

# Sociale coöperaties en sociale zorg

## Deel 2

John Restakis

*Dit is het tweede deel van een vertaling van een hoofdstuk uit Humanizing the Economy van John Restakis.<sup>1</sup> Het eerste deel analyseerde de problemen die de organisatie van sociale zorg vandaag ondervindt, waarop het principe van wederkerigheid als fundament van de economie van sociale zorg naar voor geschoven werd. Op die basis kan er vanuit de civiele samenleving een coöperatieve sociale economie uitgebouwd worden als alternatief voor zowel door de staat georganiseerde zorg als voor de privatisering ervan. Dat werd geïllustreerd met de zorgcoöperaties in Italië. Dit deel bespreekt op een meer systematische manier de argumenten voor een coöperatieve benadering van sociale zorg. Vervolgens worden, opnieuw aan de hand van een Italiaans voorbeeld, de mogelijkheden en voorwaarden voor het tot stand brengen van een sociale markt voor zorgactiviteiten uiteengezet.*

### Pleidooi voor een coöperatieve benadering van sociale zorg

Er zijn drie doorslaggevende redenen voor de bevordering van coöperatieve modellen voor de verstrekking van sociale zorg. De eerste heeft te maken met de aard van sociale zorg en het soort modellen dat het meest geschikt is voor de verstrekking ervan. Dat betreft de kwestie van relationele goederen. De tweede reden slaat op de relatie van de organisatiestructuur met het ontwerp, de verstrekking en de efficiëntie van de dienstverlening. De derde reden is de noodzaak om zorg te humaniseren via de vermaatschappelijking van haar inhoud en haar handelingswijze. Democratisering van zorg is daartoe wezenlijk.

#### *Relationele goederen*

De 'ontdekking' van relationele goederen is een van de werkelijk paradigmaverschuivende ontwikkelingen in de recente economische analyse. Anders dan conventionele goederen kunnen relationele goederen niet genoten worden door een individu alleen maar enkel samen met anderen. Het gaat om een specifiek soort publieke goederen waarvan hun aard *vereist* dat ze gedeeld worden. Bijgevolg schept participatie in de consumptie ervan bijkomende baten voor anderen en vergroot de waarde van het goed zelf. Voorbeelden zijn het collectieve genot door een gehoor van een muziekkuitvoering, het algemene gelach bij een komische film of de energie-explosie in een stadion wanneer een team een doelpunt maakt. Hoe meer mensen er van een relationeel goed genieten, hoe groter zijn nut. Toen de Canadezen met duizenden samenkwamen in cafés en woonkamers en op straathoeken om te zien hoe Canada olympisch goud won in het manneshockey in 2010, was de energie die dwars doorheen de natie stroomde relationele vreugde van een episch niveau. Op een meer intiem niveau verwerven relationele goederen waarde via oprechtheid of *authenticiteit* – en die kunnen gekocht noch verkocht worden. Vriendschap en zorg zijn relationele goederen en die zijn hun eigen beloning. Het zijn dingen waarvan de verkoop hun waarde onmiddellijk zou vernietigen.

In de sociale zorg zijn relationele goederen die diensten aan personen die gekenmerkt worden door de uitwisseling van menselijke relaties. Omdat bij relationele goederen de kwaliteit van de persoonlijke relatie tot de kern behoort van wat er uitgewisseld wordt, kunnen zij in sociale zorg enkel optimaal geproduceerd worden door het *samen* handelen van de verstrekker en de ontvanger. Bovendien worden relationele goederen ook gedefinieerd als de waarde van de relatie zelf, voorbij en bovenop de bijzondere goederen en diensten die geproduceerd worden.<sup>2</sup> Die kwaliteiten vallen toe te schrijven aan de unieke aard van sociale zorg. Wederkerigheid – in een relatie stappen van wederzijds voordeel op basis van gelijkwaardigheid – vormt de basis voor een type zorg waarin zowel zorgverlener als ontvanger deelnemen aan het tot stand brengen van zorg als een menselijke relatie, niet als een gekochte koopwaar of een liefdadigheidsaanbod. Wederkerigheid in de sociale zorg impliceert het delen onder gelijken van informatie, verantwoordelijkheid en macht. Zij vormt de bron van waardigheid voor de gebruiker, van professionele voldoening voor de zorgverlener en van wederzijdse verantwoordelijkheid voor beiden. Zonder een democratisering van zorg via het delen van macht en het herschikken van de relaties op basis van gelijkwaardigheid is niets van dat alles mogelijk. Coöperatieve structuren waarin macht gedeeld wordt tussen verstrekker en gebruiker maken dat wel mogelijk.

Neem als voorbeeld de zorg voor een persoon met een beperking. Een wederkerige relatie zou de ontvanger de middelen verschaffen om te bepalen hoe zijn of haar zorg verschaft zal worden: hij/zij zou een zeg hebben in het bepalen wanneer de zorg geboden wordt, wat de inhoud ervan is en hoe zijn/haar persoonlijke voorkeuren en noden het best gediend zijn.

Diensten zoals opvoeding, gezondheidszorg en zorg voor mensen met beperkingen zijn sociaal omdat het geen loutere koopwaren zijn. Zij verwijzen naar sociale relaties die totaal verschillen van de uitwisseling van koopwaren met het oog op winst, kenmerkend voor commerciële transacties. Daarom is het verwijzen naar zulke diensten als ‘producten’ en naar de ontvangers van sociale zorg als ‘klanten’ zo fundamenteel fout. Dat is de onbezonnen aandrang in een marktsamenleving om menselijke en sociale relaties tot koopwaar te maken. Noch staatsbureaucratieën, die de ontvangers van sociale zorg *depersonaliseren*, noch firma’s uit de privésector, die ontvangers *instrumentaliseren* als een bron van profijt, kunnen ooit geschikt zijn voor het verstrekken van relationele goederen.

***Wat in beide gevallen, verstrekking door de staat of als winstgerichte activiteit, te lijden heeft, is de kwaliteit van de zorg en de wederkerige relatie in het hart van de geboden dienst.***

Voor alle duidelijkheid, ik beweer niet dat privé-firma’s ongeschikt zijn om het zorgaspect van een sociale dienst te behartigen. Ik zeg dat het cultiveren van het relationele aspect van zorg, wat in wezen haar menselijke factor is, doorgaans niet in hun belang is omdat het tijdsinvestering betekent en dus geld, terwijl hun objectieve functie het maximaliseren van opbrengsten is. Hetzelfde probleem van conflicterende prioriteiten leidt ook tot

de ondermijning van de stimulans bij privé-firma’s om te investeren in de opleiding en professionele ontwikkeling van werknemers, wat resulteert in bijkomende vermindering van de zorgkwaliteit, de tewerkstellingsnormen en de bezieling van het personeel. Wat in beide gevallen, verstrekking door de staat of als winstgerichte activiteit, te lijden

heeft, is de kwaliteit van de zorg en de wederkerige relatie in het hart van de geboden dienst. Die tekortkoming van conventionele voorzieningssystemen heeft weinig te maken met de *intenties* die achter deze modellen van sociale zorg liggen. In het geding is de ondeugdelijke *fysiologie* van de structuren en de *economische principes* die ingezet worden om voor mensen te zorgen. Zoals hieronder meer in detail onderzocht wordt kunnen noch de herverdelende economische overheidslogica noch de commerciële ruillogica van de privésector recht doen aan het wederkerigheidsprincipe van sociale en relationele goederen.

### *Over vorm en functie*

Er werd vaak betoogd (alhoewel dit argument recent een pandoering heeft gekregen) dat de private sector efficiënter is dan de staat voor het leveren van publieke en sociale diensten, inbegrepen gezondheidszorg. Overheidsverstrekking van deze diensten wordt bekritiseerd als inefficiënt, niet kosteneffectief en ongeschikt om de reële noden en voorkeuren van 'consumenten' te beantwoorden. Daartegenover werd gesteld dat uitbesteding van publieke diensten overheden toelaat om hun uitgaven te beperken terwijl de toegang en keuze toeneemt via het introduceren van competitie door de private sector.

In Canada wordt dat argument nog voortdurend gemaakt, vooral voor de verstrekking van gezondheidszorg door de promotie ervan door machtige belangen als de Canadian Medical Association (CMA) die hard heeft gelobbyd voor het gebruik van privéklinieken voor testen, laboratoriumdiensten, CT-scans en heelkundige ingrepen terwijl dokters verder in de publieke systemen werken. Op haar jaarlijkse algemene vergadering van 2008, nam de CMA een motie aan die de organisatie opriep om 'een blauwdruk en tijdslijn te ontwikkelen voor een transformatie van de Canadese gezondheidszorg om vanaf februari 2009 patiëntgerichte zorg te leveren'. 'Patiëntgerichte zorg' is een eufemisme voor privatisering, en het argument voor deze verschuiving naar private zorg is 'betere toegang en keuze van de patiënt'. In een gelijkaardige zin verkondigde voormalig CMA-voorzitter Brian Day, een sterke voorstander van geprivatiseerde gezondheidszorg: "Competitie, keuze van de klant en marktprincipes bestaan nauwelijks in ons systeem van gezondheidszorg ... zonder competitie mogen we geen verbetering verwachten, laat staan excellentie".

Het gebruik van commerciële marktanalogieën zoals competitie en klantkeuze om het pleidooi te schragen voor private verstrekking van gezondheidszorg en andere soorten zorg heeft geen grond, theoretisch noch empirisch. De redenen daarvoor zijn duidelijk en gekend en het blijft verbazen hoe dat pleidooi nog steeds gehouden en ernstig genomen wordt. De principes die toegepast worden bij de productie en distributie van publieke goederen verschillen volledig van degene die de productie van koopwaren op de private markt aandrijven, om de eenvoudige reden dat publieke goederen bedoeld zijn om voor iedereen toegankelijk te zijn, ongeacht de mogelijkheid om te betalen. De toepassing van commerciële principes zoals het 'recht om te kiezen' en 'competitieve excellentie' kunnen slechts op publieke diensten toegepast worden indien die diensten universeel toegankelijk blijven. Dat is het niet-uitsluitingsprincipe dat een publiek goed definieert. Van het ogenblik dat een individu uitgesloten wordt van een gezondheidsdienst omdat hij het zich niet kan veroorloven om ervoor te betalen, houdt die dienst op

een publiek goed te zijn. Dat zou het onmiddellijke gevolg zijn van gebruikersbijdragen voor gezondheidsdiensten die niet beschikbaar zijn in het publiek gefinancierde systeem.

Wanneer daarentegen een gezondheidsdienst verstrekt wordt aan allen ongeacht de kosten ten gevolge van winstvereisten, dan wordt heel het systeem veel duurder en ook minder houdbaar. Het Amerikaanse model van op de markt gebaseerde gezondheidszorg is een schoolvoorbeeld van die dwaasheid. Bovendien genereert de private verstrekking van essentiële diensten zoals gezondheidszorg marktfalingen omdat private markten geen rekening houden met de externe baten van gezondheidszorg voor de brede samenleving. Omdat een private markt gecontroleerd wordt door de noodzaak winst te maken, zullen privéfirma's enkel die hoeveelheden of soorten goederen produceren, of het nu om gezondheidszorg, huisvesting of wat ook gaat, die een

opbrengst kunnen garanderen. En dat is ongeacht de noodzaak van dat goed of het voordeel dat de gemeenschap als geheel ten goede zou komen. Wanneer het om de voorziening van publieke goederen gaat, is marktfalen – het onvermogen van een productiesysteem om aan een vermarkte behoefte te voldoen – ingebouwd in het DNA van het privatemarktmodel.

***Wanneer het om de voorziening van publieke goederen gaat, is marktfalen – het onvermogen van een productiesysteem om aan een vermarkte behoefte te voldoen – ingebouwd in het DNA van het privatemarktmodel. De productie van publieke goederen door de staat ook, maar om andere redenen.***

De productie van publieke goederen door de staat is ook onderhevig aan marktfalingen, maar om andere redenen. Directe voorziening van diensten door de overheid schept inefficiënties die voortvloeien uit de aard van bureaucratieën om kosten

te maken zonder een evenredige bijdrage van waarde aan de productie. En waar overheden marktfalingen kunnen corrigeren door te verzekeren dat er een optimale hoeveelheid diensten geproduceerd wordt, gebeurt dat met een kost die onhoudbaar wordt wanneer een onbeperkte groei in de vraag naar diensten gekoppeld wordt met de inherente kosten van een bureaucratie.

De organisatievorm is fundamenteel voor de verhouding tussen de inhoud van sociale zorg en de systemen die erin voorzien. Bij staatsvoorzieningen past het om sociale zorg te beschouwen als een burgerrecht dat gelijk beschikbaar zou moeten zijn voor alle burgers. Maar gelijkheid in dienstverlening vertaalt zich zelden in sociale zorg die billijk en gepast is als antwoord op de unieke behoeften van individuen. Wat billijk is voor allen is vaak uiterst onbillijk voor individuen. Universele toegang via staatssystemen vereist dat diensten geconcentreerd worden voor grote groepen gebruikers, niet voor individuele gevallen. Inflexibiliteit, stroefheid en standaardisering van zorg zijn een noodzakelijk gevolg. Dat is het onvermijdelijk ontmenselijkende en ontpersoonlijkende effect van bureaucratie.

Dat alles is goed bekend, zowel academisch als in de geleefde ervaring van talloze individuen die de inefficiënties en onwaardigheden van bureaucratische systemen ondergaan hebben. Een alternatief voor zowel private zorg als traditionele overheidsvoorziening is essentieel indien de publieke aard van gezondheids- en sociale zorg beschermd moet worden en toch moet beantwoorden aan de werkelijke behoeften en voorkeuren van mensen.

Coöperatieve modellen voor de levering van gezondheids- en sociale diensten toonden een opmerkelijk vermogen om nieuwe soorten zorg te verstrekken aan een kost en op een manier die de voordelen van een publiek goed vermengt met de keuze en responsiviteit die gewoonlijk met een privédienst geassocieerd worden. Sociale coöperaties speelden bijvoorbeeld een grote rol in de verbetering van zowel de kwaliteit van de thuiszorg als van de werkomstandigheden, lonen en professionele bekwaamheid van thuisverzorgers. (Een uitstekend voorbeeld is Home Care Associates in de South Bronx.) Een ander voorbeeld is de verstrekking van training van basisvaardigheden en tewerkstelling van personen met een verstandelijke beperking. In Langston (Ontario) werden er werkerscoöperaties opgericht waarvan de leden volwassenen met een verstandelijke beperking zijn die ooit 'cliënten' waren van beschutte werkplaatsen. In de coöps vinden zij niet enkel een betekenisvolle job, zij zitten mee in het bestuur en hebben inspraak in hoe de ondernemingen gerund worden. De redenen voor dit soort verbeteringen vloeien voort uit de structuur van coöperaties als organisaties die eigendom zijn van en bestuurd worden door de gebruikers. Zoals publieke diensten hebben coöperaties een wederkerigheidsfunctie: het dienen van de collectieve noden van de leden-eigenaars. In het geval van sociale coöperaties worden die doelstellingen uitgebreid naar de hele gemeenschap. Maar de schaal van voorziening is veel kleiner – gebaseerd op de gemeenschap – en anders dan overheids-systemen berust het ontwerp en de verstrekking van de diensten in de handen van coöpleden, die daarbij de keuze krijgen die eigen is aan de private markt.

***Coöperatieve modellen voor de levering van gezondheids- en sociale diensten toonden een opmerkelijk vermogen om nieuwe soorten zorg te verstrekken aan een kost en op een manier die de voordelen van een publiek goed vermengt met de keuze en responsiviteit die gewoonlijk met een privédienst geassocieerd worden.***

In het geval van gezondheidsvoorzieningen verrichtten coöperaties baanbrekend werk op het vlak van een patiëntgerichte benadering in de gezondheidszorg, een rechtstreeks gevolg van gebruikerscontrole over het ontwerp en de verstrekking van de diensten. Op dezelfde manier hebben sociale coöperaties en andere sociale ondernemingsvormen in de sociale zorgvoorziening het bereik van voor burgers beschikbare diensten vergroot, terwijl ze tegelijkertijd de kosten voor die voorzieningen door de staat binnen de perken konden houden. In beide gevallen was het coöperatief model het meest effectief wanneer het ontwikkeld werd als een aanvulling, niet als een substituuut voor publieke diensten. Op die plaatsen waar sociale coöperaties het meest geavanceerd zijn, pleiten hun voorstanders hard voor een verderzetting van de centrale rol van de overheid in de financiering en regulering van publieke diensten.

Het voorbeeld van de sociale coöperaties in Italië toont dat hun multi-stakeholderstructuur een sleutelfactor is in de rol die ze spelen in de kostenverlaging, de toename van dienstinnovatie, het hoofd bieden aan marktfalingen en het beantwoorden van de veranderende behoeften van individuele gebruikers. Het betrekken van groepen belanghebbenden bij de productie en verstrekking van diensten biedt voordelen die de coöperaties onderscheiden van conventionele non-profitorganisaties, privéfirma's en overheidsagentschappen.<sup>3</sup>

Vermits sociale coöperaties gecontroleerd worden door een verscheidenheid aan belanghebbenden worden de kosten beperkt omdat ze niet enkel gecontroleerd worden door

degenen die monetaire voordelen ontvangen van de organisatie – werknemers in het geval van non-profitorganisaties of investeerders bij privéfirma's. De controlerechten die uitgeoefend worden door gebruikers en vrijwilligers matigen de distributie van opbrengsten en de stijging van de kosten waardoor sociale coöperaties op een efficiëntere manier diensten kunnen verstrekken. Het betrekken van gebruikers en vrijwilligers in de dienstverlening verlaagt tevens de productiekosten.

De betrokkenheid van meerdere belanghebbenden vermindert ook de traditionele informatie-asymmetrie die de efficiënte dienstverlening ondergraven in non-profitorganisaties, modellen van welzijnsvoorzieningen en privéfirma's. In het bijzonder de betrokkenheid van gebruikers vergroot de toegang tot informatie, prikkelt innovatie in het ontwerp van de dienstverlening en verhoogt de niveaus van transparantie en verantwoordelijkheid in de organisatie.

Sociale coöperaties zijn beter in staat om te gaan met ontoereikende budgetten, wat een marktfaling is van overheidsdiensten. De kapitaalverschaffing aan diensten via een combinatie van publieke en private fondsen is een sleutelstrategie om kosten zo te verdelen dat diegenen gesubsidieerd worden die zich de dienstverlening het minst kunnen veroorloven. De betrokkenheid van meerdere belanghebbenden beperkt ook het monopolie van de marktcontrole door overheidsdiensten en de daarmee gepaard gaande problemen bij de mogelijkheid van gebruikers om toegang te hebben tot diensten die reëel aan hun voorkeuren beantwoorden.

Ten slotte, vermits sociale coöperaties niet zo beperkt zijn in het verdelen van opbrengsten als conventionele non-profitorganisaties, zijn ze beter toegerust om kapitaal op te halen bij leden, financiers en andere belanghebbenden. Ze zijn ook in staat om een beperkte kapitaalopbrengst te voorzien voor investeerders en financiers. Deze kapitaalvoordelen maken sociale coöperaties ondernemender en meer in staat om innovatie in de dienstverlening of de ontwikkeling van nieuwe projecten te financieren.

### *Democratisering van de zorg*

Zoals alle coöperaties worden sociale coöperaties gedefinieerd door het feit dat zij controlerechten verlenen aan belanghebbenden en leden. In die zin verschillen ze van andere non-profitorganisaties die wezenlijk bepaald worden door de restrictie op de distributie van opbrengsten. In een coöperatieve structuur bepaalt het beginsel van ledencontrole en eigenaarschap van de coöperatie zowel de cultuur als de werking van de organisatie. In die sociale coöperaties waarin de gebruikers ook leden zijn, heeft de werking van de controlerechten het vermogen om de gebruiker te transformeren van een louter passieve zorgontvanger, een *object* van zorgsystemen, naar een hoofdrolspeler in het ontwerp en de verlening van de zorg, een actief *subject* in de zorgrelatie. Sociale zorg wordt een resultaat dat gedeeld wordt tussen zorgverlener en zorgontvanger. Daat principe van persoonlijke controle is fundamenteel voor de hervorming van sociale zorgsystemen, in het bijzonder voor zij die het meest afhankelijk zijn – mensen met beperkingen, de armen en de gemarginaliseerden. De hervorming van sociale zorg, haar transformatie naar een humaan systeem van sociale relaties, vereist minstens haar democratisering.

## Voorbij een defensieve opstelling

Ondanks de rol die sociale coöperaties in Italië speelden in de hervorming van de sociale zorg, waren de meeste organisaties in de civiele samenleving als geheel zeer weigerachtig om de overheid te engageren voor die kwestie. Gedurende twee decennia werd elke hervorming gecontroleerd door groepen uit de private sector ter bevordering van hun eigen commerciële belangen, en wellicht als onderdeel van een oprechte overtuiging van de superioriteit van vrijemarktmodellen. Dat betekende dat de civiele samenleving, en politiek links in het algemeen, in de positie zaten een dysfunctionele status quo te verdedigen. De georganiseerde arbeidersbeweging in het bijzonder, was onwillig om in te stemmen met iedere actie die geconstrueerd kan worden als een verzwakking van de rol van de staat in publieke diensten en die bij uitbreiding de jobs van ambtenaren verder in het gedrang brengt. In Canada, zoals elders, hebben de aantasting van collectieve overeenkomsten en de vermindering en verlies van duizenden jobs in de publieke sector hun pijnlijke tol gekregen. Een van de fruikende effecten is de bunkermentaliteit van de georganiseerde arbeid. Toch moet de ongemakkelijke vraag nog gesteld worden: Indien de belangen van de vakbewegingen, tenminste in Canada, enkel gedreven worden door het feit dat het gros van hun leden en bijdragebetalers in de publieke sector zit, hoe kunnen zij dan een kracht zijn voor een hervorming van de sociale zorg die de rol van de staat erin bevraagt?

Over het algemeen is de houding van politiek links en van die segmenten van de civiele samenleving die op dit vlak actief werden defensief – een conservatieve kracht in oppositie met verandering. Gezien de schade die in naam van ‘hervorming’ gedurende de laatste twee decennia aan de publieke diensten werd aangebracht, is dat begrijpelijk. Maar de voortdurende verdediging van het staatsmonopoliemodel is onhoudbaar, kortzichtig en maakt een ernstige zwakheid zichtbaar. Het kortetermijnbelang van arbeid is één zaak. Een andere is de afhankelijkheid van de overheid van vele instellingen in de civiele samenleving. De civiele samenleving blijft, ondanks haar formele onderscheiding van de staat, een afhankelijke sector, een cliëntsector van de staat. Te veel non-profitorganisaties, ngo’s en het leiderschap dat zij waarnemen, worden slechts in werking gehouden door overheidsfinanciering. Bijvoorbeeld meer dan 50 percent van de kosten voor diensten geleverd door vrijwillige non-profit welzijnsorganisaties in de VS wordt gefinancierd via regelingen met overheidsaanbestedingen. Overheden staan in voor 65 percent van het Catholic Charities budget, meer dan 60 percent van Save the Children en 96 percent van de financiering van Volunteers of America.<sup>4</sup> Hetzelfde geldt meestal ook in Canada. De afwezigheid van autonomie heeft het vermogen van die organisaties ondermijnd om de belangen van de civiele samenleving te vertegenwoordigen en ervoor te vechten als een sector met eigen belangen los van de staat. Op een ogenblik dat de overheid haast alle onderscheidingen tussen private en publieke belangen heeft uitgewist, tast afhankelijkheid van de staat ook het vermogen van de civiele samenleving aan om de hervorming te eisen van publieke instituties in overeenstemming met hun geëigende waarden en met het publieke belang. Het falen om zich ten volle rekenschap te geven van de kwesties die in het geding zijn

***De voortdurende verdediging van het staatsmonopoliemodel is onhoudbaar, kortzichtig en maakt een ernstige zwakheid zichtbaar. De civiele samenleving blijft, ondanks haar formele onderscheiding van de staat, een afhankelijke sector, een cliëntsector van de staat.***

en om leiderschap te tonen in wat wellicht de bepalende publieke beleidskwestie is bij aanvang van de 21<sup>ste</sup> eeuw, heeft net het terrein overgelaten aan die krachten die het minst bekommerd zijn om het publieke belang.

Voor wie pleit voor een humaner alternatief voor de status quo is het niet voldoende om te eisen dat de civiele samenleving een grotere rol speelt in de bescherming van de bestaande sociale diensten. Er zijn nieuwe modellen van sociale zorg nodig die de eigenschappen wederkerigheid, toegankelijkheid en verantwoordelijkheid omvatten. Dat werd aan de orde gesteld door veel groepen die zorg verlenen aan mensen in nood en hun gemeenschappen. Het was een sleutelement in het naar voor schuiven van het concept 'gemengde zorg' (*blended care*) dat de gezondheidszorg probeert te hervormen via de incorporatie van de principes preventie, betrokkenheid van de gemeenschap en gebruikerscontrole in de voorziening van basisgezondheidszorg. Op dezelfde manier was de drang van de gemeenschap van mensen met een beperking naar individuele financiering, waarbij een individu direct de fondsen ontvangt om zijn of haar zorg in te kopen, een poging om het principe van autonomie en persoonlijke keuze te intro-

duceren voor individuen die afhankelijk zijn van diensten voor persoonlijke zorg. Wat echter ontbreekt is de mix van organisatievormen en publiek beleid die empowerende en vermaatschappelijkende voorzieningsmodellen enerzijds kunnen combineren met nieuwe economische en machtdelende relaties met de staat anderzijds. Wat nodig is, is een nieuw begrip van marktkrachten met respect voor sociale zorg en relationele goederen.

***De civiele samenleving moet bevrijd worden van haar ondergeschikte status tegenover de staat, dient volwassen te worden als een onafhankelijke sociale kracht en een echte civiele economie voor sociale en relationele goederen dient gecreëerd.***

De civiele samenleving ten slotte, moet nadenken over civiele oplossingen, en ze ook articuleren, voor de uitdagingen van sociale zorg in een nieuw tijdperk. Dat impliceert de bevrijding van de civiele samenleving van haar ondergeschikte status tegenover de staat, de volwassenwording van de sector als een onafhankelijke sociale kracht en de schepping van een echte civiele economie voor sociale en relationele goederen – een sociale markt die past bij de bijzondere werking van de sociale economie. Alleen op die manier zal de dominante macht en invloed van de kapitalistische markt opnieuw in balans gebracht worden met civiele waarden. Een autonome civiele economie die gebaseerd is op wederkerigheid en civiele waarden maakt de noodzakelijke politieke macht mogelijk om een nieuw sociaal contract te onderhandelen voor een nieuw tijdperk.

## Creëren van een sociale markt

Een recent experiment in Bologna kan de sleutel inhouden voor de oprichting van een sociale markt zonder de verplichtingen en prerogatieven van de overheid aan te tasten, terwijl tegelijkertijd ingezet wordt op de sociale economie van wederkerigheid.

### *Experiment: van paternalisme naar democratisering via vouchers*

In 2002 begon de stichting Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna te experimenteren met nieuwe manieren om de sociale zorg voor ouderen te financieren. Daarvoor had ze, zoals de meeste stichtingen, subsidies gegeven aan een verscheidenheid aan sociale dienstengroepen die daarmee sociale zorg verleenden aan senioren en hun families overheen de stad. De dienstverlenende organisaties behielden de volledige controle over de fondsen, terwijl de gebruikers van de diensten nauwelijks of geen rol speelden in de beïnvloeding van inhoud of kwaliteit van de zorg die ze ontvingen. Noch was het voor de gebruikers gemakkelijk om elders meer aangepaste zorg te zoeken indien ze ongelukkig waren. De gesubsidieerde groepen waren gevestigde organisaties, zeker van hun financiering, en hadden weinig aansporing om te veranderen zolang de macht exclusief in hun handen bleef. Hun aansprakelijkheid liep naar de financiers, niet naar de mensen die zij verondersteld werden te dienen. Bovendien hield het model een van de ergste kenmerken in van private diensten in de publieke sector, namelijk de afzondering van derde-partij-aannemers van de financier enerzijds en van de gebruikers anderzijds. Onder derdencontracten gebruikt niet de koper (in dit geval de private stichting) de aangeschafte diensten, betaalt niet de gebruiker voor de ontvangen diensten en staat de aannemer in een zeer voordelige positie om te onderhandelen met een koper die zelden ziet wat er gekocht wordt en een consument die nooit de kosten draagt. Dat is een recept voor lage verantwoordelijkheid, wat de kwaliteit van de dienst aantast, en voor de afwezigheid van gebruikersinvloed op de prijzen, wat geen controle op de kosten oplevert.

Dat is het klassieke liefdadigheidszorgmodel dat thans universeel geworden is bij non-profitorganisaties. Het probleem in Bologna was dat in veel gevallen senioren en hun families ontevreden waren over de diensten die zij ontvingen. Maar omdat ze geen controlerechten hadden in de organisaties, noch enige zeg over de fondsen die voor de diensten betaalden, waren ze machteloos om iets te doen zonder de zorg te bedreigen waar ze afhankelijk van waren. Zoals bij modellen van overheidsvoorziening, deelden deze non-profitorganisaties ondanks hun goede bedoelingen in de alledaagse fouten van paternalisme, inflexibiliteit en gebrek aan transparantie die voortvloeien uit het gebrek aan verantwoordelijkheid bij gebruikers. Dat alles veranderde toen de stichting besliste om de organisaties te passeren en de financiering direct aan de senioren te verstrekken onder de vorm van sociale vouchers. In plaats van de aanbodzijde van de sociale zorg te financieren wilde ze de vraagzijde financieren. Tweehonderdzeventig senioren en hun families waren in het programma betrokken.

Elke voucher dekte de kosten voor een specifiek dienstenpakket. Er waren verschillende pakketten, afhankelijk van het type diensten dat individuen nodig hadden en van hun overeenkomstige mogelijkheid om een deel van de kosten te betalen. Zij die minder in staat waren om de volledige kosten te dekken werden gesubsidieerd door de stichting en door de bijdragen van de gebruikers die meer konden betalen. Ten slotte konden

de sociale vouchers afgekocht worden bij gelijk welke uit een groep vooraf gemachtigde dienstenorganisaties, zij het coöperatief, door de staat opgezet of privaat gerund. Van de een op de andere dag was de machtsbalans tussen dienstverlener en gebruiker omgekeerd. Nu konden ouderen en hun families die dienstenorganisaties selecteren die het best in hun noden konden voorzien. De sociale vouchers waren de universele munt voor diensten. Zij zagen er identiek uit en het aandeel privébijdrage aan de sociale subsidie was enkel gekend door de stichting; zo was er geen stigma of discriminatie verbonden met hun gebruik. Het was voor voorzieningen ook niet mogelijk om te concurreren op basis van de kosten, vermits de vouchers alle kosten gelijkelijk dekten. Competitie was er enkel op basis van kwaliteit. In de loop van drie jaar verbeterde de kwaliteit van de ouderenzorg, daalden de kosten en organisaties die focusten op kwaliteit van de dienstverlening, innovatie en flexibiliteit bloeiden. Sociale coöperaties die senioren en hun families opnamen in hun lidmaatschap presteerden het beste.

### *Lessen uit het experiment*

Welke lessen kunnen er uit dit experiment getrokken worden? Ten eerste wijst het erop dat bij sociale zorg vraagfinanciering<sup>5</sup> een directe weerslag kan hebben op de kwaliteit van de ontvangen zorg. Dat hoeft niet te verwonderen. Er zal onvermijdelijk competitie ontstaan, niet op de bekende manier van overheidscontracten waar lage kosten vaak de beslissende factor is, maar eerder op een manier die voordelig is voor de gebruikers van de diensten. Het is eveneens niet verwonderlijk dat de organisaties die liefdadigheids- en overheidsfinanciering ontvingen weerstand zouden bieden tegen zulke verandering. Maar uiteindelijk gaat sociale zorg niet over de verstrekkers, maar over zij die van hun diensten afhankelijk zijn.

De tweede les is dat de beperkte sociale markt voor ouderenzorg die in dit voorbeeld gecreëerd werd op een veel grotere schaal vermenigvuldigd kan worden. Er kan een sociale markt gecreëerd worden die een andere set van relaties en aansporingen meebrengt tussen gebruikers, dienstverstrekkers en financiers, of ze nu publiek of privaat zijn. Het gebruik van vouchers is slechts één mechanisme om burgers te empoweren. De fundamentele kwestie betreft de distributie van economische en politieke invloed naar zij die verondersteld worden gediend te worden.

Er is geen reden waarom vouchers of andere middelen om marktmacht in de handen van burgers te leggen exclusief geassocieerd moet worden met een politiek recht zoals vandaag meestal het geval is. Het gebruik van marktmacht voor sociale zorg is even gepast voor sociaal progressieve doeleinden indien de markt in kwestie gestructureerd wordt rond civiele principes. Niet alle markten zijn commercieel of kapitalistisch, en hoe eerder sociale hervormers en progressieven dat begrijpen, hoe vroeger we kunnen beginnen met de tegenstelling tussen sociale goederen en antisociale distributiesystemen op te lossen. De civiele samenleving moet greep krijgen op hoe men economie kan laten werken voor civiele doeleinden – als een sociale markt.

### *Zes essentiële vereisten voor een sociale markt*

Zes factoren lijken essentieel. De eerste vereist dat de productie van veel sociale diensten verschoven wordt van de overheid naar democratisch gestructureerde civiele instellingen. De overheid zou haar rol behouden van voornaamste financier van de

diensten. Het eerste gedeelte van deze vergelijking is al goed onderweg. Overheden ontdoen zich al gedurende twee decennia van sociale diensten in de richting van private en non-profitvoorzieningen. Wat ontbreekt is het tweede aspect, de noodzaak van controle en verantwoordelijkheid voor de dienst bij gebruikers (zoals dat eveneens is met de financiering). Sociale diensten die publieke financiering ontvangen en die niet onder de directe controle van de staat staan, zouden maar overgedragen mogen worden aan die organisaties die gebruikers controlerechten geven over het ontwerp en de verstrekking van de diensten aan de gebruikers. Dat geldt gelijkelijk voor non-profit- en for-profit-voorzieningen. Voorbeelden omvatten organisaties die ouderenzorg, gezinsdiensten of dagzorg verstrekken. Bovendien zouden diensten die onder staatscontrole blijven, en zo zijn er vele (sociale zekerheid, publieke pensioenen, publieke autoverzekering, gezondheidszorgdiensten, enz.), zo ver als mogelijk gedemocratiseerd moeten worden. Iedereen met een gezondheidskaart, een sociale-zekerheidsnummer of een rijbewijs zou in de instituties die deze diensten controleren lidmaatschapsrechten moeten krijgen en toegang tot vertegenwoordiging in de bestuursraden van die organisaties.

Neem nu gezondheidszorg. In de meeste jurisdicties worden regionale gezondheidsautoriteiten volledig gefinancierd door de overheid. Niettemin worden ze gerund zoals private ondernemingen met hun door het ministerie van gezondheid benoemde CEOs en besturen. De belangrijkste maatregel die genomen kan worden om hun responsiviteit te verbeteren ten aanzien van de noden van de gemeenschappen die zij verondersteld worden te dienen, is om directe gemeenschapsvertegenwoordiging in die besturen mogelijk te maken via democratisch gestructureerde organisaties op lokaal niveau. En hoewel het argument opgeworpen kan worden dat diensten als werkloosheidsverzekering die sterk gecentraliseerd zijn en nationaal beheerd worden een dergelijke democratisering onwerkbaar maken, is een groot deel van door de staat gecontroleerde diensten regionaal verankerd. Het basisprincipe van subsidiariteit, waarbij diensten gecontroleerd worden door die niveaus van de staat die het kortst bij de gebruiker staan, zou onmetelijk verbeteren indien het gecombineerd wordt met democratisch bestuur. Zoals we in het geval van de Japanse gezondheidscoöperaties in het volgende hoofdstuk zullen zien, is het net de aanwezigheid van democratische controle door leden van de gemeenschap die een van 's werelds leidende voorbeelden van preventieve zorg tot stand heeft gebracht.

Ten tweede zou de overheidsfinanciering, minstens gedeeltelijk, rechtstreeks naar de ontvangers van sociale zorg moeten vloeien die dan de diensten die zij nodig hebben kunnen selecteren bij geaccrediteerde organisaties naar hun keuze. Om gekwalificeerd te worden voor het ontvangen uit publieke fondsen, moeten die organisaties over voorzieningen beschikken voor gebruikerscontrole over hun werking. Bovendien moeten de fondsen beschikbaar gemaakt worden voor de organisatie van onafhankelijke gebruikerscoöperaties om hun leden, gebruikers en hun families, bij te staan in de identificatie, evaluatie en contractering van zorgdiensten. Dat is cruciaal, vooral in het geval van gebruikers die niet de middelen of het vermogen hebben om op zichzelf adequaat diensten te selecteren en te contracteren.

Ten derde moeten sociale zorgorganisaties de legale mogelijkheid hebben om kapitaal bijeen te brengen van onder andere gebruikers en uit de civiele samenleving in het algemeen op basis van sociale investering. Binnen een sociale zorgcoöperatie zouden zowel gebruikers als gemeenschapsleden bevoegd zijn om kapitaalaandelen te kopen om de coöperatie te kapitaliseren. Die aandelen kunnen een beperkte opbrengst opleveren

voor de investeerders en tevens zou de controle door investeerders binnen de coöperatie beperkt worden om de democratische controle door coöpleden te verzekeren. Als sociale investeringen zouden die kapitaalsopbrengsten niet getaxeerd worden als inkomen. Sociale kapitalisatie vereist bovendien het creëren van een sociale marktuitwisseling op basis van het wederkerigheidsprincipe. Individuele investeerders zouden aandelen kunnen kopen met een beperkte opbrengst, waarbij het kapitaal gebruikt wordt om krediet en investeringskapitaal te verlenen aan organisaties in de sociale economie. De aandelen zouden ook in aanmerking komen voor belastingkredieten op grond van het feit dat dergelijke investeringen een duidelijk en direct sociaal voordeel hebben.<sup>6</sup>

Ten vierde zouden alle overschotten die door deze organisaties gegenereerd worden, minstens gedeeltelijk, als sociale aanwinsten beschouwd moeten worden. Alle sociale zorgorganisaties die publieke fondsen gebruiken zouden een onverdeeldbare reserve moeten opbouwen voor de uitbreiding en ontwikkeling van de organisatie en haar diensten. Een deel van het werkingsoverschot zou tevens gebruikt moeten worden voor de gedeeltelijke kapitalisatie van de sociale marktuitwisseling via het aankopen van aandelen.

Ten vijfde zou de voornaamste rol van de overheid erin bestaan de voorziening van publieke fondsen voor sociale zorgdiensten voort te zetten en om de spelregels op te stellen. In partnerschap met dienstverstrekkers, zorgverleners en gebruikers zou de staat de dienstverstrekking reguleren en monitoren, de standaarden voor de diensten opstellen, dienstverstrekkers vergunnen en wettelijke en reglementaire voorwaarden afdwingen.

Ten slotte zou het ontwerp van de diensten en de behartiging van de dienstnoden zoveel mogelijk plaats moeten vinden op het gemeenschaps- en regionale voorzieningsniveau. Dat vereist de oprichting van civiele en gemeentelijke verenigingen van publieke en gemeenschapsstakeholders om de aansprakelijkheid van de diensten te verzekeren, als ook de informatiestroom die noodzakelijk is voor de effectieve budgettering, opzet en verstrekking van diensten. Het allerbelangrijkste is dat die decentralisering van dienstverstrekking de democratisering van het beslissingsproces moet inhouden via het delen van controlerechten met gebruikers en zorgverleners.

#### *Collectieve verantwoordelijkheid: civiele samenleving en publieke dienstverlening*

De opgesomde voorwaarden zijn vanzelfsprekend niet volledig. Maar ze geven de richting aan voor de beschouwde ontwikkeling van een marktstructuur die focust op de sociale en economische realiteit van de goederen en diensten die zij verondersteld wordt te faciliteren. Daarin is niets onverdedigbaar op theoretische, politieke of pragmatische gronden. Wat werkelijk in het geding is, is of sleutelactoren en organisaties binnen de civiele samenleving en de sociale economie een consensus tot stand kunnen brengen over de veranderde werkelijkheid en de noodzaak voor de civiele samenleving om een nieuwe rol te spelen – om feitelijk uit te groeien en haar plaats in te nemen als een autonome sector van de samenleving in een gepaste balans met de staat en de commerciële markt. Tot wanneer dat zal gebeuren, zal de voortschrijdende kolonisering van de sociale en publieke ruimte door het kapitaal blijven duren.

Het argument voor het promoten van een vernieuwde rol voor de civiele samenleving in de productie van sociale diensten betekent niet dat het principe van collectieve

verantwoordelijkheid voor die diensten wordt opgegeven. Noch betekent het de opheffing van staatsverantwoordelijkheid ten voordele van privatemarktoplossingen. Het betekent de loskoppeling van publieke goederen van exclusieve overheidscontrole. Publieke fondsen zouden nog steeds naar die diensten gaan en zij zouden nog steeds universeel toegankelijk zijn. Maar de organisatiestructuren die de diensten verschaffen zouden geleidelijk civiel worden. De civiele samenleving is het reservoir van die waarden en sociale relaties die het meest geschikt zijn om zorg te verstrekken op een manier die humaan is, responsief en gegrond op de principes van wisselwerking en wederkerigheid<sup>7</sup> die het waarmede zijn van zorgende relaties. Wat ontbreekt is de ontwikkeling van civiele-samenlevingsinstituties die in staat zijn om die waarden toe te passen op een schaal, en in de context van een moderne gemengde economie<sup>8</sup>.

In veel opzichten maakt de strijd om de publieke diensten die de civiele samenleving aangegrepen heeft, deel uit van een noodzakelijk rijpingsproces dat uiteindelijk nieuwe vormen van sociale zorg zal baren. Het spotlicht dat op de rol van de civiele samenleving inzake sociale zorg geworpen werd is er geen waarom gevraagd werd. Het verscheen als gevolg van de veranderingen die aan de staat werden opgedrongen door financiële, organisatorische en ideologische druk. Vooral in de ontwikkelingslanden was de druk – sommigen spreken van dwang – die de globalisering begeleidde bijzonder schadelijk voor het idee van sociale goederen als een civiele verplichting. Het resultaat daarvan is dat sociale zorg haar sociale betekenis dreigt te verliezen.

Tot nu toe was de houding van het leiderschap dat in de civiele samenleving ontstond om die veranderingen te beantwoorden defensief en volledig inadequaat om de veranderingen tegemoet te treden die gekoesterde noties wegvegen over de rol van de overheid, de individuele burger, de private sector en de betekenis en inhoud van sociale zorg. Wat dringend nodig is, is een duidelijk en moedig begrip van de immense krachten die in het spel zijn, en een begeleidende visie voor

het tot stand komen van een heel nieuwe rol voor de civiele samenleving als de bron en ultieme bewaker van die sociale en civiele waarden die onze relaties als burgers humaniseren. Dat geldt zowel voor de zorg voor elkaar in tijden van nood, als voor de verzekering dat blinde kapitaalbelangen de banden en verplichtingen van een zorgende gemeenschap niet vervangen door de onmenselijke mechanismen van de commerce. Dat is niet enkel een kwestie van verloren jobs of verminderende kwaliteit van de zorg, van welk kritisch belang die vragen ook zijn. In het geding is het idee van sociale zorg als een verplichting van een gemeenschap om te zorgen voor haar leden op grond van een gedeelde menselijkheid zoals die tot uitdrukking komt in relaties en wederkerige verantwoordelijkheid. Om die reden is de verbreiding van wederkerigheid via de democratisering van sociale zorg essentieel.

Coöperatieve instellingen spelen een unieke rol in dat proces als bron van ideeën en historische ervaring en als model voor de realisering van die waarden in concrete sociale relaties. Zoals de sociale coöperaties in Italië laten zien, en zoals we zo dadelijk zullen zien in de ervaring van de gezondheidscoöperaties van Japan, kunnen coöperaties de instrumenten aanreiken om voorbij het conventionele kader van dit debat te bewegen

***Wat ontbreekt is de ontwikkeling van civiele samenlevingsinstituties die in staat zijn om die waarden toe te passen op een schaal, en in de context van een moderne gemengde economie.***

en een nieuwe visie op zorg te bevorderen die de waarden van de civiele samenleving beter in balans brengt met de hulpbronnen en de herverdelende macht van de staat. Dergelijk project is centraal voor de herwinning van sociale waarde in de politieke en economische instituties van onze nieuwe eeuw.

Vertaling: Jef Peeters

## Bio

John Restakis is directeur van de British Columbia Co-operative Association (Canada) en een belangrijk onderzoeker op het vlak van coöperatieve economieën wereldwijd. Hij werkt ook samen met de P2P Foundation over de modaliteiten van een *commons*-transitie.

<http://johnrestakis.net>

## Eindnoten

1. 'Social Co-ops and Social Care' is hoofdstuk 5 uit: John Restakis 2010, *Humanizing the Economy. Co-operatives in the Age of Capital*. Gabriola Island, BC, Canada: New Society Publishers, 87-116. Vertaald met toestemming van de auteur. Enkele van de tussentitels werden door de vertaler toegevoegd. Het eerste deel verscheen in *Oikos* 76 (1/2016), p.11-24, voorafgegaan door een inleidend artikel van Jef Peeters 'De economie humaniseren', p. 4-10.
2. Zie C.J. Uhlaner, 'Relational goods and participation: incorporating sociability into a theory of rational action', *Public Choice*, 62, 1989, 253-285.
3. Alberto Bacchiega en Carlo Borzaga, 'The economics of the third sector: toward a more comprehensive approach', in *The Study of the Nonprofit Enterprise: Theories and Approaches*, Helmut Anheier and Avner Ben-Ner (eds), Kluwer Academic and Plenum, 2003.
4. Neil Gilbert en Paul Terrell, *Dimensions of Social Welfare Policy*, Allyn and Bacon, 2005.
5. In het origineel staat 'supply side funding', wat we in overleg met de auteur gecorrigeerd hebben. [nvdv]
6. In 2009 werd er een model voor een dergelijke aandelenmarkt naast de conventionele aandelenmarkt tot stand gebracht in Milaan.
7. 'Reciprocity and mutuality'. Het Engels heeft twee termen om 'wederkerigheid' uit te drukken. Dit is de enige plaats waar Restakis *mutuality* gebruikt, wat eerder de verhouding van de wederzijdsheid uitdrukt, terwijl *reciprocity* actief verstaan moet worden. [nvdv]
8. 'Gemengd' moet hier in een bredere zin verstaan worden dan in de klassieke betekenis van een mix van overheids- en privéinitiatieven op de markt. Dat zou tekort doen aan de nadruk van Restakis op het autonome karakter van initiatieven vanuit de civiele samenleving. 'Gemengd' wijst dan ook op economisch initiatief vanuit de drie zogenaamde maatschappelijke 'sectoren', alsook allerlei hybride vormen die vandaag ontstaan om vanuit een sociaal perspectief de economie bij te sturen, waarvan naast de vernieuwing in de coöperatieve beweging de P2P-productie en de commons-beweging in het algemeen belangrijke uitingen zijn. Zie daarvoor: Peeters, J. (red.) 2015. Sociaal werk voor een economie gericht op gemeenschappelijk welzijn. In id. (red.), *Veerkracht en burgerschap*, Berchem: EPO, 233-244. [nvdv]