



Opdrachtgever

UWV



Opdrachtnemer

UWV / Carla van Deursen ; Jos van Loo

Onderzoek

KM 10/07: Analyse stijging WIA-
instroom II

Startdatum – 1 juni 2010

Einddatum – 1 juni 2010

Categorie

Omvang klantgroepen

Analyse stijging WIA-instroom II

Conclusie

Puntsgewijze samenvatting van de belangrijkste bevindingen - Het aantal WW'ers dat uitstroomt uit de WW wegens het bereiken van de maximale WWduur neemt naar verwachting toe van 63.000 in 2008 naar 111.000 in - De doorstroom naar Bijstand bedroeg in 2007 14.500 mensen en zal naar verwachting stijgen tot 24.000 in De top van de doorstroom ligt echter na - Het merendeel van de mensen die uitstromen wegens het bereiken van de maximale WW-duur stroomt niet door naar de Bijstand. Wat zij doen na de WW is op dit moment niet bekend. Bron: Kennismemo

Link naar bestand

<http://www.onderzoekwerkeninkomen.nl/rapporten/g3at65hz>



Aan

Datum
23 juni 2010
Van
Carla van Deursen
carla.vandeursen@uwv.nl

Jos van Loo
jos.vanloo@uwv.nl

Pagina
1 van 22

Onderwerp

Analyse stijging WIA-instroom II

Samenvatting

Vraag naar analyse oorzaken stijging WIA-toekenningen

Tussen 2006 en 2009 is het aantal WIA-aanvragen met 16% gestegen en het aantal WIA-toekenningen als uitkomst van deze aanvragen met 35%. Deze WIA-toekenningen vormen een groot deel van de WIA-instroom. Daarnaast vindt nog WIA-instroom plaats als gevolg van heropeningen, voorschotten en bezwaar- en beroep gevallen. We hebben de oorzaken van de stijging in het aantal aanvragen en toekenningen nader onderzocht. Dit in vervolg op een eerste verkennende analyse (kennismemo 10/06).

Oorzaken stijging WIA-aanvragen 2006-2009

Tussen 2006 en 2009 is het aantal **aanvragen** met 16% gestegen. Deze stijging blijkt geheel te verklaren door de volgende drie factoren:

1. De WIA is een nieuwe wet, waardoor de terugstroom van aanvankelijk afgewezen aanvragen nog niet in evenwicht is (veroorzaakte helft van de stijging).
2. Het aantal WIA-verzekerden stijgt (veroorzaakte kwart van de stijging).
3. De samenstelling van de verzekerden verandert: meer ouderen, meer vrouwen, minder jongeren en verschuivingen in omvang van sectoren (veroorzaakte kwart van de stijging).

Bij sommige sectoren is de stijging van de WIA-aanvragen zelfs iets lager dan verwacht op basis van 2) en 3). Bij één sector is de stijging echter aanzienlijk groter dan verwacht, namelijk de sector gezondheid. In wat mindere mate geldt dit ook voor de sector onderwijs. De oorzaak hiervan kennen we (nog) niet. In de eerste maanden van 2010 is het aantal WIA-aanvragen relatief sterk gegroeid, wat mogelijk een gevolg is van de economische crisis. We zullen daarom de ontwikkeling van de WIA-aanvragen nauwgezet blijven volgen en analyseren.

Oorzaken stijging WIA-toekenningen

Het aantal **toekenningen** is tussen 2006 en 2009 met 35% gestegen. Deze stijging wordt voor bijna de helft veroorzaakt door de stijging van de WIA-aanvragen (de oorzaken hiervan zijn hierboven beschreven) en voor iets meer dan de helft doordat meer aanvragen worden toegekend. Dit laatste heeft meerdere oorzaken. Hieronder staan alle oorzaken van de stijging van de toekenningen op een rij met een indicatie van de omvang:

1. Het aantal aanvragen neemt toe (veroorzaakte bijna de helft van de stijging in toekenningen).
2. Hernieuwde aanvragen kennen een veel hoger toekenningspercentage dan eerste aanvragen en het aantal hernieuwde aanvragen is nog stijgende (veroorzaakte ongeveer 10% van de stijging).
3. Ouderen kennen een relatief hoog toekenningspercentage en juist deze groep neemt

- in omvang toe (veroorzaakte ongeveer 10% van de stijging)*
4. *Gemiddeld genomen hebben aanvragers meer beperkingen, inclusief urenbeperkingen (toegekend) gekregen. Dit verklaart ongeveer 20% van de stijging. Deze stijging doet zich in alle leeftijdsgroepen voor, en is dus niet uitsluitend het gevolg van vergrijzing. De overige 10% van de stijging kunnen we niet verklaren met de gedane analyses.*

De gesignaleerde stijging in urenbeperkingen en FML doet zich vooral voor bij groepen waar deze relatief weinig toegekend worden en waarbij de afwijzingskans relatief hoog is: bij de herkomstgroepen EDV'ers en bij WW'ers en bij de diagnosegroepen aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen. Periodieke ziekteverzuim- en gezondheidsenquêtes van het CBS geven geen redenen om te veronderstellen dat de gezondheid van de beroepsbevolking gemiddeld genomen verslechtert. Dit kan echter wel voor de WIA-aanvragers gelden. Vanuit de uitvoeringspraktijk heeft men de indruk dat de problematiek van de aanvragers verergerd is de afgelopen jaren. De stijging van de geregistreerde co-morbiditeit (=meerdere aandoeningen hebben) is in lijn met deze waarneming. Voor een deel zou de stijging van de co-morbiditeit het gevolg kunnen zijn van een betere discipline in de digitale vastlegging ervan (in plaats van uitsluitend in het 'papieren' medische dossier). De vraag in hoeverre de stijging van urenbeperkingen en FML-beperkingen nu het gevolg is van veranderingen in oordeelsvorming, en in hoeverre sprake is van ernstiger medische problematiek bij de aanvragers kan op basis van deze analyse niet eenduidig beantwoord worden. Van 'verminderde scherpte' bij artsen lijkt echter geen sprake te zijn: de keuzes voor uren- en FML-beperkingen worden steeds goed gemotiveerd, zoals blijkt uit de reguliere kwaliteitscontroles.

Overige onderzochte mogelijke oorzaken

Jurisprudentie, noch de herziening maximering maatmanloon begin 2007 blijken een substantiële rol te spelen bij de stijging van het toekenningspercentage. Verder hebben we gekeken of de invoering van de protocollen tot veranderingen in de claimbeoordeling hebben geleid. Hiervoor zijn geen aanwijzingen. De stapsgewijze invoering van verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt namelijk niet gevolgd door substantiële veranderingen in het aantal (uren)beperkingen bij de betreffende aandoeningen.

Voorbehoud bij de gedane analyse

In deze analyse is gekozen voor een analyse van de ontwikkelingen tussen 2006 (het startjaar van de WIA) en 2009 (het meest recente volledige kalenderjaar). We beschouwen 2006 als een aanloopjaar waarin het WIA-proces nog op gang moest komen. Ook 2009 is een bijzonder jaar, met relatief weinig afgehandelde aanvragen medio 2009 en relatief veel eind 2009. Dit betekent dat de gevonden cijfers wat anders zouden liggen als niet 2006 maar 2007 als referentiejaar zou zijn genomen. En ook zullen de uitkomsten waarschijnlijk anders worden als te zijner tijd ook 2010 wordt meegenomen in de analyse. De algemene tendens die deze analyse aangeeft over de invloed van demografie, sector, hernieuwde aanvragen en trends in de claimbeoordelingsparameters zal echter niet van richting veranderen.

1. Inleiding

De WIA is ruim vier jaar (29 december 2005) geleden van kracht geworden. Sinds de invoering worden elk jaar meer WIA-claimbeslissingen genomen en wordt het toekenningspercentage hoger. Beide trends zorgen ervoor dat aantal nieuwe WIA-toekenningen elk jaar groter wordt. Dit heeft het Kenniscentrum beschreven in UKV 2010-1. Vervolgens hebben we de oorzaken van de stijgende WIA-instroom nader onderzocht (kennismemo 10/06). Samengevat waren de bevindingen als volgt:

- ▶ de statistieken die voor *ramingen* worden gebruikt, zijn niet bruikbaar voor het inhoudelijk interpreteren van trends in het aantal aanvragen en aandeel afwijzingen, noch kunnen hier toekenningspercentages uit worden herleid.
- ▶ De stijging van het aantal WIA-toekenningen wordt deels veroorzaakt door groei van de sectoren, vooral de gezondheidszorg en de uitzendbranche. Binnen de gezondheidszorg is ook sprake van een sterke *relatieve* groei: hier stijgt ook het aantal beslissingen per 10.000 werknemers sterk. Binnen de uitzendbranche is dit niet het geval. Daarnaast groeit de relatieve instroom in een aantal andere sectoren licht, in een aantal andere blijft die stabiel.
- ▶ Drie typen factoren verklaren naar ruwe schatting 80% van stijging van het *toekenningspercentage*¹: 1) groei van de groep die na eerste afwijzing alsnog de WIA instroomt, 2) de vergrijzing en 3) verschuivingen binnen de claimbeoordeling: meer FML-bepkeringen en meer urenbepkeringen.

In het voorliggende kennismemo hebben we de oorzaken van de WIA-stijging in het algemeen, en die van de stijging van de FML-scores en de urenbepkeringen in het bijzonder nader onderzocht, met als achterliggende vraag of er sprake is van verminderde scherppte bij de claimbeoordeling. Hieronder beschrijven we de uitkomsten van de vervolganalyse, onderverdeeld in 5 hoofdstukken:

- H2. Verklaring van de stijging van het aantal aanvragen
- H3. Ontwikkelingen naar herkomstgroep (ex-vangnetgroepen en ex-werknemers)
- H4. Kenmerken hernieuwde WIA-aanvragers
- H5. Ontwikkelingen in claimbeoordelingsparameters
- H6. Conclusies en maatregelen

2. Is de stijging van het aantal WIA-aanvragen in lijn met de verwachting?

De bevindingen van H2 in het kort

In dit hoofdstuk staat de ontwikkeling van het aantal WIA-aanvragen centraal. Hun aantal is tussen 2006 en 2009 met 16,3% gestegen, van 35.220 naar 40.975. Deze stijging heeft meerdere oorzaken. Van de volgende drie belangrijke oorzaken hebben we het effect berekend:

1. *De WIA is een nieuwe wet, waardoor de terugstroom van aanvankelijk afgewezen aanvragen nog niet in evenwicht is.*
2. *Het aantal WIA-verzekerden stijgt.*
3. *De samenstelling van de verzekerden verandert: meer ouderen, meer vrouwen, minder jongeren en verschuivingen in omvang van sectoren.*

¹ Deze analyse betrof uitsluitend de verklaring van veranderingen in toekenningspercentage. De stijging van het aantal aanvragen – die bijna de helft van de toename van de toekenningen verklaart – bleef buiten beschouwing: 80% verklaring van de stijging van het toekenningspercentage, staat daarmee voor 40% verklaring van de stijging in het aantal toekenningen.

Samen verklaren deze drie oorzaken de totale stijging van het aantal aanvragen: als de terugstroom, het aantal WIA-verzekerden en de samenstelling van de populatie verzekerden gelijk waren gebleven, zou het aantal WIA-aanvragen tussen 2006 en 2009 niet zijn gestegen, maar licht zijn gedaald. Slechts in één sector zou er onder die omstandigheden nog sprake zijn geweest van een substantiële stijging, en dat is de gezondheidssector. In het onderwijs zouden we nog een kleine stijging hebben gezien. In een aantal marktsectoren zou het aantal aanvragen tussen 2006 en 2009 juist afgenomen zijn. De drempel voor het indienen van een WIA-aanvraag is dus lager geworden in deze periode. Sinds 2010 stijgt het aantal aanvragen relatief sterk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de economische crisis ertoe leidt dat er minder herplaatsingsmogelijkheden binnen en buiten het bedrijf zijn.

Oorzaak 1: aantal hernieuwde aanvragen na aanvankelijke afwijzing (reflux) nog niet stabiel

Een nog groeiend deel van de WIA-aanvragen betreft hernieuwde aanvragen. In 2006 ging het nog maar bij 1,5% van de aanvragen om een hernieuwde aanvraag, in 2009 was dit al 8,3% (laatste rij tabel 1). Redenen voor een hernieuwde aanvraag kunnen zijn: verergering van de oorspronkelijke klachten of ontstaan van nieuwe medische problematiek. Ook wordt na afwijzing van een aanvraag voor verkorte wachttijd IVA (logischerwijze) vaak tegen het einde van de wachttijd opnieuw een aanvraag ingediend. In de laatste kolom van tabel 1 is te zien dat het aantal eerste aanvragen met 8,19% is gestegen tussen 2006 en 2009 en het aantal hernieuwde aanvragen met 8,15%. De 16,3% stijging komt dus voor de helft door de stijging in het aantal eerste aanvragen en voor de helft door de stijging in het aantal hernieuwde aanvragen. Dit laatste is een gevolg van het feit dat de WIA een nieuwe wet is, en het stabiele niveau van hernieuwde aanvragen nog niet bereikt is. Het effect van de stijging van het aantal verzekerden en de demografische veranderingen onderzoeken we verder alleen binnen de groep die voor het eerst een claimaanvraag doet, dus op de resterende, nog niet verklaarde stijging van 8,19%.

Tabel 1. WIA-aanvragen: eerste en hernieuwde aanvragen, 2006-2009

	2006	2007	2008	2009	2009 tov 2006*
totaal aantal aanvragen WIA	35.220	37.219	39.806	40.975	+5.755
* toename t.o.v. 2006	-	+5,7%	+13,0%	+16,3%	16,34%
1 ^e aanvragen WIA	34.704	35.739	37.262	37.588	+2.884
* toename t.o.v. 2006	-	+3,0%	+7,4%	+8,3%	8,19%
2 ^e en volgende aanvragen WIA (reflux)	516	1.480	2.544	3.387	+2.871
* toename t.o.v. 2006	-	+287%	+493%	+656%	8,15%
2 ^e en volgende aanvragen als % van totaal	1,5%	4,0%	6,4%	8,3%	

*noemer is telkens het totaal aantal aanvragen in 2006 (35.220)

Oorzaak 2. Stijging van het aantal WIA-verzekerden

WIA-aanvragen in een bepaald kalenderjaar hebben hun oorsprong in het jaar waarin de ziekmelding plaatsvond, twee jaar daarvoor. Zo komen WIA-aanvragen uit 2006 van de verzekerden in het jaar 2004. Tussen 2004 en 2007 is het aantal WIA-verzekerden met 3,9% gestegen. De 'kring van WIA-verzekerden' bestaat grotendeels uit werknemers in tijdelijk of vast dienstverband, uitzendkrachten en WW'ers. Daarnaast is ook een aantal kleinere groepen verzekerd, zoals stagiaires en oproepkrachten, al dan niet onder voorwaarden. De toename van het aantal eerste WIA-aanvragen (dus exclusief de hernieuwde aanvragen) is groter dan die van het aantal verzekerden: 8,3% versus 3,9% (tabel 2). De toename van het aantal verzekerden verklaart dus een deel van de stijging van het aantal aanvragen. Vertalen

we dit gegeven in het aantal aanvragen per 10.000 werknemers, dan zien we een toename van 50,6 in 2006 naar 52,7 in 2009. Procentueel is dit een stijging van 4,3% van het aantal eerste WIA-aanvragen. Met andere woorden: de hernieuwde aanvragen en de stijging van het aantal verzekerden, verklaren $8,2+4,3=12,5$ procentpunt van de stijging. Daarmee blijft nog 4 procentpunt stijging onverklaard. Hieronder gaan we na in hoeverre deze met leeftijd, geslacht en sectorverschuivingen te maken heeft.

Tabel 2. Ontwikkeling aantal WIA-verzekerden² en eerste WIA-aanvragen

	in 2004	in 2005	in 2006	in 2007
aantal WIA-verzekerden	6.863.000	6.833.000	6.981.000	7.128.000
* toe-/afname t.o.v. 2004	-	-0,4%	+1,7%	+3,9%
	in 2006	in 2007	in 2008	in 2009
aantal eerste aanvragen WIA	34.704	35.739	37.262	37.588
* toename t.o.v. 2006	-	+3,0%	+7,4%	+8,3%
eerste aanvragen per 10.000 verzekerden	50,6	52,3	53,4	52,7
* toename t.o.v. 2006	-	3,4%	5,6%	4,3%

Oorzaak 3. Verschuivingen in leeftijd, geslacht en sectoren

Verschuivingen in leeftijd en geslacht

De groei van het aantal verzekerden is niet gelijkmatig verdeeld over alle leeftijdsgroepen en over mannen en vrouwen (tabel 3). Het aantal 55-plussers stijgt en bij de vrouwen ook het aantal 45-54-jarigen. Bij de jongeren is er nauwelijks groei en soms zelfs krimp. Belangrijkste oorzaak van deze vergrijzing is het doorschuiven van de naoorlogse geboortegolf. Daarnaast spelen de maatregelen een rol die getroffen zijn om de arbeidsparticipatie van ouderen te stimuleren.

Tabel 3. Ontwikkeling aantal WIA-verzekerden naar leeftijd en geslacht (x1.000)

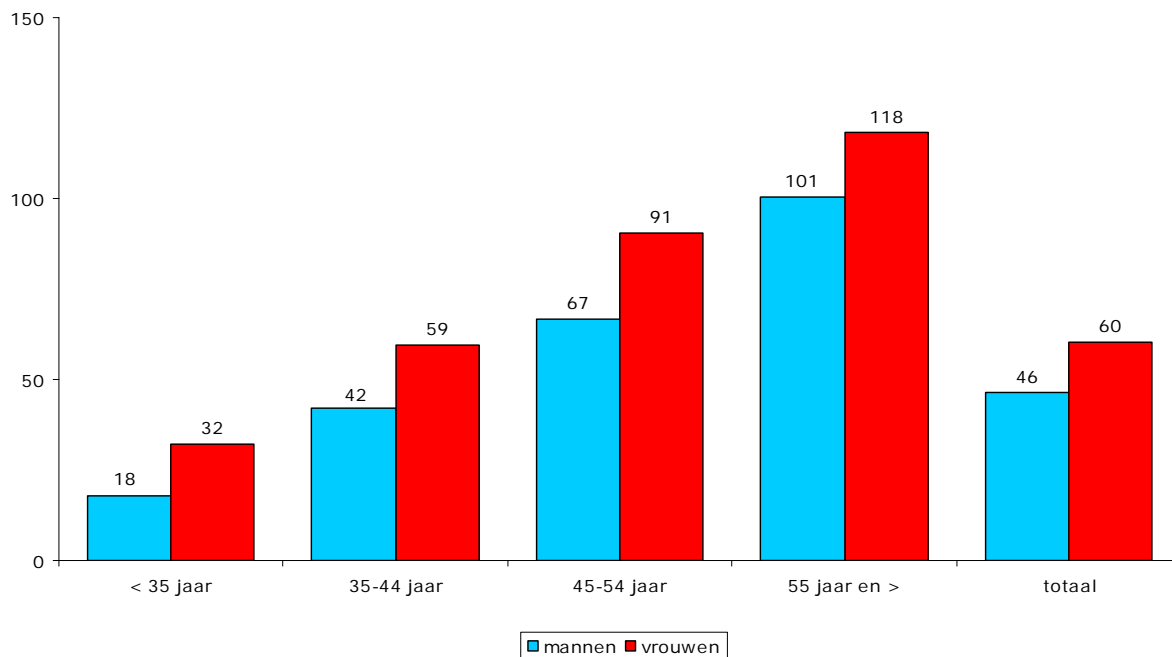
		2004	2005	2006	2007	2007 t.o.v. 2004
mannen	t/m 34 jaar	1.494	1.448	1.461	1.474	-1%
	35 - 44 jaar	997	991	987	982	-2%
	45 - 54 jaar	844	845	863	882	4%
	55 - 64 jaar	440	454	487	521	18%
	totaal	3.775	3.738	3.798	3.858	2%
vrouwen	t/m 34 jaar	1.383	1.348	1.365	1.382	0%
	35 - 44 jaar	813	819	832	845	4%
	45 - 54 jaar	640	657	689	721	13%
	55 - 64 jaar	240	260	286	311	30%
	totaal	3.076	3.084	3.172	3.260	6%
totaal	6.850	6.822	6.970	7.118	4%	

Ouderen en vrouwen hebben hogere kans op WIA-aanvraag

Ouderen en vrouwen hebben een grotere kans om langdurig ziek te worden dan jongeren respectievelijk mannen (figuur 1). De stijging van het aantal ouderen en van het aantal oudere vrouwen in het bijzonder, zorgt daarom voor een stijging van de WIA-aanvraagkans.

² Aantal werknemers 2006 en 2007 betreft een raming op basis van het aantal voor de jaren 2005 en 2008. Reden waarom met een raming volstaan moet worden is de overgang van dienstverbandenregistratie (VPD) naar Polisadministratie.

Figuur 1 Aantal eerste WIA-aanvragen per 10.000 WIA-verzekerden in 2009 naar leeftijd en geslacht



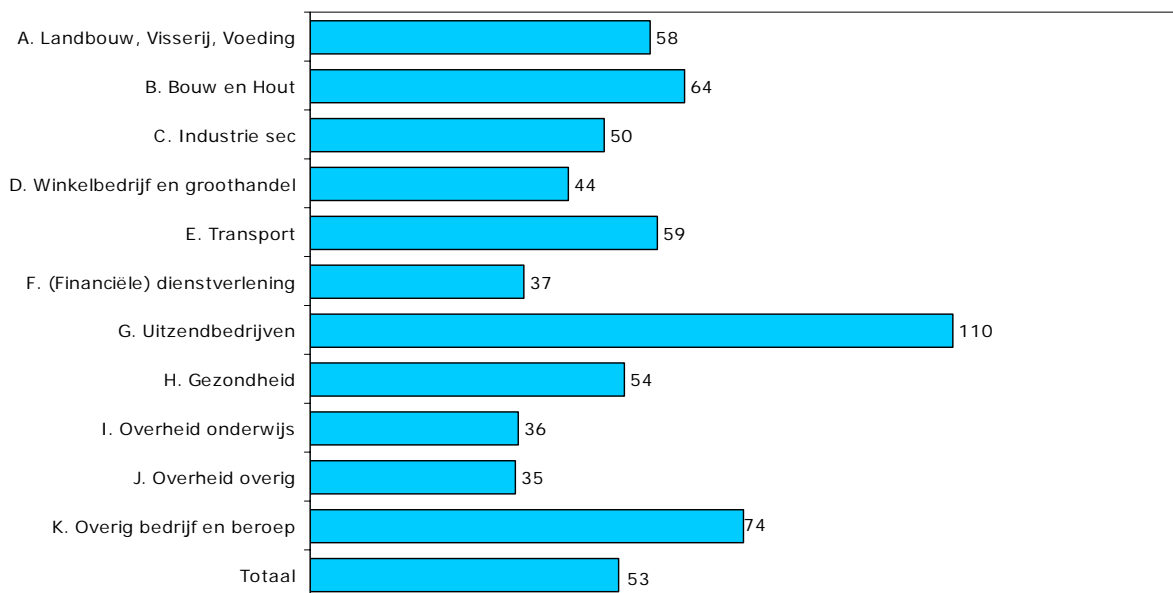
Sectorale ontwikkelingen

De samenstelling van de populatie WIA-verzekerden verandert tussen 2004 en 2007 niet alleen wat leeftijd en geslacht betreft. Ook de verdeling van de werknemers over de diverse sectoren is gewijzigd. Sommige bedrijfstakken zijn in omvang gegroeid, andere zijn gekrompen (zie tabel 4). Vooral de sector uitzendbedrijven is sterk gegroeid in die periode. Ook in het onderwijs is de stijging met 12% substantieel. De belangrijkste krimpsectoren zijn de landbouw en bouw & hout, met respectievelijk 7% en 5% krimp. In figuur 2 is te zien dat het aanvraagrisico WIA verschilt tussen sectoren. In de uitzendbranche is het aanvraagrisico relatief hoog. De hoogte van de sectorale WIA-aanvraagkans wordt onder meer bepaald door de samenstelling naar geslacht en leeftijd van de populatie werknemers, de gezondheid en belastbaarheid van de werknemers, de aard van de werkzaamheden en de arbeidsomstandigheden binnen de sector. Naast veel jongeren, kent de uitzendbranche ook een groep werknemers die vanwege gezondheidsbeperkingen, voorafgaande langdurige werkloosheid en/of andere problematiek niet of niet rechtstreeks een reguliere baan kan vinden. Werknemers in de uitzendbranche zijn voor een deel in vaste dienst. Het grootste deel betreft echter uitzendkrachten, die bij ziekte onder de Ziektewet vallen.

Tabel 4. Ontwikkeling aantal WIA-verzekerden per bedrijfstak/sector (x1.000)

	2004	2005	2006	2007	2007 t.o.v. 2004
A. Landbouw, Visserij, Voeding	296	288	281	275	-7%
B. Bouw en Hout	284	265	268	271	-5%
C. Industrie sec	792	775	774	773	-2%
D. Winkelbedrijf en groothandel	1.079	1.061	1.085	1.109	3%
E. Transport	382	378	384	389	2%
F. (Financiële) dienstverlening	976	975	1.006	1.036	6%
G. Uitzendbedrijven	282	318	361	404	43%
H. Gezondheid	1.112	1.122	1.135	1.149	3%
I. Overheid onderwijs	417	414	440	467	12%
J. Overheid overig	591	573	575	577	-2%
K. Overig bedrijf&beroep	652	664	671	678	4%
Totaal	6.863	6.833	6.981	7.128	4%

Figuur 2. Aantal eerste WIA-aanvragen per 10.000 verzekerden in 2009 per sector



Correctie voor oorzaken 2 (toename verzekerden) en 3 (ontwikkeling leeftijd, geslacht en sector)

De stijging van het aantal verzekerden en de verschuivingen in leeftijd, geslacht en sector brengt met zich mee dat het aantal WIA-aanvragen stijgt. Maar welk deel van de stijging wordt nu al met al verklaard door deze veranderingen? We laten dit zien met behulp van indirecte standaardisatie voor leeftijd, geslacht en sector. Hiermee bepalen we hoeveel aanvragen in 2009 verwacht hadden kunnen worden, als de aanvraagkans op hetzelfde niveau was gebleven als is in 2006, afgezet tegen de daadwerkelijke verandering in samenstelling en omvang van de verzekerdenpopulatie tussen 2006 en 2009. Deze standaardisatie gaat als volgt:

- We bepalen het aanvraagrisico in 2006 voor elke combinatie van leeftijd (4 categorieën), geslacht en sector (11 sectoren); in totaal berekenen we zo $4 \times 2 \times 11 = 88$ celspecifieke aanvraagkansen;
- We vermenigvuldigen de celspecifieke aanvraagkansen met de celspecifieke aantallen verzekerde werknemers in 2007 (= het jaar van ziekmelding van de aanvragers van 2009).

Het resultaat is voor elke combinatie een **verwacht** aantal WIA-aanvragen voor het jaar 2009. Dit verwachte vergelijken we met het werkelijke aantal aanvragen. Als er geen verschil is tussen verwachte en werkelijke aantallen, betekent dit dat de stijging of daling van de WIA-aanvragen het gevolg is van de veranderingen in populatie van WIA-verzekerden. Als er nog wel een verschil overblijft, betekent dit dat de stijging of daling van de aanvragen daarnaast ook andere – nog onbekende – oorzaken heeft. De uitkomsten per sector staan in tabel 5. Te zien is het volgende:

- ▶ In bijna alle sectoren zijn de verschuivingen zodanig dat in 2009 meer WIA-aanvragen te verwachten waren geweest dan in 2006. Uitzonderingen zijn de landbouw en bouw & hout, waar een kleine daling in aanvragen verwacht had mogen worden. Bij de uitzendbranche had vanwege de groei van de sector bijna de helft meer aanvragen verwacht mogen worden in 2009.
- ▶ Het wérkelijke aantal aanvragen is in de meeste marktsectoren, waaronder de uitzendbedrijven, achtergebleven bij de verwachting, een gunstige ontwikkeling dus. Alleen in de sector gezondheid is sprake van duidelijk meer aanvragen (circa 1.000) dan verwacht. In de overheidssectoren en dienstverlening lopen werkelijkheid en verwachting ongeveer gelijk op.
- ▶ De laatste kolom in tabel 5 geeft het saldo tussen verwacht en werkelijk stijgingspercentage weer. Duidelijk wordt dat alleen bij de sector gezondheid (waar in 2007 16% van alle verzekerden werkzaam was) sprake is van een onverklaarde forse stijging van het aantal WIA-aanvragen. In minder mate is dit ook het geval in de sector onderwijs.
- ▶ Per saldo zie we – na correctie voor veranderingen in de samenstelling en omvang van de kring WIA-verzekerden – dat het aantal WIA-aanvragen lager is dan te verwachten was (minus 2%).
- ▶ Kortom: als de terugstroom, het aantal WIA-verzekerden en de samenstelling van de populatie verzekerden gelijk waren gebleven, zou het aantal WIA-aanvragen tussen 2006 en 2009 niet zijn gestegen, maar licht zijn gedaald. De drempel voor een WIA-aanvraag is niet aan het verlagen.

Tabel 5. Verwachte en werkelijke aantal eerste WIA-aanvragen 2009 per bedrijfstak/sector

	werkelijk 2006	verwacht 2009	werkelijk 2009	verwacht t.o.v. 2006	werkelijk t.o.v. 2006	saldo*
A. Landbouw, Visserij, Voeding	1.798	1.781	1.600	-1%	-11%	-10%
B. Bouw en Hout	1.965	1.931	1.735	-2%	-12%	-10%
C. Industrie sec	4.307	4.421	3.894	3%	-10%	-12%
D. Winkelbedrijf en groothandel	5.026	5.404	4.905	8%	-2%	-10%
E. Transport	2.166	2.344	2.314	8%	7%	-1%
F. (Financiële) dienstverlening	3.346	3.707	3.794	11%	13%	3%
G. Uitzendbedrijven	3.329	5.078	4.440	53%	33%	-19%
H. Gezondheid	4.844	5.196	6.169	7%	27%	20%
I. Overheid onderwijs	1.388	1.569	1.658	13%	19%	6%
J. Overheid overig	1.945	1.984	2.027	2%	4%	2%
K. Overig bedrijf&beroep	4.570	4.961	5.030	9%	10%	2%
totaal	34.684	38.377	37.566	11%	8%	-2%

* werkelijke stijging/daling in 2009 t.o.v. 2006 minus verwachte stijging/daling t.o.v. 2006

Oorzaken stijging aanvragen in sector gezondheid onduidelijk

We hebben nog geen verklaring voor de onverwacht grote stijging van het aantal aanvragen in de sector gezondheid. Uit verzuimcijfers voor die sector blijkt dat ook het verzuim in het tweede ziektejaar de afgelopen jaren is gestegen. Het gemiddelde verzuimpercentage (dus eerste en tweede ziektejaar samen) is gelijk gebleven. De Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) laat in de periode 2004-2008³ geen verslechtering van de arbeidsomstandigheden zien in de sector gezondheids- en welzijnzorg, eerder nog een lichte verbetering in de werkdruk, het 'kracht moeten zetten' en de tevredenheid met de arbeidsomstandigheden. Mogelijk zijn andere dan met de NEA in kaart gebrachte kenmerken van de arbeidsomstandigheden wel verslechterd. Wellicht zijn ook niet de arbeidsomstandigheden, maar de mogelijkheden of de aandacht voor re-integratie aan het verslechteren. De gezondheidszorg groeit nog wel, maar tegelijkertijd worden veel efficiencyverbeteringen doorgevoerd. Denkbaar is dat het hierdoor lastiger wordt om aangepaste werkplekken voor mensen met beperkingen te realiseren. Naarmate minder oplossingen worden gevonden binnen de eerste twee ziektejaren, zal er wellicht vaker een noodzaak voor WIA-aanvraag zijn. Vanuit de claimbeoordelingspraktijk observeert men een taakverzwaring binnen de intramurale en extramurale zorg. Dit door kortere verblijfsduur respectievelijk indicering in combinatie met gerichte zorgverlening. Hierdoor zijn er minder lichtere momenten in het werk.

Toekomstige ontwikkelingen: wat kunnen we verwachten?

Om een aantal redenen verwachten we dat de stijging van het aantal aanvragen zich de komende jaren zal voortzetten:

- Binnen de kring van WIA-verzekerden zal het aandeel ouderen en daarbinnen het aantal vrouwen de komende jaren nog verder toenemen;
- Het aantal WIA-verzekerden stijgt nog licht (zie UKV 2010-II, paragraaf 2.2);
- Het aantal hernieuwde aanvragen na eerdere WIA-afwijzing is nog niet stabiel;
- Er zullen meer mensen van wie de WAO is beëindigd of die afgewezen werden, een beroep op de WIA gaan doen⁴;

³ CBS Statline

⁴ Mensen die na WAO-beoordeling (tot en met 2004) of na WAO-herbeoordeling (tot en met april 2009) minder dan 15% arbeidsongeschikt bevonden zijn, houden 5 jaar lang recht op WAO als de oorspronkelijke klachten verergeren. Pas na 5 jaar gaat ook deze groep een beroep op de WIA doen als de klachten verergeren.

- De WW-instroom gaat stijgen vanaf eind 2008, waardoor ook de toestroom vanuit de Ziektewet zal toenemen.

De uitzendsector, met zijn relatief hoge instroomrisico, zal de komende jaren naar verwachting *minder* WIA-aanvragen laten zien. Dit vanwege de krimp die eind 2008 inzette als gevolg van de economische crisis.

Vanaf 2010 extra stijging in aanvragen zichtbaar: mogelijk een crisiseffect

Verder moeten we er rekening mee houden dat vanaf 2010 de crisis ook een effect zal laten zien op het aantal WIA-aanvragen, vooral in de marktsectoren. Voor het eerst krijgen we dan aanvragen van mensen die in de beginperiode van de economische crisis (eind 2008) ziek werden of toen aan het begin van hun re-integratie stonden. Als de bedrijfseconomische situatie slecht is, zal er minder vaak een passende oplossing gevonden kunnen worden binnen het bedrijf, dan in goede tijden. Hetzelfde geldt voor re-integratie richting nieuwe werkgever. Naarmate het moeilijker wordt om een oplossing te vinden, zal mogelijk vaker een claimaanvraag voor de WIA worden ingediend. In de eerste maanden van 2010 zien we in de praktijk al een relatief grote toename van het aantal aanvragen.

3. Ontwikkelingen WIA-aanvragen en toekenningen werknemers en vangnetgroepen

De bevindingen van H3 in het kort

Bij een gemiddelde stijging van 16% van het aantal aanvragen, zijn de verschillen naar herkomstgroep groot. Als gevolg van de gunstige conjunctuur in de periode 2004-2007 is het aantal WIA-aanvragen tussen 2006 en 2009 bij de uitzendkrachten sterk gestegen (75%) en bij de WW'ers en EDV'ers gedaald (-5% en -9%). Bij werknemers is het aantal aanvragen met 28% gestegen. Het toekenningspercentage is het sterkst gestegen bij de WW'ers: vanaf 2007 steeg het 5% bij werknemers, 7% bij uitzendkrachten, 12% bij EDV'ers en 18% bij WW'ers. Door deze ontwikkelingen zijn de toekenningspercentages van WW'ers en EDV'ers dichter in de buurt komen te liggen van de – altijd relatief hoge – toekenningspercentages van werknemers.

In het vorige hoofdstuk lieten we zien dat ontwikkelingen in het aantal WIA-aanvragen mede afhangen van algemene en sectorale ontwikkelingen in het aantal verzekerden en hun leeftijd en geslacht. Daarbij is geen onderscheid gemaakt tussen aanvragen vanuit een werknemerspositie en aanvragen vanuit de Ziektewet. Deze laatste groep betreft voor een belangrijk deel einddienstverbanders, WW'ers en uitzendkrachten. In hoofdstuk 2 zijn deze aanvragers ondergebracht bij de sector waar men het laatste dienstverband had. De sector uitzendbranche bestaat grotendeels uit vangnetters, maar bevat voor een deel ook werknemers. Het is (WW'ers uitgezonderd) niet mogelijk om binnen de kring WIA-verzekerden deze groepen exact af te bakenen⁵, waardoor niet *gestandaardiseerd* kan worden voor verschuivingen in omvang van deze groepen. Pas op het moment van de aanvraag kunnen we vaststellen of een verzekerde tot het vangnet behoort. In deze paragraaf laten we zien hoe de aanvragen en toekenningen zich bij de vangnetgroepen en werknemers ontwikkelen. We delen de WIA-aanvragers in vijf groepen in: werknemers, uitzendkrachten (UZK), einddienst-

⁵ Voor de einddienstverbanders is dit zelfs niet bij benadering mogelijk: zolang het dienstverband loopt, heeft de werkgever een loondoorbetalingplicht en is men dus *niet* voor de Ziektewet verzekerd. Alleen in de situatie van 'ziek bij of vlak na beëindiging dienstverband' kan men een beroep op de Ziektewet doen.

verbanders (EDV), WW'ers en overige vangnetgroepen (voornamelijk zieke zwangeren en no riskpolis). We kunnen daarbij het volgende concluderen.

- ▶ Het aantal WIA-aanvragen stijgt tussen 2006 en 2009 continu bij werknemers en uitzendkrachten. Bij EDV'ers en WW'ers is het aantal aanvragen gedaald tussen 2006 en 2009 (tabel 6).
- ▶ Voor elk van de vijf groepen zijn de *toekenningpercentages* gestegen. De grootste stijging vond plaats tussen 2006 en 2007, wat we als een aanloopeffect van de invoering van WIA beschouwen. Vanaf 2007 is de verdere stijging bij werknemers en uitzendkrachten gering. Bij EDV'ers en WW'ers is de stijging ook vanaf 2007 nog relatief groot, vooral bij de WW'ers (tabel 6).
- ▶ Relatief gezien neemt het aandeel vangnetters bij aanvragen en toekenningen af tussen 2006 en 2009 (zie '%vangnetters' in tabel 6). Dit komt mede doordat – als gevolg van de gunstige conjunctuur – het aantal WW'ers daalde tussen 2004 en 2007.
- ▶ De gemiddelde leeftijd van de aanvragers stijgt 1,1 jaar tussen 2006 en 2009. Bij de WW'ers is de stijging relatief groot: 3,0 jaar. Dit komt waarschijnlijk omdat zelfs bij een gunstige conjunctuur oudere WW'ers moeilijk aan werk kunnen komen, waardoor hun aandeel in het WW-bestand relatief groter wordt. De hoogste gemiddelde leeftijden vinden we bij de WW'ers en werknemers met beiden 46,5 jaar. De uitzendkrachten zijn met gemiddeld 40 jaar het jongst. De stijging in de leeftijd verklaart – zelfs bij de WW'ers - maar een klein deel van de stijging van het toekenningpercentage.
- ▶ Het aandeel vrouwen is iets gestegen bij werknemers, EDV'ers en WW'ers. Bij de uitzendkrachten is het aandeel vrouwen iets gedaald.

Tabel 6. Ontwikkelingen aanvragen, toekenningen en afwijzingspercentages naar herkomstgroep (vangnet versus werknemer)

	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
aanvragen								
werknemer	18.159	19.202	21.447	23.175	100	106	118	128
UZK	1.989	2.286	2.755	3.459	100	115	139	174
EDV	7.896	7.336	6.828	7.533	100	93	86	95
WW	6.144	7.071	7.397	5.608	100	115	120	91
overig vangnet	1.032	1.324	1.379	1.200	100	128	134	116
totaal	35.220	37.219	39.806	40.975	100	106	113	116
% vangnetters	48,4%	48,4%	46,1%	43,4%				
toekenningen								
werknemer	9.764	11.234	12.889	14.080	100	115	132	144
UZK	850	1.004	1.303	1.659	100	118	153	195
EDV	3.839	3.878	3.815	4.414	100	101	99	115
WW	3.042	3.843	4.183	3.515	100	126	138	116
overig vangnet	454	641	706	639	100	141	156	141
totaal	17.949	20.600	22.896	24.307	100	115	128	135
% vangnetters	45,6%	45,5%	43,7%	42,1%				
afwijzingspercentage								
werknemer	46,2	41,5	39,9	39,2	111	100	96	95
UZK	57,3	56,1	52,7	52,0	102	100	94	93
EDV	51,4	47,1	44,1	41,4	109	100	94	88
WW	50,5	45,7	43,5	37,3	111	100	95	82
overig vangnet	56,0	51,6	48,8	46,8	109	100	95	91
totaal	49,0	44,7	42,5	40,7	110	100	95	91

4. Kenmerken hernieuwde WIA-aanvragers

De bevindingen van H4 in het kort

Bij afwijzing van de WIA-aanvraag dient een deel na korte of langere tijd een nieuwe aanvraag in, waarna de kans op toekenning aanzienlijk hoger blijkt. Omdat de WIA een nieuwe wet is, stijgt het aandeel hernieuwde aanvragen nog jaarlijks. Naar verwachting zal het aantal stabiliseren op 4.500 per jaar, wat ruwweg 10% van de nieuwe aanvragen is. De hernieuwde aanvragers zijn deels mensen van wie de aanvraag verkorte wachttijd IVA is afgewezen (uitsluitend ex-werknemers). Het grootste deel betreft mensen die bij de eerste aanvraag minder dan 35% arbeidsongeschikt bevonden werden. Bij de eerste claimaanvraag is er nauwelijks verschil in aard of ernst van de beperkingen tussen degenen die later wel en niet een hernieuwde aanvraag indienen. Bij de hernieuwde aanvraag, die relatief vaak snel na afwijzing volgt, blijken de beperkingen gemiddeld genomen verergerd te zijn.

We constateerden in hoofdstuk 2 dat de helft van de stijging van het aantal aanvragen het gevolg is van *hernieuwde* vragen. Hun aantal is nog niet gestabiliseerd en neemt nog jaarlijks toe. Gezien het verloop van de toename, verwachten we dat dit aantal zich zal stabiliseren op ongeveer 4.500 per jaar.

In ons eerste kennismemo over de WIA-stijging (KM 10/06) constateerden we dat de toekenningskans bij een hernieuwde aanvraag veel groter is dan bij een nieuwe aanvraag. Relevant is daarom meer zicht te krijgen op deze groep hernieuwde aanvragers: wat kenmerkt deze groep? De bevindingen zijn als volgt.

- ▶ Tussen 2006 en 2009 betreft een kleine 8.000 van de 153.000 WIA-aanvragen *hernieuwde* aanvragen. Hernieuwde aanvragen zien we meer dan gemiddeld bij ex-werknemers en minder dan gemiddeld bij vangnetters (tabel 7, kolom nr. 2).
- ▶ Het aandeel hernieuwde aanvragen is bij ex-werknemers uitsluitend hoger omdat alleen bij deze groep 'afwijzing verkorte aanvraag IVA' voorkomt (tabel 7, kolom nr. 3). Voor vangnetters is het wettelijk niet mogelijk om verkorte wachttijd IVA aan te vragen. Bij werknemers kwam deze vorm van afwijzing ruim 2.500x voor.
- ▶ Bij 95% van de hernieuwde aanvragers werd de eerste WIA-aanvraag *afgewezen*: 66% vanwege <35% arbeidsongeschikt, 16% na aanvraag verkorte aanvraag IVA en in 14% werd om andere redenen (waaronder onbekend⁶). Bij de (laatste) *hernieuwde* aanvraag is 26% afgewezen, 16% werd gedeeltelijk WGA, 44% volledig WGA en 14% IVA.
- ▶ **Zijn hernieuwde aanvragers al bij de eerste aanvraag te onderscheiden van degenen die niet opnieuw een aanvraag doen?** Dit blijkt nauwelijks het geval als we alleen kijken naar de 'echte 35-minners'. De 35-minners die opnieuw een aanvraag doen, zijn gemiddeld *iets* ouder, hebben *iets* meer FML-beperkingen en *iets* vaker een combinatie van fysieke en psychische beperkingen, en er is *iets* vaker sprake van comorbiditeit. Verder is er iets vaker sprake van hart- en vaatziekten of kanker, en van 'harde' diagnoses. De verschillen met de 35-minners die geen nieuwe aanvraag indienen zijn echter klein. In de sectoren winkelbedrijf en groothandel en overige bedrijf&beroep, komen iets meer hernieuwde aanvragen voor dan gemiddeld. De 'IVA-verkorte wachttijdgroep' onderscheidt zich sterker: deze groep heeft relatief veel beperkingen. Dit is logisch omdat vooral werknemers/werkgevers die zelf denken dat ze duurzaam en volledig arbeidsongeschikt zijn, een aanvraag verkorte wachttijd IVA indienen.
- ▶ **Wat is er veranderd bij de hernieuwde aanvraag?** We hebben dit bekeken bij ruim 3.000 klanten die in eerste instantie 35-minner werden. We zien in de eerste

⁶ De groep onbekend bestaat ook weer voor een deel uit 35-minners en afwijzing verkorte wachttijd WIA.

plaats dat er bij de hernieuwde aanvraag in 21% van de gevallen geen benutbare mogelijkheden meer zijn (medisch 80-100). Ze zijn bijvoorbeeld opgenomen in een ziekenhuis of inrichting, of de functionele mogelijkheden blijken sterk wisselend. Voor zover er wel mogelijkheden zijn, zien we dat het aantal FML-beperkingen is toegenomen, er vaker een urenbeperking is, vaker een combinatie van lichamelijke en psychische beperkingen en er dan vaker meer dan één diagnose is.

- ▶ **Wanneer vindt de hernieuwde aanvraag plaats?** In de beslisdatums van hernieuwde aanvragen zien we twee pieken: een piek 5 maanden na de eerste beslissing, en nieuwe piek na ruim 2 jaar. Terugkeer binnen een jaar, komt daarbij veel vaker voor dan terugkeer na twee jaar. De piek na 5 maanden wijst erop dat snel na de afwijzing een nieuwe aanvraag is ingediend. We zien deze piek zowel bij de afwijzingen aanvraag verkorte IVA-wachttijd als bij de echte 35-minners. Er is hierin weinig verschil tussen ex-werknemers en ex-vangnetters. Een nieuwe aanvraag na 2 jaar zien we meer dan gemiddeld bij WW'ers. Een hernieuwde aanvraag zonder wachttijd is voor 35-minners alleen mogelijk bij ontwikkeling van nieuwe klachten binnen 4 weken, of bij toegenomen ernst van de oorspronkelijke klachten binnen 5 jaar.
- ▶ Het feit dat deze verergering zich onevenredig vaak *snel* na de eerste beschikking voordoet, kan er op duiden dat de WIA-aanvraag is ingediend wegens nieuwe klachten. Hoewel het daarbij kan gaan om tijdelijke beperkingen voor het verrichten van arbeid (bijvoorbeeld ziekenhuisopname), wordt de WIA-uitkering toegekend voor de hele duur van de loongerelateerde periode (die afhankelijk is van leeftijd of arbeidsverleden). In de WAO was er nog een wachttijd van vier weken en kon men de uitkering stopzetten na herstel. In de WGA is dit - als de persoon geen werk heeft - niet mogelijk. Dit omdat in de WGA-uitkering ook het werkloosheidsdeel verdisconteerd is.
- ▶ **Kortom:** Een deel van de hernieuwde aanvragen is een logisch vervolg op de afwijzing verkorte wachttijd IVA. In de overige gevallen zien we dat de beperkingen zijn toegenomen. Dit was niet tevoren al te voorspellen.

Tabel 7. WIA-aanvragen en hernieuwde aanvragen naar herkomstgroep

	1) aantal aanvragen totaal		2) hernieuwde aanvragen		3) hernieuwde aanvragen excl. IVA verkort	
		kolom%		kolom%		kolom%
werknemer	81.983	53,5%	4.816	61,4%	3.568	54,2%
UZK	10.489	6,8%	467	6,0%	465	7,1%
EDV	29.593	19,3%	1.271	16,2%	1.270	19,3%
WW	26.220	17,1%	1.059	13,5%	1.059	16,1%
vangnet overig	4.935	3,2%	227	2,9%	223	3,4%
totaal	153.220	100,0%	7.840	100,0%	6.585	100,0%

5. Ontwikkelingen in ernst van de beperkingen

De bevindingen van H5 in het kort

In de eerste analyse (kennismemo 10/06) constateerden we dat ongeveer 40% van de stijging van het toekenningspercentage toe te schrijven is aan een toename van FML-beperkingen en urenbeperkingen. Dit na correctie voor onder andere leeftijd en geslacht. De gesignaleerde stijging in urenbeperkingen en FML doet zich vooral voor bij groepen waar deze relatief weinig toegekend worden en waarbij de afwijzingskans relatief hoog was: bij de herkomstgroepen EVD'ers en bij WW'ers en bij de diagnosegroepen aandoeningen aan het bewegingsapparaat en bepaalde psychische aandoeningen. Periodieke ziekteverzuim- en gezondheidsenquêtes van het CBS geven geen redenen om te veronderstellen dat de gezondheid van de beroepsbevolking gemiddeld genomen verslechtert. Vanuit de uitvoeringspraktijk

heeft men echter wel degelijk de indruk dat de problematiek van de aanvragers verergerd is de afgelopen jaren. De stijging van de geregistreeerde co-morbiditeit (=meerdere aandoeningen hebben) is in lijn met deze waarneming. De stijging in co-morbiditeit zou echter ook deels een gevolg kunnen zijn van betere registratiediscipline. De vraag in hoeverre de stijging van urenbeperkingen en FML-beperkingen nu het gevolg is van veranderingen in oordeelsvorming, en in hoeverre van ernstiger medische problematiek bij de aanvragers is met deze analyse niet te beantwoorden. Van 'verminderde scherpste' lijkt echter geen sprake te zijn: de keuzes voor uren- en FML-beperkingen worden steeds goed gemotiveerd, zoals blijkt uit de reguliere kwaliteitscontroles.

Jurisprudentie of de herziening maximering maatmanloon begin 2007 blijkt geen substantiële rol te spelen bij de stijging van het toekenningspercentage. Verder hebben we gekeken of de invoering van de protocollen tot veranderingen in de claimbeoordeling hebben geleid. Hiervoor zijn geen aanwijzingen. De stapsgewijze invoering van verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt namelijk niet gevolgd door substantiële veranderingen in het aantal (uren)beperkingen bij de betreffende aandoeningen.

In onze eerste analyse (KM 10/06) constateerden we dat een deel van de stijging van het toekenningspercentage tussen 2006 en 2009 verklaard wordt door een stijging van het aantal FML-beperkingen en urenbeperkingen in die periode. Voor deze stijging zijn in principe twee verklaringen mogelijk (al dat niet in combinatie), namelijk:

1. de oorzaak ligt extern: de aandoeningen en beperkingen van de WIA-aanvragers zijn verergerd tussen 2006 en 2009 (H5.1).
2. de oorzaak ligt intern (bij UWV): er vindt een verschuiving plaats in de oordeelsvorming van de verzekeringsartsen. Bij kwaliteitstoetsingen (die op dit punt geen 'verminderde scherpste' signaleren) komt dit niet als een aandachtspunt naar voren, omdat de motiveringen voor de keuze goed zijn (H5.2)

Op beide mogelijke oorzaken gaan we hieronder nader in, maar het is niet mogelijk gebleken om op basis van onze analyses uitsluitend te geven op dit punt.

5.1 Externe oorzaken: WIA-aanvragers hebben meer beperkingen gekregen?

Is de werkende beroepsbevolking zieker/ongezonder geworden?

Er zijn geen aanwijzingen dat de werkende beroepsbevolking – anders dan als effect van de vergrijzing – gemiddeld genomen ongezonder aan het worden is. In de periode 2006-2008 was het ziekteverzuimpercentage volgens het CBS stabiel. Pas in het laatste kwartaal van 2009 signaleert het CBS een kleine stijging ten opzichte van het laatste kwartaal van 2008. Ook geven CBS-enquêtes geen aanwijzingen dat de gezondheidsbeleving van de werkenden aan het verslechteren is in de periode 2004-2008. Het CBS publiceert verschillende indicatoren van gezondheid (gebaseerd op zelfrapportage), en geen van deze indicatoren wijst op een systematische verslechtering.

Is de medische problematiek van de WIA-aanvragers complexer geworden?

Jaarlijks dienen maar zo'n 5 op de 1.000 werknemers een WIA-aanvraag in. Vanwege deze kleine aantallen is het goed mogelijk dat een verergering in de aandoeningen bij deze aanvragers niet opgemerkt wordt in CBS-enquêtes. De indruk van de uitvoering is dat de problematiek van de cliënten de laatste jaren aan het verergeren is en er vaker sprake is van meerdere aandoeningen (co-morbiditeit, in de volgende alinea meer hierover). Als mogelijke verklaringen noemen zij dat werkgevers beter zijn gaan re-integreren waardoor WIA-aanvraag achterwege kan blijven, met als gevolg dat de resterende aanvragers gemiddeld ernstigere medische problemen hebben. Het feit dat de verergering zich vooral bij vangnetters voordoet (verderop meer hierover), kan een gevolg zijn van de toegenomen aandacht voor participatie van mensen met een beperking en van WWB'ers. In tijden van hoogconjunctuur (die de basis vormde voor de WIA-instroom t/m 2009) komen mensen met beperkingen relatief vaak aan het werk, waardoor ook de groep met een hoog arbeidsongeschiktheidsrisico toeneemt.

Verschuiven de aandoeningen van de WIA-aanvragers?

Van elke WIA-aanvrager wordt een medische diagnose vastgelegd volgens het CAS-coderingssysteem. In het registratiesysteem is ruimte voor een hoofddiagnose en maximaal twee nevend diagnoses. Het toekenningspercentage en het aantal beperkingen verschilt per diagnose. En als er naast een hoofddiagnose ook nevend diagnoses zijn, zien we gemiddeld ook meer beperkingen. Dit impliceert dat verschuivingen in aard en aantal diagnoses van WIA-aanvragers, ook verschuivingen in het aantal beperkingen met zich mee kunnen brengen. We beschouwen een CAS-diagnose niet als een intern te beïnvloeden factor: de verzekeringsartsen baseren de CAS-code grotendeels op de bevindingen van de medisch specialisten. Hetzelfde geldt voor nevend diagnoses. In tabel 8 laten we per diagnosegroep zien hoe deze zich ontwikkeld heeft bij de aanvragen tussen 2006 en 2009. Hiertoe zijn de circa 500 CAS-codes samengevoegd tot 30 hoofdgroepen van verwante aandoeningen. Ook geven we de ontwikkeling van de co-morbiditeit weer. De bevindingen zijn als volgt.

- ▶ In niet alle diagnosegroepen is het aantal aanvragen even sterk gestegen. Kijken we naar de meest voorkomende diagnosegroepen (met als criterium: meer dan 1.000x in 2006), dan zien we dat kanker meer dan gemiddeld gestegen is. Het aandeel van de diagnose kanker stijgt sterk met de leeftijd. De stijging van kanker als diagnose bij de WIA-aanvraag is daarom een logisch gevolg van de vergrijzing. Bij hart- en vaatziekten en de verschillende aandoeningen aan het bewegingsapparaat ligt de stijging *iets* onder het gemiddelde en bij de psychische aandoeningen duidelijk onder het gemiddelde. De stijging is hoog bij enkele relatief weinig voorkomende diagnoses als MS, aandoeningen aan het ademhalingsstelsel en reacties op ernstige stress (tabel 8).
- ▶ Kanker is een aandoening met een relatief kleine afwijzingskans. Aandoeningen aan het bewegingsapparaat kennen een relatief hoge afwijzingskans.
- ▶ Het aantal aandoeningen met co-morbiditeit is sterk gestegen tussen 2006 en 2009, van 41% in 2006 tot 50% in 2009 (zie ook tabel 8). Kijken we alleen naar de veel voorkomende diagnosegroepen (meer dan 1.000x in 2006), dan zien we een relatief sterke stijging van co-morbiditeit bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat (uitgezonderd rugaandoeningen) en stemmingsstoornissen. Binnen de minder voorkomende diagnosegroepen zien we een stijging van co-morbiditeit bij spanningsklachten, reacties op ernstige stress, angststoornissen en ademhalingsstelsel.

Tabel 8. Ontwikkeling aantal WIA-aanvragen per diagnosegroep en co-morbiditeit 2006-2009

	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
diagnosegroep*					index			
1 kanker	2.264	2.911	3.110	3.114	100	129	137	138
2 hart en vaatstelsel	2.744	2.929	3.155	3.122	100	107	115	114
3 huidaandoeningen	207	181	176	165	100	87	85	80
4 endocrine ziekten	510	496	494	528	100	97	97	104
5 zwangerschap/bevalling	34	53	51	51	100	156	150	150
6 gehoorandoeningen	181	165	191	188	100	91	106	104
7 hand/arm/schouder/nek	2.533	2.648	2.785	2.936	100	105	110	116
8 rugaandoeningen	2.601	2.616	2.780	2.874	100	101	107	110
9 voet/been/heup	2.000	1.993	2.112	2.238	100	100	106	112
10 bewegingsapparaat rest	4.162	4.272	4.495	4.630	100	103	108	111
11 hersenaandoening	348	342	368	378	100	98	106	109
12 multiple sclerose	424	458	455	502	100	108	107	118
13 epilepsie	148	150	167	146	100	101	113	99
14 zenuwstelsel overig	1.373	1.387	1.642	1.549	100	101	120	113
15 spanningsklachten	458	384	435	378	100	84	95	83
16 somatoforme stoornis	343	338	360	389	100	99	105	113
17 aanpassingsstoornis	1.793	1.652	1.877	1.948	100	92	105	109
18 reactie ernstige stress	800	921	954	1.117	100	115	119	140
19 angststoornis	766	900	948	921	100	117	124	120
20 persoonlijkheidsstoornis	2.259	2.442	2.492	2.375	100	108	110	105
21 stemmingsstoornis	3.408	3.731	3.758	3.616	100	109	110	106
22 verslaving psychoactiva	408	409	433	486	100	100	106	119
23 psych. stoornissen rest	925	996	853	793	100	108	92	86
24 ademhalingssysteem	717	780	864	957	100	109	121	133
25 spijsvertering	636	740	780	783	100	116	123	123
26 urogenitaal systeem	360	414	418	422	100	115	116	117
27 oogandoeningen	295	297	302	311	100	101	102	105
28 klachten overig	212	190	206	171	100	90	97	81
29 aandoeningen overig	558	635	673	643	100	114	121	115
30 ziekte NNO	51	31	26	22	100	61	51	43
co-morbiditeit*								
geen co-morbiditeit	19.809	19.942	20.055	18.942	100	101	101	96
wel co-morbiditeit	13.958	15.705	17.671	19.254	100	113	127	138
gemiddelde stijging					100	106	113	116

*exclusief onbekend.

- ▶ Uit de ontwikkelingen kunnen we niet zonder meer concluderen dat de aandoeningen van de WIA-aanvragers ernstiger geworden zijn. Toename van co-morbiditeit kan immers een gevolg zijn van verbeterde registratiediscipline, een onderwerp waaraan in 2006 speciale aandacht is besteed. Veranderingen in type aandoeningen kunnen in principe zuiver het gevolg zijn van de vergrijzing of toename van het aantal oudere vrouwen. Met multivariate analyse zijn we daarom nagegaan of de daling van het afwijzingspercentage kleiner wordt, wanneer we corrigeren voor de stijgende leeftijd, de toename van het aantal vrouwen, de veranderingen in de verschillende diagnosegroepen en de toename van de co-morbiditeit. Dit blijkt niet het geval te zijn: leeftijd en geslacht verklaren een klein deel van de *daling* in het afwijzingspercentage, maar

stapsgewijze toevoeging van diagnose en co-morbiditeit voegt hier niets aan toe. Omgekeerd geldt hetzelfde. Ook als tevens gecontroleerd wordt voor de verschuiving in sectoren en in vangnetgroepen, worden de jaarverschillen kleiner. Met andere woorden: er vinden weliswaar op deze factoren verschuivingen plaats bij de WIA-aanvragers, maar deze verklaren in hun totaliteit niet meer van de daling van het afwijzingspercentage, dan de factoren leeftijd en geslacht 'in hun eentje' al doen. Pas nadat tevens voor urenbeperkingen en FML-beperkingen gecorrigeerd wordt, nemen de jaarverschillen in afwijzingspercentage verder af.

- ▶ Kortom: de aandoeningen van de WIA-aanvragers verschuiven richting ernstiger problematiek en meer co-morbiditeit. Deze veranderingen zorgen op zichzelf niet voor een hoger toekenningspercentage, anders dan het vergrijzingseffect. Vooral het feit dat de met de aandoeningen gepaard gaande beperkingen in de functionele mogelijkheden voor het verrichten van arbeid zijn verminderd, draagt bij aan de stijging van het toekenningspercentage.

5.2 Interne oorzaken: Verschuivingen in claimbeoordelingsparameters

Jurisprudentie naar aanleiding van bezwaar en beroep kan in principe leiden tot veranderingen in oordeelsvorming. Volgens Bezwaar en Beroep is er in de afgelopen vier jaar echter geen jurisprudentie geweest, die van invloed is geweest op de uitkomst in de zin van wel of niet een WIA-toekenning. Een andere factor die van invloed zou kunnen zijn geweest, is het (met terugwerkende kracht) ongedaan maken van de maximering van de maatmanuren tot 38, begin 2007. In de praktijk blijkt echter het aantal afgewezen WIA-aanvragen dat na herziening alsnog werd toegekend, zeer gering. Deze verandering in het Schattingsbesluit is daarmee slechts voor een heel klein deel verantwoordelijk voor de daling van het afwijzingspercentage tussen 2006 en 2007. De stijging van het toekenningspercentage is dus niet toe te schrijven aan formele veranderingen in – interpretatie van – regelgeving. Ook zijn er geen aanwijzingen dat de kwaliteit van de claimbeoordeling afneemt. Een speciale afdeling binnen SMZ voert jaarlijks kwaliteitscontroles uit op een steekproef van dossiers van elke verzekeringsarts. De controles laten zien dat de kwaliteit van de oordeelsvorming constant is. De toegekende urenbeperkingen en FML-beperkingen stijgen weliswaar, maar de verzekeringsartsen geven steeds goede moveringen voor deze toekenningen.

Om een beeld te krijgen van verschuivingen in oordeelsvorming bij de verzekeringsartsen kijken we naar de volgende vier – voor de uitkomst belangrijke - claimbeoordelingsparameters:

- aandeel medisch 80-100 (geen benutbare mogelijkheden, GBM);
- gemiddeld aantal FML-beperkingen;
- aandeel urenbeperkingen;
- co-morbiditeit.

We bekijken de ontwikkelingen in relatie tot de volgende achtergrondkenmerken:

- leeftijd (en voor zover relevant ook geslacht);
- diagnosegroep;
- herkomstgroep (vangnetters, werknemers);
- sector.

We kijken daarbij zowel naar contrasten op basis van de gemiddelden over 2006-2009, als naar veranderingen in de periode. Daarnaast beschrijven we globaal de ontwikkelingen bij de diagnosegroepen waarvoor een protocol is of wordt ontwikkeld.

Medisch 80-100 (GBM)

- ▶ Er is tussen 2006 en 2009 een lichte toename van het aandeel WIA-aanvragen waarbij geen benutbare mogelijkheden worden vastgesteld: van 12,8% in 2006 naar 14,6% in 2009. In dat geval is de klant 'medisch 80-100'. Meer dan de helft van de stijging vond tussen 2006 en 2007 plaats.
- ▶ Deze stijging doet zich in alle leeftijdsklassen voor, maar is relatief klein bij de 35-44-jarigen. GBM komt ook wat vaker voor bij de oudste en de jongste leeftijdsgroepen, dan bij de 35-44-jarigen.
- ▶ GBM is sterk afhankelijk van de diagnose. Relatief vaak (meer dan 25%) komt het voor bij aanvragers met hart- en vaatzieken, ziekten door zwangerschap of bevalling, persoonlijkheidsstoornissen en drugsverslaving. Bij deze diagnoses is nauwelijks sprake van een stijging. Kijken we naar de veel voorkomende diagnosegroepen, dan zien we een meer dan gemiddelde *toename* van medisch 80-100 bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat en aanpassingsstoornissen. Het aandeel GBM bij deze aandoeningen ligt overigens nog steeds ver onder het gemiddelde.
- ▶ GBM zien we over de gehele periode 2006-2009 het meest bij werknemers (15,6%) en het minst bij de overige vangnetters (11,1%). De *toename* is het sterkst bij einde dienstverbanders (van 11,2% naar 14,2%).
- ▶ GBM komt het minst voor in de sector bouw&hout (11%) en het meest in de sector overheid (16%). In laatstgenoemde sector is ook de *toename* het grootst. Deze sector bevat werknemers in dienst van rijk, provincie, gemeenten, defensie, politie en rechterlijke macht.

FML-beperkingen

- ▶ De FML-beperkingen worden alleen onderzocht en geregistreerd in geval er benutbare mogelijkheden zijn. Er is tussen 2006 en 2009 een lichte toename van het aantal FML-beperkingen bij WIA-aanvragers. van 14,3 in 2006 naar 15,4 in 2009. Dit is een stijging van 8%. Meer dan de helft van de stijging vond tussen 2006 en 2007 plaats. Algemeen geldt: hoe meer beperkingen, hoe groter de *kans op* een WIA-uitkering. Het aantal beperkingen zegt echter ook niet alles, ook de aard van de beperking is van belang: de ene beperking sluit meer functies uit dan de andere.
- ▶ Het gemiddelde aantal beperkingen is hoger naarmate de aanvragers ouder zijn. Tussen 2006 en 2009 hadden de WIA-aanvragers van 25 jaar of jonger gemiddeld 12,7 beperkingen oplopend tot 17,6 bij de 55-plussers. De stijging in FML-beperkingen doet zich in alle leeftijdsklassen in gelijke mate voor. Dit betekent dat de FML-stijging *niet* (of althans niet volledig) een gevolg is van de vergrijzing.
- ▶ Het aantal FML-beperkingen verschilt sterk per diagnosegroep. Mensen met spanningsklachten, aanpassingsstoornissen of oogaandoeningen hebben gemiddeld de minste beperkingen (ruim 10 in 2009), mensen met hart- en vaatziekten de meeste (ruim 22 in 2009). Kijken we naar de diagnosegroepen met substantiële omvang, dan zien we weinig uitschieters wat toename betreft. Het meest opvallend is nog de stijging bij hand/arm/schouder/nekaandoeningen (13% stijging versus een gemiddelde van 8%). Het aantal beperkingen bij kanker en hart- en vaatziekten is opvallend stabiel gebleven.
- ▶ De stijging van de FML-beperkingen zien we vooral terug bij 'specifieke voorwaarden voor het persoonlijk functioneren' en bij 'dynamische handelingen'. In hoeverre deze specifieke beperkingen van invloed zijn op de functieduiding is niet onderzocht.
- ▶ Het gemiddelde aantal beperkingen ligt het hoogst bij werknemers en WW'ers (ruim 15) en het laagst bij uitzendkrachten (13,7). De *toename* is relatief hoog bij de WW'ers: 13% stijging tegenover 6-9% bij de overige vier herkomstgroepen. Deze relatief grote stijging bij de WW'ers is deels het gevolg van de relatief sterke vergrijzing

van deze groep. Ook binnen leeftijdsgroepen is de stijging in FML-beperkingen bij de WW'ers nog relatief hoog.

- ▶ Er zijn geen grote verschillen in aantal FML-beperkingen tussen sectoren. Alleen de sector overig bedrijf&beroep springt er wat uit met 16,7 beperkingen tegenover een gemiddelde van 15,0. Binnen deze 'verzamelsector' hebben vooral de volgende subsectoren een hoog gemiddelde: reiniging, contractcatering en werk&re-integratie.

Urenbeperkingen

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

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

Urenbeperkingen zijn niet gerelateerd aan de eigen functie, maar aan gangbare arbeid. Ze mogen dus alleen worden toegepast als de beperkingen zich niet alleen in de eigen functie, maar in elke mogelijke functie (ook als die van veel lager niveau is) zouden voordoen.

Tabel 9. Ontwikkeling urenbeperkingen 2006-2009 (voor zover FML is gemaakt)

	2006	2007	2008	2009
geen urenbeperking	65,9%	63,6%	62,4%	60,4%
urenbeperking, namelijk:	34,1%	36,4%	37,6%	39,6%
<i>kan ongeveer 40 uur werken*</i>	6,3%	6,2%	5,4%	5,6%
<i>kan ongeveer 30 uur werken</i>	5,1%	5,1%	5,2%	5,5%
<i>kan ongeveer 20 uur werken</i>	17,2%	18,7%	19,9%	20,9%
<i>kan ongeveer 10 uur werken</i>	5,5%	6,4%	7,0%	7,7%

*De divisie SMZ beschouwt dit niet als een echte urenbeperking en telt het ook niet als zodanig ten behoeve van eigen statistieken. In deze analyse is het wel als urenbeperking geteld.

De bevindingen rond urenbeperkingen zijn als volgt:

- ▶ Tussen 2006 en 2009 neemt het aandeel urenbeperkingen toe: van 34,1% naar 39,6% van de cliënten met benutbare mogelijkheden (tabel 9). Deze percentages zijn uitsluitend gebaseerd op de WIA-aanvragen waarbij een FML is gemaakt, wat 82% van alle WIA-aanvragen is. Vooral de grotere urenbeperkingen (maximaal 10 of 20 uur kunnen werken) zijn toegenomen: van 22,7% naar 28,6%. Bij een forse urenbeperking is de kans op een WIA-uitkering zeer groot. Het aandeel kleine urenbeperkingen (maximaal 30 of 40 uur werken) is stabiel gebleven.
- ▶ Hoe ouder de aanvrager, hoe vaker een urenbeperking (30,1% bij aanvragers jonger dan 25 jaar tot 40,5% bij de 55-plussers). De *stijging* is in alle leeftijdsgroepen even sterk.
- ▶ Urenbeperkingen verschillen sterk per diagnosegroep. Het meest komen ze voor bij multiple sclerose (87%) en kanker (71%), het minst bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat (15% bij voet-, been- of heupaandoeningen).
- ▶ De *toename* in urenbeperkingen is het grootst bij de diagnosegroepen waar ze het minst vaak vastgesteld worden: aandoeningen aan het bewegingsapparaat en spanningsklachten.
- ▶ Urenbeperkingen worden het meest toegepast bij werknemers (43%) en het minst bij uitzendkrachten (24,5%). De toename tussen 2006 en 2009 is het grootst bij de EDV'ers, WW'ers en overige vangnetters (19-25%) en het laagst bij uitzendkrachten (5%). Bij de werknemers is de toename 10%. Deze toename vond vrijwel geheel tus-

sen 2006 en 2007 plaats, sinds 2007 is de toepassing van urenbeperkingen bij werknemers stabiel.

- ▶ Er zijn vrij grote verschillen in het aandeel urenbeperkingen tussen sectoren. Het minst komen ze voor in de sectoren bouw&hout (26%) en uitzendbedrijven (26%). Samen met de landbouw, kennen deze sectoren gemiddeld de laagste opleidingsniveaus. Het meest worden ze toegepast in het onderwijs (51%), gevolgd door overheid (48%) en financiële dienstverlening (49%). De grootste stijgers zijn bouw&hout en overheid.

Co-morbiditeit

- ▶ Tussen 2006 en 2009 neemt het aandeel WIA-aanvragen waarbij meerdere diagnoses worden geregistreerd geleidelijk toe: van 41% naar 50%.
- ▶ Hoe ouder de aanvrager, hoe vaker er meerdere diagnoses zijn vastgelegd (35% bij de 25-minners tot 49% bij de 55-plussers). De *stijging* is in alle leeftijdsgroepen even sterk.
- ▶ Co-morbiditeit laat relatief weinig verschillen tussen diagnosegroepen zien, zeker in vergelijking met de verschillen in GBM of urenbeperkingen. Bij de meeste groepen ligt de co-morbiditeit maximaal 10 procentpunt onder of boven het gemiddelde. Alleen bij MS en kanker is de co-morbiditeit relatief laag. De *toename* is relatief groot bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat en stemmingsstoornissen. Daarnaast zien we ook bij een aantal kleinere psychische diagnosegroepen een stijging.
- ▶ Bij co-morbiditeit zijn er gemiddeld meer FML-beperkingen: 17,4 versus 13,4 bij degenen met één diagnose. De toename in het aantal beperkingen is met of zonder co-morbiditeit even groot.
- ▶ Co-morbiditeit komt bij de vangnetgroepen (45-52%) duidelijk meer voor dan bij de werknemers (39%). De meeste co-morbiditeit zien we bij WW'ers (52%). De stijging in co-morbiditeit is bij de WW'ers ook veel hoger dan gemiddeld.
- ▶ De verschillen in co-morbiditeit tussen sectoren zijn klein: 43% in het onderwijs en bij de overheid tot 52% bij overig bedrijf&beroep. De grootste stijgers zijn de twee sectoren waar deze (nog steeds) het laagste is: gezondheid en overheid.

Protocoldiagnoses

In totaal zijn voor 20 aandoeningen protocollen ontwikkeld. De eerste protocollen zijn ingevoerd in maart 2006, de meest recente in maart 2010. De laatste vier protocollen zijn gereed, maar nog niet geïmplementeerd. In tabel 10 staat als voorbeeld per protocol het gemiddelde aantal FML-beperkingen, naar jaar. Bij geen enkel protocol is sprake van een opvallende – duidelijk van het gemiddelde afwijkende – daling of stijging in de periode na invoering. Ook als we kijken naar trends in urenbeperkingen of co-morbiditeit, zien we geen verband met de invoering van het protocol.

Tabel 10. Ontwikkeling in gemiddelde FML bij diagnoses waarvoor een protocol is of wordt ontwikkeld

	aantal	2006	2007	2008	2009
1 algemene lage rugklachten 0603	4.396	13,0	13,8	14,2	14,6
2 hartinfarct 0603	2.606	14,9	15,9	15,3	16,3
3 chronische vermoeidheid 0801	334	13,6	13,5	15,2	14,5
4 hernia 0803	3.894	15,9	16,6	16,9	16,8
5 beroerte 0801	4.603	23,9	24,5	24,8	24,4
6 borstkanker 0710	3.340	14,0	15,3	14,5	14,7
7 whiplash 0903	1.820	15,3	16,3	16,5	17,1
8 overspanning 0707	6.726	9,9	10,3	10,5	10,9
9 depressie 0707	14.475	13,0	13,8	14,1	14,0
10 artrose 1003	3.391	15,1	15,6	15,6	16,3
11 reuma 1003	1.732	22,0	22,6	22,3	22,6
12 schizofrenie 0911	2.977	15,0	15,1	15,5	14,6
13 chronische schouderklachten 0911	2.209	11,7	12,5	12,6	13,2
14 COPD 0812	1.967	17,5	19,1	18,5	19,7
15 angststoornis 0710	7.762	12,4	13,0	13,1	13,4
16 chronische hartklachten 0812	728	19,6	19,5	19,1	19,1
17 borderline*	1.765	12,3	13,7	12,6	12,8
18 nierinsufficiëntie*	742	14,6	16,3	14,4	15,4
19 darmkanker*	1.813	14,3	14,4	14,7	13,6
20 diabetes*	1.436	15,7	15,4	15,9	16,1
21 aandoeningen zonder protocol	77.017	14,3	15,0	15,2	15,5
totaal (inclusief onbekend)	153.220	14,3	15,0	15,2	15,4

* Deze protocollen zijn opgeleverd, maar op dit moment (mei 2010) nog niet geïmplementeerd.

Conclusie ontwikkeling claimbeoordelingsparameters verzekeringsarts

De vier onderzochte claimbeoordelingsparameters zijn allen verschoven richting 'grotere toekenningskans'. De toename van het aantal (forse) urenbeperkingen lijkt daarbij de meeste impact te hebben. Relatief grote verschuivingen in de claimbeoordelingsparameters zien we bij de volgende substantiële groepen/diagnoses:

- ▶ WW'ers en in iets mindere mate einddienstverbanders,
- ▶ aandoeningen aan het bewegingsapparaat,
- ▶ enkele moeilijk objectiveerbare psychische diagnoses,
- ▶ de sectoren overheid, bouw&hout en overig bedrijf&beroep.

6. Conclusies

In deze analyse is gekozen voor een analyse van de ontwikkelingen tussen 2006 (het startjaar van de WIA) en 2009 (het meest recente volledige kalenderjaar). We beschouwen 2006 als een aanloopjaar waarin het WIA-proces nog op gang moest komen. Ook 2009 is een bijzonder jaar, met relatief weinig afgehandelde aanvragen medio 2009 en een relatief veel eind 2009. Een trend die zich in 2010 doorzet. Dit betekent dat de gevonden cijfers wat anders zouden liggen als niet 2006 maar 2007 als referentiejaar zou zijn genomen. En ook zullen de uitkomsten waarschijnlijk anders worden als te zijner tijd ook 2010 wordt meegenomen in de analyse. De algemene tendens die deze analyse aangeeft over de invloed van demografie, sector, hernieuwde aanvragen en trends in de claimbeoordelingsparameters zal echter niet van richting veranderen. Voor 2006 t/m 2009 zijn de conclusies als volgt:

- ▶ De 16% stijging van de WIA-aanvragen tussen 2006 en 2009 is geheel het gevolg van toename van het aantal verzekerden, vergrijzing, toename van (oudere) vrouwen, verschuivingen tussen sectoren en hernieuwde WIA-aanvragen.

- ▶ De 35% stijging van de WIA-**instroom** is voor bijna de helft het gevolg van bovengenoemde stijging van het aantal aanvragen, en voor ruim de helft het gevolg van de stijging van het toekenningspercentage. De stijging van het **toekenningspercentage** heeft de volgende redenen (zie kennismemo 10/06):
 - vergrijzing (20% van stijging);
 - stijging aantal hernieuwde aanvragen met bijbehorende hogere toekenningkans (20% van stijging)
 - veranderingen in claimbeoordelingsparameters (40% van stijging)
 - onbekend (20% van stijging)
- ▶ Hernieuwde aanvragen (uitgezonderd afwijzingen verkorte wachttijd IVA) zijn niet vooraf te voorspellen/voorzien: bij eerste aanvraag zijn de beperkingen nauwelijks bovengemiddeld voor 35-minners. Bij hernieuwde aanvraag is relatief vaak sprake van GBM (1 op de 5) en zijn er meer beperkingen.
- ▶ De stijging van het toekenningspercentage is het sterkst bij de WW'ers en – iets minder sterk – bij de einddienstverbanders. De bij de werknemers is vanaf 2007 zeer gering.
- ▶ Vooral de urenbeperkingen zijn sterk gestegen (+16%). De stijging betreft uitsluitend de forse urenbeperkingen (maximaal 10 of 20 uur kunnen werken).
- ▶ Het gemiddelde aantal FML-beperkingen is met 8% gestegen.
- ▶ De stijging in urenbeperking en FML zien we vooral terug bij WW'ers en – wat minder sterk – bij EDV'ers. Van de WW'ers is overigens ook de leeftijd relatief sterk gestegen tussen 2006 en 2009, waarschijnlijk omdat als gevolg van de gunstige conjunctuur een 'harde kern' van ouderen is overgebleven. Dit verklaart de stijging in urenbeperkingen en FML echter maar voor een deel.
- ▶ Naast FML en urenbeperkingen is ook GBM iets gestegen tussen 2006 en 2009 en wordt vaker co-morbiditeit geregistreerd.
- ▶ De stijging in GBM, urenbeperking, FML en co-morbiditeit is relatief hoog bij aandoeningen aan het bewegingsapparaat en de moeilijk objectiveerbare psychische aandoeningen, aandoeningen met een relatief hoge afwijzingskans.
- ▶ Er zijn geen aanwijzingen dat de invoering van protocollen gepaard gaat met verschuivingen in claimbeoordelingsparameters op de betreffende diagnoses.