

Project Zorgverevening in een veranderende samenleving



1. Vooraf

De nieuwe Europese Sociale Agenda benadrukt het groeiende belang op Europees niveau van de oorzaken en gevolgen van veranderingen in familieverbanden en de samenstelling van huishoudens en hoe beleidsmaker op deze veranderingen moeten reageren.

- **Groeiende vraag naar zorgverlening:** zowel professionele zorg als onbetaalde zorg
- **Afnemend aantal mantelzorgers:** minder mensen zijn beschikbaar om voor de groeiende groep hulpbehoevende ouderen te zorgen
- **Groeiende vraag naar mogelijkheden om zorgverantwoordelijkheden te combineren met een betaalde baan**

In het kader van dit project inventariseerden we de resultaten van onderzoek, van ontwikkelde strategieën en het effect van wet- en regelgeving rond zorgverlofuitkeringen en care credits in verschillende Europese landen op de inkomenspositie van vrouwen en de herverdeling van betaalde arbeid en onbetaalde zorgarbeid. Vanuit de gezamenlijke inzichten en kennis van experts uit het Verenigd Koninkrijk, Polen, Spanje en Nederland en gebruikmakend van de ervaring van NGO's en vakbonden, die in het Equalising Care Netwerk participeren, hebben we geprobeerd een nieuw systeem voor economische waardering en verevening van al de noodzakelijke, maar onbetaalde, zorgarbeid in Europese lidstaten te ontwikkelen.

In deze publicatie presenteren we de resultaten van ons project 'Zorgverevening in een veranderende samenleving'.

Wij hopen dat u ons wilt ondersteunen om nieuwe mogelijkheden en strategieën voor een zorgvereveningssysteem in alle Europese lidstaten hoog op de agenda te krijgen van beleidsmakers, politici, vakbonden en maatschappelijke organisaties.

FNV Vrouwenbond – Nederland

Gabinet d'Estudis Socials (GES) – Spanje

UK Coalition Against Poverty – Verenigd Koninkrijk

Women's Rights Centre – Polen



The project 'Equalising Care in a Changing Society' has received funding from the European Commission. The sole responsibility of the content of this publication lies with the authors and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.



Reaal is mede sponsor van de activiteiten die de FNV Vrouwenbond in het kader van het project Zorgverevening in Nederland organiseert.

2.1 Inleiding

Het project 'Zorgverevening in een veranderende samenleving' is gericht op de verschillende patronen van zorgverlenen en zorgontvangen in relatie tot de arbeidsmarktparticipatie van mannen en vrouwen en de inkomensverdeling.

In de meeste Europese landen zijn vrouwen wegens zorgverantwoordelijkheid gedwongen om gedurende een deel van hun werkzame leven de arbeidsmarkt geheel of gedeeltelijk te verlaten om zorg te kunnen verlenen. Een van de gevolgen daarvan is dat het armoederisico voor vrouwen groter is dan voor mannen. Gezien de ongelijke mogelijkheden om een pensioen op te bouwen is dat risico groot voor degenen die hun hele leven zorgen (vooral vrouwen) in vergelijking met degenen die het grootste deel van hun werkzame leven een betaalde baan hebben.

Tabel 2.1 Armoede risico mannen en vrouwen in verschillende leeftijdscategorieën (in %)

Mensen met een besteedbaar inkomen onder 60% van het mediane inkomen van het betreffende land (in 2004 was het mediane inkomen voor Nederland 9.800 euro per jaar)									
2005									
Leeftijd	Allen	16-24		25-49		50-64		> 65	
		M	V	M	V	M	V	M	V
Polen	21	25	27	22	21	19	14	5	9
Spanje	20	17	19	15	17	17	16	26	32
UK	18	19	19	14	12	16	16	24	29
Ned.	11	15	17	10	10	8	8	5	6
EU 25	18	18	20	13	14	13	13	16	21

Soource: Eurostat

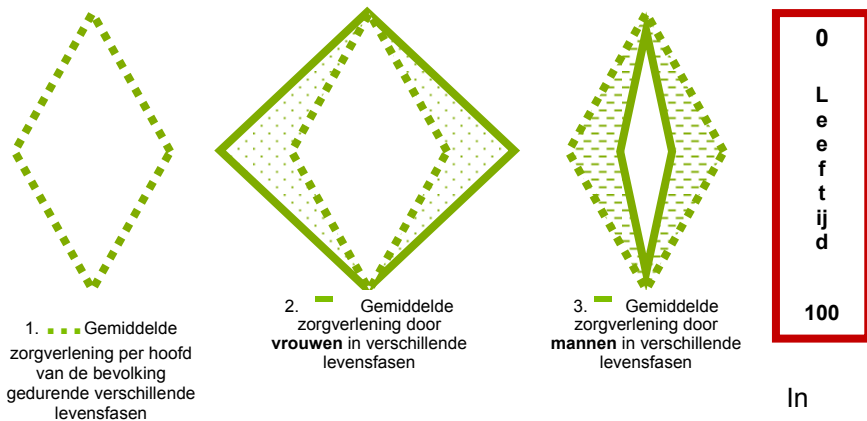
Uit tabel 2.1 komt naar voren dat het armoederisico 18% is voor de hele EU-25. In Nederland ligt het armoederisico voor zowel mannen als vrouwen in alle leeftijdsgroepen onder het EU-25 gemiddelde. In Groot Brittannië is het armoederisico voor de jongste leeftijdscategorie ongeveer het EU-25 gemiddelde, maar vanaf 50 jaar wordt het armoederisico steeds groter. Boven

de 65 leeft een derde van de vrouwen en een kwart van de mannen onder het social minimum. Hetzelfde geldt voor Spanje. Voor de jongste leeftijdsgroep in Spanje is het armoederisico te vergelijken met het EU-25 gemiddelde, maar dat neemt toe naarmate de leeftijd toeneemt. In Polen en in Nederland zou de situatie omgekeerd zijn: naarmate men ouder wordt neemt het armoederisico af. Althans volgens de cijfers van Eurostat in tabel 2.1.

Zorgverlenen en zorgontvangen

In een samenleving, die gebaseerd is op gelijke kansen voor mannen en vrouwen, zou zowel de zorgverlening als de zorg die men ontvangt gelijk verdeeld moeten zijn tussen mannen en vrouwen (figuren 1 en 4).

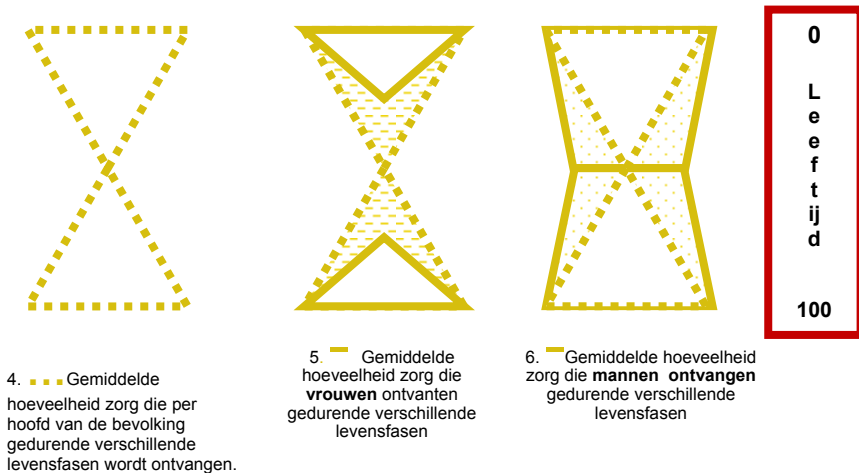
Grafiek 2.1: Gemiddelde hoeveelheid zorg die mannen en vrouwen verlenen



In alle Europese landen rust de (onbetaalde) zorgarbeid zoals de zorg voor kinderen en hulpbehoevende ouderen, de productie en bereiding van maaltijden voor de hele familie, de zorg voor de directe leefomgeving en het verlenen van informele zorg aan hulpbehoevenden voornamelijk op de schouders van vrouwen (figuur 2), terwijl mannen veel minder zorg verlenen (figuur 3) dan het gemiddelde voor de hele bevolking (figuur 1).

Bovendien beginnen meiden eerder met ‘zorgen’ dan jongens en ontvangen vrouwen gedurende de midden periode van hun leven nauwelijks enige zorg van anderen; dit in tegenstelling tot mannen, die gedurende hun hele leven tot de ‘zorgontvangers’ behoren. (figuren 5 en 6).

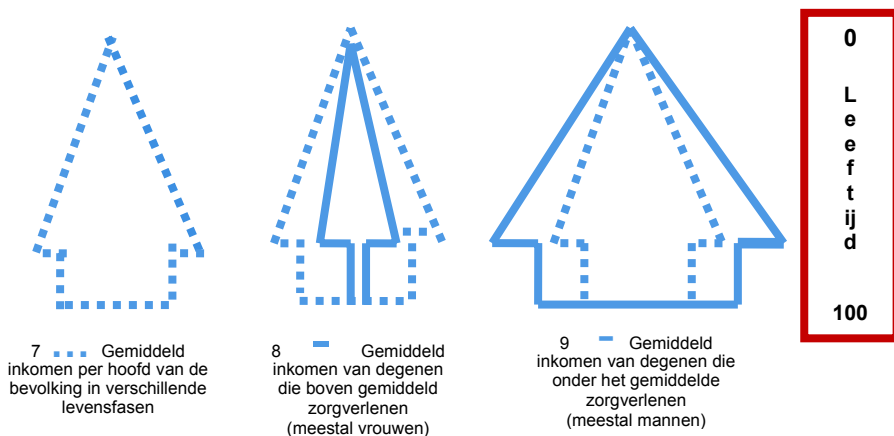
Grafiek 2.2: Gemiddelde hoeveelheid zorg die mannen en vrouwen ontvangen



Vergelijking van figuur 1 uit grafiek 1 en figuur 4 uit grafiek 2 laat zien dat gedurende ieders leven de hoeveelheid zorg die je gemiddeld nodig hebt tegenovergesteld aan de hoeveelheid zorg die gemiddeld wordt verleend.

Omdat het overgrote deel van de in de samenleving noodzakelijke zorg onbetaald is, heeft dit uiteraard gevolgen voor de inkomenspositie van degenen die zorgverleners. Grafiek 3 laat de ongelijke inkomensverdeling tussen degenen die boven gemiddeld zorgverleners en degenen die qua zorgverlening onder het gemiddelde zitten. Uit de vorige grafiek kwam al naar voren dat de boven gemiddelde zorgverleners meestal vrouwen zijn.

Grafiek 2.3: Gemiddeld inkomen van boven en onder gemiddeld zorgverleners



De investering door vrouwen in de zorg voor anderen betekent dat hun inkomen lager is dan dat van mannen en dat het armoede risico voor vrouwen groter is dan voor mannen.

Helaas omvatten de macro-economische modellen, die door de nationale overheid of op Europees niveau worden gebruikt voor sociaal-economisch beleid, geen instrumenten om armoede en sociale uitsluiting te relateren aan de verdeling van onbetaald werk in de samenleving.

In 2004 beargumenteerde de High-level group voorgezeten door ex-premier Kok dat, wil Europa de brede ambitie van solidariteit met degenen in een achterstandspositie nu en in de toekomst hoog houden, meer economische groei en uitbreiding van werkgelegenheid noodzakelijk zijn. Met de Lissabon doelstellingen (2000) geeft ook de Europese Raad aan de oplossing voor het armoedevraagstuk in Europese lidstaten vooral te zien in het verhogen van de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen: in 2010 moet in ieder van de lidstaten 60% van de vrouwen een betaalde baan hebben. Alleen op die manier wordt verwacht dat Europa “*de meest concurrerende en dynamische kenniseconomie van de wereld*” zal worden. Naast investeren in de kenniseconomie, is dat een

van de belangrijkste voorwaarde voor “*een actieve en dynamische welvaartsstaat*”, aldus de Lissabon doelstellingen.

Inmiddels weten we dat deze doelstellingen nog niet echt tot positieve resultaten hebben geleid. De meerderheid van de armen in de Europese lidstaten zijn vrouwen: alleenstaande ouders en oudere vrouwen die hun levenlang onbetaald gewerkt hebben. Een belangrijke reden voor de geringe verhoging van de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen is dat die verhoging uitsluitend plaats zal vinden als tegelijkertijd de idealen en de waardering voor zorg veranderen en er nieuwe oplossingen worden gevonden voor zorgverlening en de combinatie daarvan met een betaalde baan. (Kremer, 2005). In geen van de Europese lidstaten zijn daarvoor afdoende oplossingen gevonden. Dit terwijl de demografische ontwikkelingen aantonen dat de vraag naar zorg in de volgende decennia alleen maar zal toenemen

Demografische ontwikkelingen

De drie belangrijkste trends in de huidige demografische ontwikkelingen zijn volgens het Groenboek: Demografische veranderingen: naar een nieuwe solidariteit tussen de generaties'.¹

- **De verdere verlenging van de levensduur.** Het resultaat van de aanzienlijke verbetering van de gezondheid en de levenskwaliteit van de Europeanen is dat de gezonde levensverwachting blijft toenemen. Deze vooruitgang zal naar verwachting doorzetten, waarbij de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen bovendien steeds kleiner zullen worden.

Tabel 2.2: Levensverwachting vanaf 65 jaar in vier lidstaten en Europa						
	1995		2000		2005	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Nederland	14,74	19,2	-	-	16,44	20,13
Polen	-	-	13,58	17,74	14,29	18,49
Spanje	16,15	20,17	16,69	20,79	17,25	21,3
GB	14,62	18,23	15,8	19,03	17,02	19,52
EU 25 2003					16,9 (2003)	19,6 (2003)
<i>Bron: Eurostat</i>						

- **Een aanhoudend laag geboortecijfer.** Vanaf 1960 - de babyboom generatie - hebben gezinnen minder kinderen dan de generaties daarvoor. Het vruchtbaarheidscijfer ligt bijna overal onder het vervangingsniveau. In sommige landen, in het zuiden en oosten van Europa, ligt het zelfs onder 1,3 kind per vrouw. Dit lage geboortecijfer kan door een groot aantal factoren worden verklaard: arbeidsinpassingsmoeilijkheden, woningnood en huizenprijzen, het op steeds latere leeftijd beginnen aan een eerste kind, andere keuzes inzake studie en beroeps- en gezinsleven.

Tabel 2.3: Vruchtbaarheidscijfer – aantal kinderen per vrouw in vier Europese lidstaten			
Het vruchtbaarheidscijfer wordt ook gebruikt om het vervangingsniveau aan te geven. In hoog ontwikkelde landen wordt een vruchtbaarheidscijfer van 2.1 gezien als het vervangingsniveau.			
	1995	2000	2005
Nederland	1,53	1,72	1.71
Polen	-	1,35	1,24*
Spanje	1,17	1,23	1,35
GB	1,71	1,64	1,78
Bron: Eurostat * 2005: Lowest Fertility rate in Europe			

- Het aantal **60+’ers** zal tot 2030 blijven toenemen, want in die periode worden de babyboomers senioren

Het werkgelegenheidscijfer van ouderen is in alle Europese landen laag.

Tabel 2.4: Werkgelegenheidscijfer 55 – 64 jarigen in vier Europese lidstagen en in Europa			
Het werkgelegenheidscijfer wordt berekend door het aantal personen van 15 to 64 jaar dat betaald werk heeft te delen door de Totaale populatie in dezelfde leeftijdscategorie. Deze indicator is gebaseerd op de EU Labour Force Survey.			
	1995	2000	2005
Nederland	28,9	38,2	47,7
Polen	-	28,4	28,1
Spanje	32,3	37	44,1
GB	47,5	50,7	57,4
EU 25		36,9	43,5
Bron: Eurostat			

Gevolgen

Tengevolge van deze ontwikkelingen zal de komende jaren:

- a) een groeiend beroep gedaan worden op de zorg (betaald en onbetaald)
- b) het aantal mantelzorgers sterk afnemen: er zullen minder familieleden voor zorg beschikbaar zijn voor de groeiende groep ouderen
- c) er zal een groeiende behoefte zijn aan mogelijkheden om betaald werk te combineren met zorgtaken

2.2 Impact van de Lissebon strategieën op onbetaalde zorg?

Gezien de groeiende vraag naar zorg in de komende decennia in alle Europese lidstaten kan de positie van degenen die onbetaald zorg verlenen niet langer genegeerd worden. De resultaten van ons onderzoek tonen aan de in de meeste Europese landen vrouwen door de verantwoordelijkheid voor zorgtaken gedwongen zijn om tijdelijk minder uren betaald te werken of zelfs hun betaalde baan op te zeggen in de periode dat zij voor kinderen zorgen of mantelzorg verlenen. Een van de gevolgen daarvan is dat het armoede risico voor vrouwen groter is dan voor mannen, simpelweg omdat vrouwen minder tijd hebben om inkomen te vergaren. De Lissabon doelstellingen (2000) zoeken de oplossing voor het terugdringen van het armoede risico in Europese lidstaten echter door te streven naar meer arbeidsmarktparticipatie van vrouwen: in 2010 moet in alle landen 60% van de vrouwen een betaalde baan hebben.

Meer betaald werk voor vrouwen

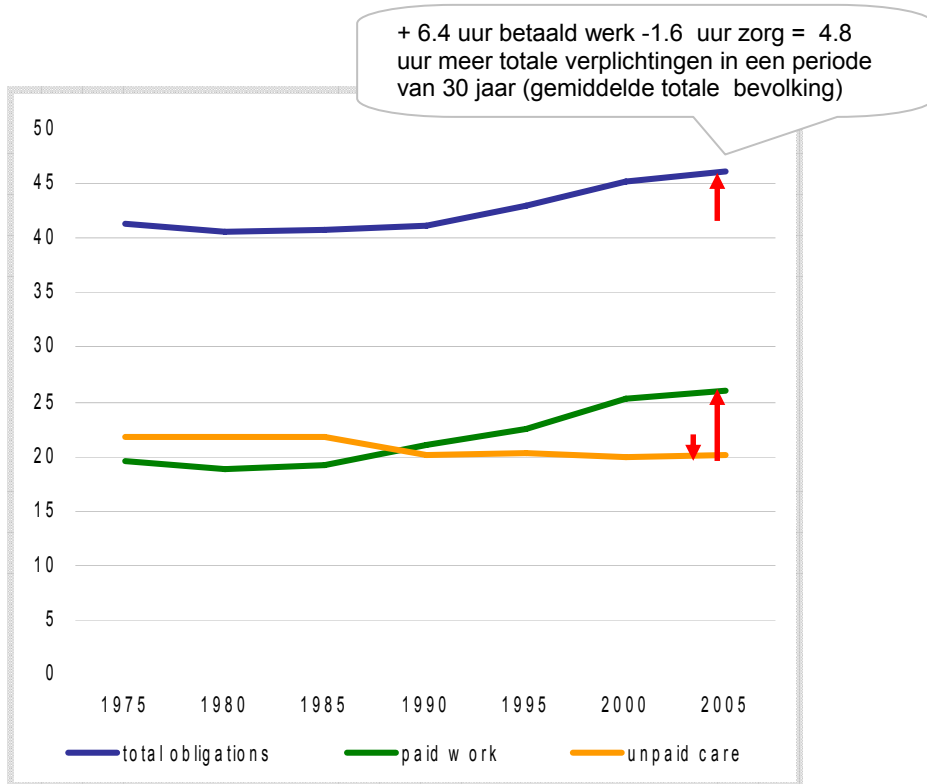
In Nederland hebben vrouwen hun deel van de emancipatiedoelstellingen de afgelopen jaren al behoorlijk gehaald: het vergroten van de economische zelfstandigheid door betaald werk. Tussen 1975 en 2005 groeide de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen van 18% naar 53%.

De volgende vraag is dan wat het gevolg was van deze toegenomen arbeidsparticipatie op de hoeveelheid tijd die vrouwen aan onbetaalde zorgarbeid besteden ?

De afgelopen drie decennia is de Nederlandse economie meer en meer gemonetariseerd: dit betekent dat de Nederlandse bevolking gemiddeld steeds meer tijd aan betaald werk en minder tijd aan onbetaald werk besteedt. De gemiddelde tijdsbesteding aan onbetaald werk is in die periode met 1,6 uur afgenomen, terwijl het aantal uren dat aan betaald werk werd besteed toenam met 6,4 uur per week. Dit betekent dat vrouwen niet evenredig hun onbetaalde werk verminderde en tegelijkertijd dat mannen niet een evenredig deel van de onbetaalde arbeid voor hun rekening namen.

Dit is een verontrustende ontwikkeling. Als we naar de totale bevolking kijken betekent dit dat voor ieder uur dat extra besteed wordt aan betaald werk, de tijd die beschikbaar is voor zorg met een kwartier afneemt.

Grafiek 2.4 Gevolgen van het toegenomen aantal uren betaalde arbeid 1975-2005 op de gemiddelde tijdsbesteding van de totale bevolking van 20-64 jaar

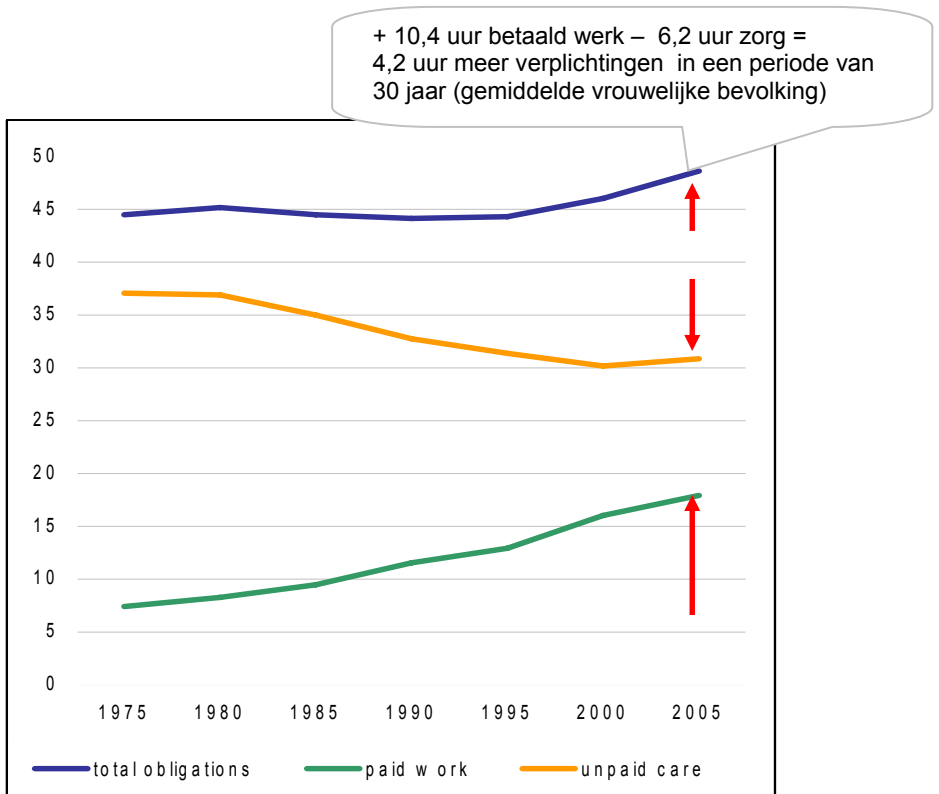


Source: SCP (TBO'75-05)

Doelstelling van de overheid – in het verlengde van de Lissabon 2000 afspraken – is om vrouwen te stimuleren om meer betaald te gaan werken. Maar het meer betaald werken van vrouwen heeft meer dan gemiddeld effect om de onbetaalde zorgarbeid. Want zoals in grafiek 2.5 naar voren komt zijn

vrouwen in de periode 1975-2005 10.4 uur meer buitenshuis gaan werken terwijl zij hun zorgarbeid met 6.2 uur verminderden. Dit betekent dat ieder uur dat vrouwen meer betaald gaan werken tot gevolg heeft dat zij meer dan een half uur (36 minuten) minder aan zorg gaan besteden.

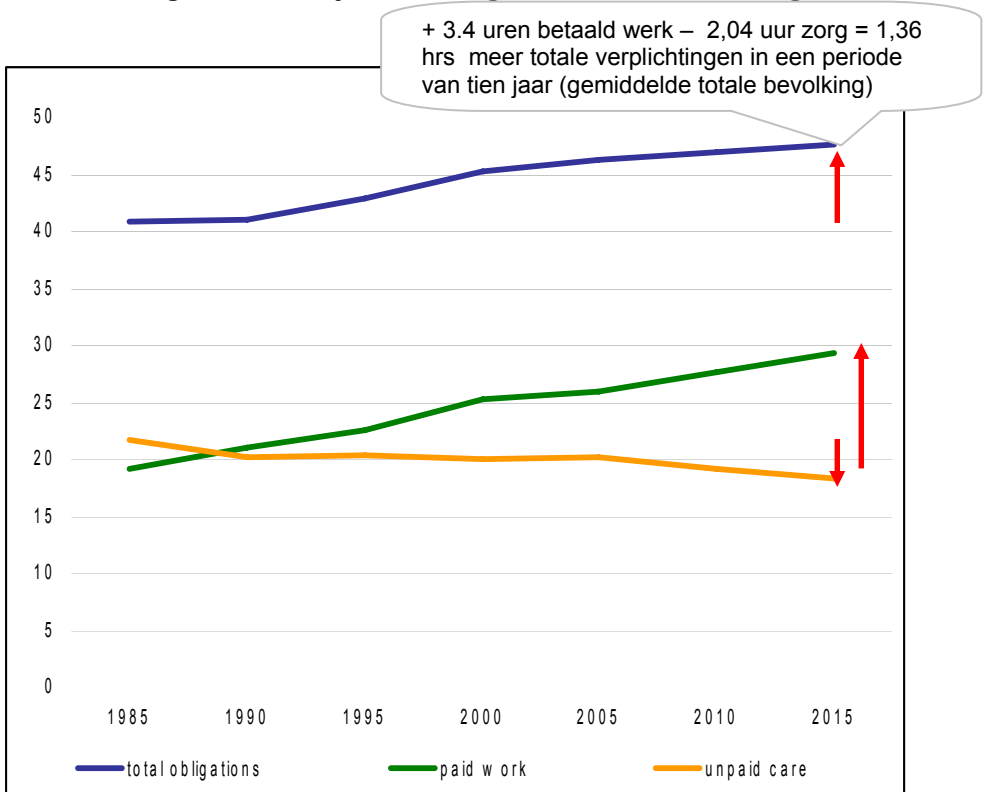
Grafiek 2.5 Gevolgen van het toegenomen aantal uren betaalde arbeid 1975-2005 op de gemiddelde tijdsbesteding van de vrouwelijke bevolking van 20-64 jaar



Source: SCP (TBO'75-05)

In de grafiek 2.6 zijn de gevolgen van dit beleid voor de komende tien jaar geschetst: de uren besteed aan betaald werk nemen verder toe en de uren zorgarbeid nemen af, maar niet evenredig. Vrouwen verhogen hun betaalde werk met nog 3.4 uur, hetgeen inhoudt dat hun onbetaalde zorgarbeid met 3.4 x 36 minuten zal afnemen. Met als resultaat dat de totale tijdsomvang benodigd voor alle verplichtingen (betaald en onbetaald) zal toenemen met 1.36 uur.

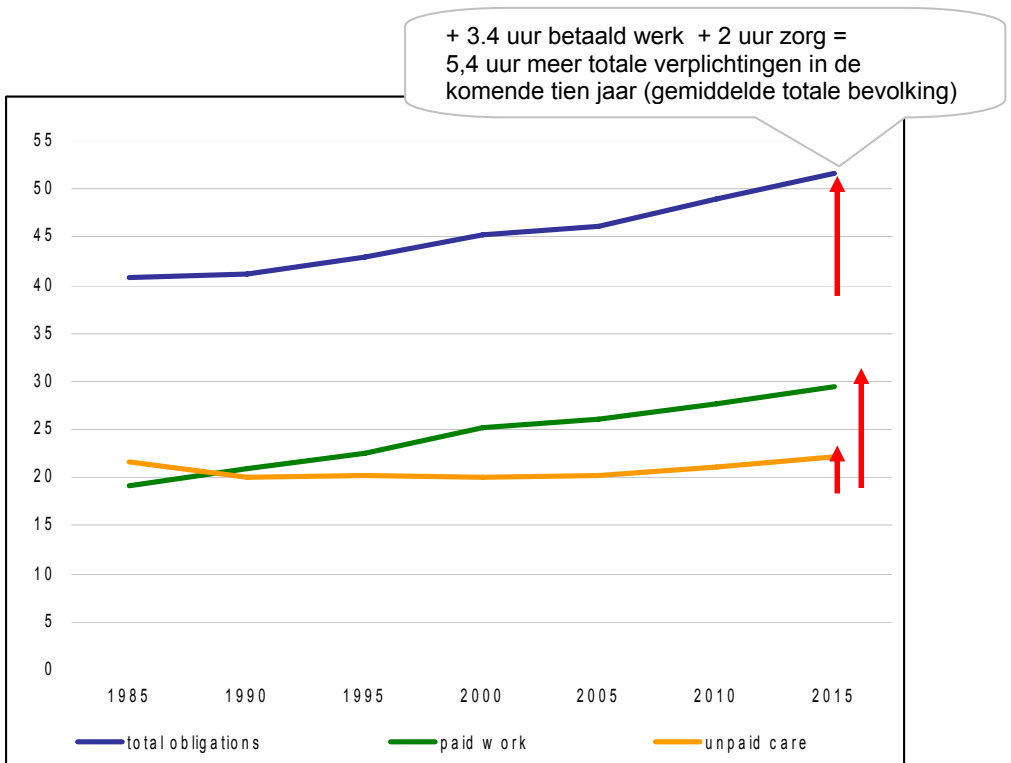
Grafiek 2.6 Geschatte gevolgen van de toegenomen uren betaald werk van vrouwen van 20-64 jaar in de komende tien jaar op de gemiddelde tijdsbesteding van de totale bevolking 20-64



Source: Estimation Equalising Care

Gezien de demografische ontwikkelingen zal in dezelfde tien jaar ook het beroep op onbetaalde mantelzorg toenemen. De Nederlandse overheid probeert de bevolking zelfs te stimuleren om meer mantelzorg te verlenen aan familie en aan ouderen in de eigen woonomgeving. De komende tien jaar zal de tijd die besteed wordt aan onbetaalde zorgarbeid dus niet minder maar juist meer moeten worden.

Grafiek 2.7 Geschatte gevolgen van de toegenomen uren betaald werk van vrouwen van 20-64 jaar + toename onbetaalde zorgarbeid voor hulpbehoevende ouderen in de komende tien jaar op de gemiddelde tijdsbesteding van de totale bevolking van 20-64



Source: Estimation Equalising Care

Grafiek 2.7 laat een tweede schatting zien van de consequenties van twee beleidslijnen: de Lissabon overeenkomst om de arbeidsmarktparticipatie van vrouwen te verhogen naar 60% en het beleid om de grotere vraag naar zorg voor de groeiende groep ouderen op te vangen door mantelzorg te stimuleren.

Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk voortdurende groei van het aantal uren dat mensen moeten besteden aan verplichtingen (betaald en onbetaald) niet mogelijk zal blijken in de toekomst.

2.3 Project doelstellingen

In het kader van dit project onderzoeken we de ongelijke verdeling van betaalde en onbetaalde arbeid. Het gaat daarbij zowel om de genderspecifieke verdeling als om de verdeling tussen de verschillende generaties.

Vervolgens onderzoeken we welke bestaande systemen en strategieën overgenomen of verder ontwikkeld kunnen worden om het verschil tussen de 'ondermaatse' zorgverleners en de 'overmaatse' zorgverleners gelijk te trekken – bijvoorbeeld door 'zorg credits' in de pensioen of belastingsfeer - en het effect daarvan op de inkomenspositie van onbetaalde zorgverleners en op de herverdeling van betaalde en onbetaalde arbeid tussen mannen en vrouwen. En tevens of deze strategieën om zorgtaken gelijkjer te verdelen ook toepasbaar zijn in andere Europese lidstaten.

Een dergelijk nieuw systeem kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van gendergelijkheid binnen de samenleving en het terugdringen van de armoede onder oudere vrouwen. Maar de ontwikkeling ervan moet wel nauwkeurig getoetst worden, zodat vrouwen die betaald werk en zorgtaken willen combineren daartoe ook meer kansen krijgen en tegelijkertijd mannen en vrouwen meer mogelijkheid hebben om echte keuzes te maken ten aanzien van de wijze waarop zij hun eigen werk-privé balans willen instellen.

2.3.1 Centrale vraag onderzoek

Kort samengevat was de centrale vraag voor ons transnationaal onderzoek in de vier Europese landen:

Welk beleid en welke strategieën dragen bij aan een gelijke verdeling van de kosten en baten van onbetaalde zorgarbeid?

2.3.2 Hypothesen

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden startte het onderzoek vanuit de volgende hypothesen:

1. Er is een genderspecifieke asymmetrische relatie tussen zorgverleners en zorgontvangers. Gedurende hun levenscyclus verlenen vrouwen meer zorg dan zij ontvangen, terwijl mannen meer zorg ontvangen dan zij verlenen.
2. Het individuele inkomen is omgekeerd evenredig aan de omvang van de onbetaald zorgarbeid die iemand verricht: Als de tijd besteed aan onbetaald zorg boven het gemiddeld ligt, dan ligt het inkomen onder het gemiddelde in een samenleving. Hoe meer tijd aan onbetaalde zorg wordt verleend, hoe lager het inkomen.
3. De economische waarde van professionele zorg per hoofd van de bevolking is omgekeerd evenredig aan de omvang van de onbetaalde arbeid. Als de omvang van de uren professionele verzorging hoog is, dan is de omvang van onbetaalde arbeid laag. Onbetaalde zorgarbeid dicht de kloof tussen de maatschappelijke behoefte aan zorg en de beschikbare professionele zorg (publiek en privaat).
4. Een quota die de relatie tussen de tijdsinvestering in betaalde en onbetaalde arbeid (BOA) aangeeft, is een beleidsinstrument om de kosten en baten van onbetaalde zorgarbeid te meten en om de balans tussen betaald werk en zorgtaken voor zowel vrouwen als mannen te promoten.

2.4 Vergelijking van de situatie in vier Europese landen

De partnerorganisaties uit vier Europese landen (Spanje, Polen, Verenigd Koninkrijk en Nederland) deden onderzoek naar de vier hypothesen. In deze paragraaf een korte samenvatting van dat onderzoek en op basis daarvan de conclusies ten aanzien van de hypothesen.

De bevolking van de vier landen samen is 157.5 miljoen en vertegenwoordigt daarmee een derde van het total aantal inwoners van de EU-25 landen.

En aantal kerncijfers in tabel 2.5 illustreert de social economische situatie in de vier landen in 2005.

Tabel 2.5 Bevolking, BNP, sociale zekerheid en minimum lonen

Jaar	Cijfers betreffende	Polen	Spanje	UK	Neder-land
2005	Totale bevolking (in miljoens)	38,2 miljoen	43 miljoen	60 miljoen	16,3 miljoen
2005	BNP (Bruto Nationaal Product) per hoofd van de bevolking	€ 11700	€ 23100	€ 27300	€ 28900
2005	Uitgaven aan sociale zekerheid (als % BNP)	21,6%	19,7%	26,1%	28,1%
2006	Minimum lonen in euro	€ 234	€ 631	€ 1269	€ 1273
2005	Gemiddeld percentage full-time werknemers met minimum loon verdient	4,5%	0,8%	1,8%	2,1%

In de 'jongste' EU lidstaat Polen is het BNP de helft of minder van dat in de andere drie landen. Het minimumloon in Polen is bijna 1/3 van dat in Spanje en 1/5 van het minimumloon in het Verenigd Koninkrijk of in Nederland.

De uitgaven aan sociale zekerheid zijn het laagst in Spanje en het hoogst in Nederland.

2.4.1 Totale tijdsinvestering in betaalde en onbetaalde (zorg) arbeid

Het Human Development Report 1995 (UNDP,1995) geeft aan dat in geïndustrialiseerde landen de tijd die besteed wordt aan betaald werk ongeveer gelijk is aan de tijd besteed aan onbetaalde arbeid. De Nederlandse bevolking tussen 12 en 65 jaar besteedt bijvoorbeeld 12185 miljoen uren aan huishoudelijk werk en kinderverzorging ten behoeve van het eigen huishouden en 11762 miljoen uur aan betaald werk buitenshuis. Dit betekent dat 51% van het werk onbetaald is en 49% betaald.

Kijkend naar tijdbestedingsonderzoek in de vier betrokken landen blijkt dat de verdeling tussen betaald en onbetaald werk ongeveer gelijk is. In Polen is het aandeel onbetaald werk het hoogst met 53% en dus het aandeel betaald werk met 47% het laagst. In de UK en Spanje zijn de percentages net omgekeerd: in de UK is 51% van het werk betaald en 49% onbetaald en in Spanje is 52% onbetaald en 48% betaald.

De conclusie van het Human Development Report 1995 dat – gemiddeld – de tijd besteed aan onbetaalde arbeid vergelijkbaar is met de tijdsinvestering in betaald werk, klopt dus wat betreft de tijdsbesteding in Polen, Spanje. Groot Brittannie en Nederland.

2.4.2 Aandeel van mannen en vrouwen van verschillende leeftijdsgroepen in de totale omvang van betaalde en onbetaalde (zorg) arbeid

In alle vier de landen verschilt het aandeel van vrouwen en mannen in zowel betaald als onbetaald werk. Gemiddeld verrichten mannen tweederde van het betaalde werk en eenderde van de onbetaalde arbeid. Voor vrouwen is dat net andersom. In tabel 2.6 wordt de tijdsbesteding voor de vier landen gespecificeerd.

Tabel 2.6: Tijdsbesteding aan Betaald werk en Zorgarbeid door mannen en vrouwen van 20-74 jaar

	Vrouwen	Mannen
Polen		
Betaald werk	2.29	4.15
Zorgarbeid	4.45	2.22
Totaal	7uur 14 min per dag	6uur 37 min per dag
Spanje		
Betaald werk	2.26	4.39
Zorgarbeid	4.55	1.37
Totaal	7 uur 21 min per dag	6uur 16 min per dag
GB		
Betaald werk	2.33	4.18
Zorgarbeid	4.15	2.18
Totaal	6 uur 48 min per dag	6 uur 36 min per dag
Nederland*		
Betaald werk	2.25	4.01
Zorgarbeid	4.04	2.31
Totaal	6 uur 29 min per dag	6 uur 32 min per dag
* Het tijdsbestedingsonderzoek in Nederland wijkt af van de Europese richtlijnen en daardoor zijn de resultaten ervan niet volledig vergelijkbaar met de resultaten uit de andere drie landen.		
Bron: Eurostat, Statistics in Focus, 4/2006		

De cijfers in tabel 2.6 zijn gebaseerd op de gemiddelde tijdsbesteding per dag aan de betreffende activiteiten gedurende een heel jaar, inclusief werkdagen, weekends en vakanties. Hierdoor is de tijdsbesteding aan betaald werk ook beduidend minder dan een normale werkdag. De cijfers in de tabel zijn bovendien het gemiddeld voor alle personen in de hele leeftijdsgroep van 20-74 jaar. Wanneer je naar leeftijdscohorten van bijvoorbeeld 10 jaar binnen die groep zou kijken, dan zou blijken dat daartussen grote verschillen zijn.

In **Spanje** bijvoorbeeld besteden jongeren onder de 25 jaar gemiddeld veel minder tijd aan betaald werk (1 uur en 29 minuten) en aan zorgtaken (1 uur en 6 minuten). Maar deze jongeren besteden wel gemiddeld 3 uur per dag aan studie en hebben daarnaast 1 uur en 51 minuten vrije tijd. Naarmate de leeftijd stijgt, stijgt zowel de tijd besteed aan betaald werk als aan zorgtaken. Gemiddeld besteden 35-25 jarigen in Spanje daar respectievelijk 4 uur en 15 minuten en 3 uur en 10 minuten aan. Deze leeftijdscategorie studeert slechts 17 minuten per dag en heeft nog maar 1 uur en 22 minuten over voor vrijetijdsbesteding en sociale contacten.

Mensen tussen 45 en 64 jaar laten een ander patroon zijn. de tijd voor betaald werk neemt ruim een uur af (3 uur en 6 minuten), terwijl de tijd nodig voor zorg juist toeneemt tot gemiddeld 3 uur en 42 minuten. Tijd voor studie verdwijnt bijna helemaal (3 minuten) en ook vrijetijdsbesteding neemt af (1 uur en 15 minuten). Voor 65 plussers in Spanje zijn zowel de tijd besteed aan betaald werk als de studietijd vrijwel nihil, terwijl de zorgtijd gelijk blijft en vrijetijdsbesteding en sociale contacten weer toenemen (1 uur en 42 minuten).

Als we kijken naar de tijd die verschillende leeftijdscohorten in **Nederland** aan zorgtaken besteden, dan blijkt dat 20-34 jarigen daar 2 uur en 21 minuten per dag voor nodig hebben; 35-49 jarigen: 3 uur en 17 minuten; 50-64 jarigen 2 uur en 55 minuten en de 65-plussers zelfs 3 uur en 21 minuten.² Het Nederlandse patroon is vergelijkbaar met de situatie in Spanje: de middelste en de oudste leeftijdscohorten besteden het meeste tijd aan onbetaalde zorg.

Uit het onderzoek in **Groot Brittannië** komt naar voren dat 45% van de zorgverleners tussen de 45 en 64 jaar is. En er zijn zelfs 44.000 zorgverleners van boven de 85 jaar, waarvan ruim de helft vijftig of meer uren besteedt aan die zorg.

Opmerkelijk is dat 1% van de kinderen tussen 5 en 15 jaar in 2001 ook zorgverleners waren. Dat zijn 114.000 kinderen, waarvan 8% meer dan 50 uur per week zorgt.

Gevraagd is ook of de Britten in de toekomst nog bereid zijn om onbetaald zorg te verlenen. Van de 35-54 jarigen reageerde 57% daar positief op. De jongeren (15-34 jarigen) zijn daar minder toe bereid: iets minder dan de helft (49%) zegt in de toekomst onbetaalde zorg voor hun rekening te willen nemen.

In **Polen** geldt ook hoe ouder, hoe meer onbetaalde zorg. Van de zorgverleners is 13% tussen 18-33 jaar, 35% tussen 34-49 en van de 50+ bevolking berricht meer dan de helft (52%) onbetaalde zorgarbeid. Van deze zorgverleners is in Polen 76% vrouw en 24% man.

2.4.3 Omvang van de vraag naar zorg

In het onderzoek van B.Synak e.a (Sunak, 2002) wordt een 'zelf-zorg index' gehanteerd, gebaseerd op de indicatie voor ADL (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen). In Polen bleek dat 36,5% van de 65plussers jarigen bij deze dagelijkse verrichtingen ernstige belemmeringen ondervond. Meer specifiek ging het om 26% van de 65-74 jarigen, en 52,5% van de 75plussers. Er bleek ook verschil te zijn tussen ouderen in de stad en op het platteland. In de stad werd 31% geconfronteerd met deze belemmeringen en op het platteland ruim 10% meer (42% van de 65plussers).

Bledowski en Pedich (2004) veronderstellen dat mensen met een dergelijke belemmering hulp nodig hebben bij dagelijkse levensverrichtingen en dat ze deze hulp vrijwel uitsluitend van familieleden krijgen. Op basis daarvan kan worden berekend dat in Polen 1, 7 miljoen mensen van boven de 65 jaar hulp van familie nodig hebben vanwege hun fysieke handicap. Deze berekening is een schatting voor heel Polen, die kan verschillen per regio. Dit laatste werd bevestigd door een onderzoek in zes willekeurig gekozen plattelands gemeenschappen, die qua geografische ligging, etnische en culturele achtergrond verschillen en waarbij de belemmeringen die ouderen ondervinden varieerde van 45% - 80%. Hierbij zijn de mensen, die hulp nodig hebben wegens psychische of sociale problemen, niet inbegrepen.³

In **Groot Brittannië** is er een enorme kloof tussen vraag naar en aanbod van professionele zorg. Dit heeft slechts ten dele met inkomen te maken. Als iedereen voldoende geld had om morgen de hulp te betalen die hij of zij nodig

heeft, dan zou dat maar in geringe mate een oplossing bieden omdat er op dit moment eenvoudigweg niet voldoende aanbod is. Natuurlijk zou dit de zorgmarkt stimuleren omdat het om miljarden gaat. De exacte kosten worden nog onderzocht door zorgorganisaties. Maar uitgaande van het aantal cliënten dat op dit moment in verzorgingsinstellingen verblijft en de huidige besparingen door mantelzorg en informele zorg, zal dat bedrag rond de 57 miljard pond liggen. Dit bedrag is gelijk aan de totale overheidsuitgaven voor de National Health Service.

2.4.4 Conclusies ten aanzien van hypothese 1

Uit resultaten van het onderzoek in de vier landen komt duidelijk naar voren dat de eerste hypothese bevestigd wordt:

Er is een aantoonbare genderspecifieke asymmetrische relatie tussen zorgontvangen en zorgverlenen.

Tot de pensioengerechtigde leeftijd verlenen vrouwen meer zorg dan zichzelf ontvangen, terwijl mannen meer zorg ontvangen dan zij verlenen. Na hun 65e gaan mannen meer zorgen, maar ook oudere vrouwen zijn – zolang zij daartoe in staat zijn – de belangrijkste zorgverleners in de huishoudens in alle vier de landen.

2.4.5 Relatie tussen inkomen en onbetaalde arbeid

In de tweede hypothese veronderstellen we dat het verrichten van onbetaalde zorgarbeid het inkomen negatief beïnvloedt.

Uit tabel 2.7 komt naar voren dat in **Spanje** meer mensen met lage inkomens werkzaamheden verrichten rond huishouden en zorg voor familieleden dan mensen met hogere inkomens. Bovendien besteden de eersten meer tijd aan deze werkzaamheden dan de hogere inkomensgroep. In alle gevallen zijn het vooral vrouwen die belast zijn met deze zorgtaken en die daar vergeleken met mannen ook veel meer tijd aan besteden.

Tabel 2.7 Spanje: Percentage van de bevolking, dat dagelijks zorgtaken verrichten gerelateerd aan het netto maandinkomen van het huishouden waar zij deel van uit maken en het aantal uren zorg per dag⁴

	Allen		Mannen		Vrouwen	
	% van de bevolking	Gemidd. aantal uren per dag	% van de bevolking	Gemidd. aantal uren per dag	% van de bevolking	Gemidd. aantal uren per dag
Netto maandinkomen						
< 1.000 €	85,0	4:06	72,6	2:24	94,6	5:07
1.000 a 1.499,99 €	81,8	3:46	70,2	2:05	93,0	4:59
1.500 a 1.999,99 €	80,1	3:34	68,8	2:05	92,2	4:45
> 2.000 €	79,7	3:09	69,1	1:58	91,1	4:07

Het is duidelijk dat voor veel zorgverleners de combinatie van een betaalde baan met zorg niet eenvoudig is. Volgens een belangrijke Spaanse Coöperatie (Grupo EROSKI) moet ruim de helft van de zorgverleners in Spanje hun betaalde baan helmaal of gedeeltelijk laten vallen gedurende de periode dat zij verantwoordelijk zijn voor de zorg voor een oudere hulpbehoevende. Terwijl de inkomsten afnemen, stijgen tegelijkertijd de uitgaven ten gevolge van de kosten die de zorgverlening met zich meebrengt.

In Spanje hebben de middeninkomens de meeste problemen om professionele zorg voor ouderen te krijgen, omdat zij niet arm genoeg zijn om van de publieke voorzieningen gebruik te kunnen maken en niet rijk genoeg om zelf private zorg in te kopen. Onlangs heeft de Spaanse overheid echter nieuwe wetgeving aangenomen die hier verandering in kan brengen.

De nieuwe raamwet voor de zorg voor chronisch zieken, de 'Ley de Dependencia', die in januari 2007 van kracht is geworden, is bedoeld om gelijkheid in sociaal welzijn te bevorderen.⁵ Deze wet introduceert een recht op zorg gebaseerd op de uitgangspunten: algemeen geldend, gelijkheid en toegankelijkheid en omvat een model voor zorgfaciliteiten. Het recht op zorg voor mensen met een chronische ziekte of handicap wordt gelijkgesteld met het recht op onderwijs en gezondheidszorg: erkenning van een universeel recht

op verzorging. Iedereen heeft nu dus recht op publieke voorzieningen, alhoewel hier wel een inkomensafhankelijke bijdrage aan gekoppeld is. Hierbij moeten twee kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste, deze wet zal geleidelijk (tot 2015) ten uitvoer gebracht worden, te beginnen bij degenen met ernstige belemmeringen, die grotendeels afhankelijk zijn van zorg. Tot die tijd zal de nieuwe wet voor mensen met minder tijdsintensieve zorgbehoefte dus geen verandering in voorzieningen betekenen en zal hun positie ongewijzigd blijven. Deze groep moet het komende decennium nog zijn toevlucht nemen tot private voorzieningen, de mantelzorg en informele hulpverlening of tot het grijze circuit. Ten tweede: in Spanje is het concept zorgbehoefte beperkt tot mensen met een handicap en ouderen en het geldt niet voor kinderen onder de leerplichtige leeftijd.

In **Polen** zijn exacte cijfers – zoals in Spanje – over de inkomenspositie van zorgverleners niet gevonden. Maar Polen was partner in het project EUROFAMCARE – gesubsidieerd door de Europese Commissie 2003-2004 – dat een analyse gemaakt heeft van de positie van mantelzorgers, die de zorg voor hulpbehoevende 65plussers op zich nemen in relatie tot de ondersteunende hulpverlening. In 2003-2004 is in zes landen (Duitsland, Griekenland, Italië, Polen, Zweden en Groot Brittannië) vergelijkend onderzoek gedaan door in ieder van de landen 1000 mantelzorgers te interviewen die tenminste vier uur per week zorg verlenen.⁶

Uit dit onderzoek komt naar voren dat 60% van de mantelzorgers in Polen geen betaald werk heeft. Hiervan is 62% gepensioneerd, 17% werkt fulltime onbetaald en 14,5% zoekt een betaalde baan die te combineren is met de onbetaalde zorgarbeid. Een kwart van de mantelzorgers gaf aan dat de zorgverlening de oorzaak is van financiële problemen.

In Polen is ruim een derde deel van de mantelzorgster een dochter (37,1%). Op de tweede plaats komen echtgenotes (29,2%) die mantelzorg verlenen, gevolgd door een zoon (20,9%) of een kleinkind (15,5%).⁷

Tabel 2.8 laat zien hoe in **Groot Brittannië** onbetaalde zorg samenhangt met economische activiteiten en gender. Ook als we degenen die fulltime in de eigen huishouding of mantelzorg werken buiten beschouwing gelaten, is de

waarschijnlijkheid dat de zorgverlener een vrouw is, groter dan dat het een man betreft. In het totaal verlenen 1,4 miljoen mannen en 1,7 miljoen vrouwen zorg naast een betaalde baan. Hiervan werken 1,3 miljoen mannen en 850.000 vrouwen fulltime. Onder de pensioengerechtigde leeftijd komen mantelzorgers vooral voor onder vrouwen die vervroegd met pensioen zijn gegaan en onder mannen die fulltime voor het huishouden zorgen. Deze laatste groep mannen is klein (194.000) vergeleken met de 2,5 miljoen vrouwen die fulltime huishoudelijke en zorgtaken verrichten. Maar de helft van deze fulltime huishoudelijk werk verrichtende mannen (97.000) is wel tevens mantelzorgers. Onder deze bevolkingsgroep, die alleen onbetaald werkt, zijn 64.000 mannen en 225.000 vrouwen die meer dan 50 uur per week mantelzorg verlenen.

Tabel 2.8 Groot Brittannië: Mantelzorgers naar economische activiteit onder de beroepsbevolking

	Mannen	Vrouwen
Economisch actief	9,9	13,4
Zelfstandig PT	15,9	18,7
Werknemer PT	13,0	16,7
Zelfstandig FT	11,0	15,5
Werknemer FT	9,5	11,7
Werkeloos	9,5	12,4
Fulltime student	4,8	5,6
Economisch niet actief	13,4	16,7
Vroeg pensioen	21,5	27,2
Student	3,9	5,4
Onbetaalde huishoudelijke- en zorgarbeid	48,5	21,6
Chronisch ziek of handicap	12,6	15,4
Anders	9,3	11,1
Totaal	10,5	14,4
Bron: 2001 Census Commissioned Tables, Crown Copyright 2004. Deze cijfers hebben uitsluitend betrekking op Engeland en Wales.		

Onder de bevolkingsgroep die ook betaald werkt blijken de parttime zelfstandig ondernemers het vaakst ook mantelzorger te zijn. Van de werknemers combineren 186.000 vrouwen en bijna 32.000 mannen een parttime baan met 20 of meer uren zorg per week. En wat fulltime banen betreft combineren 239,000 mannen en bijna 158,000 vrouwen dat eveneens met 20 of meer uur zorgverlening.

Een van de zes parttime betaald werkende en een van de acht fulltime betaald werkende vrouwen¹ verlenen daarnaast ook zorg. Wat mannen betreft geldt dat voor een van de acht parttimers en een van de tien fulltimers.

Uit de General Household Survey komt naar voren dat als de zorgverlener en de zorgontvanger tot het zelfde huishouden behoren, het aantal uren zorgverlening beduidend toeneemt. 63% van de zorgverleners die tot hetzelfde huishouden behoort besteedt 20 of meer uren per week aan zorg en 31% zelfs minimal 50 uur per week.

Overigens blijkt in Groot Brittannië ook dat de bevolkingsgroep met lagere inkomens in mindere mate bereid zijn om in de toekomst ook onbetaald zorg te verlenen dan de hogere inkomensgroepen: 48% van de mensen met een inkomen van maximaal £17,499 en 57% van degenen die £30,000 en meer verdienen, zegt in de toekomst bereid te zijn om zorg te verlenen aan hulpbehoevend omgeving.

In **Nederland** lijkt er een relatie te zijn tussen het onderwijsniveau en de hoeveelheid zorg die verleend wordt. Mensen met alleen basisonderwijs of lager beroepsonderwijs zorgen gemiddeld 21 uur per week, de middelbaar opgeleiden 18 uur per week en degenen die hoger onderwijs hebben gevolgd minder dan 18 uur per week. In Nederland is er, net als in de andere drie landen, een aantoonbare relatie tussen het hebben van betaald werk en de omvang van het aantal uren zorgverlening: mensen zonder betaald werk verlenen bijna tien uur meer zorg per week dan mensen met betaald werk.

Tabel 2.9 Nederland: Uren zorgarbeid van de bevolking van 12 jaar en ouder, gerelateerd aan onderwijsniveau en betaald werk in 2005 ⁸

OPLEIDINGSNIVEAU	uren zorg per week
Laag	20,9
Middel	18,1
Hoog	17,8
WERK	
Werknemer	17,3
Geen betaald werk en niet studerend	26,5
Student	5,8

Wat Nederland betreft bleken in 2007 geen cijfers beschikbaar betreffende de relatie tussen inkomen en zorgverlening. Wel is onderzoek verricht onder 343.000 mannen en vrouwen die hun betaalde werk uit zouden willen breiden, maar daartoe niet in staat waren wegens zorgtaken.

Tabel 2.10 Nederland: Reden waarom mensen van 25-64 jaar met zorgtaken niet meer uren betaald kunnen werken, 2005 ⁹

(x 1000)	Totaal	Mannen	Vrouwen
Wil meer uren betaald werk:	343	96	247
Reden waarom niet meer uren betaald wordt gewerkt			
Kan niet meer uren betaald werk krijgen	153	50	103
Kinderopvang is te duur	18	1	17
Kwaliteit van de kinderopvang onvoldoende	2	0	2
Gebrek aan kinderopvang	4	0	4
Partner is het er niet mee eens	1	0	1
Combinatie zorg en betaald werk is te zwaar	30	1	28
Schooltijden komen niet overeen met werktijden	4	1	3
Andere reden	131	43	88

De meest genoemde reden (door mannen en vrouwen) was dat het niet mogelijk was om meer uren betaald werk te krijgen. Vrouwen noemden daarnaast ook dat de combinatie van betaald werk en zorg te zwaar zou zijn en dat bovendien kinderopvang te duur zou zijn.

Een indicatie van de relatie tussen zorgverantwoordelijkheid en inkomen kan ook afgeleid worden van hetgeen moeders doen na zwangerschaps- en ouderschapsverlof. In tabel 2.11 is daarvan een overzicht gegeven.

Tabel 2.11 Wat moeder doen na hun ouderschapsverlof

Actie na ouderschapsverlof	UK	Spanje	Ned.	Polen
Hervat werk zelfde aantal uren	35%	53%	25%	73%
Vraagt minder uren betaald werk	40%	30%	58%	4%
Gaat helemaal niet meer betaald werken	10%	5%	1%	13%
Niet bekend / weet niet	15%	12%	17%	9%
<i>Base: Establishments with employees on parental leave in the past three years (management interviews) Source: ESWT, 2004–2005</i>				

Een mogelijke verklaring voor de hoge percentages vrouwen die in Spanje en Polen hetzelfde aantal uren betaald werk houden is dat de grootmoeders in deze landen de belangrijkste kinderverzorgsters zijn. In de praktijk blijkt dat vrouwen na de geboorte van kinderen hun betaalde werk voortzetten, maar na de geboorte van kleinkinderen hun baan opzeggen.

2.4.6 Conclusies Hypothese 2

Gezien de verdeling van betaalde en onbetaald arbeid in de vier landen lijkt onze tweede hypothese waar:

Het individuele inkomen is omgekeerd evenredig aan de omvang van de onbetaald zorgarbeid die iemand verricht: Als de tijd besteed aan onbetaald

zorg boven het gemiddeld ligt, dan ligt het inkomen onder het gemiddelde in een samenleving.

Hoe meer tijd onbetaalde zorg wordt verleend, hoe lager het inkomen. Omdat vrouwen meer tijd aan zorg besteden dan mannen, is hun mogelijkheid om een inkomen te verwerven lager, **omdat** zij zorg verlenen.

2.4.7 Betaalde en onbetaalde zorgverlening

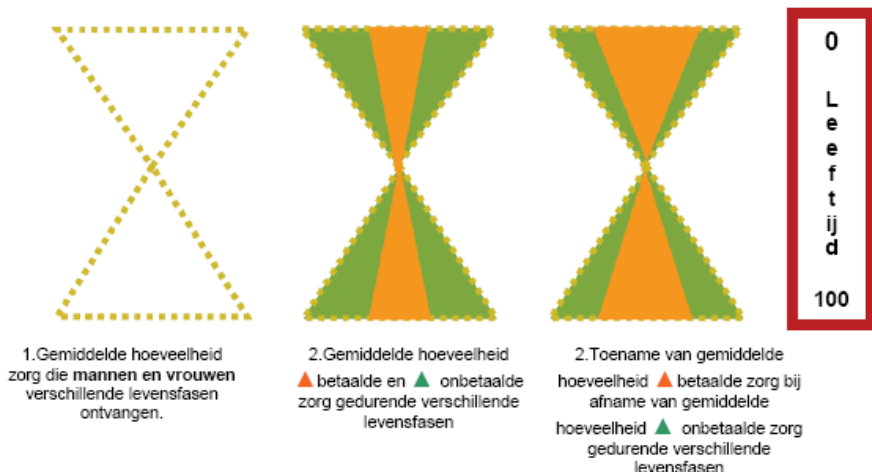
Onze derde hypothese betref de relatie tussen de omvang van de professionele zorg en de onbetaalde zorg.

De economische waarde van professionele zorg per hoofd van de bevolking is omgekeerd evenredig aan de omvang van de onbetaalde arbeid. Als de omvang van de uren professionele verzorging hoog is, dan is de omvang van onbetaalde arbeid laag. Neemt de omvang van de professionele zorg af, dan zal er meer onbetaalde zorg verleend worden.

Onbetaalde zorgarbeid dicht de kloof tussen de maatschappelijke behoefte aan zorg en de beschikbare professionele zorg (publiek en privaat).

In grafiek 2.8 is die relatie schematisch weergegeven.

Grafiek 2.8 : Relatie tussen betaalde en onbetaalde zorgarbeid



Het onderzoek betreffende deze hypothese in de vier landen omvatte de volgende onderwerpen:

- De gemiddelde overheidsinverstering per hoofd van de bevolking aan de verschillende soorten zorg (gezondheidszorg, kinderopvang, onderwijs en dergelijke);
- De verdeling van zorgdiensten tussen overheidsinstellingen en de vrije markt.
- De zorgfaciliteiten die op micro, meso en macro niveau aanwezig zijn.
- De gemiddelde hoeveelheid onbetaalde zorg per hoofd van de bevolking
- Welke indicaties zijn er dat er een kloof bestaat tussen vraag en aanbod in de zorg. Bijvoorbeeld wachtlijsten of het feit dat professionele zorg alleen beschikbaar is voor hogere inkomens.

2.4.8 Conclusie hypothese 3

In de vorige paragrafen zijn een aantal onderwerpen en cijfers betreffende de relatie tussen betaalde en onbetaalde zorgverlening in een of meer van de vier landen aan de orde geweest. De beschikbare gegevens voor deze vier landen bleken echter niet voldoende om conclusies ten aanzien van deze hypothese voor alle Europese lidstaten te kunnen trekken.

Een indicator voor de stelling dat professionele zorg de onbetaalde zorg vervangt (en omgekeerd) is dat in Zweden, waar de uitgaven aan de zorg voor ouderen hoog zijn (2.74% BNP), vrouwen meer tijd besteden aan betaald werk en minder tijd aan onbetaalde zorg dan in andere Europese lidstaten. En indien professionele zorg niet beschikbaar is in Zweden, dan geeft zorgverlof de mantelzorger recht op een doorbetaling van 80% van het salaris (tot een bepaald maximum).

De uitgaven aan gezondheidszorg en meer specifiek aan de zorg voor ouderen in de vier landen die deel uitmaken van ons onderzoek zijn opgenomen in tabel 2.12

Tabel 2.12 Totale uitgaven gezondheidszorg en zorg voor ouderen		
	Totaal gezondheidszorg (als % BNP)	Totaal zorg voor ouderen 2005*
Polen	6.5 %	0.3 %
Spanje	8.1 % e	0.3 %
UK	8.3 % e	1 %
Nederland	9.2 % e	0.9 %
Source GDP and care elderly: Eurostat * The indicator is defined as the percentage share of social protection expenditure devoted to old age care in GDP. These expenditures cover care allowance, accomodation, and assistance in carrying out daily tasks. Source Health: European Commission Health & Consumer protection Directorate –General. e=estimated		

Van de vier landen geeft Groot Brittannie het meest (1%) uit aan de zorg voor ouderen, direct gevolgd door Nederland (0.9%). In Spanje and Polen is het percentage (0.3%) van het BNP voor de zorg voor ouderen nog geen derde van percentage dat daar in de andere twee landen aan wordt besteed.

Als we deze gegevens vergelijken met de tijdsbestedingscijfers in de vier landen, dan blijkt niet direct een verband te ontdekken tussen de tijd die gemiddeld aan zorg wordt besteed en het verschil in de overheidsuitgaven aan de zorg voor ouderen.

Maar, gebruikmakend van de gegevens van de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) een onderzoek gedaan onder mensen van 50 jaar en ouder in verschillende Europese landen, concluderen Bolin e.a. (2007) dat informele zorg (de mantelzorg door kinderen of kleinkinderen) de waarschijnlijkheid dat gebruik gemaakt wordt van professionele thuiszorg doet afnemen. De informele zorg vergroot echter de waarschijnlijkheid dat een beroep gedaan wordt op andere vormen van gezondheidszorg dan thuiszorg.¹⁰ Hun analyse komt erop neer dat mantelzorg en professionele thuiszorg inderdaad elkaar vervangen en onderstreept dus onze hypothese: meer onbetaalde mantelzorg betekent minder betaalde thuiszorg en andersom. Maar volgens Bolin e.a doet mantelzorg tegelijkertijd het gebruikt van professionele gezondheidszorg in ziekenhuizen of door artsen toenemen.

Noten

¹ Brussel, 16.3.2005, COM(2005) 94 definitief

² Bron: SCP (TBO 1975-2005), Breedveld, Koen en Andries van den Broek, TBO, SCP deze versie: 20061018:

³ Piotr Błędowski, Wojciech Pędich, Eurofam, National Background Report for Poland, 2004

⁴ Instituto Nacional de Estadística, Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003

⁵ Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia” (Law for the Promotion of Personal Autonomy and Care for People in a Dependent Situation), available at: <http://www.imsersomayores.csic.es/senileg/registro.jsp?id=3383>.

⁶ Piotr Czekanowski, Brunon Synak, Giovanni Lamura Paper Research Network on Ageing in Europe for the 7th European Sociological Association Conference in Torun, Poland, September 9 -12, 2005

⁷ Synak B, editor. Polska starość. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2002

⁸ Bron: Breedveld, Koen en Andries van den Broek, TBO, SCP deze versie: 20061018: <http://www.tijdsbesteding.nl/hoelangvaak/verplichtingen/zorgtaken/persoonskenmerken/20061018.html>

⁹ Bron: idem

¹⁰ Bolin, K., Lindgren, B. and Lundborg, P. (2007), Informal and formal care among single-living elderly in Europe, Health Economics, published online in Wiley Interscience, www.interscience.wiley.com