

## Over de toekomst van de WIA

*Position paper NVvA, op verzoek van Commissie OCTAS*

*Als arbeidsdeskundigen zijn wij vanuit meerdere perspectieven (UWV, verzekeraars, gemeenten) betrokken bij uitvoering van de WIA. Wij zijn specialist op het gebied van mens, werk en inkomen. We wegen de belasting en belastbaarheid van de mens in werk en adviseren en begeleiden op basis hiervan. Zo zorgen we ervoor dat mensen (weer) naar vermogen werken en duurzaam inzetbaar zijn. Vanuit deze specifieke expertise en brede praktijkervaring zijn wij het van harte eens zijn met Commissie OCTAS dat het stelsel toe is aan vernieuwing. Hieronder vijf – onderling samenhangende - oplossingsrichtingen.*

### **Wat is het probleem?**

Het systeem van arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen en het daarmee samenhangende stelsel is te ingewikkeld geworden. Het stelsel, dat als vangnet én als springplank wil dienen, is mede door zijn complexiteit in de praktijk niet effectief genoeg. Het gros van de mensen in de WIA heeft geen werk; hetzelfde geldt voor de Participatiewet-populatie bij gemeenten. Resultaat: veel mensen die nog wel kunnen werken staan hierdoor aan de kant. Dit is extra nijpend met de krapte op de arbeidsmarkt.

We willen een stelsel dat niet alleen uitvoerbaar en betaalbaar is, maar ook uitlegbaar aan iedereen. Dat is nu niet het geval. Daarbij beschermt het stelsel de meest kwetsbaren onvoldoende. De kans op (volledig) inkomensverlies – lees: niet in aanmerking komen voor een WIA-uitkering - is bij mensen aan de onderkant van het loongebouw veel groter dan bij mensen met een hoog inkomen. Ter illustratie: een piloot die suikerziekte heeft kan 80-100% arbeidsongeschikt worden. Iemand met een relatief laag inkomen die arbeidsongeschikt wordt, krijgt daarentegen vaak als schatting 'minder dan 35%'. Volgens het CBBS-systeem kunnen zij immers voldoende inkomen verwerven. De praktijk is anders. Resultaat: het risico op inkomensverlies is bij lage inkomens relatief groot, terwijl ook de werkzekerheid niet gewaarborgd is.

### **Oplossingsrichtingen**

Op weg naar een vernieuwd stelsel stellen we deze oplossingsrichtingen voor:

#### *1. Extra focus op werkzekerheid*

Het is tijd om serieus werk te gaan maken van werkzekerheid, naast – uiteraard - voldoende inkomenszekerheid. We focussen daarom in het vernieuwde stelsel nog nadrukkelijker op de oplossing, in plaats van op het probleem. En die oplossing is heel vaak: er is ander werk nodig voor iemand. We kijken niet meer primair naar ziekte of gebrek, maar gaan uit van mogelijkheden: wat kunnen en willen mensen wel? Alle nadruk komt op werk te liggen en daarmee ook op preventie. We verrijken het stelsel daarom met mogelijkheden om eerder te schakelen met bijvoorbeeld de private arbeidsdeskundige, UWV WERKbedrijf of Regionaal Mobiliteitsteam, zowel vanuit de werkgever als vanuit de werknemer.

## *2. Meer gebruik maken van bewezen modellen en inzichten*

Medische beperkingen zeggen vaak relatief weinig over iemands inzetbaarheid. Succesvolle re-integratie hangt sterk af van de context waarin iemand weer aan het werk moet. We weten dankzij een reeks wetenschappelijk gevalideerde modellen en inzichten binnen en buiten het arbeidsdeskundige werkveld dat mensen zich niet alleen ziek melden vanwege beperkingen die het gevolg zijn van ziekte of gebrek. Van die modellen en inzichten kunnen we meer gebruik maken. Zo biedt het integratieve gedragsmodel van hoogleraar arbeidsdeskundigheid Roland Blonk (dat het werkzoekgedrag en de motivatie van mensen helpt begrijpen en beïnvloeden) handvatten om niet alleen te focussen op ziekte, maar om ook andere belemmeringen aan te pakken.

## *3. Investeren in interprofessionele samenwerking*

Het huidige stelsel is gebaseerd op het medische arbeidsongeschiktheids criterium en het loonverlies als gevolg hiervan. De arts is leidend omdat ziekte en gebrek leidend zijn. Zodra mensen een beperking krijgen, staat dit centraal. In een vernieuwd stelsel wordt een andere vraag cruciaal: kan iemand nog met werk deelnemen aan de maatschappij? Zo ja, dan koersen we op inzetbaarheid en re-integratie. Alles is gericht op meedoen.

Het betekent dat we veel meer en veel eerder professionals inschakelen met verstand van concrete arbeidsmogelijkheden en van re-integratie. Daarom investeren we in een vernieuwd stelsel in interprofessionele samenwerking. Hierin wordt ook duidelijk dat de arbeidsdeskundige veel kan bijdragen in het traject rond gezondheid, ziekte, re-integratie en arbeidsongeschiktheid. Het kan betekenen dat de arts niet altijd op de kop van het proces zit.

## *4. Meer aandacht voor eigen regie*

Het huidige stelsel geeft een beeld van wantrouwen en controle. Bedrijven zijn bang voor loonsancties. Werknemers willen hun rechten niet verspelen. Dat maakt dat veelvuldig re-integratie tweede spoor wordt opgestart, ook als alle betrokkenen weten dat dit geen soelaas biedt. Het is zaak om het stelsel te baseren op vertrouwen en op eigen regie. Er ligt nu veel verantwoordelijkheid bij de werkgever. De eigen regie van de werknemer blijft - onbedoeld - op de achtergrond. Terwijl we weten dat eigen regie tot meer actie en meer succes leidt. Eigen regie vraagt wel om duidelijke afspraken. *Shared decision making*, waarbij professional en cliënt samen bindende afspraken maken, staat nog in de kinderschoenen, maar de aanpak is haalbaar, zo leert de praktijk (Tinka van Vuuren).

## *5. Meer samenwerken, minder schotten*

Als we werk centraal stellen, is het ook zaak om de mogelijkheid van meer drempelloze stappen tussen werk en uitkering te onderzoeken. Mensen die ander werk proberen op te pakken of die voor zichzelf beginnen, moeten weten dat ze niet direct alle schepen achter zich verbranden. Op dit moment is in het huidige stelsel die mogelijkheid geblokkeerd. Het nemen van initiatief en het nemen van risico's wordt zo ingeperkt. De schotten moeten in de toekomst zoveel mogelijk weg op meerdere fronten: tussen gemeenten en UWV, tussen verzekeraars en UWV, tussen UWV WERKbedrijf en UWV SMZ.