

Meer WIA-instroom, minder ziek?¹

Pierre Koning en Chiara Campana

Referentie: P. Koning en C. Campana (2026), Meer WIA-instroom, minder ziek? in: K. Caminada, J.H.M. Donders, C.A. de Kam en O.P. van Vliet (red.), Bestaanszekerheid voor allen – Sleutelen aan de sociale zekerheid in theorie en praktijk (Liber Amicorum Kees Goudswaard), Universiteit Leiden: 113-125

Rond de eeuwwisseling is de collectief georganiseerde en gefinancierde arbeidsongeschiktheidsverzekering treffend aangeduid als een 'landmijn in de rustieke Nederlandse polder' (Versteeg, 1999). Beleidsmakers konden het overmatige beroep op de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) moeilijk over het hoofd zien, en ondernamen actie. Partijen in de polder bewezen dat zij in staat waren om deze landmijn onschadelijk te maken. Er kwamen nieuwe regels inzake de ziekteperiode (de Wet verbetering poortwachter) en extra financiële prikkels voor werkgevers door de verplichte loondoorbetaling bij ziekte. Klap op de vuurpijl was de invoering van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) met – ten opzichte van de WAO – een hogere toetredingsdrempel en sterkere prikkels om het resterende verdienvermogen te gebruiken. Als gevolg van deze ingrepen nam de instroom in de arbeidsongeschiktheidsverzekering spectaculair af, van jaarlijks circa 100 duizend personen rond de eeuwwisseling tot 25 duizend in 2006 (Koning, 2019). Daarmee werd een politiek dossier gesloten dat velen tot wanhoop had gedreven.

Maar inmiddels is de tijd van betrekkelijke rust inzake dit dossier verstreken. De instroom in de WIA zit het laatste decennium opnieuw stevig in de lift (Van Sonsbeek, 2025). Terwijl de instroom in 2014 circa 0,5 procent van het aantal werkenden bedroeg, was hij tien jaar later opgelopen tot 0,83 procent. Dit kan de aanleiding zijn voor nieuwe aanpassingen van de regelgeving, waarover op dit moment serieus wordt nagedacht – zie het tekstkader. Recent onderzoek van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (2025) laat zien dat de groei van de instroom vanaf 2018 slechts voor circa 20 procent het gevolg is van demografische verande-

1 Deze bijdrage maakt gebruik van resultaten van analyses die zijn uitgevoerd voor het secretariaat van het Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) naar de WIA (Campana *et al.*, 2025). Dit IBO-rapport is uitgebracht op 12 december 2025.

ringen in de samenstelling van de werkzame beroepsbevolking. De overige oorzaken zijn achterstanden bij medische beoordelingen (31 procent), tijdelijke beleidsmaatregelen (10 procent)² en het oplopend langdurig verzuim (39 procent). Voor een deel zou de toename van het langdurig verzuim tijdelijk van aard kunnen zijn, aangezien het hier veelal mensen betreft met long-covid, opgelopen tussen 2020 en 2022.

Van Algemene Rekenkamer naar OCTAS naar IBO naar .. ?

In mei 2023 publiceerde de Algemene Rekenkamer haar jaarlijkse verantwoordingsonderzoek naar de uitvoering van de begroting van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). De Rekenkamer loofde het UWV en de gemeenten voor de uitvoering van coronamaatregelen, maar sloeg alarm over de WIA, die 'helemaal vastloopt' en 'niet meer uitvoerbaar' zou zijn. De oorzaak ligt bij het tekort aan verzekeringsartsen, in combinatie met een oplopende vraag naar beoordelingen. De resulterende wachtlijsten leiden volgens de Rekenkamer niet alleen tot onrechtmatig verstrekte uitkeringen – voorschotten die niet meer worden teruggevorderd –, maar zij vormen ook een belemmering voor re-integratie van mensen naar de arbeidsmarkt en veroorzaken daarmee onnodige instroom in de WIA.

Het Ministerie van SZW kende het probleem al langer en installeerde daarom in het najaar van 2022 de Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (OCTAS). Dit niet alleen om het probleem te lijf te gaan, maar ook om perspectief te bieden op een duurzaam en moderner stelsel. Het voert te ver om hier het advies van de OCTAS uitgebreid uit de doeken te doen, te meer daar deze commissie niet als primaire opdracht meekreeg om de instroom in de WIA te beteugelen (OCTAS, 2024). Hoe dan ook, rode draad in het OCTAS-rapport is de aanbeveling om tot een minder complex en beter uitlegbaar en voorspelbaar stelsel te komen. Als vanzelf zou dan ook de uitvoering verbeteren, en daarmee ook de instroom in de WIA beter hanteerbaar worden. Vooral variant 1 van de OCTAS ('Huidig stelsel beter') sluit hierop aan, onder andere door de WIA-uitkering krachtens de Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten (IVA) samen te voegen met de WIA-uitkering krachtens de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA), en de vervolgitkering te vereenvoudigen.

Het dit jaar gestarte Interdepartementale Beleidsonderzoek (IBO) naar de WIA grijpt wél direct aan op de vraag waarom de instroom in de Ziektewet (ZW) en die in de WIA zijn toegenomen, alsmede welke groepen bij de instromers (over)vertegenwoordigd zijn en welke trends hierbij zichtbaar zijn. Dit met als doel beleidsopties in kaart te brengen om enerzijds de instroom in verzuim, de ZW en/of de WIA te beperken en anderzijds de uitstroom richting werk te verhogen. Op het moment van het schrijven van deze bijdrage is het IBO-secretariaat

2 Het gaat met name om de '60-plus'-maatregel, waardoor voor deze groep oudere verzekerden geen inzet meer nodig is van verzekeringsartsen, waardoor een lichte beoordeling plaatsvindt.

druk bezig met de afronding van het rapport, dat waarschijnlijk in december 2025 verschijnt. Het is de bedoeling dat het rapport concrete plannen presenteert die als input kunnen dienen bij het formeren van het nieuwe kabinet.

De oplopende w1A-instroom is vanzelfsprekend niet onopgemerkt gebleven. Gelet op de uitsplitsing naar oorzaak van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen gaat het om een complex probleem: oplopend verzuim, maar tegelijkertijd een vastlopende uitvoering, die op zichzelf een bron is van extra instroom in de w1A. Maar het stijgende gebruik van de regeling roept ook – net zoals aan het begin van deze eeuw – de fundamentele vraag op voor wie de regeling eigenlijk is bestemd. Als de instroom zo sterk is toegenomen, gaat het dan wellicht voor een deel om mensen met mildere gezondheidsklachten, voor wie de regeling in wezen niet is bedoeld? Of hebben we hier te maken met een toename van specifieke gezondheidsproblemen – zoals mentale – in de beroepsbevolking, die heeft geleid tot een hogere instroom? Deze vragen staan hier centraal.

Data en methoden

Bij het zoeken naar een antwoord op deze vragen vergelijken we de jaarlijkse medische consumptie van opeenvolgende w1A-instroomcohorten, voor zover die wordt vergoed via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De informatie over de medische consumptie komt van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).³ Gegevens over de samenstelling van de w1A-instroomcohorten zijn afkomstig van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv). Van elk cohort dat in de periode 2014-2022 instroomde kijken we naar de zorgkosten in de vijf jaren voorafgaand aan de toekenning en de vijf jaren na de toekenning. Dit levert voor elk instroomcohort een bepaald kostenprofiel op. Vergelijking van deze kostenprofielen geeft een aanwijzing of en in welke mate het ziektebeeld van opeenvolgende cohorten in de loop van de tijd is veranderd.

Cruciaal is hierbij de aanname dat via de Zvw vergoede ziektekosten een adequate indicatie zijn van de gezondheidstoestand van de instromers. Op individueel niveau kan dit natuurlijk verschillen, maar het is aannemelijk dat gemiddeld genomen zwaardere beperkingen samenhangen met hogere ziektekosten. Recent onderzoek van Lepe *et al.* (2025) bevestigt dit ook: het via de Zvw vergoede zorg-

3 De CBS-gegevens omvatten de jaarlijkse w1A-toekenningen, het type uitkering, de belangrijkste diagnose bij de beoordeling en de arbeidsstatus van de aanvrager (vast dienstverband, flexwerker of via de Werkloosheidswet). Deze CBS-gegevens zijn gebruikt voor de constructie van de jaarlijkse w1A-instroomcohorten over de periode van 2014 tot en met 2022. Dit levert in totaal 330.516 gehonoreerde w1A-aanvragen op.

gebruik hangt sterk samen met het in publieksonderzoek door respondenten gerapporteerde oordeel over hun eigen gezondheid.

Niet alleen door veranderingen in de gezondheid, maar ook door inflatie en wijzigingen in de samenstelling van het basispakket van de Zvw zijn de bedragen per jaar niet zonder meer vergelijkbaar. Daarom gaat de voorkeur uit naar *percentielscores* (of relatieve kosten). Voor ieder jaar (uit de periode 2009-2022)⁴ is de kostengrens bepaald, waarboven zich het kwart van de gehele bevolking van 18 tot 67 jaar bevindt met de hoogste medische kosten. Daarna is vastgesteld hoe groot voor elk jaar het aandeel is in de WIA-instroomcohorten van de personen in het bovenste kwartiel.

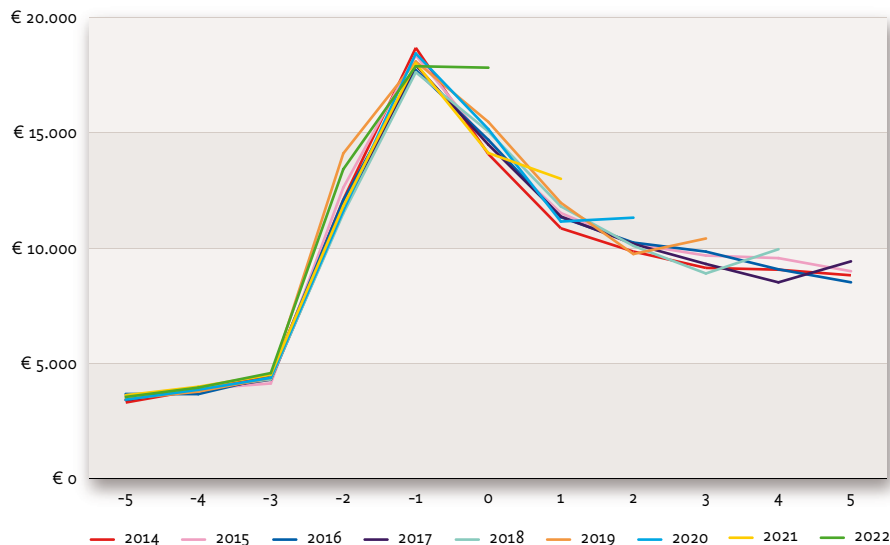
Veranderingen van percentielscores zijn iets lastiger te interpreteren dan veranderingen van bedragen. Voor de totale Zvw-kosten en de fysieke medische kosten volgen daarom ook figuren met de ontwikkeling van de gemiddelde *reële* Zvw-kosten van alle 18- tot 67-jarigen. Daarbij is 2014 het referentiejaar om jaarlijkse deflatoren af te leiden die corrigeren voor de gemiddelde kostenstijgingen van alle 18- tot 67-jarigen.

Resultaten

Figuur 1 toont de zorgkostenprofielen van WIA-instroomcohorten uit de jaren 2014 tot en met 2022 in absolute bedragen, die dus zijn vertekend door de inflatie en veranderingen in het basispakket van de Zvw. Voor ieder cohort bekijken we een (maximale) periode van vijf jaar voorafgaand aan de toekenning ($t = -5$) tot aan vijf jaar na toekenning ($t = 5$). Twee jaar voor de toekenning start de ziekteperiode van de cohorten ($t = -2$). Voorafgaand aan die twee jaar liggen de zorgkosten van WIA-instromers al circa € 2.500 boven het gemiddelde van de Nederlandse bevolking. Tijdens de ziekteperiode nemen de zorgkosten sterk toe, tot een niveau tussen € 17.000 en € 18.000 in het eerste (volledige) jaar van de ziekteperiode. In het jaar van de toekenning liggen de kosten iets lager, waarna een geleidelijke daling plaatsvindt tot een niveau van circa € 8.000 per jaar. Kennelijk stabiliseert de gezondheidssituatie dan en zijn minder ingrijpende medische interventies nodig.

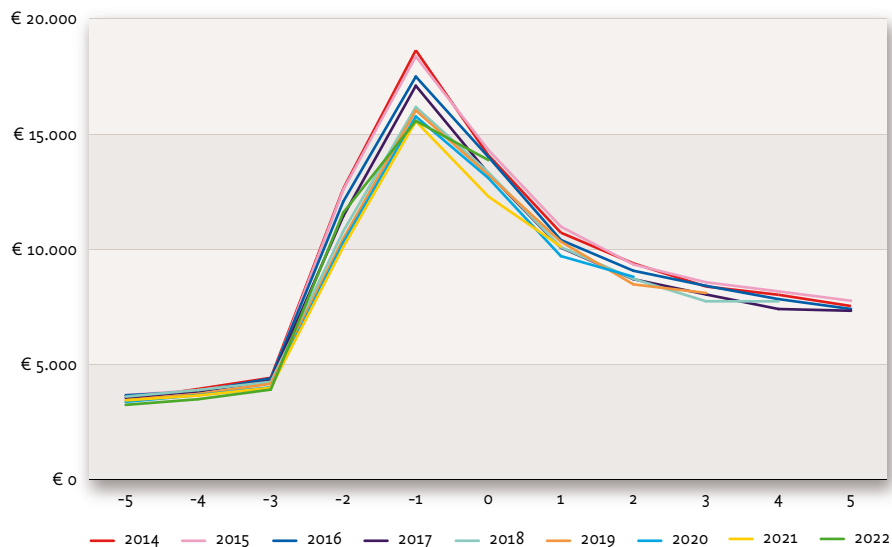
4 Het eerste instroomcohort is van het jaar 2014. Voor het construeren van een kostenpatroon over de volledige tijdspanne rondom de honorering van de aanvraag dienen we terug te gaan tot 2009 (vijf jaar daarvoor dus).

Figuur 1 Gemiddelde jaarlijkse Zvw-kosten per WIA-cohort, 2014-2022^a



a De tijdas correspondeert met de jaren voor en na WIA-toekenning; 't = 0' correspondeert dus met het jaar van de WIA-toekennig.

Figuur 2 Gemiddelde reële jaarlijkse Zvw-kosten per WIA-cohort, 2014-2022^a

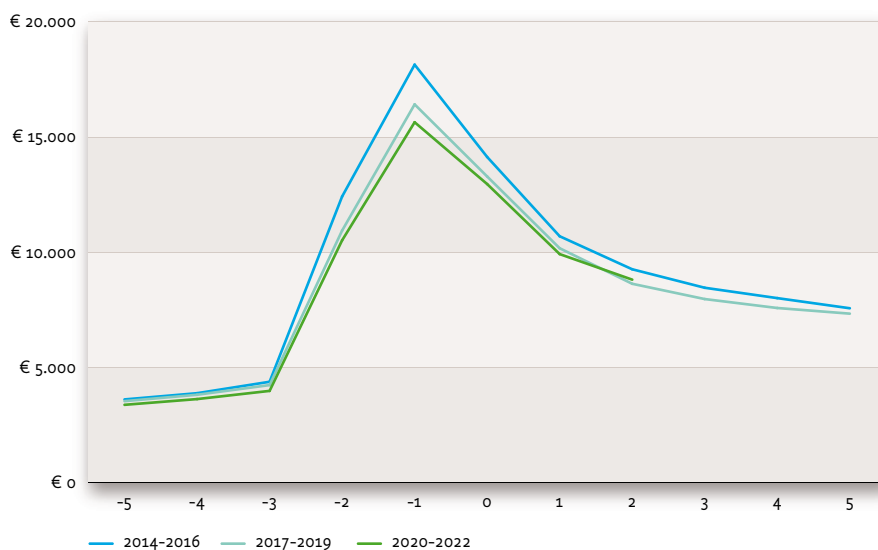


a Prijzen van 2014.

Figuur 1 maakt duidelijk dat de vergelijking van jaarlijkse cohorten gevoelig is voor grote jaarlijkse veranderingen in de hoogte van de zorgkosten. Dit is het meest zichtbaar in het laatste datapunt van kalenderjaar 2022: deze gevoeligheid leidt bij de cohorten vanaf 2017 tot een knik op het eind van de lijnen. Voor een beter beeld geeft figuur 2 de reële kosten in prijzen van 2014. Dit levert overzichtelijker patronen op. Er is een geleidelijke verschuiving van Zvw-kosten zichtbaar in de ziektejaren en – in iets mindere mate – in de jaren na toekenning van de uitkering.

Figuur 3 groepeert de totale instroomcohorten voor de perioden 2014-2016, 2017-2019 en 2020-2022. Vooral in de ziekteperiode vóór de aanvraag geldt een groot verschil in kosten: deze liggen voor de cohorten uit de periode 2020-2022 circa € 3.000 lager dan voor de cohorten uit de periode 2014-2016. Als dit verschil geheel zou worden veroorzaakt door de 40 procent grotere groep WIA-instromers in de eerstgenoemde periode, dan komt dit neer op een kostenniveau van de extra instromers dat circa € 10.000 (!) lager ligt dan het kostenniveau van de groep die in 2014-2016 instroomde.⁵

Figuur 3 **Gemiddelde reële jaarlijkse Zvw-kosten voor drie groepen WIA-cohorten^a**



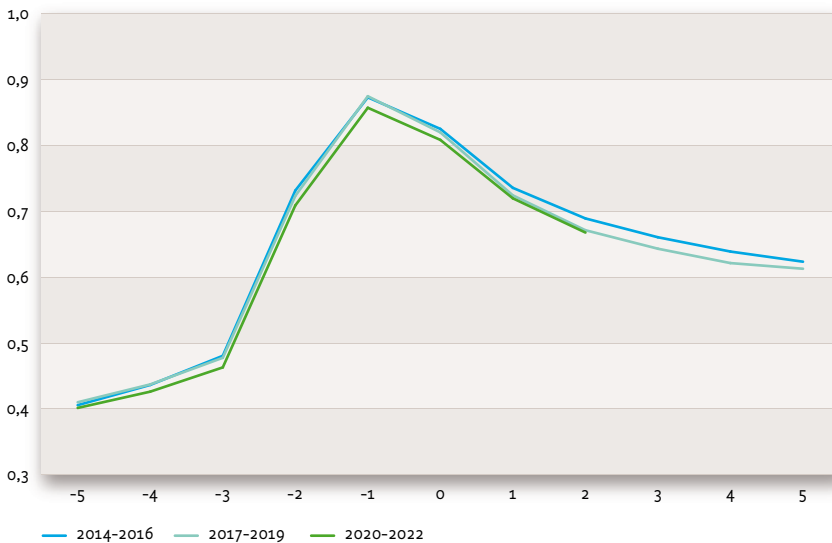
a Prijzen van 2014.

5 Door de extra instroom van 40 procent nemen de gemiddelde Zvw-kosten per persoon af met € 3.000. Bij een gelijkblijvend niveau voor de originele groep van 2014-2016, wordt de verlaging van kosten dus gedreven door $40/140 = 28$ procent van de nieuwe groep. Lagere kosten van deze groep van circa € 10.000 verklaren dan de (totale) daling van € 3.000.

De tweede manier om inflatoire effecten uit te schakelen is door percentielscores te gebruiken: hoe groot is de fractie van mensen uit de instroomcohorten die zich bevindt in het ‘bovenste kwart’? Figuur 4 maakt duidelijk dat de percentielscore van deze groep ligt tussen 85 en 90 procent in het jaar vóór de beoordeling; bijna de gehele groep zit dus in het bovenste kwart. We zien ook dat in de jaren vóór de beoordeling de relatieve zorgkosten lager zijn voor de cohorten uit de periode 2020-2022 dan voor instromers uit de twee eerdere cohorten.

Na de beoordeling ligt de percentielscore vanaf 2017 circa twee procentpunt lager. Er zitten dan minder ontvangers van een WIA-uitkering nog in het ‘bovenste kwart’. Vergeleken met figuur 3 zijn de verschillen tussen de cohorten gelijkmatiger dan wanneer zij worden uitgedrukt in reële bedragen.

Figuur 4 Percentielscores van jaarlijkse Zvw-kosten voor drie groepen WIA-cohorten^a



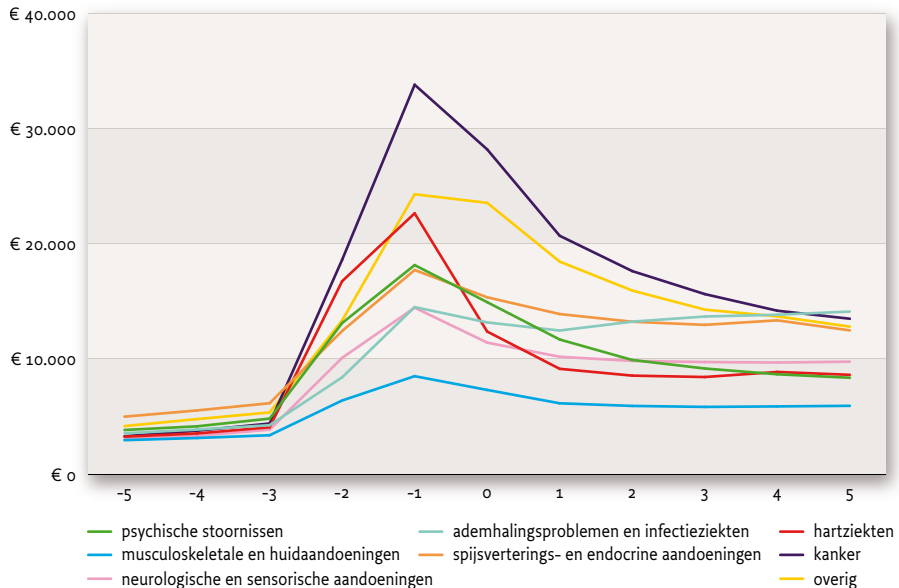
- a De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75ste percentiel van de gehele bevolking van 18 tot 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar. Een percentielscore van 0,25 impliceert dus dat de uitkomsten hetzelfde zijn als voor de gehele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

Psychische aandoeningen uitgelicht

De reële en relatieve zorgkosten van recente wia-instroomcohorten liggen lager dan voorheen het geval was. Dit effect is het sterkst zichtbaar in de jaren rondom de toekenning. Wijst de grotere instroom met kennelijk relatief lichtere klachten op een algehele verslechtering van de gezondheid van de werkzame bevolking? Daar lijkt het niet op. Resultaten van met name publieksonderzoek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2023) geven namelijk aan dat werknemers hun gezondheid hetzelfde waardeerden in 2012 en in 2020. De enige uitzondering hierop vormt de mentale gezondheid van mensen jonger dan 35 jaar, die in deze periode is verslechterd.

Gezien de resultaten van het RIVM-onderzoek is het interessant te bezien of de trend van dalende zorgkosten te verklaren is door een groter aandeel in de instroom van mensen met psychische aandoeningen. De medische kosten bij psychische stoornissen zijn vermoedelijk relatief laag – bijvoorbeeld in vergelijking met die van een ziekenhuisopname –, maar de consequenties voor de verdien capaciteit kunnen zo substantieel zijn dat ze toch een wia-uitkering rechtvaardigen. In dat geval zouden de dalende Zvw-kosten van de instromers niet wijzen op een ‘soepelere’ uitvoering van de wia. Om hier een beeld van te krijgen geeft figuur 5 de diagnoses bij de instroom.

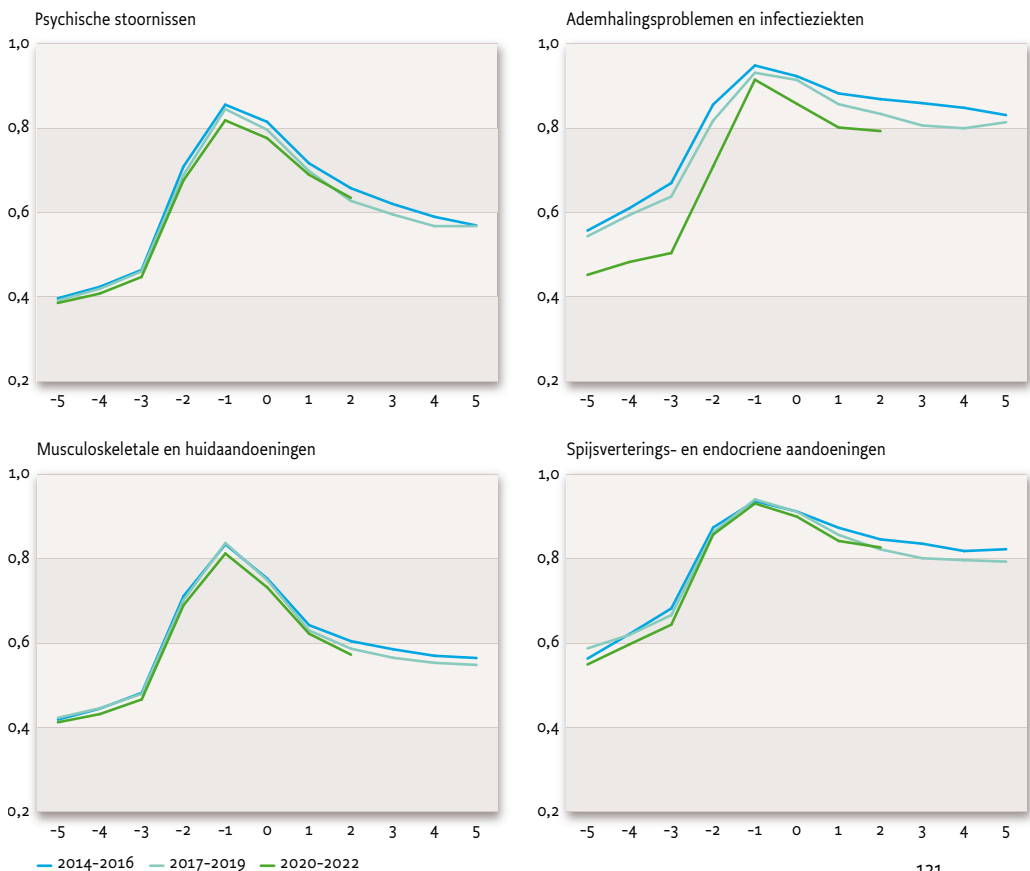
Figuur 5 Jaarlijkse Zvw-kosten naar diagnose

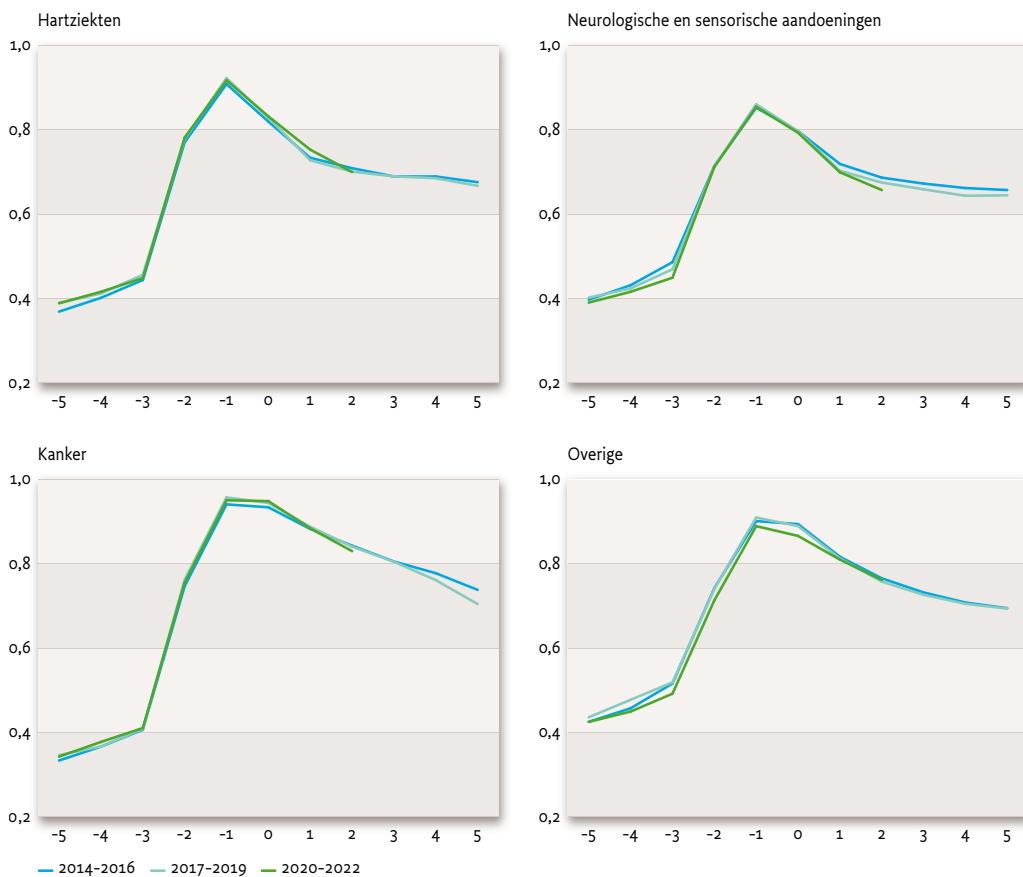


Figuur 5 laat zien dat de Zvw-zorgkosten het hoogst zijn bij instromers met kanker- of hartproblemen. Verrassender wellicht is dat de totale zorgkosten voor mensen met psychische aandoeningen gedurende de ziekteperiode niet veel afwijken van de gemiddelden uit de eerdere figuren. Een hoger aandeel van de brede groep mensen met psychische aandoeningen als hoofddiagnose kan het lagere kostenniveau van recentere cohorten dus niet verklaren. De mate waarin de zorgkosten zich na de beoordeling ontwikkelen verschilt sterk tussen de hoofddiagnoses.

Bij alle aandoeningen dalen de percentielscores, behalve bij diagnoses met hoge zorgkosten (kanker en hartfalen) – zie hiervoor figuur 6. Disclaimer hierbij is dat het bij de categorie met ademhalingsproblemen om een klein aantal instromers gaat, wat de lijnen volatiel maakt. Hoewel de zorgkosten van instromers met psychische aandoeningen niet sterk afwijken van het gemiddelde, is de daling in percentielscores hier wel sterker: circa vier procentpunt tegenover 2,5 procentpunt voor alle instromers. Dit suggereert dat de extra instroom in de brede groep van mensen met psychische aandoeningen lagere ziektekosten heeft.

Figuur 6 Percentielscores^a van jaarlijkse Zvw-kosten, naar hoofddiagnose voor drie groepen WIA-cohorten



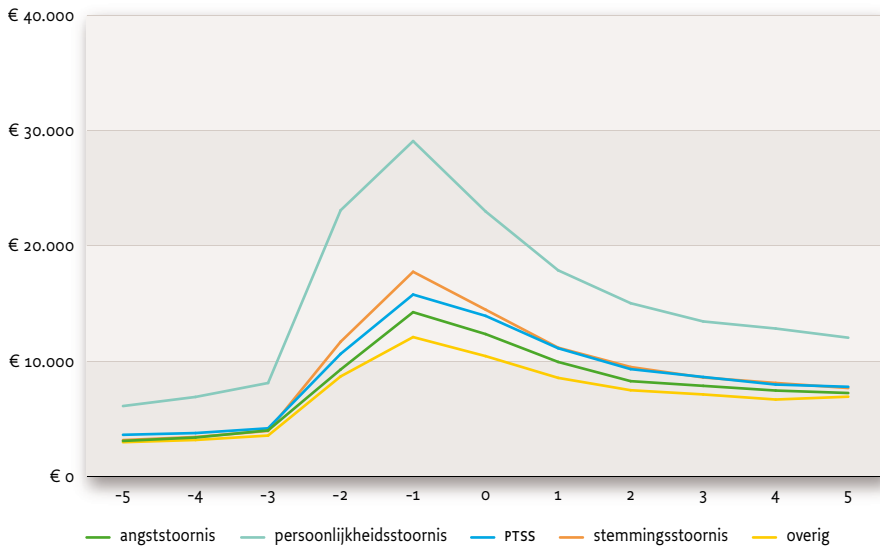


a De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de wia-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75ste percentiel van de gehele bevolking van 18 tot 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar

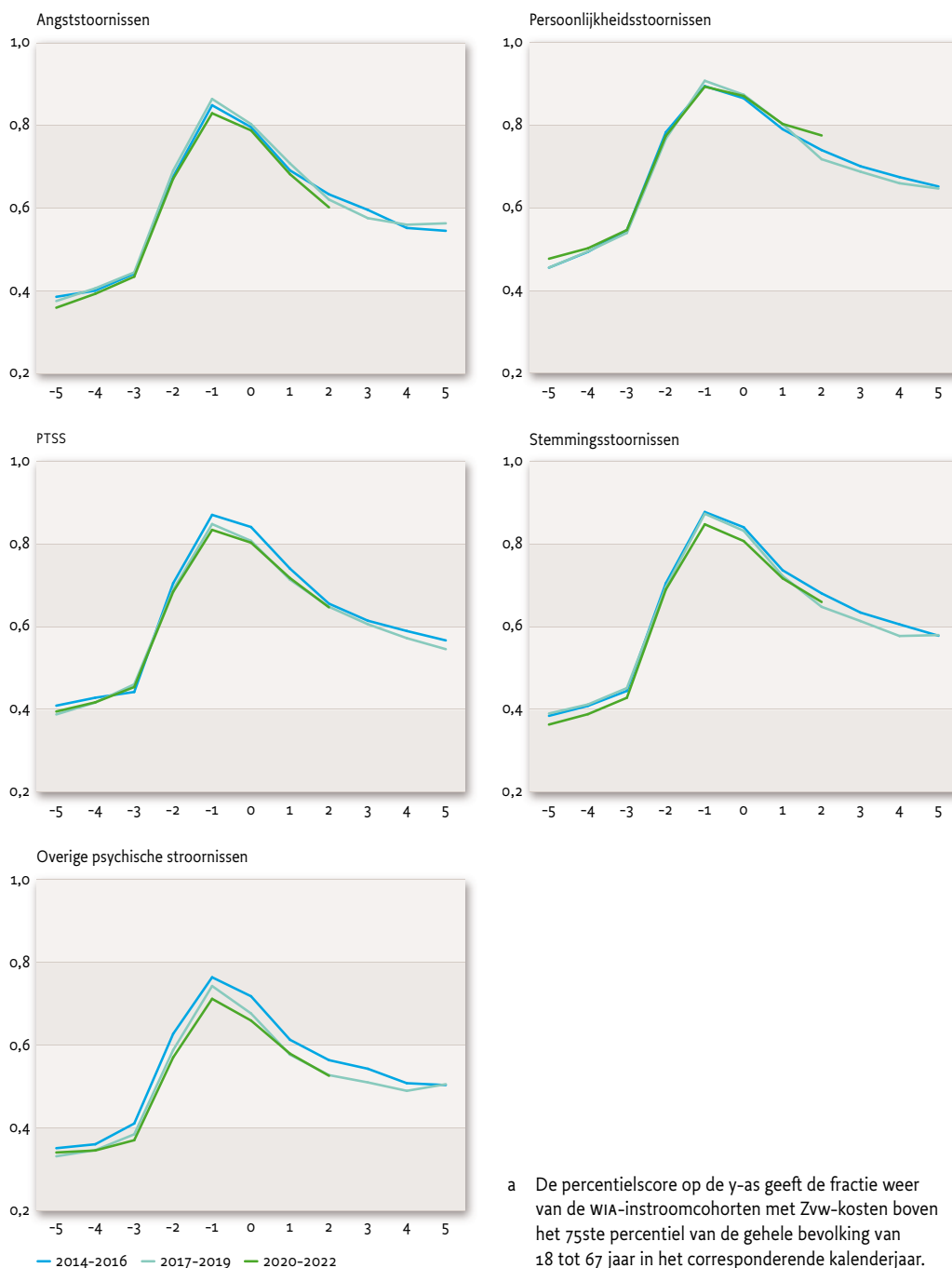
Daarom splitst figuur 7 de groep met mentale aandoeningen verder op naar mensen met angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, stressreacties, stemmingsstoornissen en overige psychische stoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen gaan duidelijk gepaard met de hoogste zorgkosten, ook al in de jaren voor de ziekteperiode die leidt tot wia-instroom. Deze groep is relatief klein. De overige categorieën geven een ander beeld: in de jaren vóór de ziekteperiode zijn de zorgkosten niet veel hoger dan die 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.

Als sluitstuk laat figuur 8 voor de afzonderlijke psychische aandoeningen de patronen van percentielscores voor de cohorten zien. In alle gevallen zijn de relatieve zorgkosten van recentere instroomcohorten lager zijn geworden. Het meest duidelijk zichtbaar is dit bij de (grootste) categorie ‘overige psychische stoornissen’, met een verschuiving van gemiddeld circa 6 procentpunt van de percentielscores. Vooral binnen deze groep met moeilijk diagnoseerbare psychische aandoeningen zijn ziektekosten dus op een lager niveau komen te liggen.

Figuur 7 Jaarlijkse Zvw-kosten en Zvw-percentielscores, naar type mentale aandoeningen



Figuur 8 Percentielscores^a van drie groepen WIA-cohorten, naar specifieke mentale aandoeningen



a De percentielscore op de y-as geeft de fractie weer van de WIA-instroomcohorten met Zvw-kosten boven het 75ste percentiel van de gehele bevolking van 18 tot 67 jaar in het corresponderende kalenderjaar.

Besluit

In de jaren voorafgaand aan de grote arbeidsongeschiktheidshervormingen uit het begin van deze eeuw had de Commissie Donner het over een ‘fuikwerking’ van het toenmalige wao-probleem: ‘Door tal van veranderingen is de wao gaan werken als een panacee voor een groot aantal heterogene problemen in arbeidsorganisaties en daarbuiten. Mensen die moeilijk of niet adequaat functioneren of niet (meer) volledig mee kunnen, worden zo in een fuik gezogen en uiteindelijk afgeschreven, terwijl dat met enige investeringen voorkomen had kunnen worden’ (Commissie Donner, 2001).

Gelet op de huidige omvang van de instroom is de ‘fuikwerking’ waar Donner over sprak momenteel duidelijk minder sterk dan rond de eeuwwisseling. Wat echter niet ontkend kan worden op basis van de analyses in deze bijdrage is dat de instroom in de wia in het laatste decennium een ander gezicht heeft gekregen, met instroom van mensen met gemiddeld lagere ziektekosten. Dit is gebeurd tegen de achtergrond van een sterke toename van de wia-instroom van mensen met psychische aandoeningen en een verslechtering van de mentale gezondheid van de beroepsbevolking. Vooral het aandeel van de brede groep ‘overige psychische aandoeningen’ is daarbij toegenomen. Dit duidt op mentale aandoeningen die wellicht minder Zwv-zorgkosten oproepen, maar die desalniettemin sterke implicaties kunnen hebben voor de kans op werk en de mogelijkheden en bereidheid van werkgevers om hun werknemers met mentale problemen in dienst te houden. Meer onderzoek is nodig om een beter beeld te krijgen van deze mechanismen.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer (2023), *Verantwoordingsonderzoek Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Rapport bij het Jaarverslag 2022*, Den Haag: AR
- Berendsen, E., J.-M. van Sonsbeek, en M. de Vries (2025), *wia-instroom 2018-2024 geduid*, Amsterdam: uwv Kenniscentrum
- Campana, C., P. Koning, en M. Lindeboom (2025), *Meer wia-instroom, minder ziek? Onderzoek in opdracht van het IBO-wia*, te verschijnen
- Commissie Donner (2001), *Werk maken van arbeidsgeschiktheid*, Den Haag: zonder uitgever
- IBO-wia (2025), *Taakopdracht IBO-wia*, 19 maart 2025, Den Haag: Ministerie van Financiën
- Koning, P. (2019), Verleden, heden en toekomst van de arbeidsongeschiktheid, *ESB*, 104(4772), 151-153
- Lepe, A., S. Brouwer, en R. van Ooijen (2025), *Impacts of different measures of health on labor market exit*, Netspar Industry Paper, 18
- Onafhankelijke Commissie Toekomst Arbeidsongeschiktheidsstelsel (2024), *Toekomst van het arbeidsongeschiktheidsstelsel. Meer aandacht, vertrouwen en zekerheid*, Den Haag: zonder uitgever
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023), *Gezondheid van werkenden in Nederland. Ontwikkelingen tussen 2012 en 2020*, Bilthoven: RIVM
- Van Sonsbeek, J.-M. (2025), Instroom in wia opnieuw in de lift, *ESB*, 110(4850), 478
- Versteeg, Ferry (1999), Op naar de een miljoen, *NRC Handelsblad*, 17 augustus 1999