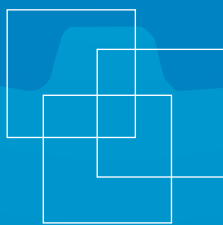


# ZORGWERK EN JOBS IN DE ZORG

## VOOR DE TOEKOMST VAN WAARDIG WERK



# SAMENVATTING

## Zorgwerk en jobs in de zorg voor de toekomst van waardig werk

**Z**orgwerk, zowel betaald als onbetaald, is essentieel voor de toekomst van waardig werk. Groeiende bevolkingsaantallen, een vergrijzende samenleving, veranderende gezinnen, de tweederangsstatus van vrouwen op de arbeidsmarkt en tekortkomingen in sociaal beleid vereisen dringend maatregelen voor de organisatie van zorgwerk vanwege overheden, werkgevers, vakbonden en burgers. Als dit niet naar behoren wordt aangepakt, zullen de huidige tekortkomingen in zorgdiensten en de kwaliteit ervan een ernstige en onhoudbare globale zorgcrisis uitlokken en genderongelijkheid op de arbeidsmarkt vergroten.

Zorgwerk bestaat uit twee overlappende activiteiten: *directe, persoonlijke en relationele zorgactiviteiten*, zoals een baby voeden of een zieke partner verzorgen; en *indirecte zorgactiviteiten* zoals koken en schoonmaken. *Onbetaald zorgwerk* gaat om zorgtaken die worden uitgevoerd zonder monetaire vergoeding door *onbetaalde verzorgers*. Onbetaalde zorg wordt gezien als werk en is dus een cruciaal element in de arbeidsmarkt.<sup>1</sup> *Betaald zorgwerk* wordt uitgevoerd tegen betaling of met winst oogmerk door *zorgverleners*. Deze groep omvat een ruime groep persoonlijke dienstverleners, zoals verplegers, leerkrachten, dokters en persoonlijke zorgverleners. Huishoudelijk personeel, die zowel directe als indirecte zorg verschaffen in het huishouden, maken ook deel uit van de zorgwerkers.

Het merendeel van het zorgwerk wereldwijd wordt uitgevoerd door onbetaalde verzorgers, overwegend vrouwen en meisjes uit sociaal kansarme groepen. Onbetaald zorgwerk is een beslissende factor voor het al dan niet aan het werk gaan en blijven van vrouwen, evenals voor de kwaliteit van de jobs die ze uitvoeren. Hoewel zorgwerk zeer lonend kan zijn, hindert het de economische mogelijkheden en het welzijn van de onbetaalde verzorgers als het te veel werk is en het een sleur wordt. Dit is nefast voor hun algemeen genot van mensenrechten.

De meeste betaalde zorgverleners zijn vrouwen, vaak migranten, actief in de informele economie onder slechte omstandigheden en tegen een laag loon. Betaald zorgwerk zal in de toekomst een belangrijke bron van tewerkstelling blijven, met name voor vrouwen. De relationele aard van zorgwerk beperkt de mogelijkheden om menselijke arbeid te vervangen door robots of andere technologieën.

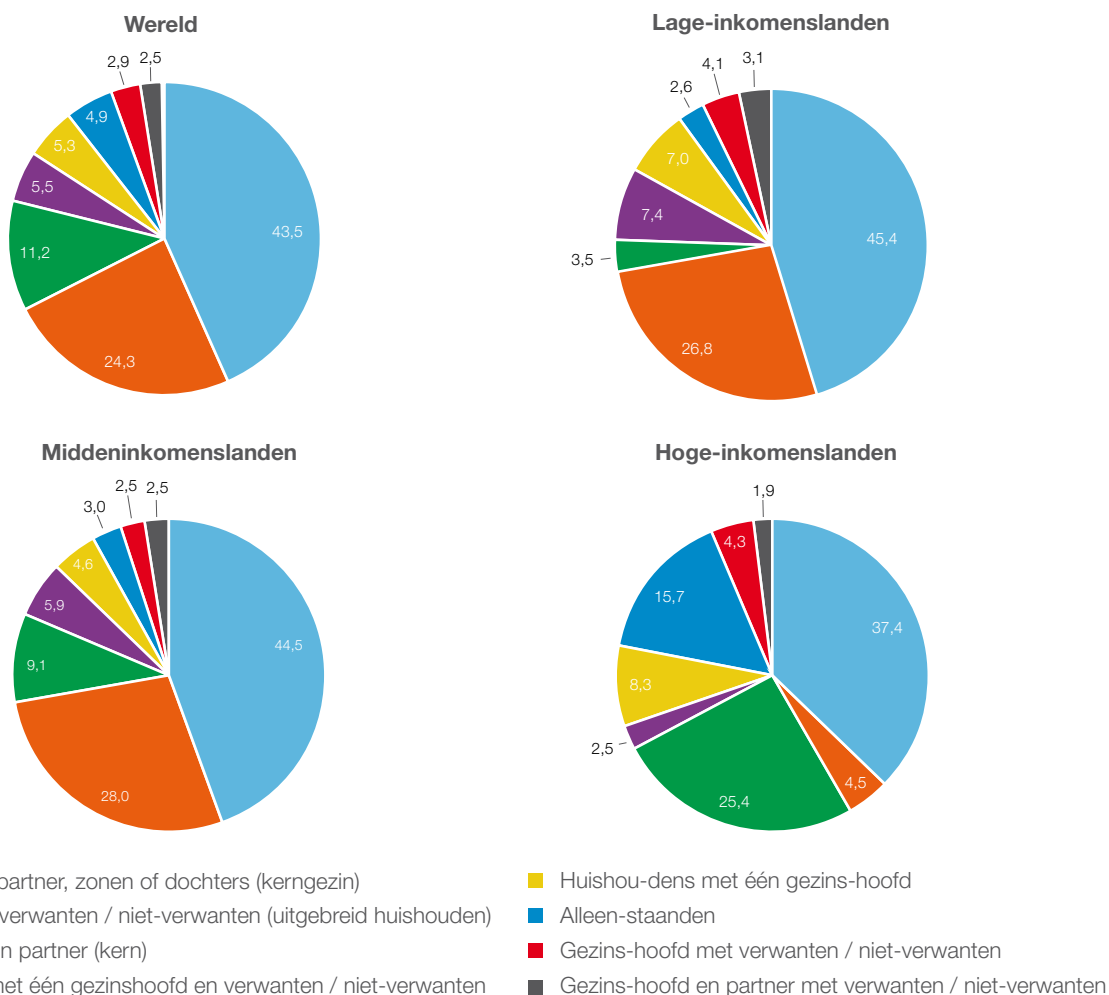
De omstandigheden van onbetaald zorgwerk hebben een invloed op hoe onbetaalde verzorgers betaald werk aangaan en behouden, en beïnvloeden de arbeidsomstandigheden voor alle zorgverleners. Deze cirkel van 'onbetaald zorgwerk - betaald werk - betaald zorgwerk' heeft ook een invloed om genderongelijkheid in betaald werk buiten de zorgsector en heeft gevolgen voor gendergelijkheid in gezinnen, net als voor de mogelijkheid voor zowel vrouwen als mannen om onbetaalde zorg te bieden.

Het is in ieders belang dat er goede omstandigheden zijn om zorg te verschaffen, zowel onbetaald als betaald. Transformatieve beleidskeuzes en waardig zorgwerk zijn cruciaal om ervoor te zorgen dat de toekomst van arbeid kan steunen op sociale rechtvaardigheid en gendergelijkheid voor iedereen kan uitdragen. Dit vereist een verdubbeling van de investeringen in de zorgeconomie, wat kan leiden tot een totaal van 475 miljoen jobs tegen 2030, oftewel 269 miljoen nieuwe jobs.

### ZORGWERK IN EEN VERANDERENDE WERELD

Veranderingen in gezinsstructuren, een hogere afhankelijkheidsgraad en veranderende zorgbehoeften, samen met een stijging van de arbeidsparticipatie van vrouwen in bepaalde landen, hebben de beschikbaarheid van onbetaald zorgwerk verminderd en een stijging in de vraag naar betaald zorgwerk teweeggebracht. In 2015 waren er 2,1 miljard mensen

Grafiek 1. Beroepsbevolking per type huishouden (percentages) en inkomensgroep, het laatste jaar



Opmerking: Zie Hoofdstuk 1, grafiek 1.2 (90 landen).

Bron: IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

zorgbehoevend (1,9 miljard kinderen jonger dan 15, waarvan 0,8 miljard jonger dan 6 jaar, en 0,2 miljard ouderen die hun gezonde levensverwachting bereikt of overtroffen hadden). Tegen 2030 wordt het aantal zorgontvangers geraamd op 2,3 miljard. Dit onder invloed van een bijkomende 0,1 miljard ouderen en 0,1 miljard kinderen tussen 6 en 14 jaar.

De prevalentie van zware handicaps betekent dat naar schatting 110–190 miljoen mensen met een handicap hun leven lang zorg of begeleiding nodig kunnen hebben.<sup>2</sup> Er is ook grotere vraag naar zowel betaald als onbetaald zorgwerk voor personen met een handicap thuis.

Huishoudens zijn kleiner geworden en de traditionele rol van de uitgebreide familie is aanzienlijk afgenomen. In 2018 beslaan kerngezinnen het grootste deel van de beroepsbevolking wereldwijd, namelijk 43,5 procent of 2,4 miljard mensen. In dezelfde grafiek zijn uitgebreide families goed voor bijna een kwart: 24,3 procent of 1,3 miljard mensen (zie grafiek 1). Een ander duidelijk teken van de wijzigingen in de samenstelling van gezinnen is het voorkomen van huishoudens met één gezinshoofd, goed voor 5,3 procent van de beroepsbevolking wereldwijd (300 miljoen mensen). Wereldwijd staan bij 78,4 procent van deze huishoudens vrouwen aan het hoofd. Zij dragen steeds meer de financiële verantwoordelijkheden en de zorg voor de kinderen in huishoudens zonder steun van de vader.

Tenzij deze bijkomende zorgbehoeften worden opgevangen door een gepast zorgbeleid, zal deze bijkomende vraag naar betaald zorgwerk – als er niet aan wordt tegemoet gekomen – waarschijnlijk de arbeidsparticipatie van vrouwen blijven beperken, een extra last zijn voor zorgverleners en de genderongelijkheid op de arbeidsmarkt in de hand werken.

## ONBETAALD ZORGWERK EN GENDERONGELIJKHEID OP HET WERK

### Vrouwen voeren 76,2 procent van al het onbetaald zorgwerk uit, 3,2 keer meer dan mannen

Onbetaald zorgwerk betekent een wezenlijke bijdrage aan de economie van een land, net als aan het individueel en maatschappelijk welzijn. Onbetaalde verzorgers komen tegemoet aan het merendeel van de zorgbehoeften wereldwijd. Onbetaald zorgwerk blijft echter grotendeels onzichtbaar, ongekend en afwezig in de beleidsvorming. Ramingen op basis van gegevens uit tijdsbestedingsenquêtes in 64 landen (representatief voor 66,9 procent van de wereldwijde beroepsbevolking) tonen aan dat er dagelijks 16,4 miljard uur wordt gespendeerd aan onbetaald zorgwerk. Dit komt overeen met 2 miljard mensen die 8 uur per dag onbetaald werk verrichten. Als dit werk gewaardeerd zou worden op basis van een minimum uurloon, zou het overeenkomen met 9 procent van het wereldwijde bbp, wat neerkomt op 11 biljoen US dollar (9,4 biljoen euro) (koopkrachtpariteit 2011). De overgrote meerderheid van onbetaald zorgwerk bestaat uit huishoudelijk werk (81,8 procent), gevolgd door directe persoonlijke zorg (13 procent) en vrijwilligerswerk (5,2 procent).

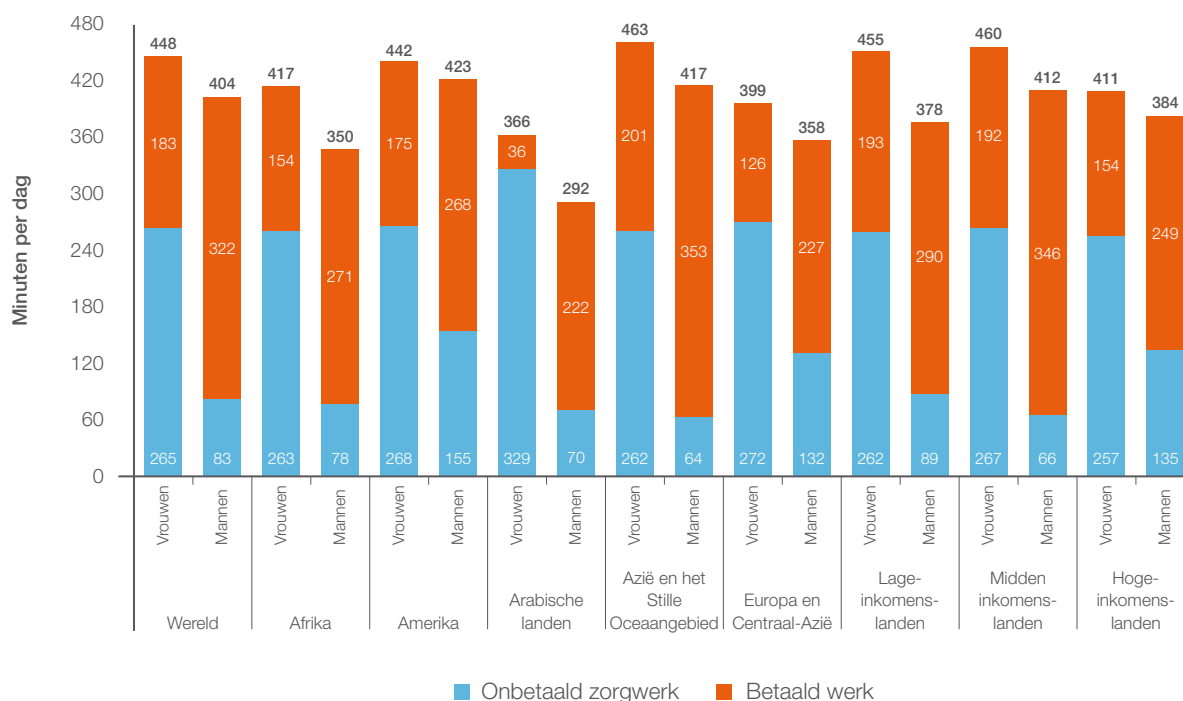
Wereldwijd voeren, zonder uitzondering, vrouwen drie kwart van het onbetaald zorgwerk uit, of 76,2 procent van het totale aantal uren. In geen enkel land ter wereld voeren mannen en vrouwen een gelijk aandeel uit van onbetaald zorgwerk. Vrouwen besteden gemiddeld 3,2 keer meer tijd aan onbetaald zorgwerk dan mannen: 4 uur en 25 minuten per dag, tegenover 1 uur en 23 minuten voor mannen. In de tijdspanne van een jaar komt dit overeen met 201 werkdagen (werkdag van acht uur) voor vrouwen tegenover 63 werkdagen voor mannen. Vrouwen spenderen in elke regio van de wereld meer tijd aan onbetaald zorgwerk dan mannen, gaande van 1,7 keer meer op het Amerikaanse continent tot 4,7 keer in de

Arabische landen. Wereldwijd is het onbetaalde zorgwerk het meest intensief voor meisjes en vrouwen in middeninkomenslanden, die getrouwd zijn en meerderjarig zijn, een lager opleidingsniveau hebben, op het platteland wonen en nog geen schoolgaande kinderen hebben.

Betaald werk door vrouwen zorgt op zichzelf niet voor een verandering in de genderverdeling bij onbetaald werk. In alle regio's en inkomensgroepen, wanneer zowel betaald werk of werk met winstoogmerk als onbetaald zorgwerk samen worden genomen, is een werkdag gemiddeld langer voor vrouwen (7 uur en 28 minuten) dan voor mannen (6 uur en 44 minuten), ondanks significante verschillen tussen landen (zie grafiek 2). Dit betekent dat vrouwen consistent over minder tijd beschikken dan mannen, zelf na de correctie voor arbeidsuren. Daarbovenop kunnen overmatige en veeleisende hoeveelheden onbetaald zorgwerk leiden tot suboptimale zorgstrategieën, met schadelijke gevolgen voor de zorgontvangers zoals baby's, kinderen, personen met een handicap en ouderen, net als voor de onbetaalde verzorgers zelf.

De bijdrage van mannen aan onbetaald zorgwerk is de voorbije 20 jaar in sommige landen gestegen. Toch is tussen 1997 en 2012 de genderkloof van tijd gependereerd aan onbetaalde zorg met maar 7 minuten gedaald (van 1 uur en 49 minuten naar 1 uur en 42 minuten) in de 23 landen waarvan tijdreeksgegevens beschikbaar zijn. Aan deze snelheid zal het 210 jaar duren (d.w.z. tot 2228) om de genderkloof bij onbetaald zorgwerk in deze landen te overbruggen. Het lage tempo van deze veranderingen plaatst vraagtekens bij de doeltreffendheid van voorbije en huidige beleidsmaatregelen om tegemoet te komen aan de omvang en verdeling van onbetaald zorgwerk in de voorbije twintig jaar.

**Grafiek 2. Dagelijkse tijd gependereerd aan onbetaald zorgwerk, betaald werk en totaal werk, per geslacht, regio en inkomensgroep, het laatste jaar**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 2, grafiek 2.8 (64 landen).

Bron: IAO-berekening op basis van Charmes, te verschijnen (zie volledig rapport).

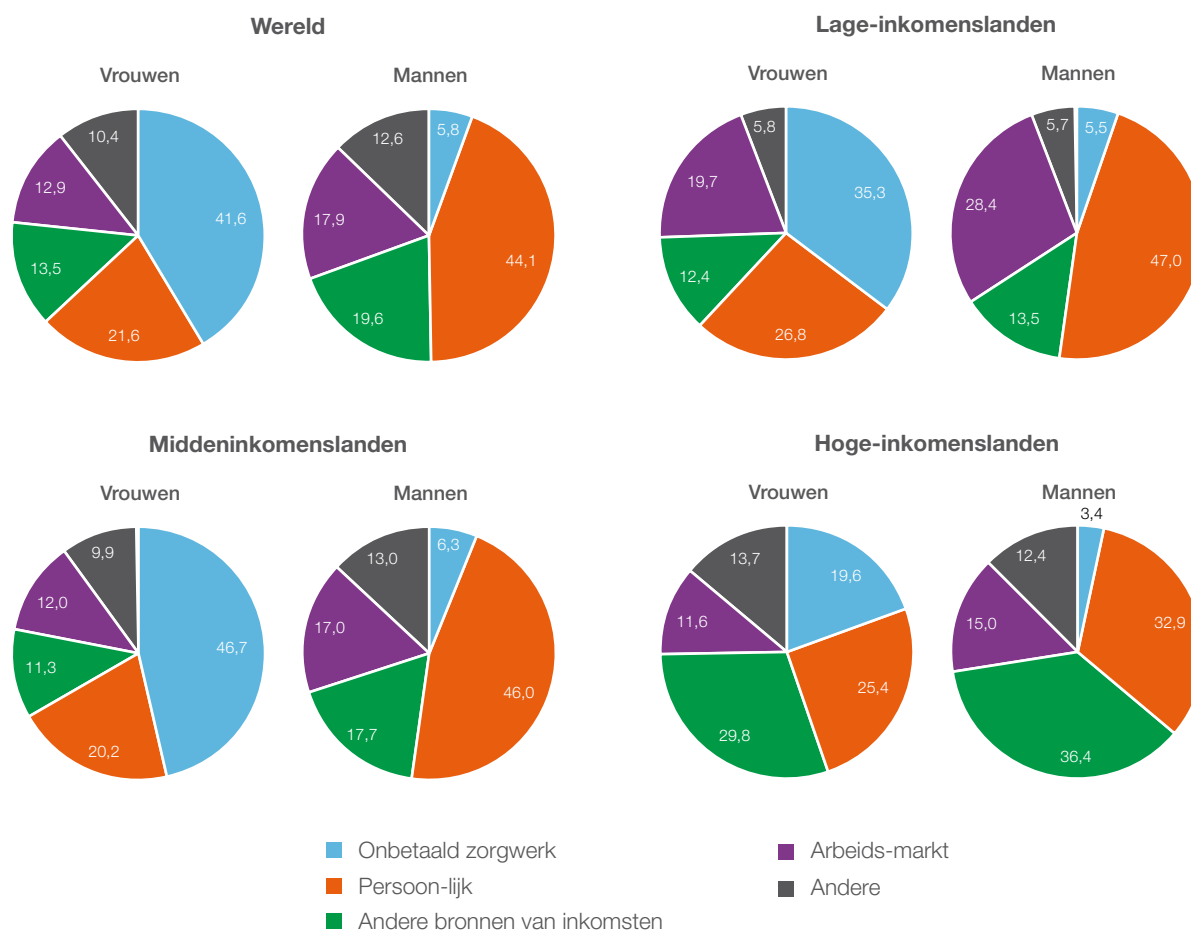
## Attitudes tegenover de op gender gebaseerde verdeling van betaald werk en onbetaald zorgwerk zijn aan het verschuiven

Genderongelijkheid thuis en op de arbeidsmarkt komen voort uit het op gender gebaseerde beeld van productieve en reproductieve rollen dat nog steeds bestaat in uiteenlopende culturen en socio-economische contexten. Hoewel er regionale verschillen zijn, blijft het model van het gezin met de ‘mannelijke broodwinner’ in het algemeen erg ingebakken in de structuur van samenlevingen, net als de zorgende rol van de vrouw in het gezin die centraal blijft staan. Dit is echter aan het veranderen. Er zijn erg positieve attitudes tegenover betaald werk voor vrouwen, waarbij 70 procent van de vrouwen en 66 procent van de mannen er de voorkeur aan geven dat vrouwen betaald werk uitvoeren.<sup>3</sup> Wat betreft de rol van de man, is er een groeiend beeld dat mannen wereldwijd nog nooit eerder zo betrokken zijn geweest in onbetaald zorgwerk als vandaag. Mensen die conflicten ervaren tussen werk-familie of mensen die waarschijnlijk zorgtaken zullen hebben in de toekomst – zoals vrouwen, jongvolwassenen, ouders-tweeverdieners of alleenstaande ouders – hebben doorgaans meer progressievere en gendergelijke attitudes dan anderen. Veranderingen aan gezinsstructuren en een vergrijzende samenleving leiden wellicht tot een toename van het aantal mannen en vrouwen die mogelijk voor een conflict komen te staan tussen onbetaald zorgwerk en tewerkstelling. Bijgevolg kan er bredere steun verwacht worden voor gendergelijkheid en de omzetting hiervan in de praktijk. Deze verschuiving van attitude en praktijk zal waarschijnlijk ook aanleiding geven tot transformatief zorgbeleid. Naarmate zulke beleidsmaatregelen toegankelijker worden en de kwaliteit ervan verbetert, is het te verwachten dat de attitudes tegenover de arbeidsparticipatie van moeders en het beeld van een gepast evenwicht tussen werk en gezin een meer egalitaire genderverdeling ondersteunen tussen betaald werk en onbetaald zorgwerk.

## 647 miljoen personen op arbeidsgeschikte leeftijd maken geen deel uit van de beroepsbevolking omwille van gezinsverantwoordelijkheden

Onbetaald zorgwerk is de belangrijkste belemmering voor de deelname van vrouwen in de arbeidsmarkt, terwijl een gelijkere verdeling van onbetaald zorgwerk tussen mannen en vrouwen in verband wordt gebracht met een hogere participatiegraad van vrouwen. Wereldwijd is onbetaald zorgwerk de belangrijkste reden die vrouwen op arbeidsgeschikte leeftijd opgeven om geen deel uit te maken van de beroepsbevolking, terwijl dit voor mannen “in opleiding, door ziekte of handicap” is. In 2018 verklaarden 606 miljoen vrouwen op arbeidsgeschikte leeftijd dat ze niet beschikbaar waren voor tewerkstelling en geen job zochten omwille van onbetaald zorgwerk, terwijl maar 41 miljoen mannen inactief zijn voor dezelfde reden. Deze 647 miljoen mannen en vrouwen die voltijdse onbetaalde verzorgers zijn, vertegenwoordigen de grootste groep die wereldwijd niet actief is op de arbeidsmarkt. In deze groep zijn moeders van jonge kinderen oververtegenwoordigd. Voltijdse onbetaalde verzorgers zijn goed voor 41,6 procent van de 1,4 miljard economisch inactieve vrouwen wereldwijd, tegenover maar 5,8 procent van alle 706 miljoen inactieve mannen (zie grafiek 3). In alle inkomensgroepen is onbetaald zorgwerk de meest genoemde reden voor de inactiviteit op de arbeidsmarkt van vrouwen in middeninkomenslanden, met 46,7 procent van de vrouwen die dit aangeven tegenover 6,3 procent van de mannen. Een IAO/Gallup-rapport uit 2017 stelde vast dat wereldwijd een meerderheid van de vrouwen de voorkeur zou geven aan een betaalde job, ook diegenen die geen deel uitmaken van de beroepsbevolking (58 procent) en dat mannen hiermee instemmen.<sup>4</sup> Dit betekent dat een groot deel van deze potentiële

**Grafiek 3. Percentage inactieve personen, per geslacht en hoofdreden van inactiviteit op de arbeidsmarkt, het laatste jaar**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 2, grafiek 2.23 (84 landen).

Bron: IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

arbeidskrachten geactiveerd kan worden door algemene toegang tot zorgbeleid, -diensten en infrastructuur.

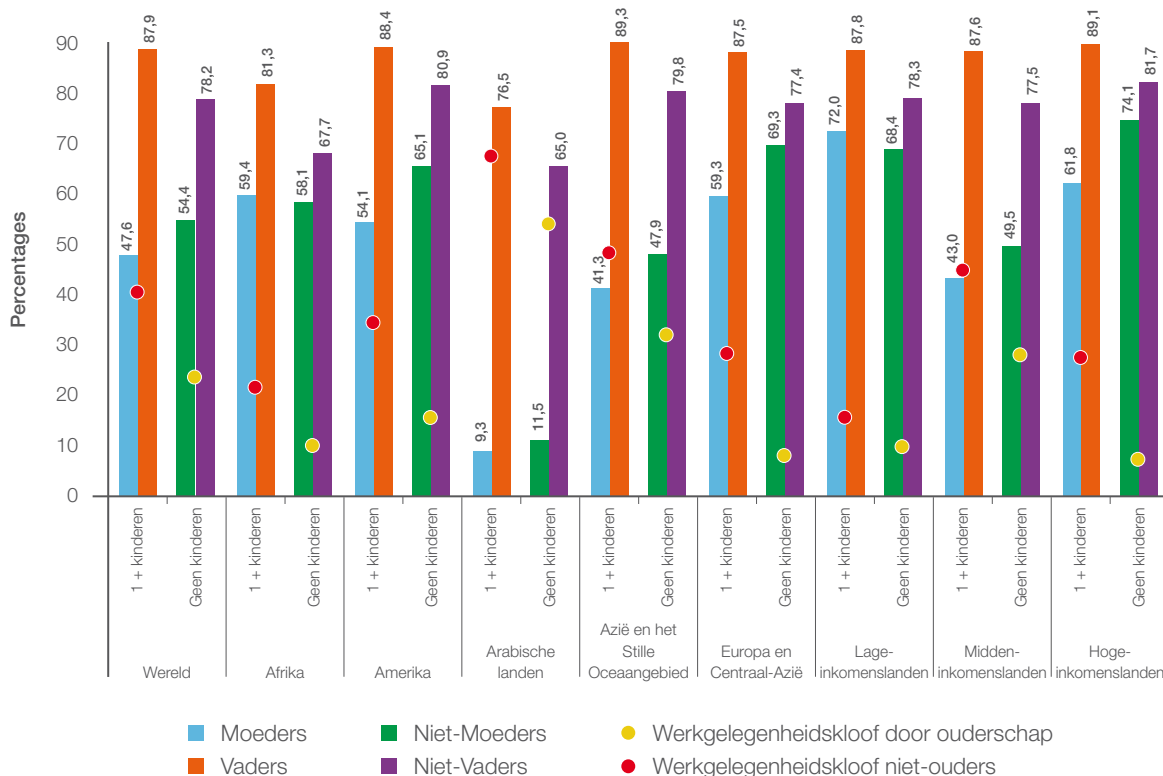
Tewerkgesteld zijn en gezinsverantwoordelijkheden hebben is wereldwijd de norm. In 2018 zijn er 1,4 miljard tewerkgestelde volwassenen die met zorgbehoevenden samenleven (0,5 miljard vrouwen en 0,9 miljard mannen). Dit betekent dat er wereldwijd 67,7 procent van de tewerkgestelde volwassenen – overwegend mannen – potentiële onbetaalde verzorgers zijn. De gezinssamenstelling heeft echter een andere invloed op vrouwen dan op mannen voor wat betreft de arbeidsmarktparticipatie. Er is een ‘arbeidsmarktparticipatie-nadeel’ voor vrouwen met zorgtaken en een ‘arbeidsmarktvoordeel’ voor mannen die met zorgontvangers samenleven. In vergelijking met alleenstaande vrouwen is het 16,6 procentpunten minder waarschijnlijk dat vrouwen met een huishouden actief zijn op de arbeidsmarkt, terwijl deze waarde bij mannen 0,5 procentpunten hoger ligt, wat hen dus actiever maakt op de arbeidsmarkt.

### Moeders met kinderen tussen 0–5 jaar hebben een tewerkstellingsnadeel tegenover vaders

Zonder uitzondering is er een scherpe stijging in de tijd die vrouwen besteden aan onbetaald zorgwerk wanneer er jonge kinderen in het huishouden zijn. Dit geeft aanleiding tot een ‘moederschapstewerkstellingsnadeel’. Dit wordt wereldwijd vastgesteld en is consistent over regio’s heen voor vrouwen met jonge kinderen. In 2018 waren moeders met kinderen tussen 0–5 jaar goed voor de laagste participatiegraad (47,6 procent), en dit niet enkel tegenover vaders (87,9 procent) en niet-vaders (78,2 procent), maar ook tegenover vrouwen zonder jonge kinderen (54,4 procent). Dit patroon staat in contrast met het ‘vaderschapstewerkstellingsvoordeel’, waarbij voor vaders van jonge kinderen de hoogste arbeidsparticipatiegraad wordt vastgesteld, wereldwijd en over alle regio’s heen. Dit is niet enkel het geval in vergelijking met niet-vaders, maar ook met niet-moeders en moeders (zie grafiek 4).

Bovendien is er maar een kleine variatie in de arbeidsparticipatiegraad bij vaders over regio’s en landen heen, terwijl de participatiegraad van vrouwen sterk uiteenloopt. De globale ‘ouderschaps-tewerkstellingskloof’ (het verschil tussen de arbeidsparticipatiegraad voor vaders en voor moeders met kinderen tussen 0–5 jaar) bedraagt 40,3 procent.

**Grafiek 4. Arbeidsparticipatiegraad van moeders en vaders met kinderen tussen 0 en 5 jaar en van mannen en vrouwen zonder kinderen tussen 0 en 5 jaar, het laatste jaar**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 2, grafiek 2.25. De leeftijdsgroep bij hoge-inkomenslanden is 25–54 jaar, midden- en lage-inkomenslanden 18–54 jaar (89 landen).

Bron: IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

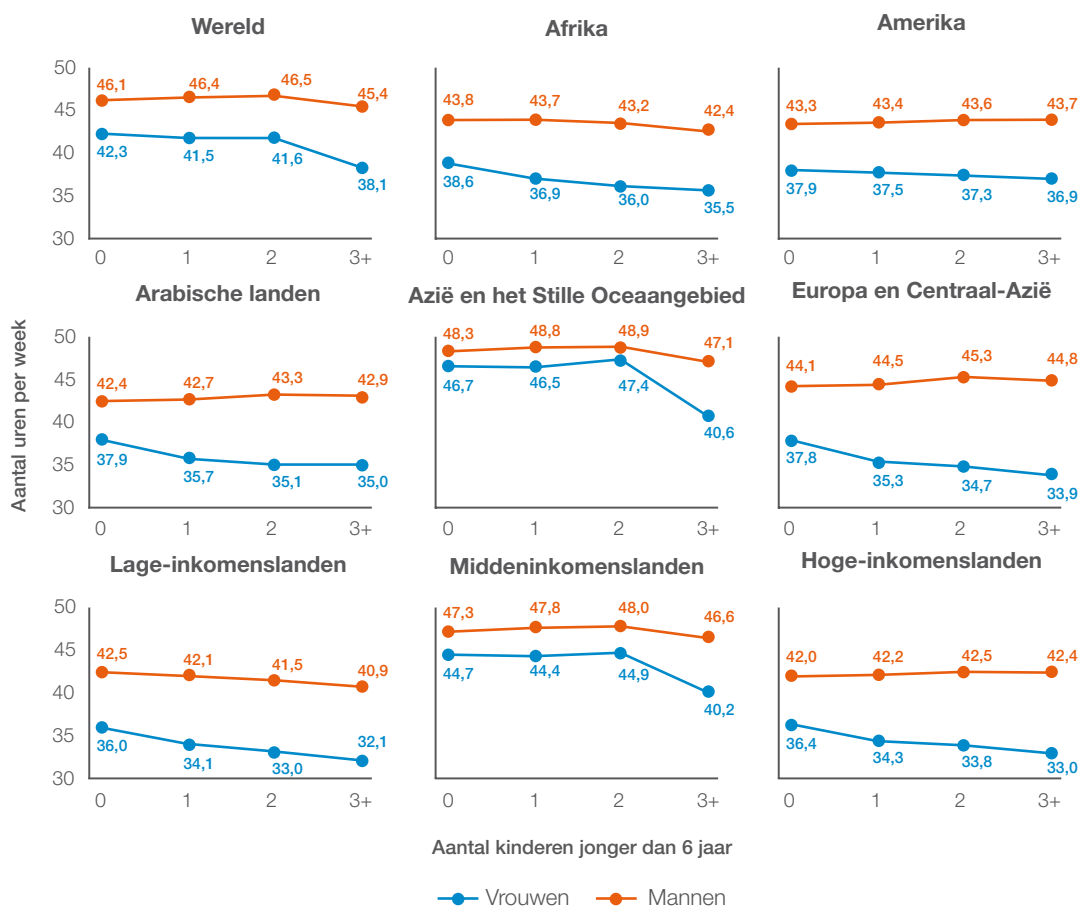


In middeninkomenslanden zijn de arbeidsgelateerde gevolgen van de zorg voor jonge kinderen bij vrouwen echter het grootst uit de drie inkomensgroepen (bijna 45 procent). Na Afrika vertonen Europa en Centraal Azië de laagste ouderschaps-tewerkstellingskloof, echter met significante verschillen binnen de regio. Dit is een weerspiegeling van de verschillende mate van toegang tot en kwaliteit van het openbaar zorgbeleid en zorgdiensten tussen landen.

### Onbetaalde verzorgers hebben een nadeel op het vlak van arbeidskwaliteit

Onbetaald zorgwerk is bij vrouwen een van de belangrijkste belemmeringen voor beter werk en heeft een invloed op het aantal uren die vrouwen besteden aan betaald werk of werk met winst oogmerk, net als op hun arbeidssituatie en arbeidsomstandigheden. Tewerkgestelde volwassen vrouwen met gezinsverantwoordelijkheden zullen wellicht minder uren betaald werk of werk met winst oogmerk uitvoeren dan volwassen mannen en

**Grafiek 5. Wekelijks aantal uren betaald werk of werk met winst oogmerk, per geslacht en aantal kinderen jonger dan 6 jaar, het laatste jaar**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 2, grafiek 2.28 (86 landen). De leeftijdsgroep bij hoge-inkomenslanden is 25–54 jaar, midden- en lage-inkomenslanden 18–54 jaar.

Bron: IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

niet-moeders. Wereldwijd werken vrouwen in gezinnen zonder kinderen jonger dan 6 jaar gemiddeld 42,3 uur per week, tegenover de 46,1 uur per week die mannen werken. Dit is een genderkloof van betaald werk of werk met winsttoegmerk van 3 uur en 48 minuten per week. Met minstens één jong kind in het gezin vergroot dit verschil tot bijna 5 uur (wekelijks ongeveer een uur minder betaald werk bij vrouwen en 18 minuten meer bij mannen). In alle regio's vergroot de genderkloof van uren gespendeerd aan betaald werk naarmate er meer kinderen in het gezin zijn. In totaal verliezen vrouwen die vijf dagen per week werken en drie of meer kinderen jonger dan 6 in het gezin hebben, maandelijks 18 uur betaald werk of werk met winsttoegmerk, terwijl er voor mannen in dezelfde situatie geen verlies wordt vastgesteld. De kloof tussen het wekelijks aantal gewerkte uren door vaders en het aantal gewerkte uren door moeders met een kind jonger dan 6 jaar is het kleinst voor respondenten uit Azië en het Stille Oceaan gebied (2 uur en 18 minuten) en het grootste voor respondenten uit Europa en Centraal Azië (9 uur en 12 minuten) (zie grafiek 5). De onmogelijkheid om veel uren te betaald werk te verrichten, heeft een invloed op de arbeidskwaliteit en het salarisniveau van vrouwen. De verwachting van lange werktijden in sommige, door mannen gedomineerde, jobs werkt ontradend voor vrouwen die potentiële of feitelijke onbetaalde verzorgers zijn en draagt bij aan beroepssegregatie. Het salarisvoordeel door extra lange werktijden wordt bijgevolg groter en draagt bij aan de verruiming van de loonkloof tussen mannen en vrouwen.

Vrouwen met zorgtaken zijn ook waarschijnlijker om zelfstandige te zijn of te werken in de informele economie, en minder waarschijnlijk om bij te dragen aan de sociale zekerheid. Wereldwijd is het aandeel van werknemers in loondienst lager bij vrouwen met zorgtaken (62,2 procent) dan bij vrouwen zonder (67,8 procent). Hoewel werken in loondienst op zichzelf geen garantie biedt op betere arbeidskwaliteit, ondersteunt dit de hypothese dat onbetaalde verzorgers moeten 'overschakelen' op zelfstandige activiteiten om hun zorgtaken te combineren met betaald werk of werk met winsttoegmerk. Daarbovenop werken onbetaalde verzorgers vaker onder slechtere arbeidsomstandigheden; zo zijn vrouwelijke onbetaalde verzorgers vaker actief in de informele economie (62 procent) tegenover hun tegenhangers zonder zorgtaken (56,8 procent). Werknemers in loondienst met zorgtaken zijn ook minder waarschijnlijk beschermd door sociale zekerheid dan werknemers zonder zulke taken: 47,4 procent van de vrouwelijke onbetaalde verzorgers dragen bij aan de sociale zekerheid, tegenover 51,6 procent van vrouwen die geen onbetaalde verzorgers zijn.

## ZORGBELEID EN ONBETAALD ZORGWERK

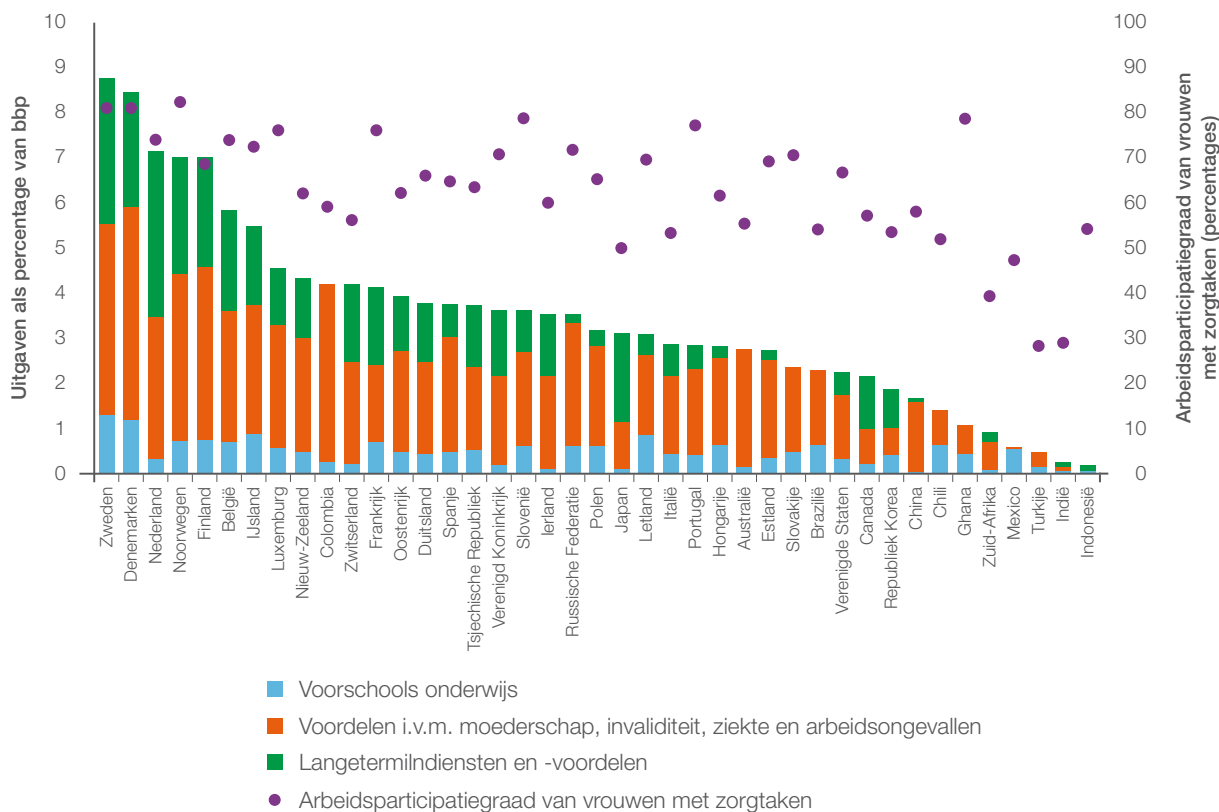
### Transformatief zorgbeleid leidt tot positieve gevolgen op het vlak van gezondheid, economie en gendergelijkheid

Ongelijkheid in onbetaald zorgwerk en op de arbeidsmarkt zijn sterk met elkaar verbonden. Er kan geen wezenlijke vooruitgang geboekt worden naar gendergelijkheid op de arbeidsmarkt zolang de ongelijkheden op het vlak van onbetaald zorgwerk niet worden aangepakt, door de werkelijke erkenning, vermindering en herverdeling van onbetaald zorgwerk tussen vrouwen en mannen, net als tussen gezinnen en de overheid. Zorgbeleidsmaatregelen zijn overheidsmaatregelen die middelen toewijzen aan het erkennen, verminderen en herverdelen van onbetaalde zorg in de vorm van geld, diensten en tijd. Ze omvatten de rechtstreekse voorziening van *kinderopvang en ouderenzorg* en *sociale uitkeringen en voordelen in verband met zorg* voor werknemers met een gezin of zorgtaken, onbetaalde verzorgers of zorgbehoevenden. Deze maatregelen omvatten ook *infrastructuur relevant voor de zorg* die zware taken van vrouwen verminderd, zoals watervoorziening, sanitaire voorzieningen en

energievoorziening. Ze omvatten eveneens arbeidswetgeving, zoals *verlofregelingen en andere gezinsvriendelijke arbeidsregelingen*, die een beter evenwicht mogelijk maken tussen betaald werk en onbetaald zorgwerk.

Deze maatregelen zijn transformatief als ze voorzien in de mensenrechten, de zelfbeschikking en het welzijn van zowel onbetaalde verzorgers (tewerkgesteld of niet) en zorgontvangers. Transformatieve zorgbeleidsmaatregelen kunnen leiden tot positieve resultaten op het vlak van gezondheid, economie en gendergelijkheid. Dit heeft positieve gevolgen voor kinderen, de tewerkstelling van moeders en de zorgverstrekende rol van vaders, net als voor ouderen en mensen met een handicap. Gegevens over overheidsuitgaven aan bepaalde zorgmaatregelen tonen dat de participatiegraad bij vrouwen-onbetaalde verzorgers van 18–54 jaar meestal hoger ligt in landen die meer investeren in een combinatie van maatregelen om tegemoet te komen aan de zorgbehoeften van de beroepsgeschikte bevolking – d.w.z. moederschap, ziekte of invaliditeit – dan in landen die in verhouding minder investeren (zie grafiek 6). In het bijzonder regio's die voorzien in uitvoerige moederschapsbescherming en betaald verlof voor vaders, samen met een relatief ruime voorziening kinderopvang en onderwijsdiensten, hebben over het algemeen een hogere gemiddelde participatiegraad van moeders.

**Grafiek 6. Overheidsuitgaven aan bepaalde zorgmaatregelen als percentage van het bbp, met arbeidsparticipatiegraad van vrouwen met zorgtaken, het laatste jaar**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 3, grafiek 3.6. Correlatie tussen investeringen in zorgbeleid en arbeidsparticipatiegraad van vrouwen met zorgtaken bedraagt 0,67. 41 landen.

Bron: UNESCO, UIS Stat database; IAO, *World Social Protection Report, 2017-19*, 2017; Wereldbank, 2016 (zie volledig rapport); IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

Gendergerichte zorgbeleidsmaatregelen gebaseerd op mensenrechten kunnen ook bijdragen om de genderverdeling van werk in huishoudens te transformeren en zo de individuele attitudes tegenover zorgwerk te wijzigen. Er is een positief verband tussen nationale ouderschapsverlofregelingen en de tijd die mannen spenderen aan kinderopvang. De landen waar mannen gemiddeld minstens 60 procent van de tijd spenderen die door vrouwen gespendeerd wordt aan onbetaalde zorg, zijn ook de landen waar mannen het langste betaald verlof genieten. Deze voordelen worden mogelijk gemaakt door een deel van het zorgwerk te verschuiven van de familie en vrouwen naar de overheid of naar een openbaar gesubsidieerde markt of non-profitdiensten.

### Tekortkomingen in het zorgbeleid hebben invloed op de meest kansarme groepen

Ondanks de sterke argumenten voor een transformatief zorgbeleid zijn er wereldwijd grote tekortkomingen in de dekking door beleidsmaatregelen. In Afrika, Azië en het Stille Oceaan gebied en de Arabische landen zijn deze tekortkomingen het grootst, met schadelijke gevolgen voor de gezondheid en de economische omstandigheden van mensen met zorgbehoeften en zorgtaken (met name vrouwen), ouderen, mensen met een handicap, mensen met HIV, inheemse volkeren, mensen op het platteland en personen die werken in niet-standaard vormen van werkgelegenheid of de informele economie. In Latijns-Amerika en het Caribisch gebied blijven er grote tekortkomingen bestaan, met name op het vlak van toegang tot de diensten, ondanks dat zorgmaatregelen daar hoger op de beleidsagenda staan. Zelfs in hoge-inkomenslanden gaan het ontwerp en de implementering van zorgmaatregelen niet systematisch in op de gendergerelateerde en sociale ongelijkheden met betrekking tot de verdeling van zorgwerk en de belemmeringen voor de arbeidsparticipatie van vrouwen. Over het algemeen blijft er een tekort bestaan aan gendergerichte zorgbeleidsmaatregelen gebaseerd op mensenrechten; een universeel beleid is nog lang niet behaald, noch de toereikendheid en rechtvaardigheid ervan. De rol die overheden spelen, verschilt naargelang de beleidsmaatregel; primaire verantwoordelijkheid ontbreekt echter nog in veel gevallen.

Algemene toegang tot moederschapsbescherming en verlofregelingen van een meer egalitaire aard zijn nog geen realiteit. In 2016 bereikte maar 42 procent van de landen (77 landen van de 184 met beschikbare gegevens) de minimumnormen zoals uiteengezet in het IAO-Verdrag betreffende de bescherming van het moederschap van 2000 (nr. 183). 39 procent van de landen (68 van de 174 met beschikbare gegevens) had geen enkele wettelijke verlofregeling voor vaders (betaald of onbetaald). Algemene toegang tot kwalitatieve kinderopvang is verre van werkelijkheid, met name in lage- en middeninkomenslanden. Wereldwijd bedroeg de bruto inschrijvingsgraad in voorschools onderwijs voor kinderen jonger dan 3 jaar amper 18,3 procent in 2015. De inschrijvingsgraad in voorschools onderwijs voor kinderen tussen 3 en 6 jaar bedroeg maar 57 procent. Gratis en verplicht voorschools onderwijs gedurende minstens een jaar bestaat maar in 38 van de 207 landen.<sup>5</sup>

Voorzieningen voor langdurige zorg zijn nagenoeg onbestaande in Afrikaanse, Latijns-Amerikaanse en Aziatische landen, en er zijn maar enkele hoge-inkomenslanden waar de overheid een voortrekkersrol speelt in de financiering van voorzieningen voor langdurige zorg, wat leidt tot een ruimere dekking. De werkelijke dekking van personen met een zware handicap die voordelen ontvingen bedroeg in 2015 maar ongeveer 27,8 procent, gaande van 9 procent in Azië en het Stille Oceaan gebied tot meer dan 90 procent in Europa. Een groot aantal landen (103 van de 186 met beschikbare gegevens) bieden echter invaliditeitsuitkeringen, maar enkel op basis van bijdragebetalingen, wat erop neerkomt dat enkel tewerkgestelde volwassenen, overwegend mannen, kunnen genieten van deze regelingen.<sup>6</sup> Toegang

tot water, sanitaire voorzieningen en energievoorziening kan leiden tot meer welvaart, in het bijzonder voor meisjes en vrouwen in arme gezinnen en op het platteland. Er zijn echter opvallende regionale verschillen in de toegang tot deze zorggerelateerde infrastructuur.

Een belangrijke factor die een grote meerderheid van de landen belemmert in hun streven naar een transformatief zorgbeleid, zijn de beperkte middelen waarover ze beschikken. Desondanks bestaan er verschillende benaderingen van het zorgbeleid en zorggerelateerde gevolgen in landen met een gelijkaardig bbp en socio-economische structuren. Dit benadrukt het belang van duidelijk bepaalde beleidsprioriteiten en een politieke bereidheid om begrotingsruimte te creëren en zo de nodige middelen vrij te maken die nodig zijn om het zorgbeleid uit te breiden en de vruchten daaruit te plukken.

## ZORGVERLENERS EN TEWERKSTELLING IN DE ZORGSECTOR

### De globale beroepsbevolking in de zorgsector omvat 249 miljoen vrouwen en 132 miljoen mannen

Zorgverleners zijn de handen en gezichten van betaalde zorgvoorzieningen. Het globale zorgpersoneel omvat zorgverleners in zorgsectoren (onderwijs, gezondheidszorg en sociaal werk), zorgverleners in andere sectoren, huishoudelijk personeel en niet-zorgverleners in zorgsectoren, die de voorziening van de zorgdiensten ondersteunen. Tewerkstelling in de zorg is wereldwijd een belangrijke bron van tewerkstelling, in het bijzonder voor vrouwen. In totaal bestaat het zorgpersoneel wereldwijd uit 381 miljoen werknemers (249 miljoen vrouwen en 132 miljoen mannen). Dit cijfers beslaat 11,5 procent van de wereldwijde tewerkstelling, of 19,3 procent van de wereldwijde vrouwelijke tewerkstelling en 6,6 procent van de mannelijke tewerkstelling. Op de meeste plaatsen geldt dat hoe groter het aandeel aan zorgpersoneel in de totale tewerkstelling, hoe meer vrouwen actief zijn in de zorgsector. Naar schatting twee derde van het wereldwijde zorgpersoneel bestaat uit vrouwen en deze verhouding stijgt tot drie kwart in Amerika en Europa en Centraal Azië.

De meeste zorgverleners werken in het onderwijs (123 miljoen) en in de gezondheidszorg en sociaal werk (92 miljoen). Het totaal van 215 miljoen zorgverleners (143 miljoen vrouwen en 72 miljoen mannen) is goed voor 6,5 procent van de wereldwijde tewerkstelling in 2018. Huishoudelijk personeel is goed voor minstens 2,1 procent van de totale wereldwijde tewerkstelling: er zijn 70 miljoen huishoudelijk werkers actief in huishoudens wereldwijd; daarvan zijn 49 miljoen vrouwen en 21 miljoen mannen. Zorgverleners tewerkgesteld buiten de zorgsectoren zijn goed voor 24 miljoen werknemers of 0,7 procent van de totale wereldwijde tewerkstelling. Niet-zorgverleners actief in zorgsectoren (accountants, koks of schoonmakers bijvoorbeeld) zijn goed voor 72 miljoen werknemers of 2,2 procent van de totale wereldwijde tewerkstelling.

### Lage arbeidskwaliteit voor zorgverleners leidt tot zorg van lage kwaliteit

Zorgverleners delen specifieke kenmerken: bij het aanbieden van zorg geraken ze betrokken met zorgontvangers, waar ze vaak langdurige relatie mee onderhouden; ze beschikken over een waaier aan vaardigheden, hoewel deze vaak niet erkend noch vergoed worden; ze krijgen vaak te maken met spanningen tussen de mensen aan wie ze zorg verlenen en in de omstandigheden waarin ze deze zorg moeten bieden, en het zijn overwegend vrouwen. Toch is het

geen homogene groep: er zijn verschillen en hiërarchieën onder zorgverleners, onder meer op het vlak van verloning, arbeidsomstandigheden en status.

Verplegers en verloskundigen zijn de grootste beroepsgroep in de gezondheidszorg, en verpleging blijft een van de zorgberoepen met overwegend vrouwen. Hun loon is vaak te laag en verplegers hebben vaak verschillende jobs, presteren extra shifts of meer overuren. Dit zijn praktijken die de kwaliteit van de zorg in gevaar brengen en een negatieve invloed hebben op het evenwicht tussen werk en privéleven en het behoud van de job. Persoonlijke zorgverleners – meestal van thuis uit – krijgen te maken met lage lonen en slechte arbeidsomstandigheden, en lopen groter risico op discriminatie. Gezondheidswerkers voor de gemeenschap zijn vaak slecht geschoold, beschikken niet over voldoende middelen en worden onderbetaald of niet betaald. Zij worden vaak aangesteld om een tekort aan gezondheidswerkers te compenseren. Migratie van gezondheidswerkers is een eigenschap van de wereldwijde gezondheidszorgmarkt, aangespoord door betere arbeidsomstandigheden en inkomensverschillen tussen landen. De erkenning van vaardigheden en certificering zijn grote obstakels voor verplegend personeel dat migreert.

De lonen van leerkrachten zijn de grootste kostenpost in het formele onderwijs. Het jaarloon van leerkrachten in lager en middelbaar onderwijs loopt gelijk met het bbp per capita, iets lager in hoge-inkomenslanden maar hoger in de relatief lage-inkomenslanden. De voorbije decennia is er echter een stijging vastgesteld van het aantal tijdelijke en deeltijdse jobs in het onderwijs. In alle inkomensgroepen wereldwijd zijn de status, het loon en de voordelen van personeel in voorschools onderwijs minder aantrekkelijk dan die van leerkrachten in de lagere school, wat kan leiden tot lage werktevredenheid en een lage mate van jobbehoud.

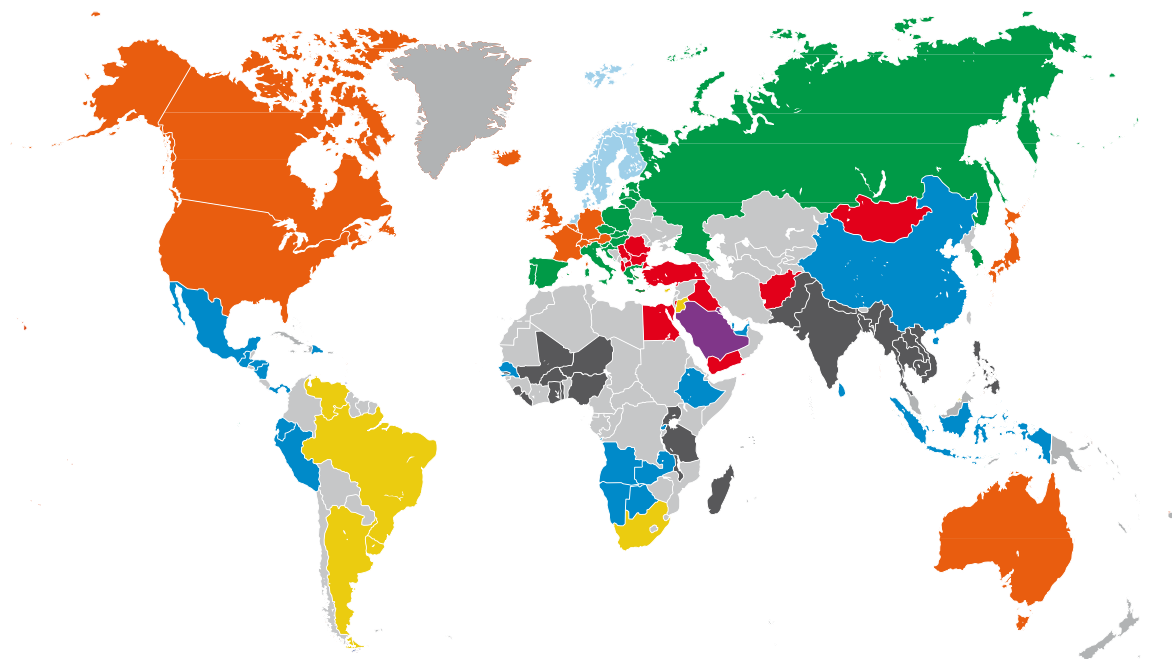
Huishoudelijk personeel krijgt te maken met enkele van de ergste arbeidsomstandigheden in de zorgsector en is bijzonder kwetsbaar voor uitbuiting. Jobs in deze sector zijn berucht om hun onvoorspelbaarheid en informele aard, en ondervinden negatieve invloed van de lage mate van arbeids- en sociale bescherming. Daarbovenop komt geweld op het werk vaak voor in de sector van het huishoudelijk werk.

Lage arbeidskwaliteit voor zorgverleners leidt tot zorg van lage kwaliteit. Dit is schadelijk voor het welzijn van de zorgontvangers, de zorgverleners en de onbetaalde verzorgers die zo over minder mogelijkheden beschikken. Zo zal een grotere werkbelasting voor ziekenhuisverplegers het risico op mortaliteit bij patiënten verhogen, ontnemen strakke werkschema's de persoonlijke zorgverleners van de nodige flexibiliteit om de vereiste zorg te verstrekken, en is er een verband tussen een hoge verhouding leerlingen-leerkrachten en lagere onderwijsresultaten.

### Een passief-beleidsbenadering komt het vaakst voor bij de zorgtewerkstelling wereldwijd

Er zijn grote verschillen tussen landen op het vlak van omvang en ontwikkelingsniveaus, net als in hun arbeidsmarkten, hun migratiebeleid en de omvang van hun gezondheidszorg-, onderwijs- en zorgdiensten. Deze variaties hebben een invloed op de niveaus en samenstelling van de tewerkstelling in de zorg. Een clusteranalyse van het zorgpersoneel in 99 landen identificeerde acht verschillende modellen van zorgtewerkstelling. Sommige landen uit dezelfde regio en met hetzelfde ontwikkelingsniveau zijn samengenomen, maar de modellen van zorgtewerkstelling doorkruisen regio's en inkomensniveaus, en tonen dat de wegen naar zorgtewerkstelling veelzijdig zijn (zie grafiek 7).

Grafiek 7. Modellen van zorgtewerkingstelling



- 1 – Zeer hoge mate van tewerkingstelling in de zorgsector
- 2.1 – Hoge mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een zeer laag aandeel huishoudelijk personeel
- 2.2 – Gemiddelde tot hoge mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een laag maar belangrijk aandeel huishoudelijk personeel
- 3.1 – Gemiddelde mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een zeer hoog aandeel huishoudelijk personeel
- 3.2 – Gemiddelde tot hoge mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een hoog aandeel huishoudelijk personeel
- 3.3 – Lage mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een hoog aandeel huishoudelijk personeel
- 4.1 – Gemiddelde mate van tewerkingstelling in de zorgsector met een zeer laag aandeel huishoudelijk personeel
- 4.2 – Lage mate van zorgtewerkingstelling
- Geen gegevens

Opmerking: Zie Hoofdstuk 4, grafiek 4.1 (99 landen).

Bron: IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens.

Er zijn twee belangrijke bronnen van variatie tussen deze clusters: ten eerste is er de mate van tewerkingstelling in gezondheidszorg en sociaal werk, gedreven door de dekking van gezondheidszorg en langetermijnzorgdiensten; ten tweede is er de mate van tewerkingstelling van huishoudelijk personeel, dat in veel gevallen een onevenredig aandeel migranten omvat. In het onderwijs zijn de variaties in de tewerkingstelling minder uitgesproken. Ze zijn het gevolg van het gezamenlijke effect van het niveau van dekking op het vlak van lager onderwijs, wat nagenoeg universeel is, en gelijkaardige (en lage) niveaus van dekking wat betreft voorschools onderwijs. Zo vertegenwoordigt zorgpersoneel 27,7 procent van de totale tewerkingstelling in landen van cluster 1 (Zeer hoge mate van tewerkingstelling in zorgsectoren), terwijl zorgpersoneel in landen van cluster 4.2 (Lage mate van zorgtewerkingstelling) maar 4,7 procent uitmaakt van de totale tewerkingstelling.

Bij cluster 3 (bestaande uit subclusters 3.1, 3.2 en 3.3 in grafiek 7) is het opvallend dat het inschakelen van huishoudelijk personeel vaak samenhangt met onvoldoende openbare

zorgvoorzieningen. Huishoudelijk personeel (in veel gevallen migranten) heeft aan belang gewonnen in verschillende contexten: als meer welvarende populatie de financiële middelen hebben om onbetaald zorgwerk uit te besteden aan een andere populatie met minder middelen; als zorgspecifieke tewerkstellingsprogramma's voor buitenlandse werknemers hun aanwerving en tewerkstelling door privégezinnen vereenvoudigen; als het overheidsbeleid voorziet in stimuleringsmaatregelen en subsidies om mensen aan te zetten zorgverleners aan te werven, zoals met verschillende 'cash-for-care'-maatregelen; en als de arbeidsverhoudingen en arbeidsomstandigheden in privégezinnen, de jure of de facto, volledig of gedeeltelijk niet gereguleerd zijn.

Deze analyse geeft aan dat het beleid een wezenlijke rol speelt bij de mate van tewerkstelling, de arbeidsomstandigheden, het loon en de status van zorgverleners. Migratiebeleid, arbeidsbeleid en de dekking en het ontwerp van gezondheidszorg-, onderwijs- en zorgbeleid zijn bepalend voor de situatie van zorgverleners in vergelijking met andere werknemers en tussen landen en regio's. De openbare voorziening van zorgdiensten leidt overwegend tot een verbetering van de arbeidsomstandigheden en het loon van zorgverleners, terwijl de ongereguleerde privévoorziening ervan leidt tot een verslechtering, ongeacht het inkomensniveau van het land. Het bestaan van vakbonden voor zorgverleners en hun mate van vertegenwoordiging, net als het bestaan van mechanismen voor sociale dialoog, waaronder collectieve arbeidsonderhandelingen, spelen ook een belangrijke rol voor het loon en de arbeidsomstandigheden van zorgverleners, net als de stem die ze hebben in andere beslissingen die op hen een invloed hebben.

Een actief-beleidsbenadering voor zorgwerk betekent voorzien in waardig werk voor zorgverleners, waaronder huishoudelijk personeel en migranten. Zorgen voor zorgverleners vereist een omkering van de tendensen door de uitbreiding van de arbeids- en socialebescherming naar alle zorgverleners, het bevorderen van de professionalisering met oog voor het behoud van vaardigheden, het garanderen van werknemersvertegenwoordiging en collectieve onderhandelingen en het vermijden – in zowel de privé- als openbare zorg – van kostenbesparende strategieën die doorwegen op de lonen of op de rechtstreekse zorgtijd.

## **JOBS IN DE ZORG EN DE TOEKOMST VAN WERK**

### **Investeringen in de zorgeconomie om de duurzame-ontwikkelingsdoelstelling (SDG) te bereiken, staan garant voor een totaal van 475 miljoen jobs tegen 2030**

Kwaliteitsvolle tewerkstelling in de zorg die gendergelijkheid stimuleert en waar alle betrokken partijen (zorgontvangers, zorgverleners en onbetaalde verzorgers) baat bij hebben, is mogelijk en haalbaar. Dit wordt aangetoond door een macro-economische simulatiestudie naar 2030 in 45 landen, representatief voor 85 procent van het wereldwijde bbp en voor bijna 60 procent van de wereldbevolking en -beroepsbevolking. De gezamenlijke tewerkstelling in onderwijs, gezondheidszorg en sociaal werk in deze 45 landen bedroeg in 2015 ongeveer 206 miljoen werknemers, wat goed was voor bijna 10 procent van hun totale tewerkstelling en overeenkwam met 8,7 procent van het gecombineerde bbp van deze landen.

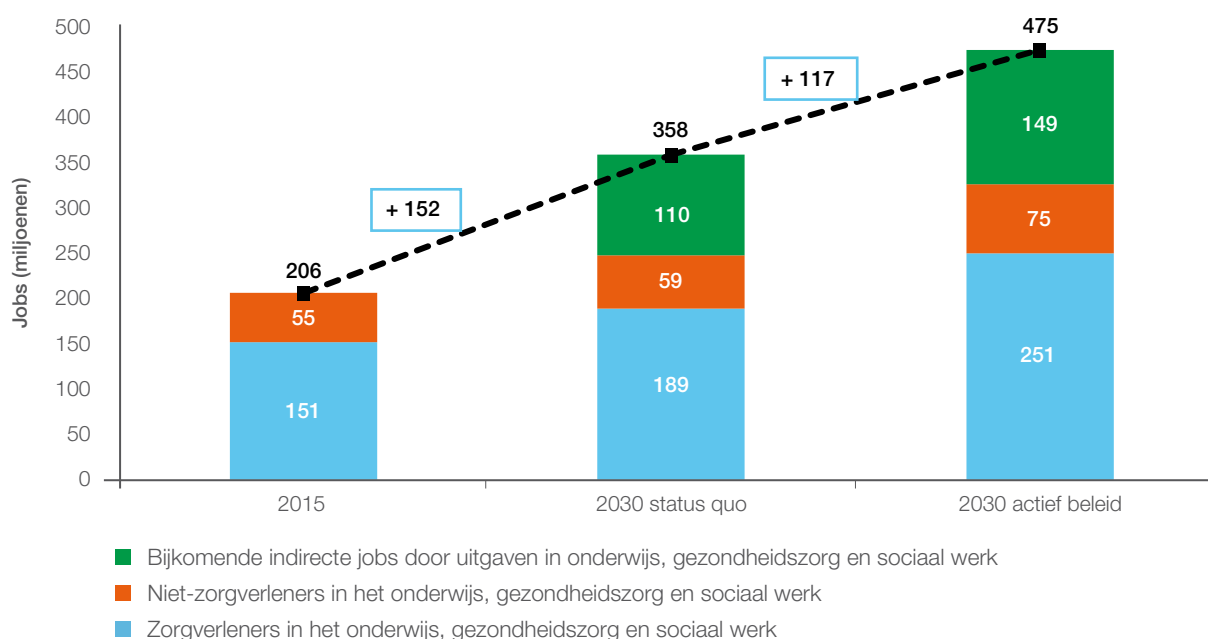
De simulatie vergelijkt een *status-quo-scenario* met een *actief-beleidsscenario*. Het *status-quo-scenario* gaat ervan uit dat de tewerkstelling in de zorg mee zal evolueren met de bevolkings- en demografische transformaties naar 2030 toe, maar dat de huidige mate van dekking, kwaliteitsnormen en arbeidsomstandigheden in zorgsectoren gelijk zal blijven, waardoor bestaande tekorten dus blijven bestaan. In dit scenario wordt geschat dat de



totale tewerkstelling in het onderwijs, de gezondheidszorg en het sociaal werk tegen 2030 waarschijnlijk met bijna een kwart zal stijgen tot 248 miljoen jobs. Dit omvat 94 en 95 miljoen zorgverleners en 29 en 30 miljoen niet-zorgverleners in respectievelijk het onderwijs en de gezondheidszorg en sociaal werk. Daarbovenop komen er 110 miljoen jobs bij in andere sectoren (indirecte jobs). Bij het status-quo-scenario zal het totale aantal jobs in de zorgsector en andere sectoren 358 miljoen jobs bedragen tegen 2030.

Het *actief-beleidsscenario* steunt op relevante doelstellingen bepaald door de Duurzame-ontwikkelingsdoelstellingen (SDG's) en komt voort uit de Agenda voor Waardig Werk ('Decent Work Agenda') van de IAO. De gesimuleerde resultaten tonen dat een verhoging van de investeringen in de zorgsector garant staat voor een totaal van 475 miljoen jobs tegen 2030, 117 miljoen meer nieuwe jobs bovenop het status-quo-scenario, of 269 miljoen nieuwe jobs in vergelijking met het aantal jobs in 2015 (zie grafiek 8). Van deze bijkomend gecreëerde jobs zouden er 78 miljoen bijkomen in het onderwijs, gezondheidzorg en sociaal werk, wat de totale sectorale tewerkstelling zou verhogen van 206 miljoen jobs in 2015 tot 326 miljoen jobs in 2030. Voorschoolse zorg en onderwijs (39 miljoen) en langetermijnzorg (30 miljoen) hebben het grootste potentieel om werkgelegenheid te scheppen, gevolgd door gezondheidszorg en sociaal werk met negen miljoen nieuwe jobs. De overige 39 miljoen bijkomende jobs bevinden zich in andere sectoren (indirecte jobs). Dit cijfer is een lage schatting, aangezien de analyse geen rekening hield met de effecten op de werkgelegenheid die ontstaan door hogere consumptieve bestedingen van de huishoudens.

**Grafiek 8. Totale tewerkstelling in de zorg en indirecte tewerkstelling in 2015 en 2030, status-quo- en actief-beleidsscenario**



Opmerking: Zie Hoofdstuk 5, grafiek 5.11 (45 landen). Voor 2015, IAO-berekeningen op basis microgegevens uit enquête beroepsbevolking en huishoudens. 45 landen.

Bron: Ilkharacan en Kim, te verschijnen (zie volledig rapport).

## Een actief-beleidsscenario vraagt een verdubbeling van de huidige mate van investeringen in onderwijs, gezondheidszorg en sociaal werk tegen 2030

Bij een status-quo-scenario zouden de totale (publieke en privé) uitgaven aan zorgdiensten tegen 2030 14,9 biljoen dollar bedragen (12,8 biljoen euro), wat overeenkomt met 14,9 procent van het totale geraamde bbp van de 45 landen in 2030. Deze stijging van de huidige 8,7 procent van het bbp (in 2015) naar 14,9 procent in 2030 volgens het status-quo-scenario is een gevolg van de demografische transformatie en de bijbehorende kostenstijging van gezondheidszorg en langetermijnzorg. Met andere woorden, als de investeringen in zorgdiensten niet stijgt met 6 procentpunten van het globale bbp, zullen de tekortkomingen in de dekking erger worden en de arbeidsomstandigheden van zorgverleners verslechteren.

Als het actief-beleidsscenario wordt gevolgd, zouden de totale (publieke en privé) uitgaven aan zorgdiensten 18,4 biljoen dollar (15,8 biljoen euro) bedragen, wat overeenkomt met 18,3 procent van het totale geraamde bbp van de 45 landen in 2030. De SDG's op het vlak van onderwijs en gezondheid behalen en de tekortkomingen in de zorg oplossen, vraagt met andere woorden een bijkomende uitgave van 3,5 procentpunten van het geraamde bbp in 2030 boven het status-quo-scenario. Deze bijkomende uitgaven dragen simultaan bij aan twee doelstellingen: ten eerste om de dekkingsgraad te behalen van de hele populatie voor gezondheidszorg en van de oudere populatie voor langetermijnzorg, zoals bepaald door SDG 3 (goede gezondheid en welzijn), en ten tweede om de inschrijvingspercentages in het onderwijs te behalen (van voorschoolse opvang en onderwijs tot tertiair onderwijs) zoals bepaald door SDG 4 (kwaliteitsonderwijs). Bovendien zorgt dit niveau van uitgaven ervoor dat deze doelstellingen worden behaald met waardige arbeidsomstandigheden voor zorgverleners, wat bijdraagt aan het behalen van SDG 8 (waardig werk en economische groei).

Het vereiste niveau van uitgaven aan zorgdiensten in het actief-beleidsscenario betekent een verdubbeling van het huidige niveau van uitgaven als deel van het bbp, en vraagt meer overheidsuitgaven. Ten minste 17,5 procent van alle bijkomende overheidsuitgaven zouden op korte termijn worden gecompenseerd door hogere belastinginkomsten.

## Het actief-beleidsscenario is haalbaar maar moet ondersteund worden door transformatief beleid en waardig werk voor zorgverleners

De IAO heeft zorgwerk centraal gezet bij de initiatieven 'Women at Work' en 'Future of Work Centenary'. Het bereiken van gendergelijkheid op het werk is ook een grote prioriteit als gevolg van het opnemen van SDG 5, met als doel het "erkennen en naar waarde schatten van onbetaald zorgwerk door het voorzien van openbare diensten, infrastructuur en een sociaal beschermingsbeleid" (doelstelling 5.4). Deze globale verbintenis voor gendergelijkheid werd gepaard met een erkenning van de rol van de Agenda voor Waardig Werk in het transformeren van de planeet, extreme armoede de wereld uit te helpen en ongelijkheid aan te pakken. Dit wordt bestendigd door SDG 8 betreffende volledige en productieve tewerkstelling en waardig werk voor alle vrouwen en mannen.

Dit rapport toont dat de combinatie van het '3R'-kader – *recognizing* (erkennen), *reducing* (verminderen) en *redistributing* (herverdelen) van onbetaald zorgwerk – en de Agenda voor Waardig Werk samen de actief-beleidsbenadering definiëren voor sociaal rechtvaardig zorgwerk. Het roept op om kwaliteitsvolle zorg te voorzien, waar zowel onbetaalde verzorgers als ontvangers baat bij hebben, en om waardig werk te voorzien voor zorgverleners. De actief-beleidsbenadering voor zorgwerk moet een basis hebben in transformatieve maatregelen op vijf grote beleidsvlakken: zorg, macro-economie, sociale bescherming, arbeid en

migratie. Het beleid is transformatief als het bijdraagt aan de *erkenning van de waarde van onbetaald zorgwerk*, de *vermindering* van de moeilijkheid van bepaalde vormen van zorg en de *herverdeling* van zorgtaken tussen vrouwen en mannen, en tussen gezinnen en de overheid. Het beleid moet ook betaalde zorgverleners correct vergoeden en hun *vertegenwoordiging* stimuleren, net als die van zorgontvangers en onbetaalde verzorgers.

Grafiek 9 vat de beleidsaanbevelingen en -maatregelen samen die nodig zijn om het actief-beleidsscenario voor zorgwerk te bereiken met het ‘5R’-kader voor waardige zorgte-

**Grafiek 9. Het 5R-kader voor waardige zorgtewerkstelling: een actief-beleidsbenadering bereiken voor zorgwerk met gendergelijkheid**

Voornaamste beleidsvlakken	Beleidsaanbevelingen	Beleidsmaatregelen
Zorgbeleid	<p><i>Recognize (erkennen), reduce (verminderen) en redistribute (herverdelen) van onbetaald zorgwerk</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alle soorten zorgwerk meten en rekening houden met onbetaald zorgwerk in beleidsbeslissingen</li> <li>■ Investeren in kwaliteitsvolle zorgdiensten, zorgbeleid en infrastructuur relevant voor de zorg</li> <li>■ Een actief arbeidsmarktbeleid dat de toevoeging, herintegratie en vooruitgang van onbetaalde verzorgers in de arbeidsmarkt stimuleert</li> <li>■ Gezinsvriendelijke arbeidsregelingen invoeren voor alle werknemers</li> <li>■ Informatie en onderwijs stimuleren voor meer gendergelijkheid in gezinnen, op het werk en in de maatschappij</li> <li>■ Het recht op universele toegang tot kwaliteitsvolle zorg garanderen</li> <li>■ Zorgvriendelijke en genderbewuste sociale beschermingen inbouwen, waaronder basisbeschermingen</li> <li>■ Genderbewuste en openbaar gefinancierde verlofregelingen implementeren voor alle vrouwen en mannen</li> </ul>
Macro-economisch beleid		
Sociale beschermingsbeleid	<p><i>Reward (vergoeden): Meer en waardig werk voor zorgverleners</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Waardige arbeidsvoorwaarden opleggen en implementeren en een gelijk loon voor arbeid van gelijke waarde bereiken voor alle zorgverleners</li> <li>■ Een veilige, aantrekkelijke en stimulerende werkomgeving garanderen voor zowel vrouwelijke als mannelijke zorgverleners</li> <li>■ Wetten en maatregelen invoeren om migranten in de zorgsector te beschermen</li> </ul>
Arbeidsbeleid	<p><i>Representation (vertegenwoordiging), sociale dialoog en collectieve onderhandelingen voor zorgverleners</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ De volledige en effectieve deelname van vrouwen garanderen en gelijke kansen bieden voor leiderschap op alle niveaus van het beleid in het politieke, economische en openbare leven</li> <li>■ Vrijheid van vereniging stimuleren voor zorgverleners en werkgevers</li> <li>■ Sociale dialoog stimuleren en het recht op collectieve onderhandelingen versterken in de zorgsectoren</li> <li>■ Het ontstaan van allianties stimuleren tussen vakbonden die zorgverleners vertegenwoordigen en maatschappelijke organisaties die zorgontvangers en onbetaalde verzorgers vertegenwoordigen</li> </ul>
Migratiebeleid		

Bron: Illustratie auteurs. Zie Hoofdstuk 6, grafiek 6.1.

werkstelling: *recognize* (erkennen) *reduce* (verminderen) en *redistribute* (herverdelen) van onbetaald zorgwerk; *reward* (vergoeden) van betaald zorgwerk door het stimuleren van meer en waardig werk voor zorgverleners; en het verzekeren van de *representation* (vertegenwoordiging) van zorgverleners, sociale dialoog en collectieve onderhandelingen. Iedere groep van beleidsaanbevelingen hangt samen met een reeks maatregelen bedoeld om de actief-beleidsbenadering te ondersteunen en te bevorderen, en deze maatregelen worden gestuurd door de arbeidsnormen van de IAO.

Het '5R'-kader is een beleidsaanpak die steunt op mensenrechten en gendergelijkheid, wat een positieve spiraal creëert waarin ongelijkheid op het vlak van zorg wordt teruggedrongen, de belemmeringen van vrouwen naar betaald werk worden tegengegaan en de arbeidsomstandigheden van onbetaalde verzorgers en zorgverleners worden verbeterd, en daarmee ook de omstandigheden voor de ontvangers van de zorg.

## NOTES

- 1 ILO, 2013. *Resolution I: Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization*, adopted by the Nineteenth International Conference of Labour Statisticians, Oct. 2013 (Geneva).
- 2 WHO; World Bank. 2011. *World report on disability* (Geneva).
- 3 ILO; Gallup. 2017. *Towards a better future for women and work: Voices of women and men* (Geneva, ILO).
- 4 Ibid.
- 5 UNESCO (ed.). 2016. *Education for people and planet: Creating sustainable futures for all*, Global education monitoring report 2016, 2nd ed. (Paris).
- 6 ILO. 2017. *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* (Geneva).



**Gender, Equality and Diversity & ILOAIDS**  
**Conditions of Work and Equality Department**  
International Labour Office (ILO)  
4, Route des Morillons  
CH-1211 Geneva 22, Switzerland  
tel. +42 (1) 22 79 9 6730

[www.ilo.org/ged](http://www.ilo.org/ged)  
[www.ilo.org/care-economy](http://www.ilo.org/care-economy)



**Flanders**  
State of the Art

