2026Z22634
(ingezonden 19 oktober 2026)
Vragen van de leden Inge van Dijk, Van Ark, Bühler en Tijmstra (allen CDA) aan de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van Economische Zaken en Klimaat en van Financiën over het ESB-artikel 'Onze arbeidsmarkt kan gezonder en veel inclusiever'.

1. Bent u bekend met het ESB-artikel 'Onze arbeidsmarkt kan gezonder en veel inclusiever' van Anthony Stigter, Lidewij Renaud, Iris de Vries en Ton Wilthagen? [1]

Ja.

2. Welk deel van de door TNO geschatte 415.000 fte aan onbenut arbeidspotentieel onder mensen met chronische gezondheidsproblemen acht u realistisch te benutten door betere preventie en begeleiding naar werk?

TNO geeft zelf bij deze inschatting van 415.000 fte aan dat dit het maximale potentieel is en het realiseerbare potentieel mogelijk lager is. Verder stelt TNO dat het grootste potentieel zit bij de mensen die niet werken terwijl zij dit naar eigen zeggen wel kunnen (183.000 fte).

Ik kan deze analyse goed volgen en ik zie inderdaad ruimte voor verbetering. Bijvoorbeeld bij de mensen met een Wia-uitkering die nog arbeidsvermogen hebben. Daarvan werkt nu ongeveer de helft. Vooral van mensen die vanuit de Ziektewet de Wia instromen blijft de arbeidsdeelname achter. In mijn antwoord op vraag 8 ga ik hier verder op in.

In internationaal verband doet Nederland het overigens al vrij goed. Zo laten de auteurs van het aangehaalde ESB-artikel zien dat het aandeel werkenden met een langdurig gezondheidsprobleem in Nederland ongeveer op het EU-gemiddelde zit. In een aantal landen is dit aandeel weliswaar aanzienlijk hoger, maar deze landen hebben ook over de gehele bevolking een hoger aandeel mensen met langdurige gezondheidsproblemen. En bij de twee koplopers (Finland en Noorwegen) is het ziekteverzuim bovendien veel hoger dan in Nederland.[1]

Terwijl ik de ruimte voor verbetering zie, kan ik geen concrete inschatting maken van welk deel van dit arbeidspotentieel realistisch te benutten is. Er zit namelijk een wereld van diverse oorzaken achter deze aantallen. Oorzaken die ervoor zorgen dat mensen niet, of minder werken dan ze zouden kunnen als ze in betere gezondheid zouden zijn. Dit betekent ook dat er verschillende interventies nodig zijn om deze mensen te helpen hun gezondheid te versterken en hun arbeidspotentieel (meer) te benutten.

De komende periode wil ik met sociale partners afspraken maken over hoe we het onbenutte arbeidspotentieel beter gaan benutten. Ook van mensen die een medische aandoening hebben, maar nog wel geheel of gedeeltelijk kunnen werken. Zonder dat we van hen het onmogelijke vragen. Want hier ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te investeren in preventie en re-integratie, om door te gaan met het bevorderen van duurzame inzetbaarheid, passend werk en het terugdringen van verzuim.

3. Deelt u de opvatting dat passend werk kan bijdragen aan de gezondheid en het welzijn van mensen, doordat het structuur biedt en mensen helpt sociale contacten te onderhouden en mee te blijven doen in de samenleving?

Ja.

4. Welke mogelijkheden ziet u om werkgevers te motiveren om mensen met een chronische ziekte aan te nemen? Denkt u daarbij ook aan het uitbreiden van de no-risk polis of het beter communiceren hierover richting werkgevers?

---

[1] In Noorwegen bijvoorbeeld ruim twee keer zo hoog: 5,7 weken per jaar tegenover 2,7 in Nederland. Bron: OECD Data Explorer, Sick leave from work.

Werkgevers worden op veel manieren gemotiveerd om mensen met een beperking aan te nemen. Denk bijvoorbeeld aan de ondersteuning, zoals loonkostensubsidie of een no-riskpolis, die werkgevers kunnen krijgen wanneer zij iemand uit de doelgroep banenafspraak in dienst nemen. Tegelijkertijd is hier ook nog winst te behalen. Daarom loopt er nu een grootschaliger onderzoek onder werkgevers om een actueel beeld te krijgen bij hun ervaringen met het in dienst nemen en behouden van werknemers met een beperking. Daarbij is specifiek aandacht voor werkgevers in het MKB, waar nog relatief veel werkgevers niemand uit de doelgroep in dienst hebben. Daarnaast worden in het kader van dit onderzoek focusgesprekken gevoerd met werkgevers over verbetermogelijkheden en oplossingsrichtingen om knelpunten bij het aannemen van mensen met een beperking weg te nemen. Eind dit jaar is het onderzoek afgerond, en zal ik uw Kamer informeren over de resultaten hiervan. De uitkomsten van dit onderzoek zullen we o.a. meenemen in de verdere uitwerking van de nieuwe banenafspraak.

De no-riskpolis stimuleert werkgevers om mensen met een beperking aan te nemen. De no-riskpolis compenseert werkgevers in de loondoorbetalingsverplichting bij ziekte met het idee dat die verplichting werkgevers anders ervan weerhoudt deze groep in dienst te nemen en te houden. Eerder is onderzoek gedaan naar de vraag of de no-riskpolis uitgebreid zou moeten worden voor mensen met een chronische aandoening.[2] Hieruit blijkt dat naar schatting drie tot vier miljoen mensen recht zouden krijgen op de no-riskpolis. Een uitbreiding van deze omvang schiet het doel van het instrument voorbij en vermindert het effect van de loondoorbetalingsverplichting.

Naar aanleiding van eerder onderzoek heeft UWV ingezet op het vergroten van de bekendheid van de no-riskpolis bij werkgevers.[3] Gelijktijdig zien we dat de instroom in de Ziektewet vanuit de no-riskpolis de afgelopen jaren is toegenomen. UWV onderzoekt momenteel de redenen achter de stijging.

5. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat huisartsen en medisch specialisten bij de behandeling van mensen met chronische aandoeningen eerder aandacht besteden aan de mogelijkheden om te (blijven) werken?

Voor artsen én werkende patiënten moet het vanzelfsprekender zijn dat werk en werkbehoud in de spreekkamer ter sprake komen. Hiervoor is bij alle partijen steeds meer aandacht. Als artsen hun patiënten goed informeren en actief betrekken bij de besluitvorming rond hun behandeling, komen ze samen tot de best passende behandeloptie. Artsen en patiënten hebben verschillende, maar even belangrijke expertise in te brengen bij het maken van medische beslissingen. Het proces van samen beslissen bestaat globaal uit vier stappen: het informeren van de patiënt over de keuze die gemaakt moet worden, het bespreken van de opties, het bespreken van de voorkeuren en wensen van de patiënt, en het nemen van de beslissing.

Als een patiënt werkt, dan is het belangrijk dat aan bod komt welke behandelopties hier het beste bij passen. Dat geldt dus ook voor iemand met een chronische aandoening. De keuze voor bepaalde medicatie kan bijvoorbeeld heel relevant zijn.

De Federatie Medisch Specialisten heeft in 2024 de generieke module Arbeidsparticipatie voor medisch-specialistische richtlijnen vastgesteld. Centraal hierin staat het gezamenlijk streven naar gezonde en duurzame arbeidsparticipatie, door arbeid als behandeldoel te integreren in de gebruikelijke zorg. Deze module geeft de medisch-specialistische beroepsgroepen handvatten voor de rol die zij kunnen spelen op het vlak van gezonde en duurzame arbeidsparticipatie, voor zover zij die niet al hebben op grond van ziekte-specifieke richtlijnen of op basis van hun specialisme. De module biedt de mogelijkheid om arbeid structureel te borgen in alle relevante medisch-specialistische richtlijnen.

6. Welke belemmeringen staan een betere samenwerking tussen de reguliere gezondheidszorg en de bedrijfsgezondheidszorg momenteel in de weg?

---

[2] Bijlage bij Kamerstukken II, 2020-2021, 29 544, nr. 1066.

[3] Kamerstukken II, 2020-2021, 29 544, nr. 1066.

Samenwerking is in individuele gevallen altijd mogelijk. Bedrijfsartsen kunnen informatie opvragen bij huisartsen of medisch specialisten, en ook omgekeerd is contact mogelijk.
Dat laat onverlet dat er sprake is van verschillende verantwoordelijkheden en gescheiden financieringsstelsels.[4]

Dit roept de vraag op hoe de samenwerking te verbeteren, ten gunste van de gezondheid en arbeidsparticipatie van patiënten. Er lopen op dit moment verschillende initiatieven die curatieve zorg en terugkeer naar werk combineren, via incidentele financiering.

De verwachting is dat deze initiatieven waardevolle inzichten opleveren over hoe de samenwerking rondom specifieke zorgpaden verbeterd kan worden. Het kabinet hecht eraan dat deze inzichten goed benut worden, zodat de praktijk van arbocuratieve samenwerking ook structureel verbeterd kan worden.

De departementen van SZW en VWS werken overigens nauw samen om de samenwerking te bevorderen. Op de Dag van Arbeid en Gezondheid die op 29 oktober j.l. door beide departementen gezamenlijk is georganiseerd, stond de samenwerking tussen reguliere (curatieve) zorg en bedrijfsgezondheidszorg ook centraal. In de middag zijn verschillende initiatieven van professionals (uit de reguliere zorg en uit de bedrijfsgezondheidszorg) en patiëntenorganisaties besproken in verdiepingssessies, bijvoorbeeld over arbeidsgerichte zorg in de oncologie en in de GGZ.

Daarnaast verbindt het Platform Arbeidsgerelateerde Zorg en het daaruit voortgekomen kennis- en communicatieplatform Zorg en Werk Netwerk (zie: Home - Zorg en Werk Netwerk), met steun van SZW, professionals uit beide domeinen.

7. Hoe kunnen de op re-integratie gerichte activiteiten van UWV en gemeenten mensen met een chronische aandoening die willen en kunnen werken, maar momenteel geen baan hebben, beter bereiken en ondersteunen bij het vinden van passend werk?

Gemeenten en UWV hebben middelen en instrumenten tot hun beschikking om mensen met een chronische aandoening die willen en kunnen werken te ondersteunen in hun weg naar werk. Veel mensen met een chronische aandoening zijn in staat om zelfstandig werk te vinden of te behouden en hebben geen ondersteuning vanuit UWV en gemeenten nodig.

Mensen met een beperking die een ondersteuningsbehoefte hebben bij het vinden of behouden van werk, kunnen in bepaalde situaties in aanmerking komen voor een beschutte werkplek of de banenafspraak. Op dit moment wordt er gewerkt aan het verbeteren hiervan. Voor wat betreft de banenafspraak wordt u hier naar verwachting eind dit jaar verder over geïnformeerd. Mensen kunnen voor deze ondersteuning terecht bij UWV of gemeenten. Mensen die niet weten waar zij hun vraag kunnen stellen, kunnen terecht bij de Regionale Werkcentra. De geboden ondersteuning aan mensen kan afhankelijk zijn van het soort uitkering dat zij hebben en of zij een uitkering hebben.

8. Deelt u daarnaast de opvatting dat personen zonder werkgever tijdens ziekte minder ondersteuning richting werk ontvangen dan werknemers met een vast dienstverband? Welke maatregelen zijn nodig om dit verschil te verkleinen?

Het is bekend dat mensen met een Ziektewetuitkering die geen werkgever hebben, minder snel weer (gedeeltelijk) aan het werk gaan dan mensen die nog in dienst zijn bij een werkgever. De re-integratiemogelijkheden van mensen zonder werkgever zijn minder goed dan van werknemers met een dienstverband, omdat mensen zonder werkgever vaak geen werkplek meer hebben om naar terug te

[4] Zie bij voorbeeld Kamerstukken II, 2025/26, 25 883, nr. 549.

keren. UWV is verantwoordelijk voor de re-integratie van zieke werknemers zonder werkgever, tenzij de ex-werkgever eigenrisicodrager is voor de Ziektewet.

In het huidige stelsel heeft UWV de taak om zieke mensen zonder werkgever te begeleiden in hun re-integratie. Op dit moment werkt UWV eraan om de re-integratiedienstverlening in de Ziektewet te verbeteren. Voor Ziektewetgerechtigden zonder werkgever die langer dan 13 weken ziek zijn, is UWV gestart met het meer activerend maken van de re-integratiedienstverlening. De re-integratiebegeleider en de Ziektewetgerechtigde stellen onder andere een plan van aanpak op en er wordt gebruik gemaakt van het instrument 'Perspectief op maat'. Sinds eind 2025 is deze werkwijze op alle UWV-kantoren van Sociaal-Medische Zaken geïmplementeerd. De druk op sociaal-medische dienstverlening zorgt er echter ook voor dat deze werkwijze nog niet volledig is doorgevoerd.

Ook is UWV in 2025 gestart met drie pilots, die gericht zijn op het verbeteren van de dienstverlening aan Ziektewetgerechtigden zonder werkgever, vooral zieke WW'ers.[5] De focus in deze pilots ligt meer op werkhervatting en het arbeidsmarktperspectief, in plaats van begeleiding in het ziekteproces.

9. Wat kan Nederland leren van de nauwere samenwerking tussen de gezondheidszorg en instanties die mensen naar werk begeleiden in landen als Zweden en Noorwegen?

Het kabinet kan daar op dit moment geen onderbouwde uitspraken over doen. Het kabinet zal nagaan of nadere bestudering van de praktijk in deze landen van toegevoegde waarde is.

10. Kunt u indicatief berekenen wat het voor de overheidsfinanciën zou betekenen als de in het artikel geschatte 183.000 fte aan arbeidspotentieel wordt benut bij niet-werkenden met chronische gezondheidsproblemen die aangeven niet of slechts licht belemmerd te worden bij het uitvoeren van werkzaamheden? Kunt u daarbij ook rekening houden met de investeringen die hiervoor nodig zijn?

Een effectieve berekening van de opbrengsten wanneer de 183.000 fte zouden gaan werken vereist meer informatie over de samenstelling van deze groep. Opbrengsten zouden via de volgende kanalen gaan:

- Hogere belasting- en premieopbrengsten. Over het extra loon worden inkomstenbelasting en premies afgedragen.
- Lagere uitgaven en uitkeringen. Voor zover de betrokkenen nu een uitkering ontvangen, zoals bijstand of een arbeidsongeschiktheidsuitkering, dalen de uitgaven geheel of gedeeltelijk.
- Lagere uitgaven aan toeslagen. Een hoger huishoudinkomen leidt in veel gevallen tot lagere zorg- en huurtoeslag.
- Indirecte effecten. Extra inkomen leidt tot meer bestedingen en daarom tot meer opbrengsten uit indirecte belasting zoals btw.

Ter illustratie toont onderstaande tabel aan de hand van enkele voorbeelden de besparing die optreedt wanneer iemand met een WW-, WGA- of bijstandsuitkering volledig uitstroomt en een baan vindt tegen een WML- of modaal uurloon. In deze casus nemen we aan dat iemand niet (meteen) fulltime aan de slag gaat, maar voor 0,8 fte en daarvoor een uitkering had ter hoogte van de gemiddelde jaaruitkering in de WW, WGA en een volledige bijstandsuitkering voor een alleenstaande. In algemene zin betekent een overgang van een WW-uitkering naar een baan voor 32 uur op modaal inkomensniveau een besparing van ca € 32.400 euro op de Rijksbegroting, een overgang van WGA-uitkering naar een baan van 32 uur een besparing van € 31.400, en een overgang van de bijstand naar een baan van 32 uur met een minimumloon € 18.500 euro. Zie ook de tabel hieronder.

[5] Kamerstukken II, 2024-2025, 26 448, nr. 846.

Deze algemene inschatting is vanzelfsprekend niet één op één toe te passen op de 183.000 fte uit het artikel in de ESB. Zo kan ik geen concrete inschatting maken van welk deel van het arbeidspotentieel van elke groep realistisch te benutten is. Deze groepen bestaan uit diverse subgroepen met uiteenlopende redenen om niet of minder te werken. Dit betekent ook dat er verschillende interventies nodig zijn om deze mensen te helpen hun arbeidspotentieel (meer) te benutten. De investeringen die dit zou vergen kunnen verschillen per persoon, en zitten bijvoorbeeld op kosten voor re-integratie, werkaanpassing en scholing. Deze kosten zijn niet meegenomen in onderstaande tabel.

Tabel: Effect op uitgaven en lasten (x € 1.000, - /- = EMU-saldo verbeterend) van aan het werk gaan vanuit een uitkeringssituatie. Effecten per uitkering op jaarbasis, 2026.

Van uitkering:	***WW***		***WGA***		***Bijstand***	
Naar 32 uur werk tegen uurloon:	***WML***	***Modaal***	***WML***	***Modaal***	***WML***	***Modaal***
Uitkering*	-26,7	-26,7	-24,1	-24,1	-21,5	-21,5
Belastingen	5,5	-0,3	4,6	-1,2	3,7	-2,1
Zorgtoeslag	0,0	-1,5	0,0	-1,5	0,0	-1,5
Totaal besparing	**-21,1**	**-28,5**	**-19,5**	**-26,8**	**-17,8**	**-25,2**
Huurtoeslag**	0,2	-3,9	-0,5	-4,6	-0,7	-4,7
Totaal besparing, inclusief huurtoeslag	**-21,0**	**-32,4**	**-20,0**	**-31,4**	**-18,5**	**-29,9**

In de berekeningen t.b.v. deze tabel is uitgegaan van een huur van 678 euro per maand, een 32-urige werkweek, een gemiddeld uitkeringsniveau in de WW en WGA, en een volledige bijstandsuitkering voor een alleenstaande op jaarbasis.
*Hierbij is ter illustratie uitgegaan van de bruto uitkering. De premies die ten laste komen van de uitkeringsinstanties en werkgevers zijn hierin niet meegerekend.
**Uitgaande van een huur van 678 euro per maand.

11. Hoe wordt de investering in preventie betrokken bij de uitwerking van het te bereiken sociaal akkoord? Wordt daarbij ook gekeken naar de bijdrage die preventie kan leveren aan gezondheidsdoelen? Worden hierbij ook andere ministeries, zoals het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, betrokken, zodat de effecten op arbeidsparticipatie, gezondheid en sociale zekerheid in samenhang kunnen worden bezien?

Zoals benoemd in de brief van 15 september 2026 over het sociaal overleg[6] is het van belang om te werken aan betere preventie. De komende periode gaan wij in overleg met sociale partners over hoe dit eruit kan zien. Vanzelfsprekend worden daarbij ook andere ministeries betrokken wanneer nodig.

[6] Kamernummer 33566-112

12. Bent u bereid om een gezamenlijke agenda op te stellen voor gezondheid en werk, met meetbare doelen voor onder andere extra arbeidsdeelname, minder langdurig verzuim en hogere productiviteit? Zo ja, wanneer kan de Kamer deze agenda ontvangen?

Het kabinet onderschrijft de urgentie van een sterkere verbinding tussen gezondheid, werk en preventie. Preventie zal daarom ook een belangrijk onderdeel zijn van het gesprek over het sociaal akkoord en loopt daarnaast mee in de adviesaanvragen die hieraan raken. Op basis van deze gesprekken en adviezen wordt bezien welk vervolgproces en welke vorm daarbij het meest passend zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke agenda of een andere samenhangende aanpak. Daarbij kijken we nadrukkelijk naar doelen als meer arbeidsdeelname, minder langdurig verzuim en duurzame inzetbaarheid, in samenhang met gezondheid en sociale zekerheid. De Kamer wordt over de uitkomsten en het vervolgproces geïnformeerd zodra hierover nadere besluitvorming heeft plaatsgevonden. Bovendien blijft het kabinet inzetten op lopende trajecten die bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en het terugdringen van verzuim, zoals de agenda duurzame inzetbaarheid en de beleidsagenda Gezondheid in alle beleidsdomeinen.

[1] ESB, *Onze arbeidsmarkt kan gezonder en veel inclusiever*, Anthony Stigter, Lidewij Renaud, Iris de Vries en Ton Wilthagen,
https://esb.nu/onze-arbeidsmarkt-kan-gezonder-en-veel-inclusiever/