



**Panteia**

Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM



**instituut gak**



# **Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers**

**Zicht op behoeftes, aanbod en beleidsopties**

*Onderzoeksrapport*

Auteurs: Oomkens, R., A. Drijvers, T. Grimmius & S. Rossetti (Panteia).  
In samenwerking met K. Proper, S. van Oostrom & S. Bas (RIVM).

Zoetermeer, februari 2021

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Panteia. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Panteia. Panteia aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

The responsibility for the contents of this report lies with Panteia. Quoting numbers or text in papers, essays and books is permitted only when the source is clearly mentioned. No part of this publication may be copied and/or published in any form or by any means, or stored in a retrieval system, without the prior written permission of Panteia. Panteia does not accept responsibility for printing errors and/or other imperfections.

# Inhoudsopgave

<b>Dankwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Aanleiding, vraagstelling en opzet van het onderzoek</b>	<b>6</b>
1.1 Aanleiding	6
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Conceptueel kader: <i>social risk management</i>	7
1.4 Onderzoeksopzet	7
1.5 Leeswijzer	9
<b>2 Conceptueel kader</b>	<b>11</b>
2.1 Definitie 'arbeidsgerelateerde zorg'	11
2.2 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers vanuit het perspectief van <i>social risk management</i>	11
<b>3 Landschap van arbozorg voor zzp'ers</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Reguliere zorg bij werkgerelateerde klachten: vooral curatief	18
3.3 Bedrijfsgezondheidszorg ter preventie en behandeling van werkgerelateerde klachten	18
3.4 Inkomensverzekeringen tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid: mogelijke toegangsweg tot curatieve en preventieve zorg	19
3.5 Preventief aanbod via andere kanalen	20
<b>4 Toegang tot en gebruik van arbozorg</b>	<b>22</b>
4.1 Inleiding	22
4.2 Onderzoeksmethode	22
4.3 Toegang tot preventieve arbozorg	23
4.4 Gebruik van curatieve arbozorg	26
4.5 Conclusie	27
<b>5 Blootstelling aan arbeidsrisico's en de gevolgen daarvan</b>	<b>29</b>
5.1 Inleiding	29
5.2 Methodologische verantwoording	29
5.3 Definiëren van arbeidsrisico's	29
5.4 Blootstelling aan arbeidsrisico's	30
5.5 Samenhang van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen beroepsziekten, verzuim en inzetbaarheid met risicoprofielen	33
5.6 Conclusie	36
<b>6 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers nu en in de toekomst – zzp'ers aan het woord</b>	<b>39</b>
6.1 Inleiding	39
6.2 Achtergrond van de geïnterviewde zzp'ers	39
6.3 Vignetten: werkgerelateerde gezondheidsrisico's en voorzorgsmaatregelen in theorie	39
6.4 Werkgerelateerde gezondheidsrisico's en voorzorgsmaatregelen in de praktijk	45



6.5	Koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering	47
6.6	Conclusies	51
<b>7</b>	<b>Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers nu en in de toekomst – stakeholders aan het woord</b>	<b>54</b>
7.1	Inleiding	54
7.2	Toegang tot arbeidsgerelateerde zorg	54
7.3	Private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en arbeids-gerelateerde zorg	56
7.4	Koppeling arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering	57
7.5	Uitvoering door UWV	60
7.6	Arbocentrum	61
7.7	(Overige) kanttekeningen bij haalbaarheid en uitvoerbaarheid van een publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers	62
7.8	Alternatieven voor een toegankelijker arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers	63
7.9	Conclusies	63
<b>8</b>	<b>Conclusie: adequate zorginfrastructuur zzp'ers ontbreekt en te weinig aandacht voor preventie</b>	<b>66</b>
8.1	Inleiding	66
8.2	Aanbod en gebruik van arbozorg onder zzp'ers	66
8.3	Behoefte aan arbozorg	72
8.4	Conclusie: adequate zorginfrastructuur zzp'ers ontbreekt en te weinig aandacht voor preventie	74
<b>9</b>	<b>Verkenning beleidsopties</b>	<b>77</b>
9.1	Inleiding	77
9.2	Overzicht mogelijke beleidsopties	78
9.3	Beleids optie 1: Verbeteren toegang tot arbozorg voor zelfstandigen via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen	79
9.4	Beleids optie 2: Verbeteren toegang arbozorg werkenden via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering met één regeling voor alle werkenden	85
9.5	Beleids optie 3: Verbeteren toegang tot arbozorg voor werkenden en werkzoekenden via ontschotting reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg	88
Bijlage 1	Geraadpleegde bronnen	90
Bijlage 2	Frequentieverdeling achtergrondkenmerken zzp'ers	92
Bijlage 3	Analyses bij hoofdstuk 4	95
Bijlage 4	Analyses bij hoofdstuk 5	100

## Dankwoord

We danken al onze gesprekspartners voor hun medewerking aan dit onderzoek. In het bijzonder is een woord van dank op zijn plaats voor alle zzp'ers die ons zo openhartig te woord hebben gestaan.

De begeleidingscommissie voor dit deel van het onderzoek bestond uit Marlo van den Kieboom (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, NVAB), Marjan van Noort en Irene van Hest (Expertise Centrum Zelfstandigen bij FNV), Harold Herbert (Verbond van Verzekeraars), Cosmas Blaauw (SharePeople), Frank Alfrink (ZZP Nederland), Margreet Drijvers (Platform Zelfstandige Ondernemers), Femke Abma (UMC Groningen), en Willem van Rhenen (Nyenrode). Ook hen danken wij van harte voor hun kritische blik en inzet om in dit onderzoek tot bruikbare resultaten te komen.

Uiteraard is een woord van dank op zijn plaats voor Instituut Gak, die dit onderzoek mogelijk heeft gemaakt door middel van een subsidie.



# 1 Aanleiding, vraagstelling en opzet van het onderzoek

## 1.1 Aanleiding

De inrichting van de arbeidsgelateerde zorg staat al gedurende een aantal jaren in de belangstelling van politiek en beleid. Naast de vraag of het bestaande – vooral op werknemers – gerichte stelsel adequaat is, zijn er zorgen over de beperkte toegankelijkheid van arbeidsgelateerde zorg voor grote groepen werkenden. In haar advies over de toekomstige inrichting van het stelsel van arbeidsgelateerde zorg constateert de SER (2014) dat voor de omvangrijke en groeiende groep van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) een structurele toegang tot arbeidsgelateerde zorg ontbreekt. Verder constateert de Raad onder meer de volgende knelpunten: onvoldoende samenwerking tussen de bedrijfsarts en de reguliere zorg, een tekortschietend vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts, het onvoldoende herkennen en melden van beroepsziekten, tekortschietende instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en onvoldoende aandacht voor preventie (SER, 2014).

Tegen deze achtergrond heeft Instituut Gak Panteia subsidie verstrekt voor het uitvoeren van een onderzoek naar de behoefte aan, en het gebruik van arbeidsgelateerde zorg onder zzp'ers en naar mogelijkheden de toegang tot deze zorg voor hen te verbeteren. Het onderzoek is primair gericht op zzp'ers; zelfstandigen zonder personeel. Dat wil echter niet zeggen dat de benoemde problemen uitsluitend gelden voor zzp'ers, in sommige gevallen gelden deze ook voor zelfstandigen mét personeel.

Gedurende de looptijd van het onderzoek hebben er op het gebied van het zzp-schap, arbeidsgelateerde zorg en inkomensverzekering bij arbeidsongeschiktheid verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden. In het Pensioenakkoord van 2020 is besloten een verplichte publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers in te voeren. In een voorstel voor de nadere uitwerking van dit besluit adviseert de Stichting van de Arbeid (maart 2020) de zorg voor de re-integratie van zzp'ers die vanwege gezondheidsproblemen zijn uitgevallen aan deze verzekering te koppelen. De Commissie Regulering van Werk pleitte in haar rapport (januari 2020) daarnaast juist voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor alle werkenden in plaats van één systeem voor werknemers en één systeem voor zzp'ers. Platform Toekomst van Arbeid (juni 2020) stelde een invulling hiervan voor waarbij alle werkenden verzekerd zijn van inkomen bij arbeidsongeschiktheid en toegang hebben tot preventie en re-integratie.

Eén van de mogelijkheden om de toegang tot arbeidsgelateerde zorg voor zzp'ers te verbeteren is dus het koppelen van de toegang aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering uit het Pensioenakkoord. Het ministerie van SZW gaf het RIVM opdracht onderzoek te doen naar een eventuele koppeling van arbeidsgelateerde zorg aan een voor zzp'ers verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Gezien de overlap tussen beide onderzoeken, hebben Panteia en RIVM – na consultatie van hun subsidie – respectievelijk opdrachtgever – besloten de handen ineen te slaan en beide onderzoeken op onderdelen te combineren.

## 1.2 Vraagstelling

De vraagstelling van het gezamenlijke onderzoek luidt als volgt:

1. Hoe ziet het huidige landschap van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers eruit?
2. Welke behoefte bestaat er vanuit het perspectief van zzp'ers zelf en vanuit maatschappelijk perspectief aan arbeidsgerelateerde zorg?
  - a. In hoeverre hebben verschillende groepen zzp'ers naar eigen zeggen toegang tot preventieve arbozorg via hun opdrachtgever en sector-/zzp-organisaties?
  - b. Hoe gaan verschillende groepen zzp'ers om met gezondheidsproblemen en welke maatregelen nemen zij?
  - c. Welke diensten (curatief en preventief) omtrent arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers ontbreken in het huidige aanbod waar zzp'ers wel behoefte aan hebben?
  - d. In welke mate worden verschillende groepen zzp'ers geconfronteerd met arbeidsrisico's?
  - e. Hoe verhouden de arbeidsrisico's waar zzp'ers mee geconfronteerd worden zich tot belangrijke individuele en maatschappelijke effecten, waaronder de gezondheid van zzp'ers, de mate van verzuim, de prevalentie van beroepsziekten en hun huidige en toekomstige inzetbaarheid?
3. Hoe problematisch is de (on)toegankelijkheid van arbeidsgerelateerde zorg in relatie tot de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van zzp'ers, gezien vanuit het maatschappelijk perspectief alsmede het perspectief van zzp'ers zelf?
4. Welke lessen kunnen worden geleerd om de toegankelijkheid en het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers te bevorderen?
  - a. Welke verklaringen bestaan er voor de beperkte toegang tot en gebruik van arbeidsgerelateerde zorg?
  - b. Welke factoren werken bevorderend dan wel belemmerend voor zzp'ers bij de toegang tot en het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg?
5. Welke beleidsopties voor de verbetering van (de toegang en het gebruik van) arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers zijn denkbaar?
  - a. Welke randvoorwaarden zijn vereist om een optie succesvol ten uitvoer te kunnen brengen?
  - b. Wat vraagt iedere beleidsoptie aan inspanningen van betrokken stakeholders?

## 1.3 Conceptueel kader: *social risk management*

Bij de opzet van het onderzoek en de vormgeving van onderzoeksinstrumenten (denk aan de vraagstelling in interviews) is gebruik gemaakt van de theorie van *social risk management* (SRM). Deze theorie stelt dat het nemen van risico's op macro- en microniveau een voorwaarde is voor de steeds meer gevraagde flexibiliteit van economieën, bedrijven en huishoudens. Daar moet tegenover staan dat degenen die zulke risico's nemen kunnen terugvallen op een indien mogelijk privaat en anders publiek vangnet. Het gaat erom dat de arbeidsmarkt institutioneel zo is ingericht dat mensen gedurende hun leven duurzaam inzetbaar zijn en kunnen schakelen tussen verschillende activiteiten, zoals het volgen van onderwijs/trainingen, werknemerschap, zelfstandig ondernemerschap, zorgtaken en (tijdelijke) werkloosheid. Doordat SRM inzichten uit de economie en psychologie samenbrengt, bieden elementen ervan een goede basis om het theoretisch kader van ons onderzoek op te enten.

## 1.4 Onderzoeksopzet

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruikgemaakt van de volgende onderzoeksmethoden:



- **Interviews en groepsgesprekken** met zzp'ers, zzp-organisaties en stakeholders. De gesprekken hebben plaatsgevonden in de maanden maart tot en met september 2020. Vanwege de coronamaatregelen hebben alle groepsgesprekken en interviews telefonisch of digitaal via een beeldgesprek plaatsgevonden. Tijdens de interviews en groepsgesprekken met zzp'ers en de interviews met zzp-organisaties hebben wij gesproken met:
  - 17 zzp'ers in individuele interviews
  - 9 zzp'ers in groepsgesprekken
  - ZZP Nederland – *tweemaal*
  - Platform Zelfstandige Ondernemers (PZO) – *tweemaal*
  - FNV Zelfstandigen – *tweemaal*
  - Zelfstandigen Bouw

Onder de in totaal 26 zzp'ers die hebben meegewerkt aan het onderzoek waren 18 vrouwen en 8 mannen. De variatie in het aantal jaren dat zij werkzaam zijn als zzp'er is groot: tussen de 1 en 30 jaar. Ook de beroepen van de geïnterviewde zzp'ers verschillen: 7 zzp'ers werken als coach, consultant of (communicatie-)adviseur, 6 werken in een niet-zorggerelateerd fysiek zwaar beroep (bouw, koerier, mode), 6 in de (alternatieve) zorg en 2 in de juridische sector. De overige 5 zzp'ers zijn interieurontwerper, manager, eventmanager, onderzoeker en eigenaar van een webshop. Twee zzp'ers werken naast hun werk als zzp'er ook in loondienst bij een werkgever.

In de interviews met stakeholders hebben wij gesproken met de volgende partijen:

- 5 huisartsen
- 5 arbodienstverleners
- 2 zelfstandige bedrijfsartsen
- 4 private verzekeraars
- Verbond van Verzekeraars – *tweemaal*
- OVAL
- NVAB – *tweemaal*
- Zelfstandige Bedrijfsartsen Genootschap
- AWWN
- Arbo Unie
- SharePeople
- Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde
- UWV- *tweemaal*

Bij de arbodienstverleners die hebben meegewerkt aan het onderzoek hebben we gesproken met medewerkers in verschillende functies waaronder een bedrijfsarts, een verpleegkundig specialist, een arbeidshygiënist, een arbeidsgeneeskundig specialist en een bedrijfsjurist. Arbodienstverlener Arbo Unie staat expliciet vermeld in de lijst met gesproken stakeholders omdat wij hen als lid van de begeleidingscommissie van dit onderzoek apart hebben geïnterviewd. De vragen die in dit gesprek zijn voorgelegd verschillen wezenlijk van de interviewvragen aan de andere arbodienstverleners. Onder de interviews met private verzekeraars bevond zich één duo-interview en hebben we eveneens gesproken met medewerkers in verschillende functies, waaronder een arbeidsdeskundige, een beleidsmedewerker, een beleidsadviseur, een kenniscoördinator en een vitaliteitsadviseur.

Sommige zzp-organisaties en stakeholders hebben we meerdere keren geïnterviewd in verschillende fases van het onderzoek. De interviewverslagen van de gesprekken met zzp-organisaties en stakeholders zijn ter correctie en accordering teruggelegd bij de betreffende personen.

- Drie '**Learning Labs**' waarin een aantal op de onderzoeksresultaten geënte beleidsopties om de toegang tot arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers te verbeteren ter discussie zijn voorgelegd aan stakeholders. Tijdens deze online Learning Labs zijn de beleidsopties



verder aangevuld en aangescherpt. Onder de deelnemende stakeholders waren PZO, SoloPartners, Zelfstandigen Bouw, FNV Zelfstandigen, ZZP Nederland, AWWN, SharePeople, Movir, Verbond van Verzekeraars en UWV. Daarnaast is er vanuit de Directie Werknemersregelingen SZW toegehoord in de Learning Labs. De Learning Labs zijn gehouden in november 2020.

- **Bronnenonderzoek.** Om zicht krijgen op het huidige arbozorglandschap voor zzp'ers zijn diverse rapporten, beleidsdocumenten en websites bestudeerd.
- **Statistische analyse** van secundaire data afkomstig uit de Zelfstandigen Enquête Arbeid 2017 (ZEA 2017) van CBS en TNO. Deze methode is uitvoerig beschreven in de hoofdstukken 4 en 5 van dit rapport.

## 1.5 Leeswijzer

Het vervolg van het rapport is als volgt opgebouwd.

- **Hoofdstuk 2** bevat het conceptueel kader van het onderzoek. Nadat we het begrip 'arbeidsgerelateerde zorg' hebben afgebakend, beschouwen we de vraagstelling van het onderzoek vanuit het perspectief van *social risk management* theorie.
- In **hoofdstuk 3** gaan wij in op het huidige aanbod van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers en beantwoorden wij *onderzoeksvraag 1*.
- In **hoofdstuk 4** onderzoeken we door statistische analyse van secundaire data de toegang tot en het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg onder zzp'ers en beantwoorden wij *onderzoeksvragen 2a en 2b*.
- In **hoofdstuk 5** identificeren we door statistische analyse van secundaire data de arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's waaraan zzp'ers blootstaan en beantwoorden we *onderzoeksvragen 2d en 2e*.
- In **hoofdstuk 6** laten we zzp'ers en zzp-organisaties aan het woord over door hen waargenomen arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's, de behoefte aan en het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg en de huidige en toekomstige toegankelijkheid van deze zorg en beantwoorden we *onderzoeksvragen 2c, 4a en 4b* vanuit het perspectief van zzp'ers.
- In **hoofdstuk 7** zijn stakeholders aan het woord over de in hoofdstuk 6 aan zzp'ers voorgelegde onderwerpen en beantwoorden we *onderzoeksvragen 2c, 4a en 4b* vanuit het perspectief van stakeholders.
- In **Hoofdstuk 8** gaan we nader in op de (on)toegankelijkheid van arbeidsgerelateerde zorg in relatie tot de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van zzp'ers en beantwoorden we *onderzoeksvraag 3*.
- In **Hoofdstuk 9** presenteren wij verschillende beleidsopties om de toegankelijkheid van arbozorg voor zzp'ers te vergroten en beantwoorden wij *onderzoeksvraag 5*.





## 2 Conceptueel kader

### 2.1 Definitie 'arbeidsgerelateerde zorg'

In het in hoofdstuk 1 aangehaalde advies *Betere zorg voor werkenden*, definieert de SER arbeidsgerelateerde zorg als:

*De zorg voor alle werkenden die is gericht op behoud, herstel en verbetering van de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden. Met werkenden worden [...] bedoeld: (flex)werknemers, maar ook zzp'ers en werkzoekenden. Daarbij gaat het niet alleen om de zorg die door bedrijfsartsen en arbodienstverleners wordt aangeboden, maar ook om de reguliere eerste- en tweede-/derdelijnszorg. (SER, 2014: 7).*



Bij het definiëren van 'arbeidsgerelateerde zorg' is het van belang expliciet onderscheid te maken tussen preventieve en curatieve zorg. De voor dit onderzoek aangepaste definitie van 'arbeidsgerelateerde zorg' is daarmee als volgt:

#### Definitie arbeidsgerelateerde zorg

##### Definitie arbeidsgerelateerde zorg

Arbeidsgerelateerde zorg wordt gedefinieerd als de zorg voor zzp'ers die is gericht op behoud, herstel en verbetering van de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van zzp'ers. Hierbij gaat het niet alleen om de zorg die door bedrijfsartsen en arbodienstverleners wordt aangeboden, maar ook om de reguliere eerste- en tweede-/derdelijnszorg (op basis van SER, 2014).

**Aanbod van arbeidsgerelateerde zorg** kan zowel preventief als curatief van aard zijn:

- **Preventief:** zorg is hier gericht op het voorkomen van beroepsziekten, blessures of klachten die het gevolg zijn van werk, de werkomstandigheden of leefstijl. Strikt genomen is een deel van arbeidsgerelateerde zorg geen zorgverlening, maar betreft het voorlichting, risico-inventarisatie of keuring.
- **Curatief:** er is reeds sprake van klachten. Arbeidsgerelateerde zorg betekent hier begeleiding bij kortdurend en langdurend verzuim gericht op re-integratie in het eigen werk dan wel re-integratie in werk dat past bij de fysieke en mentale belastbaarheid van de uitgevallene (dit kan zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> spoor betreffen).

### 2.2 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers vanuit het perspectief van *social risk management*

#### 2.2.1 Economische ontwikkeling vraagt om het nemen van en bescherming tegen risico's

*Social risk management* (SRM) is een conceptueel raamwerk dat is ontwikkeld door de Wereldbank (Holzmann & Jørgensen, 2000) voor de bevordering van de economische ontwikkeling van vooral Derde Wereldlanden. Bij Schmid (2006b) is SRM onderdeel van zijn theorie van Transitional Labour Markets (TLM). Kort gezegd gaat het erom dat de arbeidsmarkt institutioneel zo is ingericht dat mensen gedurende hun leven duurzaam inzetbaar zijn en kunnen schakelen tussen verschillende activiteiten, zoals het volgen van onderwijs/trainingen, werknemerschap, zelfstandig ondernemerschap, zorgtaken en (tijdelijke) werkloosheid. SRM moet niet alleen leiden tot een betere bescherming tegen (de hieraan verbonden) risico's. Het moet juist ook het nemen van (verantwoorde) risico's bevorderen. Dit omdat het nemen van risico's een belangrijke motor is voor economische ontwikkeling op zowel micro- als macroniveau en een



voorwaarde is voor de steeds meer gevraagde flexibiliteit van economieën, bedrijven en huishoudens. Schmid (2006b) ziet de stap van werknemer- naar zzp-schap als een voorbeeld van het nemen van zo'n risico. Vanuit het perspectief van TLM zouden degenen die dit risico nemen, moeten kunnen terugvallen op bijvoorbeeld een werkloosheidsuitkering. Doordat SRM inzichten uit de economie en psychologie samenbrengt, bieden elementen ervan een goede basis om het theoretisch kader van ons onderzoek op te enten.

### 2.2.2 Risico's & risicostrategieën

#### Risico's

Onder een risico verstaan we de kans op een gebeurtenis die schadelijke/nadelige gevolgen heeft. In onderhavig onderzoek gaat het om arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's. Deze zijn van tweeërlei aard. In de eerste plaats gaat het om gebeurtenissen – bijvoorbeeld ziekte of een ongeval – die niet het gevolg zijn van het werk maar wel nadelige consequenties hebben voor de inzetbaarheid op het werk (kort/langdurend ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid). In de tweede plaats gaat het om gebeurtenissen op het werk met dito gevolgen. In dit geval valt te denken aan beroepsziekten, arbeidsongevallen en overspannenheid als gevolg van het werk. Deze gebeurtenissen hebben als direct gevolg dat ze iemands gezondheid aantasten (gezondheidsschade) en als mogelijk indirect gevolg dat ze daardoor het arbeidsvermogen en de 'verdien capaciteit' ondergraven of zelfs wegnemen (gevolgschade).

#### Risicostrategieën

SRM onderscheidt drie mogelijke strategieën om risico's het hoofd te bieden: preventie (*prevention*), mitigatie (*mitigation*) en het omgaan/leven met de gevolgen van een schadelijke gebeurtenis (*coping*) (Holzmann & Jørgensen, 2000; Schmid, 2006b). Preventie en mitigatie zijn proactief (*ex ante*), coping is reactief (*ex post*).

- **Preventie** behelst het nemen van maatregelen om te voorkomen of de kans te verkleinen dat een risico zich daadwerkelijk manifesteert in een schadelijke gebeurtenis. In het geval van arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's valt in de eerste plaats te denken aan gedrag dat bevorderlijk is voor de gezondheid in algemene zin. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een gezonde levensstijl (sport en beweging, ontspanning, niet roken, een gezond dieet etc.), het raadplegen van een (gezondheids)coach en het doen van gezondheidschecks.

Het belang van dergelijke preventieve gezondheidsmaatregelen blijkt eruit dat zorgverzekeraars – die de publieke zorgverzekering uitvoeren – hun verzekeringsnemers stimuleren gezond(er) te leven en vaak bijdragen in de kosten van gezondheidsbevorderende maatregelen. Ook werkgevers dragen dikwijls bij aan de kosten die hun werknemers maken voor een abonnement op de sportschool. In de tweede plaats gaat het bij arbeidsgerelateerde gezondheidsrisico's om het zoveel mogelijk voorkomen van ziekten als gevolg van het werk en van ongevallen op het werk. Zoals beschreven in hoofdstuk 3, is een werkgever volgens de Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) verplicht om alle maatregelen te treffen die nodig zijn om ziekte als gevolg van ongevallen op het werk (zoveel mogelijk) te voorkomen. Werknemers dienen de getroffen maatregelen op te volgen. Sommige verplichtingen van de Arbowet gelden ook voor zzp'ers, hoofdzakelijk de Arboregels omtrent gevaarlijk werk. Zzp'ers moeten zelf voor hun veiligheid zorgen door te investeren in en gebruik te maken van veiligheidsvoorzieningen zoals beschermende werkkleding, veilig gereedschap en werktuigen, veiligheidsmateriaal en – bij bureauwerk – een ergonomisch verantwoorde werkplek. Werknemers kunnen zo nodig preventief op kosten van hun werkgever een bedrijfsarts raadplegen. Deze voorziening is onderdeel van het contract dat hun werkgever met een Arbodienst heeft

afgesloten. Als zzp'ers preventief een bedrijfsarts zouden willen raadplegen, dan moeten ze dit zelf regelen en betalen.

- **Mitigatie** is het vooraf nemen van maatregelen om de gevolgen van een zich voordoende schadelijke gebeurtenis te herstellen of te beperken. Een voorbeeld bij uitstap van een mitigerende maatregel is het afsluiten van een verzekering. Voor wat betreft het (zoveel mogelijk) wegnemen van de gezondheidsschade door medische behandeling en medische hulpmiddelen binnen de reguliere zorg, kunnen zowel werknemers als zzp'ers terugvallen op de verplichte publieke zorgverzekering. Werknemers die als gevolg van gezondheidsproblemen niet of verminderd inzetbaar zijn, zijn daarnaast via hun werkgever verzekerd van arbozorg die erop is gericht dat ze zoveel mogelijk re-integreren. Zzp'ers moeten deze arbozorg veelal zelf regelen en betalen.

Zzp'ers zijn – behoudens een aantal uitzonderingssituaties – niet zoals werknemers (Ziektewet en WIA) publiek verzekerd tegen de inkomensschade ten gevolge van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Voor hen bestaat wel de mogelijkheid zich privaats te verzekeren tegen inkomensderving als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Een ander voorbeeld van een mitigerende maatregel tegen inkomensderving als gevolg van ziekte is het opzij zetten van financiële reserves in de vorm van vermogen en spaargeld. Ook kan het aan het zzp-schap verbonden risico van onverzekerde inkomensderving binnen een huishouden bewust worden gedeeld met een verdienende partner.

- Bij het **omgaan met een ziekte of ongeval** gaat het in het kader van dit onderzoek vooral om de inkomensgevolgen. Voor de medische behandeling van ziekte en de gevolgen van een ongeval zijn zowel zzp'ers als werknemers verzekerd op grond van de publieke zorgverzekering. Inkomensgevolgen van een ziekte of ongeval kunnen bijvoorbeeld worden opgevangen door het aanspreken van spaartegoeden, door een partnerinkomen en door een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ook kan een zzp'er omzien naar een beroep dat hij nog wel kan uitoefenen en zich daarvoor zo nodig laten (bij)scholen. Een andere coping-reactie is het verminderen van de uitgaven door het verlagen van de consumptie, kortweg het aanhalen van de broekriem. Wanneer er binnen een zzp-huishouden onvoldoende coping-mogelijkheden zijn om te voorzien in een inkomen op bijstandsniveau, kan het huishouden terugvallen op het uit de belastingen gefinancierde vangnet van de bijstand.

Om de kans op (arbeidsgerelateerde) ziekte en ongevallen en de gevolgen daarvan te minimaliseren zijn vooral preventieve en mitigerende maatregelen van belang. Voor werknemers zijn belangrijke maatregelen collectief – hetzij via hun werkgever, hetzij via publieke verzekeringen – getroffen. Voor zzp'ers echter is dit niet of veel minder het geval. Zij zullen deze maatregelen vaak zelf moeten nemen en bekostigen. Hierbij doet zich volgens SRM het probleem van 'kortzichtige risicoperceptie' voor.

### 2.2.3 Kortzichtige (myopische) risicoperceptie

De beoordeling van in de toekomst gelegen risico's en de afweging daarvoor al dan geen preventieve of mitigerende maatregelen tegen te nemen, verloopt niet rationeel maar intuïtief (Kahnemann, 2003). Hiervoor is een aantal oorzaken (Schmid, 2006a, 2006b):

- Mensen zien keuzen in termen van verlies/kosten en winst/opbrengst en zijn geneigd verliezen te vermijden. Ze zijn geneigd de kosten van een keuze hoger in te schatten dan de opbrengsten ervan en proberen verliezen te voorkomen. Bij financieel minder draagkrachtige mensen, wordt dit risicomijdend gedrag versterkt door een gebrek aan financiële middelen.
- Wanneer de keuze is tussen zekere en onzekere opbrengsten, dan kiezen de meeste mensen voor de zekere opbrengsten, ook al zijn de onzekere opbrengsten in potentie groter dan de zekere. Bij een keuze tussen zekere en onzekere verliezen, is de neiging te kiezen voor de onzekere verliezen.



- Bij het maken van keuzen wegen tot dan toe opgedane ervaringen zwaarder dan mogelijke gebeurtenissen in de toekomst.
- Mensen zijn geneigd kleine risico's in het heden of de nabije toekomst te overschatten en grotere risico's in de wat verdere toekomst te onderschatten.

*Mensen zijn eerder geneigd een annuleringsverzekering af te sluiten voor een geplande reis dan zich te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid (naar Schmid, 2006a, 2006b)*



Op grond van deze inzichten is te verwachten dat zzp'ers de risico's van een toekomstige ziekte of arbeidsongeval en de mogelijke gevolgschade daarvan voor hun inkomen (te) laag inschatten. Immers: tot nu toe is het altijd goed gegaan en wie zegt dat ze ooit profijt hebben van investeringen in preventieve en mitigerende maatregelen. Vooral voor financieel minder draagkrachtige zzp'ers zullen de al dan niet vermeende kosten van een maatregel een rol spelen. Het – in theoretische zin – kortzichtige gedrag van zzp'ers in deze wordt nog versterkt doordat de markt voor arbeidsgerelateerde zorg relatief nieuw en complex is (Sax et al., 2018) en het voor veel zzp'ers moeilijk is hierin hun weg te vinden en weloverwogen keuzen te maken (Van der Kemp & van der Zeijden, 2014).

Denkend vanuit de oorzaken van kortzichtige risicobeoordeling, zou deze kunnen worden tegengegaan door onder meer:

- voorlichting: het (beter) bewust maken van zzp'ers van de risico's die hen boven het hoofd hangen en de mogelijkheden hiertegen maatregelen te nemen
- het bieden van toegankelijke preventieve en mitigerende voorzieningen die zzp'ers in staat stellen hun risico's tegen een redelijke prijs af te dekken
- een wettelijke verplichting bepaalde voorzieningen te treffen of eraan deel te nemen.

#### 2.2.4 Verzekeringen

Een belangrijk voorbeeld van een mitigerende maatregel is het afsluiten van een verzekering. Zzp'ers kunnen zich op de private markt verzekeren tegen inkomensverlies als gevolg van arbeidsongeschiktheid. Tegen inkomensverlies als gevolg van andere oorzaken kan een zzp'er zich niet verzekeren. Hiertegen moet hij andere maatregelen treffen, zoals het opbouwen van een financiële buffer in de vorm van spaartegoeden of vermogen, nevenwerkzaamheden in loondienst en/of een partnerinkomen dat het wegvallen van het ondernemersinkomen kan opvangen (Grimmius et al. 2020).

Volgens SRM spelen bij verzekeringen mogelijk een aantal versturende factoren van economische aard. In de eerste plaats kan sprake zijn van *moreel wangedrag (moral hazard)*, dat wil zeggen dat een verzekerde zich, omdat hij zich verzekerd weet, risicovoller gedraagt dan wanneer hij zich niet zou hebben verzekerd. Te denken valt bijvoorbeeld aan een zzp'er die minder preventieve maatregelen neemt omdat hij verzekerd is. Moreel wangedrag heeft een premie-opdrijvend effect. Verzekeraars kunnen prikkels inbouwen om ongewenst gedrag te voorkomen. Zo hebben arbeidsongeschiktheidsverzekeringen een eigen risicoperiode van doorgaans zes maanden tot twee jaar. Een andere prikkel, vaak toegepast bij autoverzekeringen, is een no-claimkorting op de premie. Ook kan een verzekeraar via de voorwaarden, bijvoorbeeld het uitsluiten van schade als gevolg van onverantwoord gedrag, moreel wangedrag tegengaan.

Een andere versturende factor is *adverse selectie (adverse selection)*. Voor de betaalbaarheid van de verzekeringspremies is het van belang dat zowel mensen met hoge ('slechte') als met

lage ('goede') risico's zich verzekeren. Het is echter mogelijk dat mensen met lage risico's ervan afzien zich te verzekeren, omdat ze de premies van degenen met hoge risico's 'subsidiëren'. Gevolg is dat de premies sterk oplopen. Om adverse selectie tegen te gaan, hanteren aanbieders van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen dikwijls hogere premies voor slechte risico's, verzekeren ze deze tegen aanvullende voorwaarden of sluiten ze dergelijke risico's of aspirant verzekeringnemers uit.

Een derde mogelijk versturende factor is dat risico's *niet 'random'* zijn maar met elkaar en/of met kenmerken van (aspirant) verzekeringnemers samenhangen. Om een risico te kunnen verzekeren is het van belang dat de kans dat dit risico zich voordoet in principe voor iedere verzekerde gelijk is. Bij het risico op ziekte en ongevallen onder zzp'ers is dit niet het geval. Immers, oudere zzp'ers en zzp'ers in zware en gevaarlijke beroepen lopen een hoger risico op ongevallen en gezondheidsschade dan jongere zzp'ers en zzp'ers met bijvoorbeeld een kantoorbaan. Ook dit leidt tot hogere premies, leeftijdsafhankelijke premies, aanvullende voorwaarden en/of uitsluitingen (Rossetti & Heeger, 2019).

### 2.2.5 Individuele of collectieve verantwoordelijkheid?

Uit het voorafgaande volgt dat er zowel sociaalpsychologische als economische imperfecties zijn die tot gevolg hebben dat zzp'ers geen of onvoldoende preventieve of mitigerende maatregelen (kunnen) nemen. Dit brengt ons ten slotte op de belangrijke vraag wie verantwoordelijk is voor het nemen van maatregelen tegen risico's. Is dat het individu, de markt of de overheid? SRM kent – in tegenstelling tot vrije markt-economen en liberale denkers – een belangrijke rol toe aan de overheid:

*"In principle there is an important role for government in helping to establish, regulate and supervise risk instruments where markets are bound to fail (Holzmann & Jørgensen, 2000).*



Voortbouwend op de sociale rechtsvaardigheidstheorie van Rawls en Dworkin, komt Schmid (2006b; Rossetti & Heeger, 2019) tot de conclusie dat het antwoord op de vraag wie verantwoordelijk is voor het nemen van maatregelen tegen risico's afhangt van het antwoord op twee vragen:

- is het risico het gevolg van een individuele keuze of van externe oorzaken?
- is een individu (al dan niet in samenwerking met anderen) in staat een risico het hoofd te bieden of overstijgt dit zijn mogelijkheden?

Wanneer de beheersing van een risico binnen de mogelijkheden van een individu of samenwerkende individuen ligt, dan ligt de verantwoordelijkheid voor het nemen van maatregelen tegen risico's bij hen, ook wanneer het risico het gevolg is van externe omstandigheden. Als echter de beheersing van een risico het vermogen van een individu of samenwerkende individuen te boven gaat dan ligt de verantwoordelijkheid bij de samenleving als geheel en dus bij de overheid. Dit geldt ook als een risico het gevolg is van een individuele keuze. In dat geval behoort een individu te kunnen terugvallen op bijvoorbeeld een sociaal vangnet dat een minimum inkomen garandeert. Schmid (2006b) spreekt in dit verband van 'solidariteit'. Wanneer sprake is van een combinatie van externe oorzaken van een risico en individueel onvermogen deze te dragen dan is in de terminologie van Schmid sprake van 'collectieve solidariteit'. Hieronder vallen bijvoorbeeld een collectieve ziektekostenverzekering en werkloosheidsverzekering waaraan iedereen (in de doelgroep) verplicht deelneemt. Verplichte deelname voorkomt adverse selectie en heeft een premie-dempend effect.

In de Nederlandse discussie over de vraag of zzp'ers al dan niet zelf verantwoordelijk zijn voor de risico's die zijn verbonden aan het zzp-schap, wordt er enerzijds vaak op



gewezen dat ze vrijwillig voor het ondernemerschap hebben gekozen en dus de risico's daarvan zelf moeten dragen. Anderzijds wordt aangevoerd dat zzp'ers – vooral degenen met lage tarieven/inkomsten – lang niet altijd vrijwillig hebben gekozen voor het zzp-schap maar daartoe door economische ontwikkelingen zijn gedwongen. In dat geval zouden ze volgens SRM recht hebben op collectieve solidariteit. Vanuit het meer algemene perspectief van de aan het begin van de paragraaf geïntroduceerde TLM-theorie van duurzame inzetbaarheid in een flexibele economie, zou collectieve solidariteit op alle werkenden en, sterker nog, op iedereen van toepassing moeten zijn. Dit, om de vereiste flexibele overgang van de ene naar de andere positie op de arbeidsmarkt (loondienst, ondernemerschap, training/onderwijs, (tijdelijke) niet beschikbaarheid vanwege bijvoorbeeld zorgtaken of ziekte en (tijdelijke) werkloosheid) mogelijk te maken en om het 'ondernemerschap' van werkenden te stimuleren.

In het volgende hoofdstuk schetsen we het *huidige* arbozorglandschap voor zzp'ers.



## 3 Landschap van arbozorg voor zzp'ers

### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk schetst een beeld van het huidige 'landschap' van arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 1). Hierbij wordt ingegaan op de vraag in hoeverre dit aanbod varieert naar sector en/of groepen zzp'ers. Indien mogelijk wordt tevens aangegeven welke kosten en/of voorwaarden aan het betreffende aanbod verbonden zijn. De beschrijving van het aanbod wordt geïllustreerd met aansprekende voorbeelden. In dit hoofdstuk wordt eveneens beschreven op welke zogenoemde risicomanagementstrategieën het huidige aanbod is gebaseerd (preventie of re-integratie) en laat zien of, en hoe, wordt ingespeeld op kortzichtig gedrag en begrensde rationaliteit van mensen.

Voor werkenden met een dienstverband is het aanbod en de omvang van arbeidsgerelateerde zorg wettelijk vastgelegd in de Arbowet<sup>1</sup> en de Wet verbetering poortwachter. Werkgevers zijn verplicht hun werknemers toegang tot arbeidsgerelateerde zorg te geven en veilige en gezonde werkomstandigheden te bieden.

Voor bepaalde arbeidsrisico's gelden voor zzp'ers dezelfde verplichtingen uit de Arbowet als voor werkgevers en werknemers. Het gaat hierbij om alle maatregelen gericht op het voorkomen of beperken van zogenoemde ernstige arbeidsrisico's. Deze maatregelen gaan bijvoorbeeld over het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, machineveiligheid of het werken op hoogte of met gevaarlijke stoffen. De gehele Arbowet is van toepassing op, en voor zzp'ers als ze onder gezag van een opdrachtgever/hoofdaannemer of met werknemers op één en dezelfde arbeidsplaats werken. Ook zijn zzp'ers gehouden aan verplichtingen die zijn gericht op het voorkomen van gevaar voor anderen (Inspectie SZW, 2012).

De verplichtingen van de Arbowet zijn ter preventie en er bestaan verschillende initiatieven om zzp'ers informatie te verschaffen over deze verplichtingen en hoe zij deze moeten toepassen.<sup>2</sup> Deze initiatieven worden in het voorliggende onderzoek buiten beschouwing gelaten wanneer gesproken wordt over arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers. Los van de wettelijke verplichtingen zijn zzp'ers zelf verantwoordelijk voor het organiseren van arbeidsgerelateerde zorg. Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers kan worden geboden vanuit de reguliere zorg of vanuit de bedrijfsgezondheidszorg. Zzp'ers kunnen ervoor kiezen hun inkomen te verzekeren tegen ziekte of arbeidsongeschiktheid. Arbeidsgerelateerde zorg is dikwijls onderdeel van een dergelijke verzekering.

---

<sup>1</sup> Onder de Arbowet vallen de Arbeidsomstandighedenwet, het Arbeidsomstandighedenbesluit en de Arbeidsomstandighedenregeling

<sup>2</sup> Bijvoorbeeld [www.zzpveiligwerken.nl](http://www.zzpveiligwerken.nl), een informatief initiatief van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en enkele zzp-organisaties.



## 3.2 Reguliere zorg bij werkgerelateerde klachten: vooral curatief

Evenals alle andere Nederlanders, kunnen zzp'ers bij voordoende gezondheidsproblemen gebruikmaken van de reguliere gezondheidszorg die wordt gefinancierd uit een collectieve publieke ziektekostenverzekering.

### 3.2.1 De huisarts

Zzp'ers kunnen met (werkgerelateerde) klachten naar de huisarts gaan. Een huisarts is in eerste instantie niet gericht op de rol van werk bij de gezondheidsklacht. De zzp'er zal dus veelal zelf moeten aangeven of het werk mogelijk verband houdt met het ontstaan van de gezondheidsklacht of als deze het werk belemmert. De huisarts kan doorverwijzen naar specialistische zorg als dat nodig is. Een bezoek aan de huisarts wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Het zorgaanbod van de huisarts en – gezien diens belangrijke doorverwijsfunctie – van de gehele reguliere zorg is vooral curatief van aard.

### 3.2.2 Andere eerstelijnszorg

Bij lichamelijke klachten kunnen zzp'ers zonder verwijzing van de huisarts een fysiotherapeut of manueel therapeut bezoeken. Bij psychische klachten kunnen ze meestal eveneens zonder verwijzing een psycholoog bezoeken. Dit moet een zzp'er dan wel op eigen initiatief en kosten doen tenzij zij een aanvullende zorgverzekering hebben afgesloten die deze zorg vergoedt. Voor een eerstelijns psycholoog is in sommige gevallen een verwijzing van een huisarts nodig en een behandeling wordt niet altijd vergoed door de zorgverzekeraar.

*Er bestaan verschillende pilotprojecten waarbij **bedrijfsartsen** en **arbeidsdeskundigen spreekuur** houden **in huisartsenpraktijken**. Binnen de pilotprojecten kunnen huisartsen daardoor zowel zzp'ers als werknemers, direct doorverwijzen op het moment dat werk gerelateerd is aan de gezondheidsklacht van de patiënt.*

### 3.2.3 Tweedelijnszorg

Zzp'ers kunnen, indien zij zijn doorverwezen door een huisarts, ook gebruikmaken van tweedelijnszorg wanneer zij werkgerelateerde klachten hebben. Ook de tweedelijnszorg is in eerste instantie niet gericht op de rol van werk bij de gezondheidsklacht of de gevolgen van een klacht op de mogelijkheid om te werken. Ook daar moet de zzp'er dus zelf aangeven of werk verband houdt met het ontstaan van de gezondheidsklacht of als deze het werken belemmert. Bezoek aan een specialist in de tweedelijnszorg wordt ook vergoed door de zorgverzekeraar na het wettelijk verplichte eigen risico van 385 euro.

*Een voorbeeld van regulier tweedelijnsaanbod waarbij de factor arbeid centraal staat is de **Polikliniek Mens en Arbeid** van het **Amsterdam UMC**, een voorziening voor mensen met complexe arbeidsgerelateerde problemen. Men kan bij de polikliniek terecht wanneer er specifieke diagnostiek verricht moet worden om de relatie met het werk vast te kunnen stellen of wanneer vragen over de gevolgen van een aandoening voor het werk ingewikkeld zijn en een specifieke aanpak vergen. Met een verwijzing van een huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts of verzekeringsarts kunnen ook zzp'ers terecht bij de Polikliniek Mens en Arbeid.*

## 3.3 Bedrijfsgezondheidszorg ter preventie en behandeling van werkgerelateerde klachten

Op eigen initiatief kunnen zzp'ers een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige consulteren ter preventie of wanneer er al sprake is van werkgerelateerde klachten. Niet alle

arbodienstverleners en zelfstandig bedrijfsartsen bieden hun diensten ook aan zzp'ers aan maar er is zeker aanbod. In tegenstelling tot werkgevers die een basiscontract met een bedrijfsarts of arbodienstverlener moeten afsluiten, betalen zzp'ers naar gebruik en sluiten zij geen 'abonnement' af. In sommige gevallen vergoedt een zorgverzekeraar dit. Er zijn geen voorwaarden verbonden aan het gebruik van deze diensten.

*Het Zelfstandige Bedrijfsartsen Genootschap biedt haar diensten ook aan zzp'ers aan. Tegen betaling van het uurtarief kunnen zzp'ers medisch advies van een bedrijfsarts krijgen. Het **ZZP Zorgloket** is een initiatief van Expereans BV, een expertisecentrum op het gebied van verzuim, re-integratie en arbodienstverlening. Zij bieden allround arbozorg aan zzp'ers via het ZZP Zorgloket.*

### 3.4 Inkomensverzekeringen tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid: mogelijke toegangsweg tot curatieve en preventieve zorg

#### 3.4.1 Schenkkring

Het is mogelijk voor zzp'ers om zich aan te sluiten bij een schenkkring en daarmee hun inkomen te verzekeren bij ziekte, doorgaans tot een periode van 2 jaar. De meest bekende vorm van een schenkkring is het broodfonds. In een schenkkring delen ondernemers gezamenlijk het risico op ziekte. Leden van de schenkkring betalen geen premie maar sparen een vast bedrag per maand. Dit geld blijft van de betreffende deelnemer. Wanneer een aangesloten ondernemer in de schenkkring ziek wordt, ontvangt hij schenkingen van andere deelnemers, die dit betalen uit het bedrag dat zij maandelijks apart zetten, tot een bepaald bedrag. Meestal is het mogelijk om te kiezen welk bedrag je wil ontvangen in het geval van ziekte. Afhankelijk van het gekozen bedrag is het geldbedrag dat je maandelijks spaart hoger of lager. Wanneer een deelnemer besluit de schenkkring te verlaten neemt hij het bedrag dat hij heeft gespaard weer mee.

*Er bestaan ook schenkkringen die een contract hebben afgesloten met een arbodienstverlener, dit wordt ook wel crowdsurance genoemd. Crowdsurance verschilt van een broodfonds omdat daar geen sprake is van een objectief medisch oordeel wanneer een deelnemer ziek wordt. Bij crowdsurance is dit wel het geval. Er zijn twee platforms die deze dienst aanbieden: **SamSamkring** en **SharePeople**. Er zijn verschillende afgeleiden van deze twee platforms, eigen kringen, voor zzp'ers in verschillende beroepsgroepen zoals de bouw en de zorg.*

#### 3.4.2 Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Zzp'ers kunnen zich particulier verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid bij particuliere verzekeraars. Hiermee verzekeren ze hun inkomen voor het geval zij langdurig niet meer in staat zijn om hun beroep uit te oefenen. Het inkomen is niet verzekerd bij kortdurende ziekte of kortdurende tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Er is een groot en divers aanbod aan arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Er zijn doorgaans toelatingscriteria verbonden aan deze verzekeringen wat betreft leeftijd en gezondheid. Ook beroepsrisico's kunnen hierbij een rol spelen. Hoe hoger het risico dat iemand uitvalt, hoe hoger de verzekeringspremie. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen hebben een wachttijd voordat er uitgekeerd wordt. Verzekerden kunnen meestal zelf kiezen hoelang de wachttijd wordt, hoe korter de wachttijd hoe hoger de premie. De wachttijd moeten zzp'ers zelf overbruggen met eigen financiële middelen.



Hoewel private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen primair een door arbeidsongeschiktheid weggevallen inkomen verzekeren, bieden ze dikwijls op re-integratie gerichte arbeidsgerelateerde zorg. Steeds vaker wordt als onderdeel van de verzekering ook preventieve zorg aangeboden (zie ook hoofdstuk 7).

*Een voorbeeld van een arbeidsongeschiktheidsverzekering met aandacht voor arbeidsgerelateerde zorg is de **Langer mee AOV** van de Amersfoortse. Deze verzekering richt zich specifiek op zzp'ers in zware beroepen en verzekert hen tot hun AOW gerechtigde leeftijd. De verzekeraar zet actief in op preventie van arbeidsongeschiktheid en biedt daarom binnen de verzekering minimaal één coachingsgesprek met een arbeidsdeskundige per drie jaar, mogelijkheden tot omscholing en wanneer nodig worden er bijvoorbeeld werkplekaanpassingen gedaan of maatwerkondersteuning ingezet.*

### 3.4.3 Vrijwillige deelname Ziektewet en WIA

Vrijwillige deelname aan verzekeringen voor de *Ziektewet* en *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* is ook een mogelijkheid voor zzp'ers die vanuit loondienst voor zichzelf beginnen. Zzp'ers die deelnemen aan deze verzekeringen hebben toegang tot de dienstverlening van het UWV op het moment dat zij ziek worden. Dit verloopt volgens dezelfde regels en voorwaarden als die gelden voor werknemers zonder werkgever: uitzendkrachten met een uitzendbeding, oproep- en invalkrachten, werknemers die ziek uit dienst gaan of ziek worden binnen vier weken dat hun dienstverband is geëindigd, werknemers met een fictief dienstverband en mensen met een WW-uitkering die ziek worden.

Er zijn geen voorwaarden wat betreft leeftijd en gezondheid verbonden aan de vrijwillige verzekeringen. Wel moet de zzp'er het jaar voordat hij als zelfstandige begint verplicht voor ziekte en arbeidsongeschiktheid verzekerd zijn geweest via een werkgever en moet hij zich aanmelden binnen 13 weken nadat de verplichte werknemersverzekering via werk of uitkering is gestopt. De premiekosten zijn voor de *Ziektewet* het dagloon (maximaal 219 euro) x 8,25% x het aantal werkdagen in de maand en voor de WIA het dagloon (maximaal 219 euro) x 7,53% x het aantal werkdagen in de maand.

## 3.5 Preventief aanbod via andere kanalen

### 3.5.1 Informatie over gezond en veilig werken via Arboportaal, branche- en beroepsorganisaties

Gezond en veilig werken is een belangrijk onderdeel van preventie. Zoals gezegd zijn zzp'ers in bepaalde situaties gehouden aan de op gezond en veilig werken gerichte voorschriften van de *Arbowet*. Voor algemene informatie en richtlijnen over gezond en veilig werken en de *Arbowet* kunnen zzp'ers terecht op het [Arboportaal](#). Daarnaast zijn er ook belangenorganisaties voor zzp'ers die informatie verschaffen over gezond en veilig werken, dit is soms sector- of beroepsspecifieke informatie. Voor

beroeps- of sectorspecifieke adviezen over gezond en veilig werken kunnen zzp'ers terecht op de website van hun branche- of beroepsvereniging.

**Techniek Nederland** houdt leden via zzp circulaires bijvoorbeeld op de hoogte van wijzigingen in wet- en regelgeving en zaken die van invloed (kunnen) zijn op de bedrijfsvoering, waaronder gezond en veilig werken.

**Het Brancheplatform Kappers** heeft een campagne opgezet over gezond en veilig werken in de kappersbranche, op de webpagina van de campagne is ook een [Arbocatalogus zzp'ers](#) te vinden.

**FNV Zelfstandigen** heeft bijvoorbeeld voor zzp'ers in de bouw een [informatieve webpagina](#) over veilig en gezond werken als zzp'er in de bouw.

### 3.5.2 Zorgverzekeringen voor zzp'ers

Zzp'ers hebben toegang tot de reguliere zorg via de zorgverzekering en kunnen zich aanvullend verzekeren als zij dat willen. Er is vanuit zorgverzekeraars ook aanbod dat zich specifiek op zzp'ers richt. In de eerste plaats kunnen zij bij sommige zorgverzekeraars korting krijgen als zzp'er met een KvK-nummer of als lid van een zzp-collectief. In de tweede plaats zijn er zorgverzekeringen die zzp'ers met een KvK-nummer of die lid zijn van een zzp-collectief voor een gelijkblijvende premie verzekeren voor extra zorg. Deze extra zorg heeft vaak als uitgangspunt dat een zzp'er bij ziekte ook geen inkomen heeft en daarom meer behoefte heeft aan toegang tot preventieve zorg. Het aanbod per verzekering varieert maar omvat onder andere:

- Extra vergoedingen voor fysiotherapie;
- Extra vergoedingen voor mentale gezondheid;
- Een jaarlijkse algehele gezondheidscheck;
- Extra vergoedingen voor gezonde leefstijl waaronder sportmedisch advies, begeleid afvallen, stoppen met roken et cetera;
- Een adviesconsult per jaar bij een bedrijfsarts van ArboNed.

*CZ biedt bijvoorbeeld een **ZZP Zorgverzekering** aan. Dit is een basisverzekering voor zzp'ers met een jaarlijkse ZZP Fit Check om gezondheid en risico's in kaart te brengen en een vaste ZZP Zorgcoach die afspraken maakt met zorgverleners, helpt bij wachtlijstbemiddeling, second opinions regelt en adviseert over hulpmiddelen die helpen bij herstel. Om deze zorgverzekering af te kunnen sluiten is inschrijving als zelfstandig ondernemer bij de KvK vereist.*

In het volgende hoofdstuk beschrijven we, op basis van de Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA, 2017), in hoeverre zzp'ers toegang hebben tot en gebruikmaken van arbozorg.



## 4 Toegang tot en gebruik van arbozorg

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag in hoeverre zzp'ers toegang hebben tot preventieve arbozorg (onderzoeksvraag 2a). Tevens beschrijven we wat zzp'ers doen bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen, oftewel de mate waarin ze gebruikmaken van curatieve arbozorg (onderzoeksvraag 2b).

### 4.2 Onderzoeksmethode

#### 4.2.1 Bron: Zelfstandigen Enquête Arbeid 2017

Voor het beantwoorden van de vragen naar de toegang van zzp'ers tot preventieve arbozorg en het curatieve (arbo)zorggebruik, maken we gebruik van de Zelfstandigen Enquête Arbeid (ZEA) 2017 van TNO en CBS. Deze enquête naar arbeidsomstandigheden en duurzame inzetbaarheid – met per jaargang deels roulerende onderwerpen – wordt iedere twee jaar afgenomen onder zelfstandig ondernemers. De editie 2017 bevat de meest recente gegevens over toegang en gebruik van arbozorg. Aan deze editie hebben 4.787 zzp'ers meegedaan. Door gebruik te maken van de ZEA worden toegang tot en gebruik van arbozorg gemeten door wat zzp'ers daar zelf over zeggen.

De ZEA maakt gebruik van een steekproef uit de populatie van zzp'ers. Omdat bepaalde groepen in de steekproef onder- en oververtegenwoordigd zijn wordt de steekproef ten behoeve van populatieschattingen gewogen.<sup>3</sup> Tenzij anders aangegeven, zijn de in dit hoofdstuk en hoofdstuk 5 gepresenteerde absolute en relatieve aantallen gewogen, oftewel de op de ZEA gebaseerde populatieschattingen.

#### 4.2.2 Operationalisering begrippen

##### Toegang tot preventieve arbozorg

Op basis van de ZEA onderscheiden we twee mogelijke toegangsroutes tot preventieve arbozorg: via opdrachtgevers en via zzp- en sectororganisaties.

##### Via opdrachtgevers

Veilig en gezond werken is de kern van preventieve arbozorg. Volgens de Arbeidsomstandighedenwet zijn werkgevers ervoor verantwoordelijk dat hun werknemers gezond en veilig werken. In het verlengde hiervan gaan we in het onderzoek na in hoeverre opdrachtgevers aandacht hebben voor veilig en gezond werken bij de voor hen werkende zzp'ers. Wanneer deze aandacht er is, beschouwen wij dat als een indicator voor toegang van zzp'ers tot preventieve arbozorg. Voor het meten van deze indicator maken we gebruik van de ZEA-vraag of opdrachtgevers aandacht besteden aan gezond en veilig werken.

##### Via zzp- of sectororganisaties

Zzp'ers die lid zijn van een zzp- of sectororganisatie kunnen mogelijk gebruikmaken van diensten voor preventieve arbozorg, zoals een analyse van de persoonlijke duurzame inzetbaarheid, een arbeidsgezondheidskundig onderzoek of een risico-inventarisatie en -evaluatie. De vraag in hoeverre zzp'ers toegang hebben tot dit soort diensten, beantwoorden we aan de hand van de ZEA-vraag of zij hiervan gebruik *kunnen* maken.

---

<sup>3</sup> De volgende variabelen worden als weegfactor gebruikt: geslacht, leeftijd, herkomst, opleiding, landsdeel, stedelijkheid, bedrijfstak, besteedbaar huishoudinkomen.

Dit wil overigens nog niet zeggen dat zij ook daadwerkelijk gebruikmaken van deze diensten.

#### Gebruik van curatieve arbozorg

Curatieve arbozorg heeft betrekking op de genomen maatregelen wanneer zich werkgerelateerde gezondheidsproblemen voordoen. Voor het beantwoorden van de vraag naar het gebruik van deze zorg, sluiten we aan bij de ZEA-vraag wat zzp'ers doen wanneer ze met dergelijke klachten te maken krijgen.

#### 4.2.3 Analysemethoden

In de hierna volgende paragrafen onderzoeken allereerst hoeveel zzp'ers toegang hebben tot preventieve arbozorg en van welke vormen van curatieve zorg ze gebruikmaken. De resultaten presenteren we in [kruistabellen](#). Verder gaan we – door middel van [regressieanalyses](#) – na of toegang tot preventieve arbozorg en gebruik van curatieve arbozorg samenhangen met een aantal achtergrondkenmerken (tabel 1). Deze kenmerken zijn opgenomen in onderstaande tabel. Voor een verdeling van de zzp'ers over deze achtergrondkenmerken verwijzen we naar Bijlage 2.

tabel 1 Achtergrondkenmerken waarvoor de relatie met toegang tot en gebruik van arbozorg is onderzocht

<p><b>Sociaal-demografisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geslacht</li> <li>• Leeftijd</li> <li>• Opleidingsniveau</li> </ul>	<p><b>Type en relatie met opdrachtgevers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Type opdrachtgever (bedrijven/organisaties en/of particulier)</li> <li>• Mate van economische afhankelijkheid van de belangrijkste opdrachtgever (% van de omzet)</li> </ul>
<p><b>Type zzp'er</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zzp-schap al dan niet als sociaaleconomische hoofdactiviteit</li> <li>• Zzp-schap al dan niet in combinatie met werk als werknemer (hybride zzp-schap)</li> <li>• Aard zzp-activiteit: aanbieden arbeid of producten</li> <li>• Werkzaamheden al dan niet gevaarlijk</li> </ul>	<p><b>Overig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiële gezondheid zzp-bedrijf</li> <li>• Al dan niet aangesloten bij een zzp/sector/beroepsorganisatie</li> </ul>

Bron: Panteia

### 4.3 Toegang tot preventieve arbozorg

#### 4.3.1 Aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken

Uit onderstaande tabel blijkt dat ruim een vierde van de zzp'ers (29,6%) aangeeft dat hun opdrachtgevers er vaak of altijd aandacht voor hebben dat ze hun opdrachten op gezonde en veilige wijze uitvoeren. Een derde van de opdrachtgevers (33,0%) heeft deze aandacht volgens de zzp'ers nooit. Krap een vijfde van de steekproef heeft de vraag naar de aandacht van hun opdrachtgevers voor gezond en veilig werken niet beantwoord.



tabel 2 Toegang tot preventieve arbozorg: aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken door zzp'ers

Besteden uw opdrachtgevers er aandacht aan dat u gezond en veilig werkt? Denk bijvoorbeeld aan toezicht op uw werktijden, het gebruik van beschermingsmiddelen, aandacht voor werkdruk en dergelijke	Aantal steekproef	Aandeel steekproef	Aandeel populatie (geschat op basis steekproef)
Nooit	1.696	35,4%	33,0%
Soms	871	18,2%	18,6%
Vaak	658	13,7%	14,6%
Altijd	658	13,7%	15,0%
Geen antwoord	904	18,9%	18,8%
Totaal	4.787	100,0%	100,0%

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017

Met een ordinale regressieanalyse is nagegaan of de aandacht die opdrachtgevers hebben voor gezond en veilig werken verschilt tussen verschillende groepen van zzp'ers. De resultaten en technische details van de analyse zijn opgenomen in tabel B3.1 van bijlage 3. Hier volstaan we met een presentatie van de gevonden verschillen (tabel 3). Wanneer één van de in tabel 2 genoemde achtergrondkenmerken niet is opgenomen, dan houdt de aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken geen verband met dit kenmerk.

tabel 3 Relatie tussen aandacht opdrachtgevers voor gezond en veilig werken en achtergrondkenmerken zzp'ers

Achtergrondkenmerken zzp'ers	Aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken	
	Minder	Meer
Leeftijd	Ouderen	Jongeren
Opleiding	Hoger	Lager*
	*Aandacht neemt toe naarmate het opleidingsniveau van de zzp'er lager is	
Sectoren	Zakelijke dienstverlening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Landbouw, visserij</li> <li>• Nijverheid en energie</li> <li>• Bouwnijverheid</li> <li>• Vervoer en opslag</li> <li>• Cultuur en overige dienstverlening</li> </ul>
Zzp-schap al dan niet in combinatie met werk als werknemer (hybride zzp-schap)	Niet-hybride	Hybride
Aard zzp-activiteit	Aanbieden producten	Aanbieden arbeid
Werkzaamheden al dan niet gevaarlijk	Niet gevaarlijk werk	Gevaarlijk werk
Type opdrachtgever	Particulieren	Bedrijven/organisaties
Economische afhankelijkheid van de belangrijkste opdrachtgever	Niet afhankelijk van één of enkele opdrachtgevers	Afhankelijk van één of enkele opdrachtgevers**
	**Aandacht neemt toe bij toename van het aandeel in de omzet van de belangrijkste opdrachtgever	
Financiële gezondheid zzp-bedrijf	Zwakkere financiële positie	Sterkere financiële positie

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017



Bij nadere analyse blijkt het algemene beeld van tabel 3 vrijwel alleen te gelden voor zzp'ers voor wie het zzp-schap de hoofdactiviteit is en nauwelijks voor hen voor wie het een nevenactiviteit is. In de laatstgenoemde groep is er alleen meer aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken bij zzp'ers:

- in bouwnijverheid en vervoer en opslag
- bij wie de belangrijkste opdrachtgever een groot aandeel in de totale omzet heeft
- die gevaarlijk werk verrichten.

In het geval van zzp'ers voor wie het zzp-schap hoofdactiviteit is, is de enige afwijking ten opzichte van het algemene beeld van tabel 3 dat het verrichten van gevaarlijk werk geen verband heeft met de aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken.

#### 4.3.2 Toegang via zzp- of sectororganisatie

Uit tabel 4 blijkt dat slechts 7,6 procent van de zzp'ers zegt gebruik te *kunnen* maken van preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie. Het aandeel van de verschillende in de ZEA onderscheiden preventieve diensten ontloopt elkaar niet veel en varieert van circa één tot twee procent. De zzp'ers die via een zzp- of sectororganisatie toegang hebben tot preventieve diensten, hebben gemiddeld genomen toegang tot 1,3 dienst.

tabel 4 Toegang tot preventieve arbeidszorg: beschikbaarheid preventieve arbozorg via zzp- of sectororganisatie

<i>Sectororganisaties en zzp-organisaties kunnen allerlei diensten op het gebied van werk en gezondheid aanbieden. Van welke diensten kunt u (naast de bedrijfsarts) nog meer gebruik maken?</i>	<i>Aantal steekproef</i>	<i>Percentage steekproef</i>	<i>Percentage populatie (geschat op basis steekproef)</i>
Eén of meerdere van onderstaande diensten, waarvan:	362	7,6%	7,6%
• preventie-spreekuur	91	1,9%	1,9%
• een consult van een bedrijfsarts	78	1,6%	1,6%
• een bezoek van een arbo-adviseur	76	1,6%	1,7%
• een analyse van mijn duurzame inzetbaarheid	42	0,9%	0,9%
• een risico-inventarisatie en -evaluatie (RI&E)	97	2,0%	2,1%
• een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PAGO of PMO)	99	2,1%	2,1%
Geen van bovenstaande	4.361	91,1%	90,9%
Geen antwoord	64	1,3%	1,3%
Totaal	4.787	100,0%	100,0%

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017

Door middel van een logistische regressieanalyse is onderzocht of de toegang tot preventieve arbozorg samenhangt met de achtergrondkenmerken van tabel 1. De resultaten van deze analyse zijn opgenomen in tabel B3.2 van bijlage 3. Hieruit blijkt het volgende over de toegang tot preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie.

- Leden van dergelijke organisaties zeggen vaker gebruik te kunnen maken van arbozorg via deze organisaties dan zzp'ers die geen lid zijn. Het effect is het sterkst voor zzp'ers die lid zijn van een zzp-organisatie die onderdeel is van een vakbond.
- Laagopgeleide zzp'ers hebben minder toegang tot preventieve arbozorg via organisaties dan hoogopgeleide.
- Hoe beter de financiële situatie van een zzp'er, hoe vaker een zzp'er zegt gebruik te kunnen maken van preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie.
- Zzp'ers die een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben afgesloten, geven vaker aan gebruik te kunnen maken van preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie. Dit houdt



er waarschijnlijk verband mee dat zzp'ers die zijn aangesloten bij een dergelijke organisatie, vaker een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben dan niet aangesloten zzp'ers (Rossetti & Heeger, 2019). Er zijn zzp-organisaties die voor hun leden kortingen op een arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben geregeld bij verzekeraars. Verder blijkt uit hoofdstuk 7 dat preventieve zorgvoorzieningen steeds meer onderdeel zijn van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Tot slot, uit de vraagstelling van tabel 5 volgt dat zzp'ers die een arbeidsongeschiktheidsverzekering buiten een zzp-organisatie om hebben afgesloten, in de ZEA niet kunnen aangeven dat ze via hun verzekering toegang hebben tot preventieve zorg. Met andere woorden: de ZEA meet deze vorm van toegang tot zorg niet, terwijl ze de toegang door een via een zzp- of sectororganisatie afgesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering wel meet.<sup>4</sup>

- Zzp'ers die gevaarlijk werk verrichten (zowel leden als niet-leden van zzp-/sectororganisaties) hebben vaker toegang tot preventieve arbozorg via een organisatie.

Evenals voor de toegang tot preventieve arbozorg via de opdrachtgever zijn we middels een logistische regressieanalyse nagegaan of er verschillen in toegang via zzp- of sectororganisaties zijn tussen zzp'ers voor wie het zzp-schap wel en niet hoofdactiviteit is. Vanwege het kleine aantal zzp'ers voor wie sprake is van een nevenactiviteit en die toegang hebben via een organisatie, zijn de mogelijkheden voor deze analyse beperkt. Uit de in tabel B3.3 van bijlage 3 weergegeven resultaten blijkt de belangrijkste toevoeging op de hierboven genoemde resultaten dat het hierboven geconstateerde verband tussen de toegang en het verrichten van gevaarlijk werk alleen geldt voor degenen voor wie het zzp-schap hoofdactiviteit is.

#### 4.4 Gebruik van curatieve arbozorg

In antwoord op de vraag wat iemand doet bij gezondheidsproblemen die te maken hebben met het werk, zeggen bijna alle zzp'ers (93,8%) naar de huisarts te gaan. Slechts iets meer dan één procent geeft aan dat ze naar een de bedrijfsarts gaan (tabel 5). Ongeveer acht procent van de respondenten noemt andere curatieve maatregelen.

tabel 5 Curatieve maatregelen wanneer zich aan het werk gerelateerde gezondheidsproblemen voordoen

<i>Wat doet u als zelfstandige als u gezondheidsproblemen krijgt die met het werk te maken hebben? (Meerdere antwoorden mogelijk)</i>	<i>Aantal steekproef</i>	<i>Percentage steekproef</i>	<i>Percentage populatie (geschat op basis steekproef)</i>
Ik ga naar mijn huisarts	4.491	93,8%	93,9%
Ik ga naar een bedrijfsarts die ik zelf regel	23	0,5%	0,6%
Ik ga naar een bedrijfsarts via een sectororganisatie	17	0,4%	0,4%
Ik ga naar een bedrijfsarts via een zzp-organisatie	13	0,3%	0,3%
Anders (in ZEA niet nader gespecificeerd)	381	8,0%	7,7%
Geen antwoord	31	0,6%	0,7%
<b>Totaal</b>	<b>4.188</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Bron: Panteia berekend op basis van het databestand ZEA 2017

De zeer scheve verdeling van tabel 5 maakt het onmogelijk uitgebreid in te gaan op de relatie tussen toegang tot curatieve arbozorg en kenmerken van zzp'ers. Daarom voeren

<sup>4</sup> Op grond van de resultaten van dit onderzoek (zie hoofdstuk 6 en 7) is het aan te bevelen in de ZEA ook aandacht te hebben voor arbeidsgerelateerde diensten via andere kanalen dan sector- en zzp-organisaties, zoals een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

we een beperkte multinomiale regressieanalyse uit met bezoek aan de bedrijfsarts als afhankelijke variabele en leeftijd, lidmaatschap van een zzp- of sectororganisatie, arbeidsongeschiktheidsverzekering en gevaarlijk werk als onafhankelijke variabelen.<sup>5</sup> Uit de resultaten van deze regressieanalyse (tabel B3.4 van bijlage 3) blijkt dat zzp'ers met een arbeidsongeschiktheidsverzekering en zzp'ers die lid zijn van een zzp- of sectororganisatie bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen vaker een bedrijfsarts raadplegen dan andere zzp'ers. De grootte van de effecten wijst erop dat het gebruik van curatieve zorg onder leden van zzp- of sectororganisaties groter is dan onder zzp'ers met een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Jongeren blijken zich vaker dan ouderen tot een (huis- en/of bedrijf)arts te wenden.

## 4.5 Conclusie

### 4.5.1 Aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken

Een derde van de zzp'ers geeft aan dat hun opdrachtgevers er geen aandacht voor hebben dat zij gezond en veilig werken. Bijna een derde (30%) zegt dat hun opdrachtgevers dit vaak of altijd hebben.<sup>6</sup>

Bij zzp'ers voor wie het zzp-schap hun **hoofdactiviteit** is vaker aandacht van opdrachtgevers voor gezond en veilig werken in het geval van:

- jongere zzp'ers;
- lager opgeleide zzp'ers; hoe lager het opleidingsniveau, hoe meer aandacht opdrachtgevers hebben voor gezond en veilig werken;
- zzp'ers werkzaam in sectoren met veel fysiek zwaar werk (zoals landbouw, industrie, bouwnijverheid, vervoer en opslag, maar ook in de cultuur en overige dienstverlening); in de dienstverlenende sectoren met veel bureauwerk (zakelijke en financiële dienstverlening, ICT) is er minder aandacht (wellicht verklaart dit voor een gedeelte de geringere aandacht bij hoger opgeleide zzp'ers);
- hybride zzp'ers;
- niet-natuurlijke opdrachtgevers (bedrijven en organisaties);
- een zzp'er die in hoge mate afhankelijk is van één opdrachtgever; mogelijk komt dit doordat deze zzp'ers weinig verschillen van de werknemers van de opdrachtgever;
- zzp'ers met een financieel gezond bedrijf.

In het geval van zzp'ers voor wie het zzp-schap niet de hoofdactiviteit is, hebben opdrachtgevers in de volgende situaties relatief veel aandacht voor gezond en veilig werken:

- in bouwnijverheid, vervoer en opslag;
- wanneer de belangrijkste opdrachtgever een belangrijk aandeel in de totale omzet van een zzp'er heeft;
- bij gevaarlijk werk.

### 4.5.2 Toegang tot preventieve arbeidsgelateerde zorg via een zzp-organisatie

Minder dan tien procent van de zzp'ers heeft toegang tot preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie. Uiteraard hangt dit samen met het al dan niet lid zijn van zo'n organisatie. Verder blijkt dat vooral zzp'ers met gevaarlijk werk en een financieel gezond bedrijf en een hogere opleiding gebruik kunnen maken van preventieve arbeidsgelateerde zorg via een zzp- of sectororganisatie. Dit wijst erop dat zij vaker lid zijn van een dergelijke organisatie. Ook zzp'ers met een private arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben vaker toegang tot preventieve zorg via een

<sup>5</sup> De vier onafhankelijke variabelen zijn geselecteerd op basis van een zogenoemde 'likelihood ratio test'.

<sup>6</sup> Opgemerkt zij dat bijna een vijfde van de zzp'ers de vraag over de aandacht die hun opdrachtgevers hebben voor gezond en veilig werken niet hebben beantwoord.



zzp- of sectororganisatie. Dit wijst op een samenhang tussen het afsluiten van een verzekering en het lid zijn van een organisatie.<sup>7</sup>

#### *4.5.3 Gebruik van curatieve zorg bij werkgerelateerde gezondheidsproblemen*

Wanneer zich werkgerelateerde gezondheidsproblemen voordoen gaan bijna alle zzp'ers alleen naar hun huisarts. Slechts één procent wendt zich tot een bedrijfsarts. Een kleine tien procent geeft aan iets anders te doen. Deze laatste categorie is in onze bron – de ZEA 2017 – niet nader gespecificeerd.

---

<sup>7</sup> Zoals eerder opgemerkt, maakt de ZEA het niet mogelijk de toegang tot preventieve arbeidsgerelateerde zorg te onderzoeken via andere kanalen dan een zzp- of sectororganisatie.

## 5 Blootstelling aan arbeidsrisico's en de gevolgen daarvan

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is de vraag aan de orde in welke mate verschillende groepen zzp'ers zijn blootgesteld aan arbeidsrisico's (onderzoeksvraag 2d) en welk verband er is tussen deze blootstelling enerzijds en de gezondheid, de prevalentie van arbeidsongevallen en beroepsziekten, de mate van verzuim en de inzetbaarheid anderzijds (onderzoeksvraag 2e).

### 5.2 Methodologische verantwoording

Voor de kwantitatieve analyse die ten grondslag ligt aan de bevindingen in dit hoofdstuk gebruiken we een factoranalyse gevolgd door een clusteranalyse. We baseren ons op de data uit de ZEA 2017.<sup>8</sup> De factoranalyse genereert een deel van de input voor de clusteranalyse. De resultaten van de clusteranalyse (arbeidsrisicoprofielen) vormen de basis van onze bevindingen.

De factoranalyse wordt gebruikt om het grote aantal ZEA-items over werkomstandigheden terug te brengen tot een klein aantal arbeidsrisico's die al geïdentificeerd zijn in ons theoretisch kader. Daarom is onze factoranalyse bevestigend – *confirmatory* – en niet verkennend – *exploratory*. Hiervoor groeperen we de variabelen die sterk samenhangen met elkaar in een zogenoemde score die één bepaald arbeidsrisico operationaliseert. De aanname is dat respondenten gelijke antwoorden zullen geven op items die hetzelfde arbeidsrisico meten. De arbeidsrisico-scores vormen (een deel van) de input van een clusteranalyse waarbij we de meest voorkomende combinaties van arbeidsrisico's onder zzp'ers identificeren (arbeidsrisicoprofielen). Hiervoor groeperen we zzp'ers uit de steekproef in de ZEA (N=4.787) die gelijke combinaties van arbeidsrisico's laten zien.

Een methodologisch aandachtspunt is dat de factoranalyse de samenhang tussen de ZEA-items zou moeten meten, onafhankelijk van de correlatie die bestaat tussen zzp'ers (deze wordt door de clusteranalyse geanalyseerd). Hiervoor passen we de factoranalyse toe onder de steekproef van alle zelfstandigen (4.787 zzp'ers en 6.235 zmp'ers). Deze methodologische keuze heeft geen andere invloed op onze bevindingen. De arbeidsrisico's zijn concepten die gelden voor de hele beroepsbevolking. Daarom hebben we geen reden om eraan te twijfelen dat zmp'ers arbeidsrisico's op een andere manier beschouwen dan zzp'ers. Bovendien, zoals eerder benoemd, zijn onze bevindingen alleen gebaseerd op de resultaten van de clusteranalyse die onder de steekproef van zzp'ers is uitgevoerd (N=4.787). Daarom betreffen de arbeidsrisicoprofielen die we in kaart brengen alleen zzp'ers.

### 5.3 Definiëren van arbeidsrisico's

Voor het bepalen van de mate waarin zzp'ers worden blootgesteld aan arbeidsrisico's maken we opnieuw gebruik van de ZEA 2017. In deze enquête is een groot aantal vragen opgenomen over de mate waarin de respondenten te maken hebben met risicovolle situaties op hun werk. De eerste stap is het terugbrengen van het grote aantal risico's van de enquête (35) tot een beperktere, voor onze

<sup>8</sup> Voor een beschrijving van de ZEA, zie hoofdstuk 4.



analyses hanteerbare set. Om tot deze 'datareductie' te komen zijn twee stappen gevolgd.

In de eerste plaats is op basis van het [Arboportaal](#) nagegaan welke categorieën van arbeidsrisico's en daaronder vallende specifieke risico's 'in theorie' kunnen worden onderscheiden. Te denken is bijvoorbeeld aan de categorie 'zwaar werk'. Vervolgens is door middel van Categorical Principal Component Analysis (CATPCA) onderzocht in hoeverre de specifieke arbeidsrisico's van de ZEA 2017 in deze categorieën kunnen worden ondergebracht (bijvoorbeeld zwaar tillen als één van de nadere specificaties van zwaar werk). De resultaten van de CATPCA zijn opgenomen in tabel B4.1 van bijlage 4.

Op basis van het voorafgaande komen we tot de volgende categorieën van arbeidsrisico's.

- **Fysiek zwaar werk.** Bij deze categorie van arbeidsrisico's gaat het om zowel de belasting die samenhangt met de aard van het werk (bijvoorbeeld tillen, repeterende handelingen en een ongemakkelijke werkhouding) als de belasting die uitgaat van de werkomgeving (bijvoorbeeld veel lawaai).
- **Beeldschermwerk.** Strikt genomen zou dit risico ook onder fysiek zwaar werk kunnen worden ondergebracht, maar vanwege het specifieke karakter ervan en de setting (kantooromgeving) waarin dit werk veelal wordt uitgevoerd beschouwen we het als een aparte categorie.
- **Gevaarlijke werkvloer.** Hierbij gaat het om risico's op bijvoorbeeld vallen en het oplopen van verwondingen als gevolg van de inrichting van de arbeidsplaats.
- **Blootstelling aan gevaarlijke stoffen** waardoor beroepsziekten en ongevallen kunnen ontstaan.
- **Psychosociale belasting (PSA).** Dit risico is het gevolg van werkomstandigheden die kunnen leiden tot emotionele belasting resulterend in stress en overspannenheid. PSA is uiteengelegd in de volgende aspecten, die als zelfstandige risico's in het onderzoek worden gehanteerd.
  - **Werkdruk.**
  - **Ongewenst gedrag** in de werksituatie door bijvoorbeeld collega's en opdrachtgevers/klanten; te denken valt aan pesten, seksuele aandacht en intimidatie.
  - **Balans werk-privé.**
  - **Beperkte autonomie.**
  - **Eentonig werk.**
- **Lange arbeidsuren.** Hierbij gaat het om gevaren die gepaard gaan met lange werkdagen.

## 5.4 Blootstelling aan arbeidsrisico's

### 5.4.1 Clustering van arbeidsrisico's in risicoprofielen

Werkenden lopen doorgaans niet slechts één, maar meerdere vaak met elkaar samenhangende risico's. De in paragraaf 5.4 te onderzoeken gevolgen vloeien dan ook veelal niet voort uit één arbeidsrisico, maar uit een combinatie van op elkaar inwerkende risico's. Daarom is door middel van een clusteranalyse op de data van de ZEA 2017 nagegaan of en zo ja welke profielen (clusters) van arbeidsrisico's kunnen worden onderscheiden. Op basis van de resultaten van deze analyse die zijn opgenomen in tabel B4.2 van bijlage 4, onderscheiden we onderstaande profielen van (samenhangende) arbeidsrisico's.

tabel 6 Zzp'ers naar blootstelling aan profielen van samenhangende arbeidsrisico's

Profiel	Kenmerkende arbeidsrisico's	Aandeel zzp'ers in steekproef (ZEA; N=4.338)	Aandeel zzp'ers in populatie (geschat op basis steekproef)
1. Fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving in combinatie met psychosociale belasting a.g.v. intensiteit van het werk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek zwaar werk</li> <li>• Gevaarlijke werkvloer</li> <li>• Blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> <li>• Lange werkweek</li> <li>• Enige verstoring werk-privébalans</li> </ul>	19,3%	22,1%
2. Fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek zwaar werk</li> <li>• Gevaarlijke werkvloer</li> <li>• Blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	11,3%	13,4%
3. Psychosociale belasting a.g.v. van intensiteit van het werk in combinatie met enige mate van zwaar werk en enigszins gevaarlijk werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hard werken</li> <li>• Lange werkweek</li> <li>• Verstoring werk-privébalans</li> <li>• Enigszins zwaar werk</li> <li>• Enigszins gevaarlijke werkomgeving</li> <li>• Enige blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	8,9%	9,7%
4. Psychosociale belasting in combinatie met blootstelling aan gevaarlijke stoffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage autonomie</li> <li>• Eentonig werk</li> <li>• Ongewenst gedrag</li> <li>• Enige blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	5,5%	6,0%
5. Beeldschermwerk in combinatie met enige psychosociale belasting a.g.v. de intensiteit van het werk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeldschermwerk</li> <li>• Enige verstoring werk-privébalans</li> </ul>	30,6%	27,1%
6. Beeldschermwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beeldschermwerk</li> </ul>	24,5%	21,7%
Totaal		100,0%	100,0%

Bron: Bijlage 4, tabel B4.2

#### 5.4.2 Blootstelling aan risicoprofielen naar bedrijfseconomische sectoren

Onderstaande tabel geeft de verdeling van het aantal zzp'ers in de risicoprofielen over de bedrijfseconomische sectoren van de standaardbedrijfsindeling (SBI). Door de verdeling over de sectoren binnen een profiel te vergelijken met de verdeling over het totaal van de profielen is nagegaan in welke sectoren een profiel van arbeidsrisico's relatief veel voorkomt. De relatief hoge percentages zijn gekleurd en cursief weergegeven.



tabel 7 Aandeel bedrijfseconomische sectoren in het aantal zzp'ers per profiel (populatieschatting)

Sector	Risicoprofiel						Totaal
	1	2	3	4	5	6	
A Land-, bosbouw, visserij	17,5%	14,0%	7,6%	9,0%	2,3%	3,3%	8,4%
B-E Nijverheid en energie	9,1%	11,6%	6,1%	2,4%	2,6%	2,0%	5,4%
F Bouwnijverheid	22,5%	27,7%	10,2%	4,8%	1,7%	1,6%	11,2%
G Handel	10,6%	9,9%	14,5%	16,4%	9,8%	13,4%	11,9%
H Vervoer en opslag	2,6%	1,9%	3,1%	12,8%	1,0%	1,8%	2,7%
I Horeca	2,9%	2,5%	2,8%	3,9%	0,7%	1,0%	1,8%
J Informatie en communicatie	1,3%	0,5%	3,9%	5,0%	10,1%	10,9%	5,9%
K-L Financiële dienstverlening, onroerend goed	0,2%	0,2%	1,7%	1,9%	2,5%	2,9%	1,6%
M-N Zakelijke dienstverlening	8,2%	8,6%	20,5%	20,2%	38,9%	37,7%	24,3%
P Onderwijs	3,4%	2,0%	6,1%	3,3%	9,9%	6,1%	5,7%
Q Gezondheids- en welzijnszorg	7,3%	4,2%	9,1%	8,2%	9,3%	10,2%	7,9%
R-U Cultuur en overige diensten	14,4%	17,0%	14,5%	12,1%	11,3%	9,0%	13,1%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017

Uit de tabel zijn de volgende conclusies te trekken.

- Blootstelling aan de risicoprofielen 1 en 2 – die worden gekenmerkt door fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving – komen relatief veel voor in de sectoren 'landbouw en visserij', 'nijverheid en energie' en 'bouwnijverheid'. Daarnaast komt profiel 2 relatief veel voor in de sector cultuur en overige diensten.
- Risicoprofiel 3 – gekenmerkt door psychosociale belasting als gevolg van de intensiteit van het werk in combinatie met enigszins zwaar werk en een enigszins gevaarlijke werkomgeving – vinden we relatief vaak in de sectoren 'handel' en 'gezondheids- en welzijnszorg'.
- Risicoprofiel 4 – waarin het vooral gaat om psychosociale belasting als gevolg van lage autonomie, eentonig werk en ongewenst gedrag in combinatie met enige blootstelling aan gevaarlijke stoffen – vinden we relatief veel in vooral de sector 'vervoer en opslag' en daarnaast in de sectoren 'handel' en 'horeca'.
- De profielen 5 en 6 die worden gekenmerkt door een hoge mate van beeldschermwerk met daarnaast in profiel 5 enige verstoring van de werk-privébalans komen vooral voor in de sectoren 'informatie en communicatie', 'zakelijke dienstverlening', en 'gezondheids- en welzijnszorg'. Daarnaast komt risicoprofiel 6 relatief veel voor in het onderwijs.

Hoewel het aandeel van de zakelijke dienstverlening in de profielen 3 en 4 (psychosociale druk) ten opzichte van de profielen 5 en 6 (beeldschermwerk) laag is, heeft deze sector wel een belangrijk aandeel in profiel 3 en 4 (in beide gevallen zo'n twintig procent).



De hierboven beschreven samenhang tussen profielen van arbeidsrisico's en bedrijfssectoren wordt bevestigd door een ter toetsing van deze samenhang uitgevoerde multinominale regressieanalyse (zie bijlage 4, tabel 4.3).

## 5.5 Samenhang van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen beroepsziekten, verzuim en inzetbaarheid met risicoprofielen

In deze paragraaf onderzoeken we of er verschillen zijn tussen de zes in de vorige paragraaf onderscheiden risicoprofielen tussen de prevalentie van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen, beroepsziekten en tussen verzuim en inzetbaarheid. Laatstgenoemde variabelen zijn wederom ontleend aan de ZEA 2017 en beschreven in onderstaande tabel.

tabel 8 Operationalisatie gezondheid, arbeidsongeval, beroepsziekte, verzuim en inzetbaarheid

Variabele	ZEA 2017 Vraagstelling	Antwoordcategorieën	Operationalisatie in onderhavig onderzoek
Gezondheidsproblemen (geoperationaliseerd als burn-outklachten)	<p>Wilt u aangeven hoe vaak iedere uitspraak op u van toepassing is?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ik voel me emotioneel uitgeput door mijn werk</li> <li>Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg</li> <li>Ik voel me moe als ik 's morgens opsta en geconfronteerd word met mijn werk</li> <li>Het vergt heel veel van mij om de hele dag met mensen te werken</li> <li>Ik voel me compleet uitgeput door mijn werk</li> </ul>	Schaal 1 (nooit) – 7 (altijd)	<p>In de ZEA zijn de vijf afzonderlijke schalen gereduceerd tot één schaal '<b>burnout-klachten</b>'. Deze schaal heeft dezelfde waarden als de vijf afzonderlijke schalen.</p> <p>In het onderzoek gebruiken we gemiddelde schaalscore van deze overall schaal voor burn-outklachten</p>
Arbidsongeval	Bent u in de afgelopen 12 maanden betrokken geweest bij een arbeidsongeval? Exclusief uitsluitend natuurlijke oorzaak (hartaanval, beroerte e.d.)	Ja/nee	Percentage betrokken bij arbeidsongeval in de laatste 12 maanden



<i>Beroepsziekte</i>	Onder een beroepsziekte verstaan we een ziekte die volgens u is ontstaan door uw werk. Heeft u één of meer van de volgende beroepsziekten? Meerdere antwoorden mogelijk.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een of meer beroepsziekten</li> <li>• Gehoorproblemen</li> <li>• Overspannenheid/burn-out</li> <li>• Depressie</li> <li>• Posttraumatische stress stoornis (PTTS)</li> <li>• RSI</li> <li>• Lage rug aandoening</li> <li>• Heup artrose</li> <li>• Knie artrose</li> <li>• Contacteczeem</li> <li>• Astma</li> <li>• COPD</li> <li>• Beroepsgebonden infectieziekte</li> <li>• Anders</li> </ul>	Ja/nee	Percentage met beroepsziekte
<i>Verzuim</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft u de afgelopen 12 maanden wel een niet (of minder uren) kunnen werken vanwege ziekte of gezondheidsproblemen of een andere gezondheidsreden? Het telt ook als u niet of minder heeft kunnen werken als gevolg van een arbeidsongeval</li> </ul>	Ja/nee	Percentage met verzuim in de laatste 12 maanden (gecorrigeerd voor deeltijd)
<i>Huidige inzetbaarheid</i>	Ik kan gemakkelijk voldoen aan de fysieke eisen van mijn werk	Schaal 1 (helemaal niet mee eens) – 4 (helemaal mee eens)	Gemiddelde schaalscore
	Ik kan gemakkelijk voldoen aan de psychische eisen van mijn werk	Idem	Idem
	In-role performance	Schaal 1 (minimaal) – 5 (optimaal)	Gemiddelde schaalscore
<i>Toekomstige inzetbaarheid</i>	Tot welke leeftijd denkt u - lichamenlijk en geestelijk - in staat te zijn om uw huidige werk voort te zetten?	Leeftijd in jaren	Gemiddelde leeftijd
	Tot welke leeftijd wilt u doorgaan met werken?	Idem	Idem

Bron: ZEA 2017

In tabel 9 is voor ieder risicoprofiel weergegeven in welke mate sprake is van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen, beroepsziekten, verzuim en inzetbaarheid. Relatief hoge waarden zijn gekleurd en cursief weergegeven.

tabel 9 Mate van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen, beroepsziekten, verzuim en inzetbaarheid per risicoprofiel (als percentage van het aantal zzp'ers of de gemiddelde schaalscore in een profiel)

	Cluster						Totaal
	1	2	3	4	5	6	
<b>Gezondheid</b>							
Burn-out score 1 (nooit) – 7 (altijd)	1,93	1,55	2,76	1,84	1,80	1,43	1,80
Arbeidsongeval (percentage laatste 12 maanden)	5,4%	3,3%	3,0%	6,2%	0,3%	0,2%	2,4%
<b>Beroepsziekten (percentage)</b>							
• <b>Eén of meer</b>	<b>27,0%</b>	<b>21,1%</b>	<b>33,7%</b>	<b>21,1%</b>	<b>13,7%</b>	<b>8,8%</b>	<b>18,6%</b>
• Gehoorproblemen	8,6%	7,1%	6,3%	2,1%	1,7%	1,2%	4,2%
• Overspannenheid/burn-out	3,5%	1,1%	10,9%	5,0%	3,8%	3,3%	3,4%
• Depressie	1,7%	0,3%	4,3%	4,0%	1,3%	0,4%	1,4%
• Posttraumatische stresssyndroom (PTSS)	0,1%	0,1%	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
• RSI	5,7%	5,1%	10,5%	3,7%	5,3%	3,8%	5,3%
• Aandoening lage rug	10,9%	8,4%	12,5%	6,0%	2,5%	2,3%	6,3%
• Heupartrose	1,6%	0,5%	1,6%	0,4%	0,3%	0,0%	0,8%
• Knieartrose	3,7%	2,4%	3,3%	0,8%	0,5%	0,3%	1,8%
• Contacteczeem	0,5%	0,7%	0,0%	0,5%	0,2%	0,1%	0,3%
• Astma	0,3%	0,5%	0,5%	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%
• COPD	0,8%	0,4%	0,8%	0,4%	0,4%	0,2%	0,5%
• Beroepsgebonden infectieziekte	0,0%	0,2%	0,2%	0,8%	0,0%	0,1%	0,1%
• Anders	3,1%	2,4%	7,4%	3,4%	1,6%	0,8%	2,4%
<b>Verzuim</b>							
Individueel ziekteverzuimpercentage (gecorrigeerd voor deeltijd)	3,66%	3,80%	4,14%	4,22%	2,69%	2,74%	3,38%
<b>Huidige inzetbaarheid score 1 (helemaal niet mee eens) – 4 (helemaal mee eens)</b>							
• Kan gemakkelijk voldoen aan:							
- fysieke eisen werk	2,99	2,99	2,95	2,99	3,32	3,21	3,12
- psychische eisen werk	3,09	3,11	2,96	3,00	3,23	3,19	3,13
• In-role performance	4,36	4,43	4,23	4,31	4,39	4,51	4,40
<b>Toekomstige inzetbaarheid</b>							
• Tot welke leeftijd (in jaren) lichamelijk en geestelijk in staat om het huidige werk voort te zetten	63,93 jr	65,05 jr	64,12 jr	66,18 jr	68,46 jr	69,80 jr	66,80 jr
• Tot welke leeftijd (in jaren) doorgaan met werken (wens)	65,69 jr	65,66 jr	66,52 jr	66,68 jr	66,90 jr	67,83 jr	66,59 jr

Bron: Panteia berekend op basis van ZEA 2017

In de eerste plaats blijkt uit de tabel een verschil tussen beeldschermwerkers (risicoprofielen 5 en 6) en de andere zzp'ers. Voor vrijwel alle indicatoren blijken de scores in de **risicoprofielen 5 en 6** beter (lager) dan in de andere profielen:

- ziekteverzuim, arbeidsongevallen en beroepsziekten komen minder vaak voor;
- men is het vaker eens met de stellingen dat gemakkelijk kan worden voldaan aan de fysieke en psychische eisen van het werk;
- de gepercipieerde gemiddelde leeftijd tot wanneer men zou kunnen doorwerken (ligt vooral in profiel 6) hoger dan in de eerste vier profielen; in tegenstelling tot de clusters 1 tot en met 4 ligt de gemiddelde leeftijd waarop men zou willen stoppen met werken lager dan de gemiddelde leeftijd tot waarop men denkt te kunnen doorwerken.



In risicoprofiel 5 waarin beeldschermwerk gepaard gaat met enige psychosociale belasting is wat vaker sprake van beroepsziekten dan in cluster 6 (alleen beeldschermwerk).

Aanvullend op het voorafgaande is voor de risicoprofielen 1 tot en met 4 het volgende uit de tabel af te leiden. Zzp'ers met **risicoprofiel 3** (psychosociale belasting als gevolg van intensiteit van het werk in combinatie met enige mate van zwaar werk en enigszins gevaarlijke werkomgeving) scoren het slechtst op het voorkomen van beroepsziekten (33,7%) en het laagst op de indicatoren voor inzetbaarheid. Ook het ziekteverzuim (4,14%) is relatief hoog. Een groot aantal van de individuele beroepsziekten komt relatief het vaakst voor onder de zzp'ers in dit profiel. Het cluster scoort relatief hoog op het voorkomen van burn-out, RSI en overige beroepsziekten. De gemiddelde leeftijd tot wanneer men denkt te kunnen werken (64,12 jaar) is relatief laag en ligt meer dan twee jaar onder de leeftijd (66,52 jaar) tot wanneer men zou willen werken.

Onder de zzp'ers in **risicoprofiel 1** (fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving in combinatie met psychosociale belasting als gevolg van de intensiteit van het werk) komen arbeidsongevallen (5,4%) en beroepsziekten (27,0%) relatief veel voor. Wat betreft de beroepsziekten gaat het vooral om fysieke aandoeningen als gehoorproblemen, RSI, aandoeningen in de lage rug artrose in heup en knie. In dit risicoprofiel is de gemiddelde leeftijd tot wanneer men denkt te kunnen werken (63,91 jaar) het laagst van alle profielen en ligt ze ruim anderhalf jaar onder de gemiddelde leeftijd tot wanneer men zou willen werken (65,69 jaar).

**Risicoprofiel 4** (psychosociale belasting als gevolg van beperkte autonomie, eentonig werk en/of ongewenst gedrag in combinatie met blootstelling aan gevaarlijke stoffen) valt op door het relatief hoge aantal arbeidsongevallen (6,2%) en hoge ziekteverzuim (4,22%). Een vijfde van de zzp'ers in het profiel (21,4%) heeft een beroepsziekte. In dit profiel komt depressie als beroepsziekte relatief veel voor (4,1%). Zzp'ers in dit profiel verwachten langer te kunnen doorwerken (tot gemiddeld 66,18 jaar) dan zzp'ers in de profielen 1, 2 en 3, maar minder lang dan zzp'ers in de profielen 5 en 6.

In **risicoprofiel 2** (fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving) komen beroepsziekten even vaak voor als in risicoprofiel 4 (21,1%). Een relatief veel voorkomende beroepsziekte is gehoorschade. Zzp'ers in dit cluster verwachten gemiddeld tot 65 jaar te kunnen werken en willen ook ongeveer op die leeftijd stoppen (gemiddeld 65,66 jaar).

## 5.6 Conclusie

In tabel 10 aan het einde van deze paragraaf zijn de resultaten van de voorgaande paragrafen samengevat voor elk van de in paragraaf 3.2 ontwikkelde risicoprofielen. Per risicoprofiel geeft de tabel:

- de kenmerkende arbeidsrisico's
- een 'algemene score' voor de gezondheid, verzuim en inzetbaarheid
- de kenmerkende klachten op het gebied van gezondheid, verzuim en inzetbaarheid
- de dominante bedrijfseconomische sectoren
- het aandeel in het totaal aantal zzp'ers.

Concluderend kunnen we in de eerste plaats stellen dat risicoprofielen waarin psychosociale belasting een belangrijke rol speelt, het 'slechtst' scoren op de

gezondheid, het verzuim en/of de inzetbaarheid van de in deze profielen vallende zzp'ers.

Zzp'ers in het profiel waar psychosociale belasting als gevolg van de intensiteit het primaire risico vormt en zwaar werk en een gevaarlijke werkomgeving secundaire risico's (risicoprofiel 3) scoren relatief (het) slecht(st) op de meeste indicatoren. Profiel 4 waarin psychosociale belasting (als gevolg van beperkte autonomie, eentonig werk en/of ongewenst gedrag) de primaire risicofactor en het werken met gevaarlijke stoffen de secundaire risicofactor is, valt op door het hoogste verzuim- en ongevallenpercentage. In vergelijking met de andere profielen scoort dit profiel niet opvallend 'slecht' op de indicatoren voor gezondheid, verzuim en inzetbaarheid.

Profielen 1 en 2 hebben overeenkomende primaire risicofactoren, namelijk fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving. Profiel 1, waarin daarnaast psychosociale belasting een risico is, scoort in het algemeen slechter op de indicatoren dan profiel 2. Iets vergelijkbaars doet zich voor bij profiel 5 en 6. Deze hebben beide beeldschermwerk als primair risico. Profiel 5 heeft daarnaast psychosociale belasting als bijkomend risico. Dit profiel scoort iets slechter op de indicatoren dan profiel 6.

In de tweede plaats blijkt dat de profielen 5 en 6 die worden gekenmerkt door beeldschermwerk (vaak beduidend) beter scoren op de indicatoren dan de overige sectoren.

Gezien de prevalentie van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen en beroepsziekten is vooral behoefte aan arbeidsgerelateerde zorg:

- onder zzp'ers in zware beroepen en/of met gevaarlijk werk, en
- onder degenen onder hen die onder psychosociale druk staan.

Naar bedrijfssectoren vertaald, gaat het primair om zzp'ers in:

- landbouw en visserij
- nijverheid en energie
- bouwnijverheid
- handel
- vervoer en opslag
- horeca
- gezondheids- en welzijnszorg
- zakelijke dienstverlening.



tabel 10

Samenhang blootstelling arbeidsrisico's, gezondheid, mate van verzuim en inzetbaarheid  
zzp'ers naar sectoren

Risicoprofiel	Kenmerkende arbeidsrisico's	Algemene relatieve score voor gezondheid, verzuim en inzetbaarheid	Relatief veelvoorkomende 'klachten'	Dominante bedrijfs-economische sectoren	Aandeel zzp'ers in steekproef (ZEA; N=4.338)	Aandeel zzp'ers in populatie (geschat op basis steekproef)
<b>1</b> Fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving in combinatie met psychosociale belasting a.g.v. intensiteit van het werk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysiek zwaar werk</li> <li>Gevaarlijke werkvloer</li> <li>Blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> <li>Lange werkweek</li> <li>Enige verstoring werk-privébalans</li> </ul>	Slecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaak burn-out</li> <li>Vaak arbeidsongevallen</li> <li>Hoge prevalentie beroepsziekten, m.n. gehoor en lage rug</li> <li>Hoog ziekteverzuim</li> <li>Matige fysieke inzetbaarheid</li> <li>Zeer lage toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bouwnijverheid</li> <li>Nijverheid, energie</li> <li>Land-, bosbouw, visserij</li> </ul>	19,3%	22,1%
<b>2.</b> Fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fysiek zwaar werk</li> <li>Gevaarlijke werkvloer</li> <li>Blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	Slecht/goed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weinig burn-out</li> <li>Matig voorkomen arbeidsongevallen</li> <li>Matige prevalentie beroepsziekten, m.n. gehoor en lage rug</li> <li>Hoog ziekteverzuim</li> <li>Matige fysieke inzetbaarheid</li> <li>Lage toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bouwnijverheid</li> <li>Cultuur, overige diensten</li> <li>Land-, bosbouw, visserij</li> <li>Nijverheid, energie</li> </ul>	11,3%	13,4%
<b>3.</b> Psychosociale belasting a.g.v. intensiteit van het werk in combinatie met enige mate van zwaar werk en enigszins gevaarlijk werkomgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hard werken</li> <li>Lange werkweek</li> <li>Verstoring werk-privébalans</li> <li>Enigszins zwaar werk</li> <li>Enigszins gevaarlijke werkomgeving</li> <li>Enige blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	Zeer slecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeer vaak burn-out</li> <li>Matig voorkomen arbeidsongevallen</li> <li>Zeer hoge prevalentie beroepsziekten, m.n. burn-out, RSI en lage rug</li> <li>Zeer hoog ziekteverzuim</li> <li>Matige psychische inzetbaarheid</li> <li>Lage toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handel</li> <li>Gezondheids-, welzijnszorg</li> </ul>	8,9%	9,6%
<b>4.</b> Psychosociale belasting in combinatie met blootstelling aan gevaarlijke stoffen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lage autonomie</li> <li>Eentonig werk</li> <li>Ongewenst gedrag</li> <li>Enige blootstelling aan gevaarlijke stoffen</li> </ul>	Slecht/goed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redelijk vaak burn-out</li> <li>Zeer vaak arbeidsongevallen</li> <li>Matige prevalentie beroepsziekten, m.n. psychisch</li> <li>Zeer hoog ziekteverzuim</li> <li>Matige psychische inzetbaarheid</li> <li>Matige toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nijverheid, energie</li> </ul>	5,5%	6,0
<b>5.</b> Beeldschermwerk in combinatie met enige psychosociale belasting a.g.v. de intensiteit van het werk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beeldschermwerk</li> <li>Enige verstoring werk-privébalans</li> </ul>	Goed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redelijk vaak burn-out</li> <li>Zeer weinig arbeidsongevallen</li> <li>Lage prevalentie beroepsziekten, m.n. RSI en burn-out</li> <li>Zeer laag ziekteverzuim</li> <li>Redelijke psychische inzetbaarheid</li> <li>Hoge toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zakelijke dienstverlening</li> <li>Informatie, communicatie</li> <li>Onderwijs</li> <li>Gezondheids-, welzijnszorg</li> </ul>	30,6%	27,1
<b>6.</b> Beeldschermwerk	Beeldschermwerk	Goed	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weinig burn-out</li> <li>Zeer weinig arbeidsongevallen</li> <li>Lage prevalentie beroepsziekten, m.n. RSI en lage rug</li> <li>Zeer laag ziekteverzuim</li> <li>Redelijke inzetbaarheid</li> <li>Hoge toekomstige inzetbaarheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zakelijke dienstverlening</li> <li>Informatie, communicatie</li> <li>Gezondheids-, welzijnszorg</li> </ul>	24,5%	21,7%
<b>Totaal</b>					100,0%	100,0%

Bron: Panteia berekend op basis van ZEA 2017

## 6 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers nu en in de toekomst – zzp'ers aan het woord

*Dit hoofdstuk is tot stand gekomen in samenwerking met K. Proper & S. van Oostrom (RIVM).*

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we vanuit het perspectief van zzp'ers zelf nader in op de behoeften van zzp'ers omtrent arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 2c), verklaringen voor de beperkte toegang tot en gebruik van arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 4a) en factoren die bevorderend dan wel belemmerend zijn voor zzp'ers bij de toegang tot en gebruik van arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 4b).

In 17 telefonisch of via video call afgenomen interviews met zzp'ers, is gesproken over de toegang van zzp'ers tot arbeidsgerelateerde zorg in het algemeen en voor hen persoonlijk in het bijzonder. Ook is in deze interviews de mening gevraagd over het voorstel van de Stichting van de Arbeid om arbeidsgerelateerde zorg te koppelen aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Behalve de individuele interviews zijn via een beeldverbinding twee groepsgesprekken over deze onderwerpen gehouden met in totaal negen zzp'ers.

Naast zzp'ers zelf, hebben we – eveneens telefonisch of via video call – vertegenwoordigers geïnterviewd van vier zzp-organisaties: ZZP Nederland, Platform Zelfstandige Ondernemers, Zelfstandigen Bouw en FNV Zelfstandigen.

### 6.2 Achtergrond van de geïnterviewde zzp'ers

In totaal hebben 26 zzp'ers deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan 18 vrouwen en acht mannen. De variatie in het aantal jaren dat zij werkzaam zijn als zzp'er is groot, namelijk tussen de één en dertig jaar. Ook de beroepen van de geïnterviewde zzp'ers verschillen. Zeven zzp'ers werken als coach, consultant of (communicatie-)adviseur, zes werken in een niet-zorggerelateerd fysiek zwaar beroep (bouw, koerier, mode), zes in de (alternatieve) zorg en twee in de juridische sector. De overige vijf zzp'ers zijn interieurontwerper, manager, eventmanager, onderzoeker en eigenaar van een webshop. Sommige van deze zzp'ers geven aan dat het een bewuste keuze is om als zelfstandige te werken (met name vanwege de grotere vrijheid), bij anderen is het min of meer zo gelopen of was het in hun beroep geen optie in loondienst te werken. Twee zzp'ers werken naast hun werk als zzp'er ook in loondienst bij een werkgever.

### 6.3 Vignetten: werkgerelateerde gezondheidsrisico's en voorzorgsmaatregelen in theorie

Aan de zzp'ers is een tweetal vignetten voorgelegd over een hypothetische zzp'er en diens werk-, en thuissituatie, gezondheid en inkomen (zie kader). De geïnterviewden is gevraagd:

- of de zzp'er in het vignet gezondheidsrisico's loopt en zo ja, welke
- welke maatregelen hij/zij kan nemen om deze risico's zoveel mogelijk uit te sluiten
- of hij/zij zelf verantwoordelijk is voor optredende gezondheidsproblemen en daarmee gepaard gaand inkomensverlies



- wat een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar kan doen om de gezondheidsproblemen te voorkomen.

De vignettenmethode maakt gebruik van hypothetische situaties waarin gedrag en omstandigheden op basis van aan de literatuur ontleende inzichten worden gevarieerd. Door in het gesprek met geïnterviewden uit te gaan van deze hypothetische situaties is de kans op sociaal-wenselijke antwoorden kleiner dan bij vragenlijstonderzoek (Atzmüller & Steiner, 2010).

#### **Vignet 1: Dakdekker Hendrik**

a. Hendrik is vorige week drieënvijftig jaar oud geworden. Hij en zijn vrouw hebben drie puberdochters. Zijn vrouw werkt niet; Hendrik is kostwinner. Hendrik werkt al dertig jaar als dakdekker. Eerst heeft hij 21 jaar in loondienst gewerkt, maar na ontslag door de financiële crisis is hij in 2011 zzp'er geworden. Het werk is fysiek zwaar, zo heeft hij af en toe last van zijn rug, maar de zaken lopen goed.

b. De situatie van Hendrik verandert. Hij heeft steeds vaker last van zijn rug. Na een paar maanden blijkt dat hij chronische rugpijn heeft. De dokter geeft aan dat Hendrik in ieder geval de komende maanden geen zwaar werk mag doen, Dit betekent dat hij voorlopig niet meer als dakdekker kan werken en dus ook geen geld kan verdienen. De kans is groot dat Hendrik nooit meer als dakdekker aan de slag mag van de arts. Hendrik heeft geen arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten.

#### **Vignet 2: ICT-er Laila**

a. Laila is een 29-jarige ICT-er. Drie jaar geleden is zij voor zichzelf begonnen en een bedrijf gestart in de ICT-beveiliging. Los van kennismakingsgesprekken met opdrachtgevers op locatie werkt Laila vrijwel altijd thuis. Ze maakt lange werkdagen. Ze heeft geen aparte werkkamer, daarom werkt ze elke dag aan de eettafel op haar computer. Laila heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij een private verzekeraar.

b. Laila heeft de laatste tijd veel last van haar schouders en handen. Ze bezoekt de huisarts die vaststelt dat ze een peesontsteking in haar schouder heeft. De oorzaak is langdurig werken in een houding die niet goed is voor het lichaam. Haar schouders en handen mag Laila voorlopig maar beperkt belasten en daarnaast krijgt ze fysiotherapie. Dit betekent dat ze de komende nog maar drie uur per dag (beeldscherm)werk kan doen en dus minder moet werken. Het is onduidelijk hoe lang haar herstel zal duren. Omdat de arbeidsongeschiktheidsverzekering een wachttijd heeft van twee jaar, moet ze haar spaargeld aanspreken.

#### **6.3.1 Gezondheidsrisico's**

Alle geïnterviewde zzp'ers zijn er van overtuigd dat zowel Hendrik als Laila risico lopen op gezondheidsproblemen. Hendrik loopt daarnaast risico op een arbeidsongeval door het werken op hoogte en het werken met vuur en gevaarlijke stoffen.

De risico's voor Hendrik hangen in de eerste plaats samen met zijn fysiek zware beroep, waarbij zijn leeftijd meespeelt en hij al geplaagd wordt door rugklachten, en contact met gevaarlijke stoffen. Het fysiek zware werk en het werken met



gevaarlijke stoffen kunnen leiden tot klachten aan het bewegingsapparaat, de luchtwegen, huid en ogen. Zo werd gezegd:

*"Voordat hij met pensioen kan gaan, is hij versleten."*



Ook zien meerdere geïnterviewde zzp'ers risico op stress, vanwege het feit dat hij verantwoordelijk is voor het inkomen van een gezin met drie opgroeiende puberdochters. Stress hoeft volgens de geïnterviewden weliswaar niet direct tot uitval te leiden, maar vergroot in Hendriks beroep ook de kans op ongelukken.

De meeste geïnterviewden zijn van mening dat Laila onverantwoorde risico's neemt doordat ze niet werkt op een werkplek die voldoet aan de arbo-eisen. Volgens een aantal geïnterviewden is dit vragen om problemen.

De geïnterviewden voorzien RSI-klachten aan handen, schouders, e.d. Daarnaast verwachten ze dat Laila als gevolg van de lange werkdagen, de (veronderstelde) weinige sociale contacten en het onvoldoende gescheiden zijn van de privé- en werkomgeving, blootstaat aan stress met mogelijk een burn-out of depressie als gevolg.

### 6.3.2 Maatregelen om risico's te voorkomen

#### Letten op en investeren in de eigen gezondheid

De geïnterviewde zzp'ers 'adviseren' zowel Hendrik als Laila veel aandacht te hebben voor hun lichamelijke en geestelijke gezondheid: gezond eten, voldoende momenten voor ontspanning, genoeg slapen, bewegen en sporten.

*"Het maakt eigenlijk niet uit wat hij doet, al maakt hij maar een wandelingetje 's avonds om zijn lichaam op een andere manier te belasten. Wil je je spieren en lijf gezond houden, dan moet je er ook zelf wat voor doen."*



Omdat al er langer sprake is van klachten, hadden zowel Hendrik als Laila eerder naar de huisarts moeten gaan.

*"Zzp'ers zijn erg afhankelijk van hun lichaam en dienen daar dus goed voor te zorgen."*



Omdat beeldschermwerk slecht is voor de ogen, adviseert een geïnterviewde Laila haar ogen jaarlijks te laten controleren en zo nodig goede visuele hulpmiddelen aan te schaffen. Zowel Hendrik als Laila zouden gebruik moeten maken van de diensten van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of coach. Volgens meerdere geïnterviewde zzp'ers zou een zzp'er een netwerk van verzorgers/begeleiders moeten organiseren waarop hij/zij kan terugvallen.

#### Gezond en veilig werken

Hendrik en Laila zouden zichzelf moeten (laten) informeren over veiligheids- en gezondheidsrisico's op het werk en daartegen te nemen preventiemaatregelen. Ze



moeten investeren in veilig materiaal. Voor Hendrik gaat het daarbij om veilige ladders, steigers, zekeringen en andere veiligheidsvoorzieningen, zoals een bril en handschoenen. Bij Laila wordt gewezen op het belang van een ergonomisch ingerichte werkplek. Ook is het belangrijk om assertief te zijn naar de opdrachtgever en duidelijk grenzen aan te geven.

Dit soort investeringen hoort volgens de geïnterviewde zzp'ers nu eenmaal bij het ondernemerschap. Bij Laila wordt opgemerkt dat een ergonomische werkplek relatief weinig geld kost. Eén geïnterviewde merkt op dat Hendrik zich waarschijnlijk een verkeerde tiltechniek/-houding heeft aangeleerd, waar op deze leeftijd niet veel meer aan te veranderen valt.

*"Het is vreemd dat mensen als werknemer voorzieningen zoals veilige ladders en steigers eisen en er als zzp'er om kostenoverwegingen vanaf zien.*



*"Sowieso een werkplek creëren en optimaliseren. Goede bureaustoel, goed toetsenbord, goede muis. Ergonomisch. Dit zijn dingen die weinig kosten en veel profijt opleveren.*



#### Realistische planning en sociaal contact

Laila zou na elke twee werkuren een pauze moeten inlassen. Omdat voor haar vereenzaming op de loer ligt, adviseert een aantal geïnterviewden haar contacten buiten de deur te hebben/zoeken. Een voor de hand liggende mogelijkheid is (voor een deel van de tijd) te werken op een kantoor voor zelfstandig ondernemers. Dit biedt niet alleen een inspirerende werkomgeving, maar lost tegelijkertijd het probleem van de ergonomisch onverantwoorde werkplek op. Ook zou Laila realistische doelen moeten stellen om stress-gerelateerde klachten te voorkomen:

*"Je kunt geen 8 uur werk inplannen in zes uur.*



#### Financiële buffer

Ook adviseren de geïnterviewde zzp'ers Hendrik en Laila een financiële buffer aan te leggen voor slechtere tijden. Voor beginnende zzp'ers is dit mogelijk lastig, maar Hendriks zaken lopen goed en Laila heeft dit kennelijk gedaan.

Het opbouwen van een financiële buffer is des te meer van belang wanneer het niet mogelijk is vanwege de voorwaarden of (hoge) kosten een arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. Een enkeling noemt de mogelijkheid van een broodfonds, eventueel om de eigen risicoperiode van een arbeidsongeschiktheidsverzekering te kunnen overbruggen. Wat Hendrik betreft is veelvuldig opgemerkt dat zijn vrouw voor aanvullend dan wel vervangend inkomen kan zorgen.

#### Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Een aantal van de geïnterviewde zzp'ers vindt dat Hendrik een arbeidsongeschiktheidsverzekering had moeten afsluiten. Eén geïnterviewde zzp'er

geeft aan dat Laila misschien beter nog geen arbeidsongeschiktheidsverzekering had kunnen nemen, omdat ze door haar jonge leeftijd nu nog weinig risico loopt op gezondheidsproblemen.

De geïnterviewden zijn van mening dat een verzekeraar zzp'ers die een arbeidsongeschiktheidsverzekering afsluiten, zou moeten voorlichten over de specifieke risico's van het beroep en mogelijke voorzorgsmaatregelen. Daarnaast zou de verzekeraar aan preventie moeten doen door verzekerden regelmatig een health check of coaching en toegang tot arbozorgverleners te bieden. De verzekeraar heeft hier zelf ook (financieel) belang bij. Enkele geïnterviewde zzp'ers geven aan dat hun verzekering mogelijkheden biedt voor een gezondheidscheck en coaching. Een van de deelnemers geeft aan dat de verzekeraar maandelijks een blad uitgeeft over wat er in de gezondheidszorg speelt. Deze zzp'ers zijn positief over de geboden preventieve arbozorg door hun verzekeraar. Het is hierbij wel belangrijk dat er voldoende expertise is bij de verzekeraar over de verschillende gezondheidsproblemen die kunnen ontstaan bij verschillende beroepsgroepen.

Een behoorlijk aantal deelnemers aan het onderzoek is huiverig over de bemoeienis van de verzekeraar met preventie. Het niet opvolgen van adviezen en/of inzicht van de verzekeraar in de gezondheid van een verzekerde zou gevolgen kunnen hebben voor de premiehoogte of de claimbeoordeling. Daarom vinden zij dat voorlichting en preventieve zorg los moet staan van de verzekeraar. Hiervoor zou je volgens enkele geïnterviewden terecht moeten kunnen bij een speciaal adviescentrum. Een aantal geïnterviewde zzp'ers oppert de voorlichting te koppelen aan de inschrijving bij de Kamer van Koophandel of de Belastingdienst.

#### Tijdig omzien naar ander werk

Zeker iemand in een fysiek zwaar beroep als Hendrik zou zich (al hebben) moeten oriënteren op mogelijkheden om fysiek minder zwaar werk te doen. Hij zou bijvoorbeeld iemand kunnen inhuren om samen het zware (til)werk te doen. Als dat ook lastig is, zou hij de aard van zijn werkzaamheden kunnen veranderen. Te denken valt bijvoorbeeld aan het in dienst nemen van werknemers zodat hij zichzelf meer met het management en de marketing kan bezighouden. Ook kan hij zich omscholen, bijvoorbeeld door opleider van dakdekkers te worden of meer als adviseur op zijn vakgebied te gaan werken.

*"Je moet als zzp'er niet op één paard gokken."*

”

Het idee van omscholen is volgens sommigen in theorie makkelijker dan het in de praktijk is. Het is de vraag of Hendrik over voldoende vaardigheden beschikt om nog iets anders te leren. Ook beginnen sommige mannen al op jonge leeftijd als zzp'er in de bouw, juist omdat zij liever aan het werk zijn dan in de schoolbanken zitten.

*"Omscholingsmogelijkheden zijn niet voor iedereen weggelegd"*

”



*"Er is natuurlijk altijd een vorm van omscholing. Ik kan mezelf niet verplaatsen in de situatie van Hendrik. Ik ben zelf in de stoffering werkzaam en ik zou niet weten wat ik anders moest doen. Is Hendrik ook capabel om een lichter beroep uit te voeren? Kan hij binnenshuis dingen doen als dakdekker? Ik weet het niet.*



### 6.3.3 Verantwoordelijkheid voor gezondheids- en daaruit voortvloeiende inkomensproblemen

#### Zzp'er is verantwoordelijk

Op de vraag of Hendrik en Laila verantwoordelijk zijn voor hun gezondheids- en daarmee gepaard gaande financiële problemen, is een aantal van de geïnterviewde zzp'ers van mening dat dit het geval is, omdat zij deze verantwoordelijkheid zien als onderdeel van het vrije ondernemerschap.

*"Niemand gaat tegen je zeggen: Hendrik, gaat het allemaal nog wel goed met je? Je bent zelf verantwoordelijk voor je gezondheid.*



Het nemen van eigen verantwoordelijkheid vertaalt zich volgens de geïnterviewde zzp'ers in het nemen van de in paragraaf 6.3.1 en 6.3.2 genoemde maatregelen. Zo is de link gelegd tussen de verantwoordelijkheid voor gezondheidsproblemen en leefstijl:

*"Het is gewoon zwaar werk, en het is ook het lichaam waarmee je moet handelen. Als hij zware shag rookt en 120 kg is, dan had hij iets moeten doen, maar als hij vitaal is en elke avond een rondje gaat fietsen .....*



In het geval van Laila is erop gewezen dat ze beter en realistischer had kunnen plannen:

*"Omdat ze heel veel uren draait, zijn armen en schouders snel overbelast. Ze had een andere dagindeling kunnen maken, om het uur oefeningetjes kunnen doen, etc.*



#### Zzp'er is in principe verantwoordelijk, maar .....

Sommige zzp'ers merken op dat er omstandigheden kunnen zijn waarin zzp'ers minder verantwoordelijk zijn voor hun gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een zwak gestel of beperkte financiële mogelijkheden om maatregelen te nemen.

Veel geïnterviewde zzp'ers vinden de vraag of Hendrik en Laila verantwoordelijk zijn voor hun gezondheidsproblemen lastig te beantwoorden. Zij vinden weliswaar dat een zzp'er verantwoordelijk is voor zijn/haar eigen gezondheid en inkomen, maar werpen de vraag op waar deze eigen verantwoordelijkheid ophoudt. Een aantal

zzp'ers is door economische omstandigheden gedwongen tegen wil en dank voor het zzp-schap te kiezen. Moeten zij volledig verantwoordelijk worden gehouden voor uit het systeem voortvloeiende risico's?

*"Het zzp-schap is in Nederland een uit de hand gelopen business model geworden, waarvan niet de Hendriksen van deze wereld maar anderen profiteren. Dat is een maatschappelijk probleem, dat boven Hendrik uitstijgt. Daar komt de overheid in beeld.*



Een enkele geïnterviewde acht Hendrik en Laila in het geheel niet verantwoordelijk, omdat de voorlichting over de risico's en de daartegen te nemen maatregelen slecht geregeld zijn en zij hierdoor niet op de hoogte (kunnen) zijn.

## 6.4 Werkgerelateerde gezondheidsrisico's en voorzorgsmaatregelen in de praktijk

Na het bespreken van de vignetten is aan de deelnemers gevraagd of ze zelf in hun werk blootstaan aan het risico gezondheidsproblemen op te lopen en welke maatregelen ze daartegen hebben genomen. De antwoorden op deze vragen weerspiegelen in hoge mate de aanleiding van de vignetten genoemde risico's en maatregelen.

### 6.4.1 Gezondheidsrisico's

Vrijwel alle geïnterviewde zzp'ers zien de aan hun werk gerelateerde gezondheidsrisico's. Degenen met lichamelijk zwaar werk (o.a. in de zorg, bouw) zien voor zichzelf voor een belangrijk deel dezelfde risico's als die ze voor Hendrik zien: lichamelijke problemen als gevolg van fysiek zwaar werk, zoals klachten aan het bewegingsapparaat (artrose, nek- en schouderklachten) en spataderen. Bij enkele van hen heeft dit te maken met hun leeftijd (rond zestig jaar). Degenen met veel bureauwerk (o.a. adviseurs, interimmanagers) herkennen de risico's die Laila loopt: lichamelijke problemen als gevolg van een niet-optimaal ingerichte werkplek.

Een aantal geïnterviewden noemt naast bovengenoemde risico's, stress als gevolg van de hoeveelheid werk, deadlines en/of de zorg om de continuïteit van het bedrijf en daarmee van het inkomen. Een aantal geïnterviewde zzp'ers heeft bovendien gezondheidsproblemen die het werk bemoeilijken, zoals reuma, een beenamputatie als gevolg van een werkongeval, een aangeboren lichamelijke handicap, rugklachten, autisme, (andere) chronische aandoeningen en stressgevoeligheid.

### 6.4.2 Maatregelen

Ook zeggen vrijwel alle geïnterviewden maatregelen te nemen tegen de gezondheidsrisico's. Een gezonde leefstijl valt daar zeker onder, zoals beweging en sport, gezonde voeding, het zoeken van ontspanning, maar ook het indelen van de werktijden. Een enkeling geeft aan dat hij het werk als de boekhouding en het onderhoud van de website heeft uitbesteed:

*"Een zzp'er moet niet alles zelf willen doen.*



Geïnterviewde zzp'ers met een zwaar beroep voegen hieraan toe dat ze zich heel bewust zijn van hun lichamelijke conditie en letten op signalen die het lichaam



afgeeft. Een aantal – vooral de wat ouderen – heeft de inhoud van het werk veranderd door bepaalde zware klussen niet meer of minder vaak te doen. Eén van de deelnemers, een glazenwasser, geeft aan dat het praktisch niet altijd mogelijk is om zich aan de arbo-regels te houden. Hij vertelt dat er voor werknemers in loondienst veel arbo-regels zijn, zoals het gebruik van een hoogwerker, maar dat naleving van deze regels voor een zzp'er soms zal leiden tot minder opdrachtgevers.

Geïnterviewden met kantoorwerk hebben op één na allemaal gezorgd voor een goede werkplek. De uitzondering is pas als zzp'er begonnen, maar beseft dat hij dit op korte termijn ook moet doen.

Niemand van de deelnemers heeft als zzp'er ooit een arboprofessional geraadpleegd. Een aantal heeft wel ervaringen opgedaan toen ze nog in loondienst waren. Deze ervaringen hebben echter geleid tot een tamelijk negatief beeld van arboprofessionals. Er zijn vooral zorgen over hoe deskundig, realistisch en onpartijdig de door de hen gegeven adviezen zijn. De meeste deelnemende zzp'ers zeggen gezondheidsproblemen te voorkomen of op te lossen met behulp van hun eigen netwerk van zorgverleners (huisartsen, specialisten, masseurs) of bijvoorbeeld in intervisie met andere zzp'ers. Slechts enkele geïnterviewden (waarvan één mede door het interview op de gedachte gebracht) zouden wel (preventief) een arboprofessional willen raadplegen. Ze weten echter niet hoe dat te doen of vinden het te omslachtig. De meeste geïnterviewde zzp'ers geven aan geen behoefte te hebben aan het preventief inschakelen van een arboprofessional:

*"Ik weet zelf heel goed de risico's en wat je eraan kunt doen. Wat is de noodzaak? Wat is het nut? Als je thuis op de bank blijft zitten, loop je het minste risico. Ik ben een vakman, ik weet wat beter zou kunnen of wat niet goed is.*



Eén van de geïnterviewde zzp'ers merkt op dat ze in haar werk als adviseur regelmatig situaties tegenkomt, waarin mensen – bijvoorbeeld als gevolg van intimidatie – behoefte hebben aan een vertrouwenspersoon. Voor werknemers is deze doorgaans beschikbaar, maar voor zzp'ers niet. Hier zou een oplossing voor moeten komen.

Ongeveer de helft van de geïnterviewde zzp'ers geeft aan een financiële buffer te hebben opgebouwd. Bij twee zzp'ers kan het huishouden zo nodig terugvallen op het inkomen van de partner. Eén geïnterviewde is aangesloten bij een broodfonds, twee (waarvan één een kleine buffer heeft) overwegen dat te doen en één is aangesloten bij SharePeople.

Slechts twee zzp'ers hebben ten tijde van het interview een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De belangrijkste reden waarom de meesten geen arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben zijn de kosten. Zo geeft iemand aan dat hij gedwongen is zzp'er te worden en hij niet in staat is de premie voor een private verzekering op te brengen. Hij is van mening dat de overheid dient te zorgen voor een betaalbaar alternatief. Twee personen hebben hun arbeidsongeschiktheidsverzekering opgezegd vanwege de hoge kosten voor een beperkte dekking. Nog eens twee zzp'ers hadden een arbeidsongeschiktheidsverzekering willen afsluiten, maar zijn hiervoor niet geaccepteerd.

## 6.5 Koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering

### 6.5.1 Voorstel Stichting van de Arbeid

Op verzoek van de minister van SZW heeft de Stichting van de Arbeid een voorstel gedaan voor de vormgeving van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering (zie kader). Dit voorstel is tijdens de interviews met zzp'ers en stakeholders besproken. Behalve een verzekering voor het inkomen van zzp'ers bij arbeidsongeschiktheid, is de verzekering zoals voorgesteld door de Stichting van de Arbeid evenals de private arbeidsongeschiktheidsverzekering een instrument voor het aanbieden van arbozorg. In het voorstel begint de re-integratie zodra de wachttijd ingaat. Dit betekent derhalve dat de verzekerde reeds (tijdelijk) arbeidsongeschikt is op het moment dat de verzekeraar op re-integratie gerichte zorg aanbiedt.

#### Keuze voor zekerheid: voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers (Stichting van de Arbeid, 2020)

##### Wie?

- Verplicht voor alle zzp'ers.
- Mogelijk uitsluiting agrarische sector<sup>9</sup>.

##### Wat?

- Standaarduitkering: 70% laatstverdiende inkomen tot maximaal 143% WML (ca. 30.000 euro per jaar).  
Maximale standaarduitkering: ca. 1.650 euro bruto per maand.
- Standaard wachttijd (eigen risicoperiode): 52 weken.  
Mogelijkheid wachttijd aan te passen naar 26 of 104 weken.
- Bestaande private verzekeringen worden geëerbiedigd.
- *Opt-out*: zzp'ers hebben de mogelijkheid een minstens vergelijkbare private verzekering af te sluiten (te beoordelen aan de hand van een toetsingskader).
- Aanvullende verzekering: zzp'ers kunnen zich bovenop de publieke verzekering aanvullend privaot verzekeren.
- Arbeidsongeschiktheids criterium: gangbare arbeid.
- Looptijd: tot AOW-leeftijd.

##### Uitvoering

- Belastingdienst: inning premie.
- UWV: claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie tijdens de wachttijd.
- Arbocentrum: rol bij de re-integratie.

Voor de Stichting van de Arbeid is UWV beoogd uitvoerder van de verzekering. Deze organisatie zou verantwoordelijk worden voor de claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie.

De Stichting van de Arbeid stelt verder voor "om voor een effectieve re-integratie" een uit de premie-inkomsten gefinancierd Arbocentrum voor zelfstandigen in te richten. In dit centrum "wordt specifieke kennis op het gebied van arbeidsgezondheidszorg samengebracht om zo effectieve interventies voor herstel en werkhervatting als zelfstandige te bewerkstelligen." De Stichting van de Arbeid lijkt er vanuit te gaan dat

<sup>9</sup> Alle ondernemingen waarvan de SBI-codes beginnen met een getal tussen 011 en 016 zouden dan kunnen worden uitgesloten.



deze kennis wordt ingebracht door "sectorale instituties" (2020). Hoewel de Stichting van de Arbeid het Arbocentrum verder nauwelijks invult, lijkt het erop dat dit centrum vooral een rol heeft bij de re-integratie en niet bij preventie.

#### *6.5.2 Verdeeldheid over een verplichte verzekering en behoefte aan arbeidsgelateerde zorg*

De geïnterviewde zzp'ers zijn verdeeld over de invoering van een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zzp'ers die voor een verplichte verzekering zijn, geven aan dat het belangrijk is om zzp'ers tegen zichzelf in bescherming te nemen. Zzp'ers die tegen deze verzekering zijn, benadrukken hun behoefte aan vrijheid om hun eigen keuzes te maken. Eén geïnterviewde is principieel tegen een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Volgens hem is dit de verkeerde oplossing voor het probleem dat veel zzp'ers, zoals Hendrik, zijn gedwongen tegen lage tarieven te werken. Ze zijn daardoor niet in staat maatregelen te treffen tegen beroepsrisico's en inkomensderving, zoals het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering. Deze persoon is van mening dat de overheid zou moeten zorgen voor minimale tarieven voor zzp'ers, zodat ze wél geëigende maatregelen kunnen nemen.

De behoefte aan arbeidsgelateerde zorg is wisselend. Sommige geïnterviewden geven aan dat ze weinig toegevoegde waarde zien bovenop de reguliere (huisartsen)zorg. De specialist of psycholoog kan immers ook werkgerelateerde klachten behandelen als blijkt dat het probleem met het werk te maken heeft. Andere geïnterviewden geven aan dat zij wel advies zouden willen op het moment dat er klachten zijn ontstaan, mits dit een deskundig advies is, bij voorkeur van iemand met specifieke kennis over het vakgebied (of iemand die weet naar wie hij je het best kan doorverwijzen). Er is bij de zzp'ers nauwelijks behoefte aan preventieve arbeidsgelateerde zorg.

De geïnterviewde zzp'ers zijn ook verdeeld over het koppelen van arbeidsgelateerde zorg aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Sommigen zijn voorstander van het voorstel, omdat het kan dienen als stok achter de deur om zelf betrokken te zijn bij preventie van gezondheidsproblemen. Anderen echter zijn tegen, omdat volgens hen sprake is van een overdaad aan regulering, ze zich zorgen maken over de betaalbaarheid (hoge premie) of omdat ze (preventieve) arbeidsgelateerde zorg niet als zinvol beschouwen. Wat betreft preventieve arbeidsgelateerde zorg merkt een geïnterviewde het volgende op:

*"Ik heb geen tijd om begeleid te worden over mogelijke gezondheidsproblemen die zouden kunnen ontstaan in de toekomst.*



Over het algemeen kijken de vertegenwoordigers van de zzp-organisaties hier anders tegenaan dan de individuele zzp'ers. Drie van de vier geïnterviewde vertegenwoordigers vinden het noodzakelijk dat arbeidsgelateerde zorg wordt gekoppeld aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zij zien de risico's van de zzp'ers en geven aan dat veel zzp'ers met gezondheidsproblemen vaak te lang doorwerken om inkomensderving te voorkomen. Bovendien hebben huisartsen te weinig kennis van arbeidsgelateerde problematiek en verwijzen ze niet of nauwelijks door naar een deskundige op dit gebied. Door een verzekering kan dit



worden voorkomen. Van belang is dan wel dat zzp'ers zich zo snel mogelijk na het ontstaan van de klachten melden, zodat tijdens de wachttijd al aan herstel van de gezondheidsklacht en re-integratie kan worden gewerkt. Eén van deze vertegenwoordigers zou nog liever een volledige ontschotting zien van de reguliere en arbeidsgerelateerde zorg, zodat voor alle werkenden dezelfde voorzieningen beschikbaar zijn.

Deze 'ontschottingsvisie' wordt gedeeld door sommige geïnterviewde zzp'ers. Zij zijn van mening dat de arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers moet worden geïntegreerd in bestaande zorgstructuren en dat er geen aparte structuur voor zzp'ers moet worden opgetuigd. Ook geven zij aan dat er al veel van de benodigde zorg voor zzp'ers door de reguliere gezondheidszorg wordt geleverd en door de zorgverzekeraars vergoed, waar gebruik van kan worden gemaakt. Ze pleiten voor een grotere rol van de huisarts en een betere samenwerking tussen huisartsen- en arbeidsgerelateerde zorg. Kortom, er lijkt een zeker draagvlak te zijn voor een integraal zorgsysteem waar de arbeidsgerelateerde zorg onderdeel van is.

In tegenstelling tot de meeste geïnterviewde zzp'ers kennen de zzp-organisaties over het algemeen een groot belang toe aan preventieve zorg. Echter verwachten ze dat zzp'ers hier moeilijk mee te bereiken zijn, omdat dit voor de meeste zzp'ers geen onderwerp is. Om die reden wordt aangestuurd op voorlichting en bewustwording. Eén van de vertegenwoordigers oppert de mogelijkheid opdrachtgevers te verplichten dezelfde preventieve zorg te hebben voor de door hen ingehuurde zzp'ers als voor hun werknemers, maar het probleem hierbij is dat particuliere opdrachtgevers hiertoe niet kunnen worden verplicht. Een ander merkt op dat voor zzp'ers een incentive (bijvoorbeeld gevolgen voor de hoogte van de uitkering) ingebouwd zou kunnen worden om van de preventieve zorg gebruik te maken. Ze zullen hier volgens de vertegenwoordigers van de zzp-organisaties anders niet in willen investeren, omdat ze (op korte termijn) geen opbrengst zien. Dit komt overeen met het beeld dat uit de interviews met de individuele zzp'ers naar voren is gekomen.

Een vertegenwoordiger van een zzp-organisatie deelt de hierboven beschreven mening van zijn collega's niet helemaal en vindt dat de bestaande toegang tot curatieve zorg (huisartsen en specialisten) voldoende is. Rekening houdend met het gegeven dat vooral zzp'ers in fysiek zware beroepen hun beroep niet tot hun AOW-leeftijd kunnen uitoefenen, hecht deze vertegenwoordiger vooral aan tijdige begeleiding in de vorm van loopbaan- en omscholingsprojecten. Hierbij kan gedacht worden aan begeleiding door arbeidsdeskundigen en loopbaanadviseurs. Dit lijkt overeen te komen met de visie van de meeste individuele zzp'ers, van wie vooral zzp'ers in een fysiek zwaar beroep aangaven zich indien nodig te willen laten omscholen.

### *6.5.3 Uitvoering door UWV*

In de interviews is het voorstel van de Stichting van de Arbeid waarin het UWV de claimbeoordeling, de re-integratie en uitkeringsverstrekking op zich neemt, besproken. De meningen verschillen hierover. Sommige zzp'ers zien hier weinig heil in vanwege slechte ervaringen met het UWV toen ze nog in loondienst waren.

Over het algemeen hebben de vertegenwoordigers van de zzp-organisaties begrip voor de aan UWV toegewezen rollen (claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie), maar zetten vraagtekens bij de benodigde capaciteit en



deskundigheid. UWV zou vooral weinig kennis hebben van preventie en re-integratie. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor specifieke zaken die bij de re-integratie van zzp'ers om de hoek komen kijken (hoe bied je hen aangepast werk?) en voor de verscheidenheid aan zzp'ers. Er is opgemerkt dat de kennis bij de private verzekeraars op dit gebied veel groter is. Volgens een peiling onder de leden van een zzp-organisatie, zouden zzp'ers in meerderheid positief staan tegenover een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering, maar niet tegenover uitvoering daarvan door UWV.

#### 6.5.4 Arbocentrum

Een krappe meerderheid van de geïnterviewde zzp'ers ziet meerwaarde in het inrichten van een Arbocentrum voor zzp'ers. Ze zien dit vooral als een centrum waar zzp'ers terecht kunnen met vragen, dat voorlichting geeft over risico's en preventieve maatregelen, dat zzp'ers preventieve programma's biedt en dat hen zo nodig doorverwijst naar zorgverleners. Voor een groot deel kan het centrum digitaal en/of telefonisch worden vormgegeven. Een enkele geïnterviewde merkt op dat ook de mogelijkheid van face-to-face contact wenselijk kan zijn. Het is vooral belangrijk dat het centrum kennis heeft van en gevoel voor de situatie van de zzp'ers en van de verschillende beroepen. Om deze reden wordt gepleit voor inbreng van de sectoren binnen het Arbocentrum.

Opnieuw merkt een aantal zzp'ers op dat zoveel mogelijk moet worden aangesloten bij bestaande voorzieningen, zoals arbodiensten waar al veel kennis voorhanden is. Ook merken enkelen wederom op dat de verzekeraar geen inzicht moet hebben in verstrekte adviezen en medische gegevens. Om dit te voorkomen, zouden de Kamer van Koophandel en de Belastingdienst een rol kunnen spelen in de verstrekking van op preventie gerichte informatie.

Een minderheid van de zzp'ers ziet niets in het plan voor het Arbocentrum. Zij zien geen nut in het oprichten van een speciaal centrum voor ondernemers. In dit verband werden de volgende opmerkingen gemaakt.

*"Als ik iets mankeer, ga ik naar de huisarts ...*



*"Ik denk niet dat iemand mij kan vertellen wat beter kan, terwijl het wel rendabel blijft.*



Hoewel de vertegenwoordigers van de zzp-organisaties in principe positief staan tegen een Arbocentrum voor zzp'ers, hebben ze behoefte aan een uitwerking ervan. In lijn met een eerder gemaakte opmerking, zou het centrum zich moeten toelagen op de loopbaanadvisering en omscholing van zzp'ers die hun beroep niet tot de AOW-leeftijd kunnen uitoefenen. Het centrum zou ook als meldpunt voor ziekte kunnen optreden en zzp'ers doorverwijzen naar zorgverleners. Er is echter twijfel of een centrum de toegankelijkheid van de zorg voor zzp'ers daadwerkelijk beter maakt, omdat zzp'ers zo'n centrum waarschijnlijk moeilijk weten te vinden. Daarom is het belangrijk dat huisartsen doorverwijzen naar het centrum wanneer ze arbeidsgerelateerde problematiek constateren.

Door de vertegenwoordigers van de zzp-organisaties wordt gewezen op het belang van het bundelen van bestaande kennis. Ze pleiten ervoor zo weinig mogelijk nieuwe organen in het leven te roepen. Zo denkt een deelnemer aan virtuele centra op regionaal niveau waar huisartsen in een regio gemakkelijk een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige kunnen inschakelen.

#### 6.5.5 Financiering

Een aantal zzp'ers vindt een lichte premieverhoging acceptabel als het om een goed functionerend centrum gaat. Volgens een aantal van hen kan de premie vanwege de effecten van de preventie wellicht worden verlaagd. Wel zijn er zorgen om de betaalbaarheid voor zzp'ers met een laag inkomen.

De financiering van een Arbocentrum en van de eventuele aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering te koppelen zorg, moet volgens de vertegenwoordigers van zzp-organisaties worden gefinancierd uit de premie van de verzekering, of eventueel uit de algemene middelen. Een van de vertegenwoordigers hikt aan tegen de betaalbaarheid van de premie voor de zzp'ers met de laagste inkomens. Voor deze zzp'ers zou een mogelijkheid moeten zijn de premie te laten betalen door hun opdrachtgevers of door hen vrij te stellen van premiebetaling. Dit laatste vraagt weer om solidariteit tussen zzp'ers. Een andere vertegenwoordiger van een zzp-organisatie is in dit verband bezorgd dat verzekeraars met producten komen, die het voor beter verdienende zzp'ers aantrekkelijk maken voor de opt-out te kiezen. Daarmee zou de grondslag voor een verzekering voor alle zzp'ers vervallen en zouden alleen zzp'ers met een laag inkomen zich bij de publieke verzekering aansluiten.

## 6.6 Conclusies

In algemene zin kan worden geconcludeerd dat er veel verdeeldheid is binnen de groep zzp'ers waar het gaat om:

- De mate waarin zzp'ers zich bewust zijn van de arbeidsrisico's die zij lopen;
- de maatregelen die genomen worden om met arbeidsrisico's om te gaan;
- de behoefte die er onder zzp'ers bestaat aan arbeidsgerelateerde zorg. Hierbij zijn er ook verschillen tussen de behoeften die individuele zzp'ers hebben en de behoeften die er bestaan onder zzp-organisaties;
- de koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering en de wijze waarop dit vorm zou moeten krijgen.

Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen op deze aspecten samen.

#### 6.6.1 Bewustzijn van risico's

De aan het onderzoek deelnemende zzp'ers zijn zich goed bewust van de gezondheidsrisico's die ze in hun werk lopen. Het gaat daarbij niet alleen om direct aan de aard van het werk verbonden risico's. Ook is veelvuldig gewezen op de stress die het ondernemerschap met zich meebrengt.

#### 6.6.2 Maatregelen

De deelnemende zzp'ers geven aan doorgaans de nodige preventieve maatregelen van technische aard (veiligheidsmateriaal, arboproof werkplek) te nemen. Verder zegt een groot aantal van hen zich bewust bezig te houden met de eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid. Dit doen ze vooral door er een gezonde leefstijl (voeding, sport, ontspanning) op na te houden.



Afgezien van enkele geïnterviewde zzp'ers die een coach of personal trainer in de arm hebben genomen, wordt er nauwelijks gebruik gemaakt van preventieve arbeidsgerelateerde gezondheidszorg. Voor het geval zich gezondheidsproblemen voordoen, wenden zzp'ers zich tot de huisarts en maken zo nodig gebruik van andere eerstelijns zorgaanbieders.

De meeste vertegenwoordigers van de geïnterviewde zzp-organisaties denken hier echter anders over. In hun ogen maken zzp'ers te weinig en te laat gebruik van arbeidsgerelateerde zorg en werken ze te lang door met gezondheidsproblemen. Volgens hen liggen hieraan onwetendheid, ontkenning en kostenoverwegingen aan ten grondslag. Met deze verklaring voor het beperkte zorggebruik sluiten ze nauw aan bij de SRM-theorie.

#### *6.6.3 Behoefte aan arbeidsgerelateerde zorg*

In het verlengde van het voorafgaande zeggen de deelnemende zzp'ers weinig behoefte te hebben aan arbeidsgerelateerde zorg. Als er geen klachten zijn, dus preventief, ziet men de waarde er niet van in. Als er klachten zijn wendt men zich tot de eerstelijnszorg, die volgens de grote meerderheid van de geïnterviewde zzp'ers voldoende zorgmogelijkheden biedt.

Enkele deelnemers aan het onderzoek vinden het wel zinvol preventief met een arboprofessional te spreken. Het is er tot dusver niet van gekomen omdat men de weg niet weet. Een veelvuldig genoemde preventieve zorgbehoefte is de tijdige oriëntatie op omscholingsmogelijkheden of mogelijkheden het werk te verlichten voor zzp'ers in fysiek zware beroepen.

#### *6.6.4 Koppeling arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering*

De meningen van de geïnterviewde zzp'ers over de over de koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering zijn verdeeld. Een enkeling vindt de aandacht voor preventie een goede ontwikkeling. Ook zien enkelen de meerwaarde op het moment dat zich klachten voordoen. De zorgverlener dient wel deskundig te zijn op het vakgebied van de zzp'er en het specifieke karakter van het zzp-schap. Anderen zijn tegen koppeling van arbeidsgerelateerde zorg. Daarnaast zou sprake zijn van overregulering.

De geïnterviewde vertegenwoordigers van de zzp-organisaties erkennen in het algemeen het belang van de koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de verzekering. Om er voor te zorgen dat zzp'ers er daadwerkelijk gebruik van maken, moet worden geïnvesteerd in voorlichting. Daarnaast is voorgesteld het gebruik van preventieve zorg te bevorderen door een financiële prikkel.

#### *6.6.5 Uitvoering door UWV*

Enkele geïnterviewde zzp'ers zien weinig in het plan de verzekering te laten uitvoeren door UWV. Dit heeft vooral te maken met slechte ervaringen met UWV toen ze nog werknemer waren.

Vertegenwoordigers van de zzp-organisaties maken zich zorgen over de capaciteit en kennis bij UWV. De organisatie heeft in hun ogen weinig kennis van zowel preventieve als op re-integratie gerichte arbeidsgerelateerde zorg. Ook zou bij UWV de financiële prikkel ontbreken om zzp'ers weer snel aan de slag te krijgen.

#### 6.6.6 Arbocentrum

Over het algemeen zijn de zzp'ers en vertegenwoordigers van zzp-organisaties positief over een Arbocentrum, waar zzp'ers terecht kunnen met vragen op het gebied van risico's, preventie en gezondheid, en dat hen kan doorverwijzen naar zorgverleners. Daarbij dient het centrum zoveel mogelijk te worden ingebed in bestaande zorgstructuren met een sectorspecifieke inbreng. Geïnterviewden zien een belangrijke rol voor de huisartsen, die zzp'ers naar het centrum kunnen doorverwijzen. Een belangrijke voorwaarde is dat gegevens over preventie en de medische situatie van zzp'ers niet bij de verzekeraar terecht komen.

#### 6.6.7 Financiering

De kosten van de aan de verplichte verzekering te koppelen zorg en het Arbocentrum moeten worden gefinancierd uit de premie en/of de algemene middelen. Een lichte premieverhoging wordt door enkele zzp'ers als acceptabel beschouwd onder de voorwaarde dat het een goed functionerend centrum is. Een aantal van hen verwacht zelfs dat als gevolg van de preventieve zorg, de premie kan worden verlaagd.



## 7 Arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers nu en in de toekomst – stakeholders aan het woord

*Dit hoofdstuk is tot stand gekomen in samenwerking met K. Proper & S. van Oostrom (RIVM).*

### 7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we vanuit het perspectief van stakeholders nader in op de behoeften van zzp'ers omtrent arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 2c), verklaringen voor de beperkte toegang tot en gebruik van arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 4a) en factoren die bevorderend dan wel belemmerend zijn voor zzp'ers bij de toegang tot en gebruik van arbeidsgerelateerde zorg (onderzoeksvraag 4b).

Behalve zzp'ers en hun vertegenwoordigende organisaties (zie hoofdstuk 6) zijn verschillende stakeholders geïnterviewd over de toegang van zzp'ers tot arbeidsgerelateerde zorg en de voorstellen van de Stichting van de Arbeid om deze zorg te koppelen aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Het gaat om:

- huisartsen
- arboprofessionals werkzaam bij arbodienstverleners
- zelfstandige bedrijfsartsen
- private verzekeraars
- twee werkgeversorganisaties
- een brancheorganisatie en enkele beroeps- of belangenverenigingen voor arboprofessionals.

De interviews zijn telefonisch of via video-call afgenomen.

### 7.2 Toegang tot arbeidsgerelateerde zorg

In theorie zijn de diensten van arbodiensten en bedrijfsartsen ook beschikbaar voor zzp'ers. Volgens de verschillende stakeholders maken zzp'ers daar echter niet of nauwelijks gebruik van. Als oorzaak noemen de stakeholders:

- de geringe aandacht voor preventie onder zzp'ers
- het negeren van/beperkte aandacht voor gezondheidsproblemen
- de slechte verbinding tussen reguliere en arbeidsgerelateerde zorg.

#### 7.2.1 Geringe aandacht voor preventieve zorg

Volgens de stakeholders hebben zzp'ers weinig aandacht voor preventieve zorg als gevolg van onwetendheid en kostenoverwegingen. Daarbij komt dat er voor zzp'ers geen wettelijke verplichtingen zijn voor preventieve zorg. Werknemers hebben via hun werkgever gratis toegang tot deze zorg. Een zzp'er heeft deze toegang niet en moet deze, als hij er gebruik van maakt, zelf betalen. Vanuit een werkgevers- en sectororganisatie is in dit verband de volgende opmerking gemaakt:

*"Het is vreemd en oneerlijk dat zzp'ers die in een bepaalde sector blootstaan aan dezelfde arbeidsrisico's als de werknemers in die sector, geen preventieve zorg ontvangen. De sectoren hebben een verantwoordelijkheid voor alle werkenden in hun sector.*



### 7.2.2 Negeren van gezondheidsproblemen

Omdat verzuim directe gevolgen heeft voor hun inkomen, zijn zzp'ers bij gezondheidsproblemen geneigd zo lang mogelijk door te werken en zich weinig tijd te gunnen om te herstellen. Voor werknemers daarentegen heeft (kortdurend) ziekteverzuim geen gevolgen voor hun inkomen. Het negeren van klachten door zzp'ers vergroot de kans dat deze verergeren met dito gevolgen voor hun inkomen. Ook de stress die de zorgen om het inkomen met zich meebrengt is niet bevorderend voor het herstel. De stakeholders wijzen dan ook op het grote belang van vroegtijdig ingrijpen.

*"Zzp'ers die uitvallen zijn veelal verder van huis dan werknemers."*



Een aantal stakeholders maakt zich vooral zorgen om zzp'ers die tegen wil en dank, bijvoorbeeld na ontslag, voor het zzp-schap hebben gekozen. Deze "vogelvrijen" werken in tegenstelling tot de echte "vrije vogels" vaak noodgedwongen tegen lage tarieven en hebben weinig inkomenszekerheid. De hieruit voortvloeiende stress maakt hen nog gevoeliger voor werkgerelateerde klachten dan andere zzp'ers en werknemers.

*"De zorgen gaan vooral uit naar de onderkant van de markt; de vogelvrijen. De echte vrije vogels hebben hun zaakjes doorgaans wel goed geregeld."*



### 7.2.3 Slechte verbinding reguliere huisartsen- en arbeidsgelateerde zorg

Bij gezondheidsproblemen melden zzp'ers, zich mogelijk nog vaker dan werknemers, in eerste instantie bij de huisarts. Hoewel de factor arbeid steeds vaker onderdeel is van richtlijnen voor huisartsen, hebben lang niet alle huisartsen aandacht voor een mogelijk verband van de klachten met het werk. Huisartsen geven aan dat zij bij werkgerelateerde klachten geen onderscheid maken tussen patiënten die werknemer en zzp'er zijn.

*"Medisch gezien is er geen enkele aanleiding onderscheid te maken tussen zzp'ers en werknemers. De klachten zijn vergelijkbaar."*



Bij zowel zzp'ers als werknemers hebben huisartsen in het algemeen weinig aandacht voor preventieve arbeidsgelateerde zorg, simpelweg vanwege het feit dat ze gewend zijn vooral curatieve zorg te verlenen. Patiënten melden zich immers doorgaans pas als er iets aan de hand is.

Op een enkele geïnterviewde na, achten de huisartsen zichzelf doorgaans niet in staat adequate arbeidsgelateerde zorg te verlenen. Dit is primair de deskundigheid van bedrijfsartsen. Hoewel huisartsen over een uitgebreid netwerk van zorgverleners beschikken, maken bedrijfsartsen daar veelal geen deel vanuit. In het netwerk bevinden zich vooral specialisten die ook weinig weten van arbeidsgelateerde zorg. De meeste huisartsen weten dan ook niet wie ze moeten



consulteren voor een patiënt die arbeidsgerelateerde zorg nodig heeft of naar wie ze deze moeten doorverwijzen.

*"Als huisarts loop je tegen een muur aan als je een zzp'ers zou willen doorverwijzen naar een bedrijfsarts.*



Noodgedwongen behandelen huisartsen een zzp'er met arbeidsgerelateerde klachten zo goed mogelijk op basis van "gezond verstand" en door in hun netwerk zo veel mogelijk advies in te winnen. Er vinden weliswaar doorverwijzingen plaats naar bijvoorbeeld een ggz-praktijkassistent (POH-GGZ), een fysiotherapeut of een psycholoog, maar het probleem hierbij blijft dat de relatie met het werk niet of onvoldoende wordt gelegd.

Kortom, de arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers is beduidend slechter geregeld dan voor werknemers, terwijl beide in principe blootstaan aan dezelfde risico's. Een van de huisartsen merkt dan ook op dat:

*"Door de slechte beschikbaarheid van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers, is – in vergelijking tot werknemers – op zijn minst sprake van vertraagd herstel.*



### **7.3 Private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en arbeidsgerelateerde zorg**

Private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voorzien in een inkomen wanneer een zelfstandige daar als gevolg van arbeidsongeschiktheid zelf niet meer in kan voorzien. De verzekeringen gaan uit van het criterium van 'beroepsarbeidsongeschiktheid'. Dat wil zeggen dat een verzekerde voor een uitkering in aanmerking komt als hij zijn beroep geheel of gedeeltelijk niet meer kan uitoefenen.

Aan een vrijwillige arbeidsongeschiktheidsverzekering bij een private verzekeraar is altijd arbeidsgerelateerde zorg verbonden. Wanneer een verzekerde zelfstandige uitvalt als gevolg van gezondheidsproblemen, dan is het in zowel zijn belang als dat van de verzekeraar dat hij zo snel mogelijk re-integreert.

*"Het belang van re-integratie is erin gelegen dat ondernemers graag zo snel mogelijk weer aan het werk willen en dat een re-integratietraject voor een verzekeraar goedkoper is dan het tot de einddatum uitbetalen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.*



Voor de re-integratie wordt in eerste instantie veelal ondersteuning geboden door arbeidsdeskundigen. Waar nodig worden niet alleen medische professionals zoals bedrijfsartsen, fysiotherapeuten en psychotherapeuten ingeschakeld, maar ook andere disciplines zoals ergonomen of bedrijfskundigen. Het komt ook voor dat verzekerden die niet meer in hun eigen beroep werkzaam kunnen zijn, op hun verzoek worden omgeschoold naar een ander beroep. Ook dit is een vorm van re-integratie en reduceert de kosten, omdat de uitkering op enig moment kan worden gestopt dan wel verlaagd kan worden voortgezet.



Vanwege het belang van de zzp'er en om de schadelast zoveel mogelijk te beperken, maakt – naast re-integratiezorg – preventieve zorg (steeds meer) deel uit van een vrijwillige private arbeidsongeschiktheidsverzekering. In onderstaand kader zijn de door verzekeraars genoemde preventie zorgvoorzieningen opgenomen.

#### Voorbeelden preventieve zorgvoorzieningen in private arbeidsongeschiktheids-verzekeringen

- Online, telefonische of face-to-face coaching voor verzekerden en hun gezinsleden.
- Online scans voor verzekerden om hun eigen gezondheids- en/of werksituatie door te lichten.
- Periodiek (eens per jaar of drie jaar) preventief medisch onderzoek (PMO).
- Maatwerk voor verzekerden die gezondheidsproblemen voorzien of beginnende gezondheidsproblemen hebben. Een voorbeeld is dat een arbeidsdeskundige of ergonom kennisneemt van de werksituatie en –omstandigheden, waarna de verzekeraar op diens advies investeert in aanpassing van de werkplek.
- Gesprek over omscholingsmogelijkheden voor zzp'ers in zware beroepen. In dit geval zijn zzp'ers vaak niet tot AOW-leeftijd verzekerd en wordt de verzekerde ruim voor het aflopen van de verzekering benaderd voor een gesprek over (de wenselijkheid van en mogelijkheden voor) omscholing.

De verzekeraars zijn het erover eens dat zzp'ers in het algemeen weinig gebruik maken van preventieve voorzieningen. Ze melden zich meestal pas als er al sprake is van gezondheidsproblemen. De deelname aan het periodieke preventief medisch onderzoek (PMO) is zeer klein en verzekerde zzp'ers maken nauwelijks gebruik van maatwerkvoorzieningen voor het vóórkomen of verminderen van de gezondheidsproblemen. Wel wordt er volgens één van de verzekeraars veel gebruik gemaakt van coaching en is uit een uitgebreide evaluatie gebleken dat coaching de schadelast beperkt.

Verzekeraars laten de zorg geheel of gedeeltelijk over aan 'preferred providers' of 'suppliers' met wie ze contracten hebben afgesloten. Een belangrijke reden voor uitbesteding van de zorgverlening is de onafhankelijkheid van de zorgverlener. Ook spelen bedrijfseconomische overwegingen een rol: door de zorgtaken uit te besteden blijft een verzekeraar flexibel.

## 7.4 Koppeling arbeidsgelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering

### 7.4.1 Koppeling zeer gewenst

De stakeholders staan in het algemeen positief tegenover het koppelen van arbeidsgelateerde zorg aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers (zie beschrijving voorstel Stichting van de Arbeid in paragraaf 6.5.1.). De verzekering is het vehikel dat arbeidsgelateerde zorg toegankelijk maakt voor een grote groep werkenden die in tegenstelling tot werknemers nu van deze zorg verstoken zijn. Werkgevers zijn niet alleen verplicht hun werknemers te verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid (WIA). Ze moeten zich samen met een werknemer die zich heeft ziek gemeld kort na de ziekmelding tot het uiterste inspannen om langdurige uitval te voorkomen. Zo nodig wordt daarbij een arbodienst of bedrijfsarts ingeschakeld (Wet verbetering poortwachter). Parallel aan de regelingen voor werknemers, biedt de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers niet alleen inkomenszekerheid bij arbeidsongeschiktheid. De aan de verzekering te koppelen arbeidsgelateerde zorg moet langdurige arbeidsongeschiktheid en kostbare re-integratietrajecten voorkomen en de duurzame inzetbaarheid van zzp'ers bevorderen.



*"Gelet op de regelingen voor werknemers, is het een logische parallel dat als je een zelfstandige een verzekering aanbiedt, je daar arbeidsgerelateerde zorg aan koppelt.*



Verschillende stakeholders merken op dat zowel de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering als de mogelijk daaraan te koppelen arbeidsgerelateerde zorg vooral voor de onderkant van de markt, zzp'ers die gedwongen tegen lage tarieven werken, een oplossing biedt.

#### 7.4.2 Randvoorwaarden

Zoals hierboven aangegeven moet de arbeidsgerelateerde zorg die gekoppeld is aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering arbeidsongeschiktheid beperken en de duurzame inzetbaarheid van zzp'ers bevorderen. Om deze doelen te kunnen realiseren, moet de zorgverlening volgens de stakeholders voldoen aan de hieronder genoemde randvoorwaarden.

##### Adequate meldingsprocedure

Huisartsen, arboprofessionals en verzekeraars benadrukken het belang van een zo vroeg mogelijke start van de arbeidsgerelateerde zorg na het begin van gezondheidsproblemen. Daarom is een goede meldings- en een daarop volgende doorverwijzingsprocedure van groot belang. Het moet duidelijk zijn wanneer en bij wie een zzp'er zich moet melden als hij ziek is. Vervolgens moet de melding een snelle follow up krijgen in de vorm van concrete zorgverlening. Een verzekeraar waarschuwt dat privaat verzekerde zzp'ers zich nog wel eens vlak voor het verstrijken van de wachttijd melden, waardoor deze tijd niet of slecht benut wordt voor herstel en re-integratie. Verder moet worden voorkomen dat de doorgeleiding van melding naar concrete zorgverlening wordt vertraagd door complexe en tijdrovende administratieve vereisten.

##### Maatwerk

Maatwerk is een essentiële voorwaarde voor het slagen van aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering gekoppelde zorg. Een 'one-size-fits-all benadering' sluit niet aan bij de behoeften en arbeidsrisico's van de heterogene groep zzp'ers. Wanneer een zzp'er zich ziek meldt dient er altijd eerst een probleemanalyse uitgevoerd te worden om inzichtelijk te maken wat de belangrijkste risico's of problemen zijn. Op basis hiervan moet een oplossingsgericht en efficiënt begeleidingstraject worden ingezet. Dit traject omvat zowel de nodige zorgverlening als praktische interventies, die kunnen afwijken van de bij werknemers gevolgde trajecten. Voor zzp'ers is naast goede medische zorg en op re-integratie gerichte interventies, op inkomensbehoud en zo mogelijk op continuïteit van de onderneming gerichte ondersteuning cruciaal. Het is denkbaar dat hiervoor een veel breder scala van professionals moet worden ingeschakeld dan bij de begeleiding van werknemers.

Vanwege de vereiste specifieke sector kennis om zieke en arbeidsongeschikte zzp'ers te kunnen begeleiden, pleiten stakeholders voor een sectorgerichte aanpak. In deze aanpak wordt bestaande sector specifieke kennis gebundeld en wordt waar nodig aanvullende kennis ontwikkeld. Een als onderdeel van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering op te richten Arbocentrum zou hierin een rol kunnen vervullen (zie paragraaf 7.6).

### Preventie!

De geïnterviewde stakeholders wijzen op het grote belang van preventieve zorg. Het gaat hierbij in de eerste plaats om het verstrekken van informatie over (beroeps/sectorspecifieke) informatie over hoe gezond en veilig te werken. Zoals ook opgemerkt door individuele zzp'ers (hoofdstuk 6) zou deze 'technische' voorlichting kunnen worden verzorgd door de Kamer van Koophandel of eventueel de Belastingdienst.

Volgens arbodeskundigen en verzekeraars zou preventieve zorg daarbovenop vooral moeten bestaan uit preventieve geneeskundige zorg, loopbaanbegeleiding en coaching. Arboprofessionals wijzen op het belang van een persoonlijke risico-inventarisatie. Een aantal van de geïnterviewde stakeholders (arboprofessionals en verzekeraars) merkt op dat door dergelijke preventieve zorg, tijdig kan worden omgekeken naar alternatieve inzetbaarheid van zzp'ers in zware beroepen die mogelijk hun AOW-leeftijd in dat beroep niet halen.

### Preek, wortel en stok

Een punt van zorg onder de stakeholders is dat zzp'ers weinig gebruik maken van een preventief zorgaanbod zoals zij dat hierboven hebben bepleit. Naast onwetendheid, ontkenning en inkomens/kostenoverwegingen, speelt hierbij mee dat men de zorgvoorzieningen opvat als ongewenste overheidsinmenging met het vrije ondernemerschap.

De stakeholders dragen een mix van instrumenten aan om het gebruik van preventieve zorgvoorzieningen te stimuleren. Deze mogelijkheden laten zich ordenen langs de klassieke metafoor van de preek (voorlichten, creëren van draagvlak), de wortel (positieve prikkel) en de stok (negatieve prikkel, sanctie).

- **Preek.** De eerste stap om het gebruik van preventieve zorg te stimuleren is het inzichtelijk maken van het nut ervan door voorlichting. Deze voorlichting geeft (sectorgewijze) goede voorbeelden die de meerwaarde van preventieve zorg en de nadelen van het mijden daarvan onderstrepen. Input voor deze voorlichting is continue monitoring en evaluatie van instrumenten en interventies. Stakeholders uit de bouw adviseren daarnaast zzp'ers in een sector te betrekken bij het ontwerpen van interventies en preventieprogramma's. Zij hebben hiermee ervaring opgedaan bij de implementatie van op preventie gerichte instrumenten voor werknemers. Co-creatie bevordert niet alleen de kwaliteit van het ontwerp maar ook het draagvlak voor programma's en instrumenten.
- **Wortel.** De verzekeraars wijzen op het belang van een financiële prikkel om het gebruik van preventieve zorg te bevorderen. Over of deze prikkel de vorm van een wortel of stok moet hebben, verschillen de meningen. Wat betreft de eerste, kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een korting op de verzekeringspremie bij gebruik van preventieve zorg voorzieningen.

Een geïnterviewde oppert de mogelijkheid van een 'skills paspoort' waarin activiteiten gericht op gezond en veilig werken en duurzame inzetbaarheid worden bijgehouden.

*"Het is van belang dat zzp'ers het gevoel hebben dat ze iets krijgen voor de verzekering die ze afsluiten.*



Tot slot, is gewezen op de mogelijkheid dat opdrachtgevers eisen stellen aan de op preventie gerichte inspanningen van de door hen in te huren zzp'ers.



- **Stok.** Om preventie te stimuleren, pleit een aantal geïnterviewden voor een korting op de arbeidsongeschiktheidsuitkering of een premieverhoging als onvoldoende aan preventie is/wordt gedaan. Arboprofessionals geven in overweging aan de verzekering de verplichting van een persoonlijke risico-inventarisatie te verbinden.

#### Los het tekort aan bedrijfsartsen op

Arboprofessionals, maar ook andere stakeholders (huisartsen, verzekeraars), wijzen op de sterke groei van de doelgroep voor arbeidsgerelateerde zorg wanneer deze zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers wordt gekoppeld. De huidige doelgroep van ongeveer 8 miljoen werknemers zou toenemen met ongeveer 1 miljoen zzp'ers. Oftewel: een toename van ongeveer twaalf procent. Dit staat op gespannen voet met het nu reeds bestaande tekort aan bedrijfsartsen. Voor dit probleem is te denken aan de volgende oplossingsrichtingen:

- vergroten van het aantal studenten in opleidingen tot bedrijfsarts (zie hiervoor ook het [advies van de Kwaliteitstafel bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde](#))
- afstoten van taken die niet noodzakelijk door een bedrijfsarts hoeven te worden verricht aan andere arboprofessionals
- verbeteren van de samenwerking met huisartsen
- waar mogelijk inzetten van minder tijdsintensieve digitale zorgverlening, zoals ingezet tijdens de huidige COVID-19 pandemie.

## 7.5 Uitvoering door UWV

De stakeholders plaatsen kanttekeningen bij de in het voorstel van de Stichting van de Arbeid voorziene uitvoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering door UWV. Deze uitvoering behelst claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie.

De stakeholders zijn over het algemeen van mening dat claimbeoordeling en uitkeringsverstrekking bij uitstek de deskundigheid zijn van UWV. In het kader van de WIA beoordelen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen van UWV iemands arbeidsvermogen en draagt de instantie zorg voor de verstrekking van een uitkering. Het ligt dan ook voor de hand dat deze taken in het geval van de verzekering voor zzp'ers aan UWV worden toegedacht.

Dit is echter minder voor de hand liggend voor de re-integratie tijdens de wachttijd, zo stellen sommigen. Volgens een deel van de geïnterviewden ontbreekt het UWV-artsen en -deskundigen op dit terrein aan kennis en ervaring. Dit geldt nog sterker voor het preventieve zorgaanbod als onderdeel van de verzekering, zoals bepleit door stakeholders. Een aantal stakeholders merkt op dat het met het oog op onafhankelijke zorgverlening ongewenst is dat UWV zowel verantwoordelijk is voor claimbeoordeling als re-integratie. Tot slot merken enkele stakeholders op dat voor UWV de financiële prikkel ontbreekt om mensen uit de uitkering te houden. Vanuit het oogpunt van deskundigheid, onafhankelijkheid en efficiëntie zou het UWV de re-integratie en de bepleite preventieve zorg dan ook moeten inkopen bij arbodienstverleners.

Bovenstaande opmerkingen sluiten voor een deel aan bij de aan de minister van SZW gerichte reactie van UWV op het advies van de Stichting van de Arbeid (UWV, 2020a). De Stichting vindt het van groot belang dat de re-integratie begint zodra de wachttijd ingaat. UWV vindt het onduidelijk welke rol de Stichting UWV gedurende deze periode toedicht. Dit heeft ermee te maken dat UWV pas diensten (re-integratie en/of uitkeringsverstrekking) verleent als iemand in een

uitkeringssituatie terecht is gekomen, zoals nu het geval is bij de WIA en de Ziektewet. Re-integratieactiviteiten worden gedurende de wachttijd volgens de verplichtingen van de Wet verbetering poortwachter gezamenlijk vormgegeven door werknemer en werkgever, die daarbij worden ondersteund door een bedrijfsarts of arbodienst. UWV pleit er in haar reactie dan ook voor vergelijkbare diensten voor zzp'ers (re-integratie en verzuimbegeleiding tijdens de wachttijd) te beleggen bij "private organisaties op het terrein van de Arbowetgeving". Mocht in de uitwerking [van het voorstel van de Stichting van de Arbeid] onverhoopt toch een rol voor UWV in de wachttijd worden weggelegd, dan zal SZW eerst duidelijk moeten aangeven welke dienstverlening wordt verwacht."

## 7.6 Arbocentrum

Onderdeel van het voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering, is de oprichting van een uit de premie-inkomsten te financieren Arbocentrum voor zzp'ers. Volgens de Stichting wordt in dit centrum "specifieke kennis op het gebied van arbeidsgezondheidszorg [...] samengebracht om zo effectieve interventies voor herstel en werkhervatting als zelfstandige te bewerkstelligen."

In het algemeen zien de stakeholders wel iets in zo'n centrum, maar is het idee bij de meesten van hen nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Ze onderschrijven de door de Stichting van de Arbeid beoogde bundeling van kennis, maar waarschuwen ervoor dat er niet een nieuw kennisinstituut of een aparte arbodienst voor zzp'ers moet worden opgericht. Dit zou het zorglandschap nodeloos verder versnipperen. Het Arbocentrum moet in de ogen van de stakeholders vooral de losse bouwstenen die er nu reeds zijn, verbinden en integreren tot een volledig, samenhangend en herkenbaar zorgaanbod voor zzp'ers.

In lijn met de opvatting van de Stichting van de Arbeid, moet het centrum bestaande kennis bundelen en waar nodig in samenwerking met kennisinstututen als het kenniscentrum van de NVAB, het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Vollandis (bouw), (overige) sector- en zzp-organisaties ontbrekende kennis ontwikkelen. Op basis van deze kennis worden programma's en instrumenten ontwikkeld om de arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers – waar nodig sectorspecifiek – vorm te geven. Het centrum draagt er zorg voor dat programma's en interventies worden gemonitord en geëvalueerd.

In het verlengde van zijn kennisfunctie is het Arbocentrum ook bij uitstek de vraagbaak voor zzp'ers en kan als zodanig een belangrijke rol vervullen in de voorlichting. Ook kan het Arbocentrum dienst doen als meldpunt voor zzp'ers met gezondheidsproblemen om hen vervolgens door te verwijzen naar de nodige arbeidsgerelateerde zorg. Een stap verder is dat huisartsen die een bedrijfsarts willen consulteren of een patiënt willen doorverwijzen, zich tot het centrum kunnen wenden. In deze rol kan het Arbocentrum de tot dusverre ontbrekende schakel zijn tussen reguliere en arbeidsgerelateerde zorg.

Dit alles gezegd hebbende, waarschuwen de geïnterviewde stakeholders ervoor bij de inrichting van het Arbocentrum niet te verzanden in onoverzichtelijke en bureaucratische structuren, processen en procedures. De meeste geïnterviewden hebben een klein centrum voor ogen dat makelt tussen de andere actoren. Deze dienstverlening zou zoveel mogelijk telefonisch en digitaal kunnen worden



aangeboden. Sommige geïnterviewden vragen om regionale en/of sectorspecifieke 'loketten'.

## **7.7 (Overige) kanttekeningen bij haalbaarheid en uitvoerbaarheid van een publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers**

### *7.7.1 Criterium gangbare arbeid nadelig voor bepaalde groepen zzp'ers?*

In tegenstelling tot gangbare private arbeidsongeschiktheidsverzekering gaat het voorstel voor een verplichte publieke verzekering voor zzp'ers uit van het ook in de WIA gehanteerde criterium 'gangbare arbeid'. Dat wil zeggen dat gekeken wordt welke mogelijkheden iemand nog wel heeft om te werken, ook al liggen deze buiten zijn beroep.

Een aantal geïnterviewden is van mening dit nadelig kan uitpakken voor zzp'ers in zware beroepen. Vooral voor hen zal in de regel nog wel gangbare arbeid te vinden zijn denken zij. Dit betekent niet automatisch dat voor hen sprake is van inkomenszekerheid. Het via gangbare arbeid te verdienen inkomen kan immers lager liggen dan het als zzp'er verdiende en het verzekerde inkomen.

### *7.7.2 Adverse selectie?*

Opgemerkt is dat er bijna altijd wel gangbare arbeid te vinden zal zijn waardoor uiteindelijk bijna niemand in de uitkering belandt. Dit verkleint wellicht het draagvlak voor de verplichte verzekering, waardoor zzp'ers die het zich kunnen permitteren kiezen voor de opt-out en zich privaat tegen beroepsarbeidsongeschiktheid verzekeren. Ook het CPB (SZW, 2020) en UWV (UWV, 2020a) wijzen op dit risico van de zogenoemde adverse selectie (zie paragraaf 2.2.4) door het naast elkaar bestaan van publieke en private verzekeringen. In de optiek van de Stichting van de Arbeid wordt adverse selectie voorkomen door een toetsingskader. In haar eerder aangehaalde reactie op het voorstel van de Stichting van de Arbeid wijst UWV op het belang van zo'n toetsingskader. Verder merkt UWV op dat het opstellen van zo'n kader geen sinecure is en dat het niet voor de hand ligt de toetsing te beleggen bij UWV. Dit laatste, omdat UWV als beoogd uitvoerder van de publieke verzekering door zzp'ers en private verzekeraars wellicht niet als onafhankelijk toetsers zal worden gezien (UWV, 2020a).

### *7.7.3 Samenloop publieke basis- en private aanvullende verzekering?*

Enkele geïnterviewden vragen zich af hoe de verplichte publieke basis- en een vrijwillige private aanvullende verzekering met elkaar in de uitvoering te verenigen zijn. Zo botsen de verschillende criteria van gangbare arbeid en beroepsarbeids(on)geschiktheid. Ook doet zich de vraag voor wie verantwoordelijk is voor de re-integratie: de uitvoerder van de publieke verzekering of de private verzekeraar.

In haar voorstel geeft de Stichting van de Arbeid aan de door de geïnterviewden genoemde samenloop onwenselijk te vinden en daarom voor de mogelijkheid van een integrale private verzekering te kiezen. Hiermee wordt samenloop van twee systemen voorkomen (Stichting van de Arbeid 2020, p. 19, 20). Onduidelijk is echter of daarmee een keuze voor een aanvulling automatisch leidt tot een opt-out, of dat 'stapeling' van een publieke basis- en een private aanvullende verzekering mogelijk blijft.

## 7.8 Alternatieven voor een toegankelijker arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers

Zoals opgemerkt in paragraaf 7.4 zien stakeholders de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering als een belangrijk vehikel om arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'er (beter) toegankelijk te maken. Daarnaast is een aantal denkbare alternatieven genoemd om deze zorg toegankelijker te maken.

- Verplicht gebruik van arbeidsgerelateerde zorg, los van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hierbij kan worden gedacht worden aan financiering vanuit algemene middelen of aan oprichting van een 'duurzaam inzetbaarheidsfonds' (analoog aan de O&O-fondsen) waaraan werkgevers, werknemers en zzp'ers allen deelnemen en bijdragen. Een dergelijk fonds kan voorzien in bekostiging van preventie en loopbaanontwikkeling. Een bijkomend voordeel is dat het ook perspectief geeft voor omscholingsmogelijkheden bij langdurige uitval van het werk, omdat binnen zo'n fonds samenwerking tussen bedrijven mogelijk is.
- Verbetering van de samenwerking tussen huis- en bedrijfsartsen en/of het meer integreren van arbeidsgerelateerde zorg in de huisartsenpraktijk. Eén van de geïnterviewde huisartsen kan zich voorstellen dat een aantal huisartsen bereid is in hun praktijk arbeidsgerelateerde zorg aan te bieden als de kosten hiervan worden vergoed. De andere geïnterviewde huisartsen zien dit niet zo voor zich omdat in hun ogen de huisartsenzorg vooral curatief is en het bij arbeidsgerelateerde zorg vooral om preventie zou moeten gaan.
- Hierboven is aangegeven dat betere samenwerking tussen en/of integratie van huisartsen- en arbeidsgerelateerde zorg, sowieso een randvoorwaarde is voor het toegankelijk maken van laatstgenoemde zorg via een verplichte verzekering. Volgens een van de geïnterviewden is de kans groot dat het nog een groot aantal jaren duurt voordat een publieke arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers een feit is. Daarop moet niet worden gewacht. Op straffe van een groot aantal arbeidsongeschikte zzp'ers, moet nu al worden begonnen met het toegankelijker maken van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers.
- Het beleggen van de uitvoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering bij de zorgverzekeraars. Gezien hun ervaring met het uitvoeren van de basis- en aanvullende zorgverzekering, zouden ze hier uitstekend voor zijn toegerust.
- Het beleggen van de uitvoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering bij private verzekeraars. Zij hebben kennis van en ervaring met het integreren van preventieve en op re-integratie gerichte arbeidsgerelateerde zorg in een arbeidsongeschiktheidsverzekering.

## 7.9 Conclusies

De uitkomsten van de interviews met stakeholders zijn in hoge mate vergelijkbaar met die van de gesprekken met vertegenwoordigers van zzp-organisaties (hoofdstuk 6). Hieronder vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

### 7.9.1 Maatregelen

Volgens de stakeholders doen zzp'ers weinig aan preventie en negeren ze gezondheidsproblemen vaak te lang. Dit komt, zoals eerder door de vertegenwoordigers van zzp-organisaties is opgemerkt, voort uit onwetendheid, ontkenning en kostenoverwegingen.

Bij arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen wenden zzp'ers zich tot de huisarts. Deze zijn echter onvoldoende geëquipeerd de nodige arbeidsgerelateerde zorg te bieden. Aangezien er nauwelijks sprake is van een verbinding tussen huisarts- en



arbeidsgerelateerde zorg, behandelen ze arbeidsgerelateerde klachten van zzp'ers zo goed mogelijk binnen de eerstelijns gezondheidszorg.

### *7.9.2 Koppeling arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering*

De stakeholders staan in het algemeen positief tegen het koppelen van arbeidsgerelateerde zorg aan de in te voeren verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers. De verzekering is het vehikel dat arbeidsgerelateerde zorg toegankelijk maakt voor een grote groep werkenden die in tegenstelling tot werknemers verstoken zijn van deze zorg.

De zorg moet vooral preventief van aard zijn. Door op preventie en op re-integratie gerichte zorg moeten arbeidsongeschiktheid en kostbare re-integratietrajecten worden voorkomen. Preventie moet bestaan uit voorlichting over beschermende maatregelen, geneeskundige zorg, loopbaanbegeleiding en coaching. Ook het tijdig omscholen van zzp'ers in fysiek zware beroepen moet onderdeel uitmaken van de preventie. Preventieve zorg maakt (steeds meer) deel uit van private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Volgens de geïnterviewde verzekeraars is het gebruik in het algemeen nog laag. Volgens één van de verzekeraars vormt coaching hierop een uitzondering.

Om het gebruik van het preventieve zorgaanbod te bevorderen moet een mix van instrumenten worden ingezet: voorlichting, het betrekken van zzp'ers bij het ontwerp van interventies, een financiële prikkel en de verplichting van een persoonlijke risico-inventarisatie.

Naast het grote belang van preventieve zorg is er gewezen op de volgende randvoorwaarden voor effectieve koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers.

- Een effectieve en efficiënte meldings- en doorverwijzingsprocedure.
- Maatwerk dat is gericht op de verschillende vakgebieden en de specifieke kenmerken van het zzp-schap. Sector- en zzp-organisaties hebben hierin een rol te vervullen.
- Verbeter de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts zodat kan worden doorverwezen en zo nodig kan worden samengewerkt bij de behandeling van een patiënt.
- Gezien het huidige tekort aan bedrijfsartsen: leidt artsen op, stoot waar mogelijk taken af naar andere arboprofessionals en maak gebruik van minder tijdsintensieve digitale zorgverlening.

### *7.9.3 Uitvoering door UWV*

Volgens de stakeholders ligt het beleggen van claimbeoordeling en uitkeringsverstrekking bij UWV voor de hand. Minder voor de hand liggend is dat ook de re-integratie tijdens de wachttijd bij UWV is belegd. De organisatie zou hiervoor de nodige deskundigheid ontberen. Dit geldt eveneens voor de door stakeholders gewenste preventieve zorg. UWV zou deze taken moeten uitbesteden. Uit een brief van UWV aan de minister van SZW blijkt dat de organisatie zelf deze mening ook is toegedaan.

### *7.9.4 Arbocentrum*

Stakeholders zijn in principe voor een Arbocentrum voor zzp'ers, alhoewel ze het idee verder uitgewerkt wensen te zien. Het centrum moet niet een nieuwe loot aan de tak zijn waardoor het zorglandschap verder versnipperd. Het moet bestaande voorzieningen verbinden en integreren tot een volledig, samenhangend en



herkenbaar zorgaanbod voor zzp'ers. De volgende functies zijn aan het centrum toegedacht.

- Kennis- en instrumentontwikkeling in samenwerking met kennisinstituten en sector- en zzp-organisaties.
- Voorlichtingscentrum en vraagbaak voor zzp'ers.
- Loket voor melding en doorverwijzing van zieke zzp'ers.
- Samenwerkingsplatform voor huisartsen en arbozorg.

#### 7.9.5 (Overige) kanttekeningen

Naast bovenstaande zijn in de interviews met de stakeholders de volgende kanttekeningen geplaatst bij het voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers.

- Het criterium gangbare arbeid tast de inkomenszekerheid van zzp'ers in zware beroepen mogelijk aan. Voor hen zal doorgaans altijd wel gangbare arbeid te vinden zijn, maar de kans is reëel dat het door deze arbeid te verdienen inkomen lager is dan het als zzp'er verdiende en het verzekerde inkomen.
- Het risico van adverse selectie, doordat zzp'ers die het zich kunnen permitteren voor de opt-out kiezen.
- Onduidelijkheid over de samenloop van de verplichte basis- en een eventueel daar bovenop afgesloten private aanvullende verzekering.

#### 7.9.6 Alternatieven

Zoals gezegd, zijn de stakeholders om de toegankelijkheid van arbeidsgerelateerde zorg voor zzp'ers te verbeteren voorstander van de koppeling van deze zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. In het onderzoek zijn (door een enkeling) de volgende alternatieve toegangsmogelijkheden genoemd.

- Toegang via O&O-achtige fondsen waarin werknemers, werkgevers en zzp'ers deelnemen.
- Verbetering van de samenhang tussen eerstelijns huisartsen en –arbeidsgerelateerde zorg. Dit is sowieso als voorwaarde genoemd voor een geslaagde koppeling van arbeidsgerelateerde zorg aan de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.
- De uitvoering van de verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering en daarmee de toegang tot arbeidsgerelateerde zorg beleggen bij de zorg- of private verzekeraars.



## 8 Conclusie: adequate zorginfrastructuur zzp'ers ontbreekt en te weinig aandacht voor preventie

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de (on)toegankelijkheid van arbeidsgerelateerde zorg in relatie tot de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van zzp'ers. We schetsen allereerst het bestaande aanbod voor zzp'ers en gaan na in hoeverre zzp'ers gebruikmaken van dit aanbod. Vervolgens gaan we in de behoefte aan arbozorg voor zzp'ers vanuit het maatschappelijk perspectief alsmede het perspectief van zzp'ers zelf. Daarna gaan we in op de vraag in hoeverre de (on)toegankelijkheid van arbozorg voor zzp'ers problematisch is. Dit hoofdstuk kan worden beschouwd als een integrale analyse waarbij alle onderzoeksresultaten tot dusver in beschouwing worden genomen. Hiermee wordt onderzoeksvraag 3 beantwoord.

### 8.2 Aanbod en gebruik van arbozorg onder zzp'ers

Binnen het landschap van arbozorg voor zzp'ers kan onderscheid worden gemaakt in het bestaande aanbod:

- Aanbod op het gebied van preventie;
- Aanbod bij (werkgerelateerde) klachten;
- Aanbod voor het verzekeren van inkomen tegen ziekte;
- Aanbod voor het verzekeren van inkomen tegen arbeidsongeschiktheid.

#### *8.2.1 Aanbod op het gebied van preventie*

##### Het aanbod op het gebied van preventie op een rij

Hieronder is beschreven wat zzp'ers aan preventie kunnen doen om gezondheidsproblemen te voorkomen.

- Raadplegen website [www.arboportaal.nl](http://www.arboportaal.nl) voor richtlijnen en advies over gezond en veilig werken.
- Raadplegen website van de branchevereniging voor beroeps- of sector specifieke adviezen.
- Preventief adviesconsult bij een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Een bedrijfsarts is medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Een arbeidsdeskundige is deskundig op het gebied van werk dat past bij je belastbaarheid.
  - Zzp'er kan bedrijfsarts vinden door contact op te nemen met één van de arbodiensten en te vragen naar een bedrijfsarts of met een organisatie voor zelfstandige bedrijfsartsen zoals: [www.bedrijfsartsengenootschap.nl](http://www.bedrijfsartsengenootschap.nl) of [www.verenigingzfb.nl](http://www.verenigingzfb.nl)
  - Er is geen verwijzing nodig.
  - De kosten dient een zzp'er zelf te betalen.
- Bekijken aanbod zorgverzekeraar algemene preventieve diensten op het gebied van leefstijl en vitaliteit.

##### Beperkte aandacht opdrachtgevers zzp'ers voor gezond en veilig werken

Maatregelen voor gezond en veilig werken zijn weliswaar geen zorgvoorzieningen in strikte zin, maar zijn wel belangrijke voorzieningen gericht op de preventie van

beroepsziekten en arbeidsongevallen. Een analyse van de Zelfstandigen Enquête Arbeid 2017 (ZEA) laat zien dat van een derde van de zzp'ers (33%) aangeeft dat hun opdrachtgever er géén aandacht voor heeft dat ze hun opdrachten op gezonde en veilige wijze uitvoeren<sup>10</sup>. Bij nog eens een derde van de zzp'ers doen opdrachtgevers dit niet structureel maar soms (18,6%) of vaak (14,6%). Bij zzp'ers voor wie het zzp-schap hun hoofdactiviteit is, hebben opdrachtgevers vaker aandacht voor gezond en veilig werken onder:

- jongere zzp'ers
- lager opgeleide zzp'ers; hoe lager het opleidingsniveau, hoe meer aandacht opdrachtgevers hebben voor gezond en veilig werken
- zzp'ers werkzaam in sectoren met veel fysiek zwaar werk (zoals landbouw, industrie, bouwnijverheid, vervoer en opslag, maar ook in de cultuur en overige dienstverlening); in de dienstverlenende sectoren met veel bureauwerk (zakelijke en financiële dienstverlening, ICT) is er minder aandacht (wellicht verklaart dit voor een gedeelte de geringere aandacht bij hoger opgeleide zzp'ers)
- hybride zzp'ers
- een zzp'er die in hoge mate afhankelijk is van één opdrachtgever; mogelijk komt dit doordat deze zzp'ers weinig verschillen van de werknemers van de opdrachtgever.
- zzp'ers met een financieel gezond bedrijf.

Vanuit de Arbowetgeving gezien is de beperkte aandacht onder opdrachtgevers voor gezond en veilig werken niet verbazingwekkend; alleen wanneer zzp'ers onder gezag van de opdrachtgever staan (bijvoorbeeld bij inleen) of met werknemers tegelijkertijd op een arbeidsplaats werken, zijn ze voor de Arbowet werknemer en is de opdrachtgever verantwoordelijk. Voor zzp'ers die niet onder gezag staan en voor eigen risico werken, geldt een gedeelte van de Arboregels niet. Zzp'ers moeten zelf in ieder geval de maatregelen treffen die zijn voorgeschreven bij ernstige risico's en gevaar voor derden.

Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) 2019 blijkt dat leidinggevenden van werknemers aanzienlijk meer aandacht hebben voor het gezond en veilig uitvoeren van werkzaamheden. Op de vraag of hun leidinggevende er alles aan doet om onveilig en ongezond werken te voorkomen, antwoordt meer dan de helft van de werknemers (58,2%) bevestigend en slechts een zeer klein deel van de werknemers (13,9%) geeft aan dat hun leidinggevende er niet alles aan doet om onveilig en ongezond werk te voorkomen. De resterende 28 procent van de werknemers gaf een neutraal antwoord (NEA, 2019). Hoewel de aandacht voor gezond en veilig werken onder leidinggevenden van werknemers weliswaar beter kan, is het slechter gesteld met de aandacht die opdrachtgevers van zzp'ers hebben voor dit thema.

### Beperkte toegang tot preventieve arbeidsgerelateerde zorg via een zzp-organisatie

Zzp'ers kunnen via een zzp-organisatie, branchevereniging, of sectororganisatie toegang hebben tot preventieve arbeidsgerelateerde zorg. Het blijkt echter dat minder dan tien procent van de zzp'ers toegang heeft tot het aanbod van preventieve arbozorg via een zzp- of sectororganisatie. Uiteraard hangt dit samen met het al dan niet lid zijn van zo'n organisatie. Slechts 7,6 procent van de zzp'ers zegt gebruik te *kunnen* maken van preventieve arbozorgdiensten via een zzp- of sectororganisatie. Het gaat hierbij om toegang tot een preventie-spreekuur, consult

<sup>10</sup> Opgemerkt zij dat bijna een vijfde van de zzp'ers de vraag over de aandacht die hun opdrachtgevers hebben voor gezond en veilig werken niet hebben beantwoord.



bij een bedrijfsarts, bezoek van een arbo-adviseur, een analyse van de duurzame inzetbaarheid, een risico-inventarisatie en - evaluatie (RI&E) en periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek.

Verder blijkt dat vooral zzp'ers met gevaarlijk werk, een financieel gezond bedrijf en een hogere opleiding gebruik kunnen maken van preventieve arbeidsgerelateerde zorg via een zzp- of sectororganisatie. Dit komt mogelijk doordat deze groepen zzp'ers vaker lid zijn van een dergelijke organisatie. Ook zzp'ers met een private arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben vaker toegang tot preventieve zorg via een zzp- of sectororganisatie<sup>11</sup>. Dit wijst op een samenhang tussen het afsluiten van een verzekering en het lid zijn van een organisatie; zzp'ers die lid zijn van een zzp- of sectororganisatie hebben ook vaker een private arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten.

Om na te gaan of deze beperkte toegang tot preventieve arbozorg vooral speelt bij zzp'ers, is het relevant een vergelijking te maken met werknemers. Werknemers blijken aanzienlijk vaker toegang te hebben tot preventieve arbozorg. Uit de NEA 2019 blijkt dat bijna 64 procent van de werknemers (63,9%) de mogelijkheid heeft om een bedrijfsarts te raadplegen via de werkgever. Het overgrote deel van de groep (62,5%) kan zelf beslissen of zij een bedrijfsarts raadplegen. Voor een klein deel (11,9%) wordt deze beslissing door de leidinggevende gemaakt en de rest van de werknemers (25,6%) weet niet of zij op eigen initiatief een bedrijfsarts kunnen bezoeken. Daarnaast gaf van de werknemers een vijfde (21%) aan dat zij in het afgelopen jaar via hun werkgever in de gelegenheid zijn gesteld om mee te doen aan een preventief onderzoek naar hun gezondheid of vitaliteit. Werknemers hebben dus aanzienlijk betere toegang tot preventieve arbozorg dan zzp'ers.

De beperkte toegang tot preventieve arbozorg lijkt zich ook te vertalen in het beperkte gebruik van preventieve zorgdiensten, zo bleek uit gesprekken met zzp'ers zelf. Afgezien van enkele geïnterviewde zzp'ers die een coach of personal trainer in de arm hebben genomen, wordt er nauwelijks gebruik gemaakt van preventieve arbeidsgerelateerde gezondheidszorg.

#### **Beperkte voorlichting over gering en versnipperd arbozorgaanbod zzp'ers**

Voorlichting over arbeidsrisico's en de daartegen te nemen preventieve maatregelen zijn van groot belang in het kader van duurzame inzetbaarheid. Dit mede gezien huisartsen (waar veel zzp'ers met klachten zich melden) – in de relatief korte tijd dat zij een patiënt zien – geen aandacht (kunnen) hebben voor preventie op het gebied van arbeidsrisico's. Hiermee is niet gezegd dat er geen voorlichting zou zijn. Onder meer het ministerie van SZW, de Inspectie SZW, de Kamer van Koophandel, sectororganisaties en zzp-organisaties verstrekken (onder meer op hun websites) informatie over gezond en veilig werken voor zzp'ers. Uit de interviews met zzp'ers blijkt echter dat deze informatie lang niet in alle gevallen beklijft.

De aangeboden informatie heeft daarnaast vooral betrekking op gezond en veilig werken, oftewel op Arbomaatregelen, en veel minder op preventieve en curatieve arbeidsgerelateerde zorg. Dit hangt uiteraard samen met het geringe en niet inzichtelijke aanbod van deze zorg voor zzp'ers. Zzp-organisaties en sectororganisaties bieden hun leden deze informatie weliswaar aan, maar het bereik hiervan is uiteindelijk beperkt omdat een groot deel van de zzp'ers geen lid is van

---

<sup>11</sup> Zoals eerder opgemerkt, maakt de ZEA het niet mogelijk de toegang tot preventieve arbeidsgerelateerde zorg te onderzoeken via andere kanalen dan een zzp- of sectororganisatie.

een dergelijke organisatie. Uit de literatuur is af te leiden dat circa vijftien procent van de zzp'ers met een hoofdkomen uit het zzp-schap is aangesloten bij een zzp-organisatie.<sup>12</sup> Volgens de ZEA 2019 is 6,4 procent van de zzp'ers lid van een onafhankelijke zzp-organisatie, is 2,9 procent lid van een zzp-organisatie binnen een vakbond, is 22 procent van de zzp'ers aangesloten bij een beroepsorganisatie, en is 16 procent bij een sectororganisatie<sup>13</sup>.

### 8.2.2 Aanbod bij (werkgerelateerde) klachten op een rij

Hieronder is beschreven wat zzp'ers momenteel kunnen doen wanneer zij te maken hebben met (werkgerelateerde) klachten.

- Bezoeken van een bedrijfsarts of arbeidsdeskundige. Een bedrijfsarts is medisch specialist op het gebied van arbeid en gezondheid. Een arbeidsdeskundige is deskundig op het gebied van werk dat past bij je belastbaarheid.
  - Een zzp'er kan een bedrijfsarts vinden door contact op te nemen met één van de arbodiensten en te vragen naar een bedrijfsarts of met een organisatie voor zelfstandige bedrijfsartsen zoals [www.bedrijfsartsengenootschap.nl](http://www.bedrijfsartsengenootschap.nl) of <https://verenigingzfb.nl/>
  - Er is geen verwijzing nodig.
- De zzp'er kan een huisarts bezoeken. Het is hierbij raadzaam aan te geven wat de klachten zijn en wat voor werk de zzp'er doet.
  - De huisarts kan mogelijk helpen om te bepalen of er wellicht een relatie is tussen het werk en de klachten.
  - De huisarts is een algemeen medisch specialist. Bezoek wordt vergoed vanuit de basisverzekering.
- De zzp'er kan een therapeut bezoeken waarvoor geen verwijzing van de huisarts nodig is zoals een fysiotherapeut of manueel therapeut. Ook hierbij is het van belang dat de zzp'er aangeeft wat voor werk hij doet.
  - De kosten dienen volledig door de zzp'er zelf te worden betaald tenzij iemand aanvullend verzekerd is. Dan worden de kosten (gedeeltelijk) vergoed. Het is daarom belang dat zij van tevoren de voorwaarden van de aanvullende zorgverzekering goed controleren.

### 8.2.3 Wat doen zzp'ers bij klachten?

In algemene zin maken zzp'ers niet snel uit eigen beweging gebruik van preventieve, curatieve en re-integratiezorg. De verklaringen hiervoor zijn meerledig. Allereerst zijn de toegangskanalen voor zzp'ers tot arbozorg beperkt. Zoals blijkt uit het hierboven beschreven aanbod moeten zzp'ers de kosten van bijvoorbeeld een bedrijfsarts zelf (*out-of-pocket*) betalen. Daarnaast is er sprake van onwetendheid, ontkenning en onderschatting van de (arbeids)risico's die zij lopen. Als het gaat om (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid denken veel zzp'ers – net als veel werknemers – 'dit overkomt mij niet'. Binnen de sociaal risicomanagement-theorie wordt dit 'irrationele risicoperceptie' en 'kortzichtig gedrag' genoemd. Het beperkte aanbod, de wijze van risicoperceptie in combinatie met de *out-of-pocket* betaling van arbozorg voor zzp'ers maken dat zij weinig gebruikmaken van arbozorg.

#### Bij klachten naar huisarts

<sup>12</sup> Ongeveer 140.000 zzp'ers zijn aangesloten bij een zzp-organisatie (Heeger & Rossetti, 2019). Dit komt neer op zo'n vijftien procent van de 940.000 zzp'ers met een hoofdkomen uit het zzp-schap (2018, CBS Statline) en circa 13% van alle 1.074.000 zzp'ers (idem).

<sup>13</sup> Hier kan sprake zijn van overlap omdat respondenten lid kunnen zijn van meerdere typen organisaties.



Het 'natuurlijk' gedrag van zzp'ers is om bij (mogelijke) werkgerelateerde klachten naar de huisarts te gaan; dit is namelijk wat bijna 94 procent van de zzp'ers doet. Slechts iets meer dan één procent wendt zich tot een bedrijfsarts (1,3%). Een kleine tien procent geeft aan iets anders te doen. Deze laatste categorie is in de ZEA 2017 niet nader gespecificeerd. Het is de vraag in hoeverre het 'natuurlijk' gedrag van zzp'ers bij klachten verschilt van het gedrag van werknemers. De vragen in de ZEA en de NEA verschillen op dit punt, dus een exacte vergelijking is niet te maken. Wel kan op basis van de NEA (2019) worden gesteld dat 10,6 procent van de werknemers in de afgelopen 12 maanden vanwege hun gezondheid contact heeft gehad met een bedrijfsarts. Voor 23,6 procent geldt dat zij langer dan een jaar geleden contact hebben gehad met een bedrijfsarts. Daarnaast heeft 45 procent tijdens het laatste verzuim contact gehad met een huisarts of een specialist. Hoewel een exacte vergelijking dus niet mogelijk is, laten deze cijfers wel zien dat werknemers aanzienlijk vaker een bedrijfsarts raadplegen dan zzp'ers. Ook lijkt het erop dat zzp'ers bij (werk)gerelateerde klachten vaker een huisarts bezoeken dan werknemers.

#### [Ontbreken goede verbinding tussen huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskundige zorg](#)

Omdat 94 procent van de zzp'ers bij (werk)gerelateerde klachten naar de huisarts gaat, vormt de huisarts – in theorie – een belangrijke toegangspoort tot arbozorg voor zzp'ers. Uit het onderzoek blijkt echter dat huisartsen beperkt aandacht hebben voor de factor arbeid. Wanneer ze arbeidsgelateerde klachten constateren, dan achten huisartsen zich in het algemeen onvoldoende toegerust om behalve de curatieve medische zorg ook de nodige arbeidsgelateerde zorg te leveren. Dit zien ze als het domein van de bedrijfsgeneeskundige zorg. Vanwege het ontbreken van een goede verbinding tussen de huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskundige zorg weten de meeste huisartsen echter niet naar wie ze een patiënt kunnen doorverwijzen.

In 2014 pleitte de SER al voor betere samenwerking tussen huisartsen, bedrijfsartsen en arbodienstverleners. Uit interviews met stakeholders blijkt dat hiertoe wel experimenten worden/zijn ondernomen. Daarnaast onderzoeken de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) hoe de samenwerking tussen huis-, arbeids-, en bedrijfsartsen kan worden verbeterd. Ondanks diverse initiatieven blijft deze samenwerking moeizaam.

Zelfs wanneer zowel patiënten zelf als reguliere zorgverleners meer aandacht zouden hebben voor de factor arbeid, en huisartsen zouden weten naar wie ze moeten verwijzen, is een betere toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg niet gegarandeerd. De huidige schotten tussen reguliere zorg – *verzekerd en gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet* – en bedrijfsgeneeskundige zorg – *gefinancierd door werkgevers*, belemmeren de toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg. Dit is het geval voor werkenden in algemene zin, maar in het bijzonder voor zelfstandigen, flexwerkers en uitzendkrachten. Deze schotten beperken en belemmeren ook de samenwerking tussen reguliere zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en bedrijfsgeneeskundige zorgverleners.

#### [Gebrek aan aandacht voor preventie binnen huisartsenzorg](#)

Verder zijn huisartsen in het algemeen vooral gericht op curatieve zorg en veel minder op preventieve geneeskundige zorg. Ze zullen een patiënt dan ook lang niet altijd wijzen op het belang van het nemen van preventieve

gezondheidsmaatregelen. Dit terwijl een groot aantal preventieve gezondheidsmaatregelen wel wordt vergoed door ziektekostenverzekeraars. Een zzp'er moet dus op eigen initiatief dergelijke preventieve voorzieningen gebruiken. Het voorafgaande geldt in grote lijnen ook voor werknemers. Zij hebben echter, zoals hierboven opgemerkt, via hun werkgever toegang tot preventieve, curatieve en op re-integratie gerichte arbeidsgerelateerde zorg.

#### 8.2.4 Aanbod en gebruik van inkomensverzekeringen tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid

Hieronder is beschreven wat zzp'ers kunnen doen wanneer zij hun inkomen willen verzekeren tegen ziekte.

- Een zzp'er kan zich vrijwillig verzekeren voor de Ziektewet (UWV).
  - Zzp'er moet zich binnen 13 weken nadat de verplichte werknemersverzekering voor ziekte via werk of uitkering is gestopt aanmelden. Er gelden geen toelatingseisen qua leeftijd en gezondheid.
  - Het inkomen is tot een periode van 2 jaar verzekerd.
  - Zzp'er betaalt premie
  - Zzp'er heeft re-integratieverplichtingen wanneer hij ziek wordt.
- Het risico op ziekte kan ook worden gedeeld met andere ondernemers via een schenkring of crowdsurance.
  - Hier betaalt de zzp'er maandelijkse inleg.
  - Het inkomen is meestal tot een periode van 2 jaar verzekerd.

Per oktober 2020 zijn er ongeveer 18.000 vrijwillig verzekerden bij UWV. Ter vergelijking: volgens het CBS was in 2019 het aantal zzp'ers dat eigen arbeid of diensten aanbiedt 890.000 (UWV, 2020b). Oftewel: 2 procent van de zzp'ers heeft zich vrijwillig verzekerd bij UWV. Ook hierbij is het van belang rekening te houden met de ruime wijze waarop zzp'ers worden gedefinieerd door het CBS. Zo rekent het CBS ook personen mee voor wie het hoofdkomen *niet* uit het zzp-schap voortvloeit. Voor deze groep is de impact van (duurzame) arbeidsongeschiktheid aanzienlijk lager dan voor hen bij wie het zzp-schap het hoofdkomen vormt.

Hieronder is beschreven wat zzp'ers kunnen doen wanneer zij hun inkomen willen verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid.

- Zzp'ers kunnen zich – wanneer zij starten als zelfstandige vanuit loondienst of uitkering - vrijwillig verzekeren voor de WIA (UWV).
  - Zzp'er moet zich binnen 13 weken nadat de verplichte werknemersverzekering voor arbeidsongeschiktheid via uw werk of uitkering is gestopt aanmelden. Er gelden geen toelatingseisen qua leeftijd en gezondheid.
  - Zzp'er betaalt premie.
  - Zzp'er heeft re-integratieverplichtingen wanneer hij gedeeltelijk arbeidsongeschikt wordt.
  - Er is 2 jaar wachttijd voordat er wordt uitgekeerd.
- Zzp'er kan zich particulier verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid.
  - Er zijn doorgaans toelatingseisen betreft leeftijd, beroep en gezondheidsrisico's.
  - Zzp'er betaalt premie.
  - Zzp'er kiest zelf de wachttijd voordat er wordt uitgekeerd.
  - Zzp'er verzekert zijn beroep.



- Zzp'er kan zich particulier verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid met een vangnetverzekering als hij op medische gronden is afgewezen voor een reguliere arbeidsongeschiktheidsverzekering.
  - Als zzp'er op medische gronden is afgewezen voor een reguliere arbeidsongeschiktheidsverzekering kan zzp'er zich opnieuw aanmelden bij dezelfde verzekeraar voor een vangnetverzekering.
  - Zzp'er betaalt premie.
  - Er is 12 maanden wachttijd.
  - Zzp'er is voor maximaal 70% van het minimumloon verzekerd.

Slechts een klein en geleidelijk afnemend percentage van de zzp'ers heeft zich verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. In 2016 had 19 procent en in 2011 nog ruim 23 procent van de zzp'ers die hun hoofdinkomen uit het zzp-schap verwierven een arbeidsongeschiktheidsverzekering (CBS, 2018). Ook hierbij is het van belang rekening te houden met de ruime wijze waarop zzp'ers worden gedefinieerd door het CBS. Ook zijn er zzp'ers die ervoor kiezen zich aan te sluiten bij een broodfonds of ervoor kiezen om het risico op (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid anderszins (deels) af te dekken. Dit laat onverlet dat de lage verzekeringsgraad onder zzp'ers gedurende een groot aantal jaren onderwerp van een maatschappelijk debat is.

Hoeveel zzp'ers precies lid zijn van een schenkring of broodfondsachtige constructie is niet bekend. Medio 2020 zijn er bijna 600 Broodfondsen met zo'n 27.000 deelnemers en zijn ongeveer vijfhonderd mensen bezig met de oprichting van nieuwe broodfondsen ([Broodfonds.nl](https://www.broodfonds.nl)). Het aantal leden van dergelijke alternatieven lijkt snel te groeien. De coöperatie SharePeople biedt een alternatief voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering en groeit snel. SharePeople had in juli 2018 rond de 500 leden, 3.300 leden in juli 2020 en in december 2020 ongeveer 4.000 leden.<sup>14</sup>

### 8.3 Behoefte aan arbozorg

In deze paragraaf gaan we in op de vraag welke behoefte er bestaat aan arbozorg voor zzp'ers; zowel vanuit maatschappelijk perspectief als het perspectief van zzp'ers en zzp-organisaties. Dit eerste doen we door te kijken naar het verzuim onder zzp'ers, de prevalentie van beroepsziekten en de inschatting van de eigen huidige en toekomstige inzetbaarheid. Vanuit maatschappelijk oogpunt heeft dit namelijk implicaties voor de arbeidsmarktdeelname van zzp'ers en potentiële zorgkosten. Uiteraard is het ook voor zzp'ers zelf van belang dat het verzuim zo laag mogelijk is, dat zij zo min mogelijk worden geconfronteerd met beroepsziekten en dat zij duurzaam inzetbaar zijn. Bij het perspectief van individuele zzp'ers en zzp-organisaties gaat het om de behoefte aan arbozorg die zij *zelf* zeggen te ervaren.

#### 8.3.1 Maatschappelijk perspectief: Verzuim, huidige en toekomstige inzetbaarheid zzp'ers

In termen van verzuim geldt onder zzp'ers een verzuimpercentage van 3,38 procent (Panteia o.b.v. ZEA, 2017, zie hoofdstuk 5) tegenover 4,48 procent onder werknemers (NEA, 2019). Het verzuim onder zzp'ers is dus lager dan onder werknemers. Onder zzp'ers heeft 10,1 procent (ZEA, 2019) ten minste één

<sup>14</sup> De informatie over de ledenaantallen van SharePeople is opgevraagd bij de organisatie zelf op 15 december 2020.



beroepsziekte (vastgesteld arts)<sup>15</sup>. Onder werknemers is dit 10 procent (NEA, 2018<sup>16</sup>). De prevalentie van beroepsziekten is dus vergelijkbaar onder zzp'ers en werknemers ondanks dat zzp'ers vaker dan werknemers aangeven dat hun opdrachtgever, respectievelijk leidinggevende, géén aandacht heeft voor gezond en veilig werken.

Een verdiepende analyse van de ZEA (2017) data laat zien dat wat betreft zzp'ers er gezien de prevalentie van gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen en beroepsziekten vooral behoefte is aan arbeidsgerelateerde zorg:

- onder zzp'ers in zware beroepen en/of met gevaarlijk werk, en
- onder degenen onder hen die onder psychosociale druk staan.

Naar bedrijfssectoren vertaald, gaat het primair om zzp'ers in:

- landbouw en visserij
- nijverheid en energie
- bouwnijverheid
- handel
- vervoer en opslag
- horeca
- gezondheids- en welzijnszorg
- zakelijke dienstverlening.

Verder is het relevant hoe zzp'ers en werknemers hun eigen huidige en toekomstige inzetbaarheid inschatten. Zzp'ers geven gevraagd naar of zij de fysieke eisen van hun werk gemakkelijk aankunnen een gemiddelde score van 3,12 (score 1 helemaal niet mee eens – 4 helemaal mee eens) (Panteia o.b.v. ZEA, 2017). Werknemers gaven op dezelfde vraag een gemiddelde score van 3,31 (NEA, 2019). Gevraagd naar of zij psychische eisen van hun werk gemakkelijk aankunnen gaven zzp'ers een gemiddelde score van 3,13 tegenover een gemiddelde score van 3,24 onder werknemers (NEA, 2019). Zzp'ers schatten hun huidige inzetbaarheid betreft de fysieke en psychische eisen aan het werk dus iets lager in dan werknemers.

Opvallend is dat zzp'ers hun toekomstige inzetbaarheid gemiddeld hoger inschatten dan werknemers. Op de vraag tot op welke leeftijd zij denken in staat te zijn hun huidige werk lichamelijk en geestelijk te kunnen voortzetten, geven zzp'ers aan te denken dit tot de gemiddelde leeftijd van 66,8 jaar te kunnen doen. Werknemers zeggen te denken hun huidige werk te kunnen voortzetten tot de gemiddelde leeftijd van 62,7 jaar (NEA, 2019).

Zzp'ers schatten hun huidige inzetbaarheid dus lager in dan werknemers. Echter, in termen van verzuimpercentage, prevalentie van beroepsziekten, en toekomstige inzetbaarheid 'scoren' zzp'ers beter dan of vergelijkbaar met werknemers: ze verzuimen minder vaak, hebben even vaak beroepsziekten, en schatten hun toekomstige inzetbaarheid hoger in. Vanuit maatschappelijk oogpunt lijkt er dus geen sprake te zijn van problemen omtrent verzuim, ziekte en inzetbaarheid die uitsluitend voor zzp'ers gelden.

---

<sup>15</sup> In hoofdstuk 5 is op basis van de ZEA 2017 beschreven dat 18,6 procent van de zzp'ers één of meer beroepsziekten heeft. In 2019 was de vraagstelling in de ZEA/NEA echter anders geformuleerd en diende het specifiek te gaan om door een arts vastgestelde beroepsziekte. In de NEA 2017 is de module 'beroepsziekte' niet opgenomen. Vanwege de vergelijkbaarheid van de data hebben wij ervoor gekozen hier de prevalentie van beroepsziekten te noemen zoals weergegeven in de ZEA/NEA 2019.

<sup>16</sup> Hier is gebruikgemaakt van de NEA 2018 omdat deze vraag is niet is opgenomen in de NEA 2017 en NEA 2019.



### 8.3.2 *Perspectief zzp'ers en zzp-organisaties*

Een veelvuldig genoemde preventieve behoefte – zowel door individuele zzp'ers als door zzp-organisaties – is de tijdige oriëntatie op omscholingsmogelijkheden of mogelijkheden het werk te verlichten voor zzp'ers in fysiek zware beroepen.

Opvallend is dat wanneer zzp'ers zelf gevraagd wordt naar hun behoeften op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg, weinig zzp'ers aangeven behoefte te hebben aan arbeidsgerelateerde zorg. Als er geen klachten zijn, dus preventief, ziet men de waarde er doorgaans niet van in. Als er klachten zijn wendt men zich tot de eerstelijnszorg, die volgens de grote meerderheid van de geïnterviewde zzp'ers voldoende zorgmogelijkheden biedt. Enkele deelnemers aan het onderzoek vinden het daarentegen wel zinvol om preventief met een arboprofessional te spreken. Het is er tot dusver echter niet van gekomen omdat men de weg niet weet.

De meeste vertegenwoordigers van de geïnterviewde zzp-organisaties denken hier anders over; zij stellen over het algemeen dat zzp'ers nauwelijks gebruikmaken van arbozorg en weinig specifieke behoeften hebben op dit vlak, maar zij beschouwen dit als onwenselijk. Daarnaast stellen zij dat reguliere zorgverleners doorgaans te weinig aandacht hebben voor de factor arbeid. In hun ogen maken zzp'ers te weinig en te laat gebruik van arbeidsgerelateerde zorg en werken ze te lang door met gezondheidsproblemen. Dit geldt zeker voor de wat oudere generatie zzp'ers.

Kostenbewustheid maakt dat zzp'ers weinig geneigd zijn te investeren in hun gezondheid. Dit geldt zeker voor preventieve maatregelen, waarvan de opbrengsten onduidelijk zijn. Dit wordt nog versterkt door onwetendheid omtrent arbeidsrisico's of de neiging gezondheidsrisico's te bagatelliseren of te ontkennen. Het gedrag van zzp'ers sluit aan bij, en kan worden verklaard vanuit de kortzichtige risicoperceptie uit *social risk management* theorie welke stelt dat de beoordeling van in de toekomst gelegen risico's en de afweging daar vooraf al maatregelen tegen te nemen niet rationeel maar intuïtief verloopt. Oorzaak hiervan is onder andere dat mensen geneigd zijn verliezen te vermijden, de kosten van een preventieve of mitigerende maatregel hoger in te schatten dan de opbrengsten ervan en dat bij het maken van keuzen tot dan toe opgedane ervaringen zwaarder wegen dan mogelijke gebeurtenissen in de toekomst.

Vanuit de *social risk management* theorie is het daarom de vraag of zzp'ers hun eigen behoeften aan arbozorg goed kunnen inschatten. Wellicht relevanter dan de vraag of zzp'ers in algemene zin behoefte hebben aan een betere toegang tot arbozorg is de vraag of zzp'ers – wanneer zij werkgerelateerde klachten hebben – passende zorg ontvangen. Op basis van bovenstaande constatering rondom het ontbreken van een adequate arbozorginfrastructuur, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de huidige beperkte toegankelijkheid van arbozorg voor zzp'ers problematisch is.

## 8.4 **Conclusie: adequate zorginfrastructuur zzp'ers ontbreekt en te weinig aandacht voor preventie**

### *Verzuim, beroepsziekten en inzetbaarheid zzp'ers*

In termen van verzuimpercentage, prevalentie van beroepsziekten, en toekomstige inzetbaarheid 'scoren' zzp'ers beter dan of vergelijkbaar met werknemers: ze verzuimen minder vaak, hebben even vaak beroepsziekten, en schatten hun toekomstige inzetbaarheid hoger in. Dit blijkt uit een analyse van de Zelfstandigen Enquête Arbeid (2017).

### Behoeftte aan tijdige oriëntatie op omscholing

Wanneer zzp'ers zelf gevraagd wordt naar hun behoeften op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg, geeft een klein deel van de geïnterviewde zzp'ers aan in algemene zin behoefte te hebben aan een betere toegang tot arbeidsgerelateerde zorg. Daarentegen wordt zowel door individuele zzp'ers als door zzp-organisaties veelvuldig aangegeven dat er op het vlak van preventie behoefte bestaat aan tijdige oriëntatie op omscholingsmogelijkheden of mogelijkheden het werk te verlichten voor zzp'ers in fysiek zware beroepen.

### Grote verschillen in toegang arbozorg zzp'ers

Het onderzoek laat zien dat de toegang tot arbeidsgerelateerde zorg sterk varieert onder zzp'ers. Zzp'ers die niet (privaat) verzekerd zijn tegen arbeidsongeschiktheid, en niet zijn aangesloten bij een schenkring of crowdsurance, hebben geen of nauwelijks toegang tot preventieve, curatieve en op re-integratie gerichte arbeidsgerelateerde zorg. Daarnaast maakt de out-of-pocket betaling van arbeidsgerelateerde zorg dat sommige groepen zzp'ers minder snel geneigd zijn gebruik te maken van de diensten van een bedrijfsarts of arbodienstverlener. In tegenstelling tot werknemers is er voor zzp'ers geen adequate, laat staan (her)kenbare, zorginfrastructuur voor arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen.

### Klachten? Naar de huisarts!

Het 'natuurlijk' gedrag van zzp'ers is om bij (werkgerelateerde) klachten naar de huisarts te gaan; dit is namelijk wat bijna 94 procent van de zzp'ers doet. Slechts iets meer dan één procent wendt zich tot een bedrijfsarts (1,3%). De huisarts vormt een belangrijke toegangspoort tot arbozorg voor zzp'ers. Uit het onderzoek blijkt echter dat huisartsen beperkt aandacht hebben voor de factor arbeid. Vanwege het ontbreken van een goede verbinding tussen de huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskundige zorg weten de meeste huisartsen niet naar wie ze een patiënt kunnen doorverwijzen. Hierdoor ontvangen zzp'ers mogelijk niet de zorg die zij nodig hebben.

Zelfs wanneer zowel patiënten zelf als reguliere zorgverleners meer aandacht zouden hebben voor de factor arbeid, en huisartsen zouden weten naar wie ze moeten verwijzen, is een betere toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg niet gegarandeerd. De huidige schotten tussen reguliere zorg – verzekerd en gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet – en bedrijfsgeneeskundige zorg – gefinancierd door werkgevers, belemmeren de samenwerking tussen reguliere zorgverleners in de 1e en 2e lijn en bedrijfsgeneeskundige zorgverleners en de toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg. Dit is het geval voor werkenden in algemene zin, maar in het bijzonder voor zelfstandigen, flexwerkers en uitzendkrachten. Zij moeten de kosten voor bedrijfsgeneeskundige zorg uit eigen zak betalen. Dit werpt een drempel op voor de toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg.

### Adequate zorginfrastructuur zzp'ers ontbreekt en te weinig aandacht voor preventie

Zzp'ers hebben doen het op het gebied van verzuim, beroepsziekten en inzetbaarheid weliswaar beter dan werknemers. Dit neemt niet weg dat in algemene zin een adequate arbozorginfrastructuur voor zzp'ers ontbreekt, waarbij er grote verschillen zijn tussen zzp'ers. Hierdoor krijgen zzp'ers mogelijk niet de ondersteuning die zij nodig hebben, waardoor zij mogelijk langer dan nodig verzuimen en/of zelfs langdurig uitvallen. Binnen het bestaande aanbod is er daarnaast nauwelijks aandacht voor tijdige oriëntatie op omscholingsmogelijkheden



of mogelijkheden het werk te verlichten voor zzp'ers in fysiek zware beroepen, terwijl veel zzp'ers hier behoefte aan hebben.

## 9 Verkenning beleidsopties

### 9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de lessen die kunnen worden geleerd om de toegankelijkheid van arbeidsgelateerde zorg en aandacht voor preventie voor zzp'ers te verbeteren (onderzoeksvraag 4). Op grond van kennis over de factoren die bevorderend dan wel belemmerend werken voor zzp'ers bij de toegang tot en het gebruik van arbozorg stellen we een drietal mogelijke beleidsopties voor (onderzoeksvraag 5). Deze beleidsopties zijn geformuleerd tegen de achtergrond van de *social risk management* theorie en de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek (analyse Zelfstandigen Enquête Arbeid 2017) en kwalitatief onderzoek (interviews met zzp'ers, diverse betrokken stakeholders, en individuele arbodienstverleners, bedrijfsartsen, huisartsen en verzekeraars) zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken.

#### **Social risk management**

*Social risk management* (SRM) is een conceptueel raamwerk dat is ontwikkeld door de Wereldbank Holzmann & Jørgensen, 2000) voor de bevordering van de economische ontwikkeling van vooral Derde Wereldlanden. Bij Schmid (2006b) is SRM onderdeel van zijn theorie van Transitional Labour Markets (TLM). Kort gezegd gaat het erom dat de arbeidsmarkt institutioneel zo is ingericht dat mensen gedurende hun leven duurzaam inzetbaar zijn en kunnen schakelen tussen verschillende activiteiten, zoals het volgen van onderwijs/trainingen, werknemerschap, zelfstandig ondernemerschap, zorgtaken en (tijdelijke) werkloosheid.

SRM moet niet alleen leiden tot een betere bescherming tegen (de hieraan verbonden) risico's. Het moet juist ook het nemen van (verantwoorde) risico's bevorderen. Dit, omdat het nemen van risico's een belangrijke motor is voor economische ontwikkeling op zowel micro- als macroniveau en een voorwaarde is voor de steeds meer gevraagde flexibiliteit van economieën, bedrijven en huishoudens. Schmid (2006b) ziet de stap van werknemer- naar zzp-schap als een voorbeeld van het nemen van zo'n risico. Vanuit het perspectief van TLM zouden degenen die dit risico nemen, moeten kunnen terugvallen op bijvoorbeeld een werkloosheidsuitkering. Doordat SRM inzichten uit de economie en psychologie samenbrengt, bieden elementen ervan een goede basis om het theoretisch kader van ons onderzoek op te enten.

Een eerdere uitwerking van verschillende beleidsopties is getoetst tijdens zogenaamde *learning labs* met betrokken stakeholders, waaronder ZZZP Nederland, PZO, FNV Zelfstandigen, Zelfstandigen Bouw, SoloPartners, SharePeople, AWWN, Verbond van Verzekeraars, OVAL, NVVG, UWV, en het ministerie van SZW. Tijdens deze interactieve sessies met stakeholders is het draagvlak voor verschillende beleidsopties geïnventariseerd, alsmede de randvoorwaarden die nodig zijn om een bepaalde beleidsoptie te kunnen uitvoeren. De *learning labs* hebben ertoe geleid dat Panteia de beleidsopties heeft aangepast dan wel heeft aangescherpt. Hoewel diverse beleidsopties zijn besproken met stakeholders, is het van belang te benadrukken dat de in dit hoofdstuk gepresenteerde beleidsopties de visie van de onderzoekers weerspiegelt op basis van de onderzoeksresultaten en inzichten vanuit de *social risk management* theorie.



## 9.2 Overzicht mogelijke beleidsopties

Hieronder schetsen wij drie mogelijke beleidsopties die er naar verwachting aan bijdragen dat de toegang tot arbozorg voor zzp'ers verbetert. Sommige van de beleidsopties kunnen overigens ook *naast* elkaar bestaan; de verschillende beleidsopties sluiten elkaar dus niet uit. De opties zijn gebaseerd op de resultaten van het voorliggende onderzoek maar borduren ook allen voort op bestaande ideeën rondom zorg en/of sociale zekerheid voor zelfstandigen. Zo kan beleidsoptie 1 worden beschouwd als een verdere uitwerking van het voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen. Beleidsoptie 2 sluit deels aan bij de ideeën van de Commissie Borstlap en het Platform Toekomst van Arbeid voor een regeling voor alle werkenden, waarbij er minder onderscheid wordt gemaakt tussen werknemers en zelfstandigen.

- 1) **Beleids optie 1:** Verbeteren toegang tot arbozorg voor zelfstandigen via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen.
- 2) **Beleids optie 2:** Verbeteren toegang arbozorg werkenden via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering met één regeling voor alle werkenden.
- 3) **Beleids optie 3:** Verbeteren toegang tot arbozorg voor werkenden en werkzoekenden via ontschotting reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg.

De opties kennen ook een zekere gelaagdheid wat betreft de mate waarin de optie een wijziging voorstelt ten opzichte van de huidige bestaande systemen. Zo wordt binnen beleidsoptie 1 het bestaande onderscheid tussen zelfstandigen en werknemers gehandhaafd. Beleidsoptie 2 vergt een majeure wijziging van het huidige sociale zekerheidsstelsel doordat niet langer wordt uitgegaan van aparte regelingen voor werknemers en zelfstandigen. Beleidsoptie 3 behelst een majeure wijziging van de financiering van arbozorg, doordat een ontschotting van reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg wordt voorgesteld.

### 9.3 Beleidsoptie 1: Verbeteren toegang tot arbozorg voor zelfstandigen via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen

<b>Preventie &amp; duurzame inzetbaarheid</b>	<b>Arbocentrum Zelfstandigen</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennisknooppunt (online en/of fysiek) dat bestaande kennis en infrastructuur bijeenbrengt</li> <li>• Voorlichting over arbeidsomstandigheden, preventie van beroepsziekten, gezondheid &amp; vitaliteit, (om)scholing</li> <li>• Vervult 'makel &amp; schakelfunctie': ondersteunt zelfstandigen bij verwijzing naar arbodienstverleners, bedrijfsartsen, scholing. Huisartsen kunnen zelfstandigen naar het Arbocentrum verwijzen</li> <li>• Financiering: premie AOV zelfstandigen</li> </ul>	
<b>Re-integratie</b>	<b>A. Uitvoering UWV</b>	<b>B. Uitvoering private arbodienstverleners &amp; bedrijfsartsen via Arbo-arrangement</b>
<i>Re-integratie tijdens wachttijd</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inning premie door UWV</li> <li>• Bij verzuim meldt zzp'er zich binnen 4 weken bij UWV</li> <li>• Binnen 6 weken re-integratieverslag en binnen 8 weken re-integratieplan</li> <li>• Uitvoering re-integratie door UWV. Zzp'er krijgt casemanager van UWV. Indien nodig koopt UWV verzuimbegeleiding en re-integratietraject in bij private (arbo)dienstverlener</li> <li>• Rond 26, 52 en 104 weken beoordeling re-integratie inspanningen door UWV afhankelijk van gekozen wachttijd</li> <li>• Financiering: premie AOV zelfstandigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inning premie door UWV</li> <li>• Uitvoering re-integratie: zzp'er verplicht tot afsluiten arbo-arrangement met arbodienstverlener/ bedrijfsarts bij afsluiten AOV, eventueel via Arbocentrum.</li> <li>• Bij verzuim meldt zzp'er zich binnen 4 weken bij UWV</li> <li>• Binnen 6 weken re-integratieverslag en binnen 8 weken re-integratieplan</li> <li>• Rond 26, 52 en 104 weken beoordeling re-integratie inspanningen door UWV afhankelijk van gekozen wachttijd</li> <li>• Financiering: zelfstandige</li> </ul>
<i>Re-integratie tijdens uitkering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claimbeoordeling UWV</li> <li>• Uitvoering re-integratie door UWV. Indien nodig koopt UWV re-integratietraject in bij private (arbo)dienstverlener</li> <li>• Financiering: premie AOV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claimbeoordeling UWV</li> <li>• Uitvoering re-integratie door UWV. Indien nodig koopt UWV re-integratietraject in bij private (arbo)dienstverlener</li> <li>• Financiering: premie AOV</li> </ul>

#### 9.3.1 Voorstel Stichting van de Arbeid

Deze beleidsoptie kan worden beschouwd als een uitwerking van het voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) voor zelfstandigen. Daarom is het – alvorens we de beleidsoptie verder toe lichten – van belang eerst nader in te gaan op het voorstel van de Stichting van de Arbeid.

Zoals aangegeven in het voorgaande hoofdstuk hebben zzp'ers momenteel beperkte toegang tot arbozorg. Daarnaast is het aantal zzp'ers dat op dit moment een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft afgesloten beperkt. Slechts een klein en geleidelijk afnemend percentage van de zzp'ers heeft zich verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. In 2016 had 19 procent en in 2011 nog ruim 23 procent van de zzp'ers die hun hoofdinkomen uit het zzp-schap verwierven een arbeidsongeschiktheidsverzekering (CBS, 2018). Dit hangt deels samen met onwetendheid, ontkenning en onderschatting van de risico's enerzijds en



(overschatting van) de kosten hiervan anderzijds. Tegelijkertijd is het hierbij van belang rekening te houden met de ruime wijze waarop zzp'ers worden gedefinieerd door het CBS. Zo rekent het CBS ook personen mee voor wie het hoofdkomen *niet* uit het zzp-schap voortvloeit. Voor deze groep is de impact van (duurzame) arbeidsongeschiktheid aanzienlijk lager dan voor hen bij wie het zzp-schap het hoofdkomen vormt. Ook zijn er zzp'ers die ervoor kiezen zich aan te sluiten bij een broodfonds of ervoor kiezen om het risico op (tijdelijke) arbeidsongeschiktheid anderszins (deels) af te dekken. Dit laat onverlet dat de lage verzekeringsgraad onder zzp'ers gedurende een groot aantal jaren onderwerp van een maatschappelijk debat is. Recent is een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers opgenomen in het Pensioenakkoord van werkgevers, vakbonden en het kabinet. Op verzoek van de minister van SZW heeft de Stichting van de Arbeid een voorstel gedaan voor de vormgeving van deze verplichte verzekering (zie kader).

### **Keuze voor zekerheid: voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zzp'ers (Stichting van de Arbeid, 2020)**

#### **Wie?**

- Verplicht voor alle zzp'ers.
- Mogelijk uitsluiting agrarische sector<sup>17</sup>.

#### **Wat?**

- Standaarduitkering: 70% laatstverdiende inkomen tot maximaal 143% WML (ca. 30.000 euro per jaar).  
Maximale standaarduitkering: ca. 1.650 euro bruto per maand.
- Standaard wachttijd (eigen risicoperiode): 52 weken.  
Mogelijkheid wachttijd aan te passen naar 26 of 104 weken.
- Bestaande private verzekeringen worden geëerbiedigd.
- *Opt-out*: zzp'ers hebben de mogelijkheid een minstens vergelijkbare private verzekering af te sluiten (te beoordelen aan de hand van een toetsingskader).
- Aanvullende verzekering: zzp'ers kunnen zich bovenop de publieke verzekering aanvullend privaot verzekeren.
- Arbeidsongeschiktheids criterium: gangbare arbeid.
- Looptijd: tot AOW-leeftijd.

#### **Uitvoering**

- Belastingdienst: inning premie.
- UWV: claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie tijdens de wachttijd.
- Arbocentrum: rol bij de re-integratie.

Behalve een verzekering voor het inkomen van zzp'ers bij arbeidsongeschiktheid, is de verzekering zoals voorgesteld door de Stichting van de Arbeid evenals de private arbeidsongeschiktheidsverzekering een instrument voor het aanbieden van arbozorg. In het voorstel begint de re-integratie zodra de wachttijd ingaat. Dit betekent derhalve dat de verzekerde reeds (tijdelijk) arbeidsongeschikt is op het moment dat de verzekeraar op re-integratie gerichte zorg aanbiedt.

De Stichting van de Arbeid stelt verder voor "om voor een effectieve re-integratie" een uit de premie-inkomsten gefinancierd Arbocentrum voor zelfstandigen in te richten. In

<sup>17</sup> Alle ondernemingen waarvan de SBI-codes beginnen met een getal tussen 011 en 016 zouden dan kunnen worden uitgesloten.



dit centrum "wordt specifieke kennis op het gebied van arbeidsgezondheidszorg samengebracht om zo effectieve interventies voor herstel en werkhervatting als zelfstandige te bewerkstelligen." De Stichting van de Arbeid lijkt er vanuit te gaan dat deze kennis wordt ingebracht door "sectorale instituties" (2020). Hoewel de Stichting van de Arbeid het Arbocentrum verder nauwelijks invult, doet het voorstel van de Stichting vermoeden dat dit centrum vooral een rol heeft bij de re-integratie en niet bij preventie.

Voor de Stichting van de Arbeid is UWV beoogd uitvoerder van de verzekering. Deze organisatie zou verantwoordelijk worden voor de claimbeoordeling, uitkeringsverstrekking en re-integratie. De Stichting van de Arbeid gaat er vanuit dat re-integratie direct bij het ingaan van de wachttijd van start gaat. Dit vereist een adequate meldings- en registratieprocedure. Volgens het voorstel van de Stichting van de Arbeid zou deze bij UWV worden belegd. Tegen de achtergrond van haar werkwijze bij de WIA (zie onderstaand kader) vraagt UWV zich af welke dienstverlening de Stichting van de Arbeid precies voor ogen heeft, wanneer ze het heeft over re-integratie en verzuimbegeleiding van zzp'ers gedurende de wachttijd. Volgens UWV ligt het meer voor de hand om in de uitwerking daarvan een rol weg te leggen voor private organisaties op het terrein van Arbowedgeving. UWV spreekt over het "onverhoopt" neerleggen van een rol voor de organisatie gedurende de wachttijd (UWV, 2020a). Dit zal naar verwachting nog sterker gelden voor eventueel aan de verzekering te koppelen preventieve arbozorg.

#### **Re-integratie WIA**

Bij de WIA komt UWV in beeld aan het einde van de wachttijd (104 weken), omdat werkgever en werknemer worden geacht zich gedurende de voorafgaande periode optimaal in te spannen om een val in de WIA te voorkomen. Aan het einde van de wachttijd beoordeelt UWV of de inspanning van werkgever en werknemer voldoende is geweest.

Bij de WIA claim beoordeling wordt vervolgens bepaald in welke mate de werknemer arbeidsongeschiktheid is. Dit is gebaseerd op het huidige verdienvermogen van de werknemer als percentage van het loon dat hij voor ziekte verdiende. Bij een arbeidsongeschiktheidspercentage dat hoger is dan 35 procent heeft de werknemer recht op een WIA uitkering. Na instroom in de WIA wordt verder onderzocht hoeveel arbeidsvermogen een werknemer nog heeft, in welk (ander) passend beroep hij dit vermogen zou kunnen inzetten en welk re-integratietraject daarvoor nodig is. De re-integratie koopt UWV in.

#### **9.3.2 Preventie & duurzame inzetbaarheid – Arbocentrum Zelfstandigen**

De Stichting van de Arbeid stelt voor een Arbocentrum op te richten. Dit zou er volgens ons als volgt uit kunnen zien. Om de zichtbaarheid en toegankelijkheid van kennis over arbeidsrisico's en de toegang tot (preventieve) arbeidsgerelateerde zorg voor zelfstandigen te verbeteren kan een Arbocentrum worden opgericht. Dit centrum – waarin sector- en zzp-organisaties, kennisinstellingen en overheden samenwerken – bundelt kennis voor zelfstandigen in alle beroepen en maakt deze beschikbaar. Bij het Arbocentrum kunnen zelfstandigen zich melden met arbeidsgerelateerde vragen en/of klachten en het centrum kan hen zo nodig verwijzen naar bedrijfsartsen en arbodienstverleners. Het Arbocentrum heeft ook expliciet aandacht voor tijdige herscholing van zelfstandigen in zware beroepen en kan zelfstandigen verwijzen naar passend scholingsaanbod. Daarnaast heeft het Arbocentrum de mogelijkheid te 'schakelen en makelen' tussen huisartsen, bedrijfsartsen en arbodienstverleners.



Voor zelfstandigen vervult het Arbocentrum als centraal kennisknooppunt dus een 'loketfunctie' en voor huisartsen, bedrijfsartsen, arbodienstverleners, aanbieders van scholing een 'makel- en schakelfunctie'. Samenvattend vervult het Arbocentrum hiermee de volgende taken:

- Integrale voorlichting over arbeidsomstandigheden, preventie van beroepsziekten, gezondheid & vitaliteit, (om)scholing.
- Het bieden van een *evidence-based* inzicht in de risico's die zelfstandigen lopen, de kans dat zo'n risico manifest wordt en de gevolgen daarvan.
- Het geven van voorlichting over tijdige herscholing of andere maatregelen voor zzp'ers in zware beroepen.
- Verwijzing naar preventieve zorgprogramma's of preventiediensten.
- Uitwisseling kennis en informatie tussen reguliere zorg en arbeidsgerelateerde zorg; rol in doorverwijzing van patiënten naar bedrijfsartsen en arbodienstverleners.
- Verwijzing naar (her)scholingsprogramma's.

Om de toegankelijkheid van het Arbocentrum te vergroten, zou het centrum kunnen bestaan uit een online platform en daarnaast kunnen worden ingebed in fysieke vorm in bestaande lokale structuren, bijvoorbeeld door het onder te brengen bij een Ondernemershuis of Ondernemersloket zoals dat in diverse gemeenten bestaat. Het Arbocentrum kan worden gefinancierd vanuit de premie voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering. Doordat een zelfstandige de kosten niet *out-of-pocket* hoeft te maken, maar zijn verdisconteerd in de premie, is de kans groter dat een zelfstandige daadwerkelijk gebruik gaat maken van de diensten van het Arbocentrum.

#### Aandachtspunten

- In algemene zin sluit een beleidsoptie waarbij er een nadrukkelijk onderscheid bestaat tussen werknemers en zelfstandigen – waaronder een Arbocentrum speciaal voor zelfstandigen – minder goed aan bij de theorie van Transitional Labour Markets (TLM). Het uitgangspunt bij deze theorie is namelijk dat de arbeidsmarkt institutioneel zo ingericht moet zijn dat mensen gedurende hun leven duurzaam inzetbaar zijn en kunnen snel kunnen schakelen tussen, onder andere, werknemerschap en zelfstandig ondernemerschap.
- Het draagvlak voor een te ontwikkelen Arbocentrum is wisselend; sommigen zien het als welkome aanvulling op het huidige arbozorglandschap terwijl anderen huiverig zijn dat een Arbocentrum het zorglandschap verder versnipperd. Er moet volgens diverse betrokkenen niet een nieuw instituut komen dat zelf kennis ontwikkelt en zorg verleent. Het Arbocentrum moet in de ogen van stakeholders vooral de losse bouwstenen die er nu reeds zijn, verbinden en integreren tot een volledig, samenhangend en herkenbaar zorgaanbod voor zelfstandigen.
- Omdat de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering toeneemt, is het van belang dat zelfstandigen daadwerkelijk meerwaarde zien van het Arbocentrum. Het draagvlak voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering onder zelfstandigen kan afnemen, wanneer het Arbocentrum uitsluitend als extra kostenpost wordt ervaren.

#### 9.3.3 Re-integratie: uitvoering UWV

Waar het gaat om re-integratie is het van belang een onderscheid te maken tussen re-integratie tijdens de wachttijd en re-integratie tijdens de uitkering. De Stichting van de Arbeid stelt voor UWV verantwoordelijk te maken voor de re-integratie tijdens de wachttijd. Dit zou er volgens ons als volgt uit kunnen zien.

### *Tijdens de wachttijd*

In tegenstelling tot het voorstel van de Stichting van de Arbeid lijkt het meer voor de hand te liggen de inning van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering niet te beleggen bij de Belastingdienst maar bij UWV. Aangezien UWV ook verantwoordelijk is voor de uitkering, lijkt het logischer de inning ook bij hen te beleggen.

Wanneer een zelfstandige verzuimt, moet hij zich binnen 4 weken melden bij UWV. Wat betreft re-integratie lijkt de rol van UWV hier op de begeleiding van 'vangnetters' binnen de Ziektewet binnen het onderdeel Sociaal Medische Zaken (SMZ). Dit zou betekenen dat arbeidsdeskundigen een plan van aanpak opstellen, een verzekeringsarts wordt ingeschakeld en re-integratiebegeleiders de zieke zzp'ers ondersteunen bij re-integratie en indien nodig een (re-integratie)traject kunnen inkopen bij een private partij. De zelfstandige krijgt dus vanuit UWV een casemanager aangewezen die zich bezighoudt met de re-integratie tijdens de wachttijd. De zelfstandige en de casemanager dragen er samen zorg voor dat er binnen 6 weken een re-integratieverslag ligt en binnen 8 weken een re-integratieplan. Afhankelijk van de gekozen wachttijd beoordeelt UWV rond 26, 52 en 104 weken de re-integratie inspanningen van de zelfstandige. Deze dienstverlening door UWV tijdens de wachttijd wordt gefinancierd vanuit de premie voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

### *Tijdens de uitkering*

Voordat de wachttijd afloopt, voert UWV de claimbeoordeling uit. Indien er voldoende re-integratie inspanningen zijn gepleegd en er geconstateerd wordt dat de zelfstandige (deels) arbeidsongeschikt is, is UWV verantwoordelijk voor de uitvoering van re-integratie tijdens de uitkering (conform de rol van UWV bij de WIA voor werknemers). Indien nodig koopt UWV een re-integratietraject in bij een private dienstverlener. Deze dienstverlening door UWV tijdens de uitkering wordt gefinancierd vanuit de premie voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

In het voorstel van de Stichting van de Arbeid voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben zelfstandigen de mogelijkheid een minstens vergelijkbare private verzekering af te sluiten (te beoordelen aan de hand van een toetsingskader). Deze *opt-out* mogelijkheid impliceert dat de re-integratie – zowel tijdens de wachttijd als tijdens de uitkering – voor een deel van de zelfstandigen niet door UWV wordt uitgevoerd maar door private verzekeraars.

### Aandachtspunten

- Ondanks dat binnen deze optie optimaal gebruik wordt gemaakt van de bestaande structuren en kennis van UWV, vergt deze beleids optie een forse capaciteitsinzet vanuit UWV. Het huidige tekort aan verzekeringsartsen vormt een grote belemmering voor de uitvoering van deze beleids optie.
- Het is de vraag hoe hoog de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen moet worden om deze optie te realiseren.
- Het draagvlak onder zzp'ers voor deze beleids optie is beperkt.
- Volgens diverse stakeholders is het met het oog op onafhankelijke arbozorgverlening ongewenst dat UWV verantwoordelijk is voor zowel claimbeoordeling als re-integratie.



### 9.3.4 Re-integratie: uitvoering private arbodienstverleners & bedrijfsartsen via Arbo-arrangement

#### Tijdens de wachttijd

Ook in deze optie is UWV verantwoordelijk voor de inning van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. In deze optie is de rol van UWV echter kleiner dan in de vorige variant. Het draagvlak onder zzp'ers voor deze beleidsoptie lijkt groter te zijn dan voor de optie waarbij UWV verantwoordelijk is voor de re-integratie tijdens de wachttijd. Binnen deze optie dient een zelfstandige bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering een Arbo-arrangement bij een private arbodienstverlener of bedrijfsarts af te sluiten. Door dit aan de voorkant te regelen, wordt voorkomen dat een zelfstandige die acuut uitvalt op dat moment nog op zoek moet naar een passende arbodienstverlener. Eventueel kan het Arbocentrum – zoals hierboven geschetst – een rol vervullen bij het afsluiten van een passend Arbo-arrangement. Het voordeel van deze variant ten opzichte van de variant waarbij UWV een casemanager levert, is dat de zelfstandige meer keuzevrijheid heeft.

Wanneer een zelfstandige verzuimt, moet hij zich – evenals bij de vorige variant – binnen 4 weken melden bij UWV. De zelfstandige en de casemanager van de arbodienstverlener dragen er samen zorg voor dat er binnen 6 weken een re-integratieverslag ligt en binnen 8 weken een re-integratieplan. Afhankelijk van de gekozen wachttijd beoordeelt UWV rond 26, 52 en 104 weken de re-integratie inspanningen van de zelfstandige en de casemanager van de arbodienstverlener. De kosten voor een Arbo-arrangement worden door zelfstandigen betaald in de vorm van abonnementskosten. Een zelfstandige wordt dus niet ineens geconfronteerd met hoge kosten voor re-integratie. De keerzijde is dat de zelfstandige ook betaalt voor het Arbo-arrangement wanneer er geen verzuimbegeleiding en re-integratiedienstverlening nodig is.

Doordat de kosten voor een Arbo-arrangement variabel zijn, hebben arbodienstverleners – net als huidige aanbieders van arbodienstverlening en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen – de mogelijkheid zelfstandigen aan te sporen om gebruik te maken van diensten op het gebied van preventie (dus nog vóórdat er sprake is van verzuim). Zo kunnen kosten voor het arrangement bijvoorbeeld lager worden wanneer iemand gebruik maakt van preventiediensten. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat private verzekeraars die op dit moment arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbieden aan zelfstandigen opmerken dat zelfstandigen nauwelijks gebruikmaken van deze preventiediensten, ook al worden zij hiertoe aangespoord.

#### Tijdens de uitkering

Voordat de wachttijd afloopt, voert UWV de claimbeoordeling uit. Indien er voldoende re-integratie inspanningen zijn gepleegd en geconstateerd wordt dat de zelfstandige (deels) arbeidsongeschikt is, is UWV verantwoordelijk voor de uitvoering van re-integratie tijdens de uitkering (conform de rol van UWV bij de WIA voor werknemers). Indien nodig koopt UWV een re-integratietraject in bij een private dienstverlener. Deze dienstverlening door UWV tijdens de uitkering wordt gefinancierd vanuit de premie voor een verplichte arbeidsongeschiktheidsverzekering.

#### Aandachtspunten

- Ondanks dat binnen deze optie ook veel gebruik wordt gemaakt van de bestaande structuren en kennis van UWV, vergt ook deze beleidsoptie een forse capaciteitsinzet vanuit UWV. Het huidige tekort aan verzekeringsartsen vormt een

grote belemmering voor de uitvoering van deze beleidsoptie. Dit betekent dat er aanzienlijk meer verzekeringsartsen moeten worden opgeleid.

- Een adequaat aanbod van arbozorg voor zelfstandigen heeft een doelgroep van meer dan een miljoen afnemers. Op dit moment is er echter ook sprake van schaarste aan bedrijfsartsen. Dit roept de vraag op of het gewenste arbozorgaanbod überhaupt kan worden gerealiseerd met de huidige capaciteit aan bedrijfsartsen. Taakdelegatie biedt hier mogelijk deels een oplossing. Daarnaast zullen er echter aanzienlijk meer bedrijfsartsen moeten worden opgeleid.
- Stakeholders plaatsen vragen bij de toetsende rol die UWV eventueel moet vervullen. Hoewel het toetsen van de re-integratie inspanningen een forse capaciteitsinzet vraagt van UWV lijkt het ook onwenselijk een dergelijke toetsing volledig los te laten. Om een adequate claimbeoordeling te kunnen doen is het immers essentieel om te weten of alle re-integratiemogelijkheden optimaal benut zijn.

#### 9.4 **Beleids optie 2: Verbeteren toegang arbozorg werkenden via koppeling arbozorg aan arbeidsongeschiktheidsverzekering met één regeling voor alle werkenden**

<b>Preventie &amp; duurzame inzetbaarheid</b>	<b>Werkhuis</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennisknooppunt (online en/of fysiek) dat bestaande kennis en infrastructuur bijeenbrengt</li> <li>• Voorlichting over werk, arbeidsomstandigheden, preventie van beroepsziekten, gezondheid &amp; vitaliteit, (om)scholing</li> <li>• Vervult 'makel &amp; schakelfunctie' voor werkenden, werkzoekenden, bedrijven en huisartsen. Huisartsen kunnen werkenden naar het Werkhuis verwijzen</li> <li>• Financiering: publieke voorziening</li> </ul>
<b>Re-integratie</b>	<b>Uitvoering private arbodienstverleners &amp; bedrijfsartsen via Arbo-arrangement</b>
<i>Re-integratie tijdens wachttijd</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inning premie door UWV</li> <li>• Bij verzuim meldt werkende zich binnen 4 weken bij UWV</li> <li>• Binnen 6 weken re-integratieverslag en binnen 8 weken re-integratieplan</li> <li>• Uitvoering re-integratie: (eigen) werkgever verplicht tot afsluiten Arbo-arrangement met arbodienstverlener/ bedrijfsarts, eventueel via Werkhuis</li> <li>• Rond 52 en 104 weken beoordeling re-integratie inspanningen door UWV</li> <li>• Financiering: (eigen) werkgever</li> </ul>
<i>Re-integratie tijdens uitkering</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claimbeoordeling UWV</li> <li>• Uitvoering re-integratie door UWV. Indien nodig koopt UWV re-integratietraject in bij private dienstverlener</li> <li>• Financiering: premie AOV</li> </ul>

##### 9.4.1 *Het Werkhuis van het Platform Toekomst van Arbeid*

De naam 'Werkhuis' is geïntroduceerd door het Platform Toekomst van Arbeid (2020). Het Werkhuis lijkt op een Arbocentrum voor zelfstandigen zoals de Stichting van de Arbeid voorstelt. Volgens het Platform Toekomst van Arbeid zou het Werkhuis een nieuwe organisatie moeten zijn waar alle werkenden en werkzoekenden terecht kunnen voor advies over werk, opleiding en inzetbaarheid. Zij zien het Werkhuis als een publieke voorziening die (ook) fysiek aanwezig is in centrumgemeenten. Een belangrijk verschil met het Arbocentrum zoals de Stichting van de Arbeid dit voorstelt, is dat het



een centrum is voor alle werkenden en werkzoekenden en niet uitsluitend gericht is op zelfstandigen.

#### **Werkhuis – Platform Toekomst van Arbeid**

Volgens het Platform Toekomst van Arbeid is het Werkhuis specialist op twee onderwerpen: loopbaanadvies en scholingsadvies. Het Werkhuis roept volwassenen periodiek op voor een loopbaangesprek, vaker naarmate mensen meer arbeidsmarktrisico's lopen. Het Werkhuis adviseert werkenden bij de besteding van hun individuele ontwikkelbudget. De adviezen zijn er op gericht mensen duurzaam fit te houden voor werk. Bij veel andere vragen over werk functioneert het Werkhuis als 'huisarts': de medewerkers van het Werkhuis beantwoorden de vragen voor zover dat kan, en verwijzen door naar andere publieke en private partijen voor gespecialiseerde onderwerpen. Publieke en private verzekeraars kunnen het Werkhuis (op basis van een zakelijke overeenkomst) inschakelen voor het uitvoeren van re-integratiedienstverlening. Het Werkhuis is een publieke organisatie, die wordt geadviseerd door sociale partners en deskundigen (Platform Toekomst van Arbeid, 2020).

#### *9.4.2 Preventie & duurzame inzetbaarheid: Werkhuis*

In deze beleidsoptie sluiten wij aan bij het idee van het Platform Toekomst van Arbeid voor een Werkhuis voor alle werkenden en werkzoekenden dat vanuit publieke middelen wordt gefinancierd. Het draagvlak voor een dergelijk Werkhuis lijkt – op basis van de interviews met zzp'ers en stakeholders – groter te zijn dan voor een Arbocentrum dat uitsluitend gericht is op zelfstandigen.

Het belangrijkste verschil van het Werkhuis zoals wij dat voorstellen ten opzichte van het Platform Toekomst van Arbeid is dat wij naast voorlichting en advies over loopbaanperspectieven en scholing ook het thema 'arbo' integreren in het Werkhuis. In feite heeft 'ons' Werkhuis de kenmerken van het Arbocentrum (zoals hierboven uitgebreid beschreven in paragraaf 9.3.2) maar is het niet uitsluitend toegankelijk voor zelfstandigen maar voor alle werkenden en werkzoekenden.

#### **Aandachtspunten**

- Het draagvlak voor een te ontwikkelen Werkhuis is weliswaar groter dan voor een Arbocentrum voor zelfstandigen. Toch zijn sommigen huiverig voor de ontwikkeling van een groot nieuw 'instituut'.

#### *9.4.3 Re-integratie: Uitvoering private arbodienstverleners & bedrijfsartsen via Arbo-arrangement*

Deze optie lijkt sterk op de optie waarbij er een aparte arbeidsongeschiktheidsverzekering voor zelfstandigen is en waarbij zelfstandigen een Arbo-arrangement afsluiten bij private arbodienstverleners en bedrijfsartsen. Een belangrijk verschil is echter dat in deze optie het onderscheid tussen werknemer en zelfstandige grotendeels verdwijnt.

Ook in deze optie is UWV verantwoordelijk voor de inning van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werkenden. Binnen deze optie dient de (eigen) werkgever bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering een Arbo-arrangement bij een private arbodienstverlener af te sluiten. Zelfstandigen dragen als eigen werkgever dus zelf zorg voor het afsluiten van een Arbo-arrangement. Gesteld zou kunnen worden dat dit overeenkomt met het huidige basiscontract arbodienstverlening zoals dat bestaat voor werkgevers. Eventueel kan het Werkhuis een rol vervullen bij het afsluiten van een passend Arbo-arrangement.

Binnen deze optie moet een werkende, wanneer hij verzuimt zich binnen 4 weken melden bij UWV. De werkende, de werkgever (in het geval van werknemers) en de casemanager van de arbodienstverlener dragen er samen zorg voor dat er binnen 6 weken een re-integratieverslag ligt en binnen 8 weken een re-integratieplan. UWV beoordeelt UWV na 26, 52 en 91 weken de re-integratie inspanningen van alle betrokkenen. De kosten voor een Arbo-arrangement worden door (eigen) werkgevers betaald in de vorm van een abonnementskosten.

Doordat de kosten voor een Arbo-arrangement variabel zijn, hebben arbodienstverleners – net als huidige aanbieders van arbodienstverlening en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen – de mogelijkheid (eigen) werkgevers aan te sporen gebruik te maken van diensten op het gebied van preventie (dus nog vóórdat er sprake is van verzuim).

In het huidige systeem van ziekte en arbeidsongeschiktheid zijn werkgevers en werknemers in beginsel zelf verantwoordelijk voor verzuimbegeleiding, arbeidsre-integratie en werkhervatting gedurende de eerste twee ziektejaren van de werknemer. Mocht het verzuim na deze twee jaar voortduren, dan kan de werknemer een WIA-uitkering aanvragen. Als voorwaarde daarbij geldt dat werkgevers en werknemers hun verantwoordelijkheden voldoende zijn nagekomen. UWV toetst of werkgevers én werknemers zich voldoende hebben ingespannen voor re-integratie. De WIA-aanvraag wordt pas in behandeling genomen als dit akkoord is bevonden. Blijkt de werkgever in gebreke te zijn gebleven, dan kan UWV de behandeling van de WIA-aanvraag van de werknemer opschorten en de loondoorbetalingsverplichting met maximaal 52 weken verlengen. Gaat het om een eigenrisicodragers voor de Ziektewet, dan verlengt UWV de periode waarin deze het ziekgeld moet betalen met maximaal 52 weken. Wanneer een zieke werknemer niet meewerkt aan re-integratie mag de werkgever salaris inhouden (loonstop). In feite bestaat er dus een sanctie voor zowel werkgevers als werknemers wanneer zij onvoldoende re-integratie inspanningen plegen. Binnen deze beleids optie blijft een dergelijke sanctie bestaan voor werkgevers en werknemers.

#### Tijdens de uitkering

Voordat de wachttijd afloopt, voert UWV de claimbeoordeling uit. Indien er voldoende re-integratie inspanningen zijn gepleegd en geconstateerd wordt dat de werkende (deels) arbeidsongeschikt is, is UWV verantwoordelijk voor de uitvoering van re-integratie tijdens de uitkering (conform de huidige rol van UWV bij de WIA voor werknemers). Indien nodig koopt UWV een re-integratietraject in bij een private dienstverlener. Deze dienstverlening door UWV tijdens de uitkering wordt gefinancierd vanuit de premie voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werkenden.<sup>18</sup>

#### Aandachtspunten

- Ondanks dat binnen deze optie ook veel gebruik wordt gemaakt van de bestaande structuren en kennis van UWV, vergt ook deze beleids optie een forse capaciteitsinzet vanuit UWV. Het huidige tekort aan verzekeringsartsen vormt een grote belemmering voor de uitvoering van deze beleids optie. Dit betekent dat er aanzienlijk meer verzekeringsartsen moeten worden opgeleid.
- Een adequaat aanbod van arbozorg voor zelfstandigen heeft een doelgroep van meer dan een miljoen afnemers. Op dit moment is er echter ook sprake van schaarste aan bedrijfsartsen. Dit roept de vraag op of het gewenste arbozorgaanbod überhaupt kan worden gerealiseerd met de huidige capaciteit aan bedrijfsartsen.

<sup>18</sup> Indien de werkgever voor het eigenrisicodragerschap heeft gekozen is hij zelf verantwoordelijk voor de WIA uitkering en re-integratie. Hiervoor kan hij eventueel een private verzekering hebben afgesloten in plaats van de publieke verzekering van UWV.



Taakdelegatie biedt hier mogelijk deels een oplossing. Daarnaast zullen er echter aanzienlijk meer bedrijfsartsen moeten worden opgeleid.

#### Aandachtspunten

- Stakeholders plaatsen vragen bij de toetsende rol die UWV eventueel moet vervullen. Hoewel het toetsen van de re-integratie inspanningen een forse capaciteitsinzet vraagt van UWV lijkt het ook onwenselijk een dergelijke toetsing volledig los te laten. Om een adequate claimbeoordeling te kunnen doen is het immers essentieel om te weten of alle re-integratiemogelijkheden optimaal benut zijn.

### 9.5 Beleids optie 3: Verbeteren toegang tot arbozorg voor werkenden en werkzoekenden via ontschotting reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg

<b>Preventie &amp; duurzame inzetbaarheid</b>	<b>Vergroten gebruik preventiediensten zorgverzekeraars</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzetten op vergroten gebruik diensten zorgverzekeraars rondom vitaliteit en verzuimpreventie</li> <li>• Financiering diensten: premie zorgverzekering</li> </ul>
<b>Zorg</b>	<b>Ontschotting reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiering bedrijfsgeneeskundige zorg vanuit zorgverzekering</li> <li>• Meer aandacht voor de factor arbeid bij klachten en verzuim door zowel reguliere zorgverleners als werkenden zelf</li> <li>• Versterking samenwerking arbeidsgerelateerde- en reguliere zorg, eventueel via Arbocentrum Zelfstandigen of Werkhuis</li> </ul>

#### 9.5.1 Preventie & duurzame inzetbaarheid: Vergroten gebruik preventiediensten zorgverzekeraars

Het belang van aandacht voor preventie wordt breed gedragen; door alle betrokken stakeholders maar ook door zzp'ers zelf. Hoewel het belang van preventie – dat wil zeggen, voorkomen van verzuim – breed wordt gedeeld, wordt ook geconstateerd dat dit een thema is dat ook van groot belang is voor iedereen: voor werkenden, niet-werkenden en werkzoekenden. Toegang tot en gebruik van preventiediensten voor zelfstandigen, of werkenden en werkzoekenden in het algemeen, kan mogelijk worden bevorderd middels een Arbocentrum Zelfstandigen of een Werkhuis. Vanwege het grote belang van preventie achten betrokkenen het daarnaast essentieel om ook in te zetten op het vergroten van het gebruik van preventiediensten zoals zorgverzekeraars deze momenteel reeds aanbieden. Er is vanuit zorgverzekeraars veelal preventief zorgaanbod beschikbaar, waaronder bijvoorbeeld sportmedisch advies, gezondheids cursussen beweegprogramma's, preventief onderzoek of een leefstijlcoach die vergoed worden vanuit de basisverzekering en of aanvullende zorgverzekeringen.

#### 9.5.2 Zorg: Ontschotting reguliere zorg en bedrijfsgeneeskundige zorg

Huisartsen weten vaak niet wat voor werk hun patiënten doen. Ze vinden het lastig om daarnaar te vragen, ook omdat ze niet weten wat ze wel en niet mogen vragen. Ook zijn huisartsen al snel bang dat ze zich op het terrein van de bedrijfsarts begeven. Daar komt bij dat veel mensen die zich bij de huisarts melden niet aangeven dat hun werk mogelijk een rol kan spelen bij hun klachten. In veel gevallen zijn mensen zich daar namelijk zelf niet eens van bewust. Wetende dat 94 procent van de zzp'ers met klachten naar de huisarts gaan en slechts 1,3 procent een bedrijfsarts benaderd, is het belang van aandacht voor de factor arbeid binnen de reguliere zorg (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn) essentieel om de toegang tot arbozorg voor zzp'ers te verbeteren. Uiteraard zijn ook werkenden



in algemene zin beter geholpen wanneer de mogelijke oorzaak van een werkgerelateerde klacht sneller duidelijk wordt doordat reguliere zorgverleners aandacht hebben voor de factor arbeid.

Zelfs wanneer zowel patiënten zelf als reguliere zorgverleners meer aandacht hebben voor de factor arbeid, is een betere toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg niet gegarandeerd. De huidige schotten tussen reguliere zorg – *verzekerd en gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet* – en bedrijfsgeneeskundige zorg – *gefinancierd door werkgevers*, belemmeren de toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg. Dit is het geval voor werkenden in algemene zin, maar in het bijzonder voor zelfstandigen, flexwerkers en uitzendkrachten. Deze schotten beperken en belemmeren ook de samenwerking tussen reguliere zorgverleners in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn en bedrijfsgeneeskundige zorgverleners. In het recent verschenen 'manifest gezond en productief werkend Nederland' – ondertekend door onder andere het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longziekten, het Bureau Beroepsziekten FNV, het Longfonds en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde – wordt gepleit voor het financieren van bedrijfsgeneeskundige zorg binnen de Zorgverzekeringswet. Wanneer bedrijfsgeneeskundige zorg ook vanuit de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd en de samenwerking tussen reguliere zorg en arbozorg verbetert, nemen de verwijsmogelijkheden voor huisartsen naar bijvoorbeeld bedrijfsartsen aanzienlijk toe. Voor zelfstandigen, flexwerkers en uitzendkrachten in het bijzonder wordt een enorme financiële drempel weggenomen en wordt de toegang tot arbozorg aanzienlijk verbeterd. Het is hierbij denkbaar dat de samenwerking tussen reguliere zorgverleners, bedrijfsgeneeskundige zorgverleners en arbodienstverleners beter gefaciliteerd kan worden door de ontwikkeling van het eerder beschreven Arbocentrum Zelfstandigen of Werkhuis die een 'makel & schakelfunctie' kunnen vervullen.



Atzmüller, C. & P. Steiner (2010). Experimental vignette studies in survey research. *Methodology* 6 (3): 128 -138.

CBS. (2018). Minder zzp'ers verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/21/minder-zzp-ers-verzekerd-tegen-arbeidsongeschiktheid>

Commissie Regulering van werk. (2020). In wat voor land willen wij werken? Naar een nieuw ontwerp voor de regulering van werk. Den Haag: Rijksoverheid.

Grimmius, T., S. Rossetti, M. de Ruiter & P. Vroonhof. (2020). *Inkomensalternatieven van zelfstandigen zonder personeel*. Zoetermeer: Panteia.

Holzmann, R. & S. Jørgensen. (2000). Social Risk Management: A new conceptual framework for Social Protection and beyond. The World Bank, Social Protection Discussion Paper No. 0006

Hooftman, W.E. et al. (2017). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2017. Methodologie en globale resultaten*. Leiden, Heerlen: TNO | CBS.

Hooftman, W.E. et al. (2019). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2019. Methodologie en globale resultaten*. Leiden, Heerlen: TNO | CBS.

Inspectie SZW. (2012). *Zelfstandigen en de Arboret*. Den Haag: Rijksoverheid.

Kahnemann, D. (2003). Maps of Bounded Rationality: Psychology for behavioral economics. *American Economic Review* 93 (5): 1449-1475.

Kalshoven, F., J. Kossen & S. Zonderland. (2020). *Investeren in mensen. Bouwstenen van een regeerakkoord over werken, leren en verzekeren*. Den Haag: Platform Toekomst van Arbeid.

Kemp van der, S. & P. van der Zeijden. (2014). *De markt en kwaliteit van Arbodienstverlening*. Zoetermeer: Panteia.

Lautenbach, H. et al. (2017) *Zelfstandigen Enquête Arbeid 2019. Methodologie en globale resultaten*. Leiden, Den Haag/Heerlen/Bonaire: TNO | CBS.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2020). *Kamerbrief uitwerking pensioenakkoord*. Den Haag, 6 juli 2020 (referentie 2020-0000086400).

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Arboportaal. <https://www.arboportaal.nl/>

Rossetti, S. & S. Heeger. (2019). The collective risk management of solo self-employed workers in the Netherlands. *Journal of Poverty and Social Justice* 27 (2): 253-277.

Sax, M., L. de Ruig, S. van der Kemp & R. Oomkens. (2018), *Meer betrokkenheid en preventie? Implementatie en uitvoering van de gewijzigde Arbowet*. Leiden, Zoetermeer: De Beleidsonderzoekers | Panteia.

Schmid, G. (2006a). Sharing Risks. On Social Risk Management and the Governance of Labour Market Transitions. Discussion paper / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), No. SP I 2006-101. ISSN Nr. 1011-9523.

Schmid, G. (2006b), Social Risk Management through Transitional Labour Markets. *Socio-Economic Review* 4: 1-33.

Schoenberg, N & H. Ravdal (2010). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology* 3: 63-74.

Sociaal Economische Raad. (2014). *Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg*. SER-Advies 14/07.

Stichting van de Arbeid. (2020). *Keuze voor zekerheid. Zelfstandigen standaard verzekerd tegen langdurig inkomensverlies door arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Stichting van de Arbeid.

Torre, W. van der et al.(2019). *Zelfstandigen Enquête Arbeid 2019. Methodologie en globale resultaten*. Leiden, Den Haag/Heerlen/Bonaire: TNO | CBS.

UWV. (2020a). *Reactie op advies Stichting van de Arbeid 'Keuze voor zekerheid'*. Brief aan de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 30 maart 2020 (kenmerk SBK/101098/PL).

UWV. (2020b). *Premievaststelling Vrijwillige verzekeringen 2021*. Amsterdam: UWV.



## Frequentieverdeling achtergrondkenmerken zzp'ers

Onderstaande tabel geeft de verdeling van de zzp'ers naar de in tabel 1 van hoofdstuk 2 opgenomen achtergrondkenmerken.

tabel B2 Achtergrondkenmerken waarvoor de relatie met toegang tot en gebruik van arbozorg is onderzocht

<b>Kenmerken</b>	<b>Aandeel/gemiddelde in steekproef (ZEA; N=?)</b>	<b>Aandeel/gemiddelde in populatie geschat op basis steekproef)</b>
<b>Sociaal-demografisch</b>		
• Geslacht- Mannen	63,4%	63,2%
• Leeftijd	50,32 jaar	48,06 jaar
• Opleidingsniveau		
○ Laag	12,3%	15,2%
○ Middel	37,3%	37,9%
○ Hoog	49,3%	45,3%
○ Onbekend	1,1%	1,5%
<b>Type zzp'er</b>		
• Zzp-schap al dan niet als sociaaleconomische hoofdactiviteit		
○ Ja	74,1%	75,0%
○ Nee	25,9%	25,0%
• Zzp-schap al dan niet in combinatie met werk als werknemer (hybride zzp-schap)		
○ Ja	17,1%	17,2%
○ Nee	77,1%	76,4%
○ Onbekend	5,8%	6,4%
• Aard zzp-activiteit: aanbieden arbeid of producten		
○ Beide	7,1%	7,9%
○ Arbeid	77,7%	74,8%
○ Product	15,2%	17,3%
• Werkzaamheden al dan niet gevaarlijk	19,4%	22,3%
○ Ja (soms of regelmatig)	80,0%	77,0%
○ Nee	0,6%	0,7%
○ Onbekend		

<b>Kenmerken</b>	<b>Aandeel/gemiddelde in steekproef (ZEA; N=?)</b>	<b>Aandeel/gemiddelde in populatie geschat op basis steekproef)</b>
• <b>Bedrijfssector</b>		
○ A-Landbouw en visserij	7,5%	8,4%
○ B-E Nijverheid en Energie	3,7%	5,4%
○ F-Bouwnijverheid	7,5%	11,2%
○ G-Handel	9,9%	11,9%
○ H-Vervoer en opslag	2,4%	2,7%
○ I- Horeca	1,8%	1,8%
○ J-Informatie en Communicatie	5,6%	5,9%
○ K-L Financiële dienstverlening	1,8%	1,6%
○ M-N Zakelijke dienstverlening	31,9%	24,3%
○ P Onderwijs	5,6%	5,7%
○ Q Gezondheids- welzijnszorg	9,3%	7,9%
○ R-U Cultuur- Overige diensten	12,8%	13,1%
<b>Type en relatie met opdrachtgever</b>		
• <b>Type opdrachtgever</b>		
○ Bedrijven/organisaties	50,5%	47,6%
○ Particulier	28,6%	30,3%
○ Beide	17,6%	18,6%
○ Onbekend	3,2%	3,5%
• <b>Mate van economische afhankelijkheid van de belangrijkste opdrachtgever (% van de omzet)</b>		
○ 90-100% van de omzet	8,0%	7,9%
○ 60-90% van de omzet	11,5%	11,3%
○ 40-60% van de omzet	15,5%	15,2%
○ 10-40% van de omzet	30,3%	30,1%
○ 0-10% van de omzet	28,9%	29,9%
○ Onbekend	5,8%	5,6%
<b>Overig</b>		
• <b>Financiële gezondheid zzp-bedrijf</b>		
○ Slecht	7,3%	7,5%
○ Matig	15,6%	16,1%
○ Redelijk	28,0%	29,2%
○ Goed	39,3%	38,1%
○ Zeer goed	9,5%	8,9%
○ Onbekend	0,3%	0,3%
• <b>Aangesloten bij een zzp/sector/beroepsorganisatie</b>		
○ Ja	35,4%	33,1%
○ Nee	64,2%	66,4%
○ Onbekend	0,4%	0,5%

Bron: Panteia berekend op basis van het databestand ZEA 2017





## Bijlage 3 **Analyses bij hoofdstuk 4**

### **Toelichting**

Om na te gaan in hoeverre toegang tot en gebruik van arbozorg samenhangt met achtergrondkenmerken van zzp'ers (hoofdstuk 4) is een aantal regressieanalyses uitgevoerd. De outputtabellen van deze analyses zijn opgenomen in deze bijlage. Hieronder lichten we een aantal onderdelen van de tabellen toe.

### **Referentiecategoriën**

Bij de meeste achtergrondkenmerken maakt de regressieanalyse gebruik van een zogenoemde referentiecategorie. Deze is in de tabellen tussen haakjes achter de variabele weergegeven.

### **Significantieniveaus**

In de tabellen zijn de verschillende significantieniveaus als volgt weergegeven.

- \*\*\* p-value < 0,001
- \*\* p-value < 0,01
- \* p-value < 0,05
- + p-value < 0,1



tabel B3.1 Nominale regressieanalyse relatie tussen aandacht opdrachtgevers voor gezond en veilig werken en achtergrondkenmerken zzp'ers

Achtergrondkenmerk	Model 1		Model 2		Model 3	
	Alle zzp'ers		Zzp-schap nevenactiviteit		Zzp-schap hoofdactiviteit	
	Schatting	Standaardfout	Schatting	Standaardfout	Schatting	Standaardfout
Constant = 1,00]	-,13	,02	-,92	,48	,18	,28
Constant = 2,00]	1,***	,02	,12	,48	1,35***	,28
Constant = 3,00]	2,01***	,02	1,12*	,48	2,37***	,28
<b>Leeftijd</b>	-,02***	,00	-,02***	,01	-,02***	,003
<b>Geslacht</b> (man; ref: vrouw)	,12***	,01	-,14	,16	,21*	,09
<b>Opleidingsniveau</b> (ref: hoog)						
Laag	,61***	,01	,74**	,24	,55***	,13
Midden	,24***	,01	,26	,16	,21*	,09
<b>Sector</b> (ref: zakelijke dienstverlening)						
Landbouw en visserij	,73***	,01	,36	,36	,88***	,20
Nijverheid en energie	,46***	,01	-,23	,50	,58**	,18
Bouwnijverheid	,64***	,01	,74*	,30	,69***	,14
Handel	,06***	,01	-,10	,29	,10	,18
Vervoer en opslag	,93***	,02	1,65**	,57	,89***	,23
Horeca	,21***	,02	,33	,49	,16	,34
ICT	,09***	,01	,10	,26	,11	,17
Financiële dienstverlening	-,41***	,02	,17	,49	-,65*	,33
Cultuur en overige dienstverlening	,24***	,01	,11	,22	,33*	,14
Onderwijs	-,02	,01	-,11	,27	,04	,19
Gezondheids- en welzijnszorg	,25***	,01	,19	,27	,32+	,18
<b>Type opdrachtgever</b> (ref: particulier)						
Geen particulieren	,44***	,01	,04	,20	,60***	,12
Particulieren (geheel of gedeeltelijk)	,35***	,01	,05	,21	,48***	,12
<b>Economische afhankelijkheid/aandeel in omzet grootste klant</b> (ref: 0-10%)						
90 – 100%	,69***	,01	,71**	,25	,67***	,17
60 – 90%	,75***	,01	,79**	,24	,71***	,15
40 – 60%	,5***	,01	,31	,23	,55***	,14
10 – 40%	,2***	,01	,13	,19	,20***	,11



tabel B3.1 vervolg

Achtergrondkenmerk	Model 1		Model 2		Model 3	
	<i>Alle zzp'ers</i>		<i>Zzp-schap nevenactiviteit</i>		<i>Zzp-schap hoofdactiviteit</i>	
	<i>Schatting</i>	<i>Standaardfout</i>	<i>Schatting</i>	<i>Standaardfout</i>	<i>Schatting</i>	<i>Standaardfout</i>
<b>Lid zzp-/sectororganisatie (ja)</b>	0,00	,07	,16	,82	,03 <sup>+</sup>	,08
<b>Aard zzp-activiteit (ref: aanbieden producten)</b>						
Aanbieden arbeid	,32*	,16	,19	,33	,43*	,19
Aanbieden arbeid en producten	,46***	,13	,02	,26	,64***	,16
<b>Zzp-schap in combinatie met werk in loondienst (ref: nee)</b>	,25**	,09	,12	,14	,27*	,13
<b>Financiële situatie (ref: zeer goed)</b>						
Slecht	-,76***	,17	-,58 <sup>+</sup>	,33	-,93**	,21
Matig	-,65***	,14	-,59*	,28	-,65**	,16
Redelijk	-,31*	,12	-,29	,26	-,29*	,14
Goed	-,12	,11	,03	,25	-,14	,13
<b>Gevaarlijk werk (ref: nee)</b>						
Ja, regelmatig	,52**	,20	1,3*	,55	,39 <sup>+</sup>	,21
Ja, soms	,27**	,09	,46*	,19	,21	,10

Bron: Panteia berekend op basis van databestand ZEA 2017



tabel B3.2 Logistische regressieanalyse relatie beschikbaarheid preventieve arbozorg via zzp-/sectororganisatie en achtergrondkenmerken zzp'ers naar wel/geen lidmaatschap van een dergelijke organisatie

Achtergrondkenmerk	Niet lid van een zzp-/sectororganisatie		Lid van een zzp-/sectororganisatie	
	Schatting	Standaardfout	Schatting	Standaardfout
<b>Geslacht</b> (man; ref: vrouw)	0,12	0,15	0,12	0,15
<b>Leeftijd</b>	-0,01	0,01	-0,01	0,01
<b>Opleidingsniveau</b> (ref: hoog)				
Laag	-0,46*	0,21	-0,45*	0,21
Midden	-0,23	0,15	-0,22	0,15
<b>Sector</b> (ref: M-N zakelijke dienstverlening)				
A Landbouw en visserij	0,38	0,28	0,42	0,29
B-F Nijverheid en energie	0,33	0,21	0,33	0,21
G-I Handel	-0,05	0,25	-0,04	0,25
J Informatie en communicatie	-0,21	0,31	-0,21	0,31
K-L Financiële dienstverlening	-0,02	0,47	0,04	0,47
R-U Cultuur en ov. dienstverlening	-0,39	0,25	-0,37	0,25
O-Q Overheid en zorg	-0,19	0,21	-0,21	0,21
<b>Lid zzp-/sectororganisatie</b> (ja; ref: nee)	0,96***	0,13		
Lid sectororganisatie (ja; ref: nee)			0,72***	0,18
Lid onafhankelijke zzp-organisatie (ja; ref: nee)			0,62**	0,21
Lid zzp-organisatie binnen vakbond (ja; ref: nee)			0,96***	0,26
Lid beroepsorganisatie (ja; ref: nee)			0,75***	0,15
<b>Aanbieden arbeid en/of producten</b> (ref: producten)	0,19	0,18	0,17	0,18
Zowel arbeid als producten	-0,16	0,31	-0,19	0,31
Arbeid	0,08	0,22	0,04	0,23
<b>Zzp-schap in combinatie met werk in loondienst</b> (ref: nee)	-0,19	0,18	0,17	-0,18
<b>Financiële situatie</b> (ref: zeer goed)				
Slecht	-0,69*	0,34	-0,69*	0,34
Matig	-0,56*	0,24	-0,57*	0,24
Redelijk	-0,37+	0,2	-0,39+	0,21
Goed	-0,37*	0,19	-0,38*	0,19
<b>Arbeidsongeschiktheidsverzekering</b> (ja; ref: nee)	0,91***	0,13	0,92***	0,13
<b>Aan beroepsziekte(n) lijden</b> (ja; ref: nee)	0,29+	0,15	0,28+	0,15
<b>Gevaarlijk werk verrichten</b> (ref: nee)				
Ja, regelmatig	0,97**	0,29	0,97**	0,29
Ja, soms	0,36*	0,15	0,38*	0,16
<b>Zzp schap als sociaaleconomische hoofdactiviteit</b> (ref: nee)	0,18	0,16	0,18	0,16
<b>Constante</b>	-2,79	0,41	-2,73***	0,41

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017

tabel B3.3 Logistische regressieanalyse relatie beschikbaarheid preventieve arbozorg via zzp- /sectororganisatie en achtergrondkenmerken zzp'ers, naar zzp-schap neven- en hoofdkomen

Achtergrondkenmerk	Zzp-schap neveninkomen		Zzp-schap hoofdkomen	
	Schatting	Standaardfout	Schatting	Standaardfout
<b>Leeftijd</b>	-0,02*	0,02	-0,002	0,01
<b>Opleidingsniveau</b> (ref: hoog)				
Laag	-0,45	0,47	-0,51*	0,22
Midden	0,06	0,27	-0,25	0,15
<b>Sector</b> (ref: O-U Niet-commerciële dienstverlening)				
A-F Landbouw en nijverheid	0,43	0,36	0,46*	0,2
G-N Commerciële dienstverlening	0,05	0,28	0,08	0,18
<b>Lid zzp-/sector-organisatie</b> (ja; ref: nee)	0,91***	0,25	0,95***	0,14
<b>Arbeidsongeschiktheidsverzekering</b> (ja; ref: nee)	0,88**	0,28	1,07***	0,14
<b>Gevaarlijk werk verrichten</b> (ja, soms of regelmatig, ref: nee)	0,15	0,31	0,43***	0,34
<b>Constante</b>	2,27***	0,45	-3,36	0,34

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017

tabel B3.4 Multinomiale regressieanalyse relatie gebruik curatieve arbozorg en achtergrondkenmerken zzp'er's

Achtergrondkenmerk	Bedrijfsarts	
	Schatting	Standaardfout
Leeftijd	-,060***	0,01
Lid zzp-/sector-organisatie (ja; ref: nee)	1,35***	0,30
Arbeidsongeschiktheidsverzekering (ja; ref: nee)	0,98***	0,20
Verrichten gevaarlijk werk (ja, soms of regelmatig; ref: nee)	-0,82**	0,20

Bron: Panteia berekend op basis van databestand ZEA 2017



### Toelichting

Deze bijlage bevat een aantal tabellen behorend bij hoofdstuk 5.

- Tabel B4.1 toont de operationalisering van de tien arbeidsrisico's. Een deel van de operationalisering is verricht via een Categorical Principal Component Analysis (CATPCA). Met behulp hiervan is onderzocht in hoeverre het grote aantal specifieke items over arbeidsrisico's in de ZEA 2017 kunnen worden teruggebracht tot een kleiner aantal groepen van arbeidsrisico's.
  - **Korte beschrijving van het operationaliseringsproces:** als uitgangspunt hebben we 36 ZEA-items geselecteerd die de mate meten waarin de respondenten te maken hebben met risicovolle situaties op hun werk. Op basis van theoretische overwegingen delen we in deze items in tien groepen in. De tien groepen verwijzen naar arbeidsrisico's (en subcategorieën daarvan) die we op basis van de informatie van het Arboportaal hebben gedefinieerd (zie p. 30). In drie groepen hebben we alleen één variabele en via deze drie variabelen operationaliseren we het risico op: beeldschermwerk, verstoorde balans werk-privé en arbeidsuren. In alle andere groepen hebben we meerdere variabelen. Onze aanname is dat de items van elke groep de blootstelling aan één van de resterende zeven arbeidsrisico's (oftewel één unieke onderliggende factor) meten. We testen onze hypothese door zeven CATPCA-modellen uit te voeren (op basis van gestandaardiseerde ZEA-items). Elke CATPCA-model geeft één schaal die de blootstelling aan één arbeidsrisico meet (via een zogenoemde score die voor elke respondent wordt berekend). De betrouwbaarheid van de zeven schalen is getest via Chronbach alpha (alpha). Voor alle schalen is Alpha-waard groter dan 0.6. Die duidt aan dat onze schalen een acceptabel interne samenhang hebben.
- Tabel B4.2 bevat de resultaten van de eerste stap van de *two steps-cluster analyse* waarin is nagegaan in hoeverre de bovengenoemde arbeidsrisico's zich geclusterd voordoen.
  - In deze eerste stap identificeren we zes groepen zzp'ers. Elke groep toont een vergelijkbare combinatie van arbeidsrisico's (risicoprofielen). Tabel B4.2 toont de gemiddelde blootstelling aan de verschillende arbeidsrisico's voor elke groep zzp'ers. De laatste kolom aan de rechterkant laat de gemiddelde blootstelling van de hele steekproef zien (Voor de zeven schalen die we via CATPCA hebben berekend, is de gemiddelde totale blootstelling in de laatste kolom rond de nul want de CATPCA-modellen is verricht door gebruik te maken van gestandaardiseerde ZEA-items). Het risicoprofiel van elke groep wordt bepaald op basis van de arbeidsrisico's waarvoor de gemiddelde groepsblootstelling groter blijkt te zijn dan de totaal blootstelling (de oranje cijfers in de tabel B4.2).
  - In de tweede stap van de *two steps-cluster analyse* onderzoeken we de samenhang tussen de risicoprofielen en (de prevalentie van) gezondheidsproblemen, arbeidsongevallen beroepsziekten, verzuim en inzetbaarheid (zie p.33).
- Tabel B4.3 toetst de in tabel 7 van paragraaf 5.4 naar voren komende relatie tussen sectoren en risicoprofielen door middel van een multinominale regressieanalyse met sector als onafhankelijke en risicoprofiel als afhankelijke variabele. Hiervoor moeten we één referentiecategorie voor de sector en één referentiecategorie voor risicoprofielen kiezen. De **referentiecategorieën (die in de tabel B4.3 niet verschijnen)** zijn:
  - zakelijke dienstverlening voor de variabele 'sector'; dit is de sector met het laagste arbeidsrisico.
  - profiel 6 voor de variabele 'risicoprofiel'; Profiel 6 blijkt het 'laagste' risicoprofiel.

- Door gebruik te maken van de deze referentiecategorieën schatten we in hoeverre zzp'ers in de bouw, horeca, handel etc. meer vatbaar zijn dan zzp'ers in de zakelijke dienstverlening voor een groter risicoprofiel dan profiel 6.

In deze tabel zijn de [significantieniveaus](#) als volgt weergegeven.

***	p-value < 0,001
**	p-value < 0,01
*	p-value < 0,05
+	p-value < 0,1



tabel B4.1

Operationalisering van arbeidsrisico's ZEA 2017

Arbeidsrisico	Operationalisering	ZEA-items
Fysieke belasting (voortvloeiend uit de aard van het werk en de werkomgeving)	Fysiek zwaar werk Score (gestandaardiseerd): alpha = 0,84	Items met een vijfpuntschaal: 1. Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten, bijvoorbeeld duwen, trekken of sjouwen of gebruikt u in uw werk gereedschappen of apparaten waarbij u veel kracht moet zetten? 2. Maakt u bij uw werk gebruik van een gereedschap, apparaat of voertuig dat trillingen of schudden veroorzaakt? 3. Doet u werk in een ongemakkelijke werkhouding 4. Is er op uw werkplek zoveel lawaai dat u hard moet praten om u verstaanbaar te maken? 5. Doet u werk waarbij u herhalende bewegingen maakt?
Beeldschermwerk	Beeldschermwerkuren per dag	Hoeveel uren per dag werkt u gemiddeld aan een beeldscherm voor uw werk? Een beeldscherm kan bijvoorbeeld zijn een desktop, laptop, notebook, tablet en smartphone. S.v.p. afronden op hele uren. (1 – 13 uren)
Gevaarlijke inrichting van de arbeidsplaats	Gevaarlijke werkvloer Score (gestandaardiseerd): alpha = 0,66	Wat is het belangrijkste gevaar dat u loopt tijdens uw werk (zevenpuntschaal): 1. Vallen van hoogte 2. Struikelen, uitglijden 3. Bekneld raken 4. Snijden, steken 5. Botsen, aanrijdingen 6. Verbranden 7. Verstikking
Blootstelling aan gevaarlijke stoffen	Blootstelling aan gevaarlijke stoffen Score (gestandaardiseerd): alpha = 0,75	Items met een vijfpuntschaal: 1. Krijgt u tijdens uw werk stoffen op uw huid? Zoals lijm, verf, schoonmaakmiddelen, geneesmiddelen of bestrijdingsmiddelen. 2. Werkt u met water of waterige oplossingen 3. Ademt u tijdens het werk stoffen in? Zoals damp van oplosmiddelen, uitlaatgas, lasrook, graanstof of stof van steen en beton. 4. Komt u in contact met mogelijk besmettelijke personen, dieren of materiaal? 5. Ongeluk met gevaarlijke stoffen als belangrijkste risico op het werk
Psychosociale belasting	Werkdruk Score (gestandaardiseerd): alpha = 0,87  Lage autonomie Score (gestandaardiseerd): alpha = 0,74	Items met een driepuntschaal: 1. Moet u erg snel werken? 2. Moet u heel veel werk doen? 3. Moet u extra hard werken?  Items met een vijfpuntschaal: 1. Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert? 2. Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden? 3. Kunt u zelf uw werktempo regelen? 4. Moet u in uw werk zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen? 5. Kunt u vrij nemen wanneer u dat wilt?

	<i>Eentonig werk</i> Score (gestandaardiseerd): $\alpha = 0,72$	<i>Items met een driepuntschaal:</i> 1. <i>Is uw werk gevarieerd?</i> 2. <i>Vereist uw werk dat u nieuwe dingen leert?</i> 3. <i>Vereist uw werk creativiteit?</i>
	Verstoorde balans werk-privé	Mist u of verwaarloost u familie- of gezinsactiviteiten door uw werk (vierpuntschaal)
	Ongewenst gedrag in werksituatie Score (gestandaardiseerd): $\alpha = 0,75$	<i>Items met een driepuntschaal:</i> 1. Ervaring met ongewenste seksuele aandacht in de laatste twaalf maanden 2. Ervaring met intimidatie in de laatste twaalf maanden 3. Ervaring met lichamelijk geweld in de laatste twaalf maanden 4. Ervaring met pesten in de laatste twaalf maanden 5. Confrontatie met geweld als belangrijkste risico op het werk
Arbeidsuren	Arbeidsduur in uren per week	Arbeidsduur in uren per week in huidige baan (0 – 95 uren)

Bron: Panteia berekend op basis databestand ZEA 2017



tabel B4.2 Arbeidsrisicoprofielen (clusters) van arbeidsrisico's op basis van clusteranalyse

Arbeidsrisico*	Arbeidsrisicoprofielen						Gemiddelde waarde**
	1 (N=959)	2 (N=579)	3 (N=418)	4 (N=262)	5 (N=1.175)	6 (N=941)	
Blootstelling gevaarlijke stoffen	0,68	0,65	0,31	0,36	-0,63	-0,69	-0,03
Fysiek zwaar werk	0,89	0,85	0,37	-0,8	-0,69	-0,75	-0,01
Gevaarlijke werkvloer	0,58	0,39	0,31	-0,16	-0,41	-0,41	-0,01
Werkdruk (hard werken)	0,13	-0,18	0,64	-0,27	-0,07	-0,49	-0,03
Eentonig werk	-0,02	-0,10	-0,15	1,54	-0,24	-0,15	-0,01
Verstoorde balans werk-privé	Soms 100%	Nooit 100%	Vaak 85,5% Zeer vaak 15,4%	Nooit 64.3% Soms 30.8%	Soms 100%	Nooit 100%	
Beperkte autonomie	0,22	-0,25	0,19	1,26	-0,30	-0,34	0,03
Ongewenst gedrag	-0,05	-0,10	0,02	0,63	-0,08	-0,12	-0,03
Gemiddeld aantal uren per dag aan beeldscherm	1,93	1,38	3,78	2,94	5,10	4,31	3,43
Arbeidsduur in uren per week	43,61	40,55	48,04	32,71	35,04	29,61	37,56

\* Al naar gelang de aard van de items zijn de score uitgedrukt als percentage of de gemiddelde (schaal)score.

\*\* M.u.v. 'Gemiddeld uren per dag aan beeldscherm' en 'arbeidsduur in uren per week' is gemiddelde waarde van de andere variabelen (vrijwel nul, omdat deze variabelen zijn gestandaardiseerd met gemiddelde 0 en standaarddeviatie 1).

Bron: Panteia berekend op basis van databestand ZEA 2017



tabel B4.3 Multinominale regressie sectoren (onafhankelijk) en arbeidsrisicoprofielen (afhankelijk)

	Profiel 1		Profiel 2		Profiel 3		Profiel 4		Profiel 5	
	Schatting	Standaard-fout	Schatting	Standaard-fout	Schatting	Standaard-fout	Schatting	Standaard-fout	Schatting	Standaard-fout
<b>Intercept</b>	-0,12	0,26	-1,47***	0,308	0,5 <sup>+</sup>	0,29	-0,82*	0,34	1,50***	0,12
<b>Sector</b> (ref: M-N Zakelijke dienstverlening)										
A Land -, bosbouw, visserij	3,06***	0,24	2,64***	0,27	1,45***	0,29	1,31***	0,32	-0,1	0,28
B-E Nijverheid en energie	2,84***	0,29	2,96***	0,31	1,68***	0,33	0,34	0,53	0,45	0,3
F Bouwnijverheid	3,75***	0,30	3,73***	0,32	2,08***	0,33	1,20**	0,42	0,37	0,35
G Handel	1,15***	0,19	0,90***	0,23	0,66**	0,21	0,37	0,25	-0,05	0,16
H Vervoer en opslag	1,49***	0,35	1,00*	0,43	1,02*	0,40	2,24***	0,35	-0,31	0,39
I Horeca	2,67***	0,42	2,33***	0,48	1,68**	0,49	1,61**	0,51	-0,12	0,5
J Informatie en communicatie	-0,98**	0,33	-1,83**	0,61	-0,73*	0,30	-0,27	0,34	-0,24	0,16
K-L Financiële dienstverlening, onroerend goed	-1,36	0,86	-1,47	1,10	0,2	0,44	0,25	0,52	-0,05	0,28
P Onderwijs	1,0***	0,26	0,55	0,36	0,69*	0,27	-0,03	0,40	0,44*	0,18
Q Gezondheids- en welzijnszorg	1,5***	0,21	1,07***	0,29	0,69**	0,24	0,57	0,29	-0,18	0,16
R-U Cultuur en overige diensten	1,93*	0,19	2,16***	0,22	1,04***	0,27	0,74**	0,26	0,18	0,16
<b>Geslacht</b> (mannen)	0,5***	0,12	0,65***	0,14	0,37**	0,14	-0,09	0,16	-0,01	0,1
<b>Leeftijd</b>	0,04***	0,004	0,03***	0,005	-0,04***	0,01	0,03***	0,01	-0,02***	0,04
<b>Opleiding</b>										
<i>Laag</i>	0,53**	0,17	1,00***	0,19	0,40*	0,20	1,66***	0,22	-1,09***	0,19
<i>Midden</i>	0,77***	0,12	1,08***	0,15	0,17	0,14	0,86***	0,18	-0,34**	0,11
<b>Zzp-schap geen hoofdactiviteit</b>	-0,29*	0,12	-0,42**	0,15	-0,69***	0,16	0,19	0,16	0,113	0,1

Bron: Panteia berekend op basis van databestand ZEA 2017





De resultaten in tabel B4.3 onderschrijven in hoge mate de conclusies van hoofdstuk 5. In het algemeen, vertonen alle risicoprofielen – met uitzondering van profiel 5 – een significante positieve samenhang met alle sectoren, uitgezonderd 'informatie en communicatie' en 'financiële dienstverlening en onroerend goed'. Dit betekent dat met uitzondering van risicoprofiel 5 (dat sterk overeenkomt met risicoprofiel 6 dat als referentie in de analyse is gebruikt) de 'zwaardere' risicoprofielen sterker samenhangen met sectoren anders dan 'informatie en communicatie', 'financiële dienstverlening' en de als referentie gebruikte 'zakelijke dienstverlening'.

Meer in detail zien we dat zzp'ers in de sectoren 'bouw', 'nijverheid, 'landbouw' en 'horeca' vooral worden blootgesteld aan de risicoprofielen 1 en 2 (beide gekenmerkt door fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving). Uit tabel 7 van paragraaf 5.4 blijkt dat de drie eerstgenoemde sectoren relatief oververtegenwoordigd zijn in deze clusters. Voor de horeca geldt dit niet, maar is het aandeel zzp'ers in deze profielen wel relatief hoog (ten opzichte van de 'beeldschermwerkprofielen' 5 en 6). Zzp'ers in de sector 'handel' worden volgens de regressieanalyse vooral blootgesteld aan risicoprofiel 2. Uit tabel 7 van paragraaf 5.4 blijkt dat deze sector enigszins is oververtegenwoordigd in dit risicoprofiel.

Zzp'ers in de sector 'vervoer en opslag' zien zich blijkens de regressieanalyse vooral geconfronteerd met risicoprofiel 4 (psychosociale belasting). Dit komt overeen met het relatief hoge aandeel van deze sector in profiel 4 volgens tabel 7 van paragraaf 5.4. Hoewel de sector 'gezondheids- en welzijnszorg' volgens tabel 7 van paragraaf 5.4 niet is oververtegenwoordigd in de risicoprofielen 1 en 2 (fysiek zwaar werk in een gevaarlijke werkomgeving) toont het regressiemodel wel een sterke samenhang van deze profielen met de sector. Dit komt omdat de sector 'gezondheidszorg' in profiel 1 en 2 is oververtegenwoordigd ten opzichte van de sector 'zakelijke dienstverlening'.

