

VAN OPTIMALE SCHAALGROOTTE NAAR LEGITIEME SCHAALGROOTTE

EEN ANALYSE VAN HET PUBLIEKE DEBAT OVER SCHAALGROOTTE IN DE ZORG

In dit artikel identificeren we vijf waarden: sturing, menselijke maat, kwaliteit van zorg, marktmacht en efficiëntie, die ten grondslag liggen aan heersende opvattingen over schaalgrootte van zorgorganisaties. We beschrijven deze waarden vanuit de vier domeinen die typerend zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg: overheid en politiek, gemeenschap, medische professie en markt. We baseren onze beschrijving op een analyse van het publieke debat over schaalgrootte van 1990 tot 2011.

We laten zien dat schaalgrootte om meer gaat dan een objectieve, economische/bedrijfsmatige exercitie. Legitieme schaalgrootte is uitkomst en onderdeel van een maatschappelijk samenspel van actoren en waarden. De praktijk laat zien dat deze waarden niet altijd commensurabel zijn en kunnen conflicteren.

Met dit artikel leveren we een bijdrage aan het wetenschappelijke debat

Jeroen Postma, Kim Putters en Hester van de Bovenkamp

J.P. Postma MSc BA is adviseur bij BMC AdviesManagement en promovendus aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR).

Prof. dr K. Putters is bijzonder hoogleraar Management van instellingen in de gezondheidszorg aan het iBMG.

Dr H. van de Bovenkamp is universitair docent aan het iBMG.

over schaalgrootte en waarden in de (semi)publieke sector. Daarnaast laten we beleidsmakers en zorgbestuurders zien met welke waarden ze in de praktijk om moeten gaan om legitieme schaalbeslissingen te nemen.

BESTUURSKUNDE
2012 - 4

VRIJ
73

‘Het kabinet zal bevorderen dat er kleinere zorginstellingen komen. Een optimale schaalgrootte van zorginstellingen zorgt voor meer efficiëntie, lagere kosten, meer integraliteit, hogere klanttevredenheid en betere zorg. Het kabinet zal zorgen dat de schaalgrootte van zorginstellingen optimaliseert. Het ontstaan van zorggiganten wordt teruggedrongen.’ (regeerakkoord Vrijheid en Verantwoordelijkheid, 2010, p. 36)

Deze passage komt uit het regeerakkoord van het kabinet-Rutte I. Het kabinet verwoordt hier drie aannames over schaalgrootte van zorgorganisaties. ‘Kleinere zorginstellingen’ zijn wenselijker dan ‘zorggiganten’. Er bestaat een ‘optimale schaalgrootte’ en deze zorgt voor ‘meer efficiëntie, lagere kosten, meer integraliteit, hogere klanttevredenheid en betere zorg’.

In dit artikel laten we zien dat de schaalvraagstukken in de gezondheidszorg complexer zijn dan deze redenering in het regeerakkoord doet voorkomen. In de praktijk zien we een grote variëteit aan soorten zorg en bijbehorende schalen; van grootschalige ziekenhuizen tot kleinschalige thuiszorgorganisaties tot grootschalige gehandicaptenzorgorganisaties met kleinschalige locaties. Elke schaal kent eigen voor- en nadelen en een specifieke (historische) context. Zoals in de themanummers van *Bestuurskunde* ‘De fantasie van de beste schaal’ (1998) en ‘Schaalsensitief bestuur’ (2011) al wordt geconcludeerd: de optimale schaal bestaat niet (Termeer & Steen, 2011).

In plaats van te zoeken naar de optimale schaal proberen we daarom in dit artikel inzicht te krijgen in wat legitieme schaalgrootte is. We onderzoeken hierbij de waarden die in het pu-

blieke debat over schaalgrootte worden gehanteerd. Onze onderzoeksvraag is: wanneer, en op grond van welke waarden, is schaalgrootte van een zorgorganisatie legitiem?

Voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag hebben we 650 krantenartikelen over schaalgrootte in de zorg (afkomstig uit veertien landelijke dagbladen) uit de periode januari 1990-juni 2011 onderzocht. In deze artikelen hebben we geanalyseerd welke opvattingen over legitieme schaal naar voren komen, welke argumenten de betrokkenen hanteren en welke waarden hieraan ten grondslag liggen. Verder hebben we gebruikgemaakt van onderzoeks- en adviesrapporten en wetenschappelijke literatuur.

Het artikel bestaat uit vier delen. In het eerste deel bekijken we de schaalontwikkelingen in de zorg van de afgelopen jaren, namelijk schaalvergroting en schaalverkleining. In het tweede deel geven we aan de hand van een analyse van krantenartikelen inzicht in het publieke debat over schaalgrootte. In het derde deel bespreken we de begrippen legitimiteit, waarden en legitieme schaalgrootte. In het vierde deel analyseren we de waarden die de legitimiteit van schaalgrootte in de zorg bepalen. We eindigen met conclusies en een suggestie voor vervolgonderzoek.

Ontwikkelingen op het gebied van schaalgrootte in de zorg

Voordat we beginnen met het beschrijven van het publieke debat, is het goed de context te schetsen. In de afgelopen decennia hebben zich namelijk veel veranderingen in de schaalgrootte van zorgorganisaties voorgedaan. We identificeren twee tegengestelde ontwikkelingen. De eerste ontwikkeling is de

schaalvergroting binnen de zorgsector. De tweede ontwikkeling is de opkomst van kleinschaligheid.

Ontwikkeling 1: Schaalvergroting

De afgelopen decennia heeft zich een ontwikkeling van schaalvergroting voltrokken in de zorg. Deze ontwikkeling maakt onderdeel uit van een bredere beweging van schaalvergroting in de private en (semi)publieke sector (zoals in het onderwijs, de gemeenten en de politie).

De schaalvergroting in de zorg wordt vooral veroorzaakt door fusies en overnames. De vuistregel hierbij is dat het aantal zorgorganisaties met de helft is afgenomen, terwijl de nog bestaande organisaties twee keer zo groot zijn geworden (CBS, 2005). Zo is het aantal ziekenhuizen van 1985 tot 2007 gedaald van 159 naar ongeveer 100. In termen van het aantal medewerkers is het gemiddelde ziekenhuis in omvang verdubbeld: van 767 fte in 1985 naar bijna 1762 fte in 2007 (Blank, Haeremans, Koot, & Van Putten-Rademaker, 2008). Een ander voorbeeld is de huisartsenzorg. Het percentage huisartsen dat werkt in een solopraktijk is afgenomen van 35 in 2000 tot 18 in 2010. Het percentage huisartsen dat werkt in een groepspraktijk is in die periode juist toegenomen van 29 tot 54 (NIVEL, 2010).

Ontwikkeling 2: Schaalverkleining

Op dit moment is een tweede ontwikkeling te zien, namelijk schaalverkleining. Schaalverkleining doet zich voor op twee verschillende niveaus.

Het eerste niveau van schaalverkleining is het bestuurlijke niveau. Dit is het niveau van de organisatie als juridische eenheid. De laatste jaren zijn

allerlei nieuwe kleinschalige organisaties opgekomen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2009) schat dat er in de thuiszorg in 2007 ongeveer 700 nieuwe organisaties zijn bijgekomen, en in 2008 ongeveer 1700. In de jeugdzorg bestaan waarschijnlijk enkele honderden kleinschalige organisaties (Inspectie Jeugdzorg, 2010). Ook in de ziekenhuissector (in de vorm van commerciële privéklinieken en zelfstandige behandelcentra) is er sprake van een toename van kleinschalige organisaties.

Het tweede niveau is het uitvoerende niveau. Dit is het niveau waarop de zorg daadwerkelijk wordt geleverd. Vooral in de langdurige zorg is sprake van schaalverkleining. Zo verbleef in 2010 25 procent van de ouderen met dementie in kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen. Dit is een toename van 178 procent ten opzichte van 2005 (Te Boekhorst, 2010). In de gehandicaptenzorg is al veel langer sprake van dergelijke kleinschalige voorzieningen. De overheid stimuleert 'zorg in de buurt' ook voor andere vormen van zorg (Regeerakkoord, 2010; Ministerie van VWS, 2011). De kleinschalige woon- en zorgvoorzieningen maken vaak onderdeel uit van een overkoepelende, grootschaliger organisatie.

Het publieke debat over schaalgrootte aan de hand van vier standpunten

De ontwikkelingen van schaalvergroting en schaalverkleining in de gezondheidszorg krijgen veel aandacht in de media. In het tweede deel van dit artikel beschrijven we het publieke debat over deze ontwikkelingen aan de hand van de vier belangrijkste standpunten. We illustreren onze analyse met citaten uit krantenartikelen.

*Er bestaat weerstand tegen
schaalvergroting...*

Uit onze analyse blijkt dat het merendeel van de partijen in het publieke debat negatief is over de gevolgen van schaalvergroting. Voormalig minister van VWS Klink verwoordt dit in 2009 als volgt: 'Een bron van veel ellende in de zorg zou wel eens in het fusieproces van de jaren tachtig en negentig kunnen zitten' (Reerink, 2009). Vakbonden, cliënten- en patiëntenorganisaties en andere maatschappelijke actoren komen regelmatig in het geweer tegen de 'onmenselijkheid' (De Haan & Haagsma, 1996), het 'productiedenken' (Noordhuis, 2008) en de 'bureaucratie' (Slingerland, 2004). Onuitgesproken motieven van zorgbestuurders als 'megalomanie' (Wammes, 2009), en 'stijgende topinkomens' (Reerink, 2008) zouden een grote rol spelen bij de schaalvergroting van zorgorganisaties.

*... maar er zijn ook voorstanders van
schaalvergroting*

Daarnaast worden in het publieke debat de voordelen van grootschaligheid naar voren gebracht. Dit gebeurt met name door zorgbestuurders. 'Schaalgrootte is de enige manier om concurrerend op deze markt te kunnen blijven meespelen bij de zorginkoop', stelt de bestuurder van een zorgverzekeraar (*Het Financiële Dagblad*, 2006). Volgens een ziekenhuisbestuurder moet een balans worden bereikt 'tussen bereikbaarheid en beschikbaarheid enerzijds en kwaliteit anderzijds'. En 'schaalvergroting is onafwendbaar om die balans te kunnen handhaven' (Hoekman, 2007).

Kleinschaligheid heeft de voorkeur...

Waar de ontwikkeling van schaalvergroting in de politiek en in de samenleving veel negatieve reacties oproept, wordt kleinschaligheid de laatste jaren

juist positief ontvangen. Deze voorkeur komt in de media tot uiting met krantenkoppen als: 'Kleinschaligheid fundament onder goede ouderenzorg' (Trommelen & De Visser, 2008) en 'Kleinschaligheid heilzaam voor zorg' (Boersma, 2005). Kleinschaligheid zou zorgen voor 'flexibiliteit en een betere werksfeer' (de Volkskrant, 2001) en een 'menselijke, individuele benadering' (Lubbers, 2009).

*... maar ook bij kleinschaligheid worden
kanttekeningen geplaatst*

Ook kleinschaligheid lijkt echter nadelen te kennen. Zo is groepswonen voor ouderen met dementie volgens een onderzoeker niet voor iedereen een oplossing: 'In een huiskamer gezinnetje spelen met zes wildvreemden en activiteiten als aardappels schillen en de was doen' (The, 2008). Een medisch professional geeft aan dat het in kleinschalige zorg moeilijker is om 'een goed niveau van medische zorg' te realiseren (Van der Bles & Lucas, 2009). Volgens een bestuurder is het daarnaast lastig om de continuïteit van zorg te garanderen: 'Als de griep toeslaat, hoe vang je dan je zieken op met zo'n klein team?' (Wammes, 2009).

*In het publieke debat komen
uiteenlopende standpunten aan bod*

Uit onze analyse blijkt dat in het publieke debat over schaalgrootte in de zorg veel verschillende actoren met veel verschillende opvattingen actief zijn. Hoewel in het laatste regeerakkoord vooral wordt gewezen op de voordelen van kleinschaligheid en de nadelen van grootschaligheid, zien we in het bredere publieke debat meerdere standpunten terug. In het debat is zowel aandacht voor rationele overwegingen en argumenten als voor subjectiviteit, associaties en emoties. Wat

bovendien opvalt, is dat nergens in de 650 krantenartikelen wordt gedefinieerd hoe groot 'grootschalig' of hoe klein 'kleinschalig' nu eigenlijk is. Om dit publieke debat beter te kunnen begrijpen, gaan we in het volgende deel in op de onderliggende waarden. Hierbij introduceren we het begrip 'legitieme schaalgrootte'.

Legitimiteit, waarden en legitieme schaalgrootte

Legitimiteit kan worden gedefinieerd als 'een opvatting of aanname dat de acties van een entiteit wenselijk, behoorlijk en gepast zijn binnen een sociaal geconstrueerd systeem van waarden, normen, overtuigingen en definities' (Suchman, 1995, p. 574).

In dit artikel kijken we naar de rol die waarden spelen bij de legitimiteit van schaalgrootte. Beleidsonderwerpen hebben vaak te maken met meerdere, conflicterende waarden (De Graaf, van Doeveren, Reynaers, & Van der Wal, 2011; Van der Wal, De Graaf, & Lawton, 2011). Waarden hebben te maken met ideeën over goed en kwaad (De Graaf, 2003) en zijn vaak niet eenduidig en neutraal (zie bijvoorbeeld Dijkstra & Van de Walle, 2011). Berlin (1982) stelt zelfs dat waarden incommensureabel zijn. Dit betekent dat waarden ten diepste onvergelijkbaar zijn: 'Er is geen eenheid of schaal waarop conflicterende waarden kunnen worden gemeten' (Lukes, 1989, p. 135).

In de gezondheidszorg speelt een variëteit aan waarden een rol, zoals kwaliteit van zorg, betaalbaarheid, toegankelijkheid, keuzevrijheid en innovatie (Putters, 2009). Vanuit deze waarden bestaan verschillende opvattingen van een 'wenselijke, behoorlijke en gepaste' (Suchman, 1995, pp. 574) schaalgroot-

te. We definiëren legitieme schaalgrootte als schaalgrootte waarin rekening wordt gehouden met verschillende,



mogelijk tegenstrijdige waarden. In het vierde deel beschrijven we uit welke waarden legitieme schaalgrootte in de zorg is opgebouwd.

Legitieme schaalgrootte in de zorg is opgebouwd uit vijf waarden

Uit de 650 krantenartikelen destilleren we vijf waarden die dominant zijn in het publieke debat over schaalgrootte in de zorg. Dit zijn de waarden sturing, menselijke maat, marktmacht, efficiëntie en kwaliteit van zorg. Deze waarden beschrijven we aan de hand van vier domeinen, bestaande uit verschillende actoren, die typerend zijn voor de Nederlandse zorgsector. Het gaat om de domeinen van de overheid en politiek (politieke partijen, bestuurders, ambtenaren, uitvoeringsorganisaties), de gemeenschap (onderzoeksinstituten, patiëntenorganisaties, vakbonden, raden van toezicht, wetenschappers, redacteuren en columnisten van kranten), de medische professie (zorgprofessionals, verenigingen van zorgprofessionals) en de markt (farmaceutische bedrijven, adviesbureaus, private investeerders, zorgverzekeraars).

We hebben in onze analyse gekeken welke actoren, vanuit welke domeinen, de vijf waarden hanteren. We constateren dat sturing vooral van belang is

in het domein van overheid en politiek, menselijke maat het meest wordt gebruikt door actoren uit de gemeenschap, marktmacht en efficiëntie tot het domein van de markt behoren en kwaliteit van zorg dominant is binnen de medische professie. Dit leidt tot het volgende model, waarbij per domein een citaat uit een krantenartikel wordt gegeven dat exemplarisch is voor de betreffende waarde(n) (zie figuur 1).

Domein 1: Overheid en politiek – Sturing

Passage uit een krantenartikel over de toenmalig minister van VWS, Eduard Bomhoff (*NRC Handelsblad*, 2002):

‘Door de grootschaligheid van ziekenhuizen neemt hun macht en de grootte van hun auto evenredig toe’, aldus de minister. Bomhoff kondigde aan dat hij de komende tijd de ‘schijnwerpers op de bestuurders van ziekenhuizen zal richten’ om te kijken of ze niet te veel verdienen. Daarnaast wil hij wettelijke mogelijkheden om slecht functione-

rende raden van besturen en raden van toezicht van ziekenhuizen naar huis te kunnen sturen.’

De vraag wie nu eigenlijk sturend is bij schaalbeslissingen in de gezondheidszorg komt voortdurend terug in het domein van de overheid en politiek. Het algemene idee is dat de overheid binnen een systeem van ‘gereguleerde marktwerking’ in de zorg de centrale, directe sturing steeds meer vervangt door het scheppen van de randvoorwaarden, het opstellen van (basis)normen en het houden van toezicht (RVZ, 2009).

Zoals echter uit het citaat blijkt, zijn politici voortdurend op zoek naar mogelijkheden om sturing weer te centraliseren. Daarbij heeft het overheidsbeleid op het gebied van schaalgrootte de afgelopen tien jaar een omslag gemaakt. Tot het begin van de jaren 2000 werd schaalvergroting in de zorg gestimuleerd. Een voorbeeld hiervan is de ‘grootschaligheidstoelage’ waarmee tot 2003 ziekenhuizen werden beloond



voor fusies. De afgelopen jaren wordt schaalvergroting in de zorg juist ontmoedigd. Recentelijk heeft de minister-raad ingestemd met een wetsvoorstel waarin de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg een belangrijke rol krijgen bij het toetsen van fusies in de zorg. Even daarvoor had de Tweede Kamer al een motie aangenomen waarin de wenselijkheid van een fusiestop in de zorg wordt uitgesproken.

Domein 2: Gemeenschap – Menselijke maat

Citaat van een columnist uit een toekomstverkenning van het RIVM (Tonkens, 2006):

‘We willen de menselijke maat weer in ons leven brengen. Er is meer aandacht voor elkaar. De overheid staat dichterbij de mensen. Het hoeft allemaal niet verder, hoger, meer en sneller. We zijn meer op elkaar betrokken en vrijwilligerswerk is ook belangrijk. We hebben behoefte aan meer gemeenschapszin. We moeten niet meer zo langs elkaar heen leven; we moeten iets voor een ander overhebben zonder dat je daar iets voor terugvraagt.’

De waarde ‘menselijke maat’ staat centraal in het domein van de gemeenschap. Vanuit het publieke debat komt geen eenduidige definitie van de menselijke maat naar voren. De waarde wordt vaak genoemd in samenhang met begrippen als aandacht, herkenbaarheid, betrokkenheid, nabijheid en autonomie van professionals. De aandacht voor de menselijke maat, die over het algemeen wordt geassocieerd met een kleinschalige omgeving, lijkt een reactie op de trend van schaalvergroting in de publieke sector. Overigens is de menselijke maat niet voorbehouden

aan kleinschaligheid. Het lijkt echter wel een stuk moeilijker te zijn om deze maat te ervaren in een grootschalige



context (met het gevaar van bureaucratie en afstand tussen management en professional).

Domein 3: Medische professie – Kwaliteit van zorg

Citaat van een psycholoog over het gevaar van dogmatisch denken over kleinschalig wonen voor mensen met dementie (Van der Bles & Lucas, 2009):

‘Het is een mooi principe, maar heeft alleen zin als er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Dat idee van “als je mensen maar in een normale omgeving plaatst, gedragen ze zich ook normaal” is onzin. De gedachte: als het maar kleinschalig is gaat het vanzelf goed, is niet waar.’

De waarde kwaliteit van zorg staat centraal in het domein van de medische professie. Wat kwaliteit van zorg precies is, en welke schaalgrootte daarbij hoort, hangt samen met de eigenschappen van de betreffende soort zorg. De psychiatrie vraagt bijvoorbeeld om een heel andere schaalgrootte dan langdurige zorg voor mensen met dementie. Maar ook de betekenis van kwaliteit van zorg voor mensen met dementie zelf is aan verandering onderhevig. Waar voorheen verpleeghuiszorg was geënt op ziekenhuiszorg, een groot-

schalige, klinische omgeving, ontstaan nu steeds meer kleinschalige eenheden. Kwaliteit van leven (in plaats van alleen kwaliteit van zorg) is in de loop van de tijd een steeds grotere rol gaan spelen. Het citaat laat zien dat schaalgrootte vanuit een medisch perspectief rekening dient te houden met het type zorg en de specifieke behoeften van de cliënt/patiënt.

Domein 4: Markt – Marktmacht en efficiëntie

Citaat van een consultant over de apotheekmarkt (Leeflang, 2008):

‘In alle lagen van de distributieketen worden de maatregelen gevoeld en proberen marktpartijen hun afzetmarkt veilig te stellen. Zo worden nieuwe apotheekformules bedacht, ontstaan

satie op de arbeidsmarkt, de markt voor materialen en apparatuur, de kapitaalmarkt, de zorgverkoopmarkt en de zorginkoopmarkt. Schaalvergroting lijkt in hoge mate te worden ingegeven door marktoverwegingen. Een grotere schaal zou bijdragen aan een betere marktpositie.

Efficiëntie is het streven om met een gegeven input een zo goed mogelijke output te realiseren. Ook efficiëntie, met name in de ondersteunende diensten van zorgorganisaties, lijkt een belangrijke drijfveer voor schaalvergroting (‘schaalvoordelen’). Uit onze analyse blijkt dat de beide waarden uit het domein van de markt een belangrijke rol spelen in de argumentatie die in het publieke debat wordt gebruikt voor schaalvergroting.

Conclusie

Wat zegt deze analyse nu over legitime schaalgrootte in de zorg? We willen starten met een waarschuwing. Zowel het benoemen van de vijf waarden als het onderscheid in de vier domeinen is ideaaltypisch. De praktijk is zoals altijd een stuk complexer. In de praktijk behoren waarden niet exclusief tot een domein. Daarnaast bestaan domeinen niet als gesloten, scherp afgebakende gebieden. Vaak zijn actoren in meerdere domeinen actief en hanteren ze een verscheidenheid aan waarden. Zo wordt een waarde als menselijke maat het meest gebruikt in het domein van de gemeenschap, maar komt deze ook terug in andere domeinen (bijvoorbeeld bij de overheid en politiek).

Met deze waarschuwing in het achterhoofd hopen we met dit artikel een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke discussie over waarden en schaalgrootte in de semipublieke sector.

We laten zien dat vijf verschillende waarden, en daarmee vijf verschillende opvattingen van wat 'wenselijk, behoorlijk en gepast' (Suchman, 1995, p. 574) is, een rol spelen in het publieke debat over schaalgrootte. Dit leidt tot waardeconflicten. Zo conflicteert de waarde efficiëntie vaak met menselijke maat en is kwaliteit van zorg niet zomaar in overeenstemming te brengen met marktmacht. Zoals het publieke debat laat zien, zijn ze echter alle van belang voor een legitieme schaalgrootte.

Beleidsmakers en zorgbestuurders moeten op een goede manier omgaan met de vijf waarden. Ze zullen soms moeten kiezen tussen waarden, in andere gevallen laveren tussen waarden en in weer andere gevallen waarden juist met elkaar verbinden (Huberts & Van Hout, 2011). Hierbij zullen ze er rekening mee moeten houden dat de waarden niet altijd commensurabel en soms zelfs conflicterend zijn. Wanneer ze niet goed omgaan met deze waarden, schaadt dat de legitimiteit en het bestaansrecht van hun organisatie. We zien dat bijvoorbeeld terug wanneer de waarden van de markt een dominante rol gaan spelen. Actoren reageren hierop door terug te grijpen naar andere waarden, zoals het recente overheidsbeleid laat zien.

We eindigen met een suggestie voor vervolgonderzoek. Dit artikel legt op macroniveau bloot welke waarden een rol spelen bij legitieme schaalgrootte in de zorg. De volgende stap bestaat wat ons betreft uit studies op meso- en micro-niveau. Deze zouden moeten gaan over de manier waarop bestuurders en andere betrokkenen in de dagelijkse praktijk invulling geven aan de beschreven waarden en de manier waarop ze omgaan met conflicten tussen de waarden. En dit gaat verder dan alleen de zorg.

Het omgaan met waardeconflicten als onderdeel van *good governance* is een interessante bestuurskundige onderzoeksrichting voor de komende jaren. Onderzoek naar *good scale* kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Literatuur

- Berlin, I. (1982). *Against the current*. New York: Penguin Books.
- Blank, J., Haelemans, C., Koot, P., & Van Putten-Rademaker, O. (2008). Een inventariserend onderzoek naar de relatie tussen schaal, bereikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Achtergrondstudie bij: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008). *Schaal en zorg*. Den Haag: RVZ.
- Bles, W. van der, & Lucas, N. (2009, 2 juli). Een aai over de bol alleen is niet genoeg. *Trouw*.
- Boersma, M. (2005, 13 januari). Kleinschaligheid heilzaam voor zorg. *Trouw*.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2005). *Gezondheid en zorg in cijfers 2005*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- De Volkskrant* (2001, 21 november). Nieuw bedrijf bundelt grote privéklinieken.
- Dijkstra, G., & Walle, S. van de (2011). Good governance en ontwikkelingsbeleid: Spijkerhard of boterzacht? *Bestuurskunde*, 20(2), 23-32.
- Graaf, G. de (2003). *Tractable morality. Customer discourses of bankers, veterinarians and charity workers*. Academisch proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Graaf, G. de, Doeveeren, V. van, Reynaers, A. & Wal, Z. van der (2011). Goed bestuur als management van spanningen tussen publieke waarden. *Bestuurskunde*, 20(2), 5-11.
- Haan, H. de, & Haagsma, I. (1996, 21 mei). Een grove ziekenhuisfabriek met vriendelijke smoel. *de Volkskrant*.
- Hagelstein, G.H., & Traag, J.M.E. (1998). De fantasie van de beste schaal. Over schaalvraagstukken als beste maat voor besturen. *Bestuurskunde*.
- Het Financieele Dagblad* (2006, 9 juni). Pragmatisch.
- Hoekman, J. (2007, 21 november). Bestuur: Fusie is noodzaak. *Reformatisch Dagblad*.
- Huberts, L. & Hout, E. van (2011). Goed bestuur: kiezen of delen? *Bestuurskunde*, 20(2), 53-62.
- Inspectie Jeugdzorg (2010). *Ook het particuliere zorgaanbod moet verantwoord zijn*. Verkregen via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2010/09/15/ook-het-particuliere-zorgaanbod-moet-verantwoord-zijn.html>.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Grote zorgen over 'nieuwe' toetreders op de thuiszorgmarkt*. Verkregen via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2009/06/10/grote-zorgen-over-nieuwe-toetreders-op-de->

- thuiszorgmarkt-kwaliteit-van-zorg-onderzocht-bij-niet-jaardocumentplichtige-thuiszorgorganisaties.html.
- Leeflang, N. (2008, 19 april). Distributie medicijnen in beweging. *Het Financieele Dagblad*.
- Lubbers, K. (2009, 24 april). Dilemma voor zorglandbouw. *Agrarisch Dagblad*.
- Lukes, S. (1989). Making sense of moral conflict, in: L. Rosenblum (Ed.). *Liberalism and the moral life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ministerie van VWS (2011). *Zorg die werkt*. Verkregen via <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/01/26/zorg-die-werkt-de-beleidsdoelstellingen-van-de-minister-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport.html>.
- NIVEL (2010). *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. Verkregen via www.nivel.nl/pdf/cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2010.pdf.
- Noordhuis, P. (2008, 13 november). Zorg draait om barmhartigheid. *Nederlands Dagblad*.
- NRC Handelsblad (2002, 3 oktober). Kamer eist actie tegen fusiegolf in zorg. Putters, K. (2009). Besturen met duivelselastiek. Oratie.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2009). *Governance en kwaliteit van zorg*. Den Haag: RVZ.
- Reerink, A. (2008, 11 juni). Regeringspartij toont bedenkingen bij marktwerking in de gezondheidszorg. *NRC Handelsblad*.
- Reerink, A. (2009, 18 februari). Weerstand groeit tegen zorgconglomeraten. *NRC Handelsblad*.
- Regeerakkoord VVD-CDA (2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Verkregen via <http://www.kabinet-formatie2010.nl/>.
- Slingerland, M. (2004, 26 november). Groter is beter. *Trouw*.
- Suchman, M.C. (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *The Academy of Management Review*, 20(3), 571-610.
- Te Boekhorst, S. (2010). *Group living homes for older people with dementia*. Wageningen: Ponsen & Looijen b.v. Proefschrift.
- Termeer, C.J.A.M., & Steen, T.P.S. (2011). Schaalsensitief bestuur. *Bestuurskunde*, 20(4).
- The, A.M. (2008, 19 april). We leggen ons neer bij natte-luier-gaarkeuzenzorg. *de Volkskrant*.
- Tonkens, E. (2006, 29 november). De schoen van Rein Jan Hoekstra. *de Volkskrant*.
- Trommelen, J., & Visser, E. de (2008, 27 december). Kleinschaligheid fundament onder goede ouderenzorg. *de Volkskrant*.
- Wal, Z. van der, Graaf, G. de, & Lawton, A. (2011). Editorial. Competing values in public management: an introduction to the symposium issue. *Public Management Review*, 13(3), 331-341.
- Wammes, H. (2009a, 17 januari). Jong, groot, en goed voor miljoenenverliezen. *NRC Handelsblad*.
- Wammes, H. (2009b, 25 februari). Kleinschalige thuiszorg werkt. *NRC Handelsblad*.