

# **Herverdeling onbetaalde zorgarbeid**

# Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

Advies uitgebracht door de voorlopige Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening aan de  
minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, juli 1996

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

# Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>   | <b>5</b>  |
| <b>1 Advieskader en probleemstelling</b>  | <b>7</b>  |
| 1.1 Inleiding   | 7         |
| 1.2 Doelstelling  | 7         |
| 1.3 Afbakening van het onderwerp  | 8         |
| 1.4 Probleemstelling  | 9         |
| 1.5 Opzet rapport   | 10        |
| <b>2 Het combinatiescenario</b>   | <b>11</b> |
| 2.1 Uitgangspunt scenario   | 11        |
| 2.2 Maatregelen herverdeling onbetaalde zorgarbeid  | 11        |
| 2.3 Scenariomaatregelen en de gezondheidszorg   | 12        |
| <b>3 Visie en uitgangspunten gezondheidszorgbeleid</b>  | <b>13</b> |
| 3.1 De kwaliteit van zorg   | 13        |
| 3.2 Toegankelijkheid van zorg   | 14        |
| 3.3 Zorgvisie en scenariomaatregelen  | 15        |
| <b>4 Het combinatiescenario en de gezondheidszorg</b>   | <b>16</b> |
| 4.1 Gevolgen van flexibilisering van de arbeidsmarkt voor de kwaliteit van de zorg                          | 16        |
| 4.2 Gevolgen van omzetting onbetaalde in betaalde zorgarbeid voor de kwaliteit van de zorg                  | 17        |
| 4.3 Conclusie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg  | 19        |
| 4.4 Gevolgen van flexibilisering van de arbeidsmarkt voor de toegankelijkheid van de zorg                   | 19        |
| 4.5 Gevolgen van de omzetting onbetaalde in betaalde zorgarbeid voor de toegankelijkheid van de zorg        | 20        |
| 4.6 Conclusie ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg   | 22        |
| <b>5 Aanbevelingen</b>  | <b>25</b> |
| Bijlagen  |           |
| 1 Adviesaanvraag  | 31        |
| 2 Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening                 | 43        |
| 3 Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening | 45        |
| 4 Deelnemers aan het ronde-tafelgesprek op 20-6-1996  | 47        |
| 5 Literatuur  | 49        |

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid



## Samenvatting

De vRVZ is, op verzoek van minister Melkert, nagegaan hoe de invoering van het combinatiescenario zich verhoudt tot de beleidsuitgangspunten van het ministerie van VWS ten aanzien van de zorgverlening. De vRVZ verwacht dat de voorgestelde maatregelen vooral hun invloed zullen doen gelden op de zorg in de thuissituatie. Het gaat om relatief eenvoudige zorgtaken die op dit moment niet of onbetaald worden gedaan. Slechts een deel daarvan zijn taken die in het kader van de gezondheidszorg worden uitgevoerd.

Kernpunten van het combinatiescenario zijn: flexibilisering van de arbeidsmarkt; omzetting van onbetaalde zorgarbeid in betaalde zorgarbeid.

Als kernpunten van het beleid van VWS voor de zorgverlening zijn geformuleerd: Het streven naar patiëntgerichte zorg; een voor ieder gelijke toegang tot de zorg.

Wanneer deze uitgangspunten naast elkaar gelegd worden, komt de Raad tot het volgende oordeel over het combinatiescenario: Flexibilisering van arbeidspatronen komt tegemoet aan het streven naar meer zorg op maat. Tegelijkertijd schuilt hierin het gevaar van discontinuïteit van zorg. Ook brengt flexibilisering problemen met zich mee voor de organisatie en coördinatie van de zorg. Dit zal tot kostenverhoging leiden.

Flexibilisering van arbeidspatronen en omzetting van onbetaald in betaald werk, zullen leiden tot een gedifferentieerder hulpaanbod van zorgorganisaties. Zij stimuleert de marktwerking.

Tegelijkertijd zal een groter betaald hulpaanbod dat ook gedifferentieerder is, leiden tot een toename van de zorgvraag.

Kostenverhoging en toename van de zorgvraag kunnen een bedreiging vormen voor de toegang van de zorg, indien de toegestane volumegroei onvoldoende gelijke tred hiermee houdt.

De vRVZ acht de in dat kader voorgestelde 0,2% extra volumegroei te gering. Omzetting van onbetaald werk in betaald werk leidt sowieso tot kostenverhoging. Deze kosten zouden gedekt moeten worden uit besparingen die elders (sociale zekerheid en hogere belastinginkomsten) worden bereikt.

Omzetting van onbetaalde arbeid in betaalde arbeid zal er niet toe leiden dat de mantelzorg minder belast wordt. De vRVZ verwacht zelfs een omgekeerd effect. Vrouwen zullen zowel een betaalde baan nemen als mantelzorg blijven verlenen. De ondersteuning van de mantelzorg dient dan ook een belangrijk aandachtspunt in

het beleid te blijven. Ondersteuning van de mantelzorg zou onderdeel moeten uitmaken van de indicatiestelling voor thuiszorg.

Instroom van grote aantallen ongekwalificeerde of laaggekwalificeerde zorgers in de thuiszorg mag volgens de vRVZ niet leiden tot kwaliteitsverlaging. Het aandeel van de professionele zorgers dient gehandhaafd te blijven. Daarnaast zou aan de instromende zorgers enige scholing aangeboden moeten worden. Deze zou in samenwerking met de arbeidsbureaus moeten worden georganiseerd en ten laste moeten komen van het werkgelegenheidsbeleid dan wel de Wet op de educatie en basisvorming.

Om werken in de zorgsector aantrekkelijker te maken, is het van belang dat de maatschappelijke waardering van zorgarbeid wordt verbeterd. Goede arbeidsvoorwaarden zijn hiervoor essentieel. In het overleg tussen werkgevers en werknemers moeten hierover afspraken worden gemaakt. De overheid kan toepassing ervan stimuleren door opname van een dergelijke eis in de modelovereenkomst. De Ziekenfondsraad zou de naleving ervan moeten toetsen.

Overall oordeel over de effecten van het combinatiescenario voor de gezondheidszorg luidt, gezien het bovenstaande: het biedt kansen en bedreigingen. De kansen maken invoering ervan de moeite waard. Voor de bedreigingen kunnen oplossingen worden gevonden.

Van de voorgestelde maatregelen acht de vRVZ verdere flexibilisering van arbeidspatronen en stimulering van het tweeverdienerschap goede mogelijkheden om te komen tot herverdeling van onbetaalde zorgarbeid op de korte termijn.

# 1 Advieskader en probleemstelling

## 1.1 Inleiding

De overheid streeft naar een gelijkwaardig, economisch zelfstandig bestaan voor ieder individu, dus onafhankelijk van een partner. Tot nog toe is het emancipatiebeleid vooral gericht geweest op het bevorderen van de maatschappelijke positie van vrouwen. Voor het verkrijgen van gelijkwaardige posities van mannen en vrouwen blijkt echter meer nodig te zijn. Volgens het departement van Sociale Zaken stagneert het proces wanneer niet ook mannen bereid zijn tot herverdeling van betaalde arbeid en tegelijkertijd een groter aandeel vervullen in de zorg voor zichzelf, hun partner, hun kinderen en hun ouders.

In opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft de Commissie Toekomstscenario's Herverdeling Onbetaalde Arbeid vier scenario's geschetst voor de herverdeling van de onbetaalde arbeid in het jaar 2010. In het rapport 'Onbetaalde zorg gelijk verdeeld' worden de vier toekomstscenario's gedetailleerd uitgewerkt in te nemen maatregelen en te verwachten consequenties.

Eén van de vier scenario's, het combinatiescenario, heeft de voorkeur van de commissie als het meest haalbare en wenselijke toekomstscenario. Het scenario richt zich enerzijds op het uitbreiden van de mogelijkheden om zorg en betaalde arbeid beter te kunnen combineren, anderzijds wordt gestreefd naar uitbreiding van de hoeveelheid betaalde zorgarbeid ten opzichte van de hoeveelheid onbetaalde zorgarbeid.

Minister Melkert van SZW heeft februari 1996 de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) gevraagd om advies te geven over het combinatie-scenario. Hierbij wordt gevraagd om een oordeel over het scenario en diens maatregelen gezien vanuit het beleidsterrein van de RVZ, de gezondheidszorg.

## 1.2 Doelstelling

De mate waarin de geschetste doelen uit het scenarioreport gehaald zullen worden, is onzeker. Eventuele voorstellen voor beleid in de gezondheidszorg als gevolg van de invoering van het

Aanleiding: rapport 'onbetaalde zorg gelijk verdeeld'

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

combinatiescenario zijn dan ook speculatief, aangezien deze voorstellen wellicht nooit geëffectueerd behoeven te worden. De Raad accepteert echter de beleidskeuze van het combinatie-scenario als een gegeven en zal deze naast de doelstellingen van de gezondheidszorg leggen.

Combinatiescenario als uitgangspunt

Daarbij zal het doel van het advies zijn het beoordelen van het combinatiescenario vanuit het belang van de gezondheidszorg. Aangegeven wordt waar spanningen kunnen optreden tussen het combinatiescenario en de ontwikkeling van de gezondheidszorg c.q. het gezondheidszorgbeleid. Het advies vormt zo een bruikbare ondersteuning voor de discussies in de regering over de modernisering van de arbeidsmarkt. Het is een advies dat zich beperkt tot de effecten voor de zorgverlening. Gevolgen voor het inkomen, de emancipatie en de arbeidsmarkt blijven buiten beschouwing. Hierover zullen de Sociaal Economische Raad, de Emancipatieraad en de Raad voor het jeugdbeleid adviseren. Hetzelfde geldt voor de gevolgen van het scenario voor het gemeentelijk beleid, waarover advies is gevraagd bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

### 1.3 Afbakening van het onderwerp

In het combinatiescenario staat de herverdeling van de onbetaalde zorgarbeid centraal. Met de term 'onbetaalde zorgarbeid' wordt het volgende bedoeld:

".... zowel de zorg voor het huishouden, de fysieke en emotionele verzorging van partners en (andere) volwassen huisgenoten c.q. leden van het primaire sociale netwerk en kinderen, als de onbetaalde zorg in verband met ziekte en ouderdom of handicap binnen en buiten het eigen huishouden." ('Onbetaalde zorg...', blz. 12.)

Duidelijk is dat deze onbetaalde zorg veel meer omvat dan de zorg die binnen het terrein van de gezondheidszorg valt. Op het terrein van de gezondheidszorg staat de zorg centraal die verband houdt met ziekte, gebrek, herstel of invaliditeit, ten gevolge waarvan fysieke of psychische beperkingen problemen ontstaan bij de algemene dagelijkse levensbehoeften (adl)/huishoudelijke en dagelijkse levensverrichtingen (adl). De planbaarheid of duur van de zorg is geen onderscheidend criterium. Het kan dan ook zowel om chronische als om acute zorgvraagsituaties gaan. Het advies gaat derhalve over slechts een klein deel van de zorgarbeid die het onderwerp van de scenariostudie is. De voor- en nadelen c.q. de

Onbetaalde zorg die verband houdt met ziekte, gebrek, herstel of invaliditeit

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid



effecten van de voorgestelde beleidsmaatregelen op de gezondheidszorg zullen navenant zijn. Tenslotte hebben de voorgestelde maatregelen in het combinatiescenario vooral effecten op de thuiszorg. Dit maakt overigens de kanttekeningen van de Raad niet minder belangrijk.

Ook in de gezondheidszorg wordt de zorg betaald en onbetaald verleend. Onbetaalde zorg kan worden gegeven door personen uit het primaire leefmilieu of het sociale netwerk van de hulpvrager (de mantelzorg). Hierbij is sprake van een persoonlijke relatie tussen ontvanger en verlener van zorg. De zorg kan ook gegeven worden door vrijwilligers. Deze maken geen deel uit van het sociaal netwerk van de zorgontvanger. Vrijwilligers werken bovendien vanuit enig georganiseerd verband. Deze vormen van zorgverlening worden in dit rapport geschaard onder de noemer 'onbetaalde zorg'.

Betaalde zorg wordt enerzijds verricht door professionals, namelijk zij die daartoe een opleiding met een door de overheid erkend diploma hebben gevolgd en anderzijds door niet-professionals, namelijk zij die zonder opleiding zorg verlenen, maar daartoe eventueel enige training of scholing hebben ontvangen.

#### **1.4 Probleemstelling**

Een gelijkere verdeling van betaalde en onbetaalde (zorg)arbeid over mannen en vrouwen wordt in het scenarioreport vooral bereikt via modernisering van de arbeidsmarkt. Voor de gezondheidszorg gelden andere doelstellingen, die niet strijdig hiermee behoeven te zijn, maar ook niet zonder meer in het verlengde van dit streven behoeven te liggen.

Doelstellingen gezondheidszorg en combinatiescenario worden vergeleken

Voor de gezondheidszorg is het van belang te weten welke effecten deze modernisering van de arbeidsmarkt heeft op de uitgangspunten van de zorg. In het advies zullen daarom uitgangspunten en de visie van VWS op de ontwikkeling van de gezondheidszorg naast de doelen van het combinatiescenario worden gelegd.

De probleemstelling luidt dan: "Hoe verhoudt de invoering van het combinatiescenario zich tot de beleidsuitgangspunten van VWS ten aanzien van de zorgverlening. In hoeverre passen de door VWS voorgestelde beleidsmaatregelen bij dit scenario c.q. welke

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

aanvullende beleidsmaatregelen van VWS zijn nodig om, bij realisering van de in de scenariostudie voorgestelde maatregelen, eventuele ongewenste effecten voor het gezondheidszorgbeleid af te wenden."

Daarnaast zal, ingevolge het verzoek van minister Melkert, een oordeel gegeven worden over het combinatiescenario vanuit het perspectief van de gezondheidszorg en over de invoeringsstrategie.

## **1.5 Opzet rapport**

In hoofdstuk 2 wordt aangegeven wat de inhoud is van het combinatiescenario. Om het combinatiescenario te kunnen beoordelen vanuit het belang van de gezondheidszorg, zal vervolgens in hoofdstuk 3 de visie op en de uitgangspunten van het gezondheidszorgbeleid geschetst worden. Hierbij staat het bevorderen van een kwalitatief goede, over het land gespreide, financieel bereikbare gezondheidszorg - waartoe de overheid grondwettelijk verplicht is - centraal.

Om aan te geven wat de gevolgen zijn van het combinatiescenario voor de gezondheidszorg zullen in hoofdstuk 4 de doelen van het combinatiescenario langs deze uitgangspunten, die zijn samengevoegd onder de noemers van kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, afgezet worden. Vervolgens zal bekeken worden welke maatregelen van het combinatiescenario prioriteit hebben en welke aanvullende maatregelen er eventueel noodzakelijk zijn in het licht van de gezondheidszorg.

De Raad toetste de in dit advies neergelegde inzichten aan die van een aantal deskundigen op het terrein van de thuiszorg en de mantelzorg (zie bijlage 3).

De Raad stelde dit advies vast in zijn vergadering van 8 juli 1996.

## 2 Het combinatiescenario

### 2.1 Uitgangspunt scenario

In Nederland is de hoeveelheid onbetaald werk veel groter dan de hoeveelheid betaald werk. Het onbetaalde werk wordt voor circa 30% door mannen en voor circa 70% door vrouwen gedaan. Voor het betaalde werk liggen deze cijfers precies omgekeerd.

Uitgangspunt is dan ook dat een gelijke verdeling van de onbetaalde arbeid onmogelijk is zonder veranderingen in de betaalde arbeid.

Het scenariobeleid dient niet alleen vrouwen in de gelegenheid te stellen meer betaald werk te doen, maar ook mannen in de gelegenheid te stellen hun aandeel in de zorg op zich te nemen.

Het combinatiescenario heeft als uitgangspunt 'dat er een evenwichtige combinatie gecreëerd wordt tussen het betaald en onbetaald verrichten van zorgtaken voor de verzorging van het huishouden, kinderen, afhankelijke ouderen, zieken en gehandicapten. Deze werkzaamheden worden in gelijke mate verricht door zowel mannen als vrouwen.' (Rapport 'Onbetaalde zorg gelijk verdeeld...', blz. 7.)

Gelijke verdeling onbetaalde arbeid  
vergt herverdeling betaalde arbeid

### 2.2 Maatregelen herverdeling onbetaalde zorgarbeid

De opzet van het beleid is een gelijke(re) verdeling van de onbetaalde zorgarbeid tussen mannen en vrouwen en het verbeteren van de condities waaronder die zorgarbeid wordt verricht. Er zijn twee soorten maatregelen noodzakelijk. Aan de ene kant maatregelen die gericht zijn op herverdeling van betaalde arbeid zodat het gemakkelijker wordt om betaald werk met zorgtaken te combineren. Aan de andere kant maatregelen gericht op uitbreiding van betaalde zorgarbeid.

#### *1 Bevordering combineerbaarheid zorg en arbeid*

Het scenario richt zich op verruiming van de mogelijkheden om betaald werk met (onbetaald) zorgen te kunnen combineren. Enerzijds streeft men naar *herverdeling van betaalde arbeid* via flexibilisering van de arbeidstijden, invoering van betaalde zorgverloven, het invoeren van volwaardige deeltijdbanen met een vast contract en het verkorten van de werkweek.

Maatregelen: flexibeler arbeidstijden,  
deeltijdwerk, verkorting werkweek,  
tweeverdienschap

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

Anderzijds moet het *tweeverdienschap bevorderd* worden door wijzigingen in het belasting- en sociale zekerheidsstelsel zoals afschaffing van het fiscaal kostwinnersvoordeel. De kostwinnersfaciliteiten in deze stelsels moeten geïndividualiseerd worden.

## 2 Omzetting van onbetaalde in betaalde zorgarbeid

Door een groter deel van de zorgarbeid te betalen, wordt het hebben van een betaalde baan in combinatie met het vervullen van zorgtaken makkelijker en de herverdeling van het overgebleven aantal uren onbetaalde zorgarbeid tussen mannen en vrouwen eenvoudiger. Het uitbreiden van de betaalde zorgarbeid wordt in het scenario gestimuleerd door *uitbreiding van zorgvoorzieningen zoals kinderopvang en thuiszorg*. Daarnaast wordt uitbesteding van zorgtaken gestimuleerd via *fiscale maatregelen* en de invoering van een dienstenchequesysteem.

Uitbreiding flankerende voorzieningen

### 2.3 Scenariomaatregelen en de gezondheidszorg

De twee hiervoor beschreven sets aan maatregelen zijn gericht op de onbetaalde zorg in zijn brede betekenis, dus zowel op de gezondheidszorg als op het huishouden, de opvoeding van de kinderen en dergelijke. Wanneer alleen gekeken wordt welke maatregelen van invloed zijn op de gezondheidszorg, zijn vooral de voorgestelde uitbreiding van de thuiszorg en de flexibilisering van de arbeidspatronen van belang. Denk bij dit laatste aan de invoering van verpleegverlof en, indirecter, flexibilisering van de arbeidstijden en het bevorderen van deeltijdwerk.

Om een oordeel te kunnen geven over deze maatregelen zullen zij worden afgezet tegen de visie en uitgangspunten van het gezondheidszorgbeleid.

### **3 Visie en uitgangspunten gezondheidszorgbeleid**

De overheid heeft een grondwettelijke verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede en voor iedereen gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Onder kwalitatief goede zorg wordt patiëntgerichte zorg verstaan; de patiënt/consument en zijn hulpvraag staan centraal in de zorgverlening. Gestreefd wordt naar zorg op maat waarbij de zorgverlening afgestemd wordt op de behoeften van de patiënt/consument. De zorgvraag vormt zo het vertrekpunt voor de inrichting van de zorg.

Gelijke toegang tot de zorg betekent dat zorg die geleverd wordt in het eerste (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en het tweede compartiment (Ziekenfondswet) voor iedereen die een indicatie voor deze zorg heeft, gelijk toegankelijk is.

Om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg te kunnen blijven waarborgen, beoogt de overheid een doelmatiger en eenvoudiger sturing van de gezondheidszorg door invoering van een systeem van gereguleerde marktwerking.

De Raad hanteert bij het ijkken van het combinatiescenario de bovenstaande uitgangspunten die samengevat worden onder de noemers 'kwaliteit van zorg' en 'toegankelijkheid van zorg'. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op het beleid dat VWS in diverse nota's naar buiten heeft gebracht; zij vormen de wortels van de nota Gezond en Wel van minister Borst. Voor de duidelijkheid zullen deze uitgangspunten hieronder kort uitgewerkt worden. Belangrijke bijbehorende beleidsmaatregelen worden eveneens genoemd om aan te geven hoe de uitgangspunten door de overheid uitgewerkt zijn.

#### **3.1 De kwaliteit van zorg**

Onder het begrip kwaliteit van zorg wordt in het kader van dit advies het volgende verstaan.

*Verantwoorde zorg:* de zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Zij dienen zorg van een verantwoord niveau te bieden. Dat is zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

*Zorg op maat:* de zorgvrager staat centraal. Uitgegaan wordt van een zorgmodel waarbij sprake is van afnemende zelfstandigheid

van de zorgvrager onder gelijktijdige toename van de inzet van (professionele) hulpverlening. De hulpverlening is complementair aan de draagkracht van de zorgvrager en zijn verzorgend milieu. De hulpverlening is continu, dat wil zeggen beschikbaar wanneer deze nodig is, en wordt zoveel mogelijk geleverd door dezelfde of een beperkt aantal personen. Zorg op maat wordt bereikt door *continuïteit* van zorg en *integrale zorg*. Er wordt dan ook op lokaal niveau gestreefd naar de invoering van één vast aanspreekpunt voor de hulpverlening en een gemeenschappelijke indicatiestelling van alle bij de zorg betrokken hulpverleners.

*Autonomie van de zorgvrager*: het beleid is gericht op de zelfstandigheidsbevordering van de patiënt/consument. Gestreefd wordt naar een selectieve inzet van de zorg om overbehandeling, niet-critisch gebruik van de voorzieningen en medicalisering tegen te gaan. Optimale inzet van de onbetaalde zorg (zelfzorg en mantelzorg) bevordert dit proces. Evenals de (vooralsnog beperkte) invoering van het persoonsgebonden budget (pgb) waarmee de zorgvrager zelf de aard en de kwaliteit van de te verlenen hulp kan bepalen.

### **3.2 Toegankelijkheid van zorg**

*Toegankelijkheid van de zorg*: toegankelijkheid is een breed begrip waaraan verschillende betekenissen worden toegekend. Hierbij is onder andere het *volume* van belang. Er dient voldoende aanbod te zijn om aan de basisbehoefte aan zorg te voldoen en de gelijke toegang van een ieder tot de geïndiceerde zorg te garanderen. De zorg dient ook *financieel* toegankelijk te zijn voor elke burger; betaalbaar voor iedereen. Daarnaast dient de zorg *geografisch* toegankelijk te zijn, bereikbaar vanuit elk deel van het land, verspreid over het land.

*Marktwerking*: zorgaanbieders worden gestimuleerd om efficiënter en doeltreffender te werken door met elkaar te concurreren om de gunst van de zorgverzekeraar en de patiënt/consument. De essentie van marktwerking is het stimuleren en belonen van zuinig en doeltreffend gedrag en het 'afstraffen' van inefficiënt gedrag van betrokkenen in de gezondheidszorg. De overtuiging van de effectiviteit van marktwerking is gestoeld op het belang dat partijen, zoals aanbieders en verzekeraars van zorg, in het kader van onderlinge concurrentie en te sluiten overeenkomsten hebben bij doelmatigheid en kwaliteit van het zorgverleningssysteem.

### **3.3 Zorgvisie en scenariomaatregelen**

De bovengenoemde punten zijn de belangrijkste uitgangspunten van het huidige gezondheidszorgbeleid. De scenariomaatregelen die betrekking hebben op de gezondheidszorg zijn vooral van invloed op het streven naar zorg op maat en het volume van de zorgverlening. Deze punten staan dan ook in het volgende hoofdstuk centraal; aangegeven zal worden welke invloed de scenariomaatregelen hierop naar verwachting zullen hebben.

## 4 Het combinatiescenario en de gezondheidszorg

Aan de hand van de beleidsuitgangspunten *kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg* schat de Raad de belangrijkste gevolgen in van het combinatiescenario voor de gezondheidszorg en worden voorstellen gedaan voor aanvullend beleid om eventuele nadelige gevolgen te compenseren.

### 4.1 Gevolgen van flexibilisering van de arbeidsmarkt voor de kwaliteit van de zorg

De gevolgen van een verdere flexibilisering van de arbeidsmarkt zullen voor organisaties in de gezondheidszorg beperkt zijn. Flexibiliteit spoort met 'zorg op maat'

Ongeveer de helft van de verplegenden en verzorgenden werkt op dit moment reeds in deeltijd of met bijzondere arbeidscontracten. Met flexibele arbeidscontracten kan goed ingespeeld worden op de wens meer *zorg op maat* te leveren. Met verschillende soorten arbeidscontracten en een groter aantal hulpverleners voor dezelfde werkzaamheden is het mogelijk om te differentiëren in werktijden, werkzaamheden en kunnen verschillende hulpverleners worden ingezet.

De keerzijde van veel deeltijdcontracten is dat bij intensieve zorgverleningssituaties de zorgvrager te maken krijgt met veel verschillende hulpverleners. Patiënten geven in de huidige situatie reeds aan *discontinueit in personen van hulpverleners en in tijdstippen* waarop hulp wordt verleend, als zeer onplezierig te ervaren. Flexibiliteit leidt tot discontinuïteit

Meer mogelijkheden om zorgverlof op te nemen, zoals in het scenarioreport wordt voorgesteld, lijkt de aangewezen oplossing voor kortdurende acute zorgverlening door de mantelzorg. Tevens biedt het verlof mogelijkheden in de terminale zorg. Zorgverlof bij acute zorgsituaties

Mogelijkheden voor de vaak jaren durende mantelzorg voor gehandicapten en chronisch zieken biedt het zorgverlof onvoldoende. Zorgverlof is per definitie in de tijd beperkt en daardoor minder geschikt voor langdurige zorg. Daarbij komt dat het vaak goedkoper zal zijn zorg in te kopen naarmate de mogelijkheden van (goedkope) betaalde zorg toenemen. Employee benefits voor zorgverlening verschijnen reeds op de markt.

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid



#### 4.2 Gevolgen van omzetting onbetaalde in betaalde zorgarbeid voor de kwaliteit van de zorg

Omzetting van onbetaalde arbeid in betaalde arbeid heeft vooral gevolgen voor vrouwen. Deze nemen het leeuwedeel van de onbetaalde zorgarbeid voor hun rekening. Uitstroom naar betaalde functies zou dan ook als gevolg kunnen hebben dat er minder mantelzorg beschikbaar zal zijn, tenzij mannen het gat dat daardoor ontstaat, opvullen. Uit onderzoek blijkt echter (SCP, 1994) dat mannen weliswaar bereid zijn om onbetaalde arbeid te verrichten, maar de voorkeur geven aan andere dan zorgende taken. Het beleid van de gezondheidszorg is uit overwegingen van *doelmatigheid* gericht op handhaving van het aandeel mantelzorg. Dit strookt met de huidige praktijk: ondanks de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen, zijn er geen signalen dat de bereidheid om mantelzorg te verlenen, afneemt. Er zal dus een spanningsveld ontstaan tussen de vraag naar mantelzorg en de beschikbaarheid ervan. Het combinatiescenario voorziet gedeeltelijk hierin door een groter aanbod betaalde zorgarbeid. Afgezet tegen de *autonomiebevordering* van de zorgvrager, beoordeelt de Raad dit positief. Door het groter aanbod van betaalde zorgers is de zorgvrager minder afhankelijk van mantelzorg en krijgt hij meer keuze in de soort zorg die hij wenst. Het *persoonsgebonden budget* past goed in deze ontwikkeling. De zorgvrager kan betaalde zorg gaan inkopen en dat kan alleen als er genoeg in te kopen valt. Tegelijk veronderstelt deze ontwikkeling dat mantelzorg en betaalde zorg uitwisselbaar zijn. De Raad meent dat dit slechts tot op zekere hoogte zo is en dat dit afhangt van de aard van de zorg. De intenties over en weer bij de hulpverlening zijn bij onbetaalde zorg (mantelzorg, vrijwilligerswerk) van een andere aard dan bij betaalde zorg. Mensen zorgen uit hulpvaardigheids- en solidariteitsgevoelens of vanuit een ideaal. Ook het 'ruilkarakter' speelt een rol: ik help jou, in de verwachting dat jij ook mij helpt als dat nodig is. De mantelzorg is op haar beurt niet geheel op een lijn te stellen met het vrijwilligerswerk. Mantelzorg wordt gegeven in een vertrouwde situatie waar men elkaar kent en van elkaar afhankelijk is. Emotionele gevoelens spelen daarbij een belangrijke rol. Afhankelijkheid van iemand met wie je óók een emotionele relatie hebt, kan echter ook spanningen opleveren die ten koste van de relatie kunnen gaan. Zeker als het om langdurige zorgverlening gaat (Pool, 1995). Uitbreiding van betaalde zorg kan in deze situaties soelaas bieden.

Aandeel mantelzorg blijft gehandhaafd

Mantelzorg en betaalde zorg niet zonder meer uitwisselbaar

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

Als gevolg van de beschikbaarheid van meer betaalde zorg, verwacht de Raad dat de mantelzorg zich meer zal gaan richten op regie- en coördinerende taken. Waar mogelijk zullen taken worden uitbesteed. Deze zullen vooral liggen in de sfeer van de ondersteuning bij de huishoudelijke en dagelijkse levensverrichtingen, zoals huishoudelijk werk, boodschappen doen, klusjes en dergelijke.

Mantelzorg anders van aard

De Raad verwacht dat het aandeel van de mantelzorg niet minder zal worden, maar anders van karakter. Verder verwacht de Raad dat voor veel vrouwen die mantelzorg verrichten, er sprake zal zijn van een relatieve taakverzwaring omdat zij deze taak in de toekomst naast een betaalde baan zullen hebben.

De Raad verwacht dat degenen die in de betaalde zorgarbeid zullen instromen, vooral vrouwen zullen zijn die nu moeilijk werk kunnen vinden. Vaak zijn dat mensen met weinig of geen scholing. Zonder dat de Raad wil zeggen dat voor alle zorgarbeid 'professionele helpers' moeten worden ingezet, acht de Raad een zekere vorm van scholing noodzakelijk voor hen die vanuit een instelling of organisatie hun werk verrichten. Niet alleen uit kwaliteitsoverwegingen, maar ook ter bescherming van de helpers zelf. Ook als het gaat om relatief eenvoudige werkzaamheden, moet bedacht worden dat betaalde zorgers hulp verlenen in steeds wisselende situaties, waarbij steeds andere gewoonten, wensen en milieu/cultuurverschillen een rol spelen. Dit vereist vaardigheden die met behulp van begeleiding en training kunnen worden verworven. Hierbij komt dat zorgvragers aan betaalde zorg in de regel andere (hogere) eisen stellen dan aan onbetaalde zorg. Degenen die beroepsmatig verpleegkundige of verzorgende werkzaamheden gaan verrichten, zullen over een gekwalificeerd opleidingsniveau dienen te beschikken. Voor het gewenste kwalificatieniveau verwijst de Raad naar het rapport van de Commissie Kwalificatiestructuur dat in maart 1996 is uitgebracht aan de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Kwaliteit van zorg als voortdurend aandachtspunt

De Raad waarschuwt ervoor dat de instroom van goedkopere laaggeschoolde zorgers niet mag leiden tot kwaliteitsverlies. Waar professionele zorg geïndiceerd is, moet deze ook gegeven worden. Preventieve en signalerende taken mogen bij een gewijzigde personeelssamenstelling niet in de knel komen.

Scholing voor instromende zorgers

#### **4.3 Conclusie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg**

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

De gevolgen van de scenariostudie voor het zorg op maat-principe beoordeelt de Raad overwegend positief. Wel zal de coördinatie en organisatie van de werkzaamheden hogere eisen stellen doordat een groter aantal hulpverleners bij de zorg rondom een zorgvrager betrokken zal zijn. Conclusie

Uitbreiding van thuiszorg en invoering van zorgverlof maken het mogelijk om de druk op onbetaalde zorgers te verminderen. Indien het aandeel van de mannen in de onbetaalde zorgarbeid echter achterblijft bij de strevingen van het combinatiescenario, verwacht de Raad dat vrouwelijke mantelzorgers zwaarder belast zullen worden. Zij zullen mantelzorg en betaalde arbeid gaan combineren. Het beleid van VWS is gericht op handhaving van het aandeel mantelzorg. Extra aandacht voor de ondersteuning van mantelzorg zal naar de mening van de Raad noodzakelijk zijn om dat te realiseren.

Uitbreiding van de betaalde thuiszorg en invoering van zorgverlof zullen de druk op onbetaalde zorgers kunnen verminderen. Aandacht voor scholing en begeleiding van instromende zorgers is noodzakelijk. Achterwege blijven daarvan leidt tot kwaliteitsvermindering en verslechtering van het imago van de zorgarbeid. Waar sprake is van extra groei van de professionele hulpverlening zal de opleidingscapaciteit daaraan moeten worden aangepast.

#### **4.4 Gevolgen van flexibilisering van de arbeidsmarkt voor de toegankelijkheid van de zorg**

De invoering van flexibeler arbeidspatronen heeft vooral invloed op het streven naar meer marktwerking in de zorg.

Als gevolg van de invoering van het scenario zal een groter aantal betaalde zorgers met uiteenlopende kwalificaties vooral instromen in de thuiszorg. De Raad voorziet dat, mede onder invloed hiervan, hulpverleningsorganisaties een gedifferentieerder hulpaanbod zullen gaan doen. Tevens biedt een gedifferentieerd personeelsbestand mogelijkheden om de beschikbare zorg zo doelmatig mogelijk in te zetten. Flexibele arbeidscontracten maken het leveren van zorg op maat beter mogelijk en dragen op deze wijze bij aan de versterking van de concurrentiekracht van de instelling.

Flexibele arbeidscontracten bemoeilijken tegelijkertijd aan de organisatie en coördinatie van de hulpverlening in hoge mate. Dit is een probleem dat in het algemeen nogal wordt onderschat en

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

een kostenverhogend effect heeft.

#### **4.5 Gevolgen van de omzetting onbetaalde in betaalde zorgarbeid voor de toegankelijkheid van de zorg**

De omzetting van onbetaalde in betaalde zorgarbeid heeft vooral gevolgen voor het volume en de financiële toegankelijkheid van de zorg. Deze aspecten komen achtereenvolgens aan de orde. Volume groeit

Het scenarioreport voorziet in een geringe volumestijging van de thuiszorg als gevolg om de toename van betaalde zorgarbeid op te kunnen vangen. Vanuit de veronderstelling dat het grootste deel van de herverdeelde betaalde zorgarbeid uit andere zorg zal bestaan dan professionele thuiszorg, is dit voorstel te begrijpen. Niettemin meent de Raad dat de gewenste extra volumegroei van 0,2% te gering zal blijken.

De Raad baseert zich daarbij op het volgende:

- Omzetting van onbetaalde in betaalde zorgarbeid leidt per definitie tot volumegroei c.q. tot stijging van de kosten van de zorg. Meer betaalde zorg heeft aanzuigende werking op de vraag
- De noodzakelijke volumegroei is gebaseerd op de feitelijk geuite zorgvraag. De latente zorgvraag ligt waarschijnlijk hoger en zal meer manifest worden wanneer men weet dat betaalde zorg beschikbaar is.
- De beschikbaarheid van meer betaalde zorg zal een aanzuigende werking hebben op de vraag, om de volgende twee redenen. In de eerste plaats zullen patiënten aandringen op een indicatie voor betaalde zorg c.q. zullen zij bij een positieve indicatie gemakkelijker een daadwerkelijk beroep doen op betaalde zorg wanneer zij weten dat deze beschikbaar is. In de tweede plaats zullen mensen die nu vaak onbetaalde zorg verlenen, daarvoor betaald willen worden. Uit de eerste ervaringen met het persoonsgebonden budget blijkt dat een groot deel van de nu onbetaalde zorg daarmee betaald wordt, zonder dat het huidige aandeel professionele zorg vermindert. Dit spoort met de doelstelling van het combinatiescenario. Het volume van de professionele zorg komt daarmee onder druk, temeer daar het pgb daaruit zal worden gefinancierd.
- Het huidige volume staat reeds onder druk. De demografische

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

ontwikkeling en de kostenontwikkeling in de zorg zetten op dit moment reeds een enorme spanning op de 1,3%-norm uit het regeerakkoord. De uitgaven voor de zorg zijn tussen 1973 en 1993 jaarlijks gemiddeld met 8% gestegen, waarvan 2,3% voor rekening kwam van de toegenomen hoeveelheid zorg. Berekeningen van de LVT en het NZi komen uit op 4 à 5% benodigde volumegroei voor de thuiszorg. De Raad waarschuwt voor het gevaar van nog langere wachtlijsten in de langdurende zorgverlening en een sterke opwaartse druk op de eigen bijdragen bij voortzetting van het huidige beleid.

- In het scenariorapport wordt een aantal mogelijkheden genoemd voor financiële dekking van deze kosten. Deze liggen onder meer in de sfeer van de verwachte besparingen op de sociale zekerheid en hogere belastinginkomsten als gevolg van een grotere arbeidsparticipatie. Voorwaarde daarvoor is wel dat voor de verhoging van de kosten van zorg, gefinancierd uit collectieve middelen voldoende maatschappelijk draagvlak is. De invloed van de kostenverhoging op de financiële toegankelijkheid van de zorg voor individuele burgers zal afhangen van de wijze van financiering van deze extra kosten. Meer kosten bedreigend voor de financiële toegankelijkheid
  
- Het streven naar uitbesteding van onbetaalde zorg impliceert een afname van deze zorgsoort. Door een toenemende betaalde arbeidsparticipatie zijn er minder mensen/uren beschikbaar voor de onbetaalde arbeid binnens en buitenshuis. Dit kan consequenties hebben voor organisaties die gebruik maken van vrijwilligers. Wanneer de onbetaalde zorg deels wegvalt en vervangen wordt door betaalde niet-professionele zorg, zullen de kosten van de zorgverlening voor deze organisaties stijgen. Hier staat tegenover dat waarschijnlijk een groter aantal fitte ouderen in de toekomst beschikbaar zal zijn voor vrijwilligerswerk. Minder vrijwilligers

*Ter illustratie een schatting van de huidige omvang van het aanbod van vrijwilligers.*

*Van Daal (1990) schat het totaal aantal vrijwilligers op 275.000 dat gemiddeld vier uur per week werkzaam is ten behoeve van zieken ouderen en gehandicapten; de vrijwilligers werken in de thuiszorg, in ziekenhuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen, of ambulante (bijvoorbeeld als EHBO'er).*

*Hiervan zijn er ongeveer 150.000 werkzaam in de thuiszorg (Van Daal 1992).*

*In de gehele gezondheidszorg werken 650.000 mensen als*

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

*betaalde kracht, waarvan 136.000 in de wijkverpleging en de gezinszorg (FOZ 1996).*

*Om een indicatie te geven van het aandeel dat vrijwilligers hebben in de thuiszorg zijn deze gegevens omgezet in aantallen fulltime eenheden (fte). Dan blijkt dat de vrijwilligers met 15.790 fte ten opzichte van 53.808 fte van de professionals (wijkverpleegkundigen en gezinsverzorgsters) ruim eenvijfde deel van de zorg op zich nemen (22,7% ten opzichte van 83,3% professionele zorg). Het aandeel vrijwilligerswerk in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg ligt procentueel veel lager.*

Ten aanzien van de mogelijkheden om onbetaalde zorg te vervangen door betaalde, voorziet de Raad een arbeidsmarktprobleem. Zorgarbeid heeft een negatief imago in de zin van zwaar en 'simpel' werk zonder carrièremogelijkheden. Dit wordt mogelijk versterkt doordat herverdeling van betaalde arbeid mede als doel heeft om mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt aan werk te helpen. Vaak zijn dit mensen met weinig of geen scholing. Wanneer deze in de zorg instromen, kan dat de negatieve beeldvorming versterken. Dit zal mensen er van weerhouden om betaalde zorgarbeid te gaan verrichten (LCVV, 1995). Dit geldt eens te meer wanneer op andere zorgterreinen eveneens betaalde banen worden aangeboden, die mogelijk aantrekkelijker lijken.

Imago zorgarbeid moet worden verbeterd

#### **4.6 Conclusie ten aanzien van de toegankelijkheid van de zorg**

Het combinatiescenario biedt voor de toegankelijkheid van de zorg mogelijkheden, omdat het betaalde zorgvolume toeneemt. Dit is in de ogen van de Raad een harde voorwaarde voor de invoering van het scenario. De Raad betwijfelt of de in de scenariostudie aangegeven extra volumegroei van 0,2% voldoende is, vanwege de aanzuigende werking die meer betaalde zorg heeft op de zorgvraag. De Raad is van mening dat meer in het algemeen een verschuiving van onbetaalde naar betaalde zorg een kostenverhogend effect zal hebben. Dit is onder meer af te leiden uit vergelijkbare ontwikkelingen in de Scandinavische landen en in Japan. Tegenover deze kosten, staan echter baten van emancipatoire aard en economische voordelen zoals een grotere deelname van mensen aan betaalde arbeid.

Conclusie

Vanuit het beleidsperspectief van de gezondheidszorg plaatst de

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid

Raad de volgende kanttekeningen:

Het streven naar flexibele arbeidspatronen past goed in het beleid van meer marktwerking in de zorg. In de gezondheidszorg wordt in de intra- en extramurale zorg reeds op grote schaal flexibel gewerkt. Zojuist is in de CAO- Thuiszorg de mogelijkheid van 'gebroken diensten' ingevoerd. De Raad betwijfelt of verdere flexibilisering in de gezondheidszorg mogelijk is. Ook de wenselijkheid ervan betwijfelt de Raad vanwege organisatorische problemen en verhoging van administratieve lasten als gevolg hiervan. Deze kostenverhoging gaat weer ten koste van de daadwerkelijke hulpverlening.

Als gevolg van de werking van de 'markt' zullen thuiszorgorganisaties hun serviceverlening gaan uitbreiden. Zij zullen niet alleen meer verpleging en verzorging gaan aanbieden, maar ook aanvullende zorg zoals koken, het doen van boodschappen en de zorg voor huisdieren. Overigens is deze ontwikkeling reeds gaande. Invoering van het persoonsgebonden budget heeft hierop een stimulerende invloed. Deze ontwikkeling past goed bij de doelstelling van het combinatiescenario.

Wanneer ten gevolge van uitbreiding van het zorgaanbod de aard van het dienstenpakket van thuiszorgorganisaties wezenlijk verandert, zal bezien moeten worden of de huidige financieringsgrondslag ex-AWBZ nog voldoet. Uitbreiding met zojuist genoemde zorg leidt onherroepelijk tot meer kosten. Het ligt daarom in de rede om bezuinigingen die geboekt worden op het terrein van de sociale zekerheid en de hogere belastingopbrengst op een andere wijze aan te wenden voor de zorgsector.

De wens van de minister van VWS om op lokaal niveau voor de ouderenzorg tot een integrale indicatiestelling te komen, waarin naast ziekte/handicap gerelateerde zorg ook overige zorgvormen worden betrokken en meer algemeen de oproep tot samenwerking van de diverse betrokken partijen zoals beschreven in de beleidsbrief Modernisering Ouderenbeleid (TK 24 333 nr. 1), verdient - mede in dit licht bezien - ondersteuning.

## 5 Aanbevelingen

1.

In antwoord op de vraag van minister Melkert naar een oordeel over de voorgestelde maatregelen en de prioritering, ziet de Raad vooral in de flexibilisering van arbeidspatronen en de stimulering van het tweeverdienerschap mogelijkheden om tot een herverdeling van onbetaalde zorgarbeid te komen. Deze maatregelen uit het combinatiescenario bieden ook voor het zorg op maat-principe in de gezondheidszorg nieuwe mogelijkheden. De Raad zou aan deze maatregelen prioriteit te geven.

Wanneer het combinatiescenario daadwerkelijk wordt ingevoerd, voorziet de Raad ook negatieve effecten. Daarop zijn de aanbevelingen gebaseerd.

2.

Intensivering van het bestaande beleid voor de ondersteuning van de mantelzorgers. Zoals in de adviesnota Psychogeriatric (NRV, 1984) benadrukt de Raad de noodzaak van een systeembenadering in de indicatiestelling. Deze gedachte verder uitwerkend, zou de Raad graag zien dat de ondersteuning van de mantelzorg integraal onderdeel uitmaakt van de verstrekking thuiszorg. Daarmee wordt een situatie die de facto reeds bestaat, geformaliseerd.

Via experimenten op lokaal niveau zou nagegaan moeten worden aan welke ondersteuningsvormen het meest behoefte bestaat c.q. het meest effectief zijn. Voor de organisatie en coördinatie van de ondersteuningsactiviteiten zou zo veel mogelijk gebruik gemaakt moeten worden van de bestaande lokale structuren. De Raad verwijst voor dit onderwerp voorts naar de adviesnota over mantelzorg aan chronisch zieken die de NCCZ deze maand zal uitbrengen. Daarin wordt nader ingegaan op de vormgeving en de financiering van de ondersteuning van de mantelzorg.



3.

De Raad acht het, mede met het oog op de realisatiemogelijkheden van het combinatiescenario, van belang dat de maatschappelijke waardering van zorgarbeid wordt verbeterd. Hiertoe zijn goede arbeidsvoorwaarden zowel in materiele (salarissen) en immateriële zin (coaching, scholing) van belang. In het arbeidsvoorwaardenoverleg tussen werkgevers en werknemers zullen hierover afspraken moeten worden gemaakt. Zorgverzekeraars zouden bij de contractering van instellingen de aanwezigheid van dergelijke arbeidsvoorwaarden als kwaliteitseis moeten hanteren. De rijksoverheid kan deze handelwijze stimuleren door opname van een dergelijke eis in de modelovereenkomst te eisen waarna de Ziekenfondsraad de naleving ervan kan toetsen.

4.

De Raad acht het noodzakelijk dat de instromende zorgers die relatief eenvoudige werkzaamheden in de dienstverlening gaan verrichten, een vorm van scholing ontvangen. Deze scholing zou in samenwerking met de arbeidsbureaus georganiseerd moeten worden. Financiering zou ten laste moeten komen van het ministerie van SZW dan wel plaats moeten vinden in het kader van de Wet op de educatie en basisvorming.

5.

Invoering van het combinatiescenario zal de vraag naar betaalde thuiszorg en aanvullende ondersteuning doen toenemen. De Raad acht volumegroei van de thuiszorg een harde voorwaarde voor invoering van het combinatiescenario. De Raad adviseert de in het scenarioreport gewenste 0,2% volumegroei te verhogen.

6.  
Omzetting van onbetaalde zorgarbeid in betaalde zorgarbeid leidt per definitie tot meer kosten. De Raad adviseert deze kosten te dekken door de bezuinigingen op het terrein van de sociale zekerheid en hogere belastinginkomsten als gevolg van deze herverdeling hiervoor aan te wenden.

**De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid  
en Zorggerelateerde dienstverlening,**

*Voorzitter,*

Prof.dr.s. J. van Londen

*Algemeen secretaris,*

Drs. P. Vos



# Bijlagen



## **Bijlage 1**

### **Adviesaanvraag**



























## **Bijlage 2**

### **Samenstelling voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (vRVZ)**

**Voorzitter:**

prof.dr.s. J. van Londen

**Leden:**

mw. prof.dr. I.D. de Beaufort

mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

prof.dr. T.E.D. van der Grinten

prof.dr. P.A.H. van Lieshout

mw. prof.dr. B. Meyboom-de Jong

mr. I.W. Opstelten

mr. J.J. van Rijn

mw. prof.dr. S.P. Verloove-Vanhorick

**Algemeen secretaris:**

drs. P. Vos



## **Bijlage 3**

### **Adviesvoorbereiding vanuit de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening**

**Raadslid:**

prof. dr. P.A.H. van Lieshout

**Secretariaat:**

mw. mr. P. Fontein (projectleider)

mw. H. de Klijne

mw. C.A. Dijkhuizen (projectsecretaresse)



## **Bijlage 4**

### **Deelnemers aan het ronde-tafelgesprek op 20 juni 1996**

**Voorzitter:**

Prof.dr. P.A.H. van Lieshout

**Deelnemers:**

Drs. G. Goudriaan

Ir. J.S. Knipscheer

Mw. dr. M. Mootz

D.J. Verbeek

**Secretariaat RVZ:**

Mw. mr. G.P.M. Raas

Mw. mr. P. Fontein (projectleider)

Mw. mr. C. Nijkamp



## Bijlage 5

### Literatuur

Boer, A.H. de et al. *Informele zorg: een verkenning van huidige en toekomstige ontwikkelingen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994

Commissie Kwalificatiestructuur. *Deelrapport 1*. Zoetermeer, 1996.

Commissie Toekomstscenario's Herverdeling Onbetaalde Arbeid. *Onbetaalde zorg gelijk verdeeld: toekomstscenario's voor herverdeling van onbetaalde zorgarbeid*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1995.

Commissie Verzorging. *Zorg voor Zorg*. Utrecht: Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1995.

Daal, H.J. van. *Vrijwilligerswerk en informele hulp in Nederland: een inventarisatie van onbetaald werk buiten het eigen huishouden, in het bijzonder op het gebied van de hulpverlening*. Den Haag: Nederlands Instituut voor maatschappelijk werkonderzoek, 1990.

Daal, H.J. van, Plemper, E. en Willems, L. *Vrijwilligersorganisatie in de thuiszorg: een verkenning van strategische problemen*. Den Haag: Nederlands Instituut voor maatschappelijk werkonderzoek, 1992.

Kremer, M. *Het Deense werkgelegenheidsoffensief: kansen voor zorg en arbeid*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, 1995.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. *Emancipatie in uitvoering*. Den Haag: Ministerie van SZW, 1995.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Financieel Overzicht zorg 1996*. Rijswijk: ministerie van VWS, 1996.

Herverdeling onbetaalde zorgarbeid



Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Ouderenpsychiatrie: advies over de zorg voor ouderen met psychische stoornissen*. Zoetermeer: NRV, 1984.

Pool, A. *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Utrecht: proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht, 1995.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Modernisering Ouderenzorg: beleidsbrief*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995, 24 333, nr 1.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;  
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,  
Dordrecht (omslag)  
Uitgave: 1996  
ISBN: 90-5732-005-3

*U kunt deze publikatie bestellen door overmaking van f15,-  
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder  
vermelding van  
publikatienummer 96/05*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en  
Zorggerelateerde dienstverlening