

967-01

Duurzaam niet- duurzaam?

Onderzoek naar niet-duurzaam volledig
arbeidsongeschikt verklaarden

Philip de Jong
Tom Everhardt
Carlien Schrijvershof

met medewerking van
Rafiq Frierson
Maartje Gielen

Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkge-
legenheid (SZW)

© Aarts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Den Haag, februari 2013

Duurzaam niet duurzaam?
Ph. de Jong, T. Everhardt, C. Schrijvershof

Ape rapport nr. 967

© 2013 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUD

0	SAMENVATTING & BESCHOUWING	I
0.1	Onderzoeksvragen	i
0.2	Onderzoeksinstrumenten	i
0.3	Het stelsel	ii
0.4	De uitvoering	iii
0.5	Wie komen in de WGA 80-100?	v
0.6	Uitstroom uit WGA 80-100	vi
0.7	Retourstroom	viii
0.8	Slotbeschouwing	ix
1	INLEIDING	1
1.1	Aanleiding	1
1.2	Vraagstelling	3
1.3	Onderzoekopzet	3
1.4	Indeling van het rapport	5
2	DE SYSTEMATIEK VAN DE WIA	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Algemeen	7
2.3	Uitkeringshoogte en financiering	10
2.4	Claimbeoordeling	12
2.5	Herbeoordelingen	18
2.6	Re-integratie	19
2.7	Samenvatting & conclusies	20
3	TOEPASSING IN DE PRAKTIJK	23
3.1	Inleiding	23
3.2	Korte schets duurzaam en niet duurzaam arbeidsongeschikten	23
3.3	Beoordeling mate van arbeidsongeschiktheid	24
3.4	Beoordeling duurzaamheid arbeidsbeperkingen	32
3.5	Herbeoordelingen	36
3.6	Re-integratie	44
3.7	Samenvatting & conclusies	47
4	ANALYSE VAN DE WIA INSTROOM	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Samenstelling van de WIA-instroom in 2010	51

4.3	Determinanten van duurzaamheid bij volledige arbeidsongeschiktheid	63
4.4	Samenvatting en conclusies	68
5	DE WGA 80-100-POPULATIE: TRANSITIES EN PROGNOSES	71
5.1	Inleiding	71
5.2	Transities vanuit de WGA 80-100 groep	72
5.3	Het trajecteffect nader onderzocht	84
5.4	Prognoses	94
5.5	Samenvatting & conclusies	97
5.6	Bijlagentabellen	100
6	RETOURSTROOM	109
6.1	Inleiding	109
6.2	Verschillen tussen eerste en hernieuwde aanvragen	110
6.3	Verschil tussen vaste werknemers en vangnetters	120
6.4	Samenvatting & conclusies	128
7	LITERATUUR	131
8	BIJLAGE 1 GEÏNTERVIEWDE PERSONEN	133
9	BIJLAGE 2 DOSSIERONDERZOEK	134

0 SAMENVATTING & BESCHOUWING

0.1 Onderzoeksvragen

Onder degenen die de WIA instromen vormen niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten (WGA 80-100) verreweg de grootste groep. Voorafgaand aan de invoering van de WIA werd verwacht dat het aandeel van deze groep 14% zou zijn. In 2011 is hun aandeel 56%. Het aandeel duurzaam volledig arbeidsongeschikten (IVA) en gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA 35-80) is juist kleiner dan aanvankelijk verwacht werd. Naar aanleiding van deze onverwachte uitkomsten heeft het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid onderzoek laten doen naar de volgende vragen:

- In hoeverre bieden de regels en de uitvoering van de WIA een verklaring voor de grote proportie WGA 80-100?
- Wat betekenen die regels en uitvoering voor de samenstelling van de WGA 80-100 populatie?
- Wat bepaalt de doorstroom van WGA 80-100 naar de IVA en naar de andere WIA-categorieën (WGA 35-80 en 35-min)?
- Hoe ontwikkelt zich die doorstroom in de toekomst?

Een ander fenomeen waaraan in dit onderzoek aandacht is geschonken is de retourstroom – hernieuwde WIA aanvragen in vervolg op een aanvankelijk afwijzing. Het onderzoek richtte zich vooral op de vraag hoe het komt dat bij hernieuwde aanvragen de toekenningskans hoger is dan bij eerste aanvragen.

0.2 Onderzoeksinstrumenten

Om antwoord te geven op deze vragen hebben we gebruik gemaakt van:

- interviews met verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, andere betrokkenen binnen UWV en sociale partners;
- dossieronderzoek (claimbeoordelings- en herbeoordelingsdossiers)
- analyse van integrale bestanden van WIA-toekenningen vanaf de start van de WIA tot eind 2010. UWV heeft deze bestanden speciaal voor het onderhavige project samengesteld. Het stelde ons in staat de WGA 80-100 toekenningspopulatie op een ruim aantal kenmerken te vergelijken met de IVA-instroom. Bovendien liet dit bestand toe de uitstroom vanuit WGA 80-100 naar IVA, naar WGA

35-80 en naar herstel (35-min) te onderzoeken. Daarnaast heeft UWV een integraal bestand van claimbeoordelingen geleverd waarmee de retourstroom in de WIA in kaart gebracht kan worden.

0.3 Het stelsel

De systematiek van de WIA bevat een aantal elementen die leiden tot een relatief grote proportie niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. In de eerste plaats is bij volledige arbeidsongeschiktheid het onderscheid tussen duurzaam en niet-duurzaam aan strenge medische regels onderworpen. Zolang er behandelmogelijkheden zijn die uitzicht kunnen bieden op toename van de benutbare mogelijkheden kan de arbeidsongeschiktheid niet als duurzaam beoordeeld worden.

Ten tweede is de WIA voor werknemers moeilijker toegankelijk. De toekenningsvoorwaarden van de WIA, en de eerdere uitwerking van die voorwaarden in het aSB, zijn strenger dan voorheen en de toegangsdrempel (minstens 35% verlies aan verdien capaciteit) is hoger. Bovendien is het uitkeringsregime in de WGA zo vormgegeven dat degenen die hun restcapaciteit onvoldoende benutten na verloop van tijd een minimumuitkering krijgen. Het strengere WIA-regime heeft ertoe geleid dat werknemers met voldoende benutbare mogelijkheden minder vaak dan voorheen een WIA-aanvraag zullen doen.

Ten derde kent de WIA, net als de WAO, een loonkundige definitie van arbeidsongeschiktheid. Deze kan ertoe leiden dat werknemers met benutbare mogelijkheden volledig arbeidsongeschikt verklaard worden. Los daarvan geldt dat gedurende de loongerelateerde fase een 80-100 uitkering niet kan worden gewijzigd. Dit kan tijdige activering van degenen die op arbeidskundige gronden niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard ontmoedigen. Als na afloop van de loongerelateerde fase de uitkering van 70% van het laatst verdiende loon doorloopt, kan dat een belemmering vormen om zich te oriënteren op vergroting van de verdien capaciteit, voor zover de beperkingen zo'n oriëntatie zinvol maken.

En tot slot borduurt de WIA voort op veranderingen in de arbeidsongeschiktheidswetgeving die voor zijn invoering zijn ingezet, zoals het aangepaste Schattingsbesluit en de Wet Verbetering Poortwachter (WvP). De WvP heeft, zo blijkt uit eerder onderzoek, bijgedragen aan een reductie van de WIA instroom. De loondoorbetalings- en re-integratieverplichtingen van de wet Verlenging Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte (VLZ) en van de WvP, in combinatie met het regime van premiedifferentiatie in de

WGA, hebben werkgevers ertoe aangezet langdurig verzuim en WIA-toetreding te voorkomen. Als gevolg hiervan hebben langdurig zieken die de WIA poort bereiken vaker ernstige beperkingen. Het selectieproces dat door het huidige stelsel van verzuim- en arbeidsongeschiktheidsregelingen wordt opgeroepen, heeft ertoe bijgedragen dat de proportie volledig arbeidsongeschikten onder de WIA-instroom groter is dan op grond van de ervaringen met de WAO verwacht werd.

0.4 De uitvoering

Claimbeoordeling

De claimbeoordeling vindt plaats volgens een vast format. Zowel de verzekeringsgeneeskundige- als de arbeidsdeskundige rapportages geven een gestandaardiseerde onderbouwing van de uitkomst van de claimbeoordeling. Daarbij worden standaarden en protocollen nauwgezet toegepast. De behandelende artsen worden in het proces van claimbeoordeling niet standaard geraadpleegd. Doorgaans is dit niet nodig omdat er in de wachttijd voor de WIA al veel medische informatie is verzameld. Indien de cliënt hierom verzoekt wordt de arts echter altijd geraadpleegd.

De praktijkervaringen bevestigen er voor de laagste inkomens sprake is van een 'alles-of-niets' situatie en dat langdurig zieken met een hoog inkomen een grotere kans hebben om als volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt beoordeeld te worden. Door de loonkundige definitie is er zelfs een groep die volledig arbeidsongeschikt verklaard is, maar die wel voldoende functionele mogelijkheden heeft om ten minste het minimumloon te verdienen. Daarnaast is er een groep die weliswaar niet in staat is het minimumloon te verdienen, maar wel over arbeidscapaciteit beschikt.

Beoordeling duurzaamheid

Wanneer verzekeringsartsen het voorgeschreven beslissingsschema volgen en verbetering van de belastbaarheid is uiteindelijk niet uitgesloten, dan komen zij automatisch uit bij het label 'redelijk tot goede verwachtingen', terwijl dit de situatie niet goed weerspiegelt. In veel gevallen is namelijk verbetering van de belastbaarheid niet uit te sluiten (en wordt daarom ook niet tot duurzaamheid besloten), maar is het oordeel 'redelijk tot goede verwachting' te optimistisch. In de communicatie over de duurzaamheid van geconstateerde beperkingen ervaren verzekeringsartsen een groot gat tussen de labels 'verbetering belastbaarheid uitgesloten' of 'niet of nauwelijks te verwachten' enerzijds, en het label 'redelijk tot goede verwachting' anderzijds.

Duurzaamheid wordt zorgvuldig onderbouwd.

De toekenning van een IVA uitkering is onderworpen aan strenge criteria. Het oordeel over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen wordt dan ook uitgebreid verantwoord. De onderbouwing omvat een toets door de staf verzekeringsarts.

Herbeoordelingen

Tot eind 2010 is 27% van de WGA 80-100 ontvangers een of meer keren herbeoordeeld. Dit percentage is gebaseerd op onvolledige waarnemingen. Immers, naarmate claimbeoordelingen langer geleden zijn, is een groter deel herbeoordeeld. Zo heeft van de WGA 80-100 toekenningen uit 2006 inmiddels 60% een herbeoordeling gehad. Het aantal herbeoordelingen binnen de groep WGA 80-100 is echter in de loop van de jaren na de introductie van de WIA geleidelijk afgenomen.

Door de afschaffing van de wettelijke herbeoordeling is er geen vast moment meer van herbeoordelen. Het nieuwe beleid is erop gericht om herbeoordelingen te doen met het oog op de participatiemogelijkheden van de cliënt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen:

- (1) cliënten die medisch arbeidsongeschikt zijn en voor wie een herbeoordeling wordt ingepland om te kunnen monitoren hoe hun benutbare mogelijkheden zich ontwikkelen;
- (2) cliënten die zelf om een herbeoordeling vragen;
- (3) cliënten met benutbare mogelijkheden die zijn overgedragen aan een werkcoach van het Werkbedrijf, waarbij deze coach in het proces van re-integratie behoefte heeft aan een actuele vaststelling van de verdiencapaciteit.

Uit de onderzochte dossiers blijkt dat herbeoordeling van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten vaker leidt tot verlenging van de status quo dan tot transitie naar een andere WIA-categorie of tot beëindiging van de WIA-uitkering. De bestandsgegevens bevestigen dit beeld: bij 64 procent van de herbeoordelingen van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten blijft de status ongewijzigd. Een status quo beslissing hoeft niet uitgebreid verantwoord te worden, zo laten de onderzochte dossiers zien.

Re-integratie

Alle partijen die bij de re-integratie van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten betrokken zijn, hebben behoefte aan goede informatie over hun re-integratiemogelijkheden. Die informatie is primair in handen van degenen die de claimbeoordeling doen. Voor werknemers met een werkgever die het WGA-risico bij UWV heeft ondergebracht, wordt de benodigde informatie van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met voldoende

arbeidsmogelijkheden aan het Werkbedrijf gegeven. Daar neemt een werkcoach de re-integratie ter hand.

Voor (verzekeraars van) eigenrisicodragers is die informatie moeilijker te verkrijgen. Zij moeten zelf de arbeidsmogelijkheden vaststellen en hun re-integratieplannen daarop afstemmen, tenzij ze af willen gaan op de UWV – beoordeling die de werknemer krijgt. Deze ongelijkheid is een bijproduct van het hybride stelsel. Daar staat tegenover dat verzekeraars veel eerder dan UWV in het verzuimproces kunnen ingrijpen om WGA-toetreding te voorkomen.

0.5 Wie komen in de WGA 80-100?

Niet duurzaam volledig arbeidsongeschikten zijn jonger en hebben vaker psychische klachten

Aan de hand van gegevens over de WIA-toekenningen in 2010 is een beeld verkregen van de samenstelling van degenen die niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaard worden. In vergelijking met de andere twee WIA-categorieën kenmerken zij zich door een relatief jonge leeftijd, een relatief hoog percentage vrouwen en vangnetters, en daarbinnen relatief veel uitzendkrachten, en een relatief groot aandeel arbeidsongeschiktheid vanwege psychische aandoeningen. Hier speelt de omstandigheid een rol dat bij dergelijke aandoeningen vaak nog geen stabiele toestand bereikt is. Dit speelt ook een rol bij het relatief grote aandeel van jongere cliënten. Het weerspiegelt de werking van de IVA waartoe men alleen toegang heeft als behandeling geen reëel uitzicht (meer) biedt op verbetering van de functionele mogelijkheden.

Volledig arbeidsongeschikten zijn vaker laag opgeleid en hebben vaker kleine banen

Verder onderscheiden de (duurzaam en niet-duurzaam) volledig arbeidsongeschikten zich van de gedeeltelijk arbeidsgeschikten door een lage opleiding, een laag uurloon en relatief weinig arbeidsuren in de oude functie. Dit is voor een deel het gevolg van de werking van het stelsel: hoe lager het loon en de opleiding des te omvangrijker moeten de beperkingen zijn om in aanmerking te kunnen komen voor een WIA-uitkeringen. Bij de claimbeoordeling blijkt dat van de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met benutbare mogelijkheden voor bijna twee derde (64%) geen gangbare arbeid te vinden is; de overige 36% is op loonkundige gronden niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt, meestal als gevolg van een urenbeperking.

Nadere analyse leert dat bij volledig arbeidsongeschikte vrouwen en vangnetters de beperkingen minder vaak duurzaam zijn

De kans dat iemand duurzaam volledig arbeidsongeschikt (IVA) is wordt vooral bepaald door leeftijd en aard en ernst van de beperkingen. Maar ook bij ernstige beperkingen zijn vangnetters en vrouwen nog altijd minder vaak duurzaam arbeidsongeschikt. Het stelsel en de uitvoering bieden hiervoor geen verklaring. Mogelijk wijken deze groepen op niet-waargenomen kenmerken af van de anderen en zijn dit kenmerken die ertoe leiden dat hun beperkingen minder snel als duurzaam beoordeeld worden.

0.6 Uitstroom uit WGA 80-100

Meeste transitie vanuit WGA 80-100 naar IVA, herstel of pensioen

14% van allen die tussen 2006 en eind 2010 een WGA 80-100 toekenning kregen, maakt een transitie naar IVA, WGA 35-80 of naar herstel (35-min). Over een veel langere termijn (45 jaar) vooruitberekend gaan van elke 100 WGA 80-100 toekenningen voor hun 65^{ste} gemiddeld 30 personen over naar de IVA, 3 personen naar de WGA 35-80, 28 personen herstellen en 8 komen te overlijden. De overige 31 gaan vanuit de WGA 80-100 met pensioen.

Hoe langer in de WGA 80-100 groep des te groter de IVA-kans en des te kleiner de herstelkans

De transitiepatronen vanuit WGA 80-100 geven aan dat de kans op toename van de verdien capaciteit afneemt, en de kans op duurzaam worden van de volledige arbeidsongeschiktheid toeneemt, naarmate men langer in de WGA 80-100 verblijft.

Lagere opleiding betekent lagere transitiekansen

Een hogere opleiding, een hoger uurloon of een grotere baan (meer uren per week werken) leveren een sterk verhoogde kans op transitie naar WGA 35-80. Mensen met een lage opleiding (LBO of lager) hebben een kleinere kans op een transitie vanuit de WGA 80-100. Deze uitkomsten kunnen gezien worden als een weerspiegeling van de werking van het loonkundige stelsel: naarmate de baan of het loon groter, resp. hoger is, is er meer ruimte om verdien capaciteit te herwinnen.

Sterk compenserend effect van het hebben van een dienstverband

Degenen die nog of weer een dienstverband hebben, hebben een sterk verhoogde kans op gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid of op herstel. Het lijkt erop dat het hebben van een dienstverband een indicatie is van kenmerken die buiten beschouwing zijn gebleven maar wel van grote invloed

zijn op een transitie in de richting van toegenomen arbeidscapaciteit, zoals herstelvermogen en motivatie.

Vangnetters en mensen met harde psychische klachten hebben kleinere transitiekansen

Vangnetters hebben, bij overigens gelijke kenmerken, een lagere kans op transitie naar WGA 35/80 of naar herstel (muv uitzendkrachten) in de eerste 5 jaar na toekenning van een WGA 80/100 uitkering. Ook de kans op transitie naar de IVA is voor vangnetters een stuk kleiner is dan voor werknemers. Vangnetters lijken dus, meer dan vaste werknemers, vast te zitten in de WGA 80-100 groep.

Ditzelfde geldt voor degenen die niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt zijn op grond van psychische klachten. Aan de andere kant leiden aandoeeningen aan het bewegingsapparaat tot een hogere herstelkans.

Re-integratietrajecten

Voor 15% van de WGA 80-100 cliënten wordt door UWV een re-integratie traject ingezet. Gemiddeld gebeurt dit ruim een jaar na WIA-toekenning. De inzet van trajecten door eigenrisicodragers blijft in dit onderzoek buiten beschouwing omdat de UWV bestanden hierover geen informatie bevatten. IRO trajecten worden bijna twee keer zo vaak ingezet als reguliere trajecten.

Selectieve inzet van trajecten?

Trajecten worden vaker ingezet bij cliënten die jonger zijn, hoger opgeleid, een dienstverband hebben en een kleiner aantal beperkingen (FML-score). Bij reguliere trajecten is het verschil op deze kenmerken met degenen voor wie geen traject wordt ingezet minder groot dan bij IRO- en overige trajecten. Verder blijkt dat vangnetters vaker een traject starten dan vaste werknemers.

Trajecten worden ingezet waar dat zinvol is

Zowel IRO's als reguliere trajecten verhogen de kans op een transitie naar WGA 35-80 en naar herstel. Deze effecten zijn vooral sterk als trajecten worden ingezet voor mensen met een opleiding hoger dan LBO en voor degenen die een dienstverband hebben. De kenmerken van degenen voor wie vaker een traject wordt ingezet, lijken te indiceren dat zij benutbare mogelijkheden hebben herwonnen die het gebruik van een traject zinvol maakt.

Bij huidige patronen groeit het aandeel IVA ten koste van het aandeel 35-80

Uitgaande van de huidige transitiepatronen en een pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar verschuift de samenstelling van de WIA populatie in de richting van een grotere proportie IVA en een kleinere proportie WGA 35-80. Gebruiken we de uitkomsten van de duuranalyses voor het maken van prognoses dan blijkt het aandeel van de WGA 80-100 groep nauwelijks af te nemen en de IVA populatie toe te nemen van 26% nu naar 36% in 2050. De gedeeltelijk arbeidsgeschikten nemen af van 21% naar 12%.

0.7 Retourstroom

Afgewezen aanvragers van een WIA-uitkering kunnen binnen vijf jaar opnieuw een aanvraag doen als hun klachten verergerd zijn. Uit onderzoek van UWV blijkt dat het aantal hernieuwde WIA-aanvragen, absoluut en als percentage van het totaal aantal WIA-aanvragen, tussen 2006 en 2009 fors steeg. Die toename draagt bij aan een toename van de instroom in de WIA omdat hernieuwde aanvragen minder vaak worden afgewezen dan eerste beslissingen.

Het aantal hernieuwde aanvragen neemt in de periode 2006-2011 sneller toe dan het aantal eerste aanvragen omdat de groep die in aanmerking komt voor een hernieuwde aanvraag elk jaar groter wordt. Dit is het natuurlijke gevolg van ingroei van een nieuwe regeling. Dit ingroei-effect duurt vijf jaar: iemand wiens aanvraag is afgewezen kan immers tot vijf jaar na de afwijzing een hernieuwde aanvraag indienen wanneer er sprake is van een verergering van de oorspronkelijke klachten.

Analyse van UWV bestandsgegevens waarbij de toekenning bij eerste aanvraag vergeleken is met die bij hernieuwde aanvraag leert dat de toekenningkans bij hernieuwde aanvragen hoger is dan bij eerste aanvragen omdat degenen die een hernieuwde aanvraag doen een selectievere groep is dan de veel grotere groep die een eerste WIA-aanvraag doet. De gebruikte belastbaarheidsindicatoren, zoals gemiddelde FML-score en proportie GBM, laten zien dat hernieuwde aanvragen evenveel beperkingen hebben als degenen die bij de eerste aanvraag al toegekend wordt. De reden dat men een hernieuwde aanvraag doet is dus simpelweg afname van de belastbaarheid door toename van het aantal beperkingen. Dit is geheel in lijn met de wettelijke criteria die gelden voor het doen van een hernieuwde aanvraag met verkorte wachttijd.

0.8 Slotbeschouwing

Onder degenen die de WIA instromen vormen niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten (WGA 80-100) verreweg de grootste groep. Dit rapport doet verslag van een onderzoek naar de mogelijke oorzaken van het relatief grote aandeel niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. Daarbij is een combinatie van kwalitatieve (dossieronderzoek en interviews) en kwantitatieve (analyse van integrale WIA-bestanden) methoden gehanteerd.

De omvang van de proportie niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten is in de eerste plaats het gevolg van het WIA-stelsel en van de nauwgezette wijze waarop dit stelsel door de UWV professionals wordt uitgevoerd. Twee factoren zijn hierbij van groot belang: de strengere toelatingseisen en de wettelijke definitie van duurzaamheid. Strengere uitkeringsvoorwaarden leiden ertoe dat een WIA-uitkering op basis van volledige arbeidsongeschiktheid alleen wordt toegekend aan degenen die ernstige beperkingen hebben. Eenmaal in de WIA op grond van volledige arbeidsongeschiktheid zijn de verbetermogelijkheden beperkt. Ook al is het verbeterpotentieel beperkt, zolang de verzekeringsartsen nog behandelmogelijkheden zien die uitzicht bieden op een toename van de verdien capaciteit is men niet duurzaam volledig arbeidsongeschikt. Zo leiden beide elementen – strengere toelatingseisen tot de WIA in het algemeen en tot de IVA in het bijzonder – samen ertoe dat een relatief groot aandeel van de toekenningen plaatsvindt op basis van niet-duurzaam volledige arbeidsongeschiktheid.

Daar komt bij dat onder de volledig arbeidsongeschikten mensen met een lage opleiding, een laag loon, een kleine baan of een flexbaan (tijdelijk- of uitzendcontract) zijn oververtegenwoordigd. Hun beperkingen zijn ernstiger en hun resterende verdienmogelijkheden geringer. Het stelsel werkt bij lage lonen vaak als een 'alles-of-niets' systeem: 35-min, omdat bij niet al te grote beperkingen altijd nog wel gangbaar werk te vinden valt, of 80-100 omdat er bij zwaardere beperkingen moeilijk werk te vinden is dat een loon levert dat gelijk of hoger is dan het minimumloon. Het stelsel levert daarmee de inkomenszekerheid van een loongerelateerde uitkering aan mensen die ten gevolge van, of los van, hun gezondheidsproblemen een relatief zwakke positie op de arbeidsmarkt hebben. Die zekerheid kan er ook toe leiden – zo blijkt uit gesprekken met de UWV professionals – dat men zich, ook wanneer dit bij toename van de verdien capaciteit zinvol zou kunnen zijn, minder geneigd is zich te oriënteren op re-integratie in banen die zich rondom het minimumloon bewegen.

Duurzaam niet-duurzaam?

Bij de WIA claimbeoordeling wordt eerst de mate van arbeidsongeschiktheid en dan de duurzaamheid vastgesteld. Volledige arbeidsongeschiktheid is alleen duurzaam als er geen behandelmogelijkheden (meer) bestaan die uitzicht bieden op een toename van de verdien capaciteit. Dit verklaart waarom cliënten jonger dan 45 en cliënten met psychische aandoeningen oververtegenwoordigd zijn onder degenen een WGA 80-100 toekenning krijgen. Voor hen zullen de behandelmogelijkheden vaak nog niet zijn uitgeput en ook los daarvan is er mogelijk meer kans op herstel. Het verklaart ook waarom deze groepen een kleinere kans hebben de WGA 80-100 te verlaten richting IVA.

Op den duur verlaat echter een aanzienlijk deel de WGA 80-100. Van 100 WGA 80-100 toekenningen gaan voor hun 65^{ste} gemiddeld 30 personen over naar de IVA, 3 personen naar de WGA 35-80, 28 personen herstellen (35-min) en 8 komen te overlijden. De overige 31 gaan vanuit de WGA 80-100 met pensioen. Dit zijn door ons vooruitberekende aantallen op basis van cijfers over de eerste vijf jaar van de WIA. Deze ramingen laten zien dat de WGA 80-100 niet alleen een 'parkeerplaats' is voor latere IVA toetreders. Bij 31 van de 100 toekenningen zal naar verwachting de arbeidscapaciteit op den duur toenemen, waarbij de meesten overgaan naar de 35-min groep en een klein deel in de WGA 35-80 groep terechtkomt.

Hoewel het aantal transitie van de WGA 80-100 groep nu nog beperkt is, laten onze prognoses zien dat er een behoorlijke dynamiek te verwachten valt tussen de WIA categorieën. Tot die dynamiek behoort uitstroom uit de WGA 80-100, in de richting van de IVA en van beëindiging van de WIA-uitkering, maar ook instroom. We voorzien immers slechts een beperkte afname van het aandeel niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. Dit komt doordat de stromen naar de WGA 80-100, zowel van nieuwe cohorten instromers als van gedeeltelijk arbeidsongeschikten, en de uitstroom vanuit de WGA 80-100 groep ongeveer even groot zijn.

Zinvolle inzet van re-integratietrajecten

Analyse van de invloed van de inzet van re-integratietrajecten door UWV leert dat deze worden gebruikt om degenen met relatief goede arbeidsperspectieven en voldoende benutbare mogelijkheden aan werk te helpen. Dit is conform de betreffende standaarden. Het hier verrichte onderzoek levert niet meer dan een eerste, onvolledige vaststelling van de trajecteffecten. Verder onderzoek naar de optimale vorm en timing van de inzet van re-integratietrajecten kan het beeld verscherpen.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Stijgend aandeel IVA

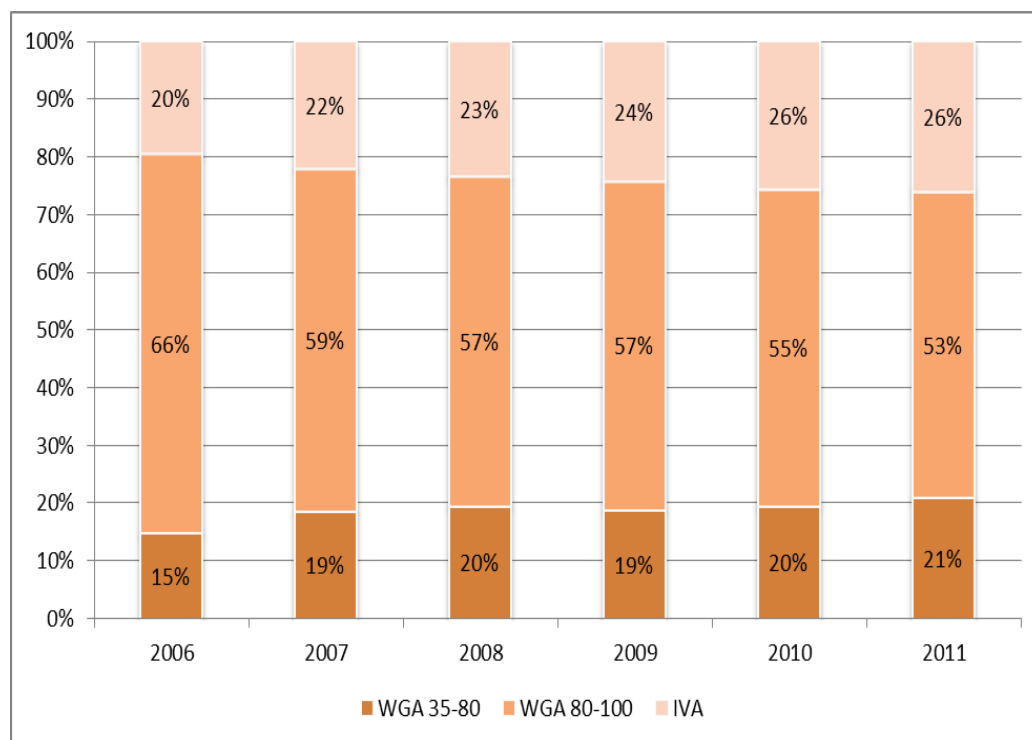
Onder degenen die de WIA instromen vormen niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten (WGA 80-100) verreweg de grootste groep. Voorafgaand aan de invoering van de WIA werd verwacht dat het aandeel van deze groep 14% zou zijn. In 2011 is hun aandeel 56%. Het aandeel duurzaam volledig arbeidsongeschikten (IVA) en gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA 35-80) is juist kleiner dan aanvankelijk verwacht werd. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wil inzicht in deze afwijkende samenstelling van het WIA bestand.

Doel van het gevraagde onderzoek is te achterhalen waarom de proportie niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten zo omvangrijk is en wat die omvang betekent voor de ontwikkeling van het aantal ontvangers van een IVA-uitkering.

De onverwacht grote omvang van deze groep, en de navenant kleine omvang van de IVA-ontvangers en van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten (WGA 35-80), is geen stabiel gegeven. Na verloop van tijd zal voor een deel van degenen die aanvankelijk als niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt beschouwd werden recht op een IVA-uitkering ontstaan.

Een ander deel van de groep WGA 80-100 zal zijn arbeidsvermogen deels of geheel terugwinnen en overgaan naar de groep WGA 35-80, dan wel zijn uitkering verliezen omdat de resterende verdien capaciteit tot boven de 65% is gestegen. Dit impliceert het niet-duurzame karakter van de arbeidsongeschiktheid van deze groep. Per definitie is de relatieve omvang van de groep volledig niet duurzaam arbeidsongeschikten daarom krimpend zoals Figuur 1.1 laat zien. Uit die figuur blijkt ook dat het aandeel IVA een veel sterkere stijging vertoont dan het aandeel gedeeltelijk arbeidsongeschikten, met uitzondering het aanloopjaar 2006. Globaal gaat de krimp van de niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid tot nu toe gepaard met een stijgend aandeel IVA, maar niet met een toename van het aandeel WGA 35-80.

Figuur 1.1 Verdeling van het WIA-bestand naar type uitkering, 2006-2011



Bronnen: 2006-2010: Statistische tijdreeksen UWV 2010 en UWV Kwantitatieve Informatie, 2011.

In absolute aantallen is de WIA groeiend: eind 2011 zijn er 138.352 ontvangers van een WIA-uitkering, waarvan 73.765 een uitkering kregen vanwege niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid. Aan het eind van het beginjaar 2006 kregen 19.082 een WIA-uitkering waarvan 12.520 een WGA 80-100 uitkering. Deze groei is het vanzelfsprekende gevolg van een uitkeringsregling met een jaarlijkse instroom van bijna 40.000 en een uitstroom van bijna 10.000.¹

Groeiende retourstroom

Daarnaast, en los van de omvang van de groep WGA 80-100, legt het ministerie van SZW de vraag voor waarom het aantal hernieuwde aanvragen onder degenen wier WIA-aanvraag in eerste instantie is afgewezen toeneemt. 35-minners kunnen zonder wachttijd een hernieuwde WIA-aanvraag doen als binnen vier weken na afwijzing nieuwe klachten zijn ontstaan of als binnen vijf jaar de oorspronkelijke klachten verergerd zijn.

¹ UWV, Kwantitatieve informatie 2011.

1.2 Vraagstelling

Met dit onderzoek worden – losjes geformuleerd – de volgende twee vragen beantwoordt: *hoe komt men in de groep WGA 80-100 terecht en hoe komt men er na enige tijd uit?* Nauwkeuriger gesteld zijn de hoofdvragen met betrekking tot het onderwerp WGA 80-100:

- Wat bepaalt dat men als niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt wordt beoordeeld?
- Waardoor wordt men vaker als niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt beoordeeld dan als duurzaam of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?
- Wat bepaalt de doorstroom van WGA 80-100 naar de IVA (en vice versa)?
- Hoe zal die doorstroom zich in de toekomst ontwikkelen?
- Wat belemmert de doorstroom naar (gedeeltelijke) werkhervatting of naar de WGA 35-80 groep van degenen die na enkele jaren niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt blijken te zijn?

Daarnaast zijn naar aanleiding van Kamervragen door mevrouw Ortega-Martijn (CU) de volgende vragen aan het onderzoek toegevoegd:

- Wat bepaalt dat men na afwijzing een hernieuwde WIA-aanvraag doet?
- Waardoor hebben hernieuwde aanvragers een lagere kans op afwijzing?
- Waardoor neemt het aantal hernieuwde aanvragen toe?
- Hoe vaak wordt bij de claimbeoordeling de behandelend arts geconsulteerd?

Ter beantwoording van de eerste drie vragen is een uitgebreide analyse gepleegd van WIA-aanvragen. Het laatste hoofdstuk van dit rapport is hieraan gewijd. De laatste vraag is meegenomen in het kwalitatieve onderzoek dat in hoofdstuk 3 wordt behandeld.

1.3 Onderzoekopzet

De onderzoekopzet is vormgegeven rond de centrale onderzoeksvragen. Om antwoord te geven op deze vragen combineren we verschillende kwantitatieve en kwalitatieve onderzoekstechnieken. De volgende technieken zijn ingezet:

- Deskresearch
- Interviews
- Dossieronderzoek
- Data-analyse
- Synthese

Deskresearch

In deze fase van het onderzoek hebben we verschillende documenten bestudeerd over de werking van de WIA in het algemeen en de claimbeoordeling in het bijzonder. In de literatuurlijst staat een overzicht van de bestudeerde documenten.

Interviews

Om de werking van de WIA en de claimbeoordeling in de praktijk te onderzoeken zijn onder andere interviews met betrokken partijen afgenomen. In totaal zijn er 17 personen (verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, andere betrokken binnen UWV, overige stakeholders) gesproken. Een overzicht van de geïnterviewde personen staat in bijlage 1.

Dossieronderzoek

Middels het dossieronderzoek hebben we de uitvoering van de claimbeoordeling en de herbeoordeling in de praktijk in beeld gebracht. De focus ligt hierbij op het aspect duurzaamheid: hoe wordt in de praktijk deze beoordeling toegepast en welke verschillen zien we tussen dossiers van WGA 80-100 en IVA cliënten? Daarnaast is er specifieke aandacht besteed aan het consulteren van de curatieve sector. Bij de herbeoordelingsdossiers staan de veranderingen in de periode tussen claim- en herbeoordeling centraal in relatie tot de uitslag van de herbeoordeling.

Het dossieronderzoek is uitgevoerd onder de volgende drie groepen:

1. *Niet duurzaam* volledig arbeidsongeschikten (WGA 80-100)
2. *Duurzaam* volledig arbeidsongeschikten (IVA)
3. Herbeoordeelde *niet duurzaam* volledig arbeidsongeschikten

Er zijn dossiers van de volledig arbeidsongeschikten (duurzaam en niet duurzaam) geanalyseerd die een claimbeoordeling hebben gehad in de periode januari 2011-september 2011. De bestudeerde herbeoordelingen hebben in dezelfde periode plaatsgevonden.

De dossiers zijn aan de hand van een gestandaardiseerde checklist geanalyseerd. Het onderzoek vond plaats op het UWV kantoor te Den Haag en de dossiers zijn via een digitale omgeving geraadpleegd.² UWV heeft de steekproef voor het onderzoek verzorgd. Bijlage 2 geeft een overzicht van de aantallen bestudeerde dossiers.

² Het dossieronderzoek heeft fysiek plaatsgevonden in Den Haag, er zijn echter dossiers van verschillende UWV kantoren geraadpleegd.

Data-analyses

Voor het onderhavige project heeft UWV een integraal bestand van WIA-toekenningen vanaf de start van de WIA tot midden 2011 samengesteld. Binnen het toekenningsbestand is de WIA-instroom in 2010 geïsoleerd, zodat we de determinanten van indeling in de categorie niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid kunnen vergelijken met de andere twee categorieën: gedeeltelijk arbeidsongeschikten en ontvangers van een uitkering op basis van duurzaam volledige arbeidsongeschiktheid. Bovendien laat dit bestand toe de transities vanuit WGA 80-100 naar IVA, naar WGA 35-80, naar herstel (35-min) en naar overlijden of pensionering te onderzoeken. Daarnaast heeft UWV een integraal bestand van claimbeoordelingen geleverd waarmee de retourstroom in de WIA in kaart gebracht kan worden.

1.4 Indeling van het rapport

De rapportage kent de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 beschrijven we de systematiek van de WIA, waarna we in hoofdstuk 3 de toepassing van die systematiek in de praktijk presenteren. In dat hoofdstuk gaan we in op de claimbeoordeling, de herbeoordeling en de re-integratie-inspanningen. In hoofdstuk 4 wordt op basis van de integrale UWV bestanden de WIA-instroom geanalyseerd. Hoofdstuk 5 is gewijd aan een analyse van de stromen vanuit de WGA 80-100 populatie en aan de effecten van de inzet van re-integratietrajecten. Bovendien laten we daar de uitkomsten zien van een prognosemodel dat gebaseerd is op analyses van de transities van en naar verschillende toestanden (WIA-categorieën, pensionering, overlijden). In hoofdstuk 6 wordt de ontwikkeling van de retourstroom belicht.

2 DE SYSTEMATIEK VAN DE WIA

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een feitelijke beschrijving van de WIA. Hierbij wordt specifieke aandacht besteed aan het proces van claimbeoordeling in het algemeen en van de beoordeling van duurzaamheid in het bijzonder. We behandelen eerst kort de context en de uitkerings- en financieringssystematiek van de WIA. Vervolgens gaan we uitvoerig in op de claimbeoordelings- en de herbeoordelingssystematiek van de WIA. Steeds geven we aan in hoeverre het stelsel een grote proportie WGA 80-100 waarschijnlijk maakt.

2.2 Algemeen

2.2.1 Inleiding

De samenstelling van de instroom in de WIA wordt bepaald door het proces dat leidt tot een WIA-aanvraag, door de wettelijke WIA-criteria en door de wijze waarop de claimbeoordeling wordt uitgevoerd. We behandelen daarom eerst het voorportaal van de WIA, dat gedirigeerd wordt door het Poortwachterprotocol en vervolgens de werking van de WIA.

Wet verbetering Poortwachter

De Wet verbetering Poortwachter (WvP) is in april 2002 ingevoerd en schrijft een protocol voor dat zich richt op ziekteverzuim dat langer duurt dan zes weken. Sinds de invoering van de Wet Verlenging Loondoorbetalingsplicht bij Ziekte (VLZ) in 2004 is de wachttijd voor de WAO/WIA twee jaar en geldt de WvP voor deze verlengde periode.

De WvP stelt het belang van het tijdig inzetten van op werkherleving gerichte acties voorop. De op basis van deze wet ontwikkelde Regeling Processtappen Eerste en Tweede Ziektejaar nemen zo vroeg mogelijke activeering als uitgangspunt. In het kader van de WvP moeten werknemer en werkgever een re-integratiedossier bijhouden. Op basis van dit dossier wordt een re-integratieverslag (RIV) opgesteld waarin verantwoording wordt afgelegd over de verrichte re-integratie-inspanningen tijdens de

eerste twee ziektejaren. Eenmaal bij de poort van de WIA gekomen worden WIA-aanvragen alleen in behandeling genomen als deze voorzien zijn van een compleet RIV. Als uit de toets van het RIV blijkt dat de werkgever onvoldoende inspanningen geleverd heeft om de betrokken zieke werknemer te laten hervatten, kan dit aanleiding zijn tot een als sanctie opgelegde verlenging van de loondoorbetalingsperiode van maximaal een jaar. Zijn de re-integratie-inspanningen nog niet afgerond, dan kan de werkgever na afloop van de reguliere wachttijd van twee jaar besluiten de loondoorbetalingstermijn met maximaal 12 maanden te verlengen. Naast opgelegde verlengingen zijn er dus ook vrijwillige verlengingen.³

Uit eerder onderzoek blijkt dat het Poortwachterprotocol een aanzienlijke bijdrage heeft geleverd aan de afname van de instroom in de WAO/WIA, vooral bij vaste werknemers.⁴ Door de verlengde loondoorbetalingsverplichting en de re-integratieverplichtingen van dit protocol zijn de re-integratie-inspanningen van werkgevers intensiever en effectiever dan voorheen. Lukt de re-integratie niet, dan is dit nu vaker dan voorheen het gevolg van ernstige beperkingen.

VLZ

De verlenging van de wachttijd van een naar twee jaar is een belangrijk onderdeel van het nieuwe stelsel dat zich bij de overgang van WAO naar WIA heeft gevormd. Al voor de invoering van de WIA bleek dat de WVP had bijgedragen aan een vermindering van de instroom in de WAO. De verlenging van de loondoorbetalingsperiode heeft dit effect waarschijnlijk versterkt. Een langere periode om duurzame werkhervatting te realiseren biedt immers ook mogelijkheden om werknemers die behoefte hebben aan een traject van graduele werkhervatting dat langer duurt dan een jaar te laten hervatten. Vroeger zou men daarbij stuiten op de "WAO-muur". De verlengde wachttijd geeft ook meer ruimte aan werknemers en hun werkgevers om, indien nodig de functie of de arbeidsplaats aan te passen, of om een nieuwe werkgever te zoeken, als blijkt dat de beperkingen blijvend zijn en terugkeer naar werk onder de oude condities onmogelijk is geworden.

Wet WIA

In december 2005 is de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (Wet WIA) ingevoerd die de bestaande arbeidsongeschiktheidswetgeving verving (WAO). Een belangrijk onderscheid tussen de WAO en de WIA is dat de WIA zich primair focust op werkhervatting (voor zover de gezond-

³ De Jong et.al. (2011), De Jong et.al. (2010).

⁴ Van Sonsbeek & Gradus (2010), Everhardt & De Jong (2011).

heid dat toelaat), terwijl de WAO meer gericht was op inkomensondersteuning. Een nieuw element in de WIA is het onderscheid tussen duurzame en niet duurzame arbeidsongeschiktheid. Daar waar de WAO het onderscheid maakte tussen volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid, voegt de WIA hier de duurzaamheid toe als nieuwe dimensie. De WIA bestaat hierdoor uit twee compartimenten: de regeling Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA) en de regeling Inkomensvoorziening Volledig en duurzaam Arbeidsgeschikten (IVA). De WGA onderscheidt twee groepen, namelijk de *gedeeltelijk* arbeidsongeschikten (WGA 35-80) en de groep die *volledig niet duurzaam (tijdelijk)* arbeidsongeschikt is, maar een reëel uitzicht heeft op herstel van hun verdien capaciteit (WGA 80-100). Om toegelaten te worden tot de WIA moet men een verlies aan verdien capaciteit hebben van minstens 35%. Onder de WAO was de toegangs drempel 15%.

Volgens de Memorie van Toelichting WIA is een werknemer volledig arbeidsongeschikt als deze vanwege ziekte of gebrek niet meer kan verdienen dan 20% van zijn maatmanloon en is er sprake van duurzame arbeidsongeschiktheid als het uitgesloten is, of als de kans klein is, dat de resterende verdien capaciteit zal toenemen tot boven de grens van 20%.⁵

Aangepast Schattingsbesluit (aSB)

Ook zijn, voorafgaand aan de invoering van de WIA, de toekenningsvoorwaarden van een arbeidsongeschiktheidsuitkering in 2004 verscherpt aan de hand van een aangepast Schattingsbesluit (aSB). Door deze aanpassing worden meer functies dan voorheen passend geacht. Zo is fulltime werk en werk in de avonden passend, ook als men dat eerder niet deed. Voor cliënten die niet over basisvaardigheden beschikken, als kennis van de Nederlandse taal en omgaan met computers, worden ook functies waarbij dergelijke basisvaardigheden wel nodig zijn geschikt geacht. Daarbij wordt aangenomen dat de cliënt deze vaardigheden zich binnen zes maanden eigen kan maken. Het aSB bepaalt verder dat een cliënt arbeidsmogelijkheden heeft wanneer drie geschikte functies in drie regio's op de Nederlandse arbeidsmarkt te vinden zijn, met elk minimaal drie arbeidsplaatsen.⁶ Deze regels zijn van toepassing op de WIA, en ook op de WAO, WAZ en Wajong.

⁵ Memorie van Toelichting op de wet WIA

⁶ Aangepast Schattingsbesluit, De Jong et. al. (2010)

2.3 Uitkeringshoogte en financiering

2.3.1 Uitkeringshoogte en mate van arbeidsongeschiktheid

De WGA en de IVA hebben verschillende uitkerings- en financieringsstelsels. De IVA is een verzekering tegen duurzame volledige arbeidsongeschiktheid. De IVA –uitkeringen worden betaald uit het arbeidsongeschiktheidsfonds (aof) dat gevoed wordt door een uniforme werkgeverspremie. De IVA uitkering is 75% van het laatstverdiende (oude) loon, met een maximumuitkering van circa € 37.500. De uitvoering van de IVA ligt bij UWV.⁷

Zowel de uitkeringssystematiek als de financiering van de WGA is een stuk complexer. Deze regeling bestaat uit twee uitkeringsfases; de loongerelateerde fase en de vervolgfase. In de loongerelateerde fase worden de regels van de WW gehanteerd: in de eerste twee maanden wordt 75% van het verschil tussen het oude en het nieuwe loon vergoed, daarna is dit 70%. De duur van de loongerelateerde fase is, net als in de WW, afhankelijk van de omvang van het arbeidsverleden vanaf 1998 en van het aantal levensjaren vanaf 18 voor degenen die voor 1980 zijn geboren.

WGA-uitkering verandert niet in de loongerelateerde fase

Een bijzonderheid van de WGA ten opzichte van de WAO is dat de toegekende uitkering gedurende de fase van de loongerelateerde uitkering (LGU) niet wordt gewijzigd, ook niet als de verdien capaciteit verandert. Als men arbeidsinkomsten verwerft, wordt dit uiteraard wel met de uitkering verrekend. In de LGU fase is het feitelijke arbeidsinkomen, en niet de door UWV vastgestelde resterende verdien capaciteit, bepalend voor de berekening van de uitkering. De uitkering bedraagt, net als in de WW, 70% van het verschil tussen het verzekerde ('oude') en het feitelijke ('nieuwe') arbeidsloon. Zolang een WGA'er geen feitelijke arbeidsloon heeft, is zijn LGU 70% van het verzekerde loon, of deze nu geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is. De keuze voor het laten doorlopen van de LGU, ook als de verdien capaciteit verandert, heeft als grondslag dat geen WW-recht meer wordt toegekend aan mensen die arbeidsongeschikt worden. Doel hiervan is ten eerste het voorkomen van samenloop met de WW bij gedeeltelijke verbetering en ten tweede het voorkomen van overgangsproblematiek met de WW bij beëindiging of heropening. Dit betekent dat in de LGU-fase een WGA 80-100 uitkering niet verandert, ook als iemand volledig herstelt.

⁷ De Jong et.al. (2010) en Cuelenaere & Veerman (2011)

Box 2.1 Rekenvoorbeeld verrekenen inkomsten uit arbeid inde LGU-fase

Iemand heeft een WGA dagloon van € 100 en krijgt 70% van dit dagloon als uitkering (€ 70). Deze persoon werkt deels en verdient hiermee € 40 per dag. Het resterend dagloon wordt dan als volgt berekend:
 $70\% * (\text{WGA-dagloon-inkomsten uit arbeid}) = \text{gecorrigeerd WGA dagloon}$
 $70\% * (\text{€ } 100 - \text{€ } 40) = \text{€ } 42$
De totale inkomsten van de cliënt bedragen hiermee € 42 + € 40 = € 82 per dag.

Bron: Memorie van Toelichting Wet WIA

In de vervolgfase heeft de WGA uitkering twee lagen: een bodemuitkering (de vervolgutkering) en een loonaanvullende uitkering. De vervolgutkering is gebaseerd op het minimumloon en hangt af van de door UWV vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid. Komt men in aanmerking voor een loonaanvulling, dan is de totale WGA uitkering gelijk aan 70% van het verschil tussen het maatmanloon en de door UWV vastgestelde verdien capaciteit. Niet iedereen in de WGA komt in aanmerking voor een loonaanvullende uitkering. Dit hangt af van het verschil tussen wat men volgens UWV zou kunnen verdienen en wat men feitelijk verdient: alleen zij die minimaal de helft verdienen van wat volgens UWV mogelijk is, krijgen een loonaanvullende uitkering.

Bij hoog loon sneller volledig arbeidsongeschikt

Het gegeven dat de hoogte van de WIA-uitkering gebaseerd is op verlies aan verdien capaciteit, en niet op verlies aan arbeidsvermogen, heeft als gevolg dat er sprake kan zijn van volledige arbeidsongeschiktheid, terwijl er nog wel gangbare arbeid is die de (ex-)werknemer kan verrichten. Deze situatie doen zich vooral voor aan de bovenkant van de loonverdeling. Bij een loon dat ver boven het maximaal verzekerde (jaar)loon ligt (€50.064 in 2012), kan een aandoening tot volledige arbeidsongeschiktheid leiden als de resterende verdien capaciteit minder dan 20% is van het verzekerde (maatman) loon. Iemand met dezelfde aandoening en dezelfde resterende verdien capaciteit maar met een lager verzekerd loon krijgt in dezelfde situatie geen of een gedeeltelijke uitkering.

Bij urenbeperking ook sneller volledig arbeidsongeschikt

Bij een urenbeperking (zie 2.4.2) kan ook al bij lagere verzekerde lonen sprake zijn van volledige arbeidsongeschiktheid. Een urenbeperking vormt namelijk een extra reductiefactor bij de berekening van de resterende verdien capaciteit. Voorbeelden zijn te vinden in Lisv (2000).

Volledige arbeidsongeschiktheid bij onvermogen tot arbeid op of boven minimumloonniveau

Als een aandoening ertoe leidt dat een werknemer niet meer in staat is tot het verrichten van gangbare arbeid dan is hij of zij volledig arbeidsongeschikt. De kans dat er geen gangbare arbeid te duiden is, is groter bij mensen met een lage opleiding. Immers voor hen kunnen alleen functies op een laag niveau worden geduid, terwijl voor hoger opgeleiden naast functies op het eigen niveau ook functies op lagere niveaus in aanmerking genomen kunnen worden. Het onvermogen tot het verrichten van gangbare arbeid hoeft niet te betekenen dat men geen arbeidscapaciteit meer heeft; het betekent dat iemand niet meer beschikt over het vermogen om arbeid te verrichten waarmee het minimumloon of meer verdiend kan worden. Anderzijds is bij een laag loon (tot 135% van het minimumloon) ook de kans op afwijzing groot. Immers als er functies geduid kunnen worden, kan men daar per definitie ook minimaal 65% van het oude inkomen mee verdienen.

2.3.2 Financiering

Voor de dekking van de eerste tien jaar van betaling van een WGA-uitkering kunnen bedrijven kiezen voor een publieke (UWV) of een particuliere verzekeraar. Werkgevers die bij UWV verzekerd zijn betalen een gedifferentieerde premie afhankelijk van de WGA-lasten die zij in de voorgaande vijf jaar hebben veroorzaakt. Een werkgever kan er ook voor kiezen om 'eigenrisicodrager' te worden voor de eerste tien uitkeringsjaren van de WGA en de financiering en uitvoering (inclusief re-integratie) zelf te regelen. Dit eigen risico kunnen werkgevers vervolgens afdekken via een particuliere verzekeringspolis.

2.4 Claimbeoordeling

2.4.1 Vormgeving claimbeoordeling

Bij de invoering van de WIA werd erkend dat de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid geen gemakkelijke opgave zou zijn. Om ervoor te zorgen dat de beoordeling van dit nieuwe element in de praktijk op een consistente wijze zou gebeuren, zijn de volgende drie maatregelen getroffen:⁸

⁸ Evaluatie WIA- onderdeel uitvoering UWV, interne notitie.

- De ontwikkeling van een protocol met stappenplan voor de beoordeling van de duurzaamheid (zie paragraaf 2.4.2);
- de instelling van een beslissingsautoriteit;
- de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen.

De beslissingsautoriteit toetste tot 2011 de plausibiliteit van voorgenomen IVA toekenningen. Doel was het voorkomen van onterecht toekennen van een IVA uitkering aan iemand die in beginsel nog arbeidsmogelijkheden zou kunnen ontwikkelen. De beslissingsautoriteit is in 2011 opgeheven omdat het niveau van beoordelen het vereiste kwaliteitsniveau had bereikt. Het toetsen van voorgenomen IVA toekenningen is vanaf dat punt overgenomen door de stafverzekeringarts.

Een derde maatregel die is genomen (onder meer) voor de beoordeling van duurzaamheid is de ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige protocollen voor vaak voorkomende diagnoses. Deze protocollen zijn door de Gezondheidsraad (GR) en later door de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) ontwikkeld en het gebruik er van is vastgelegd in de *Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten* van januari 2006 en de aangepaste regeling uit 2007. Ze hebben primair kwaliteitsverbetering/verdere professionalisering als doel.

2.4.2 *Proces van claimbeoordeling*

Het claimbeoordelingsproces volgt op de inhoudelijke toets van het RIV. Daarin staat beschreven welke inspanningen zijn verricht voor de re-integratie van de cliënt. In de RIV toets beoordeelt de arbeidsdeskundige (AD) met de verzekeringsarts (VA) of het re-integratieresultaat bevredigend is en of de re-integratie-inspanningen voldoende zijn. Een WIA aanvraag mag pas in behandeling genomen worden als het RIV is goedgekeurd.

Het claimbeoordelingsproces bestaat uit de volgende drie opeenvolgende onderdelen:

- de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de belastbaarheid;
- de arbeidskundige beoordeling van de arbeidsmogelijkheden;
- de verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen.

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

De eerste stap in het proces van claimbeoordeling bestaat uit een verzekeringsgeneeskundige beoordeling van de belastbaarheid. Hierbij worden de

mogelijkheden van de cliënt om te functioneren beoordeeld en de mate waarin deze op bepaalde punten beperkingen ondervindt. Dit doet de VA aan de hand van medische gegevens van de bedrijfsarts en, indien nodig, een spreekuur met de cliënt en middels opvraag (met machtiging van de langdurig zieke) van aanvullende gegevens bij de behandelaars van de cliënt. Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid richt de VA zich op beperkingen die het gevolg zijn van ziekte of gebrek. Om daarvan te kunnen spreken moet er een consistent geheel zijn van stoornissen, beperkingen en handicaps.

In de verzekeringsgeneeskundige beoordeling stelt de VA vast of de cliënt over benutbare mogelijkheden beschikt. Het gaat er om of de cliënt zijn mogelijkheden om te functioneren daadwerkelijk kan aanwenden voor het verrichten van arbeid. Uitsluitend in bepaalde situaties beschikt de cliënt niet over benutbare mogelijkheden (geen benutbare mogelijkheden, afgekort GBM). Deze situaties staan beschreven in het Schattingsbesluit. Het gaat om een situatie waarin de mogelijkheden om te functioneren zo gering zijn dat de cliënt niet zelfredzaam is, zijn zelfredzaamheid binnen drie maanden zal verliezen of wanneer er sprake is van een sterk wisselende belastbaarheid. Ook vallen cliënten die door een ziekte met terminale afloop een zeer slechte levensverwachting hebben onder deze groep.

Het criterium 'geen benutbare mogelijkheden' (GBM) geldt in geval van:

- opname in een ziekenhuis of AWBZ instelling;
- bedlegerigheid;
- afhankelijkheid bij het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL afhankelijk). Dit betreft zeer basale dagelijkse activiteiten die van belang zijn voor de primaire fysieke zelfstandigheid, zoals eten en drinken, wassen, toiletgang, binnenshuis lopen en zitten;
- onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. Het gaat om mensen die vanwege een ernstige psychische aandoeningen niet zelfredzaam zijn en ernstige beperkingen hebben in het persoonlijk en sociaal functioneren.

In geval van GBM is er sprake van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden en vindt er geen arbeidsdeskundig onderzoek plaats. Als er wel benutbare mogelijkheden zijn, geeft de verzekeringsarts in de functionele mogelijkhedenlijst (FML) aan welke beperkingen er zijn in de functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid.

Urenbeperkingen⁹

Voor het toepassen van urenbeperkingen gelden de richtlijnen van de 'Standaard Verminderde arbeidsduur'. Urenbeperkingen kunnen – onder in de standaard omschreven voorwaarden – worden toegepast bij:

1. energetische beperkingen (vaak het gevolg van aandoeningen als hartziekten, longziekten, ernstige depressie en kanker);
2. beperkingen in beschikbaarheid vanwege behandeling;
3. ter preventie van overbelasting en hernieuwde uitval.

Urenbeperkingen zijn niet gerelateerd aan de eigen functie, maar aan gangbare arbeid. Ze mogen dus alleen worden toegepast als de beperkingen zich niet alleen in de eigen functie, maar in elke mogelijke functie (ook als die van veel lager niveau is) zouden voordoen. Het toekennen van urenbeperkingen is sinds de invoering van de WIA toegenomen. Dit is een van de redenen waardoor volledig WGA-ers of IVA-gerechtigden op loonkundige gronden volledig arbeidsongeschikt worden verklaard.

Arbeidskundige beoordeling

Het overgrote deel van de cliënten beschikt over benutbare mogelijkheden (77% van de toekenningen in 2010, zie Tabel 4.10). De arbeidsdeskundige (AD) onderzoekt bij deze groep of de functionele mogelijkheden voldoende zijn om daadwerkelijk in arbeid te functioneren. Het gaat om arbeid boven het minimumloon. Om dit te onderzoeken gaat de AD via het Claimbeoordelings- en Borgingssysteem (CBBS) na welke functies geschikt zijn voor de cliënt gezien opleiding, ervaring, vaardigheden en de functionele beperkingen. Ook functies beneden het opleidingsniveau zijn geschikt.

De cliënt is (gedeeltelijk) arbeidsgeschikt als er minstens drie verschillende functies met elk minimaal drie arbeidsplaatsen op de Nederlandse arbeidsmarkt geschikt zijn voor de cliënt, waarmee hij minstens 20% van zijn oude loon (maatmanloon) zou kunnen verdienen.¹⁰ Of die functies beschikbaar zijn doet niet terzake. Het gaat dus niet om vacatures. Wanneer er meer dan drie geschikte functies zijn wordt de functie met het hoogste loon vergeleken met het maatmanloon (het oude loon).¹¹ Als er geen of onvoldoende functies geschikt zijn, dan is de cliënt volledig arbeidsongeschikt op *arbeidskundige* gronden. Box 2.2 geeft een toelichting op de berekening van het arbeidsongeschiktheidspercentage.

⁹ Deze passage is overgenomen uit Cuelenaere en Veerman, (2011), p.114.

¹⁰ Evaluatie WIA- onderdeel uitvoering UWV, interne notitie.

¹¹ Memorie van Toelichting wet WIA p. 19-20.

Een cliënt is *volledig* arbeidsongeschikt op arbeidskundige gronden in de volgende situaties:

- er zijn niet voldoende (minder dan drie) geschikte functies of er kunnen geschikte functies ontstaan maar pas na het volgen van een training, opleiding of cursus. Dit is ook het geval als iemand benutbare mogelijkheden heeft, maar daarmee niet in aanmerking komt voor arbeid die minstens het wettelijke minimumloon oplevert. Functies lager dan het minimumloon komen immers per definitie niet voor;
- er zijn voldoende (drie of meer) passende functies, maar deze leiden tot een restverdienvermogen van minder dan 20% van het oude loon;
- door een urenbeperking is de verdien capaciteit minder dan 20% van het oude loon, terwijl zonder de urenbeperking sprake zou zijn van een restcapaciteit van meer dan 20%.

In de twee laatste gevallen wordt gesproken van volledige arbeidsongeschiktheid op *loonkundige* gronden.

Box 2.2 Berekening arbeidsongeschiktheidspercentage

Het arbeidsongeschiktheidspercentage wordt berekend als het verschil tussen het hoogste loon en het maatmanloon, gedeeld door het maatmanloon.

Als iemand 40 euro per uur verdiende en in een passende functie kan hij nog 18 euro per uur verdienen, dan is het arbeidsongeschiktheidspercentage $(40 - 18) / 40 = 55\%$. Dit is meer dan 35% en minder dan 80%, dus krijgt deze persoon een WGA 35-80 uitkering.

Verzekeringsgeneeskundige beoordeling duurzaamheid

Als er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid moet worden beoordeeld of de arbeidsbeperkingen duurzaam zijn. De conclusie over duurzaamheid bepaalt immers of een cliënt recht heeft op een WGA 80-100 of een IVA uitkering. Het maakt bij deze beoordeling niet uit of de cliënt volledig arbeidsongeschikt is op *medische gronden* (geen benutbare mogelijkheden conform de criteria van het Schattingsbesluit) of op *arbeidskundige gronden* (wel mogelijkheden, maar geen resterende verdien capaciteit van meer dan 20% van het maatmanloon).¹²

Zoals eerder beschreven heeft de VA de beschikking over een beoordelingskader waarin de stappen van het beoordelingsproces van duurzaamheid zijn vastgelegd. In drie stappen wordt beoordeeld of verbetering van de belastbaarheid mogelijk is:¹³

¹² UWV, beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen, beoordelingskader voor verzekeringsartsen, September 2005

¹³ UWV, beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen, beoordelingskader voor verzekeringsartsen, September 2005

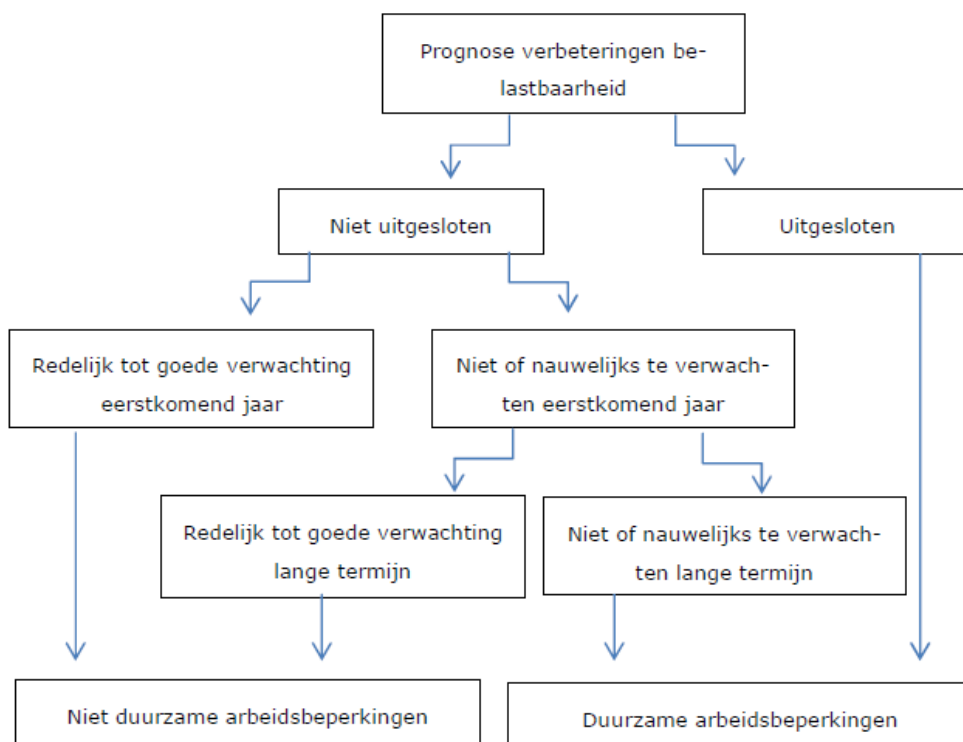
1. de VA beoordeelt of een verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten. Is dit het geval dan is er sprake van duurzame arbeidsbeperkingen;
2. is dit niet het geval dan beoordeelt de VA in hoeverre verbetering van de belastbaarheid in het eerstkomende jaar kan worden verwacht en stelt vast of er een redelijke of goede verwachting is dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden. Is dit het geval dan is er geen sprake van duurzame arbeidsbeperkingen;
3. is in het eerstkomende jaar verbetering van de belastbaarheid niet of nauwelijks is te verwachten dan beoordeelt de VA in hoeverre na het eerstkomende jaar verbetering van de belastbaarheid wordt verwacht. Als ook na het eerstkomende jaar niet of nauwelijks verbetering van de belastbaarheid is te verwachten, dan is er sprake van duurzame arbeidsbeperkingen.

Bij de beoordeling van de duurzaamheid wordt alleen naar het verzekeringsgeneeskundige aspect gekeken en niet naar het arbeidsdeskundige. Of iemand, bijvoorbeeld door scholing, nog bepaalde vaardigheden kan opdoen waardoor zijn re-integratiemogelijkheden toenemen speelt hierbij geen rol. Een van de belangrijkste elementen bij de beoordeling van de duurzaamheid is of er nog een behandelmogelijkheid gericht op genezing of herstel van functioneren, dan gaat de VA er vanuit dat er geen sprake is van duurzame arbeidsbeperkingen.¹⁴

De beoordeling van de duurzaamheid wordt in schema 2.1 samengevat. Uit het schema is op te maken dat in het beoordelingskader duurzaamheid wat betreft de prognose van de belastbaarheid een tweedeling wordt gemaakt tussen de labels 'niet of nauwelijks te verwachten' en 'redelijk tot goede verwachting'. Dit laatste label geeft een nogal rooskleurig beeld, terwijl bij de beoordeling van de duurzaamheid deze uitkomst ook geldt voor cliënten waarvan de prognose onzeker is of die een matige verwachting hebben.

¹⁴ UWV, beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen, beoordelingskader voor verzekeringsartsen, September 2005

Schema 2.1 Stroomschema duurzaamheid arbeidsbeperkingen



Indien de VA de langdurig zieke als *volledig* en *duurzaam* arbeidsongeschikt (IVA) aanmerkt, legt hij die beslissing voor aan de staf VA, en voorheen aan de beslissingsautoriteit. Wanneer de VA beoordeelt dat de langdurig zieke *volledig maar niet duurzaam* arbeidsongeschikt is, (WGA 80-100) dan krijgt de langdurig zieke een toekenningsbeschikking WGA.¹⁵

2.5 Herbeoordelingen

De WIA kent, in tegenstelling tot de WAO, geen wettelijk verplichte herbeoordeling. Wel gold voor cliënten met een IVA-uitkering en met een 'geringe kans op herstel' op grond van de WIA een jaarlijkse herbeoordeling gedurende vijf jaar. Wanneer er sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden beziet de VA wanneer herbeoordeling zinvol is. Dit kan het moment zijn waarop verbetering van de belastbaarheid wordt verwacht.¹⁶ Cliënten met een IVA-uitkering bij wie herstel is uitgesloten worden vanzelfsprekend niet herbeoordeeld.

¹⁵ Evaluatie WIA- onderdeel uitvoering UWV, interne notitie.

¹⁶ Memorie van Toelichting wet WIA p. 19-25.

In 2011 is UWV begonnen het herbeoordelingsbeleid te herzien in een richting die "meer aansluit op het uitgangspunt dat participatie voorop staat en herbeoordeling secundair is".¹⁷ Medio 2012 zijn de belangrijkste aanpassingen doorgevoerd. In dit nieuwe herbeoordelingsbeleid staat de verantwoordelijkheid van cliënten om relevante wijzigingen aan UWV door te geven centraal. Het gaat bijvoorbeeld om veranderingen in de medische situatie of in de arbeidssituatie. Het proces van herbeoordeling verloopt overigens op dezelfde wijze als bij de claimbeoordeling.

Type herbeoordeling

Het nieuwe herbeoordelingsbeleid onderscheidt verschillende typen herbeoordelingen. Grofweg gaat het om een professionele herbeoordeling op grond van een inschatting van het geëigende moment door de VA (bij volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden) of de AD van het WERKbedrijf (wanneer er al sprake is van arbeidsvermogen) of een herbeoordeling op verzoek van de cliënt (of de werkgever). Het eerste type wordt ingepland op het moment dat er verbeteringen in de belastbaarheid zijn te verwachten, bijvoorbeeld na behandeling. Ook kan de arbeidsdeskundige van het WERKbedrijf verzoeken om een herbeoordeling (zie volgende paragraaf). Een herbeoordeling op verzoek van de cliënt wordt ingepland als de cliënt meldt dat er veranderingen zijn in de (gezondheids)situatie. Dit laatste type herbeoordeling wordt altijd met voorrang uitgevoerd.

Geen effect op de loongerelateerde uitkering (LGU)

Zoals beschreven in paragraaf 2.3 heeft een afname van het arbeidsongeschiktheidspercentage naar aanleiding van een herbeoordeling indien de periode van de loongerelateerde uitkering nog niet is afgelopen, geen effect op de uitkering. Het uitkeringspercentage blijft in zo'n geval 70%. Dit is om te voorkomen dat de belanghebbende naast de WIA-uitkering een WW-uitkering moet aanvragen.

2.6 Re-integratie

Een cliënt die op arbeidskundige gronden in de WGA stroomt, kan voor de re-integratie worden overgedragen van de divisie Sociaal Medische Zaken (SMZ) naar het UWV WERKbedrijf. Een re-integratietraject wordt alleen gestart als . Bij deze overdracht worden de verzekeringsgeneeskundige rapportage, de arbeidsdeskundige rapportage, de functionele mogelijkhe-

¹⁷ Interne notitie UWV.

denlijst en een advies met betrekking tot de re-integratie (“re-integratievisie”) aan het WERKbedrijf geleverd. Voor de re-integratie wordt een re-integratieplan of participatieplan opgesteld door een AD van het WERKbedrijf samen met de cliënt.

De uitvoering van het plan wordt door de AD van het WERKbedrijf gemonitord. Wanneer er wat in de situatie van de cliënt verandert kan het WERKbedrijf een verzoek voor een herbeoordeling indienen. De uitkomst van een herbeoordeling kan leiden tot een nieuw of aangepast werkplan of beëindiging van de re-integratie inspanning.

Cliënten waarvan de werkgever eigenrisicodrager (ERD) is, worden niet aangemeld bij het WERKbedrijf. De werkgever is immers de eerste tien jaar zelf verantwoordelijk voor onder andere de re-integratie. Vaak schakelen deze werkgevers een verzuimverzekeraar in om de re-integratie van hun werknemer te begeleiden.

2.7 Samenvatting & conclusies

De systematiek van de WIA bevat een aantal elementen die leiden tot een relatief grote proportie niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaarden. In de eerste plaats borduurt de WIA voort op veranderingen in de arbeidsongeschiktheidswetgeving die voor zijn invoering zijn ingezet, zoals het aangepaste Schattingsbesluit en de Wet Verbetering Poortwachter (WvP). De WvP heeft, zo blijkt uit eerder onderzoek, bijgedragen aan een reductie van de WIA instroom. De loondoorbetalings- en re-integratieverplichtingen van de wet Verlenging Loondoorbetalingsverplichting bij Ziekte (VLZ) en van de WvP, in combinatie met het regime van premiedifferentiatie in de WGA, hebben werkgevers ertoe aangezet langdurig verzuim en WIA-toetreding te voorkomen. Als gevolg hiervan hebben langdurig zieken die de WIA poort bereiken vaker ernstige beperkingen. Het selectieproces dat door het huidige stelsel van verzuim- en arbeidsongeschiktheidsregelingen wordt opgeroepen, heeft ertoe bijgedragen dat de proportie volledig arbeidsongeschikten onder de WIA-instroom groter is dan op grond van de ervaringen met de WAO verwacht werd.

Ten tweede is de WIA voor werknemers moeilijker toegankelijk. De toekenningsvoorwaarden van de WIA, en de eerdere uitwerking van die voorwaarden in het aSB, zijn strenger dan voorheen en de toegangsdrempel (minstens 35% verlies aan verdien capaciteit) is hoger. Bovendien is het uitkeringsregime in de WGA zo vormgegeven dat degenen die hun

restcapaciteit onvoldoende benutten na verloop van tijd een minimumuitkering krijgen. Het strengere en minder genereuze WIA-regime heeft ertoe geleid dat werknemers met voldoende benutbare mogelijkheden minder vaak dan voorheen een WIA-aanvraag zullen doen. De prikkels waaraan werkgevers zijn onderworpen hebben dit proces van zelfselectie versterkt.

Ten derde kent de WIA, net als de WAO, een loonkundige definitie van arbeidsongeschiktheid. Deze kan ertoe leiden dat werknemers met benutbare mogelijkheden volledig arbeidsongeschikt verklaard worden, als hun capaciteiten onvoldoende zijn om het minimumloon te verdienen. Los daarvan geldt dat gedurende de loongerelateerde fase een 80-100 uitkering niet kan worden gewijzigd. Dit kan tijdige activering van degenen die op arbeidsdeskundige gronden niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard ontmoedigen, ook al geldt dat de combinatie loon + uitkering altijd een hoger inkomen levert dan alleen een uitkering.

Tot slot vindt toekenning van een uitkering uit hoofde van de IVA slechts in beperkte mate plaats door de strenge regels die gelden voor toelating tot de IVA en de strikte toepassing van die regels. Immers zolang er behandelmogelijkheden zijn die uitzicht kunnen bieden op toename van de functionele mogelijkheden kan de arbeidsongeschiktheid niet als duurzaam beoordeeld worden.

Van de vijf bovenstaande institutionele effecten vallen de eerste twee buiten het bestek van het onderhavige onderzoek. Op de laatste twee, het loonkundig effect, de werking van herbeoordelingen en de toegankelijkheid van de IVA, komen we in de volgende hoofdstukken terug.

3 TOEPASSING IN DE PRAKTIJK

3.1 Inleiding

Het voorgaande hoofdstuk schetst een beeld van de systematiek van de WIA. In dit hoofdstuk gaan we na hoe deze systematiek in de praktijk wordt toegepast. We gebruiken daarvoor interviews en een dossieronderzoek. Het hoofdstuk start met een beknopte beschrijving van een aantal kenmerken van volledig arbeidsongeschikten op basis van populatiegegevens om te zien of de cliënten wier dossiers zijn onderzocht voldoende representatief zijn. Vervolgens geven we een beeld van de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid (3.3), de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen (3.4) en de wijze van herbeoordelen (3.5). Dit beeld baseren we zowel op informatie uit de interviews als uit het dossieronderzoek. Daarnaast gaan we in op een aantal specifieke punten die in de interviews aan de orde zijn gekomen, zoals de samenwerking tussen AD en VA, kennisborging en re-integratiemogelijkheden (3.6). In 3.7 vatten we de bevindingen samen.

3.2 Korte schets duurzaam en niet duurzaam arbeidsongeschikten

In paragraaf 4.1 geven we op basis van integrale bestanden een beeld van de verschillen tussen cliënten die in de WGA 80-100 en de IVA instromen. In deze paragraaf vatten we deze verschillen samen aan de hand van een beschrijving van de persoonskenmerken, type aandoeningen en beperkingen. De cliënten die in de WGA 80-100 instromen zijn iets vaker vrouw, terwijl degenen die in de IVA stromen vaker man zijn. Daarnaast zijn WGA 80-100 instromers gemiddeld jonger dan IVA instromers. Ten slotte is het aandeel vangnetters in de WGA 80-100 groep hoger dan in de IVA. Deze verschillen worden in de dossiers teruggevonden.

Dossieronderzoek geeft voldoende representatief beeld van de populatie arbeidsongeschikten

Uit zowel de populatiegegevens als het dossieronderzoek komt naar voren dat cliënten die *volledig maar niet duurzaam* arbeidsongeschikt worden (WGA 80-100) veel vaker psychische aandoeningen hebben dan degenen die *volledig en duurzaam* arbeidsongeschikt (IVA) zijn (zie tabel 3.1).

Wanneer cliënten met psychische aandoeningen duurzaam arbeidsongeschikt raken (IVA), blijkt het te gaan om zware psychiatrische problematiek. De WGA 80-100 instromers met psychische aandoeningen als hoofd-diagnose hebben daarentegen vaak een depressie, overspannenheid of een posttraumatisch stressyndroom. Deze drie diagnoses nemen samen 15% van de WIA-instroom voor hun rekening.¹⁸ *Duurzaam volledig* arbeidsongeschikten hebben veel vaker hart- en vaatziekten of kanker dan *niet duurzaam volledig* arbeidsongeschikten.

Tabel 3.1 Diagnose in 5 hoofdklassen naar WIA klasse ^a

WIA diagnose (5 hoofdklassen)	WGA 80-100 (n=40)	IVA (n=35)	Totaal (n=75)
Hart/vaatziekten	5	15	20
Kanker	0	5	5
Psychisch	20	5	25
Bewegingsapparaat	12	7	19
Overige aandoeningen	3	3	6

a zie tabel 4.13 voor de populatieverdeling.

Het merendeel van de cliënten is bij de claimbeoordeling gediagnosticeerd met een combinatie van klachten (55 van de 75). De WGA 80-100 instromers hebben vaker een combinatie van fysieke en psychische klachten terwijl IVA instromers juist vaker een combinatie van verschillende fysieke klachten hebben. We stellen dit vast op grond van de verzekeringsgeneeskundige beoordelingen in de dossiers.

Op basis van bovenstaande vergelijking van de dossiergegevens met de populatiegegevens concluderen we dat het dossieronderzoek een voldoende representatief beeld levert.

3.3 Beoordeling mate van arbeidsongeschiktheid

3.3.1 Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

Verzekeringsarts heeft al veel informatie voor medische beoordeling

De beoordeling van de WIA claim start, zoals we beschrijven in het voorgaande hoofdstuk, met de medische beoordeling van de mate van ar-

¹⁸ Zie UWV Kennisverslag 2012-I, pp. 19-21. Omdat mensen met deze diagnoses vrijwel nooit in de IVA komen, betekent 15% van de WIA-instroom 19% van de WGA-instroom.

beidsongeschiktheid door de verzekeringsarts (VA). Uit interviews blijkt dat een VA op dat moment al over heel wat informatie beschikt. Zo is in het RIV-dossier medische informatie beschikbaar die door de bedrijfsarts is verzameld, of er is een dossier van de VA die een vangnetter tijdens de ziektewet begeleidt. Wanneer een cliënt eerder bijvoorbeeld een WAO uitkering had, wordt ook deze informatie geraadpleegd.

In de medische beoordeling maakt de VA een medische anamnese, het verhaal van de cliënt over de voorgeschiedenis en relevante omstandigheden van zijn ziekte. Een centrale vraag hierbij is waarom de cliënt niet kan werken. De anamnese komt tot stand door het gericht stellen van vragen aan de cliënt en een eigen medisch onderzoek van de VA. De VA vraagt bijvoorbeeld naar het dagverhaal en gaat na wat iemand op een dag doet en tegen welke beperkingen hij of zij oploopt. Het dagverhaal wordt in kaart gebracht door het stellen van 'slimme vragen' om te voorkomen dat cliënten sociaal wenselijke antwoorden geven. Hiermee gaat de VA na of de klachten en de beperkingen voor werk die hieruit voortvloeien plausibel zijn en of het verhaal van de cliënt overeenkomt met de gemelde beperkingen.

Medische beoordeling vindt plaats volgens vast format

Van de medische beoordeling maakt de VA zowel een uitgebreide medische rapportage als een lekenrapportage. De lekenrapportage is beschikbaar voor de cliënt en voor de arbeidsdeskundige. Deze rapportages worden volgens een vast format opgesteld. Uit het dossieronderzoek onder WGA en IVA cliënten maken we op dat verzekeringsartsen altijd gebruik maken van dit vaste format.

Curatieve sector wordt in beperkt aantal gevallen geraadpleegd

Uit de interviews komt naar voren dat een verzekeringsarts de behandelend arts in het claimbeoordelingsproces alleen indien nodig raadpleegt. De VA beschikt doorgaans al over veel informatie wat betreft de medische situatie afkomstig van de curatieve sector, omdat deze informatie in de wachttijd voor de WIA is verzameld, ofwel door de bedrijfsarts ofwel door de verzekeringsarts van de Ziektewet. In een beperkt aantal gevallen wordt bij de WIA-aanvraag zelf nog informatie opgevraagd bij de behandelaar. Ten eerste wanneer de cliënt hierom verzoekt. De cliënt doet dit doorgaans wanneer hij bang is dat de klachten niet serieus genomen worden; het gaat dan vaak om *moeilijk objectiveerbare* klachten. Daarnaast consulteert de VA de behandelend arts als er twijfel is over het ziektebeeld. De cliënt kan bijvoorbeeld niet precies vertellen welke diagnose is gesteld en deze informatie ontbreekt eveneens in het dossier. Meestal is

dit alleen het geval als er aan het einde van de wachttijd nog nieuwe medische onderzoeken plaatsvinden. Het RIV dossier bevat deze informatie dan nog niet.

Dossier bevat doorgaans al voldoende info om tot een medisch oordeel te komen

Het dossieronderzoek bevestigt het beeld uit de interviews: grofweg een derde van de dossiers bevat informatie van de behandelend arts. Het gaat om gevallen waarbij de arts door de VA is geraadpleegd of waar de cliënt informatie van de arts meeneemt naar het spreekuur, zoals een toelichtende brief van de behandelend arts. Uit het verslag van de VA maken we op dat het dossier vaak al voldoende informatie bevat om tot een medisch oordeel te komen en dat de cliënt het medische beeld uit het dossier met het eigen verhaal kon bevestigen. Box 3.1 illustreert een aantal gevallen waarin wel en geen informatie is ingewonnen.

Box 3.1 Raadplegen van curatieve sector

Geen contact opgenomen	Contact opgenomen
<p><i>Vrouw, 32 jaar, uitgevallen vanwege maagoperatie</i></p> <p>"Informatie bij de behandelende sector werd niet opgevraagd omdat cliënt enerzijds voldoende geïnformeerd bleek te zijn over de aandoeningen en behandelingen en deze informatie ook op adequate wijze wist te verwoorden en anderzijds er al uitgebreide, recente informatie van haar behandelaars aanwezig was in het dossier. Deze informatie beschrijft en bevestigt bovenstaande medische problematiek."</p>	<p><i>Vrouw, 54 jaar, uitgevallen vanwege schouder- en armklachten</i></p> <p>"In verband met persisteren van ernstige handklachten heeft VA informatie opgevraagd bij de revalidatiearts."</p>
<p><i>Man, 54 jaar, uitgevallen vanwege psychische problemen</i></p> <p>"Er werd door VA van ziektewet arbo en ondergetekende geen informatie opgevraagd bij de behandelende sector omdat er sprake is van een stabiele situatie waarbij cliënt blijvend opgenomen is in een gespecialiseerde kliniek."</p>	<p><i>Man, 40 jaar, uitgevallen vanwege hartklachten</i></p> <p>"De medische prognose hangt af van de bevindingen bij cardiologisch onderzoek dat onlangs heeft plaatsgevonden. De belastbaarheid van cliënt is nog niet vast te stellen. Aanvullende informatie van de behandelende sector en/of expertise is noodzakelijk. Medische informatie wordt opgevraagd. Na binnenkomst van deze gegevens wordt de gevalsbehandeling voortgezet."</p>

Moeilijk objectiveerbare klachten en multiproblematiek

Geïnterviewden noemen een whiplash of het chronisch vermoeidheidssyndroom als moeilijk objectiveerbare klachten. De beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid is moeilijk omdat het lastig vast te stellen is wat de precieze functionele beperkingen zijn die met dergelijke klachten samenhangen. Het raadplegen van de curatieve sector geeft in deze geval-

len niet veel extra informatie omdat de klachten vanuit medisch oogpunt moeilijk vast te stellen zijn.

Het komt vrij vaak voor dat cliënten naast hun aandoening andere problemen hebben, bijvoorbeeld een scheiding, kinderen met gedragsproblemen, schulden e.d. Dergelijke situaties van meervoudige problemen (multiproblematiek) mogen geen rol spelen bij de claimbeoordeling, ook niet als deze de ziekte onderhouden. Hier zijn de geïnterviewde verzekeringsartsen heel stellig over. Alleen wanneer deze bijkomende problemen ziekmakend zijn en dus direct medische gevolgen hebben kunnen ze een rol spelen.

Schattingsbesluit wordt nauwlettend gevolgd

In de verzekeringsgeneeskundige beoordeling stelt de VA vast of de cliënt over benutbare mogelijkheden beschikt. Alle geïnterviewden geven aan dat men hier het Schattingsbesluit volgt. De criteria uit het Schattingsbesluit zijn heel strikt. Hierdoor kan de VA bij een cliënt met zware medische beperkingen toch benutbare mogelijkheden duiden, ook al weet de VA dat er praktisch gesproken nauwelijks benutbare mogelijkheden voor arbeid zijn. De cliënt voldoet alleen net niet aan de eisen van het Schattingsbesluit om als medisch arbeidsongeschikt te kunnen worden beschouwd. Doorgaans tekent de VA dit in het dossier op, zodat de arbeidsdeskundige hiervan op de hoogte is. Voor deze cliënt moet immers wel het CBBS worden geraadpleegd om vast te stellen of er daadwerkelijk geen verdien capaciteit is.

Meerderheid cliënten heeft benutbare mogelijkheden

Ook uit het dossieronderzoek blijkt dat de meerderheid van de cliënten bij de claimbeoordeling benutbare mogelijkheden heeft, en dus niet op medische, maar op arbeidskundige gronden volledig arbeidsongeschikt is. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 zijn er een aantal gronden waarop bij een cliënt GBM kan worden vastgesteld:

- opname in een ziekenhuis of AWBZ instelling;
- bedlegerigheid;
- ADL afhankelijk;
- onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren;
- ziekte met terminale afloop.

Alleen bij cliënten die *duurzaam* volledig arbeidsongeschikt zijn, zien we ziekte met terminale afloop als grond voor GBM. Daarnaast is er bij deze groep vaak sprake van GBM vanwege afhankelijkheid bij het verrichten van algemene dagelijkse taken, zoals wassen en aankleden. Cliënten die GBM hadden vanwege 'onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren'

zijn meestal *niet duurzaam* volledig arbeidsongeschikt. In het volgende hoofdstuk geven we de populatiecijfers van de instroom naar type GBM.

Tabel 3.2 *Benutbare mogelijkheden naar WIA klasse*

	WGA 80-100 (n=40)	IVA (n=35)	Totaal (n=75)
Geen benutbare mogelijkheden	11	15	26
Wel benutbare mogelijkheden	29	20	49

Functionele mogelijkheden

Voor elke cliënt die over benutbare mogelijkheden beschikt stelt de VA een functionele mogelijkhedenlijst (FML) op. De FML omvat zes hoofdcategorieën: persoonlijk functioneren, sociaal functioneren, aanpassen aan fysieke omgevingseisen, dynamische handelingen, statische houdingen en werktijden. In totaal kan de VA op 70 items in deze zes categorieën beperkingen aangeven.

Uit het dossieronderzoek komt naar voren dat WGA 80-100 instromers gemiddeld genomen in meer verschillende categorieën functionele beperkingen hebben dan IVA instromers. In geen enkel dossier krijgt een cliënt alleen een beperking in de categorie 'persoonlijk functioneren' of 'sociaal functioneren'. Beperkingen in deze categorieën komen alleen in combinatie met andere categorieën voor. Bij WGA 80-100 cliënten worden vaker beperkingen in beide (persoonlijk en sociaal functioneren) categorieën geconstateerd worden dan bij IVA cliënten. Overigens zijn in het dossieronderzoek alleen de *categorieën beperkingen* gescoord en niet de afzonderlijke typen beperkingen of het *aantal beperkingen*, zoals in Tabel 4.11 die de populatiegegevens bevat. Daar blijkt dat het aantal beperkingen toeneemt met de zwaarte van de WIA-categorie (WGA 35-80, WGA 80-100, IVA).

Ruimte voor eigen interpretatie verzekeringsartsen bij vaststellen FML...

Verschillende respondenten geven aan dat de FML erg theoretisch is. Als VA moet je je bewust zijn wat een bepaalde beperking inhoudt en wat de zogenoemde normaalwaarde is bij een beperking. Normaalwaarden in de FML zijn zo gekozen dat 95% van de mensen tussen 16 en 65 jaar een dergelijke belasting aankan. Indien iemand dus een belastbaarheid heeft die onder de normaalwaarde ligt behoort men tot de 5% die op een bepaalde categorie beperkt is. Doorgaans zijn verzekeringsartsen hiervan goed op de hoogte, ook omdat hieraan in de opleiding specifieke aandacht besteed wordt.

...en bij vaststelling urenbeperking

In de categorie 'werktijden' kan de verzekeringsarts besluiten om een urenbeperking op te leggen. Uit gesprekken komt naar voren dat het toepassen van een urenbeperking kan verschillen tussen verzekeringsartsen. Bij het opleggen van een urenbeperking moet een VA goed nagaan of het realistisch is dat een cliënt een groot deel van de dag niet belastbaar is, te meer omdat het opleggen van een urenbeperking grote gevolgen kan hebben voor de beschikbaarheid van functies en daardoor voor de mate van arbeidsongeschiktheid. De VA doet dit op basis van de standaard 'Duurbeperking'.

3.3.2 Arbeidsdeskundige beoordeling

AD raadpleegt CBBS vaak al voor de arbeidskundige beoordeling

Bij de arbeidskundige beoordeling roept de AD 'volgens het boekje' eerst de cliënt op voordat hij het CBBS raadpleegt. In de praktijk heeft de AD, op basis van informatie uit het RIV en van de rapportage van de VA, doorgaans al een goed beeld van de cliënt. De AD kan daarom het CBBS vaak al raadplegen en een eerste functieduiding maken vóór het eerste gesprek met de cliënt. De AD heeft dan al een beeld van de functionele mogelijkheden en kan hier, indien nodig, in het gesprek met de cliënt gericht op doorvragen. Wanneer de beschikbare informatie in het dossier geen duidelijk beeld geeft van de beperkingen van de cliënt, dan roept de AD de cliënt doorgaans eerst op voor een gesprek voordat hij het CBBS raadpleegt.

De AD maakt een eerste selectie van alle mogelijke geschikte functies in het CBBS. Vervolgens gaat de AD na of de cliënt daadwerkelijk met zijn beperkingen die functies kan uitvoeren. Wanneer er op dit punt onduidelijkheden zijn, vindt er overleg plaats met de VA. Hierna stelt de AD definitief vast welke functies mogelijk zijn en stelt op basis van de drie functies met de hoogste uurlonen, de resterende verdien capaciteit en daarmee het arbeidsongeschiktheidspercentage vast. De uitslag hiervan bespreekt de AD met de cliënt. Daarnaast maakt de AD een arbeidsdeskundige rapportage. Net als de verzekeringskundige rapportage is hiervoor een vast format. De rapportage omvat bijvoorbeeld een toelichting op de schatting van de mate van arbeidsongeschiktheid.

Bepaalde combinaties beperkingen en vaardigheden van grote invloed op aantal te duiden functies

Uit interviews blijkt dat bepaalde combinaties van beperkingen en vaardigheden veel functies uitsluiten. Zo geven verschillende geïnterviewden

het voorbeeld van een laag opgeleide allochtone cliënt die verschillende fysieke beperkingen heeft. Deze cliënt is door zijn geringe scholing aangewezen op fysieke arbeid. Zijn fysieke beperkingen leiden er echter toe dat de AD geen passende functies kan vinden, waardoor de cliënt als volledig arbeidsongeschikt beoordeeld moet worden. Zijn er toch beperkte mogelijkheden, dan zijn er vaak voldoende functies te duiden met een loon in de buurt van het oude loon. Het verlies aan verdien capaciteit is dan minder dan 35%. Daarnaast noemt men het voorbeeld van een hoog opgeleide cliënt die een specifieke beperking heeft waardoor hij zijn oude beroep niet meer kan uitoefenen en is aangewezen op werk met een loon dat veel lager is dan zijn huidige loon. Door het grote loonverschil is de cliënt volledig arbeidsongeschikt. Dit laatste geval komt echter veel minder vaak voor dan de eerste situatie.

Nauwelijks functies te duiden voor volledig arbeidsongeschikten

Uit het dossieronderzoek blijkt dat de AD bij de groep volledig arbeidsongeschikten vaak geen functies kan duiden. Zo blijkt uit de integrale cijfers in Tabel 4.9 dat bij 64% van degenen die in 2010 de WGA 80-100 groep instroomden door de arbeidsdeskundige geen geschikte functie te vinden was. Cliënten hebben teveel beperkingen waardoor de belastbaarheid van de cliënt te gering is voor de potentiële functies. Vaak is hier ook sprake van *comorbiditeit*: een cliënt heeft meerdere aandoeningen en daardoor verschillende typen beperkingen (zie ook Tabel 4.15: binnen de instroom in de WGA 80-100 groep heeft 59% meer dan een aandoening). Ter illustratie presenteren we in Box 3.2 en Box 3.3 twee cases van cliënten die op arbeidskundige gronden volledig arbeidsongeschikt zijn, waarbij overigens comorbiditeit geen rol speelt.

Box 3.2 WGA 80-100 op arbeidskundige gronden

<i>Vrouw, 42 jaar, werkte als schoonmaakster</i>
Cliënt viel uit vanwege polsklachten door een ongeval. Bij de claimbeoordeling stelt de VA vast dat de cliënt een beperkte linkerhandfunctie heeft en moeite met het maken van bepaalde polsbewegingen. De cliënt heeft diverse chirurgische behandelingen gehad en is onder behandeling bij een fysiotherapeut. De VA wijst FML beperkingen toe op de gebieden 'aanpassen fysieke omgevingseisen' en 'dynamische handelingen'. Gelet op de forse beperkingen van de linkerhand en het lage opleidingsniveau kan de AD onvoldoende functies duiden, waardoor de cliënt geen theoretische verdien capaciteit heeft. Doordat mevrouw nog onder behandeling is van de fysiotherapeut en de VA nog andere behandelmogelijkheden ziet zijn de beperkingen niet duurzaam.

Box 3.3 IVA op arbeidskundige gronden

Man, 58 jaar, werkte als productiemedewerker.

De cliënt viel uit vanwege gewrichtsklachten waardoor hij het werk fysiek niet meer aankan. Bij de claimbeoordeling stelt de VA vast dat de cliënt gewrichtsklachten heeft en dat de cliënt beperkt is in verschillende fysieke handelingen zoals het hand/vingergebruik en langdurig bovenhands werken. De VA geeft FML beperkingen aan op de gebieden 'sociaal functioneren', 'aanpassen fysieke omgevingseisen' en 'dynamische handelingen'. Voor de cliënt kan de AD geen passende functies vinden omdat hij ongeschoold is en daardoor aangewezen is op ongeschoold veelal fysiek werk. Zijn beperkingen zijn fors op fysiek vlak, zware werkzaamheden kan hij niet meer doen, maar door de beperkte hand- functie is hij ook niet geschikt voor lichte productiefuncties waar fijn motorische vaardigheden voor nodig zijn. De VA verwacht dat gezien het ziektebeloop de medische situatie op termijn wezenlijk zal verslechteren waardoor ook de functionele mogelijkheden zullen verminderen.

Er zit een zekere bandbreedte in de beoordeling van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen...

De beoordeling van de functionele beperkingen en van de functies uit het CBBS is van grote invloed op de mate van arbeidsongeschiktheid. Door het duiden van een bepaalde functionele beperking worden veel functies uitgesloten. De geïnterviewden zijn zich hiervan bewust. Zo geven verschillende AD'en en VA'en aan dat wanneer er geen functies mogelijk zijn volgens het CBBS, kritisch naar de FML gekeken wordt om er zeker van te zijn dat er niet onnodig functies worden uitgesloten. In de professionele beoordeling van functionele mogelijkheden en van geschikte functies zit onvermijdelijk een zekere bandbreedte, zij het dat onderzoek aantoonde dat deze variatie niet meer is dan wat gebruikelijk is bij medische beoordelingen.¹⁹ Volgens de geïnterviewde staf-verzekeringsartsen is de ene VA strenger in zijn beoordeling van de functionele mogelijkheden dan de andere (zie paragraaf 3.3.1). Dit geldt ook voor AD'en: de ene AD houdt bij de functieduiding wel (in beperkte mate) rekening met de kans dat een cliënt ook daadwerkelijk in aanmerking komt voor de theoretische functie²⁰ en de andere niet. Een voorbeeld is een bouwvakker waarvoor uit het CBBS de theoretische functie van receptionist naar voren komt. Als er meer voor de hand liggende functies geduid kunnen worden die eenzelfde loon leveren, zal de arbeidsdeskundige deze gebruiken.

...maar er wordt op toegezien dat deze zo klein mogelijk blijft.

¹⁹ Zie Schellart et al. (2011).

²⁰ In het CBBS zijn functiebeschrijvingen opgenomen, géén vacatures.

Het is de rol van de staf VA en de staf AD om er op toe te zien dat de bandbreedte in de beoordeling zo klein mogelijk is. Daartoe worden er regelmatig casuïstiek besprekingen voor arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen georganiseerd. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van regionale en landelijke coaching. Tot slot is er een centrale kwaliteitsafdeling die dossiers toetst en rapporteert aan de directie.

De samenwerking tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen verloopt goed...

Over het algemeen oordelen de geïnterviewden dat de samenwerking tussen VA en AD goed verloopt. Er is tussen de geïnterviewden geen overeenstemming over de benodigde frequentie van overleg tussen VA en AD. De behoefte aan overleg over de functionele mogelijkheden en beperkingen van een cliënt hangt overigens in grote mate af van de duidelijkheid en helderheid van de rapportage van de VA. Indien de VA zijn beoordeling systematisch en helder beargumenteert is er minder behoefte aan overleg vanuit de AD. Daarbij speelt hier het ziektebeeld natuurlijk ook een rol: bij moeilijk objectiveerbare klachten en bij beperkingen op het sociaal en persoonlijk functioneren heeft de AD vaker behoefte aan teamoverleg.

...ze voeren voornamelijk overleg over de functieduiding.

In de praktijk vindt met name overleg plaats over de functieduiding; dit is immers een samenspel van de functionele mogelijkheden zoals beoordeeld door de VA en de arbeidsdeskundige beoordeling van de geduide functies door de AD. Daarnaast vindt er na de bepaling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen (zie volgende paragraaf) soms overleg plaats wanneer de beperkingen duurzaam zijn maar de mate van arbeidsongeschiktheid net 80% is. Er wordt in dergelijke gevallen door de AD en de VA nagegaan of de beperkingen goed in beeld zijn gebracht en de theoretische schatting van de verdien capaciteit op de juiste wijze heeft plaatsgevonden.

3.4 Beoordeling duurzaamheid arbeidsbeperkingen

3.4.1 Gebruik protocollen

Categorieën stroomschema niet volledig sluitend

Het stroomschema voor de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen (zie Schema 2.1) is bij verzekeringsartsen goed bekend. Bij de invoering van de WIA is dit schema wijd verspreid en toegelicht. Uit interviews blijkt dat het met name voor beginnende verzekeringsartsen

een goed hulpmiddel is. Maar, zoals beschreven in het vorige hoofdstuk, zijn de labels uit het schema niet sluitend. Het is voor verzekeringsartsen niet altijd eenvoudig (afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek) om een keuze te maken tussen het uitsluiten, of niet of nauwelijks verwachten van verbeteringen in de belastbaarheid enerzijds, en een redelijk tot goede verwachting anderzijds. Er zit een groot gat tussen beide type labels. Wanneer de VA het stroomschema volgt en verbetering van de belastbaarheid is niet uitgesloten, dan komt hij al snel uit bij het label "redelijk tot goede verwachtingen" ook al is de verwachting minder dan 'redelijk'. Verzekeringsartsen zijn zich ervan bewust dat dit label een te rooskleurig beeld schetst, ook omdat zij vaak zien dat er allerlei andere, "ziekte onderhoudende" factoren meespelen die de kans op realisatie van deze verwachtingen minimaliseren. Deze factoren zijn overigens niet van invloed op de beoordeling van de duurzaamheid van de (volledige) arbeidsongeschiktheid.

Protocollen goed als naslagwerk maar niet altijd toepasbaar op cliënt

Naast het stroomschema beschikt een VA over verschillende geneeskundige protocollen. Nieuwe protocollen worden doorgaans via themabijeenkomsten geïntroduceerd. Geïnterviewden geven aan dat deze protocollen een goed naslagwerk zijn, maar dat ze nooit volledig toepasbaar zijn op elke cliënt. Verzekeringsartsen raadplegen bij specifieke vragen eerder een collega die veel kennis heeft over het betreffende ziektebeeld.

3.4.2 Oordeel duurzaamheid

Bij een duidelijk beeld kan de verzekeringsarts direct de duurzaamheid bepalen

Volgens het beslissingskader oordeelt de VA over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen *nadat* de mate van arbeidsongeschiktheid is vastgesteld. In geval van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden (GBM) vindt na de verzekeringsgeneeskundige beoordeling ook gelijk de beoordeling van de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen plaats. Er volgt dan immers geen arbeidskundige beoordeling. In de praktijk gebeurt dit ook vaak al als er wel benutbare mogelijkheden zijn. Verschillende verzekeringsartsen geven aan dat ze dit doen wanneer ze verwachten dat een cliënt op arbeidskundige gronden *volledig* arbeidsongeschikt wordt verklaard. Bij een minder duidelijk beeld wacht de VA met de beoordeling van de duurzaamheid tot de mate van arbeidsongeschiktheid bekend is.

Prognose omtrent behandeling niet eenvoudig bij moeilijk objectiveerbare klachten

Bij de bepaling van de duurzaamheid richten verzekeringsartsen zich op mogelijke verbetering van de belastbaarheid en op de ziekteprognose. Daarom staat de behandelmogelijkheid gericht op verbetering van het functioneren centraal. Dat oordeel kan positief uitvallen, terwijl de prognose van de ziekte in beginsel slecht kan zijn. Uit interviews blijkt dat verzekeringsartsen hier op één lijn zitten. Het maken van een prognose is voor bepaalde ziektebeelden makkelijker dan voor andere. Verschillende geïnterviewden geven aan dat bij moeilijk objectiveerbare klachten een prognose minder eenvoudig te geven is. Om een goede prognose te maken gaat een VA na welke klachten een cliënt heeft, welke behandelingen gangbaar zijn en welke behandelingen er al zijn ingezet. Wanneer een cliënt nog behandeld wordt, schat de VA in wat de kans van slagen is van die behandeling. Hiervoor maakt hij gebruik van verschillende bronnen als verzekeringsgeneeskundige protocollen, zijn eigen kennis over de ziekte en behandelingen en kennis van anderen. Indien een collega-VA van een bepaald ziektebeeld veel kennis heeft, wordt die geraadpleegd. Geïnterviewden geven echter aan dat er niet gericht wordt ingezet op specialisatie of expertise-ontwikkeling op een bepaald medisch gebied. Kennis is eerder vanuit iemands professionele achtergrond en ervaring aanwezig. Een VA kan ook een expertise oordeel aanvragen, of een curatieve collega raadplegen over de mogelijkheden van een bepaalde behandeling.

Merendeel cliënten onder behandeling ten tijde van claimbeoordeling

Het dossieronderzoek toont aan dat ten tijde van de claimbeoordeling het merendeel van de cliënten nog onder behandeling van een arts staat. De behandeling van *niet duurzaam* volledig arbeidsongeschikten is vaker gericht op verbetering of genezing, terwijl *duurzaam* volledig arbeidsongeschikten (IVA) vaker een behandeling krijgen die gericht is op stabilisatie of palliatie (het zo comfortabel mogelijk maken van de laatste levensfase).

Tabel 3.3 Onder behandeling ten tijde van de claimbeoordeling naar WIA klasse

	WGA 80-100 (n=40)	IVA (n=35)	Totaal (n=75)
Geen behandeling	5	2	7
Wel behandeling	28	20	48
Niet in dossier	7	13	20

Volgens de geïnterviewden komt het in de praktijk voor dat de VA oordeelt dat er een bepaalde behandeling mogelijk is, maar dat de behandelend

(huis)arts deze behandeling niet wil inzetten. In zo'n geval kan de VA alleen beargumenteren waarom deze behandeling zinvol is, maar hij kan de cliënt niet dwingen deze behandeling te volgen. Hetzelfde geldt als de cliënt niet mee wil werken aan een behandeling. Niettemin gaat de VA bij zijn beoordeling van de duurzaamheid uit van de beschikbare behandelmogelijkheden en stemt daar de prognose op af.

Verbetering uitgesloten bij driekwart duurzaam volledig arbeidsongeschikten

Nadat de VA de ontwikkeling van de ziekte en de behandelmogelijkheden in kaart heeft gebracht, oordeelt hij over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen. Zoals eerder beschreven zijn de beperkingen duurzaam wanneer verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten of nauwelijks te verwachten is. Uit het dossieronderzoek blijkt dat bij driekwart van de *duurzaam volledig* arbeidsongeschikten de VA oordeelt dat verbetering is uitgesloten. Bij het overige deel is verbetering nauwelijks te verwachten.

Oordeel duurzaamheid wordt conform richtlijnen goed onderbouwd

Uit interviews komt naar voren dat verzekeringsartsen goed moeten beargumenteren waarom verbetering van de belastbaarheid is uitgesloten of nauwelijks te verwachten. Wanneer een VA oordeelt dat er sprake is van duurzame arbeidsbeperkingen dan vult hij het zogenoemde "beslisdocument IVA toekenning" in dat naar de staf VA gaat voor een laatste beoordeling. De staf VA gaat na of het oordeel van de VA consistent is en overlegt indien nodig met de staf AD over het oordeel met betrekking tot de mate van arbeidsongeschiktheid. Indien de VA oordeelt dat de beperkingen niet duurzaam zijn, dan hoeft dit niet aan de staf VA voorgelegd, noch specifiek verantwoord te worden. Bij de onderbouwing van het oordeel over de duurzaamheid moet de VA expliciet een uitspraak doen of herstel/toename van de belastbaarheid is uitgesloten of niet. Geïnterviewden geven aan dat niet-duurzaamheid als het ware de *default* optie is: de beperkingen worden geacht niet-duurzaam te zijn, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn om duurzaamheid te veronderstellen. Dit betekent dat niet-duurzaamheid niet beargumenteerd hoeft te worden.

Uit het dossieronderzoek komt eenzelfde beeld naar voren. In de dossiers van duurzaam volledig arbeidsongeschikten is doorgaans een duidelijke onderbouwing van het oordeel met betrekking tot duurzaamheid terug te vinden. Het gaat met name om cliënten die blijvende (fysieke) beperkingen hebben of een ernstige (terminale) ziekte. Bij de groep WGA 80-100 is de onderbouwing niet altijd duidelijk, maar ook niet vereist. Soms benadrukt de VA dat de cliënt nog onder behandeling is en dat daarom verbetering van de belastbaarheid niet is uitgesloten. Het komt ook voor dat in

het oordeel geen directe link met lopende behandelingen en/of een prognose van de belastbaarheid wordt beschreven. Box 3.4 schetst een aantal voorbeelden van onderbouwing van duurzaamheid.

Box 3.4 Onderbouwing duurzaamheid naar WIA klasse

<i>Niet duurzaam</i>	<i>Duurzaam</i>
<p><i>Vrouw, 45 jaar, uitgevallen vanwege vermoeidheid en psychische klachten na een operatie</i> "De verwachting is dat cliënt na verdere behandeling (operatie en hulp psychische klachten) weer belastbaar zal zijn."</p>	<p><i>Vrouw, 60 jaar, uitgevallen vanwege een chronische hartaandoening</i> "chronisch progressieve hartaandoening (cardiomyopathie) met ritmestoornis en doorgemaakt CVA. geen behandeling mogelijk."</p>
<p><i>Man, 49 jaar, uitgevallen vanwege rugklachten</i> "Belanghebbende staat nu op de wachtlijst voor een dagklinisch behandelprogramma, deze zal waarschijnlijk over ca. 2 maanden starten."</p>	<p><i>Vrouw, 56 jaar, uitgevallen vanwege een ernstige terminale ziekte</i> "Client lijdt aan een ongeneeslijke aandoening."</p>
<p><i>Man, 33 jaar, uitgevallen vanwege een psychose</i> "Deze factoren hoeven niet per se blijvend van aard te zijn en daarom lijkt verbetering mogelijk."</p>	<p><i>Man, 52 jaar, uitgevallen vanwege cardiogene shock</i> "Er is sprake van een progressief en stabiel ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden."</p>
<p><i>Vrouw, 53 jaar, uitgevallen vanwege borstkanker met depressie als gevolg</i> "Verwachting verbetering van de belastbaarheid is redelijk tot goed."</p>	<p><i>Man, 50 jaar, uitgevallen vanwege neurologische klachten</i> "De problemen van betrokkene betreffen een aandoening zonder verdere gerichte behandelingsmogelijkheden."</p>

3.5 Herbeoordelingen

Werkwijze bij herbeoordeling gelijk aan die bij claimbeoordeling

Uit interviews blijkt dat de werkwijze bij een herbeoordeling gelijk is aan die bij de claimbeoordeling. Er is per kantoor of regio wel een verschil in de behandeling van een geplande herbeoordeling. Wanneer bij een cliënt die volledig arbeidsongeschikt is op medische gronden een herbeoordeling is ingepland op verzoek van de VA, bijvoorbeeld omdat hij op termijn verbetering van de belastbaarheid verwacht naar aanleiding van een behandeling, belt het ene kantoor de cliënt na om te vragen of de behandeling daadwerkelijk is afgerond terwijl dit op het andere kantoor niet gebeurt en er zonder navraag een herbeoordeling wordt ingepland.

Een kwart van de WIA-ontvangers is (tot nu toe) herbeoordeeld

Op basis van de bestandsgegevens kunnen we een indruk geven van het aantal herbeoordelingen dat WIA-ontvangers krijgen. Binnen de WIA-populatie van eind 2010 is 25% een of meer keren herbeoordeeld. Voor degenen die als gedeeltelijk arbeidsongeschikt de WIA instroomden is dit 29% en bij de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten is het aantal herbeoordelingen 27%. De IVA-ontvangers worden met 15% minder vaak herbeoordeeld. De herbeoordelingen zullen vooral de groep met 'geringe kans op herstel betreffen'. In de oude situatie moest deze groep namelijk jaarlijks wettelijk herbeoordeeld worden.

Structureel ligt het aantal herbeoordelingen weliswaar hoger...

Deze percentages hebben betrekking op het oude herbeoordelingsbeleid. Bovendien zijn ze ontleend aan een waarnemingsperiode, die langer is naarmate het jaar van toekenning verder in het verleden ligt. Dit laat onderstaande tabel zien: van degenen die in de eerste WIA-jaren een toekenning kregen is inmiddels een groter percentage herbeoordeeld dan in de latere jaren. Het gemiddelde aantal cliënten dat een of meer herbeoordelingen gehad heeft, neemt in de tijd af doordat de waarnemingsperiode korter wordt. Het gemiddelde van 27% is dus een *onderschatting* van het totale aantal cliënten dat herbeoordeeld wordt, tenzij het nieuwe herbeoordelingsbeleid tot een afname van het aantal herbeoordelingen leidt. Als dit laatste niet het geval is dan ligt het structurele aantal herbeoordelingen aanzienlijk hoger dan 27%. Zo heeft van de WGA 80-100 toekenningen uit 2006 inmiddels 60% een herbeoordeling gehad.

Tabel 3.4 Percentage WGA 80-100 cliënten dat een of meer keren herbeoordeeld is, naar jaar van WIA-toekenning, 2006-2010

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010
Herbeoordelingen	59,7	42,0	23,9	15,1	11,6

...maar het aantal herbeoordelingen daalt

Vanaf de introductie van de WIA in 2006 is het aantal herbeoordelingen binnen de WGA 80-100 groep gedaald. Dit laten we in Tabel 3.5 zien. Daarin wordt per verblijfsjaar en per cohort het gemiddelde aantal herbeoordelingen weergegeven. In jaar 0, het jaar van instroom, is het gemiddelde aantal herbeoordelingen vanzelfsprekend laag. Per cohort is dat gemiddelde in het eerste jaar na instroom het hoogst en daarna neemt het geleidelijk af. Dit is een natuurlijk patroon. Kijken we echter *per verblijfsjaar* dan zien we dat het gemiddelde aantal herbeoordelingen cohortsgewijs afneemt: hoe jonger het cohort, hoe minder herbeoordelingen.

Tabel 3.5 Gemiddeld aantal herbeoordelingen in het 0^e, 1^e, 2^e, 3^e, 4^e of 5^e jaar na instroom in de WGA; 80-100 cohorten 2006 t/m 2010

Cohort		Gemiddeld aantal herbeoordelingen
Jaar 0	2006	0,04
	2007	0,06
	2008	0,03
	2009	0,02
	2010	0,02
Jaar 1	2006	0,29
	2007	0,20
	2008	0,10
	2009	0,07
	2010	0,10
Jaar 2	2006	0,22
	2007	0,14
	2008	0,09
	2009	0,07
Jaar 3	2006	0,12
	2007	0,08
	2008	0,07
Jaar 4	2006	0,06
	2007	0,06
Jaar 5	2006	0,06

Meeste herbeoordelingen leiden niet tot verandering WIA-status

Uit de onderzochte dossiers blijkt dat herbeoordeling van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten vaker leidt tot verlenging van de status quo dan tot transitie naar een andere WIA-categorie of tot beëindiging van de WIA-uitkering (zie Tabel 3.7). De bestandsgegevens bevestigen dit beeld: bij 64 procent van de herbeoordelingen van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten blijft de status ongewijzigd.

Ruim 85% van de herbeoordelingen vindt plaats op verzoek van UWV

Volgens de bestandscijfers (die het oude herbeoordelingsbeleid betreffen) wordt het merendeel (86%) van de herbeoordelingen op verzoek van UWV gedaan. 72 procentpunt hiervan betreft professionele herbeoordelingen. De dossiergegevens zijn hiermee in overeenstemming. Cliënten die na herbeoordeling naar de IVA doorstromen hebben iets vaker zelf, al dan niet op verzoek van de werkgever, een verzoek tot herbeoordeling gedaan. De bestandscijfers laten zien dat 21% van de doorstroom van WGA 80-100 naar IVA het gevolg is van een herbeoordeling op verzoek van de cliënt. Wanneer het arbeidsongeschiktheidspercentage naar beneden wordt bijgesteld ligt het initiatief vaker bij UWV. De bestandscijfers wijzen uit dat slechts 12% van de herbeoordelingen op verzoek van de cliënt tot een verlaging van de mate van arbeidsongeschiktheid leiden.

Herbeoordelingen op verzoek van werkgevers komen vooral van eigenrisicodragers

Verder komt uit interviews naar voren dat werkgevers, en dan met name degene die eigenrisicodrager zijn, vaak het initiatief nemen voor een herbeoordeling als men denkt dat de werknemer voor een IVA uitkering in aanmerking komt. Met name grotere bedrijven zijn hier alert op. Het gaat om gevallen waarvoor werkgevers tijdens de wachttijd voor de WIA al veel re-integratie-inspanningen hebben geleverd, maar die geen effect hebben gehad. Wanneer bij de claimbeoordeling de werknemer niet in de IVA wordt ingedeeld vraagt de werkgever, via de werknemer, vaak na een jaar een herbeoordeling aan.

Merendeel herbeoordelingen vindt 1 tot 2 jaar na claimbeoordeling plaats

Volgens het nieuwe beleid ten aanzien van herbeoordelingen, dat in de loop van 2011 is ingevoerd, plant de VA in het geval van volledige arbeidsongeschiktheid op *medische gronden* (GBM) een herbeoordeling in, afhankelijk van de termijn waarop er verbeteringen worden verwacht. Wanneer een cliënt op *arbeidskundige gronden* volledig arbeidsongeschikt is, dan kan het WERKbedrijf, naast de cliënt zelf, verzoeken om een herbeoordeling. Geïnterviewden geven aan dat dit niet heel veel voorkomt omdat deze werkwijze nog maar recent is ingevoerd. Het WERKbedrijf dient het verzoek voor herbeoordeling bij SMZ in; daar kijkt men vervolgens of de herbeoordeling daadwerkelijk moet worden ingepland. Daar waar het Werkbedrijf de activering ter hand neemt van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten die bij publiek verzekerde werkgevers in dienst zijn (waren) zullen werknemers van eigenrisicodragers zelf om een herbeoordeling moeten vragen.

Bij het merendeel van de onderzochte herbeoordelingsdossiers vond tussen 1 tot 2 jaar na de claimbeoordeling een herbeoordeling plaats (zie tabel 3.6). Als een tweede herbeoordeling nodig was dan vond deze doorgaans 1 tot 2 jaar later plaats (niet in de tabel).

Tabel 3.6 Periode tussen claimbeoordeling en eerste herbeoordeling (n=69)

Binnen een jaar na claimbeoordeling	19
1 tot 2 jaar na claimbeoordeling	27
Meer dan 2 jaar na claimbeoordeling	23

Verschillende geïnterviewden geven aan dat herbeoordelingen vanwege capaciteitsproblemen niet op tijd werden uitgevoerd. Maar dit geldt alleen voor herbeoordelingen op verzoek van UWV; herbeoordelingen op verzoek van de verzekerde worden met voorrang behandeld. Het gaat in het eerste geval om cliënten waar bij de claimbeoordeling door de VA werd aangegeven dat er over een jaar herbeoordeeld moest worden. Dit is *het oude beleid* waarbij herbeoordelingen werden ingepland om cliënten in zicht te houden, niet omdat er een specifieke reden voor was. Wanneer er na een jaar geen capaciteit beschikbaar was, werd de herbeoordeling uitgesteld. Dit beeld wordt bevestigd door het dossieronderzoek. In het merendeel van de herbeoordelingsdossiers wijkt de datum van herbeoordeling sterk af van de geplande datum. *Het nieuwe beleid* is erop gericht om door overdracht naar het WERKbedrijf mensen in beeld te blijven houden.

Geen wettelijk verplichte herbeoordeling

Zoals vermeld in paragraaf 2.5 zijn met de invoering van de WIA de wettelijk verplichte herbeoordelingen afgeschaft. In het nieuwe beleid van het UWV worden herbeoordelingen ingepland indien nodig. Een wettelijke verplichting zou in de visie van UWV verspilling van schaarse capaciteit betekenen. WGA-verzekeraars van eigenrisicodragers stellen hier tegenover dat een verplichte herbeoordeling van de WGA 80-100 populatie bij afloop van de LGU voor de hand zou liggen. Meer in het algemeen hebben werkgevers en verzekeraars belang bij een intensievere monitoring van de niet duurzaam volledig arbeidsongeschikten omdat zij menen dat dit doorstroom naar andere WIA-categorieën (inclusief 35-min) kan bespoedigen. Dit moeten de WGA-verzekeraars dan zelf ter hand nemen want UWV heeft hier geen directe verantwoordelijkheid.

Positieve relatie tussen ontwikkeling klachten/beperkingen en mate van arbeidsongeschiktheid

Uit het dossieronderzoek leiden we af dat er een duidelijke relatie is tussen de ontwikkeling van de klachten en beperkingen en de uitslag van de herbeoordeling. Zie ook hoofdstuk 5 waar transities na claimbeoordeling vanuit WGA 80-100 uitgebreid worden onderzocht.

Tabel 3.7 Ontwikkeling beperkingen naar uitslag herbeoordeling WGA 80-100

	Minder dan 35%	WGA 35-80%	WGA gelijk	IVA	Totaal
Beperkingen afgenomen	6	3	3	1	13
Beperkingen gelijk	2	3	24	9	38
Beperkingen zijn verergerd of er zijn meer beperkingen	2	1	9	10	22
Onbekend	0	1	2	2	5

WGA 80-100 cliënten die na hun herbeoordeling minder dan 80% arbeidsongeschikt zijn, hebben vaak minder beperkingen gekregen sinds hun instroom in de WIA. Vaak heeft de cliënt in de tussentijd therapie of behandeling gehad voor de klachten waardoor de klachten afnemen. Ook het opheffen van een urenbeperking kan een lagere mate van arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben. Door de vermindering van hun beperkingen zijn er meer functies te duiden, waardoor de theoretische verdien capaciteit toe- en de mate van arbeidsongeschiktheid afneemt. Box 3.5 geeft inzicht in een herbeoordeling waarbij de mate van arbeidsongeschiktheid afneemt na afname van de klachten.

Box 3.5 Minder dan 80% arbeidsongeschikt na herbeoordeling

Vrouw, 34 jaar, werkloos

Cliënt valt uit vanwege psychische klachten. Bij de claimbeoordeling oordeelt de VA dat zij depressief is. De cliënt heeft problemen met het vasthouden van aandacht, geen hoog handelingstempo kan niet omgaan met deadlines en pieken. Hierdoor zijn er onvoldoende geschikte functies te duiden en is er sprake van een volledig verlies aan verdien capaciteit. De verzekeringsarts verwacht dat de belastbaarheid op lange termijn zal verbeteren en plant na een jaar een herbeoordeling in. Anderhalf jaar later vindt de herbeoordeling plaats. De VA constateert dat de beperkingen van de cliënt zijn verminderd, de cliënt heeft geen depressie meer maar er zijn nog wel spanningsklachten. Daarnaast werkt ze 2 tot 3 uur per week en voert ze zelfstandig haar huishouden. De VA oordeelt dan ook dat de cliënt alle werkzaamheden kan verrichten waarin 'rekening wordt gehouden met energetische klachten en stresstolerantie'. De AD raadpleegt vervolgens het CBBS en kan meer dan 3 functies met 3 arbeidsplaatsen duiden. Deze functies hebben een beperkt loonverlies ten opzichte van het maatmanloon waardoor het arbeidsongeschiktheidspercentage afneemt tot minder dan 35%.

De herbeoordelingen waarbij de cliënt *volledig maar niet duurzaam* arbeidsongeschikt blijft, kenmerken zich door overwegend gelijkblijvende beperkingen. Deze herbeoordelingen worden overigens ook relatief vaker door de cliënt aangevraagd. De cliënt is dan van mening dat zijn beperkingen zijn toegenomen, maar de VA oordeelt uiteindelijk dat dit niet het geval is. In een aantal gevallen zijn de beperkingen wel toegenomen, maar heeft dit geen invloed op de belastbaarheid of op de prognose van de belastbaarheid. Daarnaast komt het voor dat de herbeoordeling plaatsvindt terwijl de cliënt nog in behandeling is, en dat deze behandeling verbeteringen in de belastbaarheid niet uitsluit. Box 3.6 schets een situatie waarin de WGA 80-100 uitkering ongewijzigd blijft.

Box 3.6 WGA gelijk na herbeoordeling

Man, 52 jaar, teamleider automatisering

Cliënt valt uit vanwege een combinatie van fysieke en psychische klachten. Gedurende de wachttijd hebben er verschillende onderzoeken plaatsgevonden om na te gaan wat de oorzaak van de klachten is. Op het moment van claimbeoordeling blijken de fysieke klachten te zijn veroorzaakt door psychische klachten. De VA oordeelt dat de cliënt geen benutbare mogelijkheden heeft vanwege het onvermogen tot persoonlijk en sociaal functioneren. De cliënt heeft een ernstige psychische stoornis en is hiervoor nog in behandeling. Verwacht wordt dat de medische situatie hierdoor op termijn zal verbeteren. Een half jaar na de claimbeoordeling vindt op verzoek van de cliënt een herbeoordeling plaats omdat de cliënt claimt dat zijn beperkingen zijn toegenomen. De VA constateert echter geen objectieve verandering in de beperkingen van de cliënt en concludeert wederom dat er geen sprake is van volledige arbeidsongeschiktheid op medische gronden. De VA verwacht verbetering van de belastbaarheid en plant een heronderzoek in voor over een half jaar.

Een derde overgang die in het dossieronderzoek is geanalyseerd is die van niet duurzaam naar duurzaam volledig arbeidsongeschiktheid. Uit tabel 3.7 viel al af te lezen dat bij cliënten met deze overgang de beperkingen vaak verergerd zijn of dat er meer beperkingen zijn bijgekomen. Het gaat veelal om fysieke klachten die toenemen. Een cliënt is bijvoorbeeld bij de claimbeoordeling op medische basis volledig arbeidsongeschikt geworden en wacht op een operatie. Bij de herbeoordeling blijkt dat de operatie de klachten niet heeft verminderd en de cliënt hierdoor meer beperkingen heeft gekregen. Ook kan het voorkomen dat iemand na herbeoordeling overgaat naar de IVA terwijl de klachten gelijk zijn gebleven. De WIA klasse is dan veranderd omdat er inmiddels sprake is van een stabiel ziektebeeld zonder verbeteringsmogelijkheden. In Box 3.7 geven we weer een casusbeschrijving.

Box 3.7 IVA na herbeoordeling

Vrouw, 54 jaar, werkte als leerkracht op een basisschool

Cliënt valt uit vanwege ernstige vermoeidheid. Dit komt mede door een virusinfectie die ze jaren daarvoor heeft opgelopen waardoor ze al herhaaldelijk is uitgevallen. Bij de claimbeoordeling oordeelt de VA dat de cliënt verminderde benutbare mogelijkheden heeft en er mogelijk sprake is van een burn-out en een 'gemaskerd depressief beeld'. Ze heeft functionele beperkingen op zowel het persoonlijk functioneren (deadlines en productiepieken, hoog handelingstempo, veelvuldige storingen, flexibel inspringen op wisselende omstandigheden) als sociaal functioneren (leiding geven, conflicthantering). De AD kan door de ernstige beperkingen op deze gebieden geen functies duiden waardoor de cliënt volledig arbeidsongeschikt wordt. De VA kan een verbetering van de belastbaarheid niet uitsluiten omdat de cliënt nog therapie volgt. Er wordt een herbeoordeling voor over een half jaar ingepland. De herbeoordeling vindt uiteindelijk een jaar later op verzoek van de cliënt plaats. De verzekeringsarts oordeelt dat het medisch beeld ongewijzigd is en dat de therapie geen verbetering in de belastbaarheid heeft opgebracht. Hierdoor verandert er niets in de omvang of ernst van de functionele beperkingen en blijft de cliënt volledig arbeidsongeschikt. De VA stelt dat er sprake is van 'een stabiel ziektebeeld met ernstige belemmeringen' en dus dat de beperkingen duurzaam zijn. De staf-VA gaat akkoord met deze beoordeling en de cliënt krijgt een IVA beschikking.

3.6 Re-integratie

Van cliënten die op arbeidskundige gronden een WGA 80-100 uitkering krijgen, moeten de re-integratiemogelijkheden verkend worden. Volgens het UWV Inkoopkader Re-integratiedienstverlening komen ontvangers van een arbeidsongeschiktheids- of ziektewetuitkering in aanmerking voor re-integratiedienstverlening als de afstand tot de arbeidsmarkt binnen een termijn van twee jaar overbrugbaar is. De inzet van het traject moet bijdragen aan re-integratie in regulier werk.

Zoals beschreven in het vorige hoofdstuk kunnen het UWV WERKbedrijf, WGA-verzekeraars en re-integratiebedrijven een rol spelen bij de re-integratie. De cijfers van UWV laten zien dat voor ongeveer 15% van degenen die in 2006 of 2007 tot de WGA 80-100 waren toegelaten daarna, in de periode tot eind 2010, een re-integratietraject gestart is (zie Tabel 5.4).

Informatie overdracht tussen bij de re-integratie betrokken partijen

Alle partijen die bij de re-integratie betrokken zijn, hebben behoefte aan goede informatie over de re-integratie inspanningen tijdens de wachttijd en aan de rapportages die in het kader van de claimbeoordeling zijn gemaakt. Dit om ervoor te zorgen dat er geen re-integratiekansen worden gemist of instrumenten dubbel worden ingezet. Wanneer de werkgever van de cliënt geen eigenrisicodragers is, dan wordt de cliënt bij de procesbegeleider van het betreffende werkplein aangemeld. Die wijst de cliënt toe aan een bepaalde arbeidsdeskundige of werkcoach. Vervolgens wordt de nodige informatie, zoals het RIV dossier (probleemanalyse, plan van aanpak etc.), het verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig verslag van de claimbeoordeling en de re-integratievisie van de AD digitaal van SMZ, de UWV divisie die verantwoordelijk is voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, naar het WERKbedrijf overgedragen.

Cliënten ontvangen informatie van het WERKbedrijf en van verzekeraars

Zowel het WERKbedrijf als verzekeraars nodigen de cliënt uit voor een gesprek over re-integratie. Beide partijen geven daarnaast algemene voorlichting over de werking van de WIA, de vormgeving van de dienstverlening van het WERKbedrijf en de rechten en plichten van de cliënt. Middels een gesprek met de cliënt probeert men te achterhalen welke mogelijkheden er zijn voor re-integratie.

Informatievoorziening wordt beperkt door medische geheimhouding

De informatieverstrekking over de functionele mogelijkheden van arbeidsongeschikte werknemers aan de WGA-verzekeraars van eigenrisicodragers is, in vergelijking met die aan het UWV WERKbedrijf, uiterst gering. Verzekeraars hebben geen direct contact met UWV (SMZ), maar krijgen via de werkgever doorgaans de uitslag van de claimbeoordeling. UWV is niet bevoegd werkgevers of verzekeraars verdere informatie over de claimbeoordeling te verstrekken. Verzekeraars ervaren dit als een gemis. Wel kan de werkgever deze informatie via een bezwaarprocedure bij UWV opvragen, of via de cliënt inzage vragen in de rapportages. Overigens wordt de informatieverstrekking aan het WERKbedrijf ook beperkt door de medische privacy regels, maar de lijnen binnen het UWV zijn korter. Deze ervaren discrepantie is een direct gevolg van het hybride stelsel, waarbij een eigenrisicodragers of zijn verzekeraar zelf de voor re-integratie nodige informatie moeten verzamelen.

WGA 80-100 cliënten met een uitkering op arbeidskundige gronden niet altijd bewust van re-integratieverplichting.

Het lijkt voor cliënten met een WGA 80-100 uitkering op arbeidskundige gronden niet duidelijk te zijn dat ze een re-integratieverplichting hebben.

In de beschikking van UWV wordt dit weliswaar vermeld, maar zowel werkgevers, verzekeraars als het WERKbedrijf geven aan dat cliënten niet weten wat deze verplichting inhoudt en dat zij zich er niet van bewust zijn dat er een re-integratieverplichting is.

Keuze traject op basis van de behandeling, WERKbedrijf ontwikkelt methode voor keuze op basis van cliëntprofielen

Het WERKbedrijf is bezig een methode te ontwikkelen om te bepalen welk type traject een cliënt moet krijgen. Net als bij de Wajong wil het WERKbedrijf cliëntprofielen opstellen waarin de competenties, affiniteiten en beroepsvoorkeuren van de cliënt worden vastgelegd. Op die manier wordt het klantenbestand in groepen onderverdeeld en kunnen re-integratie-instrumenten gericht worden ingezet. Momenteel wordt de keuze voor een traject bepaald aan de hand van de behandeling die iemand krijgt, de afstand tot de arbeidsmarkt en allerlei omgevingsfactoren. Wanneer een cliënt nog een intensieve behandeling ondergaat wordt er doorgaans geen traject ingezet. Er wordt dan wel een vervolggesprek ingepland voor na afloop van de behandeling. Als een type traject gekozen is kan de werkcoach kiezen voor interne dienstverlening of voor een traject bij een externe dienstverlener.

Verzekeraars baseren hun keuze voor het al dan niet inzetten van een re-integratietraject eveneens op het feit of iemand nog een behandeling volgt. Daarnaast worden het opleidingsniveau, de motivatie van de cliënt en het netwerk van de cliënt betrokken bij de keuze. Wanneer het voor verzekeraars onduidelijk is welke mogelijkheden er zijn, kan er een talentanalyse worden uitgevoerd. Voor bepaalde groepen worden kleine opleidingstrajecten ingezet, het gaat bijvoorbeeld om een certificaat voor taxichauffeurs.

Effectiviteit van re-integratie hangt af van sociale factoren, motivatie en het netwerk van de cliënt..

In hoeverre een traject zinvol en effectief is hangt af van verschillende factoren. Zo spelen sociale factoren volgens geïnterviewden een grote rol. Wanneer er sprake is van allerlei randproblemen, zoals schuldenproblematiek, heeft dit een negatieve invloed op de re-integratie. Daarnaast speelt de motivatie van de cliënt, en de ondersteuning door zijn/haar sociale netwerk een grote rol. Hoe de cliënt omgaat met de beperkingen is van grote invloed op de re-integratie: heeft de cliënt de beperkingen/ziekte geaccepteerd en hoe percipieert hij zijn gezondheid? Waar het aan motivatie ontbreekt wordt de cliënt op zijn plichten gewezen maar worden ook positieve stimuli gebruikt om mensen te motiveren.

...en dit is in het voordeel van hoger opgeleide cliënten.

Cliënten die hoger zijn opgeleid en goed sociaal netwerk hebben, zijn vaak makkelijker te re-integreren dan laag opgeleiden. Ze zijn niet alleen zelfredzamer, maar hebben ook meer arbeidsmogelijkheden omdat ze in een breder scala aan functies aan de slag kunnen. Cliënten met een lage opleiding en fysieke klachten zijn vaak moeilijk te re-integreren omdat ze doorgaans aangewezen zijn op fysiek werk.

3.7 Samenvatting & conclusies

Dit hoofdstuk is gewijd aan de toepassing van de regels in de professionele praktijk. Om de toepassing te onderzoeken zijn 75 claimbeoordelingsdossiers en 70 herbeoordelingsdossiers bestudeerd en geïnventariseerd. Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met 19 professionals waarvan 10 verantwoordelijk zijn voor de uitvoering, 3 voor de vormgeving van de uitvoering, 5 belangenbehartigers en een rechter van de Centrale raad van Beroep. We hebben hieronder de belangrijkste bevindingen geordend naar de onderdelen die er samen toe leiden dat een werknemer niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt wordt verklaard en dit al dan niet blijft.

3.7.1 Beoordeling mate arbeidsongeschiktheid

Besluiten, standaarden en protocollen worden in de praktijk nauwgezet toegepast, behandelend arts niet standaard geraadpleegd.

- De claimbeoordeling vindt plaats volgens een vast format. Zowel de verzekeringsgeneeskundige- als de arbeidsdeskundige rapportages geven een gestandaardiseerde onderbouwing van de bevindingen.
- De behandelende artsen worden in het proces van claimbeoordeling niet standaard geraadpleegd. Doorgaans is dit niet nodig omdat er in de wachttijd voor de WIA al veel medische informatie is verzameld. Indien de cliënt hierom verzoekt wordt de arts echter altijd geraadpleegd.

Hoogte maatmanloon van invloed op mate van arbeidsongeschiktheid

- De praktijkervaringen bevestigen de institutionele effecten die we in het vorige hoofdstuk constateerden. Geïdentificeerd wordt dat er voor de lage inkomens sprake is van een 'alles-of-niets' situatie en dat langdurig zieken met een hoog inkomen een grotere kans hebben om als volledig of gedeeltelijk arbeidsongeschikt beoordeeld te worden. Door de loonkundige definitie is er een groep die volledig

arbeidsongeschikt is, maar die wel voldoende functionele mogelijkheden heeft om ten minste het minimumloon te verdienen. Daarnaast is er een groep die weliswaar niet in staat is het minimumloon te verdienen, maar wel over arbeidscapaciteit beschikt. En tot slot kan een urenbeperking ertoe leiden dat aanwezige functionele mogelijkheden de resterende verdien capaciteit verlagen tot onder de 20% van het maatmanloon.

Zekere bandbreedte tussen VA'ers en AD'ers in FML beoordelingen

- De uitkomsten van deze professionele beoordelingen van functionele mogelijkheden zijn bij gelijke gevallen niet gelijklopend. Dat is inherent aan dergelijke beoordelingen. Maar onderzoek toont aan dat de variatie beperkt is en zich beweegt binnen de gebruikelijke marges van medische beoordelingen.

3.7.2 Beoordeling duurzaamheid

Labels stroomschema sluiten niet goed aan op de praktijk

- Verzekeringsartsen ervaren een groot gat tussen de labels 'verbetering belastbaarheid uitgesloten' of niet of 'nauwelijks te verwachten' enerzijds, en het label 'redelijk tot goede verwachting' anderzijds. Wanneer de VA het stroomschema uit Schema 2.1 volgt en verbetering van de belastbaarheid is niet uitgesloten, dan komt hij automatisch uit bij het label 'redelijk tot goede verwachtingen' terwijl dit de situatie niet goed weerspiegelt. In veel gevallen is namelijk verbetering van de belastbaarheid niet uit te sluiten (en wordt daarom ook niet tot duurzaamheid besloten), maar is anderzijds het oordeel 'redelijk tot goede verwachting' te optimistisch.

Duurzaamheid wordt zorgvuldig onderbouwd.

- De toekenning van een IVA uitkering wordt streng getoetst door een staf VA. De VA motiveert daartoe schriftelijk waarom de beperkingen duurzaam zijn.
- De onderbouwing van het begrip duurzaamheid is daardoor uitgebreider en explicieter verwoord in deze rapportages dan in geval van niet duurzaamheid.

3.7.3 Herbeoordelingen

Tot eind 2010 is 27% van de WGA 80-100 ontvangers een of meer keren herbeoordeeld

- Dit percentage is gebaseerd op onvolledige waarnemingen. Immers, naarmate claimbeoordelingen langer geleden zijn, is een groter deel herbeoordeeld. Zo heeft van de WGA 80-100 toekenningen uit 2006 inmiddels 60% een herbeoordeling gehad.

Aantal herbeoordelingen neemt af

- In de loop van de jaren na de introductie van de WIA is het aantal herbeoordelingen binnen de WGA 80-100 groep geleidelijk afgenomen. Dit laten de bestandscijfers zien, als deze per cohort en verblijfsjaar geordend worden.

Werkwijze herbeoordeling gelijk aan die bij de claimbeoordeling, grootste gedeelte op verzoek UWV.

- Uit interviews blijkt dat de werkwijze bij een herbeoordeling gelijk is aan die bij de claimbeoordeling. Het grootste gedeelte van de herbeoordelingen vindt plaats op verzoek van UWV (85%). Herbeoordelingen op verzoek van de klant komen meer dan gemiddeld voor als hun werkgever eigenrisicodrager is. Eigenrisicodragers moeten zelf de activering ter hand nemen. Het merendeel van de eerste herbeoordelingen vindt 1 tot 2 jaar na de claimbeoordeling plaats.

Geen wettelijk verplichte herbeoordelingen

- Door de afschaffing van de wettelijke herbeoordeling is er geen vast moment meer van herbeoordelen. Het nieuwe beleid is erop gericht om herbeoordelingen te doen met het oog op de participatiemogelijkheden van de cliënt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen:
 - (1) cliënten die medisch arbeidsongeschikt zijn en voor wie een herbeoordeling wordt ingepland om te kunnen monitoren hoe hun benutbare mogelijkheden zich ontwikkelen;
 - (2) cliënten die zelf om een herbeoordeling vragen;
 - (3) cliënten met benutbare mogelijkheden die zijn overgedragen aan een werkcoach van het Werkbedrijf, waarbij deze coach in het proces van re-integratie behoefte heeft aan een actuele vaststelling van de verdiencapaciteit. Deze optie is voor eigenrisicodragers alleen toegankelijk via een verzoek van de cliënt.

Meeste herbeoordelingen leiden niet tot verandering WIA-status

- Uit de onderzochte dossiers blijkt dat herbeoordeling van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten vaker leidt tot verlenging van de status quo dan tot transitie naar een andere WIA-categorie of tot beëindiging van de WIA-uitkering. De bestandsgegevens bevestigen dit beeld: bij 64 procent van de herbeoordelingen van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten blijft de status ongewijzigd. Anders dan verandering in de WIA-status, vereist het ongewijzigd blijven van die status geen uitgebreide verantwoordingsplicht.

3.7.4 Re-integratie

Informatiedeling tussen alle betrokken partijen

- Alle partijen die bij de re-integratie betrokken zijn, hebben behoefte aan goede informatie over de re-integratiemogelijkheden van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. Die informatie is primair in handen van degenen die de claimbeoordeling doen. Voor werknemers met een werkgever die het WGA-risico bij UWV heeft ondergebracht, wordt de benodigde informatie van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met voldoende arbeidsmogelijkheden overgedragen aan het Werkbedrijf. Daar neemt een werkcoach de re-integratie ter hand.

Eigenrisicodragers dienen de benodigde informatie zelf te verzamelen

- Eigenrisicodragers en hun WGA verzekeraars kunnen niet direct beschikken over de informatie die UWV werkcoach heeft. Zij moeten deze informatie via de arbeidsongeschikte werknemer opvragen of zelfstandig de arbeidsmogelijkheden vaststellen en hun re-integratieplannen daarop afstemmen. Deze ongelijkheid is een bijproduct van het hybride stelsel. Daar staat tegenover dat verzekeraars veel eerder in het verzuimproces kunnen ingrijpen, zeker voor werknemers van bedrijven die naast een WGA-polis bij dezelfde verzekeraar ook een verzuimverzekering hebben afgesloten.

4 ANALYSE VAN DE WIA INSTROOM

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt op basis van kenmerken die in de integrale UWV bestanden beschikbaar zijn onderzocht hoe de WIA-instroom²¹ in 2010 is samengesteld en hoe daarbinnen de WGA 80-100 groep afwijkt van degenen die in de IVA dan wel in de WGA 35-80 groep terechtkomen. Uit de voorgaande twee hoofdstukken ontstaat een bepaald beeld van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten als mensen met een laag loon en een lage opleiding (alles-of-niets effect) en met aandoeningen die nog uitzicht bieden op (gedeeltelijk) herstel van de arbeidscapaciteit. De vraag is hier in hoeverre de bestandscijfers dit beeld bevestigen. Paragraaf 4.2 richt zich op de samenstelling van de WIA-instroom naar WIA-categorie. We gebruiken daarvoor alle beschikbare kenmerken en niet alleen indicatoren die betrekking hebben op het hier beschreven beeld van de WGA 80-100 groep. In 4.3 onderzoeken we welke kenmerken doorslaggevend zijn voor de toekenning van een WGA 80-100 uitkering dan wel een IVA uitkering. In paragraaf 4.4 vatten we de bevindingen samen.

4.2 Samenstelling van de WIA-instroom in 2010

4.2.1 Data

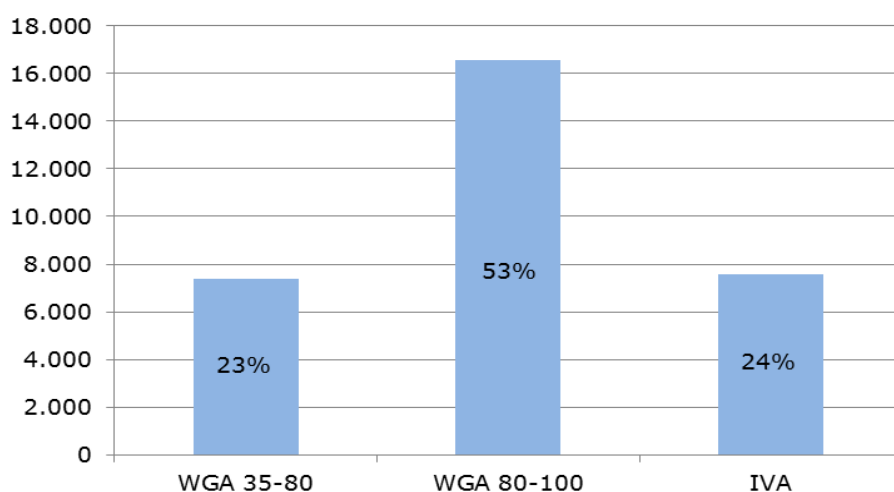
UWV heeft voor dit project een bestand geleverd met alle WIA-toekenningen vanaf de start tot eind 2010 dat gekoppeld is met gegevens omtrent de claimbeoordeling.²² Het bevat, naast basisgegevens uit de uitkeringsadministratie (leeftijd, geslacht, opleiding, loon, aantal werkuren, werkstatus op peildatum), ook gegevens over de aard en ernst van de beperkingen.

²¹ Met WIA-instroom wordt in dit hoofdstuk steeds WIA-toekenningen bedoeld. Volgens de UWV definities bevat de instroom alle nieuw ingegane uitkeringen, dus inclusief voorschotten. Zie ook paragraaf 5.1

²² Als we hier over de WIA-instroom spreken bedoelen we de WIA-toekenningen, dus exclusief voorlopige uitkeringen (voorschotten). Waar in de UWV statistieken over instroom wordt gesproken is dat *inclusief* voorschotten.

De hierna volgende, beschrijvende tabellen zijn gebaseerd op een dataset met gegevens van 31.524 personen die in 2010 een WIA-uitkering kregen toegekend ("instroom"). De tabellen die informatie bevatten over opleiding, maatmanuurloon oude functie, maatmanuren oude functie, aantal functionele beperkingen en wel of geen urenbeperking hebben alleen betrekking op mensen met benutbare mogelijkheden, omdat deze informatie voor mensen die bij de claimbeoordeling geen benutbare mogelijkheden blijken te hebben niet relevant is en dus niet wordt vastgelegd.

Figuur 4.1 Verdeling van de WIA-toekenningen naar WIA-categorie, 2010



4.2.2 Persoonskenmerken

Bij instroom in de WIA zijn IVA-ontvangers aanmerkelijk ouder dan de WGA'ers. Dat is niet verwonderlijk: oudere werknemers zijn vaker "uitbehandeld" en komen dan, bij gebrek aan behandelmogelijkheden die de arbeidscapaciteit kunnen vergroten, in de IVA terecht. De groep WGA 80-100 is de jongste van de drie WIA-categorieën: 48% is jonger dan 45; bij de gedeeltelijk arbeidsongeschikten is dat aandeel 40% en bij de IVA-populatie is slechts 18% jonger dan 45.

Tabel 4.1 WIA-instroom naar categorie en leeftijd, instroom 2010, n=31.524

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
15 tot 24 jaar	1,5	2,9	0,6	2,0
25 tot 34 jaar	14,3	18,6	4,8	14,3
35 tot 44 jaar	23,5	26,4	12,5	22,4
45 tot 54 jaar	33,2	31,9	31,7	32,1
55 tot 65 jaar	27,4	20,3	50,5	29,2
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

De helft van de WIA-instroom is vrouw. Het aandeel vrouwen onder de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten is groter dan gemiddeld (55%). Het omgekeerde geldt voor de andere twee WIA-groepen.

Tabel 4.2 WIA-instroom naar categorie en geslacht, instroom 2010, n=31.524

percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
Man	54,1	45,3	54,1	49,5
Vrouw	45,9	54,7	45,9	50,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Gedeeltelijk arbeidsongeschikten zijn aanmerkelijk hoger opgeleid dan volledig arbeidsongeschikten. Tabel 4.3 laat dit zien. De IVA-populatie is het laagst opgeleid: het aandeel met een startkwalificatie (meer dan MBO basis) is 32% binnen de IVA groep; 35% bij de groep WGA 80-100 en 52% onder gedeeltelijk arbeidsongeschikten. Deze uitkomst is goed te rijmen met een constatering die we in hoofdstuk 6 (tabel 6.10) doen, namelijk dat er bij degenen die een WIA-toekenning krijgen een negatief verband is tussen opleidingsniveau en gemiddeld aantal functionele beperkingen (zie ook Tabel 4.11).

Tabel 4.3 WIA-instroom naar categorie en opleiding, alleen voor mensen met benutbare mogelijkheden, instroom 2010, n=20.583

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
LO, of LBO/MAVO niet afgerond	19,0	33,6	34,9	29,0
VMBO/MBO basis	29,3	31,6	33,6	31,2
MBO/HAVO/VWO	32,7	24,4	21,9	26,7
HBO / WO	18,9	10,5	9,7	13,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

De verschillen naar uurloon zijn ook vrij groot. Opnieuw zijn het de gedeeltelijk arbeidsongeschikten die in positieve zin afwijken: terwijl iets meer dan 61% van de WGA 80-100 populatie, en 55% van de mensen met een IVA-uitkering, een uurloon heeft dat minder is dan 15 euro, geldt dit bij de WGA 35-80 groep maar voor 32%. Eerder onderzoek liet al zien dat de gedeeltelijk arbeidsongeschikten qua loon en arbeidsverleden vaak in een aanmerkelijk gunstiger positie verkeren dan volledig arbeidsongeschikten.²³

Tabel 4.4 WIA-instroom naar categorie en uurloon, alleen voor mensen met benutbare mogelijkheden, instroom 2010, n=20.624

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
€3,50 tot €8,00	0,2	0,5	0,3	0,4
€8,00 tot €15,00	31,9	60,6	55,1	49,9
€15,00 tot €20,00	34,0	23,6	26,6	27,6
Meer dan €20,00	33,9	15,4	18,2	22,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

66 procent van de WIA instroom werkt meer dan 32 uur per week en 10 procent werkt minder dan 12 uur per week. Dit komt precies overeen met het landelijke percentage kleine banen.²⁴ Beide groepen volledig arbeidsongeschikten kenmerken zich door een relatief groot aandeel (38%) deeltijdwerk (minder dan 32 uur per week). Bij de WGA 35-80 groep is dit aandeel 25%. Het lijkt erop dat meer werkuren meer ruimte bieden om een resterende verdien capaciteit te duiden.

²³ Zie De Jong et al. (2010) en De Jong & Thio (2002).

²⁴ CBS Statline

Tabel 4.5 WIA-instroom naar categorie en maatmanuren oude functie, alleen voor mensen met benutbare mogelijkheden, instroom 2010, n=20.624

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
Tot 12 uur	0,4	2,3	4,1	2,0
12 tot 20 uur	3,2	9,8	10,9	7,8
20 tot 32 uur	21,6	26,3	23,6	24,2
32 tot 40 uur	51,3	43,9	42,7	46,1
40 uur of meer	23,6	17,8	18,7	19,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabel 4.6 geeft de verdeling van de WIA-instroom naar sector. Volledige arbeidsongeschiktheid (WGA 80-100 en IVA) komt meer dan gemiddeld voor bij overig bedrijf en beroep. Dit is niet verwonderlijk want behalve horeca, catering en schoonmaakbedrijven omvat deze sector ook de sociale werkvoorziening. De uitzendsector kenmerkt zich door een sterke oververtegenwoordiging van instroom in WGA 80-100 (66% tegen 53% gemiddeld). Dit geldt ook, zij het minder sterk, voor de detail- en groothandel. Commerciële dienstverlening en overheid en onderwijs laten een oververtegenwoordiging van gedeeltelijk arbeidsongeschikten zien. Het lijkt erop dat in sectoren met een relatief laag gemiddeld loon een relatief groot deel niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaard wordt.

Tabel 4.6 WIA-instroom naar categorie en sector, instroom 2010, n=31.521

Percentages	WIA categorie			Totaal	
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA		
Landbouw en bouwnijverheid	27,7	47,5	24,8	100,0	8,2
Industrie	26,2	48,8	25,1	100,0	11,1
Winkelbedrijf en Groothandel	21,1	56,1	22,8	100,0	13,3
Transport	25,4	49,8	24,8	100,0	6,2
(Financiële) dienstverlening	28,1	50,1	21,8	100,0	11,4
Uitzendbedrijven	18,1	66,0	16,0	100,0	9,6
Gezondheidszorg	22,0	51,7	26,4	100,0	16,0
Overheid & onderwijs	30,5	44,4	25,1	100,0	10,6
Overig bedrijf en beroep	15,7	56,7	27,6	100,0	13,5
Totaal	23,4	52,6	24,0	100,0	100,0

In de laatste kolom van Tabel 4.6 wordt het aandeel van elke sector in de WIA-instroom weergegeven. De gezondheidszorg heeft het grootste aan-

deel in de WIA-instroom; daarna volgen detail- en groothandel en overig bedrijf en beroep.

In Tabel 4.7 geven we de verdeling naar de groep werknemers waartoe men behoorde op het moment van claimbeoordeling. Enerzijds zijn er werknemers voor wie bij ziekte het loon tot het einde van de wachttijd voor de WIA wordt doorbetaald – deze noemen we vaste werknemers. Anderzijds zijn er tijdelijke werknemers die bij afloop van hun dienstverband ziek zijn en daarom bij UWV gemeld worden, maar ook vaste werknemers die om bedrijfseconomische redenen ontslagen zijn en daarom geen dienstverband meer hebben. Deze werknemers die ziek zijn bij het einde van hun dienstverband worden “eindedienstverbanders” genoemd. Voor uitzendkrachten, die doorgaans onder het uitzendbeding werken, geldt “ziekmelding is einde contract”. Hun ziekgeld wordt betaald en hun verzuim wordt begeleid door UWV. Dit geldt ook voor de “overigen” die een kleine 4 procent van het totaal uitmaken. De laatste kolom laat ook zien dat vangnetters in totaal 47% van de WIA-toekenningen uitmaken.

Vaste werknemers zijn ondervertegenwoordigd in de groep WGA 80-100 en komen dus relatief vaak terecht in de IVA of de WGA 35-80. Omgekeerd zijn de vangnetters oververtegenwoordigd in de categorie niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De mate van oververtegenwoordiging in de groep WGA 80-100 wisselt per vangnetgroep: bij uitzendkrachten is die het sterkst. Uitzendkrachten worden dus vaker dan andere herkomstgroepen niet duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaard.

Tabel 4.7 WIA-instroom naar categorie en herkomstgroep, instroom 2010, n=31.524

Percentages	WIA categorie			Totaal	
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA		
Vaste werknemer	24,7	45,5	29,8	100,0	53,2
<i>Vangnetgroepen:</i>					
Uitzendkrachten	16,7	70,1	13,1	100,0	6,2
Eindedienstverbanders	23,6	60,3	16,1	100,0	23,3
WW'ers	20,4	56,6	23,0	100,0	13,7
Overigen	24,9	62,6	12,6	100,0	3,7
<i>Totaal</i>	<i>23,4</i>	<i>52,6</i>	<i>24,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Tabel 4.8 laat het aantal personen zien dat in 2010 een WIA-uitkering kreeg toegekend en die op peildatum 31 oktober 2011 (nog) een dienstverband had. Het aandeel mensen met een toekenning vanwege volledige arbeidsongeschiktheid dat ruim een jaar later nog een dienstverband heeft

is veel kleiner (12,8%) dan bij de gedeeltelijk arbeidsgeschikten (44%). Het gaat daarbij om werknemers wier oude dienstverband doorloopt, of om mensen die vanuit de WIA een nieuwe dienstverband hebben weten te bemachtigen. Zo blijkt dat 8% van de vangnetters die in 2010 een WIA-uitkering kregen toegekend op 31 oktober 2011 een dienstverband hebben weten te verwerven.

Tabel 4.8 WIA-instroom naar categorie en wel of geen dienstverband (op 31 oktober 2011), instroom 2010, n=31.524

<i>Percentages</i>	<i>WIA categorie</i>			<i>Totaal</i>
	<i>WGA 35-80</i>	<i>WGA 80-100</i>	<i>IVA</i>	
<i>Dienstverband op 31-10-2011</i>				
Geen	56,0	87,2	93,8	81,5
Wel	44,0	12,8	6,2	18,5
	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

4.2.3 Gezondheidsaspecten

Bij de behandeling van de aard en de ernst van de beperkingen van de WIA-instroom in 2010 volgen we de stappen in het claimbeoordelingsproces. Eerst kijken we naar de wijze waarop de WIA-toekenning tot stand komt (zie Tabel 4.9). Dit levert inzicht in de mate waarin de toekenning op arbeidskundige dan wel op loonkundige gronden plaatsvindt.

Tabel 4.9 WIA-instroom naar categorie en reden van toekenning, instroom 2010, n=31.524

<i>Percentages</i>	<i>WIA categorie</i>			<i>Totaal</i>
	<i>WGA 35-80</i>	<i>WGA 80-100</i>	<i>IVA</i>	
Medisch 80-100 (gbm)	(1%)	28%	32%	23%
CBBS niet geraadpleegd	7%	16%	16%	14%
Geen 3x3 geschikte functies gevonden	8%	30%	38%	27%
3x3 geschikte functies gevonden	84%	26%	14%	37%
Totaal	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Bij 23% van de toekenningen zijn benutbare mogelijkheden afwezig, althans op het moment van claimbeoordeling. Als er geen benutbare mogelijkheden zijn dan is de cliënt medisch volledig arbeidsongeschikt. Bij 32%

van de IVA-ontvangers ontbreekt het aan benutbare mogelijkheden en bij 28% van de groep WGA 80-100.

Bij de overige 72% van de WGA 80-100 toekenningen zijn benutbare mogelijkheden aanwezig maar deze zijn zo beperkt dat UWV op arbeidsdeskundige gronden tot volledige arbeidsongeschiktheid besluit. Daarnaast kunnen de beperkingen ertoe leiden dat men niet meer dan 20% van het oude loon kan verdienen. Zo iemand kan dan nog allerlei benutbare mogelijkheden hebben maar loonkundig is hij of zij dan volledig arbeidsongeschikt. Een dergelijke situatie doet zich in de regel alleen voor bij lonen die meer dan vijf keer het minimumloon bedragen (nu: 95.000 euro per jaar). Dit komt vanzelfsprekend weinig voor. Het gaat hier veel vaker om mensen die op basis van de FML niet meer dan een gedeeltelijk verlies van verdiencapaciteit lijden, maar voor wie *door een urenbeperking* toch geen gangbare arbeid te duiden is. Dit geldt voor 26% van de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten en voor 14% van de IVA-gerechtigden.

In 30% van de gevallen zijn de beperkingen van dien aard dat daarbij geen drie geschikte functies gevonden met minstens drie arbeidsplaatsen op de Nederlandse arbeidsmarkt ("gangbare arbeid") te vinden zijn. Dit kan het gevolg zijn van een daling van het arbeidsvermogen tot onder het minimumloonniveau ("alles-of-niets"). 16% van de toekenningen op basis van volledige arbeidsongeschiktheid (duurzaam en niet-duurzaam) vindt plaats zonder het CBBS te raadplagen. Hier zijn wel benutbare mogelijkheden maar die zijn zo beperkt dat het CBBS geen functies op zal leveren. Deze categorie kan dus worden samengenomen met de groep waarvoor geen (3x3) geschikte functies gevonden zijn.

In Tabel 4.10 is de groep die geen benutbare mogelijkheden (GBM) heeft opgesplitst naar de reden van afwezigheid van benutbare mogelijkheden. De meest voorkomende reden is wisselende belastbaarheid, zowel bij degenen die in de IVA stromen als in de WGA 80-100. Bij de IVA-instroom komen afhankelijkheid van anderen bij het verrichten van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en een aandoening die leidt tot een instabiel belastbaarheidspatroon relatief vaak voor als reden voor het ontbreken van benutbare mogelijkheden.

Tabel 4.10 WIA-instroom naar categorie en reden gbm, instroom 2010, n=7.099

Percentages	WIA categorie ^a		Totaal
	WGA 80-100	IVA	
Pers./sociaal functioneren	29,4	12,8	23,6
Ziekenhuisopname	27,1	9,5	21,2
Bedlegerig	2,6	4,7	3,3
ADL afhankelijk	2,8	17,7	7,9
Wisselende belastbaarheid	38,1	55,4	43,9
Totaal	100,0	100,0	100,0

a we laten de groep WGA 35-80 hier buiten beschouwing omdat deze per definitie benutbare mogelijkheden hebben.

Voor de 77% van de WIA-instroom met benutbare mogelijkheden is een functionele mogelijkhedenlijst (FML) opgesteld. Uit Tabel 4.11 blijkt dat het overgrote deel van de volledig arbeidsongeschikten beperkingen ondervindt op meer dan 15 verschillende functievelden. Het gemiddelde aantal beperkingen is 18. Minder dan 16 beperkingen komt bij 10% van de IVA-gerechtigden, bij 25% van de WGA 80-100 groep en bij 46% van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten voor.

Tabel 4.11 WIA-instroom naar categorie en aantal functionele beperkingen, alleen voor mensen met benutbare mogelijkheden, instroom 2010, n=23.572

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
0 tot 7	17,1	5,6	2,2	8,5
8 tot 15	29,3	19,5	7,5	20,0
>15	53,6	74,9	90,3	71,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Naast functionele beperkingen kan de VA ook een beperking in uren per dag of per week constateren. Een dergelijke urenbeperking komt gemiddeld bij 54% van de instroom voor en iets minder (51%) bij de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten. De vraag is hoe de WIA-categorieverdeling van degenen met een urenbeperking is als die beperking buiten beschouwing blijft. We zouden dan kunnen zien in hoeverre de omvang van de WGA 80-100 groep mede bepaald wordt door geconstateerde urenbeperkingen. Een dergelijke exercitie laten de beschikbare data echter niet toe.

Tabel 4.12 WIA-instroom naar categorie en urenbeperkingen, alleen voor mensen met benutbare mogelijkheden, instroom 2010, n=23.573

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
Geen urenbeperking	42,4	49,2	45,8	46,4
Wel urenbeperking	57,6	50,8	54,3	53,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

In Tabel 4.13 wordt een opsplitsing in 28 specifieke diagnoses gegeven. De meest voorkomende diagnoses bij WIA-toekenning zijn: kanker (nr.1 in de tabel, 10% van de instroom), aandoeningen aan het bewegingsapparaat (nrs. 7-10, 26% van de instroom) en psychische stoornissen (nrs. 15-23, 33% van de instroom).

Tabel 4.13 WIA-instroom naar categorie en diagnose gedetailleerd, instroom 2010, n=31.506

Percentages	diagnose - nummer	WIA categorie			Totaal verticaal	
		WGA 35-80	WGA 80-100	IVA		
	Ziekte onbekend of NNO	0	2,6	64,3	33,1	2,7
	Kanker	1	18,0	35,2	46,7	10,0
	Hart en vaatstelsel	2	24,2	31,6	44,3	8,9
	Huidaandoeningen	3	18,5	68,2	13,3	0,4
	Endocrine ziekten	4	29,9	48,1	22,0	1,3
	Zwangerschap/bevalling	5	17,5	77,5	5,0	0,1
	Gehooraandoeningen	6	31,4	43,6	25,0	0,5
	Hand/arm/schouder/nek	7	26,3	59,6	14,1	5,8
	Rugaandoeningen	8	30,8	52,8	16,3	5,5
	Voet/been/heup	9	27,9	57,9	14,3	4,4
	Bewegingsapparaat overig	10	24,4	51,9	23,6	10,3
	Hersenaandoening	11	22,9	38,1	39,0	1,1
	Multiple sclerose	12	22,9	25,6	51,5	1,6
	Epilepsie	13	23,4	62,1	14,5	0,4
	Zenuwstelsel overig	14	18,7	34,5	46,8	5,0
	Spanningsklachten	15	48,2	49,4	2,4	0,5
	Somatoforme stoornis	16	30,2	63,2	6,5	0,9
	Aanpassingsstoornis	17	42,1	52,9	5,0	4,1
	Reactie op ernstige stress	18	17,7	78,4	3,9	3,0
	Angststoornis	19	24,1	71,5	4,5	2,1
	Persoonlijkheidsstoornis	20	18,6	68,6	12,8	6,8

Percentages	diagnose -	nummer	WIA categorie			Totaal verticaal
			WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
	Stemmingsstoornis	21	20,9	72,5	6,5	10,4
	Verslaving psychoactiva	22	15,2	75,8	8,9	1,5
	Psychische stoornissen overig	23	18,8	60,7	20,5	2,0
	Ademhalingssysteem	24	22,4	32,3	45,2	2,7
	Spijvertering	25	31,1	56,8	12,1	2,0
	Urogenitaal systeem	26	21,9	54,4	23,8	1,2
	Oogaandoeningen	27	20,6	33,5	46,0	0,9
	Klachten overig	28	52,4	41,9	5,6	0,4
	Ziekten/aandoeningen overig	29	32,2	47,4	20,4	1,8
	Ontwikkelingsstoornissen	30	17,8	51,6	30,6	1,5
	Totaal		23,4	52,6	24,0	100,0

Diagnoses die bij een IVA-toekenning vaker dan gemiddeld voorkomen zijn: kanker, hart- en vaatandoeningen, hersenaandoening, multiple sclerose, overige aandoeningen aan het zenuwstelsel, ziekten van het ademhalingssysteem en oogaandoeningen. Dit zijn zonder uitzondering aandoeningen waarvan de beperkingen relatief gemakkelijk objectiveerbaar zijn. De ernst van deze aandoeningen is blijkbaar zodanig dat er geen gangbare arbeid te duiden is, of dat de beperkingen alleen nog arbeid toelaten met een loon dat minder dan 20 procent is van het maatmanloon. Daarbij komt dat er geen behandelingen (meer) zijn die de arbeidsmogelijkheden, en daarmee de verdienmogelijkheden, zouden kunnen vergroten.

Ook is er een aantal diagnoses aan te wijzen die oververtegenwoordigd zijn in de groep WGA 80-100. Dit zijn voornamelijk psychische ziekten, zoals stemmings- (depressieve episode, manische depressiviteit) en persoonlijkheidsstoornissen. Blijkbaar wordt bij dergelijke, moeilijker objectieveerbare aandoeningen vaker aangenomen dat er nog behandelingsopties zijn die tot toename van de functionele mogelijkheden kunnen leiden.

In Tabel 4.14 zijn deze diagnoses onderverdeeld in 5 klassen. In de groep met het label "hart- en vaatziekten en kanker" zitten ook aandoeningen van het zenuwstelsel zoals multiple sclerose. "Psychisch hard" omvat persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline, overige psychische stoornissen, zoals schizofrenie en dementie, en ontwikkelingsstoornissen, zoals autisme. Deze zijn ook hard in de zin dat ze objectiveerbaar zijn. De overige psychische aandoeningen worden "psychisch zacht" gelabeld. Voorbeelden van veel voorkomende 'zachte' aandoeningen zijn depressie en post-traumatisch stress syndroom. Met 'zacht' wordt bedoeld dat het objectiveren van de arbeidsbeperkingen bij deze aandoeningen relatief moeilijk is,

en dat hierdoor meer dan bij andere aandoeningen sprake kan zijn van verschillen tussen beoordelaars.

De groep "hart- en vaatziekten en kanker" omvat de diagnoses die voor de helft van de instroom in de IVA de reden van arbeidsongeschiktheid zijn. Deze komen veel minder voor bij de WGA 80-100 groep. Bij de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten komen psychische aandoeningen met 42% van de toekenningen veel vaker voor dan bij de WGA 35-80 groep (33%) en bij de IVA-toekenningen (13%).

Tabel 4.14 WIA-instroom naar categorie en diagnose, instroom 2010, n=31.506

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
Hart- vaatziekten of kanker ^a	23,6	16,9	50,8	26,6
Psychisch zacht ^b	24,5	29,6	5,4	22,6
Psychisch hard ^c	8,2	12,7	7,3	10,3
Bewegingsapparaat ^d	29,8	27,1	19,9	26,0
Overig ^e	14,1	13,8	16,7	14,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

a omvat diagnoses 1, 2, 11, 12, 14 uit Tabel 4.13

b omvat diagnoses 15 t/m 22

c omvat diagnoses 20, 23, 30

d omvat diagnoses 7 t/m 10

e omvat diagnose 0, 3 t/m 6, 13, 24 t/m 29

Degenen die de WIA instromen kunnen ook meer dan één aandoening hebben. Dergelijke comorbiditeit komt gemiddeld bij 55% van de toekenningen voor; bij de IVA-toekenningen is dit 46%, bij de WGA 80-100 cases 59% en bij de gedeeltelijk arbeidsgeschikten 54%. Comorbiditeit lijkt dus niet samen te hangen met een verhoogde kans op duurzame beperkingen.

Tabel 4.15 WIA-instroom naar categorie en comorbiditeit, instroom 2010, n=30.664

Percentages	WIA categorie			Totaal
	WGA 35-80	WGA 80-100	IVA	
Geen comorbiditeit	46,0	41,2	53,7	45,3
Wel comorbiditeit	54,0	58,9	46,3	54,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Nadere inspectie leert dat comorbiditeit vaker voorkomt bij aandoeningen die moeilijker objectiveerbaar zijn (geen tabel).

4.3 Determinanten van duurzaamheid bij volledige arbeidsongeschiktheid

4.3.1 Inleiding

De factoren die volgens de voorgaande beschrijving kenmerkend zijn voor de cliënten die in 2010 de WGA 80-100 instroomden zullen voor een deel met elkaar samenhangen. Door die samenhang kunnen we niet bepalen hoe groot de eigenstandige invloed is van deze kenmerken op de kans om duurzaam dan wel niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaard te worden. Om een goede analyse te kunnen doen concentreren we ons daarom op het onderscheid duurzaam/niet-duurzaam bij de eerste claimbeoordeling. We doen een zogenoemde logitanalyse om te bepalen wat het eigenstandige effect is van de hiervoor beschreven kenmerken op de kans op IVA versus WGA 80-100. We kijken hiervoor alleen naar degenen die in 2010 volledig arbeidsongeschikt verklaard zijn. De resultaten zijn te zien in Tabel 4.16.

4.3.2 Determinanten van de kans op IVA, gegeven volledige arbeidsongeschiktheid

De uitkomst van de verrichte logitanalyse levert het effect (coëfficiënt) van de kans om in de IVA terecht te komen, ten opzichte van de kans op WGA 80-100. Het teken van een coëfficiënt geeft weer of een bepaald kenmerk de kans om een IVA toekenning te krijgen verhoogt of verlaagt, ten opzichte van de kans op WGA 80-100. De coëfficiënt zelf geeft de sterkte van het effect weer. Het gaat hier steeds om eigenstandige effecten: ze gelden elk los van de aanwezigheid van de overige kenmerken. De meeste kenmerken bestaan uit meerdere categorieën, met één categorie als referentieklassse. De effecten van de andere categorieën gelden ten opzichte van deze referentieklassse. We gebruiken de uitgebreide diagnose-indeling. Leeftijd, uurloon en gewerkte uren per week zijn in de logitanalyse als continue variabelen opgenomen. Daarbij is voor de leeftijd een kwadratische functie gekozen. Gezien de grote hoeveelheid waarnemingen hebben we de meeste effecten met grote betrouwbaarheid kunnen vaststellen.

De variabelen maatmanuren, maatmanloon, opleiding en aantal functionele beperkingen zijn alleen bekend voor personen die bij claimbeoordeling benutbare mogelijkheden blijken te hebben. Voor de groep die op dat moment geen benutbare mogelijkheden (GBM) heeft (medisch arbeidsongeschikt zijn) worden de functionele mogelijkheden, arbeidsuren, loon en

opleiding niet vastgesteld omdat in dat geval arbeidskundig onderzoek achterwege kan blijven. Daarom zijn in de analyses de waarden van deze variabelen voor mensen zonder benutbare mogelijkheden op nul gezet. De coëfficiënten van de logitanalyse voor de variabelen maatmanuren, maatmanloon, opleiding en aantal functionele beperkingen geven dus alleen het effect van deze variabelen aan voor mensen *met* benutbare mogelijkheden. De effecten van deze variabelen voor mensen zonder benutbare mogelijkheden zitten 'verborgen' in de GBM variabelen en kunnen dus niet afzonderlijk worden vastgesteld. De coëfficiënten van de GBM variabelen geven het effect weer voor iemand met een opleiding, uurloon, aantal arbeidsuren en aantal beperkingen dat de gemiddelde waarde aanneemt voor de GBM-groep. De verhouding tussen de verschillende GBM-klassen zijn overigens wel pure GBM-effecten. Om het mogelijke versturende effect van deze interacties tussen benutbare mogelijkheden en de variabelen maatmanuren, maatmanloon, opleiding en aantal functionele beperkingen te onderzoeken laten we in Tabel 4.16 ook de resultaten zien voor een overeenkomstige logitanalyse maar dan alleen voor cliënten met benutbare mogelijkheden. Vanzelfsprekend ontbreken in deze analyse de GBM effecten.

De kenmerken in Tabel 4.16 bestaan uit twee groepen: algemene persoonskenmerken en gezondheidsindicatoren. Deze zijn door middel van een stippellijn gescheiden. We behandelen de resultaten in de volgorde waarin ze in de tabel staan. Eerst de algemene persoonskenmerken. De kans op IVA is groter:

- bij een hogere *leeftijd*. De kwadratische term is significant en domineert. Dat betekent dat de kans om in de IVA te komen meer dan proportioneel toeneemt met de leeftijd;²⁵
- voor *mannen*: vrouwen hebben een lagere kans op IVA;
- *opleiding* is niet van invloed op de IVA-kans;
- bij een lager *aantal werkuren in de week* in de oude functie. Een hoger aantal werkuren verlaagt de kans op IVA. Bij overigens gelijke kenmerken bieden meer werkuren wellicht meer ruimte voor resterende arbeidsgeschiktheid;
- *sector* is hoegenaamd niet van invloed op de IVA-kans;
- voor vaste werknemers. *Vangnetters* hebben een significant lagere IVA-kans. Dit geldt het sterkst voor uitzendkrachten;
- naarmate iemand meer *functionele beperkingen* heeft;
- bij *GBM*, als gevolg van ADL afhankelijkheid;

²⁵ Deze dalparabool heeft een minimum bij 25 jaar (in de versie met GBM) en bij 29 jaar in de versie zonder GBM. Vanaf die leeftijd neemt de IVA kans toe.

Tabel 4.16 Determinanten van de kans op duurzaamheid (IVA) bij volledige arbeidsongeschiktheid in 2010, logitcoëfficiënten

Kenmerk	met GBM	zonder GBM
<i>Constante</i>	-0,80	-0,17
<i>Leeftijd</i> (continue variabele)	-0,08**	-0,11**
<i>Leeftijd²</i> (continue variabele x 0,01)	0,16**	0,19**
<i>Vrouw</i>	-0,37**	-0,46**
<i>Opleiding</i> (ref=lager onderwijs of lbo of mavo niet afgerond)		
Vmbo of mbo basis	0,04	0,05
Mbo, havo of vwo	-0,05	0,00
HBO of WO	-0,09	-0,01
<i>Uurloon</i> (ln van continue variabele)	-0,19*	-0,16
<i>Uren per week</i> (continue variabele x 0,01)	-1,21**	-1,60**
<i>Sector</i> (ref=overheid en onderwijs)		
Landbouw, visserij, bouwnijverheid	0,07	0,16
Industrie	0,03	0,19
Winkelbedrijf en groothandel	-0,04	0,04
Transport	0,00	0,00
Zakelijke dienstverlening	0,00	0,04
Uitzendbedrijven	-0,05	0,01
Gezondheid	0,12	0,21*
Overig bedrijf en beroep	0,11	0,15
<i>Herkomstgroep</i> (ref=werknemer)		
Uitzendkracht	-0,61**	-0,66**
Einddienstverbander	-0,34**	-0,26**
Zieke WW'er	-0,31**	-0,23**
Overig vangnet	-0,31**	-0,25
<i>Aantal functionele beperkingen</i> (ref=0 t/m 7 beperkingen)		
8 t/m 15 beperkingen	0,27	0,27
16 of meer beperkingen	1,25**	1,17**
<i>GBM</i> (ref = BM)		
door persoonlijk en sociaal functioneren	0,42	--
door ziekhuisopname	-0,54	--
door bedlegerigheid	0,58	--
door ADL afhankelijkheid	1,66**	--
door wisselende belastbaarheid	0,39	--
<i>Diagnose</i> (ref = Bewegingsapparaat overig)		
Ziekte onbekend, NNO of geen ziekte	-0,96	-0,93
Kanker	0,95**	-0,15
Hart en vaatstelsel	0,91**	0,67**
Huidaandoeningen	-0,53	-0,63
Endocriene ziekten	0,10	-0,09
Zwangerschap/bevalling	-0,58	0,55
Gehooraandoeningen	0,49*	0,16

Kenmerk	met GBM	zonder GBM
Hand/arm/schouder/nek	-0,54**	-0,54**
Rugaandoeningen	-0,34**	-0,38**
Voet/been/heup	-0,71**	-0,59**
Hersenaandoening	1,03**	0,62**
Multiple sclerose	1,95**	1,79**
Epilepsie	-0,23	-0,34
Zenuwstelsel overig	1,12**	0,78**
Spanningsklachten	-2,00**	-2,00**
Somatoforme stoornis	-1,10**	-0,99**
Aanpassingsstoornis	-1,28**	-1,50**
Reactie op ernstige stress	-1,62**	-1,79**
Angststoornis	-1,28**	-1,15**
Persoonlijkheidsstoornis	-0,16	-0,19
Stemmingsstoornis	-1,17**	-1,31**
Verslaving psychoactiva	-0,74**	-0,50
Psychische stoornissen overig	0,36**	0,07
Ademhalingssysteem	0,93**	0,65**
Spijvertering	-0,57**	-0,65**
Urogenitaal systeem	0,06	-0,13
Oogaandoeningen	1,51**	1,53**
Klachten overig	-1,10*	-1,11*
Ziekten/aandoeningen overig	0,15	-0,02
Ontwikkelingsstoornissen	1,11**	0,81**
Urenbeperking	-0,17**	0,02
Comorbiditeit	-0,49**	-0,35**
R-kwadraat	0,28	0,23
Aantal waarnemingen	20.714	13.687

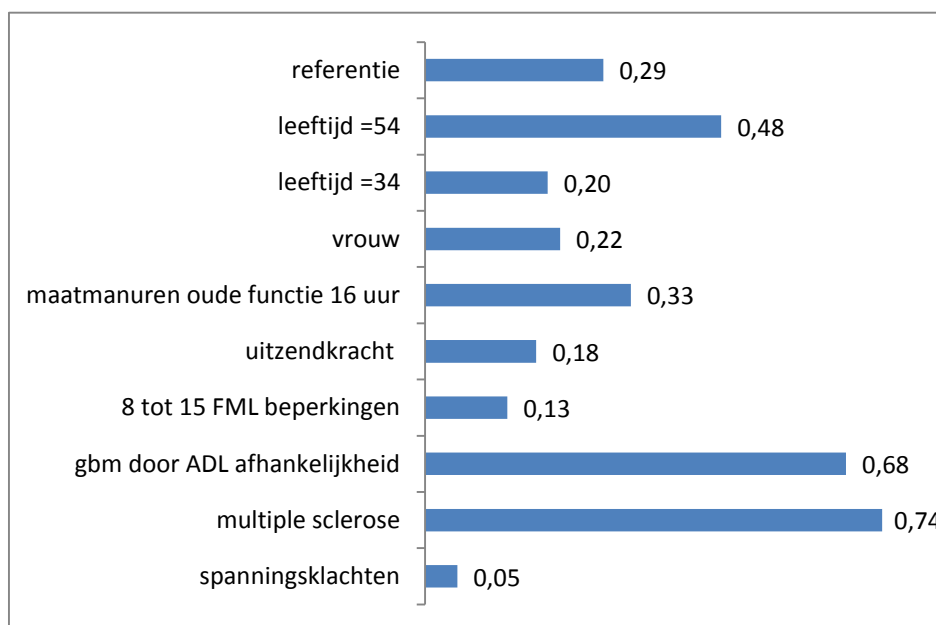
**= significant met 99% betrouwbaarheid; *= significant met 95% betrouwbaarheid

- bij de *diagnoses* kanker, hart- en vaatzieken, kanker, gehooraandoeningen, hersenaandoening, multiple sclerose, zenuwstelsel overig, overige psychische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, oog-aandoeningen en aandoeningen aan het ademhalingssysteem.
- lichtere psychische ziekten of klachten van het bewegingsapparaat verlagen de IVA-kans. Deze resultaten gelden als de mensen met GBM in de analyse worden meegenomen. Wordt de GBM groep weggelaten dan zien we in de tweede kolom van Tabel 4.16 dat het IVA-kansverhogende effect van drie diagnoses wegvalt (kanker, gehooraandoeningen en overige psychische stoornissen) of kleiner

wordt (hersenaandoening, multiple sclerose, overige aandoeningen van het zenuwstelsel, ziekten van het ademhalingsstelsel en ontwikkelingsstoornissen). We zien bij deze aandoeningen dat hun effect geheel of voor een deel bepaald wordt door de GBM groep. Binnen de groep cliënten met benutbare mogelijkheden verliezen bepaalde diagnoses hun onderscheidende werking;

- bij afwezigheid van comorbiditeit of van een urenbeperking. We zagen al dat comorbiditeit vaker wordt geconstateerd bij aandoeningen die moeilijker objectief aantoonbaar zijn. Comorbiditeit blijkt nu, los van het type aandoening, een tegenindicatie te zijn voor duurzaamheid.

Figuur 4.2 De kans op IVA ten opzichte van de kans op WGA 80-100, voor verschillende combinaties van kenmerken



De referentiepersoon is een vaste werknemer van 44 jaar met opleidingsniveau LO, LBO of mavo niet afgerond, met een gemiddeld maatmanuurloon (€ 10,29), werkte 33 maatmanuren in de oude functie, voorheen werkzaam bij de overheid, met benutbare mogelijkheden, 16 of meer functionele beperkingen, een diagnose in de categorie bewegingsapparaat overig, geen urenbeperking, geen comorbiditeit.

In Figuur 4.2 wordt op basis van de uitkomsten in Tabel 4.16 berekend hoe groot de IVA-kans is voor een referentiepersoon. Deze referentiecliënt heeft de (categorale) kenmerken die het vaakst voorkomen, voor de continu gemeten variabelen is het gemiddelde genomen (leeftijd = 44 jaar en

arbeidsuren per week = 33). Voor deze cliënt is de IVA-kans 29%.²⁶ Vervolgens veranderen we een kenmerk van deze persoon en berekenen we de IVA-kans opnieuw. Een dergelijke exercitie biedt meer inzicht in de sterkte van de gevonden effecten dan de coëfficiënten in Tabel 4.16.

Oudere leeftijd, GBM door ADL-afhankelijkheid en multiple sclerose hebben de sterkste kansverhogende effecten. Zo is voor mensen met multiple sclerose de IVA kans anderhalf keer groter (0,74) dan voor de referentie persoon met overige aandoeningen van het bewegingsapparaat. We zien een leeftijd van 54 in plaats van 44 de IVA-kans met 66% verhoogt tot 0,48. Omgekeerd betekent een tien jaar jongere leeftijd (34) dat de kans met 31% daalt tot 0,20. Terwijl bij een vrouw met overigens dezelfde kenmerken als de referentiepersoon de kans 24% kleiner is dat de beperkingen duurzaam zijn, is die kans voor een uitzendkracht 38% lager. Minder dan 15 beperkingen levert een 55% lagere kans en de diagnose spanningsklachten verlaagt de kans met 83%. Het effect van minder werkuren is minder groot: als de referentiepersoon in plaats van het gemiddelde van 33 uur per week 16 uur zou werken dan was zijn kans op toekenning van IVA, in plaats van WGA 80-100, 14% groter.

4.4 Samenvatting en conclusies

Dit hoofdstuk geeft antwoord op twee onderzoeksvragen. Ten eerste de vraag hoe de instroom in de WIA is samengesteld. We deden dit aan de hand van gegevens over de WIA-toekenningen in 2010, waarbij de verdeling van kenmerken van niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten vergeleken zijn met de andere twee WIA-categorieën. De WGA 80-100 groep blijkt van de andere twee WIA-categorieën af te wijken door:

- een relatief jonge leeftijd;
- relatief meer vrouwen;
- relatief veel vangnetters, vooral veel uitzendkrachten;
- relatief vaak arbeidsongeschikt vanwege psychische aandoeningen.

Hier speelt de omstandigheid een rol dat bij dergelijke aandoeningen vaak nog geen stabiele toestand bereikt is. Dit speelt ook een rol bij het relatief grote aandeel van jongere cliënten. Het weerspiegelt de werking van de IVA waartoe men alleen toegang heeft als behandeling geen reëel uitzicht (meer) biedt op verbetering van de functionele mogelijkheden.

²⁶ Het waargenomen gemiddelde binnen de gebruikte data (20.714 cases) is 0,31.

Verder onderscheiden de (duurzaam en niet-duurzaam) volledig arbeidsongeschikten zich van de gedeeltelijk arbeidsongeschikten door een lage opleiding, een laag uurloon en relatief weinig arbeidsuren in de oude functie. Dit is voor een deel het gevolg van de werking van het stelsel: hoe lager het loon en de opleiding des te omvangrijker de beperkingen en des te geringer de resterende verdienmogelijkheden. Zo blijkt dat van de niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met benutbare mogelijkheden voor bijna twee derde (64%) geen gangbare arbeid te vinden is; de overige 36% is op loonkundige gronden niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt, meestal als gevolg van een urenbeperking.

De tweede onderzoeksvraag die hier aan de orde is gesteld betreft de determinanten van duurzaamheid bij volledige arbeidsongeschiktheid. Voor de oververtegenwoordiging van vangnetters en vrouwen in de WGA 80-100 groep bieden stelsel en uitvoering geen verklaring. Deze oververtegenwoordiging zou kunnen samenhangen met andere kenmerken, zoals opleiding, loon en deeltijdwerk. Om te onderzoeken of dit wel of geen eigenstandige effecten zijn, is gecorrigeerd voor de onderlinge samenhang tussen de kenmerken. Daartoe is geanalyseerd welke kenmerken doorslaggevend zijn voor de kans in de IVA terecht te komen voor mensen die volledig arbeidsongeschikt verklaard zijn. Die kans blijkt bij overigens gelijke kenmerken, groter te zijn:

- bij een hogere *leeftijd*;
- voor *mannen*: *vrouwen* hebben een significant lagere kans op IVA. De oververtegenwoordiging van vrouwen onder de groep die niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt verklaard wordt hangt dus niet samen met andere kenmerken (van vrouwen) maar is een eigenstandig effect.
- bij een geringer aantal arbeidsuren per week. De eigenstandige effecten van uurloon en opleiding zijn gering, resp. verwaarloosbaar;
- voor vaste werknemers. *Vangnetters* hebben een significant lagere IVA-kans. Dit geldt het sterkst voor uitzendkrachten;
- bij bepaalde diagnoses, zoals multiple sclerose, hart- en vaatziekten, hersen- of oogaandoeningen. Psychische stoornissen verlagen de IVA-kans in sterke mate.

Deze uitkomsten gelden onafhankelijk van de aanwezigheid van benutbare mogelijkheden, van de FML-score (mate van beperking van de belastbaarheid), van diagnose, het maatmanloon en maatmanuren. Dit roept de vraag op waarom mannen en vaste werknemers, gegeven een bepaalde leeftijd, aantal beperkingen en diagnose, een grotere kans hebben om tot de IVA groep te behoren dan vrouwen en vangnetters. Wijken deze groe-

pen op niet-waargenomen kenmerken af van de anderen en zijn dit kenmerken die ertoe leiden dat hun beperkingen minder snel als duurzaam beoordeeld worden? Hebben werknemers wellicht een adequatere behandeling gehad, waardoor al bij twee jaar duidelijk is of verdere verbetering wel of niet mogelijk is. En hebben vrouwen wellicht andere aandoeningen dan mannen (binnen dezelfde diagnosegroep), met betere herstelprognoses? Het onderzoeken van deze hypotheses viel buiten het kader van dit onderzoek.

5 DE WGA 80-100-POPULATIE: TRANSITIES EN PROGNOSES

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ligt de focus op de dynamiek van de WGA 80/100 groep. We concentreren ons daarbij op de uitstroom naar de IVA enerzijds en naar de WGA 35-80 en naar beëindiging van de uitkering ("35-min") die als gevolg van herbeoordelingen plaatsvindt.

De volgende onderzoeksvragen worden in dit hoofdstuk beantwoord:

- Wat zijn de determinanten van een transitie na herbeoordeling vanuit de WGA 80/100 groep in ?
- Wat bepaalt transities naar WGA 35-80 en naar beëindiging van de uitkering in het bijzonder?
- Welke invloed hebben re-integratietrajecten op deze laatste transities?
- Wat betekent deze dynamiek voor de ontwikkeling van de omvang en samenstelling van de WIA populatie in de toekomst?

Om deze vragen te beantwoorden is het nodig de toekenningen in de WGA 80-100 groep in de tijd te volgen. Daartoe hebben wij van UWV een bestand gekregen met daarin alle claimbeslissingen die hebben geleid tot een WIA-uitkering, *vanaf de start van de WIA tot januari 2011*.

Goed onderscheid moet gemaakt worden tussen de toekenningen in het verkregen bestand en de 'WIA-instroom' die door UWV vaak gebruikt wordt bij analyses. De WIA-instroom bestaat naast de toekenningen ook uit heropeningen en voorschotten. Ten eerste zijn er personen wier WIA-uitkering is stopgezet. Als deze personen binnen 5 jaar met een verslechtering van hun gezondheid te maken krijgen als gevolg van hetzelfde type klachten als waarmee de eerdere uitkering werd toegekend dan kan een heropening van de oude WIA-uitkering plaatsvinden. Ten tweede vindt bij een deel van de personen die een WIA-aanvraag doen de claimbeoordeling om diverse redenen niet tijdig plaats. Deze personen krijgen een voorschot waarbij ze pro forma als WGA 80-100 worden geregistreerd.

Om verwarring te voorkomen spreken wij hier bij verandering van WIA-categorie niet over 'overgangen' of 'doorstroom' maar over 'transities'. Deze vinden na een herbeoordeling plaats. De terminologie van overgangen en doorstroom wordt door UWV gehanteerd bij een verandering van WIA-status na herbeoordeling, zoals hier, maar ook bij een definitieve WIA-toekenning of -afwijzing volgend op een voorschot. Aangezien wij alleen over toekenningen beschikken (al dan niet na een voorschot) nemen we transities na herbeoordelingen waar en niet de overgangen die plaatsvinden na een WIA-claimbeoordeling die volgt op een voorschot.

5.2 Transitie vanuit de WGA 80-100 groep

5.2.1 Transitiepatronen

In Tabel 5.1 is aangegeven hoeveel transities vanaf de start van de WIA-toekenningen tot januari 2011 hebben plaatsgevonden. Deze transities zijn de som verschuivingen binnen de WIA-populatie en beëindigingen wegens herstel, overlijden of pensioneren. In totaal is het aantal transities (excl. Overlijden en pensionering) 12%. Binnen de groep WGA 80-100 is dit iets hoger namelijk 14%. Binnen de populatie van WIA-ontvangers hebben de transities richting "zwaardere" categorieën de overhand. Zo gaat van de 4.756 WGA 80-100 ontvangers die niet overlijden, herstellen of met pensioen gaan, 85% (4.025) naar de IVA en wordt slechts 15% (731) na herbeoordeling gedeeltelijk arbeidsgeschikt verklaard.

Tabel 5.1 Aantal transities binnen WIA-categorieën, en beëindigingen wegens herstel, overlijden en pensionering (aantal cliënten)

Overgang naar/ van	IVA	WGA 80-100	WGA 35-80	Herstel	Overlijden	Pensioen	Totaal
IVA (25.990)	-	31	240	72	4.166	1.182	5.691
WGA 80-100 (65.720)	4.025	-	731	4.580	1.681	889	11.906
WGA 35-80 (23.137)	777	1.764	-	1.669	320	354	4.884
Totaal (114.847)	4.802	1.795	971	6.321	6.167	2.425	22.481

Nemen we de groep die herstelt mee dan is het beeld radicaal anders: bijna de helft (49%, excl. overlijden en pensioneren) van de transities vanuit de WGA 80-100 betreft herstel; 43% zijn transities naar de IVA en 8% gaat van 80-100 naar 35-80. Vanuit de IVA is overlijden veruit de meest

voorkomende oorzaak van beëindiging van de IVA status: 73% van de 'transities' betreft overlijden. Bovendien is ruim 20% van de transities vanuit de IVA een pensionering, terwijl dit vanuit de overige WIA-klassen niet meer dan 7% van de transities betreft.

Per cohort per jaar

Om te zien of de transitiepatronen vanuit de WGA 80-100 veranderen naarmate iemand langer in de WGA 80-100 groep verblijft, gaan we per instroomcohort na hoe de *jaarlijkse* transitiepatronen verlopen. We doen dit per instroomcohort omdat behalve de duur in de WGA 80-100 ook het jaar van instroom van invloed kan zijn op de transitiepatronen. In Tabel 5.2 zijn de transities per verblijfsjaar en per cohort geordend. We zien dan dat van de personen uit het instroomcohort 2006 die in het eerste jaar na instroom (2007) een transitie meemaken 35,1% overgaat naar de IVA. 14,4% van de overgangen betreft een transitie naar de WGA 35-80, 37,2% herstel en 10,9% overlijdensgevallen.

Laten we de groep pensioneringen en overlijdensgevallen buiten beschouwing, dan stijgt het aandeel dat een transitie naar de IVA maakt (t.o.v. het totaal aantal transities) uit het instroomcohort 2006 van 40,5% in 2007 tot 60% in 2011. Het percentage dat na herbeoordeling gedeeltelijk arbeidsgeschikt verklaard wordt daalt van 16,6% in 2007 tot 4% in 2011. Het percentage van de transities dat herstel betreft stijgt eerst van 42,9% in 2007 naar 51,1% in 2008 en daalt vervolgens naar 36% in 2011.

Voor het cohort van 2007 geldt eenzelfde patroon. Het percentage van instroomcohort 2006 dat een transitie naar de IVA maakt stijgt van 37,2% in 2008 tot 53,8% in 2011. Het percentage dat na herbeoordeling gedeeltelijk arbeidsgeschikt verklaard wordt daalt van 11,3% in 2008 tot 2% in 2011. Het percentage van de transities dat herstel betreft stijgt eerst van 51,5% in 2008 naar 53,8% in 2009 en daalt vervolgens naar 44,2% in 2011. Wat deze patronen zeggen is dat de kans op toename van de verdien capaciteit afneemt, en de kans op duurzaam worden van de volledige arbeidsongeschiktheid toeneemt, naarmate men langer in de WGA 80-100 verblijft.

Opvallend is verder dat pensioneringen een groter aandeel in de transities hebben naarmate het een meer recent cohort betreft. Mogelijke oorzaak hiervoor is de vergrijzing. Daarnaast neemt het totale aantal transities als percentage van de omvang van het instroomcohort af naarmate het een meer recent cohort betreft. Mogelijk wordt deze afname deels veroorzaakt door *finetuning* van het WIA-systeem (zie verderop). Een andere verklaring is het afnemende aantal herbeoordelingen (zie Tabel 3.5).

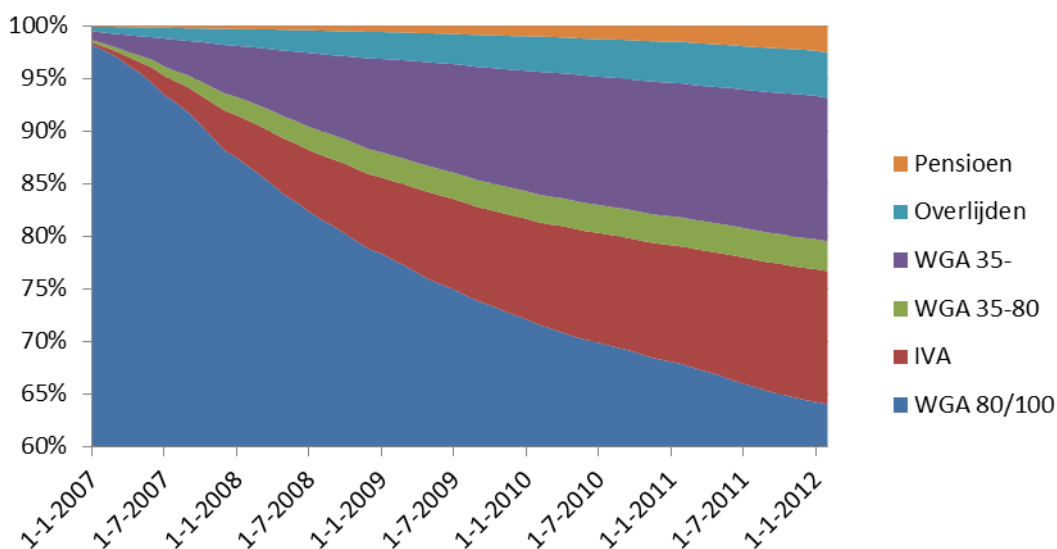
Tabel 5.2 Aantal en percentage transitie vanuit de WGA 80-100 en beëindigingen wegens herstel, overlijden en pensionering per instroomcohort per jaar (aantal cliënten)

Overgang naar	Cohort	IVA	WGA 35-80	Herstel	Overlijden	Pensioen	Totaal
Jaar 1	2006	398	163	422	123	27	1133
	(10.777)	35,1%	14,4%	37,2%	10,9%	2,4%	100%
	2007	286	87	396	120	33	922
	(11.986)	31,0%	9,4%	43,0%	13,0%	3,6%	100%
	2008	209	60	264	138	38	709
	(13.115)	29,5%	8,5%	37,2%	19,5%	5,4%	100%
Jaar 2	2009	213	40	205	129	34	621
	(13.425)	34,3%	6,4%	33,0%	20,8%	5,5%	100%
	2010	322	31	249	97	65	764
	(16.333)	42,1%	4,1%	32,6%	12,7%	8,5%	100%
	2006	338	69	425	100	30	962
	(10.777)	35,1%	7,2%	44,2%	10,4%	3,1%	100%
Jaar 3	2007	297	29	380	104	46	856
	(11.986)	34,7%	3,4%	44,4%	12,1%	5,4%	100%
	2008	262	29	297	102	47	737
	(13.115)	35,5%	3,9%	40,3%	13,8%	6,4%	100%
	2009	256	18	219	71	51	615
	(13.425)	41,6%	2,9%	35,6%	11,5%	8,3%	100%
Jaar 4	2006	246	23	273	77	42	661
	(10.777)	37,2%	3,5%	41,3%	11,6%	6,4%	100%
	2007	207	22	257	73	46	605
	(11.986)	34,2%	3,6%	42,5%	12,1%	7,6%	100%
	2008	224	24	189	60	84	581
	(13.115)	38,6%	4,1%	32,5%	10,3%	14,5%	100%
Jaar 5	2006	160	13	131	69	53	426
	(10.777)	37,6%	3,1%	30,8%	16,2%	12,4%	100%
	2007	191	7	157	43	82	480
	(11.986)	39,8%	1,5%	32,7%	9,0%	17,1%	100%
	2006	165	11	99	39	92	406
	(10.777)	40,6%	2,7%	24,4%	9,6%	22,7%	100%

In Figuur 5.1 en Figuur 5.2 is voor de cohorten 2006 en 2007 het verloop in de tijd te zien. De figuren tonen welk deel van de oorspronkelijke WGA 80-100 instroom een transitie maakt naar een andere WIA-klasse, welk deel overlijdt of pensioneert en welk deel nog in de WGA 80-100 zit.

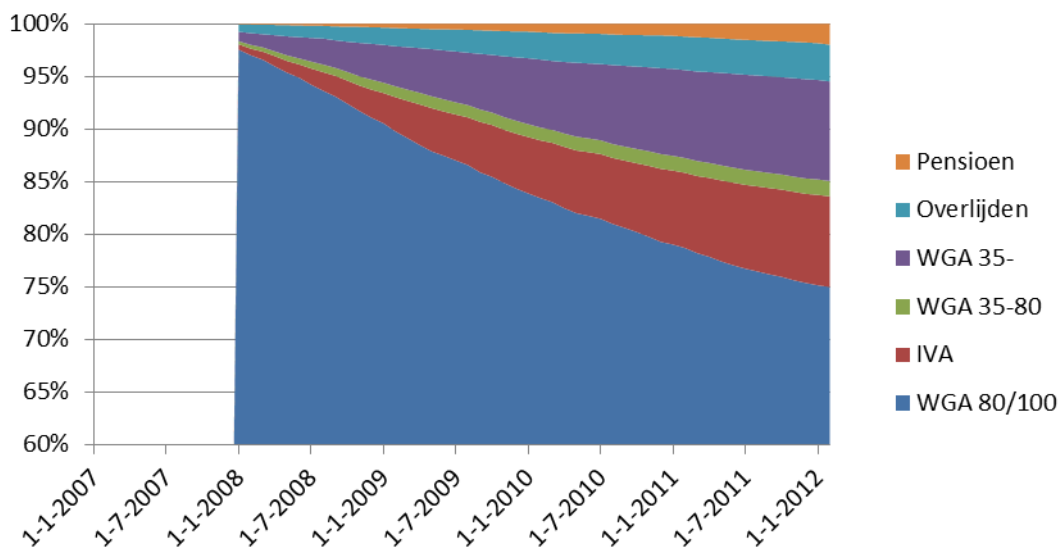
Van het cohort van 2006 zit na 5 jaar ruim 64% in de WGA 80-100. Bijna 13% heeft een transitie naar de IVA gemaakt, bijna 3% naar de WGA-klasse 35-80 en bijna 14% is hersteld. Ruim 4% is overleden voor eind 2011 en 2,5% is gepensioneerd vanuit de WGA 80-100.

Figuur 5.1 Transitieverloop instroomcohort 2006 (N=10.777)



Van het cohort van 2007 zit na 4 jaar nog steeds bijna 75% in de WGA 80-100. Ruim 8,5% heeft een transitie naar de IVA gemaakt, bijna 1,5% naar de WGA-klasse 35-80 en bijna 9,5% is hersteld. Bijna 3,5% is overleden voor eind 2011 en 2% is gepensioneerd vanuit de WGA 80-100.

Figuur 5.2 Transitieverloop instroomcohort 2007 (N=11.986)

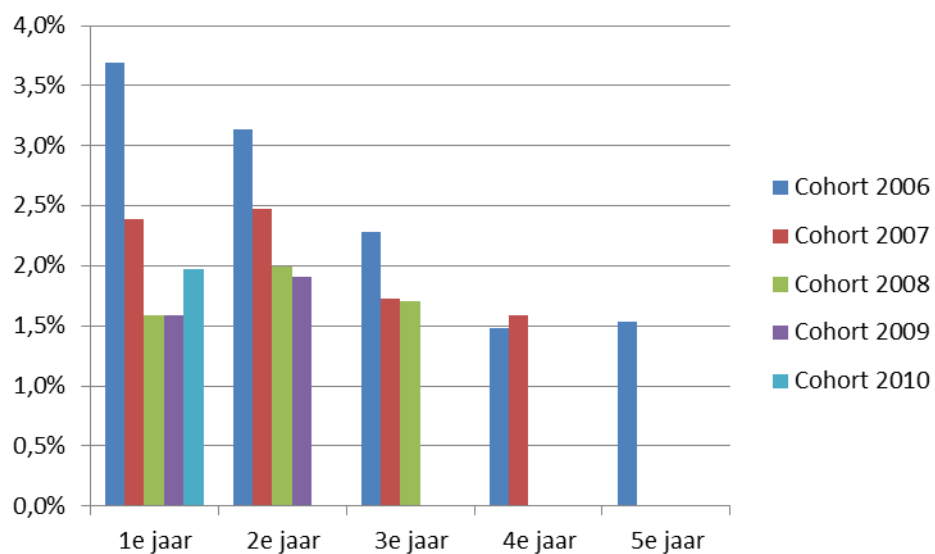


Uit Figuur 5.1 en Figuur 5.2 blijkt dat het cohort 2007 veel minder transitie naar andere WIA-classes heeft gemaakt dan het cohort 2006. Deels komt dit doordat het cohort 2006 een jaar langer geobserveerd is, maar ook na 4 jaar toont het instroomcohort 2006 hogere transitiecijfers naar de andere WIA-classes dan het cohort 2007.

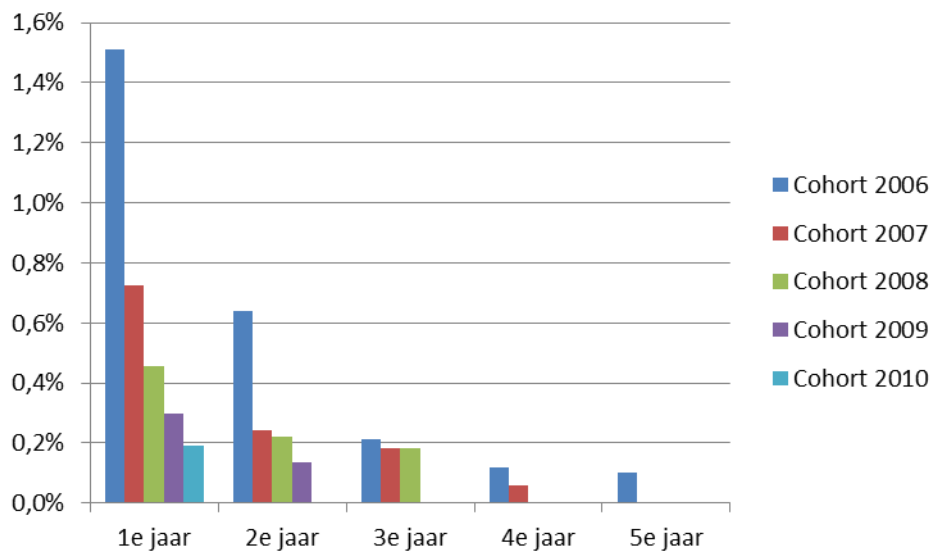
Finetuning?

Dit beeld wordt bevestigd in Figuur 5.3 t/m Figuur 5.5. In die figuren is per cohort, per jaar, het percentage transitie naar respectievelijk de IVA, de WGA 35-80 en de WGA 35 min te zien. Via deze figuren is de dalende trend (naarmate het een meer recent cohort betreft) van overgangen vanuit de WGA 80-100 naar andere WIA-classes goed te zien. Zoals eerder gezegd is mogelijk de *finetuning* van de WIA-regeling hiervan een oorzaak. We bedoelen daarmee dat in 2006 nog gezocht moest worden naar de wijze waarop de claimbeoordeling ten behoeve van de WIA het best kon worden uitgevoerd en hoe het nieuwe begrip duurzaamheid moest worden toegepast. Naarmate men meer ervaring had met de WIA kon de claimbeoordeling beter worden afgestemd op een evenwichtige toepassing van de nieuwe regels. Dit zou dan het aantal transitie hebben doen afnemen. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre dit een valide verklaring is voor het hier gesignaleerde fenomeen en of er niet ook andere factoren in het spel zijn.

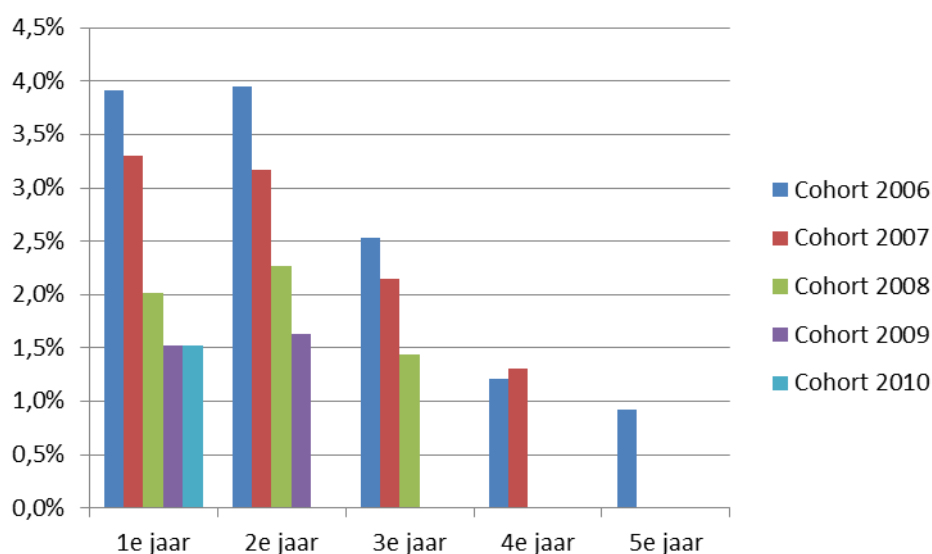
Figuur 5.3 Transitieverloop vanuit WGA 80-100 naar IVA; instroomcohorten 2006 t/m 2010 (N=11.986)



Figuur 5.4 Transitieverloop vanuit WGA 80-100 naar WGA 35-80; instroomcohorten 2006 t/m 2010 (N=11.986)



Figuur 5.5 Transitieverloop vanuit WGA 80-100 naar herstel; instroomcohorten 2006 t/m 2010 (N=11.986)



5.2.2 Determinanten van de transitie vanuit WGA 80-100

In hoofdstuk 4 is de huidige omvang en de samenstelling van de WGA 80-100 toekenningen beschreven en geanalyseerd. Om een antwoord te kunnen geven op de vraag in hoeverre deze groep in staat is om (in de toekomst) te gaan werken is het nodig een beeld te krijgen van de determinanten van transitie²⁷ vanuit niet-duurzame volledige arbeidsongeschiktheid naar gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid of naar meer dan 65% verdien capaciteit (beëindiging wegens herstel). Dit kan andere resultaten leveren dan de eerdere logitanalyse (Tabel 4.16). Deze is verricht op een bestand dat alleen uit toekenningen in 2010 bestond. Het tijdslement (de dynamiek) dat hier in de analyse wordt meegenomen, speelde in die logitanalyse geen rol.

De effecten van de eerder gebruikte kenmerken bepalen we door de kansen op transitie vanuit de WGA 80-100 naar IVA, WGA 35-80 en herstel gelijktijdig te onderzoeken, aangezien een verhoging van de kans op transitie naar de ene categorie de kans op transitie naar (een) andere categorie(ën) verlaagt²⁸. Door de determinanten van transitie vanuit WGA 80-

²⁷ Zoals eerder aangegeven bekijken wij dus de transitie na herbeoordeling en blijven transitie na claimbeslissing (na een voorschot) buiten beschouwing.

²⁸ Bovendien speelt de kans op overlijden eveneens een rol. Bij overlijden resulteert vanzelfsprekend geen kans op transitie bij herbeoordeling of herstel. Naast de transitie bij herbeoordelingen en herstel bepalen we gelijktijdig de kans op overlijden.

100 naar WGA 35-80 of naar herstel te identificeren kunnen we vaststellen bij welke cliënten in het huidige systeem *toename van de arbeidscapaciteit* plaatsvindt.

Twee extra verklarende variabelen

We voegen twee variabelen toe aan de eerder gebruikte kenmerken, namelijk dienstverband en inzet van een re-integratietraject. Sommigen vinden een dienstverband uit zichzelf of dankzij een re-integratietraject, bij anderen is het oude dienstverband nog intact.²⁹ Gekozen is voor een 0-1 variabele die aangeeft of iemand *vóór een transitie plaatsvindt* wel of geen dienstverband had. Als iemand pas na een transitie een dienstverband blijkt te hebben dan telt dat dienstverband niet mee en neemt de variabele "dienstverband" de waarde nul aan.

Zoals eerder beschreven kunnen in beginsel alle niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met (voldoende) benutbare mogelijkheden in aanmerking komen voor een re-integratietraject. De daarmee herwonnen verdien capaciteit kan aanleiding geven tot een herbeoordeling en tot een transitie naar 35-80 of naar herstel. Het helpt daarbij natuurlijk als de betrokkene een dienstverband heeft.

Statistisch model

Welke personen de grootste kans hebben om, binnen een bepaalde duur na toekenning, van niet-duurzaam volledige arbeidsongeschiktheid over te gaan naar gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid of herstel wordt duidelijk uit de resultaten van het 'competing risk' duurmodel³⁰, gepresenteerd in Tabel 5.3. De hazard-ratio's die gepresenteerd zijn in de tabel geven de factor weer waarmee de kans op een transitie naar de desbetreffende WIA-categorie verandert wanneer een persoon dit kenmerk heeft. Zo heeft een vrouw een kans op een transitie naar de IVA die 0,79 keer die van een man is (een 21% kleinere kans).

Algemene kenmerken

Naarmate de leeftijd bij toekenning van een WGA 80-100 uitkering hoger is neemt de kans op transitie naar de IVA toe. Tot 48 jaar neemt de kans op transitie naar de WGA 35-80 bij een herbeoordeling eveneens toe met de leeftijd, maar boven de 48 jaar daalt de kans op een transitie. Voor de beëindiging wegens herstel geldt eenzelfde patroon, alleen neemt de kans

²⁹ De aanwezigheid van een dienstverband is geregistreerd vanaf 31-10-2007.

³⁰ Een *competing risk* model gaat uit van "communicerende" kansen (zoals in "communicerende vaten"): wanneer de kans op de ene transitie hoger is, moet de kans op een andere transitie kleiner worden. De transitie-kansen en de kans op geen transitie tellen dan op tot 1.

toe tot een leeftijd van 29 jaar, waarna de kans daalt met de leeftijd. Dit volgt uit de gekozen kwadratische vorm van de leeftijd.

Arbeidskenmerken

Naarmate het opleidingsniveau toeneemt wordt de kans op transitie naar WGA 35-80 groter. Een hoger opleidingsniveau betekent ook dat de kans op IVA of op herstel groter is. Alleen een opleiding op het LBO- of basisschool-niveau geeft een lagere kans op transitie naar de IVA of naar herstel dan ieder hoger opleidingsniveau. Deze groep zit in sterkere mate vast in de WGA 80-100 groep dan hoger opgeleiden.

Voor maatmanuurloon en maatmanuren geldt dat een hoger loon of grotere baan (meer uren per week) de kans op transitie naar WGA 35-80 vergroot, maar die op herstel verkleint. Dit kan gezien worden als een weerspiegeling van de werking van het loonkundige stelsel: een hogere opleiding, een hoger loon of een grotere baan (meer uren per week) biedt ruimte om een bepaalde hoeveelheid verdien capaciteit te herwinnen. De complementaire groep met een lager loon of met een kleine baan heeft een grotere kans in de WGA 80-100 vast te blijven zitten.

Sterk effect van dienstverband

Het hebben van een dienstverband is een krachtige voorspeller van een transitie naar gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid of herstel. Daarentegen verlaagt het de kans op transitie naar de IVA aanmerkelijk. De opmerkelijk sterke invloed van het hebben van een dienstverband doet vermoeden dat deze variabele belangrijke informatie bevat over arbeidscapaciteit en motivatie die niet door andere in de analyse betrokken kenmerken gedekt wordt.

Vangnetters

Alle typen vangnetters hebben een lagere kans op transitie naar de WGA 35-80 dan een werknemer. Op de uitzendkrachten na geldt dit ook voor herstel vanuit de WGA 80-100. Ook hebben vangnetters een aanmerkelijk lagere kans dan vaste werknemers op transitie naar de IVA. Dit laatste bleek al uit de eerdere logitanalyses. Nu blijkt dat vangnetters meer dan vaste werknemers "vastzitten" in de WGA 80-100. Uitzondering zijn uitzendkrachten die een verhoogde kans op herstel hebben.

Gezondheidskenmerken

Indien een cliënt nog benutbare mogelijkheden heeft, neemt de kans op transitie naar de WGA 35-80 en naar herstel af naarmate het aantal FML-bepalingen toeneemt. De kans op transitie naar de IVA neemt juist toe met het aantal FML-bepalingen. Voor elk type GBM (geen benutbare mo-

gelijkheden bij claimbeoordeling) wordt de kans op herstel aanzienlijk kleiner en de kans op IVA fors groter. Het effect van GBM op de transitiekans naar de WGA 35-80 groep kunnen we niet vaststellen omdat deze transitie zich alleen voor kan doen als er benutbare mogelijkheden zijn.

Tabel 5.3 Determinanten van de duur tot transitie na herbeoordeling van WGA 80-100 naar IVA, naar WGA 35-80 dan wel tot beëindiging wegens herstel (hazard ratio's)³¹

N=53.505	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar herstel
Leeftijd	1,09**	1,12**	1,12**
Leeftijd kwadraat	1,00**	1,00**	1,00**
Vrouw	0,79**	1,63**	0,91**
Opleiding LBO/basisschool	Referentie	Referentie	Referentie
Opleiding VMBO/MBO basis	1,23**	1,69**	1,21**
Opleiding MBO/VWO/HAVO	1,23**	2,07**	1,36**
Opleiding HBO/WO	1,26**	2,28**	1,30**
Maatmanuurloon	0,99	1,01**	0,97**
Maatmanuren per week	1,00	1,05**	0,98**
Dienstverband	0,52**	3,82**	4,30**
Overheid/Onderwijs	Referentie	Referentie	Referentie
Industrie	1,31**	1,31	1,16
Winkelbedrijf	1,04	1,14	1,01
Bouw/Hout/Landbouw	1,21**	1,27	0,94
Transport	1,21*	1,66	1,30**
Financiële dienstverlening	1,08	1,17	1,13
Uitzendbedrijven	1,12	1,00	1,00
Gezondheidszorg	1,35**	1,45*	1,15
Overig bedrijf en beroep	1,16	1,11	0,99
Reguliere werknemer	Referentie	Referentie	Referentie
Uitzendkracht	0,61**	0,77	1,32**
Einddienstverbander	0,56**	0,60**	0,85**
Zieke WW'er	0,58**	0,42**	0,93
Overig Vangnet	0,56**	0,53**	0,99
0 tot 7 beperkingen	Referentie	Referentie	Referentie
8 tot 15 beperkingen	1,30	0,72**	0,75**
>15 beperkingen	1,74**	0,45**	0,42**
Geen GBM	Referentie	Referentie	Referentie
GBM Pers/Sociaal func.	2,72**	--	0,17**
GBM Ziekenhuisopname	2,85**	--	0,32**
GBM bedlegerig	3,28**	--	0,27**
GBM ADL-afhankelijk	3,09**	--	0,24**
GBM wiss. belastbaarheid	2,56**	--	0,33**
Diagnose overig	Referentie	Referentie	Referentie
Diagnose Hart/Vaat/Kanker	1,37**	1,09	0,79**
Diagnose Psychisch zacht	0,53**	0,96	1,02
Diagnose Psychisch hard	0,83**	0,90	0,73**
Diagnose Bewegingsapp.	0,94	1,35	1,39**
Urenbeperking	1,16**	1,41**	0,62**
Geen Traject	Referentie	Referentie	Referentie
IRO traject	0,87	1,04	0,99
Regulier traject	0,89	1,69	1,22
Overig traject	0,84	0,47**	0,66**
Tijd tot start traject	1,00**	1,00**	1,00**

³¹ In deze modellen is ook gecorrigeerd voor verschillende claimbeslissingsjaren en voor de ERD-status. De trajecten zijn alleen bekend voor personen wier werkgever geen eigenrisicodragers is, waardoor deze correctie vereist is.

N=53.505	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar herstel
Tijd tot start traject kwadraat	1,01**	0,97**	0,96**

** significant met 99% betrouwbaarheid

* significant met 95% betrouwbaarheid

Klachten van het bewegingsapparaat vergroten de kans op transitie naar de WGA 35-80 en naar herstel. De diagnose "psychisch hard" verkleint de kans op transitie naar zowel de IVA, WGA 35-80 als naar herstel. Cliënten met een dergelijke diagnose lijken, net als vangnetters, vast te zitten in de WGA 80-100-categorie. Hart-en vaatziekten of kanker vergroten de kans op IVA vanuit de WGA 80-100 en verkleinen de kans op herstel. Dit alles ten opzichte van de overige diagnoses.

Een urenbeperking vergroot de kans op transitie naar de WGA 35-80 en naar de IVA maar verkleint de kans op herstel.

5.2.3 Re-integratietrajecten

Het effect van de ingezette re-integratietrajecten bij personen die in de WGA 80-100 zitten wordt duidelijk uit dezelfde duuranalyse in Tabel 5.3. Voordat we ingaan op deze effecten (hazard ratio's) bespreken we welke trajectdata gebruikt zijn. Het moment van inzet van een re-integratietraject kan al aan de claimbeslissing voorafgaan. Tijdens de wachttijd is alleen voor vangnetters (begeleid door UWV) geregistreerd of en wanneer een re-integratie-instrument is ingezet. Na toekenning van een WIA-uitkering is alleen voor de cliënten wier werkgever *geen eigenrisicodragers* is geregistreerd welk re-integratietraject wanneer is gestart (vooropgesteld dat een traject is ingezet). Voorafgaand aan de toekenning is dus alleen voor vangnetters informatie omtrent het traject bekend en na toekenning alleen voor cliënten wier werkgever *geen eigenrisicodragers* is. Om de effecten van de waargenomen trajecten zuiver te kunnen bepalen beperken we ons tot trajecten die ná WIA-toekenning en vóór een transitie zijn ingezet. Verder corrigeren we in de analyse voor de ERD-status van het bedrijf waar de cliënt werkzaam was, omdat we alleen trajecten kunnen waarnemen van (vaste) werknemers wier werkgever geen eigenrisicodragers is.³²

Na deze noodzakelijke selecties verloopt het relatieve aantal trajecten dat per jaar is ingezet voor niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten vol-

³² Aangezien de ERD-status geen onderwerp binnen dit onderzoek is, zijn de effecten ervan niet gepresenteerd. Daarnaast is het moment van inzet van het traject wel opgenomen in het model, maar het aantal transities van cliënten voor wie een traject is ingezet is zeer klein. Een uitspraak over het effect van het moment van inzet kan daardoor niet goed gefundeerd worden.

gens de percentages in Tabel 5.4. De afname van het percentage cliënten dat een traject start, is het gevolg van de afnemende duur van de waarnemingsperiode. De eerste twee jaren (toekenningscohorten) geven dus een goed beeld van de inzetfrequentie. Ditzelfde geldt voor de gemiddelde duur tot start van een traject: volgens de gegevens voor 2006 en 2007 is dat ruim een jaar.

Tabel 5.4 Percentage WGA 80-100 cliënten^a dat een traject start en de duur tot inzet in dagen, naar jaar van WIA-toekenning, 2006-2010

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010
Gestarte trajecten	15,6	14,3	11,6	8,2	3,2
Duur tot inzet in dagen	518	413	305	203	103

a met uitsluiting van werknemers wier werkgever eigenrisicodragers is.

In het onderste deel van Tabel 5.3 zijn de effecten van de ingezette trajecten na claimbeslissing gegeven. Deze effecten worden op twee manieren gemeten. Ten eerste door de directe invloed van een bepaald traject (IRO, regulier of overig) op de transitiekans te bepalen. En ten tweede door het effect van de duur tussen toekenning en inzet van een traject te bepalen. Bij de bepaling van het effect van de duur wordt geen onderscheid gemaakt naar type traject.

Een regulier traject zorgt voor een vergroting van de kans op transitie van WGA 80-100 naar WGA 35-80 van 69% en de herstelkans wordt door inzet van een regulier traject met 22% verhoogt. Deze effecten zijn echter niet statistisch significant ($p=0,15$). IRO-trajecten laten hoegenaamd geen kansverhogende effecten zien in de richting van WGA 35-80 of herstel. Overige trajecten betreffen door UWV ingekochte diensten, die niet als een volledig re-integratietraject of een IRO beschouwd kunnen worden, zoals vaardigheidstrainingen, een beroepskeuzetest of een sollicitatietraining. Deze verlagen de kans op toename van de verdien capaciteit. Het zou kunnen dat hier transities belemmerd worden door de duur en de uiteindelijke ineffectiviteit van dergelijke trajecten. Dit hebben we echter niet kunnen onderzoeken.

Onderzocht is ook wat de invloed is van de tijd (vanaf toekenning) tot start van het traject. Uit de waarde van de kwadratische term valt af te leiden dat steeds geldt: hoe korter de duur tot inzet, des te hoger de transitiekans (naar WGA 35-80 of herstel). Deze effecten zijn statistisch significant ($p=0,0000$).

5.3 Het trajecteffect nader onderzocht

Onderzoek naar de inzet van re-integratietrajecten roept de vraag op of dit niet het gevolg is van selectie: als alleen niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten met gunstige arbeidskenmerken (jong, hoog opgeleid, goed behandelbare aandoeningen, motivatie) geselecteerd worden voor een traject dan wijst het gevonden effect niet zozeer op de toegevoegde waarde van re-integratietrajecten maar op een relatief goede arbeidsmarktpositie. Met een aantal van die kenmerken, zoals leeftijd en opleiding wordt in de analyses weliswaar rekening gehouden maar met andere niet, zoals behandelbaarheid van de aandoening en motivatie. Het kan ook zijn dat het re-integratie-effect onderschat wordt door correlatie met bovengenoemde selectiekenmerken. Bedacht moet ook worden dat het aantal cliënten dat een traject krijgt en een transitie naar WGA 35-80 of naar herstel meemaakt klein is ten opzichte van het totaal aantal waarnemingen. Dit maakt precieze bepaling van het effect van een traject op een transitie extra moeilijk.³³

We onderzoeken in deze paragraaf:

1. wat de invloed is (op het effect van de inzet van re-integratietrajecten) van het weglaten van WIA-ontvangers wier werkgever voor de WGA eigenrisicodragers is. De resultaten in Tabel 5.3 zijn gebaseerd op alle WIA-ontvangers terwijl over de inzet van trajecten alleen informatie beschikbaar is voor degenen die vangnetter zijn, of wier werkgever bij UWV verzekerd is. Dit kan een verstoring effect op de uitkomsten hebben;
2. of er sprake is van selectiviteit bij de inzet van re-integratietrajecten. We vergelijken daartoe de transitiekansen van WGA 80-100 naar WGA 35-80 en naar herstel (35-min) van degenen met en zonder traject en doen een simulatie op basis van de uitkomsten van stap 1;
3. zo ja, of deze selectiviteit zichtbaar gemaakt kan worden aan de hand van de beschikbare kenmerken van WIA-ontvangers, te weten: leeftijd, geslacht, opleiding, herkomstgroep, dienstverband, aantal beperkingen en type gbm;
4. in hoeverre de trajecteffecten afhankelijk zijn van leeftijd, opleiding, herkomstgroep of dienstverband. Door met dergelijke interac-

³³ In een eerdere analyse, waarin het hebben van een dienstverband buiten beschouwing gelaten was, hadden reguliere trajecten een groot en significant effect op de transitie naar WGA 35-80 en naar herstel. Dit laat de gevoeligheid zien van de bepaling van het trajecteffect.

- tie-effecten rekening te houden kunnen we nagaan bij welke groepen de inzet van trajecten het meest effectief is;
- hoe het effect van de inzet van re-integratietrajecten verandert als rekening gehouden wordt met niet-waargenomen kenmerken waarop mogelijk geselecteerd is en die mogelijk gecorreleerd zijn met de trajectinzet.

5.3.1 Weglaten eigenrisicodragers

Van het analysebestand van 53.505 niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten is 8.438 (16%) werkzaam bij een WGA eigenrisicodrager. Als deze worden weggelaten en de analyse uit Tabel 5.3 opnieuw wordt gedaan dan is het resultaat voor de effecten van de re-integratietrajecten zoals in Tabel 5.5. Deze laat zien dat de verschillen beperkt zijn; sommige worden iets groter, maar deze veranderingen doen het beeld niet wijzigen.

Tabel 5.5 Trajecteffecten met en zonder weglating van eigenrisicodragers (ERD'ers)

N=53.505 (45.167 zonder ERD'ers)	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar herstel
IRO traject <i>met</i> ERD'ers	0,87	1,04	0,99
IRO traject <i>zonder</i> ERD'ers	0,88	1,12	1,00
Regulier traject <i>met</i> ERD'ers	0,89	1,69	1,22
Regulier traject <i>zonder</i> ERD'ers	0,89	1,76	1,22
Overig traject <i>met</i> ERD'ers	0,84	0,47**	0,66**
Overig traject <i>zonder</i> ERD'ers	0,85	0,51**	0,66**

** significant met 99% betrouwbaarheid

* significant met 95% betrouwbaarheid

5.3.2 Simulatie transitiekansen inzet trajecten

Ook al blijkt dat het meenemen van de eigenrisicodragers nauwelijks van invloed is op de uitkomsten we doen de verdere analyses in deze paragraaf met weglating van de werknemers wier werkgever eigenrisicodrager is.³⁴ Aan de hand van de gemiddelde kansen in Tabel 5.6 onderzoeken we in hoeverre er sprake is van selectieve inzet van trajecten. Op basis van de uitkomsten van de duurmodellen in Bijlage Tabel 5.18 berekenen we wat de gemiddelde kans is om binnen vijf jaar een transitie van WGA 80-100 naar herstel (Tabel 5.6) of naar WGA 35-80 (Tabel 5.7) door te ma-

³⁴ De uitkomsten van de duuranalyses zonder ERD'ers staan in 5.6 Bijlagetabel-
len.

ken. We berekenen die gemiddelden afzonderlijk voor de groep voor wie geen traject is ingezet, voor de groep die een IRO kreeg, voor de cliënten met een regulier traject en voor degenen met een overig traject. De gemiddelde kans op beëindiging wegens herstel met een traject is groter dan zonder traject; het verschil is kleiner voor de overige trajecten dan voor de op re-integratie gerichte IRO en reguliere trajecten (zie eerste kolom "inclusief traject").

Tabel 5.6 Gemiddelde kans op beëindiging wegens herstel binnen 5 jaar met of zonder traject naar type traject

	inclusief traject	exclusief traject
Geen traject	0,080	0,080
IRO traject	0,160	0,145
Regulier traject	0,163	0,119
Overig traject	0,110	0,143

Om na te gaan of dit verschil veroorzaakt wordt door gunstige selectie of door het traject berekenen we de transitiekansen nogmaals maar dan *onder de veronderstelling dat degenen met een traject geen traject hadden gekregen* (zie tweede kolom). Daartoe zetten we de betreffende trajectvariabele en de variabele die de tijd tot start van het traject aangeeft op nul. De gemiddelde transitiekans is dan, vooral bij de reguliere trajecten, aanzienlijk lager (0,119), zij het niet zo laag als bij de groep zonder traject (0,080). Dit betekent dat de inzet van trajecten voor deze groep een duidelijke meerwaarde heeft maar dat de transitiekansen exclusief traject toch nog groter zijn die van de groep die geen traject toegekend heeft gekregen. Dit laatste betekent dat er ook gunstige selectie heeft plaatsgevonden, maar het selectie-effect is kleiner dan de toegevoegde waarde van de trajectinzet. Bij de groep met een IRO traject geldt het omgekeerde: als ze dit traject niet gekregen hadden dan was hun herstelkans nauwelijks lager geweest (0,145 ipv. 0,160). Het selectie-effect is hier dus veel groter dan de toegevoegde waarde van het traject. Overige trajecten verlagen de transitiekansen. Het kansverlagende effect van het traject is hier groter dan het omgekeerde effect van het op nul zetten van de tijd tot de start van het traject.

In Tabel 5.7 zijn de uitkomsten van dezelfde exercities gedaan maar dan voor de transitie naar gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid. Hieruit blijkt dat van selectie nauwelijks sprake is. Vooral voor de IRO en reguliere trajecten geldt dat de kans op transitie naar WGA 35-80 zonder traject aanzienlijk kleiner was geweest, bijna zo gering als voor de groep die geen traject toegekend heeft gekregen.

Tabel 5.7 Gemiddelde kans op overgang naar WGA 35-80 binnen 5 jaar met of zonder traject, naar type traject

	inclusief traject	exclusief traject
Geen traject	0,012	0,012
IRO traject	0,051	0,018
Regulier traject	0,051	0,014
Overig traject	0,022	0,015

5.3.3 Voor wie worden trajecten ingezet?

Algemene kenmerken

In de voorgaande analyse bleek dat er sprake is van een zekere mate van selectiviteit. Hier gaan we na op welke kenmerken er geselecteerd wordt. Daartoe laten we in Tabel 5.8 tot en met Tabel 5.12 zien wat de algemene kenmerken zijn van degenen die een traject zijn gestrat. Allereerst blijkt 9,4% van het totale WIA-bestand tot aan 2011 een traject toegekend gekregen te hebben. Dit percentage is een gemiddelde over de jaargemiddelden in Tabel 5.4.

Tabel 5.8 Inzet traject naar leeftijdscategorie, WGA 80-100, n=48.151

<i>percentages</i>	15 t/m 24	25 t/m 34	35 t/m 44	45 t/m 54	55 t/m 65	Totaal
Geen traject	83,0	86,0	89,1	91,9	96,8	90,6
IRO traject	8,8	6,5	5,2	3,6	1,3	4,3
Regulier traject	3,2	2,9	2,4	2,3	1,3	2,3
Overig traject	5,0	4,6	3,3	2,1	0,7	2,8
<i>Totaal</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Verder blijken reguliere trajecten het minst voor te komen, minder dan IRO en overige trajecten. De inzet van trajecten neemt af met de leeftijd. Voor reguliere trajecten geldt dit minder sterk dan voor IRO's en overige trajecten (zie Tabel 5.8).

Mannen starten vaker een traject dan vrouwen. Wat hiervan de oorzaak is, is onduidelijk. Mogelijk heeft dit te maken met een geringere binding met het beroepsleven (kleinere banen, korter arbeidsverleden).

Tabel 5.9 Inzet traject naar aantal geslacht, WGA 80-100, n=48.151

Percentages	Vrouw	Man	Totaal
Geen traject	91,4	89,8	90,6
IRO traject	4,2	4,5	4,3
Regulier traject	2,0	2,6	2,3
Overig traject	2,4	3,2	2,8
Totaal	100,0	100,0	100,0

Naarmate de opleiding hoger is komt men vaker in aanmerking voor een traject. Dit geldt echter niet voor reguliere trajecten: de inzet van deze trajecten neemt af met het opleidingsniveau.

Tabel 5.10 Inzet traject naar opleidingsniveau, WGA 80-100, n=28.367

percentages	LBO	MBO basis	VWO	HBO/WO	Totaal
Geen traject	91,3	89,1	88,1	88,0	89,5
IRO traject	2,8	5,0	6,0	7,8	4,7
Regulier traject	3,4	2,8	2,6	1,5	2,8
Overig traject	2,5	3,1	3,3	2,8	2,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Reguliere werknemers starten aanzienlijk minder vaak een traject dan vangnetters. Bedacht moet worden dat het hier om door UWV aanbestede trajecten gaat; eigenrisicodragers zijn hier buiten beschouwing gelaten.

Tabel 5.11 Inzet traject naar herkomstgroep, WGA 80-100, n=38.312

percentages	Reguliere werknemer	Uitzendkracht	Einddienstverbander	Zieke WW'er	Overig Vangnet	Totaal
Geen traject	94,0	90,2	90,2	92,2	92,5	92,2
IRO traject	2,9	4,2	4,9	3,3	3,6	3,7
Regulier traject	1,3	2,3	1,9	2,0	2,0	1,7
Overig traject	1,8	3,4	3,0	2,5	1,9	2,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Van degenen met een dienstverband krijgt 17% een traject toegekend. Bij degenen zonder dienstverband is dat slechts 8%. Het hebben van een dienstverband blijkt dus een belangrijk selectie criterium te zijn, vooral voor IRO- en overige trajecten.

Tabel 5.12 Inzet traject naar dienstverband, WGA 80-100, n=48.151

<i>percentages</i>	Geen dienstverband	Wel dienstverband	Totaal
Geen traject	91,9	83,1	90,6
IRO traject	3,7	8,4	4,3
Regulier traject	2,1	3,1	2,3
Overig traject	2,3	5,4	2,8
<i>Totaal</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Inzet trajecten naar gezondheidskenmerken

We verwachtten dat voor degenen met meer beperkingen minder vaak trajecten zouden worden ingezet. Dit blijkt ook het geval te zijn, zie Tabel 5.13.

Tabel 5.13 Inzet traject naar aantal FML beperkingen, WGA 80-100, n=34.309

<i>percentages</i>	0 t/m 17	8 t/m 15	16 of meer	Totaal
Geen traject	82,4	84,0	91,4	89,5
IRO traject	8,9	8,1	3,6	4,8
Regulier traject	3,8	3,5	2,4	2,7
Overig traject	4,9	4,4	2,5	3,0
<i>Totaal</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Degenen die bij claimbeoordeling geen benutbare mogelijkheden hadden starten later aanzienlijk minder vaak een traject, met uitzondering van de groep die geen arbeidscapaciteit heeft vanwege een ziekenhuisopname.

Tabel 5.14 Inzet traject naar GBM-type, WGA 80-100, n=46.978

<i>percentages</i>	BM	Pers/Sociaal functioneren	Ziekenhuisopname	Bedlegerig	ADL-afhankelijk	Wiss. belastbaar	Totaal
Geen traject	89,5	96,5	88,5	96,4	97,5	94,2	90,5
IRO traject	4,8	6,5	6,2	0,6	1,4	2,7	4,4
Regulier traject	2,7	1,6	1,8	0,6	0,0	1,4	2,3
Overig traject	3,0	0,6	3,5	2,5	1,1	1,7	2,8
<i>Totaal</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Trajecten, en dan vooral IRO-trajecten, worden het vaakst ingezet voor cliënten met objectiveerbare ("harde") psychische klachten. Voor aandoeningen van de bewegingsorganen en voor de mensen met hart- en vaatziekten of kanker worden (veel) minder vaak trajecten ingezet.

Tabel 5.15 Inzet traject naar diagnose, WGA 80-100, n=41.782

percentages	Hart- vaat en kanker	Psychisch zacht	Psychisch hard	Bewegings-apparaat	Totaal
Geen traject	93,6	89,1	86,9	91,0	90,2
IRO traject	2,7	5,2	6,7	3,9	4,6
Regulier traject	1,6	2,5	1,8	2,8	2,3
Overig traject	2,1	3,1	4,7	2,3	2,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Samenvatting: de aard van de selectiviteit

Voor een kleine tien procent van de WGA 80-100 populatie zijn trajecten ingezet. Blijkbaar ontbreekt het de meeste niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten aan voldoende benutbare mogelijkheden tot zinvolle inzet van een traject. Trajecten worden vaker ingezet bij cliënten met een jongere leeftijd, een hogere opleiding, een dienstverband en een kleiner aantal beperkingen (FML-score). De selectie op deze kenmerken is aanzienlijk sterker bij IRO- en overige trajecten dan bij reguliere trajecten. Verder blijken vangnetters vaker een traject toegekend te krijgen dan vaste werknemers. Trajecten worden dus vooral ingezet bij niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikten die kenmerken hebben die de aanwezigheid van benutbare mogelijkheden indiceren.

5.3.4 Traject-interactie effecten

Om na te gaan of door de bovenbeschreven selectie een groter trajecteffect bereikt wordt, geven we hier de resultaten weer van een versie van het eerdere model uitgebreid met interactie-effecten. Met behulp van dergelijke interacties kunnen we onderzoeken of het effect van een traject op de transitiekans voor verschillende selectievariabelen verschillend is en of er bepaalde kenmerken zijn die het effect van trajecten extra effectief maken. We gaan dit na voor leeftijd (in drie klassen), opleiding (in drie klassen), voor dienstverband en voor herkomstgroep (vast of vangnetter).

De resultaten van het eerdere model, uitgebreid met interactie-effecten staan in Bijlage Tabel 5.19. Om de interpretatie van deze uitkomsten te vergemakkelijken geven we ze in Tabel 5.16 weer in de vorm van transitiekansen voor een referentiepersoon met een bepaalde combinatie van kenmerken. Vervolgens laten we zien hoe de kans verandert als we steeds één kenmerk veranderen. Een dergelijke presentatie van de uitkomsten hebben we eerder in par. 4.3 gehanteerd. Als referentiepersoon kiezen we een vrouwelijke werknemer in de leeftijdsklasse 35-50, met een lagere beroepsopleiding (LBO), zonder (huidig) dienstverband, met subjectieve ("zachte") psychische klachten en 16 of meer beperkingen. Zij heeft geen

traject aangeboden gekregen. De kans van deze referentiepersoon om binnen vijf jaar een transitie te maken naar WGA 35-80 of naar herstel zijn met deze combinatie van kenmerken 0,17%, respectievelijk 4,4%.

Tabel 5.16 Kans op transitie binnen 5 jaar naar WGA 35-80 of naar herstel voor verschillende combinaties van kenmerken

<i>Transitie naar:</i>	35/80	herstel
Referentie (zie boven)	0,17%	4,43%
Leeftijd <35	0,13%	5,78%
Leeftijd >=50	0,18%	1,93%
Opleiding midden	0,29%	5,35%
Opleiding hoog	0,38%	6,29%
Man	0,09%	4,92%
Uitzendkracht (UZK)	0,14%	6,47%
Einddienstverbander (EDV)	0,11%	4,06%
WW' er	0,08%	4,34%
FML <8	0,35%	10,50%
GBM persoonlijk/sociaal functioneren ^a	0,17%	0,80%
GBM ziekenhuisopname ^a	0,17%	1,43%
Dienstverband	0,91%	20,26%
Traject IRO	1,75%	11,55%
Traject Regulier	1,86%	12,80%
Traject Overig	0,59%	6,42%
Traject IRO + leeftijd<35	0,99%	9,37%
Traject Regulier + leeftijd<35	0,90%	9,99%
Traject Overig + leeftijd<35	0,25%	6,31%
Traject IRO + leeftijd>=50	2,76%	9,54%
Traject Regulier + leeftijd>=50	2,86%	6,44%
Traject Overig + leeftijd>=50	0,41%	2,55%
Traject IRO + opleiding midden	3,22%	20,83%
Traject Regulier + opleiding midden	1,99%	18,01%
Traject Overig + opleiding midden	1,12%	6,93%
Traject IRO + opleiding hoog	2,09%	16,02%
Traject Regulier + opleiding hoog	1,67%	15,31%
Traject Overig + opleiding hoog	2,13%	10,44%
Traject IRO + dienstverband	2,23%	22,88%
Traject Regulier + dienstverband	3,68%	34,28%
Traject Overig + dienstverband	1,26%	19,32%
Traject IRO + UZK	0,96%	12,99%
Traject Regulier + UZK	1,95%	18,84%
Traject Overig + UZK	0,54%	8,59%
Traject IRO + EDV	1,09%	10,61%
Traject Regulier + EDV	1,16%	11,76%
Traject Overig + EDV	0,37%	5,88%

	<i>Transitie naar:</i>	35/80	herstel
Referentie (zie boven)		0,17%	4,43%
Traject IRO + WW		0,79%	11,32%
Traject Regulier + WW		0,84%	12,54%
Traject Overig + WW		0,27%	6,29%

a geen afzonderlijk effect voor GBM bepaald.

Uit het bovenste deel van Tabel 5.16 zijn de effecten te lezen van een aantal algemene en gezondheidskenmerken. Leeftijd heeft een sterk negatief effect op de transitie naar herstel, maar heeft nauwelijks invloed op de transitie naar WGA 35-80. Een hogere opleiding (hoger dan LBO) verhoogt de transitiekansen. Uitzendkrachten hebben een hogere kans (dan vaste werknemers) op beëindiging wegens herstel. Gezondheid blijkt vanzelfsprekend een grotere invloed te hebben dan de algemene persoonskenmerken. Zo betekent een lagere FML-score (minder dan 8 beperkingen in plaats van meer dan 15) een verdubbeling van beide transitiekansen. GBM bij claimbeoordeling vanwege persoonlijk of sociaal functioneren verlaagt de transitiekans naar herstel aanzienlijk. Het, nog of weer, hebben van een dienstverband leidt tot een sterke verhoging van beide transitiekansen.

Het onderste deel van de tabel bevat de enkele en gecombineerde effecten van de inzet van trajecten. Hieruit kunnen we aflezen voor wie trajecten het beste werken. De enkelvoudige effecten laten zien dat IRO's en reguliere trajecten ongeveer even sterk kansverhogend zijn. Deze effecten zijn nog sterker als trajecten worden ingezet voor mensen met een opleiding hoger dan LBO en voor degenen die een dienstverband hebben. Voor uitzendkrachten zijn reguliere trajecten extra effectief.³⁵

5.3.5 Correctie voor niet-waargenomen heterogeniteit

In de voorgaande modellen (inclusief interacties) is geen rekening gehouden met verschillen tussen mensen op grond van kenmerken die niet zijn waargenomen, zoals multiproblematiek, arbeidsmotivatie en arbeidsmogelijkheden. Dit is van belang omdat bijvoorbeeld na 1 maand de samenstelling van de groep WGA 80-100 al anders is dan aan het begin: de mensen met de hoogste kans om de WGA 80-100 te verlaten zijn dan al uitgestroomd naar een andere groep of ze zijn volledig uit de WIA.

³⁵ Deze gesimuleerde transitiekansen gelden voor een referentiepersoon met een (wisselende) combinatie van kenmerken. Deze kunnen niet vergeleken worden met de simulaties in de tabellen 5.5 en 5.6 omdat daar een gemiddelde is berekend over de gehele populatie WGA 80-100, terwijl maar een beperkt deel van de WGA 80-100 populatie dezelfde kenmerken heeft als de referentiepersoon.

De kenmerken die we in de analyses kunnen betrekken zijn afkomstig van wat in de UWV bestanden geregistreerd wordt. Attitudes en ervaringen van cliënten worden in die bestanden niet vastgelegd, maar kunnen wel van invloed zijn op de uitstroomkans. Deze weggelaten kenmerken noemen we *niet-waargenomen heterogeniteit*. Hiervoor kan door uitbreiding van het statistische model gecorrigeerd worden. Een dergelijke correctie kan gevolgen hebben voor de schatting van de effecten.

De resultaten in Tabel 5.16 laten zien dat de inzet van een re-integratietraject een positief effect heeft op transitie van de groep WGA 80-100 naar WGA 35-80 of naar minder dan 35% arbeidsongeschikt. Omdat de inzet van een traject samen kan hangen met bijvoorbeeld de arbeidsmotivatie is het aannemelijk dat deze groep voor het overgrote deel uit mensen met 'gunstige' waargenomen en niet waargenomen kenmerken bestaat. Dat wil zeggen: kenmerken die horen bij een gemiddeld kortere arbeidsongeschiktheidsduur. Het negeren van niet-waargenomen heterogeniteit (nwh) kan er dan ook toe leiden dat het effect van re-integratietrajecten onjuist bepaald wordt.

Om rekening te houden met niet-waargenomen heterogeniteit wordt een (gamma)verdeling verondersteld voor de niet-waargenomen heterogeniteit. De parameter theta geeft de mate van niet-waargenomen heterogeniteit aan tussen de individuen. Hoe groter deze parameter, des te belangrijker niet-waargenomen heterogeniteit is. Deze parameter blijkt vooral een rol te spelen bij de overgang van WGA 80-100 naar WGA 35-80 (theta=25,49). Zie Bijlage Tabel 5.21.

Correctie voor niet-waargenomen heterogeniteit blijkt een aantal effecten, waaronder die van de re-integratietrajecten, te versterken. We noemen een aantal opvallende verschillen:

- het directe effect van een IRO op de transitie naar 35-min wordt kleiner en dat van een regulier traject groter;
- de gecombineerde effecten van de inzet van trajecten en het hebben van een dienstverband worden aanzienlijk groter;
- ook de gecombineerde effecten van de inzet van trajecten met een opleiding hoger dan LBO worden groter.

Uit het feit dat de trajecteffecten overwegend groter worden, concluderen wij dat wat niet is waargenomen vooral kenmerken zijn die negatief correleren met de inzet van trajecten. Als daarmee wel rekening wordt gehouden nemen de meeste effecten immers toe. Het beeld wordt daarmee zuiverder, maar de globale conclusies die we naar aanleiding van Tabel 5.16 trokken veranderen niet.

5.4 Prognoses

We kunnen de modellen die de kans op transitie van WGA 80-100 naar IVA, WGA 35-80 of naar herstel bepalen, gebruiken voor een prognose van de omvang en verdeling van de WIA-categorieën tot 2050³⁶. Hiertoe gebruiken we in de eerste plaats het geschatte model dat in Tabel 5.3 staat. Dit beschrijft de determinanten van de transitie vanuit de WGA 80/100. Daarnaast hebben we op basis van de UWV gegevens modellen voor transitie bepaald vanuit de andere WIA-categorieën. Deze andere modellen zijn nodig om een juist beeld te krijgen van de samenstelling van de WIA in de toekomst, maar behoren niet tot het WGA 80/100 onderzoek. We maken dus gebruik van de transitie vanuit en naar *alle* WIA-categorieën.

5.4.1 Andere transitie vanuit WGA 80-100

In de hier gepresenteerde prognoses veronderstellen we dat de transitiepatronen die door de door ons bepaalde modellen bepaald worden van jaar op onveranderd blijven. Die patronen omvatten ook andere uitstroommogelijkheden, namelijk overlijden en pensionering bij 65 jaar. We gaan ervan uit dat de samenstelling van de groep die een WGA 80-100 krijgt toegerekend gelijk blijft aan de groep die tussen 2006 en eind 2010 een WGA 80-100 toekenning kreeg. Voor deze groep berekenen we het aandeel dat vóór pensionering een transitie maakt naar de verschillende WIA-categorieën en de proportie van mensen die voor pensionering komen te overlijden.³⁷

In Tabel 5.17 is te zien dat van elke 100 WGA 80-100 toekenningen gemiddeld genomen 30 personen voor het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd (bij 65 jaar) overgaan naar de IVA, 3 personen naar de WGA 35-80, 28 personen herstellen (35-min) en 8 personen voor pensionering komen te overlijden. De overige 31 personen gaan vanuit de WGA 80-100 met pensioen. In het door ons geconstrueerde prognosemodel houden we met al deze uitstroommogelijkheden rekening.

³⁶ In een kennismemo van UWV KM 12/02 wordt eveneens een prognose gemaakt van de verdeling van de WIA-categorieën. Aangezien in dit onderzoek de nadruk ligt op de WGA 80/100 groep is de hier uitgevoerde analyse daarop aangepast. In de analyse van UWV worden de WGA 35/80 en WGA 80/100 groep als een geheel geprognosticeerd. Verder worden heropeningen en voor schotten niet meegenomen in deze analyses in tegenstelling tot in de Kennismemo van UWV.

³⁷ De kans op overlijden vanuit de WGA 80/100 is onderdeel van ander competing risk model. Overlijden wordt voorspeld uit een veel beperktere set aan determinanten: leeftijd, geslacht en diagnose-categorie. Aangezien de kans op overlijden niet het onderwerp van dit onderzoek is zijn de resultaten van dit model niet gepresenteerd in deze rapportage.

Tabel 5.17 Percentages transitie na herbeoordeling, of overlijden voor pensionering, vanuit WGA 80-100.

Naar categorie	IVA	WGA 35/80	35-min	Overlijden
Percentage	30,2%	3,2%	28,0%	8,0%

De percentages in Tabel 5.17 wijken sterk af van die in Tabel 5.1. Het zijn percentages die op lange termijn gelden (45 jaar). Verschil met Tabel 5.1 is dat in die tabel de daadwerkelijke transitie gegeven zijn van de toekenningen tussen 2006 en 2011. Deze personen zijn maximaal 5 jaar gevolgd en dit zijn dus gerealiseerde 'korte' termijn overgangen. Een groot deel van deze personen heeft nog geen transitie gemaakt, maar is ook nog niet overleden of gepensioneerd. Als we 45 jaar lang de gevonden transitiepatronen van jaar op jaar laten werken vinden we de percentages die in Tabel 5.17 staan.

5.4.2 Aannames

De prognoses die we hierna rapporteren zijn onder een aantal aannames gedaan:

- Aangezien we geen beschikking hebben over de voorschotten en heropeningen hebben we een prognose van het aantal toekomstige WIA-toekenningen nodig om de jaarlijkse aanwas te kunnen inschatten. Daarvoor gebruiken we de prognose van de WIA instroom tot 2050 van UWV. Vervolgens nemen we de verhouding tussen de WIA-instroom en de WIA-toekenningen uit het verleden om de toekomstige toekenningen te kunnen prognosticeren. We gaan er bij deze analyses vanuit dat de verhouding tussen het aantal toekenningen en de omvang van de instroom zoals deze in de eerste 5 jaar van de WIA is geweest, gelijk blijft tot aan 2050.
- We nemen aan dat de toekomstige toekenningen per WIA-categorie qua kenmerken eenzelfde verdeling kennen als de populatie toekenningen tussen 2005 en 2010. Dit betekent dat we geen rekening houden met factoren zoals vergrijzing, flexibilisering van de arbeidsmarkt of verandering in de samenstelling naar opleidingsniveau.
- We nemen aan dat de transitie bij herbeoordeling een Weibull verdeling volgen, waarbij de parameters van deze verdeling uitkomst zijn van het competing risk model van de vorige paragraaf (en van de extra modellen voor transitie vanuit de WGA 35/80 en de IVA). De aanname dat de verdeling van de transitiekansen een parametrische vorm heeft, die gebaseerd is op 5 bekende WIA-jaren en die

wordt doorgetrokken voor de komende 40 jaar is in deze analyse bepalend.

- We gaan ervan uit dat de pensioenleeftijd 65 jaar blijft. Daarnaast nemen we aan dat de groep die naar een andere WIA-categorie overgaat zijn oorspronkelijke overlijdens- en pensioneringskansen behoudt.
- We nemen aan dat er geen verschil zit in de transitiekansen van een cliënt die direct in een bepaalde WIA-categorie terechtkomt en een cliënt die na een herbeoordeling in de desbetreffende categorie terechtkomt³⁸.

5.4.3 Uitkomsten

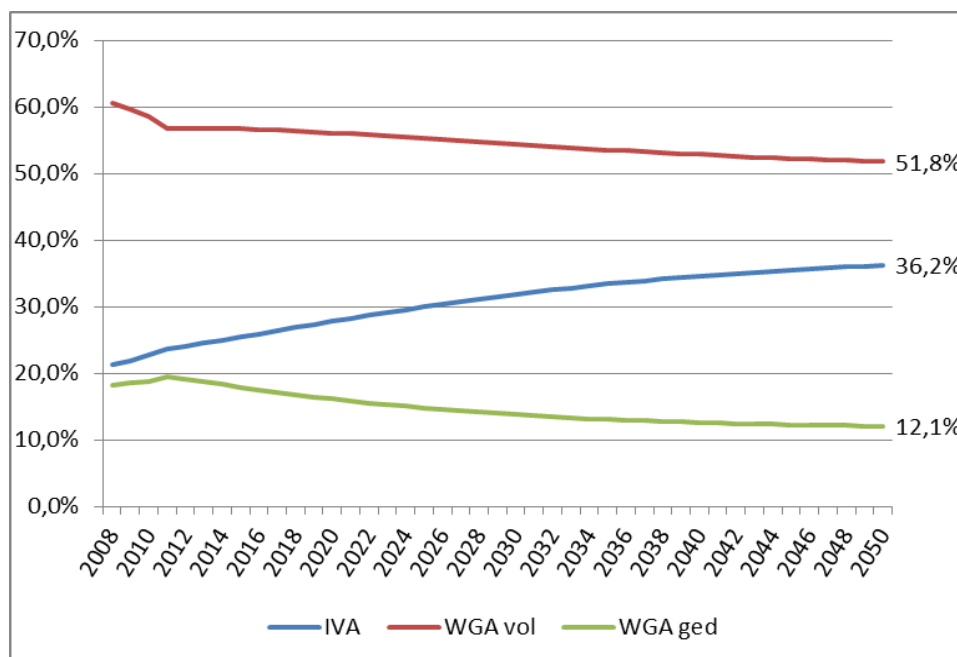
Op basis van deze aannames bepalen we voor elk toekomstig jaar welk deel van de op dat moment zittende WIA-populatie een transitie naar een andere categorie maakt. Daarnaast bepalen we voor elk jaar welk deel van de nieuwe toekenningen terechtkomt in de verschillende WIA- categorieën. Door dit zogeheten 'stroommodel' door te trekken tot 2050 kan bepaald worden hoe de verhouding van de verschillende WIA- categorieën zich in de komende 40 jaar ontwikkelt en hoe de omvang van de verschillende groepen zal zijn, gegeven bovenstaande aannames.

In Figuur 5.6 is de geprognosticeerde verdeling van de verschillende WIA-categorieën voor de periode tot 2050 gegeven. Op basis van de gerealiseerde transitie bij herbeoordeling in de eerste 5 jaar van de WIA en behoudens bovengenoemde aannames verwachten wij dat de groep volledig niet-duurzaam arbeidsongeschikten licht afneemt tot een kleine 52% in 2050 en dat het aandeel van de IVA-groep groeit van 26% nu naar 36% in 2050.³⁹ De gedeeltelijk arbeidsongeschikten nemen af van 21% naar 12%.

³⁸ De personen die van WIA- categorieën verwisselen behouden wel de verwachte pensioenleeftijd en overlijdenskansen van de oorspronkelijke WIA-categorie. Zowel de verwachte pensioenleeftijd als de overlijdenskansen zijn namelijk erg afhankelijk van de leeftijdsverdeling in de verschillende WIA- categorieën

³⁹ Waarbij we er vanuit gaan dat de toekomstige voorschotten en heropeningen niet leiden tot een verschuiving van de verdeling in WIA-categorieën.

Figuur 5.6 Prognose van het aandeel cliënten in verschillende WIA-categorieën ⁴⁰



5.5 Samenvatting & conclusies

In dit hoofdstuk was de dynamiek van de WGA 80/100 populatie onderwerp van onderzoek. Hiervoor konden we gebruik maken van administratieve bestanden van WIA-toekenningen tussen 2006 en eind 2010, aangevuld met informatie over herbeoordelingen en beëindigingen van de WIA-uitkering. Aan de hand van deze bestandsgegevens hebben we de determinanten van transitie vanuit de WGA 80/100 kunnen onderzoeken. Daarbij zijn we uitvoerig ingegaan op de effecten van de inzet van re-integratietrajecten. De uitkomsten van de verschillende analyses zijn ook gebruikt voor een model waarmee we van het aandeel en de omvang van de toekomstige WGA 80/100-populatie kunnen ramen.

Meeste transitie vanuit WGA 80-100 naar IVA, herstel of pensioen

14% van allen die tussen 2006 en eind 2010 een WGA 80-100 toekenning kregen, maakt een transitie naar IVA, WGA 35-80 of naar herstel (35-min). Over een veel langere termijn (vooruit) bekeken gaan van elke 100

⁴⁰ Bij deze prognoses is geen rekening gehouden met de groepen heropeningen en voorschotten. Inclusie van deze groepen bij de prognoses kan invloed hebben op de ontwikkelingen.

WGA 80-100 toekenningen voor hun 65^{ste} gemiddeld 30 personen over naar de IVA, 3 personen naar de WGA 35-80, 28 personen herstellen (35-min) en 8 komen te overlijden. De overige 31 gaan vanuit de WGA 80-100 met pensioen. Vanuit de IVA zijn pensionering en overlijden veruit de belangrijkste oorzaken van beëindiging.

Hoe langer in de WGA 80-100 groep des te groter de IVA-kans en des te kleiner de herstelkans

De transitiepatronen vanuit WGA 80-100 geven aan dat de kans op toename van de verdien capaciteit afneemt, en de kans op duurzaam worden van de volledige arbeidsongeschiktheid toeneemt, naarmate men langer in de WGA 80-100 verblijft.

Lagere opleiding betekent lagere transitiekansen

Een hogere opleiding, een hoger uurloon of een grotere baan (meer uren per week werken) leveren een sterk verhoogde kans op transitie naar WGA 35-80. Mensen met een lage opleiding (LBO of lager) hebben een kleinere kans op een transitie vanuit de WGA 80-100. Deze uitkomsten kunnen gezien worden als een weerspiegeling van de loonkundige definitie van arbeidsongeschiktheid: naarmate de baan groter, of het loon hoger is is er meer ruimte om verdien capaciteit te herwinnen.

Sterk compenserend effect van het hebben van een dienstverband

Degenen die nog of weer een dienstverband hebben, hebben een sterk verhoogde kans op gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid of op herstel. Het lijkt erop dat het hebben van een dienstverband een indicatie is van kenmerken die buiten beschouwing zijn gebleven maar wel van grote invloed zijn, zoals toename van de blastbaarheid, motivatie of een sterke band met de oude werkgever.

Vangnetters en mensen met makkelijk objectiveerbare ("harde") psychische klachten hebben kleinere transitiekansen

Vangnetters hebben, bij overigens gelijke kenmerken, een lagere kans op transitie naar WGA 35-80 of naar herstel (muv uitzendkrachten) in de eerste 5 jaar na toekenning van een WGA 80-100 uitkering. Ook de kans op transitie naar de IVA is voor vangnetters een stuk kleiner is dan voor werknemers. Vangnetters lijken dus, meer dan vaste werknemers, vast te zitten in de WGA 80-100 groep.

Ditzelfde geldt voor degenen die in niet-duurzaam volledig arbeidsongeschikt zijn op grond van "harde" psychische klachten. Aan de andere kant leiden aandoeningen aan het bewegingsapparaat tot een hogere herstelkans.

Re-integratietrajecten

Voor 15% van de WGA 80-100 cliënten wordt door UWV een re-integratie traject ingezet. Gemiddeld gebeurt dit ruim een jaar na WIA-toekenning. De inzet van trajecten door eigenrisicodragers blijft in dit onderzoek buiten beschouwing omdat de UWV bestanden hierover geen informatie bevatten. IRO trajecten worden bijna twee keer zo vaak ingezet als reguliere trajecten.

Selectieve inzet van trajecten?

Trajecten worden vaker ingezet bij cliënten die jonger zijn, hoger opgeleid, een dienstverband hebben en een kleiner aantal beperkingen (FML-score). Bij reguliere trajecten wordt minder is het verschil op deze kenmerken met degenen voor wie geen traject wordt ingezet minder groot dan bij IRO- en overige trajecten. Verder blijken vangnetters vaker een traject toegekend te krijgen dan vaste werknemers.

Trajecten worden ingezet waar dat zinvol is

Zowel IRO's als reguliere trajecten verhogen de kans op een transitie naar WGA 35-80 en naar herstel. Deze effecten zijn vooral sterk als trajecten worden ingezet voor mensen met een opleiding hoger dan LBO en voor degenen die een dienstverband hebben. De kenmerken van degenen voor wie vaker een traject wordt ingezet lijken te indiceren dat zij benutbare mogelijkheden hebben herwonnen die het gebruik van een traject zinvol maken.

Bij huidige patronen groeit het aandeel IVA ten koste van het aandeel 35-80

Uitgaande van de huidige transitiepatronen en een pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar verschuift de samenstelling van de WIA populatie in de richting van een grotere proportie IVA en een kleinere proportie WGA 35-80. Gebruiken we de uitkomsten van de duuranalyses voor het maken van prognoses dan blijkt het aandeel van de WGA 80-100 groep nauwelijks af te nemen en de IVA populatie toe te nemen van 26% nu naar 36% in 2050. De gedeeltelijk arbeidsgeschikten nemen af van 21% naar 12%.

5.6 Bijlagetabellen

Bijlage Tabel 5.18 Determinanten van de duur tot transitie na herbeoordeling van WGA 80-100 naar IVA, naar WGA 35-80 dan wel tot beëindiging wegens 35 min (hazard ratio's) zonder werknemers van ERD'ers

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
Leeftijd	1,08**	1,10*	1,12**
Leeftijd kwadraat	1,00**	1,00	1,00**
Vrouw	0,80**	1,82**	0,88**
Opleiding LBO/basisschool	Referentie	Referentie	Referentie
Opleiding VMBO/MBO basis	1,24**	1,63**	1,26**
Opleiding MBO/VWO/HAVO	1,19**	1,93**	1,39**
Opleiding HBO/WO	1,22**	1,69*	1,37**
Maatmanuurloon	1,00	1,02**	0,97**
Maatmanuren per week	1,00	1,05**	0,98**
Dienstverband	0,51**	3,56**	4,23**
Overheid/Onderwijs	Referentie	Referentie	Referentie
Industrie	1,29**	1,45	1,11
Winkelbedrijf	1,02	1,21	0,98
Bouw/Hout/Landbouw	1,16	1,46	0,92
Transport	1,23*	1,73	1,31**
Financiële dienstverlening	1,10	1,22	1,08
Uitzendbedrijven	1,01	1,12	0,96
Gezondheidszorg	1,35**	1,57*	1,19*
Overig bedrijf en beroep	1,10	1,26	0,97
Reguliere werknemer	Referentie	Referentie	Referentie
Uitzendkracht	0,68**	0,75	1,40**
Einddienstverbander	0,61**	0,59**	0,87**
Zieke WW'er	0,62**	0,41**	0,95
Overig Vangnet	0,59**	0,55*	1,02
0 tot 7 beperkingen	Referentie	Referentie	Referentie
8 tot 15 beperkingen	1,18	0,72**	0,74**
>15 beperkingen	1,63**	0,46**	0,41**
Geen GBM	Referentie	Referentie	Referentie
GBM Pers/Sociaal func.	2,84**	-	0,18**
GBM Ziekenhuisopname	3,08**	-	0,32**
GBM bedlegerig	3,61**	-	0,22**
GBM ADL-afhankelijk	3,31**	-	0,24**
GBM wiss. belastbaarheid	2,69**	-	0,33**
Diagnose overig	Referentie	Referentie	Referentie
Diagnose Hart/Vaat/Kanker	1,43**	1,00	0,75**
Diagnose Psychisch zacht	0,53**	0,84	1,03
Diagnose Psychisch hard	0,86*	0,77	0,74**
Diagnose Bewegingsapp.	0,96	1,16	1,47**
Urenbeperking	1,13**	1,55**	0,64**
Geen Traject	Referentie	Referentie	Referentie
IRO traject	0,88	1,12	1,00
Regulier traject	0,89	1,76*	1,22

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
Overig traject	0,85	0,51**	0,66**
Tijd tot start traject	1,00**	1,00**	1,00**
Tijd tot start traject kwadraat (1/10.000)	1,01**	0,97**	0,96**
Aantal waarnemingen	45.167	31.629	45.167

**= significant met 99% betrouwbaarheid; *= significant met 95% betrouwbaarheid

Bijlage Tabel 5.19 Determinanten van de duur tot transitie na herbeoordeling van WGA 80-100 naar IVA, naar WGA 35-80 dan wel tot beëindiging wegens 35 min (hazard ratio's), zonder werknemers van ERD'ers, met interactie-effecten

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
Leeft.1: <35 jaar	Referentie	Referentie	Referentie
Leeft.2: 35 t/m 49 jaar	1,66**	1,36	0,76**
Leeft.3: >49 jaar	2,39**	1,43	0,33**
Vrouw	0,80**	1,82**	0,90**
Opl.1: LBO/basisschool	Referentie	Referentie	Referentie
Opl.2: VMBO/MBO basis	1,25**	1,70**	1,21**
Opl.3: MBO/VWO/HAVO/HBO/WO	1,19**	2,23**	1,43**
Maatmanuurloon	1,00	1,02**	0,97**
Maatmanuren per week	1,00	1,05**	0,98**
Dienstverband	0,52**	5,39**	4,99**
Overheid/Onderwijs	Referentie	Referentie	Referentie
Industrie	1,28**	1,58	1,13
Winkelbedrijf	1,01	1,32	1,01
Bouw/Hout/Landbouw	1,14	1,58	0,94
Transport	1,22*	1,91*	1,30**
Financiële dienstverlening	1,09	1,25	1,10
Uitzendbedrijven	1,00	1,13	0,99
Gezondheidszorg	1,36**	1,68*	1,19*
Overig bedrijf en beroep	1,10	1,31	0,98
Reguliere werknemer	Referentie	Referentie	Referentie
Uitzendkracht	0,67**	0,79	1,48**
Eindedienstverbander	0,60**	0,62**	0,91
Zieke WW'er	0,62**	0,45**	0,98
Overig Vangnet	0,58**	0,61	1,11
0 tot 7 beperkingen	Referentie	Referentie	Referentie
8 tot 15 beperkingen	1,18	0,71**	0,74**
>15 beperkingen	1,64**	0,49**	0,41**
Geen GBM	Referentie	Referentie	Referentie
GBM Pers/Sociaal func.	2,87**	-	0,18**
GBM Ziekenhuisopname	3,11**	-	0,32**
GBM bedlegerig	3,61**	-	0,22**
GBM ADL-afhankelijk	3,33**	-	0,24**
GBM wiss. belastbaarheid	2,73**	-	0,32**
Diagnose overig	Referentie	Referentie	Referentie
Diagnose Hart/Vaat/Kanker	1,43**	0,98	0,74**
Diagnose Psychisch zacht	0,53**	0,89	1,06
Diagnose Psychisch hard	0,85**	0,79	0,79**
Diagnose Bewegingsapp.	0,95	1,14	1,47**
Urenbeperking	1,12**	1,57**	0,65**
Geen Traject	Referentie	Referentie	Referentie
IRO traject	0,68	2,22	0,97
Regulier traject	1,76	2,61	1,05
Overig traject	0,58	0,49	0,66
Tijd tot start traject	1,00**	1,01**	1,00**
Tijd tot start traject kwadraat (1/10.000)	1,01**	0,97**	0,96**

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
IRO traject x opl.2	1,30	1,09	1,57**
IRO traject x opl.3	1,46	0,54*	0,99
Regulier traject x opl.2	0,59*	0,63	1,20
Regulier traject x opl.3	0,54*	0,40**	0,85
Overig traject x opl.2	0,63	1,12	0,89
Overig traject x opl.3	0,80	1,62	1,16
IRO traject x leeft.2	1,30	1,30	1,64**
IRO traject x leeft.3	0,61	1,96	3,12**
Regulier traject x leeft.2	0,71	1,53	1,71**
Regulier traject x leeft.3	0,81	2,25	1,93*
Overig traject x leeft.2	1,85	1,78	1,34
Overig traject x leeft.3	1,20	1,16	1,21
IRO traject x dienstvb	0,41**	0,24**	0,42**
Regulier traject x dienstvb	0,74	0,37**	0,61**
Overig traject x dienstvb	1,96	0,39**	0,65**
IRO traject x vangnetter	1,48	0,69	0,77
Regulier traject x vangnetter	1,20	1,32	1,03
Overig traject x vangnetter	0,86	1,16	0,92
Aantal waarnemingen	45.167	31.629	45.167

**= significant met 99% betrouwbaarheid; *= significant met 95% betrouwbaarheid

Bijlage Tabel 5.20 Determinanten van de duur tot transitie na herbeoordeling van WGA 80-100 naar IVA, naar WGA 35-80 dan wel tot beëindiging wegens 35 min (hazard ratio's), zonder werknemers van ERD'ers, met interactie-effecten en niet-waargenomen heterogeniteit

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
Leeft.1: <35 jaar	Referentie	Referentie	Referentie
Leeft.2: 35 t/m 49 jaar	2,07**	1,36	0,68**
Leeft.3: >49 jaar	3,95**	1,51	0,26**
Vrouw	0,69**	2,40**	0,84**
Opl.1: LBO/basisschool	Referentie	Referentie	Referentie
Opl.2: VMBO/MBO basis	1,52**	2,11**	1,22*
Opl.3: MBO/VWO/HAVO/HBO/WO	1,29*	2,91**	1,50**
Maatmanuurloon	1,01	1,06**	0,96**
Maatmanuren per week	1,00	1,07**	0,98**
Dienstverband	0,40**	9,90**	6,58**
Overheid/Onderwijs	Referentie	Referentie	Referentie
Industrie	1,30	2,08*	1,19
Winkelbedrijf	0,92	1,54	1,01
Bouw/Hout/Landbouw	1,08	2,06	0,96
Transport	1,06	2,96**	1,34*
Financiële dienstverlening	1,08	1,22	1,09
Uitzendbedrijven	0,99	1,44	1,01
Gezondheidszorg	1,34*	1,73	1,22
Overig bedrijf en beroep	1,03	2,12*	0,97
Reguliere werknemer	Referentie	Referentie	Referentie
Uitzendkracht	0,59**	0,79	0,64**
Eindedienstverbander	0,50**	0,52*	0,98
Zieke WW'er	0,51**	0,36**	1,06
Overig Vangnet	0,52**	0,65	1,14
0 tot 7 beperkingen	Referentie	Referentie	Referentie
8 tot 15 beperkingen	1,40	0,41**	0,68**
>15 beperkingen	2,15**	0,25**	0,33**
Geen GBM	Referentie	Referentie	Referentie
GBM Pers/Sociaal func.	5,24**	-	0,11**
GBM Ziekenhuisopname	6,29**	-	0,23**
GBM bedlegerig	6,75**	-	0,16**
GBM ADL-afhankelijk	9,27**	-	0,16**
GBM wiss. belastbaarheid	4,97**	-	0,24**
Diagnose overig	Referentie	Referentie	Referentie
Diagnose Hart/Vaat/Kanker	1,74**	1,07	0,71**
Diagnose Psychisch zacht	0,33**	1,00	1,05
Diagnose Psychisch hard	0,69**	0,81	0,75**
Diagnose Bewegingsapp.	0,85	1,32	1,50**
Urenbeperking	1,20*	1,65**	0,59**
Geen Traject	Referentie	2,23	Referentie
IRO traject	0,64	1,83	0,95
Regulier traject	2,23	0,35	1,02
Overig traject	0,48	1,01	0,67
Tijd tot start traject	1,00**	0,96**	1,00**

	Naar IVA	Naar WGA 35-80	Naar 35 min
Tijd tot start traject kwadraat (1/10.000)	1,02**	2,23**	0,95**
IRO traject x opl.2	1,67	1,49	1,71**
IRO traject x opl.3	1,51	0,81	0,98
Regulier traject x opl.2	0,41	0,85	1,28
Regulier traject x opl.3	0,49	0,41	0,77
Overig traject x opl.2	0,50	0,89	0,83
Overig traject x opl.3	0,82	1,50	1,11
IRO traject x leeft.2	1,47	1,26	1,91**
IRO traject x leeft.3	0,37	1,70	3,90**
Regulier traject x leeft.2	0,57	1,22	1,92**
Regulier traject x leeft.3	0,73	6,19	2,03*
Overig traject x leeft.2	2,24	2,91	1,48
Overig traject x leeft.3	1,57	0,89	1,23
IRO traject x dienstvb	0,32	0,09**	0,35**
Regulier traject x dienstvb	0,83	0,34	0,55**
Overig traject x dienstvb	2,85	0,22	0,64
IRO traject x vangnetter	1,62	0,54	0,70
Regulier traject x vangnetter	1,48	1,87	1,07
Overig traject x vangnetter	0,96	1,13	0,81
Theta (niet-waargenomen heterogeniteit)	12,60**	24,22***	2,43***
Aantal waarnemingen	45.167	31.629	45.167

**= significant met 99% betrouwbaarheid; *= significant met 95% betrouwbaarheid

Bijlage Tabel 5.21 Kans op transitie binnen 5 jaar naar WGA 35-80 of naar 35-min voor verschillende combinaties van kenmerken (incl. nwh)

<i>Transitie naar:</i>	35/80	35 -min
Referentie (zie boven)	0,11%	4,51%
Leeftijd <35	0,80%	6,54%
Leeftijd >=50	0,10%	1,75%
Opleiding midden	0,20%	5,50%
Opleiding hoog	0,30%	6,71%
Man	0,04%	5,32%
Uitzendkracht	0,09%	7,31%
Eindediensverbander	0,06%	4,40%
WW'er	0,04%	4,77%
FML <8	0,43%	13,04%
GBM persoonlijk/sociaal functioneren	0,11%	0,52%
GBM ziekenhuisopname	0,11%	1,06%
Dienstverband	1,06%	26,20%
Traject IRO	1,51%	7,52%
Traject Regulier	1,25%	14,77%
Traject Overig	0,65%	7,56%
Traject IRO + leeftijd<35	1,12%	10,83%
Traject Regulier + leeftijd<35	0,76%	11,47%
Traject Overig + leeftijd<35	0,21%	7,50%
Traject IRO + leeftijd>=50	2,84%	11,02%
Traject Regulier + leeftijd>=50	6,91%	6,26%
Traject Overig + leeftijd>=50	0,53%	2,46%
Traject IRO + opleiding midden	5,88%	26,98%
Traject Regulier + opleiding midden	3,90%	22,14%
Traject Overig + opleiding midden	1,45%	7,69%
Traject IRO + opleiding hoog	4,41%	19,86%
Traject Regulier + opleiding hoog	2,91%	16,84%
Traject Overig + opleiding hoog	3,46%	12,33%
Traject IRO + dienstverband	1,39%	29,13%
Traject Regulier + dienstverband	4,21%	43,83%
Traject Overig + dienstverband	1,43%	28,12%
Traject IRO + UZK	0,64%	15,74%
Traject Regulier + UZK	1,84%	16,70%
Traject Overig + UZK	0,58%	9,94%
Traject IRO + EDV	0,42%	9,66%
Traject Regulier + EDV	1,21%	10,27%
Traject Overig + EDV	0,38%	6,02%
Traject IRO + WW	0,29%	10,44%
Traject Regulier + WW	0,84%	11,10%
Traject Overig + WW	0,26%	6,52%

6 RETOURSTROOM

6.1 Inleiding

Uit onderzoek van UWV⁴¹ blijkt dat het aantal hernieuwde WIA-aanvragen, absoluut en als percentage van het totaal aantal WIA-aanvragen, tussen 2006 en 2009 fors steeg. Die toename draagt bij aan een toename van de instroom in de WIA omdat ze de totale instroom vergroten en omdat hernieuwde aanvragen minder vaak worden afgewezen dan eerste beslissingen.

In de volgende gevallen kan men een hernieuwde aanvraag indienen zonder het doorlopen van de wachttijd van twee jaar na afwijzing van een eerdere beschikking:

- verergering van oorspronkelijke klachten binnen een termijn van vijf jaar na de eerste claimbeoordeling;
- ontstaan van nieuwe medische problematiek binnen vier weken na de eerste claimbeoordeling;
- afwijzing van verkorte wachttijd IVA, waarna aan het einde van de wachttijd een nieuwe aanvraag plaatsvindt. Deze mogelijkheid om IVA versneld aan te vragen bestaat alleen voor reguliere werknemers, niet voor vangnetters.

In dit hoofdstuk gaan we na in hoeverre de kenmerken van degenen die een hernieuwde aanvraag doen afwijken van degenen die een eerste aanvraag doen. In het bijzonder willen we onderzoeken of de hogere toekenningskans van degenen die een hernieuwde aanvraag doen het gevolg is van verergering van de klachten en daarmee conform de criteria zijn.

Om dit te kunnen onderzoeken heeft UWV een databestand van alle claimbeoordelingen tussen 1 januari 2006 en 1 juli 2011 samengesteld. Daarin kan onderscheid gemaakt worden tussen eerste en hernieuwde aanvragen. In paragraaf 5.2 gaan we in op de verschillen tussen eerste en hernieuwde aanvragen. We schenken daarbij zo uitvoerig mogelijk aandacht aan gezondheidskenmerken. Paragraaf 5.3 laat de verschillen tussen vaste werknemers en vangnetters zien. In paragraaf 5.4 vatten we de uitkomsten van de analyse samen.

⁴¹ UWV Kennismemo's 10/6 en 10/7.

6.2 Verschillen tussen eerste en hernieuwde aanvragen

6.2.1 Ontwikkeling

Tabel 6.1 toont het aantal WIA aanvragen uitgesplitst naar eerste en hernieuwde aanvragen in de periode 2006-2011. Het aantal hernieuwde aanvragen neemt in de periode 2006-2011 sneller toe dan het aantal eerste aanvragen, omdat de groep die in aanmerking komt voor een hernieuwde aanvraag elk jaar groter wordt. Dit is het natuurlijke gevolg van ingroei van een nieuwe regeling. Dit ingroei-effect duurt vijf jaar: iemand wiens aanvraag is afgewezen kan immers tot vijf jaar na de afwijzing een hernieuwde aanvraag indienen wanneer er sprake is van een verergering van de oorspronkelijke klachten.

In 2006 bedroeg het aantal hernieuwde aanvragen 1,3% van het totaal aantal aanvragen. Dit percentage groeit van 2006 op 2007 het sterkst (toename van 185%). Zowel voor de eerste als de hernieuwde aanvragen geldt dat het aantal aanvragen in 2010 een stuk hoger ligt dan in de periode hiervoor.

Tabel 6.1 *Aanvragen WIA uitkering gesplitst in eerste en hernieuwde aanvragen, 2006 t/m 2011*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Totaal aanvragen	35.156	37.124	39.691	40.740	54.244	28.355
Eerste aanvragen	34.704	35.740	37.262	37.587	49.191	25.386
% van totaal	98,7	96,3	93,9	92,3	90,7	89,5
Hernieuwde aanvragen	452	1.384	2.429	3.153	5.053	2.969
% van totaal	1,3	3,7	6,1	7,7	9,3	10,5

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

Bron: UWV, bewerking Ape

Tabel 6.2 geeft van de eerste en hernieuwde aanvragen weer hoe de onderverdeling naar type aanvraag is. Bij een eerste aanvraag gaat het om personen die de gehele wachttijd hebben doorlopen en om werknemers die een aanvraag voor een verkorte wachttijd voor de IVA doen. Het aandeel aanvragen voor een verkorte wachttijd van de IVA is zeer gering en, op het aanloopjaar 2006 na, vrij stabiel tussen de 1,5% tot 1,7%.

Bij de hernieuwde aanvragen gaat het om aanvragers die bij de eerste aanvraag als 35-minner zijn beoordeeld, om aanvragen die om overige redenen zijn afgewezen en om afgewezen aanvragen voor de verkorte

wachttijd voor de IVA. De afgewezen aanvragen om overige redenen betreffen voor een deel personen die geschikt zijn bevonden voor eigen werk of hersteld zijn voor einde wachttijd. Voor een belangrijk deel bevat deze categorie echter ook de 35-minners.⁴²

Tabel 6.2 Aanvragen WIA uitkering gesplitst naar uitkomstgroep, 2006 t/m 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Uitkomst eerste aanvraag:	34.704	35.740	37.262	37.587	49.191	25.386
Afwijzing 35-min (%)	40,7	39,0	36,9	34,2	35,2	37,2
Afwijzing overig of onbekend (%)	7,8	4,8	4,9	5,9	6,1	4,3
Toekenning WIA (%)	50,7	54,8	56,5	59,4	57,3	56,8
Afwijzing IVA-verkort (%)	0,9	1,5	1,6	1,7	1,4	1,7
Hernieuwde aanvragen van:	452	1.384	2.429	3.153	5.053	2.969
35-minners (%)	55,1	65,0	67,6	73,2	68,5	67,6
overig (%)	25,9	15,8	14,0	12,7	19,7	21,4
IVA verkort (%)	19,0	19,2	18,4	14,1	11,9	11,0

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni
Bron: UWV, bewerking Ape

Het merendeel (ca. 68%) van de hernieuwde aanvragen zijn aanvragen van 35-minners waarvan de klachten zijn verergerd of die nieuwe klachten hebben gekregen. Gezien het beperkte aandeel van overige redenen als afwijzingsgrond is het percentage dat hernieuwd een aanvraag doet vrij groot (en toenemend vanaf 2007). Het aandeel hernieuwde aanvragen van werknemers waarvan de aanvraag voor de verkorte wachttijd voor de IVA is afgewezen is afgenomen van 19% in 2006 naar 11% in 2011. Dit is een relatieve afname: het aandeel neemt af omdat de andere groepen in omvang (meer) toenemen. De aantallen zelf zijn stabiel.

In de hiernavolgende analyses nemen we alleen eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen van de groep 35-minners en van de groep met een afwijzing om overige redenen mee. Daarbij laten we de groep IVA verkort buiten beschouwing omdat dit een kleine, en sterk afwijkende groep werknemers betreft.

⁴² Bij niet iedere afwijzing wordt de afwijzingsredenen ingevuld).

6.2.2 Toekenningen

Tabel 6.3 geeft een overzicht van de ontwikkeling van toekenningen van eerste en hernieuwde aanvragen. Het percentage toegekende *hernieuwde* aanvragen ligt weliswaar hoger dan dat van de *eerste* aanvragen, maar beide toekenningspercentages groeien naar elkaar toe. Het verschil neemt af van 14 procentpunt in 2006 naar 4,5 procentpunt in 2011. Opvallend is dat het toekenningspercentage in 2010 en 2011 bij de hernieuwde aanvragen lager ligt dan in de jaren hiervoor.

Tabel 6.3 *Aanvragen gesplitst in toekenningen en afwijzingen voor eerste en hernieuwde aanvragen, 2006 t/m 2011*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen totaal	34.704	35.740	37.262	37.587	49.191	25.386
Toekenningen (%)	50,7	54,7	56,6	58,2	57,3	56,7
Hernieuwde aanvragen totaal	366	1.118	1.982	2.708	4.453	2.642
Toekenningen (%)	65,0	67,0	67,4	69,2	62,4	61,2

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni, het toekenningspercentage bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt elk jaar significant van elkaar (P-waarde 0,00), Bron: UWV, bewerking Ape

Demografische kenmerken

Tabel 6.4 *Toekenningen naar opleidingsniveau voor eerste en hernieuwde aanvragen, 2006 t/m 2011*

<i>Toekenning:</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Bij eerste aanvraag	17.586	19.548	21.079	21.875	28.169	14.405
Ontbrekende waarden	6.175	7.023	7.585	7.652	9.738	4.954
Ongeschoold (%)	30,7	31,3	29,6	28,8	28,9	27,8
Laag (%)	42,8	42,0	43,3	44,7	43,4	44,0
Midden (%)	14,5	14,0	14,6	13,7	14,1	15,2
Hoog (%)	12,1	12,7	12,5	12,8	13,6	13,0
Bij hernieuwde aanvraag	238	749	1.335	1.875	2.777	1.616
Ontbrekende waarden	99	287	520	647	944	528
Ongeschoold (%)	36,7	31,6	29,2	29,8	29,4	28,1
Laag (%)	36,7	47,6	49,3	52,5	49,2	51,3
Midden (%)	13,7	12,8	14,1	10,8	13,1	12,7
Hoog (%)	13,0	8,0	7,4	6,9	8,4	7,9

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni. Ongeschoold is geen basisopleiding, laag is maximaal vmbo of basis mbo, midden is mbo of havo/vwo en hoog is HBO of WO. Bron: UWV, bewerking Ape

Naar leeftijd en geslacht verschillen personen van wie de hernieuwde aanvraag is toegekend nauwelijks van degenen bij eerste aanvraag een toekenning hebben gekregen. Vrouwen zijn (in 2011) bij beide groepen iets in de meerderheid, en de gemiddelde leeftijd ligt op ruim 46 jaar.

Wat betreft opleidingsniveau zien we wel verschillen. Tabel 6.4 geeft de toekenningen naar opleidingsniveau weer, voor zover de opleiding bekend is. Bij de retourstroom is de opleiding veel vaker bekend dan bij de directe toekenningen. Het opleidingsniveau van degenen die bij hernieuwde aanvraag een toekenning krijgen ligt lager dan bij eerste aanvraag. Het aandeel van de twee laagste onderwijsniveaus (zonder startkwalificatie) is 72% bij de directe toekenningen en 80% bij de hernieuwde toekenningen. Dit verschil is statistisch significant. Een mogelijke verklaring is dat laag opgeleiden bij dezelfde FML-beperkingen, een grotere kans op afwijzing hebben dan hoog opgeleiden. Dit betekent dat 35-minners met een laag opleidingsniveau gemiddeld genomen meer beperkingen hebben dan degenen met een hoog opleidingsniveau, wat weer een grotere kans op verdere verslechtering met zich meebrengt. Verderop in dit hoofdstuk onderzoeken we of we dit vermoeden met cijfers kunnen onderbouwen.

WIA categorie

Zoals tabel 6.5. toont, is bij hernieuwde aanvragen de uitslag van de claimbeoordeling significant vaker WGA 80-100 dan bij eerste aanvragen (64% versus 51% in 2011) en minder vaak IVA (23% versus 15% in 2011).

Tabel 6.5 Toekenningen naar WIA-categorie voor eerste en hernieuwde aanvragen, 2006 t/m 2011

<i>Toekenning:</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Bij eerste aanvraag	17.586	19.548	21.079	21.875	28.169	14.405
WGA 35-80 (%)	17,1	19,7	20,6	21,1	24,2	25,8
WGA 80-100 (%)	61,8	59,0	57,7	55,5	51,4	51,2
IVA (%)	21,1	21,3	21,8	23,4	24,4	23,0
Bij hernieuwde aanvraag	238	749	1.335	1.875	2.777	1.616
WGA 35-80 (%)	13,0	13,4	14,3	15,4	18,1	21,2
WGA 80-100 (%)	81,5	78,1	75,5	71,6	66,4	63,7
IVA (%)	5,5	8,5	10,2	13,1	15,5	15,0

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni.

De verdeling over de WIA-klassen bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt significant van elkaar (P-waarde 0,00). In 2006 is dit het geval bij de WGA 35-80 met P-waarde 0,05.

Bron: UWV, bewerking Ape

6.2.3 Hoofddiagnose en comorbiditeit

De retourstroom heeft vaker klachten aan het bewegingsapparaat, en minder vaak hart- en vaatziekten of kanker. Ook is bij hernieuwde aanvragers meer sprake van comorbiditeit. In 2011 is er bij hernieuwde aanvragen in 62% van de gevallen sprake van comorbiditeit, terwijl dit aandeel bij de eerste aanvragen op 55% ligt. Dit verschil is in de loop van de jaren toegenomen.

Tabel 6.6 *Diagnose* en comorbiditeit van de groep van wie de eerste aanvraag is afgewezen en de hernieuwde aanvraag is toegekend 2006 t/m 2011*

	2006-2011 ^a
Eerste, afgewezen aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden	1.802
Hart- en vaatziekten of kanker (%)	15,6
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	2,4
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	24,9
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	25,1
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	13,1
Ontbrekende waarden	2.243
Comorbiditeit (%)	46,7
Toegekende, hernieuwde aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden (%)	11
Hart- en vaatziekten of kanker (%)	19,2
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	4,0
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	27,6
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	25,3
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	11,1
Ontbrekende waarden	65
Comorbiditeit (%)	58,5

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

*De diagnosegroepen onbekend en overig worden niet in de tabel getoond

De verdeling over de diagnosegroepen bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt significant van elkaar (P-waarde 0,00). Het verschil in diagnosegroep bewegingsapparaat is significant met een P-waarde van 0,01.

Bron: UWV, bewerking Ape

In Tabel 6.6 worden alle personen wier eerste aanvraag is afgewezen en die met succes een hernieuwde aanvraag hebben gedaan over de jaren heen samengenomen. Aldus krijgen we een direct inzicht in de verandering van de diagnoseverdeling en de comorbiditeit tussen de eerste, afgewezen aanvraag en de toekenning bij hernieuwde aanvraag. We kunnen daarmee de vraag beantwoorden in hoeverre hernieuwde aanvragen ge-

daan worden door cliënten bij wie de diagnose veranderd is of bij wie vaker sprake is van samenloop van verschillende diagnoses (comorbiditeit).

De diagnoseverdeling verandert (significant) in de richting van "harde" diagnoses (hart- en vaatziekten en kanker) en van een grotere proportie psychische ziekten. Bij deze laatste diagnoses gaat het vooral om mensen met een minder makkelijk objectiveerbare diagnose. Dit geldt zowel bij de aanvankelijke afwijzing als bij de latere toekenning. Daarnaast ontstaat tussen de eerste, afgewezen aanvraag en de latere toekenning meer comorbiditeit. Dat is niet verwonderlijk want een van de redenen dat UWV een nieuwe aanvraag met verkorte wachttijd in behandeling neemt, is het ontstaan van nieuwe klachten.

Tabel 6.7 Duur tussen eerste en hernieuwde aanvraag van personen wier hernieuwde aanvraag is toegekend, naar diagnose en comorbiditeit, 2006 t/m 2011*

	2006-2011 ^a			
	<6 mnd.	6 mnd. - 1 jr.	1 jr. - 2 jr.	> 2 jr.
Toegekende hernieuwde aanvragen	1.943	1.716	1.647	2.821
Hart- en vaatziekten of kanker (%)	20,5	20,2	18,8	17,8
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	3,9	4,7	3,3	4,0
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	26,3	27,3	26,3	29,5
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	25,1	24,3	26,8	25,1
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	11,2	10,9	11,7	10,8
Comorbiditeit (%)	53,0	53,6	57,6	65,7

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

* De diagnosegroepen onbekend en overig worden niet in de tabel getoond

Bron: UWV, bewerking Ape

Voor hetzelfde cohort bekijken we in Tabel 6.7 de duur tussen de afgewezen eerste en de toegewezen hernieuwde aanvraag. Lange duren (> 2 jaar) komen het meest voor (35%). Daarna volgen korte duren (< 6 maanden) met 24%⁴³. Hoe langer de hernieuwde aanvraag wordt uitgesteld, hoe meer comorbiditeit en hoe minder "gemakkelijk objectiveerbare" ziekten: de proportie hart- en vaatziekten en kanker neemt af en het aandeel moeilijk objectiveerbare psychische ziekten neemt iets toe.

⁴³ Korte duren zijn oververtegenwoordigd omdat onze gegevens 1 juli 2011 lopen. Als bijvoorbeeld na een afgewezen aanvraag in 2011 een hernieuwde aanvraag geobserveerd is kan er maximaal een periode van een half jaar verstreken zijn. De hernieuwde aanvragen die nog later volgen worden niet geobserveerd.

6.2.4 Beperkingen

Ook wat betreft de typen beperkingen zien we verschillen tussen eerste en hernieuwde toekenningen (tabel 6.8). Degenen die een hernieuwde aanvraag krijgen toegekend hebben vaker fysieke beperkingen dan degenen die direct een uitkering toegekend krijgen. Wel neemt het aandeel fysieke beperkingen bij de toegekende hernieuwde aanvragen in de loop van de tijd af, waardoor het verschil met directe toekenningen kleiner wordt. De afname van het aandeel fysieke beperkingen bij de hernieuwde aanvragen hangt samen met een toename van combinaties van fysieke en psychische beperkingen. Bij directe toekenningen zien we deze toename niet; in deze groep zijn er relatief meer psychische beperkingen.

Tabel 6.8 Toekenningen naar type beperking, gemiddelde FML-score en proportie GBM voor eerste en hernieuwde aanvragen, 2006 t/m 2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen	17.586	19.548	21.079	21.875	28.169	14.405
Ontbrekende waarden	4.254	4.739	5.167	5.460	7.163	3.718
Psychisch (%)	19,6	18,9	18,3	18,1	16,9	17,9
Fysiek (%)	35,2	34,6	34,6	35,5	36,9	36,4
Combinatie (%)	42,3	43,4	44,1	43,7	43,2	43,0
Gemiddelde FML score	18,4	18,7	18,7	18,8	18,4	18,2
Proportie GBM	23,1	22,9	22,5	22,6	23,1	23,0
Hernieuwde aanvragen	238	749	1.335	1.875	2.777	1.616
Ontbrekende waarden	59	196	350	451	660	382
Psychisch (%)	18,3	16,3	14,4	13,9	13,4	12,0
Fysiek (%)	51,5	44,9	44,2	41,8	44,3	40,8
Combinatie (%)	26,0	34,0	38,5	41,4	39,5	43,9
Gemiddelde FML score	15,1	16,4	17,4	18,4	17,9	18,3
Proportie GBM	28,1	25,6	25,9	23,5	23,1	23,1

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

De verschillen naar type beperking tussen toekenningen van eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschillen in 2007 en 2008 significant van elkaar met een P-waarde van tussen de 0,00 en 0,04, met uitzondering van de gemiddelde FML-score. De verschillen in 2009 en 2010 zijn significant met een P-waarde tussen de 0,00 en 0,03, behalve voor de gemiddelde FML-score en de proportie GBM. In 2011 verschillen alleen het aandeel met fysieke klachten en het aandeel met psychische klachten significant met een P-waarde van 0,00.

Bron: UWV, bewerking Ape

Een andere indicator voor beperkingen is de gemiddelde FML-score. Dit is het gemiddelde aantal beperkingen dat door een VA in de functionele mogelijkhedenlijst wordt vastgelegd. Deze score is bij degenen waarvan de

hernieuwde aanvraag is toegekend tot 2011 lager dan bij de directe toekenningen.

Als laatste indicator is in Tabel 6.8 de variabele " geen benutbare mogelijkheden" (GBM) opgenomen. Dit is een krachtige maat voor de ernst van de klachten op het moment van beoordeling van de aanvraag. Directe toekenningen kenmerken zich door een stabiel percentage van 23% GBM. Bij hernieuwde toekenningen neemt dit percentage af van 28% in 2006 naar 23% in de jaren 2009-2011. Naarmate het aantal hernieuwde aanvragen toeneemt blijkt het verschil in proportie GBM te verdwijnen.

Tabel 6.9 Type beperking, gemiddelde FML-score en proportie GBM van de groep van wie de eerste aanvraag is afgewezen en de hernieuwde aanvraag is toegekend, 2006 t/m 2011

	2006-2011 ^a
Eerste aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden	2.366
Psychisch (%)	13,7
Fysiek (%)	54,9
Combinatie (%)	22,7
Gemiddelde FML score	12,4
Ontbrekende waarden	2.240
Proportie GBM ⁴⁴	2,1
Hernieuwde aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden	2.006
Psychisch (%)	14,1
Fysiek (%)	43,3
Combinatie (%)	39,4
Gemiddelde FML score	17,7
Ontbrekende waarden	62
Proportie GBM	24,1

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

De verdeling over de diagnosegroepen bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt significant van elkaar (P-waarde 0,00), behalve de diagnosegroep psychisch.

Bron: UWV, bewerking Ape

In Tabel 6.9 wordt opnieuw het cohort gevolgd van in eerste instantie afgewezen en bij hernieuwde aanvraag toegekende aanvragen om na te

⁴⁴ In principe komt het niet voor dat een aanvraag wordt afgewezen wanneer er sprake is van GBM. Het percentage dat hier gerapporteerd staat wordt waarschijnlijk veroorzaakt door een registratiefout.

gaan of de toekenning van hernieuwde aanvragen samengaat met een andere verdeling van typen beperkingen en andere gemiddelde FML score en een andere proportie GBM. Toekenning van hernieuwde aanvragen blijkt ten opzichte van de aanvankelijke afwijzing samen te gaan met:

- een afname van fysieke beperkingen;
- een toename van combinaties van fysieke en psychische beperkingen;
- een toename van het aantal verschillende beperkingen (een hogere gemiddelde FML score);
- een aanzienlijke toename van de proportie GBM.

Onder degenen wier hernieuwde aanvraag wordt toegekend is de proportie GBM van dezelfde orde van grootte als onder de directe toekenningen, namelijk 24%. Deze uitkomst, in combinatie met een duidelijke toename van de FML-score tot het gemiddelde niveau van de directe toekenningen, betekent dat bij toekenning van hernieuwde aanvragen sprake is van verergering van de klachten.

Onderwijsniveau

Tabel 6.10 Gemiddelde FML-score naar opleidingsniveau van de groep van wie de eerste aanvraag is afgewezen en de hernieuwde aanvraag is toegekend, 2006 t/m 2011

	Gemiddelde FML-score 2006-2011 ^a
Eerste aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden	2.366
Opleidingsniveau	
Ongeschoold	13,2
Laag	12,7
Midden	11,2
Hoog	10,4
Hernieuwde aanvragen	8.138
Ontbrekende waarden	2.006
Opleidingsniveau	
Ongeschoold	19,3 (+6,1)
Laag	17,9 (+5,2)
Midden	16,2 (+5,0)
Hoog	14,5 (+4,1)

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

De verdeling over de diagnosegroepen bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt significant van elkaar (P-waarde 0,00).

Bron: UWV, bewerking Ape

In Tabel 6.10 is de gemiddelde FML-score naar opleidingsniveau getoond voor dezelfde groep als in Tabel 6.9. Het vermoeden dat de FML-score van

lager opgeleide personen hoger is blijkt juist te zijn: zowel bij de aanvankelijk afgewezen aanvraag als bij de latere toegekende aanvraag is het gemiddelde aantal beperkingen hoger naarmate het onderwijsniveau lager is. Bovendien is te zien dat de FML-score van laag opgeleide personen die een afwijzing krijgen bij de eerste aanvraag meer toeneemt dan de FML-score van hoger opgeleide personen die in eerste instantie een afwijzing krijgen.

In Tabel 6.11 worden, net als in Tabel 6.7, de aspecten van beperkingen afgezet tegen de duur tussen eerste en hernieuwde aanvraag. Naarmate de duur tussen eerste en hernieuwde aanvraag langer is:

- neemt het aandeel fysieke beperkingen af;
- neemt het aandeel psychische beperking af;
- neemt het aandeel combinatie van fysieke en psychische beperkingen toe;
- stijgt de gemiddelde FML-score;
- neemt de proportie GBM af.

Tabel 6.11 Duur tussen eerste en hernieuwde aanvraag van personen wier hernieuwde aanvraag is toegekend, naar type beperkingen, gemiddelde FML-score en proportie GBM, 2006 t/m 2011

	2006-2011 ^a			
	<6 mnd.	6 mnd. - 1 jr.	1 jr. - 2 jr.	> 2 jr.
1 ^e hernieuwde aanvragen	1.951	1.719	1.647	2.821
Ontbrekende waarden	560	466	365	615
Psychisch (%)	16,4	14,4	14,1	12,4
Fysiek (%)	48,2	42,9	44,7	39,7
Combinatie (%)	30,9	38,6	38,4	45,8
Gemiddelde FML score	15,7	17,3	17,6	19,3
Ontbrekende waarden	36	13	10	3
GDBM	27,4	26,6	21,7	21,7

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

De verandering in de percentages per type beperking voor de groep die een hernieuwde aanvraag doet 1 tot 2 jaar na de oorspronkelijke afwijzing ten opzichte van de groep die een hernieuwde aanvraag doet 0,5 tot 1 jaar na de oorspronkelijke afwijzing is niet significant, behalve voor het percentage met GBM (P-waarde 0,00). Voor de percentages naar type beperking binnen de groep die een hernieuwde aanvraag doet na 2 jaar na de oorspronkelijke aanvraag ten opzichte van de groep die de aanvraag doet 1 tot 2 jaar na de oorspronkelijke aanvraag zijn de veranderingen over de hele linie significant met een P-waarde tussen de 0,00 en 0,08, behalve bij het percentage met GBM.

Bron: UWV, bewerking Ape

6.3 Verschil tussen vaste werknemers en vangnetters

6.3.1 Toekenningen

In deze paragraaf gaan we na of er verschillen zijn tussen vangnetters en vaste werknemers wat betreft eerste en hernieuwde aanvragen. Dit onderscheid is voor de jaren 2008 tot en met 2011 te maken.⁴⁵ Tabel 6.12 laat zien dat het aandeel vangnetters bij de eerste aanvraag is gegroeid van van 45% in 2008 naar 50% in 2011. Onder de hernieuwde aanvragen groeit het aandeel vangnetters niet.

Tabel 6.12 *Eerste en hernieuwde aanvragen WIA uitkering gesplitst naar werknemer en vangnetter, 2008 t/m 2011*

	2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen	37.262	37.587	49.191	25.386
Werknemers (%)	54,9	55,5	52,4	49,6
Vangnetters (%)	45,1	44,5	47,7	50,4
Hernieuwde aanvragen	2.429	3.153	5.053	2.969
Werknemers (%)	56,8	48,2	51,0	52,2
Vangnetters (%)	43,2	51,8	49,0	47,8

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni
Bron: UWV, bewerking Ape

Het toekenningspercentage ligt bij de eerste aanvraag bij werknemers hoger dan gemiddeld, namelijk rond de 58%. Bij vangnetters ligt dit percentage in 2 tot 4 procentpunten lager. Dit laat Tabel 6.13 zien.

⁴⁵ Vanaf 1 april 2007 wordt in het door UWV geleverde bestand onderscheid gemaakt naar herkomstgroep. We laten het 'gebroken' jaar 2007 hier buiten beschouwing.

Tabel 6.13 Toekenningspercentage bij eerste en hernieuwde aanvragers voor vangnetters en werknemers, 2008 t/m 2011

	2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen				
- werknemers	57,8	58,9	58,3	58,8
- vangnetters	55,1	57,3	56,1	54,7
Hernieuwde aanvragen				
- werknemers	67,9	69,9	61,6	62,1
- vangnetters	66,8	68,8	63,0	60,3

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

Het toekenningspercentage bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt elk jaar, zowel bij de werknemers als bij de vangnetters, significant van elkaar (P-waarde 0,00).

Bron: UWV, bewerking Ape

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, ligt het toekenningspercentage bij hernieuwde aanvragen hoger dan bij de eerste aanvraag. Het verschil in toekenningspercentage tussen vaste werknemers en vangnetters is hier echter kleiner of zelfs omgekeerd (in 2010).

6.3.2 WIA categorie

Vangnetters worden bij een eerste aanvraag vaker toegelaten tot de WGA 80-100 en minder vaak tot de IVA. Bij hernieuwde aanvragen zien we dat ongeveer driekwart van de vangnetters in de WGA 80-100 wordt ingedeeld, terwijl dit aandeel bij reguliere werknemers rond de 60% ligt. Het aandeel vangnetters in de IVA en de WGA 35-80 is bij hernieuwde aanvragen dan ook een stuk lager dan bij reguliere werknemers.

Tabel 6.14 Toekenningen naar WIA-categorie voor eerste en hernieuwde aanvragen, werknemers en vangnetters, 2008 t/m 2011

		2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen		21.079	21.875	28.169	14.405
WGA 35-80 (%)	werknemers	22,3	23,0	25,5	26,9
	vangnetters	18,3	18,7	22,7	24,7
WGA 80-100 (%)	werknemers	51,4	48,7	44,3	43,1
	vangnetters	65,7	64,1	59,6	59,8
IVA (%)	werknemers	26,3	28,3	30,2	30,0
	vangnetters	16,0	17,2	17,7	15,5
<hr/>					
Hernieuwde aanvragen		1.335	1.875	2.777	1.616
WGA 35-80 (%)	werknemers	17,5	16,5	21,8	25,9
	vangnetters	11,2	14,6	15,1	16,9
WGA 80-100 (%)	werknemers	70,1	66,9	60,3	53,5
	vangnetters	80,7	74,9	71,5	73,3
IVA (%)	werknemers	12,4	16,6	17,9	20,6
	vangnetters	8,1	10,6	13,4	9,8

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni.
Bron: UWV, bewerking Ape

6.3.3 Hoofddiagnose en comorbiditeit

Bij de eerste claimaanvraag hebben vangnetters het vaakst psychisch minder gemakkelijk objectiveerbare ziekten als hoofddiagnose (37%). Bij werknemers zijn hart- en vaatziekten en kanker de meest voorkomende diagnoses (35%). De ziekten van het bewegingsapparaat komen bij beide groepen even vaak voor (25%) en de proportie moeilijk objectiveerbaar is binnen die diagnosegroep ook overeenkomstig (circa 7 procentpunt).

Bij hernieuwde aanvragen zijn de relatieve verschillen in diagnosegroep tussen vangnetters en vaste werknemers soortgelijk maar kleiner dan bij de eerste aanvraag. Bij beide groepen zijn ziekten van het bewegingsapparaat (vangnetters 39% en werknemers 35%) de meest voorkomende diagnose. Dit betekent dat bij de retourstroom ziekten van het bewegingsapparaat, met name de minder gemakkelijk objectiveerbare klachten, een aanzienlijk groter aandeel hebben dan bij directe toekenningen.

Bij zowel eerste als hernieuwde aanvragen is bij vangnetters vaker sprake van comorbiditeit. Het verschil tussen vangnetters en vaste werknemers is bij eerste aanvragen echter een stuk kleiner dan bij hernieuwde aanvra-

gen. Bij eerste aanvragen is het verschil 7 à 8 procentpunt; bij hernieuwde aanvragen is het rond de 13 procentpunt.

Tabel 6.15 Toekenningen naar diagnosehoofdgroep en comorbiditeit voor eerste en hernieuwde aanvragen, werknemers en vangnetters, 2008 t/m 2011*

		2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen		21.079	21.875	28.169	14.405
Hart- en vaatziekten en kanker(%)	werknemers	36,0	34,8	34,7	35,1
	vangnetters	20,4	19,1	18,7	17,7
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	4,6	4,6	4,3	4,5
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	5,4	5,8	5,7	6,4
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	21,8	21,0	20,6	20,4
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	37,4	37,8	36,9	36,7
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	16,1	17,4	17,9	17,3
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	16,7	16,5	17,6	17,9
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	5,9	7,0	6,9	6,9
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	7,3	7,3	7,6	7,6
<hr/>					
Comorbiditeit (%)	werknemers	45,1	49,1	51,0	52,0
	vangnetters	53,7	57,5	57,6	58,7
<hr/>					
Hernieuwde aanvragen		1.335	1.875	2.777	1.616
Hart- en vaatziekten en kanker(%)	werknemers	22,9	25,8	26,4	24,9
	vangnetters	16,4	11,8	13,6	13,2
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	3,7	6,1	3,9	4,8
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	3,7	2,9	4,1	3,7
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	21,8	20,0	21,3	22,9
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	30,2	34,8	32,8	33,0
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	28,3	23,9	24,6	23,1
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	24,9	24,8	25,8	26,9
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	8,9	9,8	9,4	11,4
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	13,0	13,8	12,0	12,3
<hr/>					
Comorbiditeit (%)	werknemers	50,2	53,2	53,9	54,5
	vangnetters	58,8	66,4	67,7	68,9

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

* De diagnosegroepen onbekend en overig worden niet in de tabel getoond

Bron: UWV, bewerking Ape

Met Tabel 6.16 keren we weer terug naar het cohort dat bij hernieuwde aanvraag een uitkering krijgt toegewezen na een aanvankelijke afwijzing. Het gaat om een kleiner cohort omdat voor 2006 en 2007 geen onderscheid tussen vangnetters en vaste werknemers gemaakt kan worden. Zoals we al in Tabel 6.6 zagen neemt tussen de eerste en de hernieuwde aanvraag de comorbiditeit toe, evenals het aandeel 'harde diagnoses' en psychische ziekten. Het verschil in diagnoseverdeling en in comorbiditeit tussen vangnetters en vaste werknemers verandert nauwelijks.

Tabel 6.16 Diagnose en comorbiditeit van de groep van wie de eerste aanvraag is afgewezen en de hernieuwde aanvraag is toegekend, werknemers en vangnetters, 2008 t/m 2011*

		2006-2011 ^a
Eerste, afgewezen aanvragen		7.763
Ontbrekende waarden		1.562
Hart- en vaatziekten of kanker (%)	werknemers	20,7
	vangnetters	11,4
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	3,0
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	2,0
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	18,1
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	30,6
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	23,5
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	26,3
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	10,5
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	15,2
Ontbrekende waarden		2.002
Comorbiditeit (%)		
	werknemers	42,0
	vangnetters	50,2
Toegekende, hernieuwde aanvragen		7.763
Ontbrekende waarden (%)		10
Hart- en vaatziekten of kanker (%)	werknemers	25,4
	vangnetters	13,5
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	4,2
Psychisch - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	3,8
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	21,6
Psychisch - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	33,5
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	25,0
Bewegingsapparaat - relatief makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	25,3
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	werknemers	9,6
Bewegingsapparaat - minder makkelijk objectiveerbaar (%)	vangnetters	12,2
Ontbrekende waarden		60
Comorbiditeit (%)		
	werknemers	51,9
	vangnetters	65,4

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

*De diagnosegroepen onbekend en overig worden niet in de tabel getoond

De verdelingen over de diagnosegroepen bij eerste aanvragen en bij hernieuwde aanvragen verschillen significant van elkaar zowel bij de vangnetters als bij de werknemers (P-waarde 0,00), behalve bij de diagnosegroep bewegingsapparaat voor de werknemers. Bron: UWV, bewerking Ape

6.3.4 Beperkingen

Onder degenen die bij eerste aanvraag een toekenning krijgen, hebben vangnetters vaker dan vaste werknemers psychische beperkingen (22% tegen 14%, geen tabel). Bij vangnetters die pas bij een hernieuwde aanvraag een toekenning krijgen is het aandeel psychische beperkingen gedaald tot 14%. Vergelijken we het aandeel fysieke beperkingen tussen directe toekenningen en toekenningen bij hernieuwde aanvraag dan laten vooral werknemers een groter aandeel zien. Bij werknemers vindt dus een verschuiving van psychische naar fysieke beperkingen plaats. Bij vangnetters is de verschuiving van psychische beperkingen naar een combinatie van fysiek en psychisch.

Tabel 6.17 Toekenningen naar type beperking, gemiddelde FML-score en proportie GBM voor eerste en hernieuwde aanvragen, werknemers en vangnetters, 2008 t/m 2011

		2008	2009	2010	2011 ^a
Eerste aanvragen		21.079	21.875	28.169	14.405
Ontbrekende waarden		5.167	5.460	7.163	3.718
Psychisch (%)	werknemers	15,3	15,4	13,8	13,7
	vangnetters	21,9	21,6	20,4	22,2
Fysiek (%)	werknemers	36,9	38,3	39,1	38,7
	vangnetters	31,9	32,1	34,5	34,0
Combinatie (%)	werknemers	44,7	43,4	44,0	44,5
	vangnetters	43,4	44,0	42,4	41,6
Gemiddelde FML-score	werknemers	19,1	19,2	18,9	18,9
	vangnetters	18,2	18,3	17,9	17,5

Ontbrekende waarden		551	676	850	525
GBM (%)	werknemers	24,4	23,4	23,8	24,3
	vangnetters	20,1	21,5	22,3	21,7

Hernieuwde aanvragen		1.335	1.875	2.777	1.616
Ontbrekende waarden		350	451	660	382
Psychisch (%)	werknemers	14,1	13,9	12,3	11,0
	vangnetters	14,7	13,9	14,4	13,0
Fysiek (%)	werknemers	49,8	44,9	50,9	45,5
	vangnetters	38,8	39,7	38,8	36,4
Combinatie (%)	werknemers	32,4	36,9	33,3	38,4
	vangnetters	44,3	44,4	44,6	49,2
Gemiddelde FML-score	werknemers	16,7	17,3	16,8	17,7
	vangnetters	18,1	19,1	18,7	18,8

Ontbrekende waarden		6	13	24	11
GBM (%)	werknemers	26,3	24,8	23,5	22,0
	vangnetters	25,5	22,7	22,8	24,1

Beide toekenningspopulaties laten, zowel voor werknemers als voor vangnetters, een stabiele gemiddelde FML-score van 17-19 beperkingen en even stabiele proportie GBM (22-24%). Blijkbaar kenmerken WIA-toekenningspopulaties zich door deze gemiddelden.

Tabel 6.18 Type beperking, gemiddelde FML-score en proportie GBM van de groep van wie de eerste aanvraag is afgewezen en de hernieuwde aanvraag is toegekend, werknemers en vangnetters, 2008 t/m 2011

		2006-2011 ^a
Eerste aanvragen		7.763
Ontbrekende waarden		2.119
Psychisch (%)	werknemers	11,9
	vangnetters	15,0
Fysiek (%)	werknemers	57,1
	vangnetters	52,9
Combinatie (%)	werknemers	20,1
	vangnetters	24,8
Gemiddelde FML score	werknemers	12,2
	vangnetters	12,4
Ontbrekende waarden		2.000
Proportie GBM	werknemers	3,1
	vangnetters	1,3

Hernieuwde aanvragen		7.763
Ontbrekende waarden		1.902
Psychisch (%)	werknemers	13,1
	vangnetters	14,6
Fysiek (%)	werknemers	47,8
	vangnetters	38,7
Combinatie (%)	werknemers	34,8
	vangnetters	44,7
Gemiddelde FML score	werknemers	17,0
	vangnetters	18,6

Ontbrekende waarden		58
Proportie GBM	werknemers	24,1
	vangnetters	23,8

^a Aantallen 2011 zijn tot en met juni

De verdeling over de diagnosegroepen bij eerste aanvragen en hernieuwde aanvragen verschilt significant van elkaar (P-waardes tussen 0,00 en 0,01), behalve het percentage met psychische beperkingen bij de vangnetters.

Bron: UWV, bewerking Ape

Voor de volledigheid is in Tabel 6.18 opnieuw een cohortanalyse gedaan voor degenen die na aanvankelijke afwijzing bij hernieuwde aanvraag een uitkering krijgen toegekend. Wat betreft aspecten van beperkingen is het

beeld, behoudens de eerder vastgestelde verschillen tussen vangnetters en vaste werknemers, hetzelfde als bij de totale populatie (Tabel 6.11).

6.4 Samenvatting & conclusies

Samenvatting van uitkomsten

- Het aantal hernieuwde aanvragen neemt in de periode 2006-2011 snel toe van 1,3% van het totaal aantal aanvragen in 2006 naar 10,5% in (de eerste helft van) 2011. Dit heeft een logische verklaring: de groep die in aanmerking komt voor een hernieuwde aanvraag wordt, door cumulatie van verschillende jaargangen afgewezen aanvragen, elk jaar groter. Dit ingroei-effect duurt vijf jaar: iemand wiens aanvraag is afgewezen kan immers tot vijf jaar na de afwijzing een hernieuwde aanvraag indienen wanneer er sprake is van een verergering van de oorspronkelijke klachten.
- Het percentage toegekende hernieuwde aanvragen ligt weliswaar hoger dan dat van de eerste aanvragen, maar beide toekenningspercentages groeien naar elkaar toe. Het verschil neemt af van 14 procentpunt in 2006 naar 4,5 procentpunt in 2011.
- Het opleidingsniveau van degenen die bij hernieuwde aanvraag een toekenning krijgen ligt lager dan bij eerste aanvraag. Het aandeel van de twee laagste onderwijsniveaus (zonder startkwalificatie) is 72% bij de directe toekenningen en 80% bij de hernieuwde toekenningen. Dit verschil is statistisch significant.
- Nadere analyse leert dat er een negatief verband is tussen opleiding en gemiddeld aantal beperkingen (FML-score). Laag opgeleiden die worden afgewezen hebben meer beperkingen en daardoor een grotere kans op verslechtering van hun gezondheid. Dit biedt een verklaring voor de grotere proportie laag opgeleiden onder de retourstroom dan bij de eerste aanvragen.
- Bij toegekende hernieuwde aanvragen is de uitslag van de claimbeoordeling significant vaker WGA 80-100 dan bij eerste aanvragen (64% versus 51% in 2011). IVA komt juist minder voor: 23% van de directe toekenningen, en 15% van de hernieuwde aanvragen.
- De groep die na eerste afwijzing bij hernieuwde aanvraag een uitkering krijgt toegekend kenmerkt zich door een toename van 'harde' diagnoses (hart- en vaatziekten en kanker), van psychische ziekten en van comorbiditeit. Verder kenmerken deze toekenningen in tweede instantie zich door een gemiddelde FML-score en een proportie GBM die even groot zijn als die van degenen die bij eerste

aanvraag een toekenning krijgen. Met andere woorden: de ernst van de aandoening is toegenomen.

- Vangnetters en vaste werknemers dienen ongeveer even vaak een hernieuwde aanvraag in. Ook in toekenning van hernieuwde aanvragen zit geen duidelijk verschil. De bestaande verschillen tussen vangnetters en vaste werknemers (meer WGA 80-100, meer psychische ziekten en meer comorbiditeit) zijn bij hernieuwde aanvragen gelijksoortig. Er lijkt dus geen verschil te bestaan tussen vangnetters en werknemers in de aanleiding voor een hernieuwde aanvraag, noch in de uitkomst ervan.

Conclusies

Uit de voorgaande uitkomsten leiden we af dat de toekenningskans bij hernieuwde aanvragen hoger is dan bij eerste aanvragen omdat degenen die een hernieuwde aanvraag doen een selectievere groep is dan de veel grotere groep die een eerste WIA-aanvraag doet. De gebruikte belastbaarheidsindicatoren, zoals gemiddelde FML-score en proportie GBM, laten zien dat personen die tot de WIA zijn toegelaten op basis van hernieuwde aanvragen evenveel beperkingen hebben als degenen die bij de eerste aanvraag al toegekend wordt. De reden dat men een hernieuwde aanvraag doet, is dus simpelweg afname van de belastbaarheid door toename van het aantal beperkingen. Dit is geheel in lijn met de wettelijke criteria die gelden voor het doen van een hernieuwde aanvraag met verkorte wachttijd.

7 LITERATUUR

- B. Cuelenaere en T.J. Veerman, *Onderzoek evaluatie WIA*, Onderzoek in opdracht van het ministerie van SZW, Astri/Ecorys, 2011.
- C. van Deursen en J. van Loo, "Analyse stijging WIA-instroom I", *UWV Kennismemo 10/6*, UWV Kenniscentrum, 2010.
- C. van Deursen en J. van Loo, "Analyse stijging WIA-instroom II", *UWV Kennismemo 10/7*, UWV Kenniscentrum, 2010.
- E. Berendsen, "Overgangen binnen de WIA", *UWV Kennismemo 12/02*, UWV Kenniscentrum, 2012.
- T. Everhardt & Ph. de Jong "Return to work after long term sickness. The role of employer based interventions", *de Economist*, 2011, 159, pp.361-380
- Jan-Maarten van Sonsbeek and Raymond Gradus, "Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands", *Tinbergen Institute Discussion TI 2011-121/3*.
- Lisv, *Standaard Verminderde Arbeidsduur*, 2000.
- Memorie van Toelichting op de wet WIA, *Kamerstukken II 2004-2005, 30 034*.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Wijziging Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten, Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 20 maart 2007, Directie Sociale Verzekeringen, nr. SV/WV/07/9674
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten, Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 31 januari 2006, Directie Sociale Verzekeringen, nr. SV/AL/06/8794
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, *Besluit van 18 augustus 2004, nr. 04.002788 tot wijziging van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (...)*.
- Ph. de Jong, C. Schrijvershof en T. Everhardt, Toepassing van de wet verbetering poortwachter, APE-rapport 856, Den Haag, september 2011. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ph. de Jong, T. Veerman, C. van de Burg en C. Schrijvershof (2010), *Nederland is niet ziek meer, van WAO debakel naar WIA mirakel*, Onderzoek de Weg naar de WIA in opdracht Stichting Instituut GAK.

Ph. de Jong & V. Thio, "Donner versus Veldkamp", *Economisch Statistische Berichten*, 13 december 2002, pp. 904-906.

A.J.M. Schellart, H. Mulders, R. Steenbeek J.R. Anema, H. Kroneman en J. Besseling. "Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians". *BMC Public Health*, 2011, 11:864.

UWV Kwantitatieve Informatie, eerste 8 maanden 2011, versie 1.0.

UWV, beoordeling van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen, beoordelingskader voor verzekeringsartsen, September 2005.

UWV, Evaluatie WIA- onderdeel uitvoering UWV, interne notitie.

UWV, Statistische tijdsreeksen 2010.

8 BIJLAGE 1 GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

Naam	Functie en organisatie
Barend Barendse	Rechter, Centrale Raad van Beroep
Jan Boomgaard	Staf arbeidsdeskundige UWV
Marcel Borkent	Verzekeringsarts UWV
Francine Bicker	Arbeidsdeskundige UWV
Rene van Deynen	Strategisch beleidsmedewerker SBK
Yvon van Eeuwen	Re-integratieadviseur Aegon
Mariet Feenstra	Beleidsmedewerker VNO-NCW-MKB-Nederland
Gerjo van Genderen	Beleidsmedewerker Verbond van Verzekeraars
Luut Koopman	Regio Staf arbeidsdeskundige UWV
Herman Kroneman	Medisch adviseur UWV
Wim Otto	Verzekeringsarts en beleidsmedewerker UWV
Francine Pars	Arbeidsdeskundig adviseur UWV WERKbedrijf
Jenny Pigmans	Staf arbeidsdeskundige UWV
Ludo van Rossem	Regio Staf verzekeringsarts UWV
Stijn Gielen	Staf Verzekeringsarts UWV
Erik Swart	Directieadviseur SMZ UWV
Gerard Veldhuis	Beleidsmedewerker FNV
Erik Voerman	Beleidsontwikkeling UWV WERKbedrijf
Machiel de Vries	Staf verzekeringsarts UWV

9 BIJLAGE 2 DOSSIERONDERZOEK

Bestudeerde dossiers eerste claimbeoordeling

	WGA 80-100	IVA
Omvang steekproef	60	55
Aantal te bestuderen dossiers	40	35
Totaal bestudeerde dossiers	40	35

Bestudeerde dossiers eerste herbeoordeling

	WGA → IVA	WGA gelijk	WGA → lager
Omvang steekproef	35	35	35
Aantal te bestuderen dossiers	25	25	25
Totaal bestudeerde dossiers	25	25	20
Niet bruikbare dossiers*	-	-	15

* De dossiers bleken niet geschikt vanwege ontbrekende documenten (6) of omdat er geen sprake was van een overgang van de WGA 80-100 naar een lagere WIA klasse (9)