

Amsterdam, maart 2019
In opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Gezondheidsproblemen in WW en bijstand

Sandra Muilwijk-Vriend
Caren Tempelman
Lennart Kroon
Marloes Lammers

Met medewerking van:
Roderik Ponds (Atlas voor gemeenten)
Clemens van Woerkens (Atlas voor gemeenten)
Pierre Koning (Universiteit Leiden/Vrije Universiteit Amsterdam)



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winst oogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2019-19

ISBN @

Informatie & Disclaimer

SEO Economisch Onderzoek heeft op de verkregen informatie en data geen onderzoek uitgevoerd dat het karakter draagt van een accountantscontrole of due diligence. SEO is niet verantwoordelijk voor fouten of omissies in de verkregen informatie en data.

Copyright © 2019 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl

Samenvatting

Gezondheidsproblemen hangen samen met een grotere kans op instroom in WW vanuit werk en een grotere kans op instroom in de bijstand (al dan niet vanuit WW). Daarnaast hebben mensen in WW en de bijstand met gezondheidsproblemen een kleinere kans om uit te stromen richting duurzaam werk. Dit geldt vooral voor psychische gezondheidsproblemen. Met name bij uitstroom naar duurzaam werk uit de bijstand – en iets mindere mate bij uitstroom uit WW – zijn de verschillen groot in vergelijking met de verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau.

Gezondheid speelt een belangrijke rol in de arbeidsparticipatie van mensen. Slechte gezondheid kan een reden zijn om uit te stromen uit werk, bijvoorbeeld bij arbeidsbeperkingen of gezondheidsproblemen die ontstaan op de werkvloer. Gezondheidsproblemen kunnen ook ontstaan of verergeren wanneer iemand een uitkering ontvangt, bijvoorbeeld door demotivatie of het ontstaan van een depressie. De relatie tussen gezondheid en arbeid werkt dus twee kanten op: een slechtere gezondheid verkleint de kans op werk, maar werkloosheid kan ook de gezondheid verslechteren. Dat maakt het lastig om het causale effect van gezondheid op werkloosheid te meten. Dit onderzoek bekijkt de causaliteit daarom uitsluitend op basis van literatuurstudie; de analyses geven een beschrijvend beeld.

Over de relatie tussen gezondheid en het gebruik van regelingen (anders dan WIA en Wajong) in Nederland is nog weinig bekend. Dit onderzoek focust op de relatie tussen gezondheid en instroom in WW of bijstand, doorstroom van WW naar bijstand en uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk. In tegenstelling tot eerder onderzoek is gelijktijdig gekeken naar een groot aantal typen gezondheidsmaten: indicatoren voor psychische en somatische gezondheidsproblemen, zelfgerapporteerde ervaren gezondheid en indicatoren voor leefstijl. Psychische gezondheidsproblemen betreffen de geestelijke gezondheid, het gaat dan bijvoorbeeld om depressie en psychose of het gebruik van GGZ-zorg. Somatische gezondheidsproblemen zijn lichamelijke klachten, zoals astma, diabetes en hartaandoeningen.

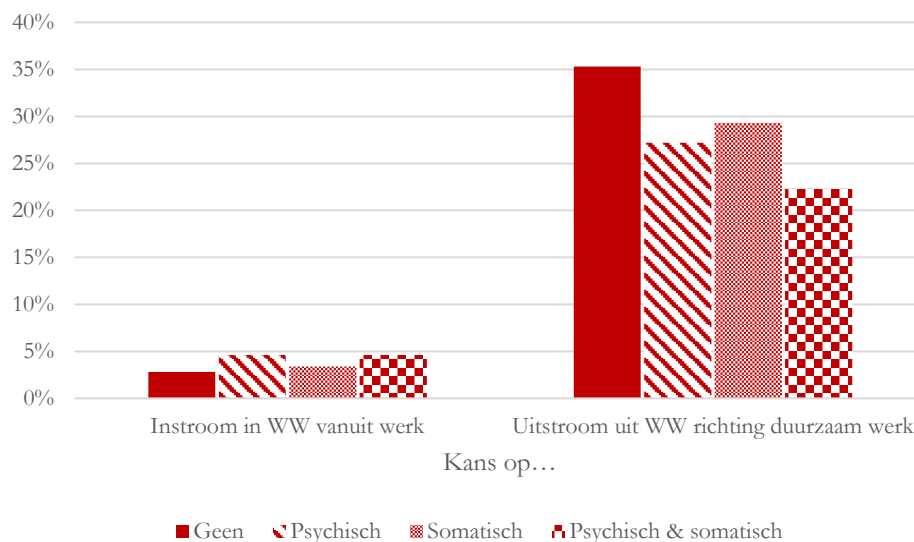
De kans op instroom in WW vanuit werk en de kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk verschillen met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen

Zo'n 5 procent van de werkende Nederlanders heeft zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen, 6 procent heeft alleen psychische gezondheidsproblemen. De kans om vanuit werk in te stromen in WW is groter voor degenen met gezondheidsproblemen dan voor degenen zonder gezondheidsproblemen, zie Figuur S.1. Er zijn vooral verschillen met de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld een kans van 2,8 procent om vanuit werk in te stromen in WW. Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen of zowel psychische als somatische problemen is die kans 4,6 procent. Deze verschillen in instroomkans zijn behoorlijk in vergelijking met de verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau.

De kans op uitstroom uit WW is daarnaast kleiner als er sprake is van gezondheidsproblemen. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld 35 procent kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk (Figuur S.1). Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen is die kans gemiddeld 27 procent. Als iemand zowel psychische als somatische problemen heeft, is de gemiddelde kans om duurzaam aan het werk te gaan vanuit WW nog kleiner: 22 procent. Deze

verschillen zijn ook groot wanneer ze afgezet worden tegen de verschillen in uitstroomkansen naar achtergrondkenmerken.

Figuur S.1 De kans op instroom in WW en uitstroom uit WW verschilt met name met de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen



De figuur laat zien hoe groot de kans op instroom in WW vanuit werk en uitstroom uit WW richting duurzaam werk gemiddeld is zonder gezondheidsproblemen, met psychische gezondheidsproblemen, met somatische gezondheidsproblemen of met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen. Het betreft een voorspelde kans, gegeven de achtergrondkenmerken van de hele populatie.

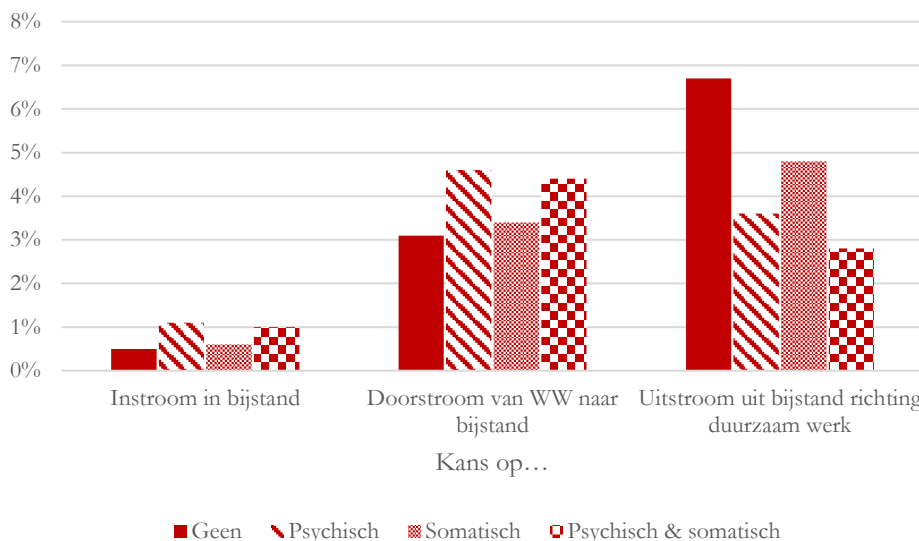
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De kans op uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk hangt sterker samen met gezondheidsproblemen dan de kans op instroom in de bijstand

Bij bijstand hangen gezondheidsproblemen, net als bij WW, samen met een grotere instroomkans. Opnieuw geldt dat dit vooral speelt bij de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld een kans van 0,5 procent om in te stromen in bijstand, zie Figuur S.2. Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen (en eventueel somatische problemen) is die kans gemiddeld ongeveer 1 procent. Dat is meer dan een verdubbeling van het risico. De verschillen naar leeftijd zijn kleiner dan de verschillen naar gezondheid. Het verschil naar gezondheidsproblemen is wel vergelijkbaar met het verschil naar opleidingsniveau. Bij instroom in de bijstand vanuit WW (doorstroom) spelen gezondheidsproblemen beperkt een rol. Figuur S.2 laat wel verschillen in doorstroomkansen zien naar gezondheidsproblemen, maar in vergelijking met kenmerken als opleidingsniveau en leeftijd zijn de verschillen met gezondheid beperkt.

Eenmaal in de uitkering is de kans om weer uit te stromen naar duurzaam werk kleiner voor degenen met een gezondheidsprobleem. Iemand zonder gezondheidsproblemen heeft gemiddeld een kans van 6,7 procent om uit te stromen uit bijstand richting duurzaam werk. Voor iemand met psychische gezondheidsproblemen is die kans 3,6 procent. Iemand met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen heeft een nog kleinere kans: 2,8 procent. Deze verschillen in uitstroomkans zijn groter dan de verschillen in instroomkans, wanneer ze afgezet worden tegen de verschillen met leeftijd en opleidingsniveau.

Figuur S.2 Vooral de kans op uitstroom uit bijstand verschilt met de aanwezigheid van (psychische) gezondheidsproblemen.



De figuur laat zien hoe groot de kans op instroom in de bijstand, de kans op doorstroom van WW naar bijstand en de kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk gemiddeld is zonder gezondheidsproblemen, met psychische gezondheidsproblemen, met somatische gezondheidsproblemen of met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen. Het betreft een voorspelde kans, gegeven de achtergrondkenmerken van de hele populatie.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De verschillen naar gezondheid zijn bij bijstand groter dan bij WW

De verschillen naar gezondheid zijn groter bij instroom in de bijstand dan bij instroom in WW. Dat blijkt wanneer de instroomkansen met en zonder gezondheidsproblemen relatief met elkaar worden vergeleken. In de bijstand is de instroomkans met psychische gezondheidsproblemen ten opzichte van de kans zonder gezondheidsproblemen ruim twee keer zo groot, bij WW is die kans een half keer zo groot. Ook voor uitstroom naar duurzaam werk geldt dat de verschillen naar gezondheidsproblemen relatief groter zijn bij bijstand dan bij WW.

Beperkte verschillen naar leefstijl, maar wel verschillen naar zelf-gerapporteerde gezondheid

De verschillen naar leefstijl (roken, overmatig alcoholgebruik en obesitas) zijn meestal statistisch insignificant en kleiner dan de verschillen naar de aanwezigheid van (psychische) gezondheidsproblemen. Naar verwachting loopt het effect van leefstijl op uitkeringsafhankelijkheid via gezondheid: een ongezonde leefstijl leidt tot een slechtere gezondheid en dat hangt weer samen met een grotere kans op een uitkering. Bij zelf-gerapporteerde gezondheid geven mensen zelf aan hoe zij hun gezondheid beoordelen: van zeer slecht tot zeer goed. De kans op instroom in bijstand en de kans op uitstroom uit bijstand richting duurzaam werk verschilt met deze zelf-gerapporteerde gezondheid.. Dit geldt als rekening gehouden wordt met alle maten van psychische en somatische gezondheid: gegeven de geobserveerde psychische en somatische gezondheid hebben mensen die zich ongezonder voelen dus een grotere kans op instroom in de bijstand en een kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. De omvang van deze verschillen is wel kleiner dan die van psychische gezondheidsproblemen.

Inhoud

Samenvatting	i
1 Inleiding	1
1.1 Achtergrond en aanleiding.....	1
1.2 Afbakening van het onderzoek	1
1.3 Conceptueel kader.....	2
1.4 Onderzoeksvragen	4
1.5 Onderzoeksaanpak.....	4
1.6 Leeswijzer	5
2 De causale relatie tussen gezondheid en participatie	7
2.1 Methodologische issues: selectie en wederkerigheid	7
2.2 Onderzoekresultaten tot dusver.....	8
2.3 De invloed van de gebruikte gezondheidsmaat.....	11
3 Gezondheidsontwikkeling in WW en bijstand	15
3.1 Ontwikkeling in algemene gezondheid.....	15
3.2 Psychische en somatische gezondheidsproblemen.....	19
3.3 Conclusies.....	23
4 Instroom en uitstroom uit WW	25
4.1 Instroom in WW.....	25
4.2 Uitstroom uit WW.....	29
4.3 Conclusies.....	34
5 Instroom in en uitstroom uit de bijstand	37
5.1 Instroom in de bijstand	37
5.2 Doorstroom van WW naar bijstand.....	42
5.3 Uitstroom uit de bijstand	46
5.4 Conclusies.....	51
6 Conclusies	55
Literatuur	61
Bijlage A Gebruikte data	65
Bijlage B Schattingsresultaten	71

1 Inleiding

Gezondheid speelt een belangrijke rol in de arbeidsparticipatie van mensen. Over de achtergronden van de relatie tussen gezondheid en het gebruik van regelingen als WW en bijstand is voor Nederland nog weinig bekend. Dit onderzoek brengt in beeld wat de relatie is tussen gezondheid en instroom in en uitstroom uit WW en bijstand.

1.1 Achtergrond en aanleiding

Gezondheid en deelname op de arbeidsmarkt gaan hand in hand. Doordat de beroepsbevolking ouder wordt, het aandeel (oudere) mensen met chronische ziekten toeneemt, de pensioenleeftijd stijgt en men dus langer doorwerkt, is het belang van gezondheid in de arbeidsparticipatie de afgelopen jaren steeds verder toegenomen. Gezondheid kan op allerlei manieren samenhangen met arbeidsparticipatie. Gezondheid kan een reden zijn om uit te stromen uit werk, bijvoorbeeld bij arbeidsbeperkingen of gezondheidsproblemen die ontstaan op de werkvloer. Gezondheidsproblemen kunnen verergeren wanneer iemand een uitkering ontvangt, bijvoorbeeld door demotivatie of het ontstaan van een depressie. Of een periode zonder werk vanwege gezondheidsproblemen kan gepaard gaan met een dusdanig verlies van menselijk kapitaal dat iemand voor werkgevers niet meer aantrekkelijk is.

De manier waarop en de mate waarin gezondheid samenhangt met arbeidsparticipatie verschilt met het type gezondheidsproblemen, de achtergrondkenmerken van de persoon en de kenmerken van het werk dat de persoon heeft gedaan. Zo is het bijvoorbeeld afhankelijk van het type werk dat iemand doet of een bepaald gezondheidsprobleem ook daadwerkelijk een arbeidsbeperking vormt. Over deze achtergronden van de relatie tussen gezondheid en het gebruik van regelingen (anders dan WIA en Wajong) in Nederland is nog weinig bekend. Dit onderzoek brengt de relatie tussen gezondheid en gebruik van WW en bijstand in beeld.

1.2 Afbakening van het onderzoek

Dit onderzoek focust op WW en bijstand. Een werknemer heeft recht op een WW-uitkering als hij niet door eigen schuld werkloos is geworden. Bovendien geldt een wekeneis: hij moet minimaal 26 weken in de 36 weken voorafgaand aan de werkloosheid gewerkt hebben. De duur van de WW-uitkering hangt af van het totale arbeidsverleden en bedraagt maximaal 3 jaar en twee maanden (tot 2016). Iemand, die geen recht (meer) heeft op WW en niet genoeg inkomen of vermogen heeft, kan een beroep doen op bijstand. De bijstand kent geen maximale duur.

Bovendien richt dit onderzoek zich vooral op de relatie tussen gezondheidsproblemen en veranderingen in arbeidsmarktstatus. Dat wil zeggen: is er samenhang met de instroom in WW of bijstand, doorstroom van WW naar bijstand of uitstroom uit WW of bijstand (naar duurzaam werk in loondienst of als zelfstandige)? Een verandering in arbeidsmarktstatus wordt daarbij gemeten op basis van de situatie op twee momenten. De meetmomenten liggen steeds één of drie jaar uit elkaar, bijvoorbeeld 1 juli 2014 en 1 juli 2015. Instroom in WW na een jaar betekent dan dat iemand op 1

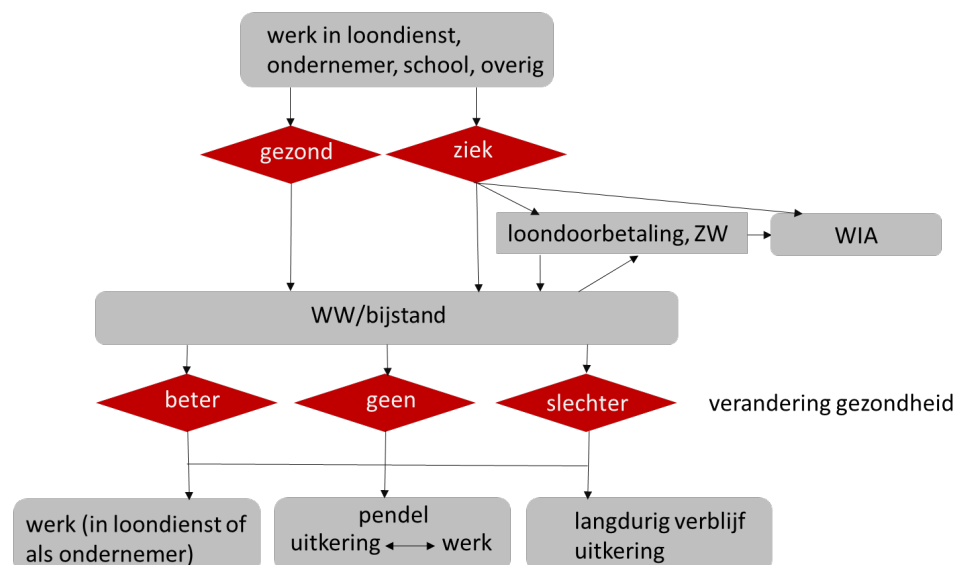
juli 2014 nog geen WW ontving, maar op 1 juli 2015 wel WW ontvangt. Een soortgelijke definitie wordt gehanteerd voor doorstroom en uitstroom en voor bijstand.

Uitstroom kan via verschillende routes plaatsvinden (naar duurzaam werk, naar niet-duurzaam werk, naar ziekte of AO, enzovoorts). Deze routes zijn zogenaamde *competing risks*, dat wil zeggen dat slechts één van de routes uiteindelijk optreedt. De rol van gezondheid en achtergrondkenmerken is naar verwachting anders bij de verschillende uitstroomrichtingen. In dit onderzoek zijn daarom aparte analyses per uitstroomroute gedaan. De focus in de rapportage ligt op uitstroom richting duurzaam werk, hetzij als zelfstandige, hetzij in loondienst. Beleidsmatig is deze uitstroomrichting het meest interessant. Duurzaam werk wil zeggen dat een persoon zowel op 1 juli van het jaar van uitstroom als op 1 juli van het daaropvolgende jaar werkt. Zie Bijlage A voor meer details.

1.3 Conceptueel kader

Er zijn allerlei routes op de arbeidsmarkt waarlangs mensen in de WW of in de bijstand terecht kunnen komen, zie Figuur 1.1. Ook de route uit WW of uit bijstand kan diverse vormen aannemen. Gezondheid kan op elk van deze routes invloed hebben. Daar kunnen diverse mechanismen een rol in spelen. Dit conceptueel kader schetst de transities op de arbeidsmarkt, de rol van gezondheid daarin en de mechanismen die dit kunnen veroorzaken.

Figuur 1.1 Route van instroom naar uitstroom uit de uitkering



Bron: SEO Economisch Onderzoek.

Instroom in WW of bijstand en de gezondheidssituatie

Mensen kunnen hun baan verliezen en vervolgens aanspraak maken op een WW- of bijstandsuitkering. Een bijstandsuitkering kan echter ook vanuit inactiviteit worden aangevraagd, bijvoorbeeld wanneer een scheiding ervoor zorgt dat iemand zonder werk recht krijgt op bijstand. Instroom in bijstand of WW kan in goede gezondheid plaatsvinden, maar kan ook voorafgegaan worden door (het ontstaan van) gezondheidsproblemen. Ook een route via loondoorbetaling bij ziekte of de Ziektewet, eventueel zelfs met een afkeuring voor de WIA, is mogelijk.

Indien mensen met gezondheidsproblemen in de WW of de bijstand stromen, kunnen die gezondheidsproblemen als gevolg van het werk zijn ontstaan of verergeren, of kunnen deze juist de reden zijn dat het werk wordt beëindigd. Maar zelfs als gezondheidsproblemen niet de oorzaak vormen voor instroom in WW of bijstand, kan het zo zijn dat de gezondheidssituatie van degenen in WW of bijstand slechter is dan de gezondheidssituatie van degenen die niet in deze regelingen stromen. Dat gebeurt wanneer bijvoorbeeld juist degenen met een slechtere gezondheid minder werkzekerheid ervaren.

Uit de wetenschappelijke literatuur is bekend dat een slechtere gezondheid leidt tot een lagere arbeidsparticipatie (zie bijvoorbeeld De Koning et al., 2009 en García-Gómez et al., 2010). Verschillende mechanismen kunnen hiertoe leiden (zie Romeu Gordo, 2006 en Currie & Madrian, 1999). Enerzijds kan het te verdienen loon dalen, anderzijds kan het loon dat mensen willen verdienen stijgen (Brown et al., 2010). Een daling van het te verdienen loon kan ontstaan doordat de gezondheidsproblemen het aantal uren dat iemand kan werken, beperken, of doordat werken onmogelijk wordt als gevolg van de gezondheidsproblemen. Ook kan de productiviteit in de gewerkte uren dalen door de gezondheidsproblemen. Dit maakt dat iemand minder aantrekkelijk wordt voor werkgevers, waardoor hij of zij niet wordt aangenomen of tegen een lager loon. Een stijging van het reserveringsloon treedt op wanneer zieke mensen meer willen verdienen, omdat werken hen meer moeite kost. De combinatie van minder kansen op de arbeidsmarkt, een lager te verdienen loon en een hoger reserveringsloon maakt dat mensen met gezondheidsproblemen vaker niet werken.¹

Verblijf in WW of bijstand en gezondheidsproblemen

Eenmaal in WW of bijstand kan de gezondheid verbeteren, hetzelfde blijven of verslechteren. Dit kan te maken hebben met het verblijf in de uitkering. Werkloosheid kan op verschillende manieren leiden tot gezondheidsproblemen (zie Romeu Gordo, 2006; Currie & Madrian, 1999). Werk is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van hun eigenwaarde en onderdeel van hun sociale leven. Werkloos worden kan daarom een ‘mentale’ klap geven. Gedurende de werkloosheid kan dit gevoel verergeren, stabiliseren, of kan acceptatie optreden. De gezondheid zal dan ook verslechteren, stabiliseren of juist weer verbeteren ten opzichte van de situatie direct na ontslag. Daarnaast heeft een werkloos persoon minder geld te besteden. Financiële problemen kunnen tot stress leiden en daardoor de gezondheid verder verlagen naarmate men langer werkloos is. Anderzijds, wanneer gezondheidsproblemen samenhangen met ongezond of fysiek zwaar werk, kan men juist gezonder worden in WW of bijstand (zie bijvoorbeeld Ravesteijn et al., 2018).

Dezelfde mechanismen die werkloosheid veroorzaken (lager te verdienen loon, hoger reserveringsloon) kunnen er ook toe leiden dat een ziek persoon langer werkloos blijft. Zelfs zonder verdere gezondheidsontwikkelingen in de uitkering kan de groep uitkeringsontvangers dan steeds ongezonder worden. Dat is zogenaamde selectie binnen de regeling: de mensen met een betere gezondheid stromen eerder uit naar werk, terwijl degenen met een slechtere gezondheid bij aanvang van de uitkering juist in de uitkering blijven. Naarmate er meer gezonde mensen uitstromen, is de groep die in de uitkering blijft, steeds ongezonder.

¹ De literatuur komt tot verschillende conclusies over de empirische werking van deze verschillende mechanismen. Gordon & Blinder (1980) vinden dat gezondheidsproblemen een significante stijging van het reserveringsloon betekenen en dat het te verdienen loon daalt. Anderzijds concluderen Brown et al. (2010) dat gezondheid een belangrijke determinant is voor de mate waarin mensen verbonden zijn aan de arbeidsmarkt, maar dat er geen effect van gezondheid is op het te verdienen loon en het reserveringsloon.

Uitstroom uit WW of bijstand en gezondheidsproblemen

Een verslechterde gezondheid kan leiden tot een langdurig verblijf in de uitkering, terwijl een verbeterde gezondheid kan leiden tot uitstroom uit de uitkering. Die uitstroom kan richting duurzaam werk zijn, maar ook niet-duurzaam werk, inactiviteit of arbeidsongeschiktheid zijn mogelijke uitstroomrichtingen. Het kan ook zo zijn dat mensen, ondanks een verbetering van de gezondheid, toch langdurig in de uitkering blijven, bijvoorbeeld wanneer financiële prikkels om uit te stromen beperkt zijn.

1.4 Onderzoeksvragen

Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wil graag meer inzicht in de rol van gezondheid bij instroom in WW of bijstand en uitstroom uit deze regelingen. Dit onderzoek beantwoordt de volgende hoofdvraag:

Wat is de relatie tussen gezondheid en (1) instroom in WW/bijstand, (2) doorstroom van WW naar bijstand en (3) uitstroom uit WW/bijstand en wat zijn de achtergronden hiervan?

Deze onderzoeksvraag is opgesplitst in de volgende deelvragen:

1. Hoe ziet het "traject" van werken naar WW en bijstand, en tussen WW en bijstand in relatie tot gezondheidsproblemen er uit?
2. Hoe verschilt de gezondheid van de groep personen die in WW/bijstand stroomt, die doorstroomt van WW naar bijstand, die blijft binnen WW/bijstand, die uitstroomt uit WW of bijstand of die in het geheel niet met WW en/of bijstand in aanmerking komt?
 - a. Zijn er verschillen naar typen gezondheidsproblemen, naar ernst van de gezondheidsproblemen en/of naar ervaren versus objectieve gezondheidsmaten?
 - b. Zijn er verschillen naar een plotselinge verandering (acute ziekenhuisopname) in gezondheid en een geleidelijke toename in gezondheidsproblemen in voorgaande jaren?
3. Verschilt de relatie tussen bepaalde gezondheidsproblemen en instroom, doorstroom en uitstroom tussen groepen met verschillende achtergrondkenmerken (opleidingsniveau, leeftijd, herkomst, arbeidsverleden, type contract (indien ingestroomd vanuit werk), sector en regio)?
4. Is de relatie tussen gezondheid en in-, door- en uitstroom uit WW en bijstand anders in laagdan in hoogconjunctuur?
5. Zijn er aanwijzingen dat gezondheidsproblemen ontstaan en verergeren in WW en bijstand? Blijven de personen met verschillende typen gezondheidsklachten langer in WW en bijstand?
6. In hoeverre kan de relatie tussen gezondheid en participatie ook causaal worden vastgelegd?
7. In hoeverre verschilt de causale relatie tussen gezondheid en participatie naar groepen (onderscheiden naar type gezondheidsklachten en achtergrondkenmerken)?

1.5 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek maakt gebruik van integrale microdata van het CBS over alle Nederlanders. Het CBS beschikt over gegevens over het arbeids- en sociale zekerheidsverleden van mensen en over hun gezondheid. Indicatoren voor gezondheidsproblemen worden gebaseerd op gegevens over zorggebruik vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het medicijngebruik en ziekenhuisopnamen van

mensen. Aanvullend is voor een steekproef van Nederlanders informatie beschikbaar over de ervaren gezondheid. Dat levert een veelheid aan diverse gezondheidsmaten op. Doordat de meeste gegevens bovendien integraal zijn, is het mogelijk om een breed beeld te schetsen van de relatie tussen gezondheid en WW en bijstand. Tot slot kan vanwege de veelheid aan gegevens worden ingezoomd op specifieke gezondheidsproblemen en subgroepen Nederlanders.

Met kwantitatieve analyses op de microdata zijn de deelvragen 1 tot en met 5 beantwoord. Daarvoor zijn modellen geschat die bijvoorbeeld de kans op instroom in WW relateren aan kenmerken van personen, kenmerken van de baan die zij voor instroom hadden, gezondheidsproblemen en omgevingsfactoren. Daarmee wordt duidelijk welke gezondheidsproblemen samenhangen met instroom in WW. Soortgelijke analyses zijn toegepast voor instroom in bijstand, doorstroom van WW naar bijstand en uitstroom uit WW of bijstand. Deze resultaten zijn aangevuld met beschrijvende statistieken over gezondheidsproblemen gedurende het verblijf in WW of bijstand.

De kwantitatieve analyses laten correlaties zien, maar zijn niet geschikt om het causale effect van gezondheidsproblemen op instroom in WW of bijstand, doorstroom van WW naar bijstand en uitstroom uit WW of bijstand te meten. Het identificeren van het causale effect van gezondheid op werkloosheid enerzijds en van werkloosheid op gezondheid anderzijds is ingewikkeld, zie hoofdstuk 2. De deelvragen 6 en 7 gaan over deze causale relatie en zijn beantwoord aan de hand van literatuurstudie. Voor deze literatuurstudie is naar relevante (wetenschappelijke) literatuur gezocht via Google Scholar en via Nederlandse websites van onderzoeksbureaus.

1.6 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk beschrijft in welke mate er sprake is van een causale relatie tussen gezondheid en participatie op basis van de wetenschappelijke literatuur. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de diverse gezondheidsmaten die in de literatuur zijn bestudeerd. Verschillen in de relatie naar gezondheidsproblemen en naar type personen komen hierbij ook aan bod. Dit vertaalt zich in een lijst met gezondheidsmaten die in de kwantitatieve analyses zijn bestudeerd.

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkeling van gezondheid van mensen in WW en bijstand. Voor een cohort van instromers wordt gekeken naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen en de ontwikkeling hiervan naarmate men langer in WW of bijstand verblijft.

Hoofdstuk 4 beschrijft welke gezondheidsproblemen samenhangen met de kans op instroom in WW en uitstroom uit WW. Bovendien blijkt uit hoofdstuk 4 hoe groot de invloed van de diverse gezondheidsproblemen is, ook in verhouding tot de rol van achtergrondkenmerken als leeftijd, geslacht en migratieachtergrond. Hoofdstuk 5 beantwoordt deze vragen voor instroom in bijstand, doorstroom van WW naar bijstand en uitstroom uit bijstand. Tot slot vat hoofdstuk 6 de conclusies van het onderzoek samen.

2 De causale relatie tussen gezondheid en participatie

De relatie tussen gezondheidsproblemen en participatie is moeilijk empirisch vast te stellen. Tot dusver is uit onderzoek gebleken dat enerzijds gezondheid van invloed is op de kans op werk en dat anderzijds het werk de gezondheid kan beïnvloeden. Daarbij zijn er verschillen naar achtergrondkenmerken van mensen en naar het type gezondheidsproblemen.

Het vaststellen van het causale effect van gezondheid op werkloosheid enerzijds en van werkloosheid op gezondheid anderzijds is ingewikkeld. Twee methodologische aspecten bemoeilijken het bepalen van het causale effect: selectie en de wederkerigheid in de relatie. Paragraaf 2.1 gaat hier op in. Daarna worden de bevindingen ten aanzien van de relatie tussen gezondheid en arbeid en tussen werkloosheid en gezondheid uit de causale wetenschappelijke literatuur in paragraaf 2.2 samengevat. De relatie tussen gezondheid en participatie hangt af van de gebruikte gezondheidsmaatstaf. Paragraaf 2.3 gaat hier op in. Dit geeft een onderbouwing van de gezondheidsmaten die in het vervolg van dit onderzoek zijn gebruikt.

2.1 Methodologische issues: selectie en wederkerigheid

Achtergrondkenmerken van mensen bepalen zeer waarschijnlijk zowel hun kans op een baan als hun gezondheid. Wanneer niet voor deze achtergrondkenmerken wordt gecontroleerd kan een positief verband tussen werkloosheid en slechte gezondheid niet als causaal verband geïnterpreteerd worden. In de praktijk is het onmogelijk om voor alle achtergrondkenmerken te corrigeren. Sommige relevante achtergrondkenmerken zijn immers niet waarneembaar. Denk bijvoorbeeld aan een passieve instelling en motivatie, die zowel de kans op werk als de kans op een goede gezondheid bepalen. In de wetenschappelijke literatuur worden daarom veelal dezelfde personen gevolgd over de tijd. Op die manier kan in ieder geval gecontroleerd worden voor niet-waarneembare achtergrondkenmerken van een persoon die over de tijd niet veranderen. Vaak wordt bovendien een plotselinge verslechtering van de gezondheid (bijvoorbeeld door een ongeval) gebruikt om het effect van gezondheid op de kans op werk te meten. Het is immers onwaarschijnlijk dat zo'n 'gezondheidsschok' precies samenvalt met een verandering in een niet-waargenomen kenmerk. Door gezondheidsschokken te gebruiken wordt dus ook gecontroleerd voor niet-waarneembare achtergrondkenmerken van een persoon die over tijd wél veranderen (maar niet gelijktijdig met de gezondheidsschok).

De relatie tussen gezondheid en participatie is wederkerig. Enerzijds kan een verslechtering van de gezondheid, ingezet vóór werkloosheid, de reden voor werkloosheid zijn. Anderzijds is het mogelijk dat de gezondheid slechter wordt als gevolg van de werkloosheid. Om dit probleem te omzeilen wordt in de literatuur regelmatig gebruikgemaakt van 'externe schokken' die leiden tot werkloosheid, zoals een bedrijfsfaillissement of het sluiten van een fabriek. De reden van werkloosheid is in

dat geval niet de gezondheid van de werknemers, maar de economische situatie van het bedrijf. Op die manier wordt dus gecontroleerd voor het effect van gezondheid op werkloosheid.

2.2 Onderzoeksresultaten tot dusver

Er is veelvuldig onderzoek gedaan naar het effect van gezondheid op werkloosheid, op het aantal gewerkte uren en op het loon. Ook het effect van werkloosheid op gezondheid is in de literatuur aan bod gekomen.

2.2.1 Het effect van gezondheid op arbeid

Het effect van gezondheid op arbeid is met name onderzocht voor oudere werknemers (zie bijvoorbeeld Bound et al. (1999), Disney et al. (2006) en Jones et al. (2010)). Zij vinden dat verslechtering van de gezondheid een determinant is van de pensioneringsbeslissing. Ze meten gezondheid daarbij op diverse manieren, onder andere aan de hand van ADL-beperkingen, zelf-gerapporteerde gezondheid, zelf-gerapporteerde mate waarin gezondheid arbeidsbelemmerend is en verschillende chronische aandoeningen. Het relatieve belang van gezondheid in de pensioneringsbeslissing is groot: de rol van gezondheid is groter dan de rol van bijvoorbeeld vermogen in de pensioneringsbeslissing (Dwyer & Mitchell, 1999). Daarbij zijn er wel verschillen tussen landen, afhankelijk van bijvoorbeeld het werkloosheidspercentage in het land (Schuring et al., 2007) en de prikkels die voortkomen uit het stelsel van sociale zekerheid (Hagan et al., 2009).

De relatie tussen gezondheid en arbeidsparticipatie op vroegere leeftijd is minder onderzocht. Pelkowski & Berger (2004) vinden voor jongere werkenden dat *permanente* gezondheidsproblemen een negatieve invloed hebben op loon en (voor mannen) op gewerkte uren. *Tijdelijke* gezondheidsproblemen hebben geen significant effect op deze arbeidsmarktuitskomsten. Contoyannis & Rice (2001) concluderen dat een uitstekende zelf-gerapporteerde gezondheid het uurloon van vrouwen verhoogt. García-Gómez et al. (2010) vinden een effect van gezondheid op de kans om aan het werk te gaan en de kans om uit te stromen uit werk. Het effect is substantieel: gezondheidsveranderingen zijn ten minste net zo belangrijk in de verklaring van veranderingen in uitstroom- en instroomkansen als opleiding. Schuring et al. (2013) concluderen dat zelf-gerapporteerde gezondheid een belangrijke determinant is van het toetreden tot de arbeidsmarkt en het behouden van werk. De Boer et al. (2018) vinden bovendien dat de uittreedroute uit werk samenhangt met de aanwezigheid van chronische aandoeningen: werkenden met een chronische aandoening hebben een grotere kans om uit te treden naar werkloosheid, arbeidsongeschiktheidspensioen of vroegpensioen, terwijl degenen zonder chronische aandoening een grotere kans hebben om ondernemer te worden of te gaan studeren.

García-Gómez & López-Nicolás (2006) onderzoeken Spaanse data en vinden dat een verslechtering van de zelf-gerapporteerde gezondheid² de kans om te werken met 5 procent verkleint. Er is eveneens een negatief effect op het arbeidsinkomen. Ook in andere Europese landen leidt een gezondheidsverslechtering tot een vergrote kans op uitstroom uit werk (García-Gómez, 2011). In

² García-Gómez & López-Nicolás (2006) definiëren een gezondheidsschok op basis van een verandering van zelf-gerapporteerde gezondheid: van zeer goed of goed naar matig, slecht of zeer slecht.

Nederland is de kans om als gevolg van een gezondheidsverslechtering uit te stromen naar werkloosheid groter dan de kans om uit te stromen naar inactiviteit. Nederland biedt een relatief hoge mate van inkomenszekerheid, waardoor uitstroom naar werkloosheid relatief gunstig is. Ook het relatieve belang van het effect van gezondheid op uitstroom uit werk is in Nederland groot.

Verschillen in het effect van gezondheid op arbeid naar achtergrondkenmerken

Het effect van gezondheid op arbeidsparticipatie verschilt naar achtergrondkenmerken van personen. Dit kan het gevolg zijn van het feit dat bijvoorbeeld opleidingsniveau zowel samenhangt met het beroep dat iemand uitoefent als met de mate waarin een bepaald gezondheidsprobleem arbeidsbelemmerend is. Anderzijds kan een verschil in de manier waarop mensen in het leven staan of de mate waarin mensen in staat zijn om met bepaalde problemen om te gaan, ervoor zorgen dat gezondheidsproblemen in meer of mindere mate arbeidsbeperkend zijn (zie bijvoorbeeld Huber et al. (2011) over positieve gezondheid en Antonovsky (1987) over de *'sense of coherence'*).

Zo zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: het effect op het loon is groter bij vrouwen, het effect op het aantal gewerkte uren is juist groter bij mannen en de invloed op transities van en naar werk is groter voor mannen (bijvoorbeeld Pelkowski & Berger (2004), García-Gómez et al. (2010)). Tevens zijn er verschillen naar fase in het carrièrepad waarop de gezondheidsproblemen optreden. Pelkowski & Berger (2004) concluderen dat het effect het grootst is bij vrouwelijke dertigers en mannelijke veertigers. García-Gómez (2011) concludeert dat in veel landen het effect op de kans op uitstroom uit werk groter is bij oudere dan bij jongere werkenden. Nederland vormt daarbij een uitzondering: de kans op uitstroom naar werkloosheid stijgt alleen voor de groep 16- tot 50-jarigen (met ten minste 4 procent). Schuring et al. (2007) concluderen dat de kans op werkloosheid of (vroeg)pensionering het grootst is voor laag- en middelbaar opgeleiden in slechte gezondheid. Lindeboom et al. (2016) vinden met name een causaal effect van het optreden van een beperking op de arbeidsparticipatie voor mannen en laagopgeleiden. Schuring et al. (2013) concluderen dat zelfgerapporteerde gezondheid met name voor laagopgeleiden een belangrijke determinant is van het toetreden tot de arbeidsmarkt en het behouden van werk.

2.2.2 Het effect van gezondheid op de werkloosheidsduur

Een slechte gezondheid gaat gepaard met langere periodes van werkloosheid. Stewart (2001) laat zien dat Canadezen wiens baan eindigt als gevolg van ziekte langer werkloos blijven dan individuen die om een andere reden hun baan verliezen. Ook individuen die aangeven dat zij arbeidsbeperkt zijn, zijn veel langduriger werkloos (ongeacht de reden waarom de baan is beëindigd). Britse werklozen die aangeven dat hun gezondheid ze beperkt in het type werk dat zij kunnen doen hebben een kleinere kans om (snel) werk te vinden en een grotere kans om te stoppen met zoeken naar werk en dus economisch inactief te worden (Böheim & Taylor, 2000). De kans op fulltime werk voor een mannelijke 50-plusser zonder gezondheidsproblemen is ongeveer even groot als de kans op werk voor een mannelijke 30-minner mét gezondheidsproblemen. Hetzelfde geldt voor de kans om inactief te worden.³ De kans op deeltijdwerk en op werk als zelfstandige is wel groter voor ouderen (50-plussers) dan voor een werkloze met gezondheidsproblemen. Het nadeel van deze zelf-gerapporteerde maten van gezondheid is dat mensen mogelijk (onbewust) met hun antwoord

³ Hierbij geldt natuurlijk ook dat pensioen een belangrijke reden voor 50-plussers is om economisch inactief te worden.

hun werkloosheid proberen te rechtvaardigen, waardoor het effect van gezondheid op werkloosheid niet goed kan worden ingeschat (*'justification bias'*, zie paragraaf 2.3).

Een verslechtering van de (zelf-gerapporteerde, fysieke) gezondheid *verkleint* de kans dat een werkloze weer aan het werk gaat (García-Gómez et al., 2010). Een verslechtering in de mentale gezondheid *vergroot* juist de kans op werk voor vrouwelijke werklozen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat juist personen die veel waarde hechten aan werk een verslechtering in (mentale) gezondheid ervaren als gevolg van werkloosheid. En juist deze personen zijn sterk gemotiveerd om een nieuwe baan te vinden. Mogelijk solliciteren zij meer, of stellen ze hun baaneisen naar beneden bij. Een verslechtering van de (mentale) gezondheid leidt dus niet noodzakelijk tot een langere uitkeringsduur.

2.2.3 Het effect van werkloosheid(sduur) op gezondheid

Zowel kortdurende als langdurende werkloosheid leidt tot een slechtere ervaren gezondheid (Romeu Gordo, 2006). Het effect van het verliezen van een baan op de gezondheid is vooral groot voor 50-plussers en voor hoofdkostwinners. Mogelijk is hun werkloosheid vaker onvrijwillig. Ook García-Gómez & López-Nicolás (2006) concluderen dat personen met goede zelf-gerapporteerde ervaren gezondheid die een transitie naar werkloosheid meemaken, een 2,9 procent grotere kans hebben op een verslechtering in zelf-gerapporteerde algemene gezondheid. Een hogere uitkering kan de verslechtering van de ervaren gezondheid wel verzachten (Cylus, 2015).

Werkloosheid als gevolg van massa-ontslag heeft geen meetbaar effect op gezondheidsmaten; niet op ervaren gezondheid (Böckerman & Ilmakunas, 2009; Schmitz, 2011; Salm, 2009), niet op het aantal ziekenhuisbezoeken (Browning et al., 2006; Schmitz, 2011) en niet op zorgkosten (Kuhn et al., 2009). Kaiser et al. (2017) laten zelfs zien dat mensen die als gevolg van een massa-ontslag werkloos raken gezonder gaan eten en meer gaan sporten. Er is geen (significant) effect op de consumptie van alcohol. Schiele en Schmitz (2016) vinden dat massa-ontslag wél een negatief effect heeft op de zelf-gerapporteerde fysieke en mentale gezondheid van personen die vóór ontslag ook al fysiek/mentaal zwak waren. Kuhn et al. (2009) laten zien dat massa-ontslag ook leidt tot gemiddeld meer ziekenhuisopnames vanwege psychische problematiek en meer voorschrijven van antidepressiva (alleen voor mannen). Mogelijk heeft massa-ontslag geen groot effect op de gezondheid, en individueel ontslag wel. Het kan ook zijn dat het onderzoek dat geen gebruik maakt van een 'exogene schok' (zoals massa-ontslag) het effect van een verslechtering van gezondheid op ontslag en het effect van ontslag op een verslechtering van de gezondheid niet goed uit elkaar kan trekken.

Hoe langer mannen werkloos zijn, hoe groter de kans dat zij dagelijks gaan roken, of bovengemiddeld veel alcohol gaan drinken (Janlert et al., 2015). Voor vrouwen geldt dit niet. Voor beiden geldt dat zij vaker last hebben van een ongelukkig of depressief gevoel, naarmate zij langer werkloos zijn. Bij vrouwen neemt ook de ervaren gezondheid steeds verder af. Bij zowel mannen als vrouwen is er echter geen stijging van het aantal huisartsenbezoeken waarneembaar (Janlert et al., 2015).

2.3 De invloed van de gebruikte gezondheidsmaat

Uit de voorgaande resultaten blijkt dat een slechte gezondheid de kans op werk, het aantal gewerkte uren en het loon verkleint en de kans om uit te stromen uit werk vergroot. Het ene type gezondheidsprobleem is naar verwachting echter meer arbeidsbelemmerend dan het andere type gezondheidsprobleem. De voorgaande studies meten 'slechte gezondheid' op diverse manieren. Veel onderzoeken maken gebruik van zelf-gerapporteerde maten van (algemene)gezondheid of van enquêtes waarin individuen wordt gevraagd of hun gezondheid hun arbeidsparticipatie heeft beïnvloed.

Een nadeel van zelf-gerapporteerde gezondheidsmaten is dat personen het kunnen gebruiken om bijvoorbeeld inactiviteit te rechtvaardigen (de zogenaamde '*justification bias*'; zie Bound, 1991; Kerkhofs & Lindeboom, 1995; Lindeboom & Kerkhofs, 2009). De wetenschappelijke literatuur bekijkt daarom (aanvullend) de rol van meer objectieve maten van gezondheid in de relatie tussen gezondheid en werkloosheid. Tal van gezondheidsmaten zijn daarbij aan bod gekomen, met de volgende bevindingen:

- Functionele beperkingen:
 - verkleinen de kans om weer aan het werk te gaan voor niet-werkenden (García-Gómez et al., 2010; het betreft functionele beperkingen gemeten als antwoord op de vraag of iemands gezondheid hem/haar belemmert in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten);
 - vervroegen het moment van pensioneren. Dat geldt met name voor zwaardere functionele beperkingen. De ernst van de gezondheidsproblemen is dus van belang (Dwyer & Mitchell, 1999; het betreft zowel zelf-gerapporteerde functionele beperkingen als (I)ADL-beperkingen);
- Verslechtering in zelf-gerapporteerde gezondheid en het ontstaan van een chronische (psychisch of somatisch) aandoening hebben een vergelijkbaar (negatief) effect op participatie (García-Gómez, 2011);
- Verslechtering van de (zelf-gerapporteerde) somatische gezondheid verkleint de kans dat een werkloze weer aan het werk gaat (García-Gómez et al., 2010);
- Verslechtering in de psychische gezondheid:
 - hangt samen met een grotere kans op werk voor vrouwelijke werklozen (García-Gómez et al., 2010);
 - vergroot de kans op uitstroom richting werkloosheid, in sterkere mate voor mannen dan voor vrouwen (García-Gómez et al., 2010);
 - verlaagt het uurloon van mannen (Contoyannis & Rice, 2001);
- Gediagnostiseerde diabetes heeft een significant negatief effect op arbeidsmarkttuitkomsten, met name voor mannen (Harris, 2009);
- Hart- en vaatziekten hebben een significant negatief effect op arbeidsmarkttuitkomsten, met name voor mannen (Harris, 2009);
- Problemen met de bloedsomloop (o.a. hoge bloeddruk) leiden tot eerdere pensionering (Dwyer & Mitchell, 1999);
- Problemen met het zenuwstelsel (o.a. beroerte) leiden tot eerdere pensionering (Dwyer & Mitchell, 1999);
- Geen significant effect van (zeer) slechte psychische gezondheid, diabetes of kanker op eerdere pensionering (Dwyer & Mitchell, 1999);
- Na een acute/ongeplande ziekenhuisopname:

- is de kans dat iemand twee jaar later werkt 7 procentpunt kleiner en het persoonlijk inkomen 5 procent lager (García-Gómez, 2011);
- is de kans op een beperking significant vergroot, maar er is geen direct effect op de participatiekans. Het optreden van een beperking heeft wel een effect op arbeidsparticipatie (Lindeboom et al., 2016);
- Gezondheidsproblemen als gevolg van een verkeersongeluk verkleinen de participatiekans van mannen zowel op korte als op lange termijn (Dano, 2005);
- De ernst van de gezondheidsschok bepaalt de mate waarin de participatiekans afneemt (Jiménez-Martin et al., 2006);
- Leefstijl (obesitas, onvoldoende beweging en roken) heeft een indirecte invloed op participatie, via een effect op gezondheid (Harris, 2009; De Koning et al., 2009);
- Europese mannen die onvrijwillig hun baan verliezen hebben 25 jaar later vaker depressieve gevoelens dan mannen die hun baan niet verliezen. Vrouwen die hun baan verloren hebben 25 jaar later juist een slechtere *somatische* gezondheid: zij hebben een lagere zelf-gerapporteerde gezondheid, meer chronische gezondheidsklachten, vaker overgewicht en vaker één of meerdere problemen met een dagelijkse activiteit dan vrouwen die hun baan niet verliezen (Schröder, 2013).

De verklaringskracht van modellen die het effect van gezondheid op arbeid proberen te schatten, neemt toe wanneer met meerdere gezondheidsindicatoren gelijktijdig rekening wordt gehouden. Kalwij & Vermeulen (2008) concluderen dat het opnemen van objectieve gezondheidsindicatoren, naast zelf-beoordeelde gezondheid, in het schatten van de relatie tussen gezondheid en participatie van belang is. Bovendien moet gelijktijdig met meerdere dimensies van gezondheid rekening worden gehouden. Om die reden kijkt het voorliggende onderzoek naar een groot aantal verschillende gezondheidsmaten gelijktijdig. De volgende paragraaf beschrijft welke gezondheidsmaten dat zijn.

2.3.1 Gezondheidsmaten in het vervolg van dit onderzoek

Het voorliggende onderzoek brengt de relatie tussen arbeid en tal van gezondheidsmaten voor Nederland in beeld. De gezondheidsmaten zijn op de volgende manier gecategoriseerd:

1. Algemene gezondheid;
2. Psychische gezondheid;
3. Somatische gezondheid;
4. Leefstijlindicatoren.

De basis in de volgende hoofdstukken is het onderscheid tussen geen gezondheidsproblemen, alleen psychische gezondheidsproblemen, alleen somatische gezondheidsproblemen en zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen. Hieronder ligt een groot aantal meer specifieke aandoeningen: indien iemand één van de onderliggende psychische gezondheidsproblemen heeft, dan wordt diegene aangemerkt als iemand met psychische gezondheidsproblemen. De onderliggende gezondheidsmaten worden ook apart onderzocht. Tabel 2.1 laat zien welke gezondheidsproblemen onderdeel zijn van het onderzoek. Algemene gezondheid (zelf-ervaren gezondheid) wordt aanvullend onderzocht, net als de leefstijlindicatoren. Bijlage A bevat details over de data en operationalisaties.

Tabel 2.1 Dit onderzoek analyseert maten voor algemene gezondheid, psychische gezondheid, somatische gezondheid en leefstijlindicatoren

Gezondheidsmaat	Toelichting	Relatie bestaande wetenschappelijke studies
Algemene gezondheid	Zelf-gerapporteerde ervaren gezondheid	Veelvuldig onderzocht (zie bv. García-Gómez et al. (2006, 2010).
Psychische gezondheid	Mate van het hebben van psychische klachten (Kessler-index)	Contoyannis & Rice (2001) García-Gómez et al. (2010) [op een andere schaal gemeten]
	Gebruik van medicijnen tegen depressie	Tempelman et al. (2017) [relatie met kans op bijstand]
	Gebruik van medicijnen tegen psychose en/of bipolaire stoornis	Tempelman et al. (2017) [relatie met kans op bijstand]
Somatische gezondheid	Gebruik van GGZ-zorg ^a	Tempelman et al. (2017) [relatie met kans op bijstand]
	Functionele beperkingen	Dwyer & Mitchell (1999) [samengestelde index, incl. chronische aandoeningen en mentale gezondheid] García-Gómez et al. (2010)
	Chronische / specifieke aandoeningen: <ul style="list-style-type: none"> • Minimaal 1 chronische aandoening (zelf-gerapporteerd) • Aantal chronische aandoeningen (geen, 1, 2 of 3 of meer) 	
	Gebruik van medicijnen voor ^b : <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes type I of II • Astma of COPD • Cystic fibrosis • Hoog cholesterol • Epilepsie of neuropatische pijn • Hartaandoening • Auto-immuunziekten, reuma, ziekte van Crohn, kanker, multiple sclerose, hersenaandoeningen 	García-Gómez et al. (2010) Kalwij & Vermeulen (2008) Tempelman et al. (2017) [relatie met kans op bijstand]
	AWBZ-indicatie	Nog niet onderzocht
	Gezondheidsschokken in de vorm van ziekenhuisopnames <ul style="list-style-type: none"> • Acute ziekenhuisopname • Ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen (ja/nee) • Uitsplitsing naar hoofddiagnose bij ziekenhuisopname o.b.v. ICD10-classificatie 	García-Gómez (2011) Lindeboom et al. (2016) Duur en hoofddiagnose zijn nog niet onderzocht
	Zorggebruik o.b.v. totale Zvw-zorgkosten excl. GGZ en huisartsenzorg	Kuhn et al. (2009)
Zorggebruik o.b.v. kosten voor huisartsenzorg	Nog niet onderzocht	
Aantal anatomische hoofdgroepen waaruit medicijnen wordt gebruikt	Tempelman et al. (2017) [relatie met kans op bijstand]	
Leefstijlindicatoren	Obesitas	Bv. Harris (2009)
	Roken	Bv. Harris (2009), Janlert et al. (2015)
	Alcoholgebruik	Bv. Harris (2009), Janlert et al. (2015)

^a Het gebruik van GGZ-zorg is gebaseerd op de kosten die zijn gemaakt binnen de Zorgverzekeringswet. Welke GGZ-kosten hieronder vallen, verschilt over tijd. Vanaf 2014 is het onderscheid tussen eerste- en tweedelijnspsychologische zorg bijvoorbeeld vervangen door een onderscheid tussen basis-ggz en specialistische ggz. Een deel van de eerstelijnspsychologische zorg is daarmee onder de huisartskosten komen te vallen en kan met de beschikbare gegevens niet langer als GGZ-zorg worden geïdentificeerd.

- ^b Het gebruik van medicijnen is gebaseerd op gegevens op ATC-4-niveau. De ATC-indeling (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*) is een indeling die internationaal wordt gebruikt om medicijnen te classificeren. De indeling is zeer gedetailleerd (ATC-7), maar via het CBS is uitsluitend de meer geaggregeerde ATC-4-indeling beschikbaar. Het risicovereveningsmodel gebruikt bijvoorbeeld wel de meest gedetailleerde medicijnindeling. Doordat meer geaggregeerde gegevens gebruikt worden, zijn groepen soms samengevoegd als de medicijnen op ATC 4-niveau dezelfde code hadden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij auto-immuunziekten, kanker, enzovoorts.
- Bron: SEO Economisch Onderzoek.

De gezondheidsmaten die onderdeel zijn van dit onderzoek zijn gebaseerd op zowel administratieve data over alle Nederlanders als op enquêtegegevens (Gezondheidsmonitor) voor een steekproef van de bevolking. Beide typen bronnen hebben voor- en nadelen. Zo beargumenteert Schröder (2013) dat administratieve data, ook al zijn ze van goede kwaliteit, worden gehinderd doordat sommige mensen bijvoorbeeld niet naar de huisarts of het ziekenhuis gaan wanneer zij ziek zijn. Deze gezondheidsproblemen zijn dan in administratieve data niet terug te zien. Aan de andere kant zijn zelf-gerapporteerde gezondheidsmaten altijd subjectief, en kan er sprake zijn van *recall bias* (dat wil zeggen dat bijvoorbeeld doktersbezoeken voor chronische aandoeningen vaak worden onderschat wanneer na afloop naar het aantal bezoeken wordt gevraagd; zie Means et al., 1989). Door beide gegevenstypen te gebruiken, kan een zo compleet mogelijk beeld worden geschetst.

3 Gezondheidsontwikkeling in WW en bijstand

Binnen de groep mensen die op een zeker moment instromen in WW of bijstand neemt al voorafgaand aan het moment van instroom het aandeel mensen met een gezondheidsprobleem toe. Voordat uitstroom uit bijstand optreedt, neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen weer af. Bij WW is dit in mindere mate het geval. De veranderingen zijn vooral zichtbaar in de psychische gezondheid en in mindere mate in de somatische gezondheid.

Gezondheidsproblemen kunnen een aanleiding vormen voor instroom in WW of bijstand of kunnen juist ontstaan in WW of bijstand en daarmee mogelijk uitstroom bemoeilijken. Dit hoofdstuk brengt de ontwikkeling van gezondheid rondom de in- en uitstroom in en uit de WW en bijstand in beeld. Daarvoor worden twee cohorten gevolgd: degenen die in 2012 instromen in WW en degenen die in 2012 instromen in bijstand.⁴ Deze cohorten worden gevolgd van 2009 tot en met 2015, drie jaar vóór en drie jaar ná instroom. Deze periode van drie jaar sluit voor de WW ongeveer aan op de maximale WW-duur waar iemand recht op kan hebben (dat was 3 jaar en 2 maanden tot aan 1 januari 2016). In paragraaf 3.1 is gekeken welk aandeel van de instromers gezondheidsproblemen (psychisch en/of somatisch) heeft. Paragraaf 3.2 splitst dit uit naar psychische en somatische gezondheidsproblemen.⁵ Dit hoofdstuk geeft uitsluitend een beschrijvend beeld van de patronen in gezondheid. Er is niet getoetst op statistische significantie van verschillen, daar wordt in Hoofdstuk 4 en 5 aandacht aan geschonken.

3.1 Ontwikkeling in algemene gezondheid

Van de groep instromers in de bijstand krijgt, in de jaren voorafgaand aan instroom in de bijstand, een steeds groter aandeel te maken met gezondheidsproblemen, zie Figuur 3.2. Dat is nauwelijks het geval voor de instromers in WW, zie Figuur 3.1. Dit lijkt niet uitsluitend het gevolg te zijn van een ontwikkeling van gezondheid met leeftijd: in de groep mensen die niet instromen in WW of bijstand blijft het aandeel personen met gezondheidsproblemen stabiel in de periode van 2009 tot en met 2015, zie de onderbroken grijze lijnen in beide figuren.⁶ In het jaar van instroom zelf (de stippellijn) neemt voor de instromers in WW het aandeel personen met een gezondheidsprobleem licht af, terwijl voor de instromers in bijstand er juist nog sprake is van een toename. Uit een ver-

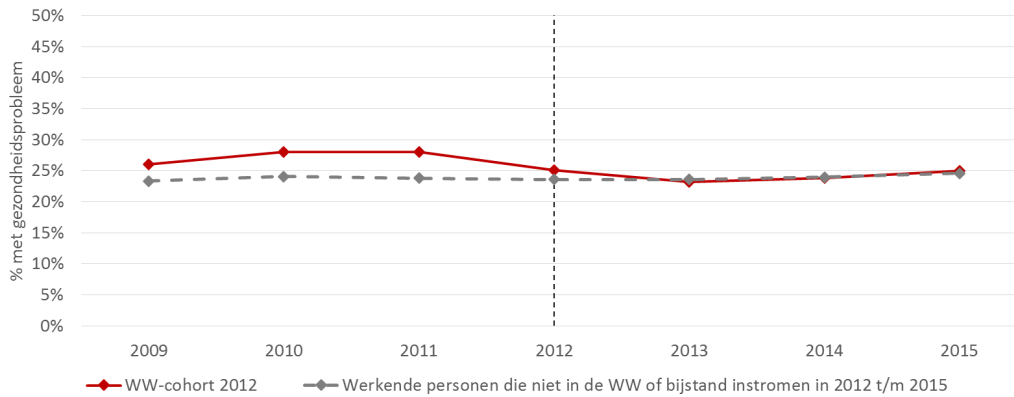
⁴ Om de rol van pensionering in de gezondheidsontwikkeling uit de cijfers te houden, zijn uitsluitend de instromers met een leeftijd van 25 tot 55 jaar meegenomen in de analyses van dit hoofdstuk.

⁵ Somatische gezondheidsproblemen zijn gedefinieerd zoals beschreven in paragraaf 2.2.1. Psychische gezondheidsproblemen zijn in dit hoofdstuk gedefinieerd op basis van uitsluitend medicijngebruik tegen depressie of tegen psychose/bipolaire stoornis, dus exclusief GGZ-zorg. Vanwege stelselwijzigingen in de GGZ-zorg in de periode 2009-2015 zijn er bij het volgen van een cohort 'schokken' te zien in het GGZ-gebruik. Door deze schokken is het moeilijk de werkelijke samenhang tussen gezondheid en instroom in WW of bijstand te bekijken.

⁶ De leeftijdssamenstelling van de instromers in WW en bijstand wijkt af van de leeftijdssamenstelling van de groep die niet in één van beide regelingen instroomt. 47 procent van de instromers in bijstand in 2012 is op dat moment ouder dan 40. Van de groep niet-instromers is 58% ouder dan 40 in 2012. Een verschillend patroon in de ontwikkeling van het aandeel mensen met gezondheidsproblemen zou dan ook nog samen kunnen hangen met een verschil in leeftijdssamenstelling (voor ouderen is een sterkere verslechtering van de gezondheid te verwachten). Maar zowel voor 40-minners als 40-plussers in de groep niet-instromers geldt dat het aandeel mensen met gezondheidsproblemen stabiel is in de periode 2009 tot en met 2015.

gelijking van Figuur 3.1 en Figuur 3.2 blijkt tot slot dat instromers in de bijstand vaker een gezondheidsprobleem hebben dan instromers in WW: in 2012 heeft bijna 45 procent van de instromers in de bijstand een gezondheidsprobleem, tegenover 25 procent van de instromers in WW.

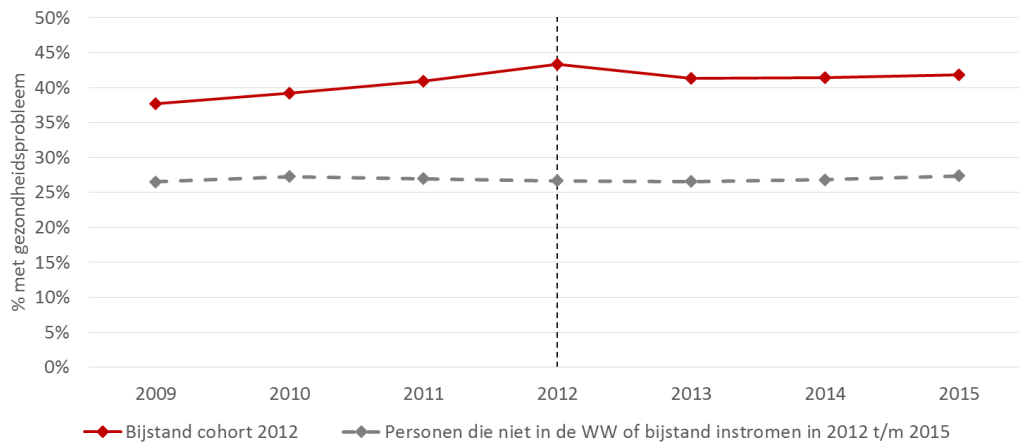
Figuur 3.1 Instroom in WW wordt voorafgegaan door een lichte toename in het aandeel mensen met gezondheidsproblemen



De figuur toont het aandeel mensen in de leeftijd van 25 tot 55 jaar (in 2012) in het cohort van instromers in de WW in 2012 dat gezondheidsproblemen heeft (de rode doorgetrokken lijn). Dit betreft 76.222 personen die in elk van de jaren 2009 tot en met 2015 zijn geobserveerd. Daarnaast is het aandeel mensen met gezondheidsproblemen weergegeven in het cohort dat in 2012 werkt en tussen de 25 en 55 jaar oud is en van 2012 tot en met 2015 niet instroomt in WW of bijstand (de grijze onderbroken lijn). Dit betreft 4.337.659 personen die in elk van de jaren 2009 tot en met 2015 zijn geobserveerd. De verticale stippellijn geeft het jaar aan waarop het WW-cohort instroomt.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Figuur 3.2 Instroom in bijstand wordt eveneens voorafgegaan door een toename van het aandeel mensen met gezondheidsproblemen



De figuur toont het aandeel mensen in de leeftijd van 25 tot 55 jaar (in 2012) in het cohort van instromers in de bijstand in 2012 dat gezondheidsproblemen heeft (de rode doorgetrokken lijn). Dit betreft 21.018 personen die in elk van de jaren 2009 tot en met 2015 zijn geobserveerd. Daarnaast is het aandeel 25- tot 55-jarigen (in 2012) met gezondheidsproblemen weergegeven in het cohort dat van 2012 tot en met 2015 niet instroomt in WW of bijstand (de grijze onderbroken lijn). Dit betreft 5.035.357 personen die in elk van de jaren 2009 tot en met 2015 zijn geobserveerd. De verticale stippellijn geeft het jaar aan waarop het bijstand-cohort instroomt.

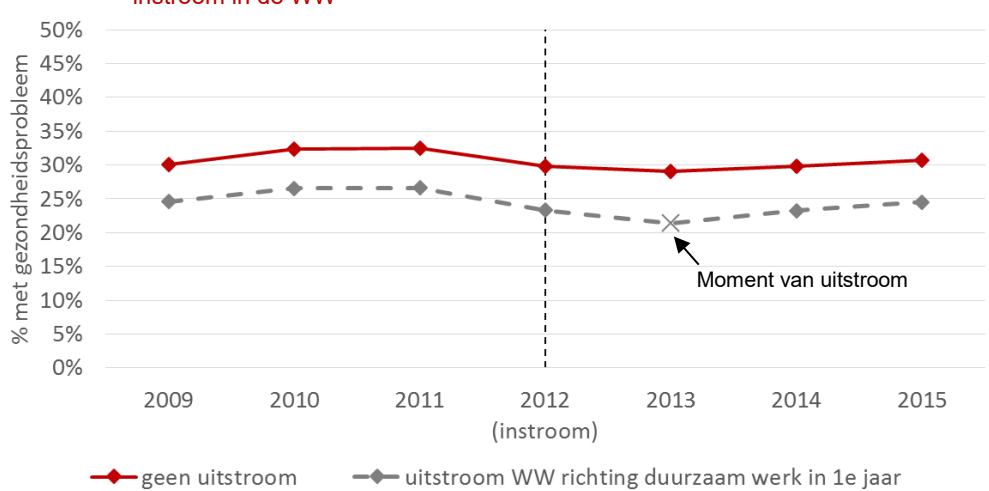
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Sommige instromers in bijstand of WW in 2012 stromen op korte termijn weer uit, terwijl anderen een langere periode in WW of bijstand blijven. Dit kan samenhangen met de gezondheidssituatie. Om de ontwikkeling van gezondheid tijdens het verblijf in WW of bijstand zo goed mogelijk weer

te geven, zijn het WW-instroomcohort en het bijstand-instroomcohort beiden uitgesplitst naar uitstroommoment (geen uitstroom, na 1 jaar, na 2 jaar, na 3 jaar). Hierbij is uitstroom gedefinieerd als uitstroom naar duurzaam werk, dat wil zeggen dat de persoon werk heeft in het jaar van uitstroom én het jaar na uitstroom.⁷ Voor deze groepen kan vervolgens opnieuw het aandeel personen met gezondheidsproblemen tussen 2009 en 2015 worden weergegeven. Figuur 3.3 doet dit voor twee groepen binnen het WW-cohort (personen die niet uitstromen en personen die na één jaar uitstromen), Figuur 3.4 doet hetzelfde voor het cohort dat in 2012 in de bijstand stroomt.

Van degenen die niet uit WW stromen heeft een groter deel gezondheidsproblemen dan van degenen die één jaar na instroom weer uit WW uitstromen, zie Figuur 3.3. Dat geldt voor de gehele periode 2009 tot en met 2015, dus ook vóór instroom in de WW. Voor beide groepen neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen licht toe in de jaren voorafgaand aan instroom. In het jaar van instroom zelf is voor beide groepen het aandeel met gezondheidsproblemen iets lager dan in de jaren daarvoor. Tijdens het verblijf in de WW is de gezondheidsontwikkeling van degenen die niet uitstromen redelijk stabiel. Voor de groep die na een jaar uitstroomt verbetert de gezondheid licht in het jaar van uitstroom. Dit kan betekenen dat een verbetering van de gezondheid samenhangt met uitstroom uit WW. Anderzijds kan het te maken hebben met verschillen in gezondheid die al vóór instroom in WW bestaan. Na uitstroom neemt het aandeel met een gezondheidsprobleem echter weer toe.

Figuur 3.3 Lichte toename van het aandeel mensen met gezondheidsproblemen in de jaren voor instroom in de WW



De figuur laat de gezondheidsontwikkeling zien voor twee groepen binnen het cohort dat in 2012 in de WW stroomt: de personen die niet uitstromen (8.281 personen) en de personen die na één jaar uitstromen (39.952 personen). Voor deze laatste groep is het moment van uitstroom gemarkeerd met een kruis (in 2013). De gezondheidsontwikkeling voor de groep die uitstroomt na twee jaar en de groep die uitstroomt na drie jaar zijn niet weergegeven. De ontwikkeling voor deze groepen is vergelijkbaar met de ontwikkeling van de groep die na een jaar uitstroomt. De stippellijn geeft voor beide groepen het moment van instroom aan.

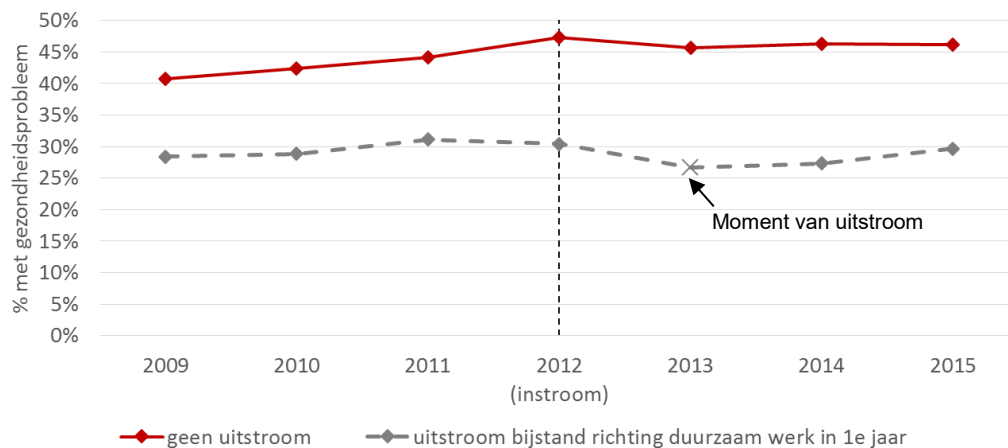
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Ook voor het bijstand-cohort geldt dat degenen die niet uitstromen, de gehele periode van 2009 tot en met 2015 vaker gezondheidsproblemen hebben dan degenen die na één jaar uitstromen. Ook vóór instroom in de bijstand, zie Figuur 3.4. Dat de gezondheid tijdens het verblijf in de bijstand

⁷ Personen die uitstromen in een andere richting dan duurzaam werk zijn buiten beschouwing gelaten. Ook personen die uitstromen en binnen de observatieperiode weer opnieuw instromen zijn buiten beschouwing gelaten.

anders ontwikkelt voor degenen die niet uitstromen dan voor degenen die wel uitstromen, kan dus deels worden veroorzaakt doordat degenen die niet uitstromen bij aanvang al vaker een gezondheidsprobleem hebben. Het aandeel mensen met gezondheidsproblemen in de groep instromers in de bijstand neemt al vóór instroom toe. Dat geldt vooral voor degenen die daarna niet uitstromen. Verder valt op dat de gezondheidsproblemen afnemen in het jaar van uitstroom. Dit kan betekenen dat een verbetering van de gezondheid samengaat met uitstroom uit de bijstand. Voor de groep die niet uitstroomt blijft het aandeel personen met een gezondheidsprobleem tijdens het verblijf in de bijstand ongeveer gelijk.

Figuur 3.4 Toename van aandeel mensen met gezondheidsproblemen in de jaren voor instroom in de bijstand en afname in het jaar van uitstroom



De figuur laat de gezondheidsontwikkeling zien voor twee groepen binnen het cohort dat in 2012 in de bijstand stroomt: de personen die niet uitstromen (15.428 personen) en de personen die na één jaar uitstromen (3.092 personen). Voor deze laatste groep is het moment van uitstroom gemarkeerd met een kruis (in 2013). De gezondheidsontwikkeling voor de groep die uitstroomt na twee jaar en de groep die uitstroomt na drie jaar zijn niet weergegeven. De stippellijn geeft voor beide groepen het moment van instroom aan.

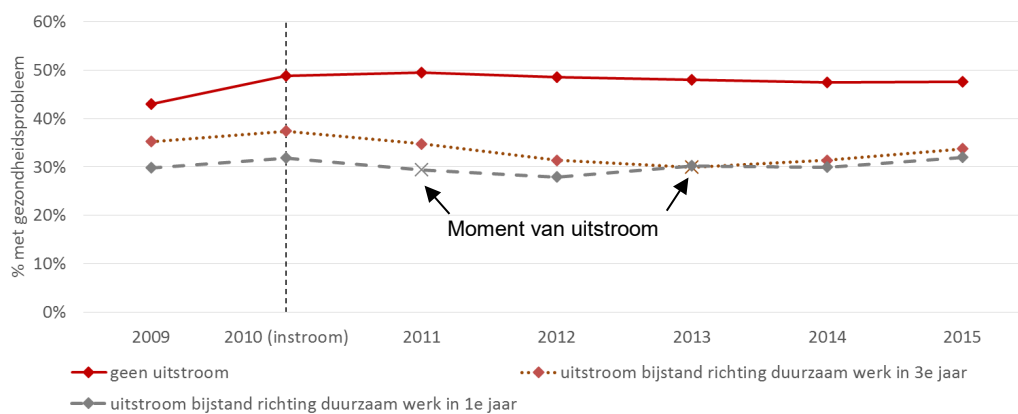
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De voorgaande figuur laat een verband zien tussen gezondheid, (kortdurend) verblijf in de bijstand en uitstroom uit bijstand. De vraag is hoe de gezondheid ontwikkelt wanneer mensen nog langer in de bijstand blijven. Om deze vraag te beantwoorden is een cohort van instromers in de bijstand in 2010 gevolgd tot vijf jaar na instroom.⁸ Ook de instromers in de bijstand in 2010 zijn uitgesplitst in zes groepen, naar het moment waarop zij uitgestroomd zijn (geen uitstroom en uitstroom na 1 jaar, uitstroom na 2 jaar enzovoorts).

Figuur 3.5 bevestigt het beeld van Figuur 3.4. In het jaar van instroom in bijstand neemt het aandeel personen met gezondheidsproblemen toe. Degenen die niet uit de bijstand uitstromen hebben tijdens het verblijf in de bijstand, maar ook vóór instroom, vaker een gezondheidsprobleem dan degenen die wel uitstromen. In de jaren voorafgaand aan uitstroom en het jaar van uitstroom neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen af. Na uitstroom neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen juist weer toe. Voor de personen die niet uitstromen neemt het aandeel met een gezondheidsprobleem na instroom licht af.

⁸ Voor de WW is dit niet relevant aangezien de maximale WW duur drie jaar was in de betreffende periode.

Figuur 3.5 Afname in aandeel mensen met gezondheidsproblemen in aanloop naar uitstroom uit bijstand



Elke lijn geeft voor een vaste groep personen weer welk aandeel van de groep te maken heeft met gezondheidsproblemen, voor de jaren 2009 tot en met 2015. De figuur laat dit zien voor degenen die in 2010 instromen in bijstand en niet meer uitstromen (14.760 personen), de instromers die in het derde jaar na instroom uitstromen (842 personen) en de instromers die in het vijfde jaar na instroom, uitstromen (523 personen). De stippellijn geeft voor de groepen het moment van instroom in de bijstand aan. De kruizen geven voor de groepen die uitstromen het moment van uitstroom aan.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

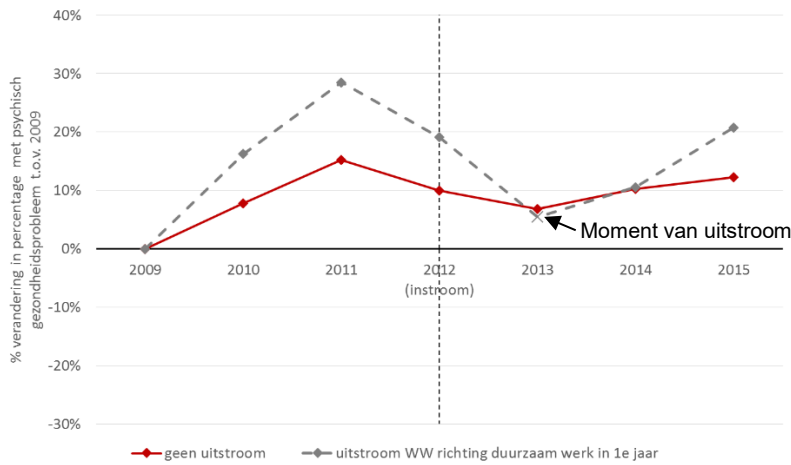
3.2 Psychische en somatische gezondheidsproblemen

In 2009 heeft 8 procent van de instromers in WW die na instroom niet meer uitstromen (niet-uitstromers) te maken met psychische gezondheidsproblemen. Dat geldt voor 5 procent van de WW-instromers die één jaar na instroom weer uit de WW zijn. Van de groep niet-uitstromers heeft 27 procent somatische gezondheidsproblemen tegenover 22 procent van degenen die na één jaar weer uit WW gestroomd zijn. Naar verwachting zijn er verschillen in de ontwikkeling van psychische en somatische gezondheidsproblemen tijdens verblijf in WW of bijstand, zie ook Hoofdstuk 1.3. Figuur 3.6 en Figuur 3.7 onderscheiden de ontwikkeling in het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen en het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen, respectievelijk voor het cohort van instromers in WW in 2012 en instromers in de bijstand in 2012. De figuren laten de ontwikkeling van het aandeel personen met een psychisch (somatisch) gezondheidsprobleem zien ten opzichte van het jaar 2009. Bijvoorbeeld: een percentage van 10 procent in 2012 betekent dat in 2012 10 procent meer personen een gezondheidsprobleem heeft dan in 2009. Een percentage van -20 procent in 2013 betekent dat in 2013 20 procent minder personen een gezondheidsprobleem heeft dan in 2009. Het gaat in de figuren dus om procentuele veranderingen in het aandeel mensen met psychische of somatische gezondheidsproblemen.⁹

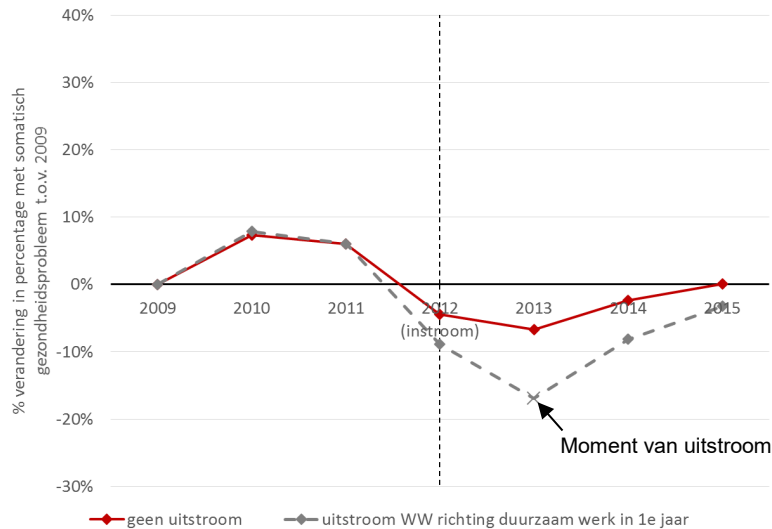
⁹ Dat is gedaan om te voorkomen dat niveaunderschillen tussen het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen en het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen het beeld verstoren. Dit wijkt daarmee af van de voorgaande figuren in paragraaf 3.1, welke het niveau (percentage met gezondheidsproblemen) in elk van de jaren betreffen.

Figuur 3.6 Met name een toename in het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen in de jaren voor instroom in WW

(a) Psychische gezondheidsproblemen



(b) Somatische gezondheidsproblemen



De figuren tonen het aandeel personen met gezondheidsproblemen ten opzichte van het jaar 2009. De bovenste figuur doet dat voor het aandeel met psychische gezondheidsproblemen, de onderste figuur voor het aandeel met somatische gezondheidsproblemen. De stippellijn geeft het moment van instroom aan. Het kruis geeft voor de groep die na een jaar uitstroomt het moment van uitstroom aan. Alleen de groep die niet uitstroomt en de groep die na een jaar uitstroomt zijn weergegeven. Het beeld voor de overige groepen is vergelijkbaar. Personen kunnen zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen hebben. De twee categorieën sluiten elkaar niet uit en tellen dus niet op tot het totale aandeel personen met een gezondheidsprobleem. Van de niet-uitstromers heeft 8 procent in 2009 een psychisch gezondheidsprobleem en 27 procent een somatisch gezondheidsprobleem. Voor de uitstromers in het eerste jaar heeft 5 procent een psychisch gezondheidsprobleem en 22 procent een somatisch gezondheidsprobleem.

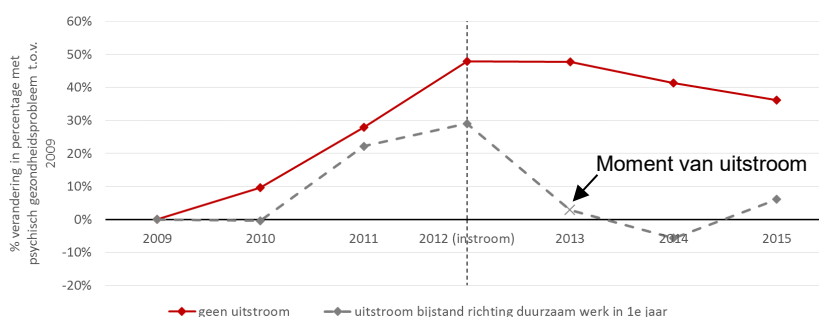
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Vooral het aandeel personen met psychische gezondheidsproblemen neemt toe in de jaren voorafgaand aan instroom in de WW (bovenin Figuur 3.6). Ook het aandeel met somatische gezondheidsproblemen neemt toe maar die toename is procentueel minder sterk (onderin Figuur 3.6). In het jaar van instroom zelf neemt zowel het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen als het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen af ten opzichte van het voorgaande jaar. Voor de groep die uitstroomt in het eerste jaar nemen vervolgens de psychische en de somatische gezondheidsproblemen af in het jaar van uitstroom. Die afname is sterker dan de afname

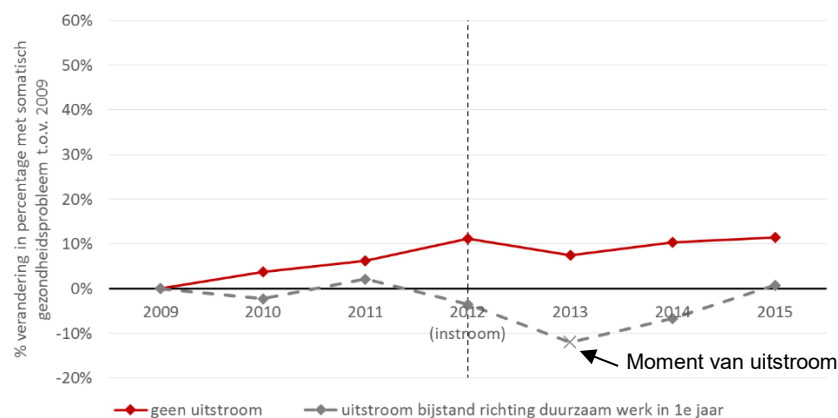
voor de groep niet-uitstromers in diezelfde periode. Na 2013 neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen (zowel psychische als somatische) in beide groepen weer toe. De toename in de groep die na één jaar is uitgestroomd, is sterker dan de toename in de groep niet-uitstromers. In het algemeen is het patroon in het aandeel mensen met psychische en somatische gezondheidsproblemen dus vergelijkbaar voor degenen die niet-uitstromen en degenen die na één jaar weer uitstromen. De veranderingen zijn echter sterker voor de groep die na één jaar weer uitstroomt uit WW naar duurzaam werk. Bovendien zijn de veranderingen in het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen sterker dan de veranderingen in het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen. Dat geldt echter ook voor degenen die niet instromen in WW in 2012 tot en met 2015 (deze zijn niet weergegeven in Figuur 3.6 en Figuur 3.7).

Figuur 3.7 Vooral stijging in aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen in jaren voorafgaand aan instroom in bijstand

(a) Psychische gezondheidsproblemen



(b) Somatische gezondheidsproblemen



De figuren tonen het aandeel personen met een gezondheidsprobleem ten opzichte van het jaar 2009. De bovenste figuur doet dat voor het aandeel met psychische gezondheidsproblemen, de onderste figuur voor het aandeel met somatische gezondheidsproblemen. De stippelijijn geeft het moment van instroom voor beide groepen aan. Het kruis geeft voor de groep die na een jaar uitstroomt het moment van uitstroom aan. Alleen de groep die niet uitstroomt en de groep die na een jaar uitstroomt zijn weergegeven. Het beeld voor de overige groepen is vergelijkbaar. Personen kunnen zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen hebben. De twee categorieën sluiten elkaar niet uit en tellen dus niet op tot het totale aandeel personen met een gezondheidsprobleem. Van de niet-uitstromers heeft 13 procent in 2009 een psychisch gezondheidsprobleem en 36 procent een somatisch gezondheidsprobleem. Voor de uitstromers in het eerste jaar heeft 8 procent een psychisch gezondheidsprobleem en 26 procent een somatisch gezondheidsprobleem.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Ook voor de bijstand geldt dat met name het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen toeneemt in de jaren voorafgaand aan instroom, zie Figuur 3.7. Deze ontwikkeling is sterker

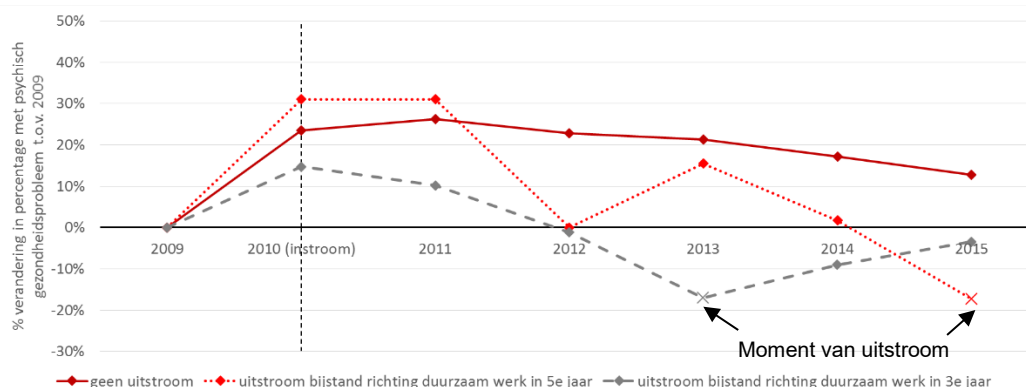
voor de groep niet-uitstromers dan voor de groep die uitstroomt in het eerste jaar. Voor degenen die uitstromen nemen de psychische gezondheidsproblemen sterk af in het jaar van uitstroom. Voor de niet-uitstromers neemt het aandeel personen met een psychisch gezondheidsprobleem af, maar deze afname is veel beperkter dan bij de groep uitstromers. Soortgelijke patronen zijn zichtbaar in het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen, maar deze veranderingen zijn veel minder sterk dan de veranderingen in het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen.

Bij langduriger verblijf in de bijstand lijkt uitstroom voorafgegaan te worden door een afname in zowel het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen als het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen, zie Figuur 3.8. Deze figuur laat voor het cohort van instromers in de bijstand in 2010 de ontwikkeling in het aandeel mensen met psychische (boven) en somatische (onder) gezondheidsproblemen zien.¹⁰ Het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen neemt echter ook af in de groep die niet meer uit de bijstand stroomt (tot en met 2015), alhoewel deze afname beperkter in omvang is. In het jaar van instroom in de bijstand is de toename van het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen sterker dan de toename van het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen. De afname van het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen in de jaren voorafgaand aan uitstroom uit de bijstand is sterker dan de afname van het aandeel mensen met somatische gezondheidsproblemen. Dit bevestigt de eerdere bevindingen.

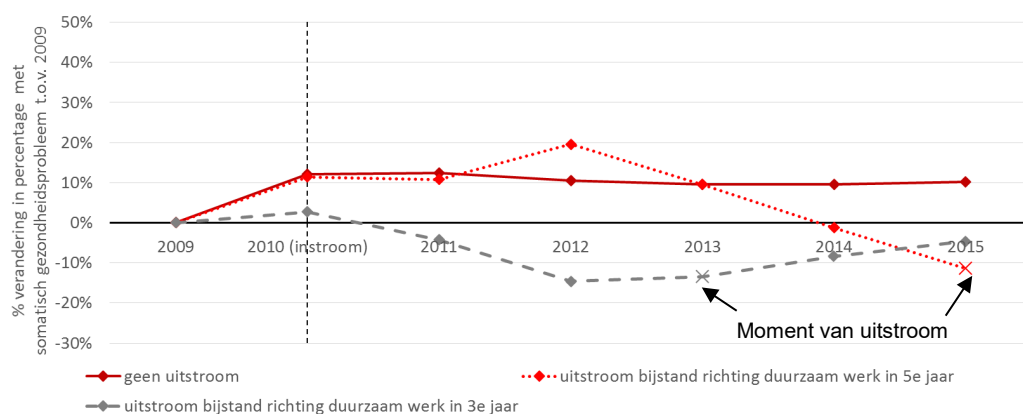
¹⁰ De ontwikkelingen in het aandeel mensen met (met name) psychische gezondheidsproblemen verlopen wat schoksgewijzer dan de ontwikkelingen in voorgaande figuren. Hierin speelt mee dat de achterliggende aantallen observaties klein worden wanneer de uitsplitsing naar psychische en somatische gezondheidsproblemen wordt gecombineerd met de uitsplitsing naar moment van uitstroom. Dat geldt met name voor de groepen die na 3 en na 5 jaar uitstromen.

Figuur 3.8 Afname psychische gezondheidsproblemen in de jaren voorafgaand aan uitstroom uit de bijstand sterker dan afname somatische gezondheidsproblemen

(a) Psychische gezondheidsproblemen



(b) Somatische gezondheidsproblemen



De figuren tonen het aandeel personen met een gezondheidsprobleem ten opzichte van het eerste jaar, 2009. De bovenste figuur doet dat voor het aandeel met psychische gezondheidsproblemen, de onderste figuur voor het aandeel met somatische gezondheidsproblemen. De stippellijn geeft het moment van instroom voor beide groepen aan. De kruizen geven voor de groepen die uitstromen het moment van uitstroom aan. Alleen de niet-uitstromers, de groep die na drie jaar uitstroomt en de groep die na vijf jaar uitstroomt zijn weergegeven. Het beeld voor de overige groepen is vergelijkbaar. Personen kunnen zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen hebben. De twee categorieën sluiten elkaar niet uit en tellen dus niet op tot het totale aandeel personen met een gezondheidsprobleem. Van de niet-uitstromers heeft 15 procent in 2009 een psychisch gezondheidsprobleem en 38 procent een somatisch gezondheidsprobleem. Voor de uitstromers in het derde jaar heeft 10 procent een psychisch gezondheidsprobleem en 31 procent een somatisch gezondheidsprobleem. Voor de uitstromers in het vijfde jaar heeft 11 procent een psychisch gezondheidsprobleem en 30 procent een somatisch gezondheidsprobleem.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

3.3 Conclusies

De figuren in dit hoofdstuk geven een eerste inzicht in de relatie tussen gezondheidsproblemen en in- en uitstroom in en uit WW en bijstand. De gezondheid verslechtert in de jaren voorafgaand aan instroom in de bijstand. Dat is nauwelijks het geval bij instroom in WW. De verslechtering van gezondheid voorafgaand aan instroom in de bijstand is met name zichtbaar in een toename van het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen. Deze ontwikkelingen treden niet op bij de groep mensen die in de periode 2012 tot en met 2015 niet instroomt in de bijstand. De geobserveerde trends zijn daarom waarschijnlijk niet ontstaan door een verslechtering van de gezondheid met leeftijd.

In de jaren voorafgaand aan uitstroom uit WW en bijstand (richting duurzaam werk) is er een afname in het aandeel mensen met gezondheidsproblemen. Dat geldt vooral voor het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen. De samenhang tussen het aandeel somatische gezondheidsproblemen, instroom in WW of bijstand en uitstroom uit WW of bijstand lijkt minder sterk. In de groep die niet uitstroomt binnen vijf jaar, blijft het aandeel mensen met gezondheidsproblemen na instroom redelijk constant. Tot slot blijkt dat degenen die uitstromen uit WW of bijstand vóór instroom al gezonder zijn dan degenen die na instroom niet meer uitstromen uit WW of bijstand.

Deze beschrijvende statistieken zijn een eerste stap in het verkennen van de verbanden tussen gezondheid en participatie. Of deze verbanden standhouden wanneer gecorrigeerd wordt voor allerlei achtergrondkenmerken, wordt in de volgende hoofdstukken aan de hand van regressieanalyses onderzocht.

4 Instroom en uitstroom uit WW

De kans om in te stromen in WW en de kans om uit te stromen uit WW verschilt met gezondheid. Het hebben van gezondheidsproblemen hangt samen met een grotere instroomkans en een kleinere uitstroomkans. Dit treedt vooral op bij psychische gezondheidsproblemen, eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen.

4.1 Instroom in WW

Van alle mensen die in Nederland in loondienst werken, is meer dan 3 procent na een jaar ingestroomd in de WW.¹¹ Dit is gebaseerd op alle werkenden in de periode 2009 tot en met 2015 en betreft dus een gemiddelde over die jaren. Mensen die in de WW stromen hebben vaker last van psychische gezondheidsproblemen dan mensen die niet in de WW of bijstand stromen, zie Tabel 4.1. Dit komt vooral doordat de instromers vaker gebruikmaken van GGZ-zorg. Bij somatische gezondheidsproblemen zijn nauwelijks verschillen zichtbaar tussen instromers in WW en mensen die niet instromen. WW-instromers geven wel minder vaak aan dat hun gezondheid goed of zeer goed is en hebben ook een ongezondere leefstijl dan mensen die niet instromen: zij hebben vaker obesitas, roken meer en drinken vaker overmatig alcohol.

Tabel 4.1 Mensen die instromen in WW hebben een iets slechtere gezondheid dan mensen die niet instromen

	Werknemers die binnen een jaar instromen in WW	Geen instroom in WW of bijstand
Gezondheidsmaten		
Geen gezondheidsproblemen	67,3%	69,8%
Psychische gezondheidsproblemen	7,6%	5,6%
Somatische gezondheidsproblemen	19,6%	19,5%
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	5,5%	5,1%
Zelf-gerapporteerde gezondheid (zeer) goed*	80,7%	82,8%
Overmatig alcoholgebruik*	8,7%	7,6%
Roken*	31,2%	22,8%
Obesitas*	12,7%	11,5%
Achtergrondkenmerken		
Man	54,7%	49,7%
18 tot 25 jaar	9,5%	14,5%
25 tot 35 jaar	26,4%	20,0%
35 tot 45 jaar	26,2%	23,6%
45 tot 55 jaar	24,6%	25,6%
55 jaar tot AOW-leeftijd	13,4%	16,2%

¹¹ Verreweg het grootste deel van de WW-instroom komt vanuit loondienst, maar instroom in de WW kan ook plaatsvinden vanuit de Ziektewet. Dit hoofdstuk bespreekt de WW-instroom vanuit werk in loondienst.

Zonder migratieachtergrond	76,2%	80,9%
Niet-westerse migratieachtergrond	13,5%	10,4%
Westerse migratieachtergrond	10,3%	8,8%
Alleenstaande	20,0%	15,4%
Paar zonder kinderen	24,5%	24,8%
Paar met kinderen	38,6%	42,1%
Eigen woning	61,2%	69,2%
Aantal observaties	215.186	7.893.463

De tabel laat beschrijvende statistieken zien in de vorm van gemiddelden in de hele populatie. Er is niet getest op statistische significantie van de verschillen en er is niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Cijfers hebben betrekking op het jaar 2012.

* Deze kenmerken zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor. Dit is een enquête waardoor de omvang van de populatie kleiner is dan bij de overige kenmerken: respectievelijk 4.107 voor WW-instroom en 168.863 voor mensen die niet in WW of bijstand stromen.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

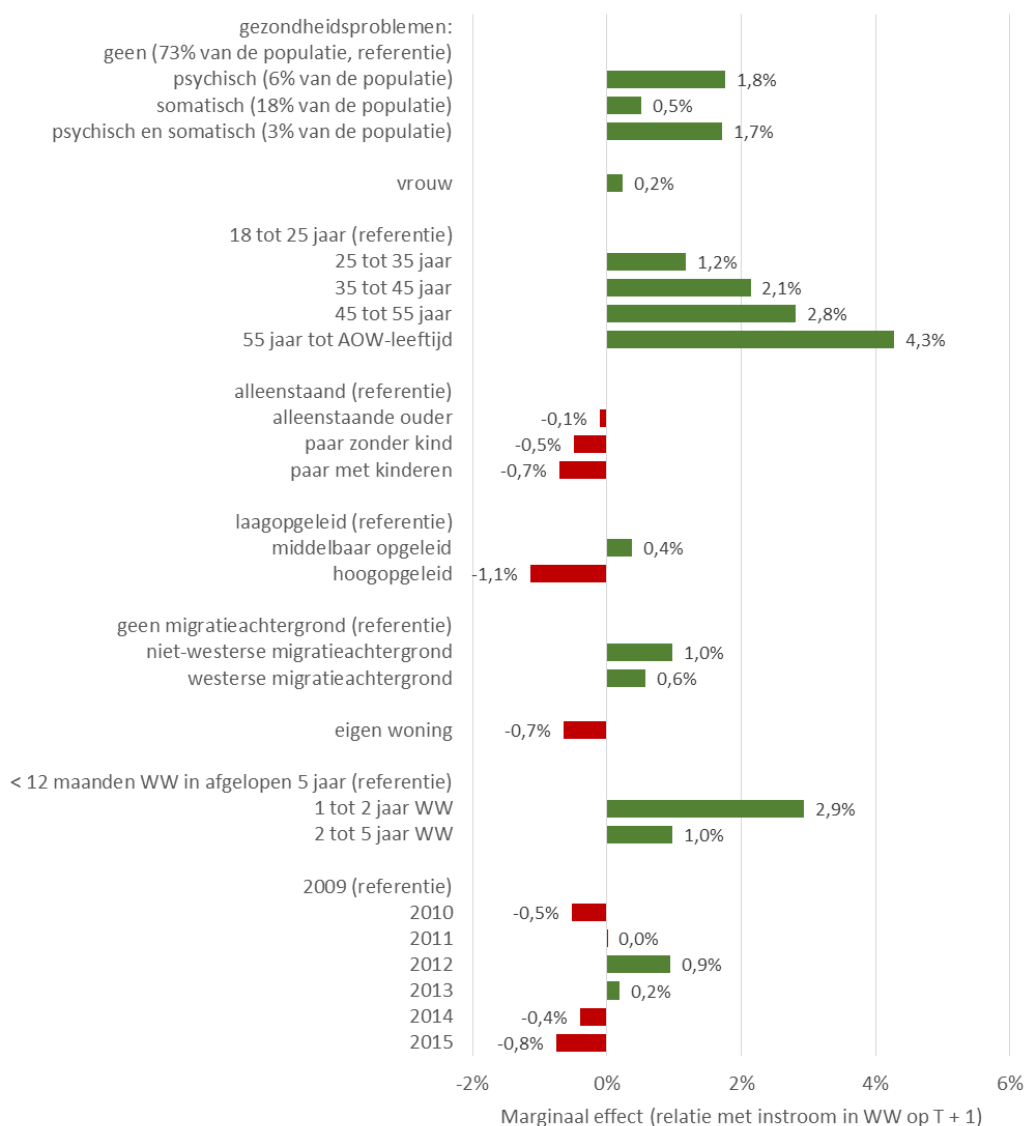
Naast deze gezondheidsverschillen, verschillen ook de achtergrondkenmerken van mensen die wel of niet in de WW stromen. WW-instromers zijn vaker man, van middelbare leeftijd, migrant en alleenstaand en zij hebben minder vaak een eigen woning (Tabel 4.1). De vraag is of de verschillen in gezondheid blijven bestaan als wordt gecorrigeerd voor deze achtergrondkenmerken. Figuur 4.1 toont de resultaten van modelschattingen waarbij gelijktijdig rekening wordt gehouden met verschillen in achtergrondkenmerken en verschillen in gezondheid. De schattingsresultaten (de coëfficiënten) van een logistisch regressiemodel zijn niet direct te interpreteren in termen van omvang. Daarom zijn zogenaamde marginale effecten berekend. Deze marginale effecten laten zien hoeveel groter of kleiner de kans op instroom in WW is voor iemand met een bepaald gezondheidsprobleem of achtergrondkenmerk ten opzichte van iemand zonder dat gezondheidsprobleem of zonder dat achtergrondkenmerk — uitgedrukt in procentpunten.

Werkenden met psychische gezondheidsproblemen (al dan niet in combinatie met somatische gezondheidsproblemen) hebben ongeveer een 1,7 procentpunt grotere kans om in te stromen in WW. Als werkenden alleen somatische gezondheidsproblemen hebben, is de kans op instroom 0,5 procentpunt groter. Voor iemand zonder gezondheidsproblemen is de geschatte kans op instroom in WW, gegeven alle andere achtergrondkenmerken, 2,8 procent. Met psychische gezondheidsproblemen is deze kans dus 62 procent groter, met somatische gezondheidsproblemen 18 procent groter en met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen is de kans om in te stromen in WW 60 procent groter.

Figuur 4.1 toont het basismodel. Daarnaast zijn varianten geschat waarbij de verschillende gezondheidsmaten afzonderlijk zijn opgenomen, of waarbij is gekeken naar de leefstijlindicatoren en zelfgerapporteerde gezondheid. Deze resultaten staan in Tabel B.2 in Bijlage B. Hieruit blijkt dat de verschillen in de kans op instroom in WW naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen met name voortkomen uit verschillen naar het gebruik van medicijnen voor depressie en het gebruik van GGZ-zorg. Bij somatische gezondheidsproblemen gaat het vooral om hoge huisartskosten en hoge Zvw-kosten. Werkenden met een AWBZ-indicatie hebben juist een kleinere kans op instroom in de WW. Deze mensen hebben waarschijnlijk relatief zware aandoeningen en

kunnen daardoor een beroep doen op andere voorzieningen zoals een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Leefstijl hangt beperkt samen met een grotere kans op instroom in de WW: alleen rokers hebben een grotere kans op instroom, werkenden met obesitas of werkenden die overmatig alcohol drinken niet. Nadat is gecorrigeerd voor objectieve gezondheidsmaten en achtergrondkenmerken, verschilt de kans op instroom in WW niet significant voor mensen met een goede of zeer goede zelf-beoordeelde gezondheid ten opzichte van degenen met een matige of (zeer) slechte zelf-beoordeelde gezondheid.

Figuur 4.1 Psychische gezondheidsproblemen hangen samen met een grotere kans om in te stromen in WW, maar de verschillen naar leeftijd zijn groter



Gemiddeld ontvangt 3,1 procent van de werkenden een jaar later een WW-uitkering, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. De figuur laat de geschatte marginale effecten van gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken zien op de kans om vanuit werk in te stromen in WW. De figuur bevat een selectie van de factoren die zijn opgenomen in de modellen, zie Tabel B.1 in Bijlage B voor de volledige schattingsresultaten. Factoren zijn statistisch significant op 5%-niveau, met uitzondering van 'verdringing', 'rest NL' en kalenderjaar 2011 (grijze balk).

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

Figuur 4.1 laat zien dat de verschillen in instroomkans naar (met name psychische) gezondheidsproblemen in vergelijking met de verschillen in instroomkans naar achtergrondkenmerken behoorlijk zijn. Alleen leeftijd (en dan met name ouderen) en het hebben van een WW-verleden van 1 tot 2 jaar hebben grotere geschatte marginale effecten. De kans op instroom in WW vanuit een vast contract voor onbepaalde tijd is kleiner dan die vanuit een flexibel contract of een contract voor bepaalde tijd (circa 3 procentpunt). Dat is logisch omdat de werkgever er in het laatste geval voor kan kiezen om het contract niet te verlengen. Het is de vraag of de verschillen in de kans op instroom in WW naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen groter zijn voor werkenden met een flexibel contract ten opzichte van werkenden met een vast contract. Hiertoe zijn aparte modellen geschat voor werkenden met een vast of flexibel/bepaalde tijd contract (zie Tabel B.2 in Bijlage B). De relatie tussen gezondheidsproblemen (gebruik GGZ-zorg, hoge huisartskosten en hoge Zvw-kosten) en een vergrote kans op instroom in WW is inderdaad sterker voor mensen die een tijdelijk/flexibel contract hebben.

De mate waarin de kans op instroom in WW groter is met gezondheidsproblemen dan zonder gezondheidsproblemen verschilt tussen subgroepen werkenden. Vooral bij ouderen is de kans op instroom in WW met uitsluitend psychische gezondheidsproblemen groter dan de kans op instroom zonder gezondheidsproblemen, zie Tabel 4.2. Vooral voor jongeren (vanaf 25 jaar) is de kans op instroom in WW met somatische gezondheidsproblemen groter dan de kans op instroom zonder gezondheidsproblemen. Vooral voor mannen is de kans op instroom in WW met psychische problemen groter dan de kans op instroom zonder gezondheidsproblemen. Somatische gezondheidsproblemen gaan juist met name voor vrouwen samen met een grotere kans op instroom in WW. Het verschil in de kans op instroom in WW met gezondheidsproblemen ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen, is groter voor hoogopgeleiden dan voor laag- en middelbaaropgeleiden. Ook mensen met een beperkt WW-verleden (ten opzichte van werkenden die de afgelopen vijf jaar minimaal twee jaar in de WW hebben gezeten) hebben een meer vergrote kans op instroom in WW met somatische gezondheidsproblemen dan zonder gezondheidsproblemen. Tot slot hangen somatische gezondheidsproblemen bij werkenden in regio's waar relatief veel werk is samen met een sterker vergrote instroomkans (ten opzichte van de kans voor mensen zonder gezondheidsproblemen) dan bij werkenden in regio's waar minder werk beschikbaar is.

Tabel 4.2 De mate waarin gezondheidsproblemen samenhangen met een vergrote kans op instroom in WW verschilt naar achtergrondkenmerken

Instroomkans WW	Subgroepen naar....				
	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Uitkeringsverleden	Beschikbaarheid van werk
Grotere kans op instroom (t.o.v. zonder gezondheidsproblemen) vooral voor....					
Psychische gezondheidsproblemen	Ouderen	Mannen	Hoogopgeleiden	n.s.	n.s.
Somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	Vrouwen	Hoogopgeleiden	Minder dan een jaar WW	Veel werk
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	n.s.	Hoogopgeleiden	Minder dan een jaar WW	n.s.

Elke kolom geeft de resultaten weer van een model waarin het kenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau enzovoorts) is geïnteracteed met de indicatoren voor gezondheidsproblemen (psychisch, somatisch, psychisch én somatisch). Op die manier is geschat hoeveel groter de kans op instroom in WW is met psychische gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) voor de verschillende subgroepen in termen van het betreffende kenmerk (dus bijvoorbeeld 18- tot 25-jarigen, 25- tot 35-jarigen enzovoorts). De tabel laat vervolgens zien bij welk van deze subgroepen de

kans op instroom met name vergroot is met gezondheidsproblemen (ten opzichte van zonder gezondheidsproblemen). De verschillen in kans op instroom in WW naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen zijn dus groter (instroomkans is meer vergroot) voor ouderen dan voor jongeren. Als er geen statistisch significant verschil is tussen de mate waarin de instroomkans met gezondheidsproblemen groter is voor verschillende subgroepen, staat n.s. weergegeven.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

Over het algemeen lijkt het zo te zijn dat voor werkenden met gunstige arbeidsmarktkenmerken (hoge opleiding, jongere leeftijd, beperkt of geen WW-verleden) de verschillen in instroomkans met en zonder gezondheidsproblemen groter zijn. Mogelijk zijn werknemers met een lage opleiding of een langdurig WW-verleden al minder aantrekkelijk voor de werkgever en zijn de verschillen naar gezondheid daarbovenop vervolgens minder omvangrijk. De groepen voor wie gezondheidsproblemen met name gepaard gaan met een grotere instroomkans hebben een kleinere basiskans op instroom (juist omdat zij gunstige arbeidskenmerken hebben). Er is daardoor meer ruimte voor een verhoging van de kans op instroom in WW met gezondheidsproblemen.

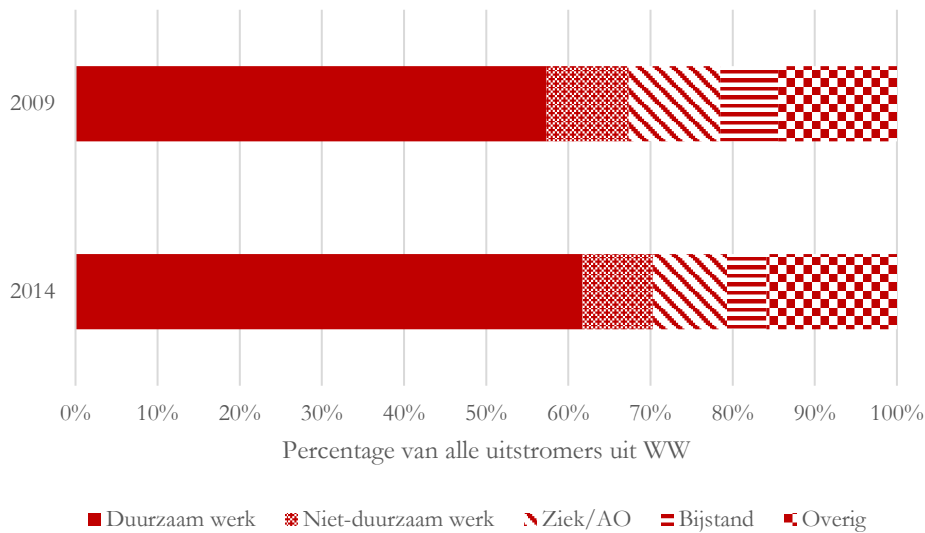
De mate waarin gezondheidsproblemen gepaard gaan met een grotere kans op instroom in WW verschilt nauwelijks naar de duur van die gezondheidsproblemen. Alleen bij het gebruik van medicijnen tegen depressie is het zo dat het gebruik van medicijnen in het afgelopen jaar (en niet in eerdere jaren) sterker samenhangt met een grotere kans op instroom in de WW dan wanneer mensen al meerdere jaren medicijnen slikken. Dit kan samenhangen met de moeite die mensen moeten doen om zich aan te passen aan de nieuwe situatie. Bij mensen die net medicijnen gebruiken voor depressie kan het gaan om een acuut probleem waarmee zij eerst moeten leren omgaan. Van alle mensen die medicijnen tegen depressie gebruiken, gebruikt 20 procent deze in het afgelopen jaar voor het eerst. De rest gebruikt de medicijnen al langer.

Tot slot is ook gekeken naar de samenhang tussen gezondheidsproblemen en WW-instroom op de middellange termijn. Van de werkenden is ongeveer 5 procent drie jaar later in de WW gestroomd. Het beeld sluit aan bij de korte termijn: bij psychische gezondheidsproblemen spelen met name depressie en gebruik van GGZ-zorg een rol en bij somatische gezondheid gaat het om hoge huisartsenkosten en hoge Zvw-kosten. Bij leefstijl geldt nu dat de instroomkans niet alleen verschilt met roken, maar ook met overmatig alcoholgebruik.

4.2 Uitstroom uit WW

Van de mensen die een WW-uitkering ontvangen, is 56 procent na een jaar uitgestroomd. Dit is gemeten over alle WW'ers in de periode 2009 tot en met 2014. Uitstroom kan in verschillende richtingen plaatsvinden; Figuur 4.2 laat dit zien voor het jaar 2009 (dus uitgestroomd in 2010) en 2014 (dus uitgestroomd in 2015). Het merendeel van deze mensen stroomt uit richting duurzaam werk (circa 60 procent; dat wil zeggen: 27 procent van alle WW'ers), een kleiner deel naar niet-duurzaam werk (9 procent). Onder duurzaam werk wordt verstaan dat mensen zowel in het jaar van uitstroom als in het jaar daarna werk hebben. Het kan hier om loondienst of werk als zelfstandige gaan.

Figuur 4.2 Ongeveer 60 procent van de WW'ers die een jaar later uitstromen doen dat naar duurzaam werk



De figuur beschrijft de situatie van WW'ers na één jaar. Voor het jaar 2009 betekent dat de situatie in 2010, voor WW'ers in 2014 is dat de situatie in 2015. Duurzaam werk is gedefinieerd als het hebben van werk (in loondienst of als zelfstandige) zowel in het jaar van uitstroom als in het jaar daarna (dus voor 2009 betekent dat werk in 2010 en 2011). Niet-duurzaam werk is gedefinieerd als werk (in loondienst of als zelfstandige) in 2010, maar niet in 2011.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

De mensen die uitstromen uit WW verschillen in gezondheid van degenen die niet uitstromen. Het aandeel mensen zonder gezondheidsproblemen is vrijwel gelijk onder de uitstromers en degenen die in WW blijven, zie Tabel 4.3.¹² Degenen die uitstromen hebben daarentegen vaker psychische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen) en juist minder vaak somatische gezondheidsproblemen. Mensen die uitstromen uit WW geven iets vaker aan dat zij hun gezondheid als goed of zeer goed beoordelen dan de mensen die in WW blijven. De mensen die uitstromen hebben minder vaak te maken met ernstig overgewicht of overmatig alcoholgebruik. Zij roken wel iets vaker.

¹² Uitstroom uit WW naar bijstand wordt hierbij buiten beschouwing gelaten. Deze groep komt in hoofdstuk 5 uitgebreid afzonderlijk aan bod (paragraaf 5.2).

Tabel 4.3 Mensen die uit WW stromen hebben vaker psychische maar minder vaak somatische gezondheidsproblemen dan mensen die in WW blijven

	Mensen die na een jaar uit WW gestroomd zijn	Mensen die in WW blijven
Gezondheidsmaten		
Geen gezondheidsproblemen	64,6%	64,8%
Psychische gezondheidsproblemen	8,1%	7,2%
Somatische gezondheidsproblemen	20,5%	21,9%
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	6,8%	6,1%
Zelf-gerapporteerde gezondheid (zeer) goed*	78,5%	77,1%
Overmatig alcoholgebruik*	8,5%	11,3%
Roken*	32,2%	31,5%
Obesitas*	13,9%	16,8%
Achtergrondkenmerken		
Man	52,4%	55,7%
18 tot 25 jaar	9,4%	1,4%
25 tot 35 jaar	27,7%	8,0%
35 tot 45 jaar	26,0%	22,4%
45 tot 55 jaar	23,0%	36,0%
55 jaar tot AOW-leeftijd	14,0%	32,2%
Zonder migratieachtergrond	74,4%	77,0%
Niet-westerse migratieachtergrond	14,9%	12,3%
Westerse migratieachtergrond	10,6%	10,7%
Alleenstaande	19,9%	22,3%
Paar zonder kinderen	25,2%	29,2%
Paar met kinderen	38,6%	37,1%
Eigen woning	59,7%	61,1%
Aantal observaties	138.634	131.937

De tabel laat beschrijvende statistieken zien in de vorm van gemiddelden in de hele populatie. Er is niet getest op statistische significantie van de verschillen en er is niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Cijfers hebben betrekking op het jaar 2012.

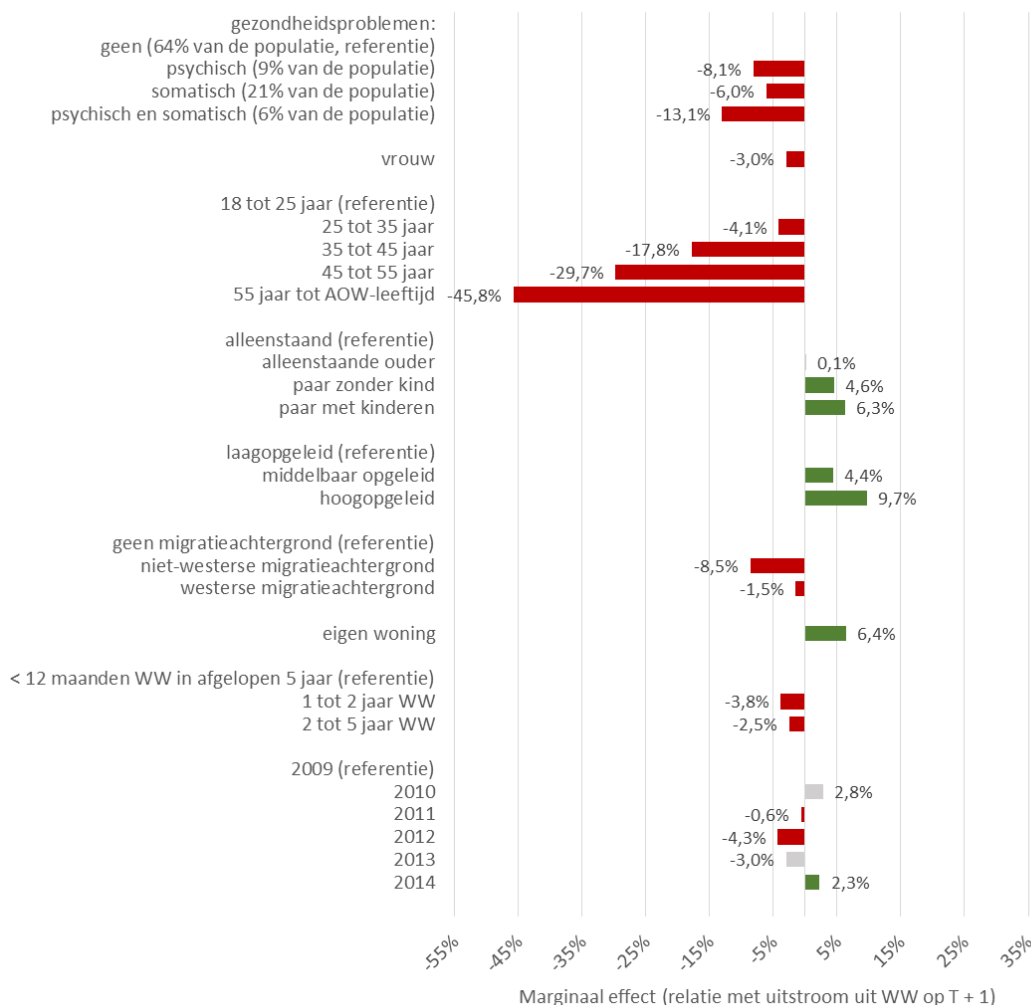
* Deze kenmerken zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor. Dit is een enquête waardoor de omvang van de populatie kleiner is dan bij de overige kenmerken: respectievelijk 2.738 voor WW-uitstroom en 3.029 voor mensen die in WW blijven.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

Naast deze verschillen in gezondheid verschillen ook de achtergrondkenmerken van mensen die wel of niet uit WW stromen. WW-uitstromers zijn vaker vrouw, jonger en migrant (Tabel 4.3). Zij zijn minder vaak alleenstaand en hebben minder vaak een eigen woning. De vraag is of de verschillen in gezondheid blijven bestaan als wordt gecorrigeerd voor deze achtergrondkenmerken. Figuur 4.3 toont de resultaten van modelschattingen waarbij gelijktijdig rekening wordt gehouden met verschillen in achtergrondkenmerken en verschillen in gezondheid. Belangrijk om op te merken is dat uitstroom uit WW samenhangt met de opgebouwde WW-rechten en dus de maximale WW-

duur. Dat verschilt mogelijk naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen en naar achtergrondkenmerken. De duur van de WW hangt bijvoorbeeld af van het aantal jaren dat iemand gewerkt heeft. Daardoor zullen oudere werknemers vaker meer opgebouwde WW-rechten hebben dan jongere werknemers. Deze opgebouwde WW-rechten worden niet geobserveerd. Er kan daarom in de modellen niet exact voor worden gecorrigeerd. Dat betekent dat een deel van de gevonden relatie tussen achtergrondkenmerken, gezondheidsproblemen en uitstroom uit WW mogelijk verklaard kan worden door een verschil in opgebouwde WW-rechten.

Figuur 4.3 Gezondheidsproblemen hangen samen met minder uitstroom uit WW naar duurzaam werk, alleen de verschillen naar leeftijd zijn groter



Gemiddeld is 27,1 procent van de WW'ers een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. De figuur laat de geschatte marginale effecten van gezondheids-indicatoren en achtergrondkenmerken zien op de kans om uit te stromen vanuit WW richting duurzaam werk. De figuur bevat een selectie van de factoren die zijn opgenomen in de modellen. Zie Tabel B.1 in Bijlage B voor een complete tabel met schattingsresultaten. Factoren zijn statistisch significant op 5%-niveau, met uitzondering van de lichtgrijze staafjes.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

WW'ers met psychische gezondheidsproblemen hebben een kleinere kans om uit te stromen uit WW naar duurzaam werk dan mensen zonder gezondheidsproblemen (Figuur 4.3). Als er alleen sprake is van psychische problemen is de uitstroomkans ongeveer 8 procentpunt kleiner. Als er

zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen zijn, dan is de uitstroomkans 13 procentpunt kleiner. Ook met uitsluitend somatische problemen is de kans op uitstroom naar duurzaam werk kleiner, alhoewel het verschil in uitstroomkans ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen kleiner is dan het verschil met psychische problemen. Voor iemand zonder gezondheidsproblemen is de geschatte kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk, gegeven alle andere achtergrondkenmerken, 35 procent. Met psychische gezondheidsproblemen is deze kans dus 23 procent kleiner, met somatische gezondheidsproblemen 17 procent kleiner en met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen is de kans om uit te stromen uit WW richting duurzaam werk 37 procent kleiner.

Bij psychische gezondheidsproblemen hangen vooral het gebruik van medicijnen voor depressie, psychose en bipolaire stoornis en het gebruik van GGZ-zorg samen met een kleinere uitstroomkans, zie Tabel B.3 in Bijlage B voor de schattingsresultaten. Bij somatische gezondheidsproblemen gaat het vooral om hoge Zvw-kosten en – in mindere mate – om hoge huisartskosten en het gebruik van medicijnen tegen epilepsie of neuropatische pijn. Ook een AWBZ-indicatie hangt samen met een behoorlijk kleinere uitstroomkans. Er is nauwelijks verschil in de kans op uitstroom naar duurzaam werk met leefstijl: alleen obesitas hangt samen met een kleinere uitstroomkans. Zelf-gerapporteerde gezondheid is niet statistisch significant. Voor de analyses van leefstijl en zelf-gerapporteerde gezondheid geldt wel dat de aantallen klein zijn, waardoor minder snel statistisch significante verschillen gevonden worden.

De verschillen in de kans op duurzame uitstroom uit WW naar gezondheidsproblemen zijn behoorlijk in vergelijking met de verschillen naar achtergrondkenmerken. Alleen de verschillen naar leeftijd (en dan met name ouderen) zijn groter. Daarnaast zijn de verschillen in uitstroomkans naar opleidingsniveau (vooral hoopgeleiden hebben een grotere uitstroomkans) en niet-westerse migratieachtergrond (kleinere uitstroomkans) omvangrijk.

Gezondheidsproblemen hangen bij jongeren samen met een sterkere afname van de uitstroomkans uit WW dan bij ouderen (Tabel 4.4). Bij mannen zijn de verschillen in de kans op uitstroom naar gezondheidsproblemen groter dan bij vrouwen. Hetzelfde geldt voor laagopgeleiden, WW'ers met een beperkt WW-verleden en WW'ers in regio's waar relatief veel werk beschikbaar is. Het is lastig om deze resultaten te duiden. Voor jongeren en mensen met een beperkt uitkeringsverleden geldt dat de basiskans om uit te stromen groot is: voor jongeren meer dan 50 procent. Er is daardoor meer ruimte voor een afname van de kans op uitstroom. Maar voor laagopgeleiden is de basiskans juist relatief laag.

Tabel 4.4 De mate waarin de kans op uitstroom uit WW naar duurzaam werk verschilt naar gezondheidsproblemen, hangt af van de achtergrondkenmerken

Kans op uitstroom uit WW naar duurzaam werk	Subgroepen naar...					Beschikbaarheid van werk
	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Uitkeringsverleden		
Kleinere kans op uitstroom (t.o.v. zonder gezondheidsproblemen) vooral voor....						
Psychische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen	Laagopgeleiden	Minder dan een jaar WW	n.s.	
Somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen		n.s. Minder dan een jaar WW		Veel werk
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen	Laagopgeleiden	Minder dan een jaar WW		Veel werk

Elke kolom geeft de resultaten weer van een model waarin het kenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau enzovoorts) is geïnteracteed met de indicatoren voor gezondheidsproblemen (psychisch, somatisch, psychisch én somatisch). Op die manier is geschat hoeveel kleiner de kans op uitstroom uit WW naar duurzaam werk is met psychische gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) voor de verschillende subgroepen in termen van het betreffende kenmerk (dus bijvoorbeeld 18- tot 25-jarigen, 25- tot 35-jarigen enzovoorts). De tabel laat vervolgens zien bij welk van deze subgroepen de kans op uitstroom met name verkleind is met gezondheidsproblemen (ten opzichte van zonder gezondheidsproblemen). De verschillen in kans op uitstroom uit WW naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen zijn dus groter (uitstroomkans is meer verkleind) voor jongeren dan voor ouderen. Als er geen statistisch significant verschil is tussen de mate waarin de uitstroomkans met gezondheidsproblemen kleiner is voor verschillende subgroepen, staat n.s. weergegeven.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS-microdata.

De verschillen in uitstroomkans naar gezondheidsproblemen hangen nauwelijks samen met de duur van die gezondheidsproblemen. Alleen bij het gebruik van medicijnen tegen psychose is het zo dat het gebruik van medicijnen in het afgelopen jaar (en niet in eerdere jaren) samenhangt met een kleinere kans op uitstroom uit de WW dan wanneer mensen al meerdere jaren medicijnen gebruiken. Dit kan samenhangen met de moeite die mensen moeten doen om zich aan te passen aan de nieuwe situatie.

Tot slot is ook gekeken naar de samenhang tussen gezondheidsproblemen en WW-uitstroom op de middellange termijn. Van de WW'ers is ongeveer 75 procent drie jaar later uitgestroomd. Ongeveer 30 procent is drie jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk. Het beeld sluit aan bij de korte termijn, ook in termen van de omvang van de verschillen in uitstroomkans naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen.

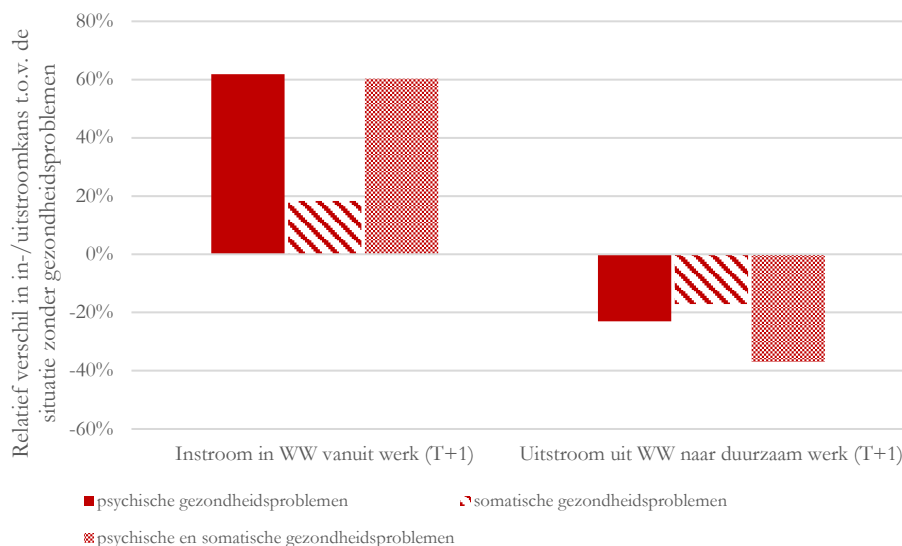
4.3 Conclusies

Zowel de kans op instroom in WW vanuit werk als de kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk verschilt met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen: het hebben van gezondheidsproblemen hangt samen met een grotere instroomkans en een kleinere uitstroomkans. Dit treedt vooral op bij psychische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen). In dit geval gaat het vooral om het gebruik van medicijnen tegen depressie en het gebruik van GGZ-zorg. Maar ook somatische gezondheidsproblemen hangen samen met een grotere kans op instroom in WW vanuit werk en kleinere kans op uitstroom vanuit WW richting duurzaam werk. Dit verschil treedt met name op bij hoge huisartskosten of hoge Zvw-kosten. Zelfgerapporteerde gezondheid en leefstijl (obesitas, roken en overmatig alcoholgebruik) hangen nauwelijks samen met verhoging van de instroomkans of verlaging van de uitstroomkans.

De verschillen in in- en uitstroomkansen naar (met name psychische) gezondheidsproblemen zijn behoorlijk in vergelijking met de verschillen naar achtergrondkenmerken. Alleen de verschillen in in- en uitstroomkansen naar leeftijd (en dan met name ouderen) zijn groter. In vergelijking met de andere achtergrondkenmerken leveren gezondheidsproblemen grotere verschillen op bij de kans op uitstroom dan bij de kans op instroom. Dit komt waarschijnlijk doordat werkgevers meer invloed kunnen uitoefenen op welke mensen zij aannemen dan op welke mensen zij ontslaan (vooral als er sprake is van een vast contract). Bij instroom in WW is ook te zien dat gezondheid een grotere rol speelt bij werknemers met een tijdelijk of flexibel contract. In dat geval kan de werkgever ervoor kiezen om het contract niet te verlengen.

Procentueel gezien is het verschil in de kans op instroom in WW vanuit werk met gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) groot: de kans op instroom met psychische gezondheidsproblemen is ruim 60 procent groter. Figuur 4.4 laat dit zien. De verschillen zijn hier uitgedrukt ten opzichte van de (voorspelde) kans op instroom (kans op uitstroom) zonder gezondheidsproblemen. In procentpunten is dit verschil in instroomkansen veel kleiner (vergelijk met Figuur 4.1) omdat de gemiddelde kans op instroom in WW erg klein is (2,8 procent zonder gezondheidsproblemen). De aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen hangt samen met een ruim 20 procent kleinere kans op uitstroom ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen. Relatief zijn de verschillen in uitstroomkansen naar gezondheidsproblemen dus kleiner dan de verschillen in instroomkansen naar gezondheidsproblemen. Tot slot hangt bij uitstroom vooral de combinatie van psychische en somatische gezondheidsproblemen samen met een kleinere kans op uitstroom, terwijl bij instroom zowel psychische gezondheidsproblemen als de combinatie van psychische en somatische gezondheidsproblemen samengaan met een ver-grote kans op instroom in WW.

Figuur 4.4 Kans op instroom in WW verschilt relatief sterker met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen dan de kans op uitstroom uit WW



De figuur laat zien hoeveel procent groter (kleiner) de kans op instroom in WW vanuit werk (uitstroom uit WW richting duurzaam werk) met verschillende typen gezondheidsproblemen is ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen. Deze verschillen zijn uitgedrukt ten opzichte van de voorspelde kans op instroom (uitstroom) zonder gezondheidsproblemen. Gemiddeld ontvangt 3,1 procent van de werkenden een jaar later een WW-uitkering, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. Gemiddeld

is 27,1 procent van de WW'ers een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De mate waarin gezondheidsproblemen samenhangen met in- of uitstroom verschilt naar achtergrondkenmerken. Zo hebben jongeren (mannen, mensen met een beperkt WW-verleden en mensen in regio's met veel werk) met gezondheidsproblemen over het algemeen een grotere kans om in te stromen in de WW en een kleinere kans om uit te stromen uit de WW dan ouderen (vrouwen, mensen met een langer WW-verleden en mensen in regio's met weinig werk) met gezondheidsproblemen. Met name hoogopgeleiden hebben een grotere kans op instroom in WW met gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen), maar eenmaal in WW zijn de verschillen in uitstroomkans naar gezondheidsproblemen juist relatief beperkt voor hoogopgeleiden.

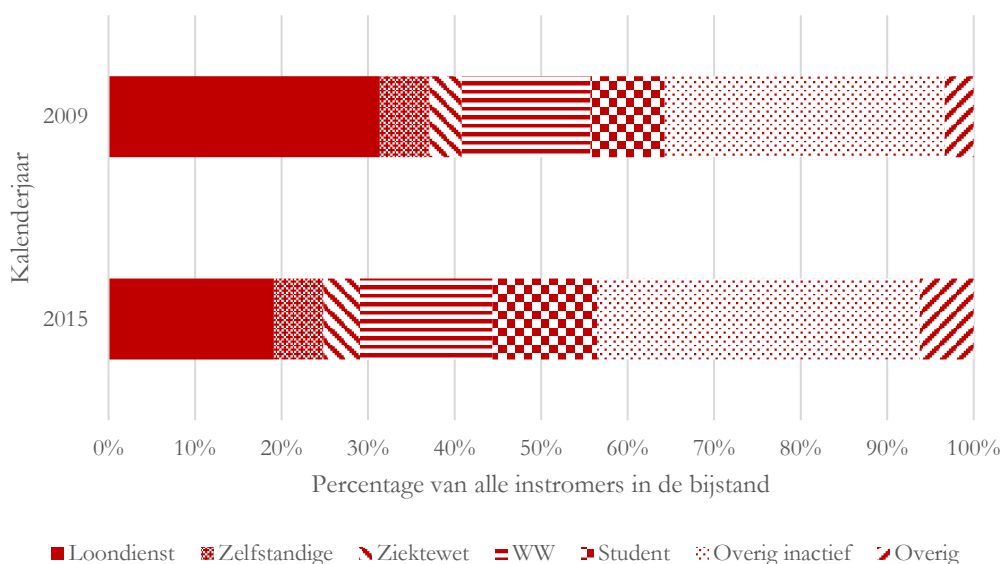
5 Instroom in en uitstroom uit de bijstand

Gezondheidsproblemen spelen zowel bij instroom in de bijstand, doorstroom van WW naar bijstand als bij uitstroom uit de bijstand een rol: het hebben van gezondheidsproblemen hangt samen met een grotere instroomkans, een grotere doorstroomkans en een kleinere uitstroomkans. Dit treedt vooral op bij psychische gezondheidsproblemen, eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen.

5.1 Instroom in de bijstand

Van alle Nederlanders zonder bijstandsuitkering in de leeftijd van 18 jaar tot de AOW-gerechtigde leeftijd is 0,6 procent na een jaar in de bijstand gestroomd. Dat is een gemiddelde gebaseerd op de jaren 2009 tot en met 2015. Deze instromers komen via diverse routes in de bijstand terecht. Figuur 5.1 laat dit zien voor het jaar 2009 (dus instroom in 2010) en voor het jaar 2015 (dus instroom in 2016). Het merendeel van de instromers belandt vanuit inactiviteit in de bijstand (ruim 30 procent). Daarnaast komt een behoorlijk aandeel van de instromers vanuit loondienst. In 2009 was dat 31 procent, in 2015 19 procent. De conjunctuur kan een belangrijke reden zijn voor het verschil in instroom in de bijstand uit loondienst tussen 2009 en 2015. Ook doorstroom vanuit WW is een belangrijke instroomroute in de bijstand: 15 tot 20 procent van de instromers bewandelt deze weg. Paragraaf 5.2 gaat apart in op de groep doorstromers, zij worden daarom in het vervolg van deze paragraaf buiten beschouwing gelaten.

Figuur 5.1 Instroom in de bijstand voornamelijk vanuit inactiviteit en vanuit loondienst



De figuur beschrijft de situatie van mensen die een jaar later in de bijstand zijn ingestroomd. Het gaat dus om de situatie in 2009 (2015) van mensen die in 2010 (2016) bijstand ontvangen. De groep overig inactief betreft bijvoorbeeld mensen die rentenieren, niet-uitkeringsgerechtigden en mensen die er bewust voor kiezen om niet te werken.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel 5.1 Instromers in de bijstand hebben een slechtere gezondheid dan de mensen die niet in WW of bijstand stromen

	Mensen die na een jaar in de bijstand zijn gestroomd	Geen instroom in WW of bijstand
Gezondheidsmaten		
Geen gezondheidsproblemen	56,9%	69,8%
Psychische gezondheidsproblemen	12,2%	5,6%
Somatische gezondheidsproblemen	20,3%	19,5%
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	10,5%	5,1%
Zelf-gerapporteerde gezondheid (zeer) goed*	51,7%	82,8%
Overmatig alcoholgebruik*	6,7%	7,6%
Roken*	43,7%	22,8%
Obesitas*	19,2%	11,5%
Achtergrondkenmerken		
Man	48,0%	49,7%
18 tot 25 jaar	24,9%	14,5%
25 tot 35 jaar	30,6%	20,0%
35 tot 45 jaar	21,4%	23,6%
45 tot 55 jaar	16,9%	25,6%
55 jaar tot AOW-leeftijd	6,2%	16,2%
Laagopgeleid	38,6%	11,5%
Middelbaar opgeleid	31,6%	25,7%
Hoogopgeleid	6,0%	18,1%
Opleidingsniveau onbekend	23,1%	44,7%
Zonder migratieachtergrond	52,8%	80,9%
Niet-westerse migratieachtergrond	36,6%	10,4%
Westerse migratieachtergrond	10,6%	8,8%
Alleenstaande	26,4%	15,4%
Alleenstaande ouder	10,6%	3,8%
Paar zonder kinderen	12,3%	24,8%
Paar met kinderen	26,6%	42,1%
Eigen woning	22,6%	69,2%
Aantal observaties	55.010	7.893.463

De tabel laat beschrijvende statistieken zien in de vorm van gemiddelden in de hele populatie. Er is niet getest op statistische significantie van de verschillen en er is niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Cijfers hebben betrekking op het jaar 2012.

* Deze kenmerken zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor. Dit is een enquête en geen integraal bestand, waardoor de omvang van de populatie kleiner is dan bij de overige kenmerken: respectievelijk 567 voor de instromers in de bijstand en 168.863 voor mensen die niet in WW of bijstand stromen. Voor de overige kenmerken geldt de omvang van de groepen die weergegeven staat in de tabel.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De mensen die instromen in de bijstand hebben vaker gezondheidsproblemen dan degenen die niet instromen in de bijstand: 43 procent van de instromers heeft gezondheidsproblemen tegenover

30 procent van degenen die niet instromen. Met name het verschil in aanwezigheid van psychische problemen of zowel psychische als somatische problemen is groot. Tabel 5.1 laat dit zien. 12 procent van de instromers heeft uitsluitend psychische gezondheidsproblemen, terwijl 6 procent van degenen die niet in WW of bijstand stromen te maken heeft met psychische gezondheidsproblemen. Daarnaast heeft bijna 11 procent van de instromers zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen, terwijl dat voor slechts 5 procent van de niet-instromers geldt. Bovendien geven instromers in de bijstand minder vaak aan dat zij een goede of zeer goede gezondheid hebben. Dit verschil is groot: 52 procent van de instromers ervaart de gezondheid als (zeer) goed, tegenover 83 procent van degenen die niet in WW of bijstand stromen. Tot slot hebben instromers in de bijstand een ongezontere leefstijl: zij roken vaker en zij hebben vaker obesitas.¹³

De beschreven verschillen in de gezondheid van instromers in de bijstand en niet-instromers kunnen samenhangen met verschillen in achtergrondkenmerken van deze twee groepen. Instromers in de bijstand zijn vaker jonger dan 35, laagopgeleid, alleenstaand of alleenstaande ouder, migrant en zijn minder vaak in het bezit van een eigen woning (Tabel 5.1). De vraag is of de verschillen in de gezondheidssituatie blijven bestaan na correctie voor deze verschillen in achtergrondkenmerken. Figuur 5.2 laat een selectie van de schattingsresultaten zien van een model waarin de kans op instroom in de bijstand gelijktijdig wordt verklaard uit zowel achtergrondkenmerken als indicatoren voor psychische en/of somatische gezondheidsproblemen. De volledige tabel met schattingsresultaten is opgenomen in Tabel B.1 in Bijlage B.

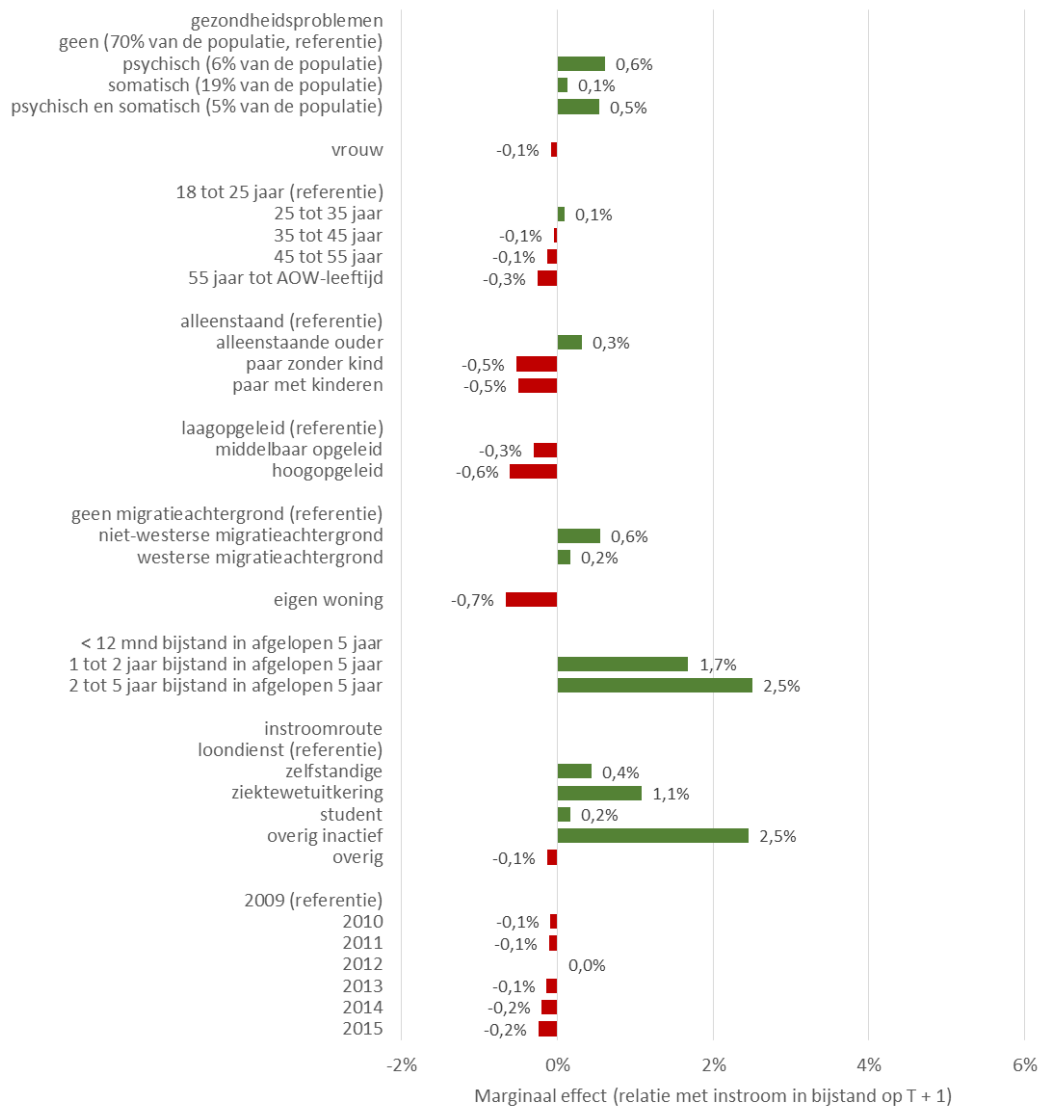
Figuur 5.2 laat zien dat mensen met psychische gezondheidsproblemen (al dan niet samen met somatische gezondheidsproblemen) vaker instromen in de bijstand dan degenen zonder gezondheidsproblemen, ook nadat gecorrigeerd is voor allerlei geobserveerde achtergrondkenmerken. Gemiddeld is 0,6 procent van de mensen zonder WW en bijstand na een jaar in de bijstand gestroomd; bij degenen met uitsluitend psychische gezondheidsproblemen is dit percentage 0,6 procentpunt groter. Dat is een verdubbeling, maar het risico op instroom in bijstand is in het algemeen klein. De verschillen in instroomkans naar opleidingsniveau en migratieachtergrond zijn vergelijkbaar in omvang met de verschillen naar gezondheid. Er treden grotere verschillen in instroomkans op naar bijstandsontvangst in de afgelopen 5 jaar en arbeidsmarktpositie in het jaar voor instroom.

In de analyses is verder ingezoomd op de verschillen in de kans op instroom in de bijstand naar specifieke psychische en somatische gezondheidsproblemen, zie Tabel B.4 in Bijlage B voor de schattingsresultaten. De instroomkans in de bijstand is met name groter voor degenen die medicijnen tegen depressie gebruiken of degenen die een matig of hoog risico op depressie hebben. Degenen met hoge GGZ-kosten hebben een 0,8 procentpunt grotere kans om in te stromen in de bijstand. Dat is ook groot wanneer dit wordt afgezet tegen de verschillen in de kans op instroom in de bijstand naar achtergrondkenmerken. Ook stapeling van medicijngebruik, hoge huisartskosten, hoge overige Zvw-kosten en een acute ziekenhuisopname hangen samen met een grotere kans op instroom in de bijstand. Leefstijl heeft een beperkte relatie met de kans op instroom in de bijstand: rokers en obese mensen hebben een iets grotere kans om in te stromen in de bijstand.

¹³ Tevens zijn er verschillen in de prevalentie van specifieke gezondheidsproblemen. Zo verschilt het percentage mensen met een AWBZ-indicatie: 4,1 procent van de instromers in bijstand heeft een AWBZ-indicatie, tegenover 2,5 procent van degenen die niet instromen in WW of bijstand. Die verschillen zijn in het percentage met een extramuraal AWBZ-indicatie én het percentage met een licht of zwaar zorgzwaartepakket zichtbaar.

Mensen met een (zeer) slechte zelf-gerapporteerde gezondheid hebben een grotere kans op instroom in de bijstand. Dat geldt nadat is gecorrigeerd voor objectieve maten van gezondheidsproblemen. Enerzijds kan dat komen doordat subjectieve gezondheid (zelf-gerapporteerde ervaringen) nog een andere dimensie van gezondheid meet die niet in de objectieve gezondheidsmaten is gevat, anderzijds is het mogelijk dat een slechte zelf-gerapporteerde gezondheid fungeert als *justification* voor bijstand of inactiviteit. Het gebruik van medicijnen tegen psychose, het hebben van een AWBZ-indicatie en een langdurige ziekenhuisopname gaan gepaard met een kleinere kans op instroom in de bijstand. Mogelijk zijn deze aandoeningen van dien aard dat bijvoorbeeld instroom in de WIA of blijvende inactiviteit een gangbaarder alternatief is.

Figuur 5.2 Mensen met psychische gezondheidsproblemen stromen vaker in de bijstand dan mensen zonder gezondheidsproblemen



Gemiddeld is 0,6 procent van de Nederlanders zonder WW of bijstand een jaar later ingestroomd in bijstand, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. De figuur laat de geschatte marginale effecten van gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken zien op de kans om in te stromen in de bijstand. De figuur bevat een selectie van de factoren die zijn opgenomen in de modellen. Zie Tabel B.1 in Bijlage 1 voor de complete tabel met schattingsresultaten. Factoren zijn statistisch significant op 5%-niveau, met uitzondering van de lichtgrijze staafjes.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De mate waarin de kans op instroom in bijstand groter is met (ten opzichte van zonder) gezondheidsproblemen verschilt tussen kortdurende en langdurige gezondheidsproblemen. Langdurig GGZ-gebruik en langdurige zeer hoge overige Zvw-kosten gaan gepaard met een grotere kans op instroom in de bijstand. Mogelijk zijn deze gezondheidsproblemen in eerste instantie nog niet arbeidsbeperkend, maar worden zij dat op termijn wel. Dat kan komen door een verslechtering van de gezondheidssituatie of door bijvoorbeeld het aflopen van de Ziektewet-periode. Anderzijds hangt juist kortdurend gebruik van medicijnen tegen depressie samen met een grotere kans op instroom in de bijstand. Dit kan komen doordat het tijd kost om aan te passen aan de nieuwe situatie, bijvoorbeeld wanneer het gebruik van depressiemedicijnen acuut nodig is.

Psychische gezondheidsproblemen gaan met name voor jongeren, mannen, laagopgeleiden en mensen die in het verleden ook al bijstand hebben ontvangen gepaard met een grotere kans op instroom in de bijstand. Dit kan samenhangen met verschillen in de zwaarte van gezondheidsproblemen. Zwaardere gezondheidsproblemen zullen eerder arbeidsbeperkend zijn. Als jongeren gemiddeld zwaardere gezondheidsproblemen hebben dan ouderen, zullen de verschillen met de instroomkans zonder gezondheidsproblemen groter zijn voor jongeren. Anderzijds kunnen ouderen met gezondheidsproblemen wellicht makkelijker instromen in andere regelingen, zoals vroegpensioen, waardoor zij minder vaak in de bijstand stromen. Het is ook mogelijk dat de minder kansrijke groepen op de arbeidsmarkt (laagopgeleiden en mensen met een bijstandsverleden) nog onaantrekkelijker worden wanneer zij gezondheidsproblemen hebben, zodat de instroomkans met gezondheidsproblemen voor deze groep meer verschilt van de instroomkans zonder gezondheidsproblemen.

In gebieden met weinig werk hangen psychische gezondheidsproblemen (eventueel samen met somatische gezondheidsproblemen) ook samen met een sterker vergrote kans op instroom in de bijstand. Dat kan bijvoorbeeld veroorzaakt worden doordat er meer concurrentie is om de beschikbare banen en werkgevers dus meer ruimte hebben om werknemers te selecteren. De mate waarin somatische gezondheidsproblemen samenhangen met een vergrote instroomkans in de bijstand verschilt minder met achtergrondkenmerken. Zo zijn er geen verschillen naar geslacht en beschikbaarheid van werk. Daarnaast is het beeld veelal vergelijkbaar met de verschillen in de relatie met psychische gezondheidsproblemen: jongeren en mensen met een bijstandsuitkering in het verleden, hebben meer last van gezondheidsproblemen. Opvallend is dat somatische gezondheidsproblemen met name voor middelbaar opgeleiden samen gaan met een vergrote instroomkans.

Tabel 5.2 De mate waarin de kans op instroom in de bijstand verschilt naar gezondheidsproblemen, hangt af van de achtergrondkenmerken

Kans op instroom in de bijstand	Subgroepen naar...				
	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Uitkeringsverleden	Beschikbaarheid van werk
Grotere kans op instroom (t.o.v. zonder gezondheidsproblemen) vooral voor....					
Psychische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen	Laagopgeleiden	2 tot 5 jaar bijstandsuitkering gehad	Weinig werk
Somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	n.s.	Middelbaar opgeleiden	2 tot 5 jaar bijstandsuitkering gehad	n.s.
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	n.s.	Middelbaar opgeleiden	n.s.	Weinig werk

Elke kolom geeft de resultaten weer van een model waarin het kenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau enzovoorts) is geïnteracteed met de indicatoren voor gezondheidsproblemen (psychisch, somatisch, psychisch én somatisch). Op die manier is geschat hoeveel groter de kans op instroom in de bijstand is met psychische gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) voor de verschillende subgroepen in termen van het betreffende kenmerk (dus bijvoorbeeld 18- tot 25-jarigen, 25- tot 35-jarigen enzovoorts). De tabel laat vervolgens zien bij welk van deze subgroepen de kans op instroom met name vergroot is met gezondheidsproblemen (ten opzichte van zonder gezondheidsproblemen). De verschillen in kans op instroom in de bijstand naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen zijn dus groter (instroomkans is meer vergroot) voor jongeren dan voor ouderen. Als er geen statistisch significant verschil is tussen de mate waarin de instroomkans met gezondheidsproblemen groter is voor verschillende subgroepen, staat n.s. weergegeven.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tot slot is gekeken naar de instroom in de bijstand op middellange termijn. Van alle Nederlanders in de leeftijd van 18 tot AOW is 1,4 procent na drie jaar in de bijstand gestroomd.¹⁴ De rol van gezondheidsproblemen in deze middellange termijn instroom is vergelijkbaar met de rol op korte termijn: met name psychische problemen spelen een rol; somatische gezondheidsproblemen spelen in mindere mate een rol.

5.2 Doorstroom van WW naar bijstand

Als een WW'er zijn WW-rechten heeft opgebruikt en nog geen werk heeft gevonden, kan hij, mits hij recht op bijstand heeft, doorstromen naar bijstand. Doorstroom van WW naar bijstand hangt dus voor een belangrijk deel af van institutionele aspecten: de opgebouwde WW-rechten en het recht op bijstand.

Gemiddeld is 3,4 procent van de WW'ers na een jaar doorgestroomd naar bijstand. De gezondheidssituatie van de mensen die doorstromen van WW naar bijstand (de 'doorstromers') verschilt van de gezondheidssituatie van mensen die niet doorstromen, zie Tabel 5.3. Die laatste groep bevat zowel degenen die in WW blijven als degenen die uitstromen naar bijvoorbeeld werk, inactiviteit of een andere uitkering. De WW'ers die een jaar later doorgestroomd zijn naar bijstand hebben iets vaker gezondheidsproblemen dan de WW'ers die niet doorstromen. De doorstromers hebben vaker psychische problemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen), maar minder vaak somatische problemen. De zelf-gerapporteerde gezondheid van de doorstromers is

¹⁴ Instroom is hierbij gemeten op basis van de arbeidsmarktstatus op tijdstip t en op tijdstip t + 3. Veranderingen in de arbeidsmarktstatus in de tussenliggende periode worden hierin niet meegenomen.

iets slechter dan die van degenen die niet doorstromen. Tot slot hebben de doorstromers een iets ongezondere leefstijl: zij roken iets vaker en gebruiken iets vaker overmatig alcohol.

Tabel 5.3 Doorstromers van WW naar bijstand hebben een slechtere gezondheid dan de mensen die niet doorstromen

	Mensen die na een jaar van WW naar bijstand zijn gestroomd	WW'ers die een jaar later (nog) niet doorgestroomd zijn naar bijstand
Gezondheidsmaten		
Geen gezondheidsproblemen	62,5%	64,7%
Psychische gezondheidsproblemen	11,8%	7,7%
Somatische gezondheidsproblemen	17,7%	21,2%
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	7,9%	6,4%
Zelf-gerapporteerde gezondheid (zeer) goed*	71,9%	77,8%
Overmatig alcoholgebruik*	10,9%	10,0%
Roken*	47,7%	31,8%
Obesitas*	14,1%	15,4%
Achtergrondkenmerken		
Man	61,8%	54,0%
18 tot 25 jaar	9,6%	5,5%
25 tot 35 jaar	37,2%	18,1%
35 tot 45 jaar	30,9%	24,2%
45 tot 55 jaar	20,3%	29,3%
55 jaar tot AOW-leeftijd	2,1%	22,9%
Zonder migratieachtergrond	56,0%	75,7%
Niet-westerse migratieachtergrond	33,6%	13,7%
Westerse migratieachtergrond	10,4%	10,7%
Alleenstaande	41,5%	21,0%
Alleenstaande ouder	15,1%	6,5%
Paar zonder kinderen	8,3%	27,2%
Paar met kinderen	19,0%	37,9%
Aantal observaties	11.778	270.571

De tabel laat beschrijvende statistieken zien in de vorm van gemiddelden in de hele populatie. Er is niet getest op statistische significantie van de verschillen en er is niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Cijfers hebben betrekking op het jaar 2012.

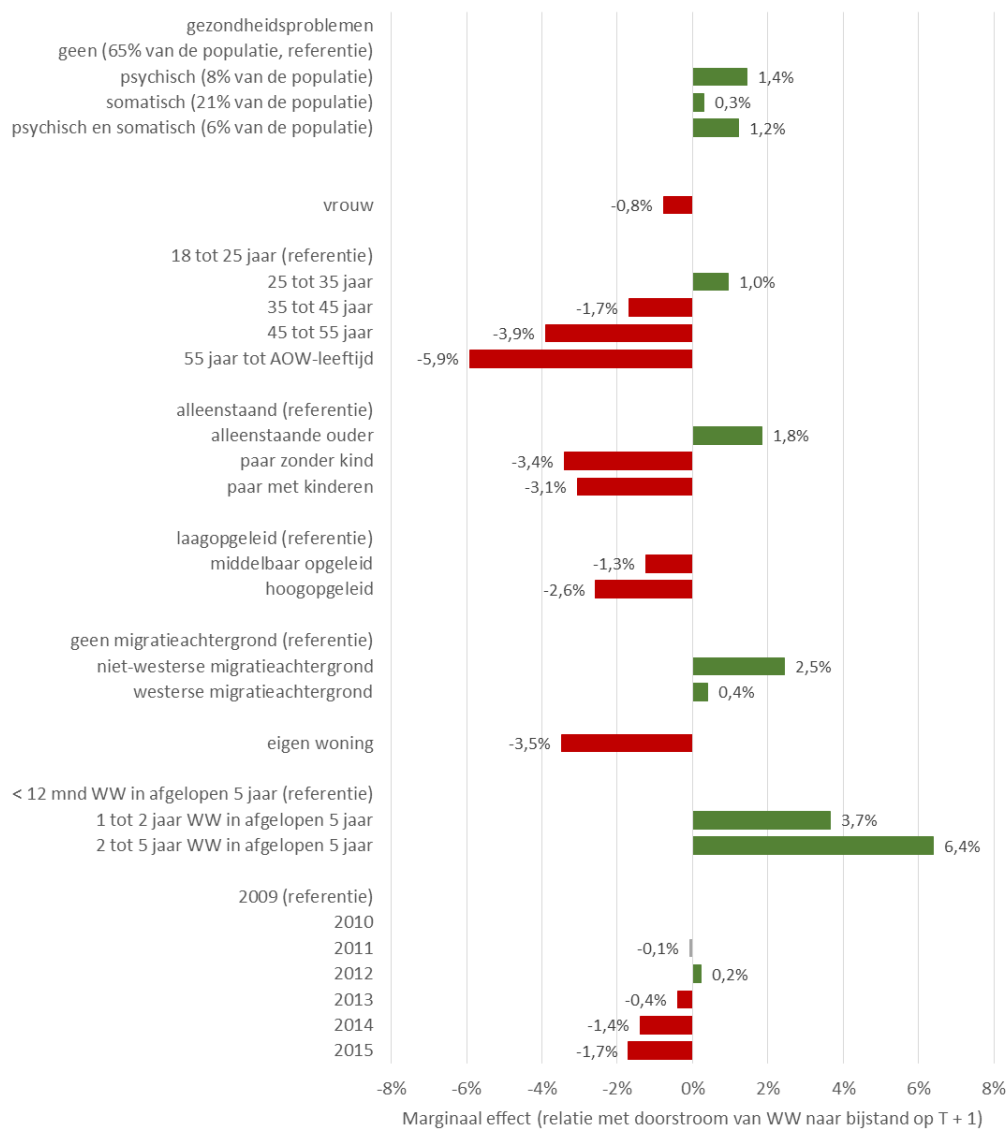
* Deze kenmerken zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor. Dit is een enquête waardoor de omvang van de populatie kleiner is dan bij de overige kenmerken: respectievelijk 567 voor de doorstromers van WW naar bijstand en 5.767 voor mensen die niet doorstromen.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De gezondheid van mensen die doorstromen van WW naar bijstand verschilt van de gezondheid van degenen die niet doorstromen. Dat kan samenhangen met hun kenmerken: doorstromers zijn vaker man, vaker jonger dan 45 jaar, vaker alleenstaand en hebben vaker een niet-westerse migratieachtergrond, zie Tabel 5.3. Figuur 5.3 laat zien welke gezondheidsverschillen zichtbaar blijven

wanneer gelijktijdig met deze achtergrondkenmerken rekening wordt gehouden. Mensen met psychische gezondheidsproblemen, al dan niet in combinatie met somatische gezondheidsproblemen, zijn vaker na een jaar doorgestroomd van WW naar bijstand. De verschillen naar gezondheid zijn echter relatief beperkt wanneer dit wordt afgezet tegen de verschillen naar bijvoorbeeld huishoudsamenstelling en uitkeringsverleden. Zo is de kans op doorstroom voor mensen met psychische gezondheidsproblemen gemiddeld 1,4 procentpunt groter dan die voor mensen zonder deze gezondheidsproblemen. Dat is een verschil van ruim 45 procent. De kans op doorstroom voor 55-plussers is 5,9 procentpunt kleiner dan die voor 18- tot 25-jarigen. De gemiddelde kans op doorstroom van WW naar bijstand is 3,4 procent. De kans om na een jaar te zijn doorgestroomd wordt niet alleen bepaald door de arbeidsmarktkansen, maar ook door de opgebouwde WW-rechten. Die opgebouwde WW-rechten hangen wellicht maar beperkt samen met gezondheidsproblemen, waardoor de doorstroomkans ook maar in beperkte mate verschilt met gezondheidsproblemen. Omdat de opgebouwde WW-rechten niet exact kunnen worden gemeten, is het niet mogelijk om hier expliciet voor te corrigeren.

Figuur 5.3 De verschillen in doorstroomkans naar gezondheid zijn relatief beperkt in omvang



Gemiddeld is 3,4 procent van WW'ers een jaar later doorgestroomd naar bijstand, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. De figuur laat de geschatte marginale effecten van gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken zien op de kans om door te stromen van WW naar bijstand. De figuur bevat een selectie van de factoren die zijn opgenomen in de modellen. Zie Tabel B.1 in Bijlage 1 voor de complete tabel met schattingsresultaten. Factoren zijn statistisch significant op 5%-niveau, met uitzondering van de lichtgrijze staafjes.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Naast de globale indicatoren voor psychische en somatische gezondheidsproblemen is ook naar de achterliggende gezondheidsmaten gekeken. Alle indicatoren voor psychische gezondheidsproblemen (medicijnen tegen depressie, psychose en/of bipolaire stoornis en het gebruik van GGZ-zorg) gaan gepaard met een grotere kans op doorstroom van WW naar bijstand. Ten aanzien van de somatische gezondheidsindicatoren geldt dat de gebruikers van medicijnen tegen astma en/of COPD, diabetes of epilepsie en neuropatische pijn een grotere kans hebben om door te stromen van WW naar bijstand dan degenen die deze medicijnen niet gebruiken. Ook degenen met hoge huisartskosten of een extramurale of lichte intramurale AWBZ-indicatie hebben een grotere kans op doorstroom. De doorstroomkans verschilt niet per leefstijl. Datzelfde geldt voor zelf-gerapporteerde gezondheid. Dat kan komen doordat deze analyses op relatief kleine aantallen observaties zijn gebaseerd. De verschillen in doorstroomkans naar gezondheidsproblemen zijn relatief beperkt. Er is geen sprake van verschillen naar de bestaansduur van gezondheidsproblemen.

Er zijn verschillen in de relatie tussen gezondheidsproblemen en doorstroomkans naar achtergrondkenmerken van mensen. Gezondheidsproblemen (psychisch en/of somatisch) gaan vooral voor jongeren gepaard met een grotere kans op doorstroom naar bijstand. Wanneer jongeren met gezondheidsproblemen eenmaal in de WW belanden is het voor hen wellicht moeilijker om terug te keren naar de arbeidsmarkt, bijvoorbeeld omdat zij meer concurrentie van gezonde jongeren hebben dan voor ouderen geldt. Ook kan het verschil tussen jongeren en ouderen komen doordat het voor deze groepen andere typen psychische gezondheidsproblemen betreft, met een andere mate van arbeidsbeperking. Mannen hebben met name een grotere doorstroomkans wanneer zij psychische gezondheidsproblemen hebben (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen). Mogelijk treden vrouwen met psychische gezondheidsproblemen vaker uit richting inactiviteit in plaats van door te stromen naar bijstand, bijvoorbeeld omdat er nog voldoende inkomen in het huishouden is. De verschillen naar opleidingsniveau zijn diffuus. Tot slot hebben mensen met gezondheidsproblemen met name in gebieden met weinig werk een grotere kans op doorstroom naar bijstand. In gebieden met weinig werk is er meer concurrentie voor de aanwezige banen. Werkgevers hebben dan mogelijk de keuze uit werknemers met en zonder gezondheidsproblemen en zullen eerder bijstandsgerechtigden zonder gezondheidsproblemen aannemen dan bijstandsgerechtigden met gezondheidsproblemen.

Tabel 5.4 De relatie tussen doorstroomkans en gezondheidsproblemen verschilt naar achtergrondkenmerken

Kans op doorstroom van WW naar bijstand	Subgroepen naar...					Beschikbaarheid van werk
	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Uitkeringsverleden	Grotere kans op doorstroom (t.o.v. zonder gezondheidsproblemen) vooral voor....	
Psychische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen	Laagopgeleiden	1 tot 2 jaar WW-uitkering gehad		Weinig werk
Somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	n.s.		n.s. < 12 maanden WW-uitkering gehad		Weinig werk
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	Jongeren	Mannen	Hoogopgeleiden	1 tot 2 jaar WW-uitkering gehad		Weinig werk

Elke kolom geeft de resultaten weer van een model waarin het kenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau enzovoorts) is geïnteracteed met de indicatoren voor gezondheidsproblemen (psychisch, somatisch, psychisch én somatisch). Op die manier is geschat hoeveel groter de doorstroom van WW naar bijstand is met psychische gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) voor de verschillende subgroepen in termen van het betreffende kenmerk (dus bijvoorbeeld 18- tot 25-jarigen, 25- tot 35-jarigen enzovoorts). De tabel laat vervolgens zien bij welk van deze subgroepen de kans op doorstroom van WW naar bijstand met name vergroot is met gezondheidsproblemen (ten opzichte van zonder gezondheidsproblemen). De verschillen in kans op doorstroom van WW naar bijstand naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen zijn dus met name groter (doorstroomkans is meer vergroot) voor jongeren dan voor ouderen. Als er geen statistisch significant verschil is tussen de mate waarin de doorstroomkans met gezondheidsproblemen groter is voor verschillende subgroepen, staat n.s. weergegeven.

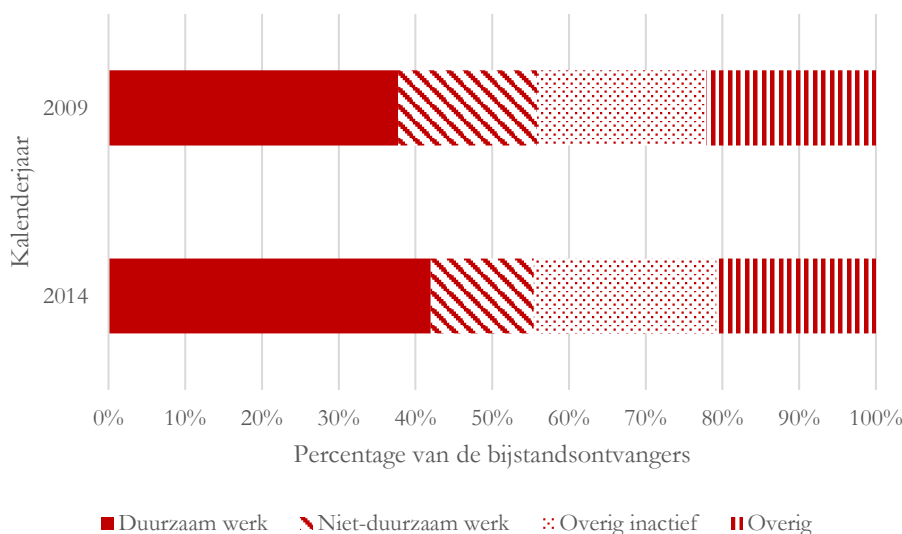
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De relatie tussen gezondheidsproblemen en doorstroom van WW naar bijstand is eveneens op middellange termijn onderzocht. De resultaten zijn vrijwel gelijk aan de resultaten voor de korte termijn van één jaar. De verschillen in doorstroomkans naar gezondheid zijn relatief beperkt in omvang. Voor zover gezondheid een rol speelt, gaat het met name om psychische gezondheidsproblemen.

5.3 Uitstroom uit de bijstand

14 procent van alle bijstandsontvangers is na een jaar uitgestroomd uit de bijstand. Uitstroom vindt in verschillende richtingen plaats, zie Figuur 5.4. Het merendeel van de uitstroom is richting duurzaam werk: 38 procent van de bijstandsontvangers die in een jaar uitstroomt, doet dat richting duurzaam werk. Dat is 5 procent van alle bijstandsontvangers. Duurzaam werk is hierbij gedefinieerd als het hebben van een baan zowel in het jaar van uitstroom als in het jaar daarna. Dat kan werk in loondienst zijn, maar ook werk als zelfstandige. Daarnaast stroomt een deel van de bijstandsgerechtigden uit naar inactiviteit. Dat kan komen doordat zij niet langer recht hebben op bijstand, bijvoorbeeld wanneer een bijstandsgerechtigde een partner met inkomen of vermogen krijgt.

Figuur 5.4 Uitstroom uit de bijstand is met name richting duurzaam werk



De figuur beschrijft de situatie van bijstandsonvangers na één jaar. Voor bijstandsonvangers in het jaar 2009 betekent dat de situatie in 2010, voor bijstandsonvangers in 2014 is dat de situatie in 2015. Duurzaam werk is gedefinieerd als het hebben van werk (in loondienst of als zelfstandige) zowel in het jaar van uitstroom als in het jaar daarna (dus voor 2009 betekent dat werk in 2010 en 2011). Niet-duurzaam werk is gedefinieerd als werk (in loondienst of als zelfstandige) in 2010, maar niet in 2011.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De gezondheidssituatie van degenen die uitstromen uit de bijstand verschilt van de gezondheidssituatie van degenen die hun bijstandsuitkering behouden. Tabel 5.5 laat dit zien. 55 procent van de uitstromers heeft geen gezondheidsproblemen, tegenover 43 procent van degenen die in de bijstand blijven. De uitstromers hebben vooral minder vaak somatische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met psychische gezondheidsproblemen). De uitstromers gebruiken minder vaak medicijnen voor specifieke aandoeningen, hebben minder vaak stapeling van medicijngebruik, hoge huisartskosten of (zeer) hoge overige Zvw-kosten. Ook AWBZ-indicaties komen onder de uitstromers minder vaak voor.¹⁵ Degenen die uitstromen hebben minder vaak obesitas maar drinken en roken ongeveer even vaak als degenen die niet uitstromen. Tot slot is de zelf-gerapporteerde gezondheid van de uitstromers beter: 65 procent van de uitstromers zegt een goede of zeer goede gezondheid te hebben, tegenover 37 procent van degenen die in bijstand blijven.

¹⁵ 11,4 procent van degenen die in bijstand blijven heeft een AWBZ-indicatie. Dat geldt voor 7,2 procent van de uitstromers uit de bijstand. Deze verschillen zijn zowel in het percentage met een extramurale AWBZ-indicatie als in het percentage met een licht of zwaar zorgzwaartepakket zichtbaar.

Tabel 5.5 Uitstromers uit de bijstand hebben een slechtere gezondheid dan de mensen die niet uitstromen

	Mensen die na een jaar uit de bijstand zijn gestroomd	Blijvers in de bijstand
Gezondheidsmaten		
Geen gezondheidsproblemen	55,4%	43,3%
Psychische gezondheidsproblemen	12,0%	12,8%
Somatische gezondheidsproblemen	21,2%	26,5%
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	11,4%	17,4%
Zelf-gerapporteerde gezondheid (zeer) goed*	64,5%	37,3%
Overmatig alcoholgebruik*	7,7%	7,4%
Roken*	43,2%	42,1%
Obesitas*	17,4%	21,6%
Achtergrondkenmerken		
Man	48,4%	41,7%
18 tot 25 jaar	19,4%	4,9%
25 tot 35 jaar	32,5%	20,4%
35 tot 45 jaar	24,0%	26,7%
45 tot 55 jaar	17,5%	30,0%
55 jaar tot AOW-leeftijd	6,6%	18,0%
Zonder migratieachtergrond	50,0%	44,4%
Niet-westerse migratieachtergrond	39,7%	44,7%
Westerse migratieachtergrond	10,3%	10,9%
Alleenstaande	34,3%	39,8%
Alleenstaande ouder	20,9%	25,3%
Paar zonder kinderen	10,2%	8,7%
Paar met kinderen	18,7%	18,5%
Aantal observaties	37.771	270.921

De tabel laat beschrijvende statistieken zien in de vorm van gemiddelden in de hele populatie. Er is niet getest op statistische significantie van de verschillen en er is niet gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Cijfers hebben betrekking op het jaar 2012.

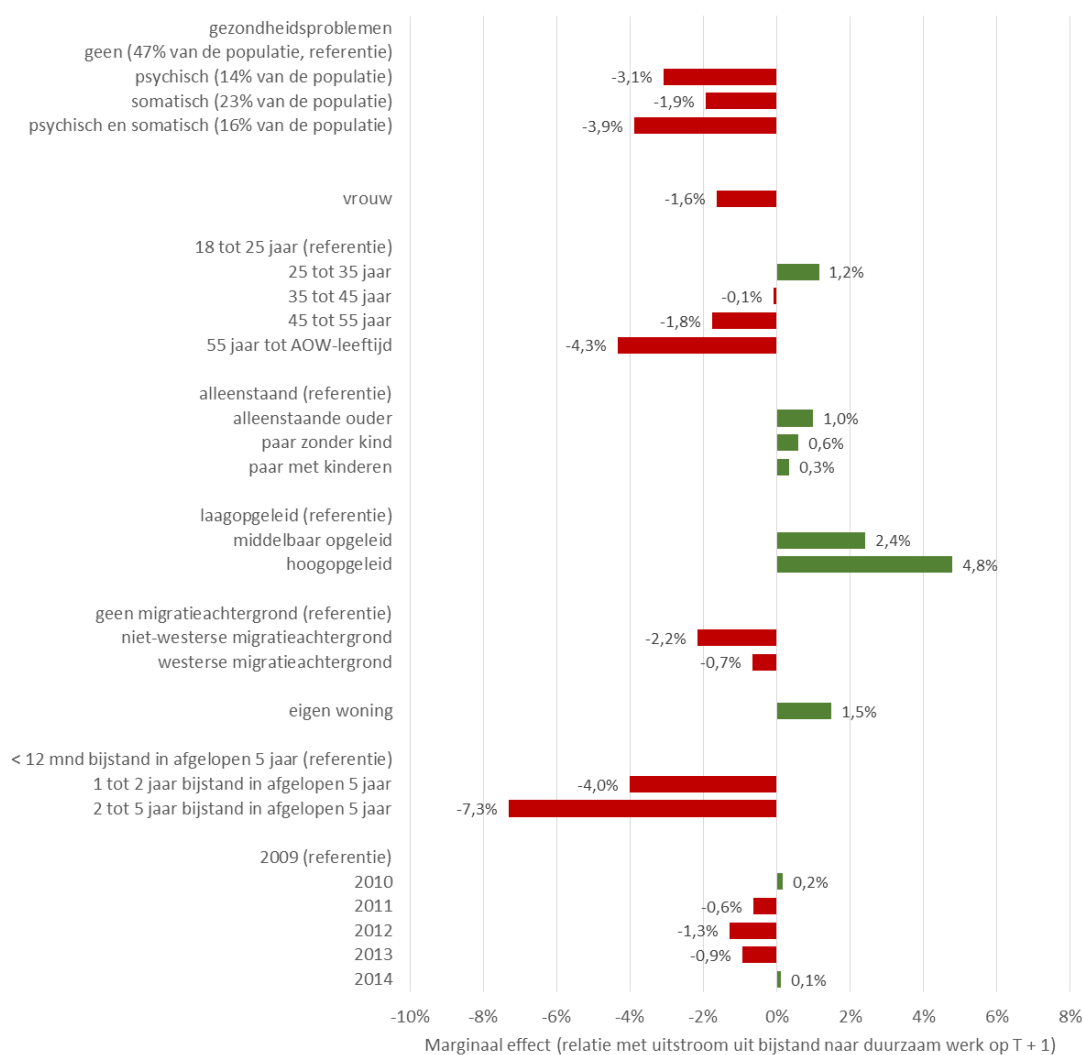
* Deze kenmerken zijn gebaseerd op de Gezondheidsmonitor. Dit is een enquête waardoor de omvang van de populatie kleiner is dan bij de overige kenmerken: respectievelijk 442 voor de uitstromers uit bijstand en 3.502 voor mensen die niet uitstromen.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Het is duidelijk dat de gezondheid van mensen die uitstromen uit de bijstand (al dan niet naar duurzaam werk) verschilt van de gezondheid van degenen die in de bijstand blijven. Dit kan echter samenhangen met hun kenmerken: mensen die in de bijstand blijven zijn vaker vrouw, 45-plus, migrant en alleenstaand of alleenstaande ouder (Tabel 5.5). Bovendien zitten de uitstromers vaak korter in bijstand. De analyses in het vervolg van deze paragraaf hebben uitsluitend betrekking op uitstroom richting duurzaam werk. Figuur 5.5 laat zien welke verschillen er naar gezondheidsproblemen zijn in uitstroomkans naar duurzaam werk, wanneer gelijktijdig wordt gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. De verschillen in uitstroomkans naar gezondheid zijn fors in vergelijking met de verschillen naar achtergrondkenmerken. Mensen met psychische gezondheidsproblemen

hebben een 3,1 procentpunt kleinere kans op uitstroom uit bijstand naar duurzaam werk. Dat is een verschil van ruim 45 procent. De gemiddelde uitstroomkans naar duurzaam werk, op basis van alle bijstandsontvangers, is circa 5 procent. Voor degenen met zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen is het verschil in uitstroomkans eveneens behoorlijk (ruim 55 procent kleinere kans op uitstroom uit bijstand naar duurzaam werk). De verschillen naar geslacht en leeftijd zijn veelal kleiner dan deze verschillen naar gezondheid. De ouderen van 55 jaar tot AOW-leeftijd vormen hierop een uitzondering. Zij hebben een 4,3 procentpunt kleinere kans om uit de bijstand naar duurzaam werk te stromen. Zij zullen bijvoorbeeld vaker uitstromen naar inactiviteit of pensioen, wat de kleinere uitstroomkans richting duurzaam werk kan verklaren.

Figuur 5.5 De kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk verschilt met de (psychische) gezondheidssituatie



Gemiddeld is 5,3 procent van de bijstandsontvangers een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. De figuur laat de geschatte marginale effecten van gezondheidsindicatoren en achtergrondkenmerken zien op de kans om vanuit bijstand uit te stromen naar duurzaam werk. De figuur bevat een selectie van de factoren die zijn opgenomen in de modellen. Zie Tabel B.1 in Bijlage B voor de complete tabel met schattingsresultaten. Factoren zijn statistisch significant op 5%-niveau, met uitzondering van de lichtgrijze staafjes.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Alle onderliggende maten van psychische gezondheidsproblemen (medicijnen tegen depressie, psychose en gebruik van GGZ-zorg) hangen samen met een kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. Ook stapeling van medicijngebruik gaat gepaard met een kleinere kans op uitstroom richting duurzaam werk. Degenen met hoge huisartskosten of (zeer) hoge overige Zvw-kosten hebben eveneens gemiddeld een kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. Datzelfde geldt voor degenen met een (extramuraal) AWBZ-indicatie. De kans op uitstroom richting duurzaam werk verschilt niet met leefstijl. Een goede zelf-gerapporteerde gezondheid hangt samen met een grotere kans op uitstroom richting duurzaam werk. Dit kan ontstaan wanneer het rapporteren van een slechte gezondheid als *'justification'* voor de ontvangst van een bijstandsuitkering wordt gebruikt.

Er is weinig verschil naar of de gezondheidsproblemen al langere tijd bestaan of dat ze net zijn ontstaan. Met name langdurige hoge GGZ-kosten gaan gepaard met een kleinere kans op uitstroom uit bijstand naar duurzaam werk.

De relatie tussen gezondheidsproblemen en de kans op uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk verschilt naar achtergrondkenmerken van mensen, zie Tabel 5.6. De kans op uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk is met name voor 25- tot 35-jarigen kleiner wanneer sprake is van gezondheidsproblemen (psychisch en/of somatisch). Dit kan te maken hebben met de specifieke gezondheidsproblemen die jongeren hebben en de mate waarin dit langdurig arbeidsbeperkend is. Met name mannen ervaren een kleinere kans op uitstroom wanneer zij psychische gezondheidsproblemen hebben. Gezondheidsproblemen (psychisch en/of somatisch) gaan vooral voor hoogopgeleiden samen met een kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. Dat kan bijvoorbeeld wanneer zij meer hinder van de gezondheidsproblemen hebben bij het werk, waardoor zij minder makkelijk langdurig uit kunnen stromen. Het is ook mogelijk dat er verschillen zijn in het type gezondheidsproblemen dat hoog- en laagopgeleiden ondervinden. Gezondheidsproblemen hinderen de uitstroom met name voor degenen die nog maar kort in de bijstand zitten. Naarmate men langer in de bijstand zit gaat het verlies aan menselijk kapitaal en gebrek aan ervaring ten opzichte van leeftijdgenoten mogelijk een sterkere rol spelen dan gezondheid. Tot slot is de uitstroomkans met gezondheidsproblemen vooral kleiner in gebieden met veel werk. Dit lijkt tegenintuïtief omdat er in dat geval juist veel vraag is naar arbeid en mensen met gezondheidsproblemen daarom mogelijk eerder worden ingezet.

Tabel 5.6 De relatie tussen kans op uitstroom naar duurzaam werk en gezondheidsproblemen verschilt naar achtergrondkenmerken

Kans op uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk	Subgroepen naar...					Beschikbaarheid van werk
	Leeftijd	Geslacht	Opleidingsniveau	Uitkeringsverleden	Kleinere kans op uitstroom (t.o.v. zonder gezondheidsproblemen) vooral voor....	
Psychische gezondheidsproblemen	25- tot 35-jarigen	Mannen	Hoogopgeleiden	< 12 maanden bijstandsuitkering gehad		Veel werk
Somatische gezondheidsproblemen	25- tot 35-jarigen	n.s.	Hoogopgeleiden	< 12 maanden bijstandsuitkering gehad		Veel werk
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	25- tot 35-jarigen	Mannen	Hoogopgeleiden	< 12 maanden bijstandsuitkering gehad		Veel werk

Elke kolom geeft de resultaten weer van een model waarin het kenmerk (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau enzovoorts) is geïnteracteed met de indicatoren voor gezondheidsproblemen (psychisch, somatisch, psychisch én somatisch). Op die manier is geschat hoeveel kleiner de kans op uitstroom uit bijstand richting duurzaam werk is met psychische gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) voor de verschillende subgroepen in termen van het betreffende kenmerk (dus bijvoorbeeld 18- tot 25-jarigen, 25- tot 35-jarigen enzovoorts). De tabel laat vervolgens zien bij welk van deze subgroepen de kans op uitstroom uit bijstand naar duurzaam werk met name verkleind is met gezondheidsproblemen (ten opzichte van zonder gezondheidsproblemen). De verschillen in kans op uitstroom richting duurzaam werk naar de aanwezigheid van psychische gezondheidsproblemen zijn dus met name groter (uitstroomkans is meer verkleind) voor 25- tot 35-jarigen dan voor ouderen. Als er geen statistisch significant verschil is tussen de mate waarin de uitstroomkans met gezondheidsproblemen kleiner is voor verschillende subgroepen, staat n.s. weergegeven.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tot slot is gekeken naar de relatie tussen gezondheidsproblemen en uitstroom naar duurzaam werk op de middellange termijn, dat wil zeggen: na drie jaar. De resultaten zijn vergelijkbaar met de uitkomsten voor de korte termijn van één jaar. De relatie met subjectieve gezondheidsmaten valt op de middellange termijn wel weg, wat waarschijnlijk verklaard kan worden uit het kleine aantal observaties.

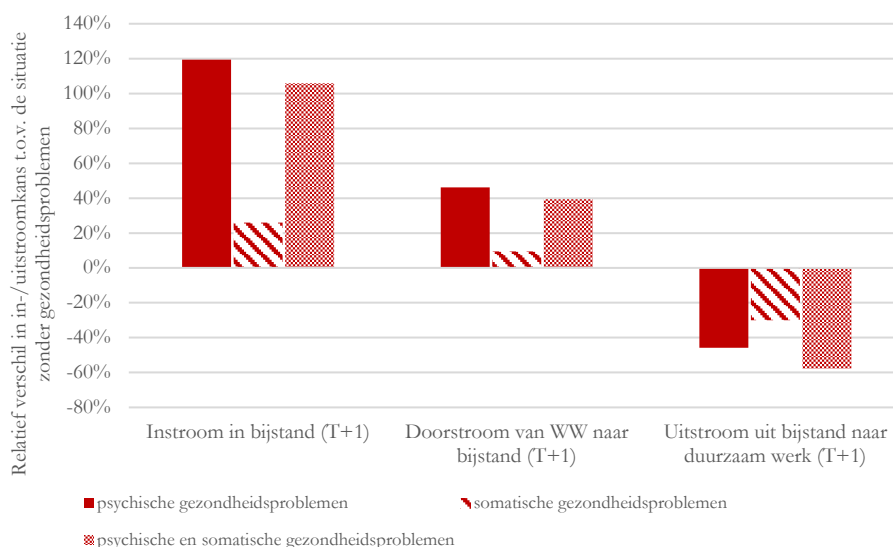
5.4 Conclusies

Gezondheidsproblemen gaan gepaard met een grotere kans op instroom in de bijstand, een grotere kans op doorstroom van WW naar bijstand en een kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. Dit treedt vooral op bij psychische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen). In dit geval gaat het vooral om het gebruik van medicijnen tegen depressie en het gebruik van GGZ-zorg. Maar ook somatische gezondheidsproblemen hangen samen met een grotere kans op instroom in de bijstand en kleinere kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk. Dan gaat het veelal om mensen met hoge huisartskosten of hoge Zvw-kosten. Alleen de kans op instroom verschilt met leefstijl. Een goede zelfgerapporteerde gezondheid hangt samen met zowel een kleinere instroomkans, kleinere doorstroomkans als een grotere uitstroomkans. De mate waarin deze kansen verschillen met zelfgerapporteerde gezondheid is echter kleiner dan geldt voor de andere gezondheidsindicatoren.

Instroom-, doorstroom- en uitstroomkansen verschillen dus vooral met psychische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen). Afgezet tegen de verschillen in in- en uitstroomkansen naar achtergrondkenmerken als leeftijd en opleidingsniveau, zijn de verschillen naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen substantieel. Dat geldt het sterkst voor de uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk en in mindere mate voor instroom in de bijstand. De doorstroomkans verschilt juist sterker naar achtergrondkenmerken dan naar de gezondheidssituatie. Dat de verschillen in doorstroomkans – en in mindere mate in instroomkans – met gezondheid relatief beperkt zijn, terwijl de verschillen in uitstroomkans groot zijn, kan voortkomen uit de aard van de regelingen. Bij gezondheidsproblemen die de participatie belemmeren ligt instroom in Ziektewet, loondoorbetaling bij ziekte of uiteindelijk een AO-uitkering voor de hand. Dat geldt overigens alleen voor degenen die instromen vanuit werk, wat een beperkt deel van de instroom in de bijstand betreft. Voor de groep die niet gewerkt heeft (bijvoorbeeld inactieven of studenten) is de kans op instroom in de bijstand naar verwachting juist relatief groot wanneer zij vanwege de gezondheidsproblemen niet toe kunnen treden tot de arbeidsmarkt. Eenmaal in de bijstand bepalen gezondheidsproblemen wel de mogelijkheden om te werken en werk te vinden. Tot slot kan gemeentelijk beleid een verklaring vormen voor de relatief grote verschillen in uitstroomkans naar gezondheidsproblemen: bijstandsgerechtigden kunnen een vrijstelling krijgen voor het zoeken naar werk (de ‘sollicitatieplicht’) wanneer zij gezondheidsproblemen ervaren. Dat kan tot een kleinere kans op uitstroom richting duurzaam werk leiden.

De verschillen in de kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen zijn groot ten opzichte van de verschillen naar achtergrondkenmerken. Afgezet tegen de gemiddelde kans op instroom, doorstroom en uitstroom, resulteert het beeld in Figuur 5.6. Deze figuur laat zien hoeveel procent groter (kleiner) de kans op instroom in de bijstand of doorstroom van WW naar bijstand (uitstroom uit de bijstand) is met verschillende typen gezondheidsproblemen. Procentueel is de instroomkans met psychische gezondheidsproblemen (eventueel in combinatie met somatische gezondheidsproblemen) het meest vergroot, het betreft meer dan een verdubbeling. De verhoging van de instroomkans met uitsluitend somatische gezondheidsproblemen is juist relatief beperkt. Kanttekening hierbij is dat het risico op instroom in de bijstand in het algemeen klein is; zonder gezondheidsproblemen stroomt gemiddeld 0,5 procent in, met (psychische) gezondheidsproblemen is dat ruim 1 procent. Procentueel is het verschil in de kans op instroom in de bijstand naar gezondheidsproblemen groter dan het verschil in de kans op doorstroom van WW naar bijstand en uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk naar gezondheidsproblemen. De kans op uitstroom is desalniettemin ruim 45 procent kleiner met psychische gezondheidsproblemen.

Figuur 5.6 Procentueel de grootste verschillen in instroomkans met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen



De figuur laat zien hoeveel procent groter (kleiner) de kans op instroom in de bijstand/doorstroom van WW naar bijstand (uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk) met verschillende typen gezondheidsproblemen is ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen. Deze verschillen zijn uitgedrukt ten opzichte van de voorspelde kans op instroom/doorstroom (uitstroom) zonder gezondheidsproblemen. Gemiddeld ontvangt 0,6 procent van degenen zonder bijstand of WW een jaar later een bijstandsuitkering, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015. Gemiddeld stroomt 3 procent van de WW-ontvangers in een jaar door naar een bijstand. Gemiddeld is 5 procent van de bijstandsonvangers een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk, gemeten over de periode 2009 tot en met 2015.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

De mate waarin gezondheidsproblemen samenhangen met in-, door- en uitstroom verschilt naar achtergrondkenmerken. Jongeren en mannen met psychische en/of somatische gezondheidsproblemen hebben over het algemeen een grotere kans om door te stromen van WW naar bijstand en een kleinere kans om uit te stromen uit de bijstand. Dit kan komen doordat jongeren meer belemmeringen ervaren van gezondheidsproblemen waardoor zij minder productief zijn en dus minder aantrekkelijk voor een werkgever. Het verschil tussen mannen en vrouwen kan samenhangen met de rolverdeling in het huishouden: als de vrouw ziek wordt is er voldoende inkomen van de man waardoor er geen recht op bijstand bestaat; als de man daarentegen ziek wordt, is dat minder vaak het geval (bijvoorbeeld wanneer de vrouw minder of niet werkt). In dat laatste geval verschilt de instroomkans sterker met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen voor mannen. Laagopgeleiden met psychische gezondheidsproblemen hebben met name een grotere kans om door te stromen van WW naar bijstand, terwijl juist hoogopgeleiden met psychische én somatische gezondheidsproblemen een grotere kans op doorstroom hebben. Bij uitstroom geldt eveneens dat de kans met gezondheidsproblemen met name groter is bij hoogopgeleiden.

6 Conclusies

De kans op instroom in WW of bijstand, de kans op doorstroom van WW naar bijstand en de kans op uitstroom uit WW of bijstand verschilt met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen. De verschillen in met name uitstroombansen naar gezondheid zijn groot in vergelijking met de verschillen naar achtergrondkenmerken als leeftijd en opleidingsniveau. Vooral psychische gezondheidsproblemen hangen samen met verschillen in instroom, doorstroom en uitstroom.

Gezondheid speelt een belangrijke rol in de arbeidsparticipatie van mensen. Gezondheidsproblemen kunnen er voor zorgen dat mensen uitstromen uit werk. Eenmaal in een uitkering kunnen gezondheidsproblemen de duur van de uitkering verlengen. Bovendien kan werkloosheid op zichzelf ook zorgen voor een verslechtering van de gezondheid. De samenhang tussen gezondheid en arbeid verschilt met het type gezondheidsproblemen, de achtergrondkenmerken van de persoon en de kenmerken van het werk dat de persoon heeft gedaan. Over (deze achtergronden van) de relatie tussen gezondheid en het gebruik van regelingen (anders dan WIA en Wajong) in Nederland is nog weinig bekend. Dit onderzoek focust op de overgangen in en uit de WW en de bijstand. Het brengt de achtergronden van de relatie tussen gezondheid en het gebruik van WW en bijstand in Nederland in beeld. Een groot aantal gezondheidsmaten is daarbij gelijktijdig onderzocht.

Het causale effect van gezondheid op werkloosheid is moeilijk empirisch vast te stellen

Om een aantal methodologische redenen is het ingewikkeld om de (causale) relatie tussen gezondheidsproblemen en participatie empirisch vast te stellen. Allereerst bepalen de kenmerken van personen (zoals opleidingsniveau en leeftijd) zowel de kans op werk als de gezondheid. Daarbij gaat het ook om kenmerken die veelal niet geobserveerd worden, zoals motivatie om te werken. Dat betekent dat het effect van achtergrondkenmerken moeilijk losgekoppeld kan worden van het effect van gezondheidsproblemen. Dit vereist longitudinale data en specifieke econometrische technieken. Ten tweede gaat de relatie tussen gezondheid en werkloosheid twee kanten op. Een verslechtering van de gezondheid, ingezet vóór werkloosheid, kan de reden voor werkloosheid zijn. Maar de gezondheid kan juist ook slechter worden als gevolg van werkloosheid. Om de beide effecten te kunnen isoleren zijn exogene veranderingen nodig, zoals een faillissement met werkloosheid als gevolg. Dit onderzoek brengt geen causaliteit in beeld, maar laat op beschrijvende wijze zien in welke mate gezondheidsproblemen samenhangen met stromen in en uit WW en bijstand en welke verschillen er daarin zijn naar achtergrondkenmerken en naar type gezondheidsproblemen. Daarmee geeft het onderzoek een breed beschrijvend beeld van de relatie tussen gezondheidsproblemen, WW en bijstand. Het meten van causaliteit vereist onderzoekstechnieken die niet binnen de scope van dit onderzoek pasten.

De gezondheid verslechtert vóór instroom in WW en bijstand

De gezondheid verslechtert in de jaren voorafgaand aan instroom in WW of bijstand. Dit geldt het sterkst voor instroom in de bijstand en is met name zichtbaar in een toename van het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen. Deze ontwikkelingen wijken af van die bij de groep mensen die niet instroomt in de bijstand. Het lijkt daarom aannemelijk dat de trends niet te verklaren zijn door een verslechtering van de gezondheid met leeftijd. In de jaren voorafgaand aan

uitstroom uit WW en de bijstand richting duurzaam werk neemt het aandeel mensen met gezondheidsproblemen af. Dat geldt vooral voor het aandeel mensen met psychische gezondheidsproblemen. Tot slot blijkt dat degenen die uitstromen uit WW of bijstand vóór instroom al gezonder zijn dan degenen die na instroom niet meer uitstromen uit WW of bijstand.

Gezondheid hangt vooral samen met uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk

De kans op instroom in WW of bijstand, de kans op doorstroom van WW naar bijstand en de kans op uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk verschilt met de aanwezigheid van gezondheidsproblemen. Op basis van gegevens over de jaren 2009 tot en met 2015 zijn modellen geschat die de kans op instroom, doorstroom en uitstroom in/uit WW en bijstand relateren aan een groot aantal gezondheidsmaten, achtergrondkenmerken, kalenderjaar en regionale arbeidsmarkt. Gezondheid is vooral van belang in de uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk. De verschillen in de kans op uitstroom uit WW of bijstand zijn groot in vergelijking met de verschillen naar bijvoorbeeld leeftijd, opleidingsniveau en uitkeringsverleden.

Vooral verschillen naar psychische gezondheidsproblemen

Met name psychische gezondheidsproblemen hangen samen met een grotere kans op instroom in WW of bijstand, een grotere kans op doorstroom van WW naar bijstand en een kleinere kans op uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk. Dit betreft een behoorlijk deel van de populatie: 6 procent van de (werkende) Nederlanders zonder WW of bijstand heeft psychische gezondheidsproblemen en ruim 3 procent heeft zowel psychische als somatische gezondheidsproblemen. Het aandeel met uitsluitend somatische gezondheidsproblemen ligt hoger (18 procent), maar de in-, door- en uitstroomkansen verschillen minder sterk met de aanwezigheid van dit type gezondheidsproblemen.

Van alle werkenden ontvangt 3,1 procent een jaar later een WW-uitkering, gemiddeld over de periode 2009 tot en met 2015. Voor mensen met psychische gezondheidsproblemen is die kans 1,8 procentpunt groter. De verschillen naar leeftijd zijn groter: 55-plussers hebben een 4,3 procentpunt grotere kans op instroom in WW dan 18- tot 25-jarigen. De verschillen in de kans op instroom in de bijstand naar de aanwezigheid van gezondheidsproblemen zijn relatief groter dan bij WW. Gemiddeld stroomt 0,6 procent van de Nederlanders een jaar later in bijstand. Met psychische gezondheidsproblemen is die kans 0,6 procentpunt groter. De verschillen naar leeftijd zijn fors kleiner: voor ouderen is de kans om in te stromen in bijstand 0,3 procentpunt kleiner dan voor jongeren. Het verschil naar gezondheidsproblemen is wel vergelijkbaar met het verschil naar opleidingsniveau: voor hoogopgeleiden is de kans om in te stromen in bijstand 0,6 procentpunt kleiner dan voor laagopgeleiden. Instroom in bijstand vanuit WW (doorstroom) hangt minder sterk samen met gezondheidsproblemen. De doorstroomkans verschilt juist sterker naar achtergrondkenmerken dan naar de gezondheidssituatie.

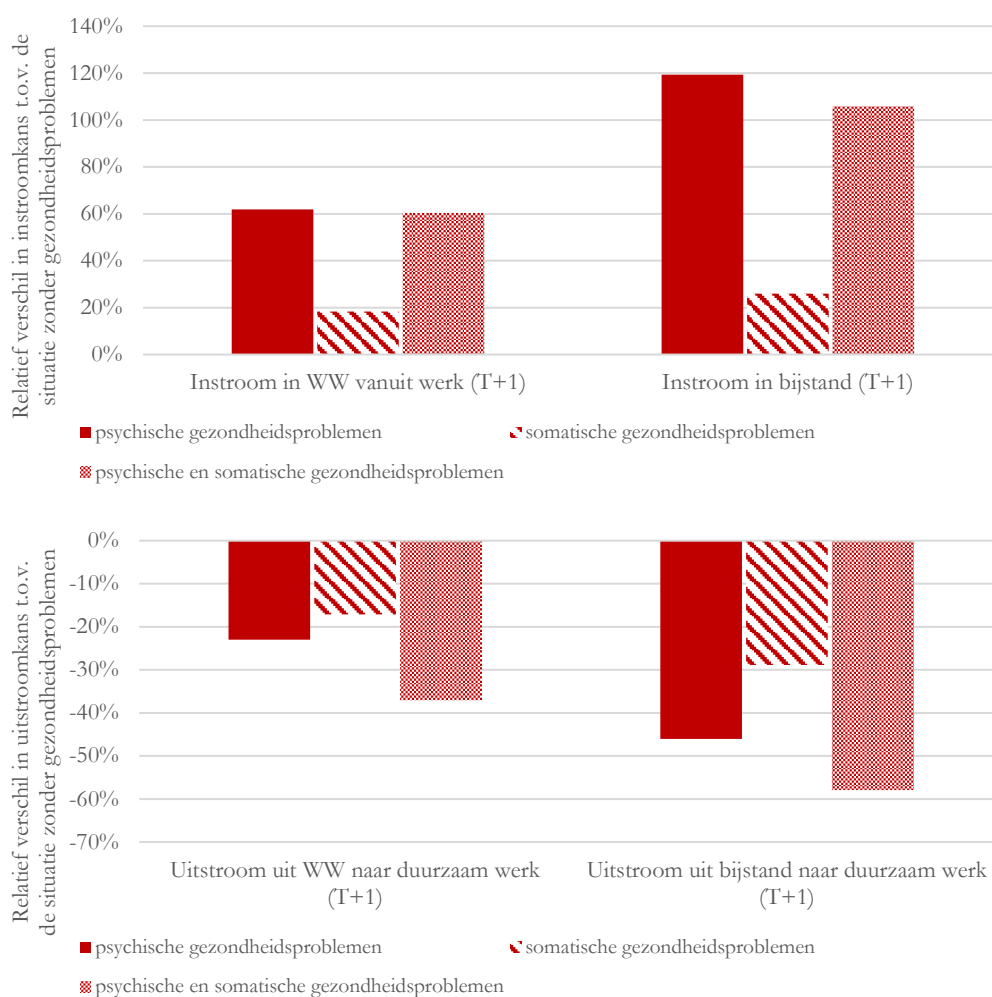
Van alle WW'ers is 27 procent een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk. Met psychische gezondheidsproblemen is die kans 8,1 procentpunt kleiner. Psychische gezondheidsproblemen in combinatie met somatische gezondheidsproblemen hangen samen met een 13,1 procentpunt kleinere kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk. Voor middelbaar opgeleiden (hoogopgeleiden) is de kans op uitstroom uit WW richting duurzaam werk 4,4 procentpunt (9,7 procentpunt) groter dan voor laagopgeleiden. De verschillen in uitstroomkans naar leeftijd zijn wel fors groter: 35- tot 45-jarigen hebben een 18 procentpunt kleinere kans om uit te stromen naar duurzaam werk

dan 18- tot 25-jarigen; deze verschillen nemen toe voor oudere groepen. In de kans op uitstroom uit de bijstand naar duurzaam werk zijn de verschillen naar gezondheidsproblemen nog groter, in verhouding tot de verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau. Gemiddeld is 5,3 procent van de bijstandsontvangers een jaar later uitgestroomd naar duurzaam werk. Voor mensen met psychische gezondheidsproblemen is die kans 3 procentpunt kleiner. Ter vergelijking: ouderen hebben een 4 procentpunt kleinere kans om uit te stromen dan jongeren en hoogopgeleiden hebben juist een 4,8 procentpunt grotere kans om uit te stromen dan laagopgeleiden.

Relatief zijn de verschillen in in- en uitstroom in en uit de bijstand het grootst

De verschillen in de kans op instroom in de bijstand met gezondheidsproblemen (ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen) zijn groter dan de verschillen in de kans op instroom in WW. Figuur 6.1 drukt de verschillen in in- en uitstroomkansen voor mensen met gezondheidsproblemen uit in termen van de kans op in- of uitstroom voor mensen zonder gezondheidsproblemen. Door de verschillen relatief uit te drukken, zijn de cijfers voor WW en bijstand onderling makkelijker te vergelijken.

Figuur 6.1 Relatief zijn de verschillen naar gezondheidsproblemen het grootst voor de kans op instroom in bijstand



De figuur geeft de relatieve verschillen in de kans op instroom in WW of bijstand en de kans op uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk met de aanwezigheid van psychische en/of somatische gezondheidsproblemen weer. De gemiddelde kans op instroom in WW is 3,1 procent; de gemiddelde kans op uitstroom uit WW naar duurzaam werk is 27,1 procent. De gemiddelde kans op instroom in de bijstand is 0,6 procent en de gemiddelde kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk is 5,3 procent. De figuur geeft dus aan dat de kans op instroom in WW vanuit werk ruim 60 procent groter is met psychische gezondheidsproblemen, ten opzichte van de situatie zonder gezondheidsproblemen.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Beperkte verschillen naar leefstijl en zelf-gerapporteerde gezondheid

De verschillen naar leefstijl zijn beperkt en vaak statistisch insignificant. Zelf-gerapporteerde (subjectieve) gezondheid speelt, bovenop de psychische en somatische gezondheidsindicatoren, wel een rol bij in- en uitstroom in de bijstand, al is de omvang van de verschillen wat kleiner.

Duur van de gezondheidsproblemen maakt nauwelijks uit

De mate waarin instroom-, doorstroom- en uitstroomkansen verschillen met gezondheid wordt niet zozeer bepaald door de duur van de gezondheidsproblemen. Wel valt op dat meestal kortdurend medicijngebruik tegen depressie samenhangt met een grotere kans op instroom en juist kleinere kans op uitstroom. Dit kan te maken hebben met het vermogen om aan te passen aan de nieuwe situatie en de mate waarin mensen dus leren om met deze gezondheidsproblemen om te gaan. Doordat dit tijd zal kosten, zijn de verschillen op korte termijn groter dan de verschillen op lange termijn.

De mate waarin gezondheidsproblemen samenhangen met een grotere kans op instroom en kleinere kans op uitstroom verschilt naar achtergrondkenmerken

De relatie tussen gezondheidsproblemen en instroom, doorstroom en uitstroom verschilt naar achtergrondkenmerken van personen. Gezondheidsproblemen gaan vooral voor jongeren en voor mannen gepaard met een grotere kans op instroom in WW en bijstand en een kleinere kans op uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk. Dit kan komen doordat jongeren andere gezondheidsproblemen hebben waardoor zij minder productief zijn en dus minder aantrekkelijk voor een werkgever. Bovendien hebben jongeren minder werkervaring en spelen andere indicatoren voor productiviteit, zoals gezondheid, daardoor mogelijk een grotere rol. Het verschil tussen mannen en vrouwen kan samenhangen met de traditionele rolverdeling in het huishouden: als de vrouw ziek wordt is er voldoende inkomen van de man waardoor er geen recht op bijstand bestaat; als de man daarentegen ziek wordt, is dat minder vaak het geval (bijvoorbeeld wanneer de vrouw minder of niet werkt).

Gezondheidsproblemen gaan vooral voor mensen die in de afgelopen vijf jaar nog maar weinig of geen WW hebben ontvangen gepaard met een grotere kans op instroom in WW en een kleinere kans op uitstroom uit WW. Mogelijk zijn werknemers met een langdurig WW-verleden al minder aantrekkelijk voor de werkgever en zijn de verschillen naar gezondheid daarbovenop vervolgens minder omvangrijk. Bij bijstand is dit anders: vooral voor degenen die in de afgelopen vijf jaar al meer dan 2 jaar een bijstandsuitkering hebben ontvangen, gaan gezondheidsproblemen samen met een vergrote kans op instroom in bijstand. Anderzijds is de uitstroomkans uit de bijstand met gezondheidsproblemen juist sterker verkleind voor degenen die nog nauwelijks bijstand hebben ontvangen. Tot slot is er geen consistent beeld van de verschillen in in-, door- en uitstroomkansen naar gezondheid tussen laag- en hoogopgeleiden. Vooral voor laagopgeleiden gaan gezondheidsproblemen samen met een grotere kans op instroom in WW, maar vooral voor hoogopgeleiden hangen

gezondheidsproblemen samen met een sterker verkleinde kans op uitstroom uit de bijstand richting duurzaam werk.

Kanttekeningen en suggesties voor vervolgonderzoek

Het voorliggende onderzoek geeft inzicht in de relatie tussen gezondheidsproblemen en stromen in en uit WW en bijstand. De relaties kunnen niet als causaal worden geïnterpreteerd maar laten wel zien welke gezondheidsproblemen van belang zijn en voor welke subgroepen er vooral verschillen zijn in arbeidsmarktkansen tussen degenen met en zonder gezondheidsproblemen. Het onderzoek kent een aantal kanttekeningen. Allereerst kan de intensiteit van gezondheidsproblemen, en dus de mate waarin de gezondheidssituatie verbetert of verslechtert, met de beschikbare data niet worden gemeten. Daarnaast zijn enkele gezondheidsmaten gedefinieerd aan de hand van medicijngebruik. Dit is gebaseerd op een geaggregeerde indeling. Daardoor kan niet heel specifiek worden vastgesteld voor welk type aandoening medicijnen worden gebruikt. Tot slot zijn de verschillende stromen apart onderzocht. Zo'n aanpak heeft de voorkeur wanneer veel gezondheidsmaten tegelijkertijd onderzocht worden en wanneer diverse stromen worden onderzocht. Dat betekent echter wel dat bijvoorbeeld een kleinere kans om in te stromen in WW met bepaalde gezondheidsproblemen ook kan worden veroorzaakt doordat de gezondheidsproblemen van zodanige ernst zijn dat mensen bijvoorbeeld inactief worden of een AO-uitkering krijgen. Om dit te duiden zouden de verschillende stromen in samenhang moeten worden geanalyseerd. Zo'n aanpak is ook meer geschikt om causale effecten te meten, alhoewel het identificeren van de causale relatie tussen gezondheid en participatie ook met die onderzoeksmethoden moeilijk blijft.

Literatuur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Böckerman, P. & Ilmakunnas, P. (2009). Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics*, 18(2), p. 161-179.
- Böheim, R. & Taylor, M.P. (2000). Unemployment duration and exit states in Britain. ISER Working paper series, no. 2000-01.
- Bound, J. (1991). Self-reported versus objective measures of health in retirement models. *Journal of Human Resources*, 26(1), p. 106-138.
- Bound, J., Schoenbaum, M., Stinebrickner, T.R. & Waidmann, T. (1999). The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers. *Labour Economics*, 6(2), p. 179-202.
- Brown, S., Roberts, J., & Taylor, K. (2010). Reservation wages, labour market participation and health. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 173(3), p. 501-529.
- Browning, M., Moller Dano, A. & Heinesen, E. (2006). Job displacement and stress-related health outcomes. *Health Economics*, 15(10), p. 1061-1075.
- Boer, A.G.E.M. de, Geuskens, G.A., Bültmann, U., Boot, C.R.L., Wind, H., Koppes, L.L.J. & Frings-Dresen, M.H.W. (2018). Employment status transitions in employees with and without chronic disease in the Netherlands, *International Journal of Public Health*, <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1120-8>
- Currie, J. & Madrian, B.C. (1999). Health, health insurance and the labour market. In: Ashenfelter, O., Card, D. (eds.), *Handbook of Labour Economics*, vol. 3. Amsterdam: North-Holland, p. 3309-3416.
- Cylus, J., Glymour, M. M., & Avendano, M. (2015). Health effects of unemployment benefit program generosity. *American Journal of Public Health*, 105(2), p. 317-323.
- Dano, A.M. (2005). Road injuries and long-run effects on income and employment. *Health Economics*, 14(9), p. 955-970.
- Disney, R., Emmerson, C. & Wakefield, M. (2006). Ill health and retirement in Britain: a panel data-based analysis. *Journal of Health Economics*, 25(4), p. 621-649.
- Dwyer, D. & Mitchell, O. (1999). Health problems as determinants of retirement: are self-rated measures endogenous? *Journal of Health Economics*, 18(2), p.173-193.

- García-Gómez, P. & López-Nicolás, A. (2006). Health shocks, employment and income in the Spanish labour market. *Health Economics*, 15(9), p. 997-1009.
- García-Gómez, P., Jones, A.M. & Rice, N. (2010). Health effects on labour market exits and entries. *Labour Economics*, 17(1), p. 62-76.
- García-Gómez, P. (2011). Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe. *Journal of Health Economics*, 30(1), p. 200-213.
- García-Gómez, P., Kippersluis, H. van, O'Donnell, O. & Doorslaer, E. van (2013). Long-term and spillover effects of health shocks on employment and income. *Journal of Human Resources*, 48(4), p. 873-909.
- Gordon, R.H. & Blinder, A.S. (1980). Market wages, reservation wages, and retirement decisions. *Journal of Public Economics*, 14(2), p. 277-308.
- Hagan, R., Jones, A.M. & Rice, N. (2009). Health and retirement in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(10), p. 2676-2695.
- Harris, A. (2009). Diabetes, cardiovascular disease and labour force participation in Australia: an endogenous multivariate probit analysis of clinical prevalence data. *Economic Record*, 85(271), p. 472-484.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der & Schnabel, P. (2011). How should we define health? *British Medical Journal (Online)*, 343.
- Janlert, U., Winefield, A.H. & Hammastrom, A. (2015). Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), p. 662-667.
- Jiménez-Martin, S., Labeaga, J.M. & Vilaplana Prieto, C. (2006). A sequential model of older workers' labor force transitions after a health shock. *Health Economics*, 15(9), p. 1033-1054.
- Jones, A.M., Rice, N. & Roberts, J. (2010). Sick of work or too sick to work? Evidence on self-reported health shocks and early retirement from the BHPS. *Economic Modelling*, 27(4), p. 866-880.
- Kaiser, M., Bauer, J.M., Sousa-Poza, A. (2017). Does unemployment lead to a less healthy lifestyle? *Applied Economics Letters*, 24(12), p. 815-819.
- Kalwij, A. & Vermeulen, F. (2008). Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis? *Health Economics*, 17(5), p. 619-638.
- Kerkhofs, M. & Lindeboom, M. (1995). Subjective health measures and state dependent reporting errors. *Health Economics*, 4(3), p. 221-235.

- Koning, J. de, Collewet, M., Tempelman, C., Berretty, T., & Gravesteyn-Ligthelm, J. H. (2009). Gezondheid en arbeidsgerelateerde baten. Rotterdam/Amsterdam: SEOR/SEO Economisch Onderzoek.
- Kuhn, A., Lalive, R. & Zweimüller, J. (2009). The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), p. 1099-1115.
- Lindeboom, M. & Kerkhofs, M. (2009). Health and work of the elderly: subjective health measures, reporting errors and endogeneity in the relationship between health and work. *Journal of Applied Econometrics*, 24(6), p. 1024-1046.
- Lindeboom, M., Llana-Nozal, A. & Klaauw, B. van der (2016). Health shocks, disability and work. *Labour Economics*, 43, p. 186-200.
- Means, B., Nigam, A., Zarrow, M., Loftus, E. & Donaldson, M. (1989). Autobiographical memory for health related events. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*, series 6(2).
- Pelkowski, J.M. & Berger, M.C. (2004). The impact of health on employment, wages and hours worked over the life cycle. *Quarterly Review of Economics and Finance*, 44(1), p. 102-121.
- Ravesteyn, B., Kippersluis, H. van & Doorslaer, E. van (2018). The wear and tear on health: what is the role of occupation? *Health Economics*, 27(2), p.e69-e686.
- Romeu Gordo, L. (2006). Effects of short-and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data. *Applied Economics*, 38(20), p. 2335-2350.
- Salm, M. (2009). Does job loss cause ill health? *Health Economics*, 18(9), p. 1075-1089.
- Schiele, V. & Schmitz, H. (2016). Quantile treatment effects of job loss on health. *Journal of Health Economics*, 49, p. 59-69.
- Schmitz, H. (2011). Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*, 18, p. 71-78.
- Schröder M. (2013). Jobless now, sick later? Investigating the long-term consequences of involuntary job loss on health. *Advances in Life Course Research*, 18, p. 5-15.
- Schuring, M., Burdorf, L., Kunst, A. & Mackenbach, J. (2007). The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(7), p. 597-604.
- Schuring, M., Robroek, S.J.W., Otten, F.W.J., Arts, C.H. & Burdorf, A. (2013). The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(2), p.134-143.

Stewart, J.M. (2001). The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics*, 20(5), p. 781-796.

Tempelman, C., Vriend, S., Kroon, L., Marlet, G., Woerkens, C. van (2017). Verfijning bijstandsverdeelmodel 2018, SEO-rapport 2017-29, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

Bijlage A Gebruikte data

Dit onderzoek maakt gebruik van microdata van het CBS, aangevuld met informatie van het UWV. Deze bijlage beschrijft de gebruikte databestanden en de uitgevoerde bewerkingen op deze bestanden.

Bijlage A.1 Gebruikte databestanden

Het CBS beschikt over een veelheid aan informatie over alle Nederlanders die zijn ingeschreven in de BRP. Van deze personen is bijvoorbeeld de leeftijd, herkomst, geslacht, woonlocatie, arbeidsmarktstatus en de gezondheidssituatie bekend. Het CBS verzamelt deze gegevens uit verschillende bronnen, waaronder de BRP, de Belastingdienst, het Zorginstituut, Vektis, Dutch Hospital Data en het CIZ. Het merendeel van de gegevens is integraal beschikbaar, dat wil zeggen voor alle Nederlanders. Daarnaast wordt gebruikt gemaakt van gegevens uit de Gezondheidsmonitor, een enquête die voor een steekproef van Nederlanders beschikbaar is. De analyses maken zoveel mogelijk gebruik van gegevens over de periode 2009 tot en met 2015 voor de personen in de leeftijd van 18 tot AOW-leeftijd.¹⁶ Sommige informatie is voor een kortere periode beschikbaar. Tabel A.1 geeft een overzicht.

Voor elk van de jaren 2009 tot en met 2015 wordt op peildatum 1 juli van het betreffende jaar gekeken naar de situatie van personen.¹⁷ Alle kenmerken op deze peildatum worden, voor een bepaald jaar, aan elkaar gekoppeld. Zo ontstaan jaarlijkse bestanden met alle Nederlanders (18 tot AOW-leeftijd) en alle relevante kenmerken, voor zover beschikbaar.

¹⁶ Voor de definitie van de maten voor instroom, doorstroom en uitstroom maken we ook gebruik van gegevens voor 2016. Dat betekent dat we instroom, doorstroom en uitstroom na een jaar meten voor de periode 2009 tot en met 2015.

¹⁷ Sommige indicatoren kunnen niet op peildatum worden gedefinieerd. Zo hebben voorgeschreven medicijnen, zorgkosten en ziekenhuisopnamen betrekking op het hele jaar.

Tabel A.1 Gebruikte databestanden en jaargangen.

Databestand	Bron	Bevat	Tijdspanne
GBAPERSOONTAB	CBS	Geslacht, herkomst	2009 – 2015
GBAADRESOBJECTBUS, (NIET)VSLGWBTAB	CBS	Woonlocatie, gemeente	2009 – 2015
VEHTAB	CBS	Bezit eigen woning	2009 – 2015
GBAHUISHOUDENSBUS	CBS	Huishoudsamenstelling	2009 – 2015
SECMBUS	CBS	Arbeidsmarktstatus (loondienst, zelfstandige, WW, bijstand, enzovoorts)	2009 – 2016
OVUITKPERSOONBUS	CBS	Ziektewetuitkeringen	2009 – 2015
(S)POLISBUS, BETAB	CBS	Type contract (vast en onbepaalde tijd versus flexibel en/of bepaalde tijd) Sector waarin werkzaam	2009 – 2015
HOOGSTEOPLTAB	CBS	Opleidingsniveau	2009 – 2016
Gezondheid			
ZVWZORGKOSTENTAB	Vektis (via CBS)	Gemaakte kosten voor de zorgverzekeringswet (Zvw)	2009 – 2015
MEDICIJNTAB	CBS	Voorgescreven medicijnen	2009 – 2015
LBZBASISTAB	Dutch Hospital Data (via CBS)	Ziekenhuisopnamen en hoofddiagnoses	2013 – 2015
INDICAWBZTAB	CIZ (via CBS)	AWBZ-indicaties	2012
Gezondheidsmonitor ¹	GGD'en, CBS en RIVM	Zelf-gerapporteerde gezondheid, leefstijlindicatoren, Kessler-index	2012
Regionale indicatoren			
Bestand van Atlas voor gemeenten	Atlas voor gemeenten	Beschikbaarheid van werk Aandeel hoogopgeleiden in banen voor laagopgeleiden	2009 – 2015

¹ Het betreft de Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012, GGD'en, CBS en RIVM.
Bron: SEO Economisch Onderzoek.

Daarna worden de achtergrondkenmerken van jaar T gecombineerd met de arbeidsmarktstatus in zowel jaar T als T + 1 (T + 3). De arbeidsmarktstatus in beide jaren is nodig om instroom, doorstroom en uitstroom te definiëren: instroom in WW na één jaar betekent dat iemand werkt op 1 juli van jaar T en op dat moment geen WW en bijstand ontvangt, maar op 1 juli van jaar T + 1 ontvangt die persoon wel WW. Er wordt daarbij dus uitsluitend naar de twee peilmomenten gekeken; tussenliggende wijzigingen in arbeidsmarktstatus zijn niet meegewogen. Tabel A.2 geeft alle definities van instroom, doorstroom en uitstroom weer. Bovendien is aangegeven voor welke populaties de uitkomstmaten zijn gedefinieerd.

Tabel A.2 Definitie van instroom, doorstroom en uitstroom na één jaar

	T	T + 1	Populatie
Instroom in WW	Geen WW en geen bijstand	WW	Werkenden in loondienst op 1 juli jaar T (d.w.z. werk in loondienst als belangrijkste inkomstenbron)
Uitstroom uit WW	WW	Geen WW en geen bijstand	WW'ers op 1 juli jaar T
Instroom in bijstand	Geen WW en geen bijstand	Bijstand, maar geen WW	Iedereen zonder bijstand én zonder WW op 1 juli jaar T
Doorstroom van WW naar bijstand	WW, maar geen bijstand	Bijstand, maar geen WW	WW'ers zonder bijstand op 1 juli jaar T
Uitstroom uit bijstand	Bijstand en geen WW	Geen bijstand	Bijstandsontvangers (zonder WW) op 1 juli jaar T

Voor instroom, doorstroom en uitstroom na drie jaar wordt een equivalente definitie gebruikt. Daarbij wordt uitsluitend gekeken naar de arbeidsmarktsituatie op 1 juli van jaar T en op 1 juli van jaar T + 3.

Bron: SEO Economisch Onderzoek

Bij uitstroom wordt bovendien onderscheid gemaakt tussen uitstroom naar duurzaam werk, uitstroom naar niet-duurzaam werk, uitstroom naar inactiviteit, enzovoorts. Het onderscheid tussen duurzaam werk en niet-duurzaam werk wordt gemaakt door te kijken naar de arbeidsmarktstatus één jaar na uitstroom. Bij uitstroom naar duurzaam werk na één jaar wordt dus gekeken of iemand op 1 juli van jaar T + 1 én 1 juli T + 2 werkt (in loondienst of als zelfstandige).¹⁸ Als iemand op beide momenten werkt, wordt de uitstroom gedefinieerd als duurzaam; als iemand niet meer werkt op T + 2, wordt dit gedefinieerd als uitstroom naar niet-duurzaam werk.

De uiteindelijke analysebestanden bevatten gegevens over alle jaren; het zijn zogenaamde 'gepoolde' bestanden. Een persoon kan in deze bestanden dus meerdere malen voorkomen. Bij elk record van een persoon zijn de gezondheidsmaten, de achtergrondkenmerken en de maten voor instroom, doorstroom en uitstroom in het analysebestand opgenomen. Tabel A.3 toont de definities van gezondheidsmaten en achtergrondkenmerken.

¹⁸ Dat betekent dat uitstroom na één jaar tot en met 2014 is gedefinieerd.

Tabel A.3 Definitie van gezondheidsmaten

Kenmerk	Definitie
Psychische gezondheidsproblemen	
Medicijnen tegen depressie	Persoon heeft medicijnen tegen depressie voorgeschreven gekregen
Medicijnen tegen psychose en/of bipolaire stoornis	Persoon heeft medicijnen tegen psychose en/of bipolaire stoornis voorgeschreven gekregen
Geen gebruik GGZ-kosten ¹	Persoon heeft geen GGZ-kosten (verzekerd binnen de basisverzekering) gemaakt
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	Persoon behoort tot de groep gebruikers met de laagste kosten (onderste 25% van de verdeling van GGZ-kosten verzekerd binnen de basisverzekering)
Gemiddelde GGZ-kosten	Persoon behoort tot de groep gebruikers met gemiddelde kosten (25%-75% van de verdeling van GGZ-kosten verzekerd binnen de basisverzekering)
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	Persoon behoort tot de groep gebruikers met de hoogste kosten (bovenste 25% van de verdeling van GGZ-kosten verzekerd binnen de basisverzekering)
Risico op depressie	Kessler-index met onderscheid tussen laag, matig of hoog risico op depressie; op basis van de Gezondheidsmonitor
Somatische gezondheidsproblemen	
Medicijngebruik tegen astma en/of COPD	Persoon heeft medicijnen tegen astma en/of COPD voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen o.a. auto-immuunziekten, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	Persoon heeft medicijnen tegen auto-immuunziekten, reuma, ziekte van Crohn, kanker, hormoongevoelige tumoren, multiple sclerose, transplantaties en/of aandoeningen van de hersenen voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen cystic fibrose	Persoon heeft medicijnen tegen cystic fibrose voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen hoog cholesterol	Persoon heeft medicijnen tegen hoog cholesterol voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen diabetes	Persoon heeft medicijnen tegen diabetes voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen epilepsie en/of neuropathische pijn	Persoon heeft medicijnen tegen epilepsie en/of neuropathische pijn voorgeschreven gekregen
Medicijngebruik tegen hartaandoening	Persoon heeft medicijnen tegen hartaandoening voorgeschreven gekregen
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen	Persoon gebruikt medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen volgens de eerste letter van de ATC4-indeling
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	Persoon gebruikt medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen volgens de eerste letter van de ATC4-indeling
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	Persoon gebruikt medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen volgens de eerste letter van de ATC4-indeling
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%)	Persoon heeft geen hoge huisartskosten (verzekerd binnen de basisverzekering) die behoren bij de bovenste 5%
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	Persoon behoort tot de 5% met de hoogste huisartskosten (verzekerd binnen de basisverzekering)
Geen overige Zvw-kosten	Persoon heeft geen overige Zvw-kosten (kosten binnen basisverzekering excl. huisartskosten en GGZ-kosten)
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	Persoon heeft lage overige Zvw-kosten (onderste 25% van degenen met overige Zvw-kosten)
Gemiddelde overige Zvw-kosten	Persoon heeft gemiddelde overige Zvw-kosten (25%-75% van degenen met overige Zvw-kosten)

Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75%-95%)	Persoon heeft lage overige Zvw-kosten (bovenste 75%-95% van degenen met overige Zvw-kosten)
Zeer hoge overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	Persoon heeft lage overige Zvw-kosten (bovenste 5% van degenen met overige Zvw-kosten)
Overkoepelende gezondheidsmaten	
Psychische gezondheidsproblemen	Persoon heeft in jaar T uitsluitend psychische gezondheidsproblemen (d.w.z. medicijnen tegen depressie en/of lage, gemiddelde of hoge GGZ-kosten)
Somatische gezondheidsproblemen	Persoon heeft in jaar T uitsluitend somatische gezondheidsproblemen (d.w.z. medicijnen uit 4 of meer hoofdgroepen, hoge huisartskosten en/of (zeer) hoge overige Zvw-kosten)
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	Persoon heeft in jaar T psychische én somatische gezondheidsproblemen
Geen gezondheidsproblemen	Persoon heeft in jaar T geen psychische en/of somatische gezondheidsproblemen
Leefstijl	
Roken	Persoon rookt weleens of zwaar
Alcoholgebruik	Overmatige drinker ja/nee
Obesitas	Persoon heeft obesitas (BMI boven 30) ja/nee
Zelf-gerapporteerde gezondheid	
Goede of zeer goede ervaren gezondheid	Persoon geeft aan de eigen gezondheid te ervaren als goed of zeer goed (of onbekend) (tegenover (zeer) slecht of matig)
Ziekenhuisopname	
Acute ziekenhuisopname	Persoon heeft een acute ziekenhuisopname gehad
Langdurige ziekenhuisopname	Persoon heeft een ziekenhuisopname gehad met een duur van meer dan drie dagen

¹ Er zijn in de periode 2009 tot en met 2015 diverse wijzigingen geweest in de GGZ-kostenstructuur. De exacte hoogte van de kosten is daardoor over tijd beperkt vergelijkbaar. Er zijn trendbreuken in het percentage dat gebruik maakt van GGZ.
Bron: SEO Economisch Onderzoek

De overkoepelende maten voor gezondheidsproblemen zijn geconstrueerd met behulp van de regressieresultaten voor de modellen waarin alle losse gezondheidsmaten zijn opgenomen. Gezondheidsmaten die consistent een significant verband laten zien met alle verschillende stromen zijn in deze overkoepelende gezondheidsmaten samengenomen, nadat onderscheid is gemaakt tussen psychische en somatische gezondheidsproblemen. Dit is nodig om de modellen met interacties met achtergrondkenmerken te kunnen schatten, zie Bijlage B.

Bijlage B Schattingsresultaten

In Hoofdstuk 4 en 5 zijn kansmodellen geschat om de kans op instroom in WW of bijstand, de kans op doorstroom van WW naar bijstand en de kans op uitstroom uit WW of bijstand richting duurzaam werk te relateren aan diverse gezondheidsmaten, achtergrondkenmerken, tijdstrends en de regionale arbeidsmarkt. Zulke kansmodellen zijn niet-lineair. De omvang van geschatte coëfficiënten kan daarom niet direct worden geïnterpreteerd. Wel geven de richting en significantie van de coëfficiënten de richting en significantie van de geschatte relatie weer. De omvang kan inzichtelijk worden gemaakt door zogenaamde marginale effecten te berekenen. Deze geven aan hoeveel procentpunt groter (of kleiner) de kans op instroom, doorstroom en uitstroom is met bepaalde achtergrondkenmerken of met gezondheidsproblemen.

Er zijn zogenaamde ‘gepoolde’ modellen geschat. Dat betekent dat in elk jaar de relevante populatie is genomen. Voor hen is gekeken naar de uitkomst één of drie jaar later (bijvoorbeeld instroom in WW). In elk van de jaren dat een persoon tot de schattingspopulatie behoort, is een observatie opgenomen in het model. Personen kunnen dus meerdere keren in het bestand voorkomen. Er zijn dummies opgenomen voor kalenderjaar om rekening te houden met verschillen in instroom, doorstroom en uitstroom over tijd. Om te corrigeren voor het feit dat er meerdere observaties voor dezelfde persoon opgenomen kunnen zijn, zijn geclusterde standaardfouten berekend. De tabellen in deze bijlage bevatten marginale effecten van de geschatte basismodellen. Heterogeniteit in de relatie tussen gezondheidsproblemen en instroom, doorstroom en uitstroom is onderzocht door modellen met interactie-effecten te schatten. Deze resultaten zijn niet weergegeven.

Tabel B.1 Schattingsresultaten basismodellen instroom, doorstroom en uitstroom na één jaar

Basismodellen	T + 1				
	Instroom WW	Uitstroom WW	Instroom bijstand	Doorstroom WW naar bijstand	Uitstroom bijstand
Gezondheidsproblemen					
Geen (referentie)	-	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	0,0176***	-0,0812***	0,0061***	0,0144***	-0,0309***
Somatische gezondheidsproblemen	0,0052***	-0,0604***	0,0013***	0,0030***	-0,0194***
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	0,0172***	-0,1309***	0,0054***	0,0123***	-0,0389***
Geslacht					
Man (referentie)	-	-	-	-	-
Vrouw	0,0024***	-0,0300***	-0,0008***	-0,0077***	-0,0163***
Leeftijd					
18 tot 25 jaar (referentie)	-	-	-	-	-
25 tot 35 jaar	0,0117***	-0,0414***	0,0009***	0,0095***	0,0116***
35 tot 45 jaar	0,0214***	-0,1780***	-0,0005**	-0,0168***	-0,0007
45 tot 55 jaar	0,0281***	-0,2970***	-0,0013***	-0,0391***	-0,0175***

Basismodellen	T + 1				
	Instroom WW	Uitstroom WW	Instroom bijstand	Doorstroom WW naar bijstand	Uitstroom bijstand
55 tot AOW-leeftijd	0,0427***	-0,4575***	-0,0026***	-0,0591***	-0,0432***
Huishoudtype					
Alleenstaand (referentie)	-	-	-	-	-
Alleenstaande ouder	-0,0011*	0,0013	0,0031***	0,0184***	0,0099***
Paar zonder kind	-0,0049***	0,0455***	-0,0053***	-0,0340***	0,0059***
Paar met kinderen	-0,0071***	0,0628***	-0,0050***	-0,0306***	0,0034***
Instellingsbewoner	-0,0164***	-0,0723***	0,0108***	0,0202***	-0,0232***
Overig huishouden	-0,0038***	0,0149***	-0,0020***	-0,0165***	0,0073***
Thuiswonend kind	-0,0042***	0,0124***	-0,0020***	-0,0062***	0,0118***
Opleidingsniveau					
Laag opgeleid (referentie)	-	-	-	-	-
Middelbaar opgeleid	0,0037***	0,0442***	-0,0031***	-0,0125***	0,0242***
Hoog opgeleid	-0,0113***	0,0970***	-0,0061***	-0,0257***	0,0480***
Onbekend	-0,0387***	0,0160***	-0,0062***	-0,0059***	-0,0033***
Migratieachtergrond					
Geen migratieachtergrond (referentie)	-	-	-	-	-
Niet-westerse migratieachtergrond	0,0098***	-0,0854***	0,0055***	0,0245***	-0,0215***
Westerse migratieachtergrond	0,0058***	-0,0145***	0,0016***	0,0039***	-0,0066***
Woningbezit					
Geen eigen woning (referentie)	-	-	-	-	-
Eigen woning	-0,0065***	0,0639***	-0,0066***	-0,0347***	0,0149***
WW/bijstand in afgelopen 5 jaar					
Minder dan 12 maanden (referentie)	-	-	-	-	-
1 tot 2 jaar	0,0293***	-0,0383***	0,0168***	0,0365***	-0,0401***
2 tot 5 jaar	0,0098***	-0,0253***	0,0250***	0,0639***	-0,0730***
Regionale arbeidsmarkt					
Beschikbaarheid van werk	-0,0498***	0,3115***	-0,0350***	-0,1749***	0,1098***
Aandeel hoogopgeleiden in banen voor laagopgeleiden	0,0031	0,0127	0,0004	0,0194***	-0,0334***
Woonplaats					
Randstad (referentie)	-	-	-	-	-
Intermediaire zone	0,0020***	0,0049***	-0,0000	-0,0058***	0,0026***
Rest van Nederland	0,0003	-0,0007	0,0002	-0,0046***	0,0022*

Basismodellen	T + 1				
	Instroom WW	Uitstroom WW	Instroom bij-stand	Doorstroom WW naar bij-stand	Uitstroom bij-stand
Arbeidsmarktstatus voor instroom					
In loondienst (referentie)	-	-	-	-	-
Zelfstandige	-	-	0,0044***	-	-
Ziektebewerking	-	-	0,0108***	-	-
Student	-	-	0,0016***	-	-
Overig inactief	-	-	0,0245***	-	-
Overig	-	-	-0,0013***	-	-
Jaar					
2009 (referentie)	-	-	-	-	-
2010	-0,0052***	0,0282***	-0,0009***	-0,0055***	0,0017**
2011	0,0001	-0,0060***	-0,0011***	-0,0007	-0,0064***
2012	0,0094***	-0,0427***	-0,0000	0,0024***	-0,0127***
2013	0,0019***	-0,0295***	-0,0014***	-0,0040***	-0,0092***
2014	-0,0039***	0,0228***	-0,0020***	-0,0138***	0,0013
2015	-0,0075***	-	-0,0024***	-0,0170***	-
Aantal observaties	3.856.141	1.808.340	5.857.385	2.156.377	1.882.908

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel B.2 Schattingsresultaten instroom WW

Instroom WW	T + 1					T + 3
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	Alleen vast & onbepaalde tijd contract	Alleen flexibel / bepaalde tijd contract	
Gezondheidsproblemen						
Geen (referentie)	-	-	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0161***	0,0239***	0,0127***
Somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0031***	0,0128***	0,0035***
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0147***	0,0245***	0,0083***
Medicijngebruik						
Depressie	0,0056***	-0,0032	0,0057***	-	-	-
Psychose en/of bipolaire stoornis	-0,0072***	-0,0061	-0,0085***	-	-	-
Astma en/of COPD	-0,0003	0,0005	-0,0001	-	-	-
o.a. auto-immuunziekten, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	-0,0028***	-0,0015	-0,0022*	-	-	-

Instroom WW	T + 1				T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	Alleen vast & onbepaalde tijd contract	Alleen flexibel / bepaalde tijd contract	
Cystic fibrose	0,0002	0,0034	-0,0008	-	-	-
Hoog cholesterol	-0,0007	-0,0039	0,0003	-	-	-
Diabetes	0,0012	0,0009	0,0005	-	-	-
Epilepsie en/of neuropathische pijn	0,0006	0,0011	0,0009	-	-	-
Hartaandoening	0,0001	-0,0022	0,0018	-	-	-
Medicijngroepen						
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen (referentie)	-	-	-	-	-	-
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	0,0011***	-0,0003	0,0004	-	-	-
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	-0,0019***	-0,0016	-0,0035***	-	-	-
GGZ-gebruik						
Geen GGZ-kosten (referentie)	-	-	-	-	-	-
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	0,0156***	0,0142**	0,0161***	-	-	-
Gemiddelde GGZ-kosten	0,0175***	0,0179***	0,0172***	-	-	-
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	0,0174***	0,0069	0,0165***	-	-	-
Huisartskosten						
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%) (referentie)	-	-	-	-	-	-
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	0,0056***	0,0103**	0,0065***	-	-	-
Overige Zvw-kosten						
Geen overige Zvw-kosten (referentie)	-	-	-	-	-	-
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	0,0023***	0,0040**	0,0022***	-	-	-
Gemiddelde overige Zvw-kosten	0,0048***	0,0068***	0,0050***	-	-	-
Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75-95%)	0,0080***	0,0097***	0,0089***	-	-	-
Hoogste overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	0,0024***	-0,0007	0,0029**	-	-	-
AWBZ-indicatie						
Geen indicatie (referentie)	-	-	-	-	-	-
Extramurale AWBZ-indicatie	-	-0,0210***	-	-	-	-
Licht zorgzwaartepakket (VV, GGZ of gehandicapten)	-	-0,0110	-	-	-	-

Instroom WW	T + 1				T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	Alleen vast & onbepaalde tijd contract	Alleen flexibel / bepaalde tijd contract	
Zwaar zorgzwaartepakket	-	0,0000	-	-	-	-
Kessler-index						
Laag/geen/onbekend risico op depressie (referentie)	-	-	-	-	-	-
Matig risico op depressie	-	0,0068***	-	-	-	-
Hoog risico op depressie	-	0,0126***	-	-	-	-
Leefstijlindicatoren						
Rookt (wel eens of zwaar)	-	0,0079***	-	-	-	-
Overmatig drinker	-	0,0011	-	-	-	-
Obesitas	-	0,0028	-	-	-	-
Zelf-gerapporteerde gezondheid						
Slechte/zeer slechte of matige zelf-gerapporteerde gezondheid (referentie)	-	-	-	-	-	-
Goede/zeer goede of onbekende zelf-gerapporteerde gezondheid	-	-0,0032	-	-	-	-
Functionele beperking	-	-0,0035	-	-	-	-
Geen chronische aandoening (referentie)	-	-	-	-	-	-
1 chronische aandoening	-	0,0009	-	-	-	-
2 chronische aandoeningen	-	0,0006	-	-	-	-
3 chronische aandoeningen	-	0,0028	-	-	-	-
4 chronische aandoeningen	-	0,0031	-	-	-	-
Onbekend aantal chronische aandoeningen	-	0,0046*	-	-	-	-
Ziekenhuisopnames						
Acute ziekenhuisopname gehad	-	-	-0,0021*	-	-	-
Acute ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen gehad	-	-	-0,0000	-	-	-
Achtergrondkenmerken	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Gemiddelde kans op instroom	3,1%	4,0%	3,3%	2,1%	6,6%	5,0%
Aantal observaties	3.856.141	123.024	1.651.049	2.959.975	896.166	4.120.024

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

De geschatte modellen bevatten achtergrondkenmerken maar de marginale effecten zijn hier achterwege gelaten. Opgenomen achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, huishoudsituatie, opleidingsniveau,

migratieachtergrond, woningbezit, regionale arbeidsmarktkenmerken, woonplaats, WW-ontvangst in afgelopen vijf jaar, jaardummies, sector waar persoon actief was en het type contract.
Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel B.3 Schattingsresultaten uitstroom WW naar duurzaam werk

Uitstroom WW naar duurzaam werk	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Gezondheidsproblemen				
Geen (referentie)	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,0827***
Somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,0654***
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,1423***
Medicijngebruik				
Depressie	-0,0511***	0,0104	-0,0497***	-
Psychose en/of bipolaire stoornis	-0,0753***	-0,2302**	-0,0673***	-
Astma en/of COPD	-0,0003	0,0236	0,0001	-
o.a. auto-immuunziekten, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	0,0009	0,0605	-0,0031	-
Cystic fibrose	0,0044*	0,0396	0,0077**	-
Hoog cholesterol	-0,0174***	-0,0382	-0,0196***	-
Diabetes	-0,0092***	0,0243	-0,0129***	-
Epilepsie en/of neuropathische pijn	-0,0484***	-0,0469	-0,0463***	-
Hartaandoening	-0,0181***	0,0131	-0,0203***	-
Medicijn groepen				
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen (referentie)	-	-	-	-
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	-0,0107***	-0,0087	-0,0130***	-
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	-0,0183***	-0,0315	-0,0253***	-
GGZ-gebruik				
Geen GGZ-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	-0,0305***	-0,0386	-0,0332***	-
Gemiddelde GGZ-kosten	-0,0519***	0,0240	-0,0521***	-
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	-0,1290***	0,0158	-0,1388***	-
Huisartskosten				
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%) (referentie)	-	-	-	-

Uitstroom WW naar duurzaam werk	T + 1			T + 3
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	-0,0401***	-0,0711*	-0,0378***	-
Overige Zvw-kosten				-
Geen overige Zvw-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	-0,0017	0,0177	-0,0054***	-
Gemiddelde overige Zvw- kosten	-0,0201***	0,0202	-0,0217***	-
Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75-95%)	-0,0620***	-0,0077	-0,0641***	-
Hoogste overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	-0,1134***	-0,0120	-0,1122***	-
AWBZ-indicatie				
Geen indicatie (referentie)	-	-	-	-
Extramurale AWBZ-indicatie	-	-0,0130	-	-
Licht zorgzwaartepakket (VV, GGZ of gehandicapten)	-	-0,1860	-	-
Zwaar zorgzwaartepakket	-	n.b.	-	-
Kessler-index				
Laag/geen/onbekend risico op depressie (referentie)	-	-	-	-
Matig risico op depressie	-	-0,0013	-	-
Hoog risico op depressie	-	-0,0584*	-	-
Leefstijlindicatoren				
Rookt (wel eens of zwaar)	-	-0,0092	-	-
Overmatig drinker	-	-0,0174	-	-
Obesitas	-	-0,0318*	-	-
Zelf-gerapporteerde gezondheid				
Slechte/zeer slechte of matige zelf-gerapporteerde gezondheid (referentie)	-	-	-	-
Goede/zeer goede of onbekende zelf- gerapporteerde gezondheid	-	0,0288	-	-
Functionele beperking	-	-0,0577**	-	-
Geen chronische aandoening (referentie)	-	-	-	-
1 chronische aandoening	-	-0,0111	-	-
2 chronische aandoeningen	-	-0,0023	-	-
3 chronische aandoeningen	-	-0,0249	-	-
4 chronische aandoeningen	-	-0,0432	-	-

Uitstroom WW naar duurzaam werk	T + 1			T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)		
Onbekend aantal chronische aandoeningen	-	-0,0237	-	-	-
Ziekenhuisopnames					
Acute ziekenhuisopname gehad	-	-	0,0072	-	-
Acute ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen gehad	-	-	-0,0006	-	-
Achtergrondkenmerken	ja	ja	ja	ja	ja
Gemiddelde kans op uitstroom	32,6%	28,8%	33,0%	30,3%	
Aantal observaties	1.808.340	5.942	803.328	1.005.012	

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

De geschatte modellen bevatten achtergrondkenmerken maar de marginale effecten zijn hier achterwege gelaten. Opgenomen achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, huishoudsituatie, opleidingsniveau, migratieachtergrond, woningbezit, regionale arbeidsmarktkenmerken, woonplaats, WW-ontvangst in afgelopen vijf jaar en jaardummies.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel B.4 Schattingsresultaten instroom bijstand

Instroom bijstand	T + 1			T + 3	
	Losse gezond- heidsmaten	Inclusief Ge- zondheidsmo- nitor & AWBZ- indicaties (al- leen 2012)	Inclusief zie- kenhuisopna- men (2013 t/m 2015)		
Gezondheidsproblemen					
Geen (referentie)	-	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	-	-	-	0.0092***	
Somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	0.0027***	
Psychische en somatische gezond- heidsproblemen	-	-	-	0.0092***	
Medicijngebruik					
Depressie	0,0014***	-0,0004	0,0013***	-	
Psychose en/of bipolaire stoornis	-0,0012***	-0,0018*	-0,0012***	-	
Astma en/of COPD	0,0001	0,0007	0,0002	-	
o.a. auto-immuunziekten, reuma, mul- tiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	-0,0006*	-0,0026*	-0,0007	-	
Cystic fibrose	0,0004**	-0,0002	0,0003	-	
Hoog cholesterol	-0,0006**	0,0002	-0,0005*	-	
Diabetes	0,0005*	-0,0002	0,0007*	-	
Epilepsie en/of neuropathische pijn	0,0001	0,0005	0,0002	-	
Hartaandoening	0,0001	-0,0006	-0,0005	-	

Instroom bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Medicijngroepen				
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen (referentie)	-	-	-	-
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	0,0003**	-0,0002	0,0003	-
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	-0,0001	-0,0011*	-0,0002	-
GGZ-gebruik				
Geen GGZ-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	0,0035***	0,0025*	0,0042***	-
Gemiddelde GGZ-kosten	0,0046***	0,0020*	0,0052***	-
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	0,0084***	0,0040**	0,0095***	-
Huisartskosten				
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%) (referentie)	-	-	-	-
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	0,0018***	0,0016*	0,0018***	-
Overige Zvw-kosten				
Geen overige Zvw-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	-0,0005***	0,0002	-0,0003	-
Gemiddelde overige Zvw-kosten	-0,0001	0,0006	0,0002	-
Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75-95%)	0,0003*	0,0012*	0,0004*	-
Hoogste overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	0,0013***	0,0017	0,0010*	-
AWBZ-indicatie				
Geen indicatie (referentie)	-	-	-	-
Extramurale AWBZ-indicatie	-	-0,0003	-	-
Licht zorgzwaartepakket (VV, GGZ of gehandicapten)	-	-0,0004	-	-
Zwaar zorgzwaartepakket	-	0,0022	-	-
Kessler-index				
Laag/geen/onbekend risico op depressie (referentie)	-	-	-	-
Matig risico op depressie	-	0,0011***	-	-
Hoog risico op depressie	-	0,0036***	-	-
Leefstijlindicatoren				
Rookt (wel eens of zwaar)	-	0,0014***	-	-
Overmatig drinker	-	-0,0006	-	-
Obesitas	-	0,0012*	-	-

Instroom bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Zelf-gerapporteerde gezondheid				
Slechte/zeer slechte of matige zelf-gerapporteerde gezondheid (referentie)	-	-	-	-
Goede/zeer goede of onbekende zelf-gerapporteerde gezondheid	-	-0,0019***	-	-
Functionele beperking	-	0,0006	-	-
Geen chronische aandoening (referentie)	-	-	-	-
1 chronische aandoening	-	-0,0001	-	-
2 chronische aandoeningen	-	-0,0001	-	-
3 chronische aandoeningen	-	0,0004	-	-
4 chronische aandoeningen	-	0,0000	-	-
Onbekend aantal chronische aandoeningen	-	0,0008	-	-
Ziekenhuisopnames				
Acute ziekenhuisopname gehad	-	-	0,0018***	-
Acute ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen gehad	-	-	-0,0004*	-
Achtergrondkenmerken				
	ja	ja	ja	ja
Gemiddelde kans op uitstroom	0,6%	0,7%	0,6%	1,2%
Aantal observaties	5.857.385	174.066	2.558.107	4.120.024

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

De geschatte modellen bevatten achtergrondkenmerken maar de marginale effecten zijn hier achterwege gelaten. Opgenomen achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, huishoudsituatie, opleidingsniveau, migratieachtergrond, woningbezit, regionale arbeidsmarktkenmerken, woonplaats, bijstandsontvangst in afgelopen vijf jaar en jaardummies.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel B.5 Schattingsresultaten doorstroom van WW naar bijstand

Doorstroom van WW naar bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Gezondheidsproblemen				
Geen (referentie)	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0281***
Somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0069***
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	0,0252***

Doorstroom van WW naar bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Medicijngebruik				
Depressie	0,0046***	0,0126*	0,0053***	-
Psychose en/of bipolaire stoornis	0,0044***	-	0,0045***	-
Astma en/of COPD	0,0015***	-	0,0011	-
o.a. auto-immuunziekten, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	-0,0049***	-0,0225	-0,0024	-
Cystic fibrose	0,0010	-0,0099	0,0009	-
Hoog cholesterol	-0,0028***	-0,0094	-0,0021*	-
Diabetes	0,0032***	-	0,0029**	-
Epilepsie en/of neuropathische pijn	0,0040***	0,0018	0,0036***	-
Hartaandoening	-0,0037**	-	-0,0030	-
Medicijn groepen				
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen (referentie)	-	-	-	-
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	0,0003	0,0085	0,0006	-
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	-0,0008	0,0006	-0,0007	-
GGZ-gebruik				
Geen GGZ-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	0,0071***	-0,0075	0,0070***	-
Gemiddelde GGZ-kosten	0,0100***	0,0067	0,0111***	-
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	0,0141***	-0,0099	0,0158***	-
Huisartskosten				
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%) (referentie)	-	-	-	-
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	0,0036***	0,0082	0,0025**	-
Overige Zvw-kosten				
Geen overige Zvw-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	-0,0004	-0,0094	-0,0003	-
Gemiddelde overige Zvw-kosten	0,0003	-0,0026	0,0007	-
Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75-95%)	0,0012**	-0,0076	0,0022***	-
Hoogste overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	-0,0027**	-0,0100	0,0002	-
AWBZ-indicatie				
Geen indicatie (referentie)	-	-	-	-
Extramurale AWBZ-indicatie	-	0,0125	-	-
Licht zorgzwaartepakket (VV, GGZ of gehandicapten)	-	-	-	-
Zwaar zorgzwaartepakket	-	0,2742*	-	-

Doorstroom van WW naar bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Kessler-index				
Laag/geen/onbekend risico op depressie (referentie)	-	-	-	-
Matig risico op depressie	-	0,0026	-	-
Hoog risico op depressie	-	0,0168	-	-
Leefstijlindicatoren				
Rookt (wel eens of zwaar)	-	0,0024	-	-
Overmatig drinker	-	0,0025	-	-
Obesitas	-	0,0013	-	-
Zelf-gerapporteerde gezondheid				
Slechte/zeer slechte of matige zelf-gerapporteerde gezondheid (referentie)	-	-	-	-
Goede/zeer goede of onbekende zelf-gerapporteerde gezondheid	-	0,0072	-	-
Functionele beperking	-	0,0142	-	-
Geen chronische aandoening (referentie)	-	-	-	-
1 chronische aandoening	-	-0,0053	-	-
2 chronische aandoeningen	-	-0,0001	-	-
3 chronische aandoeningen	-	0,0056	-	-
4 chronische aandoeningen	-	0,0001	-	-
Onbekend aantal chronische aandoeningen	-	-0,0023	-	-
Ziekenhuisopnames				
Acute ziekenhuisopname gehad	-	-	-0,0014	-
Acute ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen gehad	-	-	-0,0011	-
Achtergrondkenmerken				
	ja	ja	ja	ja
Gemiddelde kans op uitstroom	3,4%	4,2%	2,9%	6,0%
Aantal observaties	2.156.377	5.825	1.170.162	1.356.589

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

De geschatte modellen bevatten achtergrondkenmerken maar de marginale effecten zijn hier achterwege gelaten. Opgenomen achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, huishoudsituatie, opleidingsniveau, migratieachtergrond, woningbezit, regionale arbeidsmarktkenmerken, woonplaats, WW-ontvangst in afgelopen vijf jaar en jaardummies. In het model inclusief gezondheidsmaten uit de Gezondheidsmonitor zijn niet alle individuele objectieve gezondheidsmaten opgenomen. Dat komt omdat het aantal observaties in deze modellen klein is.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.

Tabel B.6 Schattingsresultaten uitstroom bijstand

Uitstroom bijstand	T + 1			T + 3
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Gezondheidsproblemen				
Geen (referentie)	-	-	-	-
Psychische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,0370***
Somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,0246***
Psychische en somatische gezondheidsproblemen	-	-	-	-0,0490***
Medicijngebruik				
Chronische stemmingsstoornissen	-0,0129***	-0,0093	-0,0142***	-
Psychose en/of bipolaire stoornis	-0,0210***	-0,0209	-0,0211***	-
Astma en/of COPD	0,0000	-0,0088	0,0022*	-
o.a. auto-immuunziekten, reuma, multiple sclerose, ziekte van Crohn en kanker	-0,0034*	0,0311	-0,0019	-
Cystic fibrose	0,0027***	0,0196	0,0045***	-
Hoog cholesterol	-0,0028**	-0,0060	-0,0020	-
Diabetes	-0,0056***	-0,0039	-0,0050**	-
Epilepsie en/of neuropathische pijn	-0,0186***	0,0097	-0,0178***	-
Hartaandoening	-0,0133***	0,0177	-0,0165***	-
Medicijn groepen				
Medicijnen uit minder dan 4 hoofdgroepen (referentie)	-	-	-	-
Medicijnen uit 4 tot 6 hoofdgroepen	-0,0017**	-0,0008	-0,0054***	-
Medicijnen uit 6 of meer hoofdgroepen	-0,0065***	0,0232	-0,0099***	-
GGZ-gebruik				
Geen GGZ-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage GGZ-kosten (onderste 25%)	-0,0084***	-0,0132	-0,0079***	-
Gemiddelde GGZ-kosten	-0,0175***	-0,0030	-0,0202***	-
Hoge GGZ-kosten (bovenste 25%)	-0,0318***	-0,0280*	-0,0349***	-
Huisartskosten				
Geen hoge huisartskosten (onderste 95%) (referentie)	-	-	-	-
Hoge huisartskosten (bovenste 5%)	-0,0081***	-0,0065	-0,0075***	-
Overige Zvw-kosten				
Geen overige Zvw-kosten (referentie)	-	-	-	-
Lage overige Zvw-kosten (onderste 25%)	0,0058***	-0,0192	0,0044***	-
Gemiddelde overige Zvw-kosten	0,0008	-0,0011	-0,0009	-
Hoge overige Zvw-kosten (bovenste 75-95%)	-0,0109***	-0,0337**	-0,0127***	-

Uitstroom bijstand	T + 1		T + 3	
	Losse gezondheidsmaten	Inclusief Gezondheidsmonitor & AWBZ-indicaties (alleen 2012)	Inclusief ziekenhuisopnamen (2013 t/m 2015)	
Hoogste overige Zvw-kosten (bovenste 5%)	-0,0224***	-0,0128	-0,0221***	-
AWBZ-indicatie				
Geen indicatie (referentie)	-	-	-	-
Extramurale AWBZ-indicatie	-	0,0062	-	-
Licht zorgzwaartepakket (VV, GGZ of gehandicapten)	-	n.b.	-	-
Zwaar zorgzwaartepakket	-	0,0214	-	-
Kessler-index				
Laag/geen/onbekend risico op depressie (referentie)	-	-	-	-
Matig risico op depressie	-	-0,0011	-	-
Hoog risico op depressie	-	-0,0168	-	-
Leefstijlindicatoren				
Rookt (wel eens of zwaar)	-	0,0018	-	-
Overmatig drinker	-	0,0099	-	-
Obesitas	-	0,0012	-	-
Zelf-gerapporteerde gezondheid				
Slechte/zeer slechte of matige zelf-gerapporteerde gezondheid (referentie)	-	-	-	-
Goede/zeer goede of onbekende zelf-gerapporteerde gezondheid	-	0,0309***	-	-
Functionele beperking	-	-0,0054	-	-
Geen chronische aandoening (referentie)	-	-	-	-
1 chronische aandoening	-	-0,0006	-	-
2 chronische aandoeningen	-	-0,0038	-	-
3 chronische aandoeningen	-	-0,0086	-	-
4 chronische aandoeningen	-	-0,0117	-	-
Onbekend aantal chronische aandoeningen	-	-0,0013	-	-
Ziekenhuisopnames				
Acute ziekenhuisopname gehad	-	-	-0,0015	-
Acute ziekenhuisopname van meer dan 3 dagen gehad	-	-	-0,0004	-
Achtergrondkenmerken				
	ja	ja	ja	ja
Gemiddelde kans op uitstroom	5,3%	4,3%	5,6%	6,3%
Aantal observaties	1.882.908	3.842	717.599	1.165.309

* betekent significant bij een significantieniveau van 5%, ** bij een significantieniveau van 1% en *** bij een significantieniveau van 0,1%.

De geschatte modellen bevatten achtergrondkenmerken maar de marginale effecten zijn hier achterwege gelaten. Opgenomen achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, huishoudsituatie, opleidingsniveau, migratieachtergrond, woningbezit, regionale arbeidsmarktkenmerken, woonplaats, bijstandsontvangst in afgelopen vijf jaar en jaardummies.

Bron: SEO Economisch Onderzoek, berekeningen op basis van CBS microdata.