

De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen: een kwantitatieve analyse over de periode 1992-2010

Hoe vaak wordt er door de bestuursrechter in arbeidsongeschiktheidsgeschillen een medisch deskundige ingeschakeld? Zijn er trends te ontdekken en zijn er verschillen tussen rechtbanken? Welke invloed heeft inschakeling van een deskundige op de uitkomst van het geschil? Is er een relatie tussen inschakeling van een deskundige en het al dan niet in hoger beroep gaan? Aan welke deskundige heeft de rechter vooral behoefte? Wat is het effect op de doorlooptijd? Deze en andere kwesties komen aan de orde in dit artikel, waarin wij verslag doen van een onderzoek naar de herkomst (welke wet), de aantallen, het beloop, uitkomsten en doorlooptijden van bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen met en zonder inschakeling van een medisch deskundige. Het onderzoek is gebaseerd op een analyse van de databestanden van rechtbanken en van de Centrale Raad van Beroep over de periode vanaf 1992 respectievelijk 1996 tot en met 2010.

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

In arbeidsongeschiktheidskwesties blijkt een aanzienlijk aantal (potentiële) uitkeringsgerechtigden na het eerste beoordelingstraject actief de beslissing over de mate van arbeidsongeschiktheid te bestrijden.

Bestuursrechters kunnen in arbeidsongeschiktheidskwesties advies inwinnen van een onafhankelijke medisch deskundige. Dat zal in de regel gebeuren wanneer de justitiabele erin slaagt twijfel te zaaien bij de bestuursrechter over de juistheid van de medische beoordeling die ten grondslag ligt aan de beslissing van het bestuursorgaan.¹ Als zo'n deskundige is ingeschakeld, volgt de bestuursrechter in zijn beslissing vrijwel altijd het advies van deskundige. Het is vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB) dat het oordeel van de deskundige in beginsel gevolgd wordt.² Aangenomen wordt dat de kans dat een klager gelijk krijgt aanzienlijk groter is bij inschakeling van een medisch deskundige. In de uitvoeringspraktijk bestaat het beeld dat de inbreng van deze deskundige van doorslaggevend belang is voor de uitkomst van het geschil. Als dit juist is dan zou dit te zien moeten zijn aan de gegevens van de uitslag van beroepszaken zonder en met inzet van deskundigen.

Er is geen systematisch onderzoek gedaan naar de herkomst (welke wet), de aantallen, het beloop en de uitkom-

sten van bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen waarbij de bestuursrechter een medisch deskundige inschakelt. Van het aantal medisch deskundigen dat wordt ingeschakeld bestaan slechts schattingen. De laatste schatting voor de rechtbanken is van 2005 en kwam uit op ruim 600. De CRvB zou jaarlijks ongeveer 100 medisch deskundigen inschakelen.³

Goed zicht op de stand van zaken in het bestuursrecht met betrekking tot inschakeling van deskundigen is er dus niet. In dit artikel doen wij verslag van de bevindingen met betrekking tot de herkomst, aantallen, uitkomsten en doorlooptijden op basis van een analyse van de databestanden van rechtbanken en de CRvB over de periode vanaf 1992 voor de rechtbanken resp. 1996 voor de CRvB tot en met 2010. Deze bevindingen zijn interessant voor bestuursrechters en voor procespartijen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen: advocaten en rechtshulpverleners en UWV en zijn verzekeringsartsen (aard, aantallen en uitkomsten). Verder kunnen ze worden gebruikt als benchmark tussen rechtbanken onderling (aantallen en uitkomsten) en leveren te managementinformatie op (aantallen en doorlooptijden).

1.2. Context arbeidsongeschiktheidsgeschillen

Het gaat in dit artikel om een aantal arbeidsongeschiktheidsregelingen: de ZW, de AAW/WAO, de WIA en de

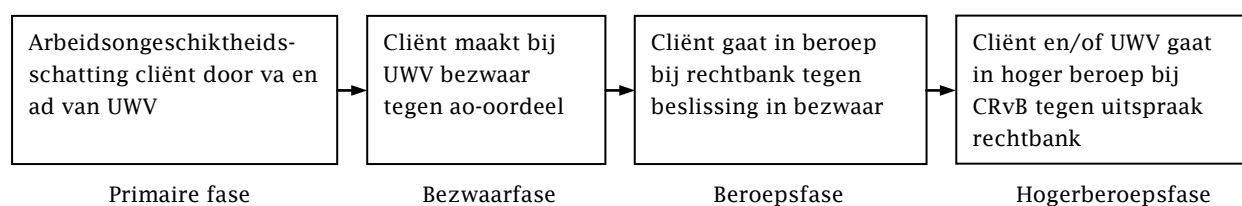
* Mr. W.A. Faas is verzekeringsarts, medisch adviseur directoraat Bezwaar & Beroep UWV, Amsterdam, onderzoeker faculteit der rechtsgeleerdheid VU/Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde.

** Dr. A.J.M. Schellart is sociaal wetenschapper en senior onderzoeker bij de afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VU medisch centrum en het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG).

*** Prof. mr. A.J. Akkermans is hoogleraar privaatrecht, faculteit der rechtsgeleerdheid, VU Amsterdam.

**** Prof. mr. W.H.A.C.M. Bouwens is hoogleraar sociaal recht, faculteit der rechtsgeleerdheid, VU Amsterdam.

1. CRvB 3 februari 2004, ECLI:NL:CRVB:2004:AO5188: 'In het algemeen gaat de Raad slechts (...) daartoe (...) over, indien de gedingstukken dan wel de door of namens betrokkene aangedragen gegevens reden geven voor twijfel aan de juistheid van de medische beoordeling.' Zie ook de – enige – uitspraak van de CRvB waarin de rechtbank erop werd gewezen dat zij een deskundige had dienen in te schakelen: CRvB 11 januari 2000, 97/10719 AAW, USZ 2000/79. Dat betrof de situatie waarin (citaat): '(...) de standpunten van de verzekeringsarts en de behandelend cardioloog met betrekking tot de inschatting van de belastbaarheid van A tegenover elkaar stonden zonder dat bij voorbaat kon worden gezegd dat een van die standpunten volstrekt onvoldoende gemotiveerd of anderszins volstrekt onhoudbaar was.'
2. CRvB 20 oktober 2004, ECLI:NL:CRVB:2004:AR4644: het oordeel van de onafhankelijke door de bestuursrechter ingeschakelde deskundige wordt in beginsel door de rechter gevolgd: 'Het is immers bij uitstek de taak van de deskundige om bij verschil van inzicht tussen partijen omtrent de mate van belastbaarheid een beslissend advies te geven.' Uitzonderingen zijn o.a.: onzorgvuldig onderzoek, onjuiste maatstaf, geen serieuze heroverweging op reactie van partijen en bijvoorbeeld CRvB 12 augustus 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU1001: deskundige wordt niet gevolgd vanwege (te) veel feitelijke onjuistheden (mede naar aanleiding van het commentaar van de verzekeringsarts).
3. G. de Groot & N.A. Elbers, 'Inschakeling van deskundigen in de rechtspraak, verslag van een onderzoek naar knelpunten en verbetervoorstellen', Raad voor de rechtspraak, *Research Memoranda* 2008, nr. 3, jaargang 4, p. 95-102.



Wajong.⁴ Dat gebeurt in de beroepsfase of de hogerberoepsfase van het geschil over arbeidsongeschiktheid (zie schema). Hieraan vooraf gaan de primaire besluitvormingsfase, waarbij als deskundige voor het bestuursorgaan UWV een verzekeringsarts is betrokken en de bezwaarfase, waarbij een zogenaamde verzekeringsarts Bezwaar en Beroep⁵ optreedt.

Er bestaan slechts indicatieve cijfers over het aantal bezwaarzaken dat volgt op beslissingen over arbeidsongeschiktheid van het UWV. In arbeidsongeschiktheidskwesties blijkt een aanzienlijk aantal cliënten na het eerste beoordelingstraject actief de beslissing over de mate van arbeidsongeschiktheid te bestrijden. In 2010 zijn door UWV in arbeidsongeschiktheidsgeschillen 48 697 beslissingen op bezwaar afgegeven; het aantal afgehandelde beroepszaken was 9790.⁶

1.3. Aanleiding en probleemstelling

Deze analyse maakt deel uit van een grotere studie naar de inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen. In deze multidisciplinaire juridisch-medische studie wordt de kenniskloof geëxploreerd tussen het juridische en medische domein.

Er zijn aanhoudende signalen uit de uitvoeringspraktijk dat verschillende partijen, zoals cliënten en hun rechtshulpverleners en verzekeringsartsen, problemen ervaren met de inschakeling van medisch deskundigen door bestuursrechters in arbeidsongeschiktheidszaken.

In de rechtswetenschap is er grote belangstelling voor de vraag waarom rechters soms wel en dan weer niet een deskundige inschakelen en hoe zij vervolgens met die adviezen omgaan. De zoektocht naar criteria is in het bestuursrecht tot nog toe tevergeefs.⁷

Het totale onderzoek focust op de inzet van medisch deskundigen in beroepsprocedures bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen en heeft drie belangrijke pijlers:

1. (de kwaliteit van) de inbreng van de verzekeringsarts in beroepszaken over arbeidsongeschiktheidsgeschillen;
2. (de kwaliteit van) de inbreng van een door de bestuursrechter ingeschakelde externe medisch deskundige; en
3. (de kwaliteit van) de verwerking van de medische gegevens in het uiteindelijke bestuursrechtelijke oordeel.

De probleemstelling van het totale onderzoek valt uiteen in een aantal onderzoeksvragen. Dit artikel behandelt alleen de volgende onderzoeksvraag:

‘Wat zijn de herkomst (welke wet), aantallen, doorlooptijden en uitkomsten van beroepszaken, waarbij al dan niet een medisch deskundige wordt ingeschakeld, welke ontwikkeling is hierbij te zien over de jaren en welke conclusies kunnen hieraan worden verbonden?’

In dit artikel komen achtereenvolgens aan de orde: de onderzoeksmethode, de resultaten en bevindingen en discussie. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen. De bevindingen vallen uiteen in: aard van de arbeidsongeschiktheidszaken; absolute gegevens over zaken die afgedaan zijn met en zonder inschakeling van een medisch deskundige; vergelijkende cijfers tussen rechtbanken onderling enerzijds en de CRvB anderzijds; uitkomsten van zaken die afgedaan zijn met en zonder inschakeling van een deskundige; verdeling in type medische deskundigheid, waarvan gebruik wordt gemaakt; doorlooptijden van zaken met en zonder inschakeling van een medisch deskundige.

2. Methode

Voor de beantwoording van bovengenoemde onderzoeksvragen vond een analyse plaats van historische kwantitatieve gegevens van rechtbanken en de CRvB over de afgelopen jaren met betrekking tot de inschakeling van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen. De Raad voor de rechtspraak verleende toestemming om gegevens te gebruiken uit het registratiesysteem van de rechtbanken en de CRvB. Hiertoe is een zogenaamde ‘query’ opgesteld. Het ICTRO heeft zijn medewerking verleend bij de uitwerking van de query en aanlevering van de gegevens.⁸

Gegevens

We hanteerden de volgende inclusiecriteria: arbeidsongeschiktheidszaken, retrospectief; per jaar de afgehandelde arbeidsongeschiktheidszaken. Van alle rechtbanken en de CRvB werden algemene gegevens gekregen over arbeidsongeschiktheidszaken, van alle rechtbanken exclusief de Rechtbanken Dordrecht en ’s-Hertogenbosch, werden specifieke gegevens verkregen over zaken waarbij medisch deskundigen zijn ingeschakeld.⁹ Hier-

4. Resp. de Algemene arbeidsongeschiktheidswet (AAW), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet Werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong).
 5. In 2010 is de term ‘bezwaarverzekeringsarts’ vervangen door ‘verzekeringsarts Bezwaar en Beroep’.
 6. UWV kwantitatieve informatie 2010, versie 2.2. Deze cijfers betreffen alle bezwaar- en beroepszaken ZW, WAO, WIA, Waz en Wajong. Dus niet exclusief de medisch-arbeidsdeskundige zaken.
 7. R.J.N. Schlössels e.a. ‘Bestuursrechtelijk bewijsrecht; wetgever of rechter?’, in: *Preadviezen voor de Vereniging voor bestuursrecht* (VAR-geschrift 142), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2009, p. 303-312.
 8. ICTRO: ICT-bedrijf rechterlijke organisatie, Utrecht. Met bijzondere dank aan Elly Robberse.
 9. Omdat van twee rechtbanken wel de algemene gegevens beschikbaar waren, maar niet de specifieke gegevens met betrekking tot het inschakelen van deskundigen hebben we gekeken of dit invloed heeft op het totaalbeeld. Dit was niet het geval. De gepresenteerde cijfers zijn daarom niet wezenlijk anders dan wanneer alle rechtbanken zouden zijn geïncludeerd.

door was het mogelijk de meeste rechtbanken onderling te vergelijken. Van de rechtbanken konden wij beschikken over de gegevens over de jaren 1992-2010, van de CRvB over de jaren 1996-2010.

Korte uitleg over hoe de gegevens zijn verwerkt

De volgende variabelen konden worden geconstrueerd op basis van de beschikbare gegevens: type arbeidsongeschiktheidswet (AAW/WAO, Wajong, Waz, WIA (incl. WGA/IVA), Wet REA, ZW, Overig), naam rechtbank, jaar van afdoening, inzet deskundige (nee/ja), soort afdoening (gegrond/ongeground/ingetrokken/overig), hoger beroep ingesteld (nee/ja; alleen bij afdoeningen rechtbanken), soort medisch deskundige (22 soorten deskundigen), duur van de afdoening (in maanden, alleen voor de afgedane zaken in de periode 2006-2010).

Voor de analyse is veelal gebruikgemaakt van frequentieverdelingen (univariate-analyse) en kruistabellen (bivariate-analyse).

Een frequentieverdeling geeft inzicht in de verdeling van één variabele. Voor de variabele duur van de afdoening, een zogenaamde continue variabele, is de frequentieverdeling uitgedrukt in het gemiddelde en de mediaan (de waarde van de middelste waarneming binnen een verdeling). Voor alle andere variabelen is de frequentieverdeling weergegeven in absolute en relatieve aantallen voor de categorieën van de desbetreffende variabele.

In kruistabellen worden twee of meer variabelen met elkaar in verband gebracht (bijvoorbeeld: het aantal afgehandelde zaken per jaar per rechtbank) in absolute zin (in aantallen) en in relatieve zin (in percentages). Vervolgens zijn hier grafieken van gemaakt. Omdat het over een zeer groot aantal waarnemingen (afgehandelde zaken) gaat, zijn de cellen van gekruiste variabelen (bijvoorbeeld: afgehandelde zaken per rechtbank over de jaren) hier meestal 'statistisch significant' verschillend van elkaar. Daarom is ervoor gekozen hierover niet te rapporteren.

Apart voor de jaren 2006-2010 (5 jaren) is ook de duur van de afdoening, uitgedrukt in maanden, beschreven en geanalyseerd in samenhang met andere relevante variabelen, met behulp van 'survival-analyse' (Kaplan-Meier). Met deze analysetechniek wordt de tijdsduur beschreven en geanalyseerd tot een bepaalde gebeurtenis (een 'event') heeft plaatsgevonden. Dit wordt 'survival time' genoemd. Zo zijn bijvoorbeeld bij een duur korter dan één maand de meeste zaken niet afgehandeld: het aantal zaken dat dan nog in behandeling is, zal dicht tegen de 100%, de cumulatieve survival, liggen. Naarmate de duur van de afdoening langer is, zullen steeds meer zaken zijn afgehandeld en daalt het percentage dat nog in behandeling is, totdat het percentage niet-afgehandelde zaken 0% is. Dit verloop in de tijd wordt zichtbaar gemaakt in grafieken die het verloop van deze cumulatieve survival weergeven.¹⁰

Verder hebben we analyses uitgevoerd met meerdere variabelen (multivariate analyse) in de vorm van multi-

level-analyse om de invloed van de rechtbanken na te gaan op twee uitkomstmaten: de duur van de afdoening en de inzet van medisch deskundigen.¹¹ Met multilevel-analyse kunnen naast invloeden op het laagste niveau (hier: het niveau van de behandelde zaak) ook de invloeden van hogere niveaus (hier in principe: het niveau van de afzonderlijke rechters en daarboven het niveau van de rechtbank) op een uitkomstmaat worden geschat.

Omdat we geen gegevens van de behandelde beroepszaken hebben voor de afzonderlijke rechters binnen rechtbanken, beperken we ons tot de invloed van het niveau van de rechtbanken. Deze invloeden op hogere niveaus wijzen op systematische verschillen in een uitkomstmaat – in ons geval de duur van de afdoening respectievelijk de inzet van deskundigen – tussen een hoger niveau, in ons geval rechtbanken. Om de mate van invloed te bepalen van het niveau van de rechtbanken berekenen we zogenaamde 'intra-class correlatiecoëfficiënten' (ICC's). Die worden in onderzoek vaak gebruikt om de mate van systematische variatie te bepalen tussen elementen op een hoger niveau. Een ICC meer richting 0 betekent in onze studie dat er weinig systematisch verschil is op het niveau van de rechtbanken, en meer richting 1 betekent dat er veel verschil is. Omdat we niet weten wat een hoge of lage ICC voor het niveau van rechtbanken is bij beroepszaken in het algemeen, hebben we als referentiepunt die onder artsen gekozen: in 'real life' cross-sectionele studies (die één tijdsmoment of periode betreffen) onder artsen is de ICC veelal niet hoger dan 0,20.¹²

Wij benadrukken dat het soort onderzoek en de analyses met zich meebrengen dat we alleen kunnen spreken over samenhangen en niet over causale relaties.

3. Resultaten/bevindingen

De belangrijkste resultaten en bevindingen worden hier op hoofdlijnen weergegeven. In een bijlage zijn – voor de geïnteresseerde lezer – de resultaten 'en detail' beschreven, inclusief tabellen en figuren.¹³

Herkomst

Ten aanzien van de herkomst van de zaken qua type arbeidsongeschiktheidsuitkering lopen de gevonden cijfers in de pas met het afnemen van het aandeel van de WAO en het toenemende aandeel van de Wajong en de WIA, respectievelijk ingevoerd in 1997 en in 2005. Vanaf 2007 loopt het aandeel Ziektewetzaken sterk op naar ruim 20%. Verder is een opvallende bevinding dat in de periode 2006-2010 het grootste aantal zaken waar een deskundige is ingezet te vinden is bij de WAO, zowel absoluut als relatief ten opzichte van de het aantal afgedane zaken.

Aantallen medisch deskundigen

Van het aantal medisch deskundigen dat wordt ingeschakeld bestonden slechts schattingen. De laatste schatting

10. De analyses en survival-grafieken zijn met SPSS 15.0 uitgevoerd. De overige grafieken zijn met Excel (MS- Office 2003) gemaakt.

11. De multilevel-analyses zijn uitgevoerd met MLwin versie 2.02. De analyse van de duur van de afdoening is met Poisson-regressie gedaan, die van de inzet van deskundigen met logistische regressie. De daarbij gehanteerde schattingstechniek is 'Restricted Maximum Likelihood (RIGLS)' met 2e orde 'Penalized Quasi-Likelihood (PQL)'. Zie voor de wijze van berekening van ICC's de Appendix bij: A.J.M. Schellart e.a., 'Interdoctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians', *BMC Public Health* 2011, 11:864.

12. Zie J.W.R. Twisk, *Applied Multilevel Analysis*, New York: Cambridge University Press 2006.

13. Deze bijlage is digitaal beschikbaar op www.uitgeverijparis.nl.

voor de rechtbanken is van 2005 en kwam uit op ruim 600.¹⁴ De CRvB zou jaarlijks ongeveer 100 medisch deskundigen inschakelen.¹⁵ Beide schattingen blijken te hoog. In absolute aantallen beweegt het aantal ingeschakelde medisch deskundigen bij de rechtbanken sinds 2001 zich tussen de 300 en 500. Relatief nam het aantal af tot 2005: naar 3,3%. Na 2005 beweegt het percentage zich tussen de 4,0 en 5,3. Er lijkt sprake van een stabilisering rond de 5%.

Voor de CRvB geldt een ietwat andere trend. Er is sprake van een forse daling van de aantallen vanaf 1998 en een stijging na 2005. Sinds 2001 is er een duidelijke daling in het absolute aantal met als laagste scores 37 en 38 respectievelijk in 2003 en 2005. Sinds 2008 is er weer een duidelijke stijging in het absolute aantal naar 115 in 2010. Relatief nam het aantal af tot 2007 naar 1,7%. Na 2007 zien we een duidelijk stijgende lijn naar 4,7% in het laatste jaar.

Vergelijken we voor recente jaren zaken in eerste aanleg en zaken in hoger beroep dan valt op dat het aandeel zaken met inschakeling van een medisch deskundige bij de CRvB stijgt en bij de rechtbanken niet of nauwelijks.

Kijken we naar de rechtbanken afzonderlijk dan valt op dat er 'op het eerste gezicht' (d.w.z. univariaat) grote verschillen zijn in de mate waarin medische deskundigheid wordt ingeschakeld. De range is van 0,5 tot 16,6%. Het gaat hier om een gemiddeld percentage inschakeling over de jaren 1992-2010. Uit de gegevens valt niet af te leiden of er samenhang is met de grote of kleine(re) omvang van de rechtbanken. Ook zien we geen duidelijke regionale verschillen. Maar eigenlijk blijkt (uit de multivariate-analyse) dat 4,5% van de verschillen in de inzet van deskundigen in de periode 2006-2010 afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld.

Verdeling verschillende medisch deskundigen

Bij de rechtbanken worden psychiaters, neurologen en orthopeden het meest ingeschakeld. Psychiaters vertegenwoordigen ruim een kwart. Bij de CRvB is het aandeel van de psychiaters groter, beduidend meer dan de helft. Bij beide echelons neemt het aandeel van de psychiatrie in de afgelopen jaren nog toe ten opzichte van de andere specialismen. Uit de gegevens blijkt ook dat rechtbanken de laatste jaren vrijwel geen huisarts-deskundigen meer inschakelen. De CRvB schakelt in het geheel geen huisartsen als deskundige in. Het inschakelen van onafhankelijke verzekeringsartsen als deskundige geschiedt door de rechtbanken in bescheiden mate. De CRvB doet dit vrijwel niet.

Doorlooptijden

In de loop der jaren is de algemene doorlooptijd bij de rechtbanken gedaald van ruim 12 naar bijna 10 maanden gemiddeld. De mate waarin inschakeling van een deskundige de doorlooptijd beïnvloedt blijkt fors: het gemiddelde stijgt van bijna 9 maanden (zonder deskundige) naar

ruim 22 maanden (met deskundige). Bij de CRvB is een ander vergelijkbaar. Tot slot blijkt bij een nadere analyse dat 21,5% van de verschillen in de doorlooptijd in de periode 2006-2010 afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld.

Uitkomsten

UWV krijgt in arbeidsongeschiktheidsgeschillen waarbij door de bestuursrechter een deskundige wordt ingeschakeld vaker ongelijk dan in zaken waar geen deskundige wordt ingeschakeld. De kans dat de zaak in het voordeel van de (potentieel) uitkeringsgerechtigde wordt beslecht is beduidend hoger. Kijken we louter naar zaken waar een deskundige is ingeschakeld dan krijgt UWV in de beroepsfase niet in heel veel meer zaken ongelijk dan gelijk. Echter, de kans dat UWV ongelijk krijgt bij inzet van een deskundige is wel twee keer hoger dan zonder inzet van een deskundige. Bij hoger beroep ligt het voor de (potentiële) uitkeringsgerechtigde wat dat betreft nog gunstiger. Bij de CRvB hangt de inschakeling van een deskundige ook sterker samen met het ongelijk van UWV dan dat dit bij de rechtbanken in de beroepsfase het geval is.

Bij het percentage zaken dat *niet* in hoger beroep is gegaan, is in 8,8% van de gevallen een deskundige ingeschakeld. Bij het percentage hogerberoepszaken is in 11,5% van de gevallen *wel* een deskundige ingeschakeld geweest. Nog een opvallende bevinding: in ongeveer één op de vijf zaken waarbij een deskundige is ingeschakeld wordt alsnog in hoger beroep gegaan.

4. Discussie en conclusie

Met dit onderzoek is beoogd inzicht te krijgen in de herkomst, aantallen, beloop en uitkomsten van bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen waarbij de bestuursrechter een medisch deskundige inschakelt.

4.1. Interpretatie

Herkomst

Twee trends zijn opmerkelijk. Het aandeel Wajong betrof jarenlang bescheiden percentages rond de 2%. De laatste vijf onderzochte jaren is het aandeel fors gestegen naar 8%. Dit hangt samen met het toenemende beroep op de Wajong in recente jaren. De sterke stijging van de Wajong vanaf 2000 komt waarschijnlijk mede doordat de Wajong steeds meer als alternatief voor een bijstandsuitkering ging dienen.¹⁶

Ook opvallend is het toenemend aantal Ziektewetzaken in de afgelopen jaren. Dat loopt op tot meer dan 20%. Dit kan te maken hebben met de verlenging van de wachttijd van één naar twee jaar, waardoor een langer verblijf in de Ziektewet mogelijk is. Daarnaast is door

14. G. de Groot & N.A. Elbers, 'Inschakeling van deskundigen in de rechtspraak, verslag van een onderzoek naar knelpunten en verbetervoorstellen', Raad voor de rechtspraak, *Research Memoranda* 2008, nr. 3, jaargang 4, p. 95-100.

15. Persoonlijke mededeling T.L. de Vries, vicepresident Centrale Raad van Beroep, tijdens het symposium 'Wie is hier de deskundige?' voor bezwaarverzekeringsartsen, juni 2008.

16. D. van Vuuren, F. van Es & G. Roelofs, 'Van bijstand naar Wajong', *CPB Policy Brief*, 2011/09.

de verdere flexibilisering van de arbeid na 2000¹⁷ en de stijging van de werkloosheid na 2007 het aantal zogenaamde 'vangnetters' (waaronder zieke uitzendkrachten en zieke werklozen) aanzienlijk toegenomen, hetgeen kan hebben bijgedragen tot de opgetreden groei in aantal beroepszaken na 2005.

Een opvallende bevinding is dat in de periode 2006-2010 het grootste aantal zaken waar een deskundige is ingezet te vinden is bij de WAO. Zowel in absolute aantallen als relatief ten opzichte van de het aantal afgedane zaken. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het bij WAO-zaken in die jaren zal gaan om intrekking of verlaging van de uitkering na een arbeidsongeschiktheidsperiode van langere tijd. Een van de situaties waarin rechters sneller geneigd zijn een medisch deskundige in te schakelen omdat er twijfel is aan de medische grondslag van de beoordeling is nu juist die situatie. Er lijkt dan niet bijzonder veel veranderd te zijn in de medische toestand van de verzekerde, maar de interpretatie van het toestandbeeld en de daarbij behorende beperkingen en mogelijkheden pakt anders uit dan in het verleden.

Aantallen medisch deskundigen

Een verklaring voor de neerwaartse trend in aantallen afgedane zaken (zowel met als zonder inschakeling van een medisch deskundige) is de gewijzigde wet- en regelgeving. Zo leidde de invoering van de bezwaarschriftprocedure in medisch-arbeidsdeskundige zaken in 1996 duidelijk tot een forse afname van het aantal beroepszaken.

Een mogelijke verklaring voor de lichte stijging van het aantal zaken waarin een medisch deskundige wordt ingeschakeld sedert 2006 is de herbeoordelingsoperatie in het kader van het zogenaamde aangepast Schattingsbesluit (aSB).¹⁸ Een andere mogelijke verklaring is een wijziging in de populatie van arbeidsongeschikten: in plaats van vooral beroepen met fysiek belastend werk en uitval door fysieke klachten en beperkingen zijn deze steeds meer afkomstig uit beroepen met psychische arbeid en uitval door psychische klachten en beperkingen.¹⁹

Uit de analyse blijkt dat 4,5% van de verschillen in de inzet van medisch deskundigen in de periode 2006-2010 afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld. Hierbij moet worden aangetekend dat in dit percentage ook gedeeltelijk verschillen tussen rechters kunnen zijn begrepen: wij hebben in onze analyse niet de verschillen op het niveau van rechters kunnen onderzoeken. Het percentage van 4,5% kan in het licht van verschillen tussen 'front offices' van verzekeringsartsen²⁰ gezien worden als normaal.

Bij de gevonden percentages inschakeling van een medisch deskundige moet de vraag gesteld worden of het wenselijk is dat bij de hoogste beroepsinstantie nog zoveel medisch deskundigen worden ingeschakeld. Uit de cijfers blijkt dat de CRvB procentueel grofweg even vaak deskundigen inschakelt als de rechtbanken. Het percentage bij de CRvB kan als hoog worden opgevat, niet alleen vanuit het oogpunt dat een medisch dispuut bij voorkeur niet in een zo late fase nog moet worden opgelost, maar ook vanuit het oogpunt van de actualiteit van het medisch oordeel. Naarmate er meer tijd verstrijkt zal het oordeel op dit punt aan kwaliteit inboeten. Vanuit beide oogpunten bezien zouden de rechtbanken wel meer deskundigen mogen inschakelen. Anderzijds geldt dat, omdat de CRvB nu eenmaal het laatste woord heeft, het inschakelen van een deskundige meer dan in eerste aanleg kan bijdragen tot een finale geschilbeslechting. De inzet van een medisch deskundige is dan als het ware het 'slotakkoord', dat hopelijk een extra bijdrage levert aan de acceptatie door partijen van het eindoordeel. Dit moge zo zijn, maar toch menen wij dat een geschil over de medische grondslag van de arbeidsongeschiktheid in een zo vroeg mogelijk stadium voldoende moet worden opgehelderd en niet na een proces van jaren bij de CRvB.

Leden van de Rechtspraak bleken zich tijdens de Landelijke Dag Stafbureau Bestuursrecht, moeilijk te kunnen herkennen in de gevonden verschillen tussen rechtbanken onderling.²¹ Temeer daar er – door aantallen te nemen over zo'n groot aantal jaren – geen actueel beeld werd geschetst. Dat is mede reden geweest om de gegevens van de laatste vijf jaar van de onderzoeksperiode apart te bezien. Dit leverde geen wezenlijk ander beeld op. Over de periode 2006-2010 is de range van 0,1 tot 15,1%. De bandbreedte is in de afgelopen jaren dus niet afgenomen. Mogelijke verklaringen voor de verschillen zijn:

- Sommige rechtbanken schakelen bij twijfel aan de medische grondslag geen deskundige in, maar vernietigen het besluit met terugverwijzing naar het bestuursorgaan dat vervolgens een nieuwe beslissing moet nemen met inachtneming van de uitspraak van de rechtbank. Er komt dan geen deskundige aan te pas. Met andere woorden, bij soortgelijke twijfel aan de medische grondslag kan de aanpak verschillen: vernietigen tegenover inschakeling van een deskundige.²²
- Wisselende kwaliteit van de medische rapportages in de primaire en bezwaarfase.
- Cultuurverschillen tussen rechters. Mogelijk speelt het verschil in achtergronden van bestuursrechters een rol: afkomstig van de Raad van State (zeer gericht op het 'tegenbewijs' en weinig inschakelen van deskundigen) versus afkomstig van de Raden van

17. Zie hierover: MvT bij de Wijziging van de Ziektewet en enige andere wetten om ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van vangnetters te beperken (Wet beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnetters), *Kamerstukken II* 2011/12, 33241, 3.

18. Aangepaste Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (*Stb.* 2004, 434).

19. Zie bijvoorbeeld: M. Schutten, R.J.J.M. van den Eijnden & R.A. Knibbe, *Werk, psyche en ziekteverzuim*, Utrecht: Trimbos Instituut 2003; G. Jehoe-Gijsbers (red.), *Beperkt aan het werk* (Rapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsparticipatie), Den Haag: SCP/CBS/TNO Kwaliteit van Leven 2010.

20. Zie: A.J.M. Schellart e.a., 'Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians', *BMC Public Health* 2011, 11:864.

21. D.d. 10 oktober 2011 te Utrecht.

22. Deze aanpak is niet meer in lijn met de huidige wijze van werken. De rechter kan een bestuursorgaan opdragen tijdens een procedure een gebrek in een besluit te herstellen. Dit is de zogenaamde 'bestuurlijke lus', op 1 januari 2010 ingevoerd. Voorts is in 2012 de 'nieuwe zaaksbehandeling' breed ingevoerd. Die houdt in dat de zaak, zodra beroepschrift en verweerschrift zijn ontvangen, binnen drie maanden geagendeerd voor behandeling op een zitting. Tijdens de zitting bespreekt de rechter de geschilpunten met de partijen. De bedoeling is dat elke zaak een bijpassende behandeling krijgt.

Beroep (uit de tijd dat deskundigen veelvuldig werden ingeschakeld en de zogenaamde 'vaste-deskundigen-procedure').

- Verschillen tussen rechtbanken en individuele verschillen tussen rechters: onderzoek in het strafrecht in Nederland laat bijvoorbeeld zien dat het oordeel van rechters kan zijn beïnvloed door factoren als persoonskenmerken van rechters, karakteristieken van de inrichting van het werkproces, beïnvloeding door de cliënt en door de beschikbare informatie.²³

Wij vellen geen waardeoordeel over lage of hoge scores. Zowel een lage als een hoge score kan om bepaalde redenen als wenselijk worden gezien in de periode waarover wij rapporteren. Zo zal een rechtbank die meer zaken terugverwijst (meer vernietigingen) in plaats van in zo'n zaak een deskundige in te schakelen, lager scores. Dat hoeft geen slechtere werkwijze te zijn geweest. Een 'andere' werkwijze was het daarmee uiteraard wel. In het licht van recente ontwikkelingen in het procesrecht met de nieuwe zaaksbehandeling en een sterk accent op finale geschilbeslechting zouden vernietigingen met terugverwijzingen meer vraagtekens oproepen. Wij menen niettemin dat de geconstateerde verschillen wel stof bieden om verder over na te denken.

Verdeling verschillende medisch deskundigen

Gezien de verdeling van de verschillende soorten medisch deskundigen, is er in de periode 2006-2010 een aantal medische disciplines die het gemiddelde aantal van tien expertises per jaar – voor alle rechtbanken bij elkaar opgeteld – niet overschrijdt. Realiter zal het daarbij niet één deskundige zijn die alle expertises verricht, waardoor de ervaring die bijvoorbeeld cardiologen en reumatologen, maar zeker chirurgen en gynaecologen, op kunnen doen in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen als bescheiden mag worden gekenmerkt. Van de andere kant geredeneerd: alleen voor de internisten, orthopedisch chirurgen, psychiaters, neurologen en revalidatieartsen is er een zekere massa aan zaken die het mogelijk maakt ruime(re) ervaring op te doen. Er is een toenemend percentage aandeel van de psychiatrie bij de inschakeling van medisch deskundigen. Hiervoor kunnen verschillende verklaringen worden gegeven:

- Bij ingewikkeldere zaken kan twijfel blijven bestaan. Over de aard, ernst en gevolgen van psychiatrische aandoeningen en de daarbij behorende arbeidsbeperkingen is vaker verschil van mening dan bij somatische aandoeningen.
- Het aandeel van psychische klachten bij verzuim en arbeidsongeschiktheid neemt overeenkomstig met de gewijzigde samenstelling van de beroepsbevolking toe, zowel qua leeftijd als qua functietypen

(verschuiving van productiefuncties naar meer dienstverlenende functies).²⁴

En op het niveau van de CRvB:

- Over de aard, ernst en gevolgen van een psychiatrische aandoening kan twijfel blijven bestaan, ook nadat in eerste aanleg een psychiater-deskundige is benoemd. Dit is waarschijnlijk minder het geval bij somatische aandoeningen.
- De CRvB acteert aan het einde van een lange tijdlijn. In de voorliggende periode zijn alle lichamelijke oorzaken wel duidelijk geworden of uitgesloten. Daarin kan een reden gelegen zijn om als sluitstuk een psychiater nog eens te laten kijken.

In de jaren negentig kwam het met grote regelmaat voor dat huisartsen als deskundigen werden ingeschakeld, vooral ook in Ziektewetzaken (kortdurend verzuim en arbeidsongeschiktheid). Sinds de afschaffing van de vaste-deskundigen-procedure in de Ziektewet in 1994²⁵ en de invoering van de Wet terugdringing ziekteverzuim (Wet TZ, 1993) en de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz, 1996) wordt het inschakelen van huisartsen als deskundigen door bestuursrechters als minder noodzakelijk gezien. De zin van inschakeling van een huisarts als deskundige was zijn toegevoegde waarde als generalist. De huisarts wordt geacht de patiënt in zijn geheel te kunnen beoordelen. Dat deze behoefte niet meer wordt gevoeld is opmerkelijk omdat uit andere bronnen bekend is dat comorbiditeit in zijn algemeenheid en dus ook bij arbeidsongeschiktheidskwesties een toenemende rol speelt.²⁶ Welke arts, behalve de huisarts en de verzekeringsarts als generalist, overziet het totaal aan ziektes, stoornissen en beperkingen nog? Kennelijk menen bestuursrechters dat het verlossende woord moet komen van orgaanspecialisten en niet van generalisten.

Een mogelijke verklaring voor het niet of nauwelijks inschakelen van onafhankelijke verzekeringsartsen als deskundige is dat er medisch inhoudelijk geen aanleiding wordt gevonden om juist een verzekeringsarts als deskundige in te schakelen. Maar de reden kan ook banaler zijn: er bestaat geen substantiële 'pool' van verzekeringsartsen, die dit werk onafhankelijk van UWV kunnen doen. Hierdoor doen bestuursrechters ook geen ervaring op met het inschakelen van verzekeringsartsen en kan hun meerwaarde – bijvoorbeeld bij het vaststellen en vastleggen van de beperkingen als gevolg van ziekte of gebreken – niet worden vastgesteld.

Doorlooptijden

Het inschakelen van een medisch deskundige beïnvloedt vanzelfsprekend de doorlooptijd. Er is immers sprake

23. Zie: H.F.M. Crombag, P.J. van Koppen & W.A. Wagenaar, *Dubieuze zaken. De psychologie van strafrechtelijk bewijs*, Amsterdam: Contact BV 1992; J. ten Kate & P.J. van Koppen, *Determinanten van privaatrechtelijke beslissingen* (diss. Rotterdam), Arnhem: Gouda Quint BV 1984; P.J. van Koppen e.a., *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*, Deventer: Kluwer 2002; J.W. de Keijser, *Punishment and purpose. From moral theory to punishment in action* (diss. Leiden), 2000; J.A.M.P. Keijser, *Civielrechtelijke aspecten van leasing in Nederland* (diss. Nijmegen), 1972; J.W. de Keijser & H. Elffers, *Het maatschappelijk oordeel van de strafrechter. De wisselwerking tussen rechter en samenleving*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004.

24. CBS, 'Beroepsbevolking; naar bedrijf en persoonskenmerken 1996-2008', Centraal Bureau voor de Statistiek, 29 mei 2012 (www.statline.cbs.nl).

25. De vaste-deskundigen-procedure (zie artikel 74 Ziektewet oud) is vervallen met de invoering van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

26. Zie: N. Hoeymans (RIVM), F.C. Schellevis (NIVEL) & I. Wolters (NIVEL), 'Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?', in: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl, Nationaal Kompas Volksgezondheid/Gezondheid en ziekte/Ziekten en aandoeningen/Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008; Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.12, 13 juni 2013, www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/hoeveel-mensen-hebben-een-of-meer-chronische-ziekten/.

van een aanvullend onderzoek dat nu eenmaal extra tijd vraagt. De hamvraag is wat een acceptabele doorlooptijd is. De CRvB acht vier jaren voor een procedure in drie instanties redelijk: bezwaar een halfjaar, beroep anderhalf jaar en hoger beroep twee jaar. Voorts geldt dat in beginsel geen sprake is van overschrijding van de redelijke termijn als de rechterlijke instanties er maximaal (gezamenlijk) drieënhalf jaar over doen.²⁷ In dit licht bezien gaat een substantieel aantal zaken waarbij deskundigen worden ingeschakeld bij de rechtbanken over de norm van anderhalf jaar heen.

Het lijkt geen twijfel dat lange doorlooptijden ongewenst zijn. Anderzijds is het vanzelfsprekend dat de doorlooptijd toeneemt door de extra logistieke activiteiten die gepaard gaan met het proces van inschakelen van medische expertise. Dit feit alleen kan echter een gemiddelde verlenging van de doorlooptijd met 13 maanden moeilijk verklaren. Mogelijk speelt de wachttijd voordat iemand terecht kan bij een medisch deskundige een rol. Ook kan een rol spelen dat er sprake is van ingewikkelder zaken dan gemiddeld. Als er een inhoudelijke discussie ontstaat naar aanleiding van het rapport van de medisch deskundige kan daarmee veel tijd gemoeid zijn. Of deze factoren bij elkaar opgeteld een zodanige verlenging van de doorlooptijd kunnen verklaren is echter zeer de vraag.

Uit onze gegevens valt niet op te maken wat de wachttijd is voordat iemand terecht kan bij een medisch deskundige. Een aanvraag voor een onderzoek door een deskundige zou binnen een beperkt aantal weken in gang moeten kunnen worden gezet. Tel daar wat bij op ingeval er een specialist moet worden gezocht die niet op stel en sprong 'voorradig' of beschikbaar is. Vervolgens zou de deskundige in staat moeten zijn binnen enkele weken een onderzoek te doen en een rapport te vervaardigen. Een verlenging van het proces met drie maanden door deze 'uitstap' zou tot de mogelijkheden moeten behoren. Daarna moet nog worden gerekend met een aantal extra weken voor de commentaarrronde. In de praktijk blijkt de gemiddelde doorlooptijd bij rechtbanken 10 maanden te zijn. De mate waarin inschakeling van een deskundige de doorlooptijd beïnvloedt blijkt fors: het gemiddelde stijgt van bijna 9 maanden (zonder deskundige) naar ruim 22 maanden (met deskundige). Wij nemen zonder meer aan dat deze praktijk de animo om een deskundige in te schakelen niet altijd positief zal beïnvloeden. Wat voor de rechtbanken geldt in dit kader regardeert de CRvB evenzeer.

Uit de multilevel-analyse waaruit blijkt dat 21,5% van de verschillen in de doorlooptijd in de periode 2006-2010 afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld. Hierbij moet worden aangetekend dat in dit percentage ook gedeeltelijk verschillen tussen rechters kunnen zijn begrepen: wij hebben in onze analyse niet de verschillen op het niveau van rechters kunnen onderzoeken. Hoe dan ook, het percentage van 21,5% kan in het licht van verschillen op het niveau van standplaatsen van verzekeringsartsen²⁸ gezien worden als hoog.

Uitkomsten

Het idee dat in zaken waarbij een deskundige wordt ingeschakeld vaker ten gunste van klager wordt beslist vindt steun in de gegevens. Dat blijkt uit het feit dat UWV vaker ongelijk krijgt als er een deskundige wordt ingeschakeld dan wanneer geen deskundige wordt ingeschakeld. Zeker wanneer we hierbij ook de ingetrokken zaken betrekken waarbij een deskundige is ingeschakeld.

Bij ingetrokken zaken waarbij een deskundige is ingeschakeld zal UWV in de regel de intrekende partij zijn. In die zaken zal de deskundige het medisch oordeel van UWV niet hebben gevolgd. Als de deskundige het UWV wel volgt zal er namelijk voor UWV nauwelijks aanleiding zijn om een zaak in te trekken. Bij een afwijkend standpunt van de deskundige ligt het meer in de rede dat voor UWV het belang vervalt om de zaak voort te zetten. Als we de absolute aantallen ('UWV gelijk' met deskundige versus 'UWV ongelijk' met deskundige plus 'ingetrokken' met deskundige) grofweg tegenover elkaar zetten is het een fiftyfiftykwestie. Inschakeling van een deskundige leidt in ongeveer de helft van de gevallen tot een 'gewonnen' beroepszaak.

Het is daarom begrijpelijk dat professionele rechtshulpverleners het inschakelen van een medisch deskundige als iets nastrevenswaardigs zien.²⁹ De kans op beslechting van de zaak in het voordeel van de cliënt neemt toe, in hoger beroep meer nog dan in beroep. Bewijs voor causaal verband is er niet. Het kan gaan om een selectie van zaken die problematisch(er) zijn dan gemiddeld.

Met het doel voor ogen om in een zo vroeg mogelijke fase tot finale geschilbeslechting te komen is de wens niet vreemd dat inschakeling van een deskundige in eerste aanleg de acceptatiegraad verhoogt. Dat de rechter een medisch deskundige inschakelt zou het gevoel kunnen bewerkstelligen dat er serieus naar de medische kant van de zaak gekeken is. Er wordt dan immers voor de klager zichtbaar extra aandacht besteed aan de kwestie van de juistheid van de medische grondslag van de door UWV genomen beslissing. Dat zou tot minder hoger beroep aanleiding moeten geven. Als er verschillende percentages hoger beroep te constateren zijn tussen beroepszaken waarbij géén en zaken waarbij wél een deskundige is ingeschakeld, dan zou dat – in deze redenering – gebaseerd kunnen zijn op een hogere acceptatiegraad als er een deskundige is ingeschakeld. Zijn er verschillen? Let er ook hierbij op dat er sprake is van samenhangen, niet van bewezen causale relaties. Welnu, van het percentage zaken waarbij *niet* in hoger beroep is gegaan is in 8,8% van de gevallen een deskundige ingeschakeld geweest, terwijl van het percentage hogerberoepszaken in 11,5% van de gevallen in de beroepsfase een deskundige ingeschakeld is geweest. De bevinding dat in ongeveer één op de vijf zaken waarbij een deskundige is ingeschakeld alsnog in hoger beroep is gegaan, is ook opvallend. Het is een redelijke veronderstelling dat het daarbij vooral

27. Zie bijvoorbeeld CRvB 9 april 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BI2179.

28. Zie: A.J.M. Schellart e.a., 'Inter-doctor variations in the assessment of functional incapacities by insurance physicians', *BMC Public Health* 2011, 11:864.

29. Bron: interviews met focusgroepen met rechtshulpverleners (publicatie in voorbereiding).

zal gaan om gevallen waarin de deskundige de visie van klager over de medische toestand niet bevestigde.³⁰

De kans op hoger beroep is in geval van inschakeling van een deskundige ongeveer 30% hoger dan wanneer er geen deskundige wordt ingeschakeld. Hieruit blijkt duidelijk dat de extra aandacht die aan de zaak is besteed doordat de bestuursrechter een deskundige inschakelde niet garandeert dat de uitkomst van het onderzoek door de klagende partij wordt geaccepteerd. In hoeverre dit afhankelijk is van de aard van de uitkomst kunnen we helaas niet opmaken uit de cijfers. Het ligt voor de hand dat het vaker zal gaan om beroepszaken waarin het oordeel van de deskundige de uitkomst niet in het voordeel van klager deed kantelen. Een andere mogelijke verklaring voor het relatief hoge beroepspercentage – bij gevallen waarbij in eerste aanleg al een medisch deskundige is ingeschakeld – is dat de moeilijkheidsgraad van het geval gemiddeld hoger is als een deskundige moet worden ingeschakeld en dat diezelfde moeilijkheidsgraad ook een rol speelt bij (meer) hoger beroep.

4.2. Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Dit onderzoek is het eerste in zijn soort dat gebruik maakt van grote aantallen gevalgegevens uit de systemen van rechtbanken en de CRvB. De grote aantallen en de volledigheid van de gegevens over vele jaren zijn een sterk punt van het onderzoek. Daarbij treedt mogelijk een 'kop-staarteffect' op in het eerste en laatste jaar waarover de gegevens worden gepresenteerd, omdat het jaar van afronding van de casus als uitgangspunt is genomen voor de verwerking van de gegevens.³¹ Dit effect is gezien de hoeveelheid jaren waarover wordt gerapporteerd betrekkelijk. Bekeken is of het ontbreken van de gegevens van de Rechtbanken Dordrecht en 's-Hertogenbosch met betrekking tot het inschakelen van medisch deskundigen invloed had op de totaalcijfers. Dat bleek niet het geval. Sterk is ook dat zowel univariate-, bivariate- als multivariate-analyses op de gegevens zijn gedaan.³² Aangezien het niet mogelijk was in de systemen van de rechtbanken en de CRvB een koppeling te maken op het niveau van de individuele casus hebben we niet kunnen beoordelen hoe individuele beroepszaken in hoger beroep verder verlopen. Bij het interpreteren van de variabelen zijn experts betrokken met kennis van de databases van de rechtbanken en de CRvB. Een zwak punt is dat het aantal variabelen dat is onderzocht beperkt is. Ook hebben wij de invloed van het niveau van de rechters niet kunnen onderzoeken, omdat alleen het niveau van de potentiële uitkeringsgerechtigde (namelijk de afgedane zaak) en het niveau van de rechtbank kon worden meegenomen in de multilevel-analyses. Het exploratieve karakter van het onderzoek kan op zichzelf

ook als zwakte worden gezien, ware het niet dat over herkomst, aantallen, beloop en uitkomsten van bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen nog niet eerder betrouwbare gegevens zijn verzameld. De relaties die tussen variabelen kunnen worden gelegd mogen daarbij niet causaal worden geïnterpreteerd, maar wel als samenhangend.

4.3. Vergelijking met andere studies en gegevens uit eerder onderzoek

Gericht onderzoek naar de positie van de deskundige in het bestuursrecht is op beperkte schaal gedaan in twee studies, beide niet van recente datum. De vergelijkende studie door Van den Berg naar de inbreng van deskundigheid bij de administratieve rechter en civiele rechter is gebaseerd op zeer beperkt (dossier)onderzoeksmateriaal.³³ Dat materiaal dateerde van voor de invoering van de bezwaarschriftprocedure in 1996. Een groter onderzoek van Marseille uit 2004 naar de effectiviteit van bestuursrechtspraak richtte zich niet specifiek op inschakeling van deskundigen.³⁴ Ook in dat onderzoek wordt vastgesteld dat er grote verschillen zijn tussen rechtbanken. Sommige rechtbanken maken zeer regelmatig gebruik van medisch deskundigen, terwijl andere dat bijna nooit doen. De vraag wat hiervan de oorzaak is kon in zijn onderzoek evenmin worden beantwoord als in ons onderzoek. Waar de ene rechtbank in meer dan de helft van de arbeidsongeschiktheidszaken een deskundige inschakelde, gebeurde dat bij een andere rechtbank slechts in 1 van de 28 zaken. In dit onderzoek werden vijf rechtbanken vergeleken aan de hand van in totaal 140 arbeidsongeschiktheidszaken. De range van inschakeling loopt van 4 naar 54%. Deze extreme range wordt in ons onderzoek niet bevestigd maar teruggebracht tot een overigens nog steeds betekenisvolle range van 0,1 tot 15,1% over 5 jaar gemeten.

Van het aantal medisch deskundigen dat in bestuursrecht wordt ingeschakeld bestonden slechts schattingen. De laatste schatting voor de rechtbanken is van 2005 en kwam uit op ruim 600. De CRvB zou jaarlijks ongeveer 100 medisch deskundigen inschakelen.³⁵ Deze schattingen komen uit een onderzoek van De Groot en Elbers naar inschakeling van deskundigen in de rechtspraak. In dat onderzoek lag het zwaartepunt bij civiele zaken. Zij baseerden hun gegevens op een enquête onder rechters, waarin zij – onder meer – aan rechters vroegen te schatten hoe vaak zij in 2005 een deskundige hadden ingeschakeld. Zij kwamen in bestuurszaken tot het aantal geschatte zaken met inschakeling van een medisch deskundige van 604 (gemiddeld 38 per rechtbank). Omdat niet alle rechtbanken zijn bevraagd zijn de cijfers geëxtrapoleerd. Voor kleine rechtbanken wordt in dit onder-

30. UWV zal slechts bij uitzondering in hoger beroep gaan wanneer een deskundige ingeschakeld is geweest in de beroepsfase. De interne UWV-instructie 'Criteria voor het instellen van hoger beroep' d.d. 26 januari 2005 vermeldt onder meer: 'Het feit dat wij (wat) anders tegen een kwestie aankijken dan de rechtbank is (dus) op zichzelf niet voldoende voor het instellen van hoger beroep, en – voor alle duidelijkheid – dat geldt niet alleen voor de juridische, maar bijvoorbeeld ook voor de medische aspecten van een zaak.'

31. 'Kop-staarteffecten' treden op als instroom van nieuwe zaken sterk stijgt en daarnaast de afhandeling langer dan een jaar duurt. Bij de start van de jarenreeks zal dan in het eerste jaar relatief weinig afgehandelde zaken zijn en in de jaren daarna juist veel.

32. Zie par. 2 ('Methode') voor nadere uitleg van deze begrippen.

33. B. van den Berg, *Deskundigheid in het geding, een vergelijkend onderzoek naar de inbreng van deskundigheid bij de administratieve en civiele rechter* (diss. Groningen), Den Haag: Boom Juridische uitgeverij 1999.

34. A.T. Marseille, *Effectiviteit van bestuursrechtspraak, een onderzoek naar het verloop en de uitkomst van bestuursrechtelijke procedures*, Den Haag: Boom Juridische uitgeverij 2004.

35. G. de Groot & N.A. Elbers, 'Inschakeling van deskundigen in de rechtspraak, verslag van een onderzoek naar knelpunten en verbetervoorstellen', Raad voor de rechtspraak, *Research Memoranda* 2008, nr. 3, jaargang 4, p. 95-100.

zoek berekend dat in 2,28% van het aantal zaken een deskundige wordt benoemd (op 10 244 zaken). Voor (middel)grote rechtbanken komt het uit op 1,18% (op 18 841 zaken). Bij deze cijfers gaat het om alle soorten deskundigheden, dus niet alleen medische deskundigheid. Die laatste vertegenwoordigt echter wel 95% van de ingeschakelde deskundigheid. Bij de CRvB kwam het geschatte aantal in 2005 uit op 104.

Deze schattingen blijken als we de gegevens uit 2005 van dit onderzoek ernaast leggen veel hoger uit te vallen dan uit de systematisch gegenereerde gegevens blijkt. Voor rechtbanken staat de teller in 2005 op 313 (weliswaar exclusief twee rechtbanken) en voor de CRvB op 38.

4.4. Aanbevelingen

Duidelijk is dat externe ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en wetwijzigingen invloed kunnen hebben op het aantal beroepszaken inzake arbeidsongeschiktheid. Het verdient aanbeveling om hiermee bij bedrijfskundige plannings- en opstellen van zogenaamde 'impact-analyses' rekening te houden.

De verschillen tussen rechtbanken in de inzet van medisch deskundigen in de periode 2006-2010 zijn – gemiddeld gezien – niet heel groot (4,5%). Desondanks is de 'range' tussen de laagst en de hoogst scorende rechtbank wel hoog: namelijk in de periode 2006-2010 van 0,1 tot 15,1%. Het inzicht in de verschillen van inzet van deskundigen kan verder worden verdiept door kwantitatief onderzoek te doen naar deze verschillen.³⁶ Niet alleen op het niveau van de rechtbanken, maar ook op het niveau van de rechters. Dit onderzoek kan dan worden aangevuld met een kwalitatief onderzoek bij 'hoog en laag' scorende rechters door middel van individuele interviews.

Zoals gezegd, verdient het ons inziens de voorkeur dat een geschil over de medische grondslag van de arbeidsongeschiktheid in een zo vroeg mogelijk stadium voldoende wordt opgehelderd en niet na een proces van jaren bij de CRvB. Daarom zou naar de reden van de inzet van medisch deskundigen in het relatief hoge aantal zaken bij de CRvB gekeken kunnen worden om na te gaan of, gezien de reeds voorliggende medische informatie, wel terecht een deskundige wordt ingeschakeld of niet eerder ten onrechte geen deskundige is ingeschakeld.

Aangezien bij een aantal medische disciplines het gemiddelde aantal van tien expertises per jaar 'overall' niet wordt overschreden verdient het aanbeveling zo veel mogelijk te putten uit een en dezelfde (landelijke) deskundigen 'pool'. Alleen dan is er enige garantie te bieden dat de in te schakelen deskundigen een zekere massa aan zaken te onderzoeken krijgt, die het mogelijk maakt ruime(re) ervaring op te doen in de bestuursrechtelijke context van arbeidsongeschiktheidsgeschillen.

Om diepgaandere kwantitatieve analyses mogelijk te maken bevelen wij aan om bij het verwerken van de

zaaksgegevens in de systemen een koppeling mogelijk te maken tussen zaken in beroep en hoger beroep. Een hogerberoepszaak bij de CRvB wordt van een nieuw zaaksnummer voorzien waardoor een koppeling met dezelfde zaak op rechtbankniveau thans niet mogelijk is. Ook is het niet mogelijk gebleken een analyse te maken van zaken op het niveau van de rechter. Ook daarvoor bevelen wij een systeemaanpassing aan, waarbij rechters uiteraard worden geanonimiseerd.

Ten aanzien van de doorlooptijden van de beroepszaken willen wij aanbevelen dat de rechtbanken (en mogelijk ook de CRvB) hier meer op gaan letten ingeval rechters deskundigen inschakelen. Een gemiddelde verlenging van 9 maanden met 13 maanden tot 22 maanden is te lang en overschrijdt ook de normtijd van anderhalf jaar met 4 maanden. Duidelijk is ook dat er grote verschillen zijn tussen rechtbanken, die ons inziens niet intrinsiek kunnen worden verklaard uit de verschillende aard van de zaken, en die derhalve ongewenst zijn. Betere sturing op doorlooptijden is daarom aanbevolen.

4.5. Conclusies

De aantallen afgehandelde beroepszaken lopen in de pas met het afnemen van het aandeel van de WAO en het toenemende aandeel van de Wajong en de WIA. Vanaf 2007 loopt het aandeel Ziektewetzaken sterk op. Externe ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en wetwijzigingen kunnen invloed hebben op het aantal beroepszaken inzake arbeidsongeschiktheid. Het verdient aanbeveling om hiermee bij plannings- en opstellen van zogenaamde 'impact-analyses' van wetwijzigingen rekening te houden.

In absolute aantallen beweegt het aantal ingeschakelde medisch deskundigen bij de rechtbanken sinds 2001 zich tussen de 300 en 500. Relatief nam het aantal af tot 2005. Er lijkt daarna sprake van een stabilisering rond de 5% van de afgehandelde zaken. In de periode 2006-2010 is het grootste aantal zaken waarin een deskundige is ingezet te vinden bij de WAO.

Vergelijken we voor recente jaren zaken in eerste aanleg en zaken in hoger beroep dan valt op dat het aandeel zaken met inschakeling van een medisch deskundige bij de CRvB stijgt en bij de rechtbanken niet of nauwelijks. Dit stijgende percentage zaken waarin een medisch deskundige wordt ingezet bij de CRvB vraagt om een verklaring door nader onderzoek.

Er zijn opvallende verschillen tussen rechtbanken in de inzet van medisch deskundigen. Dat laat onverlet dat gemiddeld gezien over de periode 2006-2010 slechts 4,5% van de verschillen in de inzet van deskundigen afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld.

Wat betreft de verdeling van ingezette medisch deskundigen over de soort deskundigheid worden bij de recht-

36. Kwantitatief onderzoek is extensief: het geeft cijfermatig inzicht en veelal antwoorden op vragen die in termen van frequentie kunnen worden uitgedrukt. Kwalitatief onderzoek is intensief: hier staan de kwalitatieve kenmerken van het onderzoeksobject centraal. Kwalitatief onderzoek levert veelal diepgaander antwoorden op dan kwantitatief onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek kunnen echter in principe uitspraken worden gedaan over de representativiteit van de onderzoeksresultaten, bij kwalitatief onderzoek per definitie niet.

banken psychiaters, neurologen en orthopeden het meest ingeschakeld. Psychiaters worden met de jaren percentageel toenemend ingeschakeld en vertegenwoordigen in de periode 2006-2010 bijna de helft van het aantal inschakelingen. Bij de CRvB is het aandeel van de psychiaters groter, beduidend meer dan de helft.

De mate waarin inschakeling van een deskundige de doorlooptijd beïnvloedt blijkt fors: het gemiddelde stijgt van bijna 9 maanden (zonder deskundige) naar ruim 22 maanden (met deskundige). Bij de CRvB is een en ander vergelijkbaar. Verder blijkt dat een relatief hoog percentage, 21,5%, van de verschillen in de doorlooptijd in de periode 2006-2010 afhankelijk is van de rechtbank waar de zaak wordt behandeld. Enige sturing op doorlooptijden is daarom aanbevolen.

UWV krijgt bij de rechtbank vaker ongelijk als er een deskundige wordt ingeschakeld dan wanneer geen deskundige wordt ingeschakeld, zeker wanneer we hierbij ook de ingetrokken zaken betrekken waarbij een deskundige is ingeschakeld. Uit onze analyse blijkt tevens duidelijk dat de extra aandacht die aan de zaak is besteed doordat de bestuursrechter een deskundige inschakelde niet garandeert dat de uitkomst van het onderzoek door de klagende partij in beroep wordt geaccepteerd.