiveerbare klachten is het onderscheid tussen ziekte, gedrag en sociale omstandigheden ingewikkeld. De wetgever stelt duidelijk dat alleen ziekte mag leiden tot het vaststellen van beperkingen, maar in de praktijk is de grens tussen ziekte, klachten, gedragsmatige factoren en sociale omstandigheden vaak lastig te trekken. Soms is de situatie helder. Iemand die tien uur per week zorgt voor haar ouders, kan ook tien uur per week werken. Zij krijgt geen uitkering, want mantelzorg is een sociale omstandigheid en valt volgens de wet buiten de verzekering. Maar er zijn ook grijze gebieden. Zo kan iemand met schulden – ook een sociale omstandigheid - juist ernstiger klachten ontwikkelen en daardoor minder kunnen werken, wat wél kan leiden tot een (hogere) uitkering. Een vergelijkbare spanning speelt bij gedragsmatige factoren. Ook hier kan de situatie duidelijk zijn: iemand die simpelweg geen zin heeft om te

209 Hieronder vallen dus somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK, later aangepast in aanhoudende lichamelijke klachten: ALK), psychische klachten of klachten die psychisch moeilijk te verklaren zijn.
210 Alexandrov en Spanjer (2022). Ziekte of gedrag – Wat zijn de polisvoorwaarden. In: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
211 Braakhuis (2007). De arbeidsongeschiktheidsbepaling in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. In: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.

werken, komt niet in aanmerking voor een uitkering. In andere gevallen ligt het minder eenduidig. Soms kunnen mensen slecht omgaan met tegenslagen en herstellen daardoor trager of zelfs niet, bijvoorbeeld omdat ze zich minder (kunnen) inzetten voor de behandeling. De verzekeringsarts kan dan lagere functionele mogelijkheden vaststellen. Hier wreekt zich ook het feit dat beoordelingen een momentopname zijn en vanuit verzekerartsen geen herbeoordelingen meer worden aangevraagd, vanwege de oplopende wachtlijsten voor (her)beoordelingen.

Tabel 6.2 De praktijk: hoe gedrag en sociale omstandigheden invloed hebben op beoordeling.



Tegelijkertijd bestaat bij moeilijk objectiveerbare klachten het risico dat mensen ziekte overdrijven of voorwenden. Daarbij is van belang dat de praktijk vele gradaties kent. Zo kan aggravatie onbewust plaatsvinden. Hypochondrisch aangelegde mensen zijn bijvoorbeeld daadwerkelijk bang ziek te zijn en interpreteren normale menselijke afwijkingen, zoals kramp, als een ziekteverschijnsel. In andere gevallen kan zogenoemde secundaire ziektewinst een rol spelen: (on)bewuste voordelen die een persoon ervaart door ziek te zijn, naast de voor de hand liggende symptomen. Deze voordelen kunnen het herstel belemmeren omdat ze onbedoeld aanleiding kunnen geven om vast te houden aan de ziekte. Dit kan gaan om het krijgen van extra aandacht, zorg, steun van de omgeving, het vermijden van verplichtingen en verantwoordelijkheden of financiële voordelen zoals een ziekte- of arbeidsongeschiktheid uitkering. Of zoals het eerdere IBO over de WIA het verwoordt: "niemand is graag ziek, maar mensen van wie inkomen of inkomenszekerheid ervan afhangt, kunnen zich wel verleid of gedwongen voelen om hun klachten wat steviger aan te zetten dan ze in werkelijkheid zijn om te voorkomen dat ze geen uitkering (meer) krijgen". De toets van verzekeringsartsen op consistentie in het verhaal van de werknemer moet er voor zorgen dat de beoordeling zo veel mogelijk aansluit op de werkelijkheid.

Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toenemende medicalisering, beïnvloeden ook de beoordelingspraktijk. Zoals eerder genoemd: wanneer nieuwe diagnoses ontstaan, verdiepen verzekeringsartsen zich in de betekenis daarvan voor het vaststellen van functionele mogelijkheden. Dat proces is momenteel gaande rond het post-Covid, waarbij de Gezondheidsraad kennis verzamelt en de beroepsgroepen met middelen van SZW een multidisciplinaire handreiking en NVVG aan de slag gaat met ankercasuïstiek voor post-COVID ontwikkelen.[212] Net als (onafhankelijke) rechters kunnen verzekeringsartsen zich niet volledig losmaken van wat er in de

212 Van Zitteren, Van Boreen en Spanjer (2022). Adequate beoordeling van long covid, in: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. De auteurs pleiten ("call to action") voor een duidelijke richtlijn die ook de interdoktervariatie kan verkleinen. Ze verwijzen naar focusgroeponderzoek naar patiënten met fibromyalgie waaruit naar voren komt dat de grootste variatie wordt gezien in het wel of niet aannemen van een urenbeperking en de omvang daarvan.

samenleving speelt en heeft dat invloed op hun werkwijze. Dan gaat het er om hoe in de samenleving gekeken wordt naar ziekte en wat daarover politiek wordt gezegd. Ook werknemers nemen maatschappelijke opvattingen mee naar het beoordelingsgesprek. Ten slotte spelen internationale discussies tussen deskundigen een rol van betekenis. Zo hanteert de WHO een brede definitie van gezondheid, waarin de wisselwerking tussen biologische, psychologische en sociale factoren centraal staat. Deze benadering heeft invloed op het classificatiesysteem dat UWV-verzekeringsartsen gebruiken en kan ook hun manier van kijken beïnvloeden. Het risico van een "beoordelings-creep" is aanwezig: de wet wordt ruimer uitgelegd dan bedoeld.

Verzekeringsartsen interpreteren de wet- en regelgeving en de MAOC-richtlijn op verschillende manieren, mede onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. Dat artsen van elkaar verschillen in hun beoordeling – de zogenoemde interdoktervariatie – is overigens niet uniek voor de verzekeringsgeneeskunde, maar komt in alle medische specialismen voor. Het sluit ook aan bij de discretionaire ruimte om elke casus zo goed mogelijk te beoordelen; het beoordelen van een WIA-aanvraag is immers geen exacte wetenschap. Artsen brengen ook altijd hun eigen ervaring, normen en waarden mee, maken verschillende inschattingen van de gevolgen van diagnoses en moeilijk objectiveerbare klachten, en gaan ook verschillend om met het gedrag van werknemers en hun sociale omgeving. Het is dan ook logisch dat de mate waarin artsen meebewegen met maatschappelijke veranderingen uiteenloopt. Onderliggend speelt een fundamenteler punt. Zwart-wit gesteld: een deel van de artsen vertrekt vanuit de vraag of er een oorzakelijk verband bestaat tussen een gebeurtenis en de (geclaimde) beperkingen. Alleen de beperkingen waarvoor dat verband aannemelijk is, worden door deze artsen meegenomen bij het vaststellen van de functionele mogelijkheden. Een ander deel van de artsen richt zich juist op de functionele beperkingen van een persoon en gaat er, tenzij er aanwijzingen zijn voor het tegendeel, vanuit dat deze voortkomen uit de ziekte. Dit leidt tot verschillen in uitkomsten.

Er zijn geen harde gegevens over hoe de praktijkvariatie tussen verzekeringsartsen daadwerkelijk is, maar het vermoeden is dat dit toeneemt. Uit de voor dit IBO gevoerde gesprekken kwamen verschillende beelden naar voren. Enkele artsen verwezen naar wetenschappelijke artikelen waaruit een behoorlijke interdoktervariatie blijkt, die vooral samenhangt met een verschillende inschatting van de urenbeperking.[213] Anderen benoemden dat de interdoktervariatie niet veel groter is dan in de curatieve zorg. De conclusie is dat er geen harde uitspraken over gedaan kunnen worden. Wel bestaat het vermoeden dat de praktijkvariatie toeneemt, en het risico is aanwezig dat deze ontwikkeling doorzet. Een beperkte mate van interdoktervariatie is logisch en onvermijdelijk. Het streven van de medische beroepsgroepen, zoals verzekeringsgeneeskundigen, is niet om praktijkvariantie te elimineren, maar wel het te minimaliseren en zo veel mogelijk *evidence-based* te werken. Om die redenen wordt op verschillende terreinen van de verzekeringsgeneeskunde ook nader onderzoek gedaan. De inzichten daarvan moeten uiteindelijk landen in richtlijnen én de praktijk.[214] Het ministerie van SZW ondersteunt dit – ook financieel – met als doel de kennis van bijvoorbeeld moeilijk objectiveerbare aandoeningen te vergroten en de interdoktervariatie te verminderen.[215]

Als verschillen in de beoordeling tussen verzekeringsartsen groot worden, heeft dit serieuze gevolgen voor werknemer, werkgever, de uitvoering en de kosten. Aanvragers van een WIA-uitkering worden als eerste geraakt door verschillen in de beoordeling. Wanneer iemand in een vergelijkbare situatie een lagere of geen uitkering lijkt te krijgen dan een ander,

213 Spanjer (2022). Beoordelen van belastbaarheid bij CVS. In: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
214 Het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde is een academische werkplaats met als doel het wetenschappelijk onderbouwen en het bevorderen van de kwaliteit en van de verzekeringsgeneeskunde: www.kcvg.nl.
215 Kamerstukken II (2025/26). 26448, nr. 856. Kamerbrief over voortgang moties 'moeilijk objectiveerbare aandoeningen'.

kan dat wijzen op rechtsongelijkheid en het gevoelens van onrechtvaardigheid oproepen. De uitvoering merkt dat. De relatie met de aanvrager verslechtert. De werklast wordt hoger: er wordt vaker gekozen voor bezwaar-, beroep- en herbeoordelingsprocedures. Dat laatste geldt ook voor werkgevers die met een hogere premie worden geconfronteerd. De verschillen tussen artsen kunnen ook in algemene zin een prikkel geven aan werkgevers en cliënten om ook zonder concrete aanleiding vaker herbeoordelingen aan te vragen. Ook dat vergroot de uitvoeringslast. Omgekeerd – en minstens zo belangrijk – brengt (ongerechtvaardigde) praktijkvariatie met zich mee dat sommige mensen ten onrechte toegang krijgen tot de WIA, omdat zij beoordeeld worden door artsen met een ruimere interpretatie dan hun collega's. Datzelfde geldt voor de vaststelling van een urenbeperking, met gevolgen voor zowel de hoogte van de uitkering als de totale kosten.

Praktijkvariatie wordt onder meer beperkt door richtlijnen, standaarden en protocollen. Naast de MAOC-richtlijn biedt de Standaard Duurbelastbaarheid in Arbeid uitgangspunten voor het bepalen van de urenbeperking bij een beoordeling. Daarnaast bestaan er ruim tien richtlijnen over specifieke aandoeningen. Deze richtlijnen geven vooral handvatten voor de wijze waarop de beoordeling moet worden uitgevoerd, en schrijven in mindere mate voor wat het uiteindelijke oordeel moet zijn. Dat geldt ook voor de Standaard Onderzoeksmethoden en het Rapportageprotocol, die beide worden geactualiseerd. Verzekeringsartsen maken ook gebruik van - of werken mee aan - andere richtlijnen, zoals de richtlijn Psychische Problemen bij werken.[216] Ook de uitgebreide opleiding tot verzekeringsarts, inclusief de meester-gezel structuur en training in het voeren van een beoordelingsgesprek volgens de BGC-methode (Belastbaarheid Gericht Beoordelingsgesprek), collegiale intervisie, leercycli, functioneringsgesprekken, verplichte bijscholing, mediprudentie en teamoverleg dragen allemaal in meer of mindere mate bij aan het verminderen van ongerechtvaardigde interdoktervariatie. Daarnaast heeft de UWV-brede 'meting operationele kwaliteit' (MOK) tot doel om de kwaliteit van het proces te borgen zodat mensen krijgen waar ze recht op hebben. Is die onder de maat, dan kan de districtsmanager bijsturen.[217]

Geactualiseerde en nieuwe richtlijnen die de verruiming van de beoordelingspraktijk en de praktijkvariatie kunnen verminderen, komen echter beperkt van de grond. Dat staat in contrast met veel andere medische beroepsgroepen, waar het gebruikelijk is om nieuwe wetenschappelijke inzichten en praktijkervaringen regelmatig te verwerken in (nieuwe) richtlijnen. Binnen de verzekeringsgeneeskunde is de wens er zeker wel, maar ontbreekt het aan structurele financiering, gebeurt richtlijnontwikkeling vooral op basis van vrijwillige inzet, en leiden bestaande organisatorische structuren zelden tot breed gedragen initiatieven. Bovendien liggen, mede door het personeelstekort, de prioriteiten van de beroepsgroep vaak elders. Ook lijkt het weinig bekend dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) juist kaders biedt voor het ontwikkelen van richtlijnen. Tegelijkertijd signaleren individuele verzekeringsartsen wel duidelijke lacunes in de bestaande richtlijnen – vooral op het gebied van de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten, zoals pijn en vermoeidheid, en de vertaling daarvan naar arbeidsbeperkingen en urenbeperkingen.[218] Volgens diverse experts lukt het als sinds de eeuwwisseling onvoldoende om richtlijnen, standaarden en protocollen te ontwikkelen of door te ontwikkelen. [219] Dat is wel nodig om de verschillen tussen artsen in beoordeling daadwerkelijk te verkleinen. Anderen wijzen erop dat ook de implementatie en borging van richtlijnen nog te kort kan schieten.[220] Ten slotte rijst de

216 Daarin wordt bijvoorbeeld aandacht besteed aan het belang van werkhervatting voor herstel.
217 Kamerstukken II (2024/25) 26448 nr. 821. Overkoepelende rapportage kwaliteit sociaal medische dienstverlening. Bijlage bij 'kwaliteitsonderzoeken Wajong en WIA inclusief maandloon'.
218 Ook de Tweede Kamer vraagt hier aandacht voor. In 2021 is in de Tweede Kamer een motie aangenomen (motie-Van Kent) die vraagt om een protocol hoe (serieus) om te gaan met moeilijk objectiveerbare aandoeningen. Zie Kamerstukken II, 2021-22, 26 448, nr. 674.
219 Ook de (digitale) databank van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde laat zien dat veel van de huidig gebruikte richtlijnen niet veranderd zijn sinds 2010. Kennisbank | NVVG
220 De Boer en Faas (2023). Een nieuw MAOC … en hoe dan wel, in: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.
Alexandrov en Spanjer (2022). Ziekte of gedrag – Wat zijn de polisvoorwaarden, in: Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.

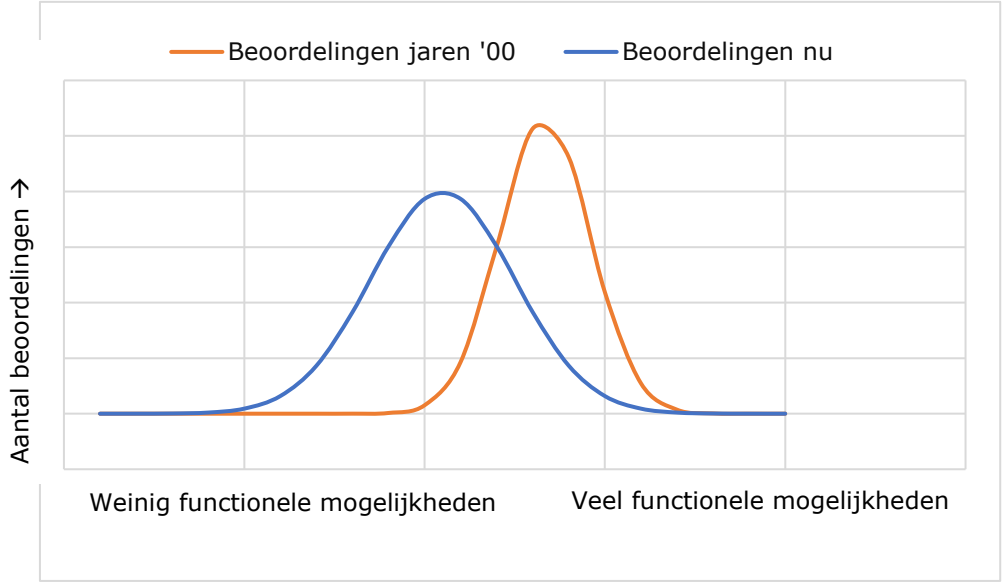
vraag of de MAOC-richtlijn niet aan actualisering toe is, met daarbij een verdere concretisering naar de praktijk en een mogelijke aanscherping van het Schattingsbesluit.

6.3 Mogelijkheden voor verdere inkadering van de WIA-toegang

Uit de vorige paragraaf blijkt dat waar de wet helder lijkt over de grondslagen voor een WIA-beoordeling, dit in de praktijk complexer en genuanceerder wordt uitgevoerd. Daarom bestaat het vermoeden dat – mede door de medicaliseringstendens in de samenleving – de wet in de praktijk soms ruimer wordt geïnterpreteerd en de praktijkvariatie tussen artsen is toegenomen; het risico bestaat dat dit zich verder doorzet. Dit leidt dan tot meer en hogere uitkeringen.

Figuur 6.1 vat de ontwikkeling samen. Het vervolg van deze paragraaf verkent aan de hand van de figuur de mogelijkheden om de inhoudelijke beoordeling meer in de kaderen. Deze mogelijkheden worden langsgelopen in volgorde van ingrijpendheid van de inkadering. Daarmee raken ze steeds nadrukkelijker aan de (grenzen van de) verhoudingen tussen de medische sector – en de verzekeringsgeneeskunde in het bijzonder – en de politiek. Dit is deels nog "onontgonnen terrein".

Figuur 6.1 Beweging in de beoordelingen door verzekeringsartsen over de jaren heen



Figuur 6.1 visualiseert de in de vorige paragraaf beschreven inschatting dat verzekeringsartsen de over de afgelopen 20 jaar gemiddeld steeds meer beperkingen vaststellen bij de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering en dat die beweging zich doorzet. De figuur laat bovendien zien dat verzekeringsartsen in toenemende mate tot de conclusie komen dát een aanvrager van de WIA beperkingen heeft: de oppervlakte onder de grafiek is groter geworden. Het is belangrijk hierbij te benadrukken dat dit IBO hierover geen harde data heeft; deze zijn ook niet beschikbaar bij UWV. Wel past de geschetste ontwikkeling bij de hogere instroom in de WIA, gevoerde gesprekken, recente artikelen en sluiten de eerdere geobserveerde trends (waaronder medicalisering) aan bij de weergave in de figuur.

Achtereenvolgens gaat het in de verkenning om de volgende opties:

a. Ondersteuning (door) ontwikkeling richtlijnen door de beroepsgroep;
b. Normerende aansporing om rekening te houden met publieke belangen;
c. (Strikte) noties over uitleg van de wet codificeren in de wet- en regelgeving;
d. Aanscherping van bepalingen in de wet- en regelgeving (conform oorspronkelijke bedoeling);

e. Instelling van een commissie van deskundigen om tot nieuwe (strikte) uitleg te komen;
f. Aanpassing van de procedure om tot richtlijnen te komen (vergelijkbaar met de procedure die geldt voor andere zorg dan verzekeringszorg).

Paragraaf 6.4 bespreekt hierna meer ingrijpende opties om polisvoorwaarden te verengen door mensen met bepaalde aandoeningen uit te sluiten van toegang tot de WIA.

a. De wetgever kan de beroepsgroep verzekeringsartsen verzoeken meer richtlijnen te ontwikkelen, specifiek voor medisch moeilijk objectiveerbare klachten. Bijvoorbeeld over de vraag in welke mate beschreven pijn of vermoeidheid bij specifieke ziektebeelden in een veelvoorkomende situatie leidt tot vermindering van functionele mogelijkheden. De wetgever zou de beroepsgroep daarbij beter kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door gerichte subsidies te vertrekken voor organisatiekracht en uitvoering. Waar de beroepsgroep niet binnen afzienbare tijd (bijvoorbeeld 2 jaar) na plaatsing op de Meerjarenagenda (een prioriteitenlijst van te ontwikkelen kwaliteitsproducten in de zorg) tot een richtlijn komt – bijvoorbeeld door onderlinge meningsverschillen, kan het Zorginstituut op basis van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) zijn doorzettingsmacht inzetten.[221] [222] De Kwaliteitsraad (formeel: Adviescommissie Kwaliteit) wordt dan gevraagd te zorgen dat de standaard er komt.[223] De verwachting is dat verbetering van richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden uitvoeringsproblemen op termijn helpt verminderen. Richtlijnen ondersteunen verzekeringsartsen in hun werk. De rechtsongelijkheid wordt minder en cliënten zullen de uitkomsten als rechtvaardiger ervaren. Het aantal bezwaar- en beroepsprocedures kan omlaag. Ook vragen cliënten en werkgevers minder herbeoordelingen aan. Lijn A van figuur 6.2 brengt de verwachte gevolgen schematisch in beeld: minder interdoktervariatie. Dit effect is – gelet op de ervaringen met richtlijnontwikkeling in de gezondheidszorg breed - het meest waarschijnlijk, maar tegelijkertijd niet gegarandeerd. Tegelijkertijd is niet ondenkbaar dat de spreiding *niet* kleiner wordt, of zelfs dat de artsen juist tot een versoepeling van de beoordeling komen. Om er meer zeker van te zijn dat dit niet gebeurt, kunnen aanvullende maatregelen worden overwogen.

b. In aanvulling kan de wetgever verzekeringsartsen aansporen bij richtlijnontwikkeling 'strenger' te zijn en rekening te houden met publieke belangen. Zoals het WRR-rapport *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* duidelijk aangeeft is de zorg onderdeel van een samenleving die geconfronteerd wordt met uitdagingen: kunnen we de zorg betalen, is er genoeg personeel en is er voldoende draagvlak?[224] Die vragen zijn ook van toepassing op de WIA en de beoordelingspraktijk. Het gesprek tussen parlement en regering is één van de plekken waar maatschappelijke zorgen zich manifesteren. Het ligt in de verwachting dat uitspraken in het verkeer tussen parlement en regering, worden meegewogen bij het opstellen van de richtlijnen en de beoordelingspraktijk. Bijvoorbeeld een uitspraak van parlement of regering dat houdbaarheid een relevant aspect moet zijn bij de beoordeling. De ontstaansgeschiedenis van het stelsel laat zien dat politieke signalen normerend kunnen uitwerken ('Nederland is ziek', en rond de Wet TBA, zie hoofdstuk 2). Ze hebben ook bijgedragen aan het initiatief om de MAOC-richtlijn op te stellen in 1996 - lang voordat nieuwe regelgeving diezelfde richtlijn grotendeels zou codificeren. Tegelijkertijd is de uitkomst van een oproep door de wetgever op de

[221] *De reikwijdte van de Wkkgz gaat verder dan alleen Zvw-zorg en Wlz-zorg. Ook andere zorg valt onder de Wkkgz, namelijk handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in art. 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), niet zijnde Wlz-zorg of Zvw-zorg, alsmede handelingen met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt. Verzekeringsartsen vallen onder 'andere zorg' en daarmee onder de reikwijdte van de Wkkgz op het punt van de doorzettingsmacht.*

[222] *Het Zorginstituut kan een onderwerp op de Meerjarenagenda plaatsen en als het partijen niet lukt om binnen een vastgestelde periode de kwaliteitsstandaard te ontwikkelen, kan het Zorginstituut doorzettingsmacht inzetten. Vooralsnog maakt het Zorginstituut op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde geen gebruik van deze mogelijkheden.*

[223] *De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen die het Zorginstituut adviseert over thema's rond de kwaliteit van zorg in Nederland.*

[224] *WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.*

beoordelingspraktijk vanzelfsprekend ongewis: richtlijnontwikkelaars kunnen vanuit hun eigen (medische) ervaring en inzichten alsnog een andere richting kiezen. Lijn B uit figuur 6.2 visualiseert wat de mogelijke impact is van de effecten van deze maatregel op de instroom.

c. De wetgever kan beoordelingspraktijk inkaderen door bestaande (strikte) noties over de uitleg van de wet te codificeren. De wetgever kan kaders die nu in de nota van toelichting bij het Schattingsbesluit staan, of uit de wetsgeschiedenis blijken, opnemen in het Schattingsbesluit zelf of zelfs in de wet, wat de rechtskracht vergroot. Ook bestaande richtlijnen, of delen daarvan, kunnen worden gecodificeerd. Dit is niet zonder precedent: een groot deel van de uitgangspunten van de MAOC-richtlijn zijn op verzoek van de Tweede Kamer beland in het Schattingsbesluit. Zoals de toelichting uit dat Schattingsbesluit vermeld: "*In de debatten met de Tweede Kamer over de toepassing van het nieuwe arbeidsongeschiktheids-criterium is met name deze richtlijn uitvoerig aan de orde geweest. Punt van discussie was niet zozeer de inhoud van [de MAOC-richtlijn], als wel de juridische status ervan. De Vaste Commissie SZW van de Tweede Kamer stond overwegend positief tegenover de suggestie om de richtlijn een wettelijke status te geven, vanuit de gedachte dat daarmee buiten twijfel zou worden gesteld, dat niet alleen de uitvoeringsinstellingen […] gehouden zijn de richtlijnen na te leven – maar ook de rechterlijke macht aan de richtlijn gebonden is.*" Door **codificatie** wordt de ruimte kleiner voor artsen en rechters om de wet ruimer te interpreteren in reactie op maatschappelijke veranderingen.

d. De wetgever kan bij die codificatie indien gewenst en in het algemeen belang ook wat scherper aan de wind zeilen dan de opstellers van de richtlijnen. Hierbij is wel van belang dat de wetgever zichzelf met het tekenen van internationale Verdragen grenzen heeft opgelegd aan de ruimte die het heeft voor aanpassing van regelgeving ten aanzien van arbeidsongeschiktheid: voorbeelden hiervan zijn het VN-gehandicaptenverdrag, het ILO-arbeidsongevallenverdrag (ILO-121) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, en specifiek het gelijkheidsbeginsel daarbinnen. Vanzelfsprekend dient er voor codificatie wel bronmateriaal te zijn in de vorm van codificeerbare passages in een toelichting, richtlijn of ervaringen in de praktijk. Voorbeelden zijn: een strakke passage over het niet meewegen van de sociale omstandigheden en een formulering die meer *guidance* geeft over hoe om te gaan met gedragsmatige aspecten van ziekte en gebrek. Vanzelfsprekend raakt dit aan de (grenzen aan de) verhoudingen tussen medische sector en de politiek. In figuur 6.2 laat lijn B zien wat de verwachte impact is van deze maatregel.

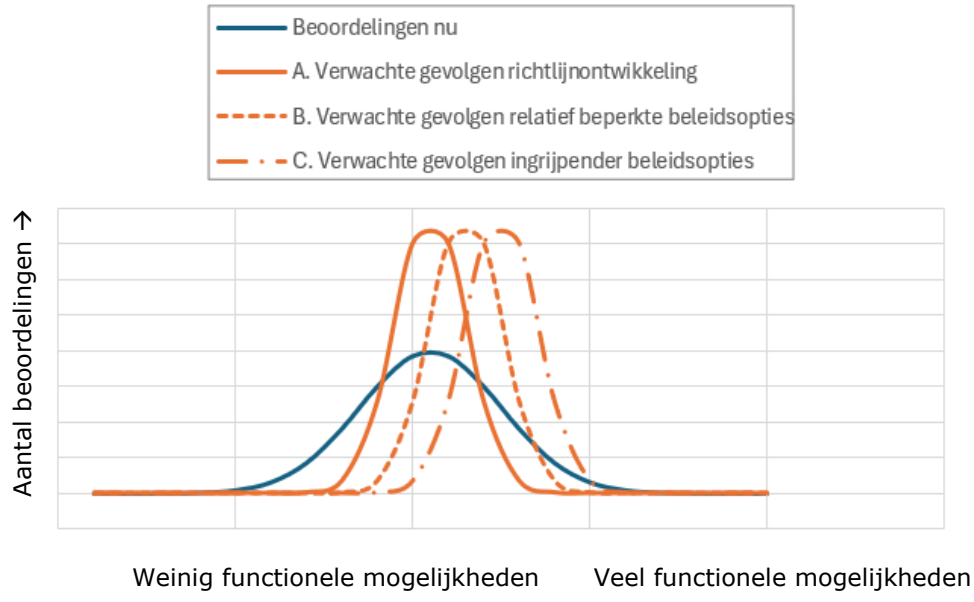
e. De wetgever kan een commissie vragen te komen tot nieuwe (strikte) uitleg van de bestaande uitgangspunten in de WIA. Die uitleg kan vervolgens in lagere regelgeving worden opgenomen. Ook deze maatregel verkleint de ruimte die verzekeringsartsen en rechters hebben de wet anders te interpreteren naar aanleiding van maatschappelijke veranderingen. Een vergelijkbare maatregel kwam al op bij de totstandkoming van de WIA. Het voorstel was om een landelijke commissie een eindoordeel zou vellen als een verzekeringsarts constateert dat er medisch geen benutbare mogelijkheden meer zijn. Daar is het niet van gekomen. In deze context zou een landelijke commissie stapsgewijs op de belangrijkste oorzaken van de hogere WIA-instroom aanbevelingen doen voor een strikte uitleg van bestaande regelgeving. Deze commissie zou kunnen bestaan uit experts op het gebied van arbeidsongeschiktheid met kennis op medisch en financieel-economische vlak alsook ervaringskennis. Lijn C uit figuur 6.2 visualiseert de mogelijke impact van de effecten van deze maatregel op de beoordeling en de instroom.

f. Een laatste optie is dat de wetgever de procedure aanpast waarmee verzekeringsartsen komen tot richtlijnen. De wetgeving rond richtlijnontwikkeling in de

verzekeringszorg zou nog meer aan kunnen sluiten bij de wetgeving rond richtlijnen in de curatieve zorg die tot doel heeft een rem te zetten op richtlijnen die niet houdbaar zijn. Twee aanpassingen zijn denkbaar. Ten eerste zou kunnen worden vastgelegd dat UWV, SZW of private herverzekeraars bij richtlijnontwikkeling een expert afvaardigen die beschikt over kennis van verzekeringszorg, overheidsfinanciën en eventuele andere maatschappelijke belangen. In de zorg moeten, op grond van de Wkkgz, specifieke kwaliteitsstandaarden tot stand komen in tripartiet verband: vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, zorgorganisaties én de zorginkoper nemen gezamenlijk deel. De betrokkenheid van zorgverzekeraars zorgt er daarbij voor dat ook de financiële gevolgen voor de premieontwikkeling worden meegewogen in de richtlijnvorming. Een dergelijke *governance* kan mogelijk ook bijdragen aan het beperken van de kosten van de WIA. Ten tweede kan de wetgever bepalen dat richtlijnen die onvoldoende bijdragen aan de financiële (en personele) houdbaarheid van de WIA kunnen worden afgewezen. De Wkkgz bepaalt dat de minister van VWS en het parlement goedkeuring moeten geven aan richtlijnen die significante gevolgen hebben voor de collectieve zorguitgaven. Het is denkbaar een vergelijkbare systematiek toe te passen op richtlijnen in de verzekeringsgeneeskunde. Lijn C uit figuur 6.2 visualiseert de mogelijke impact van de effecten van deze maatregel op de instroom. In aanvulling hierop kan worden overwogen de wetgever de bevoegdheid te geven om opstellers van bestaande richtlijnen te verzoeken deze te herzien. De effecten van nieuwe richtlijnen laten zich immers niet altijd direct voorspellen en kunnen pas na enkele jaren zichtbaar worden. In zulke gevallen zou de politiek de mogelijkheid hebben of de ontwikkelaars te vragen een herziene versie op te stellen.

Figuur 6.2 Visualisatie van de gevolgen van het inkaderen van WIA-beoordelingen.

Zichtbaar is dat het ontwikkelen van richtlijnen bijdraagt aan minder interdoktervariatie (lijn A). Hoe ingrijpender de vervolgmaatregel (lijn B en C), hoe hoger de zekerheid dat verzekeringsartsen meer functionele mogelijkheden zullen vaststellen in situaties waarin op dit moment binnen de wet een hoge mate van beoordelingsruimte bestaat. Dit zal ook effect hebben de jurisprudentie.



6.4 (On)mogelijkheden om de WIA-toegang in te perken voor mensen met specifieke aandoeningen

In de huidige wetgeving heeft iedereen met arbeidsbeperking die een rechtstreeks gevolg is van een ziekte of gebrek recht op WIA (afgezien van de arbeidskundige beoordeling). Het maakt daarbij niet uit wat de ziekte of het gebrek is, zolang er sprake is van serieuze en consistente klachten. De verzekeringsarts gebruikt informatie uit de curatieve zorg, van de werknemer zelf en de informatie van de bedrijfsarts gedurende de eerste twee ziektejaar, maar geeft daarbovenop altijd een eigen oordeel over de mate waarin iemand functionele beperkingen heeft. In de vorige paragraaf liet dit IBO zien wat mogelijkheden zijn om de beoordeling van de verzekeringsarts vanuit de wet bij te sturen. Daarbij bleef het uiteindelijke oordeel altijd aan de verzekeringsarts.

In deze paragraaf gaat het over de mogelijkheden om specifieke groepen aandoeningen of klachten bij voorbaat uit te sluiten van de WIA. De centrale rol voor de verzekeringsarts wordt beperkt: deze krijgt alleen werknemers te zien waarvan de beoordeling in de curatieve zorg aangeeft dat deze in aanmerking komen voor de WIA. Een dergelijk systeem is overigens niet ongebruikelijk in de ons omringende landen. Vanzelfsprekend heeft deze aanpassing van de polisvoorwaarden verstrekkende gevolgen. Zowel voor de mensen die het betreft als voor de uitvoerders, niet alleen bij UWV, maar ook bij de instanties waar mensen aankloppen als ze worden afgewezen. Het is van belang ook deze mensen een (werkend) perspectief te bieden.

Dit IBO bespreekt drie manieren om de polisvoorwaarden te verengen:

- alleen mensen met somatische ziekten komen in aanmerking voor de WIA;
- alleen zieken met een vastgestelde diagnose komen in aanmerking voor de WIA;
- alleen mensen met een lichamelijk aanwijsbare oorzaak voor de ziekte komen in aanmerking voor de WIA (aan de hand van een lijst van makkelijk objectiveerbare aandoeningen).

Het maken van onderscheid tussen psychische en somatische ziektes in de polisvoorwaarden van de WIA is discriminatoir. De stijging van de instroom in de WIA komt voor een aanzienlijk deel doordat meer mensen met ziektes die te maken hebben met psychische klachten de WIA instromen, die op of buiten het werk zijn ontstaan. Dit kan – niet voor het eerst – tot de gedachte leiden om die stijging proberen in te dammen door de mensen met psychische klachten een lagere of andere uitkering te bieden. Daar komt bij dat bij een deel van de psychische ziektebeelden het voor herstel van belang is dat mensen weer aan het werk gaan. Het maken van onderscheid in de arbeidsongeschiktheidsverzekering tussen psychische en somatische ziektes botst echter met het gelijkheidsbeginsel. Er lijkt bovendien geen dragend maatschappelijk belang te zijn om dit onderscheid kan rechtvaardigen. Of iemand ziek is, wordt binnen de curatieve zorg bepaald. Psychische en somatische ziektes kunnen beide goed objectiveerbaar zijn (met een lichamelijk aanwijsbare oorzaak hebben). Het lijkt juridisch zeer ingewikkeld om binnen de WIA een deel van die (door de curatieve zorg aangegeven) zieken bij voorbaat anders te behandelen. Daar komt bij dat het onderscheid tussen psychische en somatische aandoeningen in de praktijk ook niet zo helder is. Psychische problemen kunnen lichamelijke symptomen veroorzaken (gespannen spieren, maagpijn). Lichamelijke klachten kunnen gepaard gaan met psychische symptomen. Mensen hebben vaak last van beide tegelijk. Zeker bij (nog) niet-diagnosticeerbare ziektes is het daarbij vaak onduidelijk of een ziekte als psychisch of somatisch moet worden geclassificeerd.

Het uitsluiten van niet-gediagnosticeerde ziekten in de polisvoorwaarden van de WIA roept juridische vragen op en leidt tot verdere medicalisering en diagnose-expansie. De

wetgever zou als voorwaarde voor toegang tot de WIA kunnen opnemen dat sprake moet zijn van een vastgestelde diagnose. Dit gebeurt ook bij sommige private verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid, al heeft dat daar eveneens geleid tot een groeiende hoeveelheid jurisprudentie. Ook hier lijkt sprake van ongelijke behandeling: mensen die door de curatieve zorg wél als ziek zijn beoordeeld, kunnen worden uitgesloten van een uitkering omdat er (nog) geen formele diagnose is gesteld. Tegelijkertijd kan het maatschappelijk belang een dergelijk onderscheid mogelijk rechtvaardigen, bijvoorbeeld vanwege het risico dat mensen zonder duidelijke diagnose onterecht instromen in de WIA. Bij deze groep kan het voorkomen dat zij zich ziek voordoen, of klachten ervaren die voortkomen uit persoonlijke omstandigheden in plaats van een medische aandoening. Het gevolg van het uitsluiten van niet-gediagnosticeerde ziekten is echter dat de druk op de medische sector toeneemt om klachten van een (diagnostisch) label te voorzien. Dat werkt juist averechts op de oorspronkelijke bedoeling van de WIA: demedicalisering. Ook neemt de druk op individuele artsen toe om toch een diagnose te stellen, zelfs als de klachten daar niet precies bij passen. Daarbij kunnen verschillende klachten voorkomen, waarvan de ene wél en de andere géén erkend diagnoselabel heeft. Voor de verzekeringsarts hoeft dat geen verschil te maken, omdat hij zich richt op de beperkingen ten aanzien van werk, niet op de diagnose zelf. Verwacht mag worden dat eventuele effecten van deze uitsluiting op termijn grotendeels verdwijnen. Sterker nog: het is niet uitgesloten dat de medicalisering juist verder toeneemt en de toegang tot de WIA daardoor onbedoeld ruimer wordt.

Het uitsluiten van medisch moeilijk objectiveerbare ziektes in de polisvoorwaarden van de WIA is moeilijk te onderbouwen en botst met internationale verdragen.[225] De wetgever zou om medisch moeilijk objectiveerbare ziektes uit te sluiten kunnen komen met een limitatieve lijst van objectiveerbare aandoeningen (aandoeningen waar een duidelijke lichamelijke oorzaak voor is), op basis waarvan een uitkering kan worden aangevraagd. Mensen met aandoeningen waarvoor dat niet geldt, hebben dan geen recht op een WIA-uitkering. Bijvoorbeeld mensen met het post-COVID syndroom, ME/CVS en Q-koorts. Het lijkt moeilijk te onderbouwen waarom de ene groep mensen met een gediagnosticeerde chronische ziekte wél, en de andere groep niet in aanmerking zou kunnen komen voor de WIA. De Gezondheidsraad heeft de genoemde aandoeningen bovendien als ziekte bestempeld. Deze beleidsoptie gaat bovendien in tegen het door Nederland geratificeerde VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. In dat verdrag staat dat personen met chronische ziekten dienen te worden beschermd. Het gaat bij deze aandoeningen om chronische ziektes. Dit verdrag is door de EU geïmplementeerd en delen van het verdrag werken op die wijze ook Europeesrechtelijk door. Het is los hiervan ook bij deze maatregel de vraag of er voldoende maatschappelijk belang kan worden aangetoond om deze inperking van het gelijkheidsbeginsel te rechtvaardigen. Ook zullen de onder vorige maatregel genoemde gedragseffecten een rol gaan spelen, die de effectiviteit aantasten.

6.5 Beleidsopties

Het doel van dit hoofdstuk is te agenderen dat medicalisering in de maatschappij leidt tot hogere instroom in de WIA en dat hetzelfde – mogelijk mede onder invloed daarvan – geldt voor verruiming van de beoordelingspraktijk van verzekeringsartsen. De verruiming van de beoordelingspraktijk gaat bovendien gepaard met een grotere variatie tussen verzekeringsartsen in hun beoordeling. Het risico bestaat dat deze ontwikkelingen zich doorzetten. Dit leidt tot een toename van het aantal én de hoogte van uitkeringen, minder arbeidsparticipatie en hogere

[225] *In het buitenland is risque professional en risque social doorgaans ook gesplitst. Voor het uitsluiten van bepaalde ziektes of ziektebeelden is de splitsing is ook in Nederland noodzakelijk omdat internationale verdragen op dit moment geen ruimte laten voor onderscheid naar ziekte. Er moet dan onderbouwd worden dat bepaalde ziektebeelden niet onder het risque professionel vallen.*

stelselkosten. Daarnaast neemt de kans toe op meer bezwaar-, beroeps- en herbeoordelingsprocedures. Het indammen van de medicalisering in de maatschappij vergt maatregelen die buiten de reikwijdte van dit IBO liggen. Maatregelen die de effecten van die medicalisering op de WIA kunnen bepreken zijn verkend in paragraaf 6.4 – en blijken aan te lopen tegen juridische obstakels. Maatregelen om de mogelijkheden de verruiming en interdoktervariatie in de beoordeling door verzekeringsartsen te beperken zijn verkend in paragraaf 6.3.

Op grond van deze verkenning beveelt dit IBO de volgende drieslag aan, in de context van een hogere WIA-instroom, arbeidsmarktkrapte en druk op de financiële houdbaarheid:

- Ondersteun de (door)ontwikkeling van richtlijnen - en geef daarbij voorrang aan de beoordeling van moeilijk objectiveerbare klachten en de bepaling van de urenbeperking.
- Bepaal gelijktijdig als wetgever hoe een strikte beoordeling met minder ruimte voor interpretatie er vandaag de dag uit kan zien (terug naar de bedoeling die in de Wet WIA lag opgesloten);
- Verzoek een commissie van diverse deskundigen dit uit werken en een advies te maken over hoe dit geborgd kan worden, in zowel wet- en regelgeving als richtlijnen, protocollen, etc.

Tabel 6.3 Uitgewerkte beleidsopties ten aanzien van het beoordelingsproces

NUMMER	BELEIDSOPTIE
9	Striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie
31	Beperken van WIA-toegang o.b.v. ziekten/ziektebeelden

7. Re-integratie vanuit de WIA

Hoofdpunten

- De WIA kent stimulansen voor re-integratie, voor zowel uitkeringsgerechtigden als werkgevers, ondersteund door re-integratiedienstverlening vanuit UWV.
- De beoogde activerende werking van de WIA wordt in de praktijk slechts gedeeltelijk gerealiseerd: ongeveer 50% van de WGA 35-80 groep werkt. Voormalig werknemers met een vast dienstverband participeren vaker (60%) dan vangnetters (38%).
- De uitstroom vanuit de WGA naar werk (8%) of anderszins (4%) is beperkt; arbeidsongeschiktheid heeft daardoor in hoge mate een langdurig karakter.
- De financiële prikkel binnen de WGA 35-80 werkt aantoonbaar activerend. De complexiteit van de WIA, overgangen tussen verschillende uitkeringsregimes in de WGA, inkomensregelingen en bovenwettelijke aanvullingen beperken de effectiviteit van deze prikkel.
- Door het risico op een herbeoordeling en verlies van (een deel van) de uitkering zijn mensen voorzichtig in het zetten van stappen naar (meer) werk.
- De UWV re-integratiedienstverlening draagt bij aan werkhervatting, maar de effectiviteit hangt sterk af van de intensiteit, doelgroep en vorm van ondersteuning.
- Hoe eerder gekozen wordt voor een passende inzet, hoe groter de kans op duurzame re-integratie. Er is meer onderzoek nodig naar manieren om de effectiviteit te verbeteren.
- Door de toenemende instroom in de WIA neemt de druk op het re-integratiebudget van UWV toe. Zonder extra middelen en maatregelen zal UWV in de toekomst minder WIA-gerechtigden kunnen ondersteunen bij re-integratie en werkvoorzieningen.
- De inzet van (nieuwe en bestaande) middelen vraagt om een politieke afweging over wat belangrijk is: gelijkheid, doelmatigheid of maatschappelijke kosten en baten.
- Werkgevers nemen nog weinig mensen met een WGA-uitkering in dienst (6,2% in 2022). Belangrijke obstakels zijn twijfels over productiviteit, verwachte risico's en kosten, en een gebrek aan kennis over arbeidsbeperkingen en beschikbare ondersteunings-mogelijkheden.
- De bestaande regelingen voor werkgevers zijn versnipperd, weinig bekend en meestal niet doorslaggevend om WIA-gerechtigden in dienst te nemen. Een beter toegankelijk en gerichter pakket aan instrumenten kan de effectiviteit van het beleid vergroten.
- Een hogere arbeidsdeelname vraagt ook om werkgevers die bereid en in staat zijn een inclusieve werkcultuur te creëren. Er is veel te winnen door deze mensen vanuit de WIA duurzaam aan werk te helpen, zowel voor henzelf als voor de samenleving.

Naast het bieden van inkomenszekerheid voor werknemers met een (langdurige) arbeidsbeperking, heeft het stelsel als doel mensen met een WIA-uitkering te stimuleren om deel te nemen aan het arbeidsproces. Daarbij staat centraal wat iemand nog wél kan en hoe passend werk kan worden gevonden, zodat mensen zo veel mogelijk zelfstandig blijven functioneren. Zoals toegelicht in hoofdstuk 2 voert de overheid hierop langs meerdere kanalen beleid. Ten eerste door zowel werknemers als werkgevers te prikkelen tot arbeidsparticipatie. Ten tweede door een publieke organisatie – lees: UWV – een rol te geven in het re-integratiebeleid. UWV doet dit in samenwerking met werkgevers, gemeenten en re-integratiebedrijven. Dit hoofdstuk gaat over deze twee onderwerpen. Daarnaast voert de overheid beleid gericht op het vergroten van werkgelegenheid in het algemeen en baankansen voor kwetsbare mensen in het bijzonder.

Het hoofdstuk behandelt de volgende vragen:

- Hoe ziet het re-integratiebeleid eruit voor mensen met een WIA-uitkering (7.1)?
- Hoe pakt de beoogde activerende werking van de WIA uit in de praktijk (7.2)?
- Waaruit bestaat de re-integratiedienstverlening van UWV en is het effectief (7.3)?
- Hoe kunnen werkgevers meer mensen met een arbeidsbeperking in dienst nemen (7.4)?
- Wat zijn beleidsopties om de activerende werking van de WIA te versterken (7.5)?

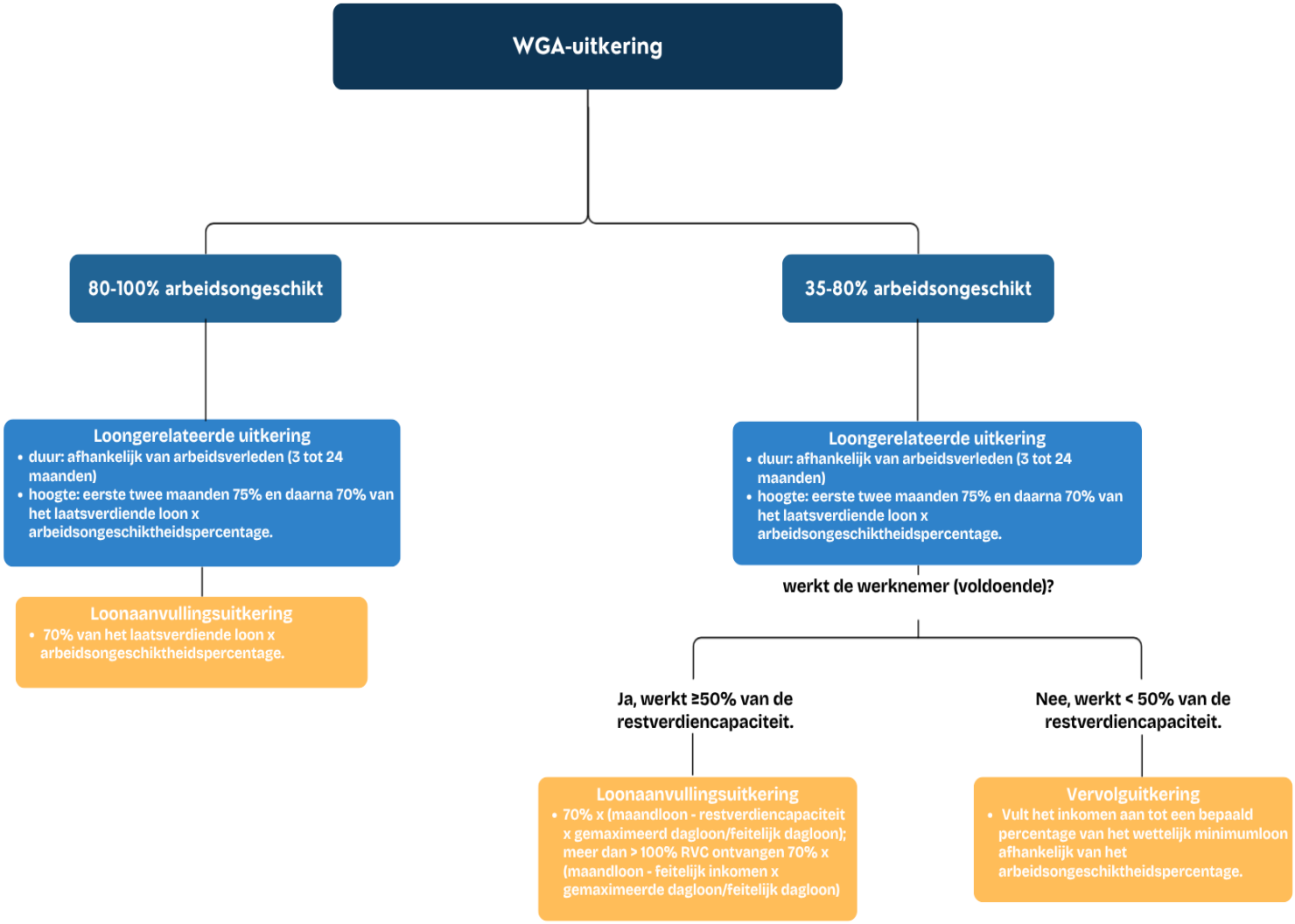
7.1 Re-integratiebeleid voor mensen met een WIA-uitkering

Voor mensen met een gedeeltelijke WGA-uitkering (35-80) bestaat een financiële prikkel na de loongerelateerde fase om zich in te zetten voor re-integratie. Dit komt door het onderscheid dat wordt gemaakt tussen de loonaanvullingsuitkering en de vervolguitkering na de loongerelateerde fase. Wie werkt en ten minste 50 procent van de restverdiencapaciteit benut, ontvangt de hogere loonaanvullingsuitkering. Deze vult het inkomen aan tot een bepaald percentage van het oude loon, afhankelijk van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Wie niet werkt of minder dan 50 procent van de restverdiencapaciteit verdient, krijgt de lagere vervolguitkering, die gebaseerd is op het wettelijk minimumloon. De financiële prikkel zit niet alleen in de vervolguitkering, maar ook in hoe de loonaanvullingsuitkering werkt. Zolang iemand nog niet zijn volledige resterende verdiencapaciteit benut (tussen 50%-100% van de restverdiencapaciteit), mag hij zijn verdiensten behouden zonder dat deze gekort worden op de uitkering. Het uitgangspunt is dat het benutten van de restverdiencapaciteit loont: wie (deels) werkt, behoudt meer inkomen én meer inkomensbescherming. Zo gaan werken en inkomenszekerheid samen. De financiële prikkel treedt relatief laat in werking, omdat deze pas volgt na twee jaar ziekte en een loongerelateerde uitkeringsfase van 3 tot 24 maanden (afhankelijk van het arbeidsverleden), voordat wordt overgestapt op de twee uitkeringsregimes van de WGA 35-80. De systematiek is anders voor de groep volledige, niet duurzame, arbeidsongeschikten (WGA 80-100). Voor hen geldt dat ze na de loongerelateerde fase een loonaanvullingsuitkering ontvangen die even hoog blijft, zolang zij niet werken. Werken ze wel, dan zijn ze verplicht hun inkomsten op te geven; UWV verrekent deze inkomsten met hun uitkering.[226] In figuur 7.1 worden de verschillende uitkeringsregimes in de WGA uitgelegd.

Daarnaast zijn mensen met een WGA-uitkering tot één jaar voor de AOW-leeftijd verplicht om mee te werken aan hun re-integratie. Ze worden daarbij ondersteund door re-integratieactiviteiten van UWV WERKbedrijf. De dienstverlening van UWV richt zich vooral op de eerste vijf jaar na instroom in de WGA. Na deze periode kan, op verzoek van de cliënt, ondersteuning worden voortgezet wanneer dat nodig is. Mocht iemand niet aan de re-integratieverplichting voldoen, dan kan UWV een sanctie opleggen. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen WGA 35-80 en de WGA 80-100. Voor mensen met een IVA-uitkering geldt dus geen re-integratieverplichting. Zij hebben doorgaans weinig of geen arbeidsmogelijkheden en kans op herstel is gering. Soms ontvangt iemand een IVA-uitkering terwijl werken theoretisch nog mogelijk is, bijvoorbeeld bij een duurzaam verlies aan verdiencapaciteit van meer dan 80 procent. Op basis van een tijdelijke regeling kan UWV op verzoek van cliënt momenteel ook deze groep ondersteunen bij re-integratie.[227] In paragraaf 7.3 wordt nader ingegaan op de vormgeving en werking van de re-integratiedienstverlening.

226 Kamerstukken II 2004/05, 30 034, nr. 3 (Memorie van Toelichting WIA).
227 Deze regeling loopt tot medio 2028.

Figuur 7.1 Stroomschema uitkeringsregimes WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsongeschikten)



Ook voor werkgevers is er een financiële prikkel om bij de te dragen aan de re-integratie van mensen met een WGA-uitkering. Als onderdeel van de ontstaansgeschiedenis van het stelsel, hebben werkgevers een grote (financiële) verantwoordelijkheid gekregen om verzuim te voorkomen en werkhervatting te bevorderen (hoofdstuk 2). Ze dragen de financiële lasten van de loondoorbetaling bij ziekte en via een gedifferentieerde premie ook de lasten van de Ziektewet en de WGA gedurende tien jaar. In het geval van de eigenrisicodrager komen de ZW- en WGA-uitgaven direct bij de werkgever terecht inclusief re-integratiekosten. Onderzoek wijst uit dat deze financiële prikkels een belangrijke bijdrage hebben geleverd op de vermindering van de WIA-instroom. De keerzijde is wel dat werkgevers terughoudend kunnen zijn om mensen vanuit de WIA een baan aan te bieden.

Daarom zijn gaandeweg verschillende regelingen ingevoerd om werkgevers te stimuleren mensen met een WIA-uitkering in dienst te nemen. Deze maatregelen compenseren het extra risico of de kosten voor werkgevers en verlagen zo de drempel om iemand met een WIA-uitkering in dienst te nemen. Tabel 7.1 geeft een overzicht van deze regelingen. Loonkostenvoordelen, loonkostensubsidie en de no-riskpolis verlagen de loonkosten of dekken tijdelijk het risico af op loondoorbetaling bij ziekte. Daarnaast bieden instrumenten als proefplaatsingen en werkervaringsplekken ondersteuning bij duurzame plaatsing. Ook kunnen via UWV voorzieningen worden aangevraagd voor werknemers die door ziekte of een arbeidsbeperking aanpassingen nodig hebben om hun werk te doen.

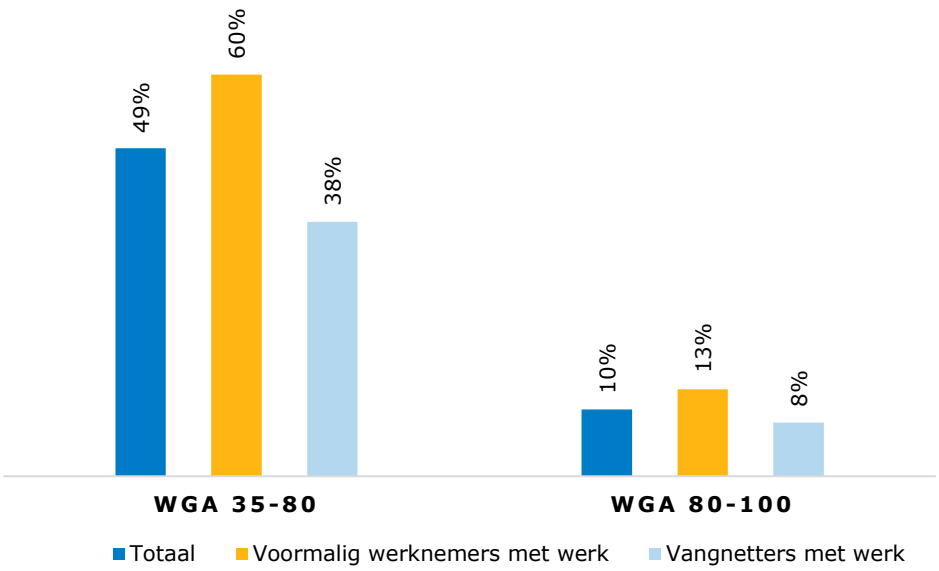
Tabel 7.1 Regelingen voor werkgevers om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen of te houden.
Bron: UWV

REGELING	BESCHRIJVING	VOOR WIE?
No-riskpolis	De no-riskpolis houdt in dat een werkgever een (gedeeltelijke) vergoeding ontvangt voor het loon dat hij moet doorbetalen als een werknemer ziek wordt. UWV keert hiertoe een ZW-uitkering uit aan de werkgever. Dit vermindert het financiële risico om mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen of te houden. De no-riskpolis geldt voor ziekte ontstaan in de eerste vijf jaar van het dienstverband; soms is er verlenging mogelijk.	WIA-gerechtigden en 35-minners (tot 5 jaar na afwijzing van de WIA-uitkering)
Loonkostenvoordeel	Het loonkostenvoordeel (LKV) is een tegemoetkoming voor werkgevers om mensen uit specifieke doelgroepen in dienst te nemen. De werkgever krijgt €3,05 per verloonde uur tot een maximum van €6.000 per kalenderjaar. Als een werknemer nieuw in dienst komt, duurt het loonkostenvoordeel maximaal 3 jaar en als een werknemer herplaatst is bij de huidige werkgever, duurt het loonkostenvoordeel maximaal 1 jaar.	WIA-gerechtigden
Proefplaatsing	Bij een proefplaatsing werkt iemand met behoud van zijn UWV-uitkering 2 maanden op proef bij en werkgever. Onder bepaalde voorwaarden kan de proefplaatsing maximaal 6 maanden duren. Dit wordt vooraf bepaald. De werkgever hoeft dan geen loon te betalen, UWV betaalt de uitkering door. De werkgever moet schriftelijk verklaren de intentie te hebben de werknemer daarna tenminste 6 maanden in dienst te nemen bij goed functioneren.	ZW- en WIA-gerechtigden
Loonkostensubsidie	De loonkostensubsidie is bedoeld voor werkgevers die mensen met een arbeidsbeperking in dienst nemen die niet eigenstandig het wettelijk minimumloon (WML) kunnen verdienen. De subsidie compenseert de werkgever voor het verschil tussen de loonwaarde van de werknemer en het WML. In de Participatiewet is geregeld dat gemeenten loonkostensubsidie kunnen inzetten voor WIA-gerechtigden die aan bepaalde kenmerken voldoen. Het kabinet is van plan de WIA-gerechtigden die niet eigenstandig het WML kunnen verdienen aan het doelgroepenregister banenafspraak toe te voegen. UWV zal dan de loonkostensubsidie gaan verstrekken.	WIA-gerechtigden (in overleg met gemeente)
Loondispensatie	Loondispensatie is een tijdelijke regeling waarbij werkgevers maximaal 5 jaar minder loon mogen betalen aan werknemers. Dit is mogelijk wanneer deze werknemers minimaal 25% minder werk aankunnen dan anderen in dezelfde functie. Om het inkomensverlies voor de werknemer te compenseren, vult UWV het loon aan met de loondispensatie tot het WML. Deze regeling komt per 2029 te vervallen.	IVA-gerechtigden
Werkervaringsplek	De werkervaringsplaats is er om mensen in een uitkeringssituatie de kans te geven om werkervaring op te doen met als doel uiteindelijk in te stromen in regulier werk. Het gaat hier puur om een ervaringsplek en heeft niet zoals bij proefplaatsing de intentie dat de uitkeringsgerechtigde na afloop in dienst blijft.	ZW- en WIA-gerechtigden
Werkvoorzieningen	Bij UWV kunnen voorzieningen worden aangevraagd voor werknemers die door ziekte of een handicap bepaalde voorzieningen nodig hebben om het werk te doen. Denk hierbij aan werkplekaanpassingen, hulpmiddelen, een vergoeding voor vervoer en persoonlijke ondersteuning zoals een jobcoach.	ZW- en WIA-gerechtigden

7.2 De activerende werking van de WIA in de praktijk

De beoogde activerende werking van de WIA wordt slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Doel van de wet was dat meer mensen met een uitkering zouden deelnemen aan de arbeidsmarkt dan onder de WAO het geval was. In de memorie van toelichting ging de wetgever uit van een participatiegraad van 65% voor mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering.[228] In de praktijk blijft de arbeidsdeelname echter achter bij de oorspronkelijke verwachtingen. In 2022 ligt de participatie van de WGA 35-80 groep op 49,2%. Dit niveau is over de afgelopen jaren relatief stabiel. Binnen deze groep zijn duidelijke verschillen zichtbaar: voormalig werknemers in vaste dienst participeren met 60% aanzienlijk vaker dan vangnetters (38%). Voor de groep WGA 80-100 ligt de arbeidsdeelname op een aanzienlijk lager niveau, omdat hun functionele mogelijkheden doorgaans beperkter zijn; tot deze groep behoren ook mensen die naast een medische beperking een grote inkomensterugval meemaken. In 2022 had 10 procent van deze groep een dienstverband naast de uitkering (zie figuur 7.2). Bovenstaande gaat om aantallen personen; er bestaan helaas geen actuele cijfers over het aantal uren dat WGA-ers werken. Het verdient een aanbeveling om deze gegevens voortaan wel bij te houden.

Figuur 7.2 Arbeidsparticipatie WGA 35-80 en WGA 80-100
Bron: UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.



Ondanks de activerende opzet van de WGA slaagt de regeling er in de praktijk onvoldoende in om herstel daadwerkelijk om te zetten in duurzame werkhervatting. Dit blijkt uit de lage uitstroom vanuit de WGA naar werk of herstel. Dit wijst erop dat de bij de claimbeoordeling vastgestelde arbeidsongeschiktheid in veel gevallen een langdurig karakter heeft. In hoofdstuk 3 kwam al naar voren dat slechts 8% van de mensen met een WGA-uitkering binnen vijf jaar uitstroomt naar werk, terwijl bij ongeveer 4% de uitkering wordt beëindigd vanwege herstel of herbeoordeling zonder dat er sprake is van werkhervatting. Voor de uitstroom van WGA-ers naar werk maakt het niet uit of de (voormalig) werkgever een eigenrisicodrager of publiek verzekerd is.[229] Met name binnen de groep WGA 80-100 blijft een groot deel langdurig afhankelijk

228 Kamerstukken II 2004/05, 30 034, nr. 3 (Memorie van Toelichting WIA).
229 Koopmans en Lammers (2025). De gevolgen van eigen risico dragen in de WGA.

van een uitkering. Dit suggereert dat, hoewel deze groep aanvankelijk niet als duurzaam arbeidsongeschikt is beoordeeld, er in de praktijk weinig herstelt optreedt. In 2022 stroomden 6,4% van de WGA 80-100 groep naar de IVA en 3% naar de WGA 35-80 groep.[230] Mogelijk spelen ook hier uitvoeringsproblemen bij UWV een rol: er vinden minder herbeoordelingen plaats, terwijl juist voor deze groep verwacht mag worden dat zich veranderingen voordoen – door herstel of doordat zij alsnog duurzaam arbeidsongeschikt blijken te zijn.

De arbeidsdeelname van voormalig werknemers ligt structureel hoger dan van vangnetters, maar het verschil neemt af bij een langere uitkeringsduur. Dit komt doordat de arbeidsparticipatie in de loop der tijd stijgt, terwijl die van voormalig werknemers juist licht daalt of stabiel blijft. Uit onderzoek van UWV, waarin de arbeidsparticipatie van een cohort in de WGA over de tijd is gevolgd, blijkt dat de gemiddelde uitkeringsduur een belangrijke voorspeller is voor de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie.[231] De lagere participatie van vangnetters hangt deels samen met de (ongunstigere) kenmerken van deze populatie. Zij bevonden zich al in een relatief kwetsbare arbeidsmarktpositie, hadden vaak een tijdelijk of flexibel arbeidscontract en daardoor geen werkgever meer op het moment van de WIA-beoordeling. Daarnaast is de invloed van de conjunctuur op de arbeidsparticipatie groter bij vangnetters dan bij voormalig werknemers. Ten slotte blijken leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sector en type diagnose wel belangrijke determinanten van het niveau van participatie, maar verklaren ze niet de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie door de tijd heen.

WGA-ers (35-80) met een psychische aandoening zijn minder vaak aan het werk dan mensen met een andere diagnose. In hoofdstuk 3 kwam al naar voren dat de arbeidsparticipatie van deze groep in 2022 42,2% bedroeg versus 45,5% voor mensen met aandoeningen aan het bewegingsstelsel en 59,8% voor overige aandoeningen.[232] Uit internationaal onderzoek blijkt dat een verslechtering van de geestelijke gezondheid een aanzienlijke invloed heeft op de kans om te werken, ook na correctie van andere factoren.[233] Daarnaast is het aanbod voor mensen met ernstige of complexe psychische problematiek in de ggz momenteel onvoldoende, wat tot wachtlijsten leidt en daarmee een negatief effect kan hebben op de participatiekansen van deze groep.[234]

Box 7.1 Minder dan 35% arbeidsongeschikt

Mensen van wie wordt ingeschat dat ze tenminste 65% van hun oude loon kunnen verdienen in algemeen geaccepteerde arbeid komen niet in aanmerking voor een WIA-uitkering. Uit cijfers blijkt echter dat een substantieel deel van de groep 35-minners na de WIA-beoordeling de arbeidsmarkt verlaat. In 2022 werkt ruimte de helft van deze groep 35-minners (52,2%), waarvan voormalig werknemers vaker participeren na afwijzing van de WIA-beoordeling (70%) dan vangnetters (32%).[235] Daarmee is de arbeidsparticipatie van 35-minners niet veel hoger dan die van mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering. Eén op de zeven 35-minners stroomt in de jaren erna alsnog de WIA in door toegenomen beperkingen of door bezwaar en beroep op de initiële beslissing.[236]

230 UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.
231 Spijkerman (2021). Waardoor verandert de arbeidsparticipatie WGA 35-80?
232 UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.
233 Frijters et al. (2014). The effect of mental health on employment: Evidence from Australian panel data.
234 Rijksoverheid (2025). Uitbalans - IBO mentale gezondheid en ggz.
235 UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.
236 SEOR (2023). Afwezen voor een WIA-uitkering: Tussen wal en schip?

Uit onderzoek blijkt dat de groep 35-minners zeer divers is.[237] Tegelijkertijd zijn er ook een paar veelvoorkomende kenmerken: relatief veel 35-minners hebben voorafgaand aan de beoordeling een relatief laag inkomen, hebben aandoeningen waarover nog maar weinig kennis beschikbaar is en ze hebben relatief vaak een migratieachtergrond. Mensen met veel veerkracht, veel sociale steun en acceptatievermogen navigeren zonder al te grote problemen door het re-integratieproces heen. Voor veel anderen geldt dat hun uitdaging niet zo zeer een vraagstuk van re-integratie is, maar vooral van bestaanszekerheid en levensgebeurtenissen.

Werkzoekende 35-minners zijn voor ondersteuning bij re-integratie aangewezen op de dienstverlening voor WW-ers of ondersteuning vanuit de Participatiewet, maar deze dienstverlening is vaak minder effectief voor mensen met gezondheidsklachten.[238] Daarom is het sinds 2019 voor UWV mogelijk om ingekochte re-integratiedienstverlening voor WGA-ers ook aan te bieden aan de 35-minners die na de WIA-beoordeling of de Eerstejaars Ziektewetbeoordeling de WW instromen. Gemeenten hebben alleen een prikkel om zich in te spannen voor de re-integratie van 35-minners als zij een bijstandsuitkering krijgen.

Enerzijds kent het stelsel een effectieve prikkel voor mensen binnen de WGA 35-80 om hun restverdiencapaciteit te benutten. Uit onderzoek van Kantarci et al. (2024) blijkt dat de arbeidsparticipatie van mensen met een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheidsuitkering rondom het moment van de overgang van de loongerelateerde fase naar de vervolgfase stijgt met gemiddeld 8 procentpunt.[239] Naarmate het oude loon van de persoon in de WGA 35-80 hoger is, neemt de effectiviteit toe doordat de financiële prikkel groter wordt. Hoe hoger het loon, hoe groter immers de inkomensterugval tussen de loonaanvullingsuitkering en de vervolguitkering. De onderzoekers vinden verder een duidelijk causaal verband tussen de stand van de conjunctuur en de effectiviteit van de werkprikkel. In een lage conjunctuur en ruime arbeidsmarkt verslechtert de kans op werk voor arbeidsongeschikten, vergelijkbaar met andere groepen met een zwakkere arbeidsmarktpositie. Dit verklaart mogelijk (gedeeltelijk) waarom de effectiviteit van de financiële prikkel hoger ligt in de studie van Kantarci et al. dan in eerder onderzoek van Koning en van Sonsbeek (2017), die een effect van gemiddeld 2,5 procentpunt op de arbeidsparticipatie vonden.[240] Een andere mogelijke verklaring is dat de financiële prikkel een leercurve kent, zoals ook in hoofdstuk 2 is betoogd; het eerdere onderzoek had betrekking op de beginjaren van de WIA. Het eerdergenoemde onderzoek van Kantarci et al. laat ook zien dat het gebruik van de Toeslagenwet (TW) aanzienlijk oploopt op het moment dat de werkprikkel van kracht is. Dit dempt het effect van het inkomensverlies en daarmee de financiële prikkel, maar laat ook zien dat er een groep is die er niet in slaagt op eigen kracht voldoende te verdienen en daarmee afhankelijk is van de TW en eventueel de Participatiewet om op het sociaal minimum uit te komen. Het vergroot ook de complexiteit voor deze groep: ze hebben met meer inkomensregelingen te maken.

Anderzijds verliezen financiële prikkels aan effectiviteit wanneer mensen onvoldoende inzicht hebben in hun inkomenssituatie of veel waarde hechten aan inkomenszekerheid. Als mensen prikkels niet goed begrijpen of bang zijn hun zekerheid te verliezen, worden ze niet

237 Regioplan (2024). Als het kon, zou ik het doen – de situatie van mensen die voor minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard.
238 SEOR (2023). Knelpunten bij arbeidsongeschiktheid: hoe vaak komen deze voor? WGA-dienstverlening wordt gedaan door onder andere een arbeidsdeskundige, die gespecialiseerd is in stappen op de participatieladder. Adviseur werk is voor de WW (dus ook 35-). Die legt focus op solliciteren.
239 Kantarci et al. (2024). Werkprikkels bij arbeidsongeschiktheid complex maar effectief.
240 Koning en van Sonsbeek (2017). Making disability work? The effect of financial incentives on partially disabled workers.

aangezet om (meer) te gaan werken.[241] Zoals in hoofdstuk 5 is besproken, behoren de WGA en de IVA tot de meest ingewikkelde regelingen binnen de sociale zekerheid. Bovendien kunnen mensen vaak niet goed overzien wat de gevolgen zijn van een verandering in hun uitkering of inkomen. Deze onzekerheid zorgt ervoor dat zij terughoudend zijn om vanuit een uitkeringssituatie aan het werk te gaan.[242] Tevens zijn mensen niet altijd puur rationeel. Mensen hechten meer waarde aan het vermijden van verlies dan aan het verkrijgen van winst (verliesaversie). Daar komt bovenop dat mensen worden geleid door verwachte negatieve emoties, die vaak worden overschat door hunzelf.[243] In de context van de WIA kan dit een verklaring zijn voor de angst van mensen om (een deel van) hun uitkering te verliezen zodra ze gaan werken.

Mensen kunnen ook vanwege hun beperking onzeker zijn over hun kansen om een baan langdurig te behouden of om nieuw werk te vinden. De mogelijkheid om terug te kunnen vallen op een uitkering geeft financiële zekerheid. Zelfs als het totale inkomen hoger zou worden, voelt het risico op verlies van een uitkering zwaarder dan de potentiële 'winst' door (meer uren) te gaan werken. Ook als mensen over voldoende kennis en begrip beschikken, zijn ze niet altijd in staat om de benodigde acties te ondernemen. Het concept 'doenvermogen' ziet op een aantal non-cognitieve vermogens zoals in actie komen, volhouden en omgaan met tegenslag. Factoren als ziekte, financiële problemen, stressvolle levensgebeurtenissen en onzekerheid hebben een negatief effect op dit doenvermogen, en maakt in dat geval de financiële prikkels ondergeschikt om de stap naar werk te zetten, omdat deze mensen het simpelweg niet overzien.[244] Van de UWV-medewerkers die WGA-ers begeleiden schat circa de helft dat klanten vanwege onzekere financiële gevolgen niet aan het werk durven. Mensen in de WIA zijn bovendien vaak onzeker over hun mogelijkheden om aan het werk te blijven, gegeven hun gezondheidssituatie, en de vaak tijdelijke aard van het werk.[245] Financiële prikkels zijn in dat geval minder effectief.

Er kunnen grote financiële effecten en onzekerheden ontstaan door het zogenoemde grenseffect in de overgang van een vervolguitkering naar loonaanvullingsuitkering. Daarnaast speelt de stapeling van inkomensafhankelijke regelingen een belangrijke rol: deze regelingen worden afgebouwd of verdwijnen zodra mensen (meer) gaan werken. Zoals eerder genoemd, wordt de financiële prikkel vanuit de WGA voor lage inkomens deels afgezwakt door aanvullingen via de Toeslagenwet. Ook andere inkomensafhankelijke regelingen zoals toeslagen en belastingen, beïnvloeden het uiteindelijke nettoresultaat. Daardoor loont meer werken niet altijd voldoende, of denken mensen dat zij er netto nauwelijks op vooruitgaan. De complexiteit van het stelsel maakt het bovendien lastig om dit goed te overzien. Bovenwettelijke aanvullingen vanuit cao-afspraken, private hiaatverzekeringen en pensioenregelingen spelen in bepaalde gevallen eveneens een rol. Deze kunnen de financiële prikkel om (meer) te werken binnen de WGA verkleinen of zelfs volledig wegnemen. Uit cao-onderzoek uit 2025 blijkt dat 28% van de werknemers valt onder een cao met afspraken over aanvullingen voor de WGA 35-80 groep.[246] In box 7.2 worden twee voorbeelden uitgelicht die laten zien dat de werkprikkel binnen de WIA sterk verschilt, afhankelijk van het inkomensniveau en de aanwezigheid van een bovenwettelijke aanvullingen. Dit onderstreept dat de prikkels voor arbeidsparticipatie in de WIA niet in isolatie moeten worden bezien. Vooral bij lagere inkomens wordt de werkprikkel vrijwel volledig tenietgedaan door de combinatie van inkomensafhankelijke regelingen.

241 Voor bepaalde situaties kan de prikkel zelfs pervers uitpakken, namelijk als de combinatie van loon en uitkering bij arbeidsdeelname lager is dan een uitkering bij volledige arbeidsongeschiktheid.
242 Ministerie van Financiën (2023). IBO vereenvoudiging sociale zekerheid.
243 Tversky en Kahneman (1986). Rational choice and the framing of decisions.
244 WRR (2017). Weten is nog geen doen, zie ook hoofdstuk 5.
245 Nederlandse Arbeidsinspectie (2022). Spiegel bestaanszekerheid.
246 Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2025). Cao-afspraken 2025.

Box 7.2 De gevolgen van de vervolguitkering en loonaanvullingsuitkering in combinatie met inkomens(afhankelijke) regelingen en bovenwettelijke aanvullingen

In deze analyse zijn twee rekenvoorbeelden uitgewerkt van personen die voor 60% arbeidsongeschikt zijn en daarom een WGA-uitkering ontvangen.

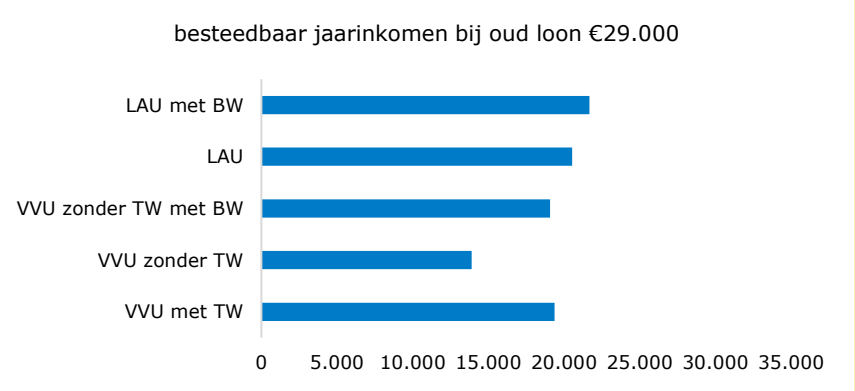
De twee personen verschillen in hun oorspronkelijke inkomen:
- Persoon 1 had een bruto jaarloon van circa €29.000, ongeveer gelijk aan het WML.
- Persoon 2 had een bruto jaarloon van €60.000.

Op basis van de resterende verdiencapaciteit – in dit geval 40% - is berekend welk besteedbaar jaarinkomen ze overhouden in verschillende situaties. Er is onderscheid gemaakt tussen een **vervolguitkering (VVU)** en **loonaanvullingsuitkering (LAU)**, afhankelijk van of iemand 50% of meer van de restverdiencapaciteit benut.

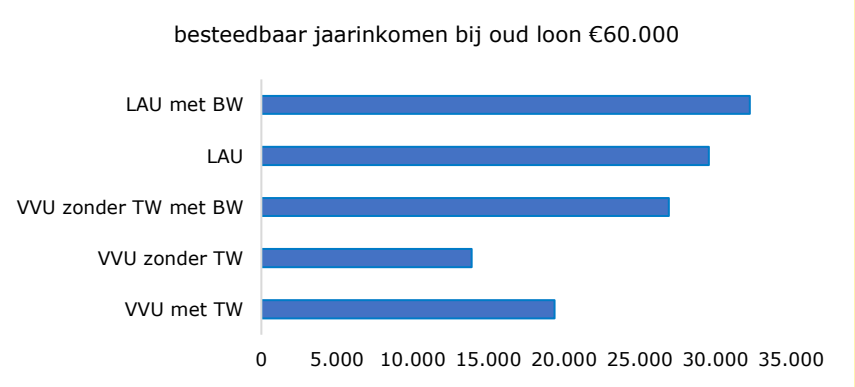
Bij de vervolguitkering is zowel de situatie met als zonder **Toeslagenwet (TW)** doorgerekend, evenals de variant waarbij een **bovenwettelijke aanvulling (BW)**. Daarbij is een voorbeeld genomen van een cao-afspraak waarbij iemand een bovenwettelijke aanvulling krijgt tot 70% van het verzekerde jaarinkomen als hij of zij niet of onvoldoende werkt. Een aanvulling tot 80% van het oude loon als minimaal 50% van de restverdiencapaciteit wordt benut. Bij het berekenen van het besteedbaar inkomen is rekening gehouden met alle inkomensregelingen die van invloed zijn op het netto inkomen (belastingen, premies en toeslagen), uitgaande van een alleenstaand huishouden.

De rekenvoorbeelden laten zien dat de LAU in beide situaties leidt tot een hoger besteedbaar jaarinkomen dan de VVU. Bij een laag inkomen is dit verschil kleiner door inkomensafhankelijke regelingen en de Toeslagenwet. Bij een hoog inkomen is de inkomensprikkel (het verschil tussen VVU met TW t.o.v. LAU) grofweg drie keer zo groot bij een laag inkomen. Daarnaast blijkt dat bovenwettelijke aanvullingen een belangrijke rol kunnen spelen in het verkleinen van de initiële werkprikkel, met name bij hogere inkomens.

Figuur 7.3 Besteedbaar jaarinkomen van iemand in de WGA 35-80 met een voormalig inkomen van circa €29.000



Figuur 7.4 Besteedbaar jaarinkomen van iemand in de WGA 35-80 met een voormalig inkomen van €60.000



Het risico op een herbeoordeling en het beperkte WIA-herlevingsrecht weerhoudt mensen om meer te gaan werken dan de vastgestelde restverdiencapaciteit. Iemand die (meer uren) aan het werk gaat, kan te maken krijgen met een herbeoordeling. De WIA biedt ruimte voor professionele herbeoordelingen op initiatief van de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige. Dit betreft echter geen wettelijk verplichte periodieke herbeoordeling zoals in de voormalige WAO. Ook kan een (ex-)werkgever een herbeoordeling aanvragen op het moment dat de bedrijfsarts vaststelt dat de re-integratiemogelijkheden zijn toegenomen. In de praktijk heeft UWV momenteel zeer beperkt tot geen capaciteit om vanuit eigen initiatief herbeoordelingen te doen indien er aanwijzingen zijn dat de mate van arbeidsongeschiktheid is veranderd. Verder kent de WIA een beperkt herlevingsrecht. Een werknemer verliest het recht op een WIA-uitkering als hij gedurende een jaar meer dan 65% van het oude loon verdient. Stroomt iemand de WIA uit, dan kan hij niet makkelijk terug naar de oude situatie. Terugvallen in de WIA is alleen mogelijk als er een aantoonbare achteruitgang in gezondheid. Dat moet worden vastgesteld in een nieuwe medische beoordeling waarbij de verzekeringsarts dan bovendien moet vaststellen dat de achteruitgang voortvloeit uit dezelfde aandoening die ten grondslag lag aan de oorspronkelijke WIA-uitkering. Indien niet het geval, volgt er wederom een ziekteperiode van twee jaar alvorens een WIA-beoordeling wordt gedaan. De drempel om terug te keren in de WIA-uitkering ligt dus hoog. Een uitgebreider herlevingsrecht zou de stap naar werk zekerder kunnen maken. Voor mensen in de WIA kan het risico op een herbeoordeling en het ontbreken van een herlevingsrecht de stap naar werk belemmeren. Ziektebeelden kennen vaak een grillig verloop en dit brengt onzekerheid met zich mee over de mogelijkheden om aan het werk te blijven. De verwachting is dat het wegnemen van deze onzekerheid een extra stimulans is voor werkhervatting.

7.3 De re-integratiedienstverlening door UWV

Binnen de reguliere re-integratiedienstverlening van UWV wordt in verschillende fasen toegewerkt naar werkhervatting. Daarbij is maatwerk essentieel. UWV ondersteunt cliënten volgens het Kader methodische aanpak re-integratie, dat helpt om alle relevante informatie rond de cliënt te structureren. Op basis van deze informatie wordt met de cliënt besproken waar de belangrijkste belemmeringen liggen, welke oplossingen de cliënt of zijn omgeving zelf kan realiseren en waarbij UWV ondersteuning kan bieden. De ondersteuning kan variëren van beperkt (bijvoorbeeld alleen sollicitatietraining) tot intensief, zoals de inkoop van een 'Werkfit' traject of

een ‘Naar Werk’ traject bij een re-integratiebedrijf. Deze trajecten en diensten koopt UWV in aan de hand van de inkoopcriteria Inkoopkader Re-integratiedienstverlening en worden deels gefinancierd op basis van de geleverde prestaties. Zodra de cliënt in staat is om zich op de arbeidsmarkt te bewegen, verzorgt UWV de matching via het WerkgeversServicepunt. Ook kan UWV ondersteuning bieden bij het behouden van werk. In tabel 7.2 zijn de verschillende fasen van het WGA-dienstverleningsmodel weergegeven. Tijdens de actieve re-integratieperiode kunnen re-integratieprofessionals besluiten om een multidisciplinair overleg te organiseren, bijvoorbeeld om de re-integratiemogelijkheden te bespreken of wanneer de cliënt niet de verwachte stappen zet die tijdens de claimbeoordeling zijn vastgesteld. In het laatste geval kan de inzet van een verzekeringsarts nodig zijn voor een consult of herbeoordeling. Door het tekort aan verzekeringsartsen gebeurt dit vaak niet.

Tabel 7.2 Cliëntfasen binnen het WGA dienstverleningsmodel
Bron: UWV

FASE	WAT HOUDT HET IN?
A. Stabiliseren en participeren	De cliënt is nog niet in staat om te werken aan werkhervatting. Voorliggende problematiek moet beheersbaar (gestabiliseerd) worden, voordat stappen op weg naar werk te zetten zijn. Zodra de situatie van de cliënt dit toelaat, vinden de eerste activeringsactiviteiten plaats.
B. Werkfit worden	De cliënt is in staat deel te nemen aan activiteiten gericht op zijn terugkeer naar de arbeidsmarkt. Hieronder valt ook scholing.
C. Op weg naar werk	De cliënt beschikt over voldoende vaardigheden en kwaliteiten om zelfstandig te solliciteren en te werken in inkomensvormende arbeid. In deze fase vindt ook de match tussen vraag en aanbod plaats.
D. Aan het werk	De cliënt is (met of zonder voorzieningen) werkzaam in betaald werk.

Bij UWV kunnen ook voorzieningen worden aangevraagd voor werknemers die door ziekte of een structurele functionele beperking bepaalde voorzieningen nodig hebben. Denk hierbij aan werkplekaanpassingen, hulpmiddelen, een vergoeding voor vervoer en persoonlijke ondersteuning zoals een jobcoach of gebarentolk. Het gaat hier om een wettelijke taak voor UWV om werkvoorzieningen te verstrekken aan mensen met een structurele functionele beperking die ondersteuning nodig hebben om te werken of werk te vinden. Voor het inkopen van re-integratietrajecten en diensten en werkvoorzieningen krijgt UWV van het Rijk één re-integratiebudget voor de WIA, WAO, WAZ, ZW, WW en Wajong tezamen. UWV mag dit budget niet overschrijden. Daarom wordt jaarlijks het bedrag voor de voorzieningen geraamd en wordt het budget dat overblijft ingezet voor de inkoop van re-integratietrajecten en scholing.

UWV zet zich samen met andere instanties op verschillende manieren in voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Om de arbeidsmarktkansen van mensen met een psychische kwetsbaarheid te vergroten is in het verleden de samenwerking opgezocht tussen UWV, gemeenten, zorginstelling, zorgverzekeraars en werkgevers. Zo zijn er een reeks aan convenanten gesloten, waarvan momenteel het convenant ‘Sterk door werk’ 2024-2026 van kracht is en de basis vormt voor het samenwerkingsverband.[247] Als onderdeel van dit samenwerkingsverband is onder andere het project Hoofdzaak } Werk voortgekomen met als doel

247 Bij het convenant ‘Sterk door werk’ zijn de Nederlandse ggz, UWV, Cedris, Divosa, MIND, Valente, de VNG, werkgeversvereniging AWVN, het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Vereniging voor Arbeidsdeskundigen (NVvA) aangesloten.

jaarlijks minimaal 3500 mensen met een psychische kwetsbaarheid met behulp van re-integratietrajecten naar werk te begeleiden. Eén van die re-integratietrajecten is Individuele Plaatsing en Steun (IPS). In box 7.3 wordt het verschil tussen IPS en de reguliere re-integratiedienstverlening van UWV toegelicht.

Box 7.3 Individuele Plaatsing en Steun

Individuele Plaatsing en Steun (IPS) is een re-integratiemethode ontwikkeld voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) met als doel duurzame werkhervatting. Professionals vanuit verschillende disciplines werken tegelijkertijd samen aan het oplossen of hanteerbaarheid maken van de problemen, én aan de toeleiding naar regulier werk. Potentiële werkgevers in de regio worden actief benaderd. Sinds 2017 past UWV deze methode onder andere toe voor WIA-gerechtigden met EPA, en sinds 2022 ook voor mensen met *common mental disorders* (CMD).

IPS verschilt op een aantal aspecten van de reguliere re-integratiedienstverlening:
- '*First place, then train*': eerst werk zoeken en dan trainen, in plaats van andersom;
- Jobcoaching is een vast onderdeel van het traject;
- De begeleiding is intensiever en langduriger, waardoor de inzet per cliënt groter is;
- Zorg en re-integratie zijn gecombineerd: IPS-coaches werken vanuit de GGZ en zijn onderdeel van behandel- en begeleidingsteams.[248]

Intensieve, op maat gemaakte re-integratiedienstverlening kan effectief zijn voor de arbeidsparticipatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Internationaal onderzoek heeft eerder al de effectiviteit van IPS voor de werkhervatting voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) vastgesteld. Uit onderzoek van UWV blijkt dan ook dat mensen met EPA met een WIA/WGA-uitkering en Wajongers met benutbare mogelijkheden die deelnemen aan een IPS-traject, vaker aan het werk zijn: ongeveer 5 tot 9 procentpunt vaker dan een vergelijkbare groep die gebruikmaakt van reguliere re-integratiedienstverlening. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de twee groepen in uitkeringslasten en zorgkosten.[249] IPS maakt daarmee duidelijk dat aannames over beperkte re-integratiekansen niet altijd houdbaar zijn wanneer de ondersteuning voldoende intensief, afgestemd en goed ingebed is in de leefwereld van de cliënt. Het programma benadrukt het belang van gepersonaliseerde trajecten en nauwe samenwerking tussen UWV, zorg en werkgevers. Het effect van IPS op de werkhervatting van mensen met CMD ten opzichte van de reguliere re-integratiedienstverlening wordt nog onderzocht.

De reguliere re-integratiedienstverlening van UWV draagt eveneens bij aan de werkhervatting van personen met een WGA-uitkering. Dit blijkt uit een effectmeting van SEOR en het Verwey-Jonker Instituut (2025), waarin drie groepen met elkaar werden vergeleken: (1) een controlegroep zonder persoonlijke dienstverlening, (2) een groep met reguliere dienstverlening (gemiddeld twee gesprekken en inkoopmogelijkheden) en (3) een experimentgroep met intensievere dienstverlening (gemiddeld vier gesprekken en inkoopmogelijkheden).[250] Uit de analyse blijkt dat er een significant verschil is van circa 3

248 Spijkerman (2024). Individuele Plaatsing en Steun: een effectieve re-integratiemethode voor mensen met een ernstige psychische aandoening.
249 Spijkerman (2024). Individuele plaatsing en steun: een effectieve re-integratiemethode voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Zie ook: Burdorf en Schuring (2023). Benut ook mensen met gezondheidsproblemen.
250 SEOR en Verwey Jonker Instituut (2025). Effectevaluatie dienstverlening WGA.

procentpunt in werkhervatting tussen de groep die persoonlijke dienstverlening ontvingen (regulier of intensief) en de controlegroep zonder persoonlijke dienstverlening. Tussen de intensievere en de reguliere dienstverlening is geen significant verschil gevonden. Daarbij vonden de onderzoekers een groter effect van de dienstverlening voor de WGA 35-80 groep dan voor de WGA 80-100 groep. Ook hebben mensen met een WGA-uitkering met extra dienstverlening een hoger niveau van welbevinden. Interessant is dat de dienstverlening effectiever bleek voor mensen die minder de intentie hadden om werk te zoeken. Degenen die deze intentie al hadden, vonden vaker werk ongeacht welke dienstverlening ze kregen. Uit de kostenbatenanalyse komt naar voren dat de besparingen op de uitkeringslasten niet opwegen tegen de kosten van de dienstverlening. Dit is (deels) te verklaren doordat succesvolle re-integratie leidt tot een hogere uitkering vanuit de loonaanvullingsuitkering als mensen dan 50% van hun restverdiencapaciteit benutten. Er blijven ook effecten buiten beschouwing, zoals het positieve effect op het welbevinden van mensen en de maatschappelijke baten van meer arbeidsparticipatie. Ook moet de kanttekening worden geplaatst dat de kosten-baten zijn berekend voor een periode van drie jaar. De kosten zitten grotendeels in die drie jaar, maar de baten kunnen ook na drie jaar nog optreden.

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat de WGA re-integratiedienstverlening gericht op 35-minners eveneens de kans op werkhervatting vergroot. Sinds 2019 is het namelijk mogelijk voor UWV om voor de groep 35-minners die na de Eerstejaars Ziektewetbeoordeling of de WIA-beoordeling in de WW stroomt dezelfde ingekochte re-integratiedienstverlening aan te bieden als voor de WGA-doelgroep. Prudon en Koning (2024) schatten op basis van hun evaluatiestudie in dat de effectiviteit van de WGA re-integratiedienstverlening de kans op werk met 5 procentpunt verhoogt (gemeten vier jaar na instroom in de WW). Het is niet met zekerheid te zeggen dat 5 procentpunt stijging geheel toe te wijzen is aan de dienstverlening; de resultaten dienen voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Verder komt naar voren dat de effectiviteit hoger is voor specifieke groepen: voor 35-minners met een laag opleidingsniveau, 35-minners die ouder zijn dan 55 jaar en 35-minners met beperkte gezondheidsproblemen. Dit wijst erop dat een gerichtere inzet van dienstverlening voor subgroepen de totale effectiviteit kan vergroten.[251]

Hoe eerder UWV een passende inzet kiest, hoe groter de kans op duurzame re-integratie. Er liggen nog kansen als UWV zich in een vroeg stadium richt op kansrijke groepen en kwetsbare groepen extra ondersteuning biedt. Voor kansrijke groepen kan een vroege, activerende aanpak het verschil maken; voor kwetsbare groepen is juist maatwerk en intensieve begeleiding noodzakelijk. Deze differentiatie zou al vóór de WIA-beoordeling moeten beginnen bij vangnetters. In de huidige praktijk is de intensiteit van de dienstverlening binnen de WGA echter beperkt gedifferentieerd. Hoewel het dienstverleningsmodel maatwerk veronderstelt, laten evaluaties zien dat de feitelijke verschillen in inzet marginaal zijn. Alleen het IPS-traject vormt een uitzondering, mede doordat het via een aparte subsidie wordt gefinancierd.

De belangrijkste belemmering lijkt te liggen in de uitvoeringscapaciteit en de beschikbare (inkoop)budgetten bij UWV. Daardoor wordt de inzet over de volle breedte relatief vlak verdeeld, in plaats van gericht op waar de grootste re-integratiekansen liggen. Vanuit het perspectief van effectiviteit en doelmatigheid is een scherpere prioritering en differentiatie in de dienstverlening — binnen de bestaande middelen — wenselijk. Onderzoek van Weerdesteijn et al. (2020) laat zien dat persoonlijke kenmerken en motivatie een belangrijke rol spelen bij de re-integratiekansen en dat werkhervatting meestal plaatsvindt binnen de eerste jaren na de WIA-beoordeling. Ook spelen de mate van de functionele beperking en de ervaren gezondheid een rol

[251] *R. Prudon en P. Koning (2024). Evaluatie van AG-dienstverlening aan 35-minners.*

in de re-integratiekansen.[252] Het onderzoek van Louwerse et al. (2020) laat zien dat die re-integratiekansen ook geïntegreerd kunnen worden in een voorspelmodel waarin gekeken wordt wat de kansen op werkhervatting zijn in de nabije toekomst.[253] Daarbij is het van belang op een breder niveau naar de baten van werkhervatting te kijken, omdat als iemand werkt dit ook een positieve impact kan hebben in andere domeinen. De inzichten over re-integratiekansen kunnen bijdragen aan een betere inzet van re-integratiedienstverlening.

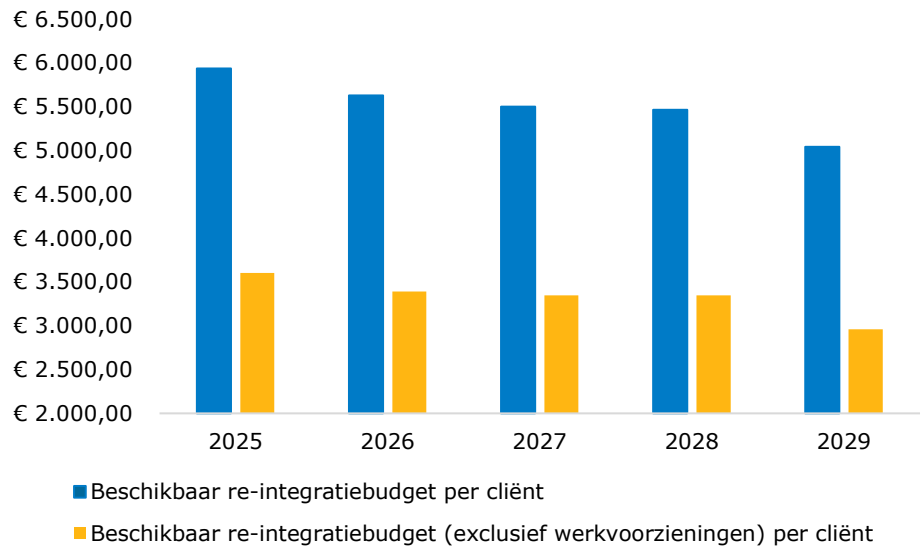
De inzet van bestaande - en zeker extra – middelen vraagt om een politieke weging. Eenvoudig gesteld zijn er drie invalshoeken. De eerste is dat publieke middelen voor re-integratiedienstverlening gelijk worden ingezet; alle cliënten krijgen dezelfde kans op re-integratie krijgen (gelijkheid). De keerzijde is dat middelen zo "dun" worden uitgesmeerd en dat gevallen niet gelijk, maar juist ongelijk zijn (maatwerk). De tweede invalshoek benadrukt het principe van doelmatigheid: vooral die mensen die een serieuze kans maken op werkhervatting krijgen ondersteuning. De keerzijde is dat er sprake kan zijn van "dood gewicht": een deel van de mensen zou ook op eigen kracht aan het werk komen. De derde invalshoek verbreedt het perspectief naar een brede maatschappelijke kosten-baten afweging. Sommige groepen hebben intensieve begeleiding nodig en dat is kostbaar. Maar als werkhervatting lukt, zijn er naast een besparing op uitkeringslasten ook andere maatschappelijke voordelen, zoals lagere zorgkosten. Bovenstaande vraagt om een politieke weging. Daarnaast is verder onderzoek nodig om te bepalen hoe voorspelmodellen effectief geïntegreerd kunnen worden in de re-integratiedienstverlening van UWV en langs welke dimensies (gelijkheid, doelmatigheid, maatschappelijke baten) dit gestructureerd kan plaatsvinden. Meer in het algemeen geldt dat meer onderzoek nodig is naar de effectiviteit van interventies. Bij voorkeur wordt bij de vormgeving van pilots of bij de implementatie van nieuw beleid gebruik gemaakt van gerandomiseerde experimenten van voldoende omvang.[254] Wat wel bekend is: hoe eerder de begeleiding, hoe groter het effect.[255]

De stijgende instroom in de ZW en de WIA zet het re-integratiebudget van UWW, en daarmee de dienstverlening, onder druk. Hoewel het re-integratiebudget in de loop der tijd is toegenomen, houdt deze groei geen gelijke trend met de toename van het aantal ZW- en WGA-gerechtigden. Naar verwachting zal het aantal WGA-gerechtigden de komende jaren blijven stijgen. Hetzelfde geldt voor de ZW-gerechtigden en de groep 35-minners. Ramingen laten zien dat vanaf 2027 een (toenemend) tekort in het re-integratiebudget zal ontstaan. Daar komt bovenop dat er vanaf 2029 een bezuiniging van structureel €15 miljoen in de boeken staat. In figuur 7.5 is het totale re-integratiebudget (Wajong/WAO/WAZ/ZW/WW 35-minners) afgezet tegen het verwachte aantal cliënten. Dit budget is zowel voor de inkoop van re-integratietrajecten en scholing als werkvoorzieningen. Het bedrag per cliënt neem de komende jaren af.

252 Weerdesteijn et al. (2020). Predicting return to work after long-term sickness absence with subjective health complaints: a prospective cohort study.
253 Louwerse et al. (2020). Predicting future changes in the work ability of individuals receiving a work disability benefit: weighted analysis of longitudinal data, in: Scandinavian Journal Work, Environment and Health.
254 https://www.toolboxbeleidsevaluaties.nl/onderzoeksmethoden. Concreet betekent dit dat er twee vergelijkbare groepen nodig zijn, waarbij de ene groep (experimentele groep) wel wordt blootgesteld aan een interventie en de andere groep niet (controlegroep). Dergelijke evaluatiemethoden zijn vaker mogelijk dan beleidsmakers denken, zijn veel populairder onder kiezers dan vaak wordt gedacht en als politici dat weten, blijken ook zij er positiever tegenover te staan. Zie: Dur et al. (2024). "Who's Afraid of Policy Experiments?"
255 Dit geldt ook voor de inzet van scholingsmogelijkheden. Zie UWV (2025). Meer scholing: waardevol en haalbaar – Verslag van de lerende evaluatie bij de pilot scholingsaanbod WGA. Jaarlijks volgt slechts 1% van de uitkeringsgerechtigden scholing.

Figuur 7.5 Re-integratiebudget UWV (Wajong/WIA/WAO/WAZ/ZW/WW 35-minners) afgezet tegen het verwachte aantal cliënten

Bron: UWV



Op basis van deze prognoses is extra financiering vanuit het Rijk nodig om het huidige niveau van dienstverlening te kunnen handhaven. Gebeurt dat niet, dan zal UWV minder werkzoekenden kunnen ondersteunen bij re-integratie en werkvoorzieningen. Omdat UWV van het Rijk één totaal re-integratiebudget ontvangt voor al zijn cliënten, kan op voorhand niet worden aangegeven wat de specifieke gevolgen zijn voor de re-integratie van WGA-gerechtigden.

7.4 De rol van werkgevers bij re-integratie

Werkgevers nemen nog altijd weinig mensen met een arbeidsbeperking in dienst. Ook in de huidige krappe arbeidsmarkt wordt dit potentieel onvoldoende benut. In 2022 had slechts 6,2% van alle werkgevers een WGA-gerechtigde in dienst.[256] Dit betreft vooral grotere werkgevers. Vaak gaat het om werknemers die al bij het bedrijf werkten voordat de ziekte of beperking ontstond, en konden blijven werken door aanpassing van functie of arbeidsuren. De houding van werkgevers ten aanzien van mensen met een arbeidsbeperking is de afgelopen jaren wel positiever geworden. Het aantal werkgevers dat mensen met een arbeidsbeperking in dienst heeft is tussen 2013 en 2023 gestegen van 13% naar 18%.[257] Zoomen we in op de WGA, dan zien we daar ook een lichte stijging.[258] De meest genoemde reden om geen (extra) mensen met een arbeidsbeperking aan te nemen, is het ontbreken van geschikte functies.

Er zijn zowel obstakels als stimulansen die een rol spelen voor werkgevers bij het aannemen van mensen met een arbeidsbeperking. Uit internationaal vergelijkend literatuuronderzoek blijkt dat werkgevers drie belangrijke obstakels ervaren bij het aannemen van mensen met een beperking: (1) twijfel aan hun productiviteit; (2) de verwachting van hoge risico's en kosten; en (3) een gebrek aan kennis over beperkingen en beschikbare ondersteuning.[259]

256 UWV (2023). Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023.
257 Faber, van der Laan en Bilo (2023). Nemen werkgevers mensen met een arbeidsbeperking in dienst?. In: Arbeidsmarkt in kaart: Werkgevers editie 4.
258 Deze stijging kan deels te maken hebben met het ingroeiende karakter van de WIA, maar daarnaast ook duiden op gedragsverandering bij werkgevers of beleidseffecten.
259 Nagtegaal et al. (2023). Why do employers (fail to) hire people with disabilities? A systematic review of capabilities, opportunities and motivations.

Specifiek bij WIA-gerechtigden spelen de werkgeversverplichtingen bij ziekte een belangrijke rol. Daartegenover staan stimulerende factoren, zoals de intrinsieke motivatie bij werkgevers om mensen met een arbeidsbeperking een kans te geven en de verwachting van concurrentievoordelen. Vooral grotere bedrijven hebben hiervoor meer aandacht en beschikken over meer mogelijkheden.[260] Dit verklaart deels waarom zij vaker een WGA-gerechtigde in dienst hebben. Kijken we specifiek naar mensen met een (verleden met) psychische kwetsbaarheid, dan is de bereidheid van werkgevers om hen aan te nemen laag. Uit onderzoek van Janssens et al. (2021) blijkt dat 64 procent van de leidinggevenden bij voorbaat terughoudend is met het in dienst nemen van mensen met een psychische kwetsbaarheid, terwijl 7 procent negatieve ervaringen heeft en 52 procent juist positieve ervaringen. Ook wanneer sollicitanten een verleden met een psychische kwetsbaarheid hebben, is 30 procent van de leidinggevenden terughoudend.[261] Dit stigma is zorgelijk, zeker nu steeds meer werknemers met een psychische kwetsbaarheid uitvallen en de WIA instromen. Het leidt ertoe dat werknemers zich niet uitspreken over hun psychische problemen en dat sommigen ontmoedigd raken om te werken aan hun re-integratie door geanticipeerde discriminatie en zelfstigma.[262]

Er is nog onvoldoende bekend over de effectiviteit van de instrumenten om werkgevers te stimuleren WGA-ers aan te nemen, maar ze lijken niet doorslaggevend te zijn.
Een deel van de instrumenten om werkgevers te stimuleren mensen met een WIA-uitkering in dienst te nemen en te houden, zijn de afgelopen jaren geëvalueerd of uitgeprobeerd.[263] Eerder in dit hoofdstuk is een tabel opgenomen met de bestaande instrumenten. Een cruciale voorwaarde is dat zowel werkgever als sollicitant weten dat een regeling van toepassing is. Hier is ruimte voor verbetering. Dat geldt bijvoorbeeld voor de no-riskpolis, die al sinds 1992 bestaat: slechts 52 procent van de werkgevers is in algemene zin bekend met de no-riskpolis en 16 procent van de sollicitanten die onder de doelgroep valt, weet dat zij er recht op hebben. Van de mensen die weten dat ze een no-riskpolis hebben, kiest maar 60% ervoor dit te melden bij de sollicitatie. Bij circa 20 procent van de kandidaten met een WGA-uitkering die de no-riskpolis hebben en het meldt bij de sollicitatie, trok dit de werkgever over de streep. In de andere 80 procent van de gevallen zou de werknemer volgens het onderzoek waarschijnlijk toch aangenomen zijn, ook zonder de polis.[264] Vervolgonderzoek geeft aan dat de no-riskpolis slechts één schakel vormt in een complex matchingsproces: factoren als motivatie om mensen met een arbeidsbeperking een kans te geven, de arbeidsmarktsituatie en eerdere positieve ervaringen wegen zwaarder in de afweging van werkgevers.[265]

Voor het loonkostenvoordeel (LKV) bij mensen met een arbeidsbeperking konden onderzoekers geen significant effect vaststellen op de kans op werkhervatting. Er blijkt wel een positief effect te zijn op de duurzaamheid van werk bij degenen die aan het werk gaan mét LKV ten opzichte van de controlegroep. Het niet-gebruik van LKV is echter hoog: gemiddeld rond de 80 procent.[266] Naast deze financiële prikkels bestaan er ook ondersteunende instrumenten, zoals werkvoorzieningen, proefplaatsing en werkervaringsplaatsen, die een positieve bijdrage kunnen leveren aan de bereidheid van werkgevers om mensen uit de WIA aan te nemen. Over de (kosten-)effectiviteit van deze instrumenten het aannemen van WIA-gerechtigden is

260 Swart en van der Laan (2022). Nemen werkgevers mensen met een arbeidsbeperking in dienst?. In: Arbeidsmarkt in kaart: Werkgevers - editie 3.
261 Janssens et al. (2021). Line Managers' hiring intentions regarding people with mental problems: a cross-sectional study on workplace stigma.
262 Brouwers (2016). Stigma op psychische problemen is een barrière voor arbeidsparticipatie.
263 In hoofdstuk 4 is de pilot toegelicht om de no-riskpolis uit te breiden naar de vangnetpopulatie.
264 SEO en de Beleidsonderzoekers (2018). Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW.
265 De beleidsonderzoekers (2020). De no-riskpolis in breder perspectief.
266 SEO (2021). Evaluatie loonkostenvoordelen uit de WTL.

minder bekend.[267] Ook hier geldt dat de kosten tastbaarder zijn dan de baten. Echter: als mensen hierdoor een betaalde baan krijgen, brengt dit maatschappelijk gezien wel belangrijke structurele baten met zich mee, zeker in de context van toenemende WIA-lasten en een krappe arbeidsmarkt.

Er is aandacht nodig voor de versnippering in het huidige aanbod van instrumenten. Hoge administratieve lasten en een gebrek aan bekendheid onder werkgevers zorgen ervoor dat kansen om mensen met een WIA-uitkering duurzaam aan het werk te helpen vaak onbenut blijven.[268] Individuele regelingen zijn daarnaast slechts beperkt effectief wanneer zij los van elkaar worden ingezet. De juridische scheiding tussen regelingen, met uiteenlopende doelgroepen, beoordelingscriteria en gescheiden uitvoeringssystemen, beperkt bovendien de doeltreffendheid van UWV-instrumentarium. Om werkgevers beter te ondersteunen, kan worden overwogen de financiële prikkel te vergroten, bijvoorbeeld via hogere vergoedingen of een langere duur van bepaalde regelingen. Dit kan de effectiviteit vergroten, maar gaat ten koste van de doelmatigheid.

Het is te overwegen het instrumentarium te vereenvoudigen en te uniformeren. Dan sluiten regelingen beter op elkaar aan en geldt niet langer dat elke regeling zijn eigen doelgroep en beoordelingskader kent. Het is dan ook positief dat er een wetsvoorstel in voorbereiding is om een deel van de WIA-gerechtigden toe te voegen aan het doelgroepenregister van de banenafspraak. Het gaat om de groep WIA-gerechtigden die vergelijkbare kenmerken heeft met de huidige doelgroep van de banenafspraak en niet eigenstandig het wettelijk minimumloon kunnen verdienen.[269] Deze stap draagt bij aan de gewenste uniformering, maar dit is slechts een tussenstap in het verbeteren van de banenafspraak. Parallel wordt er gewerkt aan een nieuwe banenafspraak voor de lange termijn.[270] Doel van de nieuwe banenafspraak is dat de ondersteuningsbehoefte van mensen veel meer centraal komt te staan. Dit maakt het stelsel overzichtelijker en toegankelijker voor zowel werkgevers als mensen met een arbeidsbeperking. Deze maatregel biedt echter geen oplossing voor de verdere uniformering en vereenvoudiging van UWV-instrumentarium voor de WIA-doelgroep als geheel. De overige groep WIA-gerechtigden verschilt in arbeidsvermogen, ondersteuningsbehoefte en re-integratiekansen te sterk van de doelgroep banenafspraak om op dezelfde wijze te worden bediend. Voor deze groep ligt het voor de hand het beleid te concentreren op specifieke instrumenten – bijvoorbeeld de no-riskpolis en de proefplaatsingen – ten koste van andere regelingen, zoals de loonkostenvoordelen. Een meer samenhangende en eenvoudig toegankelijke inzet van instrumenten kan zo bijdragen aan zowel de effectiviteit als de doelmatigheid van het geheel. Het helpt tegelijkertijd meer, met name kleinere, werkgevers over de streep te trekken om mensen met een WIA-uitkering in dienst te nemen.

Om meer mensen met een arbeidsbeperking aan het werk te helpen en houden, zijn er meer werkgevers nodig die zich inzetten voor inclusief werkgeverschap. Bij het aannemen van mensen met een arbeidsbeperking spelen niet alleen financiële risico's en administratieve lasten een rol, maar ook andere factoren die de bereidheid van werkgevers beïnvloeden. Vaak ontbreekt het aan kennis over specifieke beperkingen, of spelen onbewuste vooroordelen en stigma's mee — bijvoorbeeld de aanname dat iemand met een beperking vaker ziek zal zijn, minder productief is of veel begeleiding nodig heeft. Dit stigma kan ertoe leiden dat werkgevers terughoudend zijn ondanks financiële regelingen als de no-riskpolis of het loonkostenvoordeel. Soms werken deze instrumenten zelfs onbedoeld stigmatiserend, omdat ze de aandacht vestigen op de beperking in plaats van op de mogelijkheden van de werknemer. Daarnaast hebben veel werkgevers nog niet de juiste kennis en middelen om een inclusieve werkomgeving te creëren die

267 Een overzicht van vier systematische reviews concludeert wel dat werkaanpassingen succesvol bijdragen aan het behouden van betaald werk bij chronisch zieken. Burdorf enl Schuring (2023). Benut ook mensen met gezondheidsproblemen.
268 Salome et al. (2025). Uitval voorkomen bij werkenden met een arbeidsbeperking.
269 Panteia (2023). Doelgroep banenafspraak.
270 Kamerstukken II 2024/25, 34352, nr. 340.

duurzame werkhervatting ondersteunt. Een inclusieve werkplek vraagt om een werkgever en omgeving die openheid bevordert, ziekte of beperking bespreekbaar maakt en ruimte biedt voor flexibiliteit wanneer dat nodig is. Werkgevers kunnen nog meer doen door samen met werknemers te onderzoeken wat nodig is om werk te behouden.

Regionale werkcentra kunnen hierbij een rol spelen om de juiste kennis vanuit UWV, gemeenten, werkgeversorganisaties en arbodiensten bij de werkgevers te krijgen. UWV kan inmiddels ook trajecten inkopen die WGA-cliënten ondersteunen die dreigen uit te vallen.[271] Verder laat onderzoek onder werkgevers zien dat zij over het algemeen positief staan tegenover proefplaatsingen.[272] Werkgevers leren de capaciteiten en motivatie van de kandidaat kennen — vaak blijkt iemand beter inzetbaar dan op papier leek. Ten slotte is het optie om bestaande belemmerende regels aan te passen, bijvoorbeeld door het arbeidsrechtelijk regime voor mensen met een WIA-achtergrond te verlichten (hoofdstuk 4). Dat kan gerechtvaardigd zijn, omdat de huidige regels het verschil vergroten tussen goed beschermde insiders en kwetsbare outsiders met beperkte kansen op de arbeidsmarkt. Er is immers veel te winnen bij het aan het werk helpen van deze groep — voor henzelf, voor de economie en voor de maatschappij als geheel.

7.5 Beleidsopties

In hoofdstuk 4 werd duidelijk dat een zo vroeg mogelijke inzet op re-integratie de grootste kans biedt op succesvolle werkhervatting. Op dit vlak laten we echter nog kansen liggen, bijvoorbeeld bij de re-integratie van vangnetters. Wanneer mensen eenmaal de WIA instromen, zijn zij vaak al langere tijd uit het arbeidsproces. Dat neemt niet weg dat ook binnen de WIA nog mogelijkheden bestaan om de arbeidsparticipatie te vergroten en dat het belangrijk is de ondersteuning vroegtijdig aan te bieden. Vanuit menselijk en maatschappelijk perspectief is het belangrijk dat mensen die kunnen werken ook daadwerkelijk meedoen. Dit hoofdstuk heeft een aantal knelpunten besproken en aanzetten gedaan voor de aanpak daarvan.

Er zijn verschillende opties om de re-integratie van mensen in de WIA te vergroten:

- Mensen die gaan werken met een WIA-uitkering meer comfort bieden door te garanderen dat dit gedurende een bepaalde periode niet leidt tot herziening of intrekking van de uitkering;
- De groep WGA 80-99 met restverdiencapaciteit net als de groep WGA 35-80 te stimuleren hun capaciteit te benutten om recht te behouden op de loonaanvullingsuitkering;
- De effectiviteit van bestaande prikkels versterken, bijvoorbeeld door bovenwettelijke aanvullingen te verbieden op grond van bredere maatschappelijke belangen;
- Het re-integratiebudget van UWV te laten meegroeien met de toenemende ZW- en WIA-instroom, of gerichter inzetten op effectieve re-integratie interventies;
- De financiële prikkel voor werkgevers vergroten om mensen met een WIA-uitkering in dienst te nemen, bijvoorbeeld door een aanpassing van de no-riskpolis;
- Werkgevers stimuleren om mensen met een arbeidsbeperking aan te nemen via uitbreiding van proefplaatsingen en het vergemakkelijken van de voorwaarden;
- UWV-instrumentarium voor werkgevers vereenvoudigen en uniformeren, zodat meer – ook kleinere – werkgevers de stap nemen iemand met een WIA-uitkering in dienst te nemen;
- Een aanpassing van het arbeidsrechtelijk regime om mensen met een uitkering meer kansen te geven op de arbeidsmarkt (zoals besproken in hoofdstuk 4).

271 UWV (2024). Beslisnota bij Kamerbrief over lerende evaluatie scholingsaanbod WGA: Werkbehoud-traject (kenmerk 25-135).
272 Nagtegaal, de Boer en Tummers (2024). Samen aan het werk : Effectieve en gedragen gedragsveranderingen van werkgevers om meer mensen met een beperking aan te nemen.

Dit vertaalt zich naar de volgende concrete beleidsopties in tabel 7.3, uitgewerkt in bijlage 6.

Tabel 7.3 Overzicht van beleidsopties en bijhorende nummers

NUMMER	BELEIDSOPTIE
10	Meer zekerheid werkhervatting vanuit WIA
11	Re-integratiebudget UWV groeit mee met instroom ZW en WIA
16	Versoepelen ontslagmogelijkheid bij hernieuwde arbeidsongeschiktheid
17	Proefplaatsing uitbreiden
18	No-riskpolis uitbreiden
24	Wettelijk beperken bovenwettelijke aanvullingen
25	Intensiveren UWV dienstverlening re-integratie
Aanbevelingen	Stroomlijnen werkgeversregelingen Bijhouden van aantal uren dat WGA-ers werken

8. Beleidsperspectief

Hoofdpunten

- Het stelsel loopt vast door een negatieve wisselwerking van toenemende instroom, oplopende wachtlijsten en structurele tekortkomingen in het stelsel. Het stelsel is steeds minder in staat om zijn doelen waar te maken: het biedt minder zekerheid voor mensen en is minder activerend, terwijl juist ieders talent en inzet nodig is.
- Doorgaan op de huidige weg is geen optie. Het betekent dat wachtlijsten blijven oplopen, en daarmee de onzekerheid voor mensen en de kosten voor de maatschappij.
- Zonder aanvullend beleid neemt het verschil tussen de verwachte aanvragen en het aantal verrichte beoordelingen toe tot 30.000 in 2030. Het totaal aantal wachtenden zou dan op bijna 200.000 mensen uitkomen. Dat is maatschappelijk onaanvaardbaar.
- Er zijn dringend maatregelen nodig. Dat betekent allereerst: de uitvoering op orde brengen. Dit vergt niet alleen inzet van UWV en andere partijen in de uitvoering, maar ook strategische moed van de politiek om bestaande wet- en regelgeving aan te passen. Dat is een noodzakelijke voorwaarde.
- Het voorgestelde, minimale pakket ("doen") kent drie dragende maatregelen: (i) taakherschikking voor verzekeringsartsen; (ii) voorwaarden stellen aan herbeoordelingen; (iii) het afschaffen van de IVA en de toets op duurzaamheid.
- Met het minimale pakket – samen met wat UWV al in gang heeft gezet – is naar verwachting richting 2030 voldoende capaciteit beschikbaar om het aantal nieuwe aanvragen weer bij te benen.
- Dit kan echter niet voorkomen dat de wachtlijst de komende jaren aanzienlijk oploopt. Dat blijft een ongemakkelijke realiteit. Dit onderstreept het belang van instroompreventie, zowel binnen het stelsel als breed in het overheidsbeleid.
- De maatregelen in het basispakket zijn primair op de uitvoering gericht; het bevat ook maatregelen die de werking van het stelsel verbeteren. Naast wat minimaal gedaan moet worden, is het verstandig om aanvullende maatregelen te overwegen én alvast voor te voor te bereiden ("kiezen"). Dit IBO heeft daartoe een reeks aan aanvullende maatregelen in beeld gebracht die om een politieke weging vragen; ze hebben uiteenlopende effecten op de verschillende beleidsdoelen.
- Als het minimale pakket niet wordt gekozen of niet tot voldoende verlichting leidt, dan zijn meer ingrijpende maatregelen onvermijdelijk. Een beleidsscenario is dat steeds meer groepen een WIA-uitkering krijgen zonder dat een medische beoordeling wordt opgesteld. Een ander scenario is dat een fundamentele wijziging van het stelsel moet worden doorgevoerd, waardoor de inkomensbescherming soberder wordt.

In dit hoofdstuk worden de analyses uit de voorgaande hoofdstukken verbonden met beleidsopties die het stelsel beter laten functioneren, de arbeidsparticipatie vergroten en de beheersbaarheid en betaalbaarheid van de WIA-uitgaven versterken. Daarmee sluiten we aan bij de aanleiding en de centrale vraag van dit IBO, zoals toegelicht in hoofdstuk 1.

Uit hoofdstuk 2 blijkt dat ons stelsel een rijke ontstaansgeschiedenis kent, waarin voortdurend is gereageerd, geleerd en verbeterd. Dit onderstreept het belang van periodieke toetsing en – waar nodig – aanpassing van het stelsel om nieuwe én toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden.

Hoofdstuk 3 liet zien dat de instroom in de WIA toeneemt, onder meer door het langer doorwerken en een verslechterende mentale gezondheid van werknemers. Uit de hoofdstukken 4, 5, 6 en 7 kwam naar voren dat het stelsel veel sterke kanten kent in de balans tussen het bieden van inkomensbescherming en stimulansen om de arbeidsparticipatie te bevorderen. Het kent echter ook structurele zwakheden, die bij een toenemende instroom steeds meer gaan knellen.

Het meest urgent is de uitvoeringsproblematiek, in het bijzonder de wachttijden bij de WIA-aanvragen. Daardoor moet ook de dienstverlening op andere onderdelen worden afgeschaald. Zonder aanvullend beleid loopt de uitvoering verder vast, met steeds grotere gevolgen voor mensen, bedrijven, de arbeidsmarkt en de overheidsfinanciën. Tabel 8.1 bevat een overzicht van de belangrijkste knelpunten over de verschillende fasen van het stelsel heen.

Tabel 8.1 Knelpunten: hogere instroom, uitvoeringsproblemen en structurele tekortkomingen.

	KNELPUNTEN	TOELICHTING
	Overkoepelend (hoofdstukken 3, 5 en 7)	
1	Het ziekteverzuim stijgt en de WIA-instroom neemt toe.	Dit komt door (maatregelen gericht op) langer doorwerken, de opkomst van nieuwe ziektebeelden, uitvoeringsproblemen en een slechtere mentale gezondheid.
2	De uitvoering van de WIA dreigt onbeheersbaar te worden.	Door zowel vraag- als aanbodfactoren nemen de wachtlijsten voor mensen die een aanvraag doen voor een WIA-uitkering fors toe.
3	Het stelsel is voor mensen te ingewikkeld geworden.	Mensen lopen vast in het stelsel en hebben onvoldoende grip op hun eigen situatie.
	Ziekteperiode (hoofdstuk 4)	
4	Werkgevers en arbodiensten hebben niet voldoende aandacht voor verzuimpreventie.	Bij de prikkels in het stelsel en in de praktijk ligt de focus op verzuimbegeleiding en re-integratie. De markt voor arbodienstverlening werkt op dit punt onvolkomen, de handhaving schiet te kort.
5	Vangnetters zijn kwetsbaar en het verschil met mensen met een vast contract is groot; er worden minder ZW-beoordelingen uitgevoerd.	Flexwerkers zonder vaste werkgever lopen een groter risico op langdurig verzuim en arbeidsongeschiktheid, omdat er minder wordt geïnvesteerd in hun begeleiding en de re-integratie via UWV minder effectief is.
6	De samenwerking en gegevens-uitwisseling tussen de professionals over de zorgketen heen is gebrekkig.	De curatieve zorg, bedrijfsgezondheidszorg en verzekeringsgeneeskunde werken nog te veel los van elkaar, waardoor kansen voor preventie, herstel en werkhervatting en vermindering van de uitvoeringsproblemen onderbenut blijven.
	Beoordelingsproces en polisvoorwaarden (hoofdstukken 5 en 6)	
7	Sommige prikkels in het stelsel staan verkeerd (herbeoordelingen).	Werkgevers hebben voor (ex-) werknemers in de categorie WGA 80–100 nu een sterke prikkel om herbeoordelingen aan te vragen, omdat die voor hen zelden negatief uitpakken.
8	De IVA-beoordeling is voor verzekeringsartsen niet doenlijk.	De beoordeling voor duurzame, volledige ongeschiktheid is ingewikkeld en tijdrovend en leidt tot verdere juridificering.
9	De mogelijkheden om meer beoordelingen te verrichten blijven onderbenut.	Er zijn substantiële verschillen in het aantal beoordelingen per team van verzekeringsartsen; taakdelegatie en –herschikking is vaker mogelijk.
10	In de beoordeling wordt de wet ruimer geïnterpreteerd en nemen de verschillen tussen artsen toe (praktijkvariatie).	Maatschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de inhoudelijke beoordeling door verzekeringsartsen, wat kan leiden tot meer instroom en verschillende uitkomsten.
	Re-integratie vanuit de WIA (hoofdstuk 7)	
11	De participatie vanuit de WIA blijft achter bij de verwachtingen.	De stimuleringsmaatregelen voor re-integratie en de re-integratiedienstverlening van UWV dragen

		onvoldoende bij aan participatie naast een WIA-uitkering. Ook stromen er jaarlijks weinig mensen volledig de WIA uit wegens herstel of werk.
12	De huidige stimulansen voor mensen om de stap naar werk te zetten, werken onvolkomen.	Dit komt met name door inkomensafhankelijke regelingen, bovenwettelijke afspraken, dat mensen hechten aan inkomenszekerheid, en de angst voor herbeoordelingen in combinatie met een beperkt WIA herlevingsrecht.
13	Werkgevers nemen te weinig mensen met een arbeidsbeperking aan.	De bestaande regelingen zijn weinig bekend, te versnipperd, en meestal niet doorslaggevend mensen in dienst te nemen.
Doorsnijdend: er is behoefte aan meer data en onderzoek over effectiviteit en doelmatigheid van beleid.		

Dit hoofdstuk bevat een beleidsaanpak aan de hand van de volgende vragen:

- Wat zijn de oorzaken en de gevolgen van de problematiek in samenhang bezien (8.1)?
- Hoe kunnen we het stelsel op orde brengen c.q. beter laten werken (8.2)?
- Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende (combinatie van) beleidsopties (8.3)?
- Wat kan vanuit dit IBO worden aanbevolen voor een beter onderbouwd beleid (8.4)?

8.1 De WIA-problematiek in samenhang bezien

Exogene ontwikkelingen, uitvoeringsproblemen, structurele zwakheden en knelpunten werken op elkaar in. Figuur 8.1 toont de samenhangende problematiek binnen het stelsel ziekte en arbeidsongeschiktheid. Daarbij ligt de focus op de WIA. Maatschappelijke, economische en beleidsmatige ontwikkelingen leiden tot meer instroom in de WIA en zetten de uitvoering van het stelsel steeds meer onder druk. Dit is vooral zichtbaar in de sterk oplopende wachtlijsten voor WIA-beoordelingen, de uitvoering vormt daarbij het meest urgente probleem. Tegelijkertijd maken exogene ontwikkelingen en andere knelpunten en zwakheden in het stelsel duidelijker en nijpender. De beleidstheorie blijkt in de praktijk onvoldoende goed te werken.

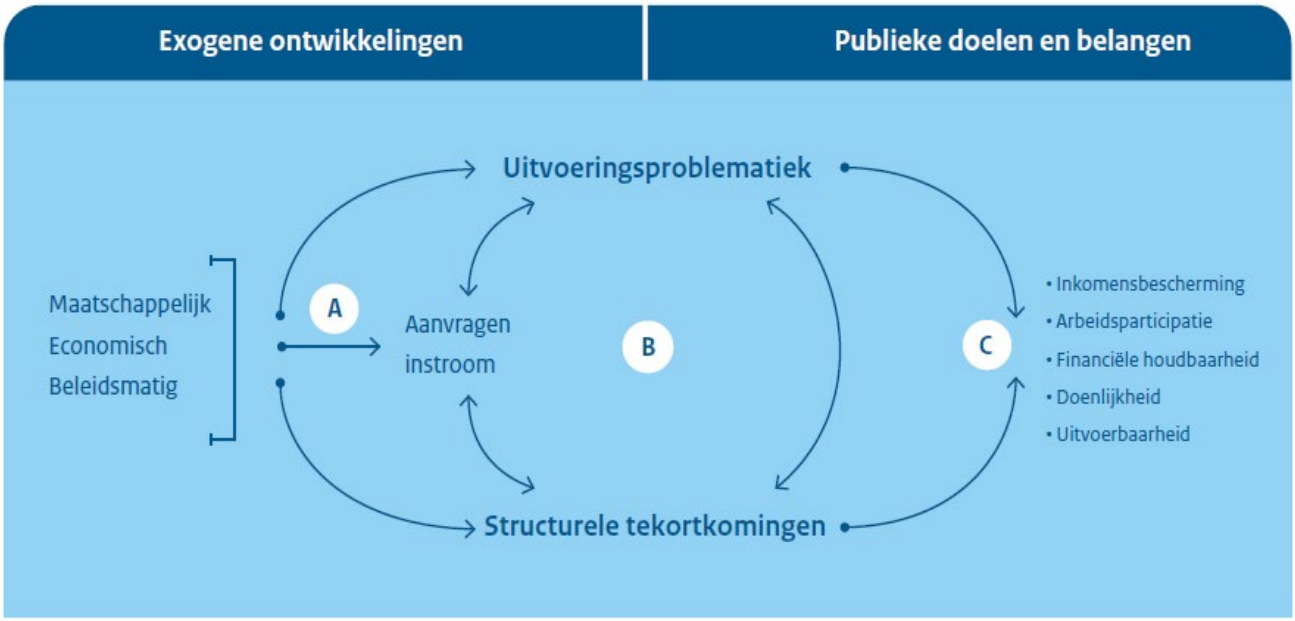
De *wisselwerking* tussen de uitvoeringsproblemen en de andere tekortkomingen zorgt ervoor dat het stelsel steeds minder effectief is. Het wordt steeds moeizamer de publieke doelen te realiseren en andere publieke belangen te dienen. Een stelsel dat onvolkomenheden kent en niet goed kan worden uitgevoerd, levert niet meer de maatschappelijke waarde op die was beoogd. Sterker nog: de maatschappelijke kosten van het stelsel nemen steeds meer toe. Dat is zorgwekkend. De drie onderdelen van figuur 8.1 worden hierna toegelicht (A, B, C).

Ad A (1): Externe ontwikkelingen vergroten via verschillende kanalen de druk op de uitvoering van het stelsel en versterken bestaande zwakheden en knelpunten. De veranderingen in de beroepsbevolking en de verhoging van de AOW-leeftijd leiden op zich al tot een hogere instroom in de WIA. Bovendien hebben steeds meer werknemers te maken met (mentale) gezondheidsproblemen. Ook neemt de krapte op de arbeidsmarkt toe waardoor er meer van huidige en aankomende werknemers gevraagd wordt. Zonder passende werkomstandigheden en ondersteuning neemt daardoor het gemiddelde risico op arbeidsongeschiktheid toe. In het totaal aan regelingen binnen de sociale zekerheid zijn de bestaande regelingen voor ziekte en arbeidsongeschiktheid nog steeds het meest aantrekkelijk bij verzuim.

Ad A (2): Meer aanvragen en meer instroom zetten de uitvoering bij UWV verder onder druk. De veranderingen op de arbeidsmarkt hebben ook een direct effect op de uitvoering: het aantal verzekeringsartsen neemt naar verwachting af, of blijft hooguit stabiel. Daar komt een bredere maatschappelijke ontwikkeling bij: zowel in de samenleving als binnen de medische professie is sprake van een ruimer ziektebegrip. De manier waarop naar ziekte en beperkingen

wordt gekeken, beïnvloedt ook de beoordeling van WIA-aanvragen en kan daarmee effect hebben op de instroom. Tot slot spelen ook factoren op andere domeinen een rol, zoals de wachtlijsten in de zorg en de eerder doorgevoerde flexibilisering van de arbeidsmarkt.[273]

Figuur 8.1 Samenhangende problematiek in het stelsel van ziekte en arbeidsongeschiktheid



Ad B (1): De structurele tekortkomingen versterken de uitvoeringsproblematiek – en omgekeerd. Deze wisselwerking verloopt zowel indirect, namelijk via een toename van het aantal WIA-aanvragen en de WIA-instroom, als direct. Een typisch voorbeeld van een ***indirect*** effect is dat bedrijven in hun het arbobeleid in de praktijk relatief weinig aandacht besteden aan preventie, met name bij psychosociale belasting. Ook arbodiensten zijn hier nog te weinig mee bezig. Daardoor wordt langdurig verzuim onvoldoende voorkomen. Een ander voorbeeld van een indirecte effect betreft de positie van "vangnetters": zij bevinden zich in een kwetsbare positie, omdat werkgevers minder in deze groep investeren. Zodra de band met de werkgever is doorgesneden, verloopt de re-integratie via UWV moeizaam, waardoor ook hierdoor meer mensen dan nodig de WIA instromen. Daarnaast kent het stelsel een ongewenste prikkel: het loont voor - of namens - werkgevers om een herbeoordeling aan te vragen, zonder dat daar kosten of risico's tegenover staan. Als mensen na een herbeoordeling niet of minder arbeidsongeschikt worden verklaard of juist volledig en duurzaam arbeidsongeschikt (IVA), dan vermindert dit de individuele rekening voor werkgevers. Dit "perverse" mechanisme vergroot de druk op de uitvoering. Tot slot hebben verschillende factoren stuk voor de stuk een ***direct*** negatief effect op de uitvoering van het stelsel: de complexiteit van het stelsel, een suboptimale samenwerking over de zorgketen heen, de verschillen in zowel het aantal als de inhoud van de WIA-beoordelingen, en het feit dat WIA-(her)beoordelingen niet altijd op het meest passende momenten plaatsvinden.

Ad B (2): Omgekeerd versterkt de uitvoeringsproblematiek de nadelige effecten van de structurele tekortkomingen. Omdat UWV de toenemende instroom niet meer kan bijbenen, lopen de wachttijden voor (her)beoordelingen steeds verder op. Dit heeft ***directe*** gevolgen: mensen die een uitkering aanvragen verkeren langer in onzekerheid en hun situatie wordt

273 Ten aanzien van de flexibilisering worden stappen gezet de verschillen op de arbeidsmarkt te verkleinen. Ook is het bedoeling nieuwe afspraken te maken over de duurzame inzetbaarheid van werknemers. Dit valt buiten het bestek van dit IBO.

complexer, waardoor ze minder grip op hun leven en omstandigheden hebben. Naarmate de wachttijd toeneemt, groeit bovendien hun afstand tot de arbeidsmarkt en neemt de kans op succesvolle werkhervatting af. Daarmee vermindert zowel de werking van de prikkels om vanuit een uitkering weer aan het werk te gaan, als de effectiviteit van de UWV-dienstverlening bij re-integratie. Ook werkgevers ondervinden nadeel van deze wachttijden. Daarnaast heeft de uitvoeringsproblematiek ook ***indirecte*** effecten op de bestaande tekortkomingen, doordat maatregelen werden doorgevoerd die juist een opwaarts effect op de instroom hebben. Zo worden de beoordelingen voor de vangnetpopulatie (EZWb's) nog nauwelijks uitgevoerd en wordt binnen deze groep alleen nog gekeken of iemand "kansrijk" is om als 35-minner uit te stromen. De kans dat "niet kansrijke" vangnetters vervolgens in de WIA terechtkomen, neemt daardoor juist toe. Ook is – tijdelijk en buitenwettelijk - besloten aanvragen van 60-plussers nauwelijks meer te toetsen. Voor deze groep dreigt de WIA daardoor in de praktijk te verworden tot een nieuwe vervroegde pensioneringsregeling. Ten slotte leiden de oplopende vertragingen ertoe dat dwangsommen moeten worden betaald en voorschotten verstrekt die later niet meer worden verrekend, wat de kosten van het stelsel verder opdrijft.

Ad C. Door een samenspel van factoren – met name de uitvoeringsproblemen – staan de publieke doelen en belangen van het stelsel ernstig onder druk. Waar het stelsel juist (inkomens)zekerheid moet bieden, zorgt het in toenemende mate voor onzekerheid voor mensen. Minstens zo zorgwekkend is dat de activerende werking van het stelsel afneemt. Daardoor bestaat het risico dat de WIA voor te veel mensen met moeilijkheden een "fuik" wordt – precies waarvoor de Commissie-Donner destijds waarschuwde en wat aanleiding was voor nieuwe wet- en regelgeving. Deze ontwikkeling heeft ingrijpende gevolgen voor mensen en hun omgeving en leidt tot verlies van arbeidspotentieel, terwijl ieders talent en inzet juist hard nodig zijn. Bovendien stijgen de kosten van het stelsel, wat kan resulteren in hogere lasten of verdringing van andere beleidsprioriteiten. Dit alles tast ook het maatschappelijk draagvlak aan, dat al onder druk staat. Het probleem in de uitvoering is daarmee niet alleen een uitvoeringsprobleem, maar ook een maatschappelijk vraagstuk. Er dreigt een negatieve spiraal, die alleen kan worden doorbroken en omgekeerd door het maken van duidelijke keuzes door de betrokken partijen.

Doorgaan op de huidige weg is geen optie: er zijn dringend maatregelen nodig om de uitvoering weer op orde te brengen. Dat vergt niet alleen inzet van de uitvoering zelf, maar ook verantwoordelijkheid van andere partijen in het stelsel – en om strategische moed van de politiek. De vrijblijvendheid voorbij en niet meer: "jouw kant van de boot is lek". De druk op de (beoordelings)capaciteit neemt in rap tempo toe en dreigt het functioneren van het gehele stelsel in gevaar te brengen. Volgens de meest recente projecties kunnen de achterstanden - zonder aanvullend beleid - oplopen tot 200.000 WIA-aanvragen in 2030. De gevolgen zijn fors: wachttijden kunnen toenemen naar gemiddeld twee tot drie jaar voor mensen die wachten op duidelijkheid. Dat is onaanvaardbaar, zowel menselijk als maatschappelijk. Bovendien: als mensen in de wachtstand gaan staan, tast dit de activerende werking van het stelsel aan. Ook groeit de onvrede over het functioneren van het stelsel – niet alleen onder cliënten, maar ook onder werkgevers. Zo worden eigenrisicodragers voor de Ziektewet geconfronteerd met stijgende lasten doordat UWV zijn wettelijk taak onvoldoende nakomt om EZWb's uit te voeren. De afgelopen jaren zijn al diverse, relatief pijnloze verbetermaatregelen getroffen om processen te stroomlijnen, en zowel het ministerie als UWV blijven daarop inzetten. Maar dat is niet genoeg.

De negatieve wisselwerking van toenemende instroom, groeiende uitvoeringsproblemen en structurele tekortkomingen moet worden doorbroken. Dat lukt niet met "pappen en nathouden", met "no-regret" maatregelen, of het plukken van "laaghangend fruit". Het vraagt om

echte keuzes - keuzes die consequent worden doorgevoerd om het stelsel op orde te krijgen en te versterken. Zulke keuzes brengen afruilen en pijnlijke gevolgen met zich mee voor bepaalde groepen, maar zijn noodzakelijk. Een dreigend *doemscenario* met zeer hoog oplopende wachttijden voor WIA-beoordelingen kan alleen worden afgewend door vastberaden te kiezen voor een ***doenscenario*** en daarmee voortvarend aan de slag te gaan. De volgende paragraaf presenteert een samenhangend pakket aan maatregelen om dat te realiseren.

8.2 Een pakket aan maatregelen om de problematiek aan te pakken

De aanpak van de samenhangende problematiek komt neer op een dubbele uitdaging: (i) allereerst de uitvoering stapsgewijs op orde brengen, zonder andere doelen te zeer te schaden; (ii) werken aan de aanpak van andere tekortkomingen, zonder de uitvoering verder te belasten. De voorgestelde maatregelen sluiten aan op de analyse in dit rapport en zijn grotendeels aanpassingen *binnen* het bestaande stelsel. De meeste maatregelen kunnen op korte termijn, of in elk geval binnen een normale kabinetsperiode, doorgevoerd worden.

Gegeven deze dubbele uitdaging zijn drie typen maatregelen te onderscheiden:

- **"Doen"**: een minimaal pakket van maatregelen die in elk geval moeten worden genomen. Ze zijn noodzakelijk om het stelsel weer op orde te brengen. De maatregelen zijn in belangrijke mate gericht op de uitvoering, maar verbeteren ook de werking van het stelsel. Het pakket kent drie dragende maatregelen: (i) doorvoeren van taakherschikking voor verzekeringsartsen; (ii) voorwaarden stellen aan herbeoordelingen; (iii) afschaffen van de IVA en de toets op duurzaamheid.
- **"Kiezen"**: Naast wat minimaal gedaan moet worden, is het verstandig om aanvullende maatregelen te overwegen én alvast voor te voor te bereiden. Dit IBO heeft aanvullende maatregelen in beeld gebracht die om een politieke weging vragen; ze hebben uiteenlopende effecten op de verschillende beleidsdoelen.
- **"Niet doen"**: maatregelen die in de discussie wel worden genoemd, maar die het IBO om redenen afraadt vanwege de effecten op de uitvoering en de werking van het stelsel.

De maatregelen verschillen in de mate waarin ze het bestaande stelsel veranderen. Sommige maatregelen kunnen worden gecombineerd, andere juist niet, en niet alles kan tegelijk. Bovendien is in dit IBO een selectie gemaakt, gebaseerd op de analyse en rekening houdend met de opties die in andere rapporten al in beeld zijn gebracht. Die opties zijn opgenomen in bijlage 7 met verwijzingen naar de relevante rapporten. Ze zijn niet opnieuw doordacht en doorgerekend.

Tabel 8.2 Pakket van maatregelen om problematiek aan te pakken

DOEN: BASISPAKKET AAN MAATREGELEN - uitvoering op orde	
1	**Taakherschikking verzekeringsartsen**
2	**Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen**
3	**Afschaffen IVA en toets op duurzaamheid**
4	Betere samenwerking en gegevensuitwisseling bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
5	Verbetering instrument Eerstejaars Ziektewetbeoordeling (EZWb, op termijn)
6	Betere data-deling ziekteverzuim
A1	Vermindering verschillen in aantal verrichte beoordelingen
A2	Behouden twee jaar loondoorbetaling bij ziekte
DOEN: BASISPAKKET AAN MAATREGELEN - structurele tekortkomingen	
7	Preventie duidelijker verankeren in de wet
8	Meer toezicht Arbeidsinspectie op preventiebeleid werkgever
9	Een striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie
10	Meer zekerheid werkhervatting vanuit WIA
11	Re-integratiebudget UWV groeit mee met instroom ZW en WIA
A3	Stroomlijnen werkgeversregelingen
KIEZEN: AANVULLENDE KEUZES ZIJN NODIG	
12	Bonus-malus regeling bij inzet op preventie
13	UWV dienstverlening ZW uitbesteden
14	Werkgevers verplicht eigenrisicodragerschap vangnetters
15	Wettelijk verankeren cao-bepalingen uitzendbedrijven
16	Versoepelen ontslagmogelijkheid bij hernieuwde arbeidsongeschiktheid
17	Proefplaatsing uitbreiden
18	No-riskpolis uitbreiden
19	Verlagen maximum dagloon
20	Financiële stimulans WGA 80-99
21	Uniformering hoogte WIA-uitkeringen
22	Basisverzekering op WML-niveau
23	Werkhervatting drie jaar voorop, daarna basisverzekering
24	Wettelijk beperken bovenwettelijke aanvullingen
25	Intensiveren UWV dienstverlening re-integratie
26	Medisch passende beoordelingsmomenten
NIET DOEN: OPTIES DIE ONTRADEN WORDEN	
27	AO-beoordeling op basis van wettelijk minimumloon, uitkering op niveau laatstverdiende loon
28	IVA toegang na 5 jaar WGA 80-100
29	Werkhervatting drie jaar voorop, daarna 70 procent laatstverdiende loon (voor werkenden)
30	Bovenwettelijke aanvullingen belasten
31	Beperken van WIA toegang o.b.v. ziekten / ziektebeelden

---------- **"Doen-maatregelen"** ----------

Het nemen van maatregelen om de uitvoering op gang te brengen vraagt om strategische moed. De meeste maatregelen die een bijdrage leveren in de aanpak van de uitvoeringsproblematiek zullen ook op weerstand stuiten. Tegelijkertijd hebben alle maatregelen die de uitvoering verbeteren een positief effect op arbeidsparticipatie en financiële houdbaarheid en vaak ook op de doenlijkheid van het stelsel. Dat laat onverlet dat er voor specifieke groepen verschillende effecten kunnen zijn en kan de veroorzaakte pijn niet altijd verzacht of gecompenseerd worden. Onderstaand worden de maatregelen en effecten toegelicht.

De inschatting is dat deze maatregelen de uitvoering op termijn weer op orde moeten kunnen brengen. De maatregelen staan op volgorde van de mate waarin ze ingrijpen in het huidige stelsel.

Tabel 8.3 Globale effecten van "doen"-maatregelen op de publieke doelen en belangen (uitvoering op orde)

	Inkomens-bescherming	Arbeids-participatie	Financiële houdbaarheid	Doenlijkheid	Uitvoerbaarheid
A1 Verminderen verschillen in aantal verrichte beoordelingen	0	+	+	0	+
A2 Behouden twee jaar loondoorbetaling bij ziekte	+	+	+	+/-	+
4. Betere samenwerking en gegevensuitwisseling bedrijfs- en verzekeringsartsen	0	0/+	0/+	+	+
6. Betere data-deling ziekteverzuim	0	+	+	0	0/+
5. Verbetering instrument EZWb (op termijn)	0	+	0	0	0/+
1. Taakherschikking verzekeringsartsen	0	+	+	0	++
2. Voorwaarden stellen aan herbeoordelingen	+/-	+	+	0	+
3. Afschaffen IVA en toets op duurzaamheid	-	+	+	+	++

- **Het is van belang dat UWV doorgaat met de ontwikkelagenda sociaal-medische dienstverlening (aanbeveling).** Deze agenda omvat verschillende ontwikkellijnen. Onderdeel hiervan zijn: duidelijke prioriteitstelling door de organisatie heen, strakkere sturing op (de verschillen in) het aantal verrichte beoordelingen, digitalisering/modernisering van IT systemen, werken naar een brede *proces redesign*.
- **Behoud twee jaar loondoorbetaling bij ziekte (aanbeveling).** De huidige loondoorbetalingsplicht voor (kleine) werkgevers is één van de sterkste elementen van het stelsel. Het heeft eerder bijgedragen aan een forse daling van de WIA-instroom. Een verkorting tot bijvoorbeeld één jaar komt neer op een collectivisering van het tweede

ziektejaar. Werkgevers hebben dan minder prikkels en de activerende werking van het stelsel neemt af. Mensen die minder dan 35 procent arbeidsongeschiktheid zijn, zullen eerder ontslagen worden. Met het doorsnijden van de band met de werkgever neemt hun kans op werkhervatting af; een deel van hen komt in de WW of Participatiewet (weglek-effect). Voor andere zieke werknemers (35-99) komen mensen bij een verkorting eerder in de WIA terecht. Aangezien er in het tweede ziektejaar normaal gesproken nog veel herstel plaatsvindt – ruim 50 procent - neemt de WIA-instroom dus sterk toe. Eenmaal in de WIA, is de kans op re-integratie echter veel lager. Een eerdere CPB-inschatting geeft aan dat de uitkeringslasten per saldo fors meer toenemen dan de besparing voor werkgevers als gevolg van het vervallen het tweede ziektejaar.[274] Een verkorting van de loondoorbetalingsplicht heeft wel als effect dat de lasten van werkgevers dalen en verschillen tussen vast en flexibele contracten kleiner worden; mensen (met een arbeidsbeperking) worden mogelijk eerder aangenomen. *Last but not least*: het leidt tot fors hogere wachtlijsten bij UWV onder druk. Er zijn in het pakket wel opties opgenomen om (kleine) werkgevers te ondersteunen hun verantwoordelijkheid waar te maken.

- **Een betere samenwerking tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen** maakt het mogelijk dat verzekeringsartsen de informatie van de bedrijfsarts effectiever kunnen benutten. Hierdoor kan de claimbeoordeling sneller worden afgerond, waardoor meer beoordelingen per verzekeringsarts mogelijk zijn en de achterstanden afnemen. Voor werknemers wordt het proces eenvoudiger: zij hoeven hun verhaal of documenten niet meer twee keer aan te leveren. De maatregel heeft nauwelijks negatieve maatschappelijke gevolgen, maar vraagt wel inzet van beide beroepsgroepen om tot een gedeelde "taal en techniek" te komen.[275]
- **Als arbodienstverleners dan wel werkgevers hun data beschikbaar stellen,** dan werkt (de uitvoering van) het stelsel beter. Een betere datatoegang maakt het mogelijk om uitgebreider onderzoek te doen naar de effectiviteit van interventies die ziekteverzuim terugdringen en instroom in de ZW en WIA voorkomen (*evidence-based*). Ook kan de markt voor arbodienstverlening beter functioneren: meer transparantie over (verschillen in) ziekteverzuim helpt werkgevers om ontwikkelingen beter te begrijpen en versterkt bovendien de marktwerking. Het openbaar beschikbaar stellen van deze gegevens draagt bovendien bij aan een beter onderbouwde beleidsdiscussie over (de inrichting van) de arbodienstverlening.
- **Een gerichtere inzet van de EZWb op basis van voorafgaande screening** maakt het mogelijk om de Ziektewet actiever en efficiënter uit te voeren. Met deze screening kan worden bepaald of een beoordeling zinvol is en op welk moment die het best kan plaatsvinden. Zo wordt de capaciteit van verzekeringsartsen beter benut en komt de nadruk te liggen op activering van de vangnetpopulatie richting een betaalde baan. De maatregel vraagt wel om aanpassing van bestaande wet- en regelgeving, extra investeringen in de dienstverlening van UWV en kost implementatietijd.
- **Het doorvoeren van taakherschikking in het beoordelingsproces** zorgt voor een duidelijkere afbakening van de rol van de verzekeringsarts. Door aanpassing van wet- en regelgeving kunnen andere gekwalificeerde professionals een groter deel van de sociaal-medische beoordeling uitvoeren. Zo worden verzekeringsartsen – net als medisch specialisten in de reguliere zorg – vooral ingezet op de onderdelen waar hun schaarse expertise essentieel

274 CPB (2020). Update Kansrijk arbeidsmarktbeleid. In die studie schat CPB in dat de WIA-instroom met een-derde stijgt en de structurele werkgelegenheid met 0,2% daalt. De publieke uitgaven stijgen met 1,2 miljard en de lasten van de loondoorbetaling dalen met 0,5 miljard. In de recente Keuzes in Kaart (2024) worden vergelijkbare getallen gehanteerd. De maatregel was voor kleine ondernemers opgenomen in het Regeerakkoord 2017-2021 maar is niet doorgegaan vanwege complexiteit en gebrek aan draagvlak. Dat had onder meer te maken met de handhaving van de bestaande ontslagbescherming: werknemers moesten ook in het tweede ziektejaar nog steeds kunnen terugkeren naar hun oude werkgever, terwijl de verplichting voor re-integratie voortaan bij UWV zou liggen. Als ook ontslagbescherming wordt aangepast, dan ontstaat een verschil tussen de ontslagbescherming van werknemers bij kleine en grote bedrijven.

275 Op dit punt loopt ook al een initiatief op publiek-private samenwerking (UWV, Oval en Verbond van Verzekeraars, met medewerking van het PPUSZ, Richting en het ministerie van SZW). Er zijn ook pilots op het vlak van horizontaal toezicht op medische advisering bij re-integratie, waarbij ook meer ruimte is voor collegiaal overleg tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Zie bijvoorbeeld: RSC (2023). Aanbevelingen constructieve dialoog sociale zekerheid.

is. Dit gaat verder dan de taakdelegatie die nu al in steeds meer sociaal-medische centra plaatsvindt. De uitwerking gebeurt in nauwe samenwerking met betrokken professionals.
- **Het stellen van voorwaarden aan herbeoordelingen.** Werkgevers – of partijen namens hen – moeten hun verzoek inhoudelijk motiveren (eigen risicodragers) dan wel een vergoeding betalen voor een herbeoordeling met als doel het aantal herbeoordelingen te beperken (publiek verzekerde werkgevers). Er moet sprake zijn van een wijziging van de medische situatie om een aanvraag voor een herbeoordeling in behandeling te nemen. In de huidige praktijk moeten cliënten bij aanvragen al een vragenlijst invullen. Wel kan op termijn overwogen worden ook aan aanvragen door cliënten extra voorwaarden te stellen.
- **Het afschaffen van de IVA en de toets op duurzaamheid** vereenvoudigt het werk van verzekeringsartsen, waardoor zij meer beoordelingen kunnen uitvoeren. Voor nieuwe instoom komt de aparte IVA-uitkering te vervallen. Voor verzekeringsartsen is het vaststellen van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid ingewikkeld en tijdrovend. Deze maatregel verkleint ook de (perverse) prikkel om met name vanuit of namens werkgevers herbeoordelingen aan te vragen en vermindert daarmee de druk op de uitvoering. Voor mensen wordt het stelsel eenvoudiger en beter te begrijpen, en het biedt meer duidelijkheid voor uitkeringsgerechtigden: het loont altijd om in te zetten op terugkeer op de arbeidsmarkt en er is daarbij altijd recht op ondersteuning. De maatregel draagt ook bij aan financiële houdbaarheid. Wel betekent deze maatregel dat het niveau van inkomensbescherming voor de desbetreffende groep daalt van 75% naar 70% van het laatstverdiende inkomen.

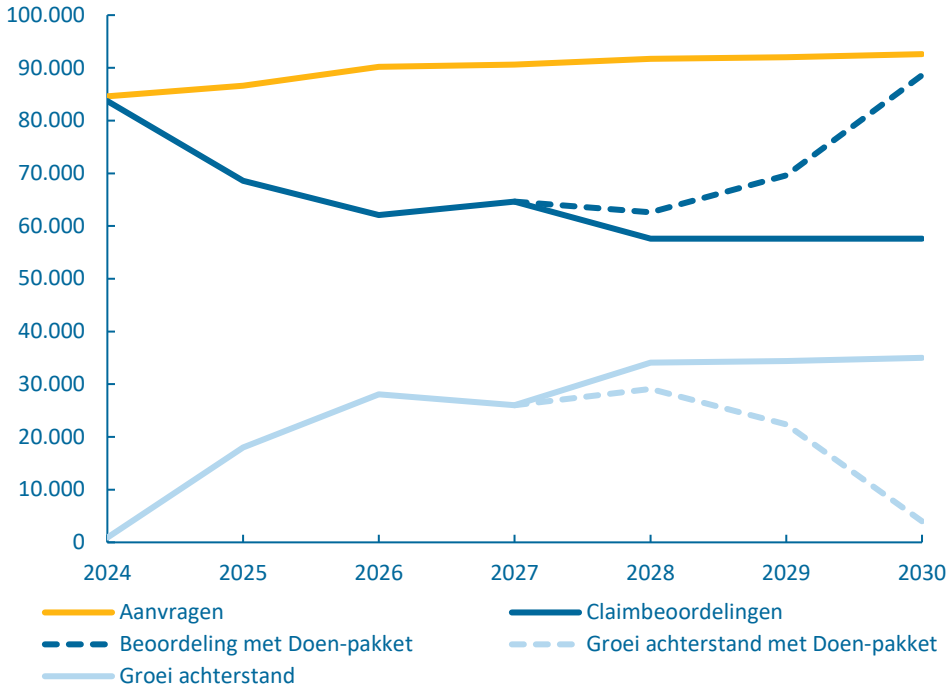
Samengenomen is de verwachting richting 2030 dat er voldoende capaciteit beschikbaar is om het aantal nieuwe aanvragen weer bij te benen. Het betreft een globale inschatting op basis van cijfers van UWV. In de huidige situatie, zonder dit pakket, blijft de beoordelingscapaciteit van UWV in toenemende mate achter bij het aantal nieuwe aanvragen. In 2030 zou dit verschil ongeveer 33.000 beoordelingen bedragen: een verwacht aantal WIA-aanvragen van bijna 93.000 versus een beschikbare jaarlijkse capaciteit van bijna 60.000.[276] De genoemde maatregelen en de ontwikkelagenda sociaal medische dienstverlening van UWV kunnen er stapsgewijs voor zorgen dat dit verschil wordt ingelopen (weergegeven in figuur 8.2):
- Taakherschikking en betere samenwerking: circa 6.500-16.500 extra beoordelingen;
- Afschaffen van de duurzaamheidsbeoordeling: circa 7.500-12.000 extra beoordelingen;
- Minder herbeoordelingen en nieuwe EZWb-maatregelen: circa 1.500 extra beoordelingen;
- Uitvoering van de ontwikkelagenda: biedt gaandeweg extra ruimte om het tekort sluitend te krijgen, meer herbeoordelingen uit te voeren en bij te dragen aan het verminderen van het aantal mensen dat op een beoordeling wacht.[277]

Daarbovenop kan de ontwikkelagenda ook bijdragen aan het verminderen van de groeiende achterstand, oftewel: het aantal mensen dat op de wachtlijst staat. Omdat het uitvoeren van de genoemde maatregelen en de ontwikkelagenda tijd kosten, kan niet worden voorkomen dat de wachtlijst de komende jaren aanzienlijk oploopt. Uitgaande van de voorgestelde benadering zal het aantal wachtenden in 2030 in de orde van grootte van 140-150.000 zijn. Dat blijft een ongemakkelijke realiteit. Andere maatregelen in het basispakket zullen gaandeweg een dempend effect hebben op de WIA-instroom. Daar staat wel tegenover dat – zoals eerder aangegeven - de maatschappelijke ontwikkelingen mogelijk een opwaartse druk zetten op de

276 In het huidige meerjarenperspectief bedraagt het in te lopen tekort in 2030 ongeveer 33.000 keuringen in een optimistisch scenario (in een behoedzaam scenario loopt dit op tot ruim 50.000).
277 De wachtlijst is de cumulatie van het jaarlijkse verschil tussen aanvragen en verrichte beoordelingen; het betreft steeds wisselende personen.

huidige prognoses. Dit onderstreept het belang van instroompreventie, zowel binnen het stelsel als in het bredere overheidsbeleid. Het is immers ook een maatschappelijk vraagstuk.

Figuur 8.2 Effect van maatregelen en ontwikkelagenda op de het jaarlijkse aantal aanvragen, het jaarlijkse aantal claimbeoordelingen en de jaarlijkse groei van de achterstand in de WIA-beoordelingen bij UWV.



Voorwaarde is wel dat de wettelijke kaders de komende jaren worden aangepast en dat de ontwikkelagenda daadwerkelijk voortgang boekt. Lukt dit niet, of blijken de maatregelen onvoldoende effect te hebben, dan zijn aanvullende stappen nodig. We gaan er tot slot vanuit dat UWV een deel van de verzekeringsartsen die tot voor kort als zelfstandige werkzaam waren, op termijn aan zich kan binden in (al dan niet tijdelijke) loondienst, wat helpt om de opgelopen achterstanden in te lopen; dit is op voorhand echter onzeker en niet te kwantificeren. Ook zal de ontwikkeling en actualisatie van richtlijnen (zie hoofdstuk 6) kunnen bijdragen aan het verrichten van meer beoordelingen. Naar de toekomst kan ook worden verwacht dat de inzet van kunstmatige intelligentie het werkproces kan versoepelen.

De aanpak van andere zwakheden en knelpunten is mogelijk zonder de uitvoering verder te belasten. Dit neemt niet weg dat deze maatregelen wel iets van partijen vragen, wet- en regelgeving nodig is of een extra budgettaire inzet nodig is. Ze zijn evenmin pijnloos. Ook hier zijn de maatregelen gerangschikt naar de mate waarin ze ingrijpen in het huidige stelsel.

Tabel 8.4 Globale effecten van “doen”-maatregelen op de publieke doelen en belangen (betere werking)

	Inkomens-bescherming	Arbeids-participatie	Financiële houdbaarheid	Doenlijkheid	Uitvoerbaarheid
A3 Stroomlijnen werkgeversregelingen	0	+	0	+	+
7. Preventie duidelijker verankeren in de wet	0	0/+	0/+	0	0
11. Re-integratiebudget UWV groeit mee met instroom	0	+	-	+	0
10. Meer zekerheid werkhervatting vanuit WIA	++	+	-	+	+
9. Een striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie	+/-	+	0	0	0/+
8. Meer toezicht Arbeidsinspectie op preventiebeleid werkgever	0	+	-	0	0

- **Stroomlijnen werkgeversregelingen (aanbeveling).** Een meer samenhangende en eenvoudig toegankelijke inzet van instrumenten kan zo bijdragen aan zowel de effectiviteit als de doelmatigheid van het geheel. Het helpt tegelijkertijd meer, met name kleinere, werkgevers over de streep te trekken om mensen met een WIA-uitkering in dienst te nemen. Op grond van de analyse is het een optie het instrument van de loonkostenvoordelen te beëindigen en de mogelijkheden voor proefplaatsingen en de no-riskpolis te verruimen.
- **Een aanpassing van de Arbowet moet de preventie-verplichtingen duidelijker verankeren.** Nu staan deze verplichtingen verspreid over verschillende wetten en regels, waardoor werkgevers niet altijd precies weten wat er van hen wordt verwacht. Door alle informatie op één plek in de wet te bundelen en werkgevers goed te informeren over hoe zij aan de regels kunnen voldoen, wordt het makkelijker om de wet na te leven en preventie effectief te organiseren. Speciale aandacht is daarbij nodig voor psychosociale belasting.
- **Door het re-integratiebudget mee te laten bewegen met de instroom** gaat de stijgende instroom niet ten koste van de mate waarin UWV cliënten kan ondersteunen bij de re-integratie. Het huidige budget houdt namelijk geen rekening met de toegenomen instroom, en bovendien is er vanaf 2029 een taakstellende verlaging van het budget ingeboekt.
- **Meer zekerheid helpt mensen om de stap naar werk te zetten.** Met deze maatregel krijgen mensen met een WIA-uitkering de garantie dat hun uitkering de eerste vijf jaar niet wordt herzien of ingetrokken wanneer zij weer aan het werk gaan. Zo kunnen zij re-integreren vanuit hun uitkering en zonder risico op herbeoordelingen. Dit vermindert bovendien de druk op het herbeoordelingsproces. De maatregel is alleen succesvol als mensen hierdoor inderdaad vaker aan het werk gaan, gestimuleerd door deze positieve stimulans.
- **Door een striktere WIA-beoordeling en minder praktijkvariatie** gaat het stelsel beter werken. Het voorstel is de volgende drieslag te volgen: (1) het ondersteunen van de ontwikkeling van (actuele) richtlijnen; (2) bepalen hoe een strikte beoordeling met minder ruimte voor interpretatie er vandaag de dag uit kan zien (terug naar de bedoeling die in de

Wet WIA lag opgesloten); (3) een commissie van diverse deskundigen vragen dit uit werken en een advies te maken over hoe dit geborgd kan worden, in zowel wet- en regelgeving als in de uitwerking daarvan door de beroepsgroep (richtlijnen, standaarden, protocollen, etc).

- **Meer toezicht door de Arbeidsinspectie op preventiebeleid werkgevers.** Door de capaciteit van de Arbeidsinspectie uit te breiden, kan het risicogericht toezicht worden geïntensiveerd. Dit vergroot de kans dat werkgevers de bestaande arbo-verplichtingen beter naleven en structureel investeren in een gezonde en veilige werkomgeving. Hierbij is te overwegen een meldplicht in te voeren voor arbodienstverleners als werkgevers niet aan hun verplichtingen voldoen. Een verdergaande stap - niet uitgewerkt in de optie - is om de Arbeidsinspectie direct toezicht te laten houden op arbodiensten (en bedrijfsartsen).

---------- **"KIEZEN-maatregelen"** ----------

De maatregelen in het basispakket zijn noodzakelijk om de uitvoering op termijn op orde te brengen en het stelsel beter te laten werken. Naast wat minimaal gedaan moet worden, is het verstandig om aanvullende maatregelen te overwegen én alvast voor te voor te bereiden. Dit IBO heeft aanvullende maatregelen in beeld gebracht die om politieke weging vragen; ze hebben uiteenlopende effecten op de verschillende beleidsdoelen (tabel 8.5).

Ook hier worden de maatregelen gerangschikt naar de mate waarin ze leiden tot veranderingen in het huidige stelsel. In het algemeen geldt: hoe eenvoudiger de verandering, hoe sneller deze kan worden doorgevoerd. Uit de tabel blijkt dat veel maatregelen zowel de uitvoeringsdruk mitigeren als de activerende werking van het stelsel versterken. Dit kan wel op gespannen voet gaan met andere publieke belangen. Sommige maatregelen brengen kosten met zich mee, die moet worden afgewogen tegen de (maatschappelijke) baten van een hogere werkhervatting. De kost gaat daarbij voor de baat uit, terwijl de baten zich moeilijker laten kwantificeren dan de kosten. Bij een aantal maatregelen is er sprake van een afruil tussen meer participatiebevordering en inkomensbescherming, al geldt ook: een betaalde baan is de beste vorm van sociale zekerheid.

Het gaat bij de "kiezen"-maatregelen om de volgende maatregelen:

- **Het stimuleren van werkgevers om mensen te laten re-integreren** kan op verschillende manieren: door aanpassingen in het arbeidsrecht, het aantrekkelijker maken van proefplaatsingen voor werkgevers en werknemers en het uitbreiden van de no-riskpolis. De maatregelen vinden hun rechtvaardiging in een maatschappelijk belang - het vergroten van de kansen voor (kwetsbare) "outsiders" op de arbeidsmarkt – en grijpen aan bij verschillende knelpunten (kosten, risico's, stigma). Zoals eerder aangegeven, is het aan te bevelen de specifieke regelingen - budgettair neutraal - te stroomlijnen om effectiever te worden, aangezien het niet-gebruik hoog is. Dit vergroot het overzicht voor werkgevers.
- **Intensiveren re-integratiebudget en dienstverlening UWV.** Het laten meegroeien van het budget met de aantallen in de ZW en WIA, impliceert dat de taakstellende bezuiniging uit de boeken wordt gehaald én het budget wordt verhoogd. Dan gaat de stijgende instroom niet ten koste van de mate waarin UWV cliënten kan ondersteunen bij de re-integratie. De activiteiten kunnen vanuit verschillende principes worden versterkt: (1) gelijkheid impliceert een gelijke verdeling van middelen over de gehele groep; (2) doelmatigheid vraagt om een focus op de meest kansrijke groepen; of (3) brede maatschappelijke kosten en baten waardoor kwetsbare groepen met een grotere afstand tot de arbeidsmarkt meer in beeld komen. Wat in elk geval bekend is: hoe eerder de begeleiding, hoe groter het effect.

- **Het uitvoeren van beoordelingen op medisch passende momenten** sluit aan bij het professionele oordeel van verzekeringsartsen en hun collega's in het team. Een vervroegde beoordeling op medische gronden is nu al mogelijk. Ook kan het, mede door wachtlijsten in de reguliere zorg en het verloop van bepaalde ziektebeelden, in sommige gevallen verstandig zijn om de WIA-beoordeling van iemands functionele mogelijkheden uit te stellen tot een medisch logischer moment. In dat geval wordt een korte screening uitgevoerd en ontvangt betrokkene een tijdelijke uitkering (loongerelateerde uitkering, waardoor dit ten koste gaat van de WW-rechten van mensen, wat het uitstel ook in de tijd begrenst). Het betreft een beperkte groep. Op basis van de ervaringen kan gaandeweg worden bezien deze maatregel uit te breiden naar andere groepen (dit element komt ook terug in optie 23). De maatregel kan ook lucht geven in de uitvoering.

Tabel 8.5 Globale effecten van "kiezen"-maatregelen op de publieke doelen en belangen

	Inkomens-bescherming	Arbeids-participatie	Financiële houdbaarheid	Doenlijkheid	Uitvoerbaarheid
17. Proefplaatsingen uitbreiden	0	+	+/-	0	0
18. No-riskpolis uitbreiden	0	+	-	0	0
25. Intensiveren UWV dienstverlening re-integratie	0	+	-	+	0
26. Medisch passende beoordelingsmomenten	0	+	+	+	+
13. UWV dienstverlening ZW uitbesteden	0	+	+/-	0	+/-
12. Bonus-malus regeling bij inzet op preventie	0	+	+/-	-	--
19. Verlagen maximum dagloon	-	+	+	+	0
21. Uniformering hoogte WIA-uitkeringen	+/-	+/-	+	+	+
15. Wettelijk verankeren cao-bepalingen uitzendbedrijven	0	+	0	0	0
20. Financiële stimulans WGA 80-99	-	+	+	-	0
14. Werkgevers verplicht ERD "vangnetters"	0	+	+	-	+
16. Versoepelen ontslagmogelijkheden bij hernieuwde arbeidsongeschiktheid	-	+	0	+/-	-/0

- **Het uitbesteden van de begeleiding en re-integratie van 'vangnetters' in de Ziektewet** verlicht de uitvoeringsproblemen bij UWV. Door deze dienstverlening over te laten aan private partijen, zoals arbodiensten of re-integratiebedrijven, kan de effectiviteit worden vergroot: meer mensen vinden werk en de instroom in de WIA neemt af. Eerder onderzoek biedt hiervoor enig bewijs. In deze opzet blijft UWV verantwoordelijk voor het vaststellen van

het recht op en de hoogte van de ZW-uitkering, evenals voor de medische beoordelingen. De maatregel kan het proces voor cliënten wat ingewikkelder maken en vraagt van UWV een andere werkwijze: niet langer zelf uitvoeren, maar sturen op resultaten via contracten.

- **Een bonus bij een goede inzet op preventie en een malus bij een tekortschietende inzet** stimuleert werkgevers om, samen met hun bedrijfsarts of arbodienst, meer aandacht te besteden aan preventie. Dit wordt gecombineerd met een sterker verankering van preventie in de wet. Werkgevers moeten hierover informatie aanleveren aan UWV. UWV beoordeelt dit als onderdeel van de RIV-toets en past vervolgens een bonus of malus toe. Het brengt wel extra uitvoeringslasten voor UWV met zich mee.
- **Een verlaging van het maximumdagloon** leidt tot een lager inkomensplafond voor zowel de premie-inleg als de opbouw van uitkeringsrechten. Hogere inkomens betalen daardoor minder premie, maar ontvangen ook een lagere uitkering bij arbeidsongeschiktheid. De inkomensbescherming voor deze groep neemt dus af, tenzij zij zich aanvullend verzekeren via een cao of een private verzekering. Als mensen zich niet bijverzekeren, kan dit leiden tot een positief effect op de arbeidsparticipatie. De maatregel kan bovendien bijdragen aan het verminderen van het gevoel van onrechtvaardigheid ten aanzien van het huidige stelsel.
- **Het uniformeren van alle WIA-uitkeringen** maakt het stelsel op termijn eenvoudiger, zowel in de uitvoering als voor uitkeringsgerechtigden zelf. Hierdoor zal het aantal bezwaar- en beroepsprocedures afnemen, evenals het aantal herbeoordelingsaanvragen. In de beleidsoptie is gekozen voor een uniformering op 70% van het loon, conform de huidige loonaanvullingsuitkering. De effecten op de inkomensbescherming verschillen per groep: voor mensen die hun resterende verdiencapaciteit niet volledig benutten, neemt de inkomensbescherming toe (de vervolguitkering vervalt). Daarentegen ontvangen mensen met een IVA-uitkering minder inkomen en ervaren zij minder zekerheid (de maatregel zit als afzonderlijke maatregel ook in het 'basispakket'). Ook de effecten op de arbeidsparticipatie zijn wisselend, waardoor het totale effect lastig te bepalen is.
- **Wettelijk vastleggen van cao-afspraken voor de uitzendbranche.** Het gaat om een verbod op het inroepen van het uitzendbeding bij ziekte en het verplichten van het gebruik van 4-weekscontracten bij uitzendcontracten in de zogenoemde fase A. Dit komt overeen met wettelijk vastleggen van afspraken die via de cao nu voor een deel van de uitzendkrachtkrachten geldt. Ongeveer 85% van de uitzendkrachten valt momenteel onder een van de twee uitzendcao's. In het belang van werkenden worden deze bepalingen wettelijk verankerd. Dit verkleint ook het verschil tussen flexibele en vaste contracten.
- **Door het verruimen van de groep WGA 35-80 naar de WGA 35-99** krijgt ook de huidige groep WGA 80-99 een extra financiële stimulans te werken. Om recht te houden op de hogere loonaanvullingsuitkering moeten mensen in deze groep ten minste 50% van hun resterende verdiencapaciteit benutten. Wie dat niet lukt, valt terug op de vervolguitkering en kan daarnaast een beroep doen op de Toeslagenwet en andere voorzieningen. De IVA-uitkering wordt aangepast en blijft voortaan uitsluitend toegankelijk voor mensen die duurzaam geen resterende verdiencapaciteit meer hebben. Het stelsel wordt activerender, er wordt bespaard op de kosten, maar het wordt – voor de desbetreffende groep – niet eenvoudiger.
- **Een verplicht eigenrisicodragerschap voor werkgevers voor groepen 'vangnetters'** bouwt voort op een sterk element van het huidige stelsel: de nadruk op de verantwoordelijkheid van werkgevers. Daarnaast verkleint het de verschillen tussen werknemers met een vast contract en werknemers met een tijdelijk contract. De verantwoordelijkheid voor deze groep – zieke uitzendkrachten en werknemers van wie het dienstverband is beëindigd – verschuift van UWV naar de werkgever. Dit kan bijdragen aan een betere re-integratie en een beperking van de instroom in de WIA. Er is echter ook een belangrijke keerzijde: de maatregel vergroot de al aanzienlijke verplichtingen van werkgevers,

zeker in het midden- en klein bedrijf, legt extra druk op private bedrijfsartsen en brengt het risico met zich mee dat werkgevers selectiever worden in het aannemen van personeel.

Het basispakket plus een selectie uit de aanvullende maatregelen kan de negatieve spiraal tussen hogere instroom, uitvoeringsproblemen en tekortkomingen doorbreken. Ook is er reeds een aantal (proces)maatregelen in gang gezet, waaronder de ontwikkelagenda van UWV, om de uitvoeringsproblematiek te verlichten, waarbij de IBO werkgroep aantekent dat de 60-plus maatregel hooguit tijdelijk zou moeten worden ingezet. Of deze combinatie van maatregelen toereikend is, is op voorhand moeilijk te bepalen en hangt af van verdere ontwikkelingen. Het is goed mogelijk dat aanvullende, meer ingrijpende maatregelen nodig zijn om de dubbele uitdaging aan te pakken.

Als het minimale pakket niet wordt gekozen of niet tot voldoende verlichting leidt, dan zijn meer ingrijpende maatregelen onvermijdelijk. Een beleidsscenario is dat steeds meer groepen een WIA-uitkering krijgen zonder dat een medische beoordeling wordt opgesteld. De 60-plus maatregel, waarbij alleen de arbeidsdeskundigen een beoordeling opstelt zonder dat de verzekeringsarts er aan te pas komt, wordt structureel. Bovendien zal de leeftijdsgrens moeten worden verlaagd naar 50-plus of zelfs lager om de verstopping van het stelsel een halt toe te roepen. Dit komt in de buurt van een "generaal pardon". Een ander beleidsscenario is dat het niet langer gaat om een wijziging *in* het stelsel, maar *van* het stelsel zoals we dat nu kennen. Die ingrepen hebben een positief effect op de arbeidsparticipatie, financiële houdbaarheid, doenlijkheid en uitvoerbaarheid, maar gaan wel ten koste van de inkomensbescherming van werknemers en staan op gespannen voet met internationale verdragen. Dit is zeker het geval wanneer daarbij ook de bovenwettelijke aanvullingen worden beperkt bij wet. Het zorgvuldig uitwerken, doordenken op effecten en bespreken met betrokken partijen is des te belangrijker.

Tabel 8.6 Globale effecten van maatregelen die het huidige stelsel veranderen

	Inkomens-bescherming	Arbeids-participatie	Financiële houdbaarheid	Doenlijkheid	Uitvoerbaarheid
23. Werkhervatting drie jaar voorop, daarna basisverzekering	-	+	+	+	+
22. Basisverzekering op WML-niveau	-	+	+	+	+
24. Wettelijk beperken bovenwettelijke aanvullingen	-	+	+	+	0

- Een optie is om **werkhervatting voorop te zetten en de claimbeoordeling drie jaar uit te stellen.** De beleidsoptie vertoont gelijkenis met de tweede variant in het OCTAS-rapport. Daarin wordt het volgende gesteld: "het moet vooraf voor mensen helemaal duidelijk zijn dat werken voorop staat, dat werken in alle gevallen loont en dat mensen – indien nodig – passend werk krijgen aangeboden […] Dit is geen nieuw idee, maar gebaseerd op de manier waarop Denemarken omgaat met arbeidsongeschikten […]." Bij de start van deze driejaarsperiode geldt een lichte toegangstoets, die niet door een verzekeringsarts hoeft te

worden uitgevoerd. Dat brengt dus een verlichting van de uitvoering.[278] In die periode ontvangt een arbeidsongeschikte 70% van het laatstverdiende loon.

- **De hier opgenomen optie vertoont ook verschillen met de OCTAS-variant.** Het belangrijkste verschil is dat de voorliggende beleidsoptie de driejaarsperiode wordt afgesloten met een WIA-beoordeling voor een basisverzekering op maximaal WML-niveau voor degenen die het WML niet meer kunnen verdienen. De afruil tussen activering en bescherming in deze variant is daarmee veel scherper dan in OCTAS. Daarin ontvangen mensen die volledig arbeidsongeschikt zijn of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn maar wel werken een loongerelateerde uitkering.[279] De combinatie van een uitgestelde claimbeoordeling en een relatief eenvoudige basisuitkering vermindert de druk op verzekeringsartsen en verlicht daarmee de uitvoering. De OCTAS-variant biedt de uitvoering vooral tijdelijk lucht.
- **Een andere – nog verdergaande - optie is om direct over te gaan op een basisverzekering op WML-niveau,** waarin alleen mensen die als gevolg van ziekte of gebrek niet meer het WML kunnen verdienen in aanmerking komen voor een uitkering. Deze uitkering bedraagt 70% van het laatstverdiende loon, maar is gemaximeerd op WML-niveau. De basisverzekering is eenvoudiger in de uitvoering en zal aanzienlijk minder uitvoeringscapaciteit vragen. Daar staat tegenover dat bij arbeidsongeschikten die nog wel het minimumloon kunnen verdienen, het inkomen veel lager kan uitvallen dan in het huidige stelsel; de inkomensbescherming neemt af. Wel houden werknemers de mogelijkheid om op sectoraal of individueel niveau aanvullend te verzekeren. Dit grotere inkomensverlies geeft in principe een grotere werkprikkel, maar de omvang daarvan hangt mede af van de mate waarin mensen zich aanvullend verzekeren. Deze variant maakt het mogelijk om op termijn tot één regeling voor werknemers en zelfstandigen te komen; de benadering sluit aan op de insteek van de BAZ.
- Om de activeringsprikkel te maximeren kan daarnaast gekozen worden om **bovenwettelijke aanvullingen bij wet te beperken.** Dat kan in principe in beide hiervoor beschreven opties maar eventueel ook los daarvan. De geschiedenis leert dat versoberingen in het publieke deel van het stelsel, vaak weer worden aangevuld in het sectorale of private domein, wat de activeringsprikkel dempt. Het beperken van bovenwettelijke aanvullingen raakt vooral de midden- en hogere inkomens, terwijl het voor anderen juist kan bijdragen aan een gevoel van meer rechtvaardigheid binnen het stelsel. Het vergroot de doenlijkheid voor mensen omdat er geen publieke, sectorale en private stapeling plaatsvindt. Ook de uitvoering wordt aanzienlijk eenvoudiger. Daar staat tegenover dat de maatregel ingrijpt in de arbeidsverhoudingen. De rechtvaardiging hiervoor kan worden gevonden in de constatering dat het aantal mensen in de WIA te groot is geworden of in de nabije toekomst gaat worden, terwijl alle handen en hersenen nodig zijn om de economie en de publieke voorzieningen draaiende te houden.

Als derde categorie is er een aantal maatregelen die dit IBO adviseert niet te nemen ("niet doen"). Daarvoor zijn verschillende redenen: het stelsel wordt inconsistent en moeilijk uitlegbaar (27); vermindert de activerende werking en/of verlicht de uitvoering maar beperkt en tijdelijk in vergelijking met nadere varianten (28 en 29); de maatregel is niet uitvoerbaar (30) of passen niet bij de stand van de medische wetenschap en praktijk, zijn uiteindelijk niet effectief, ondermijnen het gelijkheidsbeginsel en stuiten op juridische beperkingen uit diverse internationale verdragen (31). In desbetreffende fiches wordt één ander nader toegelicht.

278 Een cynische interpretatie van deze variant is dat – op grond van de analyse in hoofdstuk 5 - de wachtlijsten doorstijgen zoals geprojecteerd, de wachttijd voor cliënten reeds gaat oplopen naar drie jaar.
279 Mensen komen niet in aanmerking voor een AO-einduitkering als ze niet werken, maar dit op basis van hun beperkingen wel zouden kunnen en daarvoor ook de mogelijkheden hebben gehad in de eerste drie tot vijf jaar.

Ten slotte heeft het IBO over mentale gezondheid en GGZ een paar beleidsopties uitgewerkt die ook relevant voor dit onderzoek. In een beleidsoptie (fiche GGZ35) brengt het Rijk partijen samen en ondersteunt deze met financiering (consultatiefunctie) om te komen tot een plan voor verbinding en samenwerking tussen arbozorg en ggz bij psychische klachten die van invloed zijn op of (mede) veroorzaak zijn door werk. Een ander fiche (GGZ36) beoogt onderzoek te doen naar de inzet van Individuele Plaatsing en Steun bij *common mental disorders*, zoals depressie en angst (zie ook box 7.3). Vanaf 2029 worden daarvoor extra IPS-trajecten opgestart en geëvalueerd om te bepalen of IPS voor deze groep structureel kan worden opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering. Het doel is dat meer mensen met psychische problemen duurzaam aan het werk gaan en minder afhankelijk worden van zorg en een uitkering. Ten slotte is er een optie om mensen met psychische klachten sneller te behandelen en langdurige uitval of verergering te voorkomen. Dit kan ook het ziekteverzuim en de WIA-instroom verminderen (fiche GGZ26).

8.3 Aanbevelingen voor een beter onderbouwd beleid

Ten slotte: het onderliggende doel van IBO's is het ontwikkelen van beter onderbouwd beleid; **dit IBO doet daarvoor een aantal specifieke aanbevelingen.** Dit IBO heeft – overeenkomstig de taakopdracht – zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande onderzoeksresultaten.[280] Op verschillende plaatsen wordt onderzoek uitgevoerd op het terrein van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Desondanks blijven een aantal voor het beleid belangrijke vragen moeilijk te beantwoorden. Dit hangt veelal samen met het feit dat bepaalde gegevens niet systematisch worden verzameld of niet openbaar beschikbaar zijn. Indien dit wel het geval zou zijn, dan komt niet alleen de kwaliteit van onderzoek ten goede, maar kan het bijdragen aan een verdere verbetering van zowel het beleidsproces als de uitvoeringspraktijk (box 8.1).

280 Er is in het kader van dit IBO één onderzoek uitgezet, namelijk naar de verhouding tussen arbeidsongeschiktheid en zorgkosten (box 3.3). Ook hier bleek het moeilijk harde conclusies voor beleid te trekken.

Box 8.1 Aanbevelingen voor betere data en beter onderbouwd beleid

Voor beter (onderbouwd) beleid worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Voorschotdata actualiseren: Door het toenemende aantal voorschotten ontstaat een vertekening in de cijfers over instroom en uitstroom. De aanbeveling is dat UWV deze gegevens met terugwerkende kracht aanpast op basis van de claimbeoordelingen.
- Inzicht in wachtlijstontwikkeling. In dit rapport wordt gebruikt van een meerjarenprognose van UWV ten aanzien van de wachtlijsten. Het is belangrijk deze prognose met regelmaat te actualiseren en inzicht te bieden in onderliggende factoren (nieuwe aanvragen, bezwaar en beroep, herbeoordelingen, capaciteit voor beoordelingen, aantal verrichte beoordelingen).
- Verzuimdata beter benutten: Wanneer arbodiensten (of werkgevers) hun verzuimgegevens beschikbaar stellen aan het CBS, kunnen deze beter worden geanalyseerd, onder meer in relatie tot de WIA-instroom. Dit bevordert tevens onderzoek naar voorspellende kenmerken van langdurige uitval en de effectiviteit van interventies om verzuim te voorkomen en te verminderen.
- Benutting arbeidspotentieel monitoren: Er is bekend hoeveel personen met een ZW- of WGA-uitkering werkzaam zijn en, op individueel niveau, hoeveel uur ze werken. Het verdient aanbeveling om deze benutting van het arbeidspotentieel systematisch te registreren, zodat ontwikkelingen in de tijd beter gevolgd en geanalyseerd kunnen worden.
- Effectiviteit van interventies onderzoeken: Er is aanvullend onderzoek nodig naar welke interventies – uitgevoerd door UWV en andere partijen – het meest effectief zijn in het versterken van begeleiding en re-integratie. Dit kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door middel van pilots of gerandomiseerde experimenten van voldoende omvang.
- Gedragsinzichten versterken: Het huidige stelsel bevat prikkels voor uitkeringsgerechtigden om (meer uren) te werken. Verdere toepassing van gedragsinzichten kan helpen om deze stimulansen effectiever vorm te geven. Dit geldt eveneens voor werkgevers: nader onderzoek is wenselijk naar welke interventies en instrumenten effectief en doelmatig zijn om werkgevers te stimuleren mensen met een arbeidsbeperking in dienst te nemen.

Bijlagen

BIJLAGE 1

Samenstelling werkgroep

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE
Ernst van Koesveld	Voorzitter	ABDTOPConsult
Esmee Braam	Secretaris tot juni 2025	Ministerie van Financiën
Hamza Bouadli-Arfaoui	Secretaris vanaf juni 2025	Ministerie van Financiën
Rini Braber	Secretaris	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Nienke Landman	Secretaris	Ministerie van Financiën
Johan Sterrenburg	Secretaris	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Martijn Badir	Werkgroeplid tot mei 2025	Ministerie van Financiën
Dorien Blommers	Werkgroeplid vanaf mei 2025	Ministerie van Financiën
Michiel van den Hauten	Werkgroeplid	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Victor Joosen	Werkgroeplid	Ministerie van Economische Zaken
Remco de Nood	Werkgroeplid	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Gijs Roelofs	Werkgroeplid	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Judith Verheijden	Werkgroeplid	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Gerco Weenink	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Bram Wiggers	Werkgroeplid	Ministerie van Algemene Zaken
Jonneke Bolhaar	Werkgroeplid	Centraal Planbureau
Patricia van Echtelt	Adviserend lid	Sociaal Cultureel Planbureau

We willen de vele mensen van UWV en de verschillende departementen bedanken die met ons hebben meegedacht en aan de beleidsopties hebben gewerkt. Uiteraard ligt de verantwoordelijk voor de inhoud van het rapport bij de werkgroep en het secretariaat.

BIJLAGE 2

Taakopdracht

Aanleiding

Het aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering neemt toe. Deze ontwikkeling kan problematische gevolgen hebben voor het welzijn van mensen, de houdbaarheid van overheidsfinanciën, voor de arbeidsmarkt (werkgevers en werknemers) en voor de uitvoering.

Het arbeidsongeschiktheidsstelsel is een groot goed en biedt werknemers bescherming tegen een grote terugval in inkomen wanneer zij arbeidsongeschikt worden en biedt ondersteuning om te blijven of gaan werken waar mogelijk. Dat neemt niet weg dat het grote persoonlijke en maatschappelijke impact heeft als mensen hiervan afhankelijk worden, dus het is in ieders belang dat mensen zo min mogelijk een beroep hoeven te doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

De uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen hebben een omvangrijk budgettair beslag. De instroom neemt in recente jaren toe. Sinds 2006 komen arbeidsongeschikte werknemers in de WIA, die daarmee nog een ingroeiende regeling is. Tegenover stijgende uitgaven aan de WIA staan dalende uitgaven aan de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO). Per saldo stijgt de instroom in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen licht, ook gemeten als aandeel van de beroepsbevolking. De afgelopen jaren is ook het ziekteverzuim toegenomen. Daarnaast is in die periode het WIA-instroomrisico gestegen. De oorzaken van deze stijging zijn deels bekend en voorzien, zoals de grotere en gemiddeld oudere beroepsbevolking door de verhoging van de AOW-leeftijd. Deels zijn ze bekend maar onvoorzien, zoals de gevolgen van de COVID-19-pandemie. En deels zijn ze nog niet verklaard. Nadat de WAO grotendeels is uitgefaseerd, zal het totaal aantal arbeidsongeschikten naar verwachting sneller toenemen. Richting 2060 is de verwachting dat het totaal aantal mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering oploopt naar ruim 730.000 personen tegenover ca. 586.000 personen nu.

Stijgende uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen kunnen een probleem gaan vormen als zij komen door een hoger aandeel werkenden dat een beroep doet op de WIA. In dat geval stijgt de premiehoogte voor de WIA, wat leidt tot hogere loonkosten. Daarmee stijgt het verschil tussen de loonkosten voor een werkgever en het nettoloon dat de werknemer ontvangt, de zogenaamde wig, wat weer negatieve effecten kan hebben op de werkgelegenheid (en daarmee de economie in brede zin) en het gelijke speelveld tussen verschillende typen werkenden. Daarnaast kan een toename van ziekteverzuim via de WIA-uitgaven ook een aanzienlijke impact hebben op de Rijksbegroting.

De stijging van het aantal WIA-aanvragen en de instroom in de WIA heeft ook effect op de uitvoering. Door het hoge aantal WIA-aanvragen is de druk op UWV groot. UWV kampt al jaren met een mismatch tussen de vraag naar en aanbod van sociaal-medische beoordelingen. Hierdoor zijn er lange wachttijden ontstaan bij de sociaal-medische beoordelingen voor de WIA. Dit heeft weer tot gevolg dat mensen lang moeten wachten op zekerheid of ze recht hebben op een WIA-uitkering, wat hun re-integratiekansen niet bevordert en onzekerheid veroorzaakt bij hen en hun werkgevers. Ook heeft dit budgettaire gevolgen; de afgelopen jaren is er een aantal kostbare tijdelijke maatregelen genomen om de wachttijd niet te laten oplopen of om de gevolgen van de lange wachttijden voor mensen te verminderen.

Ook voor werkgevers is de hogere instroom en verblijfsduur in de ZW en WIA onwenselijk. Dit vergroot namelijk de arbeidsmarktkrapte, wat nadelige gevolgen heeft voor onder andere het verdienvermogen van Nederland en de werkdruk van collega's van de uitkeringsgerechtigden. Daarnaast hebben prikkels voor werkgevers om instroom in de ZW en WIA te beperken gevolgen voor de aantrekkelijkheid van vaste arbeidsrelaties en daarmee voor de verhouding tussen vaste en flexibele arbeidsrelaties.

Door de gestegen AOW-leeftijd werken mensen tot hogere leeftijd door. De arbeidsparticipatie van oudere werknemers is daarmee flink gestegen, maar de kans op langdurige ziekte, uitval en WIAinstroom neemt toe met leeftijd en de kans op re-integratie af. De stijging van de WIA-lasten als gevolg van de hogere AOW-leeftijd was voorspeld, maar roept de vraag op hoe we kunnen bevorderen dat (ook) oudere werknemers in de toekomst minder beroep hoeven te doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Het recente onderhandelaarsakkoord over de vormgeving van de 2 regeling vervroegd uittreding en de agenda voor duurzame inzetbaarheid vormt hiervoor een belangrijke basis.[281]

Bovenstaande geeft aanleiding om een nadere analyse te maken van de oorzaken van de instroom in de ZW en de WIA, welke groepen hierin (over)vertegenwoordigd zijn en de trends die we hierin zien. Deze analyse geeft inzicht in welke oorzaken bijdragen aan de ontwikkelingen die we zien, en welke hiervan reden zijn tot zorg. Om vervolgens beleidsopties in kaart te brengen om de instroom in de ZW en/of WIA te beperken en de uitstroom richting werk te verhogen. Er zijn op het terrein van werk, gezondheid en duurzame inzetbaarheid recent meerdere rapporten en onderzoeken gepubliceerd zoals Arbovisie 2040, het rapport van de onafhankelijke commissie toekomst arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS), de monitoring van de maatwerkregeling duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden (MDIEU)[282] en het SER-advies over sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Ook is in 2017 het IBO Geschikt voor de arbeidsmarkt uitgevoerd.

Dit nieuwe IBO over de WIA maakt gebruik van deze bronnen en is bedoeld als aanvullend hierop. Ook maakt dit IBO gebruik van inzichten in de in- en uitstroom van arbeidsongeschiktheidsregelingen, in knelpunten in de uitvoering en in de complexiteit van de regeling. Hierbij wordt ook het historisch perspectief van de oorspronkelijke doelen van de WIA meegenomen. De eerdere analyses kunnen ook inzicht geven in welke beleidsopties bij een bepaald ziektebeeld nuttig kunnen zijn.

De beleidsvarianten van dit IBO richten zich uitsluitend op interventies in de fase vanaf het intreden van ziekte. Het IBO biedt een samenhangend keuzepalet op instroom, en re-integratie van mensen die een beroep doen op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Hierbij wordt ook gekeken naar vereenvoudiging en de verhouding in verantwoordelijkheid tussen werkgever, werknemer en de overheid. Maatregelen die zien op het bevorderen van duurzame inzetbaarheid en voorkomen van ziekte raken aan dit IBO en zijn van groot belang. Beleidsvarianten die hierop zien, worden opgepakt in de agenda voor duurzame inzetbaarheid resp. het IBO mentale gezondheid en GGZ.

Doelstelling en opdracht aan de werkgroep

Het doel van dit IBO is om een analyse te maken van de trends en ontwikkelingen die we zien, en om beleidsopties te formuleren die de betaalbaarheid en beheersbaarheid van de WIA-uitgaven bevorderen en de (arbeids-)participatie vergroten. Hierbij wordt expliciet beschreven wat de effecten voor mensen zijn. Er zal een keuzepalet aan verschillende varianten uitgewerkt worden.

Conform de IBO-spelregels wordt tenminste één besparingsvariant van -20% uitgewerkt.

Onderzoeksvragen

1. Welke trends kunnen we waarnemen in de in- en uitstroom in de ZW en WIA?

[281] *Kamerstukken II 2024/2025, 32043, nr. 663*
[282] *Kamerstukken II 2023/2024, 66622 file (overheid.nl)*

a. Hoe hebben het ziekteverzuim, de instroom in de ZW en in de WIA zich ontwikkeld? Hoe verhoudt zich dit tot de WAO destijds? Wat kunnen we leren van de geschiedenis van de WAO en WIA? En wat is de prognose voor de lange termijn?
b. Hoe verhoudt deze ontwikkeling zich tot de demografische ontwikkeling van de beroepsbevolking? Welke trends zien we in de maatschappij en op de arbeidsmarkt die mogelijk ziekteverzuim en WIA-instroom beïnvloeden? (zoals werkdruk; flexibilisering; combinatie werk, zorg, gezin)
c. Hoe scoort Nederland in internationaal opzicht op instroom- en uitstroomcijfers, aandeel arbeidsongeschikten in de beroepsbevolkingen hoogte en duur van de uitkering?
d. Zijn er groepen oververtegenwoordigd in de ZW en de WIA, en zo ja, welke groepen zijn dat? Zijn er verklaringen voor oververtegenwoordiging en zo ja, welke?
e. Welke ziektebeelden vallen hierin op? Welke rol spelen moeilijk objectiveerbare aandoeningen hierin? Is er een verschuiving zichtbaar tussen ziektebeelden?
f. Wat zijn de verschillen tussen vangnetters en niet-vangnetters?[283]
g. Welke prikkels zijn er voor werknemers in de WIA om weer op de arbeidsmarkt actief te worden? Welke financiële aspecten en overige factoren, zoals de complexiteit van de sociale zekerheid en doenvermogen, spelen eventueel een beperkende rol in de uitstroom uit de WIA?
h. Welke sectoren/beroepen vallen op? Hoe verhouden cao-afspraken zich hiertoe?
i. Welke (positieve en negatieve) prikkels bestaan er voor werkgevers om - als mensen ziek worden - instroom in arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te beperken en uitstroom te bevorderen, waaronder door het in dienst houden of nemen van zieke of arbeidsongeschikte mensen. Hoe effectief zijn die prikkels? Bestaan daar grote verschillen voor de grootte of sector van een werkgever, contractvorm, of ziektebeelden van de werknemer? Welke gevolgen heeft dit voor de verhouding tussen vaste en flexibele arbeidsrelaties?
j. Hoe hebben de werkgeverslasten zich ontwikkeld?
k. Hoe werkt de re-integratie van vangnetters, hoe worden de middelen gealloceerd en welke ontwikkelingen zien we in de effectiviteit hiervan?

2. Welke beleidsopties zijn er (binnen en buiten de WIA) voor:
   a. Voorkomen van instroom (minder ZW- en WIA-aanvragen)
   b. Beperking van uitkeringsrechten en -hoogte bij ziekte en arbeidsongeschiktheid (minder of lagere dekking)
   c. Bevorderen van een hogere uitstroom uit ZW en WIA naar werk

In de uitwerking van de beleidsopties zal in ieder geval aandacht zijn voor de gevolgen voor de uitgaven aan arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, werkgeverslasten, voor waterbedeffecten (inclusief uitgaven) richting andere uitkeringsregelingen zoals de Participatiewet en voor de vereenvoudiging van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Waar mogelijk worden in het IBO overige verwachte effecten op mensen (waaronder financiële weerbaarheid) en hun re-integratiekansen beschreven.

Grondslag

Arbeidsmarkt (Artikel 1 deel LKV arbeidsgehandicapten en LKV herplaatsen arbeidsgehandicapten, SZW: 45,5 miljoen euro struc.) Arbeidsongeschiktheid (Artikel 3, SZW: 16,1 miljard euro struc.), Ziekte en verlofregelingen (Artikel 6 deel ZW, SZW: 2,7 miljard euro struc.).[284]

Organisatie

De werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van FIN, SZW, UWV, EZ, AZ en VWS. Ook worden experts van CPB en SCP verzocht om deel te nemen in de werkgroep. Relevante stakeholders die goed zicht kunnen geven op hoe het stelsel in de praktijk uitwerkt worden op passende wijze betrokken bij het IBO. De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. De

[283] *Vangnetter zijn mensen die vanuit de Ziektewet een WIA-aanvraag doen. Dat zijn mensen die op het moment van WIA-aanvraag geen werkgever meer, bijvoorbeeld doordat zij ziek zijn geworden tijdens een WW-uitkering. Niet-vangnetters hebben op het moment van WIA-aanvraag wel een werkgever.*
[284] *Stand in begrotingsjaar 2030 in prijspeil 2025.*

voorzitter wordt ondersteund door secretarissen van FIN en SZW. Het onderzoek start in december 2024. De werkgroep rondt haar eindrapport uiterlijk september 2025 af. De omvang van het rapport is niet groter dan vijftig bladzijden plus een samenvatting van maximaal vijf bladzijden.

BIJLAGE 3

Literatuurlijst

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). Werk maken van arbeidsongeschiktheid. Doetinchem, Nederland: Elsevier Bedrijfsinformatie.

Alexandrov Spanjer (2022). Ziekte of gedrag – Wat zijn de polisvoorwaarden. *TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. TBV-Online

Algemene Rekenkamer (2023). Verantwoordingsonderzoek 2023: Rapport bij het Jaarverslag 2022 – Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Algemene Rekenkamer.

Algemene Rekenkamer (2024). Grip op menselijke maat - onderzoek naar de uitvoering en gevolgen van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor werknemers, Den Haag.

Algemene Rekenkamer (2025). Tussenrapportage onderzoek WIA-problematiek bij UWV: Signalen van fouten in WIA-uitkeringen werden niet opgemerkt. Algemene Rekenkamer. https://www.rekenkamer.nl/documenten/2025/04/09/brief-tweede-kamer-tussenrapportage-onderzoek-wia-problematiek-bij-uwv.

Algemene Rekenkamer (2025). Fouten bij WIA-uitkeringen: blind voor de signalen, burgers geraakt - verschenen over de (sturing op) kwaliteit van de WIA.

APE (2018). De rol van private verzekeraars in het hybride WGA stelsel. Den Haag: APE Public Economics. p58.

APE Public Economics (2016). Arbeidsongeschiktheid in zes Europese landen; een literatuuronderzoek. Den Haag: APE Public Economics.

Arboportaal. (z.d.). Maatwerkregeling en vangnetregeling. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/ondersteuning-bij-arbowet/maatwerkregeling-en-vangnetregeling

Autor, D., Maestas, N., Mullen, K. & Strand, A. (2015). Does delay cause dacay? The effect of administrative decision time on the labor force participation and earnings of disability applicants. *NBER Working Paper 20840.*

Berendsen, E., Mulders H. & van Loo J. (2007), Het eerste jaar WIA. *ESB, 92 (4505), 132-135*.

Berendsen, E., Van Deursen, C. & Van Sonsbeek J. (2019), Stijging WIA-instroom nog geen reden tot zorg. *ESB 104 (4773), 230-232.*

Berendsen, E., Van Sonsbeek, J. & De Vries, M. (2025). WIA-instroom 2028-2024 geduid. UWV Kennisverslag 2025-7

Blonk, R. W. B. (2023). Re-integratie en arbeidsparticipatie: uitdagingen en perspectieven. TNO.

Boer (de), Faas en Otto (2024) Claimbeoordeling en bestaanszekerheid. TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde. TBV-Online

Braakhuis (2007). De arbeidsongeschiktheidsbepaling in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, *GAVscoop.* Jaar 11, nr 3.

Brouwers, E. (2016). Stigma op psychische problemen is een barrière voor arbeidsparticipatie. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 24(4), 155-157.*

Budorf, A. & Schuring, M. (2023). Benut ook mensen met gezondheidsproblemen. *ESB, 108(4826), 462-463.*

Capaciteitsorgaan (2023). Capaciteitsplan 2024-2027. Deelrapport 4 Sociaal geneeskundigen. Infographics (p6). Utrecht: Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen.

Centraal Bureau voor de Statistiek, & TNO. (2024). Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2023 – Resultaten in vogelvlucht. Centraal Bureau voor de Statistiek; TNO.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2020). Mensen zonder werk voelen zich minder gezond dan werkenden. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). Geschiedenis van het sociale zekerheidsstelsel in beeld. *https://www.cbs.nl/nl-nl/corporate/2024/39/geschiedenis-van-het-sociale-zekerheidsstelsel-in-beeld*

Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). Ziekteverzuim naar bedrijfstak: ontwikkelingen en verschillen, hoofdstuk 3: Trends in ziekteverzuim. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centraal Bureau voor de Statistiek (z.d.). Enquête Ziekteverzuim. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centraal Planbureau & Planbureau voor de Leefomgeving. (2024). Keuzes in Kaart 2025–2028. CPB & PBL.

Centraal Planbureau. (2020). Kansrijk arbeidsmarktbeleid: Update sociale zekerheid. https://www.cpb.nl/system/files/cpbmedia/omnidownload/CPB-Kansrijk-arbeidsmarktbeleid-update-sociale-zekerheid-2020.pdf

Commissie Regulering van Werk. (2020). In wat voor land willen wij werken? Eindrapport

De beleidsonderzoekers (2020). De no-riskpolis in breder perspectief.

De Beleidsonderzoekers, & SEO Economisch Onderzoek. (2018). Eindrapport effectiviteit no-riskpolis. De Beleidsonderzoekers; SEO Economisch Onderzoek.

De Boer en Faas (2023). Een nieuw MAOC … en hoe dan wel. *TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. *TBV-Online*

De Groot, N. & Koning, P. (2016). Assessing the effects of disability insurance experience rating. The case of The Netherlands. *Labour Economics 41, 304-3017/*

De Groot, N., & Koning, P. (2017). Leidt premiedifferentiatie voor werkgevers tot minder arbeidsongeschiktheid?

Deutsche Rentenversicherung (2024). Rentenversicherung in Zeitreihen.

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. Stress in cardiovascular diseases. *Med Sci Monit. 2002 May;8(5):RA93-RA101. PMID: 12011786.*

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H. The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders. *Neuro Endocrinol Lett*. 2002 Jun;23(3):199-208. PMID: 12080279.

European Commission & OECD. (2024). Health at a Glance: Europe 2024. OECD Publishing. *https://www.oecd.org*

EY (2023), Procesoptimalisatie WIA-claimbeoordeling.

FNV (2017). Checklist arbodienstverlening voor OR/PVT: Welke arbodienst halen we in huis? FNV.

FNV (2024, 27 februari). Stijging aantal arbeidsongeschikten door doorgeslagen flexibilisering: Flexwerkers komen twee keer vaker in WIA-uitkering dan mensen met vast contract. FNV.

Frijters, P., Johnston & D.W., Shields, M.A. (2014). The effect of mental health on employment: Evidence from Australian panel data. *Health Economics, 23(9), 1058-1071.*

Garcia en Spanjer (2020). De invloed van de diagnose op de beoordeling van belastbaarheid. *TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.*. Jaargang 28, nr. 4

Gemmings, P., & Prinz, C. (2023). Sickness and disability schemes: Comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland (OECD Social, Employment and Migration Working Paper No. 1601). OECD Publishing.

Hassink, W., Koning, P. & Zwinkels, W., (2015). Employers Opting Out of Public Disability Insurance: Selection or Incentive Effects?. *IZA Discussion Paper No. 9181.*

Hek, Paul de, Mark de Hartog, en Arie-Jan van der Toorn (2023). Knelpunten bij arbeidsongeschiktheid: hoe vaak komen deze voor? SEOR.

Institute for Fiscal Studies. (2025). The role of changing health in rising health-related benefit claims. Institute for Fiscal Studies.

Integraal Zorgakkoord. (2022). Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

Janssens, K.M.E., van Weeghel, J., Dewa, C., Henderson, C., Mathijssen, J.J.P, Joosen, M.C.W. & Brouwers, E.P.M. (2021). Line managers' hiring intentions regarding people with mental health problems: a cross-sectional study on workplace stigma. *Occup Environ Med, 78(8), 593-599.*

Jehoel-Gijzen, G. J. M., & Bruinsma, H. (2002). Psychische zieken en WAO-instroom. *Economisch-Statistische Berichten*, 87(4373), 524–527.

Kamerstukken II (2004/05), 30034, nr. 3

Kamerstukken II (2024/25) 26448 nr. 821.

Kamerstukken II (2024/25), 26448, nr. 846.

Kamerstukken II (2024/25), 34352, nr. 340

Kamerstukken II (2025/26). 26448, nr. 856.

Kamerstukken II, 2021-22, 26 448, nr. 674.

Kantarci, T., Koning, P. & van Sonsbeek, J.M. (2024). Werkprikkels bij arbeidsongeschiktheid zijn complex maar effectief. *ESB, 109(4839), 518-521.*

Kermer, D.A. , Driver-Linn, E. Wilson, T.D. & Gilbert, D.T. (2006). Loss aversion in an affective forecasting error. *Psychological Science, 17(8), 649-653.*

Kersten, A., van Woerkom, M., Geuskens, G. A., & Blonk, R. W. B. (2023). Organisational policies and practices for the inclusion of vulnerable workers: A scoping review of the employer's perspective. *Journal of Occupational Rehabilitation, 33(2),* 245–266. https://doi.org/10.1007/s10926-022-10067-2

Koning, P. & van Sonsbeek, J.M. (2017). Making disability work? The effects of financial incentives on partially disabled workers. *Labour Economics, 47, 202-215.*

Koning, P. (2019). Verleden, heden en toekomst van de arbeidsongeschiktheid. *Economisch-Statistische Berichten*, 104(4772), 151–153.

Koning, P., Muller, P., & Prudon, R. (2025). Why does temporary work increase disability insurance inflow? *Labour Economics, 96, Article 102719*. https://doi.org/10.1016/j.labeco.2025.102719

Koopmans, P. & Lammers, M., (2025). De gevolgen van eigen risico dragen in de WGA, UWV Kennisverslag 2025-1.

Landelijk instituut voor sociale verzekeringen (1996). Medische arbeidsongeschiktheidscriterium – richtlijn.

Louwerse et al. (2018). Characteristics of individuals receiving disability benefits in the Netherlands and predictors of leaving the disability benefit scheme: a retrospective cohort study with five-year follow-up. *BMC Public Health (2018) 18:157*.

Louwerse, I., Huysmans, M.A., van Rijssen, J.H.J., Schaafsma, F.G., Weerdesteijn, K.H.N., van der Beek, A.J. & Anema, J.R. (2020). Predicting future changes in the work ability of individuals receiving a work disability benefit: Weighted analysis of longitudinal data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 46(2), 168-176.*

Menting, J., van Schelven, F., Grosscurt, R., Spreeuwenberg, P., & Heijmans, M. (2019). Zorgmonitor 2019: Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte: 2005–2018. Nivel.

Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2004, 21 september). Nieuwe accenten op het terrein van werk en inkomen. Kamerstuk 29 804, nr. 1

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2025). Cao-afspraken 2025. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2023). Handreiking arbodiensten en transparantie in de markt. Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2023). SZW Arbovisie 2040. Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. https://www.arboportaal.nl/documenten/2023/10/30/szw-arbovisie-2040

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2023). Kamerbrief over voortgang uitwerking arbeidsmarktpakket (Kamerstuk 29 544, nr. 1176). Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2024). Kamerbrief over voortgang sociaal-medisch beoordelen. Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2025). Kamerbrief over voortgang sociaal-medisch beoordelen en uitkomst voorjaarsbesluitvorming. Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2025). *Kamerbrief voortgang Arbovisie 2040.* Den Haag, Nederland: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Nagtegaal, R, de Boer, N., Tummers, L. (2024). Samen aan het werk: Effectieve en gedragen gedragsveranderingen van werkgevers om meer mensen met een beperking aan te nemen. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Nagtegaal, R. de Boer, N., van Berkel, R. Derks, B. & Tummers, L. (2023). Why do employers (fail to) hire people with disabilities? A systematic review of capabilities, opportunities and motivations. *Journal of Occupational Rehabilitation, 33(2), 329-340.*

Nederlandse Arbeidsinspectie (2022). Spiegel bestaanszekerheid. Den Haag: Ministerie van Sociale Zekerheid en Werkgelegenheid. *P5*.

Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde. (2022). Advies over integrale sociaal-medische dienstverlening. Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

Nederlandse Zorgautoriteit. (2024, 1 oktober). Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB/REG-25610-02). Utrecht, Nederland: Nederlandse Zorgautoriteit.

Nivel (2016). Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland. Utrecht: capaciteitsorgaan.

Nivel (2020). Visies op taakherschikking: een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. Utrecht: Nivel, 2020.

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (2021). Handreiking Samenwerking en Taakherschikking in de Klinische Geriatrie/Interne Ouderengeneeskunde.

Office for Budget Responsability (2024). Welfare Trends Report.

Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2023). Beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel – Tussenrapport. Den Haag: Ministerie van SZW.

Oosterhuis, T., Van Lomwel, G., & Schaafsma, F. (2021). Inventarisatie richtlijngebruik bedrijfsartsen. Kwaliteitsbureau NVAB.

Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan, & Kwaliteit op Maat. (2021). Tweede spoor re-integratietraject: Praktijkervaringen met re-integratie in het tweede spoor. Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan.

Panteia (2023). Doelgroep banenafspraak: Onderzoek naar groepen personen met een soortgelijke ondersteuningsbehoefte als gevolg van dezelfde kenmerken en oorzaken.

Panteia, De Beleidsonderzoekers, & SEO Economisch Onderzoek. (2016). The theory and practice of second track reintegration. Panteia.

Pierson, P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review, 94*(2), 251–267.

Prudon, R. & Koning, P. (2024). Evaluatie van AG-dienstverlening aan 35-minners. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.

Raad van State. (2025, 16 mei). Wijziging van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en enkele andere wetten in verband met het wijzigen van de re-integratieverplichtingen (advies W12.25.00080/III). Den Haag, Nederland: Raad van State.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2025). Op de rem! - Voorbij de hypernerveuze samenleving.

Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg Zwolle. Onjuiste behandeling/verkeerde diagnose. ECLI:NL:TGZRZWO:2025:20. *Uitspraak - Overheid.nl | Tuchtrecht*

Regioplan (2024). Als het kon, zou ik het doen: De situatie van mensen die voor minder dan 35 procent arbeidsongeschikt zijn verklaard.

Rijksoverheid. (2017). IBO Geschikt voor de arbeidsmarkt: Mogelijkheden om de arbeidsparticipatie in de WIA te bevorderen. Den Haag.

Rijksoverheid (2023). IBO vereenvoudiging sociale zekerheid – moeilijk makkelijker maken. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Rijksoverheid (2025). Uit balans – IBO mentale gezondheid en ggz. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rijksoverheid. (2025). Arbodienst of bedrijfsarts inschakelen. Ondernemersplein. https://ondernemersplein.overheid.nl/personeel/arbo-en-gezondheid/bedrijfsarts-of-arbodienst/

RIVM (2023), Gezondheid van werkenden in Nederland. Ontwikkelingen tussen 2012 en 2020.

RIVM-TNO (2024). De impact van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychosociale arbeidsbelasting van werkenden. *RIVM & TNO-rapport 2024-0020*.

Rommelse, A. (2011). Een geschiedenis van het arbeidsongeschiktheidsbeleid in Nederland (scriptie, Universiteit Leiden). Leiden University.

Salomé, L., Rietdijk, R., Kistemaker, N., Borghouts, I. & Ogier, J. (2025). Uitval voorkomen bij werkenden met een arbeidsbeperking. Tilburg: Tilburg University.

SEO (2019). Gezondheidsproblemen in WW en bijstand.

SEO (2021). Evaluatie loonkostenvoordelen uit de WTL.

SEO Economisch Onderzoek. (2021). *Activering en bescherming in de sociale zekerheid (SEO-rapport 2021-08)*. SEO Economisch Onderzoek.

SEO Economisch Onderzoek. (2024). De impact van eenvoud: Een verkenning naar de brede kosten en baten van eenvoudige inkomensondersteuning. SEO Economisch Onderzoek.

SEO en de Beleidsonderzoekers (2018). Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW.

SEOR (2023). Afgewezen voor een WIA-uitkering: tussen en schip?

SEOR (2023). Knelpunten bij arbeidsongeschiktheid: Hoe vaak komen deze voor?

SEOR en Verwey Jonker instituut (2025). Effectevaluatie re-integratiedienstverlening voor mensen met een WGA-uitkering.

SEOR. (2021). Marktverkenning arbodiensten en verzuimbegeleiding in Nederland. SEOR.

Sira Consulting. (2023). Regeldruk MKB-indicatorbedrijven in zes sectoren: Hoofdrapport. Sira Consulting.

SiRM, & DSP-groep. (2024). Kosten en baten van arbocuratieve zorg: Onderzoek op basis van praktijkvoorbeelden. SiRM; DSP-groep.

Sociaal-Economische Raad. (2014). Betere zorg voor werkenden: Een visie op de toekomst van de arbeid gerelateerde zorg. Sociaal-Economische Raad.

Sociaal-Economische Raad. (2023). Naar een werkend arbostelsel voor iedereen: Arbovisie 2040, deel 1. Sociaal-Economische Raad.

Sociaal-Economische Raad. (2025). Gezond en veilig werken door effectieve regels en preventie: Arbovisie 2040, deel 2. Sociaal-Economische Raad.

Sonsbeek, J. van & Gradus, R. (2013), Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Oxford Economic Papers, Vol. 65, 832-855*.

Spanjer (2022). Beoordelen van belastbaarheid bij CVS. *TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*. Jaar 30, nr. 3

Spanjer, J., Abma, F. I., & Benus, K. (2020). Overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsarts: Deel II — Resultaten van de BAVA-pilot. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 25(1–2), 68–73.*

Spanjer, J., Abma, F., & Benus, K. (2020). Overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen: Hoe kan overleg tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen het best worden vormgegeven? *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 28(1–2), 74–78*.

Spijkerman, M. (2021). Waardoor verandert de arbeidsparticipatie WGA 35-80? *UWV kennisverslag 2021-1*. Amsterdam: UWV.

Spijkerman, M., Zijl, M. & Zwinkels, W. (2024). Individuele plaatsing en steun: een effectieve re-integratiemethode voor mensen met een ernstige aandoening. *UWV kennisverslag 2024-2.* Amsterdam: UWV.

Staatsblad (2000). Nr 307. Nota van toelichting Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.

Staatscommissie demografische ontwikkelingen (2024). Gematigde groei. p195. Den Haag: Staatscommissie demografische ontwikkelingen.

Staatscommissie Rechtsstaat (2024). De gebroken belofte van de rechtsstaat – tien verbetervoorstellen met oog voor de burger. Den Haag: Staatscommissie Rechtsstaat. P.50.

Stichting MedMij. (2024). Verkenning naar aansluiting nieuwe sectoren afgerond. Stichting MedMij.

Swart, L. & van der Laan, S. (2022). Nemen werkgevers mensen met een arbeidsbeperking in dienst? Arbeidsmarkt in kaart: Werkgevers – editie 3. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Teulings, C., Bovenberg, L., & van Dalen, H. (2003). De calculus van het publiek belang. Den Haag: Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken.

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. Yale University Press.

Timp, S., van Foreest, N. D., & van Rhenen, W. (2024). Effect of financial incentives on the cost and duration of sickness absence. *PLOS ONE, 19(6), e0305235*. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305235

TNO (2023), Burnout-klachten onder jonge werknemers. Een groeiend probleem?

Trimbos-instituut. (2022). Mentale gezondheid en werk: Adviezen voor werkgevers. Trimbos-instituut.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1986). Rational choice and the framing of decisions. *Journal of Business, 59(4, part 2), S251-S278.*

Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2020). Motie van het lid Van Weyenberg c.s. over integreren van klinische arbeidsgeneeskundige zorg in de reguliere oncologische zorg (Kamerstuk 35 570-XV, nr. 56). Den Haag, Nederland: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

UK Government. (2025). Pathways to Work: Reforming benefits and support to get Britain working (Green Paper). HM Government.

UWV (2007). Kroniek van de sociale verzekeringen 2007, Wetgeving en volume-ontwikkeling in historisch perspectief.

UWV (2015), UWV Kennisverslag 2015-2.

UWV (2017). Knelpuntenbrief UWV. p4. Amsterdam: UWV.

UWV (2023). UWV Monitor arbeidsparticipatie arbeidsbeperkten 2023. Amsterdam: UWV.

UWV (2024). Beslisnota bij Kamerbrief over lerende evaluatie scholingsaanbod WGA: Werkbehoud-traject (kenmerk 25-135).

UWV (2024). *Evaluatie sociaal-medische centra 2024*. Den Haag: UWV.

UWV (2024). Inzicht in acht Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels, UWV kennisverslag 2024-1. Amsterdam: UWV

UWV (2025). Jaarverslag 2024. UWV - UWV jaarverslag 2024. P25

UWV (2025). Meer scholing: waardevol en haalbaar – Verslag van de lerende evaluatie bij de pilot scholingsaanbod WGA. Amsterdam: UWV.

UWV (2025). PM. Kennisverslag 2025-1

UWV (2025). Wachten verlichten. Het effect van het communiceren van wachttijden op de klantbeleving. p5. Amsterdam: UWV.

UWV (2018). Toetsing van het re-integratieverslag (RIV). UWV.

UWV (2022). Beleidsdoorlichting Re-integratie-instrumenten. UWV.

UWV (2022). Kennisverslag 2022-1: Re-integratie bij langdurig verzuim. UWV.

UWV (2023). Jaarverslag 2023, deel 1. UWV.

UWV (2023). Jaarverslag 2023, deel 2. UWV.

UWV (2024). Jaarverslag 2024. UWV.

UWV (2025). Kwantitatieve informatie eerste vier maanden 2025. UWV.

UWV (2025). UKV Volumeontwikkelingen voorjaar 2025 (Kennisverslag 2025–3). UWV.

Van den Hauten, M. (2003). De werking van incentives: De reacties van werkgevers op de privatisering van de Ziektewet. Reed Business Information.

Van den Heuvel, S. G., Bouwens, L., & De Vroome, E. M. M. (2025). *Arbobalans 2024 (TNO-rapport 2025 R11108)*. TNO Work & Health.

Van Koesveld, E. (2007). De verborgen opbrengsten van beleid. *Economisch-Statistische Berichten*, 92(4511), 692–695.

Van Sonsbeek, J., Kantarci, T. & Zhang, Y., (2019). WIA stimuleert arbeidsdeelname en inkomen meer dan WAO. *ESB 104 (4772), 158-161.*

Van Vuuren, D., & Muns, S. (2021) Een levensloopperspectief op de sociale zekerheid. In E. H. Ballin, T. Jaspers, A. Knottnerus & H. Vinke (Red.), De toekomst van de sociale zekerheid: De menselijke maat in een solidaire samenleving (pp. 349-364). Boom Juridisch.

Van Zitteren, Van Boreen en Spanjer (2022). Adequate beoordeling van long covid. TBV - Tijdschrift Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.

Verbond van Verzekeraars (2025, 22 juli). MKB verzuim ontzorgverzekering blijft terrein winnen onder werkgevers. Verbond van Verzekeraars.

Weerdesteijn, K. H. N., Schaafsma, F., Bonefaas-Groenewoud, K., Heymans, M., van der Beek, A. & Anema, J. (2020). Predicting return to work after long-term sickness absence with subjective health complaints: a prospective cohort study. *BMC public health, 20 (1095)*.

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Artikel 4. *wetten.nl - Regeling - Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen - BWBR0019057*. Geraadpleegd najaar 2025.

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen; memorie van toelichting (2005). *Kamerstuk 30 034, nr. 3. Den Haag, Nederland*: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). Weten is nog geen doen: Een realistisch perspectief op redzaamheid. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2023). Grip. Het maatschappelijk belang van persoonlijke controle. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Witkamp, A., Engelen, M., De Ruig, L., Kok, L., Kroon, L., & Heyma, A. (2016). De theorie en praktijk van re-integratie tweede spoor. Panteia; De Beleidsonderzoekers; SEO Economisch Onderzoek.

ZonMw (2025). Eerste stappen naar ontsluiting van gegevens uit het bedrijfsgeneeskundig dossier via PGO. ZonMw.

BIJLAGE 4

Kennissessies en geraadpleegde personen

KENNISSESSIES	
Ervaringsdeskundigen	M. Zoomer en M. de Vries
OCTAS	R. Vermeij en P. Koning
Re-integratiedienstverlening	Arbeidsdeskundige, adviseur intensieve dienstverlening en werkgeversadviseur van het UWV Werkbedrijf en een re-integratiebegeleider Ziektewet bij UWV Sociaal Medische Zaken
Vertegenwoordigers van maatschappelijke organisaties en belanghebbenden	VNO-NCW/MKB Nederland (A. Goossens), FNV (P. van den Boom), Landelijke Cliëntenraad (E. te Brake), PPUSZ (S. Kelder), ABU (S. Idbid) en NVVG (B. Donker-Cools)
Verzekeringsartsen over psychische aandoeningen	Verzekeringsartsen van UWV
Wetenschappers	Prof. Dr. U. Bultmann (hoogleraar Arbeid en Gezondheid, UMCG), Prof. Dr. P. Koning (hoogleraar Arbeidsmarkt en Sociale Zekerheid, VU), Prof. Dr. Mr. W. Roozendaal (hoogleraar Sociaal Recht, VU), Dr. J.M van Sonsbeek (programmaleider Lange Termijn, CPB), Prof. Dr. D. van Vuuren (hoogleraar sociale zekerheid en economie, Tilburg University), Dr. R. van Ooijen (assistent professor in o.a. sociale geneeskunde, RUG), Dr. S. Oomens (bijzonder lector arbeidsdeskundigheid, HAN), Dr. Jim Faas (expert verzekeringsgeneeskunde)
WIA-poort, behoordeling van ziekte & uitkering	Verzekeringsarts en arbeidsdeskundige UWV Sociaal Medische Zaken

NAAM	ORGANISATIE
J. Koops	ABU
S. Idbid	ABU
F. van Rooy	Arbo Unie
W. van Rhenen	Arbo Unie
S. Klomp	ASR
Kees Vennix	CBS
P. de Jong	Emeritus-hoogleraar Sociale Zekerheid, UvA
N. Hoogers	Human Total Care
D. Toebes	Ieder(in)

B. van den Krommenacker	Landelijke Cliëntenraad
K. Skliris	Landelijke Cliëntenraad
G. van Strien	Movir
L. Waterreus	NBBU
S. Peijse Van der Aa - Van Gelder	Nederlandse Arbeidsinspectie
R. de Boer	Nederlandse Arbeidsinspectie
W. van Pelt	NOVAG
G. van Lomwel	NVAB
B. Donker-Cools	NVVG
K. Hoogteijling	OVAL
G. Louw	PPUSZ
S. Kelder	PPUSZ
L. Schreurer	Richting
Werkgroep Sociale Zekerheid en Zorg	Stichting van de Arbeid
R. Blonk	Tilburg University
A. Evers	Universiteit Leiden
A. de Rijk	Universiteit Maastricht
S. van der Burg	Universiteit van Amsterdam
Arbeidsdeskundigen en adviseurs intensieve dienstverlening van UWV Werkbedrijf	UWV
M. Camps	UWV
J. Duveen	UWV
M. Buurman	UWV
M. Rovers	UWV
Medewerkers Strategie Beleid en Kenniscentrum	UWV
M. Jetten (en team)	UWV
K. de Decker	UWV
Verzekeringsartsen van Sociaal Medische Zaken	UWV
Medewerkers Business Control & Kwaliteit van Sociaal Medische Zaken	UWV
N. Alexandrov	UWV
T. Pieterse	UWV (voorheen)
E. te Brake	UWV Cliëntenraad
R. de Groot	UWV Cliëntenraad
D. Schmitz	Verbond van Verzekeraars
H. Herbert	Verbond van Verzekeraars
J. Spanjer	Verzekeringsarts en opleider
A. Goossens	VNO-NCW/MKB-Nederland
F. Vijselaar	VNO-NCW/MKB-Nederland
Anoniem	Voormalig UWV verzekeringsarts UWV-cliënt (over proces/administratie)
M. Leijten	Voorzitter IBO *Uit balans*

F. Paling	Voorzitter RvB GGZ inGeest
C. Vinkers	Vrije Universiteit Amsterdam
H. Anema	Vrije Universiteit Amsterdam
G. Kummeling	Zelfstandig bedrijfsarts

BIJLAGE 5

Ervaringen meeloopdagen

Als onderdeel van het IBO WIA hebben de (adviserend) leden van de werkgroep op een dag(deel) meegelopen bij een arbodienst of UWV. Het doel van deze meeloopdagen was om een beter begrip te krijgen van de dagelijkse praktijk waarmee professionals te maken hebben wanneer iemand ziek is en (tijdelijk) niet in staat is om te werken. De werkgroepleden zijn vervolgens gevraagd hun ervaringen kort op papier te zetten.

Patricia van Echtelt (SCP) op bezoek bij een klantcontactcentrum van UWV:

"Het bezoek aan het klantcontactcentrum van UWV liet zien dat er veel aandacht is voor de 'menselijke maat' in die dienstverlening, bijvoorbeeld het actief benaderen van mensen die wachten op een beoordeling en hulp bij schuldenproblematiek. Bij het meeluisteren met gesprekken hoor je wat het met mensen doet als de kaders waarbinnen uitvoerders werken knellen, zoals de vertragingen bij de beoordelingen. Onzekerheid over het inkomen, angst voor terugvorderingen en onduidelijkheid over welke instantie waar over gaat."

Victor Joosen (EZ) op bezoek bij een sociaal medisch team voor de WIA-beoordeling:

"Bij UWV kreeg ik een inkijkje in de uitvoering van de WIA-toegang door een team van arbeidsdeskundigen, verzekeringsartsen en procesbegeleiders. Wat me opviel, is hoeveel aandacht elk dossier vraagt en hoeveel er van het team wordt gevraagd. Het systeem staat onder zware druk, niet alleen door de toenemende instroom, maar ook door de complexiteit van het stelsel zelf. Ontbrekende informatie of haperingen in het proces zorgen snel voor vertraging en onzekerheid. Deze problemen zijn niet met snelle ingrepen op te lossen, maar vragen om structurele keuzes om het stelsel hanteerbaarder en eenvoudiger te maken."

Judith Verheijden (SZW) op bezoek bij een klantcontactcentrum van UWV:

"De meeloopdag bij het klantcontactcentrum van UWV gaf een goed beeld van waar mensen die een WIA-uitkering aanvragen of hebben mee te maken krijgen. Ten eerste van hoe ingewikkeld de WIA zelf voor mensen is. Maar ook van alle onzekerheid en zorgen die mensen er omheen hebben wanneer ze door ziekte zijn uitgevallen in hun werk. Het was duidelijk dat het aanvragen van een uitkering hun leven nu onzekerder en ingewikkelder maakt, door hoe de WIA werkt en door de lange wachttijden voor een beoordeling. En dat die zorgen mensen niet helpen om weer aan het werk te gaan. Ik vond het indrukwekkend om te zien hoe de medewerkers van het klantcontactcentrum zich met zoveel energie en oprechte betrokkenheid inzetten om die mensen verder te helpen. Mijn indruk was dat iedereen eraan werkt om de mensen die contact opnemen met UWV echt verder te helpen. Of dat nu is met een luisterend oor, met extra uitleg, of door ze in contact te brengen met collega's of met andere instanties buiten UWV. Ook wanneer medewerkers zelf ook vastlopen in de regels, zorgt UWV er op verschillende manieren voor dat zij mensen die echt in de knel zitten toch verder kunnen helpen. Maar uiteindelijk zijn deze mensen het meest geholpen met een goed werkend systeem dat snel duidelijkheid en zekerheid geeft, en dat is onze verantwoordelijkheid."

Bram Wiggers (AZ) op bezoek bij een sociaal medisch team voor de WIA-beoordeling:

"Mijn bezoek aan het sociaal-medisch centrum van UWV in Den Haag heeft mij doen inzien hoe complex de problematiek is waar UWV mee te maken heeft in de uitvoering. In mijn gesprekken met de verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders en managers van het sociaal-medisch centrum werd duidelijk waar de problemen liggen; complexe wetgeving, capaciteitstekorten en nieuwe, moeilijk objectiveerbare ziektebeelden. Door het aanhoren en ervaren van de problematiek in de uitvoering hebben wij waardevolle informatie opgehaald en inspiratie gevonden om te onderzoeken wat er gedaan kan worden om de WIA-problematiek aan te pakken. Wat mij het meest is bijgebleven van mijn meeloopdag is het beoordelingsgesprek van de arbeidsdeskundige met een (nadien) volledig afgekeurd persoon. Het gesprek greep mij, juist omdat het voor mij volkomen helder maakte waar het hier allemaal om draait; het inkomen en levensonderhoud van mensen. Ik heb dan ook niets anders dan respect gekregen voor de medewerkers van UWV die op kundige en menselijke wijze personen ondersteunen en begeleiden in een zeer ingrijpende periode van hun leven."

Gerco Weenink (FIN) op bezoek bij een klantcontactcentrum van UWV:

"Bij het klantcontactcentrum van UWV in Vlissingen heb ik de complexe uitvoering en geëngageerde medewerkers van UWV in actie gezien. Ik was onder de indruk van de enorme hoeveelheid en diversiteit van de vragen die de medewerkers van UWV telefonisch konden beantwoorden. Gelukkig worden ze daarbij geholpen van diverse IT-systemen die hen bijna real-time informatie verschaffen over alle regelingen en clientgegevens die nodig zijn om die vragen te beantwoorden. Die dag bij UWV heeft nogmaals bevestigd hoe ingewikkeld we het hebben gemaakt. Een hele leerzame ervaring en een goede motivatie voor dit IBO!"

Remco de Nood (VWS) op bezoek bij een klantcontactcentrum van UWV:

"Medio mei 2025 mocht ik een dag meelopen bij het klantcontactcentrum van UWV in Goes. Wat me het meest is bijgebleven is de positieve instelling en motivatie van de UWV-collega's om mensen daadwerkelijk verder te helpen. Dit doen zij op een begripvolle wijze, met ruimte en aandacht voor wat mensen te vertellen hebben over hun situatie en wat dit voor hen in het dagelijks leven betekent. Veel mensen die met UWV te maken krijgen verkeren in een kwetsbaar moment van hun leven, met onzekerheid over werk, inkomen en/of gezondheid. Juist dan is het belangrijk dat er mensen zijn zoals de UWV-collega's bij het klantcontactcentrum die de tijd nemen voor jou, jouw zorgen en jouw vragen."

Gijs Roelofs (SZW) op bezoek bij een sociaal medisch team voor de WIA-beoordeling:

"Tijdens de meeloopdag heb ik kunnen zien hoe een sociaal-medisch team van verschillende professionals bij UWV samenwerkt om elke cliënt zo gericht mogelijk te helpen, op basis van diens specifieke situatie. Ik zag veel gedrevenheid bij alle UWV'ers om de beste dienstverlening te bieden. Dat gaf vertrouwen dat dit uitvoeringsmodel niet alleen een efficiëntere uitvoering mogelijk maakt, maar óók een betere dienstverlening. Tegelijkertijd was duidelijk dat de benodigde ICT-ontwikkeling om deze multidisciplinaire werkwijze optimaal te ondersteunen, nog 'work in progress' was. Hier ligt nog een opgave om regiokantoren beter te faciliteren om tot efficiënte en uniforme werkwijzen te komen. Wat uiteindelijk het meest is blijven hangen is de onmacht die UWV-medewerkers steeds vaker voelen, wanneer ze vrezen dat schrijnende situaties ontstaan doordat mensen te lang moeten wachten op een (her)beoordeling. De oplopende druk op

de verzekeringsartsen in de hele organisatie maakt het steeds moeilijker om te doen wat simpelweg noodzakelijk voelt. Een indringende oproep om het tij van stijgende wachttijden zo snel mogelijk te keren."

Michiel van Hauten (UWV) en Ernst van Koesveld (VZ) op bezoek bij een arbodienst:

"In de gesprekken bij een arbodienst zijn we ingegaan op de oorzaken van de grotere toestroom naar de WIA en op de samenwerking tussen arbodiensten en UWV. Bij arbodiensten is veel kennis aanwezig over ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en die gegevens zouden beter benut kunnen voor worden voor het voorkomen van instroom in de WIA. Dat vergt ook betere samenwerken tussen bedrijfsartsen en verzekeringsarts. In de praktijk zijn daar juridische en organisatorische belemmeringen, maar we hebben ook voorbeelden besproken waarin de samenwerking heeft geleid tot betere dienstverlening en re-integratie. Wat daarbij helpt is de taal en werkwijzen meer met elkaar in lijn te brengen. We leerden ook meer over de verhouding tussen de werkgever en de arbodienst en hoe de contractering in zijn werk gaat."

Ernst van Koesveld op bezoek bij sociaal medisch teams voor de ZW- en WIA beoordeling bij UWV:

"Bij een bezoek aan het UWV-kantoor in Heerlen heb ik gesproken met een verzekeringsarts/regievoerder en een spreekuur met een WIA-beoordeling meegemaakt. Een leerzame ervaring, en ook bijzonder om een stukje mee te luisteren in iemands leven. De verzekeringsarts nam met de cliënt de gezette en nog te zetten stappen in het proces goed door ("stationnetjes van de reis"). Vervolgens kwamen de klachten (diagnose), belemmeringen en beperkingen aan de orde. Het was een open gesprek. De medisch secretaresse en de sociaal-medisch verpleegkundige hadden al veel voorwerk verricht, er was diagnose-informatie beschikbaar van de behandelend arts en eerder was er ook contact geweest met de bedrijfsarts. Daardoor kon de verzekeringsarts zich gedurende een klein uur richten op de inschatting van de beperkingen van de cliënt. Daarbij woog hij mee dat de cliënt een aantal uren per week vrijwilligerswerk deed. Hij vulde het dossier die dag nog aan, waarna de arbeidsdeskundige de (theoretische) re-integratiemogelijkheden bekijkt om vervolgens de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen. Voor de cliënt was deze stap nu nog ingewikkeld te doorgronden; de stap zal naar verwachting duidelijker en concreter worden in het gesprek met de arbeidsdeskundige dat binnen twee of drie weken plaats heeft. Daarna heb ik met een sociaal-medisch verpleegkundige meegeluisterd in een multidisciplinair overleg. Het betrof mensen die zich ziek hadden gemeld in hun WW-periode. Steeds werd bepaald wie van de professionals "aan kop" ging voor het vervolgproces (triage). Er werd snel en praktisch geschakeld. Samengenomen: mooie voorbeelden van goed georganiseerd teamwork, waarbij professionals elkaar goed kennen, elkaar aanvullen en benutten."

Ernst van Koesveld en secretariaat bezochten ook het UWV-kantoor in Den Haag (EZWb "vangnetters") en het regionaal werkcentrum in Amersfoort:

"Bij het regionaal werkcentrum zagen we hoe op een laagdrempelige manier mensen geholpen kunnen worden in hun zoektocht naar een baan. Mooi om te zien dat gemeenten en UWV hier nauw samenwerken. Zeker voor de groep '35-minners' kan een regionaal werkcentrum een goed beginpunt zijn in de zoektocht naar werk."

Ernst van Koesveld liep op anonieme basis met een UWV-cliënt ook het hele proces door en kreeg inzage in alle administratie: *"Leerzaam dit vanuit de leefwereld mee te maken. Dank daarvoor."*

Uitgave december 2025