

Oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen

Een onderzoek vanuit het perspectief van verzekeringsartsen en burgers

Sophie Aapkes
Linda Flinterman
Anne Brabers
Sanne Huijgen
Elize Vis
Ronald Batenburg



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2026

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2026 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In dit rapport worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar het tekort aan verzekeringsartsen en mogelijke oplossingen daarvoor in Nederland. Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode februari 2024 tot en met februari 2026. Voor dit onderzoek werd allereerst een vragenlijst uitgestuurd naar alle verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Vervolgens werden met verzekeringsartsen (in opleiding) werksessies gehouden, waarin thema's uit het vragenlijstonderzoek verder werden uitgediept. De input van burgers werd verzameld via een Burgerplatform. Voor drie mogelijke oplossingsrichtingen, opgehaald tijdens dit onderzoek, werden verwachte effecten geschat.

Het onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van een subsidieoproep van het Instituut Gak, en door hen gefinancierd. Ten tijde van het onderzoek was de verzekeringsgeneeskunde vaak in het nieuws, en werden ook meerdere andere onderzoeken uitgevoerd, waaronder het Interdepartementale Beleidsonderzoek naar de WIA. Telkens is getracht zo goed mogelijk op actuele ontwikkelingen in te spelen. Tegelijkertijd bleek telkens ook weer de afbakening belangrijk: dit onderzoek focust primair op (mogelijke) oplossingen voor de tekorten aan verzekeringsartsen, en in mindere mate op andere zaken omtrent het arbeidsongeschiktheidsstelsel en werkwijzen daaromtrent.

Onze dank gaat uit naar de verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde die deelnamen aan het vragenlijstonderzoek en de werksessies, de burgers die deelnamen aan het Burgerplatform, en de betrokken deelnemers aan de klankbordgroep: afgevaardigden van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het UWV, de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde, de NSPOH en Patiëntenfederatie Nederland.

De auteurs

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Aanleiding en onderzoeksvragen	14
1.1 Aanleiding	14
1.2 Onderzoeksvragen	16
1.3 Leeswijzer	17
2 Methoden	18
2.1 Inventarisatie van oplossingsrichtingen – literatuuronderzoek	18
2.2 Onderzoek onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde	19
2.3 Onderzoek onder burgers	21
2.4 Schatting effecten drie oplossingsrichtingen	25
2.5 Begeleidingscommissie	25
3 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Instroom en uitstroom’	27
3.1 Instroom verhogen	27
3.2 Uitstroom uit het vak verlagen	30
4 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Werkproces’	33
4.1 Het beoordelingsproces	33
5 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Stelsel veranderingen’	42
5.1 Veranderingen in het arbeidsongeschiktheidsstelsel	42
5.2 Octas scenario’s	46
5.3 Het Nederlandse stelsel in relatie tot andere Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels	47
6 Perspectief van burgers: oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen	49
6.1 Ervaringen met arbeidsongeschiktheidsbeoordeling	50
6.2 Oplossingsrichtingen volgens burgers	51
6.3 Mening deelnemers al bedachte oplossingen	54
6.4 Zorgvuldige beoordeling vinden mensen het belangrijkste	57
7 Resultaten mogelijke effecten van drie oplossingsrichtingen	59
7.1. Keuze van oplossingsrichtingen	59
7.2. Schattingen van de potentiële effecten van de drie oplossingsrichtingen	60
8 Conclusie en discussie	65
8.1 Vanuit het perspectief van de verzekeringsartsen	65
8.2 Vanuit het perspectief van burgers	68
8.3 Schatting van drie oplossingsrichtingen	70
8.4 Sterke punten en kanttekeningen bij dit onderzoek	72
8.5 Slotconclusie en aanbevelingen	73
Literatuur	77
Bijlage A Oplossingsrichtingen op basis van literatuur	79

Bijlage B Vragenlijst onder verzekeringsartsen	85
Bijlage C Achterliggende bronnen en aannames voor de drie oplossingsrichtingen	98
Bijlage D Burgerplatform: Ervaren knelpunten en positieve punten	102

Samenvatting

Aanleiding van het onderzoek

In Nederland zijn ongeveer 770 verzekeringsartsen werkzaam waarvan het overgrote deel bij het UWV werkt. Daar zijn zij verantwoordelijk voor diverse arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen, onder andere beoordelingen voor de WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). Het aantal WIA-aanvragen neemt al jaren toe en tegelijkertijd lopen achterstanden bij het UWV steeds verder op. In 2024 kwamen ruim 93.000 aanvragen voor een WIA beoordeling binnen. Mede door diverse maatregelen om meer aanvragen te kunnen afhandelen, werden er in 2024 83.700 aanvragen afgehandeld. De achterstanden lopen echter nog steeds op: in 2024 was er een achterstand van alleen al 14.000 WIA beoordelingen, andere arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen nog buiten beschouwing gelaten. Naast de toename van het aantal aanvragen, speelt ook de toenemende complexiteit van de aanvragen hierbij een rol. Bovendien zijn er lange tijd grote tekorten aan verzekeringsartsen en blijft opleidingsinstroom structureel achter bij wat nodig is om de verzekeringsgeneeskundige capaciteit in Nederland te vergroten.

Het Nivel heeft met subsidie van Instituut Gak onderzoek gedaan naar het tekort aan verzekeringsartsen en deze problematiek vanuit twee primaire perspectieven bekeken, namelijk die van de verzekeringsartsen zelf én burgers die ook zelf met verzekeringsartsen te maken hebben. Om inzicht te krijgen in hoe beide groepen aankijken tegen het tekort aan verzekeringsartsen, en de mogelijke oplossingen hiervoor, zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet. In deze samenvatting geven we kort antwoord op de drie hoofdvragen die leidend waren voor deze rapportage, en bespreken we daarna de conclusies van het onderzoek.

Hoofdvraag 1: Wat zijn oorzaken en oplossingen voor het tekort aan verzekeringsartsen vanuit het perspectief van de verzekeringsartsen zelf?

Om deze vraag te beantwoorden zijn in 2025 vragenlijsten uitgezet onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde en zijn met een selectie van de respondenten werksessies gehouden (Box 1 aan het einde van deze samenvatting geeft hierover meer details). We vatten de uitkomsten samen in vier clusters van vragen die aan verzekeringsartsen zijn voorgelegd.

1a. Hoe zou de instroom in de opleiding tot verzekeringsarts vergroot kunnen worden en de uitstroom uit het beroep worden verkleind?

Het grootste deel van de verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde krijgt tijdens de bachelor geneeskunde en de master met coschappen niet met verzekeringsgeneeskunde te maken. Meer aandacht tijdens de studie geneeskunde en campagnes om het imago van de verzekeringsgeneeskunde te verbeteren zouden kunnen helpen de instroom te vergroten. Tegelijkertijd is het belangrijk om deze instroom goed vast te houden. Verzekeringsartsen en aios geven aan dat er door de hoge werkdruk in sommige regio's weinig capaciteit is om anios (artsen niet in opleiding tot specialist) en aios (artsen in opleiding tot specialist) te begeleiden, waardoor ze op zichzelf en op elkaar aangewezen zijn. Ook hebben sommige anios en aios meteen vanaf het begin te maken met de druk om veel beoordelingen te doen. De anios en aios die het vak weten te vinden, verlaten daardoor soms na korte tijd alsnog het vak. Het grootste deel van de uitstroom komt door pensionering. Andere redenen om uit te stromen zijn volgens verzekeringsartsen de managementcultuur en een ervaren gebrek aan autonomie. Zo'n 30% van de aios weet niet of ze over vijf jaar nog werkzaam zullen zijn in het vak. Daarnaast hebben verzekeringsartsen en aios

behoefte aan meer financiële doorgroeimogelijkheden.

1b. Hoe is de tijdsbesteding van verzekeringsarts opgebouwd, wat zijn daarin onderlinge verschillen en zouden andere disciplines taken van de verzekeringsartsen zouden kunnen vervullen, mogelijk ook met de inzet van artificiële intelligentie (AI)?

Uit ons vragenlijstonderzoek komt naar voren dat de tijd die het verzekeringsartsen kost om een eerste claimbeoordeling te doen de afgelopen jaren fors is opgelopen; van ongeveer 2 uur per beoordeling tot nu gemiddeld 4,3 uur per beoordeling. Een groot deel van de tijd gaat naar de rapportage van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en oordeelsvorming. Verzekeringsartsen vinden ook dat de rapportage gemiddeld vaak teveel tijd kost. Oorzaken hiervan zijn volgens verzekeringsartsen enerzijds de steeds complexere ziektebeelden en het toenemende aantal WIA-aanvragen vanwege psychische ziektebeelden. Daarnaast kost het onderbouwen van het duurzaamheidscriterium veel tijd. Tot slot zorgen de vele beroep- en bezwaarzaken ervoor dat er steeds meer eisen aan de rapportage worden gesteld, en dat er tegelijkertijd steeds meer jurisprudentie ontstaat waarmee verzekeringsartsen nadien ook rekening moeten houden. De rapportage is daarmee ook de taak waarvan verzekeringsartsen vinden dat deze het minst goed gedelegeerd kan worden. Ze zien hierin wel mogelijkheden voor AI, al is daarmee nog onvoldoende ervaring om een inschatting van het mogelijk effect te maken. Voor andere taken, zoals het verzamelen van informatie in het dossier, het samenvatten van de voorgeschiedenis en de anamnese zien verzekeringsartsen wel mogelijkheden voor taakdelegatie, met name naar de sociaal medisch verpleegkundige (SMV). Hierbij zijn er echter wel verschillen tussen verzekeringsartsen in de mate waarin zij deze taakdelegatie zien zitten, en hoe zij dit vorm willen geven. Verder ontbreekt het volgens verzekeringsartsen aan actuele (wetenschappelijke) richtlijnen. Goede, actuele (wetenschappelijke) richtlijnen zouden verschillen tussen verzekeringsartsen kunnen verkleinen, het ontstaan van jurisprudentie kunnen voorkomen en mogelijk de beoordelingstijd iets kunnen verkorten. Tot slot blijkt het veel tijd te kosten om het dossier volledig te krijgen. De mate van overdracht van informatie vanuit de bedrijfsarts verschilt en verzekeringsartsen zouden graag meer samenwerken.

1c. Kan inzicht in de verschillen tussen Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdragen aan oplossingsrichtingen voor het huidige tekort?

De meeste verzekeringsartsen geven aan in principe tevreden te zijn met het Nederlandse stelsel en de daaraan onderliggende principes. In vergelijking met andere Europese stelsels, wordt door verzekeringsartsen benoemd dat de balans in Nederland tussen de toegankelijkheid en de hoogte van de uitkering in Nederland uniek is. Dit wordt gewaardeerd. Daarnaast is Nederland ook een van de weinige landen waarbij cliënten een gespecialiseerde arts zien, en ook daar zien verzekeringsartsen voordelen van. Volgens verzekeringsartsen ontstaan de huidige problemen met name in de uitvoering van het stelsel. Verzekeringsartsen hebben daardoor niet zozeer behoefte aan het anders inrichten van het stelsel, maar vooral aan vereenvoudiging van het stelsel.

1d. Dragen de door Octas voorgestelde varianten voor de toekomst bij aan een oplossing voor het tekort aan verzekeringsartsen en wat zijn andere oplossingsrichtingen?

Verzekeringsartsen hebben verschillende ideeën over de oplossingsrichtingen uit de Octas¹-varianten. Een groot deel van de respondenten gaf aan de oplossingsrichtingen niet zo veelbelovend

¹ De Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel publiceerde in februari 2024 een rapport met drie scenario's om het arbeidsongeschiktheidsstelsel anders in te richten, waardoor het toekomstbestendiger, eenvoudiger en betaalbaarder zou worden.

te vinden. Verzekeringsartsen zien met name problemen in de uitvoering van het huidige stelsel en zijn bezorgd dat die uitvoeringsproblemen bij een nieuw stelsel niet minder worden, als ook hier de complexe problematiek van cliënten, de vele eisen aan de rapportages, de vele bezwaarzaken, tekorten aan verzekeringsartsen en de uitstroom uit het vak blijven. Daarom zien zij vooral mogelijkheden als het stelsel sterk vereenvoudigd wordt. Daarnaast vragen ze zich af of er wel genoeg capaciteit is om de stelselwijzigingen in te voeren, of dat de achterstanden dan nog verder oplopen. Een aantal verzekeringsartsen geven aan dat het wijzigen van het stelsel vooral een politieke keuze betreft, en dat misschien geen enkele optie ideaal is, maar er vooral op korte termijn een keuze gemaakt moet worden. Het afschaffen van het duurzaamheidscriterium, oftewel het afschaffen van de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA)², is een maatregel waar het overgrote deel van de verzekeringsartsen wel groot voorstander van is. Het onderbouwen van het duurzaamheidscriterium vinden zij onbetrouwbaar en erg tijdrovend. Daarnaast leidt het onderscheid tussen IVA en WGA tot veel beroep- en bezwaarzaken die een groot beslag leggen op de capaciteit.

Hoofdvraag 2: Wat zijn oplossingen voor het tekort aan verzekeringsartsen vanuit het perspectief van burgers?

Een groep geselecteerde burgers die zelf ervaring hebben of hadden met een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zijn in 2025 gedurende een dag uitgebreid naar hun mening gevraagd over hun ervaringen, het tekort aan verzekeringsartsen en mogelijke oplossingen. De zogenaamde Burgerplatform-methode die hiervoor is toegepast staat nader beschreven in Box 1 aan het einde van deze samenvatting.

2a. Wat is de eigen ervaring van burgers met verzekeringsartsen en verbetering zien zij in het proces van arbeidsongeschiktheidsbeoordeling?

Deelnemers aan het Burgerplatform hadden uiteenlopende ervaringen met de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en de rol van de verzekeringsarts daarin. Op punten waar de ene deelnemer slechte ervaringen had, had de andere deelnemer juist goede ervaringen. Negatieve punten die genoemd werden waren de communicatie vanuit het UWV en niks meer horen na het toekennen van een tijdelijke uitkering. Deelnemers vonden het lastig dat de beoordeling één kort moment behelst, wat voor hen verregaande gevolgen heeft. Sommige deelnemers hadden het gevoel dat het dossier niet compleet was, niet goed doorgenomen was of voelden zich niet serieus genomen. Voor deelnemende burgers was het vooral belangrijk dat hun dossier op orde was, en er voldoende informatie bij de verzekeringsarts bekend was vanuit bijvoorbeeld de bedrijfsarts, huisarts of andere behandelaren. Dit zou er ook aan bijdragen dat zij zich serieuzer genomen zouden voelen.

2b. Hoe denken burgers over het tekort aan verzekeringsartsen en welke oplossingen zien zij voor het capaciteitsprobleem?

Tijdens het Burgerplatform kwamen deelnemers tot verschillende oplossingen die ook uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies naar voren kwamen. Bijvoorbeeld: het meer inzetten van verpleegkundigen en het aantrekkelijker maken van het beroep door een beter salaris. Daarnaast gaven zij aan dat de bedrijfsarts een grotere rol zou kunnen spelen, door tijdens de ziektewet begeleiding een goed dossier op te bouwen en aan de verzekeringsarts over te dragen, zodat dit als basis zou kunnen dienen voor de verzekeringsarts. Deelnemers kwamen ook met andere

² De Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten is een arbeidsongeschiktheidsuitkering die valt onder de WIA, en wordt toegekend aan burgers die door de verzekeringsarts volledig en duurzaam arbeidsongeschikt worden bevonden.

oplossingen, zoals het aantal keren dat een werkgever in beroep of bezwaar kan gaan maximaliseren, verzekeringsartsen laten specialiseren voor verschillende ziekten, het dossier beknopter maken en de cliënt beter voorbereiden op het arbeidsongeschiktheidsproces, zodat de beoordeling efficiënter kan verlopen.

2c. Hoe kijken burgers naar de oplossingsrichtingen die in het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen naar voren kwamen?

Aan de deelnemers zijn ook expliciet vier oplossingen voorgelegd die uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies het meest naar voren kwamen:

1. afschaffen van de IVA,
2. meer delegeren naar de SMV,
3. cliënten hun eigen dossier laten verzamelen en
4. actuele (wetenschappelijke) richtlijnen voor verzekeringsartsen.

Ten aanzien van het *afschaffen van de IVA* zagen deelnemers zowel voordelen als nadelen.

Voordelen die genoemd werden zijn de tijdswinst tijdens de beoordeling door het vervallen van het duurzaamheidscriterium en een minder groot financieel belang voor het voeren van beroeps- en bezwaarzaken. Een nadeel volgens deelnemers was dat mensen met een WIA uitkering er financieel op achteruit gaan en met een tijdelijke uitkering geen hypotheek kunnen afsluiten omdat de bank dit, in tegenstelling tot de IVA-uitkering, niet ziet als een stabiel inkomen. Daarnaast vonden deelnemers ook de onzekerheid die samenhangt met de herbeoordelingen een nadeel.

Deelnemers waren voorstander van het *meer inzetten van sociaal medisch verpleegkundigen*. Zij hebben veel vertrouwen in verpleegkundigen en vinden het fijn dat dan twee professionals naar hun dossier kijken. Bij de oplossing om *cliënten hun eigen dossier laten verzamelen* zagen deelnemers als voordeel dat het burgers meer regie geeft, maar zij waren bezorgd over de belasting en verantwoordelijkheid die dit met zich mee brengt, voor mensen die ziek zijn en beperkt belastbaar zijn. Als er *actuelere (wetenschappelijke) richtlijnen voor verzekeringsartsen* zouden komen zou dit volgens deelnemers bijdragen aan een eerlijker beoordeling, maar als nadeel zagen zij hier dat maatwerk kon verdwijnen.

2d. Wat zijn voor burgers de belangrijkste uitgangspunten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel?

Tot slot gaven deelnemers aan welke componenten van de beoordeling (zorgvuldigheid, hoogte van de uitkering, snelheid, kans op een uitkering) zij het belangrijkste vonden. Nagenoeg iedereen vond zorgvuldigheid het belangrijkste.

Hoofdvraag 3: Wat zou het potentiële effect zijn van een aantal oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen die uit de consultatie van zowel verzekeringsartsen als burgers naar voren kwam?

Op basis van de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek, de werksessies en het Burgerplatform, zijn drie oplossingsrichtingen gekozen om het potentiële effect daarvan voor de nabije toekomst in te schatten. Het betreft

1. het afschaffen van de IVA,
2. meer delegatie naar de SMV door verdere uitrol van sociaal medische centra (SMC's) en
3. meer volledige dossiers en actuele richtlijnen realiseren.

Voor alle drie de oplossingsrichtingen is een poging gedaan om te definiëren waar hun potentiële effecten kunnen neerslaan, en deze effecten te kwantificeren door in te schatten met hoeveel procent de vraag naar verzekeringsartsen zou dalen door tijdsbesparing en productieverhoging. Deze inschattingen gingen met veel aannames gepaard, waarbij er veel onzekerheden golden rond de cijfers, percentages en waarschijnlijkheden waar deze op zijn gebaseerd. Omdat een aantal bronnen specifiek voor het UWV beschikbaar waren, zijn de schattingen alleen voor verzekeringsartsen in

dienst van het UWV gedaan (in 2025 betrof dit 63% van alle werkzame verzekeringsartsen in Nederland). Ook dient vooral te worden vermeld dat de uitkomsten van de effect-schattingen van de drie oplossingsrichtingen daarom met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

1. Het potentiële effect van het afschaffen van de IVA

De basis-aanname van deze eerste oplossingsrichting is dat door het vervallen van het duurzaamheidscriterium van de IVA beoordelingen sneller uitgevoerd zullen worden en het aantal bezwaarzaken zal afnemen. Op basis van eerdere rapporten en cijfers van en over het UWV, is geschat dat de vraag naar UWV-verzekeringsartsen 10% tot 17% verlaagd zou kunnen worden in vijftien jaar. Hierbij is ook aangenomen dat het vijf jaar zal kosten voor de eerste effecten van de IVA-afschaffing zichtbaar worden en dat parallel de vraag naar verzekeringsartsen juist ook zal toenemen door demografische en niet-demografische factoren. Aangenomen dat de groei van de groep UWV-verzekeringsartsen zich doorzet door een positieve balans tussen in- en uitstroom, zal het potentiële effect van deze oplossingsrichting zijn dat tussen 2040 en 2042 vraag en aanbod op hetzelfde niveau zouden komen te liggen.

2. Het potentiële effect van meer inzetten van sociaal medisch verpleegkundigen (SMV's) in sociaal medische centra (SMC's)

De basis-aanname van de tweede geanalyseerde oplossingsrichting is dat door opschaling van de sociaal medische centra (SMC's), meer taken gedelegeerd gaan worden naar sociaal medisch verpleegkundigen (SMV's) en andere professionals. Als alle UWV-locaties als SMC zullen gaan werken zal hierdoor de productiviteit per UWV-verzekeringsarts toenemen, waarbij er echter nog onzekerheid is of deze productiviteitswinst structureel is en of de opschaling ook gaat plaatsvinden. Daarom is een variant geschat waarin dit niet het geval is en het effect van deze oplossingsrichting 0 is, en een variant waarin het effect tot een vraag-verlaging van 11% binnen vijf jaar leidt. Deze oplossingsrichting doet dus alleen op korte termijn het tekort aan UWV-verzekeringsartsen dalen, na 2030 zal de vraag naar UWV-verzekeringsartsen nagenoeg stabiel blijven; gegeven dezelfde aanvullende aannames over de basis vraag- en aanbod-trends als hiervoor genoemd.

3. Het potentiële effect van meer actuele richtlijnen en volledige dossiers

Voor de effect-schatting van deze derde oplossingsrichting konden minder specifieke bronnen en rapporten worden gebruikt dan de vorige twee oplossingsrichtingen. Hierdoor steunt de analyses nog meer en sterker op aannames, en zijn de onzekerheden hieromtrent groter. De basis-aanname is dat actualisering van richtlijnen en het realiseren van volledige dossiers, tezamen het werkproces van de verzekeringsarts verbetert. De inzet van AI kan hierbij helpen bijvoorbeeld door het dossier beter te structureren en daar waar mogelijk voorin te vullen. De productiviteit zal hierdoor toenemen, de beoordelingsduur van herbeoordelingen en beroep- en bezwaarzaken afnemen, ook het aantal bezwaarzaken zal dalen. Gegeven alle onzekerheden zou deze oplossingsrichting op langere termijn, naar schatting vijftien jaar, de vraag naar verzekeringsartsen netto met 1 tot 12% kunnen doen afnemen. Het potentiële effect van de 12%-variant is dan tussen 2040 en 2042 vraag en aanbod op hetzelfde niveau zouden komen te liggen, maar als het effect 1% zou zijn is dit pas na 2045 het geval.

Conclusie en aanbevelingen

Synthetiseren we alle opbrengsten van dit onderzoek, dan komen drie oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen naar voren. Hiervan hebben we ook het potentiële effect geprobeerd in te schatten, maar het kwantificeren en prognosticeren vergt veel aannames en gaat gepaard met grote onzekerheden. Ook zien we concluderend dat de verzekeringsartsen zelf en burgers verschillende perspectieven kunnen hebben op de drie oplossingsrichtingen.

Het afschaffen van de IVA als eerste oplossingsrichting – waarmee het duurzaamheidscriterium in het beoordelingsproces komt te vervallen – kan vooral op steun onder verzekeringsartsen rekenen. Het kan ook een aanzienlijk effect hebben als de beoordelingstijd hiermee afneemt en er minder beroep- en bezwaarzaken worden verwacht. Het zal echter tijd kosten voordat deze afschaffing geëffectueerd is en het maximale effect van deze maatregel wordt bereikt. Ook gaven de door ons geconsulteerde burgers aan dat bij het afschaffen van de IVA de kans bestaat dat voor bepaalde groepen de financiële situatie en kans op een hypotheek verslechtert. Ook zijn zij bezorgd over de onzekerheid die herbeoordelingen met zich mee kunnen brengen, al is de kans groot dat die gezien het (huidige) capaciteitsgebrek op korte termijn beperkt plaats zullen vinden.

De tweede oplossingsrichting, het meer inzetten van sociaal medisch verpleegkundigen, werd vooral naar voren gebracht in ons Burgerplatform. Dit kan tijd vrijspelen onder de verzekeringsartsen als binnen het UWV de sociaal medische centra verder worden uitgerold en meer taakdelegatie een gunstig effect heeft op het vrijspelen van verzekeringsartsen. Dit zal echter op kortere termijn slechts beperkt effect hebben. En ook blijkt uit onze consultaties dat verzekeringsartsen verschillen in de mate waarin zij taakdelegatie zien zitten, en hoe zij dit vorm zouden willen geven.

In de derde oplossingsrichting verschillen verzekeringsartsen en burgers waarschijnlijk het minst. Algemeen wordt erkend dat het tijdrovend en moeilijk is om dossier volledig op orde te krijgen, waardoor eerste en eventuele volgende beoordelingen, maar ook beroeps en bezwaarzaken, lastiger worden en langer duren. Deelnemende burgers zagen hier ruimte voor verbetering, onder andere door de cliënt en de bedrijfsarts meer te betrekken in het verzamelen van de benodigde informatie. Verzekeringsartsen benadrukken daarentegen meer het verbeterpotentieel van meer actuele richtlijnen en standaarden. Deze zijn nu sterk verouderd en voorzien niet goed de beoordelingen van het toenemende aantal burgers dat een WIA-aanvraag doet vanwege psychische ziekte. Actuelere (wetenschappelijke) richtlijnen zouden de verschillen tussen verzekeringsartsen kunnen verkleinen en houvast kunnen bieden bij beroep- en bezwaarzaken. De potentiële effecten van een volledig dossier en actuelere richtlijnen blijken van de drie oplossingsrichtingen het meest lastig in te schatten. Maar zouden naast tijdswinst ook kwaliteitswinst kunnen opleveren.

Oplossingsrichtingen die in dit onderzoek niet verder op hun effect zijn geanalyseerd, kwamen wel ook nog naar voren uit de bevragingen van de verzekeringsartsen zelf. Zo gaven zij aan dat op korte termijn meer capaciteit gecreëerd kan worden door betere begeleiding van anios en aios, die nu soms na korte tijd al uitstromen uit het vak – al lijkt dit sterk te verschillen per locatie. Daarnaast geven zij ook aan dat autonomie belangrijk is voor hen, en een cruciale factor is die bepaalt hoe lang zij behouden blijven voor het vak.

Tot slot. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek tussen eind 2024 en begin 2026, werd ook het interdepartementale beleidsonderzoek (IBO) *‘Werk aan de WIA – naar een stelsel dat weer werkt’* gestart en afgerond. Hoewel het IBO-onderzoek een andere insteek en methode had, zijn er duidelijke overeenkomsten met de drie oplossingsrichtingen die ons onderzoek naar voren komen en nader zijn geanalyseerd. Waarbij we nog eens benadrukken dat we de oplossingsrichtingen hebben opgehaald door de perspectieven van verzekeringsartsen én burgers met elkaar te combineren. Het verdient aanbeveling de resultaten van dit en het IBO-onderzoek verder uit te werken, ook met betrekking tot het verhogen van de instroom en verlagen van de uitstroom uit het vak van verzekeringsartsen.

Box 1: Ingezette onderzoeksmethoden

Literatuuronderzoek

In met name grijze literatuur is gezocht naar al bedachte oplossingsrichtingen en aanknopingspunten voor oplossingsrichtingen. De gevonden oplossingen zijn gebruikt als input voor het vragenlijstonderzoek.

Vragenlijstonderzoek

Onder alle verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde in Nederland is een vragenlijst uitgezet. In deze vragenlijst werden vragen gesteld over de instroom in de opleiding, redenen om uit te stromen uit het vak, het werkproces en een heel aantal mogelijke oplossingsrichtingen waaronder stelselwijzigingen. De vragenlijst is ingevuld door 195 verzekeringsartsen en 35 aios verzekeringsgeneeskunde.

Werksessies

Vervolgens zijn werksessies met verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde gehouden om de resultaten uit het vragenlijstonderzoek te verdiepen en te duiden. Er werden steeds twee van de volgende drie thema's bediscussieerd: (1) instroom en uitstroom, (2) werkproces en (3) stelselwijzigingen.

Burgerplatform

Om inzicht te krijgen in het perspectief van burgers is in september 2025 een Burgerplatform georganiseerd: een methodiek speciaal geschikt om complexe vraagstukken met burgers te bespreken door middel van presentaties, uitleg en (groeps)opdrachten. Tijdens het Burgerplatform is ingegaan op zowel de ervaringen van burgers als hoe zij tegen verschillende oplossingen voor het capaciteitsprobleem aankijken. Zo werd inzicht verkregen in welke gevolgen mogelijke oplossingen voor het tekort aan verzekeringsartsen hebben volgens burgers. Aan het Burgerplatform namen elf deelnemers deel, allen hadden een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling voor de WIA doorlopen of zaten nog in het proces.

Effect-schatting

Tot slot zijn drie oplossingsrichtingen geselecteerd die op basis van het vragenlijstonderzoek, de werksessies én het Burgerplatform het meest wenselijk, haalbaar en effectief leken. Voor deze drie oplossingen zijn op basis van specifieke literatuur, data uit dit onderzoek en schattingen van experts de potentiële effecten op de toekomstige vraag naar UWV-verzekeringsartsen ingeschat.

Afkortingen- en begrippenlijst

AI	Artificial Intelligence
Anios	Arts niet in opleiding tot specialist
Aios	Arts in opleiding tot specialist
BAR-instrument	Wetenschappelijk onderbouwd instrument dat bedrijfsartsen de mogelijkheid biedt om de belastbaarheid en mogelijkheden voor re-integratie van zieke werknemers op uniforme wijze te beschrijven en documenteren. BAR staat hierin voor: Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie.
IVA	Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschiktheden – arbeidsongeschiktheidsuitkering binnen de WIA voor mensen die duurzaam en meer dan 80% arbeidsongeschikt zijn, bestaande uit 75% van het laatstverdiende loon
NOVAG	Nieuwe Orde van Verzekeringsartsen Arbeid & Gezondheid – beroepsvereniging en vakbond van (verzekerings)artsen bij het UWV
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health – verzorgt de opleiding tot verzekeringsarts, bedrijfsarts en arts Maatschappij + Gezondheid
NVVG	Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
SMC	Sociaal Medische Centra
SMV	Sociaal Medisch Verpleegkundige
SWZ	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
WIA	Wet Inkomen Arbeidsongeschiktheid
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten – arbeidsongeschiktheidsuitkering binnen die WIA voor mensen die tijdelijk arbeidsongeschikt zijn, bestaande uit 70% van het laatstverdiende loon

1 Aanleiding en onderzoeksvragen

1.1 Aanleiding

In Nederland zijn er op dit moment 770 verzekeringsartsen werkzaam (Capaciteitsorgaan, 2025). Een deel daarvan werkt bij verzekeringsmaatschappijen, maar veruit het grootste deel werkt bij het UWV. De bij het UWV werkzame verzekeringsartsen vervullen een belangrijke rol in het Nederlandse arbeidsongeschiktheidsstelsel. In samenwerking met arbeidsdeskundigen en sociaal medisch verpleegkundigen, zijn verzekeringsartsen eindverantwoordelijk voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen voor onder meer de WIA-, de Wajong- en de Ziektewetuitkering.

In 2024 kwamen ruim 93.000 aanvragen voor een WIA beoordeling (UWV Jaarverslag 2024). In totaal konden in 2024 83.700 WIA beoordelingen worden afgehandeld. Dit is meer dan in de jaren ervoor, mede dankzij verschillende maatregelen vanuit het UWV om de productie te verhogen. Tegelijkertijd lopen ook de achterstanden op: in 2024 was er een achterstand van 14.000 WIA beoordelingen. Daarnaast komen ook doorlopend aanvragen voor Wajong- en Ziektewetbeoordelingen binnen. De wachttijden voor de beoordelingen lopen op en zijn langer dan wettelijk verplicht (Vermeij et al., 2023, UWV Jaarverslag 2024).

Deze oplopende achterstanden en de toename in de wachttijden hebben meerdere oorzaken. Enerzijds neemt het aantal WIA-aanvragen fors toe, met zo'n 10% (UWV Jaarverslag 2024). Tegelijkertijd neemt door toenemende wet- en regelgeving de benodigde tijd per beoordeling steeds verder toe (Vermeij et al., 2023). Daarnaast zijn er grote tekorten aan verzekeringsartsen. Volgens de meest recente raming van het Capaciteitsorgaan, is er een onvervulde vraag van 42%. Al jaren lang beginnen minder artsen aan de opleiding tot verzekeringsarts, dan geadviseerd. De instroom is dus onvoldoende om het tekort aan te vullen. Tegelijkertijd is er een hoge uitstroom van verzekeringsartsen, mede door de vergrijzing van de beroepsgroep (Capaciteitsorgaan, 2025).

De afgelopen jaren werd op verschillende manieren geprobeerd de disbalans tussen aanvragen en uitgevoerde beoordelingen op te vangen. Medewerkers van het UWV werkten over en mensen van 60 jaar en ouder kregen een vereenvoudigde WIA beoordeling zonder tussenkomst van een verzekeringsarts (60-plusmaatregel). Daarnaast werd bij mensen die nog werkzaam zijn, het percentage arbeidsongeschiktheid gebaseerd op feitelijke inkomsten in plaats van op een theoretische schatting (Praktisch beoordelen). Ondanks al deze maatregelen lukt het nog niet het aantal aanvragen voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen bij te benen.

De afgelopen jaren is in verschillende onderzoeken naar deze problematiek gekeken. Zo werd de commissie Octas in het leven geroepen: De Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel. Begin 2024 bracht deze commissie advies uit over het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Het betreffende rapport beschrijft drie mogelijke scenario's om de huidige problematiek in het arbeidsongeschiktheidsstelsel op te lossen. Daarbij was het uitgangspunt om het arbeidsongeschiktheidsstelsel fundamenteel te heroverwegen en toekomstbestendig te maken. Daarbij was het doel om te onderzoeken hoe het stelsel eenvoudiger, menselijker, uitvoerbaarder en financieel houdbaar kon worden ingericht. Het in kaart brengen van de effecten op tekorten aan verzekeringsartsen was hierbij niet primair een doel.

Ook GUPTA deed in 2022 onderzoek naar een ‘Herijking toekomstscenario’s en oplossingsrichtingen Sociaal Medisch beoordelen’. Dit rapport had wel als duidelijke focus om onderzoek te doen naar en oplossingsrichtingen te formuleren voor de mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van dienstverlening door verzekeringsartsen. Een deel van de hier voorgestelde oplossingen is reeds ingevoerd, een ander deel (nog) niet. Met de zeer snel veranderende situatie bij het UWV, verandert echter ook steeds de uitgangsbasis en aannames voor de gemaakte schattingen.

Welke mogelijke oplossingsrichtingen er ook aanbeoordeld worden, op dit moment blijft in het stelsel de verzekeringsarts een cruciale rol spelen. Het tekort aan verzekeringsartsen zal waarschijnlijk steeds een probleem blijven. Enerzijds door een te krap aanbod, veroorzaakt door een lage instroom vanuit de opleiding en een hoge uitstroom vanwege onder andere pensioen. En anderzijds door een hoge vraag aan verzekeringsartsen door een steeds toenemend aantal arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen. Daarom zullen wij in dit onderzoek specifiek focussen op mogelijke oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen.

In dit onderzoek werd uitgezocht welke mogelijke oplossingsrichtingen er zouden kunnen zijn voor het tekort aan verzekeringsartsen, wat het draagvlak is voor deze oplossingen onder burgers en verzekeringsartsen, en welk effect deze oplossingen zouden hebben op de verzekeringsgeneeskundige capaciteit.

De vraag is natuurlijk welke mogelijke oplossingen haalbaar, realistisch en wenselijk zijn. Oplossingen moeten haalbaar zijn, en niet ten koste gaan van kwaliteit of werkplezier – de uitstroom uit het vak is al hoog. Oplossingen moeten ook realistisch zijn. Zo blijft de instroom in de opleiding al een aantal jaren achter bij het aantal beschikbare plaatsen in de opleiding (Capaciteitsorgaan 2022) en is het de vraag of het wel mogelijk is de instroom te verhogen. Het arbeidsongeschiktheidsstelsel is complex, en ook niet zomaar gewijzigd. Ten aanzien van het werkproces, rijst de vraag waardoor de beoordelingstijd in de loop van de jaren zo opgelopen is. Tenslotte is het herschikken van taken naar andere professionals (nog) niet altijd mogelijk vanwege wettelijke beperkingen (Neis 2024).

Door middel van een vragenlijstonderzoek en werksessies met verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde, zullen we allereerst informatie verzamelen waarmee mogelijke oplossingsrichtingen geïdentificeerd kunnen worden. Onderscheidend is vervolgens, dat we in dit onderzoek ook burgers zullen betrekken. In de vele, eerder verrichte onderzoeken, zijn slechts zelden ideeën van burgers die ervaring hebben met het arbeidsongeschiktheidsstelsel meegenomen. Juist burgers die ervaring hebben met een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, kunnen vanuit die ervaringsdeskundigheid meedenken over hoe het beoordelingsproces beter zou kunnen verlopen. Ook kunnen zij nadenken over wat de gevolgen van mogelijke oplossingen voor hén zouden zijn, en welke voor- en nadelen zij daarbij zien.

Al met al focust dit onderzoek dus op welke mogelijke oplossingsrichtingen er zouden kunnen zijn voor het tekort aan verzekeringsartsen, wat het draagvlak is voor deze oplossingen onder burgers en verzekeringsartsen, en welk effect deze oplossingen zouden hebben op de verzekeringsgeneeskundige capaciteit. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek (van eind 2024 tot begin 2026), werd ook een interdepartementaal beleidsonderzoek naar de WIA gestart, waar we in het conclusiehoofdstuk naar zullen refereren.

1.2 Onderzoeksvragen

De centrale vraag in dit onderzoek is:

Welke oplossingsrichtingen voor het capaciteitsgebrek aan verzekeringsgeneeskundige expertise hebben volgens verzekeringsartsen en burgers het meeste draagvlak en wat is het te verwachten effect van deze oplossingsrichtingen?

Om deze centrale vraag te kunnen beantwoorden, zijn allereerst een vragenlijstonderzoek en vervolgens werksessies gehouden onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde. Daarmee zullen de volgende deelvragen beantwoord worden:

Vanuit het perspectief van de **verzekeringsartsen**:

1. Hoe zou de instroom in de opleiding tot verzekeringsarts vergroot kunnen worden?
2. Hoe kan de uitstroom uit het beroep worden verkleind?
3. Hoe besteden verzekeringsartsen hun tijd? Zijn er onderlinge verschillen?
4. Zijn er mogelijk andere opleidingen / disciplines die de taken van een verzekeringsarts zouden kunnen vervullen, en wat kan de rol van AI hierin zijn? Wat is de verwachte tijdswinst hiervan?
5. Dragen de door Octas voorgestelde varianten voor de toekomst bij aan een oplossing van het capaciteitsgebrek aan verzekeringsartsen?
6. Kunnen de inzichten in de verschillen tussen de Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdrage aan een oplossingsrichting?
7. Hoe denken verzekeringsartsen zelf dat het capaciteitsprobleem opgelost kan worden?

De antwoorden op deze deelvragen worden vervolgens gebruikt als input voor een Burgerplatform. Hierbij worden de volgende deelvragen beantwoord, vanuit het perspectief van burgers:

Vanuit het perspectief van de **burgers**:

1. Wat is de eigen ervaring van burgers met verzekeringsartsen? Hoe zou die ervaring verbeterd kunnen worden?
2. Hoe denken burgers over de benodigde capaciteit van verzekeringsartsen?
3. Welke oplossingen zien burgers voor het capaciteitsprobleem?
4. Hoe kijken burgers naar de oplossingsrichtingen die in het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen naar voren kwamen? ³
5. Wat zijn voor burgers de belangrijkste uitgangspunten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel? Te denken aan: het aantal mensen dat een uitkering krijgt, de hoogte van die uitkering, de zorgvuldigheid van de beoordeling en de wachttijd voor een beoordeling? ⁴

³ In het oorspronkelijke voorstel luidde deze onderzoeksvraag: “*Dragen volgens burgers de voorgestelde varianten voor de toekomst van Octas bij aan een oplossing van het capaciteitsgebrek van verzekeringsartsen? En waarom wel of niet?*” Gaandeweg het onderzoek bleek dat het zelfs voor verzekeringsartsen moeilijk was om bij de voorgestelde Octas varianten een inschatting van de gevolgen voor de capaciteit te maken. Tevens kwamen uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen diverse andere oplossingsrichtingen naar voren. Daarom is tijdens het onderzoek deze onderzoeksvraag voor burgers aangepast naar de huidige vraag 11.

⁴ In het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel luidde deze onderzoeksvraag: “*Kunnen de inzichten in de verschillen tussen de Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdrage aan een oplossingsrichting volgens burgers?*” Uiteindelijk bleek deze vraag te complex om op deze wijze voor te leggen aan burgers. De meeste Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels verschillen met name op een aantal componenten, zoals (1) de hoogte van de uitkering, (2) het aantal mensen dat een uitkering krijgt, (3) de snelheid van de beoordeling en (4) de zorgvuldigheid van de beoordeling. Daarom is besloten de onderzoeksvraag te veranderen en deze vier componenten aan burgers voor te leggen.

Op basis van het vragenlijstonderzoek onder verzekeringsartsen, de werksessies met verzekeringsartsen en het Burgerplatform, zijn drie oplossingsrichtingen gekozen die op basis van het onderzoek het meest duidelijk naar voren komen. Van deze oplossingen is op een kwantitatieve manier ingeschat welke effecten zij zouden kunnen hebben op het capaciteitsprobleem van verzekeringsartsen. Met deze inzichten besluiten we het onderzoek en formuleren we de antwoorden op de centrale vraag van dit onderzoek.

1.3 Leeswijzer

Bij de start van dit onderzoek is eerst literatuuronderzoek verricht, om zicht te krijgen op oplossingsrichtingen op basis van de literatuur. De oplossingen die hier opgehaald zijn, staan weergegeven in bijlage A, en geven tevens een goede uitleg van de verschillende in dit onderzoek onderzochte oplossingsrichtingen voor de niet-ingevoerde lezer.

In hoofdstuk 2 worden de verschillende gebruikte methoden voor dit onderzoek nader toegelicht. Vervolgens worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde behandeld. Omdat de werksessies een verdieping vormen op de vragenlijst, worden de resultaten van het vragenlijst onderzoek en de werksessie gezamenlijk besproken, in drie thematische hoofdstukken. Hoofdstuk 3 bespreekt de resultaten met betrekking tot Instroom en Uitstroom, Hoofdstuk 4 de resultaten ten aanzien van het Werkproces en Hoofdstuk 5 de resultaten ten aanzien van het Stelsel. Vervolgens worden in Hoofdstuk 6 de resultaten van het Burgerplatform gepresenteerd, dat is gehouden om het perspectief van de burgers in kaart te brengen. Tenslotte wordt in hoofdstuk 7 van drie oplossingsrichtingen die op basis van de resultaten uit hoofdstuk 3 t/m 6 als veelbelovend worden gezien geschat wat het effect hiervan zal zijn op het tekort aan verzekeringsartsen. In Hoofdstuk 8 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen samengevat, gevolgd door een conclusie en aanbevelingen.

2 Methoden

In dit onderzoek werd uitgezocht welke mogelijke oplossingsrichtingen er zouden kunnen zijn voor het tekort aan verzekeringsartsen, wat het draagvlak is voor deze oplossingen onder burgers en verzekeringsartsen, en welk effect deze oplossingen zouden hebben op de verzekeringsgeneeskundige capaciteit. Om dit te kunnen onderzoeken, is het onderzoek opgedeeld in vier onderzoeks-onderdelen (figuur 2.1).

Figuur 2.1 Schematische weergave van de opzet van het onderzoek

Onderzoeksonderdeel	Methode
1 Welke oplossingsrichtingen voor het capaciteitsgebrek aan verzekeringsgeneeskundige expertise in Nederland zijn er?	 Literatuuronderzoek
2 Hoe worden deze oplossingsrichtingen gezien door verzekeringsartsen zelf en verzekeringsartsen in opleiding?	 Vragenlijstonderzoek en werksessies met verzekeringsartsen en aios
3 Hoe worden deze oplossingsrichtingen gezien door burgers die met verzekeringsartsen te maken hebben (gehad)?	 Burgerplatform
4 Voor drie 'meest wenselijke' oplossingsrichtingen: welke effecten zouden deze hebben op het capaciteitsgebrek aan verzekeringsgeneeskundige expertise in Nederland?	 Kwantificering en effectschatting in Excel

Bij elk onderdeel werd nieuwe informatie opgehaald die als input gebruikt werd voor het volgende onderzoeksonderdeel. De onderzoeksonderdelen werden daarom in de weergegeven volgorde uitgevoerd. Hieronder is per onderdeel toegelicht hoe dit werd uitgevoerd.

2.1 Inventarisatie van oplossingsrichtingen – literatuuronderzoek

Door middel van deskresearch is nagegaan wat de werkwijze van de verzekeringsarts is, wat oorzaken voor het tekort aan verzekeringsgeneeskundige capaciteit zijn en welke oplossingsrichtingen er door verschillende organisaties al zijn bedacht en/of in de praktijk zijn toegepast. De uitkomsten van de deskresearch zijn gebruikt voor het selecteren van oplossingsrichtingen die zijn voorgelegd aan verzekeringsartsen en burgers (onderdeel 2 en 3). De deskresearch richtte zich op onderzoeken gefocust op de Nederlandse context. Voor de onderzoeksvraag met betrekking tot verschillen tussen Europese arbeidsongeschiktheidsstelsel is ook gebruikt gemaakt van internationale literatuur. De oplossingsrichtingen die op basis van literatuuronderzoek werden opgehaald zijn te vinden in Bijlage A.

2.2 Onderzoek onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde

2.2.1 Vragenlijstonderzoek onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde

Op basis van verzamelde literatuur werden twee vragenlijsten opgesteld; één voor verzekeringsartsen en één voor aios verzekeringsgeneeskunde. Op basis van (grijze) literatuur, eerder onderzoeken en beleidsnotities werd een vragenlijst opgesteld met vragen over mogelijke oorzaken van tekorten, mogelijke aanknopingspunten voor oplossingen, en al bedachte oplossingsrichtingen. De vragenlijsten werden opgedeeld in vijf blokken:

1. **Algemene vragen:** vragen over leeftijd, geslacht, werkzaamheden en de organisatie en functie waarin gewerkt wordt
2. **Werkinhoud en tijdsbesteding:** vragen over het aantal uur dat gewerkt wordt, de gemiddelde tijd die een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling kost, de verdeling van de tijd over verschillende werkzaamheden, en mogelijkheden tot taakdelegatie
3. **Loopbaanperspectief:** vragen over de wens tot minder of meer werken in de toekomst, persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden, financiële doorgroei mogelijkheden
4. **Werkuitvoering, werkproces en werkplezier:** vragen over de praktische uitvoering van het werk, werkplezier, werkdruk, autonomie, etc.
5. **Oplossingsrichtingen:** vragen over mogelijke oplossingsrichtingen, zoals:
 - a. Het aantrekken van meer verzekeringsartsen / het aantrekkelijker maken van het werk
 - b. Intensievere samenwerking met de bedrijfsarts
 - c. Anders inrichten van het werk / het aanpassen van het arbeidsongeschiktheidsstelsel

De volledige vragenlijsten zijn bijgevoegd in bijlage A. De vragenlijsten zijn uitgezet via de Registratiecommissie Medisch Specialisten (RGS) waar alle verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde verplicht geregistreerd staan. In de resultatenhoofdstukken zijn telkens de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder verzekeringsartsen weergegeven. In de meeste gevallen waren de antwoorden van de aios vergelijkbaar. Indien de antwoorden van de aios verschilden van de antwoorden van verzekeringsartsen, staat dit beschreven.

2.2.2 Respons op de vragenlijst

De vragenlijst werd door 195 verzekeringsartsen ingevuld (25% van de werkzame verzekeringsartsen, Capaciteitsorgaan 2025) en door 35 aios (17% van de huidige aios, Capaciteitsorgaan 2025). De verdeling naar geslacht en leeftijd staan weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1 Respons naar geslacht en leeftijdsverdeling

Geslachtsverdeling	Verzekeringsartsen	Aios
Man	46%	20%
Vrouw	52%	80%
Zeg ik liever niet	2%	0%
Leeftijdsverdeling		
Jonger dan 40	14%	85%
40 t/m 49 jaar	17%	6%
50 t/m 59 jaar	26%	3%
60 jaar en ouder	43%	6%

In de werkelijke populatie is het aandeel vrouwelijke verzekeringsartsen op dit moment hoger dan in de responsgroep (74% versus 52%). De leeftijdsverdeling van de verzekeringsartsen komt overeen met de verdeling in de populatie. Voor aios komt de responsgroep zowel wat betreft geslacht als leeftijd overeen met de populatie.

In totaal heeft 14% van de verzekeringsartsen ook een registratie (gehad) als bedrijfsarts, en 8% heeft een registratie (gehad) als huisarts. Nog 10% heeft een andere registratie (gehad), bijvoorbeeld als specialist in het ziekenhuis of arts M+G.

In totaal was 73% van de verzekeringsartsen (n=132) werkzaam bij het UWV. Hiervan was 93% in loondienst en 7% werkte als ZZP'er voor het UWV. Van de verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV werkte 81% voor de afdeling primair en 19% voor de afdeling bezwaar en beroep. Daarnaast deden er 38 verzekeringsartsen mee die werkzaam waren bij een private verzekeraar, Argonaut, of een Expertisebedrijf.

In principe richt dit onderzoek zich op verzekeringsartsen in het algemeen en zijn de resultaten daarom voor alle verzekeringsartsen, werkzaam in verschillende posities, weergegeven. In een aantal gevallen, bijvoorbeeld als het gaat om de duur van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen, is alleen de specifieke situatie van verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV van belang. In deze gevallen staat dan aangegeven dat de resultaten alleen zijn weergegeven voor verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV. Gezien het kleine aantal respondenten dat bij een private verzekeraar, Argonaut of een Expertisebedrijf werkt (n=38) was het niet mogelijk om resultaten ook separaat voor hen uit te splitsen. Gezien het totale aantal respondenten, was het niet mogelijk om resultaten uit te splitsen naar de 35 UWV-regio's.

2.2.3 Werksessies met verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde

Na het vragenlijstonderzoek onder verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde zijn in de periode begin juni 2025 t/m begin juli 2025 vijf online werksessies gehouden met verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde. Deelnemers hiervoor zijn geworven middels de hiervoor beschreven vragenlijst. Van de 35 deelnemers die aangaven te willen deelnemen aan een werksessie, konden uiteindelijk 22 bij een van de vijf werksessies aanwezig zijn. Bij één werksessie waren drie verzekeringsartsen aanwezig, bij twee werksessies waren vier verzekeringsartsen aanwezig, bij één werksessie vijf en bij één werksessie zes.

In de werksessies zijn de resultaten van het vragenlijstonderzoek besproken en de onderzoeksresultaten verdiept en geduid. Ook werd aan verzekeringsartsen gevraagd om in te schatten wat het effect zou zijn van oplossingen die op basis van het vragenlijstonderzoek naar voren kwamen. De onderwerpen en resultaten die naar voren kwamen uit het vragenlijstonderzoek, zijn geclusterd in drie thema's, die besproken zijn in de werksessies (tabel 2.1).

Tabel 2.1 Drie thema's voor de werksessies

Werkproces	Verandering stelsel	Instroom en uitstroom
– Variatie in de duur van de beoordelingen – Gespendeerde tijd per taak – Mogelijkheden tot taakdelegatie – Kansen voor het BAR-instrument⁵	– Veranderingen in het stelsel – Octas scenario's⁶ – Meest kansrijke oplossingen voor tekorten – Nog niet benoemde oplossingen	– Bekendheid van het vak – Werkplezier – Invloed van berichtgeving – Werkdruk – Arbeidsvoorwaarden – Doorgroeimogelijkheden

In elke werksessie kwamen telkens twee van deze thema's aan bod. De indeling van de thema's per sessie is te zien in tabel 2.2. Er vond één sessie plaats met aios verzekeringsgeneeskunde.

Tabel 2.2 Verdeling van thema's in de werksessies

Sessie nr	Thema 1	Thema 2	Deelnemers
1	Werkproces	Stelsel	Verzekeringsartsen
2	Werkproces	Instroom en uitstroom	Verzekeringsartsen
3	Instroom en uitstroom	Stelsel	Aios verzekeringsgeneeskunde
4	Werkproces	Stelsel	Verzekeringsartsen
5	Stelsel	Instroom en uitstroom	Verzekeringsartsen

De online werksessies zijn opgenomen en er zijn notulen gemaakt. Daarmee kon de inhoud van alle werksessies na afloop worden geanalyseerd.

2.3 Onderzoek onder burgers

2.3.1 De methode Burgerplatform

Bij moeilijke of abstracte vraagstukken hebben mensen soms moeite met het vormen van hun mening. Vragenlijsten, interviews of een groepsgesprek kunnen dan te weinig resultaat opleveren. Het Nivel heeft daarom als methode het 'Burgerplatform' ontwikkeld. Een Burgerplatform is een interactieve bijeenkomst over actuele, complexe kwesties in de gezondheidszorg. Hierbij zijn naast onderzoekers die de bijeenkomst begeleiden, ook experts en/of beleidsmakers aanwezig. Tijdens het Burgerplatform krijgen de deelnemers uitgebreide informatie over het vraagstuk via één of meer

⁵ BAR staat voor "Beschrijving Arbeidsbelastbaarheid en Re-integratie". Dit is een wetenschappelijk onderbouwd instrument dat ervoor moet zorgen dat bedrijfsartsen de belastbaarheid en re-integratiemogelijkheden van zieke werknemers op uniforme wijze gaan beschrijven en documenteren. Het instrument zou daarmee ook de communicatie tussen bedrijfsartsen en andere professionals, zoals verzekeringsartsen, moeten verbeteren. Voor meer informatie zie bijlage A.

⁶ De Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (Octas) heeft middels een onderzoeksrapport in 2024 advies aan het kabinet uitgebracht over het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Hierin worden drie varianten beschreven die het arbeidsongeschiktheidsstelsel eenvoudiger, begrijpelijker, eerlijker en uitvoerbaarder zouden moeten maken. Voor meer informatie zie bijlage A.

presentatie(s) van experts. Ook worden ze meegenomen in de discussie via meerdere individuele en groepsopdrachten. Deelnemers krijgen daarmee een completer beeld van de verschillende kanten van een vraagstuk en kunnen daardoor een geïnformeerde mening geven. Hierbij is het niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen (Triemstra et al., 2020). Want voor het beschrijven en begrijpen van hoe burgers tegen een onderwerp of vraagstuk aankijken is juist variatie in meningen van belang. Het complexe karakter van het vraagstuk dat centraal staat in dit onderzoek maakt dit een geschikt onderwerp voor een Burgerplatform. Voor dit onderzoek vond het Burgerplatform ‘Oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen’ plaats op 3 september 2025 bij het Nivel in Utrecht.

2.3.2 Werven van de deelnemers

De deelnemers voor het Burgerplatform zijn geworven via het Consumentenpanel Gezondheidszorg (zie Box 2.1 voor meer informatie over het panel). Op 2 juli 2025 werd er binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg een online uitnodiging voor deelname aan het Burgerplatform verstuurd naar 2.000 panelleden die representatief zijn voor de algemene bevolking op basis van leeftijd en geslacht. Daarnaast zijn deelnemers geworven via LinkedIn, door middel van een op 2 juli geplaatste LinkedIn oproep. Deelnemers konden deelnemen als zij in een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling hadden ondergaan of hier op dit moment mee bezig waren. Om inzicht te krijgen in hun situatie werd aan potentiële deelnemers een kort vragenlijstje voorgelegd waarin onder andere werd gevraagd naar de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Box 2.1 Het consumentenpanel gezondheidszorg

Het doel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Deze informatie wordt verzameld via schriftelijke of online vragenlijsten, interviews en Burgerplatforms.

Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 10.000 leden van 18 jaar en ouder. Van deze mensen zijn een aantal achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren.

Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Hiermee wordt voorkomen dat relatief veel mensen die bovengemiddeld geïnteresseerd zijn in of geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg zich aanmelden voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen.

2.3.3 De deelnemers aan het Burgerplatform

Naar aanleiding van de werving via het Consumentenpanel en via LinkedIn, gaven 36 mensen mee te willen doen aan het Burgerplatform en beschikbaar te zijn op 3 september. Uit deze groep is een selectie van deelnemers gemaakt. Een deel van de geïnteresseerden was door hun ziekte of beperking niet in staat om fysiek in Utrecht aanwezig te zijn, terwijl dit wel een vereiste was voor deelname aan de (groeps)opdrachten. Uit de deelnemers die wel aanwezig konden zijn, is een selectie gemaakt die zo divers mogelijk was, naar geslacht, leeftijd, en uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

De geselecteerde panelleden ontvingen een bevestiging van deelname. In totaal hadden 17 mensen bevestigd deel te nemen aan het Burgerplatform. Door enkele afmeldingen kort van tevoren, waren er uiteindelijk 11 mensen aanwezig tijdens het Burgerplatform. Tabel 2.3 geeft een overzicht van een aantal van hun kenmerken. Van de mensen die buiten het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geworven, is alleen het geslacht en de leeftijd bekend.

Tabel 2.3 Kenmerken van deelnemers aan het Burgerplatform (n=11)

Kenmerk	Aantal deelnemers
Geslacht	
Man	3
Vrouw	8
Leeftijd*	
Range	46 – 64 jaar
Gemiddelde leeftijd	57 jaar
Opleidingsniveau	
Laag (t/m LBO)	0
Midden	6
Hoog (HBO/Universiteit)	3
Onbekend**	2
Uitkomst arbeidsongeschiktheidsbeoordeling	
35/80 Werkhervatting gedeeltelijk Arbeidsgeschikten	2
80/100 Werkhervatting gedeeltelijk Arbeidsgeschikten	3
80/100 Inkomensvoorziening volledig Arbeidsongeschikten	6

*Berekend als 2025-geboortejaar.

**Deelnemers geworven buiten het Consumentenpanel Gezondheidszorg is niet gevraagd naar hun opleidingsniveau.

Aan het begin van het Burgerplatform is aan alle deelnemers gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Daarmee gaven ze het Nivel toestemming om de gegevens uit het Burgerplatform te gebruiken voor dit rapport. Tijdens het Burgerplatform zijn er ook foto's gemaakt van de dag. Deelnemers konden hier apart toestemming voor geven. Ook als mensen niet op de foto wilden, konden ze deelnemen aan het Burgerplatform. Een aantal foto's zijn opgenomen in dit rapport. Deelnemers kregen een cadeaukaart ter waarde van € 50,00 als dank voor hun deelname. Ook werden hun reiskosten vergoed.

2.3.4 Het programma

Het programma van het Burgerplatform is samengesteld door onderzoekers van het Nivel en bestond uit vier inhoudelijke onderdelen. Er werd gestart met een introductie, waarin deelnemers in kaart brachten hoe hun arbeidsongeschiktheidstraject eruit heeft gezien / eruit ziet. Daarna werd in het eerste blok ingegaan op de ervaringen van de deelnemers met dit traject. In het tweede blok konden deelnemers zelf oplossingen bedenken voor het capaciteitsprobleem. In het derde blok werden al bedachte oplossingsrichtingen, die voortkwamen uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen, aan de deelnemers voorgelegd. In het laatste blok werden vervolgens verschillende componenten, zoals snelheid, hoogte van de uitkering, van het arbeidsongeschiktheidsstelsel geordend door de deelnemers. Dit blok is gebaseerd op verschillen tussen Europese arbeidsongeschiktheidsstelsel, waarin deze componenten vaak een andere verhouding hebben dan in het Nederlandse stelsel. Deze vier programma onderdelen staan verder toegelicht in Box 2.2.

Box 2.2 Programmaonderdelen Burgerplatform ‘Oplossingsrichtingen tekort verzekeringsartsen

Introductie – Hoe heeft de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling eruit gezien?

Aan het begin van het Burgerplatform is aan alle deelnemers een vel met een tijdlijn uitgedeeld. Hierop konden deelnemers opschrijven hoe hun arbeidsongeschiktheidsbeoordeling eruit heeft gezien. De deelnemers konden hier jaartallen, gebeurtenissen en zorgverleners opschrijven.

Blok 1 – Ervaringen met arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

In dit onderdeel is door middel van de tijdlijn gevraagd welke knelpunten/verbeterpunten en positieve punten/succesfactoren deelnemers hebben ervaren tijdens hun arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Deze punten zijn op post-its geschreven en door de onderzoekers gecategoriseerd. Vervolgens zijn deze punten gezamenlijk besproken.

Blok 2 – Bedachte oplossingen burgers

In dit gedeelte is aan de deelnemers gevraagd in groepjes zelf oplossingen voor het tekort aan verzekeringsartsen te denken. Deelnemers hebben voor deze oplossingen verschillende voordelen, nadelen en mogelijke gevolgen voor iemand die in een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling zit op een invulvel ingevuld. De resultaten van de groepjes zijn vervolgens gezamenlijk besproken.

Blok 3 – Mening deelnemers al bestaande oplossingen

In dit onderdeel zijn de deelnemers wederom in drie groepen uit elkaar gegaan. In elke groepje zijn de voor- en nadelen van twee verschillende al bedachte oplossingen besproken. De groepjes konden hierna stemmen over welke oplossingsrichting ze het beste vonden. Hierna zijn de resultaten van de groepjes gezamenlijk besproken.

Blok 4 – Onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

In dit deel zijn vier onderdelen van een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling besproken. De deelnemers mochten individueel fiches verdelen over de gegeven onderdelen. Het onderdeel dat ze het belangrijkste vonden, gaven ze de meeste fiches. Aan de deelnemers is vervolgens gevraagd aan welk onderdeel ze de meeste fiches hadden gegeven en werden de redenen hiervoor gezamenlijk besproken. Ten slotte is er nog besproken of deelnemers nog andere onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling belangrijk vonden.

De discussies tijdens het Burgerplatform werden door onderzoekers van het Nivel geleid. Aan het begin van het Burgerplatform heeft een ervaren verzekeringsarts een presentatie verzorgd over de aanleiding en het doel van het onderzoek. Daarnaast is tijdens het derde blok een presentatie gegeven door dr. Sophie Aapkes, onderzoeker bij het Nivel, over bestaande oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen waar burgers daarna hun mening over vormden (blok 3).

2.3.5 Analyse van het Burgerplatform

Tijdens het Burgerplatform is er door een onderzoeker genotuleerd en zijn discussies samengevat op een flip-over. Wanneer de deelnemers in groepen uiteengingen, zijn de gesprekken in de subgroepen opgenomen door middel van opnameapparaten. Bij de opdrachten is ernaar gestreefd om zoveel mogelijk resultaten vast te laten leggen door de deelnemers zelf, zonder tussenkomst van de onderzoekers, bijvoorbeeld door middel van invulformulieren. De aantekeningen van de

onderzoekers, opnames en de door de deelnemers gemaakte opdrachten zijn gebruikt als input voor het verslag.

Na afloop van het Burgerplatform is een zogeheten member check uitgevoerd. Dit betekent dat een samenvatting met daarin de belangrijkste resultaten en conclusies van het Burgerplatform per e-mail is voorgelegd aan deelnemers. Zij konden hier een reactie op geven. Hierop kwam één inhoudelijke reactie binnen die aansloot bij de opgehaalde oplossingsrichtingen tijdens het Burgerplatform.

2.4 Schatting effecten drie oplossingsrichtingen

Op basis van het vragenlijstonderzoek, de werksessies en het Burgerplatform werden drie oplossingsrichtingen geselecteerd die als het meest wenselijk en kansrijk naar voren kwamen. Eén van deze oplossingsrichtingen had sterk de voorkeur van de verzekeringsartsen, één van deze oplossingsrichtingen had sterk de voorkeur van de burgers en de derde oplossingsrichting werd door zowel burgers als verzekeringsartsen redelijk kansrijk en wenselijk ingeschat. De drie gekozen oplossingsrichtingen zijn:

- Afschaffing van de IVA
(meest wenselijke en kansrijke oplossing volgens verzekeringsartsen)
- Meer taakverschuivingen door meer werken in sociaal medische centra
(meest wenselijke en kansrijke oplossing volgens burgers)
- Meer beschikbare (wetenschappelijke) richtlijnen en uniformere dossiers
(redelijk kansrijke en wenselijke oplossing volgens burgers en verzekeringsartsen)

Om de effecten van deze oplossingsrichtingen te analyseren moesten aannames gedaan worden over de verwachte effecten. Dit is gedaan op basis van bekende cijfers en data (bijvoorbeeld uit jaarrapportages van het UWV) en op basis van resultaten van het vragenlijstonderzoek en de werksessies. Ook zijn de eerdere onderzoeken naar dit onderwerp en het gedurende dit project verschenen rapport 'Werk aan de WIA' van het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) hierbij meegenomen (IBO 2025). Daarnaast werd een bijeenkomst georganiseerd met afgevaardigden van het UWV, waarin aanvullende data, cijfers en schattingen werden verzameld. Binnen deze groep experts, en ook binnen de begeleidingscommissie, werden telkens de veronderstelde effecten en aannames getoetst.

2.5 Begeleidingscommissie

Dit project werd doorlopend begeleid door een begeleidingscommissie met afgevaardigden van:

- Het UWV
- Het ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SWZ)
- De NSPOH
- Patiëntenfederatie Nederland
- De NVVG (zie box)
- De NOVAG (zie box)
- Een lid met juridische expertise binnen de verzekeringsgeneeskunde

Deze begeleidingscommissie kwam gedurende het onderzoek vijf keer bijeen.

NVVG en NOVAG

De **NVVG** is de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en is de wetenschappelijke beroepsvereniging voor de arts Arbeid en Gezondheid (A&G)-verzekeringsgeneeskunde en voor de artsen die hiertoe in opleiding zijn binnen zowel het publieke als het private domein. Het doel van deze vereniging is om de kwaliteit en onafhankelijkheid van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling te waarborgen en het bevorderen van participatie en preventie van maatschappelijke uitval. De vereniging heeft ruim 900 leden.

NOVAG is de beroepsvereniging en vakbond van de verzekeringsartsen bij UWV (publieke sector). Ze bevorderen de maatschappelijke rol van de verzekeringsarts en behartigen de individuele en collectieve belangen.

3 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Instroom en uitstroom’

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen ten aanzien van het thema ‘Instroom en uitstroom’. De resultaten worden per onderwerp weergegeven en telkens wordt aangegeven welke informatie is opgehaald in het **vragenlijstonderzoek** en welke informatie is opgehaald in de **werksessies**. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee de onderzoeksvragen: “Hoe zou de instroom in de opleiding tot verzekeringsarts vergroot kunnen worden?” en “Hoe kan de uitstroom uit het beroep worden verkleind?”

Belangrijkste resultaten

- Verzekeringsgeneeskunde komt slechts beperkt aan bod in de geneeskunde opleiding.
- Desondanks zijn er wel coassistenten, anios en aios die bij de verzekeringsgeneeskunde beginnen. Het lukt niet altijd om deze nieuwe instromers goed vast te houden, doordat het door de capaciteitstekorten soms moeilijk is voldoende opleiders te hebben om deze aanwas te begeleiden.
- Regelmatig verlaat nieuwe instroom hierdoor alsnog het vak. Tegelijkertijd stromen ook verzekeringsartsen met meer ervaring uit ten gevolge van een gebrek aan autonomie, de werksfeer en grote verschillen tussen de geleverde kwaliteit en aantallen beoordelingen tussen verzekeringsartsen.
- Al met al lijkt uitstroom daardoor op dit moment een groter probleem dan een gebrek aan instroom. Nieuwe instroom vasthouden lijkt ook een belangrijke eerste stap.

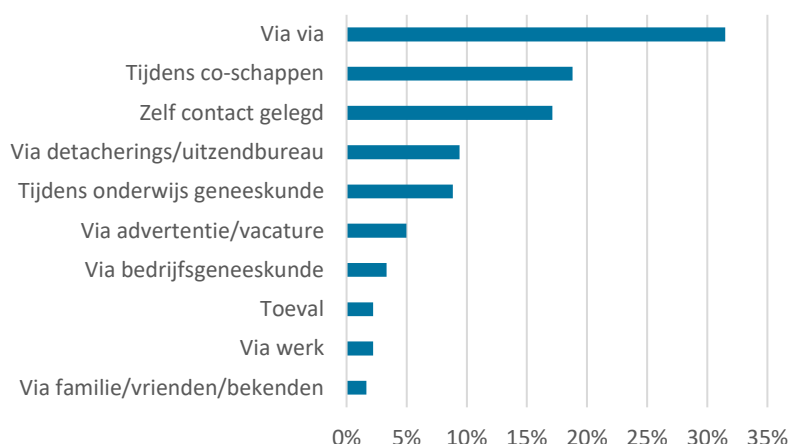
3.1 Instroom verhogen

In de vragenlijst werd aan verzekeringsartsen gevraagd om verschillende algemene oplossingsrichtingen te ranken in volgorde van meest naar minst kansrijk. Het proberen op te hogen van de instroom werd niet als meest maar ook niet als minst kansrijk gezien. In de volgende paragrafen bespreken we resultaten ten aanzien van mogelijkheden om de instroom te verhogen.

3.1.1 Aandacht in de geneeskundeopleiding

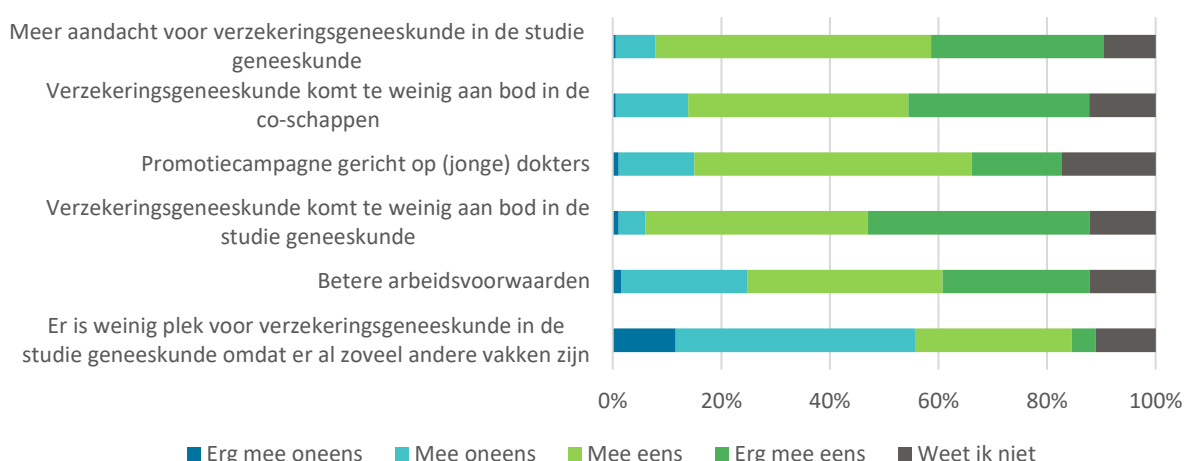
In de **vragenlijst** werd aan verzekeringsartsen gevraagd hoe zij zelf voor het eerst in aanraking kwamen met de verzekeringsgeneeskunde. Slechts 9% leerde het vak kennen tijdens het onderwijs in de geneeskunde opleiding. Een groot deel van de verzekeringsartsen leerde het vak via-via kennen, tijdens de coschappen of legde zelf het contact. Daarnaast kwam 9% in aanraking met de verzekeringsgeneeskunde via een detacherings- of uitzendbureau (figuur 3.1).

Figuur 3.1 Hoe kwamen verzekeringsartsen voor het eerst in aanraking met de verzekeringsgeneeskunde?



Vanwege het lage percentage geneeskundestudenten dat tijdens de studie met verzekeringsgeneeskunde in aanraking komt, werden in de vragenlijst werden ook vragen en stellingen voorgelegd over mogelijkheden om de bekendheid van het vak te vergroten en de instroom te verhogen (figuur 3.2). Meer aandacht voor de opleiding bij de studie geneeskunde en in de coschappen worden gezien als kansrijke opties, evenals een promotiecampagne voor (jonge) dokters. Ongeveer de helft van de verzekeringsartsen is het eens met de stelling dat er weinig plek voor verzekeringsgeneeskunde in de studie geneeskunde is omdat er al zoveel vakken zijn, maar de andere helft is het hiermee oneens. De aios antwoordden vergelijkbaar met de verzekeringsartsen op de stellingen. Zij waren het alleen nog vaker oneens (80%) met de stelling dat er weinig plek is voor verzekeringsgeneeskunde in de studie geneeskunde.

Figuur 3.2 Percentage verzekeringsartsen dat het eens of oneens is met stellingen over het aantrekken van meer artsen voor het vak



Ook in de **werksessies** werd bevestigd dat de verzekeringsgeneeskunde op dit moment erg weinig aan bod komt bij de geneeskunde opleiding. Bovendien gaven deelnemers tijdens de werksessies aan dat er binnen de geneeskundeopleiding ook een imago probleem heerst ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde. Volgens verschillende deelnemers zou het zin hebben iets aan dat imago te doen, bijvoorbeeld door een promotiecampagne (ook gewaardeerd in de vragenlijst) of een reclamebureau.

3.1.2 Vasthouden van instromers

Daarnaast gaven diverse deelnemers tijdens de **werksessies** aan dat er meer kansen liggen in het enthousiasmeren van de coassistenten. Bij sommige UWV's zijn er best geneeskundestudenten die een coschap verzekeringsgeneeskunde komen doen, maar door de drukte schiet de begeleiding er soms bij in. Coassistenten krijgen dan onvoldoende aandacht, terwijl het juist een goed moment is om ze voor het vak te enthousiasmeren. Een landelijk beleid vanuit het UWV ten aanzien van coassistenten zou hierbij kunnen helpen.

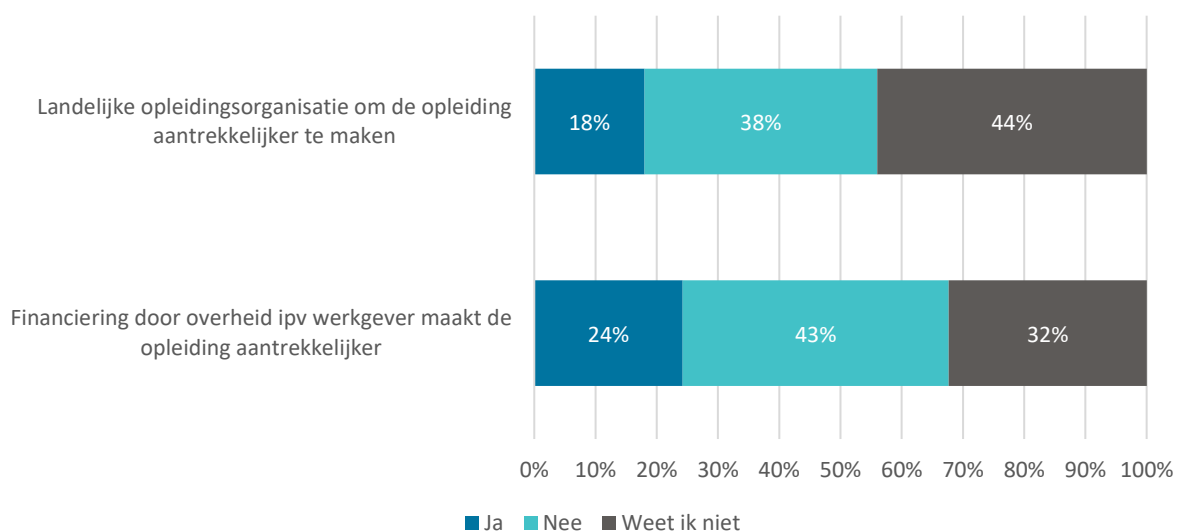
Ook ten aanzien van het begeleiden van anios en aios werd aangegeven dat te weinig capaciteit er soms toe leidt dat het moeilijk is om mensen op te leiden. Zo gaf een deelnemer aan dat er veel nieuwe anios en aios begonnen, maar dat uiteindelijk maar de helft bleef. Soms ontstond de onwenselijke situatie dat anios en aios elkaar gingen opleiden, wat de kwaliteit en het werkplezier niet te goede kwam. Hierbij zijn er grote onderlinge verschillen, er zijn ook regio's waar anios en aios wel goed werden begeleid en ook goed werden vastgehouden.

3.1.3 Financiering van de opleiding

De financiering van de opleiding tot verzekeringsarts is anders dan bij de meeste medische vervolgoopleidingen. Terwijl de meeste medische vervolgoopleidingen gefinancierd worden door de overheid, wordt de opleiding tot verzekeringsarts gefinancierd door de werkgever. Er is ook geen landelijke opleidingsorganisatie, zoals bijvoorbeeld wel het geval is bij de opleiding tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts Maatschappij en Gezondheid.

In de **vragenlijst** gaf 78% van de verzekeringsartsen aan dat hun opleiding gefinancierd werd door het UWV. Bij 6% van de verzekeringsartsen was de opleiding gefinancierd door een verzekeraar, en de resterende 16% werd gefinancierd door Argonaut, Defensie, een arbodienst, eigen financiering of een andere instelling. Slechts een klein deel verwachtte dat de opleiding aantrekkelijker zou worden door financiering vanuit de overheid en/of een landelijke opleidingsorganisatie (figuur 3.3). De aios waren iets positiever over het effect van financiering door de overheid, 37% denkt dat dit de opleiding aantrekkelijker zal maken.

Figuur 3.3 Percentage verzekeringsartsen dat verwacht dat een landelijke opleidingsorganisatie of financiering van de opleiding door de overheid de opleiding aantrekkelijker kan maken.

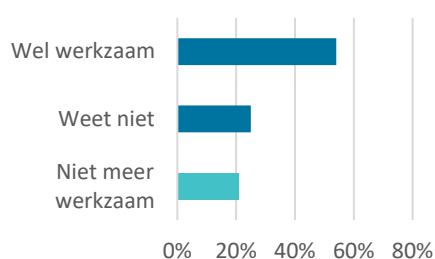


3.2 Uitstroom uit het vak verlagen

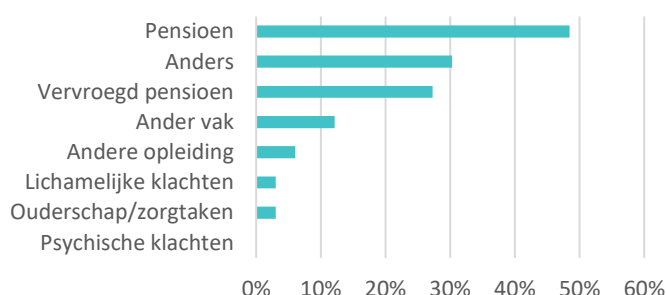
3.2.1 Wens tot meer of minder werken

De verzekeringsartsen die de **vragenlijst** invulden werkten gemiddeld 32 uur per week. Ongeveer 20% van de verzekeringsartsen verwacht over vijf jaar niet meer als verzekeringsarts te werken, het grootste deel wegens pensioen of vervroegd pensioen (figuur 3.4.). Van de aios verwacht 11% over vijf jaar niet meer werkzaam te zijn. Ruim 30% van de aios weet nog niet of ze over vijf jaar nog als verzekeringsarts zullen werken.

Figuur 3.4a Percentage verzekeringsartsen dat verwacht over vijf jaar nog werkzaam te zijn

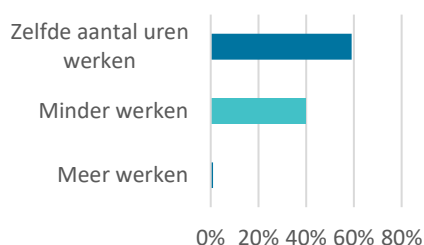


Figuur 3.4b Redenen waarom 21% van de verzekeringsartsen over vijf jaar niet meer verwacht te werken (meerdere antwoorden mogelijk)

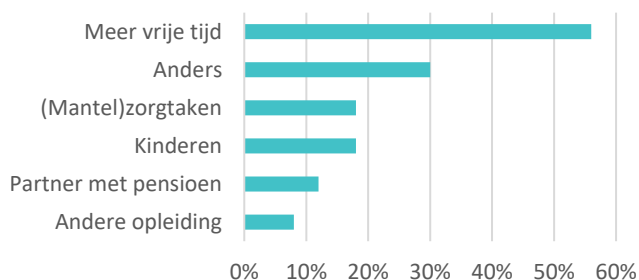


Zo'n 40% van de verzekeringsartsen zou de komende vijf jaar graag minder uren willen werken. De belangrijkste reden hiervoor was behoefte aan meer vrije tijd, maar ook een naderend pensioen, pensioen van de partner of (mantel)zorgtaken waren belangrijke redenen (figuur 3.5). Gemiddeld wilden de verzekeringsartsen die minder uren willen werken tien uur per week minder werken.

Figuur 3.5a Percentage verzekeringsartsen dat in de komende vijf jaar hetzelfde aantal, minder of meer uren zou willen werken (verzekeringsartsen die binnen vijf jaar willen stoppen zijn uitgezonderd)



Figuur 3.5b Redenen waarom 40% van de verzekeringsartsen minder zou willen werken (verzekeringsartsen die binnen vijf jaar willen stoppen zijn uitgezonderd; meerdere antwoorden mogelijk)

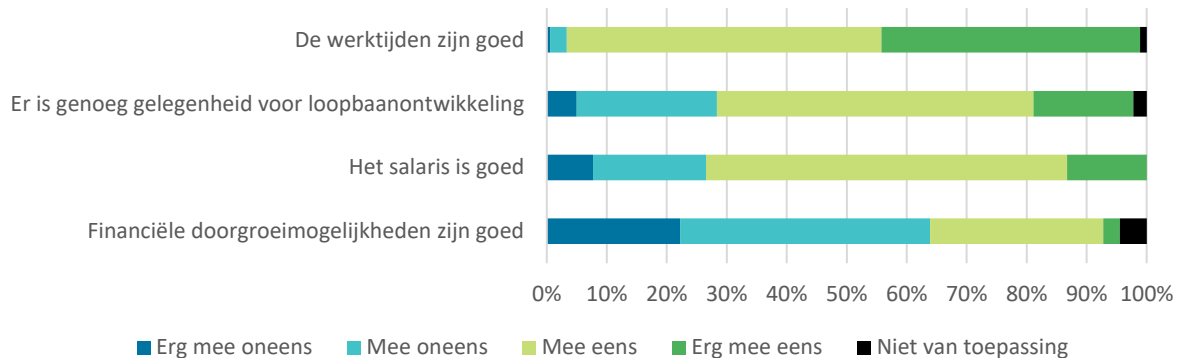


Aios willen na het afronden van hun opleiding gemiddeld 30 uur per week gaan werken.

3.2.2 Arbeidsvoorwaarden

Op basis van de **vragenlijst** zijn verzekeringsartsen tevreden over de werktijden, loopbaanontwikkeling en het salaris. Ruim 60% van de verzekeringsartsen is echter ontevreden over de financiële doorgroeimogelijkheden (figuur 3.6). De aios waren in dezelfde mate tevreden over de stellingen ten aanzien van werktijden, loopbaanontwikkeling en salaris. Bij de aios was 75% ontevreden over de financiële doorgroeimogelijkheden.

Figuur 3.6 Percentage verzekeringsartsen dat het eens of oneens is met stellingen over de arbeidsvoorwaarden

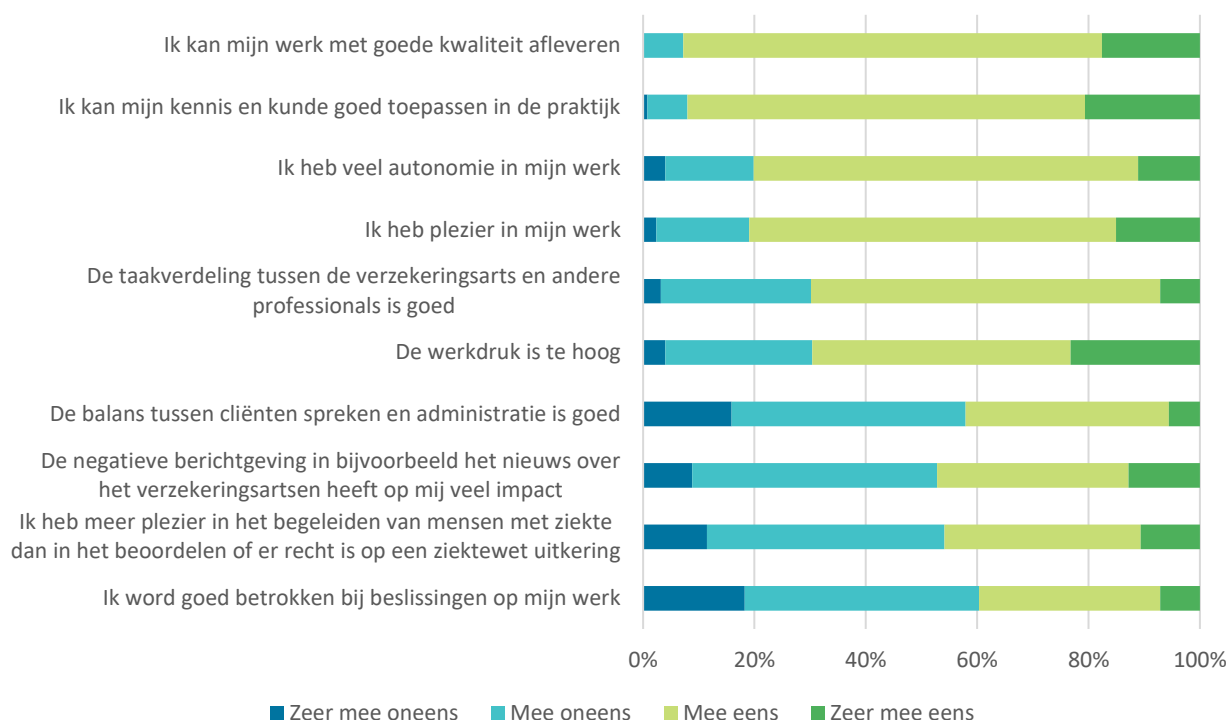


In de **werksessies** werden deze resultaten ten aanzien van salaris en financiële doorgroeimogelijkheden wat wisselend geduid. In één werksessie kwam naar voren dat het salaris goed is en geen reden om te stoppen met het vak of weg te gaan bij het UWV. Het verschil in salaris tussen het UWV en de private sector zou al veel kleiner zijn dan vroeger. Bij een andere werksessie kwam naar voren dat het startsalaris goed is, maar de doorgroei minder, en dat dat soms wel een reden kan zijn voor onvrede.

3.2.3 Uitvoering van het werk als uitstroomreden

In de **vragenlijst** werden een reeks stellingen voorgelegd over de uitvoering van het werk (figuur 3.7).

Figuur 3.7 Stellingen over werkplezier, werkdruk, autonomie en betrokkenheid (alleen verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV)



Over het algemeen kunnen verzekeringsartsen hun werk met goede kwaliteit afleveren en kunnen zij hun kennis goed toepassen. Ongeveer 35% van de verzekeringsartsen vindt de werkdruk te hoog en meer dan de helft vindt de balans tussen administratie en cliënten zien niet goed. Ongeveer 20% van de verzekeringsartsen ervaart te weinig autonomie in het werk en meer dan de helft voelt zich niet voldoende betrokken bij beslissingen. In diverse [werksessies](#) werd bevestigd dat dit een reden voor uitstroom is: er zou relatief veel uitstroom zijn door overbelasting, onvrede over de werkwijze, organisatiecultuur en onvrede over het management. Het management werd door een deelnemer beschreven als ‘autoritair’ en door een andere deelnemer als ‘top-down’ in plaats van ‘bottom-up’. Eén voorbeeld hiervan dat vaak naar voren kwam in de werksessies is dat er veel druk is op het aantal beoordelingen dat gedaan moet worden. Hierbij worden collega’s die veel beoordelingen doen van slechte kwaliteit beter beoordeeld dan collega’s die minder beoordelingen doen van grotere kwaliteit wat leidt tot frustratie onder verzekeringsartsen. Daarnaast zou er ook druk zijn om aan taakherschikking te doen en telefonisch te beoordelen in plaats van fysiek. Het gebrek aan autonomie en betrokkenheid is ook een reden waarom verzekeringsartsen vaker als zelfstandige gaan werken. In lijn hiermee droegen in het [vragenlijstonderzoek](#) drie verzekeringsartsen in de open antwoorden als oplossing een ‘onafhankelijke medische dienst’ aan. De belangrijkste drijfveer daarvoor zou zijn dat artsen dan meer autonomie krijgen, en meer inspraak over de organisatie van het werk.

Volgens deelnemers aan de [werksessies](#), gaan ook anios en aios weg door de werkdruk. Volgens een deelnemer aan een werksessie krijgen nieuwe anios en aios onvoldoende de kans om efficiënter te worden en de workload op te bouwen, maar moeten ze meteen veel productie draaien, waardoor aios afknappen. Ook moeten aios soms verplicht veel delegeren aan andere zorgprofessionals terwijl je zelf het vak nog moet leren. Het leerklimaat verschilt sterk per regio. Volgens deelnemers is er in sommige regio’s sprake van een onveilig leerklimaat. Aan de andere kant zijn er ook regio’s waar het heel goed gaat, aios tevreden zijn en blijven.

4 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Werkproces’

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen ten aanzien van het thema ‘Werkproces’. De resultaten worden per onderwerp weergegeven en telkens wordt aangegeven welke informatie is opgehaald in het **vragenlijstonderzoek** en welke informatie is opgehaald in de **werksessies**. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee de onderzoeksvragen: *“Hoe besteden verzekeringsartsen hun tijd? Zijn er onderlinge verschillen?”* en *“Zijn er mogelijk andere opleidingen/disciplines die de taken van een verzekeringsarts zouden kunnen vervullen, en wat kan de rol van AI hierin zijn? Wat is de verwachte tijdswinst hiervan?”*

4.1 Het beoordelingsproces

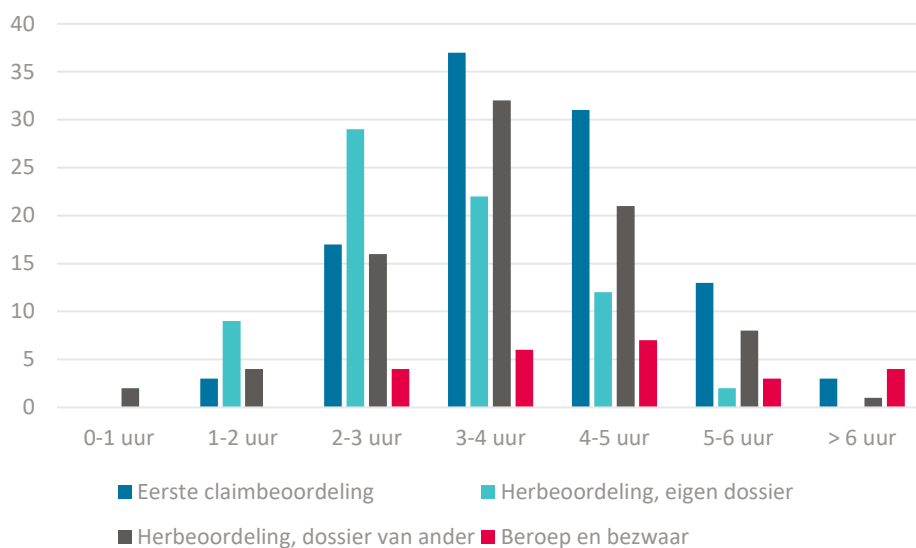
Belangrijkste resultaten

- De tijd die een verzekeringsarts besteedt aan een beoordeling is de afgelopen twintig jaar fors opgelopen. Dit komt met name omdat er steeds meer eisen gesteld worden aan het verzekeringsgeneeskundig onderzoek, de oordeelsvorming en de verslaglegging hiervan in de verzekeringsgeneeskundige rapportage. Onder andere door veel rechtszaken over arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen ontstaat er steeds meer jurisprudentie waarmee verzekeringsartsen rekening moeten houden.
- Vanwege de complexiteit kan de rapportage niet goed gedelegeerd worden aan andere zorgprofessionals. Wel zou AI de rapportagetijd kunnen reduceren.
- De richtlijnen en standaarden die verzekeringsartsen nu gebruiken zijn verouderd. Nieuwe (wetenschappelijke) richtlijnen kunnen het beoordelen voor verzekeringsartsen makkelijker maken en de rapportage korter. Mogelijk voorkomen nieuwe (wetenschappelijke) richtlijnen ook het ontstaan van steeds nieuwe jurisprudentie voor zaken waar nu expert-opinions gevraagd worden.
- Veel verzekeringsartsen vinden dat meer taken gedelegeerd kunnen worden, met name naar de SMV. Hoe de samenwerking met de SMV in de praktijk bevalt hangt af van de klik met de persoon. Zorgvuldige koppeling van een SMV aan een verzekeringsarts is daarom belangrijk.

4.1.1 Duur van de beoordelingen

Zoals in de inleiding al beschreven, is de tijd die een verzekeringsarts besteed aan een eerste arbeidsongeschiktheidsbeoordeling de afgelopen jaren fors opgelopen, in twintig jaar van zo’n twee naar zo’n vijf uur per beoordeling. In de **vragenlijst** vroegen we naar de gemiddelde duur van een eerste claimbeoordeling, een herbeoordeling en een beoordeling in het kader van beroep of bezwaar. Voor verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV was de gemiddelde duur voor een eerste beoordeling 4,3 uur ($\pm 1,4$), de gemiddelde duur van een herbeoordeling van een eigen dossier 3,4 uur ($\pm 1,3$), een herbeoordeling van andermans dossier 4 uur ($\pm 1,6$) en van een beroep en bezwaar beoordeling 4,9 uur ($\pm 2,1$).

Figuur 4.1 Spreiding in beoordelingsduren voor verschillende beoordelingen (alleen verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV)



Er zitten echter relatief grote verschillen in de antwoorden van de respondenten (figuur 4.1).

In de meeste **werksessies** werden de tijden uit figuur 4.1 herkend. De variatie in beoordelingstijd kan een veelheid aan oorzaken hebben, zoals verschil in complexiteit van het dossier, de mate waarin al informatie beschikbaar is over de cliënt, de werkervaring van de verzekeringsarts en de mate van taakdelegatie.

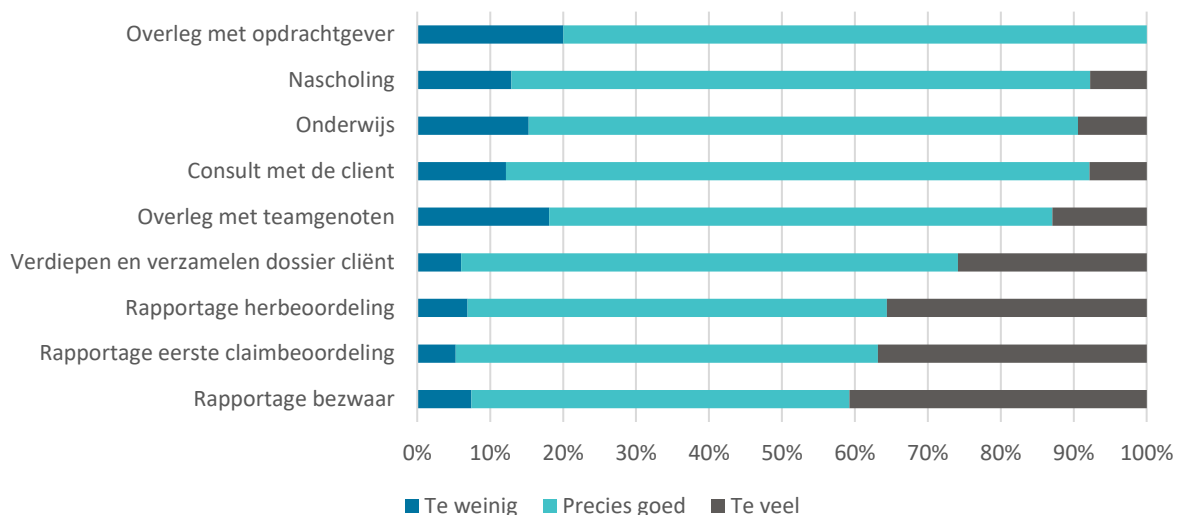
Het maakt ook uit of er al ‘voorwerk’ is gedaan. Als een cliënt door een verzekeringsarts is begeleid tijdens de ziektewet (zogenoemde vangnetters), is daar vaak al veel goede rapportage en is de beoordeling minder werk. In één werksessie kwam naar voren dat als de ziektewet begeleiding door een sociaal medisch verpleegkundige gedaan is, er soms toch nadien nog meer dingen naar voren komen waardoor de beoordeling meer werk is.

Ditzelfde principe geldt voor de tijdsduur van de herbeoordeling: en herbeoordeling van een cliënt die je zelf eerder hebt gezien, gaat sneller dan een herbeoordeling van een cliënt die eerder door een andere verzekeringsarts gezien is (op basis van het vragenlijstonderzoek 3,4 versus 4 uur). In een werksessie werd geschat dat de eerste beoordeling bij zo’n 60% van de herbeoordelingen door een andere verzekeringsarts is gedaan en in 40% van de gevallen door jezelf. Het doen van herbeoordelingen van cliënten die eerder door andere verzekeringsartsen gezien zijn, is onder andere door pensioen, niet te vermijden, maar kost dus wel meer tijd. Ook ten aanzien van de beoordelingen door beroep en bezwaar speelt hetzelfde: als er bij de eerste beoordeling een uitgebreid rapport gemaakt is, is beroep en bezwaar snel klaar. De wachttijd voor een beroep en bezwaar procedure is vaak één tot twee jaar. Als er bij de eerste beoordeling een summier rapport is gemaakt, moet beroep en bezwaar dan die één tot twee jaar terug. Vaak lukt dat niet: het opstellen van een functionele mogelijkheden lijst lukt bijvoorbeeld niet meer, en het bezwaar is dan niet meer te beoordelen. Eén deelnemer was het niet zozeer met de anderen eens: hij was juist voorstander van het kort en bondig rapporteren: hij gaf aan dat acht van de tien beoordelingen nooit tot een bezwaarzaak leidden, en dat het korte beoordelen dan wel veel tijd scheelde. Ook in het **vragenlijstonderzoek** waren er een aantal verzekeringsartsen die juist voorstander waren van beknopter en ‘minder defensief’ rapporteren.

4.1.2 Tijd per taak

In het **vragenlijstonderzoek** werd gevraagd of de besteedde tijd per taak als goed ervaren wordt (figuur 4.2). Hier zien we dat verzekeringsartsen vaak vinden dat de rapportage, waarbij zij verslag doen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en de daaruit volgende oordeelsvorming, relatief te veel tijd kost.

Figuur 4.2 Percentage verzekeringsartsen dat vindt dat zij aan een taak te weinig, precies genoeg, of teveel tijd (moeten) besteden (alleen verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV)



In de **werksessies** werd ingegaan op de redenen dat de beoordelingstijd door de loop van de jaren zo opgelopen is, en daarbij kwam vooral de tijd die de rapportage kost naar voren. Hierbij werd aangegeven dat er steeds meer eisen zijn waaraan de rapportage moet voldoen. Beoordelingen zijn in de loop van de jaren steeds langer geworden, met name doordat er goede argumentatie gevraagd wordt. Hierbij spelen verschillende dingen een rol. Mede vanwege het grote aantal beroep- en bezwaarzaken, is goede argumentatie belangrijk. De rechter kijkt ook met name naar deze argumentatie. Zo gaf een deelnemer als voorbeeld dat als je op basis van medische stukken ziet dat het een WGA 80-100% gaat worden, met kans op verbetering, je vanaf dat moment al weet dat je zelf het gesprek moet doen en heel nauwkeurig moet rapporteren. De werkgever kan hier bezwaar tegen maken, dat anders niet blijft staan. Door de vele rechtszaken, ontstaat ook steeds meer jurisprudentie waarmee de verzekeringsartsen in hun volgende beoordelingen rekening moeten houden, waarmee de beoordeling nog langer duurt. Eén deelnemer vatte het samen in dat het ook bij de tijd past, dat er hoge kwaliteitseisen zijn, en dat mensen niet meer akkoord gaan met minder.

Daarnaast is er ook een toename van het aantal mensen dat in aanmerking komt voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vanwege psychische of psychosociale klachten. Door steeds meer (medische en maatschappelijke) erkenning voor psychosociale problematiek als (mede) oorzaak van verminderd functioneren, moet ook dit meegenomen worden, en moet ook hier een gedegen verzekeringsgeneeskundige rapportage opgesteld worden naar aanleiding van het onderzoek en de oordeelsvorming.

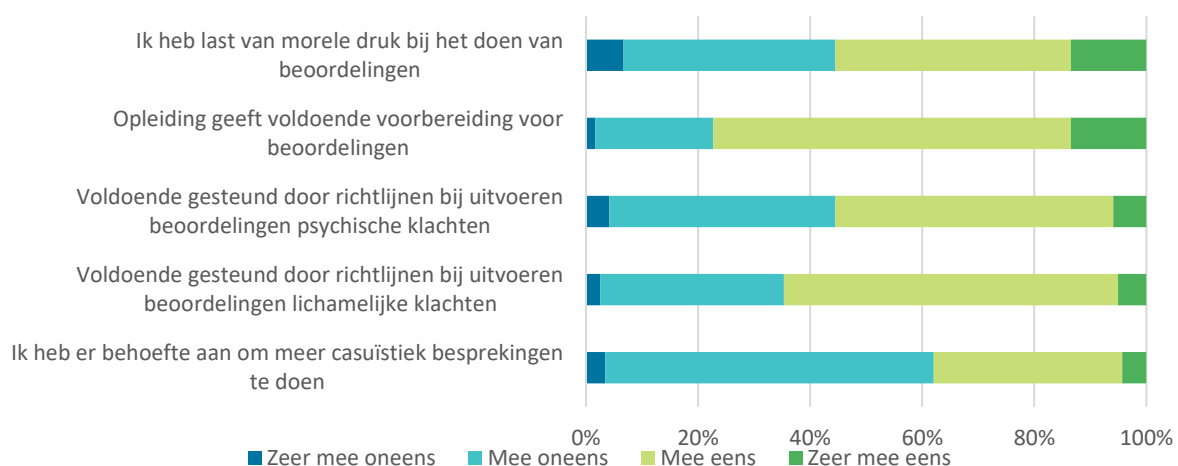
4.1.3 Richtlijnen

Uit de vorige paragraaf bleek dat één van de factoren waardoor de beoordelingstijd door de jaren heen zo opgelopen is, te maken heeft met de vele rechtszaken die gevoerd wordt en de vele jurisprudentie die daardoor ontstaat, waar bij het beoordelen rekening mee gehouden moet worden. Tegelijkertijd zijn de afgelopen jaren de aandoeningen die aanleiding zijn voor de beoordeling

veranderd (meer psychische en psychosociale problematiek) en complexer geworden. Mogelijk zouden duidelijke, actuele (wetenschappelijke) richtlijnen meer houvast kunnen bieden bij het beoordelen van cliënten, wat tijd scheelt, kunnen deze richtlijnen bijdragen aan het voorkomen van verschillen tussen verzekeringsartsen. Daarnaast zouden heldere (wetenschappelijke) richtlijnen ook van nut kunnen zijn bij de vele beroep- en bezwaarzaken. Nu moet de rechter vaak voor medisch-inhoudelijke afwegingen een expert vragen, waarbij de uitspraak gevolgen heeft voor volgende zaken en daarmee voor de argumentatie van de verzekeringsarts. Ook in die zin is het potentieel wenselijker dat de rechter beschikking heeft over actuele verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, die door de beroepsgroep breed gedragen zijn.

In het **vragenlijstonderzoek** werden een aantal stellingen over de uitvoering van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen aan deelnemers voorgelegd (figuur 4.3). Het merendeel van de verzekeringsartsen voelt zich door de opleiding voldoende voorbereid om beoordelingen te doen en heeft niet zozeer behoefte aan meer casuïstiek besprekingen. Ten aanzien van richtlijnen werden twee stellingen voorgelegd: “Ik voel me voldoende gesteund door richtlijnen bij het uitvoeren van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van mensen met fysieke klachten.” En “Ik voel me voldoende gesteund door richtlijnen bij het uitvoeren van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van mensen met psychische klachten.” Figuur 4.3 laat zien dat het merendeel van de deelnemers zich voldoende gesteund voelde door de huidige richtlijnen ten aanzien van fysieke klachten. Een kleinere meerderheid voelde zich gesteund door richtlijnen bij het beoordelen van psychische klachten.

Figuur 4.3 Stellingen over de uitvoering van het werk (alleen verzekeringsartsen werkzaam bij het UVV)

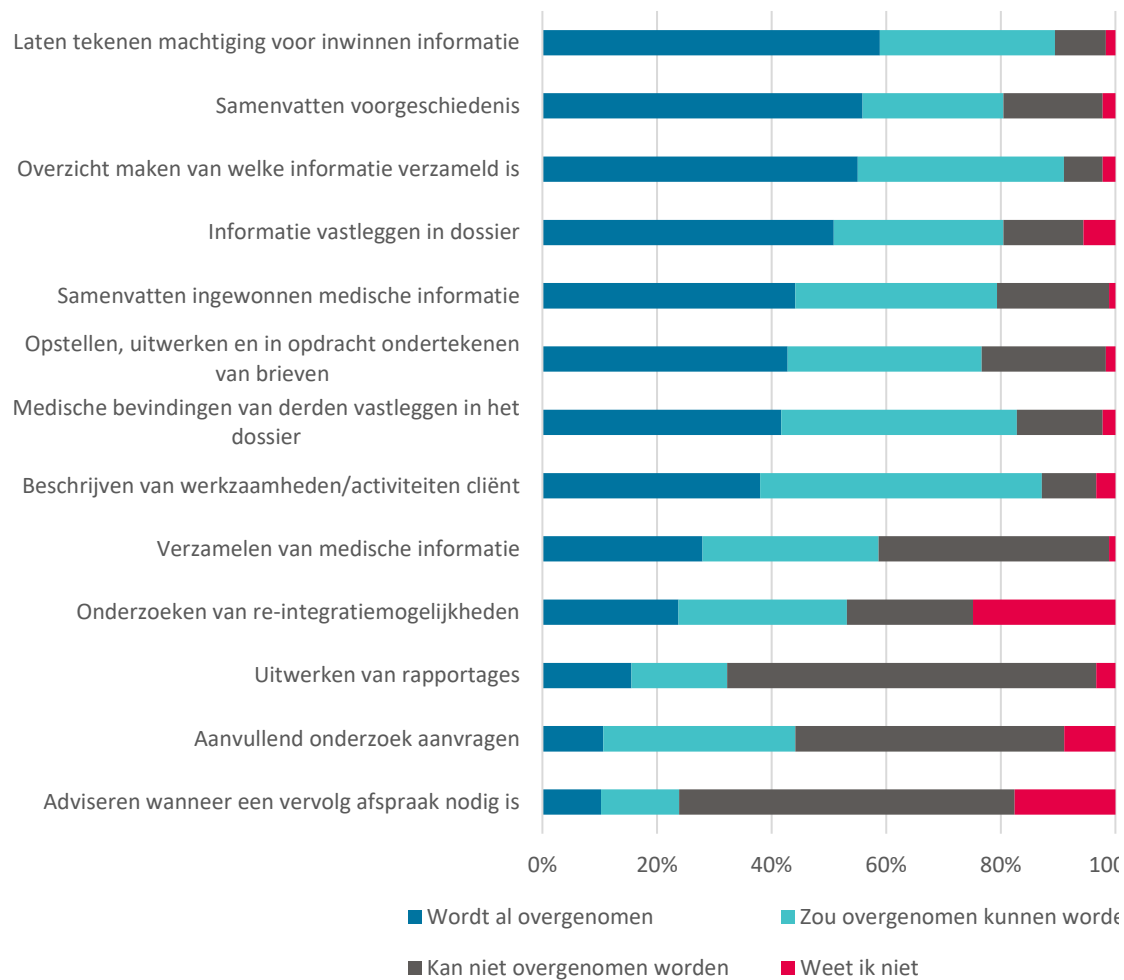


In de werksessies waren deelnemers uitgesprokener en negatiever over de richtlijnen en standaarden die nu worden gebruikt. De richtlijnen werden daar door een deelnemer ‘een grap’ en ‘ontiegelijk oud’ genoemd. De standaard GDBM (Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden) is uit 1996 en de UVV-richtlijn OPSF (Onvermogen tot Persoonlijk en Sociaal Functioneren) uit 2018. Ook werd aangegeven dat de richtlijnen op heel veel verschillende manieren uit te leggen zijn en dat er weinig inhoudelijke documenten zijn. Een duidelijk standpunt in de richtlijn zou kunnen helpen om meer uniformiteit te krijgen. Voor de rechter is het dan ook duidelijker waarom er op een bepaalde manier beargumenteerd wordt. Een goede (wetenschappelijke) richtlijn maken kost natuurlijk wel veel tijd. Eén deelnemer wierp daarom de vraag op hoe de kosten-baten verhouding zou zijn van het maken van nieuwe richtlijnen en of het waard is daar zoveel tijd in te investeren.

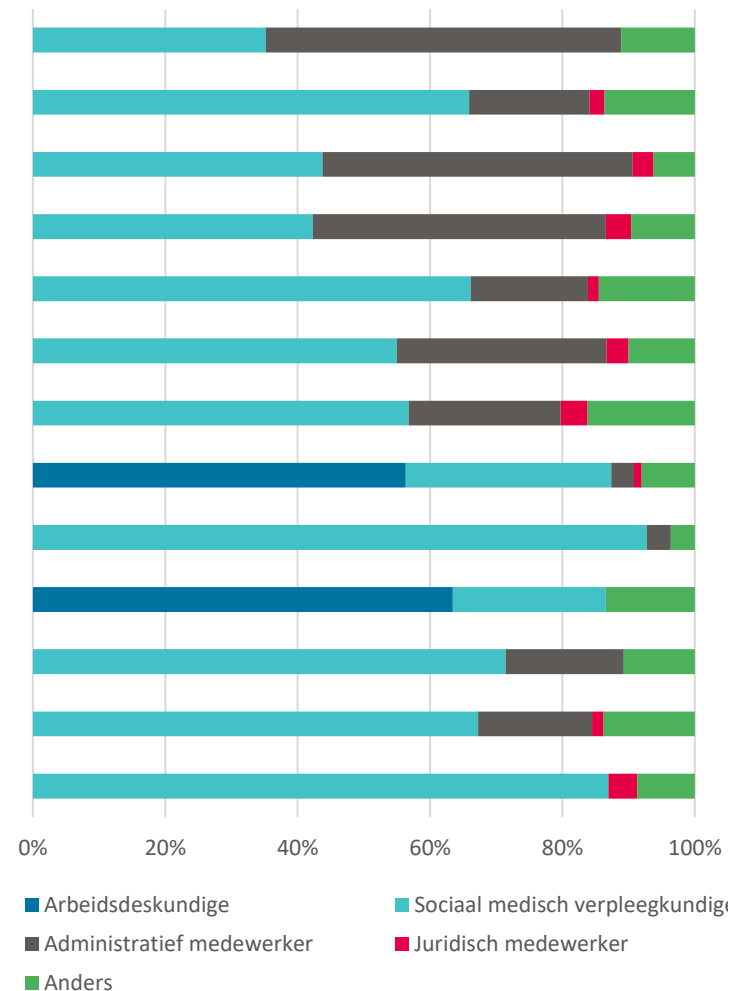
4.1.4 Taakdelegatie

In de **vragenlijst** werd gevraagd welke mogelijkheden verzekeringsartsen zagen voor taakdelegatie. In een handreiking van de NVVG uit 2022 werden taken in kaart gebracht die potentieel gedelegeerd zouden kunnen worden. Van deze taken is aan verzekeringsartsen gevraagd of zij vonden dat deze taken gedelegeerd konden worden (figuur 4.4).

Figuur 4.4a Percentage verzekeringsartsen dat vindt dat een taak overgenomen zou kunnen worden



Figuur 4.4b Als deze taak overgenomen zou kunnen worden: door welke professional?



Een aantal taken wordt al veel gedelegeerd, namelijk het laten tekenen van een machtiging voor het inwinnen van informatie, het vastleggen van informatie in het dossier, het maken van een overzicht welke informatie verzameld is en het samenvatten van de voorgeschiedenis en de ingewonnen informatie. Van de verzekeringsartsen die dit nog niet delegeren, vind een groot deel dat het wel gedelegeerd zou kunnen worden. Zij verwachten dit met name te kunnen delegeren aan de sociaal medisch verpleegkundige en administratief medewerker. Het beschrijven van de activiteiten van de cliënt wordt door 36% van de verzekeringsartsen gedelegeerd, maar het overgrote deel vindt dat het gedelegeerd zou kunnen worden. Het grootste deel zou dit delegeren naar de arbeidsdeskundige, een kleiner deel naar de SMV. Juist het uitwerken van de rapportages, waarvan we eerder in dit hoofdstuk zagen dat het veel tijd kost, kan volgens een groot deel van de verzekeringsartsen niet gedelegeerd worden.

Delegatie naar de sociaal medisch verpleegkundige

In de **werksessies** gingen we verder op deze resultaten in. Daar kwamen veel wisselende meningen naar voren over de samenwerking met en het delegeren naar de sociaal medisch verpleegkundige (SMV). Ten aanzien van het verzamelen van medische informatie merkten een aantal deelnemers op dat dit mag, maar dat hier wel weerstand tegen is. De verzekeringsarts zou dit sneller kunnen dan de SMV en de verzekeringsarts kan beter gerichte vragen naar een behandelaar sturen. De SMV zou minder goed in staat zijn om specifieke vragen aan een behandelaar te stellen, terwijl op de algemenere vragen juist ook zelf antwoord te vinden is. Een andere deelnemer gaf aan dat hij het voorspreekt als er brieven voor behandelaren opgesteld moeten worden en aangeeft welke vragen van belang zijn. De SMV werkt dit dan verder uit.

Ook ten aanzien van de anamnese waren de meningen verdeeld. Sommige verzekeringsartsen vonden het lastig iets te zeggen over een patiënt die ze niet of slechts enkele minuten gezien hebben. Meerdere verzekeringsartsen vonden dit met name lastig bij psychische klachten: daar kostte het hun zelf tijd om een goed beeld van de klachten te krijgen en psychiatrisch onderzoek te doen. Zij vonden het gemakkelijker om de anamnese door de SMV te laten uitvoeren bij lichamelijke klachten. Andere verzekeringsartsen vonden dat het delegeren van de anamnese aan de SMV tijd scheelde en werkplezier opleverde.

In zijn algemeenheid vonden sommige verzekeringsartsen het jammer dat zij door taakdelegatie zelf steeds minder contact hadden met de cliënt en steeds meer bezig zijn met documentatie. Daarnaast wisselden de ervaringen met het starten van een samenwerking met een sociaal medisch verpleegkundige. In theorie worden de verzekeringsarts en sociaal medisch verpleegkundige aan elkaar gekoppeld na een zogenoemd 'klikgesprek'. Bij een aantal deelnemers werkte dat heel prettig: zij konden zelf sollicitatiegesprekken voeren en hun eigen collega's aannemen. Andere deelnemers ervoeren deze klikgesprekken meer als theorie. Als er een SMV over was die niet meer gekoppeld was aan een verzekeringsarts, bijvoorbeeld omdat deze met pensioen ging, was het klikgesprek naar hun idee een formaliteit en was er geen werkelijke keuze. Eén deelnemer had ook het idee dat sommige verzekeringsartsen huiverig zijn om met een SMV te werken, door tuchtrechtelijke uitspraken in het verleden. Een andere verzekeringsarts was juist blij met de samenwerking met de SMV en vond dat er veel winst te behalen was als er meer gedelegeerd zou worden.

Delegatie naar en samenwerking met andere functies

Ten aanzien van de delegatie naar en samenwerking met andere functies kwam in de **werksessies** vooral naar voren dat de meerwaarde vooral van de specifieke persoon afhangt. Een aantal deelnemers werkten samen met medisch secretaresses die eigenlijk overgekwalificeerd waren, en zeer goed waren in hun werk. Vanwege de grote complexiteit van het werk was bij andere medisch

secretaresses de meerwaarde minder groot. Deelnemers gaven ook aan dat het prettig werkt als er goede juridische expertise aan boord is. Omdat dat niet altijd (meer) het geval is, voelden verzekeringsartsen zich zelf verantwoordelijk goed op de hoogte te zijn van alle juridische aspecten, wat hen tijd en moeite kost.

4.1.5 Kansen voor artificial intelligence (AI) in de verzekeringsgeneeskunde

Eerder in dit hoofdstuk bleek uit de resultaten van het **vragenlijstonderzoek** dat verzekeringsartsen de rapportage op dit moment niet vaak delegeren en hier ook weinig mogelijkheden toe zien. Tegelijkertijd bleek ook uit de vragenlijst dat de rapportage wel een taak is waarvan verzekeringsartsen vinden dat deze relatief te veel tijd kost (figuur 4.2). In de vragenlijst werd in een open vraag gevraagd welke oplossingen voor het capaciteitsprobleem verzekeringsartsen zelf zien. Een heel aantal verzekeringsartsen zagen mogelijkheden voor AI, met name in de vorm van spraakherkenning. Eén verzekeringsarts gaf aan dat deze op eigen kosten reeds een spraakherkenningsapplicatie gebruikt, en dat dit meer tijd scheelt dan het delegeren van taken. AI zou ook gebruikt kunnen worden voor het samenvatten van relevante stukken en het structureren of opzetten van een rapportage. Hierbij geeft een deel van deze verzekeringsartsen aan de rapportage wel zelf te willen blijven schrijven.

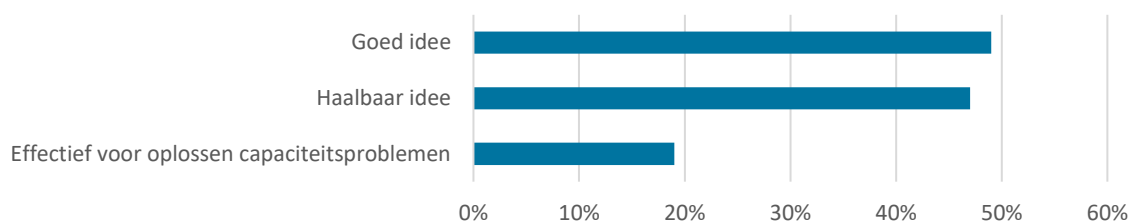
Uit de **werksessies** bleek dat verzekeringsartsen de rapportage inderdaad moeilijk of niet te delegeren vinden. De inzet van AI om de verzekeringsarts te ondersteunen bij de rapportage, werd echter kansrijk ingeschat. Een aantal deelnemers schatte in dat de inzet van AI de duur van een beoordeling met twee uur zou kunnen verkorten, een andere dacht met 50%. Daarbij werd wel de opmerking gemaakt dat je de productiviteit daarmee niet precies met deze aantallen omhoog zou gaan, omdat als je de gewonnen tijd opvult met meer inhoudelijke taken of moeilijke gesprekken, je hier ook niet de hele dag 100% productief in kunt zijn. Ook werden er kansen gezien voor gestandaardiseerde rapporten voor ziekten waarbij de beoordeling duidelijk is, bijvoorbeeld bij uitgezaaide kanker. Omdat verzekeringsartsen op dit moment heel verschillend rapporteren, qua lengte en stijl, zagen ze daar wel uitdagingen in voor de toepassing van AI. Wat bij de ene persoon zou werken, werkt bij een ander mogelijk niet.

4.1.6 Samenwerking met de bedrijfsarts

Werknemers die ziek worden, worden eerst twee jaar begeleid door de bedrijfsarts. Mogelijk is er winst voor verzekeringsartsen te behalen, als de overgang van bedrijfsarts naar verzekeringsarts en de bijbehorende informatieoverdracht soepeler verloopt. In de **vragenlijst** hebben we gevraagd in hoeverre verzekeringsartsen tevreden zijn over de samenwerking met de bedrijfsarts. Ongeveer 40% van de verzekeringsartsen vond de samenwerking goed en 57% (helemaal) niet goed. Slechts 3% vond de samenwerking heel goed. In een open vraag gaven verzekeringsartsen dat ze vooral behoefte hebben aan meer (laagdrempelig) contact, structureel overleg en het vooroverleg terug in te voeren. Enkele verzekeringsartsen vonden dat verzekeringsarts en bedrijfsarts één functie zou moeten worden, en anderen dat de bedrijfsarts tijdens de ziektewet al een functionele mogelijkheden lijst zou kunnen opstellen.

Om de samenwerking en informatieoverdracht soepeler te laten verlopen, is het BAR-instrument ontwikkeld. Ongeveer 34% van de verzekeringsartsen die de vragenlijst invulde kende het BAR-instrument niet. Aan respondenten die het instrument kenden, werd gevraagd wat zij ervan zouden vinden dit instrument structureel te gebruiken (figuur 4.5).

Figuur 4.5 Percentage verzekeringsartsen dat het invoeren van het BAR-instrument een goed idee vindt, het haalbaar vindt, en het effectief inschat.



Ongeveer de helft van de respondenten vond het gebruiken van het BAR-instrument een goed en haalbaar idee en verwachtte dat het de samenwerking met de bedrijfsarts zou verbeteren. Op de capaciteit werd echter door weinig verzekeringsartsen effect verwacht.

Ook in de **werksessies** waren de bekendheid met het instrument en de meningen erover wisselend. Een deel van de deelnemers kende het instrument niet. Het werd belangrijk gevonden om dezelfde taal te spreken met de verzekeringsarts, maar geen effect verwacht op de capaciteit.

4.1.7 ICT

Uit de **werksessies** kwam een aantal keren naar voren dat er veel tijdswinst te behalen zou zijn met betere ICT systemen. Het is lang zoeken waar documenten staan in het dossier en sommige dingen moeten meerdere keren of op verschillende plaatsen in ICT-systemen gezet worden. Bij particuliere verzekeraars zouden de ICT systemen aldus de deelnemers aan de werksessies beter op orde zijn.

5 Perspectief van verzekeringsartsen: ‘Stelsel veranderingen’

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven van het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen ten aanzien van het thema ‘Stelsel veranderingen’. De resultaten worden per onderwerp weergegeven en telkens wordt aangegeven welke informatie is opgehaald in het **vragenlijstonderzoek** en welke informatie is opgehaald in de **werksessies**. Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee de onderzoeksvragen: *“Dragen de door Octas voorgestelde varianten voor de toekomst bij aan een oplossing van het capaciteitsgebrek aan verzekeringsartsen?”*, *“Kunnen de inzichten in de verschillen tussen de Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdrage aan een oplossingsrichting?”* en *“Hoe denken verzekeringsartsen zelf dat het capaciteitsprobleem opgelost kan worden?”*.

Belangrijkste resultaten

- De meeste verzekeringsartsen geven aan in principe tevreden te zijn met arbeidsongeschiktheidsstelsel, maar met name problemen te ondervinden in de uitvoering ervan.
- Verzekeringsartsen vinden het daarom vooral belangrijk dat het stelsel indien het wijzigt, eenvoudiger wordt.
- Over het afschaffen van de IVA zijn verzekeringsartsen het meest positief. Het lijkt hun haalbaar en effectief: enerzijds omdat het afwegen van het duurzaamheidscriterium tijd kost, en anderzijds omdat het onderscheid tussen IVA en WGA tot veel beroeps- en bezwaarzaken leidt.
- De meningen van verzekeringsartsen over de Octas-scenario's zijn verdeeld, maar in lijn met de steun voor de afschaffing van de IVA, lijken de meeste verzekeringsartsen een voorkeur te hebben voor ‘Huidig stelsel beter’.
- Door de capaciteitstekorten worden nauwelijks nog herbeoordelingen gedaan. Daardoor kan het zo zijn dat bij het afschaffen van de IVA alleen nog ‘tijdelijke’ uitkeringen versterkt worden, maar er alsnog geen herbeoordelingen plaatsvinden.
- Verzekeringsartsen vinden het goed om de maatregel ‘praktisch beoordelen’ te continueren, maar verwachten geen hele grote effecten op de capaciteit.

5.1 Veranderingen in het arbeidsongeschiktheidsstelsel

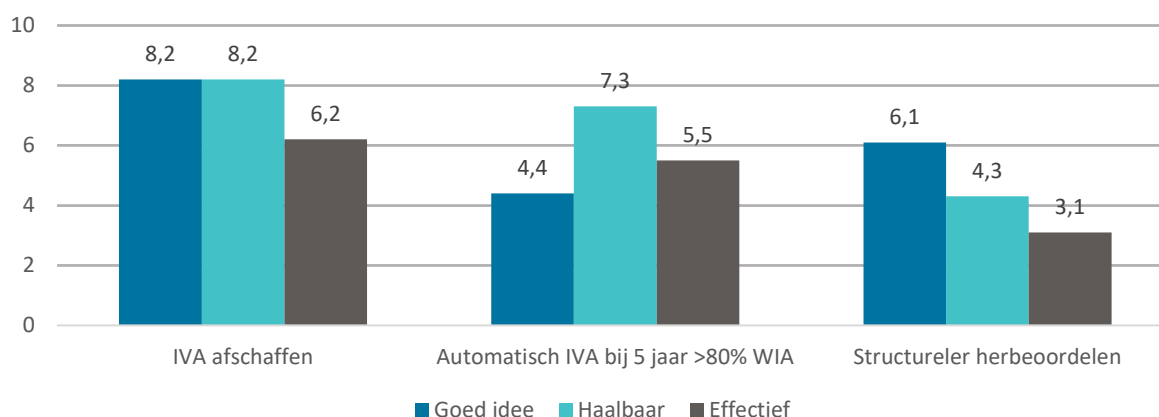
In de **werksessies** werden aan de deelnemers een aantal mogelijke veranderingen aan het arbeidsongeschiktheidsstelsel voorgelegd. Veel deelnemende verzekeringsartsen waren in beginsel niet ontevreden over het arbeidsongeschiktheidsstelsel zoals dat is ingericht, maar zagen met name problemen in de uitvoering. Daardoor bestaat bij hen de zorg, dat eventuele aanpassingen in het stelsel de uitvoeringproblematiek niet zullen oplossen. Zolang men rechtszaken blijft voeren, daardoor jurisprudentie opbouwt, waar telkens rekening mee gehouden moet worden bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en rapportage en de complexiteit van de ziektebeelden toeneemt, is het mogelijk dat verzekeringsartsen ook binnen een andere inrichting van het stelsel tegen dezelfde problemen aanlopen. Stelselwijzigingen die het stelsel sterk versimpelen, of het

afschaffen van de IVA, waardoor het aantal beroep en bezwaarzaken waarschijnlijk afneemt, werden wel als potentieel gezien.

5.1.1 Wenselijkheid, haalbaarheid en effectiviteit van enkele stelselwijzigingen

In de **vragenlijst** werden een aantal mogelijke wijzigingen in het arbeidsongeschiktheidsstelsel aan respondenten voorgelegd. Bij elke wijziging werd dan gevraagd om een score van nul tot tien te geven, op de vragen of de respondent vond dat dit een goed idee zou zijn, dat dit haalbaar zou zijn, en of het effectief zou zijn in het kader van de capaciteitstekorten (figuur 5.1).

Figuur 5.1 Beoordeling van vijf stelselwijzigingen door verzekeringsartsen: gemiddelde scores op een schaal van 0 tot 10 die aangeven of verzekeringsartsen de wijziging een goed idee vinden, haalbaar vinden, en effectief vinden voor het capaciteitsprobleem onder verzekeringsartsen. Score 0 is het meest negatief (niet haalbaar, niet effectief) en 10 het meest positief. Maatregelen staan gerangschikt naar effectiviteit-score.



5.1.2 Afschaffen van de IVA

In figuur 5.1 is te zien dat in de **vragenlijst** het afschaffen van de IVA de meeste steun krijgt van verzekeringsartsen: de gemiddelde score voor de effectiviteit is het hoogst meteen 6,2. Veel verzekeringsartsen vinden het een goed en haalbaar idee: op beide scoort het afschaffen van de IVA een 8,2. In de **werksessies** werd hier verder op ingegaan. Bijna alle deelnemers aan de werksessies waren zeer positief over het idee om de IVA af te schaffen. Op dit moment is er (doordat de werkgeverspremie stijgt bij het besluit tot een WGA-uitkering) een grote (financiële) aanleiding tot het indienen van bezwaar door de werkgever. Afschaffen van de IVA zou daarmee tot veel minder bezwaarprocedures leiden. Andere deelnemers gaven aan dat het hoge aantal bezwaarzaken ook op voorhand al aanleiding is om je anamnese en rapportage extra zorgvuldig uit te voeren, vooruitlopend op een mogelijke bezwaar zaak. Het traject, waarbij bezwaar wordt aangevraagd door de werkgever, is vaak ook zeer belastend voor de cliënt. Die moet telkens opgeroepen worden, er moet informatie opgevraagd worden en dat geeft ook voor de cliënt zeer veel spanning. Soms kan de beroepzaak ook zorgen voor een negatievere uitslag voor de cliënt: bijvoorbeeld een ander besluit met een lagere uitkering tot gevolg. Terwijl het mogelijk is dat de cliënt in beginsel tevreden was over de eerste beoordeling.

Ook vanuit de cliënt komen soms verzoeken tot herbeoordeling. Volgens deelnemers aan de werksessies zaten bij de verzoeken tot herbeoordeling, zowel vanuit de klant als werkgever, veel aanvragen die ongefundeerd zijn, zonder goede onderbouwing. Een stimulans voor de cliënt zelf om

in bezwaar te gaan, kan bijvoorbeeld ook zijn dat het met een IVA-uitkering mogelijk is een hypotheek te krijgen.

Daarnaast gaven diverse deelnemers aan de **werksessies** ook aan dat het duurzaamheidscriterium zeer moeilijk te beoordelen is. Vaak is het heel moeilijk een prognose te doen. In de werksessies werd daarbij genoemd dat zij soms prognoses moeten inschatten over ziektebeelden waarbij de behandeld medisch specialisten dat ook niet doen. Vervolgens moet bij een WGA uitkering heel precies onderbouwd worden welke behandeling zou kunnen helpen, hoe het ziektebeeld zou kunnen verbeteren, enzovoort. Enkele deelnemers gebruikten hiervoor termen als dat dit ‘koffiedik’ kijken is. Het beoordelingsproces kost ten gevolge van het duurzaamheidscriterium dus ook meer tijd. Daardoor werd in meerdere werksessies gedacht dat het afschaffen van de IVA niet alleen met betrekking tot herbeoordelingen en bezwaar, maar ook bij de eerste claimbeoordelingen tijd zou schelen.

Als de IVA daadwerkelijk afgeschaft zou (kunnen) worden, en het duurzaamheidscriterium komt te vervallen, zouden er logischerwijs daarna alleen nog ‘tijdelijke’ arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bestaan, zoals nu de WGA-uitkering. Een beperking hierbij is volgens de verzekeringsartsen die deelnamen aan de werksessies, dat er op dit moment te weinig capaciteit is om de cliënten in WGA-uitkeringen te kunnen herbeoordelen. Door het capaciteitsgebrek hadden de deelnemende verzekeringsartsen ook niet de verwachting dat het herbeoordelen op korte termijn wel zou kunnen gaan lukken. Daarmee ontstaat naar hun idee de facto de situatie dat mensen een in beginsel tijdelijke uitkering krijgen, maar vervolgens niet of nauwelijks herbeoordeeld worden.

5.1.3 Beargumenteren van verzoek tot herbeoordeling

Doordat de IVA financieel aantrekkelijker is dan de WGA-uitkering worden veel herbeoordelingen aangevraagd en beroep- en bezwaarzaken gevoerd. Als alternatief op het afschaffen van de IVA, opperden diverse verzekeringsartsen in de open antwoorden van de **vragenlijst** en in de **werksessies**, dat de aanvraag voor een herbeoordeling beargumenteerd zou moeten worden. Werkgevers (en eventueel ook cliënten) zouden bij het aanvragen van een herbeoordeling eerst moeten kunnen beargumenteren wat er in de situatie van de cliënt veranderd is ten opzichte van de vorige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Kan de werkgever en/of cliënt dit niet beargumenteren, dan wordt de aanvraag niet in behandeling genomen.

5.1.4 Automatische doorstroom naar de IVA bij 5 jaar WGA >80%

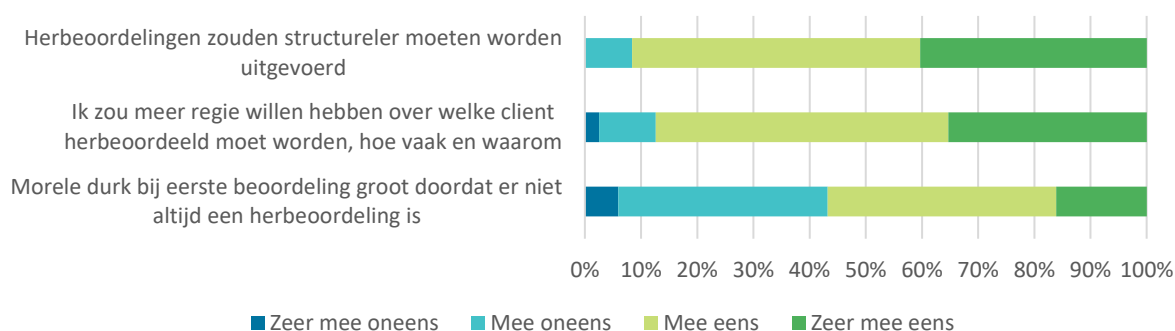
Zoals te zien is in figuur X beoordeelden **verzekeringsartsen** in de vragenlijst ook het na vijf jaar laten doorstromen van mensen in de WGA >80% naar de IVA. Ze vonden dit redelijk effectief (gemiddelde score 5,5) en ook haalbaar (gemiddelde score 7,3), maar niet zo’n goed idee (gemiddelde score 4,4). Ook in de **werksessies** bleek dat verzekeringsartsen dit veelal geen goed idee vonden. Hoewel het gunstig zou zijn voor de capaciteit – deze personen hoeven geen herbeoordelingen meer te krijgen als ze in de IVA zitten – waren veel verzekeringsartsen er vooral op principiële gronden tegen. Deze maatregel ‘beloont’ met name cliënten die niet zijn opgeknapt of niet gere-integreerd hebben. Aan de andere kant is er op dit moment vanuit het UWV weinig capaciteit om deze cliënten te herbeoordelen, terwijl dit volgens het systeem wel zou moeten gebeuren. Deze maatregel zou ook het herbeoordelen, wat wel zou moeten gebeuren, nog meer kunnen ontmoedigen: bij vijf jaar niet herbeoordelen, stroomt de cliënt automatisch door.

5.1.5 Structureel beoordelen

Door de grote capaciteitstekorten binnen het UWV ligt de prioriteit bij eerste claimbeoordelingen en worden herbeoordelingen (voor tijdelijke uitkeringen zoals de WGA-uitkering) niet structureel

herbeoordeeld. In de **vragenlijst** werd ook gevraagd wat verzekeringsartsen vonden van het idee om structureler her te beoordelen. Het idee achter deze oplossingsrichting was dat de eerste beoordeling misschien spoediger zou gaan, als je als verzekeringsarts de wetenschap hebt dat de cliënt vaker gezien wordt – en niet voor zeer lange tijd van jouw oordeel afhankelijk is. Eerst werden een aantal stellingen voorgelegd over herbeoordelingen (figuur 5.2).

Figuur 5.2 Stellingen over het uitvoeren van herbeoordelingen (alleen verzekeringsartsen werkzaam bij het UWV).



Uit de vragenlijst blijkt dat de ruime meerderheid van de verzekeringsartsen vindt dat herbeoordelingen structureler uitgevoerd zouden moeten worden en ook dat zij graag zelf meer regie zouden krijgen over het uitvoeren van de herbeoordelingen. Tevens ervaart inderdaad meer dan de helft een morele druk bij de eerste beoordeling, omdat men weet dat herbeoordelingen waarschijnlijk niet plaats zullen vinden. Vervolgens is gevraagd of verzekeringsartsen het ook uitvoerbaar leek om toch meer herbeoordelingen te gaan doen, en of ze effect verwachtten op het capaciteitsprobleem. Daaruit bleek dat het verzekeringsartsen slecht uitvoerbaar leek (gemiddelde score 4,3 uit 10) en niet behulpzaam voor het capaciteitsprobleem (gemiddelde score 3,1 uit 10).

Ook in de **werksessies** bleek dat veel verzekeringsartsen het in principe een goede ontwikkeling zouden vinden als mensen vaker herbeoordeeld zouden worden. Dat is in beginsel immers het principe van de WGA-uitkering. Hoewel het idee is dat de uitkering tijdelijk is, wordt de tijdelijkheid ervan nu niet meer gecontroleerd. Verzekeringsartsen vonden het onwenselijk dat iemand nu voor zeer lange tijd in de WIA kan zitten met een tijdelijk reden.

Tegelijkertijd werd, vergelijkbaar met het resultaat van het vragenlijstonderzoek, in de werksessies aangegeven dat meer herbeoordelen onder de huidige omstandigheden niet mogelijk is. Men komt al tientallen jaren niet aan de herbeoordelingen toe, dus nu invoeren is niet haalbaar en niet zinlijk met het oog op de capaciteit. Enkele andere deelnemers merkten nog op dat er waarschijnlijk bij herbeoordelen ook niet erg veel cliënten uit de WIA uit zouden stromen. Eén deelnemer gaf aan dat ze een tijd lang standaard hadden herbeoordeeld na één jaar in de WGA. Uiteindelijk resulteerde dat bijna in geen enkel geval in cliënten die uitstroonden uit de WIA. Een andere deelnemer merkte op dat zij ook een tijd standaard hebben herbeoordeeld, maar dat de gezondheid eerder verslechterde dan verbeterde. Cliënten volgen niet altijd de geadviseerde behandeling (of kunnen die niet altijd volgen) en verzekeringsartsen kunnen de cliënt ook niet dwingen – wat de verzekeringsartsen in de sessie ook zeker niet zouden willen. Daardoor was er met name uitstroom uit de WIA door overlijden en pensioen. Deze verzekeringsartsen vonden het dus ook om die reden niet effectief om capaciteit op de herbeoordelingen te zetten.

5.1.6 Praktisch beoordelen

Vanaf juli 2024 is voor drie jaar de tijdelijke maatregel praktisch beoordelen van kracht. In de **vragenlijst** is aan verzekeringsartsen gevraagd om ook hier te scoren of zij het een goed (tien) of slecht (nul) idee vinden als de maatregel van kracht blijft; hoe haalbaar deze is; en hoe effectief deze is met oog op de capaciteit. Verzekeringsartsen vinden het gemiddeld een goed idee als de maatregel ook na juli 2027 van kracht blijft (score 5,2). Ze verwachten een gemiddeld effect op de capaciteit (vijf).

5.2 Octas scenario's

Uit de **vragenlijst** bleek dat driekwart van de verzekeringsartsen bekend is met de oplossingsrichtingen uit het Octas rapport. Verzekeringsartsen die op de hoogte waren van de oplossingsrichtingen, konden in een open vraag hun kijk delen op de Octas scenario's. Ongeveer een derde van de respondenten die de vraag invulde gaf aan de oplossingsrichtingen niet zo veelbelovend te vinden. Ze vinden de oplossingen tegenvallen, niet duidelijk, zijn bang dat er ondanks stelselwijzigingen dezelfde uitvoeringsproblemen blijven. Enkele verzekeringsartsen vragen zich af of er wel een ideaal stelsel is. Meerdere verzekeringsartsen geven aan dat er mogelijk te weinig capaciteit is om de stelselwijzigingen (goed) uit te voeren.

Een aantal verzekeringsartsen geven dan ook aan dat het naar hen idee eerder een politieke keuze is om het stelsel aan te passen. Daarbij zijn enkele verzekeringsartsen bang dat de huidige politiek geen keuze durft te maken. Zij geven aan dat er naar hen idee op dit moment vooral een keuze nodig is, welke optie dat ook wordt. In de **werksessies** werd hier nog aan toegevoegd dat de politiek mogelijk extra terughoudend is ten aanzien van het onderwerp door de toeslagaffaire.

In de **werksessies** bleek ook dat veel verzekeringsartsen niet zozeer negatief zijn over het huidige stelsel, maar vooral knelpunten zien in de uitvoering ervan. Daardoor is men bezorgd dat ook bij aanpassingen in het stelsel dezelfde uitvoeringsproblematiek zal blijven spelen. Verzekeringsartsen zijn bezorgd dat juist de overgang naar een nieuw stelsel (tijdelijk) nog meer werk en werkdruk met zich meebrengt. Daarom hopen verzekeringsartsen vooral dat als er aanpassingen gedaan worden, het vereenvoudigen betreft.

Zowel in de **werksessies** als uit de **vragenlijst** bleek dat verzekeringsartsen het lastig vinden om in te schatten wat naar hun idee de haalbaarheid en het effect op de capaciteit zou zijn van 'Werk staat voorop' en 'Een basis voor werkenden'. Enkele deelnemers gaven bijvoorbeeld aan dat zij zichzelf niet in staat achten dit in te schatten. Als het gaat om '**Werk staat voorop**' vonden een aantal verzekeringsartsen het idee om meer te focussen op re-integratie goed. Het huidige stelsel zou teveel ingericht zijn opvangen van inkomensdaling, waardoor mensen met een hoog inkomen eerder arbeidsongeschikt verklaard worden en dus niet re-integreren. Tegelijkertijd twijfelden verzekeringsartsen ook over de haalbaarheid. Het lukt cliënten niet altijd om te re-integreren en naast ziekte spelen vaak vele factoren mee waardoor mensen uitvallen. Zeker na twee jaar in de ziektewet is het voor veel mensen echt moeilijk om nog te re-integreren. Wat betreft effectiviteit vonden verzekeringsartsen het moeilijk in te schatten hoeveel tijd de toets voor de re-integratie start zou kosten, en hoeveel tijd de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen bij een niet-geslaagde re-integratie zouden kosten. Het scenario '**Een basis voor werkenden**' werd door sommige verzekeringsartsen interessant gevonden met name vanuit het oogpunt dat je van een uitkering rond zou moeten kunnen komen. Tegelijk zou er, volgens een aantal verzekeringsartsen, op deze manier

voor meer mensen een financiële stimulans zijn om er (weer) te gaan werken. Toch leek de meeste verzekeringsartsen **‘Huidig stelsel beter’** het meest haalbaar en effectief.

Een maatregel die er uitspringt bij verzekeringsartsen (zowel in de **werksessies** als de **vragenlijst**) is het afschaffen van de IVA, een component van het scenario ‘Huidig stelsel beter’ en ‘Werk staat voorop’. Dit vinden verzekeringsartsen gewenst, haalbaar en ze verwachten een groot effect op de capaciteit. In het huidige stelsel, met onderscheid tussen de WGA- en IVA uitkering, moeten verzekeringsartsen beoordelen of iemand *duurzaam* arbeidsongeschikt zal blijven. Verzekeringsartsen geven aan dat dit zeer moeilijk te voorspellen is en dat ze dit ook nog eens heel precies moeten onderbouwen, wat veel tijd kost. Bovendien zou het afschaffen van het onderscheid tussen IVA en WGA uitkeringen naar verwachting ook veel beroeps- en bezwaarzaken schelen. Voor burgers is een IVA uitkering gunstiger doordat de banken de IVA, in tegenstelling tot de WGA-uitkering als een stabiel inkomen zien, en daardoor hypotheek verstrekken. Daarnaast is het uitkeringspercentage bij de IVA-uitkering hoger (75% in plaats van 70%). Werkgevers vragen herbeoordelingen aan omdat hun gedifferentieerde premie werkhervattingskas omhoog gaat indien een werknemer een WGA uitkering krijgt. Naast tijdswinst tijdens de beoordeling, omdat de duurzaamheidsafweging veel tijd kost, zou het afschaffen van de IVA dus ook veel beroeps- en bezwaarzaken schelen. Tegelijkertijd is er op dit moment te weinig capaciteit om reguliere herbeoordelingen te doen, en naar verwachting zal dit ook bij het afschaffen van de IVA niet (meteen) veranderen. De facto kan dan dus de situatie ontstaan dat burgers een tijdelijke uitkering krijgen, waarvan de tijdelijkheid niet gecontroleerd wordt.

5.3 Het Nederlandse stelsel in relatie tot andere Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels

In de **werksessies** werd ingegaan op verschillen tussen Nederlandse en Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels. De achterliggende onderzoeksvraag hierbij was of deze verschillen zouden kunnen helpen bij het vinden van oplossingsrichtingen voor het Nederlandse stelsel.

De meeste verzekeringsartsen geven aan in principe tevreden te zijn met het Nederlandse stelsel en de daaraan onderliggende principes. De problemen ontstaan vooral in de uitvoering. Verzekeringsartsen hebben daardoor meer behoefte aan oplossingen die de uitvoering makkelijker maken, dan grote veranderingen in het stelsel. Als het stelsel veranderd wordt, hebben verzekeringsartsen met name behoefte aan vereenvoudiging.

In vergelijking met andere Europese stelsels, wordt door verzekeringsartsen benoemd dat de balans in Nederland tussen de toegankelijkheid en de hoogte van de uitkering in Nederland uniek is. Veel landen hebben lagere uitkeringen, die gemakkelijker te verkrijgen zijn, of hogere uitkeringen, waarvoor zeer sterke eisen gelden. De balans hierin zoals die in Nederland is wordt gewaardeerd. Daarnaast zijn er weinig landen waarbij cliënten een specifiek gespecialiseerde arts zien. Ook dat wordt gewaardeerd. In sommige landen doet de huisarts of behandelend arts de beoordeling, maar een lastige factor daarin is dat deze arts ook een langdurige behandelrelatie met de patiënt onderhoudt. Mede daarom worden veel meer uitkeringen toegekend. In Duitsland wordt alleen een uitspraak gedaan over het aantal uren dat iemand nog kan werken. Mogelijk zou dat een vereenvoudiging zijn die in Nederland ook zou kunnen werken.

Bovenstaande sluit aan bij wat een respondent in de **vragenlijst** schreef: *“Mijns inziens is er geen ideaal stelsel en doen we het in Nederland echt niet slecht wat betreft*

arbeidsongeschiktheidswetgeving. Er zijn weinig tot geen landen waarbij je een uitkering van gelijkaardige duur kunt krijgen bij arbeidsongeschiktheid van gelijkaardige hoogte als bij ons en ook zijn er nauwelijks landen waar je een persoonlijk gesprek krijgt met een verzekeringsarts bij de beoordeling van het werkvermogen. Dit moeten we koesteren maar we moeten de kosten die hiermee gepaard gaan ook niet (nog verder) de pan uit laten rijzen.”

6 Perspectief van burgers: oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het Burgerplatform ‘Oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen’. Aan dit Burgerplatform nam een diverse groep, van in totaal elf burgers die ervaring hebben (gehad) met een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, deel. Eerst worden de ervaringen van de deelnemers tijdens hun arbeidsongeschiktheidsbeoordeling beschreven. Vervolgens bespreken we welke oplossingen deelnemers zien voor het tekort aan verzekeringsartsen en wat deelnemers vinden van al bedachte oplossingen om het tekort aan verzekeringsartsen op te lossen. Ten slotte beschrijft de laatste paragraaf van dit hoofdstuk welke component van het arbeidsongeschiktheidsproces deelnemers het belangrijkste vinden.

Belangrijkste resultaten

- Deelnemers benoemden verschillende knelpunten, zoals moeilijk geschreven brieven van het UWV, en positieve punten, zoals een empathische verzekeringsarts, die ze tijdens hun arbeidsongeschiktheidsbeoordeling hebben ervaren. Deelnemers verschilden onderling in hun ervaren knelpunten en positieve punten. Wat de ene deelnemer als positief had ervaren, kon een andere deelnemer als negatief hebben ervaren.
- Er zijn door deelnemers verschillende oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen bedacht, zoals de bedrijfsarts een prominentere rol geven in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en het meer inzetten van verpleegkundigen.
- Deelnemers zagen bij de oplossing **actuelere (wetenschappelijke) richtlijnen** (in dit hoofdstuk genoemd: gelijkjer beoordelen) vooral de vergrootte efficiëntie (snellere beoordeling en minder bezwaar) van de beoordeling als voordeel. Deelnemers vonden het grootste nadeel dat de menselijke maat (meenemen van onder andere de privésituatie) in de beoordeling zou kunnen verdwijnen.
- Voor de oplossingsrichting meer **begeleiding door verpleegkundigen** gaven deelnemers voordelen die gericht zijn op tijdswinst voor de verzekeringsarts. Een voordeel volgens de deelnemers is dat de beoordeling niet wordt bepaald door één persoon waardoor tunnelvisie wordt voorkomen. Een nadeel is dat er op dit moment een tekort aan verpleegkundigen is.
- Deelnemers gaven aan dat bij de oplossingsrichting **cliënt verzamelt zelf gegevens** het een voordeel is dat de verantwoordelijkheid bij de cliënt komt te liggen waardoor de cliënt zelf de regie in handen krijgt. Dit kan onzekerheden wegnemen. Deelnemers zagen deze verantwoordelijkheid ook als een nadeel. Ze lichtten toe dat niet iedereen in staat is om de documenten aan te leveren, waardoor dit voor extra stress kan zorgen. Voor de oplossingsrichting **afschaffen van de IVA** werd door deelnemers als voordeel benoemd dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling simpeler zou worden, omdat er niet meer naar duurzame arbeidsongeschiktheid gekeken hoeft te worden. Als nadeel werd door deelnemers benoemd dat deze oplossingsrichting tot meer onzekerheid bij de cliënt kan leiden, omdat er na het afschaffen van de IVA weer herbeoordelingen plaats zouden kunnen vinden, die bij een IVA-beoordeling niet plaatsvinden.
- Deelnemers gaven aan een zo zorgvuldig mogelijke arbeidsongeschiktheidsbeoordeling het belangrijkste te vinden, omdat de beoordeling invloed heeft op de rest van iemands leven en het daarom belangrijk is dat de beoordeling goed en zorgvuldig wordt uitgevoerd.

6.1 Ervaringen met arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Deelnemers hebben tijdens het Burgerplatform eerst een tijdlijn van hun eigen arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gemaakt. Vervolgens hebben zij deze in tweetallen besproken en positieve en negatieve punten van dit proces benoemd, die ze vervolgens gezamenlijk hebben gecategoriseerd. Op deze manier kregen we inzicht in de onderzoeksvraag *‘Wat is de eigen ervaring van burgers met verzekeringsartsen? Hoe zou die ervaring verbeterd kunnen worden?’* Hieronder beschrijven we de belangrijkste positieve en negatieve punten (zie Bijlage D voor een overzicht van alle benoemde positieve en negatieve punten).

6.1.1 Ervaren knelpunten arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Door verschillende deelnemers werd slechte communicatie vanuit het UWV en/of de verzekeringsarts als knelpunt ervaren. Zo was het volgens een aantal deelnemers erg lastig om contact te krijgen met de verzekeringsarts en werd er na het toekennen van een uitkering soms niks meer van het UWV vernomen. Zo lichtte een deelnemer toe:

“Ik ben ooit afgekeurd maar heb daarna nooit meer iets gehoord, en ik dacht van na een tijdje willen ze vast wel even kijken hoe het met me gaat maar daarna eigenlijk nooit meer iets gehoord”.

Ook gaf een deelnemer aan dat de brieven van het UWV lastig te lezen zijn vanwege het taalgebruik.

“Maar ik krijg dan achteraf brieven met juridische taal en dan weet ik nog steeds niet wat dit voor mij betekent”.

Wel werd er toegevoegd dat het taalgebruik over de jaren heen duidelijker is geworden. Hiernaast gaven een aantal deelnemers aan dat ze het idee hadden dat de arts hen niet serieus nam. Een deelnemer gaf aan dat het UWV erg star is en dat de focus vaak alleen ligt op het weer gaan werken. Ook hadden deelnemers kritiek op de beoordeling die door het UWV werd uitgevoerd. Ze vonden dat de tijd die de verzekeringsarts neemt voor de beoordeling erg kort is en gaven ze aan dat volgens hen niet alle beschikbare documenten door de arts in de beoordeling worden meegenomen. Sommige deelnemers hadden het gevoel dat hun dossier bijna niet was doorgenomen. Er waren echter ook deelnemers die dit gevoel niet hadden. De verzekeringsarts zou ook niet altijd naar de persoonlijke situatie van cliënten kijken. Zo gaf een deelnemer aan dat mensen er niet altijd ziek eruit zien, waardoor de deelnemer het gevoel had dat de verzekeringsarts hem/haar niet serieus nam.

“In mijn dossier stond, mevrouw ziet er belabberd uit, maar geeft stevige hand dus kan werken”.

Ook voegde een deelnemer toe dat hij/zij het idee heeft dat wanneer een cliënt het papierwerk goed aan de verzekeringsarts kan aanleveren, een cliënt hierop wordt afgerekend want iemand zal dan wel niet echt ziek zijn. Verschillende deelnemers gaven aan dat er veel druk op hen ligt door de verantwoordelijkheid voor het bijhouden van de documentatie en gaven aan dat het aanleveren van deze documenten veel energie kost.

“Ik ben wel verantwoordelijk, maar ik was ook knetterziek en onbekend met dit proces dus mij als verantwoordelijk zetten is wel erg”.

Ook gaf een deelnemer aan dat er twijfels zijn over de beschikbare kennis van de verzekeringsarts op het gebied van ziekte en regelgeving. Er werd toegevoegd dat verschillen in kennis bij de

verzekeringsartsen kunnen leiden tot verschillen in de uitkomst van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Tenslotte werd er door een aantal deelnemers kritiek geuit op de rol van werkgevers in het arbeidsongeschiktheidsproces. Zo gaf een deelnemer aan dat de werkgever wilde dat er een verbeterplan werd opgesteld, maar dat de werknemer hier niet bij werd betrokken. Ook had een deelnemer kritiek op het feit dat er geen maximaal aantal bezwaar en beroep procedures zijn die de werkgever mag aanvragen op het moment dat de uitkomst van een beoordeling een WGA-uitkering is en daarmee nadelig is voor de werkgever. Deze houding van de werkgever heeft het herstel van deze deelnemer negatief beïnvloedt. Er waren echter ook deelnemers die positieve ervaringen met hun werkgever hadden.

6.1.2 Ervaren positieve punten

Deelnemers noemden ook verschillende positieve punten van hun arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Ze gaven aan een arts te hebben (gehad) die ze vaker zagen, die empathisch was, goed was voorbereid en de cliënt serieus nam. Dit laat zien dat er grote verschillen zijn tussen hoe deelnemers de omgang met de verzekeringsarts ervaren. Ook benoemden een aantal deelnemers dat het fijn is wanneer de verzekeringsarts naar de privé situatie van iemand kijkt en het opgebouwde dossier in overweging neemt om aan de hand daarvan te bepalen wat mogelijk is en wat goed past. Daarnaast gaf een deelnemer aan dat het fijn is wanneer een werkgever meewerkt en meedenkt door bijvoorbeeld te kijken of er re-integratie binnen het bedrijf mogelijk is of door af te zien van bezwaar en beroep.

“Mijn ex werkgever was juist heel erg betrokken bij de procedure en bij de stand van zaken hierbij. Dit had misschien mee te maken dat ik bij een hogeschool werkte op de afdeling P&O en hier waren ze op de hoogte van de procedure.”

Ten slotte werd door een aantal deelnemers het hebben van een informeel netwerk (familie / vrienden), de huisarts en (patiënt)organisaties als positief punt benoemd. Ze gaven aan dat dit netwerk hielp bij het goed voorbereid zijn op de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

6.2 Oplossingsrichtingen volgens burgers

Na een presentatie over het capaciteitsprobleem in de verzekeringsgeneeskunde door een ervaren verzekeringsarts, zijn de deelnemers in groepjes zelf na gaan denken over mogelijke oplossingen voor dit tekort. Op deze manier kregen we inzicht in de onderzoeksvraag ‘Welke oplossingen zien burgers voor het capaciteitsprobleem?’ en de onderzoeksvraag ‘Hoe denken burgers over de benodigde capaciteit van verzekeringsartsen?’

6.2.1 Oplossingen gericht op het anders inrichten van het werkproces

Deelnemers benoemden verschillende oplossingen gericht op hoe het arbeidsongeschiktheidsstelsel georganiseerd is. Zo werd er door een deelnemer benoemd dat het **versoepelen van de ZZP-**

constructie⁷ een mogelijke oplossing is. Als voordeel werd benoemd dat de versoepeling kan zorgen voor meer mankracht bij verzekeringsartsen, waardoor beoordelingen sneller kunnen worden uitgevoerd. Een nadeel van deze oplossing is volgens de deelnemers dat de algemene kosten opgedreven kunnen worden, omdat ZZP'ers duurder zijn dan personeel in loondienst. Een andere oplossing die door deelnemers werd benoemd is **taakdelegatie**. Dit werd door de deelnemers een Praktijk Ondersteuner Verzekeringsarts (POV) genoemd, maar zou ook een verpleegkundige kunnen zijn. Deze verpleegkundige kan een deel van het voorwerk voor de verzekeringsarts doen en bekijkt alvast het dossier zodat er een vooradvies gegeven kan worden. Volgens de deelnemers wordt op deze manier de verzekeringsarts ontlast. Daarnaast is de verzekeringsarts niet meer als enige betrokken bij de beoordeling en wordt het proces transparanter. Deelnemers denken dat de uitslag van de beoordeling hierdoor op meer begrip van de cliënt kan rekenen. Een nadeel volgens de deelnemers is dat er een extra druk op de beschikbaarheid van verpleegkundigen komt, omdat er al een tekort is in deze beroepsgroep. Ook werd het **vergroten van de rol van de bedrijfsarts** in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling door deelnemers benoemd als een mogelijke oplossing. Een aantal deelnemers gaf aan dat de bedrijfsarts al langer betrokken is bij de cliënt en een goed overzicht heeft van wat er bij deze cliënt speelt en wat er al geprobeerd is. Als dit dossier beter en structureler overgedragen wordt aan de verzekeringsarts, kan dit een goede uitgangsbasis vormen voor de start van de beoordeling. Een gegeven nadeel hiervan is dat de beoordeling vertraagd kan worden, omdat er meer overleg moet plaatsvinden tussen de verzekeringsarts en de bedrijfsarts. Ook is het mogelijk dat de bedrijfsarts niet voldoende kennis heeft over het proces van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Een groepje deelnemers benoemden het **werken met specialismes gericht op specifieke ziekten** (bijvoorbeeld de GGZ) in de verzekeringsgeneeskunde als mogelijke oplossing. Dit kan leiden tot verzekeringsartsen die gespecialiseerde kennis hebben waardoor de beoordeling beter uitgevoerd kan worden. Dit kan zorgen voor kleinere verschillen tussen beoordelingen van mensen met dezelfde klachten. Doordat de kwaliteit van de beoordeling hoger wordt, zullen er volgens deelnemers ook minder herbeoordelingen en bezwaar aangevraagd worden. Een andere oplossing die door deelnemers werd gegeven is gericht op de rol van de werkgever. Zij gaven als mogelijke oplossing een **maximaal aantal beroep en bezwaar procedures** invoeren die een werkgever kan aanvragen. Zoals eerder beschreven zit hier nu nog geen maximum op. Volgens deelnemers leidt deze oplossing tot meer rust bij de cliënt en komt er meer ruimte voor reguliere beoordelingen.

6.2.2 Oplossingen gericht op het aanleveren van het dossier

Deelnemers gaven ook verschillende oplossingen gericht op het dossier dat de verzekeringsarts gebruikt tijdens de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Zo gaf een aantal deelnemers aan dat het dossier voor de verzekeringsarts de eerste twee jaar in de ziektewet gevuld moet worden met **nuttige informatie**, zoals bijvoorbeeld informatie van de behandelend arts en hoe de privésituatie van de cliënt eruit ziet. Het doel van deze oplossing is om het dossier minder groot te maken, maar kwalitatief wel goed. Kwalitatief goed betekent volgens deelnemers dat er alleen documenten aangeleverd worden die nuttig zijn voor de verzekeringsarts (die echt gebruikt worden). Dit zorgt volgens deelnemers ervoor dat het proces efficiënter wordt voor de verzekeringsarts, omdat er minder informatie doorgenomen hoeft te worden. Er is meer tijd om de informatie goed door te nemen, waardoor dit volgens deelnemers mogelijk leidt tot minder bezwaar en beroep. Ook belast

⁷ Sinds 2025 wordt er door de Belastingdienst strenger gehandhaafd op medewerkers die als ZZP'er werken, maar eigenlijk volgens de regels in loondienst zijn. Het UWV werkt deels met verzekeringsartsen op ZZP basis. Door de strengere handhaving moeten zij hiermee stoppen. Dit kan leiden tot een afname van het aantal beschikbare verzekeringsartsen voor het UWV.

het de cliënt minder, omdat het aanleveren van al deze documenten veel energie kost volgens de deelnemers. Een nadeel volgens de deelnemers is dat er af en toe om aanvulling van het dossier gevraagd kan worden.

In aanvulling hierop werd er door deelnemers aangegeven dat de **verantwoordelijkheid voor het aanvullen van het dossier bij de bedrijfsarts gelegd** moet worden in plaats van de cliënt. De bedrijfsarts is gedurende de eerste twee jaar in de ziektewet betrokken bij de cliënt, waardoor deze arts goed de dossiervorming op orde kan maken. Op deze manier krijgt de cliënt hulp bij het aanleveren van een kwalitatief goed dossier. De deelnemers gaven aan dat ze hopen dat het kwalitatief goede dossier dan ook leidt tot een betere kwaliteit van de beoordeling. Deze oplossing zorgt volgens deelnemers voor meer werk voor de bedrijfsarts, maar de verzekeringsarts kan efficiënter werken doordat het dossier van hogere kwaliteit is.

6.2.3 Oplossingen gericht op de rol van de cliënt

Een aantal deelnemers gaven oplossingen gericht op de rol van de cliënt in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Zo gaven deelnemers aan dat de **cliënt beter voorbereid moet worden** op de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, omdat het nu niet altijd duidelijk is wat van hen verwacht wordt. In dit proces kunnen ze bijvoorbeeld ondersteund worden door de bedrijfsarts en/of werkgever. Deze professionals kunnen cliënten volgens de deelnemers voorbereiden op de vragen die gesteld kunnen worden tijdens de beoordeling, zoals in welke handelingen een cliënt beperkt wordt. Betere begeleiding kan volgens deelnemers tot meer rust bij de cliënt leiden en tot een betere kwaliteit van de beoordeling doordat de cliënt goed voorbereid is. Ook gaven een aantal deelnemers aan dat **cliënten actief betrokken moeten worden bij het uitzoeken van functies** die een cliënt mogelijk nog kan uitvoeren na de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Deelnemers gaven hier aan dat de potentiële functies die nu worden uitgekozen door de arbeidsdeskundige vaak niet passend zijn, waardoor de cliënt niet actief mee wil werken. Door de cliënt actief te betrekken voelt de cliënt zich volgens de deelnemers serieus genomen en wordt een actieve houding gestimuleerd waardoor de kans groter is dat er passend werk gevonden wordt. Deelnemers gaven aan dat hierdoor ook voorkomen kan worden dat de cliënt in bezwaar gaat tegen de uitkomst van de beoordeling. Ten slotte werd er door deelnemers als nadeel gegeven dat het actief betrekken niet voor alle cliënten een optie is, omdat een cliënt wel nog in staat moet zijn om de regie te nemen.

6.2.4 Oplossingen gericht op preventie

Een aantal deelnemers benoemde oplossingen gericht op preventie waardoor minder mensen een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling nodig hebben. Zo werd er door deelnemers benoemd dat de werkgever meer verantwoordelijkheid kan nemen op het gebied van preventie, bijvoorbeeld in de vorm van veiligheidsmedewerkers.

Ook gaven deelnemers aan dat er gewerkt kan worden met persoonsgebonden coaching in plaats van de bedrijfsarts. Bij uitval op de werkvloer zou dan volgens de deelnemers meteen een coach betrokken moeten worden om te kijken naar mogelijkheden voor aangepaste werkzaamheden. Deelnemers denken dat op deze manier werknemers langer aan het werk kunnen blijven, maar er wordt wel een grotere verantwoordelijkheid bij de werknemer en werkgever gelegd. Deelnemers lichtten toe dat wanneer mensen ziek zijn ze niet zelf deze verantwoordelijkheid kunnen nemen.

6.2.5 Oplossingen gericht op de aantrekkelijkheid van het beroep verzekeringsarts

Ten slotte werd door deelnemers de functie van verzekeringsarts aantrekkelijk te maken / houden benoemd als oplossing voor het tekort aan verzekeringsartsen. Het aantrekkelijk maken / houden van de functie door naar de afwisseling van het werk en het salaris te kijken, zorgt er volgens

deelnemers ervoor dat meer artsen worden aangetrokken tot dit specialisme en minder verzekeringsartsen het vak verlaten.

6.3 Mening deelnemers al bedachte oplossingen

Nadat deelnemers zelf over oplossingen hadden nagedacht, zijn vier oplossingen aan hen voorgelegd die voortkwamen uit het eerder uitgevoerde vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen (zie Box 6.1). Deelnemers bespraken in groepjes wat mogelijke voor- en nadelen van deze oplossingen zijn en wat de gevolgen van deze oplossing zijn voor een persoon die in het arbeidsongeschiktheidsproces zit. Hierna is aan de deelnemers gevraagd welke oplossing zij het beste vinden. Op deze manier krijgen we inzicht in de onderzoeksvraag: *“Hoe kijken burgers naar de oplossingsrichtingen die in het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen naar voren kwamen?”* Uiteindelijk bleek het te complex om in één Burgerplatform deelnemers ook nog in detail te laten nadenken over de voorgestelde Octas scenario's, zoals gesteld in de onderzoeksvraag: *‘Dragen volgens burgers de voorgestelde varianten voor de toekomst van Octas bij aan een oplossing van het capaciteitsgebrek van verzekeringsartsen? En waarom wel of niet?’* Wel reflecteerden burgers op het afschaffen van de IVA, een maatregel die ook in de Octas scenario's 'Huidig stelsel beter' en 'Werk staat voorop' voorkomt.

Box 6.1 Al bedachte oplossingsrichtingen voor het tekort aan verzekeringsartsen voorgelegd aan deelnemers Burgerplatform

Gelijker beoordelen: bij deze oplossing staat het updaten van de huidige standaarden en richtlijnen centraal, zodat er goede, actuele (wetenschappelijke) richtlijnen beschikbaar zijn om de mate van arbeidsongeschiktheid te bepalen. Cliënten met vergelijkbare klachten worden hierdoor vergelijkbaar beoordeeld.

Meer begeleiding door verpleegkundige: bij deze oplossing worden sociaal medisch verpleegkundigen meer ingezet in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling op het gebied van bijvoorbeeld het verzamelen en analyseren van informatie en de anamnese.

Afschaffen IVA: Bij deze oplossing krijgt iedereen die arbeidsongeschikt is verklaard een WGA-uitkering en vervalt de IVA-uitkering. De WGA-uitkering is van tijdelijke aard, waardoor er in principe herbeoordelingen zouden moeten worden uitgevoerd.

Cliënt verzamelt zelf de gegevens: bij deze oplossing verzamelt de cliënt zelf de informatie die nodig is voor de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, zoals informatie van de behandeld arts, het re-integratieverslag en de medische gegevens van de bedrijfsarts.

6.3.1 Gelijker beoordelen

Deelnemers gaven verschillende voordelen aan bij deze oplossingsrichting. Een aantal deelnemers gaf aan dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling hierdoor mogelijk sneller gaat verlopen en dat er een betere stroomlijning van de besluitvorming over de arbeidsongeschiktheid gaat plaatsvinden doordat er minder naar de privésituatie van een cliënt wordt gekeken. Ook werd er door een aantal deelnemers aangegeven dat het gelijker beoordelen ervoor zal zorgen dat de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling rechtvaardiger wordt, omdat iedereen vergelijkbaar wordt

beoordeeld. Wel werd er door een deelnemer aangegeven dat patiëntorganisaties betrokken moeten worden bij het ontwikkelen van de richtlijnen.

Het verdwijnen van de menselijke maat bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling werd het vaakste genoemd door deelnemers als mogelijk nadeel van deze oplossing. Ook omdat iedere persoon anders omgaat met een ziekte en dat de ziekte verschillend wordt ervaren. Deelnemers gaven aan dat het daarom essentieel is om naar de privésituatie van iemand te kijken. Ze gaven aan dat ze bang zijn dat een cliënt een verkeerde beoordeling krijgt, wanneer de privésituatie niet wordt meegenomen. Ook gaven een aantal deelnemers aan dat ook richtlijnen niet kunnen voorkomen dat een verzekeringsarts een cliënt beoordeelt met zijn/haar aannames en vooroordelen. Volgens de deelnemers kan een beoordeling nooit helemaal objectief zijn. Ook voegden deelnemers toe dat het essentieel is dat de richtlijnen regelmatig up-to-date gehouden worden. Ze hebben ervaren dat dit nu niet altijd zo is, waardoor cliënten verkeerd beoordeeld kunnen worden. Ook verwacht een aantal deelnemers dat bij meer gebruik van richtlijnen de beoordeling van mensen met meervoudige problematiek ingewikkeld kunnen maken. Ten slotte, werd er door deelnemers aangegeven dat het gebrek aan maatwerk (kijken naar de privésituatie) het werk voor de verzekeringsarts minder leuk kan maken.

6.3.2 Meer begeleiding door verpleegkundige

Deze oplossing zorgt volgens deelnemers voor een verlaging van de werkdruk van verzekeringsartsen doordat het dossier al (compleet) wordt aangeleverd door de sociaal-medisch verpleegkundige. Deelnemers gaven aan dat de verzekeringsarts hierdoor meer tijd heeft om het dossier te bekijken en meer tijd kan nemen voor complexe casussen en om cliëntgericht te werken. Hiernaast gaven deelnemers aan dat doordat de verpleegkundige verantwoordelijk is voor het dossier er meer ruimte is voor de cliënt om het dossier samen met de verpleegkundige te bekijken en waar nodig nog aan te vullen. Ook benoemden deelnemers dat deze oplossing overleg tussen de arts en de verpleegkundige mogelijk maakt, zodat wordt voorkomen dat de beoordeling door één persoon wordt uitgevoerd (tunnelvisie verzekeringsarts wordt voorkomen). Ten slotte voegden deelnemers nog toe dat ze verpleegkundigen meer empathisch vinden dan artsen waardoor ze het fijn vinden om geholpen te worden door een verpleegkundige. Ze gaven aan het geen probleem te vinden wanneer ze de verzekeringsarts niet meer (of minder) zouden zien zolang verpleegkundigen goed zijn opgeleid en geen kennis missen.

Een nadeel van deze oplossing die door deelnemers werd benoemd is dat er op dit moment al een tekort aan verpleegkundigen is. Een ander nadeel dat door de deelnemers werd genoemd is dat er meer afstemming tussen de twee zorgverleners nodig is. Dit vraagt om extra tijd van de verzekeringsarts. Ten slotte heeft deze oplossing volgens deelnemers ook nadelige gevolgen voor de cliënt als deze hierdoor naar meerdere afspraken moet gaan i.p.v. één afspraak met de verzekeringsarts. Deelnemers gaven aan dat dit veel energie vergt van een cliënt.

6.3.3 Afschaffen van de IVA

Een aantal deelnemers gaf als voordeel van deze oplossing dat de werkgever te maken krijgt met lagere kosten, omdat de boete voor eigen risicodragers mogelijk zal verdwijnen. Ook gaven een aantal deelnemers aan dat het werk voor de verzekeringsarts simpeler wordt, omdat het duurzaamheidscriterium bij de beoordeling vervalt. Deze deelnemers verwachten dat er minder bezwaar en beroep aangevraagd wordt in deze situatie, omdat het duurzaamheidscriterium vaak hiertoe leidt. Dit zal naar verwachting de werkdruk van de verzekeringsartsen verlagen. Ook gaf een aantal deelnemers aan dat deze oplossing tot meer duidelijkheid bij de cliënt zorgt, cliënten niet meer in onzekerheid zitten over welke uitkering ze krijgen.

Er werden door de deelnemers ook verschillende nadelen genoemd. Zo gaven deelnemers aan dat mensen met een WGA-uitkering er financieel op achteruit gaan en het voor mensen moeilijk wordt om een hypotheek af te sluiten, omdat de bank de IVA-uitkering als een stabiel inkomen ziet, maar een WGA-uitkering niet. Ook zitten cliënten volgens de deelnemers meer in onzekerheid omdat er alleen nog maar tijdelijke uitkeringen toegekend worden, waardoor de cliënten met regelmaat herbeoordeeld zouden moeten worden. Hiernaast verwachten een aantal deelnemers dat deze oplossing leidt tot meer werk voor de verzekeringsarts, omdat iedereen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering regelmatig herbeoordeeld zou moeten worden. In de huidige WGA, waarbij de herbeoordelingen op initiatief van het UWV en/of de werkgever / cliënt worden aangevraagd, lukt het al niet om deze beoordelingen uit te voeren. Ten slotte werd er door deelnemers als nadeel benoemd dat het lastig kan zijn om na de verplichte herbeoordeling weer aan het werk te gaan. Een deelnemer gaf aan dat de arbeidsmarkt constant veranderd, waardoor er allemaal haken en ogen kunnen zitten aan het weer aan het werk gaan. Er zal in deze situatie meer begeleiding vanuit het UWV gegeven moeten worden om mensen weer aan het werk te helpen.

6.3.4 Cliënt verzamelt zelf de gegevens

Verschiedende deelnemers gaven aan dat een voordeel van deze oplossing is dat de verantwoordelijkheid van informatieaanlevering bij de cliënt ligt, waardoor de persoon zelf de regie in handen heeft. Een deelnemer voegde hier toe dat dit meer controle kan geven en daarom het herstelproces van een cliënt kan bevorderen. Ook voegden deelnemers toe dat het proces van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling sneller kan gaan omdat de cliënt de documenten op juistheid kan controleren en daarom weet welke documenten relevant zijn. Dit helpt volgens deze deelnemers ook bij het vertellen van iemand z'n verhaal omdat deze persoon weet welke documenten er zijn aangeleverd. Deelnemers benoemden ook voordelen voor de verzekeringsarts. Ze gaven aan dat de verzekeringsarts tijd overhoudt waardoor deze tijd kan worden besteed aan het beoordelen, doorvragen en de administratie bij elkaar zoeken.

Naast voordelen werden er door de deelnemers ook verschillende nadelen benoemd. Deelnemers benoemden dat een groot nadeel van deze oplossing is dat het zelf verzamelen van informatie veel tijd/energie kost voor een cliënt. Ze voegden toe dat er een grote verantwoordelijkheid bij de cliënt wordt gelegd die mogelijk niet iedereen aankan. Wanneer een cliënt deze verantwoordelijkheid niet aankan, verwachten deelnemers dat er een mogelijkheid is dat het benodigde dossier onvolledig aangeleverd wordt. Een deelnemer geeft aan dat dit extra stress kan meebrengen en het herstelproces van een cliënt kan beschadigen, omdat er in deze situatie geen ruimte is voor herstel.

Enkele deelnemers benoemden bij deze oplossing dat het van belang is dat er meer tijd geïnvesteerd moet worden in het geven van heldere instructies aan de cliënt over welke documenten er allemaal aangeleverd moeten worden en dat er iemand moet zijn die de kwaliteit van de documenten controleert.

De meeste deelnemers (n=8) gaven aan de oplossing waarbij begeleiding door de verpleegkundige centraal staat het beste te vinden. Hierna kwam het verzamelen van gegevens door de burger zelf (n=2) en het gelijker beoordelen (n=1).

6.4 Zorgvuldige beoordeling vinden mensen het belangrijkste

Tot slot werd aan deelnemers gevraagd om voor verschillende componenten van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling aan te geven hoe belangrijk zij deze vonden (zie Box 6.2). Hiervoor werd aan de deelnemers gevraagd om twintig fiches over de componenten te verdelen. De component die deelnemers het belangrijkste vonden, moesten ze de meeste fiches geven. Op deze manier kregen we inzicht in de onderzoeksvraag: *“Wat zijn voor burgers de belangrijkste uitgangspunten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel? Te denken aan: het aantal mensen dat een uitkering krijgt, de hoogte van die uitkering, de zorgvuldigheid van de beoordeling en de wachttijd voor een beoordeling?”* Als we het Nederlandse arbeidsongeschiktheidsstelsel vergelijken met de stelsels in andere landen, zitten de verschillen met name in deze componenten. Daarom wordt op deze manier ook inzicht gekregen in de onderzoeksvraag: *Kunnen de inzichten in de verschillen tussen de Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdrage aan een oplossingsrichting volgens burgers?*

Box 6.2 Onderdelen van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

1. Zo hoog mogelijke uitkering
2. Zoveel mogelijk mensen een uitkering
3. Zo snel mogelijk de uitslag van een beoordeling
4. Zo zorgvuldig mogelijke beoordeling

6.4.1 Verschillende onderdelen arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Bijna alle deelnemers gaven aan een zo zorgvuldig mogelijke beoordeling het belangrijkste onderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling te vinden. Er werd door verschillende deelnemers aangegeven dat de verschillende onderdelen met elkaar samenhangen. Een deelnemer gaf aan het niet erg te vinden om langer te wachten op een beoordeling als je weet dat je goed wordt beoordeeld. Een andere deelnemer die aangaf een zo zorgvuldig mogelijk beoordeling het belangrijkste te vinden lichtte toe dat de uitkomst van de beoordeling impact kan hebben op de rest van iemands leven waardoor het essentieel is dat de beoordeling goed wordt uitgevoerd.

“Het wachten is een paar maanden, maar de uitspraak is voor de rest van je leven”.

Hiernaast werd door een aantal deelnemers, die een zo zorgvuldig mogelijke beoordeling het belangrijkste vonden, toegevoegd dat er tijdens een beoordeling goed gekeken moet worden wat passend is en dat de gemaakte keuzes door de verzekeringsarts weloverwogen moeten zijn.

6.4.2 Andere belangrijke onderdelen arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Naast de onderdelen in Box 6.2, werd aan de deelnemers gevraagd om aanvullende componenten in de beoordeling te noemen die voor hen belangrijk zijn. Een deelnemer gaf aan de **voorspelbaarheid** van een beoordeling ook een belangrijk onderdeel te vinden. Er moet volgens deze deelnemer meer duidelijkheid komen over hoe het arbeidsongeschiktheidstraject eruit gaat zien. Er werd door andere deelnemers toegevoegd dat het nu vaak onduidelijk is wanneer je een beoordeling gaat krijgen, waardoor de beoordeling als een loterij kan aanvoelen. Deelnemers gaven aan dat het mogelijk zou moeten zijn om het traject voorspelbaar te maken, omdat mensen al twee jaar in de ziektewet zitten. Hierdoor is het van tevoren al duidelijk dat mensen ooit een beoordeling nodig gaan hebben.

Een aantal deelnemers gaf ook aan de **communicatie** een belangrijk te vinden. Volgens deze deelnemers moet de verzekeringsarts / het UWV op een heldere manier communiceren richting de cliënt. Dit houdt in eenvoudige / begrijpelijke taal gebruiken en op een persoonlijke manier

communiceren over hoe het arbeidsongeschiktheidstraject eruit gaat zien. Ze lichtten toe dat het nog te vaak aan duidelijke communicatie ontbreekt.

Hiernaast gaven enkele deelnemers aan dat ze het onderdeel een zo hoog mogelijke uitkering krijgen niet het belangrijkste onderdeel vinden, maar dat inkomen wel een belangrijk onderdeel van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is. Ze gaven aan dat het belangrijk is dat mensen een **arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen die voldoende is om van te leven** (er moet een bepaalde drempelwaarde zijn). Ook gaf een andere deelnemer aan het belangrijk te vinden dat iedereen een even hoge uitkering ontvangt.

7 Resultaten mogelijke effecten van drie oplossingsrichtingen

7.1. Keuze van oplossingsrichtingen

Op basis van de resultaten uit de voorgaande hoofdstukken zijn drie oplossingsrichtingen gekozen, waarvoor we in dit hoofdstuk een inschatting maken hoe deze de vraag naar verzekeringsartsen in de toekomst zouden kunnen veranderen. Deze geschatte vraagontwikkelingen zetten we af tegen het verwachte aanbod aan verzekeringsartsen, zodat we ook een schatting kunnen maken van het tekort aan verzekeringsartsen gegeven het potentiële effect van de drie oplossingsrichtingen.

We gebruiken hier steeds de term *schattingen*, omdat we een groot aantal aannames zullen maken in het vertalen en kwantificeren van het potentiële effect van de drie oplossingsrichtingen. De geschatte effecten zijn met steeds met grote onzekerheden omgeven. Daarom zullen we steeds de gehanteerde aannames benoemen, zo goed mogelijk onderbouwen en bandbreedtes hanteren. Daarnaast is een belangrijke beperking dat we de potentiële effecten van de drie oplossingsrichtingen alleen kunnen bepalen *voor de verzekeringsartsen die in dienst zijn van het UWV*. Zoals we hieronder uiteen zetten, hebben we bronnen van het UWV het meest specifiek kunnen gebruiken om de aannames te onderbouwen; terwijl we voor verzekeringsartsen niet in dienst van het UWV over veel minder gegevens beschikken. Daarom beperken de schattingen zich tot de verzekeringsartsen die in dienst zijn van het UWV en 63% van de alle werkzame verzekeringsartsen in Nederland vormen.

De **eerste** oplossingsrichting waarvan we de potentiële effecten inschatten is **het afschaffen van de IVA**. Deze oplossingsrichting kwam bij de consultaties van verzekeringsartsen het meest duidelijk naar voren als de meest effectieve en wenselijke aanpassing van het huidige systeem van arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Door het vervallen van het duurzaamheids criterium zal de gemiddelde tijd die een verzekeringsarts besteedt aan (her)beoordelingen en bezwaar- en beroepzaken lager worden. En ook zal aantal herbeoordelingen en het aantal bezwaar- en beroepzaken afnemen met name doordat er geen prikkel meer is om vanuit de WGA in de IVA te komen. Ook burgers zagen de grote voordelen hiervan als het gaat om tijds winst en minder beroep- en bezwaarzaken, al zagen ook nadelen in de effecten ervan voor de bepaalde groepen. De afschaffing van de IVA kent al een lange geschiedenis van discussie, waardoor verzekeringsartsen ook verdeeld zijn over de haalbaarheid ervan op korte termijn; ook in het licht van andere voorstellen voor stelselherforming. Binnen het kader van dit onderzoek nemen we dus wel aan dat de afschaffing van de IVA op een zeker moment zal plaats vinden, en schatten we in wat het potentiële effect daarvan op de vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de toekomst zou zijn.

De **tweede** oplossingsrichting betreft **het volledig benutten van het potentieel aan sociaal-medische verpleegkundigen (SMV) en omschakeling naar de Sociaal Medische Centra (SMC)**. In het vragenlijstonderzoek gaven verzekeringsartsen aan dat veel taken (meer) gedelegeerd zouden kunnen worden dan nu het geval is. Verdergaande delegatie naar de SMV werd hierbij het vaakst genoemd, al zijn er ook verzekeringsartsen die deze vorm van delegatie niet verder uitgebreid zouden willen zien. Bij burgers had deze oplossingsrichting een sterke voorkeur. Zij zagen de voordelen voor de werkdruk van de verzekeringsarts, en blijken veel vertrouwen te hebben in SMV's. Het meer inzetten van (onder andere) de SMV vindt binnen UWV op dit moment plaats in de omschakeling naar de Sociaal Medische Centra (SMC). Bij deze oplossingsrichting gaan we er dan ook

vanuit dat er een verdere doorontwikkeling is in de SMCs, waarmee ook de extra inzet van de SMV zo ‘volledig’ mogelijk wordt gerealiseerd, en schatten we in wat het potentiële effect hiervan is op de vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de toekomst.

De **derde en laatste** oplossingsrichting waarvan we de potentiële effecten inschatten is dat **dossiers vollediger en richtlijnen actueler worden gemaakt**. Uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies bleek dat een volledig dossier de (UWV-)verzekeringsarts bij de eerste beoordeling veel tijd kan schelen, en de kans op herbeoordeling of beroep- en bezwaarzaak kan verkleinen. Ook burgers voelen zich meer serieus genomen als informatie over hun ziekte, of informatie over het traject bij de bedrijfsarts, goed en volledig in het dossier is opgenomen. Een compleet en goed gedocumenteerd dossier zien burgers als de basis voor een zorgvuldig proces – wat zij het belangrijkste aspect van de beoordeling vinden. Deze oplossingsrichting gaat ten eerste ervanuit dat het in de toekomst minder tijd en energie gaat kosten om dossiers compleet te krijgen. Het opvragen van informatie bij behandelaren zal minder tijdrovend worden, de overdracht met de bedrijfsarts wordt verbeterd, en het probleem dat verschillende informatie op verschillende plekken in IT-systemen wordt opgelost. Ten tweede gaan we ervanuit dat bepaalde richtlijnen voor UWV-verzekeringsartsen geactualiseerd en verbeterd worden waarmee de ondersteuning van (her)beoordelingen wordt verbeterd. Dit betreft vooral richtlijnen bij psychische klachten die nu beperkt houvast geven volgens verzekeringsartsen. Het kan ook bijdragen aan minder rechtszaken, waarin nu vaak de meningen van experts gevraagd en tot steeds meer nieuwe jurisprudentie leidt waar verzekeringsartsen rekening mee moeten houden. Zowel de verzekeringsartsen als burgers vonden de haalbaarheid van deze oplossingsrichting overigens wel lastig in te schatten. In dit hoofdstuk gaan er dus wel vanuit dat dossiers vollediger en richtlijnen actueler worden gemaakt, en schatten we wat het potentiële effect hiervan op de vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de toekomst zou zijn.

7.2. Schattingen van de potentiële effecten van de drie oplossingsrichtingen

De drie geselecteerde oplossingsrichtingen worden hieronder één voor één gepresenteerd inclusief hun geschatte effect op vraag naar verzekeringsartsen bij het UWV in de komende 20 jaar. Daarbij is steeds dezelfde basismethode gehanteerd bestaande uit drie onderdelen:

1. Uitgangspunt is de vraag naar UWV-verzekeringsartsen ‘nu’, dat wil zeggen in 2025. Deze vraag schatten we in op basis van het aantal fte dat alle verzekeringsartsen in 2025 bij het UWV werkten, plus een percentage daarvan onvervulde vraag naar UWV-verzekeringsartsen (een schatting van het ‘huidige tekort’ aan (UWV-)verzekeringsartsen). Voor alle oplossingsrichtingen gaan we uit van een capaciteit van 423 fte aan UWV-verzekeringsartsen maar een vraag van 613 fte in 2025; een tekort of onvervulde vraag van 42% van de huidige capaciteit aan UWV-verzekeringsartsen dus. Bijlage C geeft nadere detailinformatie over de bronnen en afleiding van deze aantallen en percentages.
2. Vervolgens schatten we in hoe de vraag naar UWV-verzekeringsartsen vanaf 2025 zal verlopen; gegeven de aanname dat de betreffende oplossingsrichting haar potentiële effect direct of na een aantal jaren zal hebben. Hiervoor nemen we de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar verzekeringsartsen als uitgangspunt, die het Capaciteitsorgaan in de laatste raming van 2025 heeft gehanteerd (Capaciteitsorgaan, 2025). In deze raming wordt ervan uitgegaan dat de vraag elk jaar zal toenemen door demografische ontwikkelingen en niet-demografische ontwikkelingen (zie Bijlage C voor de betreffende groeipercentages en bronverwijzing). Deze verwachte groei wordt vervolgens aangepast met een bepaald percentage per jaar, wat de kwantificering is van het potentiële effect van de betreffende oplossingsrichting. Dit effect-percentage wordt gebaseerd op oplossingsrichting-specifieke aannames, uitgangspunten en cijfers / percentages die

hieronder en ook in Bijlage C nader worden beschreven. Voor elke oplossingsrichting wordt een onder- en bovengrens voor het geschatte effect-percentages toegepast, om in zekere mate rekening te houden met de grote onzekerheden die met de schattingen gepaard gaan.

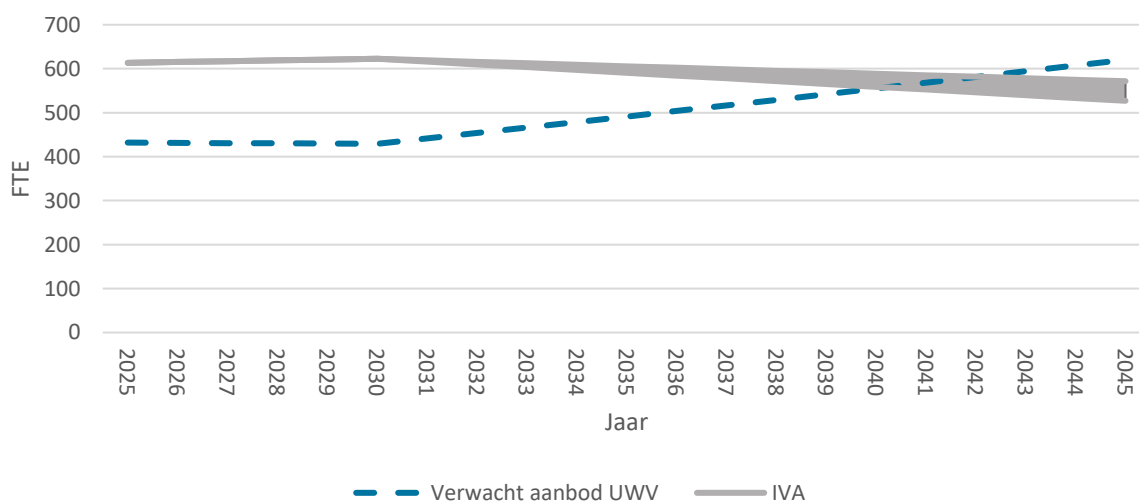
3. Tenslotte wordt de geschatte vraag naar UWV-verzekeringsartsen tussen 2025 en 2045 – gegeven dus dat het potentiële effect van de oplossingsrichting wordt behaald – afgezet tegen het verwachte aanbod van UWV-verzekeringsartsen over dezelfde periode. Deze aanbodontwikkeling is steeds dezelfde voor alle drie de oplossingsrichtingen, en gebaseerd op de prognose die het Capaciteitsorgaan in de laatste raming van 2025 heeft gehanteerd (zie ook Bijlage C).

7.1.1 Schatting van het effect van oplossingsrichting 1: Afschaffing van de IVA

Op basis van verschillende onderzoeken bij en door het UWV en ook onze enquête onder verzekeringsartsen, gaan we voor deze eerste oplossingsrichting ervanuit dat bij afschaffen van de IVA het aantal herbeoordelingen en bezwaar- en beroepzaken met 30% tot 50% zal afnemen. Daarnaast is de verwachting dat alle beoordelingen door de afschaffing van het duurzaamheidscriterium gemiddeld 25 tot 50 minuten sneller kunnen worden uitgevoerd. We verwijzen naar Bijlage C en de rapporten van GUPTA uit 2022 en het IBO uit 2025 voor onderbouwing en afleiding van deze schattingen.

Zoals in Bijlage C nader wordt beschreven, zou het potentiële effect van de afschaffing van de IVA zijn dat de vraag naar verzekeringsartsen bij het UWV met netto met 10% (ondergrens van de schatting) tot 17% (ondergrens van de schatting) afneemt in 15 jaar tijd. We gaan er hierbij vanuit dat het effect van het afschaffen van de IVA over 5 jaar start en dat het bereiken van het potentiële effect na 20 jaar (in 2025) is bereikt. Figuur 7.1 laat zien hoe de vraag naar UWV-verzekeringsartsen zich dan tussen 2025 en 2045 ontwikkelt gegeven de effect-percentages in de range van 10%-17%; afgezet tegen het verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen in dezelfde periode (zie onderdeel 3 hiervoor), ook uitgedrukt in fte.

Figuur 7.1 De geschatte vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de komende 20 jaar als het potentiële effect-percentages van 10%-17% door het afschaffen van de IVA wordt bereikt (grijze lijngebied 'IVA'), afgezet tegen het verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen in fte



In de figuur is te zien hoe het potentiële effect van het afschaffen van de IVA in 2030 de vraag naar UWV-verzekeringsartsen zal doen dalen, in een tempo waarmee geschatte vraag en aanbod elkaar rond 2040 of 2043 zouden kruisen (afhankelijk van de bandbreedte van de aangenomen effect-percentages). We benadrukken hierbij nog eens de beperkingen die we hiervoor benoemden van deze exercitie, namelijk (1) dat deze oplossingsrichting de effecten heeft zoals ze zijn meegenomen in

de schatting van effect-percentages, (2) dat alle onderliggende getallen en percentages ook ‘gaan kloppen’ in de toekomst, en (3) geen andere effecten zullen zijn van het afschaffen van de IVA die de verwachte afname in de vraag naar verzekeringsartsen teniet doen.

7.1.2 Schatting van het effect van oplossingsrichting 2: Volledig benutten van het potentieel aan sociaal-medische verpleegkundigen (SMV) en omschakeling naar de Sociaal Medische Centra (SMC)

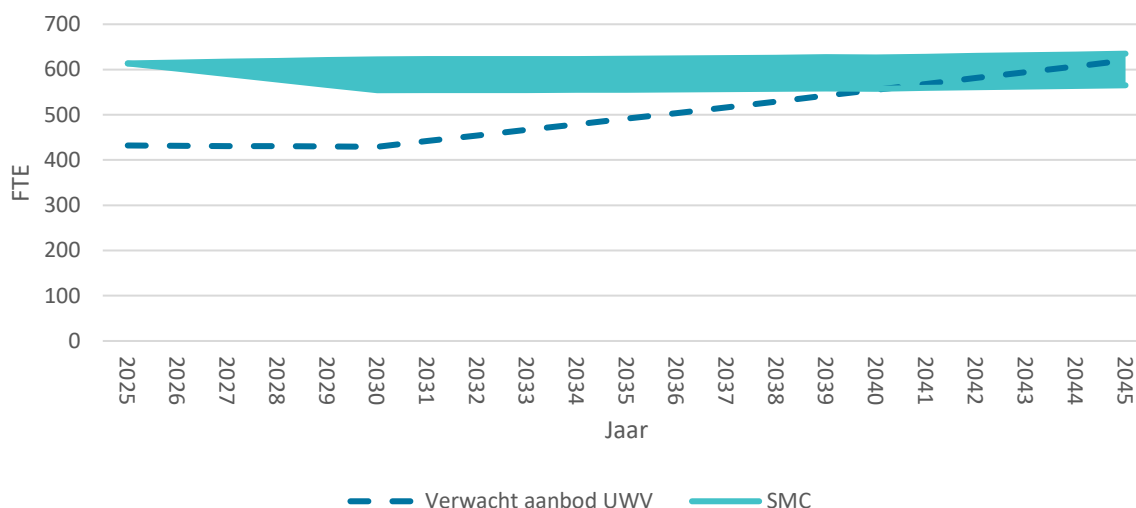
Voor deze oplossingsrichting hebben we ons gericht op het effect wat bereikt kan worden als door delegatie naar SMV's en middels SMC's de productie van verzekeringsartsen gemiddeld verhoogd kan worden. We gaan er daarbij vanuit dat nu 275 activiteiten per fte WUV-verzekeringsarts⁸ worden uitgevoerd, waarbij dit gemiddelde al is toegenomen door de nu gedeeltelijke overstap naar SMCs. Ook gaan we ervanuit dat het aantal gewenste (c.q. mogelijk geachte) activiteiten per verzekeringsarts 400 per jaar is, al staat dit aantal wel ter discussie. We verwijzen weer naar Bijlage C en de rapportage van BC&K uit 2025 waarmee aannames zijn onderbouwd voor de schatting van de effect-percentages van deze oplossingsrichting.

De ondergrens van het effect-percentage is gesteld op 0%, waarbij we aannemen dat het potentiële effect van de omschakeling naar de SMCs door de genomen initiatieven de facto al bereikt. Hierdoor zal de vraag naar UWV-verzekeringsartsen niet netto niet verder wijzigen. Nemen we echter in lijn met het ongevraagde advies van BC&K aan dat bij méér taakdelegatie en ondersteuning (door bijvoorbeeld de SMV) het aantal activiteiten substantieel zou kunnen toenemen, dan ligt het effect-percentage uiteraard hoger dan 0%. Het BC&K-advies gaat uit van een mogelijke 34% aan activiteiten-toename, wat zou betekenen dat het gemiddelde toeneemt van 275 naar (jaarlijks) 368. We schatten echter in dat deze toename van 34% niet op korte termijn haalbaar is maar een stijging naar 350 activiteiten per jaar zou wel in de range van deze oplossingsrichting kunnen liggen. Tevens nemen we aan dat deze oplossingsrichting typisch een kortetermijneffect heeft. We nemen aan dat de vraag naar verzekeringsartsen bij het UWV met 0% tot 11% zal kunnen afnemen als het potentiële effect van meer taakdelegatie naar de SMV en inzet van de SMC in vijf jaar wordt bereikt (zie Bijlage C voor nadere details).

Figuur 7.2 laat weer zien hoe de vraag naar UWV-verzekeringsartsen zich tussen 2025 en 2045 ontwikkelt, gegeven de effect-percentages in de range van 0%-11% voor deze oplossingsrichting.

⁸ De aios en anios zijn hierbij niet meegenomen

Figuur 7.2 De geschatte vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de komende 20 jaar als het potentiële effect-percentages van 0%-11% door het volledig benutten van het potentieel aan sociaal-medische verpleegkundigen en omschakeling naar de Sociaal Medische Centra wordt bereikt (blauwe lijngebied 'SMC'), afgezet tegen het verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen in fte



We zien dat bij een effect-percentages van 0% de vraag naar verzekeringsartsen over de tijd licht toeneemt (de basis-trend volgend). Bij een verondersteld effect-percentages van 11% door verdergaande taakdelegatie zal de geschatte vraag de eerste vijf jaar afnemen, om daarna weer licht te stijgen. Afgezet tegen de lijn van het verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen zouden vraag en aanbod elkaar in 2040 kruisen bij het 'maximale' effect-percentages van 11%. Dit zal pas later dan 2045 zijn als we aannemen dat het effect van deze oplossingsrichting vanaf het begin van de prognoseperiode 0% (oftewel netto afwezig) zal zijn.

Ook hier benadrukken we de onzekerheden rond de aannames, die hiervoor en in Bijlage C zijn beschreven. Een specifiek en 'zwaarwegende' aanname bij deze oplossingsrichting is dat er voldoende SMV's (en arbeidsdeskundigen, procesbegeleiders, medisch secretaresses) zullen de komende vijf jaar zullen zijn om de verdergaande taakdelegatie te realiseren. Ook een succesvolle opschaling en omschakeling naar SMC's is een belangrijke aanname c.q. voorwaarde voor deze oplossingsrichting.

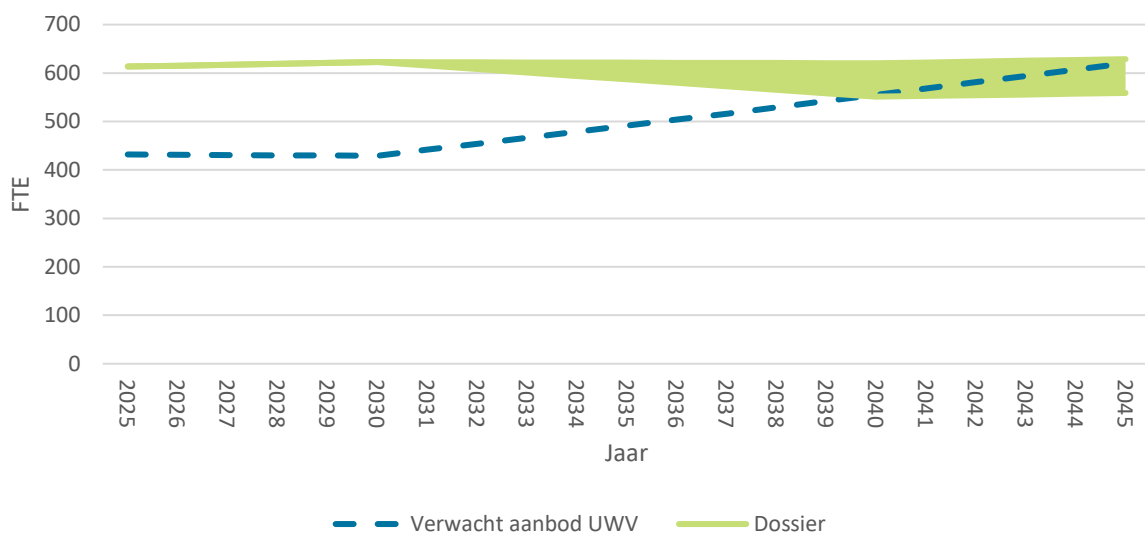
7.1.3 Schatting van het effect van oplossingsrichting 3: Dossiers worden vollediger en richtlijnen actueler gemaakt

In vergelijking met de vorige twee oplossingsrichtingen zijn voor deze oplossingsrichting geen specifieke databronnen of rapporten beschikbaar, en worden de aannames gebaseerd op de vragenlijsten, werksessies en het Burgerplatform die gehouden zijn voor dit onderzoek. Op basis van deze bronnen nemen we ten eerste aan dat meer actuele richtlijnen een gunstig effect zullen hebben op de duur van herbeoordelingen, bezwaar- en beroepzaken. Ook nemen we aan dat het aantal bezwaar- en beroepzaken hierdoor zal afnemen. Ten tweede nemen we aan dat betere dossiervorming (bijvoorbeeld door meer gebruik van gestructureerd templates en mogelijk (gedeeltelijke) voorinvulling door AI) ook tijds winst zal opleveren bij de eerste beoordelingen. Het gaat dus om een combinatie van twee verwante verbeteringen in het werkproces van de (UWV-)verzekeringarts.

Kwantificering van deze effecten zijn vervolgens gebaseerd op basis van de gesprekken met verzekeringsartsen in de werksessies en antwoorden die gegeven zijn op een aantal open vragen in

de vragenlijst rond mogelijke verbeteringen van het werkproces (zie bijlage B). Er is een relatief grote flinke onzekerheidsmarge aangehouden in de effect-schattingen van deze oplossingsrichting op (1) het aantal bezwaarzaken dat hierdoor zou afnemen (5% tot 20%), (2) verkorting van de duur van herbeoordeling en beroepszaken (5 tot 30 minuten tijdswinst per beoordeling) en (3) verkorting van de duur van eerste beoordeling bij inzetten van AI in templates (0 tot 60 minuten tijdswinst per beoordeling). In Bijlage C staat beschreven hoe dit tezamen heeft geleid tot een ondergrensschatting van het effect-percentage voor deze oplossingsrichting van 1% voor de komende 20 jaar, een bovengrens van 12%. Hierbij is aangenomen dat de eerste effecten over vijf jaar zichtbaar worden en dat over vijftien jaar het volledig mogelijke (potentiële) effect bereikt is. Het resultaat hiervan is te zien in figuur 7.3 die hetzelfde is opgebouwd als de figuren voor de vorige twee oplossingsrichtingen.

Figuur 7.3 De geschatte vraag naar UWV-verzekeringsartsen in de komende 20 jaar als het potentiële effect-percentage van 1%-11% door meer volledige dossiers en actuele richtlijnen wordt bereikt (groene lijngebied 'Dossier'), afgezet tegen het verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen in fte



Figuur 7.3 laat zien dat volgens aanname de geschatte afname van de vraag naar UWV-verzekeringsartsen (ten opzichte van de basistrend) gaat optreden vanaf 2030, waarna het effect zich verbreedt en bij aanname van een 12%-effect (de bovengrens-schatting) vraag en aanbod elkaar in 2040 zouden kruisen. Bij de ondergrens-inschatting van 1% blijft de vraag naar UWV-verzekeringsartsen gedurende gehele prognoseperiode boven het verwachte beschikbare aanbod.

8 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het onderzoek eerst samengevat door de onderzoeksvragen te beantwoorden. Hierbij komen eerst de onderzoeksvragen vanuit het perspectief van verzekeringsartsen, en vervolgens de onderzoeksvragen vanuit het perspectief van burgers aan bod. Daarna worden de effectschattingen van drie geselecteerde oplossingsrichtingen kort samengevat. Tot slot volgen enkele sterke punten en kanttekeningen en de conclusie en aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek.

8.1 Vanuit het perspectief van de verzekeringsartsen

Hoe zou de instroom in de opleiding tot verzekeringsarts vergroot kunnen worden?

Het grootste deel van de verzekeringsartsen vindt dat verzekeringsgeneeskunde te weinig aan bod komt tijdens de studie geneeskunde en tijdens de coschappen. Slechts 9% van de verzekeringsartsen kwam tijdens de studie en 19% tijdens de coschappen met verzekeringsgeneeskunde in aanraking. De meerderheid van de verzekeringsartsen ontdekte het vak via-via, op eigen initiatief of via een uitzendbureau. Daarnaast heeft het vak tijdens de studie volgens verzekeringsartsen een slecht imago. Meer aandacht tijdens de studie en campagnes om het imago te verbeteren, zouden volgens verzekeringsartsen kunnen helpen.

Bij de coassistenten en artsen die het vak wel weten te vinden, is het een uitdaging om deze instroom goed vast te houden. Mede door de grote capaciteitstekorten is de begeleiding van de coassistenten, anios en aios in sommige regio's beperkt. Er is niet altijd een goed programma voor de coassistenten – een landelijk stageplan zou hierbij kunnen helpen. In sommige regio's stromen anios en aios uit door gebrek aan goede begeleiding, of leiden elkaar op, met negatieve gevolgen voor de kwaliteit en het werkplezier. Door de hoge werkdruk en tekorten, worden anios en aios soms ook onder druk gezet om veel productie te leveren, terwijl ze dan nog niet genoeg tijd gehad hebben om efficiënter te worden in hun werk. Betere begeleiding van de artsen (in spé) die het vak weten te vinden om ze duurzaam vast te houden, is dus daardoor minstens zo'n groot aandachtspunt als het aantrekken van artsen.

Hoe kan de uitstroom uit het beroep worden verkleind?

Over vijf jaar verwacht zo'n 20% van de verzekeringsartsen niet meer te werken, waarvan het grootste deel door pensionering. Een kleiner deel van de verzekeringsartsen zegt om andere redenen uit te stromen. Een deel hiervan verwacht uit te stromen door overbelasting, onvrede over de werkwijze en onvrede over het management. Verzekeringsartsen ervaren onvoldoende autonomie en worden naar hun idee te weinig betrokken bij beslissingen. In de werksessies werd vaak genoemd dat er veel druk is op het aantal beoordelingen dat gedaan moet worden, waarbij collega's die veel beoordelingen doen van mindere kwaliteit, beter beoordeeld worden dan collega's die minder beoordelingen doen van goede kwaliteit – wat leidt tot onvrede. Van de ondervraagde aios verwacht 10% binnen vijf jaar te stoppen met het vak, en 30% weet nog niet of het over vijf jaar nog als verzekeringsarts zal werken. Dit sluit aan bij het eerder genoemde belang van het vasthouden van recent ingestroomde artsen.

Over het algemeen zijn verzekeringsartsen tevreden over hun werkomstandigheden, zoals werktijden, loopbaanontwikkeling en salaris. Meer dan 60% van de verzekeringsartsen is echter ontevreden over de financiële doorgroeimogelijkheden.

Hoe besteden verzekeringsartsen hun tijd? Zijn er onderlinge verschillen?

De gemiddelde duur van een eerste claimbeoordeling is op basis van het vragenlijstonderzoek 4,3 uur. Er zit veel variatie in de beoordelingsduur tussen verzekeringsartsen. Hiervoor droegen verzekeringsartsen in de werksessies veel mogelijke verklaringen aan: verschillen in complexiteit van de dossiers, de mate waarin al informatie over de cliënt beschikbaar is (bijvoorbeeld vanuit de ziektewet), de werkervaring van de verzekeringsarts en de mate van taakdelegatie. Uit de werksessies bleek dat de kwaliteit van de eerste beoordeling samenhangt met de tijdsduur van eventuele daaropvolgende beoordelingen of beroep- en bezwaarzaken. Bij een goede eerste beoordeling kosten eventuele vervolgbesleedingen minder tijd. Door al deze factoren is het moeilijk om aan te geven wat een ‘goede’ duur zou zijn voor een beoordeling – de meeste verzekeringsartsen lijken vanwege de vele factoren die invloed hebben ook niet veel te voelen voor een norm hierover.

Het valt op dat verreweg de meeste tijd van de beoordeling besteed wordt aan de verzekeringsgeneeskundige rapportage, waarin verslag wordt gedaan van het onderzoek en de oordeelsvorming. De tijd die rapporteren kost is sterk toegenomen door toenemende eisen aan de argumentatie en bestaande jurisprudentie. Daarnaast zijn er steeds meer cliënten met psychische klachten, waarbij volgens verzekeringsartsen de onderbouwing nog meer tijd kost. Tegelijkertijd geven verzekeringsartsen aan dat de richtlijnen en standaarden die ze nu gebruiken sterk verouderd zijn en amper ondersteuning bieden bij het beoordelen van psychische klachten. Betere, actuele (wetenschappelijke) richtlijnen zouden mogelijk meer houvast kunnen bieden bij het beoordelen van cliënten. Dat kan enerzijds tijd schelen, maar ook duidelijkheid verschaffen in beroep- en bezwaarzaken. Nu moet de rechter vaak voor medisch-inhoudelijke afwegingen een expert vragen, waarbij de uitspraak gevolgen heeft voor volgende zaken en daarmee telkens weer meer vereist van de argumentatie van de verzekeringsarts.

Zijn er mogelijk andere opleidingen / disciplines die de taken van een verzekeringsarts zouden kunnen vervullen, en wat kan de rol van AI hierin zijn? Wat is de verwachte tijds winst hiervan?

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat een aantal taken van verzekeringsartsen al vaak wordt gedelegeerd. Bijvoorbeeld: het ondertekenen van machtigingen, het verzamelen van medische informatie en het samenvatten van medische informatie. Verzekeringsartsen die dit nog niet delegeerden, gaven aan dat zij wel dachten dat dit goed gedelegeerd zou kunnen worden. De meeste van deze taken konden volgens verzekeringsartsen het best gedelegeerd worden naar de sociaal medisch verpleegkundige.

In de praktijk worden, zo bleek uit de werksessies, ook knelpunten ervaren met deze taakdelegatie. De klik tussen de verzekeringsartsen en de sociaal medisch verpleegkundige waaraan gedelegeerd wordt is van groot belang voor een goede samenwerking. Daarnaast zijn er grote individuele verschillen in de wensen van verzekeringsartsen die taken delegeren. Veel verzekeringsartsen vinden het lastiger om taken te delegeren als het gaat om cliënten met psychische problematiek: hier willen ze graag zelf de cliënt zien om een goed beeld te verkrijgen.

Juist de rapportage, die veel tijd kost en waarvan verzekeringsartsen ook vinden dat het teveel tijd kosten, kan volgens verzekeringsartsen niet goed gedelegeerd worden. Dat heeft te maken met de complexiteit van de afwegingen en argumentatie. Wel zien verzekeringsartsen hier kansen voor AI,

met name ten aanzien van spraak-gestuurd rapporteren, het samenvatten van bestaande informatie of het structureren van de rapportage. Omdat AI (nog) niet gebruikt wordt, is het nog moeilijk om in te schatten hoeveel tijdswinst dit zou kunnen opleveren, maar verzekeringsartsen verwachtten hier zeker tijdswinst.

Dragen de door Octas voorgestelde varianten voor de toekomst bij aan een oplossing van het capaciteitsgebrek aan verzekeringsartsen?

Ongeveer driekwart van de verzekeringsartsen is op de hoogte van de drie Octas-varianten. Een aanzienlijk deel van de verzekeringsartsen heeft geen hoge verwachtingen van de Octas-varianten. Ze zijn met name bezorgd of bij een ander stelsel niet dezelfde uitvoeringsproblematiek optreedt als nu bestaat. Ook vragen sommige verzekeringsartsen zich af of er wel genoeg capaciteit is om een stelselwijziging door te voeren. Het overgrote deel van de verzekeringsartsen hoopt dan ook dat bij een stelselwijziging het stelsel met name eenvoudiger wordt.

Verzekeringsartsen vinden het lastig in te schatten wat naar hun idee de haalbaarheid en het effect op de capaciteit zou zijn van 'Werk staat voorop' en 'Een basis voor werkenden'. De meeste verzekeringsartsen leek 'Huidig stelsel beter' het meest haalbaar en effectief.

Een maatregel die er uitspringt bij verzekeringsartsen is het afschaffen van de IVA, een component van het scenario 'Huidig stelsel beter' en 'Werk staat voorop'. Dit vinden verzekeringsartsen gewenst, haalbaar en ze verwachten een groot effect op de capaciteit. Verzekeringsartsen vinden het duurzaamheidscriterium moeilijk te onderbouwen terwijl het veel tijd kost. Bovendien zou het afschaffen van het onderscheid tussen IVA en WGA uitkeringen naar verwachting ook veel beroeps- en bezwaarzaken schelen. Wel geven verzekeringsartsen aan dat ze niet verwachten dat er op korte termijn voldoende capaciteit is om ook daadwerkelijk herbeoordelingen te doe. Daardoor kan dan dus de situatie ontstaan dat burgers een tijdelijke uitkering krijgen, waarvan de tijdelijkheid niet gecontroleerd wordt.

Kunnen de inzichten in de verschillen tussen de Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels bijdrage aan een oplossingsrichting?

De meeste verzekeringsartsen geven aan in principe tevreden te zijn met het Nederlandse stelsel en de daaraan onderliggende principes en vooral hinder te ondervinden van problemen in de uitvoering. In vergelijking met andere Europese stelsels, wordt door verzekeringsartsen benoemd dat de balans in Nederland tussen de toegankelijkheid en de hoogte van de uitkering uniek is. Veel landen hebben lagere uitkeringen, die gemakkelijker te verkrijgen zijn, of hogere uitkeringen, waarvoor zeer sterke eisen gelden. Deze balans wordt gewaardeerd. Daarnaast zijn er weinig landen waarbij cliënten een specifiek gespecialiseerde arts zien. Ook dat wordt gewaardeerd. Verzekeringsartsen zien daarom over het algemeen het meest in een versimpeling van het huidige stelsel.

Hoe denken verzekeringsartsen zelf dat het capaciteitsprobleem opgelost kan worden?

Verzekeringsartsen zijn een groot voorstander voor het afschaffen van de IVA: dit maakt de beoordelingen overzichtelijker, omdat het duurzaamheidscriterium niet beargumenteerd hoeft te worden en zal waarschijnlijk het aantal beroeps- en bezwaar zaken verminderen. Bij andere of aanvullende stelselwijzigingen is het van het grootste belang dat het stelsel niet ingewikkelder, maar eenvoudiger wordt. Door meer aandacht in de geneeskundeopleiding en door te werken aan het imago van de verzekeringsgeneeskunde daarbinnen, zouden wellicht meer artsen kunnen worden aangetrokken. Daarnaast zien verzekeringsartsen kansen in het beter vasthouden van nieuw personeel, bijvoorbeeld door coassistenten, anios en aios beter te begeleiden. En het verminderen van de uitstroom van verzekeringsartsen door de werksfeer te verbeteren, minder te sturen op het

aantal uitgevoerde beoordelingen en betere financiële doorgroei mogelijkheden te bieden. Een aantal verzekeringsartsen opperden in de open antwoorden van de vragenlijst om een 'onafhankelijke medische dienst' op te richten waarin artsen zelf meer inspraak hebben over hoe het werk geregeld wordt. Inhoudelijk is er behoefte aan betere, volledige dossiers en meer samenwerking of communicatie met de bedrijfsarts. Ook is er behoefte aan (wetenschappelijke) richtlijnen die ook voor meer vergelijkbaarheid en het herijken van jurisprudentie kunnen zorgen. Daarnaast hebben verzekeringsartsen meer behoefte aan meer, laagdrempelig bereikbare juridische kennis, omdat zij dit nu vaak zelf proberen bij te houden. Een deel van de verzekeringsartsen is voorstander van (meer) taakdelegatie, maar de meningen hierover zijn wel wat verdeeld. Tot slot zouden ICT voorzieningen efficiënter kunnen en zien verzekeringsartsen kansen in het gebruik van AI, waarbij spraak-gestuurd rapporteren het meest genoemd werd.

8.2 Vanuit het perspectief van burgers

Wat is de eigen ervaring van burgers met verzekeringsartsen? Hoe zou die ervaring verbeterd kunnen worden?

Deelnemers aan het Burgerplatform hadden verschillende ervaringen met de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling en de verzekeringsarts. Op onderwerpen waar een aantal deelnemers slechte ervaringen hadden, hadden sommige anderen juist goede ervaringen. Daardoor hadden deelnemers het idee dat de persoonlijke ervaringen sterk afhingen van jouw persoonlijke situatie, met welke verzekeringsarts je te maken kreeg en hoe jouw werkgever je wel of niet ondersteunde.

Een aantal deelnemers had slechte ervaringen met de communicatie vanuit het UWV, kreeg moeilijk contact, hoorde niets meer na het toekennen van een tijdelijke uitkering, of vond correspondentie moeilijk te begrijpen. Deelnemers vonden het lastig dat de beoordeling slechts één kort moment behelst, terwijl het voor hen zeer grote consequenties heeft. De mate waarin deelnemende burgers zich serieus genomen voelden door de verzekeringsartsen wisselde. Sommige deelnemers hadden het gevoel dat hun dossier niet compleet was, of niet goed was doorgenomen voor de beoordeling. Ook vonden deelnemers die zelf hun documentatie goed probeerden bij te houden, dat belastend en veel energie kosten. Een aantal deelnemers hadden ook last van betrokkenheid van hun werkgever, bijvoorbeeld doordat deze meerdere bezwaarprocedures opstartte. Voor deelnemende burgers was het vooral belangrijk dat hun dossier op orde was, en er voldoende informatie bij de verzekeringsarts bekend was vanuit bijvoorbeeld de bedrijfsarts, huisarts of andere behandelaren. Dit zou er ook aan bijdragen dat zij zich serieuzer genomen zouden voelen.

Hoe denken burgers over de benodigde capaciteit van verzekeringsartsen?

Deelnemers begrijpen het capaciteitsprobleem dat onder verzekeringsartsen speelt. Zij zien mogelijkheden in taakdelegatie naar sociaal medisch verpleegkundigen en zouden het geen probleem vinden om dan zelf geen verzekeringsarts meer te zien, mits de verpleegkundigen goed zijn opgeleid. Het lange wachten op een beoordeling is vervelend, maar uiteindelijk vinden deelnemers zorgvuldigheid in de beoordeling het belangrijkste, en zijn ze ook bereid om daarom langer te wachten op een beoordeling. Wel hebben ze graag op voorhand een idee hoe het traject eruit gaat zien.

Welke oplossingen zien burgers voor het capaciteitsprobleem?

Deelnemers kwamen met veel verschillende oplossingsrichtingen, die voor een groot deel aansluiten bij oplossingsrichtingen die al bedacht zijn en ook in het vragenlijstonderzoek of de werksessies onderzocht zijn.

Oplossingen gericht op het anders inrichten van het arbeidsongeschiktheidsproces

Hierbij werd gedacht aan de inzet van meer verpleegkundigen en het vergroten van de rol van de bedrijfsarts, om dat deze de cliënt goed kent, weet wat er speelt en weet wat al geprobeerd is. Daarnaast kwamen deelnemers met de suggestie het aantal beroep- en bezwaarprocedures dat een werkgever kan aanvragen te maximaliseren. En tot slot stelden ze voor verzekeringsartsen te laten specialiseren in verschillende ziekten, bijvoorbeeld een gespecialiseerde verzekeringsarts voor psychische ziekten.

Oplossingen gericht op het aanleveren / verzamelen van het dossier

Deelnemers gaven aan dat het dossier minder groot gemaakt zou kunnen worden, waarbij de documenten die in het dossier opgenomen worden, ook echt van belang en van kwaliteit zijn. Ook zagen zij mogelijkheden voor een grotere rol voor de bedrijfsarts bij het aanleveren van een dossier. Als de ziektewetbegeleiding bij het UWV plaatsvindt, moet daar al een goed dossier opgebouwd worden.

Oplossingen gericht op de rol van de cliënt

De cliënt zou volgens deelnemers beter voorbereid moeten worden op hoe het arbeidsongeschiktheidsproces eruit gaat zien, en wat er van de cliënt verwacht wordt. Als de cliënt beter betrokken wordt bij de selectie van functies die de cliënt nog uit zou kunnen voeren, wordt de cliënt mogelijk ook gemotiveerder om hier serieus iets mee te doen.

Oplossingen gericht op preventie

Als er meer preventieve acties plaatsvinden vanuit de werkgever, kan er misschien voor gezorgd worden dat voor minder mensen een WIA-aanvraag nodig is, was de gedachte onder deelnemers.

Oplossingen gericht op de aantrekkelijkheid van het beroep verzekeringsarts

Deelnemers denken dat het beroep van verzekeringsartsen aantrekkelijker gemaakt kan worden door afwisseling van werkzaamheden en beter salaris.

Hoe kijken burgers naar de oplossingsrichtingen die in het vragenlijstonderzoek en de werksessies onder verzekeringsartsen naar voren kwamen?

Met deelnemende burgers werden vier oplossingsrichtingen besproken. Al met al vonden de meestenmeer begeleiding door de SMV de beste oplossingsrichting.

Gelijker beoordelen (het actualiseren en verbeteren van de huidige richtlijnen)

Als voordelen van nieuwere, betere (wetenschappelijke) richtlijnen zagen deelnemers dat de beoordelingstijd mogelijk af zou nemen en dat de beoordeling rechtvaardiger wordt als er gelijker beoordeeld wordt. Deelnemers vonden dat patiëntenorganisaties een rol zouden moeten spelen bij richtlijnontwikkeling. Tegelijkertijd waren zij bezorgd dat er minder ruimte voor maatwerk zou blijven, ook omdat mensen ziektes verschillend ervaren en verschillende privésituaties hebben. Richtlijnen zouden up-to-date gehouden moeten worden en deelnemers verwachten dat het met name complex kan zijn om richtlijnen te maken die aansluiten bij meervoudige problematiek.

Meer begeleiding door de SMV

Deelnemers verwachten dat meer inzet van de SMV de werkdruk en beoordelingstijd voor artsen kan verlagen. Zij hopen dat er, als de SMV meer doet, voor de burger ook meer ruimte is om samen het dossier te bekijken en aan te vullen. Deelnemers vinden het een fijn idee dat de beoordeling door twee mensen in plaats van door één iemand wordt gedaan en hebben over het algemeen prettige ervaringen met verpleegkundigen. Zij zouden het geen probleem vinden de verzekeringsarts niet of minder te zien zo lang verpleegkundigen goed zijn opgeleid. Als mogelijk nadeel werd genoemd dat er al een tekort aan verpleegkundigen is en dat de afstemming tussen SMV en verzekeringsarts ook tijd kost.

Afschaffen van de IVA

Deelnemende burgers geven aan dat het werk voor de verzekeringsarts simpeler zou worden als het duurzaamheidscriterium vervalt, en dat er minder beroep en bezwaar aangevraagd zal worden. Deze oplossing zorgt enerzijds voor duidelijkheid, omdat het stelsel vereenvoudigd wordt en duidelijk is welke uitkering je krijgt, maar ook voor onzekerheid door mogelijke herbeoordelingen. Daarbij gaven deelnemers ook aan dat het na een verplichte herbeoordeling waarin verbetering gesignaleerd wordt, in de praktijk moeilijk kan zijn om weer aan het werk te gaan, omdat ook de arbeidsmarkt continu vernieuwt en verandert. Daarnaast zouden cliënten er financieel op achteruit gaan bij een WGA uitkering en biedt deze ook geen mogelijkheid om een hypotheek mee af te sluiten, omdat de bank dit niet als een stabiel inkomen ziet.

De cliënt zelf het dossier laten verzamelen

Een voordeel hiervan zou volgens deelnemers kunnen zijn dat de regie meer bij de cliënt ligt. Mogelijk kan het beoordelingsproces ook sneller gaan, en kan de cliënt zijn verhaal beter vertellen omdat dit aansluit bij de documenten. De verzekeringsarts heeft daardoor mogelijk meer tijd voor de beoordeling en het gesprek zelf. Deelnemers zagen als groot nadeel dat het verzamelen van het dossier veel energie en tijd kost, die deze cliënten soms door hun ziekte juist niet hebben. Door de grote verantwoordelijkheid kan dit ook extra stress geven, wat niet bevorderlijk is voor het herstel.

Wat zijn voor burgers de belangrijkste uitgangspunten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel? Te denken aan: het aantal mensen dat een uitkering krijgt, de hoogte van die uitkering, de zorgvuldigheid van de beoordeling en de wachttijd voor een beoordeling?

De laatste opdracht tijdens het Burgerplatform was om van vier componenten aan te geven welke de deelnemers het belangrijkste vonden. Deze uitgangspunten waren: (1) de hoogte van de uitkering (2) het aantal mensen dat een uitkering krijgt, (3) de snelheid van de beoordeling en (4) de zorgvuldigheid van de beoordeling. Vrijwel alle deelnemers vonden zorgvuldigheid met stip het belangrijkste. *“Het wachten is een paar maanden, maar de uitspraak is voor de rest van je leven”*. Daarnaast werd het zeer belangrijk gevonden dat de uitkering een hoogte heeft waar je ook daadwerkelijk van kunt leven.

8.3 Schatting van drie oplossingsrichtingen

Op basis van de eerder beschreven resultaten, werden drie oplossingsrichtingen geselecteerd waarvoor de te verwachten effecten zijn geschat. Dit is gedaan op basis van bestaande data, data uit dit onderzoek en aannames die zoveel mogelijk gedaan zijn in samenspraak met experts. Omdat de schatting op aannames gebaseerd is, is dit geen exacte voorspelling van de werkelijkheid. Wel kan

een indicatie verkregen worden van de te verwachten effecten en de termijn waarop deze effecten optreden.

8.3.1 Keuze voor de oplossingsrichtingen op basis van resultaten

De eerste oplossingsrichting die is geschat, is het afschaffen van de IVA. Deze oplossingsrichting heeft sterk de voorkeur van verzekeringsartsen. Deelnemende burgers zien de voordelen als het gaat om tijdswinst en minder beroep- en bezwaarzaken, maar zien ook nadelen waardoor deze richting bij hen niet de grootste voorkeur heeft.

De tweede oplossingsrichting die is geschat is het meer inzetten van delegatie naar sociaal medisch verpleegkundigen en andere beroepen, door meer te werken in sociaal medische centra. Bij deelnemende burgers had deze oplossingsrichting hun sterke voorkeur: zij zagen voordelen voor de verzekeringsarts, en hebben zelf ook vertrouwen in verpleegkundigen. Verzekeringsartsen denken dat veel taken gedelegeerd kunnen worden naar sociaal medisch verpleegkundigen maar hebben hierin wel verschillende voorkeuren.

De derde oplossingsrichting focust op een beter dossier en gebruik van betere en actuelere (wetenschappelijke) richtlijnen. Het kost nu veel tijd om dossiers compleet te krijgen, en het is lastig om informatie goed op te vragen. Als de verzekeringsarts niet goed op de hoogte is van deze informatie, voelt de cliënt zich minder serieus genomen. Daarnaast scheelt een goed dossier scheelt tijd bij eventueel herbeoordelingen of beroep- en bezwaarzaken. Ook zijn de huidige standaarden en richtlijnen sterk verouderd en bieden zij beperkt houvast bij het beoordelen van psychische ziekten, terwijl daarvoor steeds meer IWA-aanvragen gedaan worden. Bij rechtszaken worden vervolgens expert opinions gevraagd waardoor in toenemende mate jurisprudentie ontstaat. Zowel bij de verzekeringsartsen als deelnemende burgers stond deze oplossingsrichting niet op één, met name omdat het lastig is te schatten wat de daadwerkelijke tijdswinst zou zijn.

8.3.2 Effectschattingen

Het afschaffen van de IVA

Als het duurzaamheidscriterium komt te vervallen kunnen beoordelingen naar verwachting sneller worden uitgevoerd. Naar verwachting zal ook het aantal bezwaarzaken afnemen. Ervan uitgaande dat het maximale effect van het afschaffen van de IVA over vijftien jaar bereikt is, zou over ongeveer vijftien jaar het verschil tussen vraag en aanbod fors verminderd of weggefallen kunnen zijn.

Meer inzetten van sociaal medisch verpleegkundigen en sociaal medische centra

Op dit moment vindt er een opschaling plaats van de sociaal medische centra en een pilot laat zien dat in deze centra de productiviteit per verzekeringsarts is toegenomen. Geschat is wat het effect zou zijn als ook de verzekeringsartsen die dat nu nog niet doen in sociaal medische centra zouden gaan werken, ervan uitgaande dat de effecten binnen vijf jaar bereikt zullen zijn, omdat de omschakeling al voor een deel in gang gezet is. Bij het invoeren van deze maatregel zou het tekort aan verzekeringsartsen naar schatting in zo'n twintig jaar kunnen worden ingelopen. Een voorwaarde voor het slagen van deze aanpak is wel dat er voldoende beschikbaarheid is van de andere medewerkers in de sociaal medische centra, zoals sociaal medisch verpleegkundigen.

Meer beschikbare (wetenschappelijke) richtlijnen en uniformere dossiers

Voor deze oplossingsrichting waren geen bestaande data of schattingen beschikbaar om het effect te schatten en deze berust dus het meest op aannames. Mogelijk zou het aantal bezwaarzaken door betere (wetenschappelijke) richtlijnen en dossiers afnemen. Waarschijnlijk zou ook de

beoordelingsduur van herbeoordelingen en beroep- en bezwaarzaken afnemen. Tevens is meegenomen dat de inzet van AI het dossier kan helpen structureren of invullen. Als deze veranderingen in de komende vijftien jaar volledig doorgevoerd zouden worden, zou de vraag naar verzekeringsartsen met 1% tot 12% kunnen dalen. Het tekort wordt daarmee niet volledig ingelopen.

8.4 Sterke punten en kanttekeningen bij dit onderzoek

Een sterk punt van dit onderzoek is dat zowel kwantitatieve als kwalitatieve methoden zijn gebruikt. Door het vragenlijstonderzoek konden kwantitatieve resultaten weergegeven worden van een grote groep verzekeringsartsen. Deze resultaten konden vervolgens worden verdiept en geduid door werksessies waarin deze resultaten besproken werden. Ook zijn effecten van de oplossingsrichtingen geschat. Tot slot is dit een van de weinige onderzoeken waarin het perspectief van burgers meegenomen is, door middel van een Burgerplatform. Door de volgorden van de verschillende onderzoek onderdelen, konden burgers niet alleen zelf meedenken over oplossingen, maar ook voor- en nadelen in aangeven bij de oplossingen die uit het vragenlijstonderzoek en de werksessies het sterkst naar voren kwamen.

Een Burgerplatform is een goede methode om een diversiteit in meningen en behoeften onder een brede groep burgers in kaart te brengen, ten aanzien van een actuele, complexe kwestie in de gezondheidszorg. De resultaten van een Burgerplatform kunnen door het beperkte aantal deelnemers echter niet worden gegeneraliseerd naar alle burgers die te maken hebben met arbeidsongeschiktheid. Kwantitatief vervolgonderzoek, bijvoorbeeld op basis van vragenlijsten, kan inzicht bieden in de mate waarin de opgehaalde ideeën breder worden gedragen onder burgers die ervaring hebben met een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Daarnaast kan vervolgonderzoek zich richten op het perspectief van kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen burgers. Door de gebruikte wervingsmethode waren mensen die niet digitaal vaardig waren, evenals burgers die door een beperking niet fysiek in Utrecht aanwezig konden zijn, ondervertegenwoordigd binnen de groep deelnemers. Daarnaast is een Burgerplatform in mindere mate geschikt voor burgers die niet goed kunnen lezen en schrijven, gezien het feit dat informatie bijvoorbeeld via presentaties met tekst wordt aangeleverd en dat bij opdrachten wordt gevraagd om te schrijven. Vervolgonderzoek, bijvoorbeeld aan de hand van individuele interviews op een locatie passend voor de deelnemer, zou inzicht kunnen geven in de ervaringen deze groep burgers.

Aan het eind van dit onderzoek is een schatting gemaakt van de effecten van de drie meest naar voren komende oplossingsrichtingen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat voor de inschatting van de effecten van deze oplossingen naast bestaande data ook veel aannames gedaan moesten worden. Deze schattingen geven een indicatie van de mogelijke grootte van de effecten, en de duur tot een maximaal effect bereikt is. Een dergelijke indicatie kan bijdragen aan het nemen van beslissingen, maar is, mede door de almaar veranderende situatie in vraag naar en aanbod van verzekeringsartsen, geen valide voorspelling.

Hoewel het perspectief van verzekeringsartsen en burgers in kaart is gebracht in dit onderzoek, is het perspectief van werkgevers niet meegenomen in dit onderzoek. Maatregelen zoals het afschaffen van de IVA hebben echter wel effect op werkgevers. Bovendien kwam de rol van werkgevers in verschillende onderzoek onderdelen wel aan bod, bijvoorbeeld als het ging om re-integratiebegeleiding of het aanvragen van herbeoordelingen door de werkgever. In eventuele volgende onderzoeken verdient het de aanbeveling ook werkgevers mee te nemen.

8.5 Slotconclusie en aanbevelingen

Door een combinatie van een tekort aan verzekeringsartsen en een steeds toenemende beoordelingsduur lopen de achterstanden en wachttijden voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen verder op. Onder andere steeds complexere medische problematiek, een toename aan WIA-aanvragen vanwege psychische klachten, hogere eisen aan de rapportage en veel beroep- en bezwaarzaken doen de druk op de verzekeringsartsen toenemen. In dit onderzoek werd het perspectief van verzekeringsartsen en burgers op verschillende oplossingsrichtingen onderzocht.

Hoewel er een redelijke instroom van verzekeringsartsen is, is het in sommige regio's moeilijk de nieuwe anios en aios vast te houden, omdat er door de hoge werkdruk weinig tijd is hen te begeleiden en de druk om voldoende beoordelingen te doen ook voor anios en aios hoog is. Verzekeringsgeneeskunde komt slechts beperkt aan bod in de geneeskunde opleiding en ook bij coassistenten zou goede begeleiding en een gedegen stage programma mogelijk kunnen helpen om enthousiaster te worden over het vak.

De voornaamste reden voor uitstroom is pensioen, maar daarnaast spelen ook een gebrek aan autonomie en het onvoldoende betrokken worden bij beslissingen een belangrijke rol. Ook hebben verzekeringsartsen behoefte aan betere financiële doorgroeimogelijkheden.

Als het gaat om het werkproces van verzekeringsartsen loopt de rapportagetijd steeds verder op door de steeds complexere problematiek en de gedegen argumentatie die onder andere nodig is om het duurzaamheids criterium te onderbouwen. De meeste verzekeringsartsen zien mogelijkheden voor taakdelegatie, met name naar de sociaal medisch verpleegkundige, maar de professionele klik en duidelijke afspraken over de taakverdeling tussen verzekeringsarts en sociaal medisch verpleegkundige zijn hierbij van belang. Deelnemers aan het Burgerplatform waren positief over een grotere rol voor de sociaal medisch verpleegkundige. Zij hebben vertrouwen in verpleegkundigen en vinden het een prettig idee dat hun situatie dan door niet één maar twee professionals beoordeeld wordt. Ook de mogelijkheden van AI zouden verder verkend moeten worden: dit kan veelbelovend zijn bijvoorbeeld als het gaat om spraak-gestuurd rapporteren, het samenvatten van informatie in het dossier en het structureren van de rapportage. Maar op dit moment is er nog te weinig ervaring hiermee binnen de verzekeringsgeneeskunde om uitspraken over de tijdswinst te kunnen doen.

Hiernaast kost het veel moeite en tijd om het dossier goed op orde te krijgen. Een onvolledig dossier maakt beroep- en bezwaarzaken moeilijk en tijdrovend en de cliënt voelt zich minder serieus genomen als de verzekeringsarts onvoldoende op de hoogte is van de voorgeschiedenis. De uitwisseling tussen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is beperkt, terwijl verzekeringsartsen hier wel behoefte aan hebben en ook burgers het belangrijk vinden dat de informatie van de bedrijfsarts wordt overgedragen aan de verzekeringsarts. De bedrijfsarts kent de cliënt, en als deze na twee jaar follow-up in de ziektewet een goed dossier kan overdragen aan de bedrijfsarts, kan dit een goede basis zijn voor het dossier van de verzekeringsarts. Ook burgers zouden meer betrokken kunnen worden bij het aanleggen van dit dossier, mits hun gezondheid dit toelaat en zij daar goede begeleiding bij krijgen. Tegelijkertijd ontbreekt het aan actuele (wetenschappelijke) richtlijnen wat verschillen tussen verzekeringsartsen doet toenemen en wat beoordeling van psychische ziekte voor verzekeringsartsen lastig maakt. In rechtszaken wordt vervolgens om expert-opinions gevraagd, wat leidt tot jurisprudentie, waar verzekeringsartsen nadien rekening mee moeten houden. Betere, gestructureerde dossiers en actuelere (wetenschappelijke) richtlijnen zouden de (her)beoordelingen voor verzekeringsartsen mogelijk gemakkelijker maken en ook meer richting geven in

bezwaarprocedures en rechtszaken. Voor burgers sluit dit aan bij de component die zij het belangrijkste vinden aan de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, namelijk zorgvuldigheid.

Wat betreft stelselwijzigingen is het voor verzekeringsartsen met name van belang dat het stelsel vereenvoudigd zal worden. De huidige problemen ontstaan vooral in de uitvoering, en verzekeringsartsen zijn bezorgd dat de uitvoeringsproblematiek ook na stelselwijzigingen zal blijven bestaan. Ook is er bezorgdheid of de huidige capaciteit wel voldoende is om stelselwijzigingen door te voeren. Wel zijn verzekeringsartsen groot voorstander van het laten vervallen van het duurzaamheidscriterium en daarmee het afschaffen van de IVA. Omdat het duurzaamheidscriterium moeilijk objectief vast te stellen en te onderbouwen is, leidt dit enerzijds tot tijdswinst tijdens de beoordeling. Daarnaast zal naar verwachting ook het aantal beroeps- en bezwaarzaken afnemen, omdat die nu vaak voortkomen uit een WGA uitkering waarbij de IVA uitkering financieel aantrekkelijker is. Burgers begrijpen de voordelen ten aanzien van de capaciteit die deze maatregel zal opleveren. Ook ervaren zij soms zelf onzekerheid en negatieve gevolgen van de vele herbeoordelingen of procedures die door werkgevers worden aangevraagd. Tegelijkertijd zijn zij bezorgd over de financiële gevolgen die het afschaffen van de IVA met zich mee zouden kunnen brengen, waaronder de mogelijkheid om een hypotheek af te sluiten. Ook verwachten zij dat de herbeoordelingen onzekerheid met zich mee zullen brengen en dat een terugkeer op de arbeidsmarkt na een lange periode in een WGA uitkering lastig zal zijn. Dit laatste wordt ook door verzekeringsartsen herkend, aangevuld met de observatie dat de meeste cliënten eerder zieker, dan beter worden. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat in de praktijk, gezien de capaciteitstekorten, ook bij een in beginsel tijdelijke WGA uitkering de komende jaren waarschijnlijk geen herbeoordelingen uitgevoerd kunnen worden.

Het afschaffen van de IVA, meer samenwerking in sociaal medische centra en het opstellen van actuele (wetenschappelijke) richtlijnen in combinatie met een vollediger dossier kunnen op de (middel)lange termijn het tekort aan verzekeringsartsen gedeeltelijk tot geheel opvangen. Gezien de lange aanloopfase voordat dergelijke veranderingen hun maximale effect bereiken, zal ook bij het invoeren van deze maatregelen op de korte termijn een tekort blijven bestaan. Daardoor is er enerzijds de noodzaak tot het maken van beleidskeuzes over deze maatregelen op de korte termijn. Anderzijds zullen totdat dergelijke maatregelen hun volledige effect bereiken, alle beetjes helpen. De hierboven beschreven oplossingsrichtingen en aanbevelingen staan samengevat in tabel 8.1.

Tabel 8.1 Mogelijke oplossingsrichtingen, hun verwachte effect op de capaciteit en de tijd tot dit effect merkbaar is

Oplossingsrichting	Aanbeveling	Vragenlijstonderzoek verzekeringsartsen	Werkessies verzekeringsartsen	Burgerplatform	Duur tot effect op capaciteit*
Instroom verhogen	- Meer aandacht voor verzekeringsgeneeskunde tijdens de geneeskunde opleiding en daarnaast het imago verbeteren, bijvoorbeeld door een campagne - Een beter stageprogramma voor coassistenten verzekeringsgeneeskunde - Startende anios en aios beter begeleiden en daardoor beter binden	X	X		Middellang
			X		Kort
			X		Kort
Uitstroom verlagen	Meer autonomie en meer betrokkenheid bij beslissingen voor medewerkers	X	X		Middellang
Werkproces veranderen	- Delegatie naar voor namelijk de sociaal medisch verpleegkundige, met duidelijke werkafspraken over de taakverdeling - Start pilots om de inzetbaarheid van AI verder te onderzoeken en dit zo mogelijk te implementeren - Zorg voor beter dossiervorming, waaronder een betere en structurele overdracht van informatie vanaf de bedrijfsarts - Ontwikkel actuele (wetenschappelijke) richtlijnen om meer uniformiteit te bevorderen en veelvuldige jurisprudentie gebaseerd op expert-opinions te voorkomen	X	X	X	Kort - Middellang
		X	X		Middellang
		X	X	X	Lang
		X	X	X	Lang
Stelsel wijzigen	Afschaffen van de IVA	X	X	X	Lang

* Kort <5 jaar; Middellang 5-10 jaar; Lang > 10 jaar

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek werd ook een interdepartementaal beleidsonderzoek gestart en uitgevoerd, dat leidde tot het in december 2025 verschenen rapport '*Werk aan de WIA – naar een stelsel dat weer werkt*' (Koesveld, 2025). Hoewel in dit interdepartementale beleidsonderzoek een andere invalshoek en methode gehanteerd werd, sluiten de belangrijkste aanbevelingen in beide onderzoeken bij elkaar aan, hoewel er naast de overeenkomsten ook verschillen zijn. In het interdepartementale beleidsonderzoek komt net als in dit onderzoek, het afschaffen van de IVA als top drie maatregel naar voren. Daarnaast wordt er in het interdepartementale beleidsonderzoek fors ingezet op taakherschikking, waar in dit onderzoek taakdelegatie naar voren kwam. In beide onderzoeken wordt meer samenwerking tussen de bedrijfsarts en verzekeringsarts en het actualiseren van de richtlijnen geadviseerd.

Het belangrijkste onderscheidende kenmerk van dit Nivel-rapport is dat de perspectieven van verzekeringsartsen en burgers zelf werden onderzocht. Daardoor verschaft dit rapport een rijke variëteit aan ervaren knelpunten, ideeën en oplossingen, en bijbehorende zorgen en kanttekeningen van professionals en burgers. In lijn daarmee komen uit dit onderzoek ook meer aandachtspunten ten aanzien van het verhogen van de instroom, en verminderen van de uitstroom uit het vak naar voren, die in het rapport '*Werk aan de WIA – naar een stelsel dat weer werkt*' niet naar voren komen.

Literatuur

- Bos, N., Brabers, A.E.M. Methode (2024). Burgerplatform: samen discussiëren over zorgvraagstukken. Uit: www.nivel.nl [Laatst gewijzigd op 19-04-2024; geraadpleegd op 11-08-2025]. URL: <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-consumentenpanel-gezondheidszorg/Burgerplatform>.
- Capaciteitsorgaan (2022). Capaciteitsplan 2024-2027, deelrapport 4. Sociaal geneeskundigen.
- Capaciteitsorgaan (2023). Infographics sociaal geneeskundigen. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2023/01/Infographics-SG-221118.pdf>
- Capaciteitsorgaan (2025). Capaciteitsplan 2027-2030. Kernrapport Sociaal Geneeskundigen.
- Draskovic, I., Oosterhuis, T., van Lomwel, A.G.C., & Hulshof, C.T.J. (2020). Implementatie NVAB/NVVG richtlijnen: een blauwdruk. [implementatie NVAB/NVVG richtlijnen: Een blauwdruk](#)
- GUPTA (2022). Herijking toekomstscenario's en oplossingsrichtingen Sociaal Medisch Beoordelen. https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z15818&did=2022D33127
- IBO (2025). Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen. Werk aan de WIA – naar een stelsel dat weer werkt.
- Jansen, H, Noordik, E. (2020). Net geregistreerd als verzekeringsarts en dan weg bij het UWV. Waarom? Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde <https://www.tbv-online.nl/magazine-artikelen/net-geregistreerd-als-verzekeringsarts-en-dan-weg-bij-uwv-waarom/>
- Lammers, M, De Decker, K, (2020). Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, Betrokkenheid en werkplezier van artsen bij UWV <https://www.tbv-online.nl/magazine-artikelen/betrokkenheid-en-werkplezier-van-artsen-bij-uwv/>
- Maassen, H, 2019. Verzekeringsarts Rob Kok: 'Wij mogen patiënten aanspreken op hun herstelgedrag'. Medisch contact 17 april 2019, <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/verzekeringsarts-rob-kok-wij-mogen-patienten-aanspreken-op-hun-herstelgedrag>
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2022). Kamerbrief aanpak WIA-hardheden en mismatch sociaal-medisch beoordelen.
- Neis EPJG, Bruinn-Geraets DP de, Bessems-Beks MCM, Eijk-Hustings YJL van, Vrijhoef HJM. (2024). Eindrapport Evaluatieonderzoek Experiment Art 36a Wet BIG Geregistreerde Mondhygiënist.
- NFU (2024). Actieplannen: Meer extramurale artsen. Geraadpleegd van [Actieplannen-Meer-Extramurale-Artsen-2024.pdf](#) op 8 september 2025
- NVVG (2022). Handreiking. Taakdelegatie voor de verzekeringsarts, <https://www.nvvg.nl/files/16223/Handreiking%20taakdelegatie%20NVVG%20def.pdf>
- Vermeij et al, (2024). Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Meer aandacht, vertrouwen en zekerheid. Commissie Octas, <https://open.overheid.nl/documenten/401f5bfb-08bf-44bf-8c61-5f2fe557f792/file>

- Rijksoverheid (2024). Tijdelijke maatregel WIA-beoordelingen 1 juli van start. Nieuwsbericht, 14-06-2024. <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2024/06/14/tijdelijke-maatregel-wia-beoordelingen-1-juli-van-start>
- Soethout, M. B. M., & van der Beek, A. J. (2021). Een carrière als sociaal geneeskundige: een optie voor de huidige geneeskundestudent? Tijdschr Gezondheidswet, 99, 16–23. <https://doi.org/10.1007/s12508-021-00292-0>
- The Next Level Dokter, Verzekeringsarts (arts arbeid & gezondheid). Zonder datum, [Verzekeringsarts \(arts arbeid & gezondheid\)](#)
- UWV. (2024). Handreiking Praktisch Beoordelen. Geraadpleegd op 28-08-2025 van [handreiking-praktisch-beoordelen-november-2024.pdf](#)
- UWV (2024). Jaarverslag 2024, Sociaal Medische Dienstverlening. Geraadpleegd op 12-01-2026, https://jaarverslag.uwv.nl/jaarverslag-2024/werken-aan-dienstverlening/sociaalmedische-dienstverlening#:~:text=Table_title:%20Tabel%20WIA%20%2Dclaimbeoordelingen%20Table_content:%20header:%20%7C,%7C%202024:%2024.471%20%7C%202023:%2020.635%20%7C
- UWV (2024). Kwantitatieve informatie 2024. Geraadpleegd op 06-10-2025, [uwv-kwantitatieve-Informatie-2024.pdf](#)
- Van der Burg-Vermeulen, s. (2021). Oratie <https://www.kcvg.nl/files/7925/Oratie%20Sylvia%20van%20der%20Burg-Vermeulen%20def.pdf>
- Vermeij, R., Bruins, B., de Boer, W., Borghouts, I., Kistemaker, N., Koning, P., van de Kraats, H., Lindeboom, M., Mohabir, S., & Westerbeek, J. (2023). Beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. [De beoordeling van het arbeidsongeschiktheidsstelsel | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)
- Vermeij, R., Bruins, B., de Boer, W., Borghouts, I., Kistemaker, N., Koning, P., van de Kraats, H., Lindeboom, M., Mohabir, S., & Westerbeek, J.. (2024). Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Meer aandacht, vertrouwen en zekerheid. <https://open.overheid.nl/documenten/401f5bfb-08bf-44bf-8c61-5f2fe557f792/file>
- Vilsteren M van, Petter D, Hento I. (2024). Inzicht in acht Europese arbeidsongeschiktheidsstelsels. Opvallende overeenkomsten, verschillen en een verscheidenheid aan betrokken professionals. UWV Kennisverslag 2024-1.

Bijlage A Oplossingsrichtingen op basis van literatuur

Instroom verhogen en/of uitstroom verlagen

Het aantal beschikbare verzekeringsartsen is afhankelijk van het aantal werkzame verzekeringsartsen, de instroom van nieuwe verzekeringsartsen, en de uitstroom uit het vak. Een belangrijke reden voor uitstroom is pensionering, maar daarnaast stromen verzekeringsartsen ook uit door ziekte of omdat ze een ander vak willen uitoefenen en door ontevredenheid over het vak.

Het capaciteitsorgaan brengt iedere vier jaar advies uit over het aantal op te leiden verzekeringsartsen om aan de toekomstige vraag te voldoen. Het door het capaciteitsorgaan geadviseerde aantal opleidingsplekken wordt al jaren niet gehaald, waardoor het tekort aan verzekeringsartsen volgens het capaciteitsorgaan inmiddels is gestegen naar zo'n 30% (Capaciteitsorgaan, 2023). Vooral door uitstroom ten gevolge van pensionering staat er de komende periode een grote afname van het aantal verzekeringsartsen te wachten. Om dit tekort op te lossen was het opleidingsadvies in 2023 al bijna drie keer zo hoog als 2020, maar het opvullen van deze plekken is nauwelijks haalbaar (Capaciteitsorgaan 2023).

Verhogen van de instroom

Een mogelijke oplossingsrichting zou kunnen zijn om in te zetten op het verhogen van de instroom in de opleiding tot verzekeringsarts. Als opleidingsplekken beter gevuld zouden worden, stromen er meer artsen in het vak. Ook binnen andere sociaal geneeskundige specialismen is er sprake van een tekort. Door de NFU-KNMG-werkgroep 'Meer extramurale artsen' is er gewerkt aan het vinden van oplossingen voor dit probleem. Er is samen gewerkt aan verschillende actieplannen om de instroom in de sociale geneeskunde te verhogen. Voorbeelden van actieplannen zijn basisartsen enthousiasmeren voor een extramurale vervolgopleiding en structurele financiering van vervolgopleidingen sociale geneeskunde (NFU, 2024). Hiernaast zijn er ook onder andere wervingscampagnes opgezet om meer artsen te werven voor de sociale geneeskunde. . Eén campagne is 'The next level dokter', waar promotie gemaakt wordt voor arts beroepen buiten de muren van het ziekenhuis, waaronder de verzekeringsarts (Nextleveldokter, z.d.). Mogelijk zouden uitgebreidere campagnes nog meer kandidaten kunnen aantrekken.

Daarnaast zou mogelijk ook meer bekendheid gegenereerd kunnen worden als verzekeringsgeneeskunde meer aandacht zou kunnen krijgen in de geneeskundeopleiding. Slechts 19% van de vijfdejaars geneeskunde studenten is goed tot zeer goed bekend met het beroep van de verzekeringsarts (Soethout, Van der Beek, 2021). Slechts een klein deel van de studenten komt daadwerkelijk in aanraking met het vak van de verzekeringsarts. De basis om het vak te leren kennen moet gelegd worden in de studie geneeskunde (van Burg-Vermeulen, 2021). In dit onderzoek zullen we verder verkennen in welke mate verzekeringsartsen mogelijkheden zien om door middel van bovenstaande of andere manieren de instroom in de opleiding te verhogen.

Verminderen van de uitstroom

Een andere mogelijke oplossingsrichting zou kunnen zijn om uitstroom van verzekeringsartsen en aios verzekeringsgeneeskunde te beperken. Het gaat dan met name om de uitstroom die niet het gevolg is van pensionering, maar van andere oorzaken, zoals verzekeringsartsen die stoppen met het vak om iets anders te gaan doen.

Binnen het UWV zijn er het laatste decennium verschillende programma's ontwikkeld om de uitstroom van artsen te verkleinen. Een voorbeeld van zo'n programma is het project Werven, Binden en Boeien. Dit heeft echter niet geleid tot een lagere uitstroom van artsen (Lammers, de Decker, 2020). Een andere manier om artsen te behouden is de oprichting van het A(N)IOS Netwerk. Men verwacht op basis van onderzoek dat dit bevorderlijk is voor de betrokkenheid bij de werkgever en het werkplezier (Lammers, & de Decker, 2020).

Verminderen van uitstroom vanuit het UWV naar de private sector

Er zijn signalen dat verzekeringsartsen die bij het UWV hun opleiding hebben afgerond, uitstromen naar de particuliere sector, zoals verzekeringsmaatschappijen. Bij de bedrijven in deze particuliere sector worden geen arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen uitgevoerd. (Jansen, Noordik, 2020). Genoemde redenen hiervoor zijn het ontbreken van financiële doorgroeimogelijkheden, maar hiernaast worden ook redenen met betrekking tot de organisatie en werksfeer binnen het UWV genoemd.. Artsen zouden bijvoorbeeld onvoldoende betrokken worden bij belangrijke beslissingen, hun werk niet goed kunnen uitvoeren, onvoldoende vrijheid en flexibiliteit hebben in hun werk, en er zouden grote verschillen zijn in kwaliteit tussen verzekeringsartsen (Jansen, Noordik, 2020). De bovengenoemde redenen aanpakken, kan de uitstroom naar de particuliere sector verkleinen.

Het werkproces

De benodigde tijd voor een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling

Het arbeidsongeschiktheidsproces begint vaak met langdurige ziekte. Hierbij komt de burger eerst in de ziektewet terecht, dan wel onder begeleiding van de werkgever en bedrijfsarts, danwel onder begeleiding van het UWV als iemand geen werkgever heeft (de zogenoemde 'vangnetters'⁹). Na twee jaar ziektewet kan er een WIA-aanvraag gedaan worden bij het UWV en komt de burger voor een eerste arbeidsongeschiktheidsbeoordeling bij de verzekeringsarts. Dit wordt een 'eerste claimbeoordeling' genoemd. Na deze beoordeling wordt vastgesteld of iemand duurzaam (dat wil zeggen: voor altijd) arbeidsongeschikt is, of tijdelijk. Een duurzame en volledige (>80%) arbeidsongeschiktheidsbeoordeling resulteert in een IVA uitkering. Een niet duurzame of niet volledige arbeidsongeschiktheidsbeoordeling kan resulteren in een WGA uitkering, afhankelijk van het arbeidsongeschiktheidspercentage. Bij een WGA uitkering (niet-duurzame arbeidsongeschiktheid) kunnen herbeoordelingen plaatsvinden, waarin wordt beoordeeld of de cliënt nog steeds arbeidsongeschikt is. Tot slot kan er door de cliënten en de (ex-) werkgever een bezwaar of beroep ingediend worden. De beoordeling moet dan opnieuw uitgevoerd worden.

De tijd die het kost om zo'n eerste claimbeoordeling te doen is in de afgelopen 20 jaar fors toegenomen. Zo'n 20 jaar geleden duurde één claimbeoordeling, destijds onder de WAO, ongeveer twee uur. Tegenwoordig duurt dit gemiddeld 5 uur (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2022). Dit komt onder meer door de grotere complexiteit van de WIA-claimbeoordelingen. Dit heeft gevolgen voor het aantal beoordelingen dat kan worden afgehandeld. Als gevolg hiervan is in 2017 de afspraak gemaakt tussen het UWV en Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) om als er meer werk verricht moet worden dan er capaciteit is, voorrang te geven aan het afhandelen van WIA-claimbeoordelingen en aangevraagde herhaalbeoordelingen.

⁹ De vangnetregeling van het UWV biedt een Ziektewetuitkering aan werknemers die ziek worden zonder werkgever (zoals burgers die in de WW zitten, uitzendkrachten, of na een tijdelijk contract) en in specifieke situaties (zoals zwangerschap of orgaandonatie).

Daarna wordt, indien de capaciteit het toelaat, pas prioriteit gegeven aan arbodienstverlening in de ziektewet en eerstejaars ziektewetbeoordelingen, en tot slot de professionele, door het UWV zelf geïnitieerde herbeoordelingen. In het vervolg van dit onderzoek zullen we (verder) verkennen hoe en waarom de tijd per beoordeling zo opgelopen is, en of hierin aanknopingspunten te vinden zijn voor het verkorten van deze tijd per (claim)beoordeling.

Taakdelegatie

Om de tijd die de verzekeringsarts zelf kwijt is aan een beoordeling te verkorten, zouden bepaalde taken gedelegeerd kunnen worden. De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) bracht in 2022 een handreiking uit over taakdelegatie voor de verzekeringsarts (NVVG, 2022). Hierin wordt taakdelegatie gedefinieerd als *'het niet-structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie (van de verzekeringsarts) worden uitgevoerd. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional, in dit geval de verzekeringsarts.'* Doelen hiervan zijn volgens de handreiking het beter benutten van de specifieke expertise van de verzekeringsarts, meer tijd voor preventie van arbeidsongeschiktheid en re-integratie, en meer tijd voor communicatie en samenwerking tussen verzekeringsarts, bedrijfsarts en de curatieve gezondheidszorg. In dit onderzoek zullen we verder uitzoeken in welke mate taakdelegatie al wordt toegepast, welke barrières er zijn voor het toepassen hiervan en welke kansen er zijn om taakdelegatie (nog) meer toe te passen.

Richtlijnen voor de beoordeling

In de afgelopen tien jaar is de problematiek waarmee mensen voor een WIA aanvraag komen sterk veranderd. Inmiddels gaat meer dan 50% van de WIA aanvragen om mensen met psychische klachten. Verzekeringsartsen voeren de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling uit aan de hand van verschillende richtlijnen. Uit onderzoek van Draskovic et al. (2020) blijkt dat verzekeringsartsen verschillende belemmerende factoren kunnen benoemen in het toepassing van deze richtlijnen. Zo ontbreken er voldoende praktische handvatten voor de praktijk, loop de samenwerking tussen de bedrijfs- en verzekeringsartsen vast door een sterk bureaucratische overdracht en de samenwerking met andere disciplines is lastig vanwege de slechte bereikbaarheid waardoor het lang duurt voordat informatie is uitgewisseld. Hiernaast worden er richtlijnen bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gebruikt die sterk zijn verouderd.

Er wordt gewerkt aan een kennisagenda, maar structurele bekostiging daarvoor is er niet (Maassen, 2019). Terwijl richtlijnen mogelijk bij zouden kunnen dragen aan meer houvast en uniformiteit in de beoordeling.

Gebruik van AI

Op dit moment wordt in veel zorgsectoren de effectiviteit en inzetbaarheid van AI-toepassingen onderzocht. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld spraak-gestuurde rapportagemogelijkheden en het automatisch samenvatten van dossiers. De meeste van dergelijke AI-toepassingen worden op dit moment onderzocht of gebruikt in de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de GGZ. Omdat de verzekeringsgeneeskunde een heel ander vak is, met nog veel meer rapportagetijd, is het op dit moment moeilijk in te schatten wat de mogelijkheden van AI zouden kunnen zijn.

Betere communicatie met de bedrijfsarts

Werknemers die een WIA-aanvraag indienden, zijn in de twee jaar naar aanloop van deze aanvraag begeleid door hun werkgever en bedrijfsarts. Bij de bedrijfsarts is daardoor kennis over de werknemer, diens ziekte, behandelingen en werkaanpassingen die geprobeerd zijn.

Bij aanvang van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling is deze informatie niet altijd bij de verzekeringsarts bekend. De mate en manier van informatieoverdracht tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts verschilt. Mogelijk spelen ook de verschillende begrippen die deze beroepsgroepen gebruiken een rol.

Het BAR-instrument

Het BAR-instrument is ontwikkeld om deze verschillen in gehanteerde begrippen te kunnen verbeteren. *“Het is een instrument dat bedrijfsartsen de mogelijkheid biedt om de belastbaarheid en mogelijkheden voor re-integratie van zieke werknemers of uniforme wijze te beschrijven en documenteren”* (ZonMw, 2021). Het instrument zou kunnen bijdragen aan een eenduidig begrippenkader en een eenduidige manier van communiceren over belastbaarheid en mogelijkheden voor re-integratie.. De verzekeringsartsen zouden met het instrument meer inzicht kunnen krijgen in het verloop van de belastbaarheid en de re-integratiemogelijkheden gedurende verzuimperiode. Mogelijk zou dit tijd kunnen besparen in de beoordeling (ZonMw, 2021).

Veranderingen in het arbeidsongeschiktheidsstelsel

Octas scenario's

De onafhankelijke commissie toekomst arbeidsongeschiktheidsstelsel (Octas) heeft, in opdracht van het ministerie van SZW onderzoek gedaan naar de organisatie van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Uit de probleemanalyse van het Octas onderzoek blijkt dat het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel niet goed functioneert, complex is, en veel mensen onzeker zijn over inkomen en werk (Vermeij, 2023). In het eindrapport worden drie scenario's geschetst van hoe het arbeidsongeschiktheidsstelsel anders ingericht zou kunnen worden (Vermeij, 2024). Deze drie scenario's (of varianten) zijn: 'Huidig stelsel beter', 'Werk staat voorop' en 'Basis voor werkenden'. Elk van deze varianten bestaat uit verschillende componenten die samen een pakket vormen.

Bij de variant 'Huidig stelsel beter' ligt de nadruk op het vereenvoudigen van het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel en het verminderen van het aantal knelpunten en 'hardheden'. De belangrijkste aanpassingen in deze variant zijn dat de WIA naar één uitkeringsregime gaat in plaats van de IVA en WGA met allerlei sub-regelingen en de regeling voor duurzame arbeidsongeschiktheid (IVA) verdwijnt. Mensen met voorheen hoge inkomens en mensen die duurzaam arbeidsongeschikt zijn, krijgen een iets lagere uitkering in deze variant. Op deze manier worden verschillen tussen mensen kleiner en wordt het stelsel eenvoudiger.

Bij de variant 'Werk staat voorop' ligt de nadruk op wat mensen wel kunnen, en niet op wat ze niet kunnen. Veel mensen krijgen in de huidige WIA de beoordeling 'volledig arbeidsongeschikt', terwijl dit niet betekent dat deze mensen nooit meer kunnen werken. Mensen met dit label gaan niet meer aan het werk en/of zijn bang om hun uitkering kwijt te taken. In deze variant wordt de huidige werkwijze omgedraaid: mensen moeten eerst proberen te re-integreren en daarna volgt pas een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling.

Bij de laatste variant 'Basis voor werkenden' ligt de nadruk op één gelijke regeling voor werknemers en zelfstandigen. Hierdoor valt iedereen terug op dezelfde regeling, mensen ontvangen een basisuitkering op sociaal minimumniveau.

Belangrijk om te noemen is dat deze scenario's niet *primair* gericht zijn op het oplossen van tekorten binnen de verzekeringsgeneeskunde. Het gaat in algemenere zin over het minder complex, eerlijker

en overzichtelijker inrichten van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Daarnaast wordt preventie als belangrijke pijler gezien. Niet alle voorgestelde scenario's zullen daardoor leiden tot een oplossing voor het tekort aan verzekeringsgeneeskundige expertise. In dit onderzoek nemen we Octas scenario's en componenten daaruit mee, maar telkens met een focus op het oplossen van het capaciteitsprobleem binnen de verzekeringsgeneeskunde – de scope van dit onderzoek.

Afschaffen van de IVA

Bij de eerste variant 'huidige stelsel beter' valt met name het afschaffen van de IVA (Inkomensvoorziening Volledige Arbeidsongeschikten) op. Deze maatregel is ook in ander onderzoek meermaals naar voren gekomen als op zichzelf staande maatregel. In een onderzoek van Gupta (2022) wordt de afschaffing van de IVA genoemd als mogelijke oplossing voor het tekort aan verzekeringsgeneeskundige capaciteit. Ook in het recente onderzoeksrapport van 'Werk aan de WIA' werd deze optie als één van de top drie geadviseerde maatregelen genoemd.

Zoals eerder genoemd wordt op dit moment in de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling onderscheid gemaakt tussen duurzame arbeidsongeschiktheid (IVA) en niet-duurzame arbeidsongeschiktheid (WGA). De verzekeringsarts moet bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling een inschatting maken of de cliënt in de toekomst nog kan werken. Dit duurzaamheidscriterium is voor verzekeringsartsen vaak lastig vast te stellen (Vermeij et al, 2024). Niet alleen voor de cliënt, maar ook voor de werkgever is een duurzame arbeidsongeschiktheidsbeoordeling, met de IVA-uitkering als gevolg, gunstiger. De cliënt kan met deze uitkering, in tegenstelling tot een WGA uitkering, een hypotheek krijgen. De werkgever krijgt bij een tijdelijke (WGA) uitkering een 'boete' op de arbeidsongeschiktheidspremie. Bij een IVA-uitkering is dit niet het geval. Deze financiële verschillen kunnen een motivatie vormen voor de cliënt en/of werkgever om in bezwaar te gaan tegen een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling met een WGA-uitkering als uitkomst. Dit leidt tot veel herbeoordelingsaanvragen, beroep- en bezwaarzaken.

Automatische doorstroom van de WIA naar IVA

Een alternatief op het afschaffen van de IVA, is om het duurzaamheidscriterium aan te passen, waarbij mensen na 5 jaar in de WGA automatisch doorstromen naar de IVA. Ook dit zou zo'n 10 procentpunt van de mismatch tussen het aanbod en vraag kunnen opvangen.

Praktisch beoordelen

Sinds 1 juli 2024 is de tijdelijke maatregel 'praktische beoordelingen' ingevoerd voor een periode van drie jaar (Rijksoverheid, 2024). Op het moment dat iemand bij een werkgever werkt en werk doet wat passend is gegeven de beperkingen, hoeft de arbeidsdeskundigen niet meer een theoretische schatting te maken van wat de werknemers gegeven diens beperkingen nog zou kunnen verdienen. De arbeidsdeskundige kan in deze situatie uitgaan van wat nu in de werkelijke situatie wordt verdiend (UWV, 2024). Deze maatregel is een manier om de achterstand in de WIA beoordelingen weg te werken. Omdat de maatregel nog niet definitief is ingevoerd, is het interessant om in het kader van dit onderzoek te onderzoeken of dat de aanbeveling verdient.

60-plusmaatregel

Vanaf oktober 2022 tot en met december 2024 was de 60-plusmaatregel van kracht. Door deze maatregel kan een vereenvoudigde arbeidsongeschiktheidsbeoordeling worden uitgevoerd voor cliënten die 60 jaar of ouder zijn ten tijde van hun WIA aanvraag. Bij hen kan de beoordeling dan, in plaats van door een verzekeringsarts en arbeidsdeskundige, alleen door de arbeidsdeskundige worden uitgevoerd. Werknemer en werkgever moeten wel instemming verlenen voor deze vereenvoudigde beoordeling.

De maatregel was ingesteld om achterstanden bij het UWV te verminderen, en werd ten tijde van dit onderzoek, met ingang van september 2025 opnieuw ingevoerd. Daarom wordt de maatregel in dit onderzoek uiteindelijk niet verder onderzocht.

Bijlage B Vragenlijst onder verzekeringsartsen

Blok 1: algemene gegevens

1. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Man
 - ☐ Vrouw
 - ☐ Anders dan bovenstaande
 - ☐ Zeg ik liever niet
2. Wat is uw geboortjaar?
[1950-2025]
3. In welk jaar heeft u de studie geneeskunde afgerond? *Jaar afronden kan niet voor geboortjaar liggen.*
[1950-2022]
4. Kunt u aangeven in welk jaar u bent begonnen met de opleiding tot verzekeringsarts en in welk jaar u deze heeft afgerond? Als u het exacte jaar niet weet, mag u ook een schatting invullen. *Jaar gestart kan niet voor jaar studie geneeskunde afgerond liggen. Jaar afronden kan niet voor jaar gestart liggen.*
Jaar gestart: [1950-2025]
Jaar afgerond: [1950-2025]
5. Heeft u ook andere registraties (gehad) naast uw registratie als verzekeringsarts?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nee → *door naar vraag 7*
6. Welke registraties zijn of waren dit?
 - ☐ Bedrijfsarts
 - ☐ Huisarts
 - ☐ Arts M+G
 - ☐ Specialist ouderengeneeskunde
 - ☐ Anders, namelijk _____
7. Wat voor werkzaamheden doet u momenteel als verzekeringsarts? (Meerdere antwoorden mogelijk, Ik ben niet werkzaam niet in combinatie met de anderen)
 - ☐ Ik doe begeleiding en arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen (verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming) → *Door naar vraag 10*
 - ☐ Ik beoordeel individuele dossiers in het kader van kwaliteitsbewaking → *Door naar vraag 10*
 - ☐ Ik doe letselschadeclaims of AOV-beoordelingen voor een verzekeraar → *Door naar vraag 10*
 - ☐ Ik doe expertise-onderzoeken voor een Rechtbank of een juridische procedure → *Door naar vraag 10*
 - ☐ Ik ben als verzekeringsarts werkzaam in het beleid, management, onderzoek of onderwijs
 - ☐ Ik doe iets anders als verzekeringsarts, namelijk _____ → *Door naar vraag 10*
 - ☐ Ik ben momenteel niet werkzaam als verzekeringsarts in Nederland → *Door naar vraag 9*

8. U gaf aan werkzaamheden te doen in beleid, management, onderzoek of onderwijs. Welke van deze taken doet u? → *Ga door na vraag 10*
- Beleid
 - Management
 - Onderzoek
 - Onderwijs

9. a. Waarom werkt u momenteel niet als verzekeringsarts in Nederland?

- Ik ben met pensioen gegaan → *Ga door na vraag 10*
- Ik ben met ouderschaps-/zwangerschapsverlof → *Ga door na vraag 10*
- Anders, namelijk: _____

- b. Wat zou ervoor kunnen zorgen dat u toch weer als verzekeringsarts aan het werk zou gaan?

- c. Wat voor werkzaamheden doet u nu?

10. In welk type organisatie werkt u nu en indien van toepassing: heeft u eerder gewerkt? Geef hierbij aan of dit in loondienst was en/of als zelfstandige/ondernemer. *Meerdere antwoorden mogelijk.*

	Werk ik <u>nu</u>		Werkte ik <u>eerder</u>		Heb ik nooit gewerkt
	In loondienst	Als zelfstandige	In loondienst	Als zelfstandige	
UWV, afdeling Sociaal-medische zaken					
UWV, afdeling Bezwaar en Beroep					
Private verzekeraar					
Argonaut					
Verzekeringsgeneeskundige expertisbedrijf (bijvoorbeeld Ergatis, Lechner, WPEX, 1Medisch Adviseur, Justus Medische Expertise)					
Onderwijsinstelling					
Onderzoekinstelling					
Anders namelijk					

11. a. *Indien nu in loondienst bij een andere organisatie dan UWV (SMZ of B&B)*

Waarom ben u gestopt bij het UWV? Meerdere antwoorden mogelijk

- Specifieke arbeidsvoorwaarden, namelijk _____
- Werkinhoud
- Vrijheid in het werk
- Persoonlijke omstandigheden
- Verhuizing
- Anders, namelijk _____

- b. *Indien nu als zelfstandige en eerder in loondienst*

Waarom werkt u als zelfstandig? Meerdere antwoorden mogelijk

- Specifieke arbeidsvoorwaarden, namelijk _____
- Werkinhoud

- Vrijheid in het werk
- Persoonlijke omstandigheden
- Verhuizing
- Anders, namelijk _____

12. Wat zijn de vier cijfers van de postcode van de werkgever waarvoor u nu de meeste uren werkzaam bent als verzekeringsarts of in een andere functie binnen de verzekeringsgeneeskunde.

— — — —

Blok 2: werkinhoud en tijdsbesteding

Hieronder volgen enkele vragen over uw werkinhoud en uw tijdsbesteding.

13. U gaf aan dat u bij onderstaande organisatie(s) in loondienst werkt. Hoeveel uren werkt u hier?
Als u de daadwerkelijke gewerkte uren niet precies weet, kunt u een schatting maken.

Hieronder worden alleen de organisaties weergegeven die bij vraag 10 zijn aangevinkt als zijnde werkzaam in loondienst.

	Vraag	Antwoord
Ingevulde werkgever 1	Hoeveel <u>uur</u> werkt u volgens uw contract: Hoeveel <u>fte</u> werkt u volgens uw contract: Hoeveel uur werkt u <u>daadwerkelijk</u> in de praktijk:	
Ingevulde werkgever x	Hoeveel <u>uur</u> werkt u volgens uw contract: Hoeveel <u>fte</u> werkt u volgens uw contract: Hoeveel uur werkt u <u>daadwerkelijk</u> in de praktijk:	

14. Alleen bij vraag 10: Nu als zelfstandige / ondernemer aangevinkt.

U gaf aan dat u als zelfstandige en/of ondernemer werkt. Hoeveel uur werkt u in deze hoedanigheid totaal bij eventuele verschillende opdrachtgevers, gemiddeld per week?

_____ uur

15. Routing: Alleen vragen aan verzekeringsartsen die begeleiding en beoordelingen doen (vraag 7)

- a. Hoeveel uur bent u gemiddeld bezig met een eerste claimbeoordeling van een cliënt voor de WIA? We realiseren ons dat er een grote variatie bestaat tussen de beoordelingen, maar probeert u toch een inschatting te maken van de gemiddelde duur van beoordelingen die u heeft gedaan.
_____ uur en _____ minuten
- b. Hoeveel uur bent u gemiddeld bezig met een herbeoordeling voor de WIA voor een cliënt waar u ook de eerste claimbeoordeling voor heeft gedaan?
_____ uur en _____ minuten
 - Niet van toepassing, ik doe deze herbeoordelingen niet.
- c. Hoeveel uur bent u gemiddeld bezig met een herbeoordeling voor de WIA voor een cliënt waar een andere verzekeringsarts de eerste claimbeoordeling heeft gedaan?
_____ uur en _____ minuten
 - Niet van toepassing, ik doe deze herbeoordelingen niet.
- d. Alleen voor verzekeringsartsen die beoordelingen doen vanuit de afdeling beroep en bezwaar
Hoeveel uur bent u gemiddeld bezig met een bezwaarzaak over een WIA uitkering?
_____ uur en _____ minuten
 - Niet van toepassing, ik doe geen bezwaarzaken.

16. Kunt u aangeven wat de verdeling is tussen direct cliëntgebonden tijd, indirect cliëntgebonden tijd en niet-clientgebonden tijd (over het totaal aantal uren dat u in de week werkt)? *U kunt voor elke categorie het percentage inschatten.*

	Het percentage van de tijd dat ik hieraan besteed:
Tijd in direct contact met de cliënt (direct cliëntgebonden tijd): Consulten (fysiek of telefonisch), overleg met cliënt	%
Tijd waarin er geen direct contact met de cliënt is, maar die wel met een cliënt te maken heeft (indirect cliëntgebonden tijd): Administratie / rapportage met betrekking tot de cliënt, overleg over cliënt	%
Niet cliëntgebonden tijd: Bijscholing, onderzoek, beleidsfuncties, management, onderwijs	%

17. In onderstaande lijst staat een aantal taken van de verzekeringsarts. Kunt u van elk van onderstaande taken aangeven of u over het algemeen hier relatief gezien te veel, weinig of precies de goede hoeveelheid tijd aan besteedt? *Voert u een bepaalde taak niet uit, kruis dan 'n.v.t.' aan. Alleen vragen aan verzekeringsartsen die beoordelingen doen (vraag 10).*

Taak	De hoeveelheid tijd die ik hieraan besteed is relatief gezien....			
	Te weinig	Precies goed	Te veel	N.v.t.
Consult met de cliënt				
Verdiepen en verzamelen dossier cliënt				
Rapportage eerste claimbeoordeling				
Rapportage herbeoordeling				
Rapportage bezwaar				
Overleg met teamgenoten				
Overleg met opdrachtgever (als zelfstandige)				
Nascholing				
Onderwijs				
Anders, namelijk:				

18. Hieronder staat een lijst van taken die verzekeringsartsen mogelijk kunnen delegeren. Deze lijst komt uit een onderzoek van de NVVG in 2022 naar taakdelegatie. Worden deze taken al van u overgenomen, zou dat kunnen, of zou dat niet kunnen volgens u? En als de taak volgens u overgenomen zou kunnen worden, door wie dan? Als u op deze vraag geen antwoord weet, kunt u de vraag overslaan.

<u>Taak</u>	<u>Wie zou dit kunnen overnemen?</u>	<u>Weet ik niet</u>	<u>kan niet overgenomen worden</u>	<u>Zou overgenomen kunnen worden</u>	<u>Wordt al overgenomen</u>
<u>Procesmatige taken</u>					
Opstellen, uitwerken en in opdracht ondertekenen van brieven					
Uitwerken van rapportages					
Informatie vastleggen in dossier					
Laten tekenen machtiging voor inwinnen informatie					
Samenvatten voorgeschiedenis					
Samenvatten ingewonnen medische informatie					
<u>Verzekeringsgeneeskundige taken</u>					
Verzamelen van medische informatie (klachten, diagnose, behandeling, beloop, verwachte belastbaarheid)					
Onderzoeken van re-integratiemogelijkheden, oplossingen ten aanzien van participatie en zelfredzaamheid, voorwaarden hiervoor					
Beschrijven van werkzaamheden / activiteiten van cliënt					
Aanvullend onderzoek aanvragen					
Medische bevindingen van derden vastleggen in het dossier					
Overzicht maken van welke informatie verzameld is					
Adviseren wanneer vervolgspraak nodig is					
Anders, namelijk _____					

Blok 3: Loopbaanperspectief

19.a. Zou u in de komende vijf jaar graag een ander aantal uren willen werken dan u nu doet?

- ☐ Ja, ik zou graag meer willen werken
- ☐ Ja, ik zou graag minder willen werken
- ☐ Nee, ik zou graag hetzelfde aantal uren willen werken → *Ga door naar vraag 20*

b1. *Indien ja, ik zou graag meer willen werken.*

Hoeveel uren zou u meer willen werken?

b2. *Indien ja, ik zou graag minder willen werken.*

Hoeveel uren zou u minder willen werken?

c. *Alleen bij meer werken*

Waarom zou u meer willen werken?

- ☐ Pensioen
- ☐ Kinderen
- ☐ Meer inkomen
- ☐ Partner met pensioen
- ☐ Andere opleiding
- ☐ Anders: _____

d. *Alleen bij minder werken*

Waarom zou u minder willen werken?

- ☐ Pensioen
- ☐ Kinderen
- ☐ Meer vrije tijd
- ☐ Partner met pensioen
- ☐ Andere opleiding
- ☐ (Mantel)Zorgtaken
- ☐ Anders: _____

e. *Alleen bij minder werken*

Wat zou kunnen voorkomen dat u minder wil gaan werken?

20. Denkt u over vijf jaar nog werkzaam te zijn als verzekeringsarts?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik nog niet

21. *Alleen indien vraag 20: Nee.*

Wat zal waarschijnlijk de reden zijn dat u in de komende vijf jaar stopt met het werk als verzekeringsarts? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik zal dan met pensioen gaan (pensioengerechtigde leeftijd)
- ☐ Ik zal dan met vervroegd pensioen gaan
- ☐ Ik wil dan in een ander vak gaan werken
- ☐ Ik wil dan een andere opleiding gaan doen
- ☐ Ik ga me richten op ouderschap of zorgtaken
- ☐ Ik verwacht dan te moeten stoppen vanwege lichamelijke klachten
- ☐ Ik verwacht dan te moeten stoppen vanwege psychische klachten
- ☐ Anders, namelijk _____

22. Zijn er dingen die eraan zouden kunnen bijdragen dat u niet om deze reden stopt? Zo ja, vul ze dan hieronder in.

--

23. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen?

	Erg mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Erg mee eens	Niet van toepassing
Er is genoeg gelegenheid voor persoonlijke loopbaanontwikkeling als verzekeringsarts					
Het salaris wat ik verdien is goed					
De financiële doorgroeimogelijkheden zijn goed					
De werktijden zijn goed					

Blok 4: Werkuitvoering, werkprocessen en werkplezier

24. De volgende stellingen gaan over het uitvoeren van uw werk en de werkprocessen. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met de volgende stellingen? *Alleen aan mensen stellen die beoordelingen doen (v7= optie 1). Niet stellen aan mensen die alleen beleid, management, onderzoek of onderwijs doen.*

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens	Niet van toepassing
De opleiding heeft mij voldoende voorbereid om arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen uit te voeren					
Ik voel me voldoende gesteund door richtlijnen bij het uitvoeren van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van mensen met <u>fysieke</u> klachten.					
Ik voel me voldoende gesteund door richtlijnen bij het uitvoeren van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van mensen met <u>psychische</u> klachten.					
Ik heb last van de morele druk die ik ervaar bij het doen van beoordelingen					
De morele druk die ik ervaar het uitvoeren van een eerste claimbeoordeling is groot, omdat ik weet dat cliënten niet altijd herbeoordeeld worden					

Herbeoordelingen zouden structureler moeten worden uitgevoerd					
Ik zou graag zelf meer regie hebben over welke cliënt herbeoordeeld moet worden, hoe vaak en waarom					
Ik heb er behoefte aan om meer casuïstiek besprekingen te doen					

25. De volgende stellingen gaan over de mate van plezier, autonomie, betrokkenheid etc. die u ervaart in uw werk. Kunt u aangeven in hoeverre u het eens of oneens bent met volgende stellingen? *Niet stellen aan mensen die alleen beleid, management, onderzoek of onderwijs doen.*

	Ze er mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Ze er mee eens	Niet van toepassing
Ik heb plezier in mijn werk					
De werkdruk is te hoog					
Ik word goed betrokken bij beslissingen op mijn werk					
Ik heb veel autonomie in mijn werk					
Ik kan mijn werk met goede kwaliteit afleveren					
Ik kan mijn kennis en kunde goed toepassen in de praktijk					
De balans tussen cliënten spreken en administratie is goed					
Ik heb meer plezier in het begeleiden van mensen met ziekte dan in het beoordelen of er recht is op een ziektevergoeding					
De taakverdeling tussen de verzekeringsarts en andere professionals (arbeidsdeskundige, sociaal medisch verpleegkundige, etc.) is goed					
De negatieve berichtgeving in bijvoorbeeld het nieuws over verzekeringsartsen en uitkeringen heeft op mij veel impact					

26. Zijn er nog andere dingen, dan hiervoor genoemd, die uw werk als verzekeringsarts aantrekkelijker zouden kunnen maken?

- ☐ Ja, namelijk _____
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

Blok 4: oplossingsrichtingen

27. Waarom bent u verzekeringsarts geworden? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- ☐ Inhoudelijke interesse in het vak
- ☐ Maatschappelijke motivatie
- ☐ Werk- privé balans
- ☐ Arbeidsvoorwaarden in zijn algemeenheid (werkuren, vakantiedagen, salaris)
- ☐ Anders, namelijk: _____

28. *Alleen als bij vraag 25: arbeidsvoorwaarden zijn aangekruist.*

U gaf aan dat de arbeidsvoorwaarden een rol speelden bij de keuze om verzekeringsarts te worden. Welke arbeidsvoorwaarden vond u destijds het belangrijkste? *Meerdere antwoorden mogelijk:*

- ☐ Werktijden
- ☐ Vakantiedagen
- ☐ Flexibiliteit
- ☐ Mogelijkheid tot thuiswerken
- ☐ Salaris
- ☐ Anders, namelijk _____

29. Hoe kwam u voor het eerst in aanraking met verzekeringsgeneeskunde?

- ☐ Tijdens onderwijs van de studie geneeskunde
- ☐ Tijdens de co-schappen
- ☐ Via via
- ☐ Zelf contact gelegd
- ☐ Anders, namelijk: _____

30. Zou u opnieuw voor de verzekeringsgeneeskunde kiezen?

- ☐ Ja, want _____
- ☐ Nee, want _____

Op dit moment is er een groot tekort aan verzekeringsartsen. In de volgende vragen gaan we daarom telkens in op mogelijke oplossingen die zouden kunnen bijdragen aan het oplossen van dit capaciteitstekort. Daarbij zijn verschillende richtingen mogelijk.

31. Welke van onderstaande richtingen lijkt of lijken u het meest kansrijk? Kies eerst de richtingen die u kansrijk lijken door ze naar het groene blok te slepen. Zet ze daarin volgorde van meest belangrijk naar minst belangrijk.

- Inzetten op het aantrekken van meer verzekeringsartsen
- Inzetten op intensievere samenwerking met de bedrijfsarts
- Inzetten op het behoud van verzekeringsartsen voor het vak, zodat minder verzekeringsartsen (vroegtijdig) stoppen.
- Taken van verzekeringsartsen (gedeeltelijk) overdragen aan andere professionals
- Vereenvoudiging van specifieke onderdelen van het verzekeringsstelsel
- Anders inrichten van de uitvoering van het werk / de dagelijkse manier van werken.
- Uitgebreide herziening van het stelsel waardoor uitkeringen eenvoudiger worden of minder mensen in aanmerking komen voor beoordeling
- Investeren in betere begeleiding vanaf de startdatum van de ziektewet

32. Welke oplossingen denkt u zelf aan?

- ☐ Weet ik niet

Oplossingsrichting 1, Meer verzekeringsartsen aantrekken en het werk aantrekkelijker maken

33. In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende stellingen?

	Erg mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Erg mee eens	Weet ik niet
Verzekeringsgeneeskunde komt te weinig aan bod in het onderwijs van de studie geneeskunde					
Verzekeringsgeneeskunde komt te weinig aan bod in de co-schappen					
Het is logisch dat er weinig plek is voor verzekeringsgeneeskunde in het curriculum, omdat er al zoveel andere vakken zijn					
Meer aandacht voor verzekeringsgeneeskunde in het onderwijs of de co-schappen zou kunnen zorgen voor meer interesse in de opleiding					
Een promotie campagne voor (jonge) dokters zou eraan kunnen bijdragen dat meer artsen verzekeringsarts worden					
Om te zorgen dat meer artsen verzekeringsarts worden moeten de arbeidsvoorwaarden beter worden dan ze nu zijn					

34. Zijn er nog andere dingen dan hiervoor genoemd die volgens u zouden kunnen bijdragen aan het aantrekken van meer verzekeringsartsen?

- ☐ Ja, namelijk _____
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

35. Welke organisatie heeft (gedeeltelijk) uw opleiding betaald? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ UWV
- ☐ Verzekeraar
- ☐ Verzekeringsgeneeskundig expertisebedrijf
- ☐ Argonaut
- ☐ Defensie
- ☐ Ik heb de opleiding (gedeeltelijk) zelf betaald
- ☐ Anders, namelijk: _____

36. De opleiding tot verzekeringsarts wordt op dit moment (gedeeltelijk) door de werkgever betaald. Er zijn ook medisch specialistische opleidingen die door de overheid worden betaald. Denk

bijvoorbeeld aan de opleiding tot huisarts of specialist ouderengeneeskunde.

Zouden er volgens u meer artsen verzekeringsarts worden als er structurele financiering vanuit de overheid voor de opleiding is geregeld, vergelijkbaar aan bijvoorbeeld huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

37. Voor andere medisch specialistische vervolgopleidingen zijn er landelijke opleidingsorganisaties, die de samenstelling van het curriculum bewaken, het onderwijs organiseren en docenten in dienst hebben. Bij huisartsen in opleiding wordt dit bijvoorbeeld geregeld door de SBOH en De huisartsenopleiding Nederland. Zouden volgens u meer artsen verzekeringsarts willen worden als er een landelijke opleidingsorganisatie komt?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

Oplossingsrichting 2, Intensievere samenwerking met de bedrijfsarts

In dit blok vragen we in hoeverre u mogelijkheden ziet in intensievere samenwerking met bedrijfsartsen.

38. Hoe ervaart u de huidige samenwerking met bedrijfsartsen?

- ☐ Heel goed
- ☐ Goed
- ☐ Niet zo goed
- ☐ Helemaal niet goed

39. *Indien vraag 21: Niet zo goed of helemaal niet goed:*

Wat zou beter kunnen in de samenwerking met de bedrijfsarts?

40. Bent u bekend met het BAR-instrument?

Dit instrument zorgt voor een gezamenlijk begrippenkader en gemeenschappelijke taal, zodat bedrijfsartsen, arbeidskundigen en verzekeringsartsen elkaar beter begrijpen.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

41. Alleen voor 40 Ja.

Stel, alle bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gaan het BAR-instrument gebruiken. Wat denkt u hier dan van?

a. Wat zou u zelf van deze aanpassing vinden ?

Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet

b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?

Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet

c. Denkt u dat de samenwerking met of de overdracht van gegevens vanuit bedrijfsartsen hierdoor beter wordt?

Niet beter _____ Veel beter (schaal 0-100) / weet niet

d. Denkt u dat deze aanpassing effectief is om het capaciteitsprobleem onder verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?

Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
e. Ruimte voor toelichting/opmerkingen _____

42. Stel: het advies van de bedrijfsarts bij de RIV-toets wordt leidend voor de einde wachttijd beoordeling. De werknemer kan vragen om een eindbeoordeling door een verzekeringsarts, als hij/zij het om een medische reden niet eens is met de bedrijfsarts.
- a. Wat zou u van deze aanpassing vinden?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?
Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het tekort aan verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
- d. Ik heb een opmerking, namelijk _____

Oplossingsrichting 3, Anders inrichten van het werk / Aanpassen van het stelsel

43. Stel: herbeoordelingen zouden structureler worden uitgevoerd en u heeft als verzekeringsarts zelf de regie over hoe vaak en wanneer deze moeten worden uitgevoerd. Mogelijk wordt de tijd die de eerste beoordeling kost dan korter, omdat u de beslissing die u neemt later kunt herzien.
- a. Wat zou u zelf van deze aanpassing vinden ?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?
Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het capaciteitsprobleem onder verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
- d. Ruimte voor toelichting / opmerkingen _____
44. Stel: de IVA zou afgeschaft kunnen worden, waarbij het duurzaamheidscriterium als onderscheidend criterium voor het type WIA-uitkering komt te vervallen.
- a. Wat zou u zelf van deze aanpassing vinden?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?
Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het capaciteitsprobleem onder verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100). / weet niet
- d. Ruimte voor toelichting / opmerkingen _____
45. Op dit moment (sinds 1 juli 2024) is een tijdelijke maatregel (Praktische beoordelen) vastgelegd in de wet. Daardoor kan bij een eerste claimbeoordeling van iemand die een vast dienstverband heeft, deze beoordeling verricht worden door de arbeidsdeskundige. De inkomsten vormen dan de basis voor het AO-percentage. De verzekeringsarts hoeft nu alleen nog te beoordelen of dit werk ook passend is.
- a. Wat vindt u ervan als deze maatregel zo zou blijven?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Wordt dit in de praktijk bij u nu ook zo gedaan?

- Wordt niet gedaan _____ Wordt wel gedaan (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het capaciteitsprobleem onder verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
- d. Ruimte voor toelichting / opmerkingen _____
46. Stel: mensen in de WIA, die na vijf jaar nog steeds meer dan 80% arbeidsongeschikt zijn, moeten automatisch in de IVA instromen. Wat vindt u hiervan?
- a. Wat zou u van deze aanpassing vinden?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?
Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het tekort aan verzekeringsartsen (gedeeltelijk) op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
- d. Ik heb een opmerking, namelijk _____
47. Stel: het systeem wordt zo aangepast dat het voor werkgevers en verzekeraars niet meer mogelijk is om bezwaar in te dienen tegen een beoordeling.
- a. Wat zou u van deze aanpassing vinden?
Heel goed idee _____ Helemaal geen goed idee (schaal 0-100) / weet niet
- b. Denkt u dat deze aanpassing haalbaar is?
Niet haalbaar _____ Wel haalbaar (schaal 0-100) / weet niet
- c. Denkt u dat deze aanpassing effectief is, om het tekort aan verzekeringsartsen op te lossen?
Niet effectief _____ Wel effectief (schaal 0-100) / weet niet
- d. Ik heb een opmerking, namelijk _____
48. De 'onafhankelijke commissie toekomst arbeidsongeschiktheidsstelsel' (Octas) heeft een aantal oplossingen aangedragen die zouden kunnen bijdragen aan het verminderen van het tekort aan verzekeringsartsen.
- a. Bent u bekend met dit Octas rapport?
☐ Ja
☐ Nee
- b. Kent u de drie voorgestelde oplossingsrichtingen in het Octas rapport; 'huidig stelsel beter', 'werk staat voorop' en 'basis voor werkenden'?
☐ Ja
☐ Nee
49. Wilt u nog iets kwijt over het onderwerp?
- _____

Bijlage C Achterliggende bronnen en aannames voor de drie oplossingsrichtingen

In deze bijlage worden de getallen en percentages toegelicht die zijn gebruikt bij het inschatten van de potentiële effecten van de drie oplossingsrichtingen. Ook worden voor de bronnen en aannames bij de verschillende oplossingsrichtingen benoemd.

Aannames voor de basis-trends in het verwachte aanbod en de verwachte vraag naar verzekeringsartsen bij het UWV, zoals gehanteerd voor alle drie de oplossingsrichtingen

Schatting van het huidige en verwachte aanbod aan UWV-verzekeringsartsen, 2025-2025

- In 2025 waren er in totaal 770 verzekeringsartsen voor gemiddeld 0,89 fte werkzaam in Nederland, in totaal 685 fte (bron: paragraaf 2.2 in ‘Capaciteitsplan 2027 – 2030. Verantwoording Sociaal Geneeskundigen’. Utrecht: Capaciteitsorgaan, december 2025 (https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2026/01/20251219_Sociaal-Geneeskundigen_Verantwoording_1.pdf)).
- In 2025 had het UWV 432 fte aan verzekeringsartsen in dienst (bron: UWV), wat 63% van het totaal aantal werkzame verzekeringsartsen in Nederland is.
- De verwachting is dat er in 2030 en 2037 respectievelijk 765 en 920 verzekeringsartsen werkzaam zullen zijn in Nederland, een lichte daling en daarna stijging ten opzichte van 2025 (bron: pagina 14 in ‘Infographic Sociaal Geneeskundigen’. Utrecht: Capaciteitsorgaan, december 2025 (https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2025/12/20251219_Infographics-Sociaal-Geneeskundigen.pdf). Bij de aanname dat 63% van de verzekeringsartsen in dienst blijft bij het UWV, gaan we er vanuit dat respectievelijk 429 en 516 fte werkzaam bij het UWV in 2030 en 2037. Voor de aantallen fte werkzaam tussen 2037 en 2045 is de trend tussen 2030 en 2037 doorgetrokken naar 2045

Schatting van de huidige en verwachte vraag naar UWV-verzekeringsartsen, 2025-2045

- Het Capaciteitsorgaan gaat in de laatste raming van verzekeringsartsen uit van een tekort van 42% van de huidige capaciteit aan verzekeringsartsen in Nederland (bron: pagina 36 in ‘Capaciteitsplan 2027 – 2030. Verantwoording Sociaal Geneeskundigen’. Utrecht: Capaciteitsorgaan, december 2025 (https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2026/01/20251219_Sociaal-Geneeskundigen_Verantwoording_1.pdf)).
- Wanneer we dit percentage toepassen op het aantal fte werkzaam bij het UWV is de vraag bij het UWV in 2025 613 fte.
- Het Capaciteitsorgaan gaat daarnaast uit van een groei in de vraag op basis van demografische ontwikkelingen met:
 - 0,75% per jaar voor de periode 2025-2030
 - 0,16% per jaar voor de periode 2030-2035
 - –0,12% per jaar voor de periode 2035-2040
 - 0,52% per jaar voor de periode 2040-2045
- Daarboven op is uitgegaan van een jaarlijks toename van de vraag met 0,15% per jaar op basis van andere, niet-demografische ontwikkelingen (bron: paragraaf 4.3.2 in ‘Capaciteitsplan 2027 – 2030. Verantwoording Sociaal Geneeskundigen’. Utrecht: Capaciteitsorgaan, december 2025 (https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2026/01/20251219_Sociaal-Geneeskundigen_Verantwoording_1.pdf)).

Aannames voor de specifieke trends in de verwachte vraag naar verzekeringsartsen bij het UWV, per oplossingsrichting

- Verzekeringsartsen bij het UWV besteedden de helft van hun tijd aan de WIA. Volgens eerder onderzoek van GUPTA was dit 47%, door toename van het aantal WIA beoordelingen is dit percentage naar boven bijgesteld naar 50%. Hierbij houden we de tijd die besteed wordt aan andere activiteiten dan de WIA constant.
- De gemiddelde duur in minuten van de verschillende soorten beoordelingen zijn gebaseerd op de vragenlijsten uit dit onderzoek
- Het aantal beoordelingen is gebaseerd op cijfers van het UWV uit 2024.
- De gevonden percentages worden gecorrigeerd voor het feit dat niet alle verzekeringsartsen werkzaam zijn bij UWV.

Oplossingsrichting 1: Afschaffen IVA

- Duur beoordelingen neemt 23-50 minuten af per beoordeling
- 30%-50% van de bezwaar en beroepsprocedures komt te vervallen
- 30%-50% van de herbeoordelingen komt te vervallen

	Cijfer 'nu'		Cijfer bij afschaffen IVA (ondergrens)		Cijfer bij afschaffen IVA (bovengrens)	
	N	Minuten	N	Minuten	N	Minuten
WIA aanvragen per jaar	86.183	255	86.183	230	86.183	205
Herbeoordelingen	19.669	225	13.768	180	9.835	175
Bezwaarprocedures	28.908	290	20.236	215	14.454	245
Beroepsprocedures	4.321	290	3.025	215	2.161	245
	Minuten	%	Minuten	%	Minuten	%
Totale tijd WIA	36.204.745	50	28.856.034	44	23.459.105	39
Totale tijd andere activiteiten	36.204.745	50	36.204.745	56	36.204.745	61
Totale tijd	72.409.490	100	65.060.776	100	59.663.850	100
	100%		90%		82%	
% Bijstelling van de basistrend vraagontwikkeling UWV-verzekeringsartsen				-10%		-17%

Oplossingsrichting 2: Volledig benutten van het potentieel aan sociaal-medische verpleegkundigen (SMV) en omschakeling naar de Sociaal Medische Centra (SMC)

- Ondergrens geen verandering
- Bovengrens, van 275 activiteiten per jaar naar 350 activiteiten, dit is omgerekend naar de duur per beoordeling. De duur van een beoordeling neemt hierdoor met 21% af.

	Cijfer 'nu'		Cijfer bij volledig benutten SMV/SMC (ondergrens)		Cijfer bij volledig benutten SMV/SMC (bovangrens)	
	N	Minuten	N	Minuten	N	Minuten
WIA aanvragen per jaar	86.183	255	86.183	255	86.183	200
Herbeoordelingen	19.669	225	19.669	225	19.669	176
Bezwaarprocedures	28.908	295	28.908	295	28.908	230
Beroepsprocedures	4.321	295	4.321	295	4.321	230
	Minuten	%	Minuten	%	Minuten	%
Totale tijd WIA	36.204.745	50	36.204.745	50	28.341.014	44%
Totale tijd andere activiteiten	36.204.745	50	36.204.745	50	36.204.745	56%
Totale tijd	72.409.490	100	72.409.490	100	64.545.759	100
% Bijstelling van de basistrend vraagontwikkeling UWV-verzekeringsartsen				-0%		-11%

Oplossingsrichting 3: Meer actuele richtlijnen en volledig dossiers

- Tijdswinst 1^e beoordeling 0-25%
- Tijdswinst herbeoordeling en beroepszaken 5-30 minuten
- Afname bezwaarzaken 5-20%

	Cijfer 'nu'		Cijfer bij actuele richtlijnen en volledige dossiers (ondergrens)		Cijfer bij actuele richtlijnen en volledige dossiers (bovengrens)	
	N	Minuten	N	Minuten	N	Minuten
WIA aanvragen per jaar	86.183	255	86.183	255	86.183	205
Herbeoordelingen	19.669	225	13.768	220	9.835	155
Bezwaarprocedures	28.908	295	20.236	290	14.454	190
Beroepsprocedures	4.321	295	3.025	290	2.161	190
	Minuten	%	Minuten	%	Minuten	%
Totale tijd WIA	36.204.745	50	35.458.435	49	27.362.502	43
Totale tijd andere activiteiten	36.204.745	50	36.204.745	51	36.204.745	57
Totale tijd	72.409.490	100	71.663.180	100	63.567.247	100
	100%		99%		88%	
% Bijstelling van de basistrend vraagontwikkeling UWV-verzekeringsartsen				-1%		-12%

Bijlage D Burgerplatform: Ervaren knelpunten en positieve punten

Tabel D.1 *Ervaren positieve punten en knelpunten tijdens arbeidsongeschiktheidsbeoordeling genoemd door deelnemers van het Burgerplatform (n=11)*

Ervaren knelpunten
Slechte behandeling door UWV
Onmenselijke behandeling (mijn integriteit werd in twijfel genomen)
Steeds verschillende arts, steeds weer opnieuw verhaal vertellen
UWV ziet je als een nummer
Eigen oppervlakkige beoordeling zwaar laten wegen
Belgische lotgenoot (forse reuma) moest naar Breda → fysiek (vrijwel) onmogelijk
Tegen cliënt zeggen 'U ziet er niet ziek uit!'
UWV te laat met beslissing, advocaat ingeschakeld. UWV betaalt gewoon dwangsom terwijl je liever antwoord wil
Slechte communicatie vanuit UWV/verzekeringsarts
Ik kreeg de arts nooit aan de lijn als ik belde
Gekke telefoon gesprekken
Onbegrijpelijke brieven in juridische taal
Ik had geen keuze, brief van UWV lag in de bus en dat was het
Geen contact tussen huisarts, verzekeringsarts etc. waar ik bij was. Steeds nieuw dossier
Verzekeringsarts heeft geen communicatie met de behandelaars
Geen ervaring met communicatie autisme
Korte beoordeling waarbij niet alles wordt meegenomen
Eigen oppervlakkige beoordeling zwaar laten wegen
Ze hebben nooit naar eerdere uitval gevraagd. Dus nu afgekeurd door niet luisteren
I.v.m. bedrijfsongeval verzekeringsarts wil niet spreken met veiligheidskundige
UWV denkt niet mee en focus ligt alleen maar op werken
Altijd zeggen blijf maar werken, blijf maar werken
Geen herkeuring terwijl je dat wel wil
Dossier re-integratie nadrukkelijker meewegen in de beoordeling
Te ziek om in beroep te gaan
Veel papierwerk zelf aan moeten leveren (belastend)
Houding werkgevers
Eigen risico dragerschap vanuit de werkgever. Deze vragen continu herbeoordelingen aan vanuit financieel oogpunt
Late reactie en actie op gebreken werkgever in arbeidsreïntegratie
Ervaren positieve punten
Verzekeringsarts kijkt naar privé situatie
Verzekeringsarts kijkt wel naar privé situatie
Verzekeringsarts keurde mij volledig af, ik moest eerst maar leuke dingen gaan doen met gezin. Niet werken.

Arbeidsdeskundige telefoongesprek 100% arbeidsongeschikt WIA IVA of WIA WGA, mocht zelf kiezen
Ze kijken nu wel naar wat <u>wel</u> mogelijk is (UWV, huisarts)
Verzekeringsarts neemt opgebouwde dossier mee in beoordeling
Opgebouwde dossier mee laten wegen
Goed het zorgvuldig uitgevoerde voortraject (poortwachter) in acht genomen
Vervolgtraject serieus meenemen bij nieuwe beoordeling
Fijne arts: empathisch, goed voorbereid en neemt persoon serieus
Arts kijk goed door mijn masker heen en zag dat ik echt ziek was
Begripvolle bejegening naar mij, neutrale houding naar werkgever
Leuke verzekeringsarts die ik regelmatig zag
Verzekeringsarts 1x mail en 2x telefoon en verder coach. UWV arts vond alles goed.
Fijne arts, redelijk goed voorbereid
Empathisch, meelevende arts
Zelf heel goed voorbereid
Dat er een aantal verzekeringsartsen zijn die je wel serieus nemen
Goed geluisterd naar wensen
Support van informeel netwerk en/of organisaties in traject
C-support
Iemand mee (naar afspraak verzekeringsarts)
Geen druk van herbeoordelingen
Geen druk meer van herkeuringen
Mijn ex-werkgever heeft als eigen risicodragers geen verzoeken tot herkeuring aangevraagd