

Vergaderjaar 2020–2021

**26 448**

## **Structuur van de uitvoering werk en inkomen (SUWI)**

**Nr. 645**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 april 2021

In de Kamerbrief «stand van de uitvoering sociale zekerheid» van 14 december 2020 (Kamerstuk 26 448, nr. 641) heb ik toegezegd u dit voorjaar nader te informeren over de voortgang van mijn gesprekken op het gebied van de toekomst van het sociaal-medisch beoordelen. Dat doe ik bij deze. De vraag naar sociaal-medische beoordelingen is op dit moment te groot voor het aantal beschikbare verzekeringsartsen. Als we niets doen wordt die mismatch steeds groter. Uitkeringsgerechtigden krijgen dan niet de benodigde beoordeling en begeleiding en de werkdruk bij UWV wordt onaanvaardbaar hoog. Ik licht in deze brief achtereenvolgens toe hoe groot het probleem is, welke maatregelen we nemen en waarom ingrijpende keuzes ook naast deze maatregelen nog nodig zijn. Daarna beschrijf ik wat de vervolgstappen zijn.

#### ***Ingrijpen is onvermijdelijk***

In samenwerking met UWV en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) heb ik in het afgelopen jaar Gupta Strategists gevraagd om in samenspraak met ons inzichtelijk te maken hoe groot de uitdaging is waar we voor staan. De conclusie is stevig: als we niet ingrijpen, zal de vraag naar sociaal-medische dienstverlening in 2027 meer dan 25% hoger zijn dan het beschikbare aanbod<sup>1</sup>. Dit heeft met name te maken met het feit dat het aantal WIA-gerechtigden de komende

<sup>1</sup> Gupta heeft in haar analyses inschattingen gemaakt voor de toekomst, op basis van de informatie die op dit moment bij UWV, NVVG en SZW bekend is. Deze ramingen bieden daarmee geen zekerheid over de daadwerkelijke ontwikkelingen in vraag naar en aanbod van sociaal-medische beoordelingen.

jaren steeds verder toeneemt<sup>2</sup>. Een beleidswijziging als de invoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen, die de mismatch naar schatting van Gupta met nog eens 5 tot 10% laat toenemen, is hierin nog niet meegenomen<sup>3</sup>.

Een mismatch van ten minste 25% betekent dat UWV de komende jaren vrijwel geen professionele WIA-herbeoordelingen meer kan verrichten; de sociaal-medische dienstverlening die onderaan staat in de met UWV afgesproken prioritering. Concreet zal de voorraad WIA-herbeoordelingen in dat scenario in 2027 zijn opgelopen tot zo'n 150.000 mensen (ten opzichte van bijna 37.000 op dit moment<sup>4</sup>). Van deze uitkeringsgerechtigden weten we niet of zij wel de dienstverlening en de uitkering krijgen die past bij hun situatie. Ook komen verzekeringsartsen van UWV in dat geval steeds minder toe aan het werk dat volgens afspraak als één na laatste geprioriteerd is: de dienstverlening in het eerste jaar van de Ziektewet. Een zorgelijke situatie, omdat onderzoek juist laat zien dat het cruciaal is om mensen snel nadat zij ziek worden te ondersteunen weer aan het werk te gaan. Zonder ingrijpen is het waarschijnlijk dat UWV in 2027 ongeveer 67.000 van het totaal van circa 120.000 Ziektewet-sprekuren niet kan uitvoeren, omdat de verzekeringsartsencapaciteit ontbreekt.

Deze continu oplopende voorraden leggen een onacceptabele druk op de medewerkers van UWV en zijn nadelig voor zowel uitkeringsgerechtigden als werkgevers. Ingrijpen aan de vraag- én de aanbodkant van sociaal-medisch beoordelen is daarom onvermijdelijk. UWV spant zich al jaren maximaal in om (verzekerings)artsen te werven, op te leiden en te behouden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het coördineren van de wervingsactiviteiten, het inzetten van activerend personeelsbeleid richting verzekeringsartsen die langer en/of meer willen werken en om het toekennen van een arbeidsmarkttoeslag op hun loon. Bovendien zet UWV in overleg met de verzekeringsartsen steeds meer in op verdergaande taakdelegatie. Ik vind dat positieve ontwikkelingen die ook de komende jaren alle ondersteuning verdienen. Tegelijk zijn het ontwikkelingen die uiteindelijk onvoldoende opleveren.

### ***Participatie waar mogelijk, inkomen waar nodig***

In intensief overleg met UWV en NVVG, ondersteund door Gupta Strategists, ben ik daarom op zoek gegaan naar aanvullende maatregelen die ervoor zorgen dat we verzekeringsartsen en andere professionals zo inzetten dat zij uitkeringsgerechtigden zo persoonlijk en effectief mogelijk ondersteunen. Dat heeft geleid tot de afspraak met UWV om twee maatregelen zo snel mogelijk te implementeren:

- Omslag naar een regiemodel voor sociaal-medische dienstverlening;
- Effectievere inzet van de verzekeringsarts in de Ziektewet.

Ik verwacht dat UWV met deze veranderingen beter in staat is om bij te dragen aan het doel van ons socialezekerheidsstelsel: arbeidsparticipatie waar mogelijk en inkomensondersteuning waar nodig. Ook verwacht ik dat ze de functie van verzekeringsarts aantrekkelijker maken, zodat dit ook

---

<sup>2</sup> Het aantal mensen met een WAO- uitkering neemt jaarlijks met een vergelijkbaar aantal af, maar in tegenstelling tot de WIA kent de WAO geen nieuwe instroom meer en geen actief herbeoordelingsbeleid.

<sup>3</sup> De daadwerkelijke impact van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is afhankelijk van het ontwerp en de inrichting van deze verzekering. Ik ben hierover met onder andere sociale partners, UWV en de Belastingdienst in gesprek.

<sup>4</sup> UWV achtmaandenverslag 2020

bijdraagt aan het behoud van verzekeringsartsen bij UWV. Ik zal dit nader toelichten.

### ***Omslag naar een regiemodel voor sociaal-medische dienstverlening***

Op basis van experimenten op twee UWV-locaties en verschillende verdiepende gesprekken over de ervaringen die UWV in de afgelopen jaren op het gebied van sociaal-medische dienstverlening heeft opgedaan, heb ik samen met UWV en de NVVG geconcludeerd dat UWV de omslag moet maken naar een nieuwe werkwijze op het terrein van ziekte en arbeidsongeschiktheid: het werken in sociaal-medische centra. Ik verwacht dat UWV door die omslag meer mensen beter kan beoordelen en begeleiden.

Waar voor verzekeringsartsen op dit moment de focus ligt op het uitvoeren van sociaal-medische beoordelingen, worden zij met deze omslag de regisseur van het gehele proces dat een uitkeringsgerechtigde in de Ziektewet of de WIA bij UWV doorloopt. De verzekeringsartsen krijgen daarbij ondersteuning van een multidisciplinair team van professionals, met onder andere arbeidsdeskundigen, sociaal-medisch verpleegkundigen, procesbegeleiders en medisch secretaresses. Deze omslag betekent dat verzekeringsartsen, samen met hun team, in een sociaal-medisch centrum de verantwoordelijkheid krijgen voor een regionaal afgebakende groep uitkeringsgerechtigden. In overleg met het team bepaalt de verzekeringsarts op basis van maatwerk op welke momenten deze cliënten beoordeeld worden, door wie en op welke manier die beoordeling verricht wordt en welke aanvullende begeleiding mensen krijgen.

Voor specifieke onderdelen van de sociaal-medische beoordeling en -begeleiding kan de verzekeringsarts in het sociaal-medische centrum ook gebruik maken van andere professionals, zoals bijvoorbeeld psychologen en fysiotherapeuten. De verzekeringsarts is daarnaast met zijn team verantwoordelijk voor een goede verbinding met bijvoorbeeld huisartsen, bedrijfsartsen en medisch specialisten. Ook leggen de teams waar nodig de link met andere UWV-divisies. Ik zal samen met UWV de komende jaren volgen of er met name bij WERKbedrijf en Uitkeren aanpassingen nodig zijn voor een goede aansluiting op de sociaal-medische centra.

Samen met UWV en de NVVG verwacht ik dat het werken in sociaal-medische centra een aantal belangrijke verbeteringen oplevert:

- Het model sluit naar verwachting beter aan bij de wensen en behoeften van uitkeringsgerechtigden. Waar zij nu te maken hebben met wisselende contactpersonen in de loop van de tijd, waardoor zij soms aan verschillende mensen hetzelfde verhaal moeten vertellen, krijgen en houden zij met de nieuwe werkwijze een aantal vaste UWV-medewerkers als aanspreekpunt. Zij kunnen hierdoor beter op maat geholpen worden. Dit zal een belangrijke bijdrage leveren aan ons gezamenlijke doel: het verstrekken van de juiste uitkeringen aan mensen én hen helpen om zo veel mogelijk weer aan het werk te gaan.
- Het model heeft naar verwachting een positief effect op het werplezier van verzekeringsartsen en hun collega-professionals. Door voor en met uitkeringsgerechtigden een individuele koers te kunnen bepalen, komt de professionaliteit van de verzekeringsarts en zijn collega's beter tot haar recht. In de huidige werkwijze hebben UWV-medewerkers op geplande momenten contact met cliënten, op basis van een vastgelegd proces. In het nieuwe model kunnen de medewerkers zelf bepalen op welke momenten welk contact de meeste meerwaarde heeft. Ik

- verwacht dat het hierdoor aantrekkelijker wordt om in de sociaal-medische dienstverlening aan de slag te gaan en te blijven.
- Ik verwacht dat UWV door het regiemodel met hetzelfde aantal verzekeringsartsen meer uitkeringsgerechtigden kan beoordelen en begeleiden, onder andere door het werken met een vaste groep uitkeringsgerechtigden en de inbedding van taakdelegatie. Samen met UWV en NVVG schat ik in dat de mismatch tussen vraag en aanbod van sociaal medische beoordelingen met ten minste 10% wordt verkleind en dat een hoger percentage wellicht mogelijk is<sup>5</sup>.

UWV gebruikt 2021 om het regiemodel verder te ontwikkelen, onder meer door in twee districten een jaar lang aan de hand van de beschreven uitgangspunten te gaan werken. UWV zal de resultaten monitoren en evalueren, om het regiemodel op die basis te kunnen aanpassen en optimaliseren, met als uiteindelijk resultaat een betere dienstverlening voor de uitkeringsgerechtigde en een vermindering van de mismatch. Naast de NVVG en andere beroepsgroepen zal UWV ook haar cliëntenraad bij de doorontwikkeling betrekken. Op basis van de monitoring en evaluatie werkt UWV toe naar gefaseerde landelijke invoering vanaf 2022. Mocht blijken dat landelijke invoering leidt tot een toename van uitvoeringskosten dan treed ik daarover met UWV in gesprek.

### Monitoring WGA 80–100 medisch

Vooruitlopend op de brede invoering van het regiemodel maakt UWV dit jaar al gedeeltelijk de omslag van het werken op basis van een vastgelegd proces naar contact met uitkeringsgerechtigden op maat. In het derde kwartaal van 2021 stapt UWV in het gehele land over op een systeem van monitoring van cliënten in de categorie WGA 80–100 medisch, na een experimenteerfase van zo'n negen maanden in het afgelopen jaar<sup>6</sup>. Dat betekent dat er niet langer sprake is van een voorraad professionele herbeoordelingen op basis van de datum waarop de verzekeringsarts verwachtte dat een herbeoordeling nodig zou zijn, maar van een groep uitkeringsgerechtigden die onder de verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts en zijn team gemonitord wordt. Uitkeringsgerechtigden hebben dan op logische momenten contact met een medewerker van UWV, bijvoorbeeld na de verwachte einddatum van een medische behandeling. De verzekeringsarts en zijn team bepalen het juiste ritme en de beste frequentie, met als uitgangspunt gemiddeld één keer per jaar contact. Wanneer er aanleiding voor is, plant UWV een herbeoordeling. De mogelijkheid voor mensen zelf, voor (ex-)werkgevers en voor verzekeraars om een herbeoordeling aan te vragen blijft daarnaast bestaan. Om de onnodige druk op herbeoordelingen te verminderen zet ik wel in op afspraken met aanvragers over een schriftelijke motivering en onderbouwing van een verzoek om een WIA-herbeoordeling<sup>7</sup>. Dit kan ervoor zorgen dat UWV deze beoordelingen efficiënter en effectiever uit kan voeren, zonder dat er voor uitkeringsgerechtigden en andere aanvragers te hoge drempels ontstaan.

### Taakdelegatie en taakondersteuning

Voor een goede werking van het regiemodel is het belangrijk dat de teams op de juiste manier werken met taakdelegatie en taakondersteuning. Ik

<sup>5</sup> Gupta gaat in haar analyse uit van minimaal 10% en maximaal 30% verkleining van de mismatch voor het peilmoment 2027, als effect van het regiemodel. De daadwerkelijke impact is vooralsnog lastig in te schatten, omdat UWV nog aan het begin staat van de doorontwikkeling en brede toepassing van deze werkwijze.

<sup>6</sup> Stand van de uitvoering juni 2020, Kamerstuk 26 448, nr. 634

<sup>7</sup> Zoals toegelicht in de Stand van de uitvoering juni 2020, PM exacte verwijzing

heb daarover met UWV en de NVVG afgesproken dat de NVVG het voortouw neemt in de ontwikkeling van een «Handreiking Taakdelegatie verzekeringsartsen in het publieke domein», waarmee een door de beroepsgroep gedragen kader ontwikkeld wordt waarbinnen een verzekeringsarts taken kan delegeren. De NVVG werkt bij de ontwikkeling van deze handreiking samen met andere betrokken professionals, om zo voldoende draagvlak te krijgen voor succesvolle implementatie binnen UWV. Waar nodig zal UWV het professioneel en juridisch kader dat UWV zelf hanteert voor het werken met taakdelegatie op basis van het traject van de NVVG herzien, verduidelijken en uitbreiden, en daarmee uitvoering geven aan de motie van de leden Wiersma en Pieter Heerma<sup>8</sup>.

De verwachting is dat de handreiking van de NVVG eind dit jaar gereed is. In de tussentijd breidt UWV binnen de huidige juridische kaders en op basis van overleg tussen UWV en de OC SMZ<sup>9</sup>, taakdelegatie en taakondersteuning waar mogelijk verder uit. Op het moment dat de handreiking gereed is, bezie ik of wijzigingen in wet- en regelgeving voor verdere uitbreiding van taakdelegatie wenselijk en noodzakelijk zijn.

Naast taakdelegatie kan ook taakondersteuning van verzekeringsartsen winst opleveren, zowel qua werkplezier als qua mogelijkheden om per verzekeringsarts meer mensen goed te kunnen beoordelen en begeleiden. Concreet voert UWV hiervoor de komende tijd, in samenspraak met de NVVG, in ieder geval de volgende aanpassingen door:

- Uitbreiding en kwaliteitsverbetering van de dossiervoorbereiding door medisch secretaresses;
- Verkleining van de administratieve last voor verzekeringsartsen, door middel van de inzet van technologische middelen zoals spraaktekstsoftware.

### ***Effectievere inzet van de verzekeringsarts in de Ziektewet***

Voor recht op een Ziektewetuitkering geldt in het tweede Ziektewetjaar een ander criterium dan in het eerste Ziektewetjaar. In het eerste jaar wordt beoordeeld op geschiktheid voor «eigen arbeid» en in het tweede Ziektewetjaar wordt beoordeeld op geschiktheid voor «gangbare arbeid». Dit afwijkende criterium voor het tweede Ziektewetjaar is ingevoerd op 1 januari 2013 met de Wet Bezava (Beperking ziekteverzuim arbeidsongeschikte vangnetters). Doel hiervan is dat werknemers de arbeidsmogelijkheden die zij hebben ook benutten.

UWV beoordeelt Ziektewet-gerechtigden in principe na het eerste ziektejaar op het aangepaste criterium aan de hand van een Eerstejaars-ziektewetbeoordeling (EZWB). In het kader van de Ziektewet zou UWV jaarlijks gemiddeld 40.000 EZWB's moeten uitvoeren. Vanwege de mismatch tussen het aanbod van en de vraag naar sociaal-medische dienstverlening lopen de achterstanden in het aantal uit te voeren EZWB's echter op, ondanks het toepassen van een screeningswerkwijze<sup>10</sup>. UWV slaagt er op dit moment in om 81% van de uit te voeren EZWB's daadwerkelijk te verrichten. Doordat UWV bijna 20% van de EZWB's niet uit kan voeren, loopt UWV jaarlijks voor zo'n 8.000 mensen het risico dat zij te lang een Ziektewetuitkering ontvangen en dat hun afstand tot de arbeidsmarkt groeit. Gemiddeld stroomt een derde van de uitkeringsgerechtigden namelijk uit de Ziektewet na de EZWB. De groeiende mismatch op het gebied van sociaal-medische dienstverlening leidt dus tot een

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 544, nr. 905

<sup>9</sup> De medezeggenschap bij UWV is vormgegeven door een centrale Ondernemingsraad en acht OnderdeelsCommissies (OC's), waaronder de OC SMZ.

<sup>10</sup> Kamerstuk 26 448, nr. 592

dalende uitstroom uit de Ziektewet en een toenemende gemiddelde Ziektewetduur.

EZWB's zijn complexe en omvangrijke beoordelingen, die veel verzekeringsartsencapaciteit vragen, terwijl ze dus in slechts een derde van de gevallen leiden tot een gewijzigde uitkeringssituatie. Onderzoek en de huidige uitvoeringspraktijk laten echter zien dat de inzet van de verzekeringsarts juist de meeste meerwaarde heeft in het eerste jaar van de Ziektewet. Dat is de periode waarin de verzekeringsarts het meeste bij kan dragen aan de terugkeer van mensen op de arbeidsmarkt. Er liggen dan ook mogelijkheden om de capaciteit aan verzekeringsartsen op een meer doelmatige wijze in te zetten.

Ik heb UWV daarom gevraagd de komende twee jaar verschillende werkwijzen uit te proberen, om te komen tot een effectievere uitvoering van de Ziektewet. UWV zet verzekeringsartsen zo gericht en doelmatig mogelijk in, net als andere professionals zoals re-integratiebegeleiders, medewerkers verzuimbeheersing en arbeidsdeskundigen, in lijn met de geldende richtlijnen voor taakdelegatie. Concreet betekent dit dat de criteria voor toegang tot de Ziektewet ongewijzigd blijven – geschiktheid voor «eigen arbeid» in het eerste Ziektewetjaar en geschiktheid voor «gangbare arbeid» in het tweede Ziektewetjaar – en dat UWV mensen gericht en intensiever naar werk kan begeleiden. Ziektewet-gerechtigden blijven ook wettelijk verplicht om aan hun re-integratie mee te werken.

Hierbinnen verkent UWV aan de hand van drie varianten hoe de uitvoering van de Ziektewet het meest effectief vorm kan krijgen.

- Het gericht inzetten van de EZWB. UWV voert alleen een EZWB uit als de verzekeringsarts verwacht dat deze leidt tot uitstroom uit de Ziektewet. Deze werkwijze bouwt voort op de bestaande screeningswerkwijze. UWV zet de vrijgekomen verzekeringsartsencapaciteit in voor sociaal-medische dienstverlening in het eerste Ziektewetjaar. Op deze manier kan UWV mensen eerder en beter begeleiden richting werk, door gerichte eigen activiteiten of door inkoop van re-integratiedienstverlening, en kan UWV beter inschatten of een EZWB na één jaar meerwaarde heeft.
- Het niet meer uitvoeren van de EZWB, gecombineerd met de inzet van de vrijgekomen capaciteit in de sociaal-medische dienstverlening in de gehele Ziektewetperiode. Uitkeringsgerechtigden worden bij deze werkwijze niet standaard na één jaar beoordeeld, maar alleen op het moment dat uitstroom uit de Ziektewet waarschijnlijk is<sup>11</sup>. Door gericht en intensiever contact met mensen gedurende de Ziektewetperiode zijn verzekeringsartsen en andere professionals beter in staat die inschatting te maken én om mensen te ondersteunen bij het hervatten van werk.
- Uitvoering van de Ziektewet-dienstverlening en de EZWB binnen sociaal-medische centra. Verzekeringsartsen krijgen met hun team de vrijheid de sociaal-medische beoordeling en -begeleiding binnen en buiten de Ziektewet effectief vorm te geven. Dat betekent dat zij op basis van maatwerk keuzes maken of, op welke momenten en op welke manier mensen beoordeeld en begeleid worden. Voor de cliënt betekent dit dienstverlening op maat, met een aantal vaste UWV-medewerkers als aanspreekpunt.

---

<sup>11</sup> Deze werkwijze is een doorontwikkelde versie van de variant «EZWB 3» in de bijgevoegde Gupta-analyses. Het gaat in deze werkwijze niet om het afschaffen van de EZWB (zoals in EZWB 3), maar om het gericht uitvoeren van deze beoordeling op het meest logische moment in de tijd.

Samen met UWV en NVVG verwacht ik dat deze werkwijzen niet zullen leiden tot een langere gemiddelde verblijfsduur van mensen in de Ziektewet of tot meer instroom in de WIA. Door de betere begeleiding in het eerste Ziektewetjaar verwacht ik namelijk dat UWV voor het overgrote deel van de uitkeringsgerechtigden vooraf kan voorspellen of hun status zal veranderen door een beoordeling. Dat betekent dat UWV de EZWB gerichter kan inzetten: verzekeringsartsen die UWV nu inzet voor beoordelingen die niet leiden tot een wijziging in de uitkerings situatie van Ziektewet-gerechtigden, krijgen de ruimte om zich te richten op de EZWB's waar UWV nu niet aan toekomt. Daarbinnen kunnen zij zich concentreren op de beoordelingen waarmee de kans op uitstroom het grootst is. Bovendien verwacht ik dat door het gerichtere en intensievere contact met mensen in het eerste Ziektewetjaar, de uitstroom ook in die periode zal toenemen.

Samen met UWV en de NVVG volg ik de komende twee jaar wat de effecten van de verschillende Ziektewetwerkwijzen zijn, waar tussentijdse bijsturing nodig is, en wat dit betekent voor de toekomst van de EZWB. Met UWV heb ik afgesproken dat de nieuwe werkwijzen in ieder geval – ook tijdens de komende twee jaar – niet mogen leiden tot een toename van de gemiddelde verblijfsduur in de Ziektewet of een toename van de instroom in de WIA. Ook de uitstroom richting werk is een centraal uitgangspunt en een belangrijke indicator. Zowel publiek- als privaats verzekerde werkgevers houden bovendien de komende twee jaar in ieder district de mogelijkheid om UWV te vragen een EZWB voor hun (ex-)werknemers uit te voeren. Om te zorgen dat deze beoordelingen zo tijdig mogelijk kunnen worden uitgevoerd, is het nodig dat de aanvraag vergezeld wordt van informatie die de aanvraag onderbouwt. Net als voor de WIA-herbeoordelingen wil ik hierover nader overleggen met werkgevers, private uitvoerders en verzekeraars.

Omdat UWV de komende twee jaar in samenwerking met alle betrokkenen toewerkt naar de meest doelmatige nieuwe werkwijze voor de uitvoering van de Ziektewet, verwacht Gupta op korte termijn geen effect op de vraag naar sociaal-medische dienstverlening. Op de langere termijn kan een slimmere inzet van de verzekeringsarts in de Ziektewet echter wel positieve gevolgen hebben. Gupta heeft de afnemende vraag naar sociaal-medische dienstverlening met een ruime bandbreedte gekwantificeerd, omdat de impact afhangt van het gekozen uitvoeringsmodel. De afnemende vraag zal naar verwachting zorgen voor 5% tot 14% minder mismatch in 2027.

Ik houd u op de hoogte van resultaten van de nieuwe werkwijzen, om het gesprek over eventuele voorstellen voor wijziging van wet- en regelgeving vervolgens goed te kunnen voeren.

### ***Er is méér nodig, met forse implicaties***

De omslag naar het regiemodel en de effectievere werkwijze in de Ziektewet zijn verbeteringen voor zowel uitkeringsgerechtigden als werkgevers. Ook hoop ik hiermee de oplopende werkdruk bij UWV te verlichten. Ik verwacht echter niet dat deze maatregelen voldoende zijn om de groeiende vraag naar sociaal-medisch beoordelingen op te vangen. Met het oog op de onzekerheid en de marges in de analyses van Gupta is mijn conclusie dat er méér nodig is, zelfs zonder een beleidswijziging zoals de introductie van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen die de mismatch verder doet toenemen.

Met UWV, NVVG en Gupta heb ik me daarom gebogen over wijzigingen in werkwijzen en wet- en regelgeving die een aanvulling op deze twee

maatregelen zouden kunnen vormen. We hebben gezocht naar aanpassingen die bijdragen aan de houdbaarheid van het sociale zekerheidsstelsel, aan de ruimte voor professionals en aan de kwaliteit van de sociaal-medische beoordeling en begeleiding. U vindt een weergave van die zoektocht in de bijlage<sup>12</sup>. Indien gewenst ben ik graag bereid de onderliggende analyses in een technische briefing nader toe te lichten.

Zoals u ziet komen er bij de verkende maatregelen opties aan bod die meerwaarde kunnen hebben, maar die ook forse implicaties met zich kunnen meebrengen voor uitkeringsgerechtigden en werkgevers. Ingrijpende keuzes zijn echter noodzakelijk. Ik wil daarom eerst met onder andere de sociale partners bespreken hoe we de consequenties van verschillende opties en maatregelen met elkaar wegen. Verdere besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet. Ook bij de vervolgstappen rond de in deze brief aangekondigde maatregelen zal ik de sociale partners betrekken.

### ***Vervolgstappen en andere ontwikkelingen***

Met een omslag in de werkwijze van UWV en een effectievere Ziekte-wetuitvoering kunnen we mensen die ziek of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt zijn persoonlijker, meer op maat en slimmer beoordelen en begeleiden. Het vraagt echter doordachte gezamenlijke stappen om de veranderingen door te voeren. We moeten aandacht hebben voor financiële consequenties, voor ICT-implicaties en vooral voor de vraag of veranderingen de impact hebben op uitkeringsgerechtigden en professionals die we beogen. Het vraagt daarom tijd om de benodigde resultaten te bereiken. Dat betekent dat UWV op de korte termijn te maken zal blijven houden met een mismatch tussen de vraag naar en het aanbod van sociaal medische beoordelingen, maar het betekent ook dat we met elkaar de juiste weg inslaan. Ik zal samen met UWV en de NVVG de benodigde vervolgstappen zetten en ik blijf alle betrokkenen en uw Kamer in het traject meenemen.

In dat kader informeer ik u hierbij ook over de herstelactie van UWV na de niet-wetsconforme crisiswerkwijze bij de uitvoering van de EZWB, zoals eerder aan u toegelicht<sup>13</sup>. Op het moment dat UWV als gevolg van de coronamaatregelen namelijk geen goed gewogen sociaal-medisch oordeel kon geven over mensen aan het einde van het eerste Ziekte-wetjaar, gaf UWV tot 1 juli 2020 toch een beschikking af: ongeveer 1.000 betrokkenen behielden met deze beschikking hun Ziekte-wetuitkering. Door de ontoereikende verzekeringsartsencapaciteit heeft UWV de gevolgen van deze niet-wetsconforme werkwijze niet volledig kunnen herstellen. Alleen voor de ongeveer 100 (ex-)werknemers van eigenrisicodragende werkgevers heeft UWV alsnog een EZWB uitgevoerd.

Ten slotte laat ik u weten dat ik met UWV en de NVVG de mogelijkheden verken van andere ontwikkelingen die bij kunnen dragen aan een toekomstbestendige en mensgerichte uitvoering:

- Doelmatiger en efficiënter inrichten van de processen van de UWV-divisie Sociaal Medische Zaken en de UWV-directie Bezwaar & Beroep, onder andere waar het gaat om de inzet van verzekeringsartsen;
- Artificial Intelligence – binnen de publieke waarden en wet en regelgeving – ter ondersteuning van verzekeringsartsen en hun teams bij de planning, voorbereiding en prioritering van sociaal-medische dienstverlening;

<sup>12</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>13</sup> PM verwijzing stand van de uitvoering



- Meer eigen inbreng van de cliënt bij de uitvoering van sociaal-medische beoordelingen en -begeleiding;
- Een grotere rol voor de factor arbeid in de opleiding en het werk van artsen in de curatieve sector, bijvoorbeeld door werk(hervatting) als een van de behandeldoelen te hanteren.

In de Kamerbrief «stand van de uitvoering van de sociale zekerheid» houd ik u ieder half jaar van de voortgang op de hoogte.

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,  
W. Koolmees