

BIJLAGE 9

Meer WIA instroom, minder ziek?

Chiara Campana, Pierre Koning en Maarten Lindeboom (allen VU Amsterdam)



MEER WIA INSTROOM, MINDER ZIEK?

Chiara Campana, Pierre Koning en Maarten Lindeboom (allen VU Amsterdam)

1. Aanleiding

In februari 2025 is het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) naar de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) van start gegaan.¹ Dit IBO heeft als opdracht om tot een analyse te komen van de oorzaken van de oplopende instroom in de Ziektewet (ZW) en de WIA, alsmede welke groepen hierin (over)vertegenwoordigd zijn en trends die we hierin zien. Dit om beleidsopties in kaart te brengen om de instroom in verzuim, de ZW en/of WIA te beperken en de uitstroom richting werk te verhogen. De IBO werkgroep zal in het najaar van 2025 een rapport opleveren.

Tegen de achtergrond van de sterk opgelopen instroom in de WIA – van jaarlijks 36 duizend personen in 2015 tot 69 duizend in 2024 – is het voor de IBO informatie over de gezondheid van instroomcohorten in de WIA onontbeerlijk: zijn meer mensen met lichtere ziektebeelden en lagere zorgkosten in recentere jaren zijn ingestroomd? Of is de oploop van de WIA instroom de resultante van een algemene verslechterde gezondheid van werkenden en slagen mensen met soortgelijke gezondheidsproblemen als voorheen er nu minder in als voorheen om aan het werk te blijven?

Met grootschalige administratieve bestanden over medische consumptie en GGZ-behandelingen, toegankelijk via CBS, kunnen we meer zicht krijgen op de relevante van deze verklaringen. Dit is dan ook de opzet van dit rapport dat als bijlage geldt bij het IBO-rapport: we vergelijken de jaarlijkse medische consumptie van WIA-instroomcohorten. De informatie over zorgkosten en aandoeningen

¹ Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2025/03/19/taakopdracht-ibo-wia> .

centreren we rond het jaar van instroom van WIA-cohorten. Aldus kunnen we zien hoe uitgavenprofielen van opeenvolgende cohorten zich ontwikkelen in de (ziekte-)jaren voorafgaand aan de beoordeling en in de jaren na toekenning. Als startpunt voor de analyses gebruiken we de totale medische consumptie binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarna vinden opsplitsingen plaats naar fysieke en mentale kosten en specifiek medicijngebruik (gekoppeld aan 22 chronische condities). Ook zullen deelgroepen binnen de WIA-cohorten de revue passeren – naar type uitkering (WGA35-80, WGA80-100, IVA), geslacht, leeftijdscategorieën, herkomst (vaste contracten, flexwerkers of WW), hoofddiagnose bij de WIA-beoordeling en sector. We spiegelen deze resultaten aan de WIA-risico's: zien we dat uitgaven aan medische consumptie en de prevalentie van bepaalde ziektebeelden lager is bij deelgroepen waarvan de instroom het sterkst is toegenomen?

2. Data en selectie

2.1 Bronnen

Voor dit onderzoek vindt binnen de CBS remote omgeving koppeling plaats van verschillende administratieve databestanden:

De **CBBS** gegevens van UWV, met daarin de jaarlijkse WIA toekenningen, het type uitkering (WGA35-80, WG80-100, IVA), de meest belangrijke diagnose bij de WIA-beoordeling en de herkomst van de aanvrager (vast dienstverband, flexwerker of via WW). Met de CBBS gegevens construeren we de jaarlijkse WIA-instroomcohorten over de periode van 2014 tot/met 2022.² Dit levert in totaal 330.516 gehonoreerde WIA-aanvragen op. Als dezelfde persoon twee keer of meer in een cohort voorkomt en de verstreken tijd tussen de beoordelingen meer dan twee jaar is, dan is kan deze in twee of meerdere cohorten voorkomen; dit betreft 2,9% van de personen. Is de verstreken tijd korter, dan selecteren we het eerste cohort.

De **ZVWZORGKOSTENTAB** van CBS. Dit betreft de zorgkosten die binnen de Zvw door zorgverzekeraars zijn vergoed³, en is bekend voor alle Nederlandse ingezetenen. We gebruiken deze gegevens over de periode van 2009 tot/met 2022 (het meest recente jaar). We leiden eerst jaarlijks de 75%-percentielscores af voor de totale medische consumptie en fysieke en mentale medische consumptie *voor de gehele Nederlandse bevolking tussen de 18 en 67 jaar*. Dit geeft jaarlijks een ondergrens van bestedingen om tot het hoogste kwartiel van bestedingen te komen. Als vanzelfsprekend zal het aandeel van mensen in de WIA dat bestedingen heeft boven deze grenswaarde aanmerkelijk hoger liggen dan de 25%.

De **MEDICIJNTAB** van CBS. Dit gaat om het gebruik van specifieke medicijnen – ook bekend binnen context van Zvw – op vier-digit niveau. Op basis van de informatie van medicijngebruik kunnen we 22 chronische condities afleiden (Danesh et al., 2025)⁴. Tabel 2.1 geeft de relatie tussen

² Net als bij de decompositie van de toename van de WIA-instroom in het rapport van [UWV \(2025\)](#), gaan we uit van aanvragen die daadwerkelijk hebben geleid tot WIA-uitkeringen. Met name het instroomcohort voor 2022 is daardoor nog onvolledig; nog niet alle aanvragen zijn afgehandeld en betreffen daarom voorschotten. Hierdoor is er onderrapportage en zullen gemiddelden van uitkomsten niet (altijd) worden meegenomen.

³ Dit omvat ook de totale kosten voor medicijngebruik, maar niet uitgesplitst naar medicijnen; dit volgt uit de MEDICIJNTAB.

⁴ K. Danesh, J. Kolstad, W. Parker en J. Spinnewijn (2024), “The Chronic Disease Index: Analyzing Health Inequalities Over the Lifecycle”, [CEPR Discussion Paper 19160](#).

medicijngebruik en chronische ziekten.⁵ Ook hier benutten we informatie van 2009 tot/met 2022 en vindt koppeling plaats met de WIA-instroomcohorten.

Tabel 2.1: Relatie tussen medicijngebruik en chronische ziekten^a

Chronische ziekte	ATC-code(s)	Medicijnbeschrijving
Zuur gerelateerde aandoeningen	A02	Geneesmiddelen voor zuur-gerelateerde aandoeningen
Botaandoeningen (osteoporose)	M05	Geneesmiddelen behandeling van botaandoeningen
Kanker	L01	Antineoplastische middelen
Hart- en vaatziekten (incl. hypertensie)	B01A, C01, C04A, C02, C07, C08, C09	Antitrombotische middelen, harttherapie, perifere vasodilatoren, antihypertensiva, bètablokkers, calciumkanaalblokkers, middelen die inwerken op het renine-angiotensinesysteem
Dementie	N06D	Anti-dementiemiddelen
Diabetes (suikerziekte)	A10A, A10B, A10X	Insuline en analogen, bloedsuikerverlagende middelen, andere middelen gebruikt bij diabetes
Epilepsie	N03	Anti-epileptica
Glaucoom	S01E	Anti-glaucoommiddelen en miotica
Jicht, Hyperurikemie	M04	Antijichtmiddelen
HIV	J05A	Direct werkende antivirale middelen
Hyperlipidemie	C10	Lipiden modifierende middelen
Ontstekingsziekten	A07E	Intestinale ontstekingsremmende middelen
(IJzergebrek)anemie	B03A	IJzerpreparaten
Migraine	N02C	Anti-migrainepreparaten
Pijn	N02A, N02B	Opioiden, andere analgetica en antipyretica
Ziekte van Parkinson	N04, N05B, N05C	Anxiolytica, hypnotica en sedativa
Psychologische stoornissen	N06A	Antidepressiva
Psychosen	N05A	Antipsychotica
Ademhalingsziekten	R03	Geneesmiddelen voor obstructieve luchtwegaandoeningen
Reumatologische aandoeningen	L04A	Immunosuppressiva
Schildklierziekten	H03	Schildkliertherapie
Tuberculose	J04A	Geneesmiddelen voor de behandeling van tuberculose

^a Classificatie is gebaseerd op Huber et al. (2013).

⁵ Hierbij past de opmerking dat voor sommige aandoeningen strikt genomen niet chronisch zijn in die zin dat medicijngebruik doorloopt voor onbepaalde tijd. Denk hierbij met name aan depressies die in hevigheid kunnen afnemen, waardoor een afbouw van medicatie mogelijk is. Desalniettemin geldt dat chronische aandoeningen in de literatuur gedefinieerd zijn als “langdurige ziekten vaak zonder volledig herstel en gepaard gaand met dagelijkse beperkingen in functioneren” en dat depressie hier onder gerekend worden.

De **GGZTRAJECTENTAB** (2011-2016), **GGZTRAJECTENHOOFDIAGTAB** (2016-2021), **GGZDBCGELEVERDZORGPROFIEL** (2013-2016), and **GGZDBCZRGPROFIELHOOFDDIAGTAB** (2016-2021). Voor de gehele Nederlandse bevolking weten we of zij op enig moment behandeld worden binnen de GGZ (“trajecten”), het type behandeling (“geleverd zorgprofiel”) en hoeveel minuten dit in beslag heeft genomen (data vanaf 2016). Op basis hiervan leiden we dummies af voor het ontvangen van een GGZ behandeling gedurende een bepaald jaar en het totaal aantal behandelminuten binnen dat jaar. Gezien een verandering in de opzet van deze data blijken vergelijkingen over langere perioden echter complex – hier komen we later nog op terug.

De **POLISBUS** data van CBS: deze gebruiken we om vast te stellen of iemand binnen een gegeven jaar inkomsten uit werk heeft ontvangen. Ook deze informatie gebruiken we van 2009 tot/met 2022.

Als basis voor de bestanden gelden dus de WIA-instroomcohorten van 2014 t/m 2022. Voor alle personen in deze cohorten kunnen we in beginsel de medische gegevens en arbeidsmarkt-geschiedenissen reconstrueren van 2009 t/m 2022. Dit betekent dat we voor alle cohorten over informatie beschikken over uitkomsten die terug gaan tot minimaal vijf jaar voorafgaand aan de WIA-aanvraag en honorering. Voor de instroomcohorten tot/met 2017 beschikken we tevens over uitkomsten die lopen tot vijf jaar na de aanvraag. Maar voor recentere cohorten is de tijdsperiode korter, met voor 2022 alleen informatie tot op het jaar van de beoordeling. In totaal komen we daarmee uit op circa 2,9 miljoen waarnemingen over alle personen en jaren in onze sample; dit komt overeen met gemiddeld 8.739 waarnemingen per persoon.⁶

2.2 Absolute gemiddelde Zvw kosten en percentielscores

In dit rapport leiden we patronen af van medische uitgaven dan wel de prevalentie van chronische condities en behandelingen als relevante uitkomsten. Bij de uitgaven geldt dat door inflatie of wijzigingen in het basispakket van de Zvw jaarlijkse bedragen kunnen schommelen om andere redenen dan veranderingen in gezondheid. Met andere woorden: de bestedingen van latere cohorten zullen in de jaren rond de WIA-aanvraag door deze vertekening hoger komen te liggen dan

⁶ Voor de meeste individuen beschikken we over alle 11 de jaren op en rond de beoordeling, maar voor cohorten van 2018 en later vindt rechtscensurering plaats. Daarnaast komt een aantal WIA-ontvangers te overlijden na de aanvraag.

die van eerdere cohorten, terwijl dat niet hoeft te gelden voor de werkelijke gezondheidsproblemen. Om hiervoor te corrigeren laten we daarom (voornamelijk) grafieken zien die volgen uit zogenoemde **percentielscores (of relatieve kosten)**:

1. Voor ieder jaar (2009-2022) stellen we de uitgavengrens vast waarboven de 25% van de gehele bevolking tussen de 18 en 67 jaar met de hoogste medische uitgaven zit.⁷ We stellen deze grens vast voor *de gehele populatie tussen 18 en 67 jaar*, ook als we analyses doen op subgroepen (zoals in Sectie 5). Dit is dus het 75^{ste} percentiel op de verdeling van kosten; voor hogere uitgaven bevindt iemand zich dus bij het bovenste kwart van de bevolking tussen 18 en 67 jaar.⁸ Deze kostengrens loopt meestal op over de jaren, door inflatie maar mogelijk ook door veranderingen van het Zvw-basispakket.
2. Vervolgens stellen we vast of personen in de *WIA-instroomcohorten* in een zeker jaar al dan niet tot het bovenste kwartiel behoren. Hierdoor worden vergelijkingen tussen cohorten en over de jaren in onze sample niet vertekend door inflatie- en pakketeffecten. We verwachten dat het aandeel daarvan binnen de WIA-populatie dat in het bovenste kwartiel zit (veel) hoger zal liggen dan voor de Nederlandse bevolking als geheel tussen de 18 en 67, voor wie de percentielscore – per definitie – gelijk is aan 25%.

Voordeel van werken met percentielscores is dat vergelijkingen over de tijd mogelijk worden; we kijken dan immers naar de positie in de verdeling van Zvw-zorgkosten van de instroomcohorten, en die verdeling verschuift over de tijd. Maar er is ook een nadeel: door percentielscores toe te passen corrigeren we mogelijk ook voor veranderingen in de gezondheid van de *algehele* bevolking: mocht het zo zijn dat de algehele gezondheid slechter is geworden van de bevolking en er daardoor meer mensen in de WIA stromen, dan zal door een hogere kostengrens voor het bovenste kwart de percentielscore van de nieuwe cohorten automatisch lager komen te liggen. Ten onrechte zou dan gedacht kunnen worden dat de “drempel” voor instroom in de WIA verlaagd is, terwijl dus sprake is van een brede gezondheidsverslechtering.

Naast het maskerende effect op algehele gezondheidsverslechtingen geldt als mogelijk nadeel van de percentielscores dat de omvang van veranderingen iets lastiger te interpreteren zijn dan veranderingen in bedragen. Voor de totale Zvw-kosten en Zvw-kosten aan fysieke medische

⁷ We stellen deze grens vast voor de gehele populatie, ook als we analyses doen op subgroepen (Sectie 5).

⁸ Door de gehele bevolking te beschouwen als referentiepunt en niet de beroepsbevolking, zullen de percentielen niet gevoelig zijn voor de uitbreiding van de beroepsbevolking die heeft plaatsgevonden tussen 2014 en 2022. Wel kan het zo zijn dat de samenstelling van de bevolking geleidelijk is gewijzigd.

uitgaven presenteren we daarom ook grafieken van de ontwikkeling van **reële Zvw-kosten**. Dat wil zeggen, we corrigeren voor algehele uitgavenverhogingen in de gehele bevolking van 18-67 jarigen:

1. We berekenen de gemiddelde jaarlijkse uitgaven van alle 18-67 jarigen voor 2009-2022.
2. We nemen 2014 als referentiejaar om jaarlijkse deflatoren af te leiden.
3. Deze delflatoren passen we toe op de Zvw-bedragen in WIA-instroomcohorten.⁹

⁹ Bij de Zvw-bestedingen voor 2014 betekent dit dus dat door deflatie de bedragen toenemen.

3. Hypotheses

Tegen de achtergrond van de opgelopen instroom zijn mogelijk over de tijd meer mensen met mildere gezondheidsproblemen in de WIA gestroomd. Dit is de centrale hypothese die we zullen toetsen in dit rapport. Aangezien zorgkosten sterk gecorreleerd zijn met de gezondheid van mensen – en dit is gebleken in veel recent empirisch onderzoek – dan zou dit betekenen dat gezondheidskosten van recentere cohorten lager liggen dan voorgaande cohorten. De percentielscores gelden daarbij als beter bewijs, omdat absolute zorgkosten onderhevig zijn aan inflatoire effecten.

De oorzaken van instroom van mensen met mildere gezondheidsproblemen kunnen zijn:

- Minder begeleiding bij re-integratie in de ziekteperiode, zodat de kans op een aanvraag toeneemt van mensen die voorheen wel weer aan de slag gingen.¹⁰
- Minder toegang tot zorg door wachtlijsten, waardoor zorgkosten lager liggen.¹¹
- Verschuivende normen bij WIA-beoordelingen.

Als de hypothese opgaat dat zorgkosten lager liggen bij een toegenomen WIA-instroom, dan ligt het in de verwachting dat dit vooral geldt voor die groepen zijn waar de instroom relatief het snelste is toegenomen. Dit is met name het geval geweest bij vrouwen, jongeren (onder de 35), ouderen (boven de 55) en mensen met mentale aandoeningen als hoofddiagnose. Vooral bij deze categorieën zouden dus mildere gevallen zijn ingestroomd. Hier kunnen we ook op toetsen.

Dit gezegd hebbende is het van belang rekening te houden met de mogelijkheid dat de Nederlandse (beroeps-)bevolking ongezonder is geworden. Dit zou kunnen verklaren waarom de instroom in de WIA is toegenomen en tegelijkertijd de *relatieve zorgkosten* – vergeleken met de bevolking tussen 18 en 67 jaar – zijn afgenomen. Op basis van (alleen) de percentielscores is het echter lastig om vast te stellen of dit opgaat. Omdat we jaarlijks grenswaarden aanpassen voor het “bovenste kwart” van de gehele bevolking tussen de 18 en 67 jaar, zal hierdoor de grenswaarde omhoog gaan. Als gevolg

¹⁰ Het kan ook zo zijn dat deze groep die er niet langer in slaagt om aan de slag te gaan even hoge Zvw-kosten heeft. Dit vinden Koning et al. (2025) in onderzoek waarin zij het verschil in kans op arbeidsongeschiktheid tussen vaste en flexibele werknemers verklaren. Zij stellen dat gezondheidsverschillen (na correctie voor leeftijd en geslacht) tussen beide groepen gering zijn, maar dat alleen het ontbreken van een werkgever bij flexibele werknemers en arbeidsmarktomstandigheden het verschil maken. Zie P. Koning, P. Muller en R. Prudon (2025), “Why does temporary work increase disability inflow?”, *Labour Economics* 96, [online first](#)

¹¹ Zoals in het navolgende zal blijken, zien we dat GGZ-behandelingen hier in de meest recente jaren aan onderhevig zijn geweest. Vandaar dat we deze data niet meenemen in de analyses.

hiervan komen mensen die instroomden in de WIA die eerst wel boven de grenswaarde vielen, daar nu onder te liggen. Het aandeel van WIA-instromers in het bovenste kwart daalt dan.

Het is dus lastig om binnen het bestek van dit onderzoek algehele gezondheidsverslechtingen als oorzaak vast te kunnen stellen. Studies van RIVM (2023) en het Trimbos Instituut geven echter wel enige richting tot een antwoord. Het RIVM (2023)¹² laat op basis van de Gezondheidsmonitor zien dat werkenden hun algehele gezondheid net zo goed of slecht waarderen in 2012 als in 2020. De enige uitzondering hierop vormt volgens het RIVM de mentale gezondheid van werkenden jonger dan 35 jaar, die duidelijk verslechterd is in diezelfde periode. Dit zou dus wel een toename in de instroom – althans van deze groep – kunnen verklaren. Dit wordt bevestigd door cijfers van het Trimbos instituut die volgen uit de NEMESIS survey; hieruit blijkt dat de kans op een psychische stoornis bij jongeren tussen 2007 en 2022 sterk is toegenomen.¹³

¹² RIVM (2023), Gezondheid van werkenden in Nederland. Ontwikkelingen tussen 2012 en 2020. Zie [Gezondheid van werkenden in Nederland. Ontwikkelingen tussen 2012 en 2020 | RIVM](#)

¹³ Zie de website van Trimbos voor informatie: [Cijfers psychische gezondheid - Trimbos-instituut](#)

4. Resultaten voor instroomcohorten als geheel

Hoofdbevindingen:

- De gemiddelde Zvw-zorgkosten van WIA-instroomcohorten liggen voorafgaand aan de ziekteperiode iets boven het niveau van de gemiddelde Nederlandse bevolking, lopen daarna sterk op in de ziekteperiode zelf en vlakken af na de WIA-beoordeling. Dit kostenverloop weerspiegelt dat in de ziektejaren en vlak na de beoordeling vaak operaties en intensievere interventies plaatsvinden, waarna de verleende zorg minder intensief is maar men op een hoge niveau blijft dan voor de ziekteperiode.
- Zetten we de zorgkosten van WIA-instroomcohorten tussen 2016 en 2022 steeds af tegen het niveau van de gehele bevolking tussen 18 en 67 jaar, dan zien we dat recentere instroomcohorten lagere relatieve Zvw-zorgkosten hebben. Dit suggereert dat de zwaarte van gezondheidsproblemen lager is komen te liggen.
- In “prijzen van 2014” zijn de reële zorgkosten in het ziektejaar voor der WIA-aanvraag bij instroomcohorten van 2014-2016 zo’n 3 duizend euro (circa 20%) hoger dan de cohorten van 2020-2022. In andere jaren rond de beoordeling zijn de verschillen kleiner. De daling van de reële kosten vind vooral plaats voor 2020, de voorafgaand aan de pandemie.
- De lagere (relatieve) zorgkosten voor recentere instroomcohorten zien we het duidelijkst terug voor zorgkosten gerelateerd aan fysieke problemen. Voor mentale problemen is de bewijsvoering zwakker.
- De meeste chronische aandoeningen – zoals gekoppeld aan het medicijngebruik – komen minder vaak voor bij recentere WIA-instroomcohorten. Uitzonderingen hierop vormen “welvaartsziekten” zoals diabetes, hartziekten en cholesterolproblemen, waarvan de prevalentie hetzelfde is gebleven of iets hoger geworden.

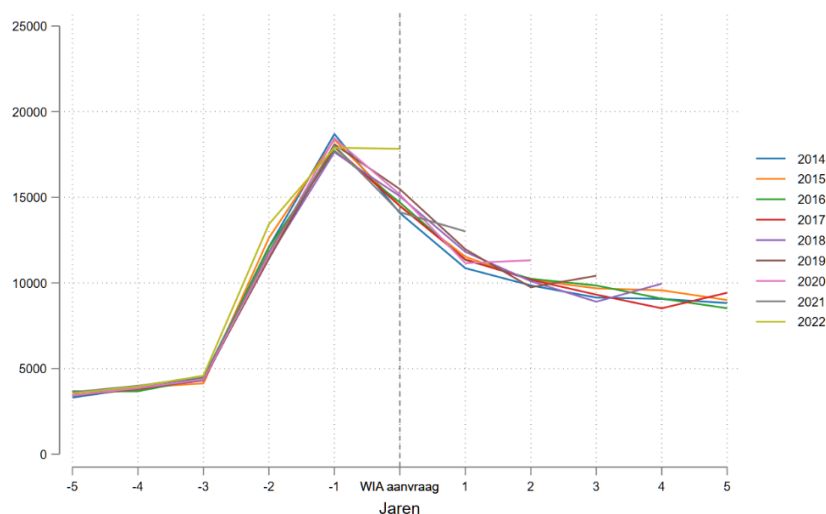
4.1 Zvw-zorgkosten

Als vertrekpunt voor onze analyses zien we in Figuur 4.1 de ontwikkeling van de zorgkosten rond de jaren waarin de WIA-beoordeling van de instroomcohorten heeft plaatsgevonden. Iedere lijn geeft de (gemiddelde) kostenontwikkeling weer van de cohorten in de vijf jaar voorafgaand tot de vijf jaar na de WIA-beoordeling. Twee jaar voor de aanvraag start de ziekteperiode van de cohorten (“t=-2”). Voorafgaand aan die twee jaar zien we kosten op een niveau dat iets boven het gemiddelde ligt van de Nederlandse bevolking. In de ziekteperiode vindt vervolgens een sterke toename plaats in de zorgkosten, tot een niveau tussen 17 en 18 duizend euro in het eerste (volledige) jaar van de ziekteperiode. Dit komt neer op meer dan een verviervoudiging van de kosten. In het jaar van de beoordeling liggen de kosten iets lager, waarna een geleidelijke afname plaats vindt tot niveaus tussen de een niveau van circa 8 duizend euro per jaar. Dit duidt er op dat gezondheidsproblemen

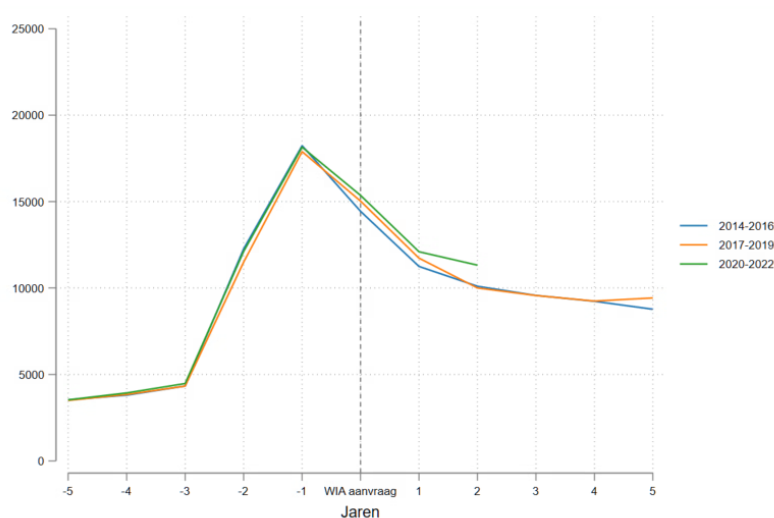
afnemen over de tijd, maar boven het aanvankelijke niveau liggen voor de ziekteperiode. Kennelijk stabiliseert de gezondheidssituatie dan en zijn minder ingrijpende medische interventies nodig.

Figuur 4.1 maakt ook duidelijk dat de vergelijking van jaarlijkse cohorten gevoelig is voor algemene jaarlijkse veranderingen in zorgkosten. Dit is het meest zichtbaar in het laatste datapunt (van 2022) voor alle cohorten van 2014 t/m 2021: we zien namelijk dat deze in alle gevallen leidt tot een knik op het eind van de kostenpatronen per cohort. Vergelijken we vervolgens de patronen van de instroomcohorten, dan is het visueel lastig systematische verschuivingen waar te nemen. Door het groeperen van de cohorten van 2014-2016, 2017-2019 en 2020-2022 ontstaat echter een overzichtelijker beeld. Figuur 4.2 laat dan zien dat er vergelijkbare ontwikkelingen van zorgkosten zijn voor de beoordeling, maar hoger naarmate het cohort recenter is. Het vermoeden is alleen wederom dat er vertekening kan plaatsvinden door inflatoire effecten.

Figuur 4.1: Gemiddelde jaarlijkse Zvw-kosten per WIA cohort in jaren rond de WIA-aanvraag



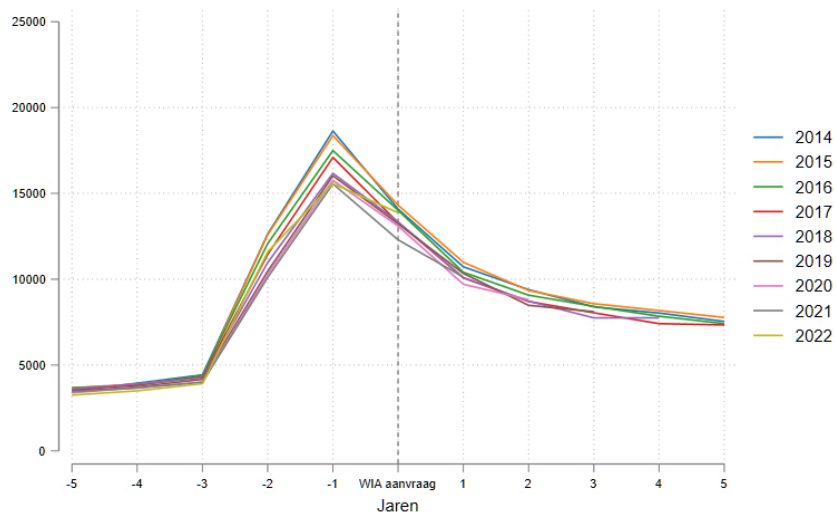
Figuur 4.2: Gemiddelde jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag



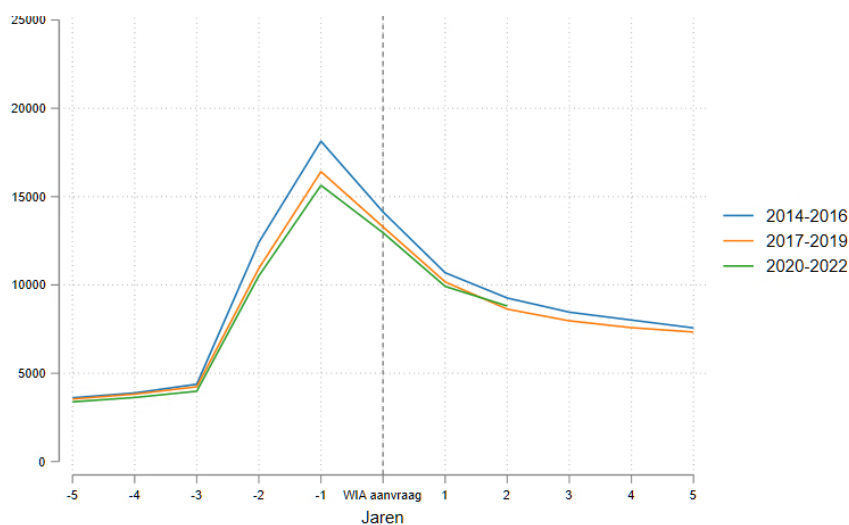
Om daarom tot een meer zuivere vergelijking te komen, laten we twee andere grafieken zien. Ten eerste die van de ontwikkeling van *reële Zvw-zorgkosten in prijzen van 2014*. Hierbij defleren we bedragen al naar gelang de algehele kostenstijging van de gehele populatie van 18-67 jarigen. Figuur 4.3 geeft het resultaat weer voor alle cohorten en Figuur 4.4 de gegroepeerde cohorten. Beide figuren laten een daling in reële kosten zien over de instroomcohorten. Dit het meest zichtbaar in de ziekteperiode voor de aanvraag: de kosten liggen dan circa 3 duizend euro lager in de meest recente cohorten (van 18 duizend naar 15 duizend euro). Als dit verschil veroorzaakt zou worden door de extra groep van WIA-instromers in deze periode (+40%), dan komt dit neer op een kostenniveau van de extra instromers circa dat 10 duizend euro lager ligt dan de groep die in de oude situatie instroomt.¹⁴ Dit gaat dus om een substantieel verschil.

¹⁴ Door de extra instroom van 40% WIA-instromers nemen de gemiddelde Zvw-kosten per persoon af met 3 duizend euro. Bij een gelijkblijvend niveau voor de originele groep, wordt verlaging van kosten dus gedreven door $40\%/140\% = 28\%$ van de nieuwe groep. Lagere kosten van deze groep ten bedrage van circa 10 duizend euro verklaren dan de daling van 3 duizend euro.

Figuur 4.3: Gemiddelde reële jaarlijkse Zvw-kosten naar WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, gemeten in prijzen van 2014



Figuur 4.4: Gemiddelde reële jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, gemeten in prijzen van 2014

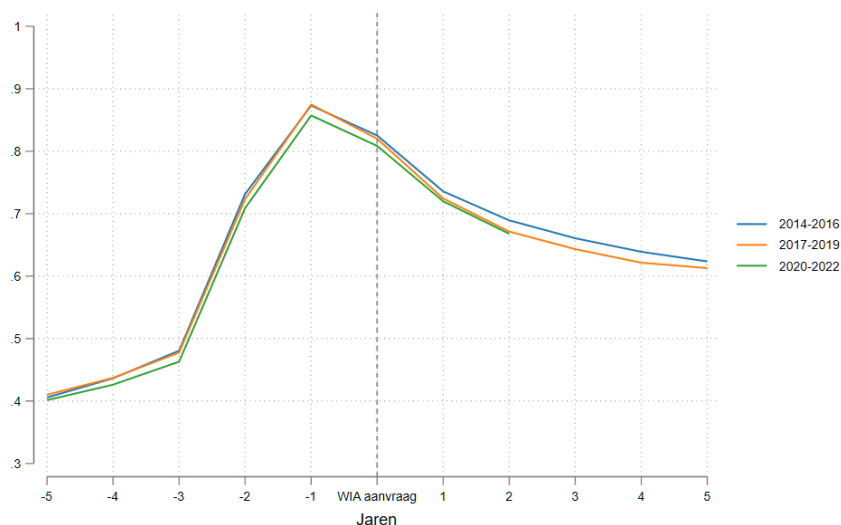


De tweede manier om inflatoire effecten uit te schakelen is het gebruik van *percentielscores*: wat is de fractie van mensen in de instroomcohorten die in het “bovenste kwart” zit met de meeste Zvw bestedingen in de gehele Nederlandse bevolking tussen de 18 en 67 jaar? Figuur 4.5 maakt duidelijk dat deze fractie varieert tussen de 85% en 90% in het jaar voor de beoordeling; bijna iedereen zit dus in het bovenste kwart. Ook ligt de percentielscore al duidelijk hoger dan 25% in de jaren voor de

ziekteperiode – het referentieniveau dat geldt voor de gehele bevolking – en dat nog steeds iets meer 60% van de cohorten in het bovenste kwart zit vijf jaar na de beoordeling.

Op basis van de samengestelde cohorten ontstaat ook een beter beeld van trendmatige ontwikkelingen: in de jaren voor de beoordeling zijn de relatieve zorgkosten lager voor de 2020-2022 cohorten dan voor de andere, en na de beoordeling ligt de kwartielscore na 2017 circa twee procentpunt lager. Minder mensen in de WIA zijn dus tot het “bovenste kwart” gaan behoren. In vergelijking met Figuur 4.4 zijn de verschillen tussen de cohorten verder gelijkmatiger dan uitgedrukt in (reële) bedragen.

Figuur 4.5: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

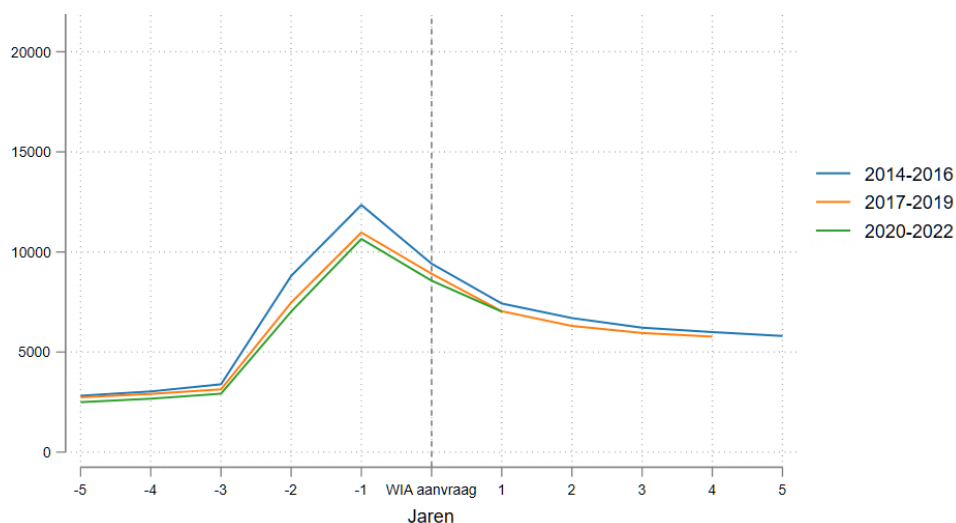
4.2 Fysieke versus mentale kosten

Binnen de Zvw registratie is het mogelijk kosten gerelateerd aan fysieke problemen te scheiden van mentale behandelingen en vergoedingen. Daaruit leiden we af dat de gemiddelde fysieke zorgkosten maximaal circa 12 duizend euro (tussen 2009 en 2022) zijn in het jaar voor de beoordeling, tegenover 5,5 duizend euro aan mentale zorgkosten (voornamelijk GGZ). De

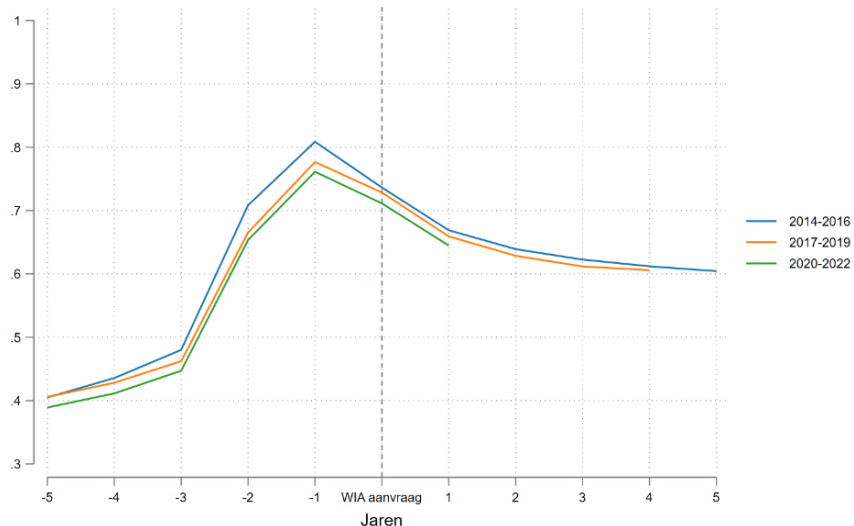
ontwikkeling van de Zvw-kosten gemeten in prijzen van 2014 in Figuur 4.6 geeft een soortgelijk beeld als voor de totale zorgkosten (in Figuur 4.4). Evenzo zien we in Figuur 4.7 dat de percentielscores voor fysieke zorgkosten lijken op de eerdere resultaten (in Figuur 4.5) voor de totale relatieve zorgkosten: de fracties liggen in alle jaren rond de beoordeling hoger voor de cohorten van 2014-2016 dan voor 2017-2019, en die van 2017-2019 ligt iets hoger dan 2020-2022.

Voor kosten gerelateerd aan GGZ en andere uitgaven gericht op mentale gezondheid is het afleiden van percentielscores niet mogelijk, omdat een (te) groot aandeel van de bevolking hierbij helemaal geen kosten heeft en dus geen 75%-percentielgrens is te bepalen. In plaats daarvan kijken we daarom naar het *aandeel* met positieve kosten, ofwel de “incidentie” of prevalentie – zie Figuur 4.8. Zoals al eerder opgemerkt ligt de prevalentie volgens deze definitie hoger dan op basis van specialistische GGZ behandelingen, maar leent zich goed voor vergelijkingen tussen de WIA instroomcohorten. In de jaren voorafgaand aan de WIA-beoordeling zien we geen duidelijke verschuivingen, maar daarna ligt de incidentie in de cohorten vanaf 2017 iets lager dan de cohorten daarvoor. De verwachting zou wellicht zijn dat er een toename van de incidentie is, maar omdat deze er niet is stromen er blijkbaar meer mensen in met lagere psychische kosten.

Figuur 4.6: Gemiddelde reële jaarlijkse fysieke Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, gemeten in prijzen van 2014

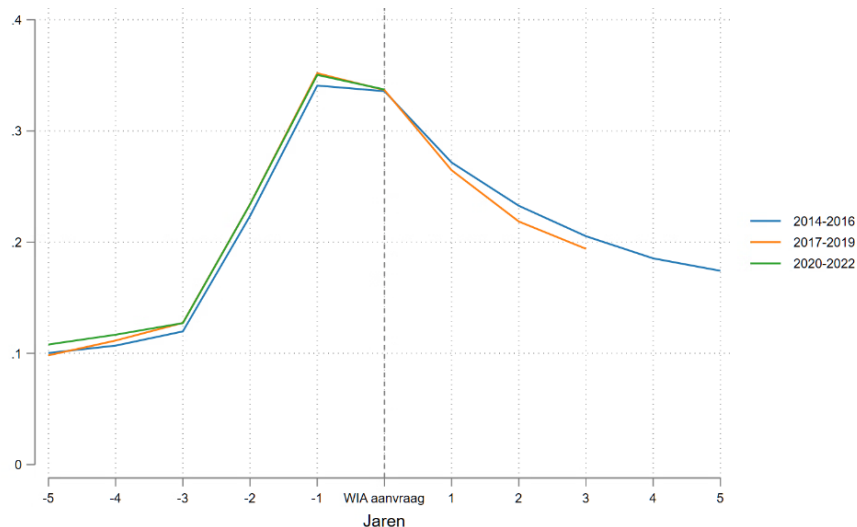


Figuur 4.7: Percentielscores^a van jaarlijkse fysieke Zwv-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zwv-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zwv-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 4.8: Incidentie van (positieve) mentale Zwv-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag

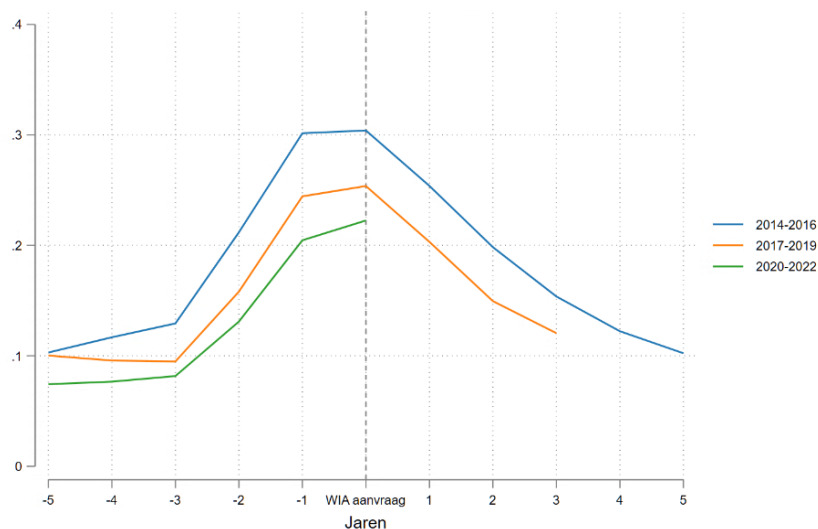


4.3 GGZ behandeldata

Naast de zorgkosten voor mentale behandelingen en medicatie gericht op geestelijke gezondheid, geven de GGZ behandeldata van CBS inzicht in de duur, het type en de intensiteit (aantal behandelminuten) van GGZ zorg. Figuur 4.9 laat zien dat bij het gegroepeerde instroomcohort van 2014 tot/met 2016 de prevalentie het hoogst lag: in het jaar voorafgaand aan de WIA beoordeling onderging circa 30% van de personen een GGZ behandeling, tegenover slechts circa 20% voor het cohort van 2020 t/m 2022. Vermoedelijk spelen hier twee factoren een belangrijke rol. De eerste is dat in 2016 een verandering heeft plaatsgevonden in de registratie van GGZ data door CBS; hierdoor is sprake van een breuk in de data. Ten tweede is het aannemelijk dat in de jaren met lockdowns (2020-2022) door aanbodbeperkingen het aantal mogelijke GGZ behandelingen beperkter is geworden, en de intake daardoor lager.¹⁵ Dit is een algemeen punt van aandacht bij vergelijkingen van (kosten van) GGZ behandelingen over de tijd: aanbodrestricties zullen mede bepalend zijn voor het volume, en het kan ook zijn dat bepaalde groepen beter toegang hebben dan anderen om die restricties te omzeilen. Het is dus moeilijk om op basis van de GGZ behandeldata tot duidelijke inzichten over gezondheidstrends over langere perioden te komen. Dit kan overigens nog eens versterkt worden door extra inkoop van GGZ door werkgevers en arbodiensten buiten het zicht van de GGZ data van CBS. Binnen het bestek van dit onderzoek laten we verdere analyses met deze gegevens daarom achterwege en concentreren ons vooral op mentale diagnoses die door UWV zijn vastgesteld (zie de subgroep-analyses).

¹⁵ Deze aanbodbeperkingen zullen ook effect hebben op de Zvw-kosten die we meten. Dankzij de percentielscores die gebaseerd zijn op de gehele bevolking corrigeren we hiervoor.

Figuur 4.9: Incidentie van GGZ behandelingen naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag

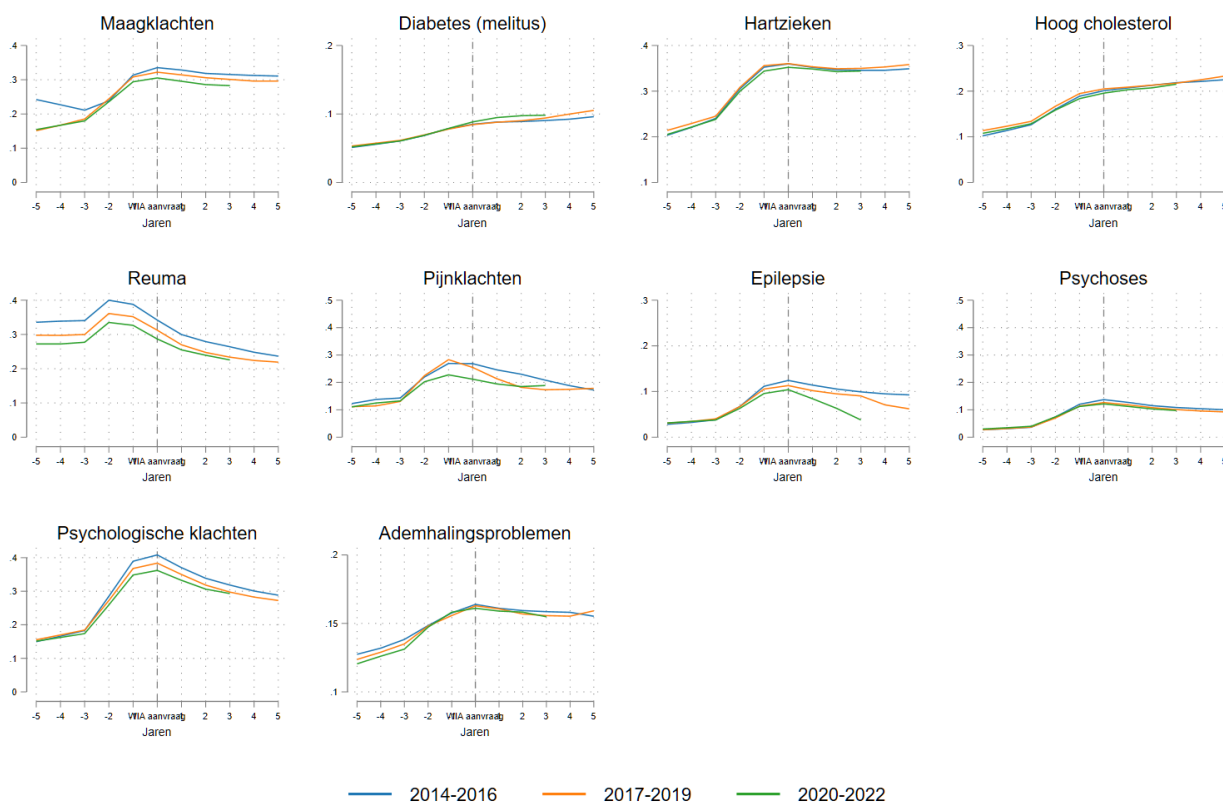


4.4 Medicijngebruik en chronische aandoeningen

Zoals eerder gesteld kunnen we op basis van medicijngebruik een inschatting maken van de prevalentie van (22) chronische aandoeningen¹⁶ van de personen die in de WIA stromen. In Figuren 4.10a en 4.10b laten we de patronen zien van de prevalentie van die chronische condities rond de WIA-beoordeling van de cohorten in drie geclusterde groepen voor de cohorten van 2014-2016, 2017-2019 en 2020-2022. Het eerste paneel laat het verloop zien van de meest voorkomende chronische aandoeningen (grotweg vaker dan 10%), het tweede paneel de chronische aandoeningen met een prevalentie die lager ligt.

¹⁶ In de (medische) literatuur wordt medicijngebruik veelal een-op-een vertaald naar het voorkomen van specifieke aandoeningen. Strikt genomen zijn die aandoeningen niet altijd chronisch in die zin dat ze voor onbepaalde tijd leiden tot beperkingen, maar het idee is dat deze niet te genezen zijn.

Figuur 4.10a: Prevalentie van (meest voorkomende) chronische aandoeningen naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag



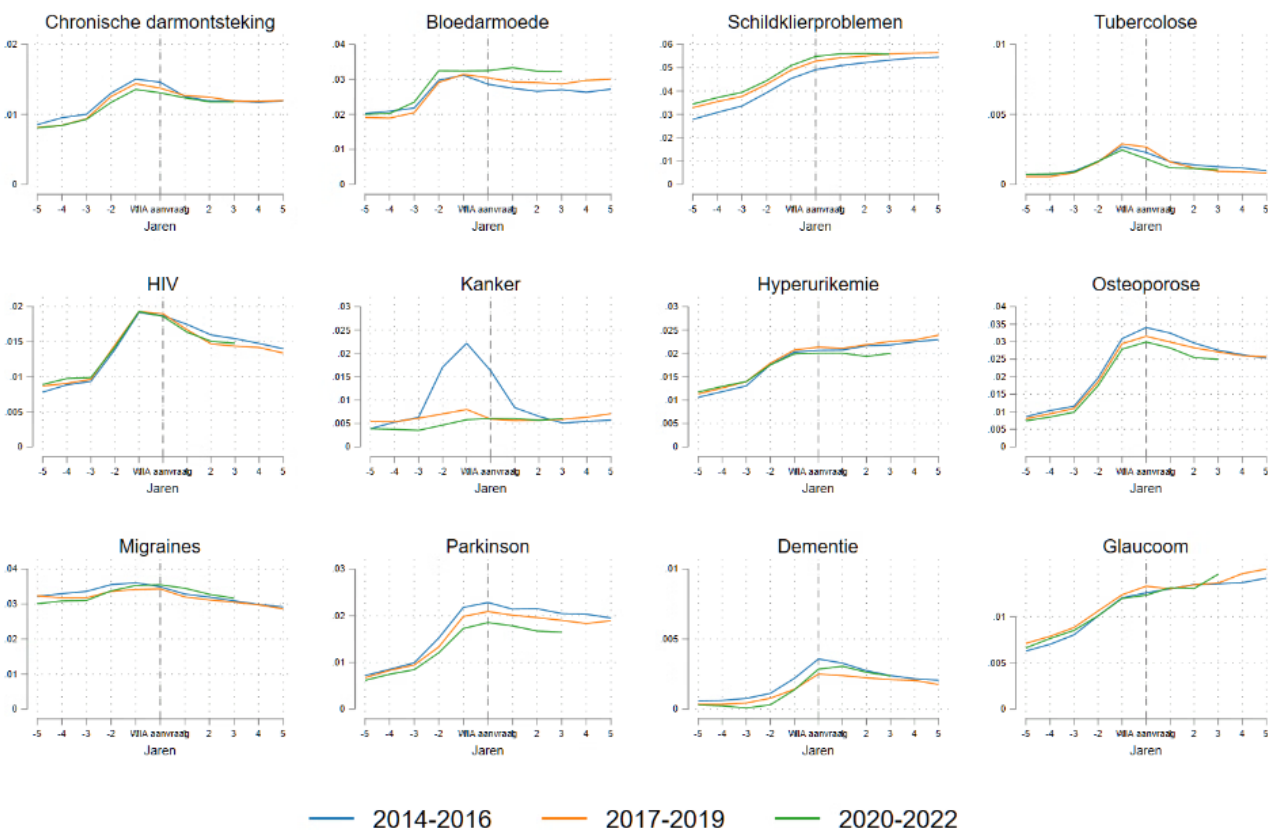
Bij de meeste aandoeningen zien we een oploop in prevalentie in de jaren voor de beoordeling. Geleidelijk gebruiken meer mensen in het cohort dus medicijnen die we kunnen koppelen aan de (22) aandoeningen. Deze ontwikkeling loopt samen met de ziekteperiode die vooraf gaat aan een WIA-beoordeling. Kijken we naar prevalenties van boven de 10% (Figuur 4.10a), dan geldt dit voor zo goed als alle aandoeningen, te weten maagklachten, diabetes, hartproblemen, cholesterolproblemen, pijnklachten, epilepsie, psychoses, mentale klachten en ademhalingsproblemen. Alleen bij migraineproblemen en diabetes zien we een patroon dat zo goed als vlak is, zodat ze niet of nauwelijks een “marker” zijn voor WIA-instroom in de nabije toekomst. Na de WIA-beoordeling is meestal sprake van een redelijk vlak of licht oplopend verloop van de prevalentie van klachten zoals gemeten uit medicijngebruik; het gaat immers om “chronische” problemen. Uitzonderingen hierop vormen reuma en mentale klachten.

Vervolgens vergelijken we de gegroepeerde instroomcohorten per chronische aandoening. Bij de meest prevalentie aandoeningen geldt dat of de scores in de meest recente cohorten of lager zijn (bij

maag- en darmproblemen, reuma, pijn, epilepsie, mentale problemen, en ademhalingsproblemen) of gelijk zijn gebleven (bij diabetes, hartproblemen, cholesterol, psychoses). De lagere prevalentie voor de meeste condities kan er op duiden dat de toename van de WIA instroom meer mensen bevat *zonder* de betreffende aandoeningen. Maar deze daling nemen we niet waar over de gehele breedte: de gelijk gebleven prevalentie van o.a. diabetes, hartproblemen en te hoge cholesterol zou het gevolg kunnen zijn van een algemene verslechtering van de gezondheid van de beroepsbevolking – met meer personen die last hebben van “welvaartsziekten”. Hierdoor is mogelijk het aandeel van deze aandoeningen ondanks de toegenomen instroom gelijk gebleven.

Opvallend is verder de veel lagere prevalentie van kanker in cohorten vanaf 2017. Verklaring hiervoor is mogelijk dat behandelingen tegen kanker succesvoller zijn geworden en genezing optreedt *binnen* de ziekteperiode, waardoor men minder vaak in de WIA-cohorten zichtbaar is. Hoe dan ook, vergelijkingen over de cohorten zijn hier minder passend dan bij de andere aandoeningen.

Figuur 4.10b: Prevalentie van chronische aandoeningen naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag



5. Resultaten voor subgroepen

Hoofdbevindingen:

- Conform verwachtingen liggen Zwv-zorgkosten hoger bij de IVA en WGA 80-100 dan bij WGA 35-80. Bij alle drie de regelingen liggen de zorgkosten – gerelateerd aan de totale bevolking tussen 18 en 67 jaar – lager bij recentere instroomcohorten. Bij de IVA zijn de effecten zelfs iets sterker zijn dan de andere regelingen.
- Bij WIA-instroomcohorten onder de 35 jaar lijkt niet of nauwelijks sprake van een trend van lagere relatieve zorgkosten onder jongeren; dit wel het geval bij 35-plussers.
- Vooral bij de instroom vanuit de WW zijn relatieve zorgkosten lager komen te liggen bij de recentere instroomcohorten.
- Alleen bij de “harde” diagnoses als hartproblemen en kanker zijn zorgkostenprofielen zo goed als constant gebleven over de instroomcohorten; hier zijn de zorgkosten ook het hoogst. Bij mentale en musculoskeletaire problemen is de daling van relatieve zorgkosten in de jaren na de WIA-beoordeling het sterkst.
- De lagere relatieve Zwv-kosten voor recentere instroomcohorten zien we terug in alle sectoren waar sprake is van dienstverlening door het bedrijfsleven dan wel (semi-)overheid.

Tot dusver duiden onze resultaten op *relatief* lagere zorgkosten in recentere cohorten die in de WIA zijn gestroomd, vergeleken met de zorgkosten van de volledige bevolking tussen de 18 en 67 jaar. Om nu meer zicht te krijgen op waar de relatief lagere zorgkosten hun oorsprong in vinden, splitsen we de cohorten op in deelpopulaties en kijken wederom naar de percentielscores van de totale Zwv-kosten over de gegroepeerde cohorten. De vraag daarbij is of de afname in de kwartielscore het sterkst is bij groepen waarbij de toename van de WIA-instroom het grootst is geweest. Vergelijken we daarbij het eerste gegroepeerde instroomcohort van 2014 tot/met 2016 met die van 2020 t/m 2022, dan zien we een algehele toename van de instroom van circa 40%. Deze toenames, gebaseerd op dezelfde cohortgroep, liggen hoger dan 40% bij:

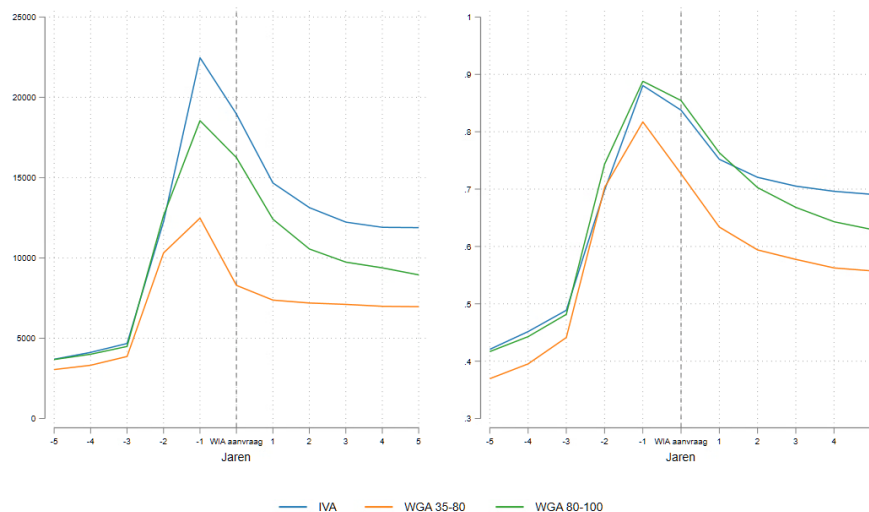
- Volledige WGA uitkeringen (+50%)
- Mensen onder de 35 jaar (+55%), boven de 55 jaar (+61%) en vrouwen (+55%)
- Instromers van werknemers met een vast contract (+50%)
- Mentale aandoeningen (+55%) en ademhalingsproblemen (+73%)

Speciale aandacht zal vervolgens in Sectie 6 uitgaan naar een de groep instromers die het meest is toegenomen in de periode tussen 2014 en 2022, namelijk die door UWV mentale aandoeningen als meest belangrijke diagnose meekrijgen.

5.1 Type WIA regeling

Figuur 5.1 laat de verschillen in de Zvw-kosten en percentielscores zien naar type WIA regeling (IVA, WGA35-80, of WGA80-100) en de percentielscores voor de gegroepeerde cohorten per regeling. Conform verwachtingen zijn de (absolute) medische kosten het hoogst bij de IVA, gevolgd door de volledige en partiele WGA. In percentielscores zijn de verschillen tussen IVA en WGA 80-100 ogenschijnlijk klein gemeten tot een jaar na de WIA beoordeling, maar daarna ligt het niveau van de IVA hoger. Dit is niet verrassend: de IVA is een regeling die gericht is op mensen met duurzame gezondheidsbeperkingen, terwijl de WGA arbeidsongeschiktheid naar verwachting tijdelijk is.

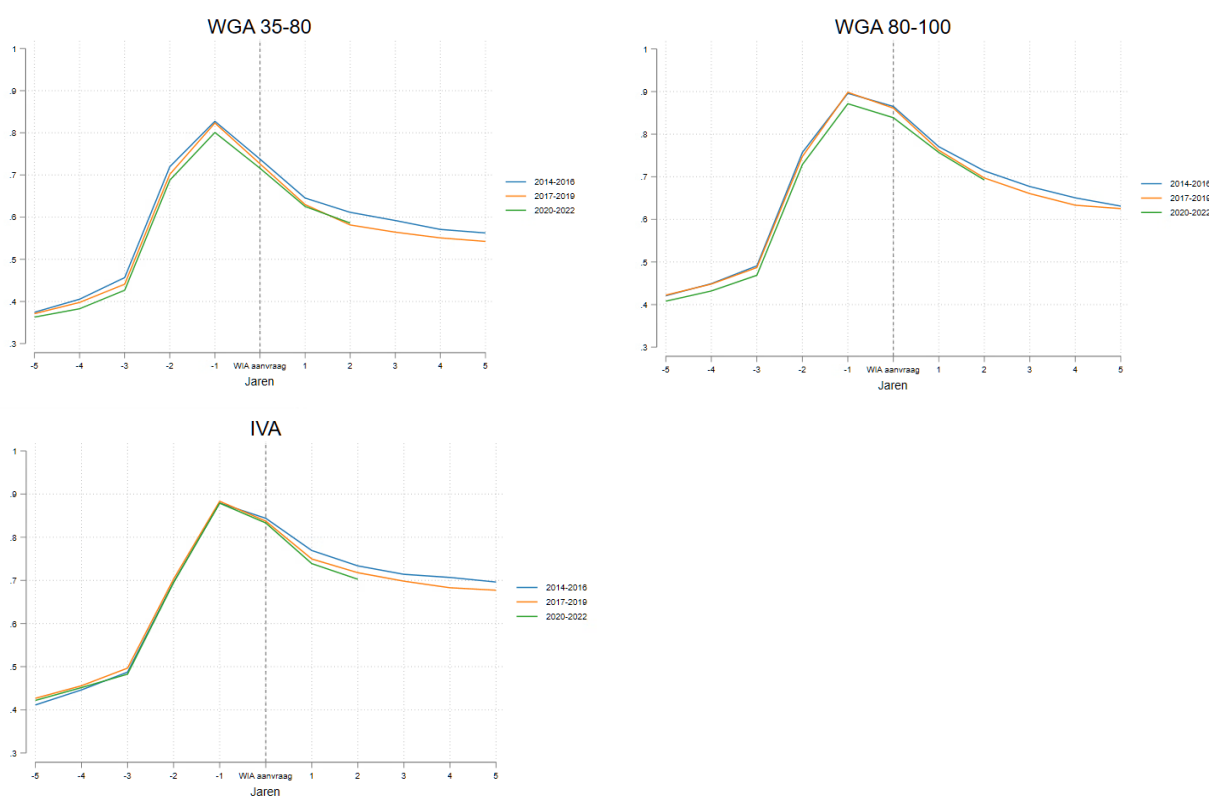
Figuur 5.1: Jaarlijkse Zvw uitgaven (linker paneel) en jaarlijkse Zvw-percentielscores^a (rechterpaneel) naar type regeling (WGA 35-80, WGA 80-100 en IVA) rond de WIA-aanvraag



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Kijken we in Figuur 5.2 naar de afzonderlijke regelingen en vergelijken we daarbinnen de drie gegroepeerde cohorten, dan valt op dat de percentielscores (ook) bij de IVA omlaag zijn gegaan. Die daling van de kwartielscores bij de IVA vindt alleen plaats in de jaren na de WIA-beoordeling. Dit zou er op kunnen duiden dat de extra instroom in de IVA bestaat uit voormalig werknemers die meer kans op herstel hebben dan de oudere cohorten. Voor de WGA regelingen zien we ook lagere kwartielscores, maar dan ook in de jaren voorafgaand aan de beoordeling.

Figuur 5.2: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar type uitkering



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

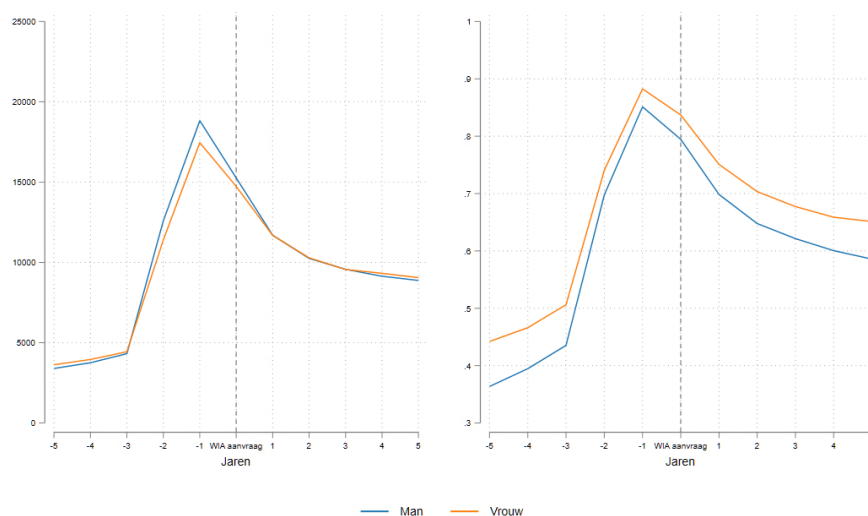
5.2 Leeftijd en geslacht

Figuren 5.3 t/m 5.6 geven inzicht in demografische verschillen in de ontwikkeling van de totale medische kosten rond de WIA-aanvraag. Figuur 5.3 maakt duidelijk dat de absolute zorgkosten van

mannen en vrouwen redelijk vergelijkbaar zijn, maar gerelateerd aan de mannelijke dan wel vrouwelijke gehele Nederlandse populatie iets hoger liggen bij vrouwen. Vervolgens zien we in Figuur 5.4 dat de lagere percentielscores voor recentere instroomcohorten zichtbaar zijn bij zowel mannen als vrouwen, maar bij vrouwen sterker. Een mogelijke reden is dat het aandeel vrouwen met psychische problemen sterker is toegenomen, en dat zorgkosten daarvoor lager liggen.

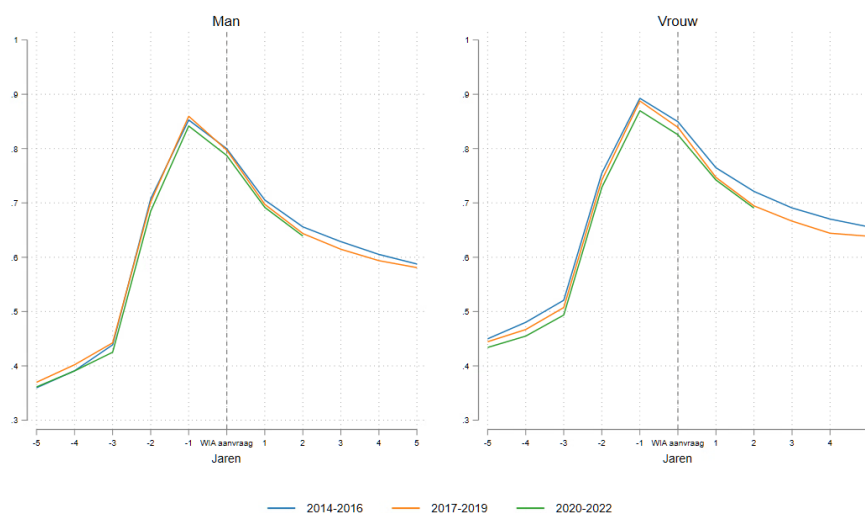
Een meer opvallende constatering is dat de zorgkosten voor jongeren onder de 35 jaar die in de WIA stromen in het ziektejaar voor de aanvraag duidelijk hoger zijn dan voor ouderen; kennelijk gaat het hier om behandelingen of opnames die relatief duur zijn. Als percentielscores zijn deze verschillen echter kleiner. Mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat het vaker dure specialistische mentale zorg wordt ingezet, zowel voor de instroom in de WIA van jongeren als voor de jongere bevolking. Tegelijkertijd zien we dat juist bij de WIA-instroom van mensen jonger dan 35 jaar de percentielscores in de jaren na de WIA-beoordeling niet of nauwelijks gedaald zijn voor recentere cohorten. Voor de instroom van 35-jarigen en ouder is dit wel zichtbaar.

Figuur 5.3: Jaarlijkse Zvw uitgaven (linker paneel) en jaarlijkse Zvw-percentielscores^a (rechterpaneel) naar geslacht, gemeten rond de WIA-aanvraag



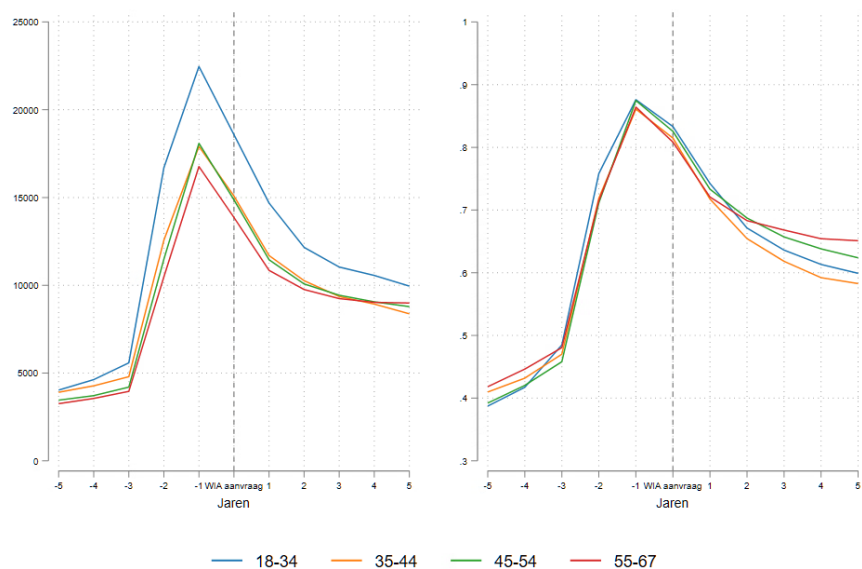
^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 5.4: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar geslacht



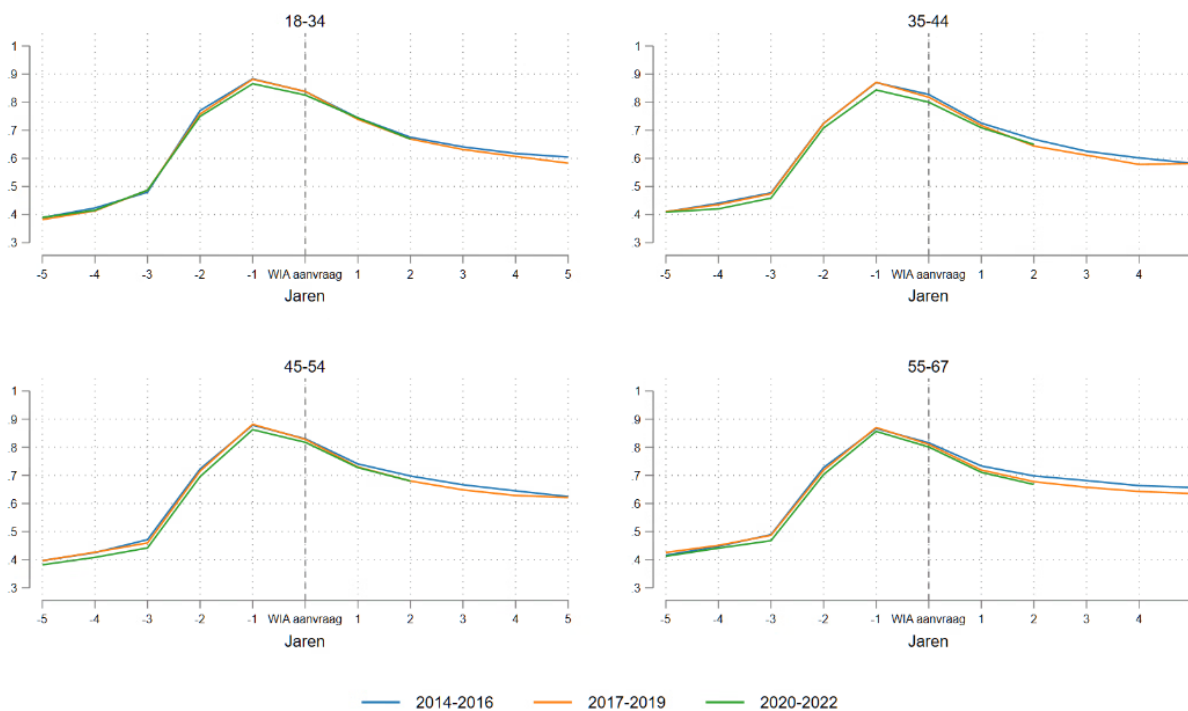
^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18- 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 5.5: Jaarlijkse Zvw uitgaven (linker paneel) en jaarlijkse Zvw-percentielscores^a (rechterpaneel) rond de WIA-aanvraag naar leeftijdscategorieën



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 5.6: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar leeftijdscategorieën

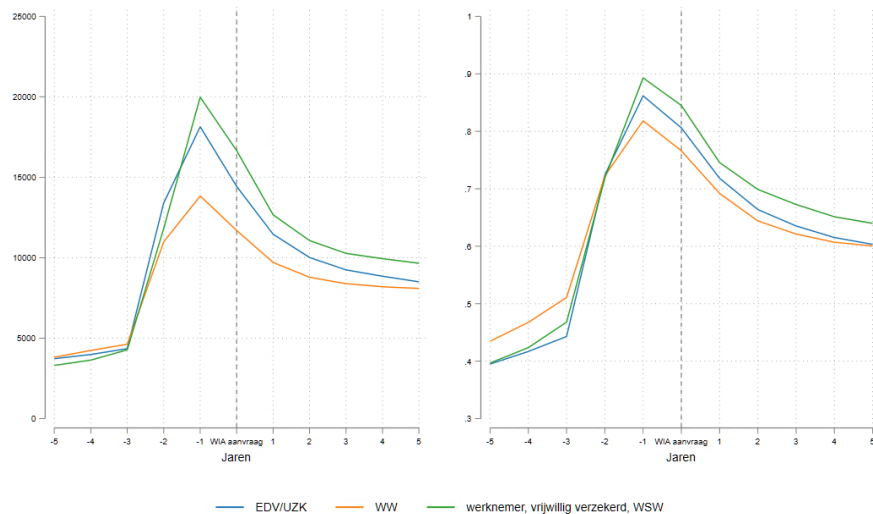


^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18- 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

5.3 Vaste contracten, flexwerkers en instroom vanuit WW

Figuur 5.7 laat zien dat in de twee ziektejaren voor de WIA-beoordeling medische kosten het hoogst liggen bij WIA-instromers die voorheen een vast contract hadden. Bij de instroom vanuit tijdelijke contracten liggen de kosten iets lager, maar vanuit de WW is het verschil duidelijk groter. Mogelijk hebben vaste werknemers betere toegang tot zorg, met name de GGZ. Tegelijkertijd is niet uit te sluiten dat hier een selectie-effect optreedt: zonder een werkgever die formeel verantwoordelijk is, is de kans groter dat zonder werkhervatting de twee ziektejaren doorlopen worden, ook voor mensen met lagere zorgkosten. Vergelijken we vervolgens in Figuur 5.8 de percentielscores van de instroomcohorten vanuit vaste contracten, tijdelijke contracten en de WW, dan zien we dat bij allen neerwaartse verschuivingen van de lijnen. WIA-instromers vanuit de WW laten de grootste verschillen zien tussen de cohorten.

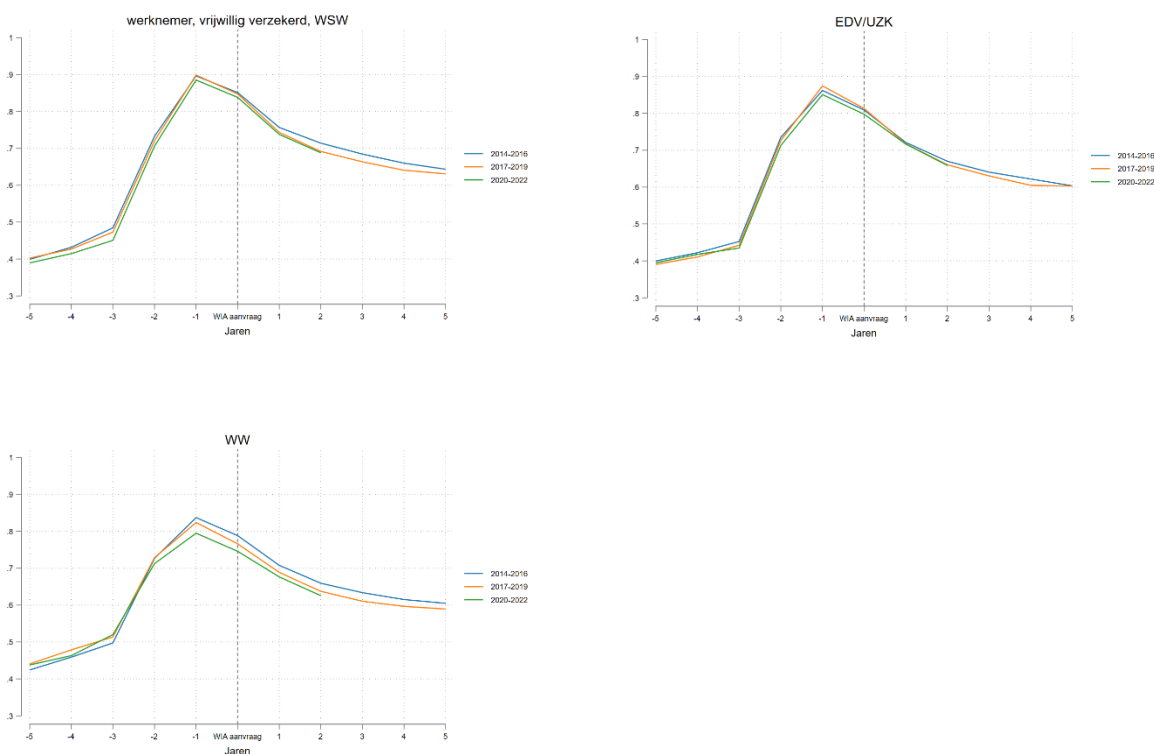
Figuur 5.7: Jaarlijkse Zwv uitgaven (linker paneel) en jaarlijkse Zwv-percentielscores^a (rechterpaneel) rond de WIA-aanvraag naar herkomst^b



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zwv-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18- 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zwv-kosten van de gehele bevolking behoren.

^b : EDV/UZK = einddienstverband / uitzendkrachten, dus werknemers met tijdelijke contracten.

Figuur 5.8: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar herkomst^b



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18- 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

^b : EDV/UZK = einddienstverband / uitzendkrachten, dus werknemers met tijdelijke contracten.

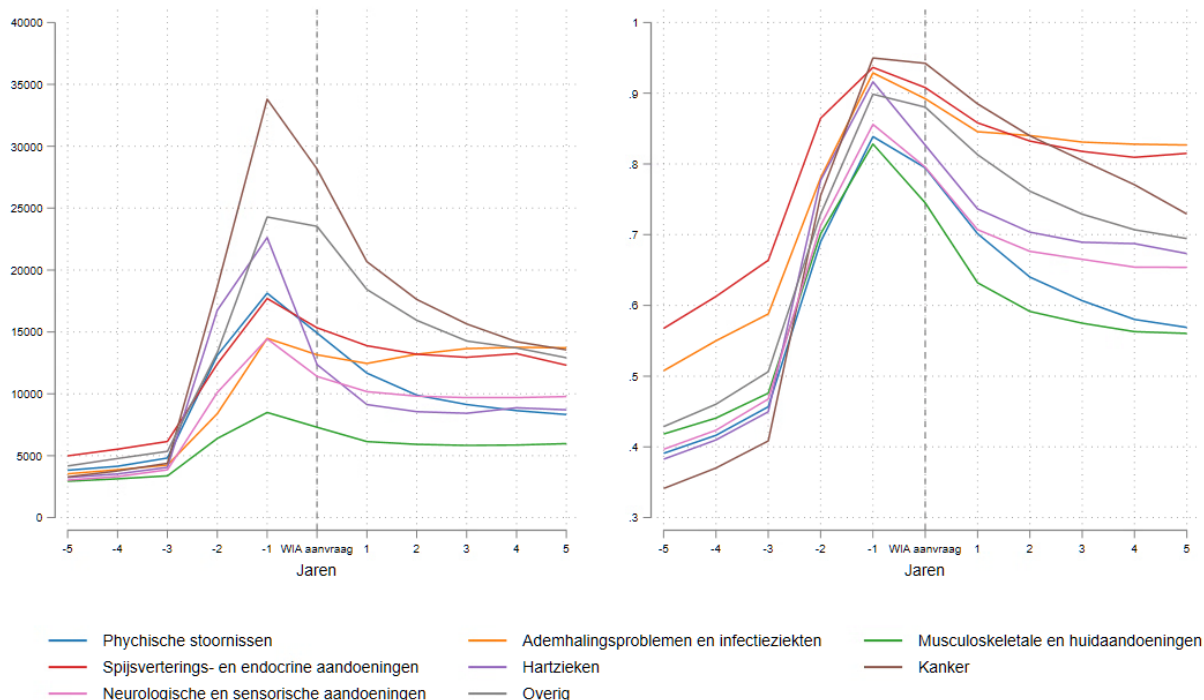
5.4 Hoofddiagnoses bij de WIA-beoordeling

De onderliggende aanname in dit rapport is dat hogere (lagere) Zvw-kosten één-op-één vertaald kunnen worden naar een slechtere (betere) gezondheid. Dit is twijfelachtig als medische kosten bij sommige psychische stoornissen die relatief laag zijn, maar de consequenties voor de verdiencapaciteit zo substantieel kunnen zijn en dat ze toch een WIA uitkering rechtvaardigen. Het is daarom instructief is om de subgroep-analyses ook per aandoening uit te voeren. Mocht het dan zo zijn dat de lagere relatieve zorgkosten niet of in mindere mate zichtbaar zijn bij de subgroepen,

dan is de daling die we eerder constateerden voor alle instromers de resultante van verschuivingen in aandelen van aandoeningen.

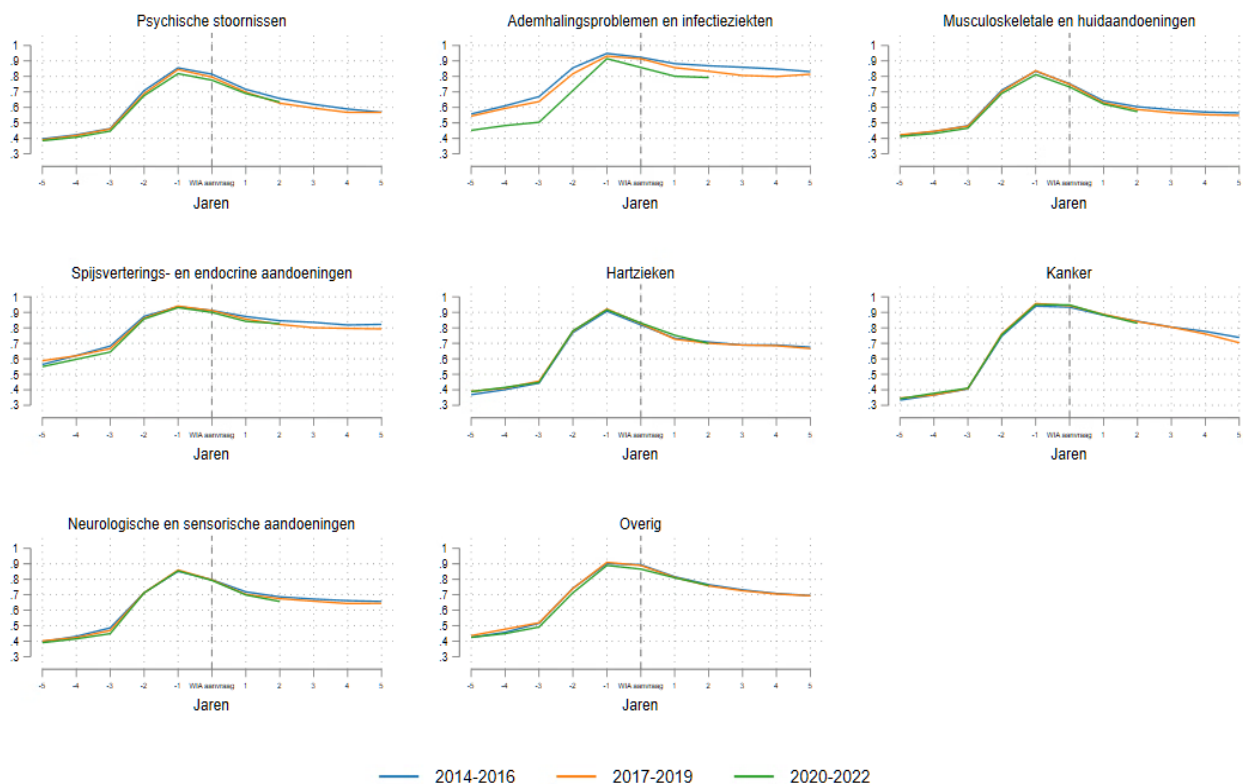
Aangezien de toename van de WIA-instroom van het laatste decennium vooral gelegen is bij werknemers met mentale problemen als hoofddiagnose, is het interessant te bezien of juist bij deze groep de zorgkosten en percentielen zijn afgenomen. Maar alvorens dat te doen, vergelijken we zorgkostenprofielen tussen de hoofddiagnoses van UWV, zoals in Figuur 5.9 weergegeven. Deze figuur laat zien dat de Zwv-zorgkosten het hoogst zijn bij instromers gediagnosticeerd met kanker of hartproblemen. De totale zorgkosten voor mensen met mentale problemen liggen in de ziekteperiode voor de beoordeling op het gemiddelde; het is dus niet zo dat een hoger aandeel mensen met psychische stoornissen als hoofddiagnose een lager algemeen kostenniveau van recentere cohorten verklaart. Ook zien we duidelijke verschillen in het verloop van de zorgkosten. In alle gevallen dalen ze na de WIA beoordeling, maar de mate waarin verschilt sterk.

Figuur 5.9: Jaarlijkse Zwv kosten (linker paneel) en jaarlijkse Zwv-percentielscores^a (rechterpaneel) rond de WIA-aanvraag naar hoofddiagnose van UWV



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zwv-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zwv-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 5.10: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar hoofddiagnose van UWV

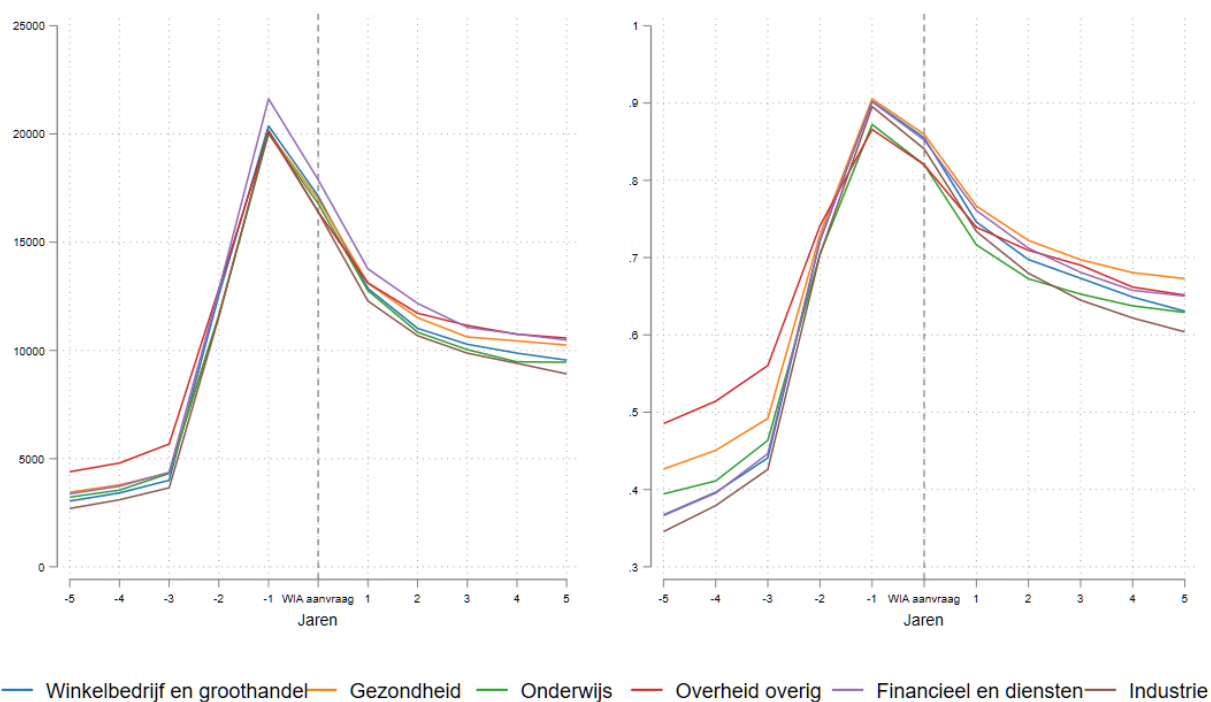


Figuur 5.10 geeft percentielscores weer naar hoofddiagnoses met daarbinnen de gegroepeerde instroomcohorten. Disclaimer hierbij is dat de categorie met ademhalingsproblemen gering in aantal is en daarom lijnen hier volatiel zijn. Desalniettemin kunnen we een algemeen patroon ontwaren: bij alle aandoeningen zijn de percentielscores gedaald, behalve de meest “harde” aandoeningen met hoge zorgkosten, namelijk kanker en hartfalen. Mede gezien de omvang van de diagnoses die hier niet toe behoren, zou het echter te ver gaan de om mensen in de resterende groep over de gehele linie als met “zachte” aandoeningen te kwalificeren. In veel gevallen, zoals bij ademhalingsproblemen of problemen aan het bewegingsapparaat, is het namelijk wel mogelijk medisch vast te stellen dat sprake is van specifieke beperkingen, net zoals bij mentale aandoeningen. Complexer is echter de vertaling van deze diagnoses naar de implicaties voor het verdienvermogen. Hierbij zullen contextuele factoren een belangrijke rol spelen, en hier wordt ook rekening mee gehouden bij de vaststelling van de verdien capaciteit door arbeidsdeskundigen.

5.5 Sectoren

Figuur 5.11 laat de afzonderlijke patronen van Zvw-uitgaven en corresponderende percentielscores voor sectoren. De verschillen zijn duidelijk kleiner dan als we stratificeren naar hoofddiagnoses, maar de sector overheid valt op door de gemiddeld hoge zorgkosten al in de jaren voorafgaand aan de ziekteperiode van twee jaar. Figuur 5.12 toont de afzonderlijke resultaten voor de industriële sector, de groothandel en het winkelbedrijf, commerciële dienstverlening, onderwijs, zorg en overheid over de gegroepeerde instroomcohorten. Alleen voor de industriële sector zien we geen verschuiving van de percentielen.¹⁷ Voor de dienstensectoren zien we wel dalende percentielen, en het meest overtuigend voor de zorgsector en de overheid. In al deze sectoren is de instroom in de WIA ook relatief sterk toegenomen.

Figuur 5.11: Jaarlijkse Zvw uitgaven (linker paneel) en jaarlijkse Zvw-percentielscores^a (rechterpaneel) rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar sector



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

¹⁷ Dit geldt overigens ook voor de bouwnijverheid en primaire sector (niet weergegeven).

Figuur 5.12: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar sector



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

6. Mentale aandoeningen verder uitgelicht

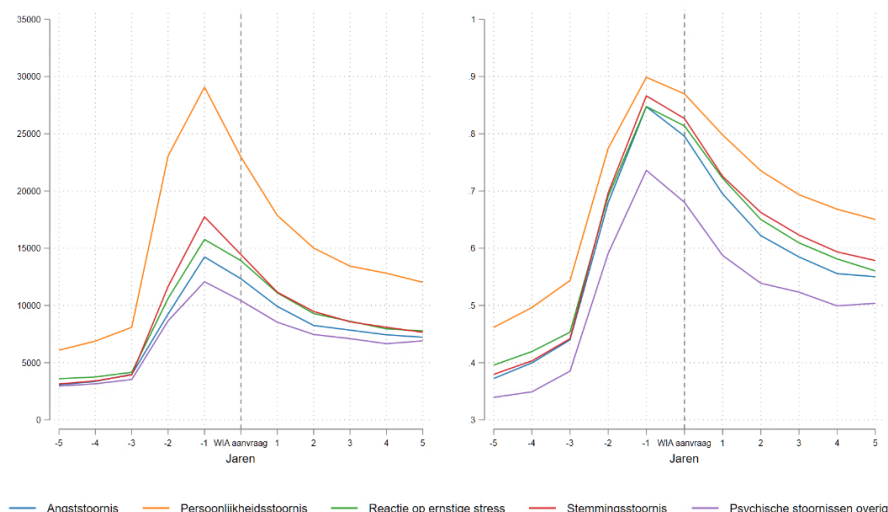
Hoofdbevindingen:

- Achter de WIA-instroomers met mentale aandoeningen gaat een sterk heterogene groep schuil, met mensen met persoonlijkheidsstoornissen met de hoogste zorgkosten en een “overige” groep met psychische stoornissen met de laagste zorgkosten.
- De categorieën buiten de groep met persoonlijkheidsstoornissen vallen enkele jaren na de WIA-beoordeling terug op kostenniveaus die niet veel boven die van de gehele bevolking liggen tussen de 18 en 67 jaar.
- Opvallend is dat relatieve zorgkosten van jongeren met mentale problemen bij de groep “overig” duidelijk hoger liggen dan bij ouderen.
- De trend van lagere relatieve zorgkosten voor WIA-instroomcohorten is het meest duidelijk zichtbaar voor de restgroep van “overige psychische stoornissen”.

Een belangrijke observatie en uitgangspunt voor de IBO-WIA is dat vooral de instroom in de WIA met mentale aandoeningen is toegenomen. Met 18 duizend euro per jaar in het laatste volledige jaar voorafgaand aan de WIA-beoordeling wijkt dit nauwelijks af van het gemiddelde voor de gehele WIA-instroom (zie Figuur 5.9 in vorige sectie). Tegelijkertijd gaan achter dit gemiddelde mensen schuil met hele diverse ziektebeelden en daarbij behorende kostenniveaus.

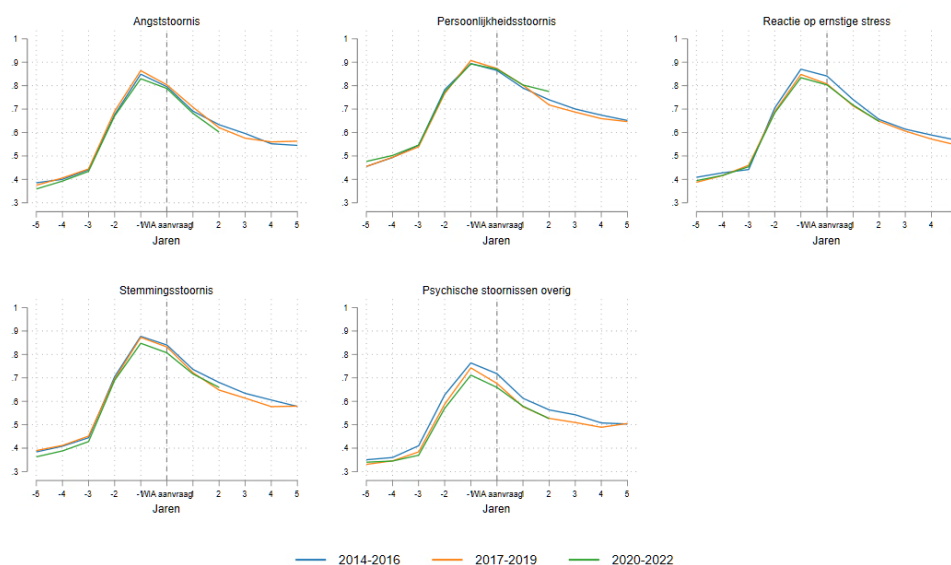
Figuur 6.1 maakt dit inzichtelijk door de groep met mentale aandoeningen op te splitsen naar angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stressreacties, stemmingsstoornissen en overige psychische stoornissen. Als uitkomsten kijken we naar absolute totale Zvw-kosten (bovenste paneel), relatieve totale Zvw-kosten (middelste paneel) en de incidentie van mentale kosten (onderste paneel) bij de specifieke groepen met mentale problemen. Persoonlijkheidsstoornissen gaan gepaard met de hoogste zorgkosten, ook al in de jaren voor de ziekteperiode die leidt tot WIA-instroom. Deze groep is relatief klein. De andere categorieën geven een ander beeld: in de jaren voor de ziekteperiode zijn zorgkosten niet veel hoger dan dat van de werkende bevolking, en enkele jaren na de beoordeling komen kostenniveaus – met name van de restgroep “overig” – uit op niveaus die daar niet veel boven liggen. Dit roept de vraag op hoe duurzaam de mentale problemen zijn, en of voldoende de mogelijkheden tot werk in deze periode worden benut.

Figuur 6.1: Jaarlijkse Zvw uitgaven (bovenste paneel), Zvw-percentielscores^a (middelste paneel) en incidentie van (positieve) mentale kosten (onderste paneel) rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar type mentale aandoeningen



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

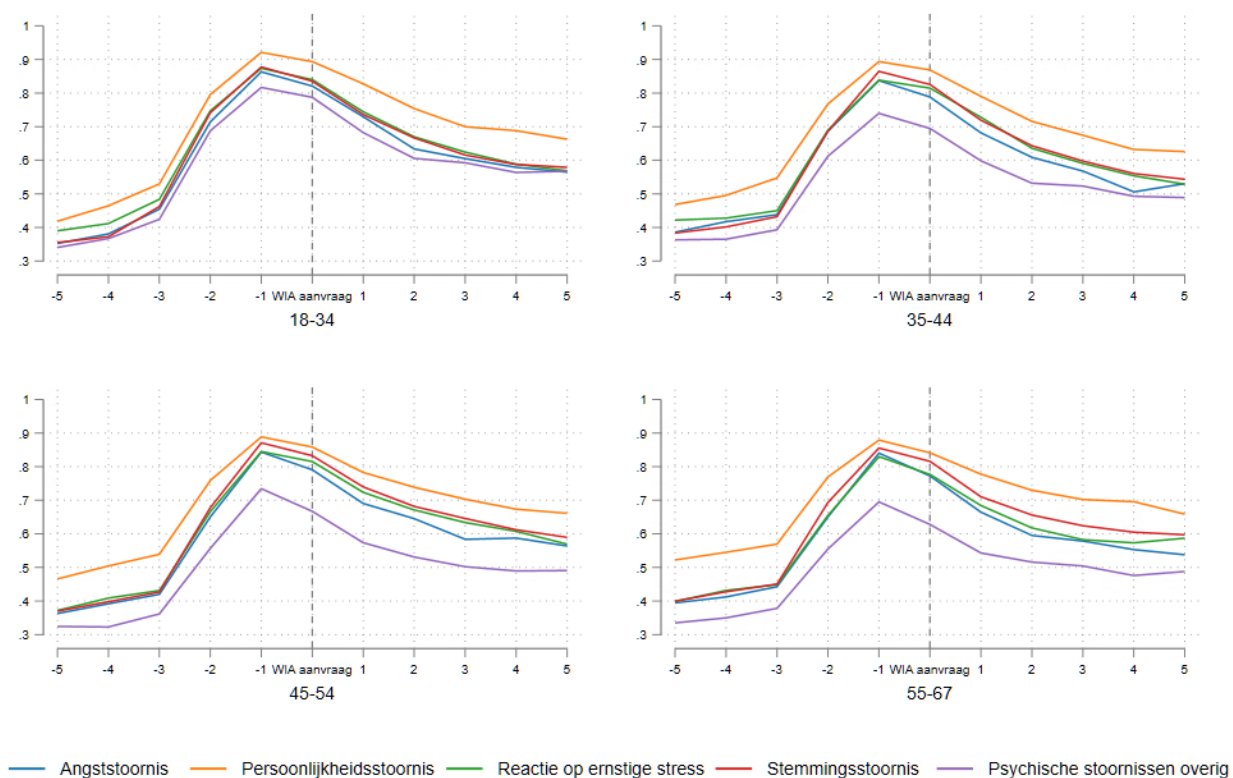
Figuur 6.2: Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar specifieke mentale aandoeningen



^a : De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Kijken we per specifieke mentale aandoening afzonderlijk naar verschillen in de gegroepeerde cohorten, dan zien we dat in alle gevallen de relatieve zorgkosten van het recentere instroomcohorten lager zijn geworden (zie Figuur 6.2). Het meest duidelijk is dit zichtbaar bij de (grootste) categorie “overige psychische stoornissen”; hier zien we een verschuiving van circa 6 procentpunt (drie keer meer dan het gemiddelde voor alle instromers).

Figuur 6.3: Jaarlijkse Zvw-percentielscores^a rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar type mentale aandoeningen en leeftijdscategorieën



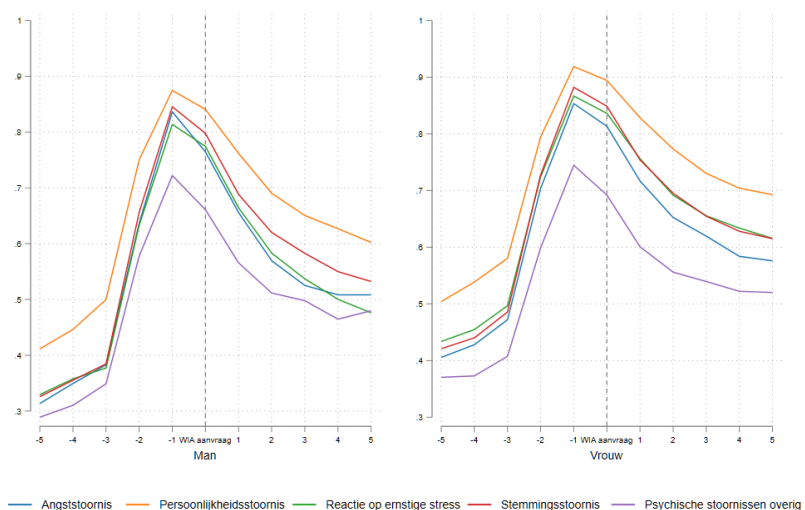
^a: De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zvw-kosten van de gehele bevolking behoren.

Om vast te stellen of *binnen* de groep met mensen met specifieke mentale aandoeningen verschillen in zorgkostenprofielen schuil gaan, hebben we een aantal subgroep-analyses verder verfijnd: voor iedere specifieke mentale aandoening leiden we zorgkostenprofielen af per leeftijdsgroep en geslacht, zie Figuur 6.3 en Figuur 6.4.¹⁸ Figuur 6.3 laat zien dat de relatieve zorgkosten bij instromers onder 35 jaar met “overige psychische stoornissen” hoger liggen dan bij 35 jaar of ouder. Dit zou er op kunnen duiden dat de zwaarte van aandoeningen hoger ligt. Figuur 6.4 laat geen duidelijke verschillen zien tussen de zorgkostenprofielen van specifieke mentale aandoeningen voor mannen en vrouwen.

Naast de percentielscores die gebaseerd zijn op de Zvw-kosten als geheel, kunnen we ook het vizier te richten op de kans op (positieve) kosten voor GGZ-behandelingen dan wel medicatie bij psychische problemen, maar dan alleen voor WIA-instromers die van UWV mentale problemen als meest belangrijke diagnose hebben gekregen. Mochten de kans op mentale kosten niet zijn afgenomen voor recentere cohorten, dan suggereert dit dat lagere relatieve kosten komen door een vermindering van somatische kosten. Figuur 6.5 laat echter zien dat dit niet het geval is: net als in Figuur 5.10 (gebaseerde op alle Zvw-kosten) zien we dan een neerwaartse verschuiving van de lijnen; in het jaar van WIA-beoordeling is de kans op mentale zorgkosten met circa 5 procentpunt gedaald. Figuur 6.6 maakt wederom duidelijk dat verschuivingen – in dit geval dus in de kans op mentale kosten – het sterkst zijn geweest bij de mensen met overige psychische stoornissen.

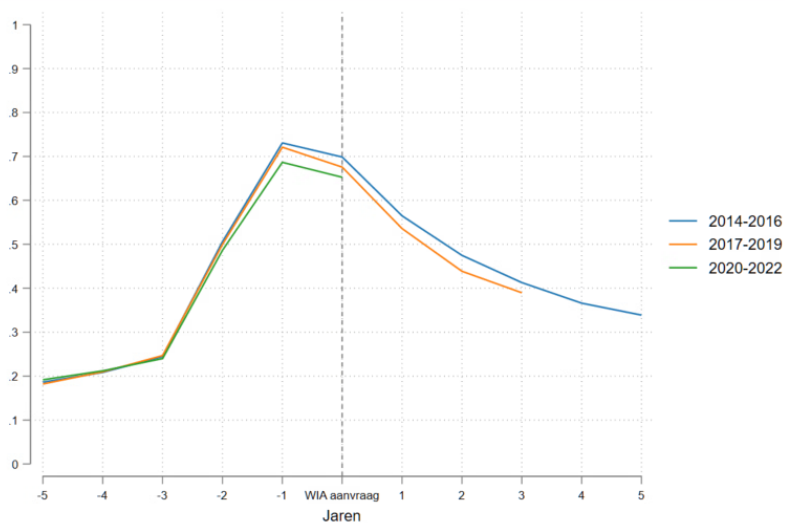
¹⁸ Alle subgroep-analyses anders dan hoofddiagnoses (zoals beschreven in Sectie 5) hebben we ook uitgevoerd op de deelpopulatie van mensen met mentale aandoeningen. Zorgkostenprofielen – en trends daarin – zijn dan overeenkomstig aan die van de instroomcohorten als geheel.

Figuur 6.4: Jaarlijkse Zwv-percentielscores^a rond de WIA-aanvraag, uitgesplitst naar type mentale aandoeningen en geslacht

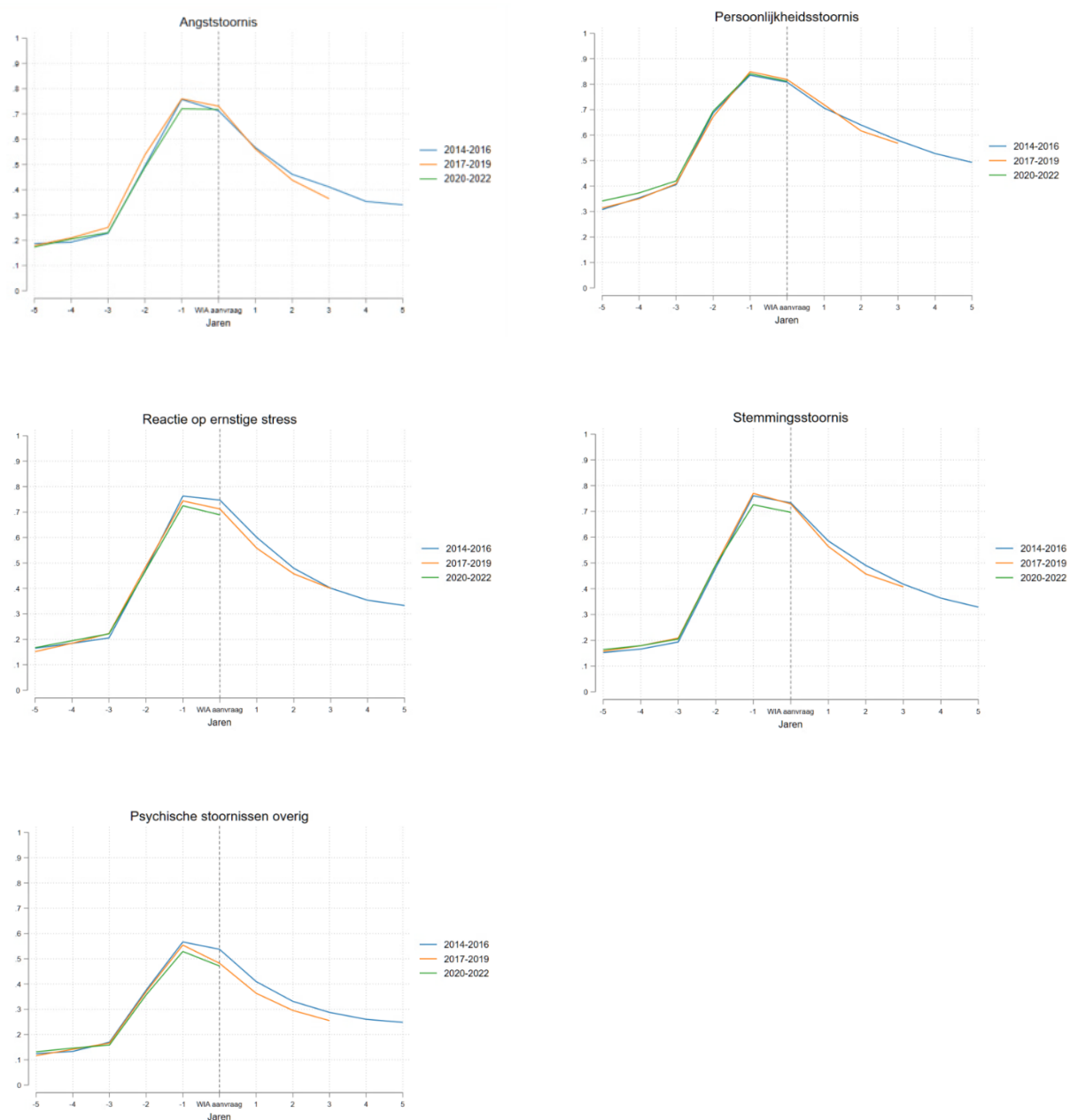


^a: De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zwv-kosten boven het 75^{ste} percentiel van de gehele bevolking tussen 18-67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele bevolking. Een percentielscore van 1 impliceert dat alle mensen in het WIA-instroomcohort tot het bovenste kwart van Zwv-kosten van de gehele bevolking behoren.

Figuur 6.5: Incidentie van (positieve) mentale Zwv-kosten naar gegroepeerde WIA cohorten in jaren rond de WIA-aanvraag voor aanvragers met mentale aandoeningen



Figuur 6.6: Incidentie van (positieve) mentale Zwv-kosten rond de WIA-aanvraag voor aanvragers met mentale aandoeningen, uitgesplitst naar type mentale aandoeningen en leeftijdscategorieën



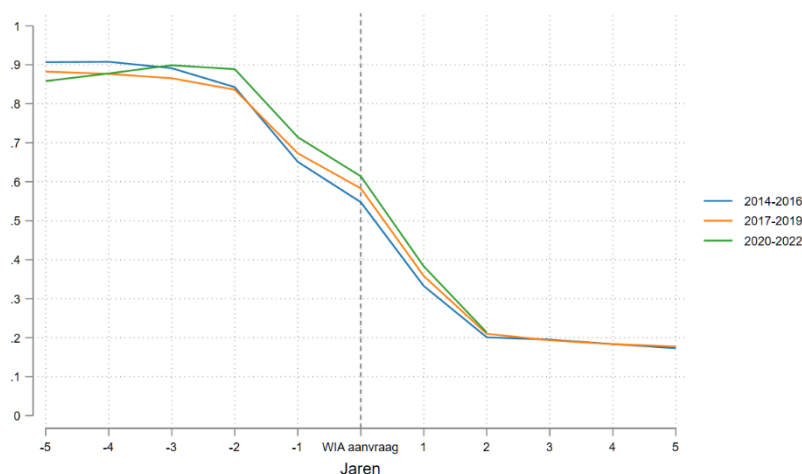
7. Benutbaarheid voor werk: de “Work Ability Index” (WAI)

Hoofdbevindingen:

- Sinds 2014 is de kans op werk bij recentere WIA-instroomcohorten licht toegenomen. Dit kan er op duiden dat enigszins “lichtere” gevallen in de WIA stromen in recentere cohorten.
- Wanneer we een “Work Ability Index”(WAI) afleiden voor mensen die gebaseerd is op hoofddiagnoses, aandoeningen, geslacht en leeftijd, dan zien we dat de benutbaarheid voor werk relatief laag ligt bij instromers met psychische aandoeningen. Dit is ook de groep waarvan de instroom het meest is toegenomen.
- De WAI-scores zijn zo goed als gelijk zijn gebleven over de instroomcohorten. Dit ondanks lagere relatieve zorgkosten. Mogelijke verklaring is dat extra instroom van mensen met mentale aandoeningen een groep zonder bovenmatige benutbaarheid voor werk.

Gezien de forse toename van de WIA-instroom en de lagere zorgkosten in recentere cohorten die we vinden, is het interessant te bezien of de kansen op werk van instroomcohorten zijn toegenomen. Op basis van de [Monitor Arbeid van UWV](#) uit 2023 is 2016 een bij WGA’ers – en dan voornamelijk de “vangnetters” vanuit flexibele contracten en de WW – zo’n trend zichtbaar. Dezelfde trend zien we min of meer terug wanneer in Figuur 7.1 de drie gegroepeerde cohorten bekijken in onze data: de kans op werk ligt in de twee jaren voor en na de WIA-beoordeling circa 5 procentpunt hoger in de instroomjaren 2020-2022 dan in die tussen 2014 en 2016. De verschillen verdwijnen echter twee jaar na de beoordeling. Recentere instroomcohorten – en dan voornamelijk in de WGA 35-80 groep – slagen er kennelijk beter in om een uitkering met werk te combineren in de jaren direct na de beoordeling. Dit zou er op kunnen duiden dat hun gezondheid beter is, maar het zou ook het gevolg kunnen zijn van oplopende krapte op de arbeidsmarkt over deze periode.

Figuur 7.1: Kans op werk van gegroepeerde WIA-instroomcohorten rond de WIA-aanvraag



Om te onderzoeken of een betere gezondheid van recentere cohorten daadwerkelijk heeft geleid tot een hogere benutbaarheid voor werk, construeren we daarom een “Work Ability Index” die de gezondheid van mensen aan werkmogelijkheden relateert:

- We schatten de kans op werk van individuen/jaren in ons panelbestand als functie van dummys voor leeftijdscategorieën, geslacht, de primaire diagnoses van UWV tijdens de WIA beoordeling en dummys voor de prevalentie van de 22 aandoeningen die volgen uit het medicijngebruik (en interacties van verschillende vormen van medicijngebruik).¹⁹
- Voor iedere persoon schatten we vervolgens op basis van dit model de geschatte kans op werk in een gegeven jaar rond de WIA-beoordeling. Dit geeft de “Work Ability Index” (WAI): de geschatte kans op werk die volledig gebaseerd is op demografische en gezondheidskenmerken van de WIA-instromers. We houden er zo rekening mee dat de benutbaarheid voor werk gerelateerd is aan aandoeningen, en zijn geïnteresseerd in de effecten van veranderingen in de prevalentie van die aandoeningen in cohorten op de benutbaarheid voor werk.

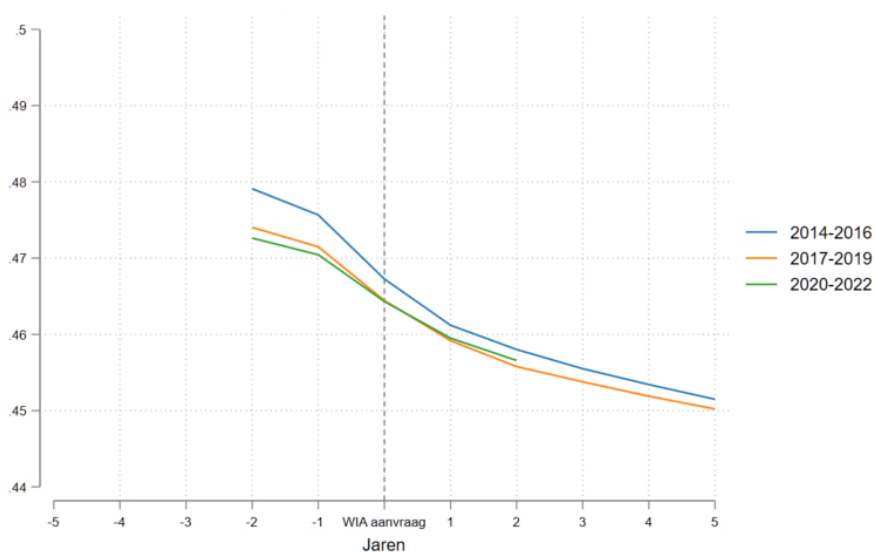
Figuur 7.2 geeft de resultaten van deze exercitie voor de gegroepeerde WIA-instroomcohorten. De eerste observatie daarbij is dat de WAI voor alle cohorten een aflopend, maar redelijk vlak verloop kent. Dat vlakke verloop volgt uit de ontwikkeling van chronische condities van personen: die zijn meestal persistent, en soms ontwikkelen zich extra aandoeningen – “comorbiditeiten” – die de kans op werk (verder) verkleinen. Het verloop wijkt ook af van de daling in de daadwerkelijke kans op

¹⁹ We schatten dit model alleen voor de twee jaren voorafgaand aan de beoordeling en die daarna. De reden hiervoor is dat de UWV diagnose daarvoor nog niet relevant is.

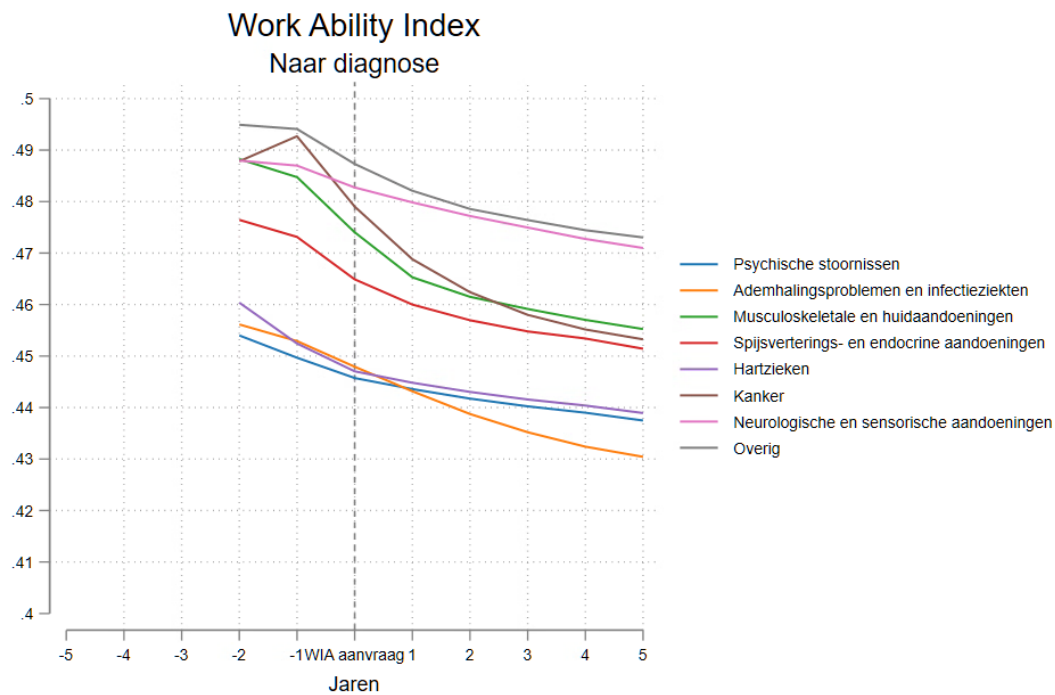
werk zoals we die in Figuur 7.1 zien; dit komt omdat daar mensen veelal aan het eind van de ziekteperiode of in de jaren daarna ontslagen worden. Daarnaast zien we dat de lijnen voor de cohorten niet noemenswaardig zijn verschoven, en zelfs licht omlaag zijn gegaan. Veranderingen in de samenstelling van de instroomcohorten – gemeten in termen van chronische aandoeningen en demografie – hebben er dus kennelijk niet toe geleid dat de benutbaarheid voor werk is toegenomen.

Mogelijke verklaring voor het uitblijven van verbeteringen in benutbaarheid is dat de extra instroom in de WIA voor een substantieel deel bestaat uit mensen met mentale problemen, en dat juist deze groep relatief het lastigst er in slaagt om een WIA-uitkering en werk te combineren. Dit zien we weergegeven in Figuur 7.3, waarin (alle) instroomcohorten gestratificeerd zijn naar het type hoofddiagnose van UWV.

Figuur 7.2: De “Work Ability Index” van gegroepeerde instroomcohorten rond de WIA-aanvraag



Figuur 7.3: De “Work Ability Index” van WIA-instroomcohorten rond de WIA-aanvraag naar type hoofddiagnose



8. Conclusies

Al met al bevestigen de inzichten in dit rapport het beeld dat de gemiddelde ziektekosten, vergeleken met de bevolking tussen 18 en 67 jaar, zijn afgenomen over de WIA-instroomcohorten. Zo liggen de *reële* zorgkosten in het ziektejaar voorafgaand aan de WIA circa 20% lager in de instroomcohorten van 2020-2022 dan die van 2014-2016. De toename in de instroom lijkt dus gepaard te zijn gegaan met extra instroom met een lichter ziektebeeld. Deze ontwikkeling is sterker is geweest bij vrouwen, voormalige WW-ers, private en publieke sectoren met dienstverlening en de brede groep van moeilijker verifieerbare aandoeningen (met name mentale aandoeningen en die aan het bewegingsapparaat). Splitsen we verder de groep met mentale aandoeningen op, dan is de trend het duidelijkst bij de restgroep “overige psychische stoornissen”.

Dit gezegd hebbende zijn er twee meer specifieke bevindingen die wijzen op een hogere prevalentie van gezondheidsproblemen in de gehele bevolking tussen de 18 en 67 jaar. We leiden dit af uit de combinatie van feiten: omdat bij een hogere WIA-instroom deze gezondheidsproblemen net zo vaak voor komen, geldt kennelijk dat ze ook onder werkenden – die het risico hebben op WIA-instroom – belangrijker zijn geworden. Enerzijds gaat het om instromers onder de leeftijd van 35 jaar waarvoor relatieve zorgkosten in de WIA gelijk zijn gebleven, terwijl de instroom van deze groep sterk is toegenomen. Dit suggereert dat psychische problemen onder jongeren zijn toegenomen.²⁰ Anderzijds valt op dat de prevalentie van specifieke chronische aandoeningen, zoals hartziekten, cholesterolproblemen en diabetes, gelijk zijn gebleven bij de WIA instromers. Waarschijnlijk wegen deze problemen dus nu zwaarder bij de werkzame bevolking.

Als het zo is dat ziektebeelden in de WIA lichter zijn geworden, dan roept dit de vraag op of daarmee de benutbaarheid voor werk binnen de WIA is toegenomen. Op basis van de daadwerkelijke fracties van werkenden en de analyses met de “Work Ability Index” is het moeilijk hierover tot harde inzichten te komen. De beschikbare gegevens suggereren dat de benutbaarheid voor werk onveranderd is, met als mogelijke verklaring dat de toename van de WIA-instroom grotendeels bestaat uit mensen met psychische problemen voor wie het lastig om tot werkhervatting te komen.

²⁰ Een mogelijke disclaimer hierbij is dat bij jongeren sneller GGZ diagnoses worden gesteld dan in het verleden.