

Governance van de gezondheidszorg

PRIVATE, PUBLIEKE EN PROFESSIONELE INVLOEDEN OP BESTUUR, TOEZICHT EN VERANTWOORDING VAN ZORGAANBIEDERS



Hans Hoek

Dr. ir. H. Hoek is directeur van C3 adviseurs en managers. Hij is adviseur en interim-bestuurder in de gezondheidszorg. In februari 2007 promoveerde hij aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op het beschreven onderzoek.

Hoe zit governance van de gezondheidszorg in elkaar? Aan welke governance spelregels moeten zorgorganisaties zich houden? Zijn zorgorganisaties ondernemingen die ingeperkt worden door bemoeienis van de overheid en de invloed van professionals? Zijn ze een onderdeel van de publieke sector dat niet aan de wensen van de politiek voldoet? Zijn het 'hybride' organisaties, die naast hun primaire publieke functie ook private activiteiten mogen uitvoeren? Zijn ze vooral de werkplaats van medici, die hun professie het liefst uitoefenen zonder bemoeienis van overheid en zorgbestuurders? Of zijn ze van alles een beetje?

Governance van de gezondheidszorg is ingewikkeld, omdat private, publieke en professionele elementen steeds een rol spelen bij de besturing van zorgorganisaties. Die complexiteit wordt niet altijd doorzien. De geheimen van governance van de gezondheidszorg worden in dit artikel ontrafeld.

Inleiding

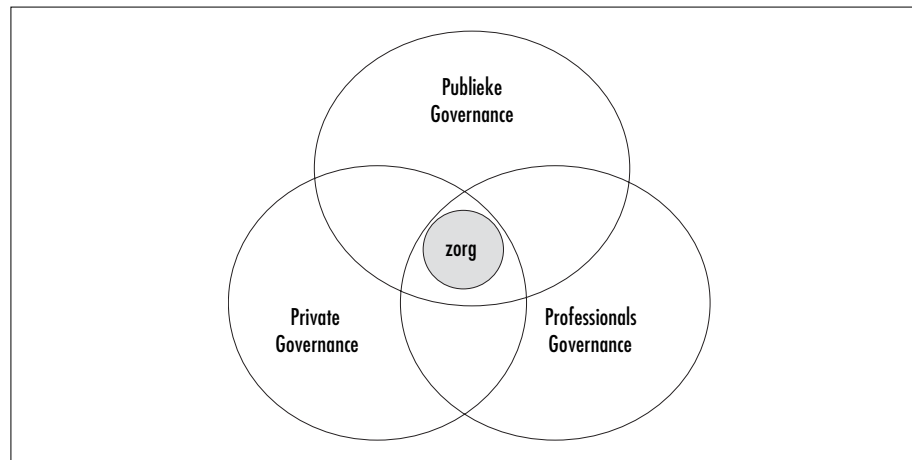
Het begrip governance is aan het eind van de vorige eeuw in gebruik geraakt voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van organisaties. Problemen met beursgenoteerde ondernemingen waren aanleiding tot het opstellen van governancecodes. Governance in de publieke sector bestond al veel langer, maar werd pas na de ontwikkeling in het bedrijfsleven zo genoemd.

In de gezondheidszorg werd de behoefte aan governance manifest, doordat bestuur en toezicht van zorginstellingen gescheiden werden. Er was behoefte aan praktische aanbevelingen om met het 'raad-van-toezichtmodel' te werken. De commissie Health Care Governance (1999) bracht dertig aanbevelingen voor goede governance van zorgaanbieders uit. Met verschillende tussenstappen is goede governance in de gezondheidszorg uiteindelijk uitgemond in een branchebrede governancecode (Arcares, 2005) en verankering van het raad-van-toezichtmodel in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi, 2005).

Deze codificering geeft praktische handvatten voor het verbeteren van de bestaande governancestructuur. We hebben dan nog geen inzicht in hoe governance van de gezondheidszorg in elkaar zit, op

welke theoretische principes deze gebaseerd is en hoe deze in de praktijk werkt. Dit vraagstuk heb ik in mijn promotieonderzoek geanalyseerd. Het onderwerp van het onderzoek is governance van de gezondheidszorg. De vraagstelling is toegespitst op zorgaanbieders. Zorgorganisaties zijn als private rechtspersonen gehouden principes van *private governance* toe te passen. Ze worden geacht bij te dragen aan overheidsdoelen en zich te onderwerpen aan *publieke-governanceregels*. Zij moeten rekening houden met de eisen die professionals via hun beroepsorganisaties stellen. Het systeem waarmee professionals de kwaliteit en het monopolie van hun beroep bewaken, kan gezien worden als een derde vorm van governance, waarvoor in het onderzoek de term '*professionals governance*' wordt geïntroduceerd. Governance van zorgaanbieders is een combinatie van private, publieke en professionals governance. In figuur 1 is deze combinatie ideaaltypisch weergegeven.

Figuur 1.
Zorgaanbieders in drie
governancewerelden



In werkelijkheid zijn de invloeden niet zo gelijkmatig verdeeld. Zeker voor de recente wijzigingen in het overheidsbeleid was de invloed van publieke governance groter dan die van private governance. Ook professionals governance heeft een grote invloed op het functioneren van de gezondheidszorg. In het onderzoek zijn de theoretische onderbouwing en de praktische werking van de combinatie van deze drie governancewerelden onderzocht (Hoek, 2007). Het onderzoek was erop gericht die combinatie te beschrijven, te verkennen en zo mogelijk te verklaren, aan de hand van de onderzoeksvragen: hoe zit governance van de gezondheidszorg in elkaar (*how*), hoe functioneert deze (*how*) en waarom is dat zo (*why*). Om die vragen te beantwoorden is gekozen voor een combinatie van twee onderzoeksmethoden (Baarda en De Goede, 2001; Eisenhardt, 1989; Yin, 2003). Er is een literatuuronderzoek uitgevoerd en er is een multicasestudie gedaan naar drie recente praktijksituaties, waarvan verondersteld werd dat de drie governancewerelden daarin een rol speelden. Onderzocht zijn de vorming van Sanquin Bloedvoorziening, de ontwikkeling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de keuzen rond de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen.

De gekozen casussen belichten verschillende aspecten van de combinatie van drie governancewerelden. De casussen zijn onderzocht aan de hand van openbare documentatie en waar mogelijk geverifieerd bij betrokkenen. Het betreft goed gedocumenteerde casussen, die relevant zijn, omdat veel aspecten ook in andere gevallen terugkomen. Zo hebben alle kleine ziekenhuizen te maken met een deel van de problematiek die voor de IJsselmeerziekenhuizen in het onderzoek is geanalyseerd.

1. Theorie over governance van de gezondheidszorg

Het onderzoek beoogt bij te dragen aan de theorieontwikkeling over governance van de gezondheidszorg. Bouwstenen daarvoor zijn gevonden in verschillende wetenschapsvelden zoals bestuurskunde (voor organisaties en voor het openbaar bestuur), sociologie, economie, rechtswetenschap, organisatiekunde, en in de wetenschappelijke literatuur over de gezondheidszorg.

De inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland zijn beschreven in vele studies (Van der Grinten en Kasdorp, 1999; Van der Grinten en Vos, 2004; Putters, 2001; Grit en Meurs, 2005; Meurs en Van der Grinten, 2005; Boot en Knapen, 2005). Uit die studies blijkt telkens de complexe mix van private, publieke en professionele invloeden op de besturing van de gezondheidszorg.

Verschuivingen tussen publiek en privaat die zich in de loop der tijd hebben voorgedaan, zijn uitgebreid gedocumenteerd. Dat professionals grote invloed hebben op het reilen en zeilen van de zorg is duidelijk. Hoe die invloed in het systeem past, is minder goed te duiden op basis van deze literatuur.

Governance is een middel om te zorgen dat een organisatie de juiste doelen dient en de gewenste resultaten bereikt. Private, publieke en professionele doelen in de zorg zijn verschillend. Ook het middel – de inrichting van governance – is verschillend. Er gelden verschillende principes, er worden verschillende instrumenten gebruikt en de spelregels zijn verschillend. Dat is reden om te spreken van drie governancewerelden en te onderzoeken hoe die werelden theoretisch in elkaar steken. Basis daarvoor is de literatuur over *private of corporate governance*, de literatuur over overheidsbesturing (*government governance*) en de studies over 'hybride organisaties'. Het begrip *professionals governance* is in deze studie geïntroduceerd. Om meer te weten over bestuur, toezicht en verantwoording binnen professies moet vooral geleund worden op de literatuur over professionalisme. Op basis van deze invalshoeken zijn private, publieke en professionals governance afzonderlijk bestudeerd en is bezien in welke mate de theorie over de betreffende governancewereld van toepassing is op de gezondheidszorg. Daarna is bezien wat de combinatie van de theorie van de drie governancewerelden voor de gezondheidszorg oplevert.

VERSCHILLENDE MORALITEITEN

Aan private, publieke en professionals governance liggen verschillende morele opvattingen ten grondslag. In de studie worden deze ‘moraliteiten’ genoemd. Volgens Jacobs (1992) hebben markt en overheid verschillende moraliteiten (*moral syndromes*) die elkaar uitsluiten. In het private verkeer tussen partijen (‘de markt’) is vertrouwen de basis en zijn de transacties gebaseerd op ruil tussen gelijkwaardige partijen. Hier geldt het *commercial moral syndrome*. De overheid gaat niet uit van vertrouwen, maar gebruikt hiërarchie en macht om resultaten af te dwingen bij haar burgers. Jacobs noemt dat het *guardian moral syndrome*. Volgens Jacobs kunnen die twee moraliteiten niet gecombineerd worden. Dan ontstaan ‘monsterlijke hybriden’, die niet of alleen onder strikte condities kunnen functioneren. In de literatuur over hybride organisaties (onder andere Simon, 1989; In 't Veld, 1995, 1997; Brandsen, Van den Donk en Kenis, 2006) wordt de tweedeling van Jacobs of omarmd om te pleiten voor zuivere organisaties, of verworpen, omdat hybride organisaties maatschappelijke voordelen bieden.

Figuur 2.
Moraliteiten van drie
governancewerelden
(naar Jacobs, 1992 en
Freidson, 2001)

Private-governancewereld	Publieke-governancewereld	Professionals-governancewereld
Commercial moral syndrome	Guardian moral syndrome	Professional moral syndrome
<ul style="list-style-type: none"> • Vermijd geweld • Kom tot vrijwillige overeenkomsten • Wees eerlijk • Werk gemakkelijk samen met onbekenden en vreemdelingen • Concurrereer • Respecteer contracten • Gebruik initiatief en wees ondernemend • Sta open voor inventiviteit en vernieuwing • Wees efficiënt • Bevorder welbevinden en gebruiksgemak • Wijk af in het belang van de taak • Investeer voor productieve doeleinden • Wees vlijtig • Wees spaarzaam • Wees optimistisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermijd handel • Toon moed en bekwaamheid • Wees gehoorzaam en gedisciplineerd • Houd vast aan traditie • Respecteer hiërarchie • Wees loyaal • Neem wraak • Bedrieg in het belang van de taak • Maak volop gebruik van vrije tijd • Vertoon pracht en praal • Wees vrijgevig • Wees exclusief • Toon standvastigheid • Wees fatalistisch • Waardeer eer 	<ul style="list-style-type: none"> • Monopoliseer de taakuitoefening • Bescherm het kennisdomein • Mystificeer wat je doet • Wees autonoom in je vakuitoefening • Verberg lichte fouten en straf grove fouten zwaar af • Organiseer een eigen tuchtrecht • Zorg voor cohesie binnen de professionele groep • Zorg voor een sterke beroepsorganisatie • Reguleer de toelating en uitstoting uit het vak • Afficheer de bevoegdheid en bekwaamheid tot vakuitoefening • Leidt vakgenoten in een gestructureerd en hiërarchisch eigen systeem op • Vermijd hiërarchie tussen de volgeerde vakgenoten • Toon de status van de professie en van de individuele professional • Duidt de professie als een roeping en maatschappelijke verantwoordelijkheid
Sturing door <i>ruil</i> en overeenkomsten tussen gelijkwaardige partijen	Sturing door <i>macht</i> en hiërarchie van de overheid	Sturing door <i>kennis</i> en groepsbinding

Jacobs geeft weinig aandacht aan de invloed van professies. Volgens haar vallen kunstenaars en professionals onder het *commercial moral syndrome*. Freidson (2001) en Abbott (1998) geven de basis voor de redenering dat er nog een derde moraliteit is. Die is gebaseerd op kennis en groepsbinding van de professionals met als doel het behoud van het monopolie op de beroepsuitoefening. In mijn onderzoek heb ik dat het *professional moral syndrome* genoemd. Zo gereedeneerd zijn private, publieke en professionals governance gebaseerd op verschillende moraliteiten die – althans op theoretische gronden – niet verenigbaar zijn.

PRIVATE GOVERNANCE

De theorie over private governance richt zich in hoofdzaak op (beursgenoteerde) ondernemingen. De rol van eigenaren staat daarin centraal. Zij kunnen ervoor kiezen hun geld wel of niet in de onderneming te stoppen (Coase, 1937). Als ze dat doen, ontstaat er een belangentegenstelling tussen eigenaren en management (Berle en Means, 1932). Die tegenstelling moet verkleind worden en daarmee zijn kosten gemoeid (Jensen en Meckling, 1976; Jensen, 2001), die zo veel mogelijk gereduceerd moeten worden. De aandeelhouder is de principaal en de raad van bestuur is de agent die in de goede richting gestuurd moet worden. Deze agency-theorie is gebaseerd op economische principes. De theorie geeft geen inzicht in het gedrag van principaal en agent en biedt geen besturingsprincipes voor organisaties. Toch is dit de dominante theorie in corporate governance en is zij de basis voor governancecodes voor het bedrijfsleven.

Een meer sociologische benadering is de stakeholdertheorie (Donaldson en Preston, 1995; Freeman, 1984; Berman et al., 1999) die ervan uitgaat dat een organisatie te maken heeft met veel verschillende belanghebbenden. De raad van bestuur moet proberen die belangen zo goed mogelijk met elkaar te verenigen. Williamson (1984, 1990) ziet de organisatie als een samenballing (*nexus*) van verschillende contracten (met geldgevers, met klanten, met medewerkers, met leveranciers) die door de raad van bestuur met elkaar verzoend moeten worden. Literatuur over governance voor non-profitorganisaties (Glaeser, 2002; Glaeser en Shleifer, 2001; Vail, 2003) gaat steeds uit van de stakeholdertheorie. Deze theorie beschrijft de werkelijkheid vollediger, maar geeft geen antwoord op de vraag hoe en door wie het bestuur gecorrigeerd kan worden (Jennings, 1999). In de theorie over private governance zien we daarom een spanning tussen de agencybenadering, die de werkelijkheid simplificeert, maar tot praktische oplossingen leidt, en de realistische stakeholderbenadering, die geen antwoord geeft op de praktische problemen.

PUBLIEKE GOVERNANCE

Theoretische onderbouwing van publieke governance is te vinden in de literatuur over het functioneren van de overheid. Mayntz (1999) beschrijft hoe het denken over governance van de overheid zich ontwikkeld heeft. Volgens het klassieke paradigma is de overheid als enige verantwoordelijk voor publieke zaken. De regering bepaalt het beleid en overheidsorganen voeren het beleid uit. Dat para-

digma is stapsgewijs uitgebreid met het inzicht dat anderen invloed hebben op de beleidsvorming en nodig zijn voor de beleidsrealisatie. Volgens Mayntz geldt thans het besturingsparadigma dat de overheid met partijen moet onderhandelen om beleid te maken en te realiseren. Zij ziet de paradigma-uitbreidingen als voortschrijdend inzicht, zodat thans de laatste opvatting algemeen geldend is. Andere auteurs (onder andere Pollitt en Bouckaert, 2004; Pollitt, 2003) zien de verschillende paradigma's naast elkaar bestaan. Er zijn als het ware twee scholen naast elkaar te onderscheiden.

De eerste school gaat ervan uit dat de overheid het *primaat in publieke governance* heeft. In deze opvatting is de overheid voor een publiek doel (eind)verantwoordelijk. De overheid heeft dus het recht en de plicht om de realisatie van dat doel te sturen, te beheersen, te controleren en zich daarover te verantwoorden. De overheid is het centrum van de macht. Zij wordt geacht duidelijke doelen te stellen en meetbare resultaten te laten zien. Het Nederlandse overheidsdenken gaat uit van het *primaat van de overheid*.

De andere school gaat ervan uit dat de overheid slechts één *partij in publieke governance* is. De overheid moet in complexe netwerken onderhandelen (Stout en Hoekema, 1994; Kickert et al., 1997) met verschillende partijen met verschillende belangen. Er is geen duidelijk machtscentrum en er is geen gedeelde visie (Rhodes, 1997; Frissen, 2002). Veranderingen komen tot stand door onderhandeling, het sluiten van compromissen en het aangaan van convenanten. Dat lukt alleen als er een gezamenlijk (deel)belang is of als andere partijen persoonlijk voordeel zien in het meewerken aan het publieke belang.

PRIVATE ORGANISATIES MET EEN PUBLIEKE TAAK (HYBRIDITEIT)

Zorgaanbieders zijn privaatrechtelijke organisaties. Zij leveren hun diensten aan private afnemers (patiënten) en worden betaald door andere private organisaties (zorgverzekeraars). Ze zijn gericht op private belangen (van de eigen organisatie, van de cliënten, de medewerkers, de zorgverzekeraar en andere private stakeholders). Zij worden echter geacht daarnaast publieke belangen te dienen, zoals de beschikbaarheid, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Deze organisaties worden soms 'hybride' organisaties genoemd. Het dienen van het publieke belang staat niet voorop. Er is geen directe gezagsrelatie tussen de overheid en die organisaties.

Publieke governance moet waarborgen dat deze private organisaties naast de private belangen ook bijdragen aan het publieke belang. Er zijn de laatste jaren veel rapporten verschenen die zoeken naar een oplossing van dit probleem. Adviesrapporten (WRR, 2000, 2004; Brandsen, Van den Donk en Kenis, 2006; SER, 2005; RMO, 2002) adviseren de overheid om zich terug te trekken op kerntaken en vertrouwen te hebben in organisaties en professionals. Hier is de overheid een onderhandelaar in het maatschappelijk netwerk. De overheidsrapporten (onder andere minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, 2004; ministerie van Economische Zaken, 2005) blijven echter uitgaan van het *primaat van de overheid*. In die rapporten wordt ervan uitgegaan dat de overheid moet sturen en controleren om publieke doelen af te dwingen.

PROFESSIONALS GOVERNANCE

Professionals governance is geen standaardbegrip in de theoretische literatuur, maar is ontleend aan het denken over professionalisme (Abbott, 1988; Larson, 1977; Freidson, 2001). Bij professionalisme gaat het om een beroepsgroep met abstracte gespecialiseerde kennis en vaardigheden, die de professional als enige mag toepassen op individuele gevallen. De beroepsgroep heeft het monopolie om een bepaald soort werk te doen in een afgeschermd markt. Het monopolie blijft slechts in stand als overheid en maatschappij vertrouwen hebben in de beroepsgroep en klanten vertrouwen hebben in de individuele beroepsbeoefenaar. Volgens Abbott (1988) en Larson (1977) bestaat een professie slechts tijdelijk, zolang er informatieasymmetrie is tussen de professionals en de rest van de wereld. Er komt een moment waarop de informatie vrij beschikbaar is en de professionals geen informatievoorsprong meer hebben. Freidson (2001) en Abbott (1988) stellen dat de professie haar monopolie voortdurend moet bevechten. Er moet steeds gestreden of onderhandeld worden in de arena van de overheid, van de burger en van de werkplaats. Binnen de professionele groep moet onderhandeld worden om het evenwicht tussen groepsbinding en consensus aan de ene kant en professionele vrijheid en autonomie aan de andere kant te behouden. Professionals governance dient om de beroepsgroep te organiseren, de maatschappelijke positie van de professie te borgen en het monopolie te behouden. Daarvoor is bestuur, toezicht en verantwoording binnen de groep nodig. Beroepsgroepen die overleven, hebben een sterke lobby naar de overheid. Zij weten de burger en de media te overtuigen van hun belang en onmisbaarheid. De beroepsgroep beheerst zelf de inhoud en de toelating tot het vak. Zij heeft een voorsprong in het behoud, de ontwikkeling en het gebruik van de abstracte professionele kennis. Het uitoefenen van de professie buiten de beroepsgroep is nagenoeg onmogelijk. Op de werkvloer is de professie dominant ten opzichte van anderen. Daarbij past een zekere mystificatie en is volledige transparantie niet vanzelfsprekend.

Hans Hoek

PRIVATE, PUBLIEKE EN PROFESSIONALS GOVERNANCE IN DE GEZONDHEIDSZORG

Hoe ziet nu het beeld eruit wanneer we drie governancewerelden combineren en deze toespitsen op de gezondheidszorg? Dan valt op dat de drie governancewerelden grote verschillen vertonen die niet makkelijk overbrugbaar zijn. Deze verschillen en tegenstrijdigheden zijn samengevat in figuur 3. Dat maakt de combinatie van deze drie governancewerelden complex en lastig werkbaar.

Zorgaanbieders moeten functioneren in de combinatie van private, publieke en professionals governance. Het zijn dus geen 'hybride' organisaties, die publieke en private elementen combineren. Het zijn ook geen (semi) publieke organisaties. Het zijn private organisaties, die met veel publieke en professionalsinvloeden rekening moeten houden.

Figuur 3.
Overeenkomsten en
verschillen private,
publieke en professionals
governance

Aspecten	Private governance	Publieke governance	Professionals governance
Moraliteit	Commercial moral syndrome	Guardian moral syndrome	Professional moral syndrome
Sturing op basis van	Ruil en overeenkomsten tussen gelijkwaardige partijen	Macht en hiërarchie van de overheid	Kennis en groepsbinding professionals
Primaire theoretische school	Agencytheorie	Primaat van de overheid	Professie als te bevechten monopolie
Secundaire theoretische school	Stakeholderstheorie	Overheid is partner in onderhandelingen	Geen
Wettelijk kader	Burgerlijk Wetboek	Grondwet Staatsrecht	Specifieke wetgeving
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> – Zakelijk voordeel voor privépersonen en rechtspersonen – Continuïteit organisatie. 	<ul style="list-style-type: none"> – ‘Publieke belang’ – Beschikbaarheid en toegankelijkheid maatschappelijke voorzieningen – Kostenbeheersing 	<ul style="list-style-type: none"> – Instandhouding monopolie en maatschappelijke privileges – Zakelijke zekerheid professionals
Omgang met macht	<ul style="list-style-type: none"> – Machtsreductie raad van bestuur – Welke stakeholders hebben macht? 	<ul style="list-style-type: none"> – Wet- en regelgeving – Toezicht – Beperkte sturing van de uitvoering 	<ul style="list-style-type: none"> – Monopolie op kennis en uitvoering – Lobby voor behoud monopolie – groepsbinding
Informatieasymmetrie	– Verkleinen door verantwoording	– Verkleinen door verantwoording	– Behouden als basismonopolie
Governanceprincipes	<ul style="list-style-type: none"> – Vertrouwen – Zelfregulering door de markt – Invloed aandeelhouders of stakeholders – Transparantie – Accountability – Integriteit 	<ul style="list-style-type: none"> – Wantrouwen – Alle burgers gelijk behandelen – Overheid maakt de keuzen – Strikte regels voor uitvoerders – Uitvoerders transparant en accountable naar overheid – Overheid transparant, accountable en integer naar burgers? 	<ul style="list-style-type: none"> – Vertrouwen tussen professionals – Standaarden en regels door consensus – Zelfregulering iedere professional – Prudentie in correctie van groepsleden – Geen transparantie en geen accountability buiten de groep

2. Governance in de praktijk

De theoretische kennis uit het eerste deel van het onderzoek is toegepast op drie casussen. Deze casussen zijn beschreven in drie kaders in dit artikel.

Casus 1.

Casus IJsselmeerziekenhuizen

De stichting IJsselmeerziekenhuizen bestaat uit de ziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord. Volgens de huidige begrippen zijn beide ziekenhuizen klein. Bij ziekenhuizen van deze omvang dient zich overal de vraag aan of zij nog wel alle medische functies kunnen uitoefenen en of ze daarvoor voldoende patiënten en voldoende dokters kunnen krijgen. Die vraag was in Emmeloord pregnant aan de orde. Vanaf het midden van de jaren negentig lukte het niet meer om de locatie Emmeloord als volledig ziekenhuis te laten functioneren. Er waren niet voldoende medici te vinden om de openstaande vacatures in te vullen. Het ziekenhuis kon niet meer voldoen aan de standaarden van de wetenschappelijke verenigingen. De kwaliteit van de geleverde zorg stond ter discussie. Er werd verschillend gedacht over het aantal patiënten dat het ziekenhuis nodig had voor een gezonde financiële exploitatie en voor goede kwaliteit van zorg. Er ontstond spanning tussen de beschikbaarheid van de ziekenhuisfuncties en de kwaliteit ervan.

Vele stakeholders gingen zich bemoeien met de toekomst van de locatie Emmeloord. Binnen de stichting leefden verschillende opvattingen. De medici verbonden aan de IJsselmeerziekenhuizen verschilden van mening over wat goede professionele kwaliteit was en of de standaarden van de wetenschappelijke verenigingen werden nageleefd. Tussen de locaties ontstond animositeit.

Er kwam grote druk vanuit burgers, actiegroepen en het patiëntenplatform om het ziekenhuis in Emmeloord 'open' te houden, dat wil zeggen alle basale functies klinisch en poliklinisch te handhaven. Lokale politici en provinciebestuurders bemoeiden zich met de strategische keuzen van de ziekenhuisorganisatie. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de verzekeraars hadden opvattingen over wat er met de gezondheidszorg in de polder moest gebeuren. De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) was niet tevreden over de kwaliteit van zorg. De IJsselmeerziekenhuizen stonden in de belangstelling van de media en van de Tweede Kamer.

Er was dus een probleem, maar het was niet mogelijk om dat op te lossen. Er waren zo veel betrokkenen met verschillende opvattingen over wat mogelijk en wenselijk was, dat geen enkele keuze gemaakt en gerealiseerd kon worden. Ook werd steeds minder duidelijk wie voor wat verantwoordelijk was en wie de beslissingen moest of mocht nemen. Door de verwevenheid van private, publieke en professionals governance bleef het probleem lang bestaan zonder zicht op een oplossing.

Vanaf 2003 werd met kleine stapjes een veranderingsproces ingezet met als doel de positie van Emmeloord te bepalen en de bestuurlijke verhoudingen te normaliseren. Er werd een plan van aanpak opgesteld. Dat plan werd na intensief overleg met de stakeholders en een positief oordeel van de minister van VWS in uitvoering genomen.

De stichting IJsselmeerziekenhuizen profileert zich nu als één ziekenhuis op twee locaties met een duidelijke verdeling van taken tussen beide locaties en een beleid gericht op het garanderen van de kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de medische zorg op beide locaties. In samenhang met de huisartsenposten en het ambulancevervoer zijn veiligheid en beschikbaarheid van de acute zorg gerealiseerd. De kwaliteitsproblemen zijn grotendeels opgelost.

Dat wil niet zeggen dat het probleem nu definitief is opgelost. Er blijven stromingen actief die vinden dat Emmeloord een volledig ziekenhuis moet en kan hebben.

De ontwikkelingen rond de IJsselmeerziekenhuizen laten de verwevenheid van de drie governancewerelden goed zien. Private, publieke en professionals governance stonden hier op gespannen voet met elkaar en belemmerden de oplossing van een probleem. De verantwoordelijkheden werden onduidelijk en niemand was meer in staat om de koers te bepalen en het kwaliteitsprobleem op te lossen. Dat veranderde pas toen de interim-bestuurder de drie werelden met elkaar verbond. Hij gebruikte een publiek rapport als basis voor het private beleid van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Hij vroeg de beroepsverenigingen van kinderartsen en gynaecologen advies over praktijkgrootte en kwaliteit en gebruikte dat

in het publieke debat. Hij liet stakeholders meedenken over het beleid, maar maakte uiteindelijk zelf de keuzen, die hij door de minister liet toetsen.

Casus 2.

Casus Bloedvoorziening

Op 1 januari 1998 is een nieuwe organisatie voor de bloedvoorziening in Nederland gevormd door de oprichting van de Stichting Sanquin Bloedvoorziening. Die stichting is ontstaan door fusie van negentien regionale bloedbanken, het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis (CLB) en de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken.

Door deze fusie is één organisatie voor de bloedvoorziening voor Nederland ontstaan. Dat is een privaatrechtelijke stichting die het beleid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitvoert, zoals dat is vastgelegd in het jaarlijkse Plan voor de Bloedvoorziening. Sanquin legt aan de minister verantwoording af en behoeft goedkeuring van de minister op haar beleid en begroting. De minister legt verantwoording af aan de Tweede Kamer. De bloedvoorziening is een publieke verantwoordelijkheid, die door een private organisatie wordt uitgevoerd. Deze werkwijze is vastgelegd in de Wet inzake bloedvoorziening die op 1 januari 1998 van kracht is geworden. Uit een evaluatie in 2003 blijkt dat de huidige structuur goed werkt en dat de kwaliteit van de bloedvoorziening sinds 1998 is verbeterd.

De situatie voor 1998 werd door alle partijen als onbevredigend ervaren. Sinds 1992 waren al rapporten verschenen over de noodzaak tot verandering. De samenwerking en afstemming tussen de regionale bloedbanken onderling en met het CLB lieten te wensen over. CLB en bloedbanken beconcurrerden elkaar bij de werving van bloeddonoren. De professionals verschilden met elkaar van inzicht over de juiste wijze van bloedbewerking, veiligheid en kwaliteitscontrole. Problemen met de kwaliteit van bloedproducten (met hiv besmet bloed) in andere landen riepen de vraag op of de overheid in Nederland kon garanderen dat de kwantiteit en kwaliteit voldoende zijn.

Dat er iets moest veranderen stond vast. Over de richting van die verandering bestond geen overeenstemming. Daarvoor waren de belangentegenstellingen te groot. Minister Borst van VWS heeft vanaf 1996 het initiatief genomen tot verandering. Zij zette drie parallelle trajecten in om tot resultaat te komen:

1. het laten opstellen en vaststellen van een spreidingsplan bloedbanken, dat het mogelijk maakte om – binnen de bestaande wetgeving – naar een vermindering en concentratie van regionale bloedbanken te gaan;
2. het indienen van de Wet inzake bloedvoorziening die het mogelijk moest maken om één organisatie voor de bloedvoorziening te maken;
3. het sturen van een proces om de negentien bloedbanken, de federatie en het CLB te bewegen om voor 1 januari 1998 samen te gaan tot één nieuwe organisatie, die zou kunnen voldoen aan de eisen van de nieuwe wet.

Dit proces verliep uiteraard niet zonder problemen, maar heeft tot het beoogde resultaat geleid. De bloedvoorziening is publieke verantwoordelijkheid, de uitvoering geschiedt door een private organisatie, de professionaliteit blijkt in die setting goed tot ontwikkeling te komen.

Bij de bloedvoorziening is een vergelijkbare beweging te zien. In de oude situatie waren voldoende, kwalitatief goede en veilige bloedproducten niet gewaarborgd door twintig private organisaties. De minister zette wetgeving op stapel in publieke governance en zij gaf opdracht aan een projectleider om in private governance te onderhandelen met alle betrokken organisaties om tot een fusie te komen. Mocht die fusie er niet komen, dan kon de minister op basis van de nieuwe wet één organisatie de licentie geven voor de bloedvoorziening. De andere organisaties zouden dan hun bestaansrecht verliezen. Door die stok achter de deur werd de fusie van private rechtspersonen bevorderd, zonder dat de minister zichzelf in de private-governancewereld ging begeven.

Casus 3.

Casus Landelijke Huisartsen Vereniging

De huisartsgeneeskunde heeft zich in Nederland na de Tweede Wereldoorlog ontwikkeld tot een zelfstandige medische professie, die een belangrijke plaats inneemt in het gezondheidszorgstelsel. Deze ontwikkeling is tot stand gekomen door inspanningen van de beroepsgroep zelf en haar beroepsorganisaties, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De overheid heeft heel lang de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde overgelaten aan de beroepsgroep. Ze heeft dit proces gestimuleerd door de beroepsgroep het monopolie te geven en door haar de rol toe te kennen van poortwachter voor ziekenhuiszorg. Ze heeft publieke middelen ter beschikking gesteld voor beide beroepsverenigingen en voor de bedrijfsvoering van huisartsen.

Tot aan het begin van de jaren negentig leverde deze constructie een maatschappelijk gewenste situatie op. Er waren voldoende huisartsen van goede kwaliteit en de huisartsgeneeskunde vormde een onmisbare en goed werkende schakel in het totale gezondheidszorgstelsel. In de jaren negentig dreigde een huisartsentekort, dat door de beroepsgroep niet zelf opgelost kon worden. De LHV was niet langer in staat een maatschappelijk gewenste situatie voor de huisartsgeneeskunde tot stand te brengen. De overheid maakte zich medeverantwoordelijk voor het huisartsentekort en vergrootte gaandeweg de publieke-governance-invloed. Tegelijkertijd werd het monopolie van de beroepsgroep aangetast, doordat vestigingsbeleid en centraal contracteren door de overheid niet langer werden toegestaan. Intern kwam de LHV onder druk te staan, omdat de leden niet tevreden waren over de dienstverlening en over de zeggenschap. De druk werd vergroot, toen de overheid besloot om de subsidies aan de LHV in te trekken en de gelden voor praktijkondersteuning niet via de LHV, maar door contracten tussen verzekeraar en huisarts te verdelen. De LHV was gedwongen haar structuur en haar maatschappelijke positie fundamenteel te herzien.

Tussen 1992 en 2005 waren de huisartsgeneeskunde en de positie van de LHV aan forse veranderingen onderhevig. Er ontstond strijd tussen de LHV en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Die strijd ging zowel over de maatschappelijk gewenste organisatie van de huisartsgeneeskunde als over de vraag wie de macht heeft. Kan de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur van de huisartsgeneeskunde bij de beroepsgroep blijven berusten, moet dit een publieke verantwoordelijkheid worden of kan het aan de markt worden overgelaten?

De positie van de LHV is sinds 1 januari 2005 veranderd. Zij is nu alleen belangenbehartiger van de materiële belangen van de huisartsen. Zij wordt gefinancierd uit contributies en niet meer uit subsidies. Het NHG blijft een centrale rol spelen in de ontwikkeling van de professie. De ondersteuning van huisartsenpraktijken is georganiseerd in Regionale Ondersteuningsstructuren. Contracten tussen huisartsen en verzekeraars worden regionaal afgesloten. Er moet worden samengewerkt met andere huisartsen en andere eerstelijnsaanbieders. Huisartsen zijn geen vast onderdeel meer van de gezondheidszorginfrastructuur, maar onderhevig aan gereguleerde marktwerking.

Bij de huisartsenzorg is een andere beweging zichtbaar. De kwaliteit, de spreiding en de toegankelijkheid van huisartsenzorg waren decennia lang in goede handen bij de beroepsgroep. Professionals governance zorgde ervoor dat Nederland huisartsenzorg had waarover overheid en burgers tevreden waren en die internationaal tot voorbeeld strekte. Publieke governance stond het monopolie toe en faciliteerde dit. Private governance was nauwelijks aan de orde.

Aan deze situatie kwam door drie bewegingen een einde. De eerste beweging was dat de beroepsgroep niet in staat bleek het huisartsentekort op te lossen en hiervan een maatschappelijk probleem maakte. Dat bood ingangen voor de tweede beweging, waarin de invloed van publieke governance op de positie van de huisarts werd vergroot. Dat paste in algemeen beleid van de overheid om de macht van kartels te verminderen. De derde beweging kwam van de professionals zelf, die ontevreden waren over hun vereniging en de instrumenten van private governance binnen de vereniging gebruikten om veranderingen af te dwingen.

Het resultaat van deze bewegingen is dat de LHV niet meer de regie heeft over de ontwikkeling van de huisartsenzorg in Nederland. De invloed van publieke governance is vergroot. In de private-governance wereld zijn de huisartsen

gedwongen tot samenwerking met anderen. Er is nu sprake van een combinatie van private, publieke en professionals governance waarin de verantwoordelijkheid voor de huisartsgeneeskunde verdeeld is over verschillende partijen.

3. Conclusies

Het onderzoek was gericht op het beantwoorden van de vraag hoe governance van de gezondheidszorg functioneert en waarom het systeem zo functioneert. Het antwoord op de hoe-vraag is dat governance van de gezondheidszorg een combinatie is van drie zeer verschillende governancewerelden, waarvan de kenmerken onderling niet consistent zijn en die niet op elkaar zijn afgestemd. Private en publieke governance zijn niet eenduidig theoretisch onderbouwd en niet volledig toepasbaar op de gezondheidszorg. Zo hebben zorginstellingen geen aandeelhouders en zijn ze geen onderdeel van het overheidsapparaat. De agencytheorie waarbij of het belang van de aandeelhouder of van de overheid bepalend is voor de koers van de onderneming, is dus niet van toepassing. Alleen als uitgegaan wordt van gelijkwaardige partijen die met elkaar onderhandelen om resultaten te bereiken, kan het functioneren van governance van de gezondheidszorg begrepen en verklaard worden. Daarin past ook professionals governance waar onderhandelen met de maatschappij voortdurend nodig is om het monopolie te handhaven.

De doelen van de drie governancewerelden zijn verschillend en deels strijdig met elkaar. Dat verklaart voor een deel de spanning die in de besturing van de zorg optreedt. Patiënten noch zorgorganisaties noch professionals hebben de behoefte om de dienstverlening in de zorg te beperken. De overheid heeft die behoefte wel om publieke kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Budgetsturing door de overheid en marktwerking staan dus op gespannen voet met elkaar.

De combinatie van drie governancewerelden waarborgt niet dat maatschappelijke problemen worden voorkomen of opgelost. Zij helpt bestuurders van zorgorganisaties niet om de juiste dingen op de juiste manier te doen. Toch vinden er in de gezondheidszorg veranderingen plaats en worden problemen opgelost. Die veranderingen vinden plaats door koersvaste bestuurders, die de complexiteit van het systeem doorzien en in staat zijn gecoördineerd in de drie governancewerelden resultaten te bereiken.

De waaromvraag is daarmee ook grotendeels beantwoord. Governance van de gezondheidszorg is gebaseerd op drie niet te combineren moraliteiten en er moeten onderling strijdige doelen bereikt worden. Zowel theoretisch als in de praktijk wordt soms uitgegaan van één gezaghebbende partij (de principaal), terwijl zo'n eenduidige machtsverhouding niet bestaat. Het is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk en bevoegd is. De complexiteit van het systeem wordt niet door alle spelers begrepen en soms zelfs ontkent. Dat verklaart waarom interventies niet altijd het beoogde effect hebben en waarom veranderingen soms moeizaam tot stand komen.

4. Ontwikkelingen

De verhouding tussen de drie governancewerelden verandert voortdurend. Zo leiden de nieuwe zorgverzekering en de invoering van marktwerking tot verschuiving van publieke bemoeienis naar private verantwoordelijkheden. Aanbod en prijs van zorgverlening moeten immers in de private markt tot stand komen tussen zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar en niet meer door publieke sturing. De speelruimte van private governance wordt groter en die van publieke governance kleiner.

Met de oprichting van het College Beroepen en Opleidingen Gezondheidszorg (CBOG) wordt de verantwoordelijkheid voor de planning van het aantal professionals en de inhoud van de opleiding tot professionals onttrokken aan de verantwoordelijkheid van de beroepsverenigingen. Die verantwoordelijkheid gaat naar een privaatrechtelijk orgaan, waarin alle partijen vertegenwoordigd zijn en dat werkt onder publieke sturing. De speelruimte van professionals wordt daarmee door private en publieke governance ingeperkt.

5. Implicaties voor besturen in de gezondheidszorg

De onderzoeksresultaten helpen om de governance van de gezondheidszorg te verklaren en te begrijpen. Ze hebben echter ook implicaties voor de praktijk van besturing van zorgorganisaties en van de gezondheidszorg als geheel.

Implicaties voor overheid en politiek

Beïnvloedingsmogelijkheden van de politiek zijn geringer dan vaak in de Tweede Kamer gedacht wordt. De minister heeft geen bevoegdheid om de samenstelling van de raad van toezicht van een ziekenhuis of het salaris van een zorgbestuurder te bepalen. De staatssecretaris kan weinig doen aan pyjamadagen in verpleeghuizen. De overheid is niet verantwoordelijk noch bevoegd voor de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Veel schriftelijke vragen en spoeddebatten in de Tweede Kamer zijn daarmee overbodig.

Bemoeienis van de overheid met de bedrijfsvoering van zorgorganisaties, zoals het opleggen van 'efficiencykortingen', is in dit gemengde systeem contraproductief. De overheid kan proberen regulerend op te treden om de hoogte van *marktprijzen* te beperken. Zij is bevoegd noch bekwaam om een uitspraak te doen over de *kostprijzen* binnen zorgondernemingen. Toch doen alle verkiezingsprogramma's uitspraken over de efficiency van zorgorganisaties. Dat heeft dus weinig zin.

Implicaties voor zorgbestuurders

Bestuurders van zorgorganisaties zijn geen zetbazen van de overheid of van de dokters. Zij leiden grote private bedrijven die zakelijke diensten aan patiënten/cliënten leveren. Voor die zakelijke diensten wordt betaald op basis van een privaatrechtelijk contract met de zorgverzekeraar. Dat zorgorganisaties met veel publieke bemoeienis te maken hebben en rekening moeten houden met professionals governance doet aan het private karakter van de *core business* niets af.

De verantwoordelijkheid van bestuurders van zorgorganisaties ligt in de eerste plaats bij een gezond bedrijf dat goede diensten op de goede manier verleent. Bestuurders zijn dus in de eerste plaats gehouden om hun organisatie als privaat bedrijf goed te leiden. Pas in de tweede plaats hebben ze rekening te houden met publieke en professionele belangen.

Het kijken naar zorgorganisaties als grote private bedrijven heeft consequenties voor de wijze, waarop met stakeholders wordt omgegaan. In de zorgbrede Branchecode (Arcares et al., 2005) wordt gesteld dat een zorgorganisatie relevante stakeholders moet raadplegen over belangrijke beleidswijzigingen. Dan moet wel duidelijk zijn dat niet de stakeholders, maar de raad van bestuur uiteindelijk beslist over de koers van de zorgorganisatie. Daarom moet de procedure van tevoren helder zijn, zodat duidelijk is wat aan de stakeholders gevraagd wordt, wat er met hun reacties gedaan zal worden en hoe de beslissing tot stand komt. Steeds meer verwacht de maatschappij van zorgorganisaties maatschappelijke verantwoording en gedetailleerd inzicht in de bedrijfsvoering. Maatschappelijke verantwoordelijkheid is vanzelfsprekend. Gedetailleerd inzicht in de bedrijfsvoering is niet vanzelfsprekend. Als marktwerking in de zorg leidt tot concurrentie tussen zorgorganisaties, dan staat de noodzaak om concurrentiegevoelige informatie binnen het bedrijf te houden op gespannen voet met de wens tot transparantie en verantwoording.

Implicaties voor (organisaties van) professionals

Ook professionals moeten zich in toenemende mate verantwoorden, zowel voor het handelen in de spreekkamer als voor het handelen van de beroepsgroep. In steeds meer organisaties worden professionele protocollen en zorgprogramma's opgesteld. Als die er zijn, wordt het vanzelfsprekend dat de professional verantwoordt wanneer en waarom hij van de standaard afwijkt. Op het niveau van de beroepsgroep is die verantwoording nog niet sterk. Van de beroepsgroep mag gevraagd worden te voldoen aan de gebruikelijke governanceprincipes, zoals het raadplegen van stakeholders en het afleggen van verantwoording. Ook voor professionals mag gelden dat ze de regels toepassen of uitleggen waarom ze daarvan afwijken (*comply or explain*).

Publieke toetsing en goedkeuring van beslissingen van een professionele groep die maatschappelijke consequenties hebben, zijn nodig om maatschappelijk ongewenste situaties te voorkomen. Met die publieke toets worden ook de maatschappelijke consequenties aanvaard, zoals opname van dat dure medicijn in het basispakket van de verzekering.

Literatuur

-
- Abbott, A.D. – *The systems of professions ; An Essay on The Division of Expert Labor*. – Chicago : The University of Chicago Press, 1998
- Arcares, et al. – *Zorgbrede Governancecode* - Utrecht : Gezamenlijke uitgave Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN, 2005
- Baarda, D.B., en M.P.M. de Goede – *Basisboek Methoden en Technieken* ;

- Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek* – Groningen : Stenfert Kroese, 2001
- Berman, S. et al. – Does stakeholder orientation matter? ; An empirical examination of the relation between stakeholder management models and firm financial performance – In: *Academy of Management Journal* 42 (1999) 5 (October) p. 488-506
- Berle, A., en C.C. Means – *The modern corporation en private property* – Londen : New Brunswick, 1991. – first print 1932
- Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen – *De Nederlandse Gezondheidszorg* – Houten : Bohn Stafleu Van Loghum, 2005
- Branden, T., W. van de Donk, en P. Kenis (red.) – *Meervoudig bestuur ; Publieke dienstverlening door hybride organisaties* – Den Haag : Uitgeverij Lemma, 2006
- Coase, R.H. – The Nature of the Firm – In: *Economica* 4 (1937) p. 386-405
- Commissie Health Care Governance (commissie-Meurs) – *Health Care Governance ; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg* – Soesterberg : Commissie Health Care Governance, 1999
- Donaldson, L., en L.E. Preston – The Stakeholder Theory of the Corporation : Concepts, Evidence, and Implications. – In: *Academy of Management Review* 20 (1995) 1, p. 65-91
- Eisenhardt, K.M. – Building Theories from Case Study Research. – In: *Academy of Management Review* 14 (1989) 4, p. 532-550
- Freeman, R.E. – *Strategic Management ; A stakeholder approach* – Pitman Series in business and Public Policy. – Londen : Pitman Publishing, 1984
- Freidson, E. – *Professionalism ; The third logic*. – Cambridge ; Oxford : Polity Press, 2001
- Frissen, P.H.A. – *De staat* – Amsterdam : De Balie, 2002
- Glaeser, E.J. – *The governance of not-for-profit firms* – Discussion paper no. 1954. – Cambridge MA : Harvard Institute of Economic Research, 2002
- Glaeser, E.J., en A. Shleifer – Not for profit entrepreneurs – In: *Journal of Public Economics* 81 (2001) 1, p. 99-115
- Grinten, T.E.D. van der, en J.P. Kasdorp – *25 jaar sturing in de gezondheidszorg ; Van verstatelijking naar ondernemerschap* – Uitgave ter gelegenheid van 25 jaar SCP. – Den Haag : SCP, 1999
- Grinten, T.E.D. van der, en P. Vos – *Gezondheidszorg*. – In: H. Dijkstelbloem, P.L. Meurs, E.K. Schrijvers – *Maatschappelijke dienstverlening ; een onderzoek naar vijf sectoren* – WRR Serie Verkenningen 6. – Amsterdam : Amsterdam University Press, 2004
- Grit, K., en P.L. Meurs – *Verschuivende verantwoordelijkheden ; Dilemma's voor zorgbestuurders* – Assen : Koninklijke van Gorcum, 2005
- Hoek, H. – *Governance & Gezondheidszorg ; Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland* – Assen : Van Gorcum, 2007
- Jacobs, J. – *Systems of Survival ; A dialogue on the moral foundations of commerce and politics* – New York : Vintage books, 1992. – Tweede druk, 1994

- Jensen, M.C. – *Value maximization, stakeholder theory, and the corporate objective function*. – Working Paper No 01-01. – Boston MA : Harvard Business School Press, 2001
- Jensen, M.C., en W.H. Meckling – Theory of the firm ; Managerial behaviour, agency costs and ownership structure – *Journal of Financial Economics* (1976) (October) p. 305-360
- Jennings, M.M. – *Stakeholder Theory ; Letting Anyone Who's Interested Run the Business-No Investment Required* – Paper for The Corporate Governance Conference 'Ethics Across The Board'. – Houston : University of St Thomas, Centre for Business Ethics, 1999
- Kickert, W.J.M. et al. – *Managing complex networks ; Strategies for the public sector* – Londen : Sage, 1997
- Larson, M.S. – *The Rise of Professionalism* – Berkeley : University of California Press, 1977
- Mayntz, R. – Nieuwe uitdagingen voor de governance theorie – In: *Beleid en management* (1999) 2, p. 2-12
- Meurs, P.L., en T. van der Grinten – *Gemengd besturen ; Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg* – Den Haag : Academic Service Sdu, 2005
- Minister van Economische Zaken – *Kabinetsreactie op het SER advies 'Ondernemerschap voor de publieke zaak'* – Brief van 3 oktober 2005 aan de voorzitter van de SER
- Ministerie van VWS – *Goed bestuur in de zorg ; Informatie over de transparantie-eisen Wet toelating zorginstellingen* – Den Haag : Ministerie van VWS, 2006
- Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties – *Modernisering van de overheid* – Brief van 11 april 2005 aan de Tweede Kamer, Kamerstuk 26 362 nr. 32 Vergaderjaar 2004-2005. – Den Haag, 2005
- OECD – *Governance in the 21th Century* – OECD, 2001
- Pollitt, C. – *The essential public manager ; Public policy and management* – Berkshire UK : Open University Press, 2003
- Pollit, C., en G. Bouckaert – *Public management reform ; A comparative analysis* – New York : Oxford University Press Inc. – Second edition, 2004
- Putters, K. – *Geboeid ondernemen ; Een studie naar het management in de Nederlandse gezondheidszorg* – Assen : Koninklijke Van Gorcum, 2001
- Raad Maatschappelijke Ontwikkeling – *Bevrijdende Kaders ; Sturen op verantwoordelijkheid* – Den Haag : RMO, 2002. – Advies 24
- Rhodes, R.A.W. – *Understanding Governance* – Buckingham ; Philadelphia : Open University Press, 1997
- Simon, M. – *De strategische functie typologie ; Functioneel denkraam voor management* – Deventer : Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1989
- Sociaal Economische Raad – *Ondernemerschap voor de publieke zaak* – Den Haag : SER Advies 2005-04
- Stout, H.D., en A.J. Hoekema (red.) – *Onderhandeld Bestuur* – Zwolle : Tjeenk Willink, 1994
- Vail, J.P. et al. – *Governance of not-for-profit organizations* – Chicago, 2003
- Veld, R.J. in 't – *Spelen met vuur ; over hybride organisaties* – Den Haag : VUGA Uitgeverij B.V., 1995

- Veld R.J. in 't – *Noorderlicht ; Over scheiding en samenballing* – Den Haag : VUGA Uitgeverij B.V., 1997
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) – *Het borgen van publiek belang* – Rapport aan de Regering nummer 56. – Den Haag : Sdu, 2000
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) – *Bewijzen van goede dienstverlening* – Rapport aan de Regering nummer 70. – Amsterdam : Amsterdam University Press, 2004
- Wet toelating zorginstellingen.* – WTZi, 2005
- Wet van 4 december 1997, houdende regelen met betrekking van de organisatie van de bloedvoorziening,* 1997
- Williamson, O.E. – Corporate governance – *Yale Law Journal* 1984, p. 1197
- Williamson, O.E. – The Firm as a Nexus of Treaties: an Introduction. – In: M. Aoki, B. Gustafsson, en O.E. Williamson (eds.) – *The Firm as a Nexus of Treaties.* – Londen : Sage, 1990, p. 1-25
- Yin, R.K. – *Case Study Research ; Design and Methods* – Third Edition, Applied Social Research Methods Series Volume 5. – Thousand Oaks ; etc. : Sage Publications, 2003.