



Deelverslag 3 Voorkeuren

Denk Mee Over
Sociaal Medisch Beoordelen

Inhoudsopgave

Leeswijzer	3
Deel 1: Samenvatting, de aandachtspunten zijn per thema gekozen om verder uit te werken?	5
De deelnemers aan de dialoogronde ‘Voorkeuren’	10
Deel 2: integraal verslag	11
Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen	11
Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. Taakdelegatie)	20
Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren)	27
Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. Gegevensdeling)	33
Lange termijn oplossingsrichtingen	39

Leeswijzer

Beste lezer van dit verslag,

Voor je ligt het derde (deel)verslag van de online stakeholderconsultatie om samen ideeën te bedenken om grip te krijgen op de wachttijden voor sociaal medisch beoordelen.

In de derde dialoogronde ‘Voorkeuren’ van de consultatie hebben alle deelnemers per 6 thema aangegeven welke aandachtspunten verder uitgewerkt dienen te worden.

In totaal zijn 34 aandachtspunten voorgelegd. Meer dan 150 mensen hebben deelgenomen aan deze stap. Samen met de eerdere stappen zijn nu meer dan 450 mensen betrokken bij deze consultatie.

Dit verslag is een weergave hiervan en bestaat uit 2 delen. In deel 1 vind je een samenvatting van de resultaten en welke aandachtspunten worden uitgewerkt in de stap ‘Verdiepen’.

Daarnaast vind je een overzicht van de verschillende stakeholdergroepen die hebben deelgenomen en de daarbij corresponderende getallen. In deel 2 vind je alle resultaten (voorkeurstemmen) die door de deelnemers zijn gegeven en bijbehorende motivaties.

Waarom deze consultatie?

De lange wachttijden voor sociaal-medische beoordelingen zijn een maatschappelijk probleem. Voor burgers is er onzekerheid over het recht op een uitkering en daardoor ook onzekerheid over hun inkomen. Ook voor werkgevers is er onduidelijkheid over de financiële gevolgen van een mogelijke uitkering.

De oorzaak van het probleem is de mismatch tussen vraag en aanbod van sociaal medische beoordelingen. Dit komt mede omdat er niet genoeg artsen zijn die kunnen voorzien in de totale vraag naar sociaal-medische beoordelingen. Gevolg: mensen moeten langer wachten op een WIA-beoordeling. Hierdoor zijn achterstanden in beoordelingen ontstaan.

Help ons om dit op te lossen. SZW en UWV willen samen met jou komen tot oplossingsrichtingen die we snel kunnen invoeren. De maatregelen die tot nu toe getroffen zijn, zorgen voor een lichte daling in de achterstanden, maar zijn nog niet voldoende. Juist daarom luisteren we graag naar alle mensen die betrokken zijn bij dit probleem. In de praktijk, of op afstand. Het is zaak om alle stemmen te horen, om zo samen tot gedragen oplossingsrichtingen te komen.

Hoe ziet de consultatie eruit?

De consultatie bestaat uit 6 stappen (zie hieronder) en kent 4 dialoogrondes: Verkennen, Verrijken, Voorkeuren en Verdiepen. De consultatie duurt van november 2023 tot en met januari 2024. Van iedere dialoogronde maken we een verslag, zodat iedereen continu op de hoogte is van de voortgang van de dialoog. Het eindverslag volgt medio februari 2024.

Stappenplan (online) consultatie

Schrijf je eerst in. Dan beschikken we over je adresgegevens om je te informeren over de resultaten (per stap) en wanneer een nieuwe stap wordt geopend. Na inschrijving kun je direct bijdragen door (hieronder) op de licht groene button "naar verkennen" te klikken. Je komt dan automatisch uit in de dialoogomgeving. Kies bij welke stakeholdergroep je behoort en doe mee.

1) Verzamelen

inschrijven

Schrijf je nu in!

Je schrijft je in als deelnemer aan de consultatie, zodat we je kunnen informeren over alle stappen en alle

Deze stap is open vanaf **6** november tot en met **31** januari

2) Verkennen

vraagstuk en deelnemers

Naar verkennen (dicht)

Iedereen kijkt anders. Hier vragen we je vragen, inzichten, zorgen, wensen en verwachtingen te delen

Deze stap is open vanaf **6** november tot en met **19** november

3) Verrijken

ideeën en oplossingen

Naar verrijken

Hier inventariseren we bestaande en/of bedenken we nieuwe ideeën en oplossingen voor de vraag- en

Deze stap is open van **27** november tot en met **10** december

4) Voorkeuren

focus aanbrengen

Naar voorkeuren

We brengen focus aan in de ideeën en oplossingen door je te vragen aan te geven wat jij de beste ideeën en oplossingen vindt om de vraag- en zorgpunten aan te pakken.

Deze stap is open van **18** december tot en met **1** januari

5) Verdiepen

reflectie en concretiseren

Naar verdiepen

Hier gaan we de voorkeursideeën en -oplossingen concretiseren. Welke acties zijn daarvoor volgens jou nodig, wie draagt bij en wat gaat mee- of tegenwerken?

Deze stap is open van **8** tot en met **21** januari

6) Voortzetten

afsluiten en next steps

Geef feedback

De consultatie wordt afgesloten. Je ontvangt het eindverslag, je kunt feedback geven over het proces en je wordt geïnformeerd over het vervolg.

Deze stap is open vanaf **29** januari

Wat gebeurt er met de resultaten van de consultatie?

SZW en UWV nemen de resultaten van deze consultatie mee in het plan van aanpak om de mismatch in de vraag naar en het aanbod van sociaal-medische beoordelingen te verminderen. In het consultatieproces hopen we te komen tot effectieve oplossingsrichtingen die op korte termijn ingevoerd kunnen worden. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de verdere uitwerking of invoeren van de oplossingen ligt, afhankelijk van de aard van de oplossingsrichting, bij de minister van SZW of bij UWV. In een komende brief aan de Tweede Kamer over sociaal-medisch beoordelen zullen we in gaan op de resultaten van de consultatie en schetsen wat hiermee gebeurt.

We willen je graag bedanken voor je deelname en waardevolle inbreng en hoop dat je blijft meedoen aan de laatste dialoogronde 'Verdiepen'. Daarin gaan we met elkaar aangebrachte focus concretiseren.

Araya Sumter
Directeur Werknemersregelingen
Ministerie van SZW

Johanna Hirscher
Lid Raad van Bestuur
UWV

Deel 1: Samenvatting, de aandachtspunten zijn per thema gekozen om verder uit te werken?

In de fase 'Verdiepen' gaan we door op de aandachtspunten bij de thema's die in de fase 'Voorkeuren' de meeste stemmen hebben gekregen. We kiezen er in deze laatste ronde voor om de thema's met bijbehorende aandachtspunten op een andere manier te clusteren. Een aantal thema's is hetzelfde gebleven en andere zijn aangepast. We komen op de volgende thema indeling voor deze laatste fase:

1. Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)
2. Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)
3. Samenwerking medische keten
4. Stelsel (60+ en IVA)
5. Innovatie

Hieronder vind je per thema en per aandachtspunt de verdiepende vragen.

Thema 1: Verbeteringen in de informatie aanlevering ten behoeve van het beoordelingsproces (claim en herbeoordelingen)

Aandachtspunt 1: UWV neemt alleen nog aanvragen (zowel claim- als herbeoordelingsaanvragen) in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.

Veel deelnemers geven aan dat alle aanvragen (zowel claim- als herbeoordelingsaanvragen) volledig moeten zijn. Om aanvragen die niet compleet zijn niet in behandeling te nemen, is een wettelijke basis nodig.

- Wat heb je nodig (bv in de ondersteuning) om informatie juist en volledig aan te leveren?
- Wat kan werknemers en/of werkgevers stimuleren om aanvragen compleet in te leveren? Praktijkvoorbeelden zijn welkom.
- Als niet voldaan wordt aan 'compleet, juist en volledig', wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?

Aandachtspunt 2: Een aangevraagde herbeoordeling wordt alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed en volledig onderbouwd is.

In de aandachtspunten was er veel respons op twee voorstellen over herbeoordelingen. De vragen over de punten zijn hieronder samengevoegd. Een dergelijke aanvraag om een herbeoordeling moet uiteraard ook compleet en volledig zijn. Dat komt terug in aandachtspunt 1. Om aanvragen die niet voldoen aan de eisen niet in behandeling te nemen, is een wettelijke basis nodig.

- Wanneer is er sprake van een 'aantoonbaar gewijzigde situatie'?
- Als er geen sprake is van een 'aantoonbaar gewijzigde situatie' of als dit voldoende is onderbouwd, wat moeten dan de consequenties zijn en/of welke vervolgstappen moet UWV kunnen nemen?
- Welke aandachtspunten wil je meegeven voor een nadere uitwerking van dit aandachtspunt?

Aandachtspunt 3: Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.

- Waar moet de informatie van de curatieve sector en/of de arbodienst aan voldoen?
- Wat zijn volgens jou manieren om dit proces zo in te richten dat die relevante informatie bij de verzekeringsarts terecht komt?

Aandachtspunt 4: Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (de cliënt betrekken betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).

Meerdere malen is in de voorgaande fases aangegeven dat cliënten zelf een goed beeld hebben van hun eigen situatie. UWV experimenteert op dit moment bijvoorbeeld lokaal hoe de eigen inbreng van cliënten goed meegenomen kan worden met een vragenlijst. Door ontwikkelingen, zoals de Persoonlijke Gezondheidsomgeving, kan iedere Nederlander straks zijn eigen gezondheidsgegevens beheren in een PGO.

- Wat vinden cliënten belangrijk bij dit aandachtspunt?
- Hoe kan de cliënt beoordelen of de medische documenten relevant zijn voor de beoordeling?
- Als de cliënt weinig of geen medische documenten aanlevert of kan aanleveren, welke vervolgstappen moet UWV dan kunnen nemen?

Aandachtspunt 5: Er moet voor de sociaal-medische beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.

De deelnemers geven aan dat één dossier het meest efficiënt is. Dit voorstel stond in de vorige ronde bij de langere termijn oplossingen, omdat dit vraagt om aansluiting op de gezondheidsinfrastructuur. De regie hierop ligt bij het ministerie van VWS.

- Welke partijen moeten bij de nadere uitwerking betrokken worden, en wie kan het beste regie voeren?
- Welke stap moet als eerste gezet worden?

Thema: Juiste inzet professionals (w.o. taakdelegatie)

Aandachtspunt 1: Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts moeten worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.

UWV werkt aan een nieuwe manier van werken door de vorming van sociaal-medische centra (SMC's). Binnen de SMC's wordt geëxperimenteerd met paramedici, zoals psychologen en fysiotherapeuten, maar ook een grotere/bredere inzet van de arbeidsdeskundige. In wet- en regelgeving is de rol van de verzekeringsarts verankerd.

- Op welke momenten in het beoordelingsproces kunnen andere professionals de lead nemen?
- Hoe kan deze werkwijze er in de praktijk uitzien?
- Wat zijn hierbij de vereiste randvoorwaarden?

Aandachtspunt 2: Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplichtend karakter: haal de vrijblijvendheid eraf. *Sinds 2012 worden verzekeringsartsen gefaciliteerd in taakdelegatie en taakondersteuning voor te verrichten werkzaamheden. De inzet van taakdelegatie is nu een vrije keuze van de verzekeringsarts. Dit is ook opgenomen in de Handreiking Taakdelegatie, die 2022 is herzien.*

- Welke stappen kunnen genomen worden om taakdelegatie binnen de verzekeringsgeneeskunde een meer verplichtend karakter te geven?
- Wat zijn de mogelijke uitdagingen zijn bij een meer verplicht karakter?
- Welke taken zijn er nog meer die door de verzekeringsarts gedelegeerd, of zelfs herschikt kunnen worden?

Aandachtspunt 3: Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.

Veel deelnemers aan de consultatie roepen op om minder nadruk te leggen op de (medische) diagnoses en meer uit te gaan van wat iemand wél kan qua werkzaamheden.

- Wat is er volgens jou in het beoordelingsproces nodig om meer de nadruk te leggen op wat iemand nog wel kan?
- Welke concrete ideeën zijn er om hier meer aandacht voor te hebben binnen de huidige werkwijzen?

Aandachtspunt 4: De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingstrajecten zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, dit in navolging van enkele landen om ons heen.

Eind 2023 is er een onderzoek gepubliceerd naar acht Europese landen ter inspiratie voor de hervorming van het Nederlandse stelsel (volg deze [link](#)). Uit dat onderzoek blijkt dat in Nederland een sterke nadruk ligt op fysieke spreekuren. Ook zien we in andere landen dat niet-medische professionals in verschillende rollen verantwoordelijkheid nemen over de beslissing van een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

- Hoe kan zo'n beoordelingstraject er uit zien?
- Welke kennis en expertise van specialist verzekeringsarts kan hier zo effectief mogelijk worden ingezet?

Thema 5: Samenwerking medische keten

Aandachtspunt 1: Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.

De samenwerking tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen blijft een belangrijk aandachtspunt. In de verschillende rondes is door deelnemers benoemd dat de verzekeringsarts een belangrijke onafhankelijke functie heeft bij beoordelingen, waar waarde aan wordt gehecht vanuit cliëntperspectief. Tot op heden is op verschillende wijzen gewerkt aan nauwere samenwerking. Zo is recent een wetsvoorstel om bij de RIV (re-integratieverslag)-toets het medisch oordeel van de Bedrijfsarts leidend te laten zijn weer ingetrokken. Ook wordt er vanuit onderzoek gewerkt aan een instrument BAR ([beschrijving arbeidsbelastbaarheid en re-integratie](#)).

- Wat is nodig om ervoor te zorgen dat de verzekeringsarts in evident duidelijke gevallen het oordeel van de bedrijfsarts kan en mag volgen?
- Welke waarborgen moeten er voor deze oplossingsrichting ingericht worden, zodat cliënten hier geen nadeel van ondervinden?

Aandachtspunt 2: De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.

- Wat is er voor nodig om bevindingen van behandelende artsen effectief en efficiënt te integreren in een sociaal-medische beoordeling?
- Hoe komen we tot een duidelijke structuur tussen behandelende artsen en verzekeringsartsen om een naadloze overdracht van relevante medische informatie te waarborgen, zodat sociaal-medische beoordelingen op basis van betrouwbare en actuele gegevens efficiënt worden uitgevoerd?

Thema: Stelsel (60+ en IVA)

Aandachtspunt 1: De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.

Achtergrondinformatie: Een aanpassing van de voorwaarden voor een IVA-uitkering is reeds eerder verkend. Het ging daarbij om een verkenning van de optie om na vijf jaar volledige arbeidsongeschiktheid (WGA 80-100) duurzaamheid aan te nemen. In de Kamerbrief van 28 april 2023 ([link](#)) is aangegeven dat deze optie niet afzonderlijk van andere aspecten binnen het huidige stelsel kan worden uitgewerkt. Nadere uitwerking vergt fundamentele keuzes binnen het stelsel die zowel werknemers als werkgevers raken. Dat zijn keuzes die juist ook aan de opdracht van de OCTAS raken. Aangezien deze optie veel stemmen heeft gekregen willen wel een verdiepingsslag maken op de inhoud. Afhankelijk van het advies van de OCTAS kan de opbrengt van deze verdere verkenning mogelijk gebruikt worden in een later stadium.

- In hoeverre en onder welke voorwaarden moet eerdere instroom in de IVA (dus eerder dan binnen 3 of 5 jaar volledige arbeidsongeschiktheid) mogelijk zijn/blijven?
- Aan welke criteria zou voldaan moeten worden om daadwerkelijk na 3 of 5 jaar automatisch de IVA in te stromen?
- Welke aandachtspunten zijn er bij deze maatregel ten aanzien van re-integratiedienstverlening en financiële prikkels (w.o. premiedifferentiatie)?

Aandachtspunt 2: De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én/of uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

Hoewel in de voorkeursronde dit onderwerp niet de ranglijst aanvoerde, zijn er wel verdiepende vragen die voorgelegd worden. We zien dat enkele partijen uit het veld dit wel als voorkeur hebben aangegeven, en bovendien heeft deze maatregel het grootste effect op het verminderen van zowel het aantal mensen dat moet wachten op een WIA-claimbeoordeling als op het verminderen van de wachttijd voor een claimbeoordeling.

- Welke redenen zie je om de 60-plusmaatregel wel of juist niet te verlengen?
- Welke argumenten zie je voor of juist tegen een uitbreiding naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd)?
- Welke aandachtspunten wil je nog meegeven over de 60-plusmaatregel?

Thema: Innovatie

Aandachtspunt 1 De uitvoering moet worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Goede werkwijzen (best practices) moeten op één plek worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.

Ook veel deelnemers geven reactie op het aandachtspunt om meer gebruik te maken van de kennis die beschikbaar is binnen het veld waaronder private partijen. In de verdiepingsronde vragen we ook hier aandacht voor.

- Wanneer is een werkwijze bewezen effectief? Hoe gaan we om met verschillen tussen regio's?
- Als regio's/districten niet verplicht worden. Welke concrete ideeën heeft u om bewezen effectieve werkwijzen sneller landelijk te laten adopteren?
- Waar moeten best practices worden verzameld en gedeeld? Hoe zorgen we dat we ook aan blijven sluiten op ontwikkelingen in het veld?

Aandachtspunt 2 Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.

Dit aandachtspunt kreeg in de voorkeursronde niet de meeste punten. Graag maken wij gebruik van de kennis om verdiepende vragen te stellen. Uit de toelichting blijkt dat hier naast het benutten van Techniek/ICT door artificial intelligence ook gedacht wordt aan het vullen van claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS) bijvoorbeeld). Tot slot zijn op de werkvloer al technologische middelen, zoals spraakmiddelen, beschikbaar. Het gaat ook om het gebruik van deze middelen door de professionals.

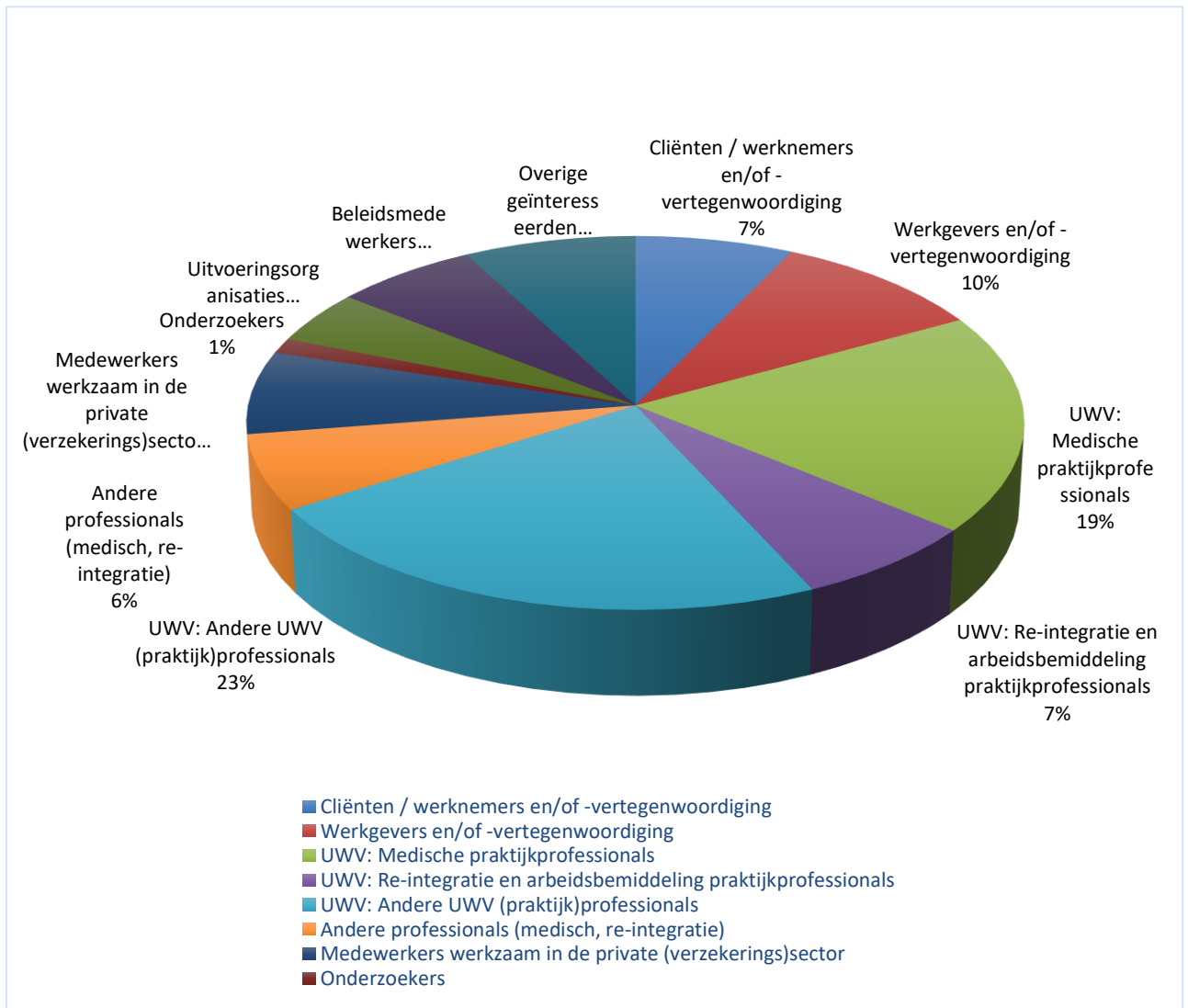
- Welke concrete technologische middelen kent u? (voorbeelden)
- Hoe kunnen we het gebruik van deze middelen stimuleren onder professionals?

Aandachtspunt 3 Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

UWV werkt aan het één dienstverlenings-concept, waarbij grenzen tussen divisies worden weggenomen en hierdoor overgangssituaties en overdrachtsmomenten verminderen. Een drempelloze klantreis is het uiteindelijke doel.

- Op welke momenten kan de samenwerking tussen de divisies binnen UWV aanmerkelijk verbeteren?
- Wat betekent een betere samenwerking binnen de dienstverlening voor cliënten van UWV?

De deelnemers aan de dialogronde 'Voorkeuren'.



Deel 2: integraal verslag

In deel 2 vind je alle ongecensureerde voorkeursstemmen en motivaties van de deelnemers aan deze stap.

Hieronder staan de aandachtspunten uit de stap Verrijken die door de belanghebbenden zijn genoemd om de mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van sociaal-medische beoordelingen op te verkleinen. Wat zijn voor jou de 10 belangrijkste aandachtspunten?

Onderstaand zijn de aandachtspunten per thema in aflopende volgorde weergegeven.

Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen

Thema 2: Procesverbeteringen: informatievoorzieningen en werkwijzen		
Positie	Aandachtspunt	↓Selecties
1	UWV neemt alleen nog aanvragen in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.	62
2	Vestigingen en/of afdelingen van UWV worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Er moet binnen UWV een plek zijn waar goede werkwijzen (best practices) worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.	59
3	Leg minder nadruk op (medische) diagnoses en ga meer uit van wat iemand wél kan qua werkzaamheden. Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.	57
4	Maak meer gebruik van kennis en ervaring die buiten de uitvoeringsorganisatie aanwezig is, zoals de wijze waarop private verzekeraars arbeidsongeschiktheid toetsen.	47
5	Alleen het optimaliseren van processen is onvoldoende om het probleem met de achterstanden op te lossen.	46
6	Stel Techniek/ICT meer in dienst van de professional (artificial intelligence benutten bij invullen van het claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS) bijvoorbeeld).	44
7	Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.	33

Toelichtingen bij de aandachtspunten

- 1) UWV neemt alleen nog aanvragen in behandeling die compleet, juist en volledig zijn aangeleverd. Indien nodig moeten werknemers of werkgevers ondersteuning krijgen om dat**

goed te doen. Compleet betekent dat ook de onderliggende relevante medische stukken worden meegestuurd.

- Mijns inziens is dit ongeveer hetzelfde als stelling 14 en 18 (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ondersteuning op dit gebied is gewenst. Niet iedereen weet hoe het moet. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Vergeet niet dat er wettelijk momenten zijn waar wel een herbeoordeling moet zijn (einde wachttijd) niet alle dossiers zijn concreet te maken (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Noodzakelijk, maar in het behandelproces kan mogelijk eerder gehandeld worden. Ongeacht een Medisch dossier de basis is (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Dit scheelt veel tijd voor de artsen van UWV (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Beloon degenen die goed werk leveren (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Wie eist, bewijst. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zinvol in kader van efficiency en eigen regie, voorlichting hiervoor is wel noodzakelijk voor succesvol resultaat (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Efficiënt werken (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Dit scheelt zeker tijd voor het UWV. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Onvolledigheid leidt tot tijdverlies. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- En wie levert dat aan? Een ziek persoon is wellicht niet bij machte goed overzicht te houden op de informatie in het dossier (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Om zo min mogelijk tijd te verspillen vind ik dit een voorwaarde. Daarbij hoort dan ook dat UWV voldoet aan de verplichtingen die UWV heeft. Het is geen eenrichtingsverkeer. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het inzetten van VA expertiseonderzoeken kan daarin wellicht ook helpen (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het kan natuurlijk altijd nog zijn dat er bij de beoordeling zelf blijkt dat aanvullende informatie nodig is, maar het is nu wel erg vrijblijvend. Tegelijk zorgt dit ook voor verkeerde verwachtingen bij de cliënt, omdat het niet nodig is om zaken te onderbouwen wat er in een aanvraag wordt geschreven. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ook bij ERD! Geen ERD EZWB doen, totdat dossier compleet is. We kunnen dan tijd steken in een kansrijke EZWB. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Wel met de nuance dat deze volledigheid vooral van werkgevers verwacht mag worden en in mindere mate van (ex)werknemers. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Als dat automatisch wordt meegestuurd scheelt dat een hoop frustratie en dubbel werk bij de verzekeringsartsen / SMV. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Faciliteer dit, maar het is geen no go (Overige geïnteresseerden)
- Dit is tig keer onderzocht en er is consensus dat dit in algemene zin juridisch niet mogelijk is. Mogelijk zouden eigenrisicodragers wel verplicht kunnen worden recente re-integratiegegevens mee te sturen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

2) Vestigingen en/of afdelingen van UWV worden verplicht om bewezen goede werkwijzen over te nemen of te stoppen met werkwijzen wanneer deze bewezen niet-effectief zijn. Er moet binnen UWV een plek zijn waar goede werkwijzen (best practices) worden verzameld, zodat deze gedeeld kunnen worden met alle regio's/districten.

- Uniformiteit komt het proces en de snelheid ten goede en voorkomt onnodige discussies. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Eens, maar blijf wel de best practices testen en door ontwikkelen! (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Dit lijkt me essentieel om het artsenprobleem op te lossen. Als er ergens een effectieve methode gevonden wordt die breder inpasbaar is, dan is het erg zonde om die niet breder toe te passen. Aangezien er nu grote verschillen tussen kantoren zijn, is het denk ik nodig om deze 'best practices' breed te verplichten. (Beleidsmedewerkers)
- Er zijn grote verschillen tussen vestigingen, goed onderzoek naar het waarom is bij mijn weten nooit gedaan, terwijl dit naar mijn mening wel heel veel zou kunnen opleveren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Stop met het zoeken naar de oplossing. Er zijn al best practices bekend. Rol die uit over heel UWV en verplicht professionals op de bewezen efficiënte manier te werken. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Leer daarbij van anderen zoals in de langdurige zorg (Beleidsmedewerkers)
- Dat zou al heel veel helpen, maar is eenieder binnen UWV bereid zijn eigen wijsheid en ervaring los te laten voor innovatie of bewezen betere werkprocessen? Intrinsiek gemotiveerd? (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Eens, er is nu te veel vrijheid om deze keuzes te maken (Medewerkers werkzaam in de private (verzekering)sector)
- Leer van elkaar en straf ongewenste werkwijzen af. Er zijn nog te veel verzekeringsartsen die een negatief stempel drukken op de verzekeringsgeneeskunde (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Niet overal opnieuw wielen uitvinden (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Precies, successen moeten meer gedeeld worden, zeker als je binnen grote organisatie efficiënt wil werken. Nu vindt iedere regio zelf t wiel uit, hierdoor willekeur, geen structuur, net professioneel en efficiënt (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Er is nu te veel verschil in de uitvoering van de keuringen door verschillende UWV' s. Dit ondanks dat er een landelijke dringende richtlijn is afgegeven (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Belangrijk is wel om dan de vraag te stellen: Hoe kom je tot best practices als iedereen uniform werkt? (Overige geïnteresseerden)
- Kennisdelen leidt mij tot effectiviteit en efficiëntie. Dan hoeft niet elk district een methodiek uit te proberen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Een voorbeeld: een klant vult een vragenformulier in. Een va krijgt een casus door een mvb gepresenteerd en moet binnen 5 seconden een vervolgactie bepalen. Bizar! Zorg dat aan de voorkant van het proces de informatie volledig en juist is! Hierdoor wordt veel onnodig werk en dus ook tijd bespaard: Klanten die helemaal niet in de ZW thuishoren, samenloop, vaststellingsovereenkomsten etc. Wordt meteen onderkend. Er kan met een volledig en juist beeld van de klant aan de voorkant een goede vervolgactie worden bepaald. Het spaart alle functionarissen gedurende het hele proces, tot aan de WIA-tijd en het zorgt voor een soepel verloop, zowel voor de medewerkers alsook voor de klant. Dus: Meer aandacht besteden aan het begin van een proces en niet aan het einde van een proces! (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Stoppen met bewezen niet-effectief; natuurlijk. Verplicht bewezen 'goede' werkwijzen over te nemen: wat is 'goed'? Is dat bewezen effectief? Onduidelijke stelling. Ook: absence of evidence is niet hetzelfde als evidence of absence. (Overige geïnteresseerden)
- Geen verplichting om over te nemen, maar wel een plek waar goede werkwijzen worden verzameld en gedeeld met de kantoren. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Eigenlijk is dat nu al het geval in de werkwijzers die zijn ontwikkeld. Hier wordt vaak al gekeken naar een proportionele manier van werken. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Lijkt me niet meer dan vanzelfsprekend dat alleen 'best practices' de mainstream werkwijze wordt. M.i. wordt er te veel onnodig dubbel werk verricht/werken functionarissen langs

elkaar heen. Om maar enkele voorbeelden te noemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Er zijn nog steeds teams/kantoren waar de RIV zeer inefficiënt gaat en waarbij de arts de volledige belastbaarheid van de bedrijfsarts toetst. I.p.v. de efficiëntere werkwijze waar de AD slechts vraagt die beperkingen te toetsen die zorgen voor re-integratiebelemmerende adviezen. (En waarbij bij het merendeel van de RIV-toetsen dus helemaal geen arts meer noodzakelijk is) (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het werkbedrijf heeft zoiets ingeregeld met een toets, SMZ niet. Wellicht kunnen we hierbij van elkaar leren. (Beleidsmedewerkers)
- Lijkt me evident. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Op zich geen slecht punt maar 'verplichten' is de beste manier om weerstand te organiseren tegen verandering. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Er is sowieso te veel vrijheid bij Districten / vestigingen om "pilots" te starten waar centraal niet of nauwelijks bij betrokken wordt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

3) Leg minder nadruk op (medische) diagnoses en ga meer uit van wat iemand wél kan qua werkzaamheden. Kijk naar alle factoren in iemands leven die impact hebben op wat iemand ten aanzien van werk nog kan.

- Voor WSP heel belangrijk uit te gaan van wat iemand wél kan. Je verkoopt een oldtimer ook niet door aan te geven dat er 4 wielen missen en dat de bedrading gedateerd is, maar wel door te zeggen dat het een uniek exemplaar is en dat het na het opknappen alleen maar in waarde kan stijgen, bijvoorbeeld. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Hiermee doe je meer recht aan cliënten met een laag inkomen die snel minder dan 35 beoordeeld worden, terwijl de beperkingen fors zijn en de geduide functies twijfelachtig. De B van beeldvorming moet meer worden uitgedraaid. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Je stelt dan het daadwerkelijke functioneren in werk centraal, de cliënt dus. En dus niet de diagnose. Laat de arbeidsdeskundige als eerste in gesprek gaan. Dan kan tegelijk met het in beeld brengen van het functioneren, in kaart worden gebracht welke functioneringsproblemen voortkomen uit niet-passende werkzaamheden of omstandigheden. Daar waar een medische beoordeling voorwaardelijk is, kan de VA dan proportioneel worden ingezet met een vraagstelling vanuit de arbeidsdeskundige en voortbordurend op de beeldvorming van de arbeidsdeskundige. Bovendien kan de arbeidsdeskundige aan de cliënt re-integratiemogelijkheden meegeven, blik op de toekomst meegeven etc., (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Begin al in het eerste jaar zw te kijken naar wat de cliënt nog wel zou kunnen ipv wat deze niet meer kan t.o.v. zijn laatst gedane werk. Maak meteen werk van re-integratie als hier mogelijkheden in zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ga door met de-medicaliseren en geef de arbeidsdeskundige de ruimte te onderzoeken wat de werknemer nog wel kan, waar motivatie voor is en zet daar maximaal op in. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Uit jarenlang internationaal en nationaal onderzoek is gebleken dat het in kaart brengen van iemands sterke kanten en psychosociale mogelijkheden naast fysieke en geestelijke beperkingen meer recht doet aan wat er passend is voor die persoon (www.interrai.org en www.nedrai.org) (Beleidsmedewerkers)
- Dus stel je client centraal, de mogelijkheid... (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Op deze wijze kunnen anderen dan een arts een groter deel van het werk doen (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Het feit dat iemand dit noemt zegt al hoe achterhaald de werkwijze van het UWV is (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Demedicaliseren is het toverwoord. De extreme mismatch is in belangrijke mate verergerd door de medicalisering van allerlei klachtjes en redenen die mensen zoeken om even minder te 'hoeven/moeten' in deze maatschappij. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Sommige medische diagnoses kennen een enorme bandbreedte. Gebruik de ICF als basis voor in kaart brengen van functioneren. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Meer een benadering vanuit de positieve gezondheid. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- ICF, Positieve gezondheid, Convenant UWV-gemeente-GGZ, sociale kaart (op postcode werken) (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De praktijk is anders dan de theorie op papier. Kijk naar de mens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Keur als verzekeringsarts en met de gegevens die van de huisarts of medisch specialist is verkregen (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ga in gesprek met cliënten! Te vaak kloppen medische diagnoses niet of er is maar een deeldiagnose (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Hier wringt de wet zich met deze werkwijze. Bij SMZ wordt de theoretische verdien capaciteit vastgesteld en niet de re-integratie mogelijkheden. Want daarbij kijk je inderdaad naar alle factoren die impact hebben. Ik vind dat dus belangrijk maar hoe dat in de praktijk vertaald kan worden? (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Een mooie opstap naar de toekomst. Zie toelichting bij nr. 31. (Beleidsmedewerkers)
- Gebruik een ander concept om dit te doen, bijv. positieve gezondheid, de WAI ofsmba (Overige geïnteresseerden)
- AD op kop. Voorbeeld is de Participatiewet, waarbij er ook geen FML is, of een medisch rapport, en de burger wel gere-integreerd moet worden. Op basis van het verhaal van de burger uitgegaan wordt wat die kan. Doorgoede gesprekstechniek en sociale vaardigheden, krijgt de AD ook boven water, waar rekening mee gehouden moet worden. Inzicht in belasting// belastbaarheid kennis van werk, taakhoud, kan de AD de burger op weg helpen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Goede methodieken en modellen kunnen hierbij behulpzaam zijn. Bv. Model Positieve Gezondheid. Hierbij wordt de regie (en daarmee diens verantwoordelijkheid) meer bij de klant gelegd dan bij UWV. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Kijk naar de ervaren belemmeringen bij re-integratie en zet daarop in. Laat mensen zelf ervaren wat ze nog wel kunnen, in kleine stappen wanneer nodig. Een belastbaarheidsprofiel hoeft alleen wanneer iemand bang is schade aan zijn eigen lichaam te doen, bij het zetten van stappen in re-integratie in de breedste zin van het woord. Hiervoor hoeft niet per se een verzekeringsarts ingeschakeld te worden. Kan ook bijvoorbeeld een ergotherapeut zijn. (Beleidsmedewerkers)

4) Maak meer gebruik van kennis en ervaring die buiten de uitvoeringsorganisatie aanwezig is, zoals de wijze waarop private verzekeraars arbeidsongeschiktheid toetsen.

- Mn betere ondersteuning zodat de VA zich helemaal kan richten op de beoordeling zelf, administratieve ballast weghalen. Dat vraagt veel meer ondersteunende medewerkers dan nu het geval is (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Durf te veranderen en te leren van private instellingen. Maak gebruik van elkaars expertise en wissel ideeën uit. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Zeker doen (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Of zoals bij www.nedrai.org en Amsterdam umc (prof. Heijn van Hout) (Beleidsmedewerkers)
- Benut de krachten van anderen (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Dit is een zeer haalbare en betaalbare optie (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- O.a. Welke klachtenbeelden er worden uitgesloten van dekking (burn-out, sociale problematiek, fibromyalgie, post-commotionele klachten, long covid, chronisch lyme, cvs/ME, etc. etc.) en een tijdelijke ondersteunende uitkering bieden, met duidelijke einddatum, die geen verdere vervolgrechten oplevert. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Maak meer gebruik van medische expertise en arbeidsdeskundige in eerste 2 jaar of bij verzekeraars. Desnoods via een extra registratie, opleiding. Zodat deze inzet meteen bij de WIA-beoordeling kan worden overgenomen, zonder extra onderzoek vanuit een uitvoeringsinstantie (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Gebruik ook de expertise van "UWV's" van andere Europese landen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Dit kan een zeer goede aanvulling zijn en zorgen voor meer efficiency in de beoordelingen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Nu wordt bij contra expertise hier ook al gebruik van gemaakt. Waarom niet in een voortraject als vraagbaak en extra inzetcapaciteit? (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Eigenlijk zou hier geen verschil in mogen zijn (Overige geïnteresseerden)

5) Alleen het optimaliseren van processen is onvoldoende om het probleem met de achterstanden op te lossen.

- De enige relevante opmerking uit deze groep. Alle andere punten zijn begrijpelijk maar verleiden al direct tot (on)uitvoerbaarheid en selectiebias. (Overige geïnteresseerden)
- Eens. Verzekeringsartsen moeten vervolgens de tijdswinst ook in extra beoordelingen steken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zet extra krachten in. Die kun je halen uit je providers. Verlengde arm constructie (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Zorg dat sociale verzekeringsgeneeskunde bekender wordt op de universiteit. Er is te veel focus op specialismen. Zorg dat arbeidsongeschikte specialisten bij UWV kunnen re-integreren als een kantoorbaan wel passend is. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Feitelijk moet het systeem op de kop. We zijn vastgelopen in allerlei toetsingskaders, termijnen, sancties en controlemechanismen gebaseerd op wantrouwen. Daarnaast werkt de private inkomensverzekeringmarkt geheel los van de publieke route met allerlei verschillen waardoor en geen gelijke behandeling is. Dit wordt ook veroorzaakt door de AVG en ieders rol tijdens de verzuimbegeleiding en re-integratie. Dit is m.i. niet op te lossen door proces optimaliseren. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Het gaat hier om cliënten / burgers en die zijn niet in een proces te gieten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Andere uitgangspunten nodig, client meer betrekken en mens eerst, integraler input halen en toelaten en niet zoveel macht VA (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Eerste check is mensenwerk. Prescreening dossierzwaarte na een client gezien en gesproken te hebben (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Er zal inderdaad ook gekeken moeten worden naar uitvoering door andere professionals (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Het helpt wel, bv als ook de afdeling SMNA gebruik gaat maken van mijnuwv voor communicatie. Maar het is niet voldoende (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Er moet niet alleen een focus zijn op processen om de processen. Inhoud en proces moeten gelijktijdig evenveel van belang zijn. Juist het procesmanagement sinds de jaren 90 heeft

geleid tot de afbraak van werkzaamheden van professionals (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Doe geen overbodig werk! Stop met het afvinklijstje en gebruik je verstand (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens, dat is ook al te zien aan het resultaat van het SMC; resultaten vallen tegen. Er zal ook andere maatregelen nodig zijn zoals het inzetten van technologie zoals moderne spraakherkenning. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De aantallen aanvragen nemen toe en het is niet wenselijk nog meer artsencapaciteit in te zetten. Bovendien schept het geen ruimte voor nieuwe wensen, zoals AOV. (Beleidsmedewerkers)
- Maar helpt zeker in de toekomst (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De wijze van herbeoordeling moet veranderd worden zodat werken in combi met WGA normaal gaat worden (wie kan werken moet minstens deels aan het werk zijn en blijven) - en er moet naar een betere methode worden gezocht voor de IVA voor wie nooit meer kan werken. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het zal efficiënter werken als de arbeidsdeskundige en de medisch verpleegkundige op kop gaan. Er is namelijk al een medisch verslag van de bedrijfsarts, wat als medische basis kan dienen. Als AVG voor de verpleegkundige en de AD geregeld wordt, zodat er overleg kan zijn met de bedrijfsarts. Dan heb je de VA alleen nog nodig, als er echt iets specifiek aan de hand is op medisch gebied. In de praktijk blijkt dat er vaak overleg met de VA is over de mogelijkheden van de burger. De belastbaarheid zoals aangegeven niet overeenkomt in het gesprek met de AD. Dus naar aanleiding van het gesprek met de VA en AD, wordt de belastbaarheid aangepast. Dat is dubbel werk voor zowel de AD als de VA. AD heeft zicht op belasting/belastbaarheid in relatie tot werk. Dit geeft ook meer zicht voor de burger op wat die kan verwachten na de beoordeling, welke richting die op kan en hoe de uitkering er uit kan zien. Dat is voor de burger wenselijker, gezien die dan niet hoeft te wachten op de uitslag van de VA, waarbij de burger de gevolgen van de FML niet in beeld heeft, waardoor die verwachtingen heeft op eigen interpretatie. De spanning van het wachten op het vervolgesprek met de AD en dan de teleurstelling van de uitslag kan dan voorkomen worden. De VA is eerder klaar met het gesprek met de burger, als dat nog moet plaats vinden. De FML is dan ook sneller klaar, gezien de VA alle algemene en medische bijzonderheden al in beeld heeft. In de arbeidsdeskundige opleiding kan dan aangescherpt worden ten aanzien van ziektebeelden. Van de bedrijfsartsen worden verwacht dat er volledige verslagen gemaakt worden, zodat het werkbaar is voor de verpleegkundige en de AD. Goede samenwerking UWV met de arbodiensten om instroom te voorkomen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Daarnaast zal het helpen om strenger op te treden als cliënten niet verschijnen op een spreekuur zonder zich af te melden (met een gegronde reden). Als afspraken en brieven ook digitaal in mijn UWV te vinden zijn kunnen cliënten niet meer aangeven dat ze de brief niet meer hebben ontvangen. Vragenlijsten via mijn UWV laten invullen, zodat deze direct bij de juiste afdeling binnen komen en het probleem verholpen is dat handschriften niet te lezen zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- We moeten gaan naar een kwalitatief goede dienstverlening. De gevallen, die we doen, doen we goed, zodat dit op een later moment niet alsnog extra werk oplevert. Om kwalitatief goede dienstverlening te krijgen, moeten de adviseurs, weer staf worden, die niet alleen coacht, maar ook kennis heeft van zaken. En ervoor zorgdraagt dat niet de kantoorcultuur bepaald hoe er beoordeeld wordt, maar het landelijke beleid. (Beleidsmedewerkers)

6) Stel Techniek/ICT meer in dienst van de professional (artificial intelligence benutten bij invullen van het claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS) bijvoorbeeld).

- Maar ook bij het rapporteren (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- CBBS kan nog beter matchen tussen belasting en belastbaarheid. Nu worden nog te veel functies getoond die o.b.v. de FML niet kunnen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Bij gebruik van AI bij bijvoorbeeld het invullen van de CBBS kan efficiëntie bevorderen en daardoor de productie vergroten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Software voor professionals moet ondersteuning bieden in plaats van een invulscherf voor dataverzameling ten behoeve van de werkgever. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een verzekeringsarts moet alleen de medische keuring doen en alle administratieve afhandeling door andere mits ze een Big registratie hebben of een geheimhouding ondertekend hebben en deze aan de client meegeven (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- ICM met punten 3, 6,15, 23, 27, 32 (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Investeren in betere technische en wetenschappelijke ondersteuning bij de beoordeling zal de kwaliteit doen toenemen en de kwantiteit ook. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Let hierbij op de discriminerende factor die AI met zich mee kan brengen, maar laat je daardoor niet volledig afschrikken. Ik zou niet beginnen bij CBBS, maar bij BRAVO. (Beleidsmedewerkers)
- Zie ook 7. Als dit kan bijdragen aan het verhogen van de efficiency, dan lijkt me dit een goede maatregel. De vraag is echter ook of CBBS de ultieme wijze van beoordelen is. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Dient ondersteunend te zijn om werkproces te versnellen, administratie te beperken maar wel handzaam moeten zijn voor de gemiddelde werknemer van het UWV (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ja, mijnuwv ook voor communicatie met de afdeling SMA! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

7) Zet in op technologische ondersteuning zoals medische spraakherkenning, zodat verzekeringsartsen en andere professionals daar gebruik van kunnen maken om hun werk efficiënter uit te voeren.

- Zal schelen, dus inzetten (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Denk ook aan zelfinvullijst (B1 proof) die een compleet beeld geeft en beslisondersteuning. Tevens betrouwbare data met stuur mogelijkheden en leermomenten (Beleidsmedewerkers)
- Dit kan ervoor zorgen dat er veel tijdswinst geboekt wordt bij bijvoorbeeld het uitwerken van rapportages. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Als de techniek foutloos is, zou dit een aanvulling kunnen zijn. Zolang het niet foutloos is, is de werkgever wel verantwoordelijk voor eventuele gevolgen van fouten ten gevolge van de ICT. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dan zou je bijvoorbeeld een medisch secretaresse de verslagen kunnen laten maken die enkel door de VA gecontroleerd hoeven te worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Helemaal mee eens, dit is tegenwoordig in de medische wereldstandaard technologie. Kan artsen enorm helpen om efficiënter te werken. Het UWV loopt hierachter. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit kan helpen, moet wel binnen wettelijke kaders gebruikt worden. (Beleidsmedewerkers)
- Zie punt 3 (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Reduceren digitale flows, terugbrengen naar de essentie (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Overlap met 3. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. Taakdelegatie)

Thema 3: Juiste inzet professionals (w.o. Taakdelegatie)		
Positie	Aandachtspunt	↓ Selecties
1	Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.	64
2	Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplicht karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.	61
3	Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.	57
4	Er wordt al steeds vaker gewerkt in sociaal medische centra. De volgende stap moet zijn dat de taken van de verschillende rollen in het multidisciplinaire team worden vastgelegd.	25
5	Er moet meer gebruik gemaakt worden van beproefde methodieken, die ook in de curatieve sector of in de arbo-/re-integratiedienstverlening gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld het Kader methodische aanpak Re-integratie (KMR), Sociaal Medische Beoordeling Arbeidsvermogen (SMBA) en de Functionele Capaciteit Evaluatie (FCE)-methoden.	23

Toelichtingen bij de aandachtspunten

1) Andere professionals dan de verzekeringsarts moeten meer een leidende rol spelen in de beoordeling. Taken van de verzekeringsarts worden overgenomen. Ter illustratie: in plaats van de verzekeringsarts maakt een psycholoog de inschatting van de belastbaarheid bij psychische klachten, een fysiotherapeut bij fysieke klachten en de arbeidsdeskundige ten aanzien van arbeidsmogelijkheden.

- Maar geen psycholoog maar een psychiater. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit kan goed werken mits betrokkenen het maken van een realistische inschatting als enige doel hebben. Er mag geen extra doel zijn zoals zo min mogelijk beperkingen of een bepaald percentage mensen dat geen uitkering krijgt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Deze professionals moetende verzekeringsarts kunnen ontlasten. Als dit onder auspiciën van de VA moet prima, maar dit moet dan wel een lichte toets zijn en de professional zelf moet verantwoordelijk zijn/worden voor het betreffend besluit. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Meer leiders leidt niet tot verbetering en ook niet tot versnelling. Taakdelegatie vraagt van de VA nog steeds veel tijd, als je het tenminste zorgvuldig en rechtmatig wil uitvoeren. Je gaat alleen tijd besparen als je de medische beoordeling/belastbaarheid gericht inzet. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Helemaal mee eens. Jullie hebben een enorm potentieel onder je providers. Psychologen voor de mentale belastbaarheid. Fysiotherapeuten voor de fysieke belastbaarheid. re-integratie begeleiders voor de werkbelasting (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De verzekeringsarts / bedrijfsarts als toetssteen in de begeleiding en re-integratie van werknemer. De overige taken laten uitvoeren door arbeidsdeskundige / re-integratie begeleider en andere betrokkenen bij herstel en re-integratie in werk. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekering)sector)
- Met een compleet en betrouwbaar zelf assessment zoals bovengenoemd helpt de beslisondersteuning het multidisciplinaire team (vergelijk werkwijze langdurige zorg) (Beleidsmedewerkers)
- Of t een leidende rol moet zijn weet ik niet, maar het is efficiënt om taken te delegeren naar andere deskundigen (die meer 'voorradig' zijn) (Cliënten / werknemers en/of - vertegenwoordiging)
- Vooraf kan de bedrijfsarts zeker bij verwachte WGA 80-100 keuringen (werknemers is nog in behandeling) aangeven dat de WGA-uitkering in kan gaan en dat de beoordeling op een later tijdstip kan plaatsvinden (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Op basis van pre-screening bepalende van het "behandelplan" met professionals. Is er wel een noodzaak? (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- De SMV'er in leidende positie bij enkelvoudige problematiek. Zij kunnen het onderzoek ook uitvoeren na opleiding. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Ik vind het juist belangrijk dat dit niet gebeurt. Dit conflicteert namelijk sterk met het feit dat een arbeidsongeschiktheidsuitkering een verzekering is, waar objectieve toetsing en weging bij plaatsvindt. Ik betwijfel sterk of een psycholoog (is dat dan een basispsycholoog met praktisch 0 klinische ervaring?) Of fysiotherapeut hiervoor geschikt kunnen zijn. Daarbij ook overwegende dat arbeidsongeschiktheid vaak zeer complex is en hier een bepaald denk- en werkniveau voor is vereist. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Lijkt me heel zinvol want VA weet weinig van psychische klachten, hier heeft vooral GGZ verstand van (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Hun vakgebied/ expertise. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Door het blijvende capaciteitsprobleem van VA's zal dit zeker noodzakelijk zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Volledig mee eens zo als al eerder vermeld (Cliënten / werknemers en/of - vertegenwoordiging)
- Dit gebeurt in de eerstelijns gezondheidscentra al op grote schaal en dit werkt effectief/efficiënt. Een psycholoog heeft zijn verdieping in de psychische klachten en heeft mogelijk meer kennis hierin dan bijvoorbeeld een VA. Ditzelfde geldt voor het bewegingsapparaat, dit is het focusgebied van een fysiotherapeut. Je neemt hiermee niet alleen tijd weg bij de VA, maar mogelijk krijg je ook een beter beeld van de gezondheidssituatie van de client. Uiteraard vraagt dit vertrouwen in de andere professionals. Naast deze basisberoepen heb je ook nog specialismen binnen verschillende paramedische beroepen, zoals een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige of een psychosomatisch fysiotherapeut. Die hebben nog een 2-3 post HBO-opleiding/master gevolgd. Genoeg kennis lijkt mij om een adequate beoordeling te kunnen doen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Vergeet de bedrijfsarts en SMV niet, VA-functie is overschat en te invloedrijk en bepalend voor de verwerking van de instroom (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het zou kunnen zijn dat dit ook de kwaliteit van de re-integratie ten goede komt. Zeker interessant om nader uit te werken (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De professional heeft beter inzicht in de materie (Cliënten / werknemers en/of - vertegenwoordiging)

- Ik vind het eerste deel van de stelling verwarrend; wat is een 'leidende rol'? Dat is een veel te vage omschrijving van waar het nu om gaat. Waar het om gaat is dat er sprake moet zijn van taaksubstitutie van nader te definiëren taken naar andere professionals (dat is verdergaand dan taak delegatie). (Overige geïnteresseerden)
- Er is geen wetenschappelijke basis om de beoordeling alleen bij de VA te laten. Er is geen bewijs dat andere professionals die niet kunnen. Uiteindelijk zou aantoonbare interbeoordelaarsbetrouwbaarheid leidend moeten zijn en ook bij VA's moet gekeken worden hoe hoog deze eigenlijk is, zodat we de kwaliteit objectief kunnen testen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Klinkt als meer maatwerk, lijkt mij niet verkeerd. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Geef ook de arbeidsdeskundige een afgeleid medisch beroepsgeheim. Niet alleen in de voorbereiding geeft dit veel winst t.a.v. de inzet van de verzekeringsarts qua aard en omvang van die inzet, maar een arbeidsdeskundige kan als deskundige op het gebied van weging belasting - belastbaarheid met ook kennis van medische beelden in relatie tot geschiktheid voor arbeid met ondersteuning van de verzekeringsarts een belastbaarheid opstellen en daarmee het onderzoek naar arbeidsmogelijkheden voltooien. Denk aan door een bedrijfsarts opgestelde belastbaarheid, welke de arbeidsdeskundige op basis van het medisch dossier reëel en plausibel acht en welke alleen via overleg met de verzekeringsarts geconcretiseerd hoeft te worden. Levert forse tijdsbesparing op VA-capaciteit op. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- VA moet regie blijven houden, specialisatie verzekeringsarts! (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit kan zeker werken, ook als een deel van het probleem de bias en autonomie van de verzekeringsartsen is (en er dus feitelijk ook een hiërarchisch cultuurprobleem is). Het vraagt echter uitiem een hoge mate van automatisering (taaktoewijzing, automatisch protocol) om dit efficiënt te organiseren. Zonder oog daarvoor kan het leiden tot meer schakels, meer overleg, meer momenten dat iemand niet met een dossier bezig is en dus niet bijdragen aan kortere doorlooptijden. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- De AD op kop. Die zijn al werkzaam bij het UWV. Vele met veel ervaring. Als er meer nodig is zoals een psycholoog, dan kan deze geraadpleegd worden, o voor enkele gesprekken ingezet worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

2) Geef taakdelegatie (werkzaamheden die niet onder de kerntaak van een verzekeringsarts vallen door een andere professional, zoals de sociaal medisch verpleegkundige, laten uitvoeren) een meer verplicht karakter: haal de vrijblijvendheid eraf.

- Laat de SMV'er meer inventariseren aan de voorkant, zodat de beeldvorming beter is en het ook tot betere besluitvorming komt. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Taakdelegatie ontlast de verzekeringsarts voor een deel, maar laat wel de controle, beslissing en verantwoordelijkheid bij de verzekeringsarts. Stel alleen een verzekeringsarts in bij EZWB en WIA-beoordeling in. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekering)sector)
- Maar dan wel met duidelijke instructies, zodat niet iedereen het eigen wiel hoeft uit te vinden. Zeker qua compleet maken van het dossier en voorbereiden rapportages kan dit heel veel tijd schelen voor de va. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Deze mensen kun je juist inzetten. Doen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Zoals in de curatieve en langdurige zorg al gebruikelijk is (Beleidsmedewerkers)
- Ondersteunend aan 11, zelfde motivering zij het dan dwingend (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)

- Op basis van clientperspectief, niet interne status professional. We staan opgesteld ten dienste van de client (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Een arts in een ziekenhuis of zorginstelling geeft ook opdracht aan een vpk. Dit zou bij het UWV ook meer ingezet kunnen worden. Maak SMV'ers specialist door opleiding en zorg ervoor dat er meer taken onder de VA uitgevoerd kunnen worden (enkelvoudige problematiek) (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit werkt al jaren bij verzekeraars, en de proeven van UWV geven goede resultaten, daarom verplichtstelling (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- En voor alle twijfelaars: komt eens meekijken, om die twijfels weg te halen of om na te denken over wat de SMV wél kan betekenen in de beoordelingen. Het scheelt je uren werk! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- In de keten iedere deskundigheid zo optimaal mogelijk inzetten > MS samenvatten medisch dossier > SMV op kop in beoordeling > later aansluiten VA voor overdracht, aanvullende vragen en onderzoek. Combi SU SMV/vaop 1 moment efficiënter dan contact op twee verschillende momenten. Dan wordt meer dubbel ge (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Taakdelegatie betekent minder werk voor de VA (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Maak een beslisboom met verschillende taken. Zeker als je ook met andere professionals wilt gaan werken (en aan taakdelegatie/verdeling gaat doen). In het gezondheidscentrum waar ik hiervoor werkte hadden we clusters gemaakt van klachten (medisch, cognitief, gedragsmatig etc.) en een beslisboom gemaakt welke professional daar het beste bij past. Op die manier werd er verwezen. (Kijk ook toelichting bij 12. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Juiste deskundigheid op het juiste deskundigheidsniveau inzetten levert m.i. Een aanmerkelijke vergroting van de beoordelingscapaciteit op. Dat geldt niet alleen voor de artsen maar juist ook voor de arbeidsdeskundigen. Voor wat betreft deze laatste groep, kan zeker zo'n 30% van de werkzaamheden door ander geschoold en gekwalificeerd personeel worden gedaan. Nu met het huidige arbeidsongeschiktheidsstelsel een arbeidsongeschiktheidsbeoordeling gestoeld moet zijn op én een medisch onderzoek én een arbeidsdeskundig onderzoek, valt het delegeren van taakonderdelen door de verzekeringsarts aan sociaal verpleegkundigen en door de arbeidsdeskundige aan de arbeidskundig assistent, is veel winst te behalen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Nu wordt er nog te veel administratieve zoals uitvraag met medische sector gedaan door de VA zelf. Dit kan veel efficiënter. Door het minder vrijblijvend te maken, wordt er VA-capaciteit vrijgespeeld. (Beleidsmedewerkers)
- Zie bovenstaand. Noem het dan ook taaksubstitutie en geen taakdelegatie. (Overige geïnteresseerden)
- Zal zo wie zo een verbetering geven in de werkdruk (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- En geef tevens de rechtspositie en waardering die bij deze professionals hoort erbij! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Niet-juridische vervolgsprekuren kunnen door SMV en daar hoeft de VA niet veel extra werk aan te hebben. Leg duidelijk vast in welke vormen dit mogelijk is (bv primair anamnestiche verslaglegging zonder noodzaak tot contrasigneren). (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een arts doet het werk als arts en alle andere werkzaamheden kunnen uitbesteed worden aan andere deskundige. Dit wel onder de eerdergenoemde voorwaarden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zie vorige opm. Dit is een goed punt maar vraagt veel van het management om hier draagvlak voor te organiseren. Afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden, is het

inzetten van nieuw management op dit bedrijfsonderdeel om nieuwe werkwijze te begeleiden echt een overweging waard. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

- Dan kun je de VA niet meer eindverantwoordelijk maken voor het geheel--> niet wenselijk (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

3) Meer samenwerking tussen de divisies bij UWV (in het bijzonder sociaal medische zaken en het Werkbedrijf) verbetert en vereenvoudigt de dienstverlening richting de cliënt.

- Gebruik maken van elkaars expertise (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Laat SMZ ook meer varen op ervaring van professionals bij het Werkbedrijf, met name bij herbeoordelingen (evt. In samenwerking met de SMV-er) (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Beperkingen meenemen in re-integratie naar realistische passende functies maakt kans op succes groter (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Stuur meer op de sollicitatieplicht bij mogelijkheden in de Ziektewet, desnoods gekoppeld aan sociale werkplaatsen, waar mensen tijdelijk kunnen re-integreren. Denk hierbij aan laagdrempelig werk wat (bijna) iedereen kan uitvoeren. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Absoluut. Nu doen ze soms allebei hetzelfde werk. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De rol van cliëntondersteuner kan hierin als verbinder ook een belangrijke rol spelen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Eerder in het proces, langdurig uitval detecteren door kennis en betrokkenheid client (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Het is lastig voor een cliënt dat er zulke dichte schotten tussen staan. Ook op ICT-gebied. Mijnuwv werkt goed voor mij als cliënt. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Klopt, scheelt veel kastje naar de muur en 'van het een in het ander rollen' oftewel efficiëntie. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Aanvragen voor herbeoordeling binnen UWV moeten zoveel mogelijk beperkt worden. (Beleidsmedewerkers)
- Start van de noodzakelijke ontschotting. Cliënt en zijn reis staat centraal en niet het proces. (Beleidsmedewerkers)
- Samenwerking draagt bijna altijd bij, zoals silo's bijna altijd belemmerend werken. Niet alleen op processen maar ook op cultuur. Een silo organisatie gaat vaak over domeinen en hiërarchie. Deze belemmeren de sociale veiligheid, het verandervermogen en bovenal het aantrekken en behouden van de nieuwe generatie professionals. Het is complexer dan in deze paar zinnen weer te geven is maar een belangrijk aandachtspunt voor het UWV. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Maak gebruik van een gezamenlijke caseload: cliënten die wel theoretisch iets kunnen, maar praktisch niet bij SMZ houden en cliënten met een IVA die iets willen overdragen aan WB. (Beleidsmedewerkers)
- Dat is zeker een goede actie (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Een beoordeling zou een van de mogelijke interventies moeten zijn in de begeleiding van cliënten. Dit zouden we dan eigenlijk ook met de gemeenten moeten doen. Tegelijk vraagt dit wel dat de begeleiding richting werk en trajecten die daar worden ingezet, ook echt de tijd krijgen en zorgvuldig worden gekozen. Nu zien we nog vaak dat trajecten niet lukken door wat voor redenen, maar dat het bijvoorbeeld ook geen passende baan was die was gevonden voor de cliënt. Dan blijft het moeilijk om voor deze cliënten de juiste plek te vinden. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Mee eens. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Dienstverlening meer richten op duurzame uitstroom i.p.v. aantallen beoordelingen. (Kleine vs. grote geldstroom) (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Veel te vaak wordt klanten geadviseerd zich ziek te melden als ze even niet willen of kunnen solliciteren. Pas hier een mouw aan; het hele medische circus hoeft bijna nooit opgetuigd te worden. Om nog maar te zwijgen over de ellende die ontstaat als blijkt dat er een VSO is getekend met deze medische klachten. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- En vooral betere samenwerking AD WB en VA (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

4) Er wordt al steeds vaker gewerkt in sociaal medische centra. De volgende stap moet zijn dat de taken van de verschillende rollen in het multidisciplinaire team worden vastgelegd.

- Duidelijke verwachtingen van elkaar scheppen, wanneer begint en wanneer eindigt jouw rol (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Door alles bij elkaar te brengen win je veel tijd. Dit zie je ook in andere bedrijven. Doorpakken. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Schaf de scheidslijn tussen verzekeringsarts en s af. Introduceer 1 organisatie die onafhankelijk is het begeleiden / beoordelen en re-integreren van werknemers. De werkgever houdt zijn verantwoordelijkheid tot re-integreren (verplichting) en krijgt daar hulp bij van de arbeidsdeskundige vanaf het begin van het verzuim. De werknemer en werkgever hebben vanaf eerste verzuimdag 1 aanspreekpunt (re-integratie regisseur) tot aan de beoordeling voor de WIA. Dit is Eenduidig en overzichtelijk voor zowel werknemer - werkgever en behandelaar curatieve sector (een multidisciplinair team in een multidisciplinair centrum) (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Huidige SMC werkt voornamelijk voor publiek verzekerde. Zorg ook voor rol beschrijving waar private functionarissen (waaronder bedrijfsartsen en medisch secretariaten) ondersteunend zijn aan de verzekeringsarts (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Bewezen werkmodel, in team taakgedelegeerd samenwerken om client maximaal te supporten (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Hierdoor wordt werk niet meer dubbel uitgevoerd. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zie toelichting 9. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Dit kan zeker helpen dan ook toewerken naar een verschil in werkwijze: waar het kan praktische beoordelen op basis van inkomsten, waar nodig medisch beoordelen op basis van ziekte - maar juist wel toewerken naar een systeem dan iedereen die kan werken ook met deel-WGA gaat werken - en dit ook gaat lonen, zowel financieel voor de werknemer - maar ook voor de werkgever door heel gemakkelijk aan herbeoordeling te komen als iemand verder afzakt (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Klantreizen met parallelen dienstverlening (zowel medisch, persoonlijk, sociaal als re-integratie ondersteuning) zou de regel in plaats van de uitzondering moeten zijn. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ook dit valt te leren van de langdurige zorg (Beleidsmedewerkers)

5) Er moet meer gebruik gemaakt worden van beproefde methodieken, die ook in de curatieve sector of in de arbo-/re-integratiedienstverlening gebruikt worden, zoals bijvoorbeeld het Kader methodische aanpak Re-integratie (KMR), Sociaal Medische Beoordeling Arbeidsvermogen (SMBA) en de Functionele Capaciteit Evaluatie (FCE)-methoden.

- Goed idee, met een FCE kan meer geobjectiveerd worden (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Opnieuw uitvinden is niet nodig, basis ligt er (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ik denk hoe meer je op 1 lijn zit wat betreft in kaart brengen van een client en daarmee ook een beslisboom creëert hoe effectiever/efficiënter de beoordeling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Goede ontwikkeling. Professionals zullen veel meer bewust moeten zijn van het effect van interventies op gedrag burger, dus niet alleen op hun praktijkervaring leunen. Doorontwikkeling van KMR is overigens wel nodig. (Beleidsmedewerkers)
- Hanteer de Interpolis-methodiek met alleen een medisch adviseur die korts op het uitgebreide veldwerk van een arbeidsdeskundige. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Er valt veel te leren van elkaar (Beleidsmedewerkers)

Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren)

Thema 4: Stelsel (herbeoordelingen, onderscheid WGA en IVA, eerste twee Ziektejaren)		
Positie	Aandachtspunt	↓ Selecties
1	Herbeoordelingen worden alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed onderbouwd is.	63
2	Herbeoordelingen moeten door de aanvrager volledig onderbouwd worden, bijvoorbeeld door vooraf aan te geven wat er is gewijzigd in de situatie van de cliënt.	43
3	De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.	42
4	De Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) moet worden afgeschaft. Voor het huidige onderscheid in de WIA tussen de WGA (werkherhaving gedeeltelijk arbeidsongeschikten) en de IVA wordt een inschatting van de duurzaamheid van de ziekte of aandoening gemaakt. Die inschatting hoeft dan niet meer gemaakt te worden.	37
5	Verander de claimbeoordeling van een theoretische in een praktische beoordeling, waarbij indien mogelijk alleen gekeken wordt naar feitelijke werkzaamheden.	28
6	Tot en met eind 2024 heeft UWV de mogelijkheid om voor 60-plussers een vereenvoudigde claimbeoordeling toe te passen die minder capaciteit van de verzekeringsarts vergt. Deze vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden en daarnaast uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).	25
7	De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).	11

Toelichtingen bij de aandachtspunten

1) Herbeoordelingen worden alleen uitgevoerd als er aantoonbaar sprake is van een gewijzigde situatie van de cliënt. Hierbij is onder andere voorwaardelijk dat een aanvraag goed onderbouwd is.

- Laat dit dan gepaard gaan met aan te leveren medische informatie of informatie van een gebiedsteam, dan wel informatie vanuit Werkbedrijf (zie ook eerder: kan in overleg met SMV'er op grond van ervaring met re-integratietraject) (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Dit voorkomt dat private partijen veelvuldig om herbeoordeling blijven vragen zonder daar een reden (anders dan financieel gewin) voor te hebben (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Niet eens!!! Ongewijzigde belastbaarheid kan juist een wijziging in uitkering (IVA) /toerekening betekenen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

- Zie 14. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Dit scheelt het uitvoeren van het aantal herbeoordelingen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Als dan ook helder geformuleerd wordt richting client of werkgever wat dan precies als wijziging opgevat kan worden. Dat is nl. Veelgehoorde kritiek, onbegrijpelijke formulieren en regels, waardoor de een teveel meldt en de ander zichzelf tekort doet door niets te melden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Als de basis goed is dan scheelt dat al veel extra werk. Iedereen aan het werk zetten om het beste eindresultaat te behalen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vraagt multidisciplinaire aanpak, een gewijzigde situatie geeft niet altijd een andere wia-klasse. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het lijkt me logisch dat je voor een beoordeling moet aangeven wat daar de reden voor is. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit onder voorwaarde dat de medische gegevens ingrijpend zijn gewijzigd (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zo werkt het niet in de praktijk. Een ziekmelding (je bent verplicht wijzigingen in je gezondheid te melden) wordt beschouwd als een herbeoordeling, ook als het een tijdelijke wijziging betreft. Dat is echt werkverschaffing (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mee eens, er worden te veel beoordelingen gedaan bv omslag LGU naar LAU/VVU alleen maar omdat de omslagdatum is gepasseerd. Niet omdat er medische iets is gewijzigd. Betere, concrete medische onderbouwing waarom een heronderzoek noodzakelijk is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Alleen nog een herbeoordeling op basis van de bevinding van de UWV-arts (professionele beoordeling). (Beleidsmedewerkers)
- Nu te veel o.b.v. onderzoekspllicht bij UWV-herbeoordelingen in behandeling nemen die niet of niet goed onderbouwd zijn. Neem alleen goed onderbouwde verzoeken behandeling. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zie onderbouwing 7 (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Dit voorkomt dat mensen een "niet geschoten is altijd mis"-herbeoordeling aanvragen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

2) Herbeoordelingen moeten door de aanvrager volledig onderbouwd worden, bijvoorbeeld door vooraf aan te geven wat er is gewijzigd in de situatie van de cliënt.

- Nu te veel herbeoordelingen op verzoek van werkgever (lees: verzekeraar) waarbij het doel vooral is: hopen op -35 of IVA, "je weet maar nooit." Ik spreek regelmatig mensen die zelfs nooit gebeld zijn door de ex-werkgever. Een beetje meer inspanning van de eigen risicodragers is wel het minste dat we mogen verwachten. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Nu worden er onterecht te veel herbeoordelingen aangevraagd. Screen deze aanvragen. Dat scheelt een hoop capaciteit. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Dan kan de beoordeling door arts of andere efficiënter maken (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zie punt 14. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Hoe minder belasting bij UWV, hoe beter (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Mits helder gemaakt kan worden wat daaronder verstaan wordt en wat we verwachten van cliënten en werkgevers, anders wordt het juist werkverschaffing om iedereen aan te schrijven die het niet gesnapt heeft (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Wie eist, bewijst. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Eens (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Goeie zet! Nu moet SMZ alle info uitvragen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Natuurlijk moet er een reden of motivatie zijn voor een herbeoordeling. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit is heel belangrijk - omdat er juist meer aandacht moet komen voor het belang van herbeoordelingen daar waar mensen deels aan het werk blijven maar door chronische beperkingen verder afzakken. Dit moet allemaal veel makkelijker kunnen - door bij deze doelgroep wel te werken met de praktische beoordelingen. Idealiter kan dit haast een administratieve taak worden. Moet echter wel massaal weer worden ingevoerd - omdat de huidige werkwijze veel te ingewikkeld is qua wat de werkgever telkens weer moet doen 104 weken lang - de no risk is in deze niet voldoende oplossing (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Overlap met 17 en 1. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

3) De voorwaarden voor de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) aanpassen: iedereen die langer dan bijvoorbeeld 3 of 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is krijgt automatisch recht op IVA.

- Alleen als het continu dezelfde ziekteoorzaak betreft (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De kans op medisch herstel en succesvolle re-integratie wordt steeds kleiner na verloop van tijd. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Langer dan 5 jaar, Na 3 jaar nog reële re-integratiekansen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Op zich redelijk, want dan heb je na minimaal 5 jaar nog geen volgende stap in herstel bereikt. Er moet wel heel wat gek gebeuren dat het dan nog volgt. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Afhankelijk van de situatie. Maar meestal is dit denk ik wel van toepassing. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Mooie opstap naar de toekomst (zie toelichting nr. 31). Met als kanttekening dat deze burgers niet losgelaten worden, m.a.w. ondersteuning krijgen als zij hierom vragen en ook goed inzicht hebben op al wat mogelijk is. (Beleidsmedewerkers)
- Hiervoor zal mogelijk een systeem moeten worden bedacht waarbij ontwikkelen van loonwaardige re-integratiekansen beter wordt uitgetest. Het is immers wel de bedoeling dat men alleen in de IVA komt als loonwaardig werk nooit meer mogelijk zal zijn. Nu worden echter te veel mensen die het echt niet meer kunnen in de WGA gehouden - om financiële redenen (WG betaalt meer mee). Dit vergt dan weer heroverweging overheidsfinanciën (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit is niet wenselijk. Er wijzigt altijd wel iets. Vaak willen burgers zelf weer aan het werk. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Automatisch IVA geen fan van. Idealiter kijken of de IVA afgeschaft kan worden, maar dat UWV wel intern kan beslissen iemand niet meer op te roepen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vergelijkbaar met Wajong en 10-jaarstermijn. Wat mij betreft wel een korte toets of dit plausibel is, geen uitgebreid oordeel. In de IVA mag men nog altijd werken, geeft soms ook een betere situatie voor de cliënt. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Voorwaardelijk is dan wel dat re-integratie mogelijk blijft. Het resultaat mag niet zijn dat mensen worden afgeschreven voor de arbeidsmarkt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Als iemand 5 jaar volledig arbeidsongeschikt is kun je ervanuit gaan dat dit duurzaam is en kan er een IVA worden toegekend. Als dat automatisch gaat scheelt dat herbeoordelingen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

4) De Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten (IVA) moet worden afgeschaft. Voor het huidige onderscheid in de WIA tussen de WGA (werkherovating gedeeltelijk arbeidsongeschikten) en de IVA wordt een inschatting van de duurzaamheid van de ziekte of aandoening gemaakt. Die inschatting hoeft dan niet meer gemaakt te worden.

- Zal het aantal herbeoordelingen en bezwaarzaken fors verminderen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Dit onderscheid is arbitrair en maakt re-integratie moeilijker. Zorg voor structurele mogelijkheden van loondispensatie/loonkostensubsidie voor mensen met progressieve aandoeningen/aandoeningen waarvan duidelijk is dat regulier werk niet haalbaar is. Daarnaast moet hierbij ook aandacht zijn voor de consequenties voor aanvullende verzekeringen en werkgeversrisico als IVA verdwijnt. Is een goede oplossing voor beoordelingen en re-integratie, maar voor verzekeringen komt er wel wat bij kijken, (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De kans op IVA is voor veel werkgevers en gemachtigden een financiële prikkel om een herbeoordeling aan te vragen. Men blijft het net zolang aanvragen tot er IVA wordt toegekend. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Niet eens!!! Belang van de werknemer is een hogere uitkering; voor werkgever is al dan niet toerekening. Per einde wachttijd is nog niet altijd sprake van een medische eindsituatie. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit zou heel veel herbeoordelingen en bezwaarzaken schelen is mijn inschatting. Vergt echter wel een stelselwijziging, want aan IVA hangen vaak meerdere consequenties vast, zoals geen doorbelasting aan ex-werkgever, soms (meer) pensioenopbouw, etc. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- IVA is een perverse financiële prikkel die extreem veel extra werk oplevert. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit zou veel herbeoordelingen schelen. Mogelijk wel gevolgen voor medisch monitoren en werkbedrijf. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit is een zeer zinvolle vereenvoudiging van de beoordeling. (Beleidsmedewerkers)
- Het laten verdwijnen van het onderscheid tussen IVA en WGA zal een dempend effect hebben op het aantal verzoeken voor een herbeoordeling, ergo minder vraag naar sociaal medische beoordelingen waardoor de mismatch wordt verkleind. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Niet mee eens. Voor mensen die niet meer beter worden is de IVA prettig. Ze ervaren WIA als een druk, wat naast een (ongeneeslijke) ziekte mij niet wenselijk en menselijk lijkt. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Bij 80 - 100 % AO dezelfde hoogte van de uitkering (niet 70% voor de een en 75% voor de ander) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- IVA zorgt voor een financiële prikkel voor belanghebbende om herbeoordelingen structureel aan te vragen, ook als dit niet onderbouwd wordt of medisch gezien niet geïndiceerd is. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Hoewel je hier een kleine kwetsbare groep mee benadeeld. Je zou het kunnen nuanceren door alleen nog een uitspraak over de duurzaamheid te doen voor de mensen die op medische gronden geen benutbare mogelijkheden. Het vervalt dan voor de arbeidsdeskundige 80/100. Je zou eventueel nog kunnen zeggen dat je het alleen voor de arbeidsdeskundige 100% (dus helemaal geen arbeidsmogelijkheden) nog wel doet. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Voorspellingen voor de toekomst zijn moeilijk te maken, er zijn maar weinigen, die dit goed kunne, zo blijkt ook uit literatuur. Wel is het belangrijk, dat er duidelijk wordt voor de cliënt of en wanneer een herbeoordeling zinvol is. Zodat zij, waarbij een herbeoordeling niet zinvol is, niet in onzekerheid blijven. Vaak zijn de cliënten, die een IVA krijgen, daar het

meest opgelucht over, niet over de extra 5% uitkering. Verder zou je dan moeten gaan kijken en in overleg gaan met SZW, welke impact dit heeft op ERD-werkgevers. (Beleidsmedewerkers)

- Mits hier rekening mee wordt gehouden in de premies. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)

5) Verander de claimbeoordeling van een theoretische in een praktische beoordeling, waarbij indien mogelijk alleen gekeken wordt naar feitelijke werkzaamheden.

- En stel dit vast voor een plausibele periode (minimaal 1 jaar) en plan dan een herbeoordeling. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Mits via een methodische en zorgvuldige werkwijze. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Niet eens!!! Dit werkt berekenend gedrag in de hand en doet geen eer aan de feitelijke situatie. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Goed voorstel. Kijken wat de mensen nu kunnen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Waar het kan. De uitleg van een theoretische beoordeling blijft voor cliënten ingewikkeld en moeilijk te begrijpen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zoals voorheen al jaren gebeurde. Laat de lessen uit het verleden leidinggevend zijn in de huidige tijd (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zolang er praktische verdiensten zijn (startend bij aanvang WIA) wordt er geen theoretische beoordeling gedaan (zoals dat voor vangnetters bij ezwb ook half jaar wordt uitgesteld) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Claimbeoordeling is nu een kunstje die los staat van de klantreis en werkelijkheid van de burger. Het overvalt de burger, kan deze niet plaatsen en is niet van toegevoegde waarde voor de (voortgang) van re-integratie. De praktijk laat zien dat de huidige beoordeling juist belemmerend is voor de re-integratie. (Beleidsmedewerkers)
- Zelfs theoretisch is het moeilijk om iemand te beoordelen na 1 gesprek. Daarnaast zijn de mogelijke functies vaak inderdaad veel te theoretisch. Iemand die analfabeet is kan inderdaad wellicht met versleten knieën zittend werk doen, maar wat dan?? Kijk meer naar de realiteit (praktisch)! (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Dit vooral niet doen. Voorstel aanpassing Schattingsbesluit o.b.v. Praktisch schatten niet door laten gaan, want daardoor krijgt een verzekeringsarts er 2 taken bij in plaats van dat dit tijdswinst oplevert. Zie internetconsultatie bij dit wetsvoorstel. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

6) Tot en met eind 2024 heeft UWV de mogelijkheid om voor 60-plussers een vereenvoudigde claimbeoordeling toe te passen die minder capaciteit van de verzekeringsarts vergt. Deze vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden en daarnaast uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

- Zullen we liever eerst over de variantie spreken, niet alleen tussen artsen maar ook onder andere professionals? Of wordt in dit item bedoeld op vakinhoudelijke capaciteit? (Overige geïnteresseerden)
- Niet eens! Op deze manier wordt het tekort op de arbeidsmarkt alleen maar groter; verkapt vut, kan niet de bedoeling zijn! (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Het zelf assessment of zelfinvullijst van interrai zou hier goed gebruikt kunnen worden. Door het B1 proof zijn en de beslisondersteuning krijgen cliënten ook zelf een beeld van eigen functioneren (Beleidsmedewerkers)
- Alleen als de loonwaarde van de gewerkte uren ook duurzaam kunnen worden aangeboden en onderscheid wordt gemaakt tussen re-integratie uren en structurele uren. er moet dan

gedegen onderzoek worden gedaan en geen aannames door het uuv. Tevens moet helder zijn dat theoretisch niet meer kan worden verdiend (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Niet voor mensen vanaf lagere leeftijd, maar wel voor herbeoordelingen. Huidige maatregel geeft ongelijkheid. Iemand die b.v. Met gedeeltelijke klasse einde wachttijd bereikt komt niet in aanmerking. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Claimbeoordeling voor 60+handhaven met de vooraf verkregen informatie. De leeftijd kan incidenteel wel verlaagd worden (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Kijk naar wat de oorzaak van het verzuim is en als werkhervatting gewoon niet aan de orde is, dan stoppen met alle stappen, veroorzaakt onnodig veel stress (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zelfde als punt 13 (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Of te wel: daar waar de VA niet nodig is -hoeft die zijn/haar tijd niet te verspillen. Er moet echter wel voor gewaakt worden dat de VA wel ingezet wordt waar nodig - om dan weer onnodige bezwaarzaken te voorkomenhet werken met multidisciplinaire teams zal dit helpen te verbeteren !!! (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Zonder uitbreiding. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Het verlengen van de 60-plus maatregel kan ik mij in vinden echter het vergroten van de doelgroep niet. De reden dat ik mij niet kan vinden in het vergroten van de doelgroep is dat ik denk dat mensen die nog minimaal 7 jaar voor de AOW-leeftijd zijn, hier niet mee geholpen zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Vaak heeft deze doelgroep al een heel lang arbeidsverleden. Dus aan motivatie ontbreekt het ze niet. Als ze nog iets kunnen, doen het ook wel. Dus deze vereenvoudiging lijkt mij zeer terecht. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Kan deels achterstanden wegwerken, maar mensen krijgen WGA 80-100 terwijl ze bij een officiële beoordeling misschien wel in de klasse 35-80 zouden komen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Er zijn te veel uitkeringen in de 60+ regeling die tot een uitkering leiden, welke bij een reguliere beoordeling op minder dan 35% AO zouden uitkomen. Bij uitbreiding wordt hier door werkgevers en werknemers ge anticipeert. Niet doen dus, want het wordt onbetaalbaar. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Onwenselijk. Deze maatregel leidt tot een fors hogere WIA-instroom (op een moment dat we iedereen nodig hebben op de arbeidsmarkt) en dus hogere maatschappelijke lasten. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

7) De vereenvoudigde claimbeoordeling voor 60-plussers moet verlengd worden én uitgebreid naar een grotere doelgroep (mensen vanaf een lagere leeftijd).

- Die vinger kan ik niet laten liggen om er meteen de hele romp bij te halen: "Schaf UWV en haar methoden af; herbezint dan in vrijheid op een geconsolideerde en inclusieve sociale zekerheid voor álle ingezetenen". (Overige geïnteresseerden)
- Tenzij er andere wetgeving komt waarbij mensen na 35 jaar dienstverband met pensioen kunnen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Kijk naar wat de oorzaak van het verzuim is en als werkhervatting gewoon niet aan de orde is, dan stoppen met alle stappen, veroorzaakt onnodig veel stress (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zie boven (Beleidsmedewerkers)
- Is zelfde als punt 14? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Idem 14 (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. Gegevensdeling)

Thema 5: Samenwerking medische keten (incl. Gegevensdeling)		
Positie	Aandachtspunt	↓Selecties
1	Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.	60
2	Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.	59
3	Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (meer bewijslast bij de cliënt betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).	52
4	Het onderlinge vertrouwen tussen professionals moet sterker worden, bijvoorbeeld door stages en uitwisselingen.	31
5	Er moet vaker gebruik gemaakt worden van verzekeringsartsen van private partijen (bijvoorbeeld na een training) om de tekorten aan sociaal-medische capaciteit bij UWV aan te vullen.	17
6	Het re-integratieplan moet door bedrijfsarts (eventueel samen met curatieve sector) opgesteld worden. Hier moet de werkgever niet of veel minder bij betrokken worden.	9

Toelichtingen bij de aandachtspunten

1) Voor een efficiënte en snelle beoordeling, moet de verzekeringsarts vaker en meer gebruik maken van alle voorliggende informatie, aangeleverd door de curatieve sector en/of de arbodienst. Voorwaardelijk hierbij is dat duidelijk wordt gemaakt waar die informatie aan moet voldoen om bruikbaar te zijn.

- Eigenlijk is inzet VA dan niet nodig en kan deze juist worden gebruikt voor herbeoordelingen. Het is nogal krom als het oordeel van de VA anders is dan de BA. In het kader van de re-integratie is een doorgaande lijn beter en kan er ook beter op een herbeoordeling gestuurd worden en ook uitgevoerd worden. Als je aangeeft dat iemand over 2 jaar wordt herbeoordeeld moet je dit ook na kunnen komen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Onderbouwing van de prognose door de verzekeringsarts uitgebreider motiveren: welke beperkingen zullen op welke termijn door welke behandeling verbeteren? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Als alle info al voorhanden is, dan kan je ook bij het eerste contact een indicatie geven welke kant het opgaat. Dit geeft duidelijkheid voor cliënten en levert hen hopelijk minder stress en spanning op. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ketenzorg voor de client, maakt versnelling oordeelsvorming beter (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Dit sluit aan bij 25, er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over de manier van communicatie en over welke communicatie het UWV nodig heeft om zonder extra onderzoek een oordeel te kunnen vormen (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Voorliggende info kan worden gebruikt als deze voldoet aan de eisen die worden gesteld voor een beoordeling. Evt. kunnen formulieren hiervoor worden ontwikkeld (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Voorkom dubbel werk (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- De informatie moet zuiver medisch zijn en door een BIG-geregistreerde arts af zijn gegeven. Dit moet correct zijn anders loopt de arts het risico van het medisch tuchtcollege (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Het probleem is dat dit 'vormvrij' kan worden aangeleverd. En dat gebeurt ook, de vorm is (sterk)wisselend, maar ook de kwaliteit. Wanneer de medische informatie in een vast format moet worden aangeleverd is veel meer informatie om te zetten en herbruikbaar. De overdracht van informatie van de bedrijfsarts naar de verzekeringsarts moet meer gestructureerd verlopen. De belastbaarheid wordt bij bedrijfsartsen ook een heel andere betekenis dan bij verzekeringsartsen. Bedrijfsartsen gebruiken uiteenlopende systemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zinvol (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Dit is heel belangrijk - er moet dan wel goede instructie komen voor de arbodiensten, zodat zij dit eindelijk goed uitvoeren - wat eigenlijk toch al hun taak is / zou moeten zijn - en bij correcte uitvoering veel tijd zou besparen. Dan moet er wel veel veranderen aan de kant van de arbodiensten - die dan meer kwaliteit moeten bieden dan wat nu gebruikelijk is (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Streven naar eenheid van taal (Beleidsmedewerkers)

2) Een verzekeringsarts moet vaker varen op het oordeel van bedrijfsartsen. Dat oordeel wordt leidend bij evident duidelijke gevallen en de verzekeringsarts doet het werk van de bedrijfsarts niet opnieuw.

- Zie eerder (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- BA ziet werknemer vaker, weet wat er speelt en werkgever moet op dit advies kunnen vertrouwen. Betekent ook dat de verzekeringsarts bij de riv-toets niet wordt belast hiermee = winst. Afstemmen kaders VA en BA wel belangrijk. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Zorg dat de BA en VA dezelfde taal spreken. Nu zijn er loonsancties o.b.v. begeleiding BA die capaciteit en bezwaren kosten. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De scheiding tussen de bedrijfsarts en verzekeringsarts mi opheffen, wanneer beide heet zelfde toetsingskader gebruiken en elkaar niet meer wantrouwen (door gevoerd sanctiebeleid) kan men gezamenlijk veel meer bereiken. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Eenheid van taal door gebruik van dezelfde assessment instrumenten en digitale uitwisseling zoals nu al bestaat in de thuiszorg en langdurige zorg (in België ook in de acute zorg) (Beleidsmedewerkers)
- Lijkt mij ook, of het leidend moet zijn weet ik niet (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Correct (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Te veel professionals zijn nu betrokken bij 1 arbeidsongeschikte (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Zeker, waarbij er wel een toets moet komen van BA/arbodiensten die dit vertrouwen zouden mogen genieten. Er blijven altijd cowboys en minder presterende BA/arbodiensten. Deze zouden juist onder extra toezicht moeten komen en bij blijvend disfunctioneren

zouden ze ontheven moeten kunnen worden uit hun werk (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Daar waar het mogelijk is de info van de bedrijfsarts gebruiken maar wat mogelijk is, is aan de verzekeringsarts (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Eens, die zien de kandidaat met regelmaat i.p.v. 1 keer en kijken niet 'terug' op het verleden (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Op zich geen gekke gedachte, zie ook de aangepaste RIV-toets. Wel moet duidelijk worden aangegeven wanneer sprake is van evident duidelijke gevallen. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Hier is door mij al eerder op geantwoord De verzekeringsarts moet meer kunnen vertrouwen op de bedrijfsarts en zijn inzicht in de problematiek die er speelt (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- In evidente gevallen gebeurt dit ook. Er zijn gevallen waar niemand over discussieert. Het probleem is hoe de informatie wordt aangeleverd, wat 'vormvrij' is. De belastbaarheid, het FML, heeft voor verzekeringsartsen ook een heel andere betekenis als de bedrijfsarts. De belastbaarheid wordt in allerlei systemen vastgelegd, anders dan het FML. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Zie BAR-project en aanbevelingen commissie Büller. Reeds nu zouden we meer moeten vertrouwen op oordelen van bedrijfsartsen in plaats van die oordelen op voorhand te wantrouwen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Vereisten zijn dan wel dat de bedrijfsarts niet ingehuurd wordt door de werkgever gezien de potentiële (financiële) belangenverstremming. Daarnaast zou de bedrijfsarts ook beoordelend moeten werken momenteel met in gedachten het CBBS, dus zou dit gefaciliteerd moeten worden of de beoordelingscriteria moeten dan aangepast worden. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit kan dan ook bij de ERD EZWB worden toegepast. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Een bedrijfsarts heeft iemand vaak al 2 jaar begeleid (ook gericht op werk) en is dus goed op de hoogte van de situatie / mogelijkheden en legt dit ook vast in een FML. Zoals het nu is ingericht doet een verzekeringsarts bij de RIV-beoordeling deels het werk opnieuw (zonde van de tijd) en daarnaast is het voor een werkgever en werknemer onbegrijpelijk als er een sanctie zou worden opgelegd als de verzekeringsarts het niet eens is met het oordeel van de bedrijfsarts. Een werkgever mag ervanuit gaan dat de bedrijfsarts verstand van zaken heeft en als er door partijen twijfels zijn had er in die 2 jaar een second opinion aangevraagd kunnen worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Een bedrijfsarts is geen verzekeringsarts en heeft mogelijk andere belangen (financieel afhankelijk van werkgever) dus is mogelijk niet altijd objectief (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- De samenwerking lijkt met essentieel als het gaat om de burger goed te ondersteunen. Zodat er ook eenduidigheid is voor de burger. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

3) Laat cliënten waar mogelijk zelf hun medische documenten aanleveren voor de sociaal-medische beoordeling (meer bewijslast bij de cliënt betekent minder zoekwerk voor de verzekeringsarts).

- Serieus?! Is de formele gang van zaken bij de procedure voor de aanvraag van een WIA-beoordeling domweg afgeschaft? (Overige geïnteresseerden)
- Scheelt veel onnodige wachttijd inderdaad, va kan sneller beslissen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zorg voor een goede beveiligde medische omgeving waar cliënten hun scans in kunnen uploaden. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)

- In principe is dit niet nodig als er duidelijke afspraken zijn met de BA over de aan te leveren informatie. Maar de client meer inbreng en inzicht laten hebben in de hele procedure is wel een belangrijke (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Wie eist, bewijst. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Graag, ik heb een volledig dossier. En dan graag kunnen aanleveren via een beveiligd digitaal systeem, niet uitsluitend via post. Misschien op mijnuwv te regelen? (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Pas ervoor op dat de client wellicht zelf de info kan verstrekken maar dat dit veelal niet voldoet en er veel terugkoppeling zal moeten plaatsvinden. Direct contact met concrete medische vragen zijn veelal efficiënter. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Gaat ook sneller en maak je kandidaat meer verantwoordelijk voor eigen juiste beoordeling, wel hulp en richtlijnen aanbieden. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Dat zou heel, heel veel werk (en geld) schelen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Medische documenten aanleveren aan BA, die onder punt 23 leidend is in bepaling belastbaarheid i.c.m. vooraf vastgestelde FML's op basis van aandoening of ziekte (AI) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zinvol (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Zie eerdere punt. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Deze stelling is inhoudelijk tegenstrijdig. De bewijslast moet bij UWV blijven voor wanneer het niet kan, maar cliënten moeten gestimuleerd worden zelf zo veel mogelijk medische informatie aan te leveren. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Bespaart een hoop tijd en zoekwerk van desbetreffende medische professionals (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Mits dit ook door de behandelende sector ondersteund wordt, zou het voor iedere aanvraag moeten gelden dat deze medisch onderbouwd moet zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Wel eens cliënten hierom gevraagd, alleen de specialisten willen dat niet, omdat zij dan er niet voor betaald worden. Dus hier zou dan ook een oplossing voor moeten komen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Niet eens, VA kan gerichtere vraagstelling doen indien nodig. (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit vind ik geen goede ontwikkeling. De lasten zijn al heel zwaar voor cliënten en je kunt het niet aan hen over laten om te bepalen wat belangrijk is en wat niet. Uiteindelijk wil je ook niet overstelpt worden door informatie waar je niks aan hebt. Zorg ervoor dat de VA in het dossier kan, of dat via de huisarts alle relevante informatie opgevraagd kan worden. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Niet haalbaar m.i. Specialisten geven niet zomaar informatie mee ten behoeve van het UWV. Daarnaast zijn veel cliënten niet in staat om dit zelf op de juiste manier op te vragen wat meer tijd kost dan nodig (UWV: Medische praktijkprofessionals)

4) Het onderlinge vertrouwen tussen professionals moet sterker worden, bijvoorbeeld door stages en uitwisselingen.

- Kijk dan ook eens in de keuken van een andere sector als de zorg (Beleidsmedewerkers)
- Ondersteunend aan 11 en 12 (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Goed idee, aandacht voor tijdsaspect! (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Het komt mij voor dat de scheiding bedrijfsarts en verzekeringsarts UWV kunstmatig is. Het is te doen om bedrijfsartsen in hun laatste beoordeling die vorm te geven alsof het een eerste WIA-beoordeling is. Het heeft met onderling vertrouwen te maken. Beide professionals zijn artsen, weliswaar met een andere insteek. Maar daar moeten we

overheen stappen. En dus beide professionals trainen in elkaars werkgebied. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

- Dit is de essentie van samenwerken. Vertrouwen hebben in elkaars expertise maakt b.v. Aandachtspunt 23 al overbodig. (Beleidsmedewerkers)
- Geldt niet alleen voor stagiaires, maar ook tussen de verschillende professionals onderling, werkzaam bij het UWV. Ook naar buiten, lijkt dit essentieel, om de burger goed te kunnen helpen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Hierdoor kunnen we het vak van verzekeringsarts naar mijn idee ook veel leuker maken. Naast dat samenwerking in het team het werk leuker kan maken. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Vaak worden dossiers bij behandelaars waar cliënten al jaren contact mee hebben niet opgevraagd. Dit blijft mij verbazen, zij weten toch immers beter (en al veel langer) wat er met iemand aan de hand is. Ben voor verplicht dossiers opvragen bij behandelaars. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Eens! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Jonge geneeskundestudenten/coassistenten veel actiever binden, zowel met stages als met fors sterkere aanwezigheid in het curriculum. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Neem de bedrijfsartsen in Nederland weer mee in de definities en kaders van de items van de belastbaarheid zoals door verzekeringsartsen bij UWV worden gebruikt. Dus niet wachten op afronding BAR-project om één taal te kunnen spreken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

5) Er moet vaker gebruik gemaakt worden van verzekeringsartsen van private partijen (bijvoorbeeld na een training) om de tekorten aan sociaal-medische capaciteit bij UWV aan te vullen.

- Maak gebruik van elkaars expertises. Vele handen maken licht werk. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Verzekeraars werken graag mee aan het terugdringen van de wachttijden bij UWV (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Dit is mogelijk maar bezoldiging van deze private partijen moet overeenkomstig de kosten van een verzekeringsarts zijn anders vindt er een leegloop plaats. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Of mogelijk kan meer expertise verzekeringsartsen in worden gezet en dat de UWV VA meteen veel werk besparen? (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Kortetermijnoplossing (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Hier ontstaat een risico dat de verzekeringsartsen van het UWV het werk van de externen over gaat doen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

6) Het re-integratieplan moet door bedrijfsarts (eventueel samen met curatieve sector) opgesteld worden. Hier moet de werkgever niet of veel minder bij betrokken worden.

- Goed idee. De werkgever heeft hier vaak te weinig kaas van gegeten. Ik denk wel dat je hem er wel bij moet betrekken, want anders levert het weer andere problemen op. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Nee! Deze is zo slecht dat ik überhaupt niet snap waarom deze ertussen staat (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- De re-integratie moet juist bij de werkgever liggen, om ervoor te zorgen dat die de burger in dienst houdt. Ondersteuning moet gericht zijn dat de burger en werkgever met elkaar verder kunnen, dat er vertrouwen blijft om na een periode van uitval weer verder te gaan. Door het medisch te maken, haal je de verantwoordelijkheid bij de werkgever weg. Arbodienst zal samen met het UWV de coaching kunnen ondersteunen, door de re-

integratie anders te benaderen. De wet verbeterde Poortwachter aan te passen, meer gericht op de daadwerkelijke ondersteuning die nodig is. Zodat er minder burgers uit dienst gaan en bij het UWV terecht komen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Ja, als dit pleit voor een meer onafhankelijke rol van de bedrijfsarts zonder directe financiële relatie met de werkgever (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Waarbij de specialist arbeid en gezondheid een beoordeling doet omtrent een financieel vangnet bij niet kunnen werken door ziekte; zo nodig een advies geeft richting curatieve sector omtrent biomedisch herstel; zo nodig een advies geeft richting huisarts omtrent persoonlijk herstel of een behandeling op dit vlak indiceert; zo nodig een behandeling omtrent maatschappelijk herstel indiceert; dit re-integratie-/participatieplan terugkoppelt aan de huisarts; bekostigd wordt uit een algemeen fonds (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Niet eens: weinig zicht op mogelijkheden voor passend werk en niet de verantwoordelijkheid van de BA/curatieve sector (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Niet mee eens, de werkgever kent de medewerker, de casus en de werkzaamheden. Dit in tegenstelling tot de bedrijfsarts. Ik zie ook niet hoe dit zou kunnen bijdragen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

Lange termijn oplossingsrichtingen

Lange termijn oplossingsrichtingen		
Positie	Aandachtspunt	↓Selecties
1	Er moet voor de sociaal-medische-beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.	57
2	De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingen zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, in navolging van enkele landen om ons heen kan.	55
3	De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische-beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.	45
4	Er moet een basisinkomen of een basisverzekering ingevoerd worden.	38
5	Alle interne systemen waar de verzekeringsarts in werkt, moeten worden samengevoegd tot één integraal cliëntvolgsysteem, dat toegankelijk is voor cliënten.	36
6	Ontwikkel een tool die mensen zelf voorafgaand aan de WIA-aanvraag een indicatie geeft van de kans dat er recht is op een WIA-uitkering, onder meer door het (voormalig) inkomen en een inschatting van de beperking in te vullen.	36
7	Er ontstaat alleen recht op een WIA-uitkering bij een minimum dienstverband (minimum aantal uren en/of een minimale duur). Mensen die een contract van zeer beperkte omvang hebben of nog maar heel kort in dienst zijn, komen niet langer in aanmerking voor een WIA-uitkering.	31
8	Voor goede en efficiënte dossierafhandeling moeten, naast de verzekeringsarts, ook andere (niet-medische) professionals toegang krijgen tot medische gegevens.	27
9	Maak een lijst met aandoeningen en ziekten die (automatisch) recht geven op een WGA en/of IVA-uitkering.	18

Toelichtingen bij de aandachtspunten

1) Er moet voor de sociaal-medische-beoordelingen één medisch dossier komen waar de huisarts, bedrijfsarts, verzekeringsarts en behandelende artsen (waaronder medisch specialisten) toegang toe hebben.

- Dit maakt de werkomgeving veel sneller en duidelijker. Niet meer eindeloos wachten op medische informatie, maar korte lijnen. Uiteraard een mogelijkheid om eerst akkoord vanuit de werknemer te hebben. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Voorkomt heen en weer zenden van informatie, scheelt dus veel tijd. VA kan dan sneller een goed beeld vormen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

- Hier winnen we veel tijd mee. Nu duurt het lang voordat machtigingen en info binnenkomt. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Top idee (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Ook deze is ondersteunend aan 11 (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit zou de onderlinge expertise en kennisdeling wel verbeteren (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit zou überhaupt het werk voor VA en BA vele malen makkelijker en minder omslachtig maken (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Landelijk, centraal EPD (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Meest efficiënt voor iedereen die belang heeft in de casus (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Hoop dat dit kan i.v.m. de privacy (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Zie eerdere toelichting (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Als het te regelen is zodanig dat het voldoet aan alle privacywetgeving, zou dit een belangrijke stap vooruit kunnen zijn. (Onderzoekers)
- Dit is de enige manier om de sociaal medische begeleiding daadwerkelijk adequaat uit te voeren. Dat bespaart dan meteen alle betrokkenen veel tijd- maar zal juridisch mogelijk ingewikkeld zijn ... Dus is dit misschien een wenselijke maar geen snelle oplossing (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Graag! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- En waar client ook inzicht in heeft en niet via allerlei ingewikkelde wegen het kan opvragen! (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Het zou de ideale situatie zijn dat alle medische informatie voor alle medische specialisten inzichtelijk zijn, echter gezien privacywetgeving zal dit een zeer gevoelig en lastig punt zijn. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dit zou een hoop uitzoekwerk (en dus tijd) schelen en eventuele overleggen tussen de verschillende partijen is makkelijker waardoor de doorlooptijd van een beoordeling bekort kan worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Overlap met 26, 28. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

2) De huidige rol en inzet van de verzekeringsarts wordt verkleind door beoordelingen zo in te richten dat er niet in alle gevallen een rol is voor de verzekeringsarts, in navolging van enkele landen om ons heen kan.

- Zet de personen waaraan een tekort is, gericht in op de momenten waarop het noodzakelijk is en op vraagstukken die relevant zijn. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Hoe duidelijk wil je maken dat deze hele ronde met deze lijst onzorgvuldig is opgesteld? Zelfs aan de redactie van een item is geen aandacht besteed. Dan neem je een loopje met de inhoud. Ik niet. (Overige geïnteresseerden)
- Zoals beschreven in het UWV-onderzoek 'Inzicht in AO-stelsels: internationale inventarisatie' (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Mee eens. Dit zal het proces versnellen waardoor mensen niet zo lang thuis zitten. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De VA hoeft niet zoveel RIV's te beoordelen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Zie eerdere antwoorden (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Meestal kan adequate re-integratiebegeleiding, zeer vroeg in het traject, veel meer uithalen. Dat demedicaliseert ook. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Precies belangrijkste is beoordeling belasting belastbaarheid in eigen werk, ik heb zelf vriendin met ernstige hersentumor die wel blijven werken als afleiding en niet met haar

- ziek zijn bezig te hoeven zijn. Minder uren weliswaar maar dit verschilt dus per persoon wat iemand kan en wil, los van medische prognose (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het zou een prima verlichting voor de VA'n zijn. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
 - Lijkt me interessant om nader te onderzoeken. Als het anders kan en dat werkt voor de burger dan doen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Mijns inziens kan er veel meer gedaan worden door de SMV (en dan niet onder verlengde armconstructie maar zelfstandig besluiten kunnen nemen, zeker in medische situaties die overduidelijk zijn, waar dus al een diagnose is vanuit de reguliere medische sector). (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
 - Of iemand wel of niet aan het werk komt wordt niet alleen door beperkingen bepaald. Financiële situatie (schuldenproblematiek, maar ook loont het om aan het werk te gaan) het mijden van zorg, het al dan niet hebben van een ondersteunend sociaal netwerk (netwerk kan niet aanwezig zijn, of netwerk kan de cliënt negatief beïnvloeden, enablen), mantelzorg, toegang tot kinderopvang en nog veel meer. ICF-model is mijns inziens dan ook beter dan alleen een FML. Ik ben dan ook wel fan van het rehabilitatieteam van Denemarken, dat invloed uitoefent over de mate van arbeidsongeschiktheid.t (Beleidsmedewerkers)

3) De conclusies van de behandelend artsen moeten bepalend zijn voor de sociaal-medische-beoordeling (bijvoorbeeld via een medisch certificaat). De verzekeringsarts moet het werk van de curatieve sector niet overdoen en zich kunnen richten op het inschatten van de belastbaarheid in werk.

- Zoals beschreven in het UWV-onderzoek 'Inzicht in AO-stelsels: internationale inventarisatie'. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Helemaal mee eens. Hij mag van mij wel suggesties o.i.d. doen, aangezien hij toch ook een medische achtergrond heeft. Soms kan dat best wat opleveren denk ik. En frisse blik. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit lijkt mij een zeer onwenselijk idee. De behandelaren worden in een hoek gedwongen om uitspraken te doen over of iemand kan werken. Er gaan dan hele andere belangen spelen. Moet je dat als maatschappij willen? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De curatieve sector heeft een geheel andere rol dan een verzekeringsarts en kijkt met een geheel andere bril. De medische diagnose hoeft niet opnieuw maar welke gevolgen dit heeft is niet aan de behandelend arts (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Nee en VA is er ook niet voor inschatten belastbaarheid. Ik denk dat AD hier beter toe in staat is (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Overdoen lijkt me sowieso inefficiënt. Tenzij er twijfel bestaat over de volledigheid en de uitkomsten van bepaalde onderzoeken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Dit klinkt aannemelijk. Ik kan het niet helemaal overzien (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Met enige nuance mee eens. Uitzonderingen zijn mogelijk dus de verzekeringsarts zou misschien moeten kunnen overrulen. De behandelend arts kent immers alle onderliggende wetgeving niet. Maar dat kunnen uitzonderingen zijn waar het meten van beoordelingsvariatie een zinvol instrument kan zijn. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Lijkt mij voor de hand liggend en nu ook het geval. De informatie van de behandelende sector wordt op waarde geschat en meegenomen in de beoordeling. De vertaling van klachten naar belastbaarheid is echter voorbehouden aan de medisch specialisten en het domein Arbeid en Gezondheid. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- De informatie van de behandelaars zou voldoende moeten zijn, die hebben immers veelvuldig contact met klant gehad en weten daardoor precies wat de mogelijkheden en

beperkingen zijn. De verzekeringsarts kan dat vertalen naar belastbaarheid in werk. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)

4) Er moet een basisinkomen of een basisverzekering ingevoerd worden.

- In die richting mogen we, waardenvrij vooral, gaan denken, inderdaad! (Overige geïnteresseerden)
- Er moet een basisverzekering komen. Terug naar risque social en risque professional. Nu betaald de werkgever het, dit geld kan dan worden besteed aan hoger loon, maar wel met verzekeringsplicht als werkende. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekering)sector)
- I.c.m. Geen WIA-recht tot een bepaald inkomen. Nu veel tijd kwijt met beoordelingen voor uiteindelijk ver onder bijstandsniveau. Wellicht koppelen aan recht op bijstand. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Een basisverzekering voor alle werkenden! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ondersteunende sociale uitkering, met alleen een limitatieve lijst van verzekerde ziektes voor aanvullende verzekering. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Dat is wellicht een goed plan (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dat doet meer rechtvaardigheid aan mensen met een laag inkomen dan het huidige stelsel. (Beleidsmedewerkers)
- Indien dit ingevoerd wordt, dan hangt het verkrijgen van die uitkering niet meer af van een medisch ziektebeeld of van een verlies aan verdiensten c.q. Verdienvermogen door een medisch ziektebeeld. Voor het vaststellen van het recht op dat basisinkomen is noch de inzet van artsen, noch de inzet van arbeidsdeskundigen noodzakelijk waardoor tekorten aan deze professionals geen enkele rol meer spelen. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Het ontwerpen van een toekomstig stelsel stopt niet bij het in stand houden van de verschillende inkomensvormen. Gezien het SMB nog altijd centraal staat in de aandachtspunten (behoudens nr. 31), vind ik het resultaat onder dit thema (toekomst) heel teleurstellend en berust op oud visieloos denken. De aloude 'gecreëerde' onderscheidende situaties zoals ziekte/werkloosheid/bijstand/pensioen laat al langere tijd zien dat dit niet meer te onderhouden is (complexiteit en uitsluiting burgers), maar nog belangrijker niet bijdraagt aan participatie en onbetaalbaar is. Te lang lekt veel geld weg aan het in standhouden hiervan zonder dat het bijdraagt aan de oplossing en of ooit gaat doen. Geld dat niet naar kwetsbare burgers gaat. Burgers laten zich niet in hokjes stoppen en komen de gedragsuitingen van WGA'er, WW'er of 'bijstander', als je maar lang niet werkt, behoorlijk overeen! Het 'niet werken' is bepalend en dus niet de reden hiervan. Waarom dan nog langer het potentieel aan mensen en middelen op dit laatste inzetten? Het is hoog tijd en noodzakelijk nu ruimte te geven aan eenvoud en afscheid nemen van oud denken. Ontwerp een stelsel gebaseerd op 2 burgersituaties, nl. Werkende en niet werkende. Iedere burger heeft inkomen en burger met een hulpvraag krijgt ondersteuning naar werk en/of zorg. En dat dit niet alleen betaald werk is, maar ook mantelzorg/vrijwilligerswerk ect. (= economie gebaseerd op waarde toevoegen). Kunnen we ook van de diepgewortelde maatschappelijke overtuiging dat je alleen meedoet als je loon vormende arbeid verricht (economie gebaseerd op verdienmodel) afscheid nemen. (Beleidsmedewerkers)
- Nu zijn de toeslagen aanvragen een veel te ingewikkeld proces voor veel mensen. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Basisverzekering met genoeg fysiotherapeutische behandelingen en ook behandelingen bij eerstelijnspsycholoog, zonder dat je hiervoor een eigen risico moet betalen. Er moet geen drempel zijn voor de fysio en psycholoog. Hoe langer de mensen met deze klachten rondlopen, hoe moeilijker het is om ervan af te komen. Hierdoor is een persoon langer

arbeidsongeschikt en kost het de samenleving meer geld. (UWV: Medische praktijkprofessionals)

- Hier zitten nog veel haken en ogen aan maar het is mijns inziens zeker de moeite waard om alle voors en tegens tegen elkaar af te zetten en dit met een open blik te onderzoeken. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Raar, politiek standpunt wat volgens mij niet in deze discussie thuishoort. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

5) Alle interne systemen waar de verzekeringsarts in werkt, moeten worden samengevoegd tot één integraal cliëntvolgsysteem, dat toegankelijk is voor cliënten.

- Ook deze lijkt mij ondersteunend aan het delegeren van werk (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- En liefst aanhakend op mijnuwv (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Client zou nu al volledige toegang moeten kunnen verkrijgen overeenkomstig de klinische sector uiteraard zonder inzage in werkaantekeningen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Deze ontwikkeling is denk ik niet tegen te houden, ons goed in verdiepen en voorbereiden. E-dossier. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Utopie. Momenteel werkende met 12 systemen. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Hoe meer systemen, hoe meer tijdverlies er ontstaat. Als je te veel moet wisselen van systemen kost dit nou eenmaal tijd. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Heel belangrijk! Als client wil je je gegevens kunnen inzien en ook foutieve informatie kunnen corrigeren (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Mij lijkt dit noodzakelijk gelet op het recht van de cliënt te weten welke informatie over hem bij UWV bekend is, zoals patiënten ook inzage hebben in hun ziekenhuis of huisartsdossier. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Graag! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Dit gaat veel helpen! (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Lange termijn zinvol, korte termijn heel veel extra werk. AVG, recht op vergetelheid, oneens met wat in het dossier staat, machtigingen etc.. Neem maar vast 500 man extra aan op de klantenservice. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Zou fijn zijn wanneer dit toegankelijk en compleet is voor client. Nu is het onduidelijk en ken ook genoeg situaties waarin de arts het hele dossier niet heeft gelezen en cliënt niet weet wat erin staat. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)

6) Ontwikkel een tool die mensen zelf voorafgaand aan de WIA-aanvraag een indicatie geeft van de kans dat er recht is op een WIA-uitkering, onder meer door het (voormalig) inkomen en een inschatting van de beperking in te vullen.

- Niet eens: tool inschatting is niet zorgvuldig. Belangen van <35 zijn ook financieel (no-risk of hernieuwde uitval < 5 jaar zelfde klachten) (Werkgevers en/of -vertegenwoordiging)
- Echter moet wel duidelijk zijn dat daaraan geen rechten ontleend kunnen worden. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ik denk dat hier een preventieve werking vanuit gaat, met name voor de burgers die onder de huidige wetgeving geen, of een korte, lage uitkering krijgen. Ik vind echter dat hier ook een rol is weggelegd voor de Arbodiensten. In de huidige situatie zullen zij de ondersteuningsbehoefte en re-integratie moeten oppakken. En dat geldt ook voor het UWV, voor de vangnetters. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Graag, en dan ook voor de Wajong. Dit kan ook worden ingebouwd in het aanvraagformulier wat mij betreft. (Andere professionals (medisch, re-integratie))

- Daarbij moeten loongegevens, opleidingsgegevens en medische gegevens gebruikt worden. Ook moet er een toetsing van poortwachtersverplichtingen blijven. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Tja, inderdaad handig, als dat al kan. Zou wellicht ook niet overbodig zijn dit hele systeem eens kritisch te bekijken. Mensen met minimumloon komen vrijwel nooit in aanmerking voor WIA, want die halen de 35% verschil niet. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Hierdoor mogelijk minder WIA aanvragen en dus minder WIA voorraad, (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Maak gebruik van wat er al is en past dat aan aan de specifieke sector (Beleidsmedewerkers)
- Mijn inschatting is dat dit voor deze doelgroep gemiddeld genomen een te complexe benadering is. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

7) Er ontstaat alleen recht op een WIA-uitkering bij een minimum dienstverband (minimum aantal uren en/of een minimale duur). Mensen die een contract van zeer beperkte omvang hebben of nog maar heel kort in dienst zijn, komen niet langer in aanmerking voor een WIA-uitkering.

- Zie 26. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zou kunnen (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Houdt de grens van het bijstandsniveau aan. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Nederland is koploper parttime werken. Door bijv. Enkel mensen met een fulltime of nagenoeg fulltimecontract rechten t.b.v. de WIA de laten opbouwen, zal de vraag naar sociaal medische beoordelingen drastisch afnemen. Risico hierbij is wel dat er sprake zou kunnen zijn van discriminerende regelgeving aangezien ook in 2023 nog vooral vrouwen parttime werken waardoor deze mensen relatief vaker uitgesloten worden van een publieke verzekering tegen arbeidsongeschiktheid. Aan de andere kant zou dit wellicht ook een stimulans kunnen zijn voor mensen om méér uren te gaan werken, hetgeen hard nodig is gelet op de krappe arbeidsmarkt en de toenemende vergrijzing binnen Nederland. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Zinvol, werkt dat niet zo dan? Bij WW is deze drempel er toch ook? (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Dit in combinatie met een kortdurende uitkering van standaard duur en hoogte voor cliënten met een kort dienstverband. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- Ik kan mij echter niet vinden in het punt van mensen die heel kort in dienst zijn, het kan ook zijn dat iemand net is gewisseld van werkgever en dan uitvalt terwijl iemand al een lang arbeidsverleden heeft. Ik kan mij wel vinden dat er een weken/jaren eis komt voordat iemand aanspraak kan maken op een WIA. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Graag ook kritisch naar kijken. Sommige mensen eten een paar maanden hun spaargeld op, met als gevolg dat ze dan geen WIA krijgen, omdat ze te weinig hebben gewerkt. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
-niet langer in aanmerking voor een WGA uitkering, maar alleen voor een evt. IVA uitkering. (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Hoe lang ik in dienst ben bij mijn huidige werkgever zegt niks over mijn arbeidsverleden. Dit zou een hele slechte ontwikkeling zijn, want dan kom ik dus gewoon in de bijstand terecht omdat ik net van baan ben gewisseld. Ik heb al die jaren netjes belasting betaald om een uitkering te mogen krijgen als ik arbeidsongeschikt word, dus daar heb ik gewoon recht op. (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Dit kan ertoe leiden dat er minder prikkel ontstaat bij werkgevers om deze minimum dienstverbanders te helpen re-integreren. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)

8) Voor goede en efficiënte dossierafhandeling moeten, naast de verzekeringsarts, ook andere (niet-medische) professionals toegang krijgen tot medische gegevens.

- Geeft meer inzicht in wat er meer nodig is en wat je kan verwachten. Alleen een vertaling in functionele mogelijkheden geeft in niet alle gevallen een volledig beeld. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- De VA verschuilt zich nu te snel en te vaak op een onterechte manier achter het medisch beroepsgeheim. Hij 'vergeet' daarbij namelijk dat de arbeidsdeskundige uiteindelijk een oordeel moet geven waarbij de bevindingen van de VA de basis vormen. De noodzakelijke toelichting is vaak te summier, waardoor een niet te volgen oordeel volgt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Door afscherming van alle medische gegevens is altijd capaciteit van een arts of medisch opgeleide nodig, terwijl administratief personeel ook zaken kan afhandelen als duidelijk is dat er geen recht op (gewijzigde) uitkering is (bijv. bij griep of andere tijdelijke ziektes) (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- M.n. Arbeidsdeskundige heeft baat bij het kennen van diagnoses om beperkingen in werk beter te kunnen plaatsen. Scheelt doorlooptijd en minder (omslachtig) overleg met va nodig. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Ik begrijp de privacywetgeving, maar als professionals niet met alle vragen de VA hoeven te storen, kan iedereen door met zijn werk. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Samen met dat het dossier ook toegankelijk is voor cliënten, het echt medische gedeelte kan worden afgeschermd. Niet medici kunnen overweg met de beperkingen in FML-terminologie (cat. B gegevens). Zo nodig kan overleg plaatsvinden met de arts. (Medewerkers werkzaam in de private (verzekerings)sector)
- Ondersteunend aan 11 (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- De AD kan met meer medische info m.i. Een betere inschatting maken van de mogelijkheid om te werken. Bij medische termen die niet bekend zijn kan overlegd worden met bijv. SMV (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Soms is het voor een AD niet duidelijk wat een verzekeringsarts bedoelt, omdat het niet staat uitgelegd of het is te cryptisch. Dit zorgt voor vragen en daarmee een tijdsbelasting bij de VA. Wanneer voor een beperkte groep (niet) medische professionals toegang verleend wordt tot deze informatie dan scheelt dit vraag en uitleg. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Vind ik wel gevaarlijk. Ik zou niet willen dat niet medische professionals op de stoel van de VA gaan zitten. Als de aandoening goed is vertaald in mogelijkheden voor arbeid met een heldere prognose zou er in de re-integratie ook gewerkt moeten kunnen worden zonder medisch dossier. Maar voor hoe het nu loopt en om vragen aan de VA (=tijd) te verminderen is toegang efficiënt. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Bizar dat de NVVA allemaal trainingen geeft aan AD'ers over re-integratie met ADHD, autisme, kanker, long-covid etc., maar dan uiteindelijk mag de AD de diagnose niet hebben. (Andere professionals (medisch, re-integratie))
- In het kader van een multidisciplinair team voor afhandeling van WIA is het logisch dat ook de AD kan zien wat er medisch is aangeleverd (vanwege doelbinding). (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Nee, maar de smv kan daarin wel een rol gaan spelen (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Alleen als al vastgesteld is dat ze een taak hebben (met oog op compliant werken), bijv. Door systeemgestuurde taaktoewijzing. Het CBR werkt zo bij de medische beoordeling. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))

9) Maak een lijst met aandoeningen en ziekten die (automatisch) recht geven op een WGA en/of IVA-uitkering.

- In bijvoorbeeld de interrai instrumenten voor de langdurige zorg worden de ziekten door het algoritme meegewogen in de berekening voor de ZZP, zoiets is denkbaar. (Beleidsmedewerkers)
- Zou kunnen, weet het niet zeker, ben er niet in thuis maar moest er 10 aankruisen en dit is de 10e (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Waarom is deze er nog niet? (UWV: Medische praktijkprofessionals)
- Niet beperkt tot een lijst met aandoeningen en ziekten, maar sowieso werken met vooraf ingevulde FML's op basis van diagnoses waar AD-en een ao-beoordeling op kunnen baseren (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Hier ligt het grootste win punt! (Cliënten / werknemers en/of -vertegenwoordiging)
- Zinvol, is die er niet dan? Lijkt mij iets wat geen lange(re) termijn hoeft te duren dan vele andere opties die genoemd zijn. Het kan echt sneller als we dat willen. (Uitvoeringsorganisaties (niet zijnde UWV))
- Lijkt mij heel goed. Nu werden mensen met longcovid gewoon beter gemeld. (UWV: Re-integratie en arbeidsbemiddeling praktijkprofessionals)
- Er zijn mijns inziens genoeg aandoeningen te benoemen die progressief zijn, waarbij geen verbetering meer wordt verwacht. Het is zonde om daarvoor artsencapaciteit te benutten. Als die klanten werken kan het inkomen verrekend worden met de uitkering en als dat inkomen eventueel op termijn volledig of gedeeltelijk wegvalt omdat de klachten zijn toegenomen zal er niet meer verrekend worden, de uitkering is dan immers al toegekend, dit voorkomt ook herbeoordelingen in de toekomst. (UWV: Andere UWV (praktijk)professionals)
- Hier ben ik erg op tegen, juist als het gaat over de menselijke maat kunnen we dit niet zomaar stellen. (Andere professionals (medisch, re-integratie))