

Nederlandse organisatie  
voor toegepast  
natuurwetenschappelijk  
onderzoek

*TNO-rapport*



Hoofdgroep  
Gezondheidsonderzoek TNO

Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg

UDB  
B 47  
(2)

# Omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid

Een schatting naar diagnose,  
Nederland 1985

november 1990

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT  
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO  
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IRISSTAMBOEKNUMMER

7760 / 000

E.W. Bergsma  
J.K.S. van Ginneken



Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg TNO  
Wassenaarseweg 56, Leiden  
Postadres:  
Postbus 124, 2300 AC LEIDEN  
Telefoon: 071 - 17 88 88

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,50 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO onder vermelding van bestelnummer 90.054.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Bergsma, E.W.

Een schatting van omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar diagnose in Nederland (1985) / E.W. Bergsma, J.K.S. van Ginneken. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-172-9

SISO 329.3 UDC 0331.316.3:369.23.003.2(492)

Trefw.: ziekteverzuim : Nederland : financiële aspecten / arbeidsongeschiktheid : Nederland : financiële aspecten

© 1990 TNO

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

## INHOUD

pagina

SUMMARY	i
1. INLEIDING	1
1.1 Achtergrond van het rapport	1
1.2 Doel en opzet van het rapport	6
2. OMVANG EN KOSTEN VAN ZIEKTEVERZUIM NAAR DIAGNOSE	8
2.1 De gegevensbronnen	8
2.2 Aantal verzuimgevallen en verzuimduur naar diagnosegroep en geslacht	10
2.3 Aantal verzuimdagen naar diagnosegroep en geslacht	14
2.4 De verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim	16
2.4.1 Inleiding	16
2.4.2 De gemiddelde lonen per leeftijdsklasse	17
2.4.3 De geschatte kosten van ziekteverzuim naar diagnose en geslacht van de omslagleden van de bedrijfsverenigingen	17
2.5 Een schatting van de kosten van ziekteverzuim in de totale beroepsbevolking	20
2.6 De raming van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim in vergelijking met het Bruto Nationaal Produkt	21
3. OMVANG EN KOSTEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID NAAR DIAGNOSE	22
3.1 Inleiding	22
3.2 De verdeling van het aantal gevallen waarvoor arbeids- ongeschiktheidsuitkering is vertrekt naar diagnose	24
3.3 De verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid: methodologische overwegingen	28

3.4	De raming van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid naar diagnose	29
3.5	De raming van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid in vergelijking met het Bruto Nationaal Produkt	35
4.	DE INDIRECTE KOSTEN VAN MORBIDITEIT IN DE BEROEPSBEVOLKING	36
4.1	De indirecte kosten van morbiditeit in de beroepsbevolking naar diagnose	36
4.2	De indirecte kosten van morbiditeit in relatie tot het Bruto Nationaal Produkt en de kosten van de gezondheidszorg	38
5.	AANBEVELINGEN	39
6.	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	41
7.	LITERATUUR	45
	BIJLAGEN	49
	LIJST VAN AFKORTINGEN	59

## SUMMARY

### 1. Background to the study

This report is one of several within a project of the TNO Institute of Preventive Health Care called the Prevention Profiles Project. This project aims to make a contribution to the formulation of health targets for the Netherlands and to recommend programmes and measures in preventive health care which will help to achieve these targets.

The most important research activities which are being carried out within the framework of this project are: the estimation of the health lost through mortality and morbidity of a certain number of important disease categories; the calculation of the importance of these diseases with respect to their social and economic consequences; the further development of methods for estimating health gains and for setting health targets; the setting up of an inventory of all the intervention possibilities in the field of preventive health and the estimation of the health gains achieved through these interventions; and the making of recommendations for the setting up of health targets and prevention profiles (van de Water, 1986; van Ginneken & van de Water, 1987).

The research activities which are described in this report are concerned with one aspect of the project, namely with the estimation of the social and economic consequences of a number of important disease categories. The economic costs of illness give an indication of the financial burden of illness and premature death on society. The measurement of these costs by disease category (disease costing) is of special interest for setting priorities in the allocation of resources for curative and preventive health care.

Economic costs are measured in terms of direct and indirect costs. The direct costs are the costs of the health services. The direct costs of a disease or of a disease category represent the value of resources that could have been allocated to other uses in the absence of that disease or disease category. The indirect costs are the value of lost output caused by illness or premature death.

Disease costing studies have been carried out on a large scale in the U.S. in the last twenty years, mainly based on the methodology of Rice (Rice, 1966; Cooper & Rice, 1976; Rice, Hodgson & Kopstein, 1985). In the Netherlands this has only been done for a particular disease or disease category such as diseases of the circulatory system (CBS/TNO, 1980; STG, 1986; Verkooijen, 1990), diseases of the respiratory system (Mölken, 1989) and the costs of AIDS (Wiggers & Bergsma, 1990). The main reason for this is that the direct costs of health care are very difficult to estimate per diagnostic category because the accounting procedures of the Dutch health care services are not disaggregated by diagnostic group. In this report we have therefore not attempted to estimate the direct costs of illness in the Netherlands but we have made recommendations for the improvement of present data collection. We confined our study to the estimation of the indirect costs of morbidity in the working population for all main diagnostic groups. We did not estimate the indirect costs of mortality for methodological and other reasons: some data concerning the extent of premature mortality are to be found in another report within the project (van Ginneken et al, 1989), but they are not detailed enough to be used in our calculations.

## **2. The structure of the report**

The purpose of this study was to estimate the costs of sickness absenteeism and work disability for all main diagnostic groups in the Netherlands in 1985. The year 1985 was chosen in order to make the results correspond with those of the other reports within the project (See also van Ginneken et al, 1989; Schaapveld et al, 1990).

The structure of the report is as follows. After an introductory chapter explaining Rice's methodology for disease costing, Chapter 2 describes the extent of sickness absenteeism by diagnostic category in terms of number of cases and numbers of working days lost by men and women for a large sample of the working population. The output loss due to sickness absenteeism was then estimated on the basis of full working days lost and the male and female wages in the appropriate age categories. A further estimate of output lost was made for the rest of the working population for which no data by diagnosis was available. In

Chapter 3 the same calculations were carried out for work disability with an adjustment for current unemployment rates. The value of the production lost was then compared to the invalidity payments made in 1985. In Chapter 4 the output lost by both sickness absenteeism and work disability was aggregated and compared to the direct costs of the health services and gross national product. In Chapter 5 recommendations were made to improve the data collection. The final chapter gives a brief summary of the results and conclusions.

### 3. The results and conclusions

Sickness absenteeism in the Netherlands applies to short term illness, that is to illness of a duration of less than one year. During the period of illness employees are usually paid their full wages with the exception of the first few days which are not always paid out, depending on the rules of the industrial insurance board to which the employer belongs. The implementing body of each industrial insurance board has the responsibility of insuring that benefits are only paid out to people who are absent due to illness.

It was estimated that 127 million full working days were lost in 1985 due to sickness absenteeism out of a working population of 5.1 million (fulltimers and part-timers). The value of lost production was estimated at f13.6 billion, or nearly \$7 billion.

Data on sickness absenteeism by diagnosis was available for 2.7 million of the working population. In this observed population the disease categories responsible for the highest costs of sickness absenteeism were diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (22 % of the total costs), mental disorders (16 %) and external causes of injury and poison (6 %). A further 30 % of the costs were due to short term periods of illness of 10 days on average where the employee was not seen by a medical practitioner and for which consequently no diagnosis could be made (See also Table 2.5). For the remaining 2.4 million working population no data was available by diagnostic group. In

order to estimate the number of days lost through sickness absenteeism we assumed that the same rate of absenteeism would hold for both groups.

Work disability applies to long term illness. When someone who has been absent from work for more than one year has not fully recovered within that year, he is eligible for disablement benefits. Someone is considered disabled when he can no longer satisfactorily perform the last job he had and the height of the benefits paid out is linked to the height of his previous wage, with a fixed ceiling. As a result someone can be considered fully disabled when he can no longer perform his previous job, even though he may be suitable for a totally different occupation. As a rule work disablement benefits are higher than unemployment benefits.

In 1985 it was estimated that 181 million full working days were lost due to work disability. The value of lost production, adjusted for current unemployment rates, was estimated to be f16.5 billion, or \$8.5 billion. This value of lost production was compared to the costs of the total disablement benefits paid out: these were almost as high as the value of lost production, confirming the fact that in the Netherlands the total social and economic burden of such an insurance system is high.

The highest costs for work disability were found in the following disease categories: diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (25%), mental disorders (23%) and diseases of the circulatory system (12%). (See Table 3.6).

When the total costs of sickness absenteeism and work disability were aggregated, it was found that the highest costs were due to diseases of the musculoskeletal system (in particular back problems), followed by mental disorders (in particular stress and adjustment problems at work) and diseases of the circulatory system (See Table 4.1).

The total indirect costs of morbidity in the working population were estimated to be f30.1 billion, or \$15.4 billion (see Table 4.1), while the total expenditure on the health care services were f34.8 billion, or \$17.8 billion. When one compares



these results with those of the U.S.A. (See Table 1.1), there is a great difference between the two countries. In the U.S.A. the indirect costs of morbidity are approximately one third of the total direct costs; in the Netherlands they are almost the same.



## 1. INLEIDING

### 1.1 Achtergrond van het rapport

Het Preventieprofielen Project van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg beoogt een bijdrage te leveren aan de formulering van in Nederland te bereiken gezondheidsdoelen evenals van programma's en maatregelen van collectieve preventie om deze doeleinden te bereiken.

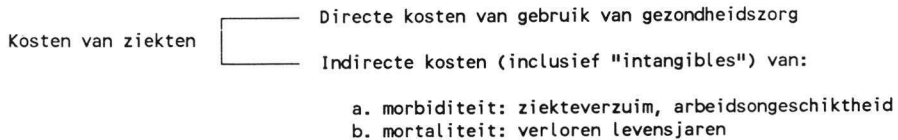
De belangrijkste onderzoeksactiviteiten die in het kader van dit project worden uitgevoerd zijn de volgende: het bepalen van het gezondheidsverlies in termen van mortaliteit en morbiditeit van een aantal belangrijke ziektecategorieën; het verschaffen van gegevens over de "belangrijkheid" van deze ziekten ten aanzien van hun maatschappelijke en financiële gevolgen; het verder ontwikkelen van methoden om gezondheidswinst te bepalen en van methoden om gezondheidsdoelen te formuleren; het inventariseren van interventiemogelijkheden op het gebied van de collectieve preventie en het maken van een schatting van de te maken gezondheidswinst bij invoering van deze interventies; en het maken van aanbevelingen bij het vaststellen van de gezondheidsdoelen en het opstellen van preventieprofielen. Deze plannen zijn uitvoeriger beschreven door Van de Water (1986) en Van Ginneken en Van de Water (1987).

De onderzoeksactiviteiten waarover hier verslag wordt gedaan hebben betrekking op één onderdeel van het hierboven beschreven project, namelijk het bepalen van de economische gevolgen van een aantal belangrijke ziektecategorieën. De economische gevolgen van ziekten geven een indicatie van de financiële last van morbiditeit en mortaliteit voor de samenleving. Het meten van deze kosten naar ziektecategorieën ('disease-costing') is van speciaal belang voor het stellen van prioriteiten bij het toewijzen van middelen voor de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Deze ziektegeoriënteerde benadering kan ook aanwijzingen geven over de mate waarin medisch onderzoek geconcentreerd dient te worden op bepaalde ziekten of ziektegroepen.

'Disease-costing' of 'Cost of illness studies' zijn de gebruikelijke Engelse termen voor de berekening van de economische gevolgen van ziekten. Deze economische

gevolgen worden onderverdeeld in 'directe' en 'indirecte' kosten (zie ook overzicht 1.1).

Overzicht 1.1 De kosten van ziekten



De directe kosten van ziekten zijn de kosten van het gebruik van de gezondheidszorg (zoals intra- en extramurale gezondheidszorg, genees-, hulp- en verbandmiddelen, collectieve preventieve zorg, ambulance en overige diensten). De directe kosten van een ziekte of diagnosegroep zijn de kosten die gemaakt zijn binnen de gezondheidszorg aan de diagnose, behandeling en preventie van die ziekte of diagnose groep. Deze directe kosten geven dus aan hoeveel middelen aan een ziekte of diagnosegroep zijn toegewezen.

De indirecte kosten zijn de kosten van de indirecte effecten van ziekten veroorzaakt door morbiditeit en mortaliteit. De indirecte effecten ten gevolge van morbiditeit zijn de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Deze worden berekend op basis van het produktieverlies veroorzaakt door verzuim in de beroepsbevolking. Omdat onbetaald werk (zoals het werk van huisvrouwen of vrijwilligers) niet in het Bruto Nationaal Produkt verrekend is, worden de kosten van ziekten van mensen die onbetaald werk verrichten over het algemeen niet betrokken in de berekening van de indirecte kosten van ziekten. Verder zijn er de psycho-sociale en andere kosten van het ongemak veroorzaakt door een bepaalde ziekte voor de patiënt en zijn naaste omgeving. Het laatste is niet objectief te schatten ("intangibles").

De kosten van de indirecte effecten van vroegtijdige sterfte worden in de meeste disease costing studies berekend met de 'human capital approach', die een economische waarde toekent aan de levensjaren verloren door vroegtijdige sterfte. Deze waarde wordt berekend op basis van het inkomen dat de desbetreffende persoon uit arbeid verdiende op het moment van sterven en van de in de toekomst te verwachten inkomststromen als de persoon geleefd zou hebben. Deze

methode geeft dus een ongelijke waardering aan het leven van verschillende inkomensgroepen (bijv. hoge managers, arbeiders, werklozen) en kan voor deze reden ook bekritiseerd worden (Hodgson & Meiners, 1982; Hodgson, 1983).

Een andere methode die door economen ook gebruikt wordt is de "willingness-to-pay" methode, waarmee berekend wordt hoeveel mensen bereid zijn te betalen om de risico's van doodgaan te verlagen of te vermijden. De "willingness-to-pay" wordt op allerlei manieren geschat, bijv. door de uitgaven die voor veiligheidsmaatregelen gemaakt worden, door de extra lonen die betaald moeten worden om mensen in gevaarlijke situaties te laten werken (Hay, 1989). Er bestaat echter weinig consensus onder economen over de uitkomsten van deze laatste methode.

Tot nu toe zijn de meeste 'disease costing' studies in de Verenigde Staten uitgevoerd, voornamelijk gebaseerd op de methodologie van Rice (Rice, 1966; Cooper & Rice, 1976; Rice, Hodgson & Kopstein, 1985). Zij hebben meestal betrekking op een bepaald geografisch gebied (regio of staat) en op een of meerdere ziekte-categorieën.

De studies van Rice zijn de meest omvattende en hebben betrekking op alle ziekte-categorieën op nationaal niveau.

In tabel 1.1 worden als voorbeeld de hoofdresultaten van Rice, Hodgson en Kopstein (1985) gepresenteerd.

Tabel 1.1 De economische kosten van ziekten, naar diagnose en type kosten, V.S., 1980

Diagnose	Totaal	Directe kosten	Indirecte morbid.	kosten mortal.**)	Totaal kosten mortal.**)	Directe kosten	Indirecte Kosten morbid. mortal.	(percentage)	
								(x 1 milj \$)	(percentage)
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	10.266	4.300	4.107	1.859	2.3	2.0	6.1	1.1	
2. Nieuwvormingen	50.538	13.049	5.778	31.711	11.1	6.2	8.5	18.0	
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immunitiestoornissen	12.840	7.329	2.237	3.274	2.8	3.5	3.3	1.9	
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	2.050	1.155	281	614	0.5	0.5	0.4	0.3	
5. Psychische stoornissen	30.685	19.824	8.917	1.944	6.7	9.4	13.1	1.1	
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	22.991	17.132	2.616	3.243	5.1	8.1	3.9	1.8	
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	85.008	32.488	11.448	41.072	18.7	15.4	16.9	23.3	
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	33.120	16.661	10.146	6.313	7.3	7.9	15.0	3.6	
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	42.437	30.974	3.441	8.022	9.3	14.7	5.1	4.6	
10. Ziekten van urinogenitaal organen	15.414	12.313	1.762	1.339	3.4	5.8	2.6	0.8	
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	6.600	5.940	539	121	1.5	2.8	0.8	0.0	
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	20.588	13.124	6.938	526	4.5	6.2	10.2	0.3	
14. Aangeboren afwijkingen	6.319	1.345	-	4.974	1.4	0.6	-	2.8	
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	10.710	3.815	1.847	5.048	4.3	1.8	2.7	2.9	
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	82.959	18.684	7.234	57.041	18.2	8.8	10.7	32.4	
Overige ziekten*)	18.093	8.746	536	8.811	2.0	4.1	0.8	5.0	
0. Onbekend	4.265	4.265	-	-	0.9	2.0	-	-	
Totaal	454.882	211.143	67.827	175.912	100.0	100.0	100.0	100.0	

\*) Inclusief complicaties van de zwangerschap (groep 11) en aandoeningen ontstaan in de perinatale periode (groep 15)

\*\*) Inkomststromen gedisconteerd met 4%

Bron: Rice, Hodgson &amp; Kopstein, 1985

In de eerste vier kolommen worden de absolute bedragen weergegeven; in de andere, de percentageverdelingen van de verschillende typen kosten.

De totale directe kosten van de gezondheidszorg in de V.S. in 1980 waren \$ 211 miljard. De indirecte kosten van morbiditeit waren \$ 68 miljard, van mortaliteit \$ 176 miljard.

De diagnosecategorieën met de hoogste directe kosten waren ziekten van de bloedsomlooporganen en van de spijsverteringsorganen. De diagnosecategorieën met de hoogste indirecte kosten van morbiditeit (ziekteverzuim) waren ziekten van de bloedsomlooporganen en van de ademhalingsorganen. De kosten van vroegtijdige sterfte (verloren levensjaren) waren het hoogst bij de diagnose uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging, gevolgd door ziekten van de bloedsomlooporganen en nieuwvormingen.

In Europa zijn disease costing studies slechts incidenteel verricht, namelijk in Finland in 1972, in Zweden in 1975 en in West-Duitsland in 1980 (Lapré en Rutten, 1988). In Nederland is dit nog nooit gedaan. Wel zijn ramingen gemaakt ten behoeve van een bepaalde diagnosegroep, zoals bijvoorbeeld de kosten van hart- en vaatziekten (CBS/TNO, 1980; STG, 1986; Boas, 1989; Verkooijen, 1990), de kosten van screening op baarmoederhalskanker (Habbema e.a., 1988; Bergsma & Wiggers, 1988), de kosten van screening op borstkanker (Van der Maas e.a., 1987, Koning e.a., 1990), de kosten van privé-ongevallen (den Toom & Schuurman, 1988), de kosten van CARA (Mölken e.a., 1989) en de kosten van AIDS (Wiggers & Bergsma, 1990). Echter, omdat de gebruikte methodologieën vaak verschillen, zijn deze studies zelden onderling vergelijkbaar. Verder beperken deze studies zich voornamelijk tot de directe kosten van een bepaalde ziektecategorie en de indirecte kosten worden zelden berekend.

In dit project hebben wij naar de mogelijkheid gekeken om ook voor Nederland de directe en indirecte kosten van de belangrijkste ziektecategorieën te ramen.

In Nederland echter zijn de benodigde statistieken voor het berekenen van de directe kosten van ziekten niet aanwezig in zodanige vorm dat betrouwbare ramingen naar diagnose kunnen worden gemaakt. Slechts de kosten van de zorg in zieken- en verpleeghuizen zijn gemakkelijk naar diagnose te kwantificeren. Als

gevolg hiervan zijn wij afgestapt van ons oorspronkelijk plan om de directe kosten van verschillende ziektecategorieën te berekenen.

Tenslotte zien we om methodologische en andere redenen af van de bepaling van de indirecte kosten ten gevolge van vroegtijdige sterfte. Enige gegevens omtrent de omvang van vroegtijdige sterfte zijn te vinden in een ander rapport van het project Preventieprofielen (Van Ginneken et al, 1989), maar zij zijn niet specifiek genoeg om te gebruiken voor onze berekeningen.

## **1.2 Doel en opzet van het rapport**

Het doel van dit rapport is om een schatting te maken van de omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar diagnose in de beroepsbevolking in Nederland. De berekeningen zijn gebaseerd op cijfers uit 1985 zodat zij aansluiten op de resultaten van de andere rapporten van het Preventieprofielenproject (zie van Ginneken et al, 1989; Schaapveld et al, 1990). Het project wordt gefinancierd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn indicatoren van de morbiditeit in de beroepsbevolking. Hun omvang is een belangrijke indicator van de maatschappelijke gevolgen van ziekten voor het arbeidsproces. Wanneer deze omvang in geld uitgedrukt is, zoals in deze studie gedaan is, hebben wij een economische maatstaf van de maatschappelijke betekenis van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Hun totale omvang heeft macro-economische gevolgen voor de productiecapaciteit van de samenleving.

Op micro-economisch niveau is het vaststellen van de omvang en kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar diagnose belangrijk voor de stelling van prioriteiten van gezondheidsbeleid.

De opbouw van dit rapport is als volgt. In het volgende hoofdstuk wordt de omvang van ziekteverzuim kwantitatief beschreven in termen van het aantal verzuimdagen naar diagnose, leeftijd en geslacht. Op basis daarvan wordt de verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim naar diagnose berekend. In hoofdstuk 3 wordt de omvang van arbeidsongeschiktheid naar diagnose beschre-



ven evenals de verloren produktiewaarde veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid samengevat en een raming wordt gemaakt van de totale indirecte kosten van morbiditeit in de beroepsbevolking in Nederland in 1985. Deze uitkomsten worden vergeleken met de kosten van de gezondheidszorg en met het Bruto Nationaal Produkt.

In hoofdstuk 5 worden aanbevelingen gedaan voor het opzetten van meer gedetailleerde statistieken op nationaal niveau die 'disease costing' studies mogelijk zouden maken.

Een samenvatting van de resultaten en conclusies worden in hoofdstuk 6 gegeven.

## 2. OMVANG EN KOSTEN VAN ZIEKTEVERZUIM NAAR DIAGNOSE

### 2.1 De gegevensbronnen

Er zijn in Nederland diverse instanties die cijfers verzamelen over het ziekteverzuim (Vrijhof & Prins, 1990). De meeste worden verzameld in het kader van de uitvoering van de Ziektewet. Het nadeel hiervan is dat deze cijfers uitsluitend betrekking hebben op het verzuim waarvoor een uitkering is gegeven. Ziekteverzuimgevallen die korter duren dan de officiële wachtdagen tellen hierbij niet mee. Daarnaast worden verzuimcijfers vastgesteld op basis van een steekproef van bedrijven : een voorbeeld hiervan is de verzuimstatistiek van het NIPG/TNO. Het nadeel van deze cijfers is dat zij sterk afhankelijk zijn van de samenstelling van de steekproef.

Om aan beide bezwaren tegemoet te komen worden sinds 1987 door het NIA in samenwerking met het NIPG/TNO landelijk cijfers berekend op basis van de verschillende bronnen. In deze landelijke cijfers wordt de diagnose van het verzuim echter niet onderscheiden. De enige bron hiervoor is de CBS Diagnosestatistiek bedrijfsverenigingen.

De cijfers van de CBS Diagnose-statistiek hebben betrekking op de in het verslagjaar beëindigde verzuimgevallen, die tot uitkering waren gekomen, van werknemers die zowel vrijwillig als verplicht bij een bedrijfsvereniging waren verzekerd volgens de Ziektewet. Deze gegevens zijn afkomstig van de bedrijfsverenigingen en zijn de meest representatieve steekproef van alle verzuimgegevens (Vrijhof, 1986; Brouwer & Vrijhof, 1989).

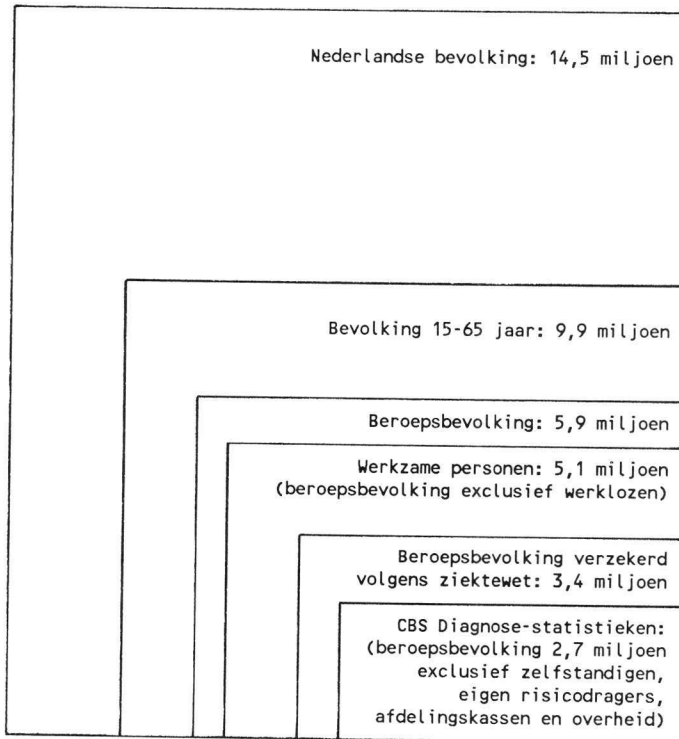
De statistieken beperken zich echter tot de omslagleden van de bedrijfsverenigingen, dat wil zeggen tot de werkgevers die met andere leden gezamenlijk of groepsgewijs het uit de ziekengeldverzekering voortvloeiende risico dragen. Uitgesloten zijn de eigen risicodragers (bij wie geen premie voor de Ziektewet op het loon wordt ingehouden) en de afdelingskassen (waar werkgevers en werknemers gezamenlijk een afdelingskas vormen).

Volgens de Sociale Verzekeringsraad (SVr, 1987), omvat het bestand van het ziekteverzuim van de omslagleden 2,7 miljoen verzekerde 'mensenjaren'. "Het aan-

tal verzekerde mensjaren wordt gevonden door het aantal dagen waarop geheel of gedeeltelijk is gewerkt, te delen door 260, zijnde het aantal werkdagen per jaar bij een vijfdaagse werkweek" (SVr, 1987). Deze meting geeft aan hoeveel volle tijd werknemers er zouden zijn geweest als iedereen een volledige betrekking had gehad.

Ambtenaren, beroepsmilitairen en werknemers van de Nederlandse Spoorwegen vallen niet onder de Ziektewet, maar hebben ieder hun eigen regeling. Zelfstandigen kennen geen wettelijke loondervingsregeling bij ziekteverzuim. In totaal gaat het bij deze vier groepen om ongeveer 1,7 miljoen werknemers.

**Figuur 2.1** Populatie van CBS Diagnose-statistiek Bedrijfsverenigingen in relatie tot de beroepsbevolking en totale bevolking (1985)



In figuur 2.1 wordt een overzicht gegeven van de omvang van de populatie van de CBS Diagnose-statistiek, die wij voor onze berekeningen gebruikt hebben, in relatie tot de omvang van de beroepsbevolking en de totale bevolking. Volgens de Arbeidskrachtentelling 1985 (CBS, 1987) bedroeg de beroepsbevolking 5,9 miljoen waarvan 751.000 werkloos waren. (Meer details over de samenstelling van de beroepsbevolking naar leeftijd en geslacht is te vinden in bijlage 1.). Verzekerd volgens de Ziektewet waren ongeveer 70% van de werkende beroepsbevolking (3,4 miljoen). Hieronder vallen de eigen-risicodragers en de leden van de afdelingskassen zowel als de omslagleden van de bedrijfsverenigingen die 80% van de verzekerde populatie uitmaken (CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen, 1985). Zoals hierboven reeds is vermeld heeft de populatie van de CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen betrekking op 2,7 miljoen verzekerde werknemers.

De hier gerapporteerde gegevens zijn afkomstig van de CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen 1985 (CBS, 1987) en van apart verkregen tabellen over het aantal verzuimdagen naar diagnose, leeftijd en geslacht.

## **2.2 Aantal verzuimgevallen en verzuimduur naar diagnosegroep en geslacht**

"Onder een verzuimgeval wordt conform het gebruik in de uitkeringsstatistiek van de uitvoeringsorganen van de Ziektewet, verstaan:

- a. een ononderbroken periode van verzuim; óf
- b. een door een mislukte poging tot werkhervatting onderbroken periode van verzuim, indien de tussentijdse werkhervatting de tijdsduur van één uitkeringsdag niet heeft overschreden".

(Definitie van CBS, Diagnose-statistiek Bedrijfsverenigingen, 1987)

Een verzuimgeval kan minimaal één uitkeringsdag duren. Een persoon die na een periode van ziekteverzuim het werk langer dan één maand hervat heeft, wordt bij een nieuwe ziekteperiode als nieuw geval beschouwd.

In tabel 2.1 worden de in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar geslacht en naar hoofddiagnose weergegeven.

Tabel 2.1 In 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose en geslacht

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal	Rangorde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	12.431	8.839	21.2701	11
2. Nieuwvormingen	2.765	2.920	5.685	13
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	1.656	1.523	3.209	14
4. Ziekten van bloed- en bloedbereidende organen	560	1.351	1.911	15
5. Psychische stoornissen	78.374	66.657	145.031	3
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	12.374	8.969	21.892	9
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	14.649	5.189	19.838	10
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	103.099	110.527	213.626	2
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	37.318	28.040	65.358	6
10. Ziekten van urinogenitaalorganen	6.763	17.840	24.603	8
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium		45.491	45.491	7
12. Ziekten van de huid en onderhuidsbindingweefsel	11.401	8.036	19.437	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindingweefsel	154.542	67.007	221.549	1
14. Aangeboren afwijkingen	675	435	1.110	16
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	50.629	19.883	70.512	5
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	75.032	27.348	102.380	4
0. Patiënten niet gezien door arts	1.537.176	873.891	2.411.067	-
Niet in te delen	178	70	248	-
Totaal	2.100.201	1.294.016	3.394.217	-
Totaal ziekteverzuim (excl. bevallingen)	2.100.201	1.248.525	3.348.726	-

[Bron: CBS, Diagnose-Statistiek bedrijfsverenigingen, 1985]

In 1985 waren er in totaal 3,4 miljoen verzuimgevallen; 2,1 miljoen onder mannen en 1,3 miljoen onder vrouwen (1,2 miljoen exclusief bevallingen).

Zoals uit tabel 2.1 gezien kan worden, is de groep patiënten die niet door een arts gezien is zeer groot (ongeveer 70% van de verzuimgevallen). Dit betreft echter verzuimgevallen van korte duur, die gemiddeld 9,8 verzuimdagen bedragen (zie tabel 2.2: Gemiddelde verzuimduur naar diagnose en geslacht). Hierbij wordt er van uitgegaan dat de aanwezigheid van de diagnose code veronderstelt dat de betreffende persoon gezien is door een arts. Dit is vrijwel altijd het geval, ofschoon er bij bepaalde bedrijfsverenigingen uitzondering wordt gemaakt.

De meeste verzuimgevallen waarvan de diagnose bekend is en door een arts gesteld zijn veroorzaakt door ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel (222.000 gevallen), gevolgd door ziekten van de ademhalingsorganen (214.000 gevallen), psychische stoornissen (145.000 gevallen), uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging (102.000 gevallen) en symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden (71.000 gevallen).

Informatie over de duur van ziekteverzuimdagen wordt gegeven in tabel 2.2. De gemiddelde verzuimduur is 22,2 dagen. Voor mannen is de gemiddelde verzuimduur 22,6 dagen en voor vrouwen 21,6 dagen (of 19,5 dagen exclusief bevallingen). De ziekteverzuimduur is lager bij vrouwen dan bij mannen voor alle diagnosegroepen. Dit is o.a. waarschijnlijk te verklaren door de lagere gemiddelde leeftijd van werkende vrouwen en in een verschil in de aard van het werk (Grosveld & Schalk, 1990; zie ook bijlage 1 waarin blijkt dat 81% van de werkende vrouwen jonger is dan 45 jaar terwijl dit percentage bij mannen 72% is.)

**Tabel 2.2** Gemiddelde verzuimduur (in dagen) naar diagnose en geslacht, 1985

Diagnose	Mannen	Vrouwen	Totaal	Rangorde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	31.5	30.7	31.2	14
2. Nieuwvormingen	174.1	116.5	144.6	1
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	120.6	96.9	109.4	4
4. Ziekten van bloed en bloed-bereidende organen	69.1	45.6	52.6	9
5. Psychische stoornissen	86.9	69.7	79.0	6
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	77.3	54.6	68.02	8
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	156.7	85.5	138.1	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	19.8	12.2	15.9	16
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	43.9	25.2	35.9	13
10. Ziekten van urinogenitaalorganen	57.7	46.0	49.2	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium		80.9	80.9	5
12. Ziekten van huid en onderhuids-bindweefsel	37.8	36.6	37.4	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	72.5	63.3	69.8	7
14. Aangeboren afwijkingen	155.9	103.7	135.4	2
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	34.3	20.3	30.4	15
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	52.1	41.0	49.1	11
0. Patiënten niet gezien door arts	9.5	10.2	9.8	-
Totaal ziekteverzuim	22.6	21.6	22.2	-
Totaal ziekteverzuim (excl. bevallingen)	22.6	19.5	21.4	-

[Bron: Berekend op basis van CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen, 1985]

### 2.3 Aantal verzuimdagen naar diagnosegroep en geslacht

Het aantal verzuimgevallen en de gemiddelde verzuimduur zijn belangrijke indicatoren van werkverzuim veroorzaakt door een bepaalde ziektecategorie. Van speciaal belang is verder het totaal aantal verzuimdagen dat verkregen wordt door combinatie van verzuimgevallen en verzuimduur.

Informatie over het aantal verzuimdagen van de in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose en geslacht wordt gegeven in tabel 2.3. In 1985 werden in totaal 75,3 miljoen dagen verzuimd waarvan 47,4 miljoen door mannen en 28,0 miljoen door vrouwen (24,3 miljoen exclusief bevallingen).

Op basis van het aantal verzuimdagen in tabel 2.3, kan gezien worden dat de groep patiënten niet gezien door een arts slechts 31% van het totaal aantal verzuimdagen opneemt. De gemiddelde verzuimduur van deze groep is 10 dagen, (zie tabel 2.2). Dit bevestigt de opvatting dat het hier voornamelijk om kortduurende ziektegevallen gaat, waarbij de zieke werknemer niet door een verzekeringsgeneeskundige wordt gezien die als medicus een diagnose kan stellen. Van de ernstiger (langduriger) ziektegevallen zijn de diagnoses meestal wel bekend (Vrijhof & Prins, 1990).

Wanneer wij de rangorde van het aantal verzuimdagen naar diagnose vergelijken met de rangorde van het aantal verzuimgevallen, zien wij een verschil. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel nemen nog steeds de eerste plaats in (15,5 miljoen dagen met een gemiddelde verzuimduur van 70 dagen), maar worden nu in rangorde gevolgd door psychische stoornissen (11,5 miljoen dagen met een gemiddelde verzuimduur van 79 dagen), uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging (5 miljoen dagen; gemiddelde verzuimduur 49 dagen), complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium (36,8 miljoen dagen; gemiddelde verzuimduur 81 dagen) en ziekten van de ademhalingsorganen (3,4 miljoen dagen; gemiddelde verzuimduur 16 dagen).



**Tabel 2.3** Verzuimdagen van de in 1985 beëindigde verzuimgevallen, naar diagnose en geslacht (in honderdtallen)

Diagnose	Mannen (x 100)	Vrouwen (x100)	Totaal* (x100)	Rangorde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	3.915	2.713	6.628	13
2. Nieuwvormingen	4.815	3.402	8.217	11
3. Endocriene voedings en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	2.034	1.475	3.509	14
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	387	616	1.003	16
5. Psychische stoornissen	68.101	46.460	114.561	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	9.994	4.898	14.892	9
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	22.960	4.440	27.400	6
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	20.385	13.522	33.907	5
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	16.397	7.040	23.437	7
10. Ziekten van urinogenitaalorganen	3.902	8.199	12.101	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium		36.769	36.769	4
12. Ziekten van huid en onderhuidsbindweefsel	4.314	2.945	7.259	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	112.085	42.383	154.468	1
14. Aangeboren afwijkingen	1.052	451	1.503	15
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	17.383	4.032	21.415	8
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	39.053	11.212	50.265	3
0. Patiënten niet gezien door arts	146.742	89.346	236.088	-
Totaal*	473.519	279.905	753.424	-
Totaal (excl. bevallingen)	473.519	243.136	716.655	-

\* De totalen zijn afgerond op basis van absolute cijfers

[Bron: aparte tabel afkomstig van CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen]

In bijlage 2 en 3 zijn de verzuimdagen in zes leeftijdsgroepen ingedeeld. Bij de mannen wordt het grootste aantal verzuimdagen gevonden in de leeftijdsgroepen tussen de 25 en 54 jaar (74% van de verzuimdagen). Bij de vrouwen is dit tussen de 20 en 44 jaar (71% van de verzuimdagen). Deze verschillen zijn voornamelijk het gevolg van de verschillen in leeftijdsverdeling van mannen en vrouwen in de beroepsbevolking (zie bijlage 1).

## **2.4 De verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim**

### **2.4.1 Inleiding**

De kosten van ziekteverzuim voor de werkgever zijn de kosten die overeenkomen met het verlies in produktie in het bedrijf veroorzaakt door de afwezigheid van de werknemer. In Nederland mag ziekteverzuim geen reden voor ontslag zijn. De werkgever zal dus de kosten van deze afwezigheid geheel voor zijn rekening nemen, met uitzondering van de eerste twee wachtdagen die bij sommige bedrijfsverenigingen door de werknemers betaald worden. De totale kosten van ziekteverzuim, of zij door de werkgever of gedeeltelijk door de werknemer betaald worden, zullen echter gelijk zijn aan het produktieverlies. Het produktieverlies wordt verondersteld gelijk te zijn aan de bruto uitbetaalde lonen tijdens de duur van het ziekteverzuim. (Met tijdelijk ingehuurd krachten wordt hier geen rekening gehouden omdat geen gegevens hierover beschikbaar zijn). Dit produktieverlies is niet opgenomen in de nationale rekeningen.

In dit rapport zal een raming gemaakt worden van de verloren productiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim. Deze kosten worden berekend op basis van de gemiddelde brutolonen naar geslacht en het aantal verzuimdagen. Het is niet nodig om deze kosten ook nog uit te splitsen naar bedrijfsvereniging omdat de variatie in de gemiddelde lonen in de verschillende bedrijfsverenigingen relatief klein is in vergelijking met de variatie naar leeftijd. Wel zullen de totale kosten een kleine overschatting zijn omdat lagere inkomensgroepen meer verzuimen dan de hogere (Draaisma & Smulders, 1978; Brouwer & Vrijhof, 1989). Tegenover deze overschatting van de verloren produktiewaarde staat een kleine onderschat

ting van het werkelijke aantal verzuimdagen. Het aantal verzuimdagen afkomstig van de CBS Diagnose-statistiek Bedrijfsverenigingen heeft betrekking op de verzuimdagen waarover een uitkering is verstrekt en eventuele wachtdagen, voorzover deze door het uitvoeringsorgaan in verband met de verstrekking van uitkeringen worden geregistreerd. Het aantal wachtdagen dat niet geregistreerd wordt is onbekend; volgens een mededeling van de GAK is dit circa 2% van het totaal aantal verzuimgevallen.

#### 2.4.2 De gemiddelde lonen per leeftijdsklasse

Op basis van de verdeling van mannelijke en vrouwelijke voltijd-werknemers naar bruto jaarloonklassen in 1985 (zie bijlage 4 en 5), zijn de (gewogen) gemiddelde jaarlijkse lonen berekend. Deze zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 2.4 Bruto jaarinkomen (incl. bijz. uitkeringen) naar leeftijd en geslacht, 1985

Leeftijdsklasse	Mannen	Vrouwen
16-19	f 17.900	f 16.200
20-24	f 30.400	f 26.700
25-34	f 37.300	f 36.600
35-44	f 52.900	f 43.000
45-54	f 55.300	f 44.500
55-64	f 56.300	f 44.900

Bron: CBS Jaarlijks loononderzoek, 1985.

#### 2.4.3 De geschatte kosten van ziekteverzuim naar diagnose en geslacht van de omslagleden van de bedrijfsverenigingen

Op basis van het aantal verzuimdagen naar leeftijdsklasse en geslacht (zie bijlage 2 en 3) en op basis van het gemiddelde bruto dagloon berekend in tabel 2.4 zijn de kosten van ziekteverzuim geschat.

Tabel 2.5 toont aan dat de totale kosten van ziekteverzuim f 8,7 miljard in 1985 bedroegen; de kosten van mannen waren f 6 miljard en van vrouwen f 2,8 miljard (of f 2,4 miljard exclusief bevallingen).

In tabel 2.5 zijn verder de totale verzuimkosten naar diagnose en geslacht te vinden (in bijlage 6 en 7 zijn deze meer in detail weergegeven).

Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel veroorzaken de grootste financiële last: *f* 1,9 miljard (*f* 1,5 miljard voor mannen en *f* 450 miljoen voor vrouwen). Psychische stoornissen volgen met *f* 1,4 miljard (*f* 900 miljoen voor mannen en *f* 500 miljoen voor vrouwen). Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging komen op *f* 540 miljoen (bijna *f* 440 miljoen voor mannen en *f* 100 miljoen voor vrouwen), gevolgd door ziekten van de bloedsomlooporganen (met *f* 390 miljoen, waarvan *f* 340 miljoen voor mannen en *f* 50 miljoen voor vrouwen) en ziekten van de ademhalingsorganen (*f* 380 miljoen, waarvan *f* 250 miljoen voor mannen en *f* 130 miljoen voor vrouwen).

Met betrekking tot de laatste groep kan het volgende worden opgemerkt. In het rapport van Mólken van het Institute of Medical Technology Assessment zijn de kosten van ziekteverzuim voor CARA geraamd op *f* 371 miljoen voor 1985 (Mólken, 1989). Dit cijfer komt goed overeen met onze raming. Het cijfer van IMTA ligt wat hoger omdat de berekening gebaseerd is op het gemiddeld inkomen voor mannen en vrouwen en niet gedisaggregeerd is naar leeftijd zoals in dit rapport.

Met betrekking tot de kosten van ziekten van de bloedsomlooporganen komt de schatting van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door hart- en vaatziekten, *f* 401 miljoen voor het bedrijfsleven in 1984 (Verkooijen, 1989), goed overeen met onze resultaten.

**Tabel 2.5** Verzuimkosten van de in 1985 beëindigde verzuimgevallen, naar diagnose en geslacht (in duizenden guldens)

Diagnose	Mannen (x f 1000)	Vrouwen (x f 1000)	Totaal (x f 1000)	*Totaal %	Rangorde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	44.468	23.120	67.588	0,8	13
2. Nieuwvormingen	67.918	36.929	106.847	1,2	11
3. Endocrine voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	27.689	15.058	42.747	0,5	14
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	4.982	6.174	11.156	0,1	16
5. Psychische stoornissen	894.236	473.989	1.368.225	15,7	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	130.036	50.815	180.851	2,1	9
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	337.898	50.385	388.713	4,5	4
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	253.857	127.193	381.050	4,4	5
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	210.060	68.277	278.337	3,2	7
10. Ziekten van urogenitaal organen	52.452	87.563	140.015	1,6	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium		337.852	337.852	3,9	6
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefel	50.530	26.347	76.877	0,9	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	1.465.803	446.594	1.912.397	21,9	1
14. Aangeboren afwijkingen	12.125	4.089	16.214	0,2	15
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	217.841	39.103	256.944	2,9	8
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	438.622	105.704	544.326	6,2	3
0. Patiënten niet gezien door arts	1.744.755	873.753	2.618.508	30,0	-
Totaal*	5.953.273	2.772.945	8.726.217	100,0	-
Totaal (excl. bevallingen)	5.953.273	2.435.093	8.388.366		-

\* De totalen zijn afgerond op basis van de absolute cijfers.

## 2.5 Een schatting van de kosten van ziekteverzuim in de totale beroepsbevolking

De raming die wij gemaakt hebben van de totale kosten van ziekteverzuim is gebaseerd op een populatie van 2,7 miljoen mensen. Er waren echter 5,1 miljoen werkzame personen in 1985, hetgeen betekent dat over 2,4 miljoen personen geen verzuim gegevens bekend zijn. Om deze kosten te ramen zou op zichzelf een onderzoek vereist zijn. Of men hieruit zou kunnen concluderen dat de kosten van ziekteverzuim van de gehele beroepsbevolking bijna twee keer zo hoog zouden zijn als de *f* 8,7 miljard berekend voor de omslagleden is moeilijk te zeggen. De werkzame personen die niet meegenomen zijn in de CBS-statistieken vormen een zeer uiteenlopende groep: zelfstandige werknemers (ongeveer 462.000 mensen), de werknemers in de overheid, politie, militairen, mannen in militaire dienst, leden van afdelingskassen en eigen risicodragers (ongeveer 650.000 mensen) en anderen. (Voor de laatste twee categorieën is bekend dat zij minder verzuimen dan de omslagleden, Sociale Verzekeringsraad, 1987).

In zijn Advies Sociaal-Medische Begeleiding heeft de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1987) een raming gemaakt van het totale ziekteverzuim gebaseerd op de veronderstelling dat alle werkzame personen gemiddeld hetzelfde ziekteverzuim zouden hebben als bij de omslagleden. Voor 1985 raamde de Raad een totaal van 129,5 miljoen verzuimdagen, waarvan 77,4 miljoen door omslagleden, 19,1 miljoen door overigen vallend onder de Ziektewet en 33 miljoen door ambtenaren en zelfstandigen. Op basis van een gemiddeld brutoloon van *f* 40.040 per jaar, raamt hij de totale kosten van ziekteverzuim voor 1985 op *f* 14,2 miljard.

Gebruik makend van de raming van de ziekteverzuimdagen onder niet-omslagleden van de Nationale Raad van de Volksgezondheid en van onze raming van het ziekteverzuim onder omslagleden (75,3 miljoen dagen), komen wij op een totaal van 127,4 miljoen dagen in 1985. Als wij er vanuit gaan dat het ziekteverzuimpatroon van mannen en vrouwen van niet-omslagleden en omslagleden gelijk is (d.w.z. 63% van de dagen worden door mannen verzuimd), kunnen wij op basis van het brutoloon van mannen en vrouwen (respectievelijk *f* 42.600 per jaar voor mannen en *f* 30.4000 per jaar voor vrouwen) de kosten van ziekteverzuim in de totale beroepsbevolking berekenen. Dit is *f* 9,4 miljard voor mannen en

*f* 4,2 miljard voor vrouwen, ofwel *f* 13,6 miljard voor de totale beroepsbevolking.

## **2.6 De raming van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim in vergelijking met het Bruto Nationaal Produkt**

Het Bruto Nationaal Produkt (factorkosten) was *f* 379,3 miljard in 1985. De verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim bedroeg *f* 13,6 miljard in 1985. Dit komt overeen met 3,6% van het Bruto Nationaal Produkt.

### 3. OMVANG EN KOSTEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID NAAR DIAGNOSE

#### 3.1 Inleiding

In tabel 3.1, Kerncijfers arbeidsongeschiktheid 1976-1985, wordt een overzicht gegeven van de omvang van arbeidsongeschiktheid in de beroepsbevolking.

Terwijl de beroepsbevolking tussen 1976 en 1985 nauwelijks is gestegen als percentage van de totale bevolking in de leeftijdsklasse 15-64 jaar (van 56% tot 59%), is het aantal arbeidsongeschikten als percentage van de beroepsbevolking gestegen van 9,4% naar 12,8%. Dit betekent dat de groei in het aantal arbeidsongeschikten relatief groter is geweest dan de groei in de beroepsbevolking.

Tabel 3.1 Kerncijfers arbeidsongeschiktheid (1976-1985)

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
arbeidsongeschikten x 1000	475	530	578	617	651	678	699	718	740	758
% mutaties t.o.v. vorig jaar	+36,1	+11,6	+10,1	+6,8	+5,5	+4,2	+3,5	+2,7	+3,1	+2,4
bevolking in de leeftijdsklasse 15-64 x 1000	8.920	9.034	9.136	9.292	9.432	9.544	9.648	9.756	9.874	9.972
arbeidsongeschikten in % van de bevol- king in de leef- tijdsklasse 15-64 jaar	5,3	5,9	6,3	6,6	6,9	7,1	7,3	7,4	7,5	7,6
beroepsbevolking 15-64 jaar x 1000	5.039	5.105	5.187	5.345	5.540	5.648	5.773	5.828	5.887	5.944
arbeidsongeschikten in % van de be- roepsbevolking	9,4	10,4	11,1	11,5	11,8	12,0	12,1	12,3	12,6	12,8

[Bron: AAF/AOF Jaarverslag 1985]

De Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) regelt een verplichte werknemersverzekering tegen de geldelijke gevolgen van langdurig arbeidsongeschiktheid waarvoor de verzekerden premie betalen. In het algemeen geldt dat personen tussen 15 en 65 jaar die in loondienst werken of een WW of WWV-



uitkering krijgen verzekerd zijn. Uitgezonderd bij de WAO zijn werknemers bij de overheid, ambtenaren en personen die zijn gelijk gesteld met ambtenaren, dienstplichtigen en beroepsmilitairen en werknemers van de Nederlandse Spoorwegen (ABP, WAMIL, AMP en SP verzekerden). Voor hen geldt een andere regeling. (Zie ook De Kleine Gids voor de Nederlandse Sociale Zekerheid, Vereniging van Raden van Arbeid, jaarlijkse uitgave.)

Anders dan de WAO regelt de Algemene Arbeidsongeschiktheid Wet (AAW) een volksverzekering tegen de geldelijke gevolgen van arbeidsongeschiktheid. Verzekerd zijn al degenen die jonger zijn dan 65 jaar en in Nederland wonen. Om in aanmerking te komen voor een AAW arbeidsongeschiktheidsuitkering, is doorgaans vereist dat de aanvrager in het jaar voorafgaande aan de arbeidsongeschiktheid een inkomen uit arbeid van minimaal f 4.500,- heeft gekregen. Voor werknemers in dienst van de overheid gelden aparte arbeidsongeschiktheidsregelingen; zij komen daarom alleen in aanmerking voor een AAW-uitkering voorzover deze hoger is dan de overheidsuitkering (Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1985).

De meeste verzekerden voor WAO-uitkering zijn tevens verzekerd voor AAW-uitkering. In die gevallen waarin beide wetten van toepassing zijn is de WAO-uitkering beperkt tot het bedrag dat deze hoger is dan de geldende AAW-uitkering. De uitkeringsgerechtigde heeft dus in de meeste gevallen een basisuitkering krachtens de AAW en daarop een aanvulling volgens de WAO.

Het aantal verzekerden voor een AAW-voorziening bedroeg 11,7 miljoen personen beneden de 65 jaar in 1985. Het totaal aantal verzekerden voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering AAW en WAO samen bedroeg volgens een raming 5,7 miljoen (3,5 miljoen mannen en 2,2 miljoen vrouwen) (Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1985).

Het geheel van de hierboven genoemde voorzieningen worden geadmistreerd door de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) en het Algemeen Arbeidsongeschiktheidsfonds/Arbeidsongeschiktheidsfonds (AAF/AOF). De statistische gegevens zijn ook van deze twee instanties afkomstig.

De gegevens afkomstig van de GMD zijn minder compleet dan de gegevens van de AAF/AOF, omdat de ABP-verzekerden (en anderen) niet voorkomen in het eerste genoemde bestand.

### **3.2 De verdeling van het aantal gevallen waarvoor arbeidsongeschiktheidsuitkering is verstrekt naar diagnose**

Iemand wordt beschouwd als arbeidsongeschikt wanneer hij (of zij), ten gevolge van ziekte of gebreken, niet in staat is om arbeid te verrichten zoals die door vergelijkbare, lichamelijk en geestelijk gezonde personen verricht kan worden. Werknemers die langer dan een jaar 15% of meer arbeidsongeschikt zijn krijgen een AAW en/of WAO-uitkering toegekend.

Een nieuw geval is die persoon, waaraan een uitvoeringsorgaan in dat jaar voor de eerste keer een arbeidsongeschiktheidsuitkering toekent.

Zo'n geval kan zijn:

- a. een nieuwe toekenning, dit is een geval dat nog niet eerder een arbeidsongeschiktheidsuitkering genoot, of reeds wel eerder zo'n uitkering genoot, maar waarvan de laatste dag waarover hij uitkering kreeg langer dan een maand geleden is;
- b. een heropening, dit is een geval dat, nadat een arbeidsongeschiktheidsuitkering is beëindigd, binnen een maand na de dag waarop de uitkering is beëindigd, weer arbeidsongeschikt wordt en daardoor weer aanspraak maakt op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Een beëindigd geval is die persoon wiens arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt beëindigd om een van de volgende redenen:

- a. ingevolge de WAO:
  1. wanneer de arbeidsongeschiktheid is beëindigd, of beneden de 15% is gedaald;
- b. ingevolge de AAW:
  2. wanneer de arbeidsongeschiktheid is beëindigd, of beneden de 25% is gedaald;
- c. ingevolge zowel de AAW als de WAO:
  3. het bereiken van de 65-jarige leeftijd;
  4. overlijden.

(Bovenstaande definities zijn ontleend aan de Sociale Verzekeringsraad, 1988)

De arbeidsongeschiktheidstatistieken van de GMD en AAF/AOF geven beiden een overzicht van het aantal uitkeringsgerechtigden naar oorzaak.

In tabel 3.2 wordt de procentuele verdeling van het aantal gevallen naar diagnose per bevolkingsgroep weergegeven volgens de gegevens van het AAF/AOF.

Voor de WAO-verzekerden die een uitkering ontvangen komen ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel, psychische stoornissen en ziekten van de bloedsomlooporganen, in deze rangorde, het meeste voor. Voor de ABP-verzekerden is de rangorde: psychische stoornissen, ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel en ziekten van de bloedsomlooporganen. Bij de zelfstandigen is de rangorde weer anders: ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel nemen de eerste plaats in, gevolgd door ziekten van de bloedsomlooporganen en psychische stoornissen. Bij de vroeg gehandicapten en overigen, is geen duidelijk beeld te zien, omdat de meeste personen arbeidsongeschikt zijn op basis van een oorzaak die niet in een bepaalde groep in te delen was of onbekend was.

Wanneer alle groepen bij elkaar worden gevoegd (zie 'totaal' kolom) zijn ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel de grootste oorzaak van arbeidsongeschiktheid, gevolgd door psychische stoornissen en ziekten van de bloedsomlooporganen.

In tabel 3.3 wordt het aantal uitkeringsgerechtigden naar diagnose en leeftijd weergegeven volgens de gegevens van de GMD (exclusief ABP, enz. verzekerden).

Wanneer men eerst kijkt naar de totalen van iedere leeftijdsgroep, is er een stijging met de leeftijd, respectievelijk 4%, 11%, 18%, 27% en 41%.

Bij alle diagnose-groepen stijgt het aantal uitkeringsgerechtigden met de leeftijd. De rangorde van de diagnosegroepen verschillen echter per leeftijdsgroep. Tot en met 44 jaar zijn psychische stoornissen de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid. Daarna zijn ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel de belangrijkste oorzaak.

**Tabel 3.2** Procentuele verdeling van het aantal gevallen waarin tijdens het verslagjaar uitkering is verstrekt naar oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij aanging van de uitkering, per bevolkingsgroep (1985)

Hoofdgroep van oorzaak van de arbeidsongeschiktheid	Bevolkingsgroep					totaal	rangorde
	WAO verz.	ABP enz. verz.	zelfstandigen	vroeg gehandicapten	overigen		
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	0.9	0.5	1.0	0.3	0.6	0.8	13
2. Nieuwvormingen	2.0	2.8	2.9	0.5	1.8	2.0	8
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen	1.0	1.2	1.5	0.2	1.4	1.0	11
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	0.2	0.1	0.3	0.1	0.2	0.2	15
5. Psychische stoornissen	22.7	37.8	9.3	22.3	27.0	23.4	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	5.0	5.2	4.5	4.5	3.3	4.9	5
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	11.5	15.3	16.5	0.5	6.0	11.2	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	4.4	3.3	6.3	0.3	2.4	4.1	6
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	3.0	2.1	2.2	0.1	1.4	2.6	7
10. Ziekten van urogenitaal organen	1.3	0.9	0.8	0.2	0.6	1.1	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	0.9	0.4	0.6	0.1	0.3	0.8	12
13. Ziekten van spieren, benden en bindweefsel	29.5	22.4	34.5	0.9	7.2	26.4	1
14. Aangeboren afwijkingen	0.3	0.5	0.6	1.2	0.0	0.4	14
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	0.9	4.4	1.0	0.4	0.8	1.2	9
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	5.6	2.5	6.5	1.8	4.0	5.0	4
0 Onbekend	10.7	0.5	11.6	66.7	43.1	15.0	-
Totaal (percentage)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Totaal (absoluut)	615.942	79.654	50.040	70.917	10.328	826.881	

(Bron: AAF/AOF Jaarverslag 1985)

**Tabel 3.3** Uitkeringsgerechtigden AAW/WAO ultimo 1985 naar diagnose en leeftijd

Diagnose	Totaal	t/m 24 jaar	25 t/m 34 jaar	35 t/m 44 jaar	45 t/m 54 jaar	55 t/m 64 jaar
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	5.582	144	535	1.008	1.470	2.425
2. Nieuwvormingen	13.437	300	945	1.953	3.813	6.426
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	10.334	361	899	1.665	2.907	4.502
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	892	39	156	199	246	252
5. Psychische stoornissen	166.512	13.127	24.818	35.348	42.240	50.979
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	37.823	3.532	5.415	7.269	9.500	12.107
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	78.138	232	1.148	4.936	20.146	51.676
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	28.580	264	1.327	3.209	7.618	16.162
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	15.605	221	1.250	2.790	4.632	6.712
10. Ziekten van urinogenitaal organen	5.616	138	592	1.133	1.610	2.143
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium	346	61	181	78	16	10
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	5.226	178	707	1.124	1.541	1.676
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	184.882	1.959	12.491	31.782	57.071	81.579
14. Aangeboren afwijkingen	13.438	2.742	2.220	2.600	3.074	2.802
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	111.066	1.115	18.967	22.407	26.501	42.076
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	33.258	1.632	5.350	7.896	8.856	9.524
0 Onbekend	228	26	71	71	48	12
Totaal (absoluut)	710.963	26.071	77.072	125.468	191.268	291.063
(percentage)	100%	4%	11%	18%	27%	41%

[Bron: G.M.D., Statistische informatie 1985]

### 3.3 De verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid: methodologische overwegingen

Arbeidsongeschiktheid heeft betrekking op langdurige ziekte. Terwijl men bij ziekteverzuim er van uit kan gaan dat de kosten van ziekteverzuim gelijk zullen zijn aan het produktieverlies veroorzaakt door ziekte (zie 2.4.1), is dit minder duidelijk bij arbeidsongeschiktheid. De Nederlandse Wet op de Arbeidsongeschiktheid is uniek. De hoogte van de uitkering wordt namelijk bepaald door de hoogte van het laatstverdiende loon (tot een zeker maximum). Bij 80% arbeidsongeschiktheid, wordt 70% van het laatste brutoloon uitgekeerd. Over het algemeen zijn de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid hoger dan die van de werkloosheidsuitkeringen, vooral op langere termijn.

In andere landen, zoals de Verenigde Staten waar de meeste 'disease costing' studies uitgevoerd worden, worden langdurige zieken beschouwd als werkloos als zij wel voor ander werk geschikt zijn of als invalide als zij niet meer voor werk geschikt zijn. Invaliditeitspensioenen zijn overdrachtskosten ("transfers"). Zij worden niet meegeteld in de indirecte kosten van ziekten omdat zij al in het bruto nationaal produkt inbegrepen zijn (Cooper & Rice, 1976).

Verder wordt in disease costing studies er meestal vanuit gegaan dat er volle werkgelegenheid is. Dit veronderstelt dat iemand die langdurig ziek is niet werkloos zou zijn geweest als hij gezond was gebleven. Deze veronderstelling is weinig realistisch in tijden van werkloosheid wanneer men een raming wil maken van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door langdurige ziekte in het Bruto Nationaal Produkt. Henke en Behrens (1986) gebruiken daarom de incidentiecijfers in plaats van de prevalentiecijfers voor de berekening van de kosten van arbeidsongeschiktheid in Duitsland. Wij vinden echter dat het gebruik van de prevalentiecijfers een meer realistische benadering is waarbij het verder nodig is om deze aan te passen aan de arbeidsparticipatie onder mannen en vrouwen (zie ook Rice, Hodgson & Kopstein, 1985).

### **3.4 De raming van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid naar diagnose**

Om een raming te maken van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid, moet men beschikken over het aantal dagen (per diagnosegroep) waarover uitkering is verstrekt in 1985 en het gemiddelde brutoloon dat geldig was in dat jaar.

Het aantal dagen waarover uitkering was verstrekt in 1985 was 200 miljoen in 1985 (AAF/AOF Jaarverslag 1985, 1987).

Wanneer deze dagen gecorrigeerd worden voor gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid is het tot volle dagen herleide aantal dagen 181 miljoen (AAF/AOF Jaarverslag 1985, 1987). Omdat 83% van de arbeidsongeschikten meer dan 80% arbeidsongeschikt zijn, verschillen het aantal niet herleide en herleide dagen weinig (Zie Bijlage 8).

In tabel 3.4 worden gegevens verstrekt over de absolute aantallen herleide dagen van arbeidsongeschiktheid naar diagnose (AAF/AOF verslag 1985, 1987).

Ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel (25%) psychische stoornissen (24%) en ziekten van de bloedsomlooporganen. (11%) zijn de drie belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid en nemen gezamenlijk voor hun rekening 60% van de volle dagen waarover uitkering is verstrekt.

In tegenstelling tot ziekteverzuim, bestaan voor arbeidsongeschiktheid geen statistieken die de verdeling van de volle dagen tussen mannen en vrouwen aangeven. Wij zullen als proxy gebruiken de verdeling naar geslacht op basis van nieuwe opgekomen gevallen in 1985 naar diagnose en geslacht (SVr Statistiek, 1988).

De kosten van arbeidsongeschiktheid naar diagnose worden geraamd op basis van een gemiddeld brutoloon van f 42.600,- per jaar voor mannen en van f 30.400,- per jaar voor vrouwen in 1985 (mededeling CBS).



**Tabel 3.4** Het tot volle dagen herleide aantal dagen waarover tijdens het verslagjaar uitkering is verstrekt naar oorzaak van arbeidsongeschiktheid bij aanvang van de uitkering

Hoofddiagnose groep	Totaal x 1000	%	Rangorde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	1.405	0.8	12
2. Nieuwvormingen	3.404	1.9	8
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	1.761	1.0	11
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	293	0.2	15
5. Psychische stoornissen	43.960	24.2	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	9.068	5.0	4
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	20.148	11.1	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	7.453	4.1	6
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	4.566	2.5	7
10. Ziekten van urino-genitale organen	2.072	1.1	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevalling en puerperium	151	0.01	16
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	1.330	0.7	13
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	45.550	25.1	1
14. Aangeboren afwijkingen	713	0.4	14
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	2.163	1.2	9
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	8.351	4.6	5
0 Onbekend	29.027	16.0	-
<b>Totaal</b>	<b>181.415</b>	<b>100.0</b>	<b>-</b>

[Bron: AAF/AOF, Jaarverslag 1985]

In tabel 3.5 wordt de raming gegevens van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid naar diagnose.

De totale verloren produktiewaarde veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid is *f* 19,2 miljard, ongecorrigeerd voor mogelijke werkloosheid.

Wij vinden echter dat een correctie voor werkloosheid een meer realistische benadering is van de verloren produktiewaarde. In tabel 3.6 worden de uitkomsten van tabel 3.5 gecorrigeerd met de werkloosheidspercentage onder mannen van 12,6% en onder vrouwen van 18,6% (AKT 1985).

De (gecorrigeerde) waarde van verloren produktie veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid is *f* 16,5 miljard, waarvan *f* 12,5 miljard door mannen en *f* 4 miljard door vrouwen verloren is gegaan. (Zie tabel 3.6.)

Ziekten van de spieren, beenderen en bindweefsel zijn verantwoordelijk voor het grootste produktieverlies (*f* 4,1 miljard), gevolgd door psychische stoornissen (*f* 3,9 miljard) en ziekten van de bloedsomlooporganen (*f* 2 miljard).

**Tabel 3.5** Raming van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid naar diagnose en geslacht, 1985

Hoofddiagnosegroep	Volle dagen waarover uitkering is verstrekt (x 1000)		Verloren produktiewaarde (x f 1 miljoen)		Totaal (x f 1 miljoen)	Rangorde
	M	V	M	V		
	1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	393	1.012	46		
2. Nieuwvormingen	2.008	1.396	234	116	350	8
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen	1.057	704	123	59	182	11
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	158	135	18	11	29	15
5. Psychische stoornissen	25.057	18.902	2.924	1.575	4.499	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	5.804	3.265	677	272	949	4
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	18.738	1.410	2.187	117	2.304	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	5.515	1.938	644	161	805	6
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	3.196	1.370	373	114	487	7
10. Ziekten van urinogenitaal organen	704	1.368	82	114	196	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium	-	151	-	13	13	16
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	785	545	92	45	137	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	29.608	15.943	3.455	1.328	4.783	1
14. Aangeboren afwijkingen	385	327	45	27	72	14
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	1.536	627	179	52	231	9
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	6.680	1.670	780	139	919	5
0 Onbekend	20.899	8.128	2.439	677	3.116	-
Totaal	122.523	58.891	14.298	4.904	19.202	-

**Tabel 3.6** Raming van de verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid naar diagnose en geslacht, gecorrigeerd voor werkloosheid, 1985

Hoofdgroep	Gecorrigeerde verloren produktiewaarde (x f 1 miljoen)		Totaal (x f 1 miljoen)	Rangorde
	M	V		
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	40	68	108	13
2. Nieuwvormingen	205	97	302	8
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	108	49	157	11
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	16	9	25	15
5. Psychische stoornissen	2.556	1.312	3.868	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	592	221	813	4
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	1.911	97	2.008	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	562	134	696	6
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	326	93	419	7
10. Ziekten van urinogenitaal organen	72	93	165	10
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium	-	11	11	16
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	80	37	117	12
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	3.020	1.081	4.101	1
14. Aangeboren afwijkingen	39	22	61	14
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	156	42	198	9
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	681	113	794	5
0 Onbekend	2.132	551	2.683	-
<b>Totaal</b>	<b>12.496</b>	<b>4.030</b>	<b>16.526</b>	<b>-</b>

### **3.5 De raming van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid in vergelijking met het Bruto Nationaal Produkt**

Het Bruto Nationaal Produkt (factorkosten) was *f* 379,3 miljard in 1985. De (gecorrigeerde) verloren produktiewaarde van arbeidsongeschiktheid bedroeg *f* 16,5 miljard in 1985. Dit komt overeen met 4,4% van het Bruto Nationaal Produkt.

#### **4. DE INDIRECTE KOSTEN VAN MORBIDITEIT IN DE BEROEPSBEVOLKING**

##### **4.1 De indirecte kosten van morbiditeit in de beroepsbevolking naar diagnose**

De indirecte kosten van morbiditeit in de beroepsbevolking zijn gelijk aan de totale produktie die verloren is gegaan door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De kosten van ziekteverzuim naar diagnose zijn alleen bekend voor de om-slagleden en een raming is gemaakt voor de overige beroepsbevolking (zie 2.5). Voor arbeidsongeschiktheid is de verloren produktiewaarde gecorrigeerd met de werkloosheidspercentages onder mannen en vrouwen (zie 3.3).

In tabel 4.1 worden deze totale kosten naar diagnose weergegeven.

De totale verloren produktiewaarde van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid is geraamd op *f* 30,1 miljard. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel zijn de belangrijkste diagnosegroep (*f* 6 miljard) gevolgd door psychische afwijkingen (*f* 5,2 miljard). De belangrijkste oorzaken binnen deze groepen zijn rugklachten en aanpassingsreacties op het werk, voornamelijk stress. Ziekten van de bloedsomlooporganen (*f* 2,4 miljard), uitwendige oorzaken (*f* 1,3 miljard) en ziekten van de ademhalingsorganen (*f* 1,1 miljard) volgen daarna in deze rangorde.

(De kosten per hoofdgroep moeten echter beschouwd worden als minimale ramingen. Er is immers voor *f* 10,1 miljard aan ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid dat niet naar diagnose ingedeeld kon worden: *f* 7,4 miljard voor ziekteverzuim en *f* 2,7 miljard voor arbeidsongeschiktheid.)

**Tabel 4.1** Raming van de verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid naar diagnose, 1985

Hoofdgroep	Ziekte- verzuim (x f 1 mln)	Arbeidsonge- schiktheid (x f 1 mln)	Totaal (x f 1 mln)	Rang- orde
1. Infectieziekten en parasitaire ziekten	68	108	176	14
2. Nieuwvormingen	107	302	409	9
3. Endocriene voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen	43	157	200	12
4. Ziekten van bloed en bloedbereidende organen	11	25	36	16
5. Psychische stoornissen	1.368	3.868	5.236	2
6. Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	181	813	994	6
7. Ziekten van de bloedsomlooporganen	389	2.008	2.397	3
8. Ziekten van de ademhalingsorganen	381	696	1.077	5
9. Ziekten van de spijsverteringsorganen	278	419	697	7
10. Ziekten van urinogenitaal organen	140	165	305	11
11. Complicaties van zwangerschap, bevallingen en puerperium	338	11	349	10
12. Ziekten van huid en onderhuids bindweefsel	77	117	194	13
13. Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	1.912	4.101	6.013	1
14. Aangeboren afwijkingen	16	61	77	15
16. Symptomen en onvolledig omschreven ziektenbeelden	257	198	455	8
17. Uitwendige oorzaken van letsel en vergiftiging	544	794	1.338	4
0 Onbekend	2.619	2.683	5.302	-
Totaal	8.726*)	16.526	25.252	
niet ingedeeld	4.803**)	-	4.803	
Beroepsbevolking	13.528	16.526	30.054	

\*) Ziekteverzuimkosten van de omslagleden

\*\*\*) Ziekteverzuimkosten van de overige beroepsbevolking.

#### 4.2 De indirecte kosten van morbiditeit in relatie tot het Bruto Nationaal Produkt en de kosten van de gezondheidszorg

Het Bruto Nationaal Produkt was *f* 379,3 miljard (factorkosten) in 1985 (Statistisch Zakboek 1986). De indirecte kosten van morbiditeit waren geraamd op *f* 30,1 miljard, een bedrag dat gelijk is aan 8% van het Bruto Nationaal Produkt. De kosten van de gezondheidszorg bedroegen *f* 34,8 miljard gulden in 1985 (FOGM, 1986). Dit is 9,2% van het Bruto Nationaal Produkt.

Dit betekent dat de indirecte kosten van morbiditeit bijna gelijk waren aan de directe kosten. Als men deze uitkomst vergelijkt met de resultaten van de Verenigde Staten (Rice, Hodgson & Kopstein, 1985), ligt de verhouding van de indirecte en directe kosten geheel anders: \$ 67,8 miljard voor de indirecte kosten van morbiditeit en \$ 211,1 miljard voor de directe kosten, een relatie van een op drie (zie tabel 1.1).

Dit verschil is te verklaren door verscheidene factoren. In de Verenigde Staten bestaat er geen Wet op de Arbeidsongeschiktheid zoals wij die in Nederland kennen. Langdurig zieken die wel geschikt zijn voor ander werk vallen onder de Werkloosheidwet. Alleen langdurig zieken die totaal ongeschikt zijn geworden voor alle werkzaamheden krijgen een invaliditeitspensioen. In de berekening van de indirecte kosten van morbiditeit in de Verenigde Staten wordt daarom alleen de produktiewaarde veroorzaakt door kortdurige ziekteverzuim en door invaliditeit geraamd. Verder is de hoogte van de uitkeringen in Nederland (*f* 16,4 miljard voor arbeidsongeschiktheid en *f* 7,1 miljard voor ziekteverzuim, CBS Nationale rekeningen 1985) hoog in vergelijking tot andere landen (Prins, 1990). Het is echter niet mogelijk om hiervan af te leiden dat het verzuim daarom ook hoger zal zijn. De uitkomsten van het onderzoek naar effecten van de hoogte van de uitkering op het verzuim zijn echter tegenstrijdig (Grosveld & Verbaan, 1990). Een rechtsteeks verband is niet erg aannemelijk. Verschillen in verzuim tussen Nederland, België en West-Duitsland berust volgens recent onderzoek op een reeks van factoren, waarvan het uitkerings regime er slechts één is (Prins, 1990). Verder beperkt bijvoorbeeld de toepassing van wachtdagen, waarin geen loon betaald wordt, weliswaar de frequentie, maar heeft een dergelijke maatregel tevens een verlengend effect op de gemiddelde duur per geval (Smulders, 1984).



## 5. AANBEVELINGEN

In de allocatie van middelen voor de gezondheidszorg en voor het stellen van prioriteiten in preventie is het belangrijk om te weten hoe de financiële last van ziekten verdeeld is tussen de verschillende diagnosegroepen. 'Disease-costing' studies geven een aanwijzing van deze verdeling, zonder echter te kunnen aangeven of de middelen doelmatig verdeeld zijn. Hiervoor zijn meer programmagerichte kosten-baten of kosten-effectiviteitsanalyses nodig (zie Drummond, Stoddart en Torrance, 1986). 'Disease-costing' studies zijn echter nuttig om in eerste instantie de relatieve omvang van de kostenverdeling naar diagnose categorie aan te geven.

In Nederland is weinig bekend over de directe en indirecte kosten van ziekten omdat de nodige statistieken ontbreken. In de eerste plaats zijn de directe kosten naar diagnose zeer moeilijk te achterhalen op nationaal niveau. In de studie over de V.S. van Rice, Hodgson en Kopstein (1985) daartegenover konden 99% van de totale kosten naar diagnose ingedeeld worden. Deze kosten waren: de kosten van de intramurale zorg, de diensten van huisartsen, specialisten, tandartsen en van ander medisch personeel, de kosten van geneesmiddelen, de kosten van verpleeghuizen. In Nederland zijn slechts de verpleegdagen in zieken- en verpleeghuis naar diagnose, leeftijd en geslacht ingedeeld. Uitgaven aan specialisten verzameld door de ziektekostenverzekeraars zijn per specialisme en niet naar diagnose ingedeeld. Over uitgaven aan huisartsen per diagnose is ook weinig bekend. Onze eerste aanbeveling is om onderzoek te verrichten naar de mogelijkheid om meer gedetailleerde statistieken te verzamelen die specifiek naar diagnose, geslacht en leeftijd gedisaggregeerd zouden zijn zoals bij de National Center for Health Statistics in de Verenigde Staten. Er is behoefte in Nederland naar een meer overzichtelijke koppeling tussen de kosten van de zorg die verleend wordt en de gezondheidsklachten die daaraan ten grondslag liggen (Nederstigt en Voss, 1985; Fetter e.a. 1985).

In de tweede plaats zijn de indirecte kosten van morbiditeit (de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) slechts voor een deel van de Nederlandse bevolking naar diagnose te berekenen. De CBS Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen heeft slechts betrekking op 2,7 miljoen werknemers uit een totaal van

ongeveer 5 miljoen werkzame personen. Over het 'verzuim' in de niet-werkende bevolking tussen de 20 à 65 jaar is weinig bekend. Slechts wanneer statistieken beschikbaar komen die betrekking hebben op de gehele Nederlandse bevolking, kan men een goed inzicht krijgen in de economische consequenties van de ziektebelasting in de maatschappij.

## 6. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Het doel van dit rapport was om een raming te maken van de omvang en de indirecte kosten van morbiditeit naar diagnose in de beroepsbevolking volgens de methodologie van Rice (zie 1.1 en 1.2).

De belangrijkste resultaten van het rapport zijn de volgende.

Met betrekking tot de omvang van ziekteverzuim is eerst een raming gemaakt naar diagnose op basis van de beschikbare CBS ziekteverzuimgegevens. Deze hebben betrekking op de omslagleden van de bedrijfsverenigingen (2,7 miljoen mensen) en omvatten ongeveer 80% van de werknemers die verzekerd zijn volgens de Ziektewet. Het totaal aantal verzuimdagen was 75,3 miljoen dagen in 1985 voor de omslagleden (zie 2.3). In Nederland waren er 5,1 miljoen werkzame personen in 1985. Een verdere raming geeft aan dat deze werknemers 52,1 miljoen dagen hebben verzuimd. Het totale ziekteverzuim is geraamd op 127,4 miljoen dagen in 1985 (zie 2.5).

Voor de berekening van de kosten van ziekteverzuim is eerst een raming gemaakt naar diagnose op basis van de beschikbare CBS ziekteverzuimgegevens. De kosten van ziekteverzuim op basis van verloren produktiewaarde zijn geraamd op *f* 8,7 miljard voor de omslagleden van de bedrijfsverenigingen in 1985 (zie 2.4.3).

Een verdere schatting is gemaakt van de kosten van ziekteverzuim in de totale beroepsbevolking en bedraagt *f* 13,6 miljard voor de totale beroepsbevolking (zie 2.5).

Met betrekking tot de omvang van arbeidsongeschiktheid is het totaal aantal dagen waarover uitkering in 1985 is verstrekt 181 miljoen (zie 3.2).

Met betrekking tot de verloren produktiewaarde veroorzaakt door arbeidsongeschiktheid waren deze kosten *f* 16,5 miljard (zie 3.4).

De totale indirecte kosten van ziekten in de beroepsbevolking bedragen derhalve *f* 30,1 miljard in 1985. Dit bedrag is gelijk aan 8% van het Bruto Nationaal Produkt (zie 4.1).

De directe kosten van ziekten, met name de kosten van de gezondheidszorg, waren *f* 34,8 miljard, ofwel 9,2% van het Bruto Nationaal Produkt. Deze vergelijking toont aan hoe groot de omvang van de indirecte kosten in vergelijking tot de directe kosten in Nederland is (zie 4.2).

De belangrijkste ziektecategorieën die de oorzaak zijn van ziekteverzuim zijn: ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel, psychische stoornissen en uitwendige oorzaak van letsel en vergiftiging (zie 2.3). De belangrijkste diagnoses van arbeidsongeschiktheid zijn ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel, psychische stoornissen en ziekten van de bloedsomlooporganen (zie 3.4).

Wanneer de verloren produktiewaarde veroorzaakt door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid tesamen naar diagnose groep is ingedeeld, zijn ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel (voornamelijk rugklachten) en psychische stoornissen (voornamelijk aanpassingsproblemen en stress op het werk). (Zie tabel 4.1).

Hieraan dient te worden toegevoegd dat deze rangordes in belangrijkheid van ziektecategorieën anders zou kunnen zijn wanneer ten aanzien van ziekteverzuimstatistiek de diagnose van de categorie patiënten die niet door een arts gezien is (30% van het totaal aantal verzuimdagen) en van de niet-omslagleden bekend is. Hetzelfde geldt voor de volgorde van belangrijkheid van ziekten ten aanzien van arbeidsongeschiktheid (de categorie "onbekend" omvat 16% van het totaal aantal gevallen van arbeidsongeschiktheid).

Deze studie past in het kader van economische ziektenkostenstudies naar diagnose ('disease-costing'). Zoals in de inleiding is aangegeven, hebben wij ons moeten beperken tot de indirecte kosten van ziekten vanwege gebrek aan gegevens over gezondheidszorgkosten naar diagnose. Verder is er voor gekozen om de meting van de indirecte kosten te beperken tot de meting van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Er is ook bewust gekozen om de zeer subjectieve meting van de gevolgen van ziekten van de niet-beroepsbevolking en van de kosten van vroegtijdige sterfte (waarin verloren levensjaren in geldtermen worden uitgedrukt) buiten beschouwing te laten.

Tenslotte willen we benadrukken dat het grootste probleem dat de voortgang in deze 'disease-costing' studies naar diagnose in Nederland beperkt, het gebrek is

aan gegevens om de diverse kostenberekeningen naar ziektecategorie te kunnen uitvoeren (zie hoofdstuk 5, Aanbevelingen).

Wij sluiten ons aan bij de mening van Arrow die in het volgende heeft gesteld:

"An unsatisfactory solution may be what is needed to provoke the needed information-gathering to produce a better one, while neglect is never productive".

(geciteerd in Henke en Behrens, 1986).



## LITERATUUR

- ALGEMEEN ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSFONDS/ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSFONDS. Jaarverslag 1985. Zee-  
termeer, 1987.
- BERGSMA, E.W. & C.C.M.C. WIGGERS. Financiële aspecten van de vroege opsporing van cer-  
vix-carcinoom. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1988.
- BOAS, G.M., F.F.H. RUTTEN, O.J. VRIEZE en G.G.M. HEEMELS. Een economische analyse van  
scenario's van ischaemische hartziekten. T. Soc. Gezondheidsz. 67 (1989) 223-226
- BROUWER, W.S. & J. VRIJHOF. Ziekteverzuim 1986-1987. Amsterdam ,NIA, 1989.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Arbeidskrachtentelling 1985. Staatsuitgeverij,  
's-Gravenhage, 1987.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Diagnose-statistiek bedrijfsverenigingen, 1985.  
's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1987.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Nationale Rekeningen 1985. 's-Gravenhage, Staatsuit-  
geverij, 1986.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Apart verkregen tabellen afkomstig uit Diagnose-Stat-  
istiek bedrijfsverenigingen: ziekteverzuimdagen, naar geslacht en leeftijd, 1985
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK/TNO. Hart- en vaatziekten: omvang en maatschappelijke  
betekenis. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1980.
- COOPER, B.S. & D.P. RICE. The economic cost of illness revisited. Soc. Security Bull., 39  
(1976) 21-5
- DRAAISMA, D. & P.G.W. SMULDERS. Ziekteverzuim en het bedrijf. Leiden, Stenfert Kroese,  
Leiden, 1978.
- DRUMMOND, M.F., G.L. STODDARD & G.W. TORRANCE. Methods for the Economic Evaluation of  
Health Care Programmes. Oxford, O.U.P., 1989.
- FETTER, R.B., J.L. FREEMAN & R.L. MULLIN. DRG's: How they evolved and are changing the  
way hospitals are managed. Pathologist 60, nr. 6 (1985)
- FINANCIEEL OVERZICHT GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJK WELZIJN 1987. Tweede Kamer, ver-  
gaderjaar 1986 - 1987, 19703, nrs. 1-2
- GEMEENSCHAPPELIJKE MEDISCHE DIENST. Statistische informatie. Amsterdam, 1985.
- GINNEKEN, J.K.S. VAN, A.F.I. BANNENBERG & A.G. DISSEVELT. Gezondheidsverlies ten gevolge  
van een aantal belangrijke ziektecategorieën in 1981-1985: methodologische aspecten en  
resultaten. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO en Cent-  
raal Bureau voor de Statistiek, 1989.
- GINNEKEN, J.K.S. VAN & H.P.A. VAN DE WATER. Voortgangsrapport van het Project Preventie-  
profielen. Voorbereiding op Fase 1. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Ge-  
zondheidszorg/TNO, 1987.
- GROSVELD, J.A.M. & M.J.D. SCHALK. Verzuimfactoren afzonderlijk belicht. In: Smulders,  
P.G.W. & T.J. Veerman (red.). Handboek ziekteverzuim; gids voor het bedrijfsleven, s'Gra-  
venhage, Delwel, 1990.

- GROSVELD J.A.M. & D. VERBAAN. Verzuimbeheersingsmaatregelen en veranderingsprojecten. In: Smulders, P.G.W. & T.J. Veerman (red.). Handboek ziekteverzuim; gids voor het bedrijfsleven, s'Gravenhage, Delwel, 1990.
- HABBEMA, J.D.F., J.TH.N. LUBBE, H.M.E. VAN AGT, E.A. Kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1988.
- HAY, J.W. Econometric issues in modeling the costs of AIDS. Health Policy 11 (1989) 125-145
- HENKE, K.D. & C.S. BEHRENS. The economic cost of illness in the Federal Republic of Germany in the year 1980. Health Policy 6 (1986) 119-143
- HODGSON, T.A. & M.R. MEINERS. Cost-of-Illness methodology: a guide to current practices and procedures. Milbank Mem. Fund Q. 60, no. 3, (1982) 429-462
- HODGSON, T.A. The state of the art of cost-of-illness estimates. Advances in Health Economics and Health Services Research. 4, (1983) 129-164
- LAPRÉ, R.M. & F.F.H. RUTTEN. Economie van de gezondheidszorg. Lochem, De Tijdstroom, 1988.
- MAAS, P.J. VAN DER, B.M. VAN INEVELD, G.T. VAN OORTMARSSSEN, E.A.. De kosten en effecten van bevolkingsonderzoek op borstkanker. Rotterdam, Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1987.
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota 2000. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Kamerstuk 19500 (1-2), 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1986.
- MÖLKEN, M.P.M.H. Cara in cijfers. Maastricht, Institute for Medical Technology Assessment, 1989.
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Advies Sociaal-Medische begeleiding. Zoetermeer, 1987.
- NEDERSTIGT P. & G. VOSS. Diagnosis related groups; klinisch en poloklinisch. Tijd Soc Gezondheidszorg 63 (1985) 476-483
- PRINS, R. Sickness absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands. Ph.d. thesis, R.U.L., 1990.
- RICE D.P., T.A. HODGSON & A.N. KOPSTEIN. The economic costs of illness; replication and update. Health Care Financing Review 7 (1985) 61-80
- RICE, D.P. Estimating the cost of illness. US Department of Health, Education and Welfare. Washington, DC, Health Economic Series no. 6, 1966.
- SCHAAPVELD, K, E.W. BERGSMA, J.K.S. VAN GINNEKEN, H.P.A. VAN DE WATER. Setting priorities in prevention. Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1990.
- SMULDERS, P.G.W. Balans van 30 jaar ziekteverzuimonderzoek. De resultaten van 318 studies samengevat. Leiden, NIPG/TNO, 1984.
- SOCIALE VERZEKERINGSRAAD. Stand Ziekengeldverzekering; verslag over 1985. Zoetermeer, 1987.
- SOCIALE VERZEKERINGSRAAD. Statistiek: ontwikkeling arbeidsongeschiktheid 1985-1986. Zoetermeer, 1988.



STUURGROEP TOEKOMSTSCENARIO'S GEZONDHEIDSZORG. Het hart van de toekomst, de toekomst van het hart; scenario's over hart- en vaatziekten 1985-2010. Utrecht, 1986.

TOOM, P.J. DEN & M.I.M. SCHUURMAN. Een model voor de berekening van kosten van ongeval-  
len in de privésfeer. Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam, Rapport nr. 40, 1988.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Health United States 1980 with prevention  
profile. Washington, 1980.

VERENIGING VAN RADEN VAN ARBEID. De kleine gids voor de Nederlandse Sociale Zekerheid,  
Amsterdam, Kluwer, 1988.

VERKOOIJEN, J.M., A.J.H.A. AMENT & E.L.M.G. BREEVOORT. Kosten van hart- en vaatziekten in  
Nederland. Maastricht, R.U.L., april 1990.

VERKOOIJEN, J.M., E.L.M.G. BREEVOORT & A.J.H.A. AMENT. Kosten van hart- en vaatziekten  
voor het Nederlandse bedrijfsleven. Maastricht, R.U.L., 1989.

VRIJHOF B.J. & R. PRINS. Ziekteverzuim in Nederland: de belangrijkste cijfers.  
In: Smulders, P.G.W. & T.J. Veerman (red.). Handboek ziekteverzuim; gids voor het be-  
drijfsleven, s'Gravenhage, Delwel, 1990.

VRIJHOF, B.J. De ontwikkeling van het verzuim in Nederland: een evaluatie van de verge-  
lijikbaarheid en de bruikbaarheid van de beschikbare cijfers. Stichting CCOZ, 1986.

WATER, H.P.A. VAN DE. Ontwikkeling Preventieprofielen. Leiden, Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, 1986. (Intern Rapport)

WIGGERS, C.C.M.C. & E.W. BERGSMA. De kosten van AIDS/HIV in Nederland: een inventarisatie.  
Leiden, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, 1990.



## BIJLAGEN

	pagina
Bijlage 1 Bevolking en beroepsbevolking van 15 jaar en ouder naar geslacht en leeftijd en burgerlijke staat, 1985	51
Bijlage 2 Verzuimdagen van in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in honderdtallen) Mannen	52
Bijlage 3 Verzuimdagen van in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in honderdtallen) Vrouwen	53
Bijlage 4 Verdeling van mannelijke voltijdwerknemers naar bruto jaarloonklassen naar leeftijd, 1985	54
Bijlage 5 Verdeling van vrouwelijke voltijdwerknemers naar bruto jaarloonklassen naar leeftijd, 1985	55
Bijlage 6 Verzuimkosten van in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in duizenden guldens) Mannen	56
Bijlage 7 Verzuimkosten van in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in duizenden guldens) Vrouwen	57
Bijlage 8 Aantal gevallen met uitkering ultimo verslagjaar naar bevolkingsgroep, mate van arbeidsongeschiktheid en geslacht, 1985	58



**Billage 1** Bevolking en beroepsbevolking van 15 jaar en ouder naar geslacht en leeftijd en burgerlijke staat, 1985

	Werkzame personen		Werkloze personen		Beroepsbevolking		Overige bevolking	Totale bevolking	Beroepsbevolking in % van de totale bevolking	
	Totaal	w.o. arbeidsduur <20 uur per week	Totaal	w.o. arbeidsduur <20 uur per week	Totaal	w.o. (gewenste) arbeidsduur <20 uur per week			1985	1983
x 1 000										
<b>Mannen</b>										
15-24 jaar	522	33	124	5	646	38	609	1 255	51,5	53,5
25-44 jaar	1 952	26	206	2	2 158	28	97	2 255	95,7	96,0
45-64 jaar	917	15	100	1	1 017	16	413	1 429	71,1	73,8
65 jaar en ouder	23	6	23		23	6	603	626	3,7	4,3
Totaal	3 414	80	429	8	3 844	88	1 721	5 565	69,1	70,2
1985	3 357	69	461	8	3 818	77	1 623	5 441		
<i>w.o. gehuwd</i>										
15-24 jaar	62	1	9		71	1	2	72	97,9	97,1
25-44 jaar	1 471	13	98	1	1 569	14	39	1 608	97,6	97,7
45-64 jaar	816	13	74	1	890	14	343	1 233	72,2	74,7
65 jaar en ouder	19	5	19		19	5	472	491	3,9	4,5
Totaal	2 368	33	181	2	2 549	34	855	3 404	74,9	76,4
1985	2 403	28	215	2	2 618	31	809	3 425		
<b>Vrouwen</b>										
15-24 jaar	492	47	117	11	609	58	601	1 210	50,3	51,6
25-44 jaar	913	270	161	43	1 074	313	1 072	2 146	50,0	47,6
45-64 jaar	319	122	44	9	363	131	1 119	1 482	24,5	24,2
65 jaar en ouder	6	2	6		6	2	871	878	0,7	0,9
Totaal	1 730	441	321	63	2 052	504	3 664	5 716	35,9	35,3
1985	1 650	407	314	65	1 963	473	3 604	5 567		
<i>w.o. gehuwd</i>										
15-24 jaar	101	9	13	3	114	12	79	193	59,1	62,4
25-44 jaar	628	243	84	38	712	281	971	1 683	42,3	40,8
45-64 jaar	239	107	18	7	257	114	906	1 164	22,1	21,5
65 jaar en ouder	3	1	3		3	1	371	374	0,7	1,0
Totaal	971	360	115	47	1 086	407	2 327	3 413	31,8	31,6
1985	950	341	129	50	1 079	392	2 340	3 418		
<b>Mannen en vrouwen</b>										
Totaal	5 144	521	751	71	5 895	592	5 385	11 280	52,3	52,5
1985	5 007	476	775	73	5 781	549	5 227	11 008		

[Bron: CBS, Arbeidskrachtentelling, 1985]

**Bijlage 2** Verzuimdagen van de in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in honderdtallen)

**MANNEN**

Hoofdgroep	Verzuimdagen x 100						Totaal
	t/m 19jr	20-24jr	25-34jr	35-44jr	45-54jr	55-64jr	
1 Infectie en parasitaire ziekten	294	827	1.162	846	526	262	3.915
2 Nieuwvormingen	43	206	609	911	1.425	1.622	4.815
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	32	107	359	587	632	318	2.034
4 Ziekten van bloed en bloedvormende organen	20	29	93	78	101	67	387
5 Psychische stoornissen	732	4.824	17.371	20.399	16.239	8.535	68.101
6 Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	221	930	2.327	2.562	2.440	1.516	9.994
7 Ziekten van de bloedsomlooporganen	57	342	1.278	4.074	9.153	8.055	22.960
8 Ziekten van de ademhalingsorganen	853	2.667	5.191	4.647	4.338	2.686	20.385
9 Ziekten van het spijsverteringsorganen	382	1.815	3.953	4.548	3.819	1.879	16.397
10 Ziekten van het urinogenitaal organen	66	269	757	925	1.046	838	3.902
11 Ziekten van huid en subcutis	273	782	1.242	978	741	298	4.314
12 Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	2.183	9.254	25.923	33.123	29.183	12.419	112.085
13 Aangeboren afwijkingen	68	187	345	249	163	41	1.052
14 Symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	669	2.066	4.416	4.827	3.791	1.615	17.383
15 Ongeval, letsel en vergiftigingen	3.728	7.808	11.399	8.893	5.204	2.021	39.053
0 Patiënten niet gezien door arts	7.204	22.390	46.639	36.993	23.431	10.086	146.742
<b>Totaal</b>	<b>16.826</b>	<b>54.502</b>	<b>123.065</b>	<b>124.641</b>	<b>102.227</b>	<b>52.255</b>	<b>473.517</b>

[Bron: CBS aparte tabellen afkomstig van de Diagnose-Statistiek bedrijfsverenigingen]

**Bijlage 3** Verzuimdagen van de in 1985 beëindigde verzuimgevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in honderdtallen)

**VROUWEN**

Hoofdgroep	Verzuimdagen x 100						Totaal
	t/m 19jr	20-24jr	25-34jr	35-44jr	45-54jr	55-64jr	
1 Infectie en parasitaire ziekten	466	827	707	365	238	110	2.713
2 Nieuwvormingen	56	177	426	1.097	1.163	483	3.402
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	42	200	341	415	331	146	1.475
4 Ziekten van bloed en bloedvormende organen	40	121	185	133	97	41	616
5 Psychische stoornissen	1.969	8.965	13.518	11.463	7.514	3.030	46.460
6 Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	215	859	1.221	1.151	988	464	4.898
7 Ziekten van de bloedsomlooporganen	80	327	570	1.053	1.461	950	4.440
8 Ziekten van de ademhalingsorganen	1.677	3.425	3.240	2.657	1.792	732	13.522
9 Ziekten van het spijsverteringsorganen	677	1.679	1.657	1.530	1.102	397	7.040
10 Ziekten van het urinogenitaal organen	305	982	1.904	2.994	1.676	339	8.199
11 Bevallingen en complicaties van zwangerschap	628	11.001	23.666	1.450	24	0	36.769
12 Ziekten van huid en subcutis	455	882	706	485	299	116	2.945
13 Ziekten van spieren, benderen en bindweefsel	1.893	6.625	8.737	11.804	9.886	3.438	42.383
14 Aangeboren afwijkingen	52	156	92	91	52	7	451
15 Symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	335	979	1.100	805	574	238	4.032
16 Ongeval, letsel en vergiftigingen	1.678	2.498	2.304	2.305	1.608	819	11.212
0 Patiënten niet gezien door arts	5.285	22.113	27.710	18.324	11.557	4.357	89.346
<b>Totaal</b>	<b>15.852</b>	<b>61.815</b>	<b>88.087</b>	<b>58.123</b>	<b>40.363</b>	<b>15.664</b>	<b>279.905</b>

[Bron: CBS aparte tabellen afkomstig van de Diagnose-Statistiek bedrijfsverenigingen]

**Bijlage 4** Verdeling van mannelijke voltijdwerknemers naar bruto jaarloonklassen (incl. bijz. uitkeringen) naar leeftijd (sbi 0-9), 1985

Bruto jaarloon- klasse	Leeftijdsklasse in jaren							
	16-64	16-19	16-22	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64
x 1000 gld.	%							
< 15.0	1.0	46.8	13.5	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0
15.0 -< 17.5	0.6	14.0	8.1	3.2	0.0	0.0	0.0	0.1
17.5 -< 20.0	0.8	11.9	10.0	4.8	0.0	0.1	0.1	0.1
20.0 -< 22.5	0.9	10.9	10.8	5.8	0.1	0.1	0.1	0.1
22.5 -< 25.0	1.3	6.5	11.6	8.9	0.4	0.2	0.2	0.2
25.0 -< 27.5	2.3	3.8	11.9	12.6	1.8	0.5	0.5	0.6
27.5 -< 30.0	3.3	2.2	10.5	14.3	3.6	1.0	1.0	1.1
30.0 -< 32.5	4.9	1.3	8.6	14.2	6.4	2.2	2.5	3.0
32.5 -< 35.0	7.0	0.9	5.5	11.3	9.9	4.3	4.9	5.6
35.0 -< 37.5	8.5	0.5	3.7	8.3	12.1	6.4	6.8	7.7
37.5 -< 40.0	9.1	0.3	2.3	5.5	12.9	7.8	8.1	8.2
40.0 -< 42.5	9.5	0.2	1.5	4.0	12.3	9.8	9.1	8.2
42.5 -< 45.0	8.2	0.0	0.7	2.3	10.0	9.4	8.0	7.5
45.0 -< 47.5	6.7	0.1	0.4	1.3	7.5	8.2	6.8	6.3
47.5 -< 50.0	5.6	0.2	0.2	0.8	5.5	7.1	6.5	5.7
50.0 -< 55.0	7.7	0.0	0.3	0.8	6.8	10.6	9.4	8.0
55.0 -< 60.0	5.6	0.0	0.2	0.3	4.1	8.2	7.3	6.7
60.0 -< 65.0	4.4	0.0	0.0	0.1	2.4	6.1	6.9	6.1
65.0 -< 70.0	2.8	0.1	0.1	0.1	1.4	4.3	4.0	4.0
70.0 -< 80.0	4.0	0.0	0.0	0.1	1.4	6.0	6.5	6.8
80.0 -< 90.0	2.2	0.1	0.1	0.1	0.6	3.1	4.1	4.3
90.0 -<100.0	1.3	0.0	0.1	0.1	0.3	1.7	2.5	3.0
100.0 -<120.0	1.3	0.1	0.1	0.0	0.3	1.7	2.5	3.2
120.0 -<140.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0.7	1.1	1.8
140.0 en meer	0.6				0.1	0.6	1.4	1.7
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Door afronding is de som van de componenten niet altijd gelijk aan honderd.

[Bron: CBS, Jaarlijks Loononderzoek, 1985]



**Bijlage 5** Verdeling van vrouwelijke voltijdwerknemers naar bruto jaarloonklassen (incl. bijz. uitkeringen) naar leeftijd (sbi 0-9), 1985

Bruto jaarloon- klasse	Leeftijdsklasse in jaren							
	16-64	16-19	16-22	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64
x 1000 gld.	%							
< 15.0	4.7	55.7	16.4	2.0	0.1	0.1	0.1	0.3
15.0 -< 17.5	2.8	12.1	9.5	5.1	0.2	0.1	0.5	0.0
17.5 -< 20.0	3.4	10.9	11.4	6.9	0.1	0.4	0.1	0.2
20.0 -< 22.5	4.0	10.1	13.0	8.5	0.3	0.5	0.6	0.4
22.5 -< 25.0	5.6	7.1	13.6	11.7	1.5	1.8	1.7	1.5
25.0 -< 27.5	10.1	2.4	14.9	18.7	6.4	4.4	4.0	5.2
27.5 -< 30.0	11.1	0.6	11.7	18.3	9.0	5.8	5.1	5.8
30.0 -< 32.5	11.5	0.3	6.1	14.5	13.3	7.3	8.5	6.5
32.5 -< 35.0	10.1	0.3	2.2	7.6	16.0	8.5	8.0	7.2
35.0 -< 37.5	8.8	0.2	0.7	3.7	16.2	8.5	7.7	8.1
37.5 -< 40.0	6.3	0.0	0.2	1.5	11.8	7.5	7.0	9.4
40.0 -< 42.5	5.1	0.0	0.2	0.7	8.8	8.4	7.1	7.7
42.5 -< 45.0	3.8	0.0	0.1	0.3	5.3	9.4	6.9	5.5
45.0 -< 47.5	3.1	0.0	0.1	0.2	3.7	9.6	6.0	6.2
47.5 -< 50.0	2.2	0.0		0.0	2.4	6.7	5.3	7.8
50.0 -< 55.0	3.2	0.1		0.1	2.4	8.5	14.3	9.4
55.0 -< 60.0	1.5				1.1	3.8	6.0	6.2
60.0 -< 65.0	0.9				0.6	2.8	3.8	3.9
65.0 -< 70.0	0.6				0.3	1.9	2.0	2.5
70.0 -< 80.0	0.6				0.3	2.2	2.5	2.4
80.0 -< 90.0	0.3				0.1	1.1	1.0	1.5
90.0 -<100.0	0.1				0.1	0.3	0.6	1.1
100.0 -<120.0	0.1				0.1	0.3	0.6	0.6
120.0 -<140.0	0.1				0.0	0.1	0.3	0.2
140.0 en meer	0.0				0.0	0.1	0.1	0.2
Totaal	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Door afronding is de som van de componenten niet altijd gelijk aan honderd.

[Bron: CBS, Jaarlijkse Loononderzoek, 1985]

**Bijlage 6** Verzuimkosten van de in 1985 beëindigde verzuingevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in duizenden gulden)

**MANNEN**

Hoofdgroep	t/m 19 jr	20-24 jr	25-34 jr	35-44 jr	45-54 jr	55-64 jr	Totaal (x f 1000)
1 Infectie en parasitaire ziekten	1.441	6.889	11.887	12.250	7.964	4.037	44.468
2 Nieuwvormingen	211	1.716	6.230	13.191	21.575	24.995	67.918
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	157	891	3.673	8.500	9.569	4.900	27.689
4 Ziekten van bloed en bloedvormende organen	98	242	951	1.129	1.529	1.032	4.982
5 Psychische stoornissen	3.587	40.184	177.705	295.378	245.858	131.524	894.236
6 Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	1.083	7.747	23.805	37.098	36.942	23.362	130.036
7 Ziekten van bloedsomlooporganen	279	2.849	13.074	58.992	138.576	124.128	337.898
8 Ziekten van de ademhalingsorganen	4.180	22.216	53.104	67.289	65.677	41.391	253.857
9 Ziekten van het spijsverteringsorganen	1.872	15.119	40.439	65.855	57.820	28.955	210.060
10 Ziekten van het urinogenitaal organen	323	2.241	7.744	13.394	15.836	12.914	52.452
11 Ziekten van huid en subcutis	1.338	6.514	12.706	14.161	11.219	4.592	50.530
12 Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	10.697	77.086	265.192	479.621	441.831	191.377	1.465.803
13 Aangeboren afwijkingen	333	1.558	3.529	3.606	2.468	632	12.125
14 Symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	3.278	17.210	45.176	69.895	57.396	24.887	217.814
15 Ongeval, letsel en vergiftigingen	18.267	65.041	116.612	128.770	78.789	31.144	438.622
0 Patiënten niet gezien door arts	35.300	186.509	477.117	535.659	354.745	155.425	1.744.755
<b>Totaal (x f 1000)</b>	<b>82.443</b>	<b>45.010</b>	<b>1.258.945</b>	<b>1.804.787</b>	<b>1.547.794</b>	<b>805.296</b>	<b>5.953.273</b>

Bilaga Z Verzuimkosten van in 1985 beëindigde verzuingevallen naar diagnose, leeftijd en geslacht (in duizenden guldens)

VROUWEN

Hoofdgroep	t/m 19jr	20-24jr	25-34jr	35-44jr	45-54jr	55-64jr	Totaal (x f 1000)
1 Infectie en parasitaire ziekten	2.069	6.054	7.084	3.657	2.904	1.352	23.120
2 Nieuwvormingen	249	1.296	4.269	10.992	14.189	5.936	36.929
3 Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	186	1.464	3.417	4.158	4.038	1.794	15.058
4 Ziekten van bloed en bloedvormende organen	178	886	1.854	1.569	1.183	504	6.174
5 Psychische stoornissen	8.742	65.624	135.450	135.263	91.671	37.239	473.989
6 Ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen	955	6.288	12.234	13.582	12.054	5.703	50.815
7 Ziekten van de bloedsomlooporganen	355	2.394	5.711	12.425	17.824	11.676	50.385
8 Ziekten van de ademhalingsorganen	7.446	25.071	32.465	31.353	21.862	8.996	127.193
9 Ziekten van het spijsverteringsorganen	3.006	12.290	16.603	18.054	13.444	4.879	68.277
10 Ziekten van het urinogenitaal organen	1.354	7.188	19.078	35.329	20.447	4.166	87.563
11 Bevallingen en complicaties van zwangerschap	2.788	80.527	237.133	17.110	292.800	-	337.852
12 Ziekten van huid en subcutis	2.020	6.456	7.074	5.723	3.648	1.426	26.347
13 Ziekten van spieren, beenderen en bindweefsel	8.405	48.495	87.545	139.287	120.609	42.253	446.594
14 Aangeboren afwijkingen	230.880	1.142	922	1.074	634	86	4.089
15 Symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	1.487	7.166	11.022	9.499	7.003	2.925	39.103
16 Ongeval, letsel en vergiftigingen	7.450	18.285	23.086	27.199	19.618	10.065	105.704
0 Patienten niet gezien door arts	23.465	161.867	277.654	216.223	140.995	53.548	873.753
Totaal (x f 1000)	70.387	452.493	882.602	682.499	492.416	192.547	2.772.945
Totaal (zonder bevallingen)							2.435.093

**Bijlage 8** Aantal gevallen met uitkering ultimo verslagjaar naar bevolkingsgroep, mate van arbeidsongeschiktheid en geslacht, 1985

bevolkingsgroep	mate van arbeidsongeschiktheid								zonder indeling <sup>2</sup>	totaal
	< 15% <sup>1</sup>	15- 25%	25- 35%	35- 45%	45- 55%	55- 65%	65- 80%	> 80%		
<b>1 WAO-verzekerden</b>										
mannen	0,2	3,6	4,7	2,9	4,0	1,6	2,2	80,7	0,1	100,0
vrouwen	0,1	1,6	1,6	0,8	3,9	0,8	0,9	90,3	0,0	100,0
totaal	0,1	3,1	3,9	2,4	4,0	1,4	1,8	83,2	0,1	100,0
<b>2 ABP-, SPF-, AMP-verzekerden</b>										
mannen	0,0	0,0	3,5	2,5	7,3	1,2	0,8	84,7	0,0	100,0
vrouwen	0,0	0,0	3,2	2,4	7,2	1,1	0,9	85,2	0,0	100,0
totaal	0,0	0,0	3,4	2,5	7,2	1,2	0,8	84,8	0,0	100,0
<b>3 zelfstandigen en hun meewerkende gezinsleden</b>										
mannen	0,0	0,0	6,3	6,8	14,1	7,5	11,9	53,2	0,3	100,0
vrouwen	0,0	0,0	4,1	3,9	9,8	4,1	5,9	71,7	0,5	100,0
totaal	0,0	0,0	6,0	6,4	13,4	6,9	10,9	56,1	3,0	100,0
<b>4 vroeg-gehandicapten einde wachttijd:</b>										
mannen	0,0	0,0	0,2	0,3	0,5	0,2	0,3	98,5	0,0	100,0
vrouwen	0,0	0,0	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	98,7	0,0	100,0
totaal	0,0	0,0	0,2	0,3	0,5	0,2	0,2	98,6	0,0	100,0
<b>5 overigen</b>										
mannen	0,0	0,0	1,6	0,9	1,5	0,8	0,6	94,6	0,0	100,0
vrouwen	0,0	0,0	0,2	0,2	1,5	0,1	0,3	98,7	0,0	100,0
totaal	0,0	0,0	0,6	0,4	1,5	0,4	0,4	96,7	0,0	100,0
<b>totaal bevolkingsgroepen</b>										
mannen	0,1	2,8	4,4	3,0	4,7	1,9	2,7	80,3	0,1	100,0
vrouwen	0,1	1,0	1,6	1,0	3,9	0,8	0,9	90,7	0,0	100,0
totaal	0,1	2,3	3,6	2,4	4,5	1,6	2,2	83,2	0,1	100,0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Bij deze tabel moet allereerst worden opgemerkt dat personen in de categorie 15-25% arbeidsongeschiktheid geen uitkering in het kader van de AAW kunnen krijgen.

[Bron: AAF/AOF, Jaarverslag 1985]

- 1 Uitkering op grond van een bij de overgangsweggeving geregelde garantie.
- 2 Betreft gerechtigden, die eerder uitkering ontvingen ingevolge de interimwet invaliditeitsrentetrekkingen en sedert toekenning van WAO-uitkering opgenomen bleven in een door de minister aangewezen werkvoorzieningsregeling.

## LIJST VAN AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheid Wet
AAF/AOF	Algemeen Arbeidsongeschiktheidsfonds/Arbeidsongeschiktheidsfonds
ABP	Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds
AKT	Arbeidskrachtentellingen
AMP	Algemeen Militair Pensioenfonds
BNP	Bruto Nationaal Produkt
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
GAK	Gemeenschappelijk Administratie Kantoor
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO
SP	Spoorwegpensioenfonds
SVr	Sociale Verzekeringsraad
WAMIL	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WW	Werkloosheidswet
WWV	Wet Werkloosheidsvoorziening





