

# CHRONISCH ZIEK, CHRONISCH RISICO? EINDRAPPORT

ONDERZOEK NAAR EVENTUELE UITBREIDING  
VAN DE NO-RISKPOLIS VOOR MENSEN MET EEN  
CHRONISCHE AANDOENING

**AUTEUR(S)**

Maartje Gielen, Suzanne Kluft, Ilse Kalisvaart, Joeri Athmer en Michiel Blom

**DATUM  
VERSIE**

11 februari 2021  
Definitief

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Samenvatting</b>  | <b>4</b>  |
| <b>1 Inleiding</b>   | <b>8</b>  |
| 1.1 Achtergrond en aanleiding  | 8         |
| 1.2 Doel en onderzoeksvragen   | 8         |
| 1.3 Afbakening onderzoek   | 9         |
| 1.4 Context no-riskpolis   | 9         |
| 1.5 Aanpak van het onderzoek   | 10        |
| 1.6 Leeswijzer   | 12        |
| <b>2 Achtergrond no-riskpolis</b>  | <b>13</b> |
| 2.1 Afgeven beschikking no-riskpolis   | 13        |
| 2.2 Toekennen Ziektewetuitkering no-riskpolis  | 13        |
| 2.3 Rolverdeling medische professies en de arbeidsdeskundige   | 13        |
| <b>3 Afbakening van chronische aandoeningen</b>  | <b>15</b> |
| 3.1 Randvoorwaarden vooraf meegegeven  | 15        |
| 3.2 Medisch inhoudelijke argumenten voor opname chronische aandoeningen op de lijst: duurzame belemmeringen? | 15        |
| 3.3 Opzet analyses arbeidsparticipatie en verzuim  | 16        |
| <b>4 Operationele toepasbaarheid</b>   | <b>19</b> |
| 4.1 Uitvoerbaarheid objectieve lijst bij twee varianten: met en zonder aanvullende beoordeling               | 19        |
| 4.2 Processen voor het toekennen van de no-riskpolis voor mensen met een chronische aandoening               | 19        |
| 4.3 Algemene aandachtspunten en randvoorwaarden bij eventuele uitbreiding no-riskpolis                       | 23        |
| <b>5 Omvang doelgroep uitbreiding</b>  | <b>28</b> |
| 5.1 Hogere verzuimkans en lagere arbeidsparticipatie mensen met chronische aandoening en zonder no-riskpolis | 28        |
| 5.2 Extra omvang: mensen die nu nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis en na uitbreiding wel     | 29        |
| <b>6 Conclusies</b>  | <b>31</b> |
| <b>7 Slotbeschouwing</b>   | <b>36</b> |
| 7.1 Het opstellen van een objectieve lijst van chronische aandoeningen                                       | 36        |
| 7.2 De samenhang tussen de chronische aandoening en het verzuim  | 37        |
| 7.3 Gevolgen voor de uitvoering in geval van uitbreiding van de no-riskpolis                                 | 37        |
| 7.4 Bijdrage aan het doel van de no-riskpolis  | 38        |
| 7.5 Effectiviteit no-riskpolis bij objectieve lijst en noodzaak verhogen kans op werk                        | 39        |
| <b>A. Chronische aandoeningen</b>  | <b>40</b> |
| <b>B. Langdurige aandoeningen</b>  | <b>43</b> |

## **INHOUDSOPGAVE**

---

|           |                                     |           |
|-----------|-------------------------------------|-----------|
| <b>C.</b> | <b>Gebruikte bronbestanden</b>      | <b>47</b> |
| <b>D.</b> | <b>Verantwoording data-analyses</b> | <b>49</b> |
| <b>E.</b> | <b>Lijst van respondenten</b>       | <b>52</b> |
| <b>F.</b> | <b>Begeleidingscommissie</b>        | <b>53</b> |

---

# Samenvatting

## Inleiding

Als iemand onder de no-riskpolis valt, houdt dit in dat een werkgever door UWV gecompenseerd wordt voor de financiële lasten van de loondoorbetalingsplicht in geval van ziekte. Op dit moment geldt de no-riskpolis voor diverse doelgroepen. Niet iedereen met een ziekte of handicap behoort tot de no-riskdoelgroep. Er zijn mensen met chronische aandoeningen die nu niet onder de no-riskpolis vallen. Zij hebben door hun ziekte of handicap mogelijk wel een hoger verondersteld risico op verzuim en uitval, waardoor werkgevers terughoudend kunnen zijn in het aannemen van deze mensen.

Meerdere stakeholders en belangengroepen stellen dat deze groep mensen, die (nu) niet onder de no-riskpolis valt, mogelijk wel baat heeft bij deze regeling. Minister Koolmees kondigde op 29 oktober 2019 aan te willen onderzoeken of de no-riskpolis een oplossing biedt voor mensen die moeite hebben de arbeidsmarkt te betreden vanwege een chronische aandoening. De eerste stap hierin is om te onderzoeken of afbakening van een groep mensen, die in aanmerking kan komen voor eventuele uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een chronische aandoening, haalbaar is.

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft Significant APE verzocht om te onderzoeken of het mogelijk is om de groep mensen met een chronische aandoening, die een voorspelbaar hoog risico op verzuim van werk heeft, op een duidelijke manier af te bakenen en zo ja, hoe? Het onderzoek richt zich eerst op de vraag of het mogelijk is een lijst met chronische aandoeningen op te stellen waarmee de no-riskpolis kan worden uitgebreid. Vervolgens is onderzocht of het werken met een dergelijke lijst als toekenningsgrond in de praktijk toepasbaar is.

## **Een objectieve lijst met chronische aandoeningen: randvoorwaarden, medisch inhoudelijke argumenten en analyse kans op verzuim en arbeidsparticipatie**

Bij voorbaat stelde het ministerie van SZW een aantal randvoorwaarden, waaraan een mogelijke lijst met chronische aandoeningen moet voldoen. Dit zijn:

- a. De lijst moet objectief zijn;
- b. De lijst moet operationeel toepasbaar zijn;
- c. Er moet geen aanvullende beoordeling van een verzekeringsarts (of een arbeidsdeskundige) van UWV nodig zijn om aanspraak te maken op de no-riskpolis;
- d. Personen met een chronische aandoening moeten hun aandoening kunnen herkennen op de lijst (zelf kunnen concluderen dat zij aanspraak kunnen maken op de no-riskpolis op basis van de lijst);
- e. Aandoeningen op de lijst moeten een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk, dat wil zeggen leiden tot een verhoogde kans op langdurig of frequent verzuim.

Op basis van het onderzoek moeten hier de volgende eisen en randvoorwaarden aan worden toegevoegd:

- a. Het aantal mensen dat extra in aanmerking komt voor de no-riskpolis op basis van de lijst en aanspraak gaat maken op de no-riskpolis mag niet te groot zijn. Het verwerken van de aanvraag voor een no-riskpolis en de processen rondom het verstrekken van de Ziektewetuitkering vragen namelijk ook om capaciteit van UWV. Op dit moment kan niet aan deze randvoorwaarde worden voldaan. UWV heeft onvoldoende capaciteit voor uitbreiding van de no-riskpolis wanneer het de aantallen betreft die in dit onderzoek naar voren komen.
- b. De lijst moet robuust zijn. Dit is een belangrijke randvoorwaarde omdat ten eerste elke wijziging in de samenstelling van de lijst gevolgen heeft voor de uitvoering van UWV en vraagt om een uitvoeringstoets om in te schatten welke impact de verandering op de uitvoering heeft. Ten tweede moet voorkomen worden dat de

---

werknemer bij een wijziging ineens geen aanspraak meer maakt op de no-riskpolis. Als dan tussentijds de chronische aandoening niet meer op de lijst staat, zou de no-riskpolis alsnog geldig moeten blijven gedurende de vooraf gestelde geldigheidstermijn. Op deze manier heeft dit geen gevolgen voor het huidige dienstverband.

Met een groep van medische experts hebben we van alle langdurige en chronische aandoeningen (zoals geclassificeerd in de data van Nivel Zorgregistraties) bepaald welke aandoeningen op de lijst zouden moeten komen op basis van medisch inhoudelijke argumenten. Hierbij zijn drie criteria gehanteerd:

- a. De aandoening geeft naar verwachting mogelijk een verhoogde kans op verzuim;
- b. De aandoening of de belemmeringen volgend uit de aandoening zijn naar verwachting langdurig, chronisch en/of blijvend. NB: een chronische aandoening is niet per definitie blijvend;
- c. Het is niet mogelijk om met een behandeling en/of hulpmiddelen de ziekte op korte termijn te genezen en/of belemmeringen weg te nemen.

Om na te gaan welke aandoeningen een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk, ofwel leiden tot een verhoogde kans op langdurig of frequent verzuim (randvoorwaarde e.), hebben we daarnaast regressieanalyses uitgevoerd. Hierbij hebben we zowel onderzocht wat het effect is van verschillende aandoeningen op de kans op arbeidsparticipatie, als op verzuim.

Van de aandoeningen waarvan de medisch experts hebben aangegeven dat ze (mogelijk) langdurig of chronisch zijn, hebben we in beeld gebracht of ze leiden tot aantoonbaar lagere arbeidsparticipatie en/of hoger verzuim. We zien bij vrijwel alle aandoeningen dat er een aantoonbaar hoger risico is op verzuim, dat wil zeggen dat we ten minste voor één verzuimmaatstaf een significant verhoogde waarde vinden door de aandoening.<sup>1</sup>

We komen op een lijst van 76 aandoeningen, waarvan de medisch experts op basis van inhoudelijke argumenten aangeven dat zij opgenomen moeten worden en waarvan uit de analyses blijkt dat zij een hoger risico op verzuim of lagere kans op arbeidsparticipatie geven. Het is dus in principe mogelijk een lijst met chronische aandoeningen op te stellen. Hierbij moeten wel de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- a. Nivel Zorgregistraties maakt gebruik van registratiedata van huisartsen. Dat is gebaseerd op de ICPC-1 codering, waarbij sommige aandoeningen die mogelijk chronisch zijn, vallen onder subcodes van acute aandoeningen. Bij het maken en afstemmen van het episode construct, is niet gekeken naar subcodes. Hierdoor zijn aandoeningen, zoals chronische vermoeidheid nu niet meegenomen in het onderzoek;
- b. Negen aandoeningen moeten nader worden gespecificeerd om aan de medisch inhoudelijke criteria te voldoen volgens de medisch experts. Wij beschikken niet over data over de nader gespecificeerde aandoeningen. Het is daarom niet mogelijk om voor deze negen nader gespecificeerde aandoeningen het effect op de kans op verzuim en arbeidsparticipatie te toetsen. Dat konden we alleen doen voor de bredere groepen, zonder nadere specificatie;
- c. Van sommige aandoeningen zijn er te weinig waarnemingen om betrouwbaar te kunnen vaststellen of de aandoeningen resulteren in een verhoogde kans op verzuim;
- d. Het is niet nader gedefinieerd wat de omvang van het verhoogde risico op verzuim moet zijn. De lijst zou verder afgebakend kunnen worden door dit wel te doen. Dit is een beleidsmatige keuze. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat bij een vastgesteld minimaal percentage ook geldt dat het om gemiddeldes gaat en het dus kan zijn dat iemand wel een flink hogere kans heeft op verzuim door de ernst van de aandoening, maar doordat het groepsgemiddelde lager ligt deze persoon door de verdere afbakening geen aanspraak kan maken op een no-riskpolis;
- e. De omvang van de groep mensen met een aandoening van de lijst is erg groot. Naar schatting gaat het om tussen de 3 miljoen en 4 miljoen mensen in de beroepsbevolking. Als de lijst als enig criterium wordt gebruikt kunnen veel mensen onder de no-riskpolis vallen. Dit heeft deels te maken met de te brede beschrijving van

---

<sup>1</sup> Zie bijlage D. voor de verantwoording van de data-analyses.

sommige aandoeningen, maar ook wanneer je deze aandoeningen specificeert blijven er veel mensen over die na eventuele uitbreiding van de no-riskpolis gebruik kunnen maken.

### Omvang en meerwaarde voor mensen die nog geen recht hebben op een no-riskpolis

In totaal zijn er naar schatting rond de 4,6 miljoen mensen in de onderzoekspopulatie van 10 miljoen mensen met ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst met chronische aandoeningen die is opgesteld met de medisch experts. Dit is dus bijna de helft. In deze groep zitten ook mensen met een aandoening die er weinig last van hebben. Te denken valt aan mensen met astma met weinig klachten.

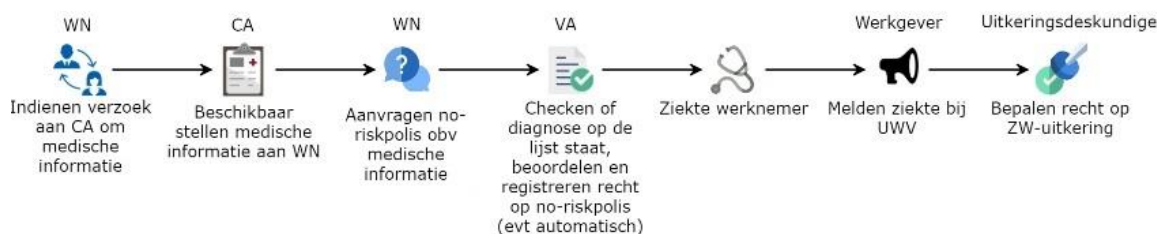
De groep mensen die onder de opgestelde lijst valt en nu nog geen recht heeft op een no-riskpolis, is naar schatting tussen de 3 miljoen en 4 miljoen mensen uit de onderzoekspopulatie van 10 miljoen mensen. Deze ruime marge heeft te maken met het feit dat negen aandoeningen op de lijst nog nader gespecificeerd moeten worden, willen zij eventueel worden opgenomen.

### Uitvoerbaarheid en toepassing in de praktijk

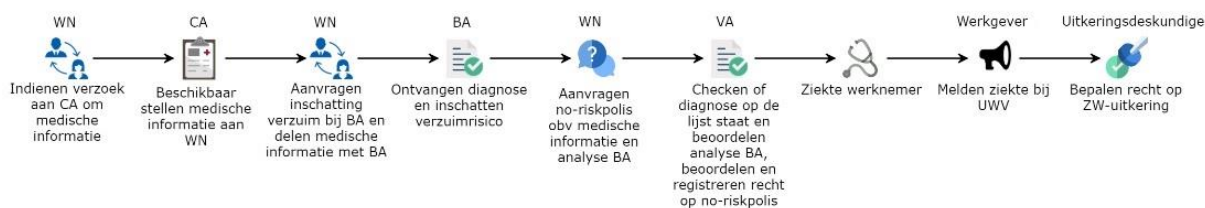
We beschrijven in het rapport de praktische uitvoerbaarheid en impact van een uitbreiding van de no-riskpolis met de chronische aandoeningen van de lijst, aan de hand van twee varianten:

- Variant 1: objectieve lijst met chronische aandoeningen;
- Variant 2: objectieve lijst met chronische aandoeningen en een aanvullende beoordeling (ernst aandoening, belastbaarheid, impact op werk et cetera).

De onderstaande figuren geven schematisch weer hoe het proces in beide varianten eruit zou zien. In de eerste variant wordt gewerkt met een puur objectieve lijst, waarbij alleen door een verzekeringsarts (VA) van het UWV gecheckt wordt of de diagnose inderdaad op de lijst met chronische aandoeningen staat en op basis daarvan de no-riskpolis wordt toegekend. De werknemer vraagt een curatieve arts (CA) de informatie met UWV te delen. In de tweede variant wordt er nog een beoordeling gevraagd van de bedrijfsarts (BA), over de mate waarin de chronische aandoening in de functie van de werknemer (WN) ook een verhoogd risico op verzuim met zich meebrengt.



Rol- en taakverdeling variant 1



Rol- en taakverdeling variant 2

In deze processen is het van belang dat curatieve artsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen een rol nemen in het delen van informatie over de chronische aandoening en eventueel het uitvoeren van een aanvullende beoordeling. Hierbij is het van belang dat de werknemer in de lead is in het opvragen en delen van de medische informatie. Verder zijn er



---

aanpassingen in het registratiesysteem van UWV nodig en, in het geval van een aanvullende beoordeling, moet er een beoordelingskader worden ontwikkeld.

Naast deze benodigdheden is een aantal aandachtspunten geformuleerd voor het operationeel toepasbaar maken van een objectieve lijst en de uitbreiding van de no-riskpolis op basis daarvan:

- a. Er moet voldoende capaciteit zijn bij UWV voor het beoordelen van de aanvraag om een no-riskverklaring en het registreren van het recht op een no-riskpolis. Zonder aanvullende beoordeling van de bedrijfsarts gaat het alleen om het verwerken van informatie van de curatieve arts en het nagaan of deze aandoening op de lijst staat. Bij een aanvullende beoordeling door de bedrijfsarts kan de verzekeringsarts het voorbereidende werk van de bedrijfsarts meenemen in de beoordeling. Bij een aanvullende beoordeling moet er ook voldoende capaciteit van de bedrijfsarts zijn. UWV geeft aan dat zij niet over de capaciteit beschikt om aanvragen van het grote aantal mensen dat aanvullend een no-riskpolis zou kunnen aanvragen op basis van de lijst te verwerken.
- b. Duidelijk moet zijn of het recht op een no-riskpolis (alleen) voorafgaand aan, of (ook) tijdens een dienstverband kan worden beoordeeld. Dit is een beleidsmatige keuze.
- c. Er is een goede juridische formulering nodig waarbij duidelijk moet zijn of het gaat om een tijdelijke of een permanente no-riskpolis.

### Beschouwing van de onderzoekers

Gedurende het onderzoek is gebleken dat er weerstand bestaat tegen een uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een lijst met chronische aandoeningen. In verschillende gesprekken en in de bijeenkomsten met de begeleidingscommissie werden regelmatig kanttekeningen geplaatst bij een dergelijke lijst. In hoofdstuk 7 van het rapport nemen wij dan ook de ruimte hier uitgebreid op te reflecteren. Een aantal van de meest genoemde aandachtspunten zijn:

- a. Het mogelijk stigmatiserende effect van een lijst met chronische aandoeningen;
- b. Het feit dat er vele andere factoren een rol spelen bij het al dan niet verzuimen van een werknemer naast de chronische aandoening, zoals de werkomstandigheden (onder andere begrip werkgever en collega's, type werk), in hoeverre de functie passend of flexibel is en diverse context gebonden, persoonlijke en psychosociale factoren;
- c. De grote aantallen mensen met een aandoening op de lijst en daarmee de grote uitbreiding van de no-riskdoelgroep mocht de lijst gebruikt worden, zouden alsnog een groot beroep doen op capaciteit van UWV, die zij aangeven niet te hebben;
- d. De uitbreiding van de no-riskdoelgroep met dergelijk grote aantallen heeft gevolgen voor de verzekeringsmarkt;
- e. Tot slot wordt de vraag opgeworpen in hoeverre een dergelijke uitbreiding van de no-riskpolis daadwerkelijk bijdraagt aan het doel van de no-riskpolis, omdat de no-riskpolis weinig effectief is gebleken in eerder onderzoek.<sup>2</sup> De grote omvang van de groep gaat mogelijk ook ten koste van de effectiviteit van het instrument in verband met verdringingseffecten.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> De Beleidsonderzoekers en SEO (2018). *Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>3</sup> De Beleidsonderzoekers (2020). *De no-riskpolis in breder perspectief: onderzoek naar de mogelijke effecten die uitgaan van het recht op de no-riskpolis*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

---

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

In Nederland is het streven dat alle mensen die kunnen en willen werken, waar mogelijk, een betaalde baan hebben en behouden. Zo ook mensen met een arbeidsbeperking. De veronderstelling die mogelijk leeft bij werkgevers, is dat het een groter financieel risico geeft om deze mensen in dienst te nemen. Zij hebben mogelijk een door de werkgever gepercipieerd hoger risico op verzuim en uitval. Vanwege de loondoorbetalingsplicht bij ziekte, re-integratie van zieke werknemers en het inhuren van vervangende krachten, kan dit fors hoge(re) kosten met zich meebrengen voor een werkgever. Om werkgevers te stimuleren mensen met een arbeidsbeperking aan te nemen is er de no-riskpolis. De no-riskpolis houdt in dat een werkgever door UWV wordt gecompenseerd voor de financiële lasten van de loondoorbetalingsplicht in geval van ziekte. Op dit moment geldt de no-riskpolis voor diverse doelgroepen. Niet iedereen met een ziekte of handicap behoort tot deze doelgroepen. Er zijn mensen met chronische aandoeningen die nu niet onder de no-riskpolis vallen. Zij hebben door hun ziekte of handicap vaak wel een hoger verondersteld risico op verzuim en uitval, waardoor werkgevers terughoudend kunnen zijn in het aannemen van deze mensen.

Meerdere partijen stellen dat deze groep mensen, die (nu) niet onder de no-riskpolis vallen, mogelijk wel baat hebben bij deze regeling. Zo heeft de Sociaal Economische Raad (SER) in 2016 (Werk: van belang voor iedereen) geadviseerd te onderzoeken of de no-riskpolis ook voor een selecte groep jongeren met een chronische ziekte mogelijk is. Ook hebben de organisaties Emma at Work en Jongerenpanel Zorg én Perspectief (ZéP), mede namens organisaties als leder(in) en het Centrum Chronisch Ziek en Werk, begin 2019 in een petitie opgeroepen een pilot te starten voor een no-riskpolis voor alle jongeren met een chronische aandoening. Minister Koolmees kondigde op 29 oktober 2019 aan te willen onderzoeken of de no-riskpolis een oplossing biedt voor mensen (niet alleen jongeren) die moeite hebben de arbeidsmarkt te betreden vanwege een chronische aandoening. De eerste stap hierin is om te onderzoeken of afbakening van een groep mensen, die in aanmerking kan komen voor eventuele uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een chronische aandoening, haalbaar is. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft Significant APE verzocht om een dergelijk onderzoek uit te voeren.

## 1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het ministerie van SZW beoogt met dit onderzoek antwoord te krijgen op de volgende centrale vraagstelling:

Is het mogelijk om de groep mensen met een chronische aandoening, die een voorspelbaar hoog risico op verzuim van werk heeft, op een duidelijke manier af te bakenen en zo ja, hoe?

Daarbij zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Is het mogelijk om een lijst op te stellen, bijvoorbeeld op basis van aandoeningen of zorggebruik, die een duidelijke en afgebakende weergave geeft van de groep mensen met een chronische aandoening die een voorspelbaar hoger risico op verzuim van werk heeft?
  - 1.1 Wat zijn de eisen of randvoorwaarden waaraan de lijst moet voldoen?
  - 1.2 Hoe wordt deze groep mensen met een chronische ziekte met een voorspelbaar verhoogde kans op verzuim van werk geïdentificeerd? Wat zijn in dat geval de criteria aan de hand waarvan bepaald wordt of een aandoening op de lijst wordt opgenomen?
  - 1.3 Wat is de maatstaf voor kans op verhoogd verzuim?



---

#### 1.4 Hoe ziet de lijst eruit?<sup>4</sup>

Indien er mogelijkheden zijn om een lijst op te stellen zijn de vervolgvragen als volgt:

##### 2. Operationele toepasbaarheid

2.1 Wat is er nodig om te zorgen dat de lijst operationeel toepasbaar wordt én operationeel toepasbaar blijft?

2.2 Welke beperkingen kent de lijst?

##### 3. Omvang

3.1 Hoeveel mensen behoren tot de beroepsbevolking en voldoen aan minimaal één criterium van de lijst uitgesplitst naar werkenden en niet-werkenden?

3.2 Voor wie biedt de no-riskpolis meerwaarde, met andere woorden: welk deel van de geïdentificeerde groep kan nu nog geen aanspraak maken op een van de bestaande no-riskpolissen?

Indien er géén mogelijkheden zijn om een lijst op te stellen is de vervolgvraag: waarom is dit niet mogelijk gebleken?

### 1.3 Afbakening onderzoek

Het onderhavige onderzoek richt zich op de haalbaarheid van het afbakenen van een groep mensen die in aanmerking kan komen voor een eventuele uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een chronische aandoening. Er is onderzocht in hoeverre het mogelijk is om een lijst met chronische aandoeningen op te stellen waar sprake is van een verhoogd risico op verzuim. De scope van het onderzoek strekt zich dan ook uit tot de operationele toepasbaarheid van een dergelijke lijst.

Er spelen vele factoren een rol bij het al dan niet manifesteren van verzuim bij mensen met een chronische aandoening. Factoren die van belang zijn, zijn bijvoorbeeld de houding van de werkgever, van collega's en de persoonlijke of thuissituatie. Dit onderzoek richt zich echter alleen op het verband tussen de chronische aandoening en een (mogelijk) verhoogde kans op verzuim, en of een uitbreiding van de no-riskpolis op basis daarvan in de praktijk mogelijk is.

Ook de bekendheid met en effectiviteit van de no-riskpolis biedt belangrijke context, maar maakt geen onderdeel uit van het onderhavige onderzoek. Eerdere onderzoeken van De Beleidsonderzoekers<sup>5</sup> en lopend onderzoek van Kantar geven meer inzicht in de effectiviteit en bekendheid van de no-riskpolis. Ook de financiële gevolgen van een eventuele uitbreiding van de no-riskpolis zijn geen onderdeel van het onderhavige onderzoek. Het onderzoek biedt, samen met de hiervoor benoemde onderzoeken, input voor het ministerie van SZW voor nadere politieke besluitvorming.

### 1.4 Context no-riskpolis

Werkgevers moeten het loon van hun werknemers doorbetalen wanneer zij ziek zijn. Dit geldt ook voor werknemers die in aanmerking komen voor de no-riskpolis, maar voor deze werknemers ontvangt de werkgever bij ziekte van de werknemer een uitkering. Deze uitkering compenseert de werkgever voor de verplichte loondoorbetaling. Werkgevers

---

<sup>4</sup> Hierbij vraagt het ministerie van SZW om in ieder geval een lijst op te stellen waarbij gekeken wordt naar voorspelbaar verzuim op de wat kortere termijn (binnen vijf jaar na indiensttreding). In aanvulling daarop wordt aan onderzoekers gevraagd of de lijst er anders uitziet als de maatstaf is voorspelbaar hoger verzuim tot aan de AOW-gerechtigde leeftijd.

<sup>5</sup> De Beleidsonderzoekers en SEO (2018). *Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De Beleidsonderzoekers (2020). *De no-riskpolis in breder perspectief: onderzoek naar de mogelijke effecten die uitgaan van het recht op de no-riskpolis*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

---

zijn vrij in de keuze om het verzuimrisico voor werknemers die niet in aanmerking komen voor de no-riskpolis privaat te verzekeren. Een werkgever heeft bij ziekte van een werknemer niet alleen te maken met loondoorbetalingsplicht. Bij langdurig of frequent verzuim kan de werkgever ook te maken krijgen met vervangingskosten en re-integratiekosten. Bij een no-riskpolis maakt een werkgever nog steeds deze kosten, maar de werkgever krijgt dan wel een compensatie voor de loondoorbetaling. Hierdoor kan het aantrekkelijker worden voor een werkgever om iemand aan te nemen als diegene in aanmerking komt voor de no-riskpolis.

Mensen met een chronische aandoening die nu niet in aanmerking komen voor de no-riskpolis hebben mogelijk wel baat bij de no-riskpolis. Of dat inderdaad zo is hangt af van de effectiviteit van de no-riskpolis. Uit eerder onderzoek van De Beleidsonderzoekers blijkt dat de no-riskpolis in een kwart van de gevallen effectief is in het over de streep trekken van werkgevers om sollicitanten met een arbeidsbeperking aan te nemen. Ongeveer driekwart van deze sollicitanten zou sowieso zijn aangenomen, ook zonder dat er sprake zou zijn van een no-riskpolis. Daarnaast blijkt dat de no-riskpolis nog relatief onbekend is bij werkgevers en mensen uit de doelgroep van de no-riskpolis. De no-riskpolis komt daarnaast zelden ter sprake tijdens het sollicitatiegesprek.<sup>6</sup>

Uit recenter onderzoek van De Beleidsonderzoekers<sup>7</sup> blijkt ook dat de no-riskpolis niet voor iedereen effectief is. Een belangrijke randvoorwaarde voor effectiviteit van de no-riskpolis is de bekendheid met het instrument, waar dus momenteel niet altijd aan wordt voldaan. Ook laat het onderzoek zien dat er andere contextfactoren van invloed zijn op de effectiviteit van de no-riskpolis, zoals een verzuimverzekering, de wervingsstrategie van werkgevers, de inzet van tijdelijke contracten, zichtbaarheid van de aandoening en *deadweight loss* en verdringing doordat werkgevers de 'betere' kandidaten selecteren die ook zonder no-riskpolis een baan hadden gevonden. Er is sprake van *deadweight loss* als de no-riskpolis wordt toegekend in situaties waarbij de werkgever toch al het gewenste gedrag vertoonde of dat van plan was. De no-riskpolis is in deze gevallen niet effectief, maar toch ontvangt de werkgever looncompensatie als de werknemer verzuimt. Bovendien blijkt uit het onderzoek dat verschillende factoren een rol spelen in de overweging om mensen in dienst te nemen of te houden, zoals het streven naar inclusief werkgeverschap, de situatie op de arbeidsmarkt, andere instrumenten en voorzieningen en eerdere ervaringen met werknemers uit de doelgroep. Onder bepaalde omstandigheden en voor bepaalde werkgevers en werkzoekenden kan de no-riskpolis mogelijk wel bijdragen aan de arbeidsparticipatie van de doelgroep.

Er wordt momenteel ook onderzoek uitgevoerd naar de bekendheid van de no-riskpolis door Kantar. Het betreft een kwalitatief onderzoek naar manieren waarop de bekendheid van de no-riskpolis kan worden vergroot.<sup>8</sup>

## 1.5 Aanpak van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben wij verschillende methoden ingezet.

### 1.5.1 Oriëntatiefase

Om te beginnen hebben wij een ronde oriënterende interviews gedaan met de organisatie die de no-riskpolis uitvoert (UWV) en organisaties die de doelgroep van mensen met een chronische aandoening vertegenwoordigen (Emma at Work, ZéP, UWV, de Landelijke Cliëntenraad en Patiëntenfederatie Nederland) om focus aan te brengen in het onderzoek en de randvoorwaarden van de lijst en maatstaven voor de analyse te bespreken.

---

<sup>6</sup> De Beleidsonderzoekers en SEO (2018). *Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>7</sup> De Beleidsonderzoekers (2020). *De no-riskpolis in breder perspectief: onderzoek naar de mogelijke effecten die uitgaan van het recht op de no-riskpolis*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>8</sup> Dit onderzoek is toegezegd in het Algemeen Overleg (AO) Arbeidsongeschiktheid van 7 november 2019. De verwachte oplevering van die rapport is eind 2020.

---

Tegelijkertijd hebben wij deskresearch uitgevoerd. Hierin hebben gekeken naar welke aandoeningen in de literatuur worden genoemd als het gaat om een verhoogd verzuimrisico. Daarnaast hebben we in kaart gebracht welke andere factoren bepalend zijn in de kans op verzuim, zodat we hiervoor kunnen corrigeren in de analyses en zo het eigenstandige effect van aandoeningen op het verzuimrisico kunnen vaststellen.

### 1.5.2 *Data-analyse chronische en langdurige aandoeningen en verhoogde kans op verzuim*

In de analyses van de samenhang tussen chronische aandoeningen en verzuim maken we gebruik van data van Nivel Zorgregistraties. Het Nivel gebruikt voor het genereren van de data een episode construct. De constructie van ziekte-episodes is ontwikkeld door een expertgroep van onderzoekers, epidemiologen, huisartsen en ICT-medewerkers van het Nivel, het RIVM, het NHG en Universiteit Nijmegen. De methode van berekenen van morbiditeitscijfers is afgestemd met een morbiditeitsconsortium bestaande uit diverse kennisinstituten. Met deze ontwikkelde systematiek leidt Nivel op basis van ICPC-1 geregistreerde zorg uit het Huisartseninformatiesysteem (HIS) af of er sprake is van een acute ziekte of symptoom, een langdurige (omkeerbare) ziekte of een chronische ziekte. De International Classification of Primary Care (ICPC) is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. In Nederland gebruiken huisartsen de ICPC-1.

De categorisering en systematiek is ontwikkeld door middel van discussierondes met twee expertgroepen en getest met data uit Nederland. Op basis van de ICPC-1 codes is een categorisering gemaakt naar acute ziektes of symptomen, langdurige (omkeerbare) ziekten en chronische ziekten. Chronische ziekten worden als onomkeerbaar beschouwd. Bij langdurige ziekten wordt verwacht dat de patiënt binnen een jaar terugkomt bij de huisarts. Bij acute ziektes en symptomen, zoals een griep wordt verwacht dat de patiënt hersteld is als de patiënt niet binnen een korte periode (4, 8 of 16 weken afhankelijk van de acute ziekte of symptoom) terugkomt bij de huisarts.<sup>9</sup>

Uit de deskresearch volgt dat bijvoorbeeld ook een depressie een grote belemmering vormt bij arbeidsparticipatie. In de systematiek die het Nivel gebruikt valt depressie onder langdurige aandoeningen. We hebben daarom naast chronische aandoeningen ook langdurige aandoeningen meegenomen. In bijlage A staat een overzicht met chronische aandoeningen. In bijlage B staat een lijst met langdurige aandoeningen. Acute aandoeningen zijn niet meegenomen omdat deze aandoeningen over het algemeen kort duren.

Voor het onderzoeken van het verband tussen chronische aandoeningen en de kans op verzuim en mate van arbeidsparticipatie hebben wij een data-analyse uitgevoerd, waarbij wij gebruik hebben gemaakt van data van Nivel Zorgregistraties (zie voor meer hierover hoofdstuk 3). In de technische bijlage wordt de analyse in detail besproken (bijlage D).

Een deel van de mensen in deze analyse komt al in aanmerking voor een no-riskpolis. We hebben daarom de analyses herhaald zonder deze groep van mensen die al in aanmerking komt om te onderzoeken of voor de groep mensen met een chronische aandoening die nog niet in aanmerking komt er een verhoogd risico op verzuim is.

Tot slot hebben wij onderzocht hoe groot de groep mensen naar schatting is die met uitbreiding van de no-riskpolis extra voor de polis in aanmerking zouden komen (zie hiervoor eveneens bijlage D).

---

<sup>9</sup> Zie Nielen, M. M. J., Davids, R., Gommer, M., Poos, R., & Verheij, R. A. Berekening morbiditeitscijfers op basis van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Nivel; 2016. / Nielen, M. M., Spronk, I., Davids, R., Korevaar, J. C., Poos, R., Hoeymans, N., ... & Verheij, R. A. (2019). Estimating morbidity rates based on routine electronic health records in primary care: Observational study. *JMIR medical informatics*, 7(3), e11929.

---

### 1.5.3 *Expertpanel, werksessie, interviews en begeleiding van het onderzoek*

Voor het onderzoek hebben wij een expertpanel samengesteld van arbeidsdeskundigen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en een ervaringsdeskundige. Deze experts hebben kennis over de samenhang tussen aandoeningen en verzuim. We hebben het expertpanel op drie momenten geraadpleegd, namelijk voor:

- a. Het bespreken van de opbrengsten van de oriëntatiefase;
- b. Het bespreken van de uitkomsten van de regressieanalyse over het risico op verzuim;
- c. Medisch inhoudelijke argumenten voor het al dan niet opnemen van aandoeningen op de lijst.

Om de praktische uitvoerbaarheid van de lijst te bespreken is een werksessie georganiseerd met UWV-medewerkers. Daarnaast zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen van verzekerings-, bedrijfs- en huisartsen om te onderzoeken wat ieders rol kan zijn bij een eventuele uitbreiding van de no-riskpolis. Zie bijlage 0 voor een overzicht van alle gesprekspartners en de leden van het expertpanel.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie. Zie bijlage F voor de samenstelling van de begeleidingscommissie.

### 1.6 **Leeswijzer**

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- a. Hoofdstuk 2 geeft een beknopte beschrijving van het doel van de no-riskpolis, de gronden waarop de no-riskpolis momenteel wordt toegekend en de toepassing van de no-riskpolis in het kader van het toekennen van een Ziektewetuitkering;
- b. Hoofdstuk 3 beschrijft de inhoud van de lijst met chronische aandoeningen en geeft een beeld van de verschillende voorwaarden, criteria en maatstaven die (kunnen) gelden bij het opstellen van de lijst;
- c. Hoofdstuk 4 gaat in op de operationele toepasbaarheid van een lijst en de impact die dit heeft in de praktijk. In dit hoofdstuk worden verschillende varianten om te werken met de lijst beschreven;
- d. In hoofdstuk 5 beschrijven wij de gevolgen van het invoeren van de lijst met chronische aandoeningen als grondslag voor een no-riskpolis voor de omvang van de populatie die aanspraak kan maken op de no-riskpolis;
- e. Hoofdstuk 6 bevat de conclusies en beantwoorden wij iedere onderzoeksvraag;
- f. In hoofdstuk 7 nemen de onderzoekers de vrijheid om in een algehele slotbeschouwing te reflecteren op het onderzoek. Gedurende het onderzoek zijn veel relevante kanttekeningen geplaatst bij het opstellen en werken met een lijst van chronische aandoeningen voor het uitbreiden van de no-riskpolis. Deze relateren niet altijd direct aan de gestelde onderzoeksvragen, maar zijn relevant als context en voor de politieke afweging die op het onderzoek volgt of het werken met een lijst ook wenselijk is.

Er is voor gekozen om de lijst met chronische aandoeningen en de kans op verzuim die volgens onze analyse samenhangt met specifieke aandoeningen als bijlage op te nemen. De kanttekeningen die we zelf bij een dergelijke lijst plaatsen, de bezwaren die andere partijen gedurende het onderzoek tegen deze lijst hebben gemaakt en de (stigmatiserende) effecten die van deze lijst kunnen uitgaan, zijn afwegingen geweest in die keuze.

---

## 2 Achtergrond no-riskpolis

Dit hoofdstuk bevat een uiteenzetting van de werking van de huidige no-riskpolis. Dit is relevant aangezien er in de rest van het rapport wordt voortgeborduurd op een al bestaande systematiek, voor een kleinere doelgroep. Relevant voor de rest van de rapportage is ook de Ziektewetuitkering bij een no-riskpolis en de taakverdeling die bestaat tussen medische professionals en arbeidsdeskundigen. We beschrijven daarom de gronden waarop de no-riskpolis wordt afgegeven, hoe het toekennen van een Ziektewetuitkering verloopt en de huidige rolverdeling van betrokken medici.

### 2.1 Afgeven beschikking no-riskpolis

In de huidige situatie zijn er verschillende gronden waarop iemand voor een no-riskpolis in aanmerking komt. Er zijn ook verschillende manieren waarop een beschikking kan worden afgegeven. Dit hangt af van de grondslag. Als iemand bijvoorbeeld ooit een Wajong-uitkering heeft gehad of in het doelgroepenregister voorkomt, kan UWV in de registratiesystemen nagaan of er recht is op een no-riskpolis. Deze mensen hebben permanent recht op een no-riskpolis. De werkgever hoeft de no-riskpolis dan niet van tevoren aan te vragen voor de werknemer. Op het moment dat de werknemer ziek wordt, geeft de werkgever op het formulier aan dat voor de zieke werknemer de no-riskpolis geldt. UWV beoordeelt dan of de werknemer op basis van de voorwaarden van de no-riskpolis een Ziektewetuitkering krijgt.

Ook scholingsbelemmeringen vormen een grondslag voor de no-riskpolis. Bij scholingsbelemmeringen verloopt de toekenning anders. In deze situatie moet de werknemer een no-riskverklaring aanvragen bij UWV. Als iemand een no-riskverklaring aanvraagt op basis van een scholingsbelemmering dan zijn er twee manieren van beoordelen:

- a. Administratief op basis van bepaalde criteria: als iemand al een voorziening (hulp of een hulpmiddel) van UWV of een gemeente heeft gehad voor het kunnen volgen van onderwijs;
- b. Met een aanvullende beoordeling door een verzekeringsarts en een arbeidsdeskundige.

Schoolverlaters die vanuit het voortgezet speciaal onderwijs of praktijkonderwijs komen hebben ook scholingsbelemmeringen. Zij hebben echter al recht op een permanente no-riskpolis omdat ze in het doelgroepenregister zitten. Als iemand op meerdere gronden recht heeft op een no-riskpolis dan heeft het doelgroepenregister voorrang op een no-riskverklaring. Als iemand dus al in het doelgroepenregister voorkomt dan wordt er geen no-riskverklaring toegekend.

Het resultaat van de beoordeling wordt vastgelegd, zodat als er een ziekmelding komt, UWV kan zien of er een no-riskverklaring is afgegeven voor een no-riskpolis.

### 2.2 Toekennen Ziektewetuitkering no-riskpolis

Als een werknemer met een no-riskpolis ziek wordt, dan meldt de werkgever dit bij UWV. Een uitkeringsdeskundige van UWV controleert of de werknemer inderdaad recht heeft op een Ziektewetuitkering. UWV betaalt de Ziektewetuitkering aan de werkgever. De werkgever betaalt het loon van de zieke werknemer door. De werkgever wordt op deze manier voor een groot deel van het loon van de zieke werknemer gecompenseerd.

### 2.3 Rolverdeling medische professies en de arbeidsdeskundige

In Nederland bestaat er een duidelijke afbakening in rol- en taakverdeling van de curatieve artsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. Het diagnosticeren, behandelen, adviseren en beoordelen van ziekte wordt gescheiden en door de verschillende functies uitgevoerd. Het is van belang dit in acht te nemen wanneer we kijken naar de inrichting van het proces voor het toekennen van de no-riskpolis aan mensen met een chronische aandoening. De **curatieve artsen** (huisartsen en medisch specialisten) stellen diagnoses en behandelen. De **bedrijfsarts** heeft een

---

onafhankelijke adviserende rol ten aanzien van de werkgever en werknemer. De **verzekeringsarts** en **arbeidsdeskundige** kunnen verschillende beoordelingen doen afhankelijk van de wet (Ziektewet, WIA/WAO, Wajong, no-riskverklaring). In het kader van de Ziektewet kijkt UWV of iemand geschikt is voor zijn/haar werk/arbeid (artikel 19 van de Ziektewet) en na één jaar ziekte kijkt UWV of hij/zij geschikt is voor algemeen geaccepteerde arbeid (artikel 19aa van de Ziektewet). De verzekeringsarts kijkt hierbij naar de medische aspecten en de functionele mogelijkheden en de arbeidsdeskundige beoordeelt welke werkzaamheden de verzekerde gelet op de medische mogelijkheden (beperkingen) nog kan verrichten in de eigen (of andere) arbeid. Bij de no-riskverklaring richt de arbeidskundigebeoordeling zich op het vaststellen van scholingsbelemmeringen van de jongere. Tijdens het onderzoek beoordeelt de arbeidsdeskundige of het noodzakelijk is om de verzekeringsarts te raadplegen. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn wanneer het niet duidelijk is of de gestelde scholingsbelemmeringen voortkomen uit ziekte of gebrek of dat deze voortkomen uit belemmerende persoonlijke en/of externe factoren. De arbeidsdeskundige beschikt nooit over medische informatie.



---

## 3 Afbakening van chronische aandoeningen

In dit hoofdstuk gaan wij in op de eerste centrale vraag van het onderzoek, namelijk of het mogelijk is een lijst op te stellen van chronische aandoeningen die een voorspelbaar hoger risico op verzuim tot gevolg hebben, die als basis gebruikt kan worden ter uitbreiding van de no-riskpolis. Daarbij gaan wij in op de randvoorwaarden die zijn meegegeven door de opdrachtgever met betrekking tot de lijst, de gehanteerde criteria voor het al dan niet opnemen van aandoeningen op de lijst, de maatstaven voor arbeidsparticipatie en verzuim. In dit hoofdstuk betrekken wij nog niet vraagstukken met betrekking tot de praktische uitvoering. Hier gaan wij in hoofdstuk 4 verder op in.

### 3.1 Randvoorwaarden vooraf meegegeven

Bij voorbaat stelde het ministerie van SZW een aantal randvoorwaarden, waaraan een mogelijke lijst moet voldoen. Dit zijn:

- a. De lijst moet objectief zijn;
- b. De lijst moet operationeel toepasbaar zijn (zie hiervoor hoofdstuk 4);
- c. Er moet geen aanvullende beoordeling van een verzekeringsarts (of een arbeidsdeskundige) van UWV nodig zijn om aanspraak te maken op de no-riskpolis (zie ook hiervoor hoofdstuk 4);
- d. Personen met een chronische aandoening moeten hun aandoening kunnen herkennen op de lijst (zelf kunnen concluderen dat zij aanspraak kunnen maken op de no-riskpolis op basis van de lijst);
- e. Aandoeningen op de lijst moeten een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk<sup>10</sup>, dat wil zeggen leiden tot een verhoogde kans op langdurig of frequent verzuim (zie hiervoor de rest van dit hoofdstuk).

Deze randvoorwaarden zijn meegenomen in de uitvoering van het onderzoek en hebben uiteraard gevolgen voor de bevindingen zoals beschreven in het onderhavige rapport. We hebben een data-analyse uitgevoerd naar het verband tussen chronische aandoeningen en verhoogd verzuim, in het kader van randvoorwaarde e. en tot op zekere hoogte randvoorwaarde a. Daarnaast zijn we in gesprek gegaan met medisch experts (verzekeringsartsen en bedrijfsartsen) om ook medisch inhoudelijke overwegingen mee te nemen in een eventuele afbakening van de lijst en in het beantwoorden van de vraag welke aandoeningen een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk. In de volgende paragrafen bespreken wij de uitkomsten van beide activiteiten, gericht op afbakening van chronische aandoeningen conform randvoorwaarde e.

### 3.2 Medisch inhoudelijke argumenten voor opname chronische aandoeningen op de lijst: duurzame belemmeringen?

Zoals beschreven in de aanpak van het onderzoek (paragraaf 1.5) maken we voor dit onderzoek gebruik van data van Nivel Zorgregistraties. We maken gebruik van deze data omdat ze gebaseerd zijn op een gestandaardiseerd en breed erkend huisartsenregistratiesysteem (IPC-1) dat daardoor ook herkenbaar is voor (huis)artsen. We nemen alleen aandoeningen die in de data van Nivel Zorgregistraties geclassificeerd zijn als chronisch of langdurig mee in het onderzoek, omdat we op zoek zijn naar aandoeningen waarvan objectief kan worden gesteld dat ze langdurig of chronisch zijn. Aandoeningen die in de data van Nivel Zorgregistraties geclassificeerd zijn als acute aandoening nemen we niet mee in het onderzoek. Acute aandoeningen gaan over het algemeen na een relatief korte tijd over. Deze aandoeningen passen niet op een objectieve lijst van aandoeningen die langdurig of chronisch zijn omdat dit over het algemeen niet het geval is. Echter, in bepaalde gevallen voor bepaalde mensen kunnen acute aandoeningen wel

---

<sup>10</sup> Dit is afhankelijk van de functie die iemand heeft in combinatie met de chronische aandoening. In hoofdstuk 4 gaan wij hier verder op in, bij het beschrijven van variant 2.

---

degeelijk langdurig of chronisch zijn. Zo valt chronische vermoeidheid in de ICPC-1 codelijst onder de subcode van vermoeidheid en vermoeidheid is geclassificeerd als een acute aandoening van acht weken. Dit betekent dat vermoeidheid is geclassificeerd als een aandoening die over het algemeen niet langer dan acht weken aanhoudt. Dit geldt ook voor Fibromyalgie. Dit is een aandoening die chronische pijn in spieren en bindweefsel veroorzaakt. Fibromyalgie valt in de ICPC-1 codelijst onder de subcode van de aandoening spierpijn. En spierpijn is, net als vermoeidheid, geclassificeerd als een acute aandoening van acht weken. Bij het construeren van de episodes kijkt Nivel niet naar subcodes. Het registreren van subcodes wordt (nog) niet altijd consequent gedaan en is nog niet gevalideerd. Daarom wordt er ook niet over gerapporteerd. Dit is een belangrijke kanttekening bij het onderzoek en bij het gebruik van een objectieve lijst van aandoeningen, omdat juist secundaire klachten, zoals vermoeidheid en pijn, de belemmerende factoren kunnen zijn voor werk en dit niet altijd de bovenliggende aandoening is. Deze kunnen bovendien wel degelijk chronisch zijn voor sommige mensen. Andersom geldt dat langdurige en chronische aandoeningen lang niet voor iedereen (even grote) belemmeringen geven en zorgen voor een verhoogd risico op verzuim. De ernst van de aandoening en de ervaren belemmeringen zijn kortom belangrijker factoren in het risico op verzuim dan de objectief vast te stellen aandoening. Wij komen hier in de slotbeschouwing in hoofdstuk 7 op terug.

Met een groep van medische experts hebben we van alle langdurige en chronische aandoeningen (zoals geclassificeerd in de data van Nivel Zorgregistraties) bepaald welke aandoeningen op de lijst zouden moeten komen op basis van medisch inhoudelijke argumenten.<sup>11</sup> Hierbij zijn drie criteria gehanteerd:

- a. De aandoening geeft naar verwachting mogelijk een verhoogde kans op verzuim;
- b. De aandoening of de belemmeringen volgend uit de aandoening zijn naar verwachting langdurig, chronisch en/of blijvend. NB: een chronische aandoening is niet per definitie blijvend;
- c. Het is niet mogelijk om met een behandeling en/of hulpmiddelen de ziekte op korte termijn te genezen en/of belemmeringen weg te nemen.

Er zijn 76 aandoeningen die aan deze criteria voldoen. Soms geldt een criterium wel maar voor een deel van de mensen met de betreffende aandoening. De aandoening moet in dat geval nader gespecificeerd worden. Deze nadere specificatie kunnen we nu in de data niet maken. Hierdoor hebben de schattingsresultaten betrekking op de brede definitie en hierdoor is het niet mogelijk om te bepalen wat de omvang van de groep is met de betreffende aandoening en de nadere specificatie. Hier komen we in hoofdstuk 5 op terug. De nadere specificatie zou herkenbaar moeten zijn voor artsen, immers de nadere specificatie is ook door artsen gemaakt. Dit veronderstelt dat met de nadere specificatie artsen voldoende informatie zouden moeten hebben om te kunnen bepalen of iemand een aandoening van de lijst heeft.

### 3.3 Opzet analyses arbeidsparticipatie en verzuim

Om na te gaan welke aandoeningen een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk, ofwel leiden tot een verhoogde kans op langdurig of frequent verzuim (randvoorwaarde e.), hebben we regressieanalyses uitgevoerd. Hierbij hebben we zowel onderzocht wat het effect is van verschillende aandoeningen op de kans op arbeidsparticipatie, als op verzuim.

De aangehouden onderzoekspopulatie beslaat personen van 16 jaar tot 65 jaar, die geen onderwijs meer volgen en niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt<sup>12</sup> zijn. Voor de analyses is het zaak te weten of de personen uit de onderzoekspopulatie een chronische aandoening hebben en welke. We maken daarvoor gebruik van de data van Nivel Zorgregistraties waarin van alle mensen uit de Nivel-steekproef staat welke langdurige en chronische aandoeningen zij

---

<sup>11</sup> Zwangerschapsgerelateerde aandoeningen zijn niet meegenomen, omdat zwangerschapsgerelateerde aandoeningen sowieso recht geven op een ZW-uitkering (aparte vangnetcategorie) als ze leiden tot arbeidsongeschiktheid.. Ook (anti)conceptie is buiten beschouwing gelaten.

<sup>12</sup> Dit zijn mensen die in ieder geval deels kunnen werken.

---

hebben. Hier zitten dus ook mensen tussen zonder langdurige of chronische aandoening. In bijlage C staat meer informatie over de data van Nivel Zorgregistraties.

Na koppeling van de onderzoekspopulatie aan de gegevens van Nivel Zorgregistraties blijft er een groep van 0,7 miljoen mensen over. Dit zijn dus de mensen die zowel in de data van Nivel Zorgregistraties zitten als die binnen de onderzoekspopulatie vallen (15 tot 65 jaar op 1 januari 2018, niet onderwijsvolgend en niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt). We vergelijken de mate van arbeidsparticipatie en het verzuim onder mensen met en zonder chronische of langdurige aandoening uit deze groep met elkaar. Hiervoor hebben we modellen geschat. Zie voor meer details over de modellen bijlage D. In de analyses is steeds gecorrigeerd voor persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau<sup>13</sup> en migratieachtergrond<sup>14</sup>), comorbiditeit en indien van toepassing ook voor baankenmerken (uitzendkracht, stagiair, sociale werkvoorziening, deeltijd of voltijd, contract voor bepaalde of onbepaalde tijd, particuliere sector, gesubsidieerde sector, Rijksoverheid, onderwijs, defensie/politie/rechterlijke macht, gemeenten/provincies/waterschappen). Dit hebben we gedaan zodat we het eigenstandige effect van elk van de aandoeningen op arbeidsparticipatie en verzuim konden vaststellen.

We hebben in de analyses gekeken naar verschillende maatstaven. Een maatstaf is een indicator om arbeidsparticipatie of verzuim te meten. We maken gebruik van de informatie die beschikbaar is. De verschillende maatstaven hebben elk hun eigen voor- en nadelen, zo zijn de maatstaven die gemaakt zijn met data uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) gebaseerd op een klein aantal waarnemingen maar bevatten ze wel informatie over verzuimfrequentie. De UWV-indicatoren zijn daarentegen integraal maar hiermee kunnen we geen kortdurend verzuim waarnemen. Dit is de reden waarom we naar verschillende maatstaven kijken, zodat we zoveel mogelijk kunnen zeggen over aandoeningen en de kans op verzuim.

We kijken in de analyse naar de volgende maatstaven:

1. Baan op 1 januari (ja of nee);
2. Arbeidsparticipatie gedurende het jaar 2018 (percentage);
3. Verzuim NEA met baan (ja of nee);
4. Verzuimfrequentie NEA met baan;
5. Verzuimpercentage NEA met baan;
6. Meldingsfrequentie UWV met baan;
7. Verzuimpercentage UWV met baan;
8. Verzuimduur UWV met baan (in categorieën);
9. Verzuimpercentage Ziektewet.

Een beschrijving van deze maatstaven staat in tabel 1. In de eerste kolom wordt de naam van de maatstaf gegeven. In de tweede kolom staat een beschrijving van de maatstaf. In de derde kolom staat voor welke populatie we de analyse hebben gedaan. Dit verschilt per maatstaf.

---

<sup>13</sup> Laag: Dit omvat het vmbo en de assistentenopleiding (mbo-1). Middelbaar: Dit omvat havo/vwo, de basisberoepsopleiding (mbo-2), de vakopleiding (mbo-3) en de middenkader- en specialistenopleidingen (mbo-4). Hoog: Dit omvat onderwijs op het niveau van hbo of wo.

<sup>14</sup> Hierbij is gekeken of iemand in het buitenland is geboren of dat iemand in Nederland is geboren, maar ten minste een ouder heeft die in het buitenland is geboren.

| Maatstaf                      | Beschrijving maatstaf   | Populatie   |
|-------------------------------|---|---|
| <b>Baan 1 januari</b>         | Voor mensen met een baan op 1 januari 2018 is deze waarde gelijk aan 1. Voor mensen zonder een baan op 1 januari 2018 is deze waarde gelijk aan 0.  | Integraal.  |
| <b>Arbeidsparticipatie</b>    | Aantal dagen met een inkomstenverhouding binnen het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018 afgezet tegen het aantal dagen in het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018.                                      | Integraal.  |
| <b>Verzuimfrequentie NEA</b>  | Aantal keer ziekteverzuim in de afgelopen 12 maanden (gaat grofweg over 2018, afhankelijk van het exacte moment van enquêteren).  | NEA-steekproef (met baan op 1 januari 2018) <sup>15</sup> .                                     |
| <b>Verzuimpercentage NEA</b>  | Aantal verzuimdagen in de afgelopen 12 maanden afgezet tegen het aantal contractdagen in het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018 (deeltijd gecorrigeerd).   | NEA-steekproef (met baan op 1 januari 2018).  |
| <b>Meldingsfrequentie UWV</b> | Aantal meldingen (van eerste ziektedagen) binnen het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018.   | Integraal (met baan op 1 januari 2018) <sup>16</sup> .  |
| <b>Verzuimpercentage UWV</b>  | Aantal verzuimdagen binnen het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018 afgezet tegen het aantal dagen in het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018.   | Integraal (met baan op 1 januari 2018).   |
| <b>Verzuimduur UWV</b>        | Van in het tijdvak 1 januari 2017 t/m 31 december 2017 nieuwe ziektemeldingen het aantal bijbehorende dagen inclusief dagen buiten het tijdvak 1 januari 2017 t/m 31 december 2017.                                     | Integraal (met baan op 1 januari 2018).   |
| <b>Verzuimpercentage ZW</b>   | Aantal dagen Ziektewetuitkering binnen het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018 afgezet tegen het aantal dagen in het tijdvak 1 januari 2018 t/m 31 december 2018 dat de persoon in de onderzoekspopulatie valt. | Mensen met een afgelopen of beëindigd contract, mensen met een no-riskpolis en uitzendkrachten. |

Tabel 1. Maatstaven voor arbeidsparticipatie en verzuim

De eerste twee maatstaven ('Baan 1 jan' en 'Arbeidsparticipatie') meten of mensen met een chronische of langdurige aandoening minder vaak werken op 1 januari 2018 respectievelijk gedurende het jaar 2018. Dit hebben we onderzocht voor de gehele onderzoekspopulatie.

Maatstaven 3., 4. en 5. ('Verzuim NEA', 'Verzuimfrequentie NEA', 'Verzuimpercentage NEA') zijn gebaseerd op gegevens uit de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) en zijn alleen bekend voor de mensen die de NEA-enquête hebben ingevuld. Dit zijn per definitie werkenden. De UWV-maatstaf 6. tot en met 8. ('Meldingsfrequentie UWV', 'Verzuimpercentage UWV', 'Verzuimduur UWV') zijn afgeleid uit 42-weeken ziekmeldingen. Deze gegevens zijn bekend voor alle Nederlanders die op enig moment werkten en zich hebben ziekgemeld. Voor de analyses op basis van NEA-gegevens en van UWV-gegevens (de maatstaven 3. tot en met 8.) hebben we alleen de mensen geselecteerd met een baan op 1 januari 2018.

De mensen met een Ziektewetuitkering betrokken in de analyse op maatstaf 9. betreffen mensen zonder baan of mensen die werken als uitzendkracht en mensen die recht hebben op een no-riskpolis en daarmee op een Ziektewetuitkering als ze ziek zijn.

Uit de analysesresultaten blijkt dat bij alle 76 aandoeningen die voldoen aan de drie medisch inhoudelijke criteria er sprake is van een voorspelbaar hoger verzuimrisico of een lagere mate van arbeidsparticipatie. Zoals benoemd aan het einde van hoofdstuk 1 is ervoor gekozen om de lijst met chronische aandoeningen en de kans op verzuim die volgens onze analyse samenhangt met specifieke aandoeningen als bijlage op te nemen. Zie pagina 13 voor de toelichting van deze keuze.

<sup>15</sup> De NEA is een enquête onder werkenden. Bijna iedereen die de enquête van 2018 heeft ingevuld heeft ook een baan op 1 januari 2018.

<sup>16</sup> De doelgroep van UWV is breder dan alleen mensen met een baan. We laten hier de resultaten zien voor de mensen met een baan op 1 januari 2018.

---

## 4 Operationele toepasbaarheid

In dit hoofdstuk gaan we in op de operationele toepasbaarheid van een eventuele uitbreiding van de no-riskpolis. We beschrijven eerst hoe het proces eruit kan zien wanneer de no-riskpolis wordt uitgebreid op basis van een objectieve lijst. Daarna beschrijven we een tweede variant waarin toch een aanvullende beoordeling plaatsvindt, die niet door UWV wordt uitgevoerd.

### 4.1 Uitvoerbaarheid objectieve lijst bij twee varianten: met en zonder aanvullende beoordeling

In het onderzoek is onderzocht of het mogelijk is om te werken met een objectieve lijst met chronische aandoeningen en wat er nodig is om eventuele beperkingen van de objectieve lijst op te vangen. Eén van de belangrijkste bevindingen, vanuit de literatuur, gesprekken en bijeenkomsten met het expertpanel, is dat er veel verschil kan zitten in de impact van dezelfde chronische aandoening van persoon tot persoon en dat de kans op verzuim ook kan samenhangen met het type werk. Hierdoor kwam ook regelmatig de vraag terug of een lijst van 'chronische aandoeningen' de beste basis is om de doelgroep van de no-riskpolis mee uit te breiden. Het kan op persoonlijk vlak nadelig zijn voor mensen om een aandoening te hebben die op de lijst staat die geassocieerd wordt met een verhoogde kans op verzuim, als zij zich daardoor gestigmatiseerd voelen. Een aanvullende beoordeling kan een (gedeeltelijke) oplossing bieden voor de beperkingen die een objectieve lijst kent. Hoewel het geen directe beantwoording van de onderzoeksvraag vormt, hebben we een verkenning uitgevoerd naar de praktische uitvoerbaarheid van deze variant en welke mogelijkheden en beperkingen het werken met een aanvullende beoordeling kent. We houden hierbij rekening met de randvoorwaarde dat er geen aanvullende beoordeling van een verzekeringsarts (of een arbeidsdeskundige) van UWV nodig mag zijn om aanspraak te maken op de no-riskpolis (zie paragraaf 3.1).

Dit hoofdstuk beschrijft de praktische uitvoerbaarheid en impact van een uitbreiding van de no-riskpolis van de volgende twee varianten:

- c. Variant 1: objectieve lijst met chronische aandoeningen;
- d. Variant 2: objectieve lijst met chronische aandoeningen en een aanvullende beoordeling (ernst aandoening, belastbaarheid, impact op werk et cetera).

We brengen eerst in beeld hoe de processen en rolverdeling voor de toekenning van de no-riskpolis voor mensen met een chronische aandoening eruit kan zien. Voordat we ingaan op de voor- en nadelen van de objectieve lijst, geven we een beschrijving van hoe de processen van het afgeven van een no-riskverklaring en een Ziektewetuitkering voor de doelgroep mensen met een chronische aandoening eruit zou kunnen zien. Ook brengen we in beeld welke personen een rol spelen. Vervolgens doen we dit ook voor een alternatieve variant waarbij de no-riskpolis wordt toegekend op basis van de objectieve lijst met een aanvullende beoordeling.

### 4.2 Processen voor het toekennen van de no-riskpolis voor mensen met een chronische aandoening

In zowel in variant 1 als in variant 2 blijft het proces van het daadwerkelijk toekennen van de Ziektewetuitkering als de werknemer ziek is gelijk aan hoe dat nu al gebeurt (zie hoofdstuk 2). We gaan daarom hierna alleen in op het toekennen van de no-riskpolis.

#### 4.2.1 *Processen en rolverdeling bij variant 1: alleen een objectieve lijst*

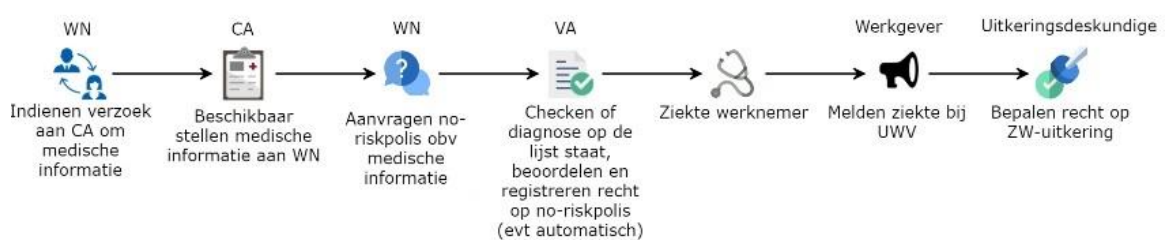
Het ligt voor de hand dat het proces bij variant 1 wordt ingericht zoals het administratieve proces van beoordelen voor mensen met scholingsbelemmeringen (zie paragraaf 2.1, punt a.). (Of het proces bij eventuele uitbreiding van de no-riskpolis ook zo wordt ingericht is een beleidsmatige keuze). Kenmerkend voor dit administratieve proces is dat de no-

riskverklaring actief moet worden aangevraagd.<sup>17</sup> Zoals ook wordt beschreven in paragraaf 2.1 is dit in de huidige situatie meestal niet het geval, alleen bij scholingsbelemmeringen. Bij andere grondslagen op basis waarvan iemand in aanmerking kan komen voor een no-riskpolis volgt dit uit de registratiesystemen van UWV. Dat is voor aandoeningen, net als voor scholingsbelemmeringen, niet het geval.

Bij een eventuele uitbreiding van de no-riskpolis wordt in variant 1 op basis van de lijst met aandoeningen bepaald of iemand recht heeft op de no-riskpolis. Het resultaat van de beoordeling wordt geregistreerd, zodat als er een ziekmelding komt, UWV kan zien of er een no-riskverklaring is afgegeven. Het resultaat van de aanvraag van de no-riskverklaring wordt door UWV geregistreerd en is terug te vinden in het elektronisch dossier van de persoon met een chronische aandoening. Op basis van deze informatie wordt bepaald of er recht is op de no-riskpolis bij het toekennen van de Ziektewetuitkering. Wat er verandert ten opzichte van de huidige situatie is dat het mogelijk moet zijn om een nieuwe categorie no-riskpolis, namelijk chronische aandoening te registreren. Hiervoor is een uitbreiding in het claimsysteem nodig waarbij de categorie 'chronische aandoening' wordt toegevoegd. Voor de rolverdeling geldt het uitgangspunt dat de werknemer in de lead is in het opvragen en delen van de medische informatie. De curatieve artsen die we gesproken hebben voor dit onderzoek geven namelijk aan dat zij het verkrijgen van recht op een no-riskpolis als financieel doel zien en het daarmee niet als een doelstelling zien op basis waarvan curatieve artsen informatie delen. Het doel is echter het verhogen van arbeidsparticipatie van mensen door het wegnemen van een veronderstelde belemmering. Zie ook paragraaf 4.3.6.

De rol- en taakverdeling bij variant 1 zou er als volgt uit kunnen zien (zie ook figuur 1):

- Werknemer (WN) dient een verzoek om medische informatie in bij curatieve arts (CA);<sup>18</sup>
- Curatieve arts stelt medische informatie beschikbaar aan werknemer (WN);<sup>19</sup>
- Werknemer (WN) vraagt bij UWV een no-riskverklaring aan op basis van de verkregen medische informatie;
- Verzekeringsarts (VA) gaat na of de diagnose op de lijst staat en registreert het recht op een no-riskpolis<sup>20</sup>;
- Werknemer is ziek en verzuimt en de werkgever meldt dit bij UWV;
- Uitkeringsdeskundige bepaalt recht op Ziektewetuitkering (ZW)-uitkering.



Figuur 1. Rol- en taakverdeling variant 1

#### 4.2.2 Rolverdeling en processen bij variant 2: een objectieve lijst en een aanvullende beoordeling door de bedrijfsarts

Het proces bij variant 2 is vergelijkbaar met variant 1, behalve dat er een extra component wordt toegevoegd: een aanvullende beoordeling door een bedrijfsarts. Hierdoor is variant 2 redelijk vergelijkbaar met het proces van beoordelen voor mensen met scholingsbelemmeringen waarbij soms een aanvullende beoordeling door een verzekeringsarts nodig is (zie paragraaf 2.1, punt b.). Een wijziging ten opzichte van de huidige situatie is dat de

<sup>17</sup> Het is dan wel belangrijk dat de werknemer weet dat deze mogelijkheid er is.

<sup>18</sup> Uit deze medische informatie blijkt dat iemand een diagnose heeft voor de betreffende chronische aandoening.

<sup>19</sup> Overdracht van medische informatie kan alleen tussen artsen plaatsvinden en alleen met toestemming van de persoon om wie het gaat.

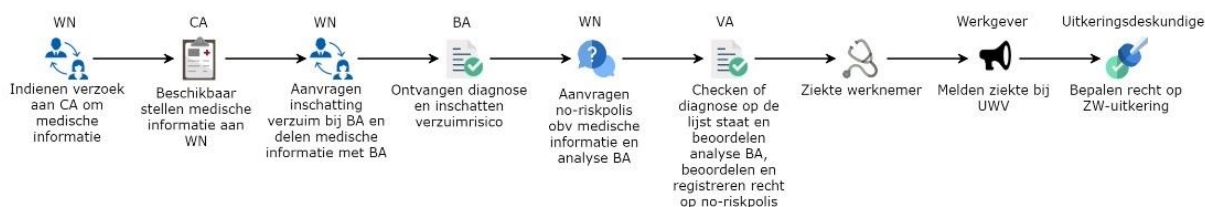
<sup>20</sup> Verzekeringsarts kan deze taak delegeren naar sociaalmedisch verpleegkundige, of het proces kan geautomatiseerd plaatsvinden.



bedrijfsarts een inschatting maakt van het verzuimrisico van de werknemer. De verzekeringsarts gebruikt deze informatie bij de aanvullende beoordeling.

De rol- en taakverdeling bij variant 2 zou er als volgt uit kunnen zien (zie ook figuur 2):

- a. Werknemer (WN) dient een verzoek om medische informatie in bij curatieve arts (CA)<sup>21</sup>;
- b. Curatieve arts stelt medische informatie beschikbaar aan de werknemer (WN)<sup>22</sup>;
- c. Werknemer (WN) gaat naar bedrijfsarts (BA) voor verzoek om inschatting van het verzuimrisico. Hiervoor deelt werknemer (WN) de medische informatie met de bedrijfsarts (BA). (Deze stap is extra ten opzichte van variant 1.);
- d. Bedrijfsarts (BA) ontvangt de medische informatie van de werknemer (WN) en maakt op basis van deze en aanvullende informatie een inschatting van het verzuimrisico van de werknemer bij het werk dat de werknemer gaat doen. Dit is een inschatting van de bedrijfsarts wat het verzuimrisico is in de betreffende functie, gegeven de diagnose die door de curatieve arts is vastgesteld. Dit kan plaatsvinden bij aanvang van het dienstverband of tot een korte periode na afloop van de proeftijd, afhankelijk van wanneer de werknemer aan de werkgever aangeeft dat er sprake is van een chronische aandoening. De aanname is dat dit per persoon zal verschillen: bij een zichtbare aandoening zal iemand dat mogelijk eerder bij aanvang doen. Bij een niet of minder goed zichtbare aandoening doet iemand dat mogelijk liever na de proeftijd. Dit heeft gevolgen voor de manier waarop UWV het recht op ziekgeld vaststelt. Als de no-riskverklaring tijdens het dienstverband wordt afgegeven, wordt niet voldaan aan de huidige gebruikelijke voorwaarde dat het recht op een no-riskpolis al voorafgaand aan het dienstverband aanwezig moet zijn. Als deze voorwaarde wel van toepassing wordt op de doelgroep met een chronische of langdurige aandoening, dan heeft deze werkgever niets aan het recht op een no-riskpolis. Dit is niet de bedoeling en daarom moet goed in de wet beschreven worden dat het recht op een no-riskpolis ook van toepassing is nadat het dienstverband is aangegaan. Een laatste mogelijkheid is om de beoordeling niet vooraf te doen, maar pas als blijkt dat er sprake is van hoger verzuim (Deze stap is extra ten opzichte van variant 1.); Hierbij is het belangrijk om op te merken dat er pas recht is op ziekgeld nadat de no-riskverklaring is afgegeven;
- e. Werknemer (WN) vraagt bij UWV een no-riskverklaring aan op basis van medische informatie over het hebben van een chronische aandoening van de lijst en de aanvullende beoordeling van de bedrijfsarts (BA) (extra ten opzichte van variant 1.);
- f. De verzekeringsarts (VA) checkt of de diagnose op de lijst staat en gebruikt de informatie van de bedrijfsarts (BA) (extra ten opzichte van variant 1.) om te komen tot eigen beoordeling over het recht op no-risk te en registreert dit;
- g. Werknemer (WN) is ziek en verzuimt en de werkgever meldt dit bij UWV;
- h. Uitkeringsdeskundige bepaalt recht op Ziektewetuitkering (ZW)-uitkering.



Figuur 2. Rol- en taakverdeling variant 2

<sup>21</sup> Uit deze medische informatie blijkt dat iemand een diagnose heeft voor de betreffende chronische aandoening.

<sup>22</sup> Overdracht van medische informatie kan alleen tussen artsen plaatsvinden en alleen met toestemming van de persoon om wie het gaat.

---

Om de aanvullende beoordeling op een consistente wijze uit te voeren is een belangrijke voorwaarde dat er een beoordelingskader ontwikkeld wordt. Dit beoordelingskader bevat de onderdelen waarop beoordeeld wordt. Op basis van dit kader kunnen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de beoordeling doen.

Deze tweede variant is alleen geschikt als er al een werkgever in beeld is. Dan kan een bedrijfsarts worden ingezet. Deze optie is in beginsel niet mogelijk voor mensen die niet in dienst zijn en geen concreet toekomstig dienstverband hebben. Deze variant lijkt daarom vooral relevant op het moment dat iemand al een baan heeft en kan dus vooral ingezet worden voor baanbehoud. Voor mensen bij wie de aandoening zichtbaar is kan het ook helpen bij het vinden van een baan omdat de mogelijkheid er in deze variant is om een no-riskpolis aan te vragen na een nadere beoordeling van de bedrijfsarts. De variant kan daarnaast een mogelijkheid zijn voor mensen die nog geen werk hebben, onder de voorwaarde dat bedrijfsartsen bereid zijn om een inschatting te maken van het verzuimrisico en het gefinancierd kan worden. Wij komen hier in de slotbeschouwing in hoofdstuk 7 op terug.

#### *4.2.3 Uitvoeringscapaciteit: impact aanvullende beoordeling*

In beide varianten is uitvoeringscapaciteit van UWV nodig voor het beoordelen van de aanvraag om een no-riskverklaring (en uiteindelijk voor het verstrekken van de Ziektewetuitkering). Het is daarom relevant om te weten voor hoeveel mensen de uitbreiding van de no-riskpolis geldt.

Het uitvoeren van een beoordeling, aanvullend op het gebruik van de lijst met chronische aandoeningen, kan een oplossing bieden voor de verschillende beperkingen van toepassing van een lijst. Het belangrijkste voordeel is dat een aanvullende beoordeling de impact van de chronische aandoening in combinatie met andere omgevingsfactoren en werkgerelateerde factoren in beeld kan brengen. Tijdens de beoordeling kan een meer accurate inschatting gemaakt worden van de samenhang van de aandoening en de kans op verzuim, waardoor een betere inschatting gemaakt kan worden of de no-riskpolis nodig is. Hierdoor is de omvang van de doelgroep voor wie de no-riskpolis uiteindelijk geldt, ook beperkter. Er worden echter uitdagingen verwacht in de uitvoerbaarheid van deze variant die betrekking hebben op de uitvoeringscapaciteit voor de aanvullende beoordeling.

Voor een aanvullende beoordeling moet een groot beroep worden gedaan op bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. De bedrijfsarts heeft een onafhankelijke adviesrol. Respondenten geven namens bedrijfsartsen nadrukkelijk aan geen rol te willen spelen in de beoordeling van het recht op een no-riskpolis, omdat dat de (vertrouwens-)relatie tussen bedrijfsarts en werknemer in de weg kan staan: is de werknemer dan nog wel geneigd om alle (relevante) informatie te delen? Een bedrijfsarts kan wel voorbereidend werk doen en een inschatting maken van het risico op verzuim. Maar er zal dus altijd een beoordeling moeten plaatsvinden door UWV omdat alleen zij een no-riskverklaring kan afgeven. UWV kan hiervoor wel gebruik maken van informatie van de bedrijfsarts, wat de omvang van het werk kan beperken.<sup>23</sup>

Als in de aanvullende beoordeling de criteria gaan over verzuim in de betreffende functie dan betekent dit dat bij elke nieuwe functie de beoordeling opnieuw moet plaatsvinden. De capaciteit van de bedrijfsarts en van de verzekeringsarts moet dan dus steeds opnieuw worden ingezet. Dit kan bovendien nadelig zijn voor werknemers die vaak van functie wisselen. Vooral voor uitzendkrachten met steeds wisselende banen is dit nadelig.

Binnen een dienstverband (dezelfde functie) bestaat bovendien het risico dat een vertekend beeld wordt verkregen bij een eenmalige uitvoering van een beoordeling. Het beoordelingsmoment is een momentopname, terwijl de persoonlijke situatie en beleving van de aandoening over de tijd sterk kan variëren. Een alternatief zou zijn om periodiek een herbeoordeling te doen, maar ook dit vraagt weer om een grotere inzet van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

---

<sup>23</sup> Een suggestie die is gedaan is om te kijken naar een nieuwe verdeling van taken tussen medische professies. Echter, de artsen die wij hebben gesproken geven aan juist erg tevreden te zijn over de huidige situatie waarin de taken duidelijk afgebakend zijn. Dit lijkt daarom niet een realistische route te zijn.

---

### 4.3 Algemene aandachtspunten en randvoorwaarden bij eventuele uitbreiding no-riskpolis

In deze paragraaf gaan wij in op randvoorwaarden die gelden en een aantal overwegingen die betrekking hebben op de praktische inrichting en uitvoerbaarheid bij het uitbreiden van de no-riskpolis. Er bestaan namelijk verschillende aandachtspunten en randvoorwaarden voor het operationeel uitvoerbaar maken, maar ook operationeel toepasbaar houden, van een uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een lijst met chronische aandoeningen. Uit de gesprekken met UWV en andere betrokken partijen komen de aandachtspunten en randvoorwaarden naar voren die lateren aan de volgende thema's:

- a. Capaciteit;
- b. Timing van het afgeven van de no-riskpolis;
- c. Tijdelijk of permanent afgeven van de no-riskpolis;
- d. Ziektewetuitkering door verzuim met andere oorzaak;
- e. Beheer en onderhoud van de lijst;
- f. Informatie-uitwisseling.

#### 4.3.1 Capaciteit

Een belangrijke voorwaarde is dat het verstrekken van de no-riskverklaring en het beoordelen van de aanvraag niet ten koste gaat van de schaarse capaciteit van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bij UWV. UWV geeft aan geen capaciteit te hebben voor eventuele uitbreiding van de doelgroep van de no-riskpolis, zeker niet wanneer het grote aantallen betreft.

Omdat de uitvoering van het verstrekken en beoordelen van de no-riskpolis bij UWV is belegd, verwacht UWV effect op de omvang van de werkzaamheden van UWV-functionarissen als de doelgroep van de no-riskpolis wordt uitgebreid. Het doen van de beoordeling door de sociaal medisch verpleegkundige (SMV) onder taakdelegatie zou mogelijk een gedeeltelijke oplossing kunnen zijn voor het capaciteitsprobleem bij de verzekeringsartsen. In een protocol moet dan worden vastgelegd welke werkzaamheden de sociaal medische verpleegkundige mag verrichten. Het is mogelijk dat de sociaal medische verpleegkundige bij twijfel over de juistheid of de volledigheid van de verstrekte informatie een verzekeringsarts raadpleegt. Die zal dan een nader onderzoek moeten instellen bijvoorbeeld door een medische uitvraag. De verzekeringsarts is degene die beslissingsbevoegd is of de verklaring kan worden toegekend. Het verstrekken en beoordelen van een no-riskpolis vergt extra capaciteit omdat UWV hierbij moet nagaan of de verzekerde behoort tot een van de doelgroepen van de no-riskpolis. UWV benadrukt geen capaciteit te hebben voor deze beoordeling. Als die beoordeling eenmaal is verricht hoeft die bij een volgende ziekmelding niet nog eens plaats te vinden. Het recht op een Ziektewetuitkering gebeurt dan aan de hand van de bij UWV geregistreerde indicatie.

De uitvoerbaarheid en haalbaarheid is afhankelijk van de te verwachte aantallen zowel bij de aanvragen voor een no-riskverklaring als bij de aanvragen voor een Ziektewetuitkering op grond van de no-riskpolis. Dit is onder andere afhankelijk van de keuzes die worden gemaakt voor de afbakening van de lijst met chronische aandoeningen, timing en duur van no-riskpolis en het uiteindelijke daadwerkelijke verzuim en gebruik van de no-riskpolis. UWV geeft aan dat zij niet beschikt over de capaciteit om een uitbreiding van de no-riskdoelgroep te verwerken.

#### 4.3.2 Timing van het afgeven van de no-riskverklaring

Duidelijk moet zijn of de uitbreiding van de no-riskpolis uitsluitend ziet op een no-riskverklaring bij aanvang van het dienstverband. Beoordeel je de aanvraag vooraf of kun je recht op de no-riskpolis ook afgeven tijdens ziekte? Dit is een belangrijke beleidsmatige keuze, omdat het impact zal hebben op de omvang van de doelgroep, de uitvoerbaarheid van het werkproces bij UWV en praktische gevolgen voor de doelgroep zelf.

---

Volgens huidige wet- en regelgeving geldt de no-riskpolis alleen als de werknemer voorafgaand aan het dienstverband al aan de voorwaarden voor de no-riskpolis voldoet.<sup>24</sup> De verwachting is dat als dit ook geldt voor de uitbreiding van de no-riskpolis, de omvang van de doelgroep beperkter zal zijn dan wanneer de no-riskpolis ook geldt als pas na aanvang van het dienstverband aan de voorwaarden wordt voldaan (bijvoorbeeld als de chronische ziekte intreedt tijdens het dienstverband).

Voor de uitvoering is het een belangrijke voorwaarde dat de no-riskverklaring er al is vóór de ziekmelding, zodat de beoordeling van de aanvraag om een no-riskverklaring niet de doorlooptijd in afhandeling van de ziekmelding vertraagt. Dit is vooral belangrijk bij een aandoening, omdat wanneer het wel mogelijk zou zijn om met terugwerkende kracht de no-riskverklaring aan te vragen je zou moeten nagaan vanaf wanneer iemand de aandoening had. Als de aanvraag voor een no-riskverklaring en de aanvraag voor de Ziektewetuitkering tegelijk bij UWV binnenkomen, moeten bovendien beide acties opgepakt worden en remt dit de doorlooptijd voor het toekennen van de uitkering aan de werkgever. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat de werkgever langer moet wachten op de uitkering. De werknemer krijgt gewoon het loon doorbetaald.

De werkgever weet niet altijd vooraf of iemand voor een no-riskpolis in aanmerking kan komen. De werkgever mag pas na twee maanden vragen of voor iemand een no-riskpolis geldt en soms blijkt pas dat iemand een chronische aandoening heeft op het moment van ziekmelding. In het geval de werkgever niet op de hoogte is en er enkel vooraf een no-riskverklaring afgegeven kan worden, kan aldus een respondent zich in de praktijk het onwenselijke scenario voordoen dat mensen worden ontslagen en, na de zes maanden-termijn van uitdiensttreding, weer opnieuw in dienst worden genomen zodat er alsnog vooraf een no-riskverklaring kan worden aangevraagd.

In de afweging of uitsluitend vooraf of ook tijdens het dienstverband een no-riskpolis kan worden afgegeven is het ook belangrijk het doel van de no-riskpolis voor ogen te houden: gaat het om het verhogen van de kans op een baan of ook het verhogen van de kans op baanbehoud?

Ongeachte de beleidskeuze of het een voorwaarde moet zijn dat de no-riskverklaring er al moet zijn vóór de ziekmelding of dat de no-riskverklaring ook met terugwerkende kracht toepasbaar is moet het in ieder geval duidelijk in de wet worden beschreven.

#### **4.3.3 Tijdelijk of permanent afgeven van no-riskpolis**

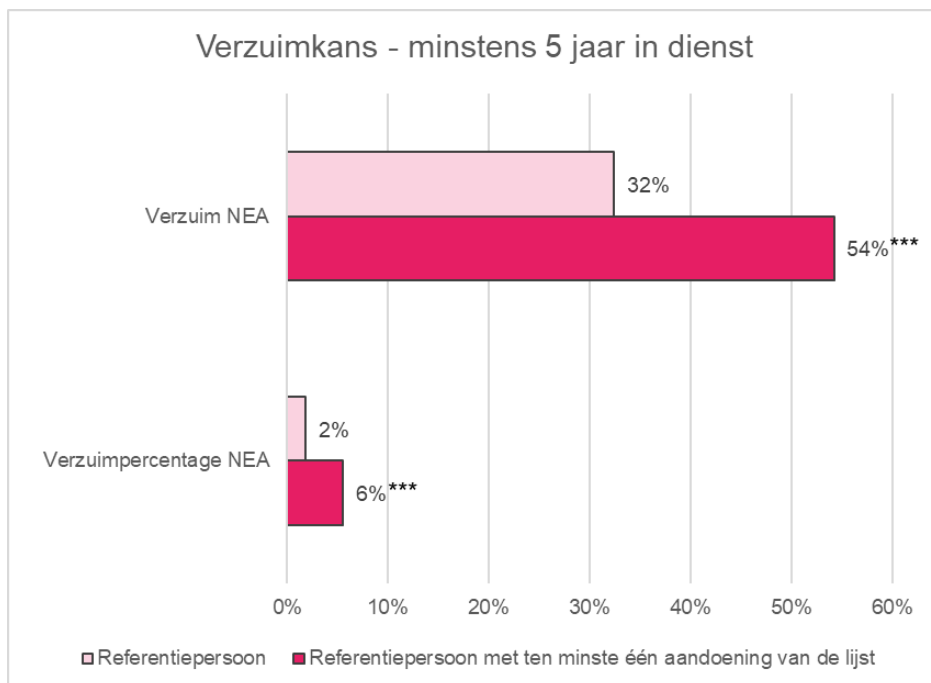
Door UWV is gewezen op het belang van een goede juridische formulering waarbij duidelijk moet zijn of het gaat om een tijdelijke of een permanente no-riskpolis. Momenteel geldt de no-riskpolis voor een tijdelijke duur van vijf jaar gerekend vanaf de aanvang van de dienstbetrekking (met mogelijkheid tot verlenging). In een aantal gevallen geldt de no-riskpolis permanent, bijvoorbeeld bij mensen met een Wajonguitkering en mensen die vallen onder het doelgroepregister. Omdat het bij de nieuwe categorie gaat om personen met een aandoening van chronische aard bestaat de vraag of er een maximale termijn moet bestaan, of dat het voor de hand ligt om de no-riskpolis voor permanente duur te laten gelden.

Om dit te kunnen bepalen is het belangrijk om te weten of de verhoogde kans op verzuim er ook is wanneer mensen met een chronische aandoening gemiddeld genomen vijf jaar of langer in dienst zijn. We hebben daarom onderzocht of er voor deze mensen die ten minste vijf jaar in dienst zijn een verhoogde kans op verzuim bestaat wanneer zij één van de aandoeningen van de lijst hebben. Van de mensen met een baan op 1 januari 2018 is 80% op dat moment al langer dan vijf jaar in dienst. De resultaten uit de regressieanalyse bevestigen dat ook voor deze groep er een aantoonbaar verhoogd risico is op verzuim. Zie figuur 3, figuur 4 en figuur 5 hieronder. De geschatte waarden van alle

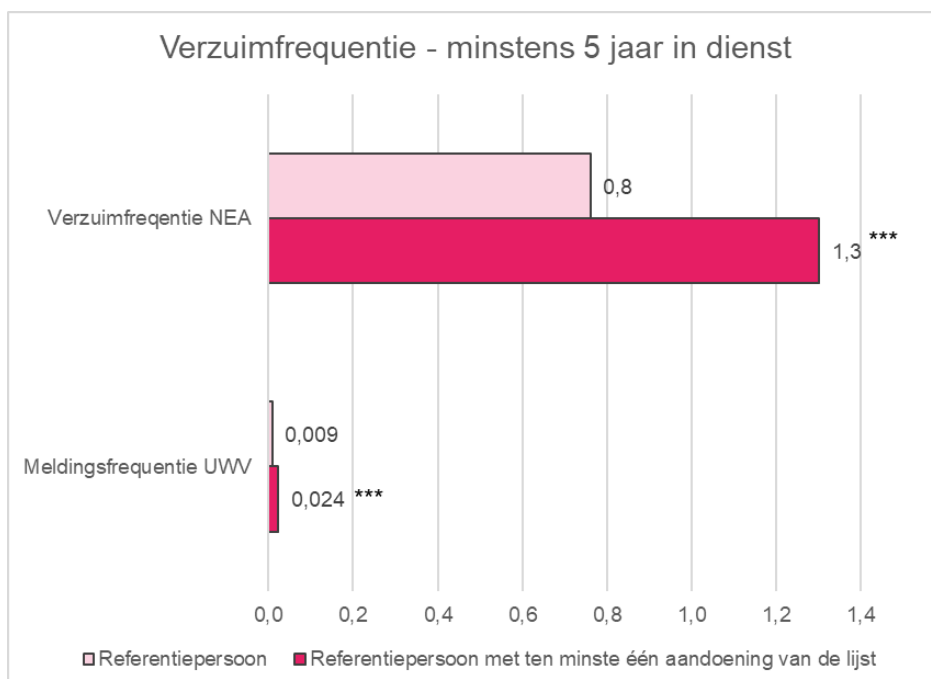
---

<sup>24</sup> Uitzonderingen zijn: 1) binnen betrekking WIA: dan nog vijf jaar mogelijk; 2) bij een indicatie banenafpraak: dan tijdens dienstverband mogelijk; 3) bij scholingsbelemmeringen: dan later mogelijk als blijkt dat iemand heeft voldaan aan de voorwaarden, maar de no-riskpolis niet eerder is aangevraagd.

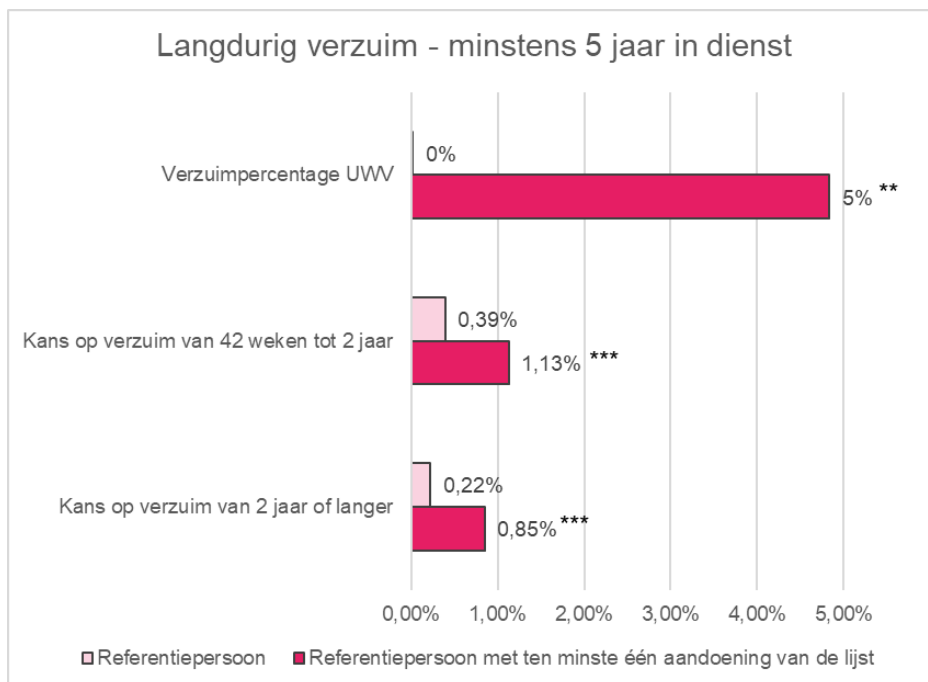
verzuimmaatstaven zijn significant hoger voor mensen met ten minste één chronische aandoening van de lijst. We zien bijvoorbeeld in figuur 3 dat van de mensen die ten minste vijf jaar in dienst zijn, het hebben van ten minste één chronische aandoening van de lijst zorgt voor een verhoogde kans op verzuim van naar schatting 22-procentpunt (54 procent minus 32 procent).



Figuur 3. Aandeel met verzuim en verzuimpercentage van mensen die ten minste 5 jaar in dienst zijn met en zonder ten minste één aandoening van de lijst en verder gelijke kenmerken



Figuur 4. Verzuimfrequentie en 42-weeken ziektemeldingen van mensen die ten minste 5 jaar in dienst zijn met en zonder ten minste één aandoening van de lijst en verder gelijke kenmerken



Figuur 5. Kans op langdurig verzuim van mensen die ten minste 5 jaar in dienst zijn met en zonder ten minste één aandoening van de lijst en verder gelijke kenmerken

Het permanent laten gelden van de no-riskpolis lijkt hiermee dus passend. Het afgeven van een permanente no-riskverklaring vraagt bovendien minder inspanningen in de uitvoering door UWV, omdat er maar één beoordeling nodig is. Het betreft echter wel grote aantallen mensen die in dat geval mogelijk een permanent beroep op de no-riskpolis zouden doen (zie hoofdstuk 5 voor een inschatting van deze omvang). Echter, het feit dat de last die iemand heeft van een aandoening afhangt van de context, en dus kan fluctueren in de tijd, is ook relevant. Dat pleit juist weer voor een tijdelijke no-riskpolis. Een alternatief zou kunnen zijn om wel te blijven bij het afgeven van een tijdelijke verklaring, maar de duur te verlengen naar 10 jaar.

Het is ook van belang of een chronische aandoening succesvol behandeld kan worden of niet (zie ook paragraaf 3.2). Het is een optie om hier onderscheid te maken naar aandoeningen. Voor langdurige aandoeningen die mogelijk na lange tijd overgaan of (uiteindelijk) goed behandeld kunnen worden kan een tijdelijke no-riskverklaring worden afgegeven en voor aandoeningen die echt blijvend zijn kan structureel een no-riskpolis worden afgegeven. Behandel mogelijkheden zijn overigens afhankelijk van ontwikkelingen binnen de wetenschap en zijn daarmee aan veranderingen onderhevig. Het vaststellen of in een bepaalde situatie een aandoening behandelbaar is, vergt een beoordeling door een verzekeringsarts. Dit vindt UWV daarom niet wenselijk in verband met de schaarse capaciteit van verzekeringsartsen.

#### 4.3.4 Ziektewetuitkering door verzuim met andere oorzaak

De Ziektewetuitkering wordt uitgekeerd als iemand onder de no-riskpolis valt en (rechtmatig) verzuimt. Bij een Ziektewetuitkering voor mensen met een chronische aandoening is het de vraag of de Ziektewetuitkering alleen moet worden uitgekeerd als het verzuim wordt veroorzaakt door de betreffende aandoening van de lijst of ook wanneer de betreffende persoon met een aandoening van de lijst bijvoorbeeld verzuimt door een reguliere griep. Dit is een beleidsmatige keuze die consequenties heeft voor de uitvoering en op de mate waarin aanspraak wordt gemaakt op een Ziektewetuitkering. Het controleren of het verzuim wordt veroorzaakt door de betreffende aandoening vraagt om capaciteit die er niet is. Dit vindt UWV daarom niet wenselijk.



---

#### 4.3.5 *Beheer en onderhoud van de lijst*

Het gebruik van een lijst met aandoeningen leidt ook tot keuzes met betrekking tot het onderhouden en actualiseren van de lijst. Een belangrijke voorwaarde is dat er een robuuste lijst wordt opgesteld, waarvoor niet veel updates nodig zijn. Elke wijziging in de samenstelling van de lijst heeft namelijk gevolgen voor de uitvoering van UWV en vraagt om een uitvoeringstoets om in te schatten welke impact de verandering op de uitvoering heeft.

Daarnaast is het niet de bedoeling dat een wijziging van de samenstelling van de lijst impact heeft op de werkgever en werknemer. Voorkomen moet worden dat, bij wijzigingen in de lijst, de werknemer ineens geen aanspraak meer maakt op de no-riskpolis. Dat geeft onzekerheid. Als dan tussentijds de chronische aandoening niet meer op de lijst staat, zou de no-riskpolis alsnog geldig moeten blijven gedurende de vooraf gestelde geldigheidstermijn. Op deze manier heeft dit geen gevolgen voor het huidige dienstverband. Wijzigingen in de lijst geven onduidelijkheid in de uitvoering. Anderzijds zou ook gesteld kunnen worden dat wijzigingen juist wel mogelijk moeten zijn en dat mensen met een aandoening die van de lijst geschrapt wordt dan ook (op termijn) niet meer in aanmerking komen voor een no-riskpolis. Dit kan bijvoorbeeld passend zijn als er voor een aandoening goede behandelingen of hulpmiddelen zijn ontwikkeld.

Als een lijst het uitgangspunt wordt, dan is UWV daarin volgend aan het ministerie van SZW die daarover gaat c.q. de lijst zal beheren en onderhouden.

#### 4.3.6 *Informatie-uitwisseling*

Het uitwisselen van medische informatie voor dit 'financiële doel' wordt niet direct proportioneel geacht door onze gesprekspartners. In huidige verzuimtrajecten waarin medische informatie benodigd is voor de beoordeling van de belastbaarheid van de persoon vindt er uitwisseling plaats tussen de artsen. In het kader van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is het een belangrijke voorwaarde dat informatie proportioneel is voor het doel. Een aantal voorwaarden hiervoor is dat het delen van de informatie in het belang van de patiënt is, het onderdeel van een curatief proces is en er een gerichte vraagstelling is.

Momenteel wordt medische informatie beveiligd gedeeld met bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Het delen van informatie zou daarom AVG-technisch geen problemen moeten opleveren. Tegelijkertijd wordt door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aangegeven dat het naar verwachting juridisch niet mogelijk zal zijn om medische informatie te delen voor het bepalen van het recht op een no-riskpolis omdat dit volgens hen een doel is met een financieel karakter. Het gaat echter om het verkrijgen en behouden van werk wat ook voor de behandelende arts relevant gevonden zou moeten worden voor de persoon die hij of zij behandelt gezien het aangetoonde gezondheidsbevorderende effect van arbeid.<sup>25</sup> Het delen van de informatie is daarmee in het belang van de persoon met een chronische aandoening. Op basis van de AVG mogen gegevens verstrekt worden op het moment dat de persoon om wie het gaat toestemming geeft om de informatie te verstrekken en zou het met deze voorwaarde mogelijk moeten zijn. Het is belangrijk om de persoon met de chronische aandoening zelf een primaire rol te geven in het verkrijgen en delen van de informatie (zoals beschreven onder paragraaf 4.2.1 en 4.2.3). Uitvoerbaarheid is een vraagstuk voor het ministerie van SZW. De juridische (on)mogelijkheden zullen daarvoor getoetst moeten worden.

---

<sup>25</sup> Zie bijvoorbeeld Verbeek, J. H. A. M. (2005). De relatie tussen werk en gezondheid. *Inleiding in de bedrijfsgezondheidszorg*, 1-18.

---

## 5 Omvang doelgroep uitbreiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag of de verhoogde verzuimkans en lagere kans op arbeidsparticipatie ook geldt voor mensen met een chronische aandoening die nu nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis, en geven we een inschatting van hoe groot deze groep is. Daarmee schetsen we een beeld van de gevolgen van het uitbreiden van de no-riskpolis met de 76 chronische aandoeningen, in termen van aantallen mensen die additioneel aanspraak kunnen maken op de no-riskpolis.

### 5.1 Hogere verzuimkans en lagere arbeidsparticipatie mensen met chronische aandoening en zonder no-riskpolis

Om een inschatting te maken van het aantal mensen dat ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst heeft in de beroepsbevolking hebben we de volgende stappen genomen. We hebben van de mensen die zowel in de Nivel-data als in de onderzoekspopulatie zitten (0,7 miljoen mensen) per categorie van leeftijd en geslacht bepaald hoe vaak iemand ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst heeft.<sup>26</sup> Als iemand meerdere aandoeningen van de lijst heeft telt de persoon dus één keer mee. Daarnaast hebben we bepaald hoeveel mensen er in elke leeftijdscategorie zitten van de mensen die zowel in de data van Nivel Zorgregistraties voorkomen als in de onderzoekspopulatie. Ditzelfde hebben we gedaan voor de totale onderzoekspopulatie. Vervolgens hebben we per categorie van leeftijd en geslacht het aantal mensen in de data van Nivel Zorgregistraties dat ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst heeft opgeschaald naar de onderzoekspopulatie. De onderzoekspopulatie bestaat uit iedereen van 15 tot 65 jaar op 1 januari 2018, die niet onderwijsvolgend is en niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Dit zijn ruim 10 miljoen mensen. Dit is een bredere benadering dan de afbakening van beroepsbevolking. In de onderzoekspopulatie zitten ook mensen die niet willen werken of die om een andere reden niet op zoek zijn naar werk. In het bepalen van de omvang van de beroepsbevolking worden deze mensen doorgaans wel meegenomen.

In totaal zijn er naar schatting rond de 4,6 miljoen mensen in de beroepsbevolking die ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst hebben. Dit is bijna de helft van de beroepsbevolking (46%). Hier zitten ook mensen tussen die een aandoening van de lijst hebben maar die hier heel weinig last van hebben. Denk bijvoorbeeld aan mensen met astma met milde klachten.

Een deel van deze mensen met ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst komt nu al in aanmerking voor een no-riskpolis. Deze mensen zijn meegenomen in de analyses waarmee we hebben onderzocht of een aandoening leidt tot een lagere mate van arbeidsparticipatie en/of een hogere kans op verzuim. Relevant is te weten of er bij de mensen die nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis sprake is van lagere arbeidsparticipatie en een hogere kans op verzuim. We onderzoeken daarom of de gevonden effecten blijven bestaan als we de mensen die al in aanmerking komen voor de no-riskpolis buiten beschouwing laten.

Om in de huidige situatie onder de no-riskpolis te vallen moet er sprake zijn van een arbeidsrelatie. De no-riskpolis geldt meestal voor de eerste vijf jaar dat de werknemer in dienst is. Echter, zoals we eerder in de analyses al zagen hebben mensen met een chronische aandoening van de lijst vaker geen baan op 1 januari 2018 dan mensen zonder aandoening van de lijst. Zo had van de hele groep mensen binnen de onderzoekspopulatie met ten minste één chronische aandoening van de lijst 37% geen baan op 1 januari 2018. Onder de mensen zonder een aandoening van de lijst is dit veel lager, namelijk 28%. Dit betekent dat een deel van de groep met een chronische aandoening van de lijst, geen baan heeft en dus ook geen no-riskpolis heeft terwijl ze er wel recht op zouden hebben als ze zouden werken. In tabel 2 geven we een overzicht van de verdeling van de onderzoekspopulatie, waarbij we aangeven welk deel van de mensen met een chronische aandoening van de lijst werkelijk in aanmerking komt voor een no-riskpolis en welk deel in aanmerking zou komen als ze een baan zouden hebben.

---

<sup>26</sup> Hierbij is de volgende leeftijdsverdeling gehanteerd: 15 tot 30, 30 tot 40, 40 tot 50, 50 tot 60 en 60 tot 65.

| Groep  | Aandeel     |
|--|-------------|
| Mensen met een chronische aandoening van de lijst die al in aanmerking komen voor een no-riskpolis                               | 0,6%        |
| Mensen met een chronische aandoening van de lijst die al in aanmerking komen voor een no-riskpolis als ze een baan zouden hebben | 5,5%        |
| Mensen met een chronische aandoening van de lijst die nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis                         | 40,0%       |
| Mensen zonder chronische aandoening van de lijst   | 53,8%       |
| <b>Totaal</b>  | <b>100%</b> |

Tabel 2. Verdeling onderzoekspopulatie naar chronische aandoening van de lijst en in aanmerking komen no-riskpolis

Voor het onderzoeken van het effect van een aandoening op het hebben van een baan op 1 januari 2018, de mate van arbeidsparticipatie gedurende het jaar en het verzuim op basis van de Ziektewet, herhalen we de analyses voor de mensen die op dit moment nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis (ook niet wanneer zij een baan zouden hebben). Voor het onderzoeken van het effect van een aandoening op het verzuim op basis van de NEA-maatstaven en de UWV-maatstaven hadden we alleen de mensen geselecteerd met een baan op 1 januari 2018. Deze mensen hebben dus allemaal een baan (in ieder geval op 1 januari 2018). In deze analyses laten we nu de mensen buiten beschouwing die al in aanmerking komen voor een no-riskpolis.

De resultaten blijven op hoofdlijnen hetzelfde als wanneer we iedereen betrekken in de analyse. Hierdoor veranderen de conclusies over bij welke aandoeningen er sprake is van een aantoonbaar hogere kans op verzuim of lagere kans op arbeidsparticipatie niet. Een aandoening is daar een uitzondering op. De gevonden hogere kans op verzuim die voor de hele groep met deze aandoening significant was (bij een significantieniveau van 10%), is niet meer significant wanneer we de mensen die al in aanmerking komen voor de no-riskpolis buiten beschouwing laten.

## 5.2 Extra omvang: mensen die nu nog niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis en na uitbreiding wel

Als we uitgaan van de 76 aandoeningen waarvan medisch experts aangeven dat ze (mogelijk) langdurig of chronisch zijn en belemmeringen kunnen geven voor werk zonder verdere specificatie, zien we dat bijna de helft van de onderzoekspopulatie ten minste één van deze 76 aandoeningen heeft. Dit is een omvangrijke groep. Zoals we in de vorige paragraaf zagen komt nu maar een klein deel hiervan al in aanmerking voor een no-riskpolis. Om een inschatting te maken van hoeveel mensen extra in aanmerking zouden komen bij eventuele uitbreiding van de no-riskpolis hebben we per leeftijdscategorie en geslacht gekeken hoe vaak iemand een aandoening van de lijst heeft in de data van Nivel Zorgregistraties en of iemand al in aanmerking komt voor een no-riskpolis (zie bijlage D voor nadere details). Dit hebben we vervolgens geëxtrapoleerd naar de gewenste onderzoekspopulatie: iedereen in Nederland die op 1 januari tussen de 15 en 65 jaar oud is die geen onderwijs volgt en niet volledig arbeidsongeschikt is. Dit hebben we gedaan door te kijken hoeveel mensen er per leeftijdscategorie en geslacht in totaal voorkomen in de onderzoekspopulatie en dit te relateren aan de aantallen met een chronische aandoening van de lijst en of deze mensen al wel of niet in aanmerking komen voor een no-riskpolis.

De totale omvang van de groep mensen met een chronische aandoening van de lijst, die nu nog niet in aanmerking komt voor de no-riskpolis omvat naar schatting 4.576.300 mensen. Een deel hiervan zou wel in aanmerking komen als ze een baan zouden hebben. Als we deze mensen buiten beschouwing laten, is de extra omvang van de groep naar schatting 4.024.388 mensen. Dit is een overschatting omdat er door de medisch experts is aangegeven dat voor sommige aandoeningen een nadere specificatie moet worden gemaakt. We kunnen geen inschatting maken om hoeveel mensen dit gaat omdat we niet over de juiste data beschikken om dit te kunnen bepalen. We kunnen wel bepalen hoeveel het maximaal zou kunnen schelen als deze negen aandoeningen nader gespecificeerd worden. Het betreft naar schatting 1,1 miljoen mensen met één van deze aandoeningen in de onderzoekspopulatie die nog niet in aanmerking komen voor de no-riskpolis, ook niet als ze een baan zouden hebben.

---

Het nader specificeren van deze aandoeningen zal dus resulteren in een flinke afname van de (eventuele) extra doelgroep, maar er blijft nog altijd een flinke groep over.

Als deze negen aandoeningen nader worden gespecificeerd, zou de omvang van de extra doelgroep na uitbreiding van de no-riskpolis, naar schatting nog altijd ten minste 3,0 miljoen mensen omvatten.

---

## 6 Conclusies

In dit hoofdstuk beantwoorden wij achtereenvolgens de gestelde onderzoeksvragen.

1. ***Is het mogelijk om een lijst op te stellen, bijvoorbeeld op basis van aandoeningen of zorggebruik, die een duidelijke en afgebakende weergave geeft van de groep mensen met een chronische aandoening die een voorspelbaar hoger risico op verzuim van werk heeft?***

Ja, dit is mogelijk. In dit onderzoek zijn wij gekomen tot een lijst van chronische en langdurige aandoeningen. Zoals benoemd aan het einde van hoofdstuk 1 (pagina 13) is ervoor gekozen om deze lijst als bijlage op te nemen. De kanttekeningen die we zelf bij een dergelijke lijst plaatsen, de bezwaren die andere partijen gedurende het onderzoek tegen deze lijst hebben gemaakt en de (stigmatiserende) effecten die van deze lijst kunnen uitgaan, zijn afwegingen geweest in die keuze.

Hierbij moeten de volgende kanttekeningen worden geplaatst:

- a. Ten eerste moeten negen aandoeningen nader worden gespecificeerd om aan de medisch inhoudelijke criteria te voldoen volgens de medisch experts. Deze nadere specificatie is gemaakt. Echter beschikken wij niet over data over deze nadere specificatie. Het is daarom niet mogelijk om voor deze negen nader gespecificeerde aandoeningen het effect op de kans op verzuim en arbeidsparticipatie te toetsen. Dat konden we alleen doen voor de bredere groepen, zonder nadere specificatie;
- b. Ten tweede zijn er van sommige aandoeningen te weinig waarnemingen om betrouwbaar te kunnen vaststellen of de aandoeningen resulteren in een verhoogde kans op verzuim;
- c. Ten derde is niet nader gedefinieerd wat de omvang van het verhoogde risico op verzuim moet zijn. De lijst zou verder afgebakend kunnen worden door dit wel te doen. Dit is een beleidsmatige keuze. Het is belangrijk om hierbij op te merken dat bij een vastgesteld minimaal percentage ook geldt dat het om gemiddeldes gaat en het dus kan zijn dat iemand wel een flink hogere kans heeft op verzuim door de ernst van de aandoening, maar doordat het groepsgemiddelde lager ligt deze persoon door de verdere afbakening geen aanspraak maakt op een no-riskpolis.

Bij de beantwoording van vraag 1.2 beschrijven we hoe de lijst tot stand is gekomen. De lijst kent belangrijke beperkingen. Hier gaan we op in bij de beantwoording van vraag 2.2.

- 1.1 ***Wat zijn de eisen of randvoorwaarden waaraan de lijst moet voldoen?***

Bij voorbaat stelde het ministerie van SZW een aantal randvoorwaarden, waaraan een mogelijke lijst moet voldoen. Dit zijn:

- a. De lijst moet objectief zijn;
- b. De lijst moet operationeel toepasbaar zijn;
- c. Er moet geen aanvullende beoordeling van een verzekeringsarts (of een arbeidsdeskundige) van UWV nodig zijn om aanspraak te maken op de no-riskpolis;
- d. Personen met een chronische aandoening moeten hun aandoening kunnen herkennen op de lijst (zelf kunnen concluderen dat zij aanspraak kunnen maken op de no-riskpolis op basis van de lijst);
- e. Aandoeningen op de lijst moeten een belemmering vormen in het vinden of behouden van werk, dat wil zeggen leiden tot een verhoogde kans op langdurig of frequent verzuim.

Op basis van de bevindingen kunnen hier de volgende eisen en randvoorwaarden aan worden toegevoegd:

- f. Het aantal mensen dat extra in aanmerking komt voor de no-riskpolis op basis van de lijst en aanspraak gaat maken op de no-riskpolis mag niet te groot zijn. Het verwerken van de aanvraag voor een no-riskpolis en de

---

processen rondom het verstrekken van de Ziektewetuitkering vragen namelijk ook om capaciteit van UWV. Deze capaciteit is beperkt;

- g. De lijst moet robuust zijn. Dit is een belangrijke randvoorwaarde omdat ten eerste elke wijziging in de samenstelling van de lijst gevolgen heeft voor de uitvoering van UWV en vraagt om een uitvoeringstoets om in te schatten welke impact de verandering op de uitvoering heeft. Ten tweede moet voorkomen worden dat de werknemer bij een wijziging ineens geen aanspraak meer maakt op de no-riskpolis. Als dan tussentijds de chronische aandoening niet meer op de lijst staat, zou de no-riskpolis alsnog geldig moeten blijven gedurende de vooraf gestelde geldigheidstermijn. Op deze manier heeft dit geen gevolgen voor het huidige dienstverband.

### *1.2 Hoe wordt deze groep mensen met een chronische ziekte met een voorspelbaar verhoogde kans op verzuim van werk geïdentificeerd? Wat zijn in dat geval de criteria aan de hand waarvan bepaald wordt of een aandoening op de lijst wordt opgenomen?*

Om te beginnen moeten we weten wie een chronische of langdurige aandoening heeft. Hiervoor is gebruik gemaakt van data van Nivel Zorgregistraties. Het Nivel gebruikt voor het genereren van de data een episode construct. De constructie van ziekte-episodes is ontwikkeld door een expertgroep van onderzoekers, epidemiologen, huisartsen en ICT-medewerkers van het Nivel, het RIVM, het NHG en Universiteit Nijmegen. De methode van berekenen van morbiditeitscijfers is afgestemd met een morbiditeitsconsortium bestaande uit diverse kennisinstituten. Met deze ontwikkelde systematiek leidt Nivel op basis van ICPC-1 geregistreerde zorg uit het Huisartseninformatiesysteem (HIS) af of er sprake is van een chronische of langdurige aandoening.<sup>27</sup> De International Classification of Primary Care (ICPC) is in Nederland geaccepteerd als standaard voor coderen en classificeren van klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk. In Nederland gebruiken huisartsen de ICPC-1.

De lijst is tot stand gekomen door een medisch inhoudelijke toets waarbij de volgende criteria zijn gehanteerd:

- a. De aandoening geeft naar verwachting op basis van medisch inhoudelijke argumenten mogelijk een verhoogde kans op verzuim;
- b. De aandoening of de belemmeringen volgend uit de aandoening zijn naar verwachting langdurig, chronisch en/of blijvend;
- c. Het is niet mogelijk om met een behandeling en/of hulpmiddelen de ziekte/aandoening op korte termijn te genezen en/of belemmeringen weg te nemen.

Voor elk van de aandoeningen die voldoen aan deze medisch inhoudelijke criteria is vervolgens getoetst of er sprake is van een significant hoger risico op verzuim en/of verminderde arbeidsparticipatie door de aandoening. Lagere arbeidsparticipatie door een aandoening kan wijzen op een door de werkgever gepercipieerd risico op verzuim. Hier kan bijvoorbeeld sprake van zijn als de aandoening voor de werkgever zichtbaar is of als de sollicitant erover vertelt. Een werkgever mag geen vragen stellen over ziektes of aandoeningen. Dat mag pas twee maanden na indienstreding. Dit is relevant in het kader van de no-riskpolis. Lagere arbeidsparticipatie kan echter ook een direct gevolg zijn van de belemmeringen die het gevolg zijn van een aandoening. Wij kunnen in dit onderzoek niet vaststellen in welke mate de lagere arbeidsparticipatie een direct gevolg is van de belemmeringen die het gevolg zijn van de aandoening en in welke mate de lagere arbeidsparticipatie een gevolg is van het door de werkgever gepercipieerde risico.

### *1.3 Wat is de maatstaf voor kans op verhoogd verzuim?*

Voor het onderzoek zijn de volgende zeven maatstaven gebruikt om objectief vast te stellen of er door een aandoening een kans is op verhoogd verzuim:

1. Verzuim op basis van de Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA) (ja of nee);

---

<sup>27</sup> Zie Nielen et al. Berekening morbiditeitscijfers op basis van Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Nivel; 2016/Nielen et al. (2019). Estimating morbidity rates based on routine electronic health records in primary care: Observational study. *JMIR medical informatics*, 7(3), e11929.



- 
2. Verzuimfrequentie NEA;
  3. Verzuimpercentage NEA;
  4. Meldingsfrequentie op basis van 42-weeken meldingen UWV;
  5. Verzuimpercentage UWV;
  6. Verzuimduur UWV (in categorieën: 42-weeken tot twee jaar en twee jaar of langer);
  7. Verzuimpercentage Ziektewet.

Elk van deze maatstaven heeft eigen voor- en nadelen. Met de NEA- maatstaven kunnen we de kans op verhoogd verzuim onderzoeken gedurende een jaar, dus ook op de korte termijn. Het nadeel is dat deze maatstaven gebaseerd zijn op enquêtegegevens. Hierdoor zijn ze niet voor iedere werknemer beschikbaar en kunnen we niet voor elke aandoening vaststellen of de aandoening leidt tot een hogere kans op verzuim op basis van de NEA- maatstaven, omdat er van sommige aandoeningen te weinig mensen zijn die de NEA hebben ingevuld. De UWV-gegevens zijn daarentegen wel integraal (voor iedere werknemer beschikbaar), maar met de UWV-gegevens kan weer geen verzuim van korter dan 42-weeken worden waargenomen. Doordat elke maatstaf voor- en nadelen heeft is er niet duidelijk één maatstaf die kan worden aangewezen als beste maatstaf. We hebben ze daarom allemaal gebruikt en laten de uitkomsten op al deze maatstaven zien in dit onderzoek. We hebben gekeken of er sprake is van een significant hogere kans op verzuim vanwege een aandoening. Aanvullend zou hierop een minimumgrens kunnen worden gesteld hoeveel hoger de kans moet zijn. De keuze hiervoor is echter willekeurig en behelst een ethische discussie en een politieke keuze.

#### 1.4 Hoe ziet de lijst eruit?

*Hierbij vraagt het ministerie van SZW om in ieder geval een lijst op te stellen waarbij gekeken wordt naar voorspelbaar verzuim op de wat kortere termijn (binnen vijf jaar na indiensttreding). In aanvulling daarop wordt aan onderzoekers gevraagd of de lijst er anders uitziet als de maatstaf is voorspelbaar hoger verzuim tot aan de AOW-gerechtigde leeftijd.*

De lijst bestaat uit 76 aandoeningen. Van elk van de 76 aandoeningen geven medisch experts aan dat ze (mogelijk) blijvend of langdurig zijn en belemmeringen kunnen geven voor het werk en medisch inhoudelijk gezien zouden kunnen leiden tot een verhoogd risico op verzuim en in ieder geval op korte termijn niet goed te behandelen of te corrigeren zijn. Van de 76 aandoeningen is ook objectief aangetoond dat deze aandoeningen elk afzonderlijk leiden tot een verhoogde kans op verzuim. Negen aandoeningen moeten nader gespecificeerd worden, omdat zij zonder nadere specificatie niet in het geheel voldoen aan de medisch inhoudelijke criteria.

Het aantal waarnemingen is niet groot genoeg om de analyses voor elk van de afzonderlijke aandoeningen te doen voor alleen de groep mensen die korter dan vijf jaar in dienst zijn of alleen voor de groep mensen die langer dan vijf jaar in dienst zijn. We hebben wel onderzocht of er een verhoogde kans op verzuim is voor mensen die ten minste vijf jaar in dienst zijn en die ten minste één aandoening van de lijst hebben. De analyseresultaten bevestigen dat ook voor de mensen die ten minste vijf jaar in dienst zijn er een verhoogd risico op verzuim bestaat wanneer zij ten minste één aandoening van de lijst hebben.

Het is niet te verwachten dat de lijst er anders uit zou zien zou zien als de maatstaf is voorspelbaar hoger verzuim tot aan de AOW-gerechtigde leeftijd. Een chronische aandoening is in beginsel langdurig en kan blijvend zijn, daarom is het te verwachten dat een verhoogde kans op verzuim door een aandoening ook langdurig of blijvend is.

---

## 2. Operationele toepasbaarheid

### 2.1 Wat is er nodig om te zorgen dat de lijst operationeel toepasbaar wordt én operationeel toepasbaar blijft?

Er is een aantal zaken nodig om de lijst operationeel toepasbaar te laten zijn. De werkprocessen en rolverdeling van betrokken actoren bij het toekennen van de no-riskverklaring en, wanneer iemand ziek wordt, het uitkeren van de Ziektewetuitkering blijven gelijk aan de huidige situatie. In het beoordelen van de aanvraag om een no-riskpolisverklaring zijn er wel veranderingen nodig in de processen. Er zijn twee verschillende processen denkbaar. Bij de eerste variant stelt de curatieve arts de diagnose. De persoon met de chronische aandoening kan hiermee vervolgens bij UWV een no-riskverklaring aanvragen. De tweede variant is gelijk aan de eerste variant behalve dat er een aanvullende beoordeling plaatsvindt door de bedrijfsarts. De bedrijfsarts onderzoekt of er sprake is van een hoger verzuimrisico met de betreffende aandoening van de lijst in de betreffende functie. De werknemer vraagt met deze informatie een no-riskverklaring aan bij UWV. In deze processen is het van belang dat curatieve artsen, bedrijfs- en verzekeringsartsen een rol nemen in het delen van informatie over de chronische aandoening en eventueel het uitvoeren van een aanvullende beoordeling. Hierbij is het van belang dat de werknemer in de lead is in het opvragen en delen van de medische informatie. Verder zijn er aanpassingen in het registratiesysteem van UWV nodig en, in het geval van een aanvullende beoordeling, moet er een beoordelingskader worden ontwikkeld.

Naast deze benodigdheden is een aantal voorwaarden/aandachtspunten geformuleerd voor het operationeel toepasbaar maken van een objectieve lijst en de uitbreiding van de no-riskpolis op basis van deze lijst:

- a. Er moet voldoende capaciteit zijn bij UWV voor het beoordelen van de aanvraag om een no-riskverklaring en het registreren van het recht op een no-riskpolis. Zonder aanvullende beoordeling van de bedrijfsarts gaat het alleen om het verwerken van informatie van de curatieve arts en het nagaan of deze aandoening op de lijst staat (variant 1). Bij een aanvullende beoordeling door de bedrijfsarts (variant 2) kan de verzekeringsarts het voorbereidende werk van de bedrijfsarts meenemen in de beoordeling. Bij een aanvullende beoordeling moet er ook voldoende capaciteit van de bedrijfsarts zijn. Op dit moment kan niet aan deze voorwaarde worden voldaan. UWV heeft onvoldoende capaciteit voor uitbreiding van de no-riskpolis wanneer het de aantallen betreft die in dit onderzoek naar voren komen. Dit geldt voor zowel variant 1 als variant 2;
- b. Duidelijk moet zijn of het recht op een no-riskpolis (alleen) voorafgaand aan, of (ook) tijdens een dienstverband kan worden beoordeeld; Dit is een beleidsmatige keuze;
- c. Er is een goede juridische formulering nodig waarbij duidelijk moet zijn of het gaat om een tijdelijke of een permanente no-riskpolis.

### 2.2 Welke beperkingen kent de lijst?

Uit het onderzoek blijken de volgende punten als belangrijkste beperkingen van de lijst:

- a. Nivel Zorgregistraties maakt gebruik van registratiedata van huisartsen. Dat is gebaseerd op de ICPC-1 codering, waarbij sommige aandoeningen die mogelijk chronisch zijn, vallen onder subcodes van acute aandoeningen. Bij het maken en afstemmen van het episode construct, is niet gekeken naar subcodes. Hierdoor zijn aandoeningen, zoals chronische vermoeidheid nu niet meegenomen in het onderzoek;
- b. Negen aandoeningen op de lijst zijn te breed beschreven en moeten nader afgebakend worden;
- c. De omvang van de groep mensen met een aandoening van de lijst is erg groot. Naar schatting gaat het om tussen de 3 miljoen en 4 miljoen mensen in de beroepsbevolking. Als de lijst als enig criterium wordt gebruikt kunnen veel mensen onder de no-riskpolis vallen. Dit heeft deels te maken met de te brede beschrijving van sommige aandoeningen, maar ook wanneer je deze aandoeningen specificceert blijven er veel (naar schatting ten minste 3 miljoen) mensen over die na eventuele uitbreiding van de no-riskpolis aanspraak kunnen maken.

---

### 3. Omvang

#### 3.1 *Hoeveel mensen behoren tot de beroepsbevolking en voldoen aan minimaal één criterium van de lijst uitgesplitst naar werkenden en niet-werkenden?*

In totaal zijn er naar schatting rond de 4,6 miljoen mensen in de onderzoekspopulatie van 10 miljoen mensen<sup>28</sup> met ten minste één van de 76 aandoeningen van de lijst. Dit is dus bijna de helft. Hierin zitten ook mensen met een aandoening die hier weinig last van hebben. Denk aan mensen met astma met weinig klachten. Een deel van deze mensen komt al in aanmerking voor de no-riskpolis.

#### 3.2 *Voor wie biedt de no-riskpolis meerwaarde, met andere woorden: welk deel van de geïdentificeerde groep kan nu nog geen aanspraak maken op een van de bestaande no-riskpolissen?*

De groep mensen die onder de opgestelde lijst valt en nu nog geen recht heeft op een no-riskpolis, is naar schatting tussen de 3 miljoen en 4 miljoen mensen uit de totale onderzoekspopulatie van 10 miljoen mensen. Deze ruime marge heeft te maken met het feit dat negen aandoeningen op de lijst nog nader gespecificeerd moeten worden.

---

<sup>28</sup> De onderzoekspopulatie bestaat uit iedereen van 15 tot 65 jaar op 1 januari 2018, die niet onderwijsvolgend is en niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Dit zijn ruim 10 miljoen mensen. Dit is een bredere benadering dan de afbakening van beroepsbevolking. In de onderzoekspopulatie zitten ook mensen die niet willen werken of die om een andere reden niet op zoek zijn naar werk. In het bepalen van de omvang van de beroepsbevolking worden deze mensen doorgaans wel meegenomen.

---

# 7 Slotbeschouwing

Zoals een aantal keer is aangegeven in het rapport, is gedurende het onderzoek gebleken dat er de nodige weerstand bestaat tegen een mogelijke uitbreiding van de no-riskpolis op basis van een lijst met chronische aandoeningen. In de interviews, groepsbijeenkomsten en begeleidingscommissievergaderingen werden regelmatig kanttekeningen geplaatst bij een dergelijke lijst. De aangedragen argumenten en informatie over mogelijke gevolgen van een lijst hadden in de meeste gevallen geen betrekking op de onderzoeksvraag, of het mogelijk is een lijst op te stellen, maar hadden betrekking op de wenselijkheid van het gebruiken van een lijst als grondslag. Het kan daarmee ook ter discussie worden gesteld of een andere vraagstelling, die zich niet richt op een lijst, voor dit onderzoek beter was geweest. Omdat dit een vaak terugkerend thema is en omdat de meegegeven overwegingen wel relevant zijn voor de volgende politieke of beleidsoverwegingen over de no-riskpolis, nemen de onderzoekers de vrijheid in een slotbeschouwing te reflecteren op de opgehaalde kanttekeningen. Hierbij zetten wij waar relevant de verschillende perspectieven uiteen en ook de tegenstrijdigheden waar wij tegenaan liepen gedurende het onderzoeksproces.

## 7.1 Het opstellen van een objectieve lijst van chronische aandoeningen

Ten eerste wijzen verschillende partijen op het mogelijk stigmatiserende effect van het opstellen van een lijst met chronische aandoeningen die gemiddeld een verhoogd risico op verzuim laten zien. De no-riskpolis is bedoeld als een instrument voor het stimuleren van werk voor bepaalde doelgroepen die daarbij belemmeringen ondervinden. Tegen die context is een verhoogd risico op verzuim een logische basis voor het toekennen van een no-riskpolis, omdat het financiële risico van frequent verzuim daarmee gemitigeerd wordt voor werkgevers. Echter, er wordt gewezen op de mogelijkheid dat in plaats van werkgevers over de streep te trekken om iemand aan te nemen, het voorkomen van een bepaalde aandoening op de lijst ook juist een afschrikwekkend effect zou kunnen hebben. Vaak wordt herhaald dat werkgevers mogelijke capaciteitsproblemen als gevolg van frequent verzuim zwaarder vinden wegen dan de financiële compensatie voor mogelijk verzuim. Dit werd bijvoorbeeld benoemd in de eerste bijeenkomst met het expertpanel. Daarnaast zou het ook op persoonlijk vlak nadelig kunnen zijn voor mensen om een aandoening te hebben die op de lijst staat die geassocieerd wordt met een verhoogde kans op verzuim, als zij zich daardoor gestigmatiseerd voelen. Een ander nadeel is dat de werknemer door de werkgever onder druk gezet kan worden om een no-riskverklaring aan te vragen om zijn of haar baan te behouden terwijl de werknemer dat zelf misschien niet wil.

Bovengenoemde argumenten leiden tot weerstand tegen het gebruik van een objectieve lijst met aandoeningen als grondslag voor de no-riskpolis. Het is dan ook ten dele om deze reden dat wij in hoofdstuk 4 een uitvoeringsvariant beschrijven waarin een aanvullende beoordeling plaatsvindt, waarin de ernst van de aandoening wordt meegenomen. Eén van de randvoorwaarden die is meegegeven in het kader van dit onderzoek was echter dat er geen aanvullende beoordeling plaats zou hoeven vinden in het gebruik van de lijst, in het bijzonder niet door UWV. Dit omdat er geen capaciteit beschikbaar is om aanvullende beoordelingen te doen voor het toekennen van de no-riskpolis. We spreken daarom ook in het voorbeeld van een beoordeling door een bedrijfsarts. Dit zou alsnog extra capaciteit vereisen, al hoeft dit niet per se capaciteit van UWV te zijn. Bij een beoordeling door de bedrijfsarts, zoals beschreven in variant 2, geldt wel als belangrijke kanttekening dat er al een werkgever in beeld moet zijn. Deze variant lijkt daarom vooral relevant op het moment dat iemand al een baan heeft en kan dus vooral ingezet worden voor baanbehoud. Voor mensen bij wie de aandoening zichtbaar is kan het ook helpen bij het vinden van een baan omdat de mogelijkheid er in deze variant is om een no-riskpolis aan te vragen na een nadere beoordeling van de bedrijfsarts. De variant kan daarnaast een mogelijkheid zijn voor mensen die nog geen werk hebben, onder de voorwaarde dat bedrijfsartsen bereid zijn om een inschatting te maken van het verzuimrisico en het gefinancierd kan worden.

Meer algemeen beschouwd staan de twee ingenomen posities van de betrokken partijen haaks op elkaar: geen objectieve lijst gebruiken en geen aanvullende beoordeling inzetten in het toekennen van de no-riskpolis. Beide standpunten zijn niet zonder concessies met elkaar te verenigen.

---

Daarnaast kunnen er nog altijd kanttekeningen geplaatst worden bij (iedere) manier waarop de lijst wordt samengesteld. In dit onderzoek zijn wij gekomen tot een zo objectief mogelijke lijst, op basis van medisch inhoudelijke argumenten en de classificering die door het Nivel gebruikt wordt, en op basis van een verhoogd risico op verzuim. Maar er kunnen aandoeningen bestaan die daarmee nog niet op de lijst zijn opgenomen. Bijvoorbeeld aandoeningen die in de data van Nivel Zorgregistraties niet terugkomen als langdurige of chronische aandoening maar die voor sommige mensen wel langdurig of chronisch zijn, zoals chronische vermoeidheid. Daarnaast is het zaak, zoals ook aangegeven in hoofdstuk 3, om een aantal aandoeningen verder te specificeren omdat zij wellicht nog te breed omschreven zijn in de door het Nivel gebruikte classificering. Een deel van de mensen met bepaalde aandoeningen heeft met hulpmiddelen geen belemmeringen door de aandoening. En voor een deel van de mensen met bepaalde aandoeningen is er effectieve behandeling mogelijk. In deze gevallen is de kans dat deze aandoeningen leiden tot frequent verzuim erg klein of zelfs niet aanwezig, aldus de medisch experts.

## 7.2 De samenhang tussen de chronische aandoening en het verzuim

Een opmerking die ook vaker gemaakt is gedurende het onderzoeksproces, is dat bij het toekennen van de no-riskpolis op basis van enkel een objectieve lijst met chronische aandoeningen de inhoudelijke vraag blijft bestaan in hoeverre de diagnose op zichzelf direct samenhangt met de mate van arbeidsparticipatie en verzuim. Immers is het zo dat een verhoogd risico op verzuim binnen een groep mensen met een chronische aandoening niet betekent dat een individu ook daadwerkelijk meer zal verzuimen. Het toekennen van de no-riskpolis op basis van alleen een diagnose laat geen ruimte voor eventuele andere factoren die samenhangen met de kans op verzuim.

Uit de literatuur en gesprekken blijkt dat de kans op verzuim vaak afhankelijk is van een veelvoud aan factoren.<sup>29</sup> Met name de beleving van het individu en de mate van belemmering is bepalend voor de mate van verzuim. Ook spelen andere omgevingsfactoren een rol, zoals werkomstandigheden (onder andere de houding van de werkgever en begrip van collega's, type werk), in hoeverre de functie passend of flexibel is en diverse contextgebonden, persoonlijke en psychosociale factoren. Bovendien kunnen er grote verschillen bestaan tussen personen met dezelfde aandoening wat betreft de kans op verzuim. De eerder omschreven aanvullende beoordeling biedt de kans om de ernst van de aandoening mee te nemen, evenals eventuele behandelmogelijkheden.

## 7.3 Gevolgen voor de uitvoering in geval van uitbreiding van de no-riskpolis

Het voordeel van het baseren van het recht op de no-riskpolis uitsluitend op basis van de lijst, is dat er minimale inzet en handelingen van professionals worden gevraagd. Wanneer een chronische aandoening op de lijst staat kan direct objectief worden vastgesteld of iemand valt onder de no-riskpolis. Er is ook in deze, meest eenvoudige, variant inzet van UWV nodig. In het geval dat de informatie over de aandoening al bij de aanvraag no-riskverklaring verstrekt wordt, is het mogelijk dat een sociaal medische verpleegkundige onder taakdelegatie controleert of de aandoening voorkomt op de lijst. Zo ja, dan adviseert zij de verzekeringsarts dat een no-riskverklaring kan worden verstrekt. In een protocol moet worden vastgelegd welke werkzaamheden de sociaal medische verpleegkundige mag verrichten. Het is mogelijk dat de sociaal medische verpleegkundige bij twijfel over de juistheid of de volledigheid van de verstrekte informatie een verzekeringsarts raadpleegt. Die zal dan een nader onderzoek moeten instellen bijvoorbeeld door een medische uitvraag. De verzekeringsarts is degene die beslissingsbevoegd is of de verklaring kan worden toegekend.

Een risico van het werken met een objectieve lijst is dat de omvang van de doelgroep die aanspraak kan maken op de no-riskpolis erg groot wordt, zoals ook omschreven in hoofdstuk 5. In Nederland zijn er naar schatting 3 tot 4 miljoen personen in de onderzoekspopulatie die één of meerdere chronische aandoeningen hebben van de lijst. Door primair uit

---

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld SCP (2016). *Beperkt in functie: Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen*; Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid en Amsterdams Medisch Centrum (2016). *Richtlijn Chronisch zieken en werk*; Trimbos Instituut (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*.

---

te gaan van deze chronische aandoening zijn er dus automatisch veel mensen die aanspraak kunnen maken op de no-riskpolis. Dit zal leiden tot een grote toename aan benodigde capaciteit, vanwege de enorme groep mensen die ten minste één van de aandoeningen van de lijst heeft. Het brengt een verzwaren voor UWV met zich mee als zij een no-riskverklaring gaan aanvragen c.q. zich ziek melden en een Ziektewetuitkering willen. Dit is volgens UWV niet uitvoerbaar met zulke aantallen.

Om de aantallen te beperken kan de doelgroep verder afgebakend worden door een nauwere selectie te maken van chronische aandoeningen die op de lijst komen. Anderzijds blijkt uit onderzoek dat er nu erg weinig gebruik wordt gemaakt van de no-riskpolis en zullen zeker niet alle personen die aanspraak kunnen maken op de polis, dit ook daadwerkelijk doen.<sup>30</sup> Dat zou kunnen betekenen dat mensen die mogelijk wel baat hebben bij een no-riskpolis er geen gebruik van maken. In dat geval heeft het ook niet het gewenste effect. Het is ook goed mogelijk dat mensen geen gebruik maken van de no-riskpolis omdat ze het niet echt nodig hebben.<sup>31</sup> Dat zou bij eventuele uitbreiding van de no-riskpolis kunnen betekenen dat mensen met een aandoening van de lijst die bijvoorbeeld niet veel last hebben van hun aandoening, geen no-riskverklaring zullen aanvragen. Echter, het is ook goed mogelijk dat ook binnen deze groep er toch gebruik zal worden gemaakt van de no-riskpolis omdat de werkgever dan ziekengeld ontvangt bij ziekte van de betreffende werknemer. Het kan daarnaast loonkostenvoordeel bij de belastingdienst opleveren. Een werkgever kan een werknemer onder druk zetten om een no-riskverklaring aan te vragen.

De grote omvang heeft ook effect op de verzekeringsmarkt. Als zo een omvangrijke groep in aanmerking zou komen voor een no-riskpolis dan blijft er voor de werkgevers een kleinere groep mensen over waarvoor zij loon moeten doorbetalen als zij ziek worden. Werkgevers mogen zelf bepalen of zij een verzuimverzekering afsluiten. Als een veel groter deel van hun werknemers in aanmerking komt voor een no-riskpolis dan zullen er naar alle waarschijnlijkheid minder verzuimverzekeringen worden afgesloten. Het verzuimrisico van de overgebleven populatie die nog wel verzekerd wordt zal naar verwachting afnemen, wat waarschijnlijk resulteert in lagere premies. Dit gaat ten koste van de omzet van verzuimverzekeraars. De schadelast voor de no-riskpolis wordt verdeeld over werkgevers. Voor de financiering van de Ziektewet betaalt de werkgever een bijdrage aan het sectorfonds, de sectorpremie. In deze sectorpremie zit een component voor de Ziektewet. Naar verwachting gaan deze sectorpremies juist omhoog als er meer mensen in aanmerking komen voor een no-riskpolis. Wat het netto-effect is op de kosten voor de werkgevers aan sectorpremie en verzuimverzekeringspremies hangt af van de samenstelling van de groep werknemers van de betreffende werkgever en de samenstelling van de groep werknemers in de sector waar de werkgever actief is.

De aanvullende beoordeling omschreven in hoofdstuk 4 biedt een manier om de omvang van de doelgroep te beperken tot personen die daadwerkelijk een verhoogd risico hebben op verzuim als gevolg van hun chronische aandoening. De beoordeling biedt de optie om een meer accurate inschatting te maken van de mate waarin de chronische aandoening impact heeft op het werk van de persoon en leidt tot een verhoogd risico op verzuim. De aanvullende beoordeling brengt wel extra werk met zich mee voor het sociaal-medisch team van UWV, ook al levert de bedrijfsarts informatie aan. Het vereist ook een aanvullend beoordelingskader. Bijkomend aandachtspunt hierbij is dat wanneer informatie geleverd door de bedrijfsarts een grote rol gaat spelen, een andere oplossing gevonden moet worden voor mensen die nog op zoek zijn naar werk en dus geen toegang hebben tot een bedrijfsarts.

#### 7.4 Bijdrage aan het doel van de no-riskpolis

Een vraag die in alle fasen van het onderzoek werd opgeworpen, betreft de vraag in hoeverre het uitbreiden van de no-riskpolis op basis van een lijst met chronische aandoeningen bijdraagt aan het doel van de no-riskpolis. Het doel is om arbeidsparticipatie te stimuleren onder mensen die daartoe een belemmering ondervinden. Een kanttekening die bij voorbaat geplaatst werd door de betrokkenen, is dat uit onderzoek blijkt dat de no-riskpolis nu erg weinig wordt ingezet.

---

<sup>30</sup> De Beleidsonderzoekers en SEO (2018). *Bekendheid en effectiviteit no-riskpolis artikel 29b ZW*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>31</sup> Er wordt op dit moment nader onderzoek gedaan naar waarom er sprake is van ondergebruik van de no-riskpolis.

---

Dit komt met name omdat er weinig bekendheid is met de no-riskpolis onder werknemers en werkgevers. Ook kan het te maken hebben met een stigmatiserend effect: het vermelden van het recht op de no-riskpolis aan de werkgever betekent dat de werkgever weet dat er iets aan de hand is met desbetreffende werkzoekende.<sup>32</sup> De vraag wordt gesteld in hoeverre het nuttig is een instrument uit te breiden dat op dit moment weinig effectief is.

Daarnaast werd in het expertpanel opgemerkt dat de no-riskpolis misschien beter werkt voor het behouden van werk en minder voor het vinden van werk voor mensen met een chronische aandoening. Een werkgever mag immers niet naar een aandoening vragen bij een sollicitatie, dat mag pas twee maanden na indiensttreding. Een sollicitant moet dus zelf aangeven dat hij of zij aanspraak kan maken op de no-riskpolis en de kans is groot dat de werkgever dit dus niet mee kan nemen in de overweging iemand wel of niet aan te nemen. Er bestaat hierin wellicht een verschil tussen mensen waarbij het meteen duidelijk is dat zij een aandoening hebben en wanneer dit niet het geval is. Voor iemand waarbij een aandoening duidelijk zichtbaar is kan de no-riskpolis wellicht wel helpen in het vinden van werk, omdat zij hun aandoening eerder zullen toelichten in het kader van de functie en hun mogelijkheden, waarbij ook een no-riskpolis misschien eerder ter sprake komt. Wanneer iemand een hoger verzuim laat zien in een lopend dienstverband kan de no-riskpolis bijdragen aan het in dienst houden van een werknemer, omdat het financiële verlies voor de werkgever daarmee grotendeels wordt gecompenseerd.

In het licht van bovenstaande punten werden ook alternatieven voor de lijst genoemd. Als mensen geen werk kunnen vinden kunnen zij zich op dit moment inschrijven bij UWV WERKbedrijf. Het idee werd genoemd om een inschatting van het verzuimrisico te koppelen aan het werkadvies. Dat betekent dat in het advies over het type werk dat iemand met een chronische aandoening het best kan gaan doen, ook wordt gekeken bij welk type werk het verzuimrisico relatief laag is ten opzichte van andere vormen van werk. Een dergelijk advies zou door UWV WERKbedrijf gegeven kunnen worden. UWV WERKbedrijf zal hiervoor wel weer een verzekeringsarts moeten inschakelen. Gemeenten kunnen dit ook doen op grond van de Participatiewet. Het doel is om passend werk te vinden waardoor een no-riskpolis niet nodig is en/of dat de aanspraak op de no-riskpolis wordt verkleind.

## 7.5 Effectiviteit no-riskpolis bij objectieve lijst en noodzaak verhogen kans op werk

Het onderzoek laat zien dat het met de vooraf meegegeven randvoorwaarden moeilijk is om de groep goed af te bakenen die echt gebaat zou zijn bij een no-riskpolis. Als alle mensen met ten minste één aandoening van de lijst in aanmerking zouden komen dan is de kans groot dat dit ten koste gaat van de effectiviteit van het instrument voor de groep die erbij gebaat zou zijn. Zie ook het punt over verdringing dat door de Beleidsonderzoekers wordt genoemd in hun recente onderzoek naar de mogelijke effecten van de no-riskpolis.<sup>33</sup> Het verder afbakenen van de objectieve lijst is volgens de onderzoekers geen goede optie omdat er binnen een aandoening veel variatie kan zijn in de ernst en ervaren belemmeringen. Een individu met een bepaalde aandoening kan grote belemmeringen ervaren en vaak verzuimen terwijl dit op groepsniveau niet of minder zichtbaar is in een verhoogde verzuimkans.

Tegelijkertijd laten de uitkomsten van de regressieanalyses ook zien dat er bij heel veel chronische aandoeningen een lagere kans is op arbeidsparticipatie. Dit laat zien dat het noodzakelijk is om de kans op arbeidsparticipatie voor mensen met een chronische aandoening te vergroten. Een no-riskpolis op basis van een objectieve lijst zonder aanvullende beoordeling van onder meer de ernst van de aandoening en de ervaren belemmeringen gaat voor hun waarschijnlijk niet (voldoende) helpen. Het zou volgens de onderzoekers nuttig zijn om te kijken of een andere afbakening mogelijk is, waarbij dergelijke subjectievere factoren kunnen worden meegewogen.

---

<sup>32</sup> De Beleidsonderzoekers (2020). *De no-riskpolis in breder perspectief: onderzoek naar de mogelijke effecten die uitgaan van het recht op de no-riskpolis*. Onderzoek in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

<sup>33</sup> Ibidem.



# A. Chronische aandoeningen

| ICPC-1 | Titel  |
|--------|--|
| A28    | Functiebeperking/handicap                                      |
| A79    | Maligniteit met onbekende primaire lokalisatie                 |
| A90    | Multiple aangeboren afwijkingen                                |
| B28    | Functiebeperking/handicap bloed/lymfestelsel                   |
| B72    | Ziekte van Hodgkin   |
| B73    | Leukemie   |
| B74    | Andere maligniteit bloed/lymfestelsel                          |
| B78    | Erfelijke hemolytische anemie                                  |
| B79    | Andere aangeboren afwijking bloed/lymfestel                    |
| B83    | Purpura/stollingsstoornis/afwijkende trombo                    |
| B90    | Hiv-infectie (AIDS/ARC)  |
| D28    | Functiebeperking/handicap spijsverteringsorganen               |
| D74    | Maligniteit maag   |
| D75    | Maligniteit colon/rectum                                       |
| D76    | Maligniteit pancreas   |
| D77    | Andere/niet-gespecificeerde maligniteit spijsverteringsorganen |
| D81    | Aangeboren afwijking(en) spijsverteringsorganen                |
| D92    | Diverticulose/diverticulitis                                   |
| D94    | Colitis ulcerosa/chronische enteritis (regionalis)             |
| D97    | Cirrose/andere leverziekte                                     |
| F28    | Functiebeperking/handicap oog/adnexen                          |
| F81    | Andere aangeboren afwijking(en) oog/adnexen                    |
| F83    | Retinopathie   |
| F84    | Maculadegeneratie  |
| F91    | Refractieafwijking(en)   |
| F93    | Glaucoom/verhoogde oogdruk                                     |
| F94    | Blindheid (elke graad/vorm)                                    |
| H28    | Functiebeperking/handicap oor                                  |
| H80    | Aangeboren afwijking(en) oor                                   |
| H83    | Otosclerose  |
| H84    | Presbycusis  |
| H85    | Akoestisch letsel/lawaaidoofheid                               |
| H86    | Doofheid/slechthorendheid                                      |
| K28    | Functiebeperking/handicap hart vaatstelsel                     |
| K73    | Aangeboren afwijking(en) hart vaatstelsel                      |
| K74    | Angina pectoris  |
| K76    | Andere/chronische ischemische hartziekte                       |
| K77    | Decompensatio cordis   |
| K82    | Cor pulmonale  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>K86</b> | Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging             |
| <b>K87</b> | Hypertensie met orgaanbeschadiging/secundaire hypertensie    |
| <b>K90</b> | Cerebrovasculair accident (CVA)                              |
| <b>K91</b> | Atherosclerose [ex. K76,K90]                                 |
| <b>K92</b> | Andere ziekte(n) perifere arteriën                           |
| <b>L28</b> | Functiebeperking/handicap bewegingsapparaat                  |
| <b>L82</b> | Aangeboren afwijking(en) bewegingsapparaat                   |
| <b>L84</b> | Artrose/spondylose wervelkolom                               |
| <b>L85</b> | Verworven afwijking(en) wervelkolom                          |
| <b>L88</b> | Reumatoïde arthritis/verwante aandoening(en)                 |
| <b>L89</b> | Coxartrose   |
| <b>L90</b> | Gonartrose   |
| <b>L91</b> | Andere artrose/verwante aandoening(en)                       |
| <b>L95</b> | Osteoporose  |
| <b>L98</b> | Verworven afwijking(en) extremiteiten                        |
| <b>N28</b> | Functiebeperking/handicap zenuwstelsel                       |
| <b>N70</b> | Poliomyelitis/andere enterovirus infectie                    |
| <b>N74</b> | Maligniteit zenuwstelsel                                     |
| <b>N85</b> | Aangeboren afwijking(en) zenuwstelsel                        |
| <b>N86</b> | Multiple sclerose  |
| <b>N87</b> | Parkinsonisme, ziekte van Parkinson                          |
| <b>N88</b> | Epilepsie (alle vormen)                                      |
| <b>P28</b> | Functiebeperking/handicap psychische ziekte                  |
| <b>P70</b> | Seniele dementie/Alzheimer                                   |
| <b>P72</b> | Schizofrenie   |
| <b>P80</b> | Persoonlijkheds-/karakterstoornis                            |
| <b>P85</b> | Mentale retardatie/intellectuele achterstand                 |
| <b>R28</b> | Functiebeperking/handicap luchtwegen                         |
| <b>R84</b> | Maligniteit bronchus/long                                    |
| <b>R85</b> | Andere maligniteit luchtwegen                                |
| <b>R89</b> | Aangeboren afwijking(en) luchtwegen                          |
| <b>R91</b> | Chronische bronchitis/bronchiëctasieën                       |
| <b>R95</b> | Emfyseem/COPD  |
| <b>R96</b> | Astma  |
| <b>S28</b> | Functiebeperking/handicap huid/subcutis                      |
| <b>S77</b> | Maligniteit huid/subcutis                                    |
| <b>S81</b> | Hemangioom/lymfangioom                                       |
| <b>S83</b> | Andere aangeboren afwijking(en) huid/subcutis                |
| <b>S87</b> | Constitutioneel eczeem                                       |
| <b>S91</b> | Psoriasis (met of zonder artropathie)                        |
| <b>T28</b> | Funct.beperking/handicap endocr. klieren/metabolisme/voeding |
| <b>T71</b> | Maligniteit schildklier                                      |
| <b>T78</b> | Persisterende ductus thyreoglossus/cyste                     |
| <b>T80</b> | Andere aangeboren afwijking endocriene klieren/metabolisme   |
| <b>T81</b> | Struma/noduli [ex. T85,T86]                                  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>T86</b> | Hypothyreoïdie/myxoedeem                                     |
| <b>T90</b> | Diabetes mellitus  |
| <b>T92</b> | Jicht  |
| <b>T93</b> | Vetstofwisselingsstoornis(sen)                               |
| <b>U28</b> | Functiebeperking/handicap urinewegen                         |
| <b>U75</b> | Maligniteit nier   |
| <b>U76</b> | Maligniteit blaas  |
| <b>U77</b> | Andere maligniteit urinewegen                                |
| <b>U85</b> | Aangeboren afwijking(en) urinewegen                          |
| <b>U88</b> | Glomerulonephritis/nefrose                                   |
| <b>W28</b> | Functiebeperking/handicap ten gevolge van zwangerschap       |
| <b>W72</b> | Maligniteit in verband met zwangerschap                      |
| <b>W76</b> | Zwangerschap complicerende aangeboren afwijking moeder       |
| <b>X28</b> | Functiebeperking/handicap geslachtsorganen vrouw             |
| <b>X75</b> | Maligniteit cervix uteri                                     |
| <b>X76</b> | Maligniteit borst vrouw                                      |
| <b>X77</b> | Andere maligniteit geslachtsorganen vrouw                    |
| <b>X83</b> | Aangeboren afwijking(en) geslachtsorganen vrouw              |
| <b>X88</b> | Fibroadenoom/polycystische afwijking borsten                 |
| <b>Y28</b> | Functiebeperking/handicap geslachtsorganen man               |
| <b>Y77</b> | Maligniteit prostaat   |
| <b>Y78</b> | Andere maligniteit geslachtsorganen/borsten man              |
| <b>Y82</b> | Hypospadie   |
| <b>Y84</b> | Andere aangeboren afwijking(en) geslachtsorganen/borsten man |
| <b>Z28</b> | Sociale functiebeperking/handicap                            |

## B. Langdurige aandoeningen

| ICPC-1 | Titel  |
|--------|--|
| A05    | Algehele achteruitgang                                 |
| A09    | Transpiratieproblemen                                  |
| A12    | Allergie/allergische reactie                           |
| A70    | Gegeneraliseerde tuberculose [ex. R70]                 |
| A82    | Laat gevolg van letsel                                 |
| A93    | Dysmatuur/prematuur/immatuur levendgeborene            |
| A99    | Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n) |
| B80    | IJzerebrekanemie                                       |
| B81    | Pernicieuze/foliumzuurdeficiëntie-anemie               |
| B82    | Andere/niet-gespecificeerde anemie                     |
| B87    | Splenomegalie  |
| B99    | Andere ziekte(n) bloed/lymfestelsel                    |
| D12    | Obstipatie   |
| D17    | Incontinentie voor ontlasting                          |
| D72    | Virus hepatitis  |
| D84    | Ziekte oesofagus                                       |
| D87    | Stoornis maagfunctie                                   |
| D89    | Hernia inguinalis                                      |
| D90    | Hernia diafragmatica/hiatus                            |
| D91    | Andere hernia abdominalis                              |
| D93    | Spastisch colon/IBS                                    |
| D95    | Fissura ani/perianaal abces                            |
| D96    | Hepatomegalie  |
| D98    | Cholecystitis/cholelithiasis                           |
| D99    | Andere ziekte(n) spijsverteringsorganen                |
| F71    | Allergische/niet-gespecificeerde conjunctivitis        |
| F82    | Netvliesloslating                                      |
| F92    | Cataract/staar   |
| F95    | Strabismus/scheelzien                                  |
| F99    | Andere ziekte(n) oog/adnexen                           |
| H03    | Oorsuizen/tinnitus                                     |
| H77    | Perforatie trommelvlies [ex. H71]                      |
| H82    | Vertigosyndroom/labyrinthitis [ex. N17]                |
| H99    | Andere ziekte(n) oor                                   |
| K06    | Opgezette aderen                                       |
| K75    | Acuut myocardinfarct                                   |
| K78    | Boezemfibrilleren/-fladderen                           |
| K79    | Paroxysmale tachycardie                                |
| K80    | Ectopische slagen/extrasystolen                        |

|     |   |
|-----|---|
| K81 | Hartgeruis                                    |
| K83 | Niet-reumatische klepaandoening               |
| K84 | Andere hartziekte(n)                          |
| K88 | Orthostatische hypotensie                     |
| K89 | Passagère cerebrale ischemie/TIA              |
| K93 | Longembolie/longinfarct                       |
| K94 | Thrombophlebitis/flebotrombose                |
| K95 | Varices benen [ex. S97]                       |
| K96 | Hemorroiden                                   |
| K99 | Andere ziekte(n) hartvaatstelsel              |
| L73 | Fractuur tibia/fibula                         |
| L75 | Fractuur femur                                |
| L76 | Andere fractuur                               |
| L83 | Syndroom cervicale wervelkolom                |
| L86 | Lage-rugpijn met uitstraling                  |
| L92 | Schouder syndroom/PHS                         |
| L93 | Epicondylitis lateralis                       |
| L94 | Osgood-Schlatter/andere osteochondropathie    |
| L97 | Chronisch inwendig trauma knie                |
| L99 | Andere ziekte(n) bewegingsapparaat            |
| N04 | Restless legs                                 |
| N19 | Spraak-/fonatiestoornis                       |
| N71 | Meningitis/encephalitis                       |
| N73 | Andere infectieziekte(n) zenuwstelsel         |
| N89 | Migraine                                      |
| N90 | Cluster headache                              |
| N91 | Facialis parese/Bell's palsy                  |
| N92 | Trigeminus neuralgie                          |
| N93 | Carpale tunnelsyndroom                        |
| N94 | Andere perifere neuritis/neuropathie          |
| N99 | Andere ziekte(n) zenuwstelsel                 |
| P10 | Stamelen/stotteren/tics                       |
| P11 | Eetprobleem(en) bij kind                      |
| P12 | Enuresis [ex. U04]                            |
| P13 | Encopresis                                    |
| P15 | Chronisch alcoholmisbruik                     |
| P16 | Acuut alcohol misbruik/intoxicatie            |
| P17 | Tabaksmisbruik                                |
| P18 | Geneesmiddelmisbruik                          |
| P19 | Drugsmisbruik                                 |
| P20 | Geheugen-/concentratie-/oriëntatiestoornissen |
| P21 | Overactief kind/hyperkinetisch syndroom       |
| P22 | Andere zorgen gedrag kind                     |
| P23 | Andere zorgen gedrag adolescent               |
| P24 | Specifiek leerprobleem                        |

|     |   |
|-----|---|
| P25 | Levensfaseprobleem volwassene                               |
| P71 | Andere organische psychose(n)                               |
| P73 | Affectieve psychose   |
| P74 | Angststoornis/angsttoestand                                 |
| P75 | Hysterie/hypochondrie                                       |
| P76 | Depressie   |
| P78 | Neurasthenie/surmenage                                      |
| P79 | Andere neurose  |
| P98 | Andere/niet gespecificeerde psychose(n)                     |
| P99 | Andere psychische stoornissen                               |
| R70 | Tuberculose luchtwegen [ex. A70]                            |
| R90 | Hypertrofie/chronische infectie tonsillen/adenoid           |
| R93 | Pleuravocht   |
| R97 | Hooikoorts/allergische rhinitis                             |
| R99 | Andere ziekte(n) luchtwegen                                 |
| S82 | Naevus/moedervlek   |
| S86 | Seborroïsch eczeem/roos                                     |
| S88 | Contact eczeem/ander eczeem                                 |
| S92 | Ziekte(n) zweetklieren                                      |
| S95 | Mollusca contagiosa   |
| S96 | Acne  |
| S97 | Ulcus cruris/decubitus/chronisch ulcus                      |
| S98 | Urticaria   |
| S99 | Andere ziekte(n) huid/subcutis                              |
| T06 | Anorexia nervosa/boulimie                                   |
| T10 | Achterblijven verwachte fysiologische ontwikkeling          |
| T82 | Adipositas (Quetelet-index >30)                             |
| T83 | Overgewicht (Quetelet-index 27- 30)                         |
| T85 | Hyperthyreoïdie/thyreotoxicose                              |
| T88 | Renale glucosurie   |
| T91 | Vitamine-/voedingsdeficiëntie(s)                            |
| T99 | Andere ziekte(n) endocriene klieren/metabolisme/voeding     |
| U04 | Urine-incontinentie [ex. P12]                               |
| U90 | Orthostatische proteïnurie                                  |
| U95 | Urolithiasis (alle vormen/lokalisaties)                     |
| W77 | Zwangerschap complicerende niet-obstetrische factor         |
| W80 | Ectopische zwangerschap                                     |
| W81 | Toxicose/(pre-)eclampsie                                    |
| W84 | Zwangerschap met verhoogd risico                            |
| W99 | And. ziekte(n) ivm zwangersch./beval./kraamb./anticonceptie |
| X02 | Pijnlijke menstruatie                                       |
| X03 | Intermenstruele pijn  |
| X04 | Pijnlijke coïtus vrouw                                      |
| X05 | Amenorroe/hypomenorroe/oligomenorroe                        |
| X06 | Menorragie  |

---

|            |   |
|------------|---|
| <b>X07</b> | Onregelmatige/frequente menstruatie             |
| <b>X08</b> | Intermenstrueel bloedverlies                    |
| <b>X09</b> | Premenstruele symptomen/klachten                |
| <b>X11</b> | Climacteriële symptomen/klachten                |
| <b>X12</b> | Postmenopauzaal bloedverlies                    |
| <b>X13</b> | Bloedverlies na coïtus                          |
| <b>X86</b> | Afwijkende cervixuitstrijk                      |
| <b>X87</b> | Prolaps vagina/uterus                           |
| <b>X89</b> | Premenstrueel spanningssyndroom                 |
| <b>X99</b> | Andere ziekte(n) geslachtsorganen/borsten vrouw |
| <b>Y07</b> | Symptomen/klachten potentie [ex. P07,P08]       |
| <b>Y81</b> | Phimosis/slurf-preputium                        |
| <b>Y83</b> | Cryptorchisme/niet ingedaalde testis            |
| <b>Y86</b> | Hydrokèle                                       |
| <b>Y99</b> | Andere ziekte(n) geslachtsorganen/borsten man   |

---

## C. Gebruikte bronbestanden

### UWV

Van UWV zijn twee microdatabestanden gebruikt. Bestand 1 betreft de 42-weeksziekmeldingen. Dit bestand wordt gebruikt voor het bepalen van de meldingsfrequentie, verzuimpercentage en verzuimduur. Het bestand bevat van elke persoon de datum eerste ziektedag, de datummelding van 42-weken ziekte en de datum van herstel. Dit bestand gebruiken we om de meldingsfrequentie, het verzuimpercentage en de verzuimduur te bepalen.

Bestand 2 betreft de WIA-claimbeslissingen. Dit bestand dient twee doelen:

- a. Weten wie mogelijk in aanmerking kwam voor de no-riskpolis vanwege een afgewezen WIA-claimbeslissing;
- b. Weten wie al twee jaar ziek is om te kunnen bepalen of diegene heel het jaar 2018 ziek was (verzuimpercentage) en om de verzuimduur te bepalen.

Het bestand bevat van elke persoon de datum van de claimbeslissing.

### CBS

Bij het CBS hebben we de volgende bestanden uitgevraagd:

- a. Nationale enquête arbeidsomstandigheden (NEA, bevat o.a. verzuimduur en verzuimfrequentie);
- b. SPOLISBUS (aanvang en omvang baan en soort dienstverband);
- c. Basisregistratie persoonsgegevens (BRP, bevat persoonskenmerken);
- d. AOTOTUITKERINGATAB (bevat gegevens over arbeidsongeschiktheid o.a. WIA, WAO, WAJONG);
- e. Doelgroepenregister;
- e. Onderwijsgegevens (HOOGSTEOPLTAB);
- f. Ziektewetgegevens (ZWPERSOONMNDBEDRAGBUS).

De data van het CBS wordt gebruikt voor:

- a. Het construeren van de uitkomstmaten arbeidsparticipatie en verzuimpercentage op basis van de Ziektewetgegevens;
- b. Achtergrondkenmerken zoals leeftijd, geslacht, opleidingsniveau (en werkkenmerken), om te corrigeren voor deze verschillen tussen personen;
- c. Het bepalen wie nu al in aanmerking komt voor de no-riskpolis (hiervoor wordt aanvullende UWV-data gebruikt).

### Nivel Zorgregistraties

Voor het identificeren van mensen met een chronische (of langdurige) aandoening maken we gebruik van morbiditeitgegevens van huisartsen via Nivel Zorgregistraties. De huisartsengegevens 2018 betreffen 1,7 miljoen patiënten, ingeschreven bij ongeveer 419 huisartsenpraktijken.<sup>34</sup> De steekproefselectie van huisartsenpraktijken is wat betreft leeftijd en geslacht van de patiënten representatief voor de Nederlandse bevolking. Dit betekent dat de uitkomsten van de analyses zijn op te hogen naar aantallen voor heel Nederland door de geschatte relatieve cijfers te vermenigvuldigen met de gemiddelde bevolkingsaantallen per leeftijd en geslacht.<sup>35</sup>

Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j

---

<sup>34</sup> Nivel (2019). *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: Jaarcijfers 2018 en trendcijfers 2014-2018*.

<sup>35</sup> Nivel en RIVM (2016). *Berekening morbiditeitscijfers op basis van Nivel Zorgregistraties eerste lijn*.



---

AVG). Deze studie is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties, onder nummer NZR-00320.047.

Een kanttekening bij het gebruik van deze data is dat gebruik is gemaakt van het episode construct. Dit betekent dat mensen die eenmaal een diagnose hebben gehad van een chronische aandoening meegenomen zijn als mensen met een chronische aandoening. Er is niet gekeken naar daadwerkelijk zorggebruik (contacten of medicatiegebruik) voor deze aandoeningen. Zo kan het bijvoorbeeld voorkomen dat iemand borstkanker heeft gehad in 2002 en dat dit in 2018 nog steeds geregistreerd staat.

---

## D. Verantwoording data-analyses

### Onderzoekspopulatie

Tot de onderzoekspopulatie behoort iedereen die in 2018 16 wordt, tot mensen die in of voor 2018 met pensioen gaan (geboren voor 1 januari 1953, oftewel maximaal 65 op 1 januari 2018). Mensen die in 2018 staan ingeschreven bij een onderwijsinstantie behoren niet tot de onderzoekspopulatie. Ook mensen die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn behoren niet tot de onderzoekspopulatie.

### Maatstaven voor arbeidsparticipatie en verzuim

#### Arbeidsparticipatie

De mate van arbeidsparticipatie wordt bepaald aan de hand van het aantal dagen dat iemand een inkomstenverhouding heeft in 2018 ten opzichte van het totale aantal dagen in 2018. Als iemand meerdere banen tegelijk heeft dan is gecorrigeerd voor overlap.

#### Meldingsfrequentie UWV

Wij zijn geïnteresseerd in het daadwerkelijk verzuim en niet in het administratieve proces (wanneer wordt gemeld). We kijken daarom naar het aantal eerste ziekte-dagen in het tijdvak 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 (de melding kan dus ook in 2019 liggen.) We noemen het wel nog steeds meldingsfrequentie, omdat het in principe pas geregistreerd wordt als er 42 weken verzuimd is. Verzuim van korter dan 42 weken zie je dus niet. Uitzondering zijn werknemers van te vroeg meldende werkgevers.

De meldingsfrequentie is gelijk aan 2 als iemand aan het begin van 2018 de 42-weeken cyclus heeft doorlopen, daarna beter is geworden en hetzelfde jaar weer ziek is geworden. De tweede melding vindt dan plaats in 2019, maar de tweede eerste ziekte-dag valt in 2018. Uitzondering hierop is wanneer de werkgever te vroeg melding doet. Dat betekent dat de 42-weeken cyclus nog niet doorlopen is.

De meldingsfrequentie kan ook hoger zijn dan 1 als iemand meerdere werkgevers heeft. Hier hebben we voor gecorrigeerd. Dit betekent dat als iemand meerdere eerste ziekte-dagen in het tijdvak 1 jan 2018 t/m 31 dec 2018 voor overlappende periodes bij verschillende werkgevers, dit telt als één ziekmelding.

#### Verzuimduur UWV

Voor het bepalen van de verzuimduur kijken we naar nieuwe ziektemeldingen in het tijdvak 1 januari 2017 t/m 31 december 2017. Sommige mensen hebben meerdere meldingen in 2017. We kijken dan naar de eerste ziekmelding in 2017. De waarnemingen gaan tot 7 juli 2020. Dit betekent dat er sprake kan zijn van right censoring (die variabel is). Er zit ook een left censoring in, namelijk korter dan 42-weeken (of 294 dagen). Uiteindelijk hebben we een multionial logit model geschat waarbij we de verzuimduur hebben vertaald naar de categorieën:

- a. Geen verzuim of korter dan 42-weeken;
- b. Verzuim tussen de 42-weeken en twee jaar;
- c. Verzuim van ten minste twee jaar.

---

## Ziektewet

De mensen die in aanmerking komen voor een Ziektewetuitkering zijn zieke WW'ers (na 13 weken ziekte), eindedienstverbanders, uitzendkrachten die werken onder een uitzendbeding en werknemers die ziek zijn geworden als gevolg van zwangerschap, bevalling of orgaandonatie en werknemers met een no-riskpolis. Voor de analyses van verzuimpercentages gebaseerd op Ziektewetuitkeringen in 2018 hebben we nu de onderzoekspopulatie vormgegeven door de volgende groepen te selecteren:

- a. Iedereen die eerst wel werk had maar waarvan het contract (tijdelijk of vast) is afgelopen. Deze mensen vallen onder de doelgroep tot ze een nieuwe baan hebben;
- b. Mensen met een no-riskpolis;
- c. Iedereen die werkt als uitzendkracht<sup>36</sup>.

Voor deze analyse is gewogen naar het aantal dagen dat de persoon in de doelgroep valt.

## Zwangerschapsgerelateerde aandoeningen

Zwangerschapsgerelateerde aandoeningen laten we buiten beschouwing bij de modelschattingen, omdat zwangerschapsgerelateerde aandoeningen sowieso recht geven op een Ziektewetuitkering (aparte vangnetcategorie) als ze leiden tot arbeidsongeschiktheid. Vrouwen met zwangerschapsgerelateerde aandoeningen zijn wel meegenomen in het bepalen van de omvang van de extra doelgroep bij eventuele uitbreiding van de no-riskpolis. Vrouwen met zwangerschapsgerelateerde aandoeningen kunnen immers wel of niet aanvullend een chronische of langdurige aandoening hebben van de lijst. Hierdoor kunnen zij als hun zwangerschapsgerelateerde aandoening over is alsnog een no-riskpolis aanvragen op basis van een aandoening van de lijst.

## Modelspecificatie

De analyse waarbij we het effect van chronische aandoeningen op maatstaven onderzoeken met de mogelijke waarden 0 en 1 (Baan op 1 januari, verzuim NEA en Meldingsfrequentie) zijn uitgevoerd met een logit model. Dit model is als volgt gespecificeerd:

$$f(y_i) = \ln \frac{P(y_i)}{1-P(y_i)} = \beta_0 + \delta C_i + \theta X_i + \varepsilon_i,$$

$y_i$  is de afhankelijke variabele (de betreffende maatstaf voor arbeid of verzuim);

$\beta_0$  is de constante (de waarde van  $y_i$  als alle verklarende variabelen de waarde 0 hebben);

$C_i$  zijn de dummyvariabelen voor de chronische en langdurige aandoeningen;

$X_i$  zijn de dummyvariabelen voor de persoonskenmerken: vrouw, leeftijd tot 30 (30 tot 50 jaar is de referentie), leeftijd 50 jaar of ouder, 1e generatie migratieachtergrond oftewel geboren in het buitenland, 2e generatie migratieachtergrond oftewel alleen de ouders zijn geboren in het buitenland, (geen migratieachtergrond is de referentie), laagopgeleid, hoogopgeleid, opleidingsniveau onbekend (middenopgeleid is de referentie) en de kenmerken van de baan van de persoon op 1 januari 2018 indien van toepassing: uitzendkracht, stagiair, sociale werkvoorziening, voltijd (deeltijd is de referentie), contract voor onbepaalde tijd (contract voor bepaalde tijd is de referentie), gesubsidieerde sector, Rijksoverheid, onderwijs, defensie/politie/rechterlijke macht, gemeenten/provincies/waterschappen (particuliere sector is de referentie).

---

<sup>36</sup> Hiervoor is de variabele SCDAARD gebruikt uit de SPOLIS-bestanden. Code 11 betreft uitzendkrachten. Hierbij is niet gekeken of er sprake is van een uitzendbeding.

---

$\varepsilon_i$  is de storingsterm.

Er zijn veel waarnemingen zonder of met heel laag verzuim. Daarom zijn de andere analyses uitgevoerd met generalized linear models (glm) met een gammaverdeling en de log-link-functie.

#### **Populatie die al in aanmerking komt voor een no-riskpolis**

Voor het bepalen wie al in aanmerking komt voor de no-riskpolis hebben we na afstemming met UWV de belangrijkste bronnen hiervoor gepakt. Dit zijn het doelgroepenregister, afgewezen WIA-aanvragen en WIA-, WAO- en WAZ-uitkeringen. Bij sommige grondslagen gelden aanvullende voorwaarden met betrekking tot het dienstverband. Om te bepalen of aan de aanvullende voorwaarden is voldaan hebben we de SPOLIS gebruikt voor de jaren 2013 t/m 2018.

De volgende groepen zijn meegenomen:

- a. Werknemers die in het doelgroepenregister zitten met als reden doelgroep banenafpraak, vso of pro gevolgd en/of kan alleen met een voorziening minimumloon verdienen en die na 1 januari 2015 in dienst zijn gekomen;
- b. Werknemers die direct voordat ze in dienst kwamen, werkten in een WSW-dienstverband of een WIW-baan of een WSW-indicatie hadden;
- c. Werknemers die ooit een Wajonguitkering kregen of de Wajong-aanvraag is afgewezen of de werknemer werkt op een beschutte werkplek;
- d. Werknemers met een afgewezen WIA-aanvraag die minder dan vijf jaar in dienst zijn;
- e. Werknemers die aan het begin van hun dienstverband een WIA-uitkering hadden en die minder dan vijf jaar in dienst zijn;
- f. Werknemers die bij het begin van hun dienstverband een WAO- of WAZ-uitkering hadden en die minder dan vijf jaar in dienst zijn.

---

## E. Lijst van respondenten

| Naam organisatie/functie                                    |
|---|
| <i>Oriënterende interviews</i>                              |
| Emma at Work  |
| Jongerenpanel Zorg én Perspectief (FNO)/JongPIT             |
| Landelijke Cliëntenraad                                     |
| MIND  |
| Patiëntenfederatie Nederland                                |
| UWV   |
|   |
| <i>Expertpanel</i>  |
| Arbeidsdeskundige (UWV)                                     |
| Arbeidsdeskundige (UWV)                                     |
| Arbeidsdeskundige (Thaeles)                                 |
| Bedrijfsarts (ArboUnie)                                     |
| Bedrijfsarts (Human Capital Care)                           |
| Verzekeringsarts (UWV)                                      |
| Verzekeringsarts (UWV)                                      |
| Verzekeringsarts (UWV)                                      |
| Adviseur Arbeidsdeskundige SMZ (UWV)                        |
| Jongerenpanel FNO/JongPIT                                   |
|   |
| <i>Werksessie (UWV)</i>                                     |
| Algemeen beleidsadviseur (SMZ)                              |
| Beleidsadviseur strategisch beleid                          |
| Beleidsadviseur/verzekeringsarts                            |
| Businessconsultant Uitkeren                                 |
|   |
| <i>Interviews medische experts</i>                          |
| Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)                      |
| Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde |
| Nederlandse Vereniging voor de Verzekeringsgeneeskunde      |

---

## F. Begeleidingscommissie

| Organisatie/functie                  | Naam              |
|--------------------------------------|-------------------|
| AWVN                                 | Jan Mathies       |
| FNV                                  | Gerard Veldhuis   |
| Landelijke Cliëntenraad (LCR)        | Peter van Leeuwen |
| Ministerie van SZW                   | Wynanda van Nord  |
| Patiëntenfederatie                   | Jeannette van Zee |
| UWV                                  | Carla van Deursen |
| UWV                                  | Henk Sebregts     |
| Vakcentrale voor Professionals (VCP) | Sacha Heemskerk   |
| VNO-NCW/MKB Nederland                | Anneloes Goossens |