



# INKOOP VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Eline Klop

319190

319190ak@eur.nl

19 juni 2013

Afstudeerbegeleider: Dr. E. van Raaij

Meelezers: Drs. B.M. van Ineveld &

Dr. J.D.H. van Wijngaarden



## **INKOOP VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG**

Een studie naar de organisatie van de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg in Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen en de mogelijkheid tot kostenbeheersing die met de organisatie van de inkoop voor zorg samenhangt.

A.A.C. Klop

319190

Afstudeerbegeleider

Dr. E.M. van Raaij

Rotterdam School of Management

Meelezers

Drs. B.M. van Ineveld & Dr. J.D.H. van Wijngaarden

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

19 juni 2013

## **VOORWOORD**

De belangstelling voor de mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen de zorgsector heeft gedurende mijn studie altijd mijn aandacht getrokken. Het onderwerp binnen deze scriptie om de organisatie van de inkoop voor directe medisch-specialistische zorg in verband te brengen met de mogelijkheid tot kostenbeheersing vond ik erg interessant.

Deze scriptie is geschreven in het kader van de studie Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Met deze scriptie is de Master of Science in Zorgmanagement afgerond.

Ik wil in het bijzonder dank zeggen aan mijn begeleider Dr. E.M. van Raaij voor zijn betrokkenheid, helderheid, enthousiaste begeleiding, tijd en moeite bij de totstandkoming van deze scriptie. Zijn waardevolle feedback heeft mij erg geholpen gedurende het gehele proces. Daarnaast wil ik Dr. M. Stevens bedanken voor de begeleiding aan het begin van het proces. Verder wil ik mijn meelezers, Drs. B.M. van Ineveld en Dr. J.D.H. van Wijngaarden, hartelijk bedanken voor hun tijd bij het beoordelen van deze scriptie. Ook wil ik mijn familie en vriend bedanken voor de steun gedurende deze periode. Tot slot wil ik de geïnterviewden bedanken voor hun medewerking aan mijn studie. Hartelijk dank voor de tijd die zij voor mij hebben vrijgemaakt.

Eline Klop, juni 2013

## SAMENVATTING

**Achtergrond:** Uit onderzoek blijkt dat Zelfstandige behandelcentra kostenefficiënter werken dan reguliere aanbieders van de curatieve zorg. Binnen dit onderzoek wordt gekeken of het kostenbewustzijn kan worden toegeschreven aan de organisatie van de inkoopfunctie. Zo vergelijkt deze studie de organisatie van de directe inkoop voor medisch- specialistische zorg in Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen. Daarnaast wordt onderzocht welke mogelijkheid tot kostenbeheersing met de organisatie van de inkoop voor zorg samenhangt.

**Methode:** Om de verschillende inkoopfuncties van Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen met elkaar te vergelijken is er een topiclijst opgesteld met onderwerpen die gerelateerd zijn aan de theoretische achtergrond. Door middel van semigestructureerde interviews met inkoopprofessionals uit zeven Zelfstandige behandelcentra, drie Academische ziekenhuizen en negen Reguliere ziekenhuizen is uitgevraagd hoe de inkoopfunctie binnen deze instellingen is georganiseerd. Daarnaast is er om een reactie van de NFU en ZKN gevraagd met betrekking tot de typering van de organisatie van de inkoopfuncties.

**Resultaten & Conclusie:** De resultaten van dit exploratieve onderzoek tonen aan dat de inkoopfuncties van Academische ziekenhuizen, Algemene ziekenhuizen en Zelfstandige behandelcentra verschillend zijn georganiseerd. De inkoopfunctie binnen Academische ziekenhuizen kan getypeerd worden als ondersteunend en adviserend. Binnen Algemene ziekenhuizen krijgt de inkoopfunctie een adviserende en sturende invulling. Inkoopfuncties binnen kleine ZBC's hebben enkel een ondersteunende rol, terwijl binnen de grote ZBC's de inkoopfunctie een adviserende en (sterk) sturende invulling krijgt. Er zijn aanwijzingen dat de organisatie van de inkoopfunctie een rol speelt bij de mogelijkheid tot kostenbeheersing.

**Aanbevelingen:** Om de zorg betaalbaar te houden is het van belang dat er kritisch gekeken wordt naar de kostenbeheersing binnen de inkoop voor medische zorg. Kostenbesparingen kunnen voornamelijk behaald worden door een vroege betrokkenheid van de inkoopafdeling binnen het inkoopproces. De fase waarin de inkoopafdeling betrokken wordt is afhankelijk van de purchasing status. Daarnaast kunnen kosten bespaard worden door de belangen binnen zorginstellingen te synchroniseren, een duidelijk inkoopbeleid op te stellen vanuit het bestuur en door het aanpassen van het inkoopproces aan het soort product.

**Zoektermen:** inkoop voor zorg, medisch specialistische zorg, kostenbeheersing

## **ABSTRACT**

**Background:** Research shows that independent treatment centers (ZBC's) are more cost efficient than regular providers of curative care. This study will examine whether the cost-consciousness can be attributed to the organisation of the purchasing function. This study compares the organisation of direct purchasing procurement for specialist medical care in ZBC's, Regular hospitals and Academic hospitals. Additionally, the study also examines the possibility of cost control associated with the organisation of procurement for care.

**Methods:** To compare the different purchasing functions of ZBC's, Regular hospitals and Academic hospitals there is a list of priority topics related to the theoretical background. Semi-structured interviews with purchasing professionals from seven ZBC's, three Academic hospitals and nine Regular hospitals assessed how the purchasing function within these institutions is organised. Furthermore, the NFU and ZKN were asked for a response regarding the characterisation of the organisation of the purchasing functions.

**Results & Conclusion:** The results of this exploratory study show that the procurement functions of Academic Hospitals, Regular Hospitals and ZBC's are organised differently. The purchasing function within Academic hospitals can be characterised as supportive and advisory. The purchasing function within regular hospitals has an advisory and a guiding role. Purchasing functions within small ZBC's only have a supporting role, whereas the purchasing functions within the large ZBCs have an advisory and a (strong) guiding role. There is evidence that the organisation of the purchasing function plays a role in the ability to control costs.

**Recommendations:** To keep health care affordable, it is important that there is a assessment of the cost associated with the purchasing of medical care. Cost savings can be achieved mainly through an early involvement of the purchasing function in the purchasing process. The phase in which the purchasing function is involved depends on the purchasing status. Furthermore, cost savings can be achieved by synchronizing interests within healthcare institutions, a clear procurement from the board, and adjusting the purchasing process to the type of product.

**Search Terms:** procurement for care, specialist medical care, cost saving

# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	<b>III</b>
<b>SAMENVATTING</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>V</b>
<b>1. INLEIDING</b>	<b>3</b>
§ 1.1 HET BELANG VAN EEN GOED GEORGANISEERDE INKOOPFUNCTIE	3
§ 1.2 DE DOELSTELLING	4
§ 1.3 ONDERZOEKSVRAAG	5
§ 1.4 DEELVRAGEN	6
<b>2. THEORETISCH KADER</b>	<b>7</b>
§ 2.1 DE PLAATS VAN DE INKOOPFUNCTIE BINNEN EEN ORGANISATIE	7
§ 2.2 EEN GOED GEORGANISEERDE INKOOPFUNCTIE	9
§ 2.2.1 <i>Een inkoopfunctie gericht op functionele producten</i>	9
§ 2.2.2 <i>Een inkoopfunctie gericht op innovatieve producten</i>	11
§ 2.2.3 <i>Een inkoopfunctie gericht op zowel functionele als innovatieve producten</i>	12
§ 2.3 DE INKOOPPORTFOLIO VAN KRALJIC	12
§ 2.4 INKOOPSTRATEGIE	14
§ 2.5 DE INVULLING VAN DE INKOOPFUNCTIE	15
§ 2.6 HET INKOOPPROCES	16
§ 2.7 INKOOPVOLWASSENHEID	20
§ 2.8 BELANGRIJKSTE DIMENSIES OM DE INKOOPFUNCTIES VAN DE VERSCHILLENDE TYPEN ZORGINSTELLINGEN TE BESCHRIJVEN	21
§ 2.9 KOSTEN EN PRIJZEN BIJ DE INKOOP VOOR MEDISCHE SPECIALISTISCHE ZORG	22
§ 2.10 CONCEPTUEEL MODEL	24
<b>3. METHODE &amp; WERKWIJZE</b>	<b>25</b>
§ 3.1 KWALITATIEF ONDERZOEKSDSIGN	25
§ 3.1.1 <i>Onderzoekspopulatie</i>	25
§ 3.1.2 <i>Semigestructureerde interviews</i>	27
§ 3.1.3 <i>Validiteit en Betrouwbaarheid</i>	28
§ 3.1.3.1 <i>Validiteit</i>	28
§ 3.1.3.2 <i>Betrouwbaarheid</i>	29
<b>4. RESULTATEN</b>	<b>30</b>
§ 4.1 OVERZICHT VAN HET ONDERZOEK	30
§ 4.2 DE ORGANISATIE VAN DE INKOOPFUNCTIE BINNEN ZELFSTANDIGE BEHANDELCENTRA	31
§ 4.2.1 <i>Het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra</i>	32
§ 4.2.2 <i>Besturing</i>	33
§ 4.2.3 <i>Kostenbeheersing</i>	34
§ 4.2.4 <i>Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen ZBC's</i>	35
§ 4.3 DE ORGANISATIE VAN DE INKOOPFUNCTIE BINNEN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN	36
§ 4.3.1 <i>Het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen</i>	36
§ 4.3.2 <i>Besturing</i>	37
§ 4.3.3 <i>Kostenbeheersing</i>	38
§ 4.3.4 <i>Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen academische ziekenhuizen</i>	39
§ 4.4 DE ORGANISATIE VAN DE INKOOPFUNCTIE BINNEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN	39
§ 4.4.1 <i>Het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen</i>	40

§ 4.4.2 Besturing	41
§ 4.4.3 Kostenbeheersing	41
§ 4.4.4 Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen algemene ziekenhuizen	42
§ 4.5 DE VERSCHILLEN EN OVEREENKOMSTEN TUSSEN DE INKOOPFUNCTIES VAN ZELFSTANDIGE BEHANDELCENTRA, ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN EN REGULIERE ZIEKENHUIZEN	42
§ 4.5.1 Het inkoopproces	42
§ 4.5.2 De besturing	49
§ 4.5.3 De kostenbeheersing	51
§ 4.6 ORGANISATIEVORMEN	55
<b>5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE</b>	<b>59</b>
§ 5.1 KOSTENBEHEERSING BINNEN DE INKOOP VOOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG EEN BELANGRIJK PUNT MET BETREKKING TOT DE HUIDIGE ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGSECTOR	59
§ 5.2 DE ORGANISATIE VAN DE INKOOP IN DE DRIE TYPEN ZORGINSTELLINGEN	61
§ 5.3 PLAATSING VAN DE TYPEN ZORGINSTELLINGEN BINNEN HET INKOOPONTWIKKELINGSMODEL	62
§ 5.4 KOSTENBEHEERSING	63
§ 5.5 TERUGKOPPELING NAAR DE LITERATUUR	64
§ 5.6 STERKE EN ZWAKKE PUNTEN	66
§ 5.7 CONCLUSIE	67
<b>6. AANBEVELINGEN</b>	<b>68</b>
§ 6.1 AANBEVELINGEN VOOR DE DIRECTE INKOOP VOOR MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	68
§ 6.2 AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK	70
<b>REFERENTIES</b>	<b>71</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>79</b>
BIJLAGE 1 ‘HET INKOOPPROCES BINNEN ZELFSTANDIGE BEHANDELCENTRA’	79
BIJLAGE 2 ‘DE BESTURING BINNEN ZELFSTANDIGE BEHANDELCENTRA’	83
BIJLAGE 3 ‘KOSTENBEHEERSING BINNEN ZELFSTANDIGE BEHANDELCENTRA’	85
BIJLAGE 4 ‘HET INKOOPPROCES BINNEN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN’	88
BIJLAGE 5 ‘DE BESTURING BINNEN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN’	93
BIJLAGE 6 ‘KOSTENBEHEERSING BINNEN ACADEMISCHE ZIEKENHUIZEN’	94
BIJLAGE 7 ‘HET INKOOPPROCES BINNEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN’	97
BIJLAGE 8 ‘DE BESTURING BINNEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN’	108
BIJLAGE 9 ‘KOSTENBEHEERSING BINNEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN’	111

## **1. INLEIDING**

In deze scriptie staat de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg binnen Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen in Nederland centraal. In dit hoofdstuk wordt achtergrondinformatie gegeven over het belang van een goed georganiseerde inkoopfunctie. Aansluitend volgen de doelstelling van deze scriptie, de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen.

### **§ 1.1 Het belang van een goed georganiseerde inkoopfunctie**

‘Juist nu bewijst de zorg zichzelf een dienst door te investeren in een uitstekende inkoopfunctie!’ (citaat Slingerland, NEVI Zorg 2012). Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006, waarbij marktwerking binnen de gezondheidszorg werd geïntroduceerd, is er veel aandacht voor het beheersen en beperken van kosten (NZa 2010; Ruiter et al. 2011; Porter 2007). De toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg zijn centraal komen te staan binnen de gezondheidszorg (NZa 2010). Dit heeft er mede toe geleid dat de inkoop voor zorg binnen zorgorganisaties grote ontwikkelingen heeft doorgemaakt (Ruiter et al. 2011). De inkoopkosten bedragen namelijk een groot gedeelte van de totale uitgaven van zorginstellingen (Intrakoop 2012; Van Weele 2008). Met het oog op het beheersen van de kosten is het essentieel dat er kritisch gekeken wordt naar de inkoopfunctie (Keough 1993).

Keough (1993) stelt dat hoe beter de inkoopfunctie binnen een organisatie is georganiseerd, des te groter de inkoopbesparingen zullen zijn. Uit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen veel kunnen besparen op de inkoop van goederen en diensten. De besparingen die op dit moment mogelijk zijn worden geschat op 600 miljoen per jaar (Zindata 2011). Zorginstellingen laten besparingen liggen doordat zij onvoldoende zicht hebben op de directe en indirecte kosten die aan een product en/ of dienst verbonden zijn. Dit blijkt uit een onderzoek van Intrakoop (2012). Slechts een derde van de 145 zorginstellingen maakt gebruik van de Total Cost of Ownership benadering bij tenminste 40% van het aankoopvolume, wat zorgt voor een beperkt inzicht in de directe en indirecte kosten van een product of dienst (Intrakoop 2012). Door de inkoop voor zorg goed te organiseren binnen de zorginstelling kan de integrale kostprijs van goederen en diensten worden verlaagd. Dit levert een groter rendement op voor de organisatie (Van Weele 2008; Ruiter et al. 2011; Hardt 2007).



Niet alleen op financieel vlak heeft een goed georganiseerde inkoopfunctie zijn toegevoegde waarde bewezen. De sterk concurrerende markt zorgt ervoor dat er voor de inkoopafdelingen op vele gebieden een belangrijke rol is weggelegd (Bartlett et al. 2003; Czinkota & Ronkainen 2005). Dit komt voort uit het feit dat inkoop een belangrijke strategische functie is en impact heeft op de winstgevendheid van een organisatie op de langere termijn (Leenders et al. 2002). Zo is de inkoopafdeling een belangrijk onderdeel dat zorgt voor de voortgang van het bedrijfsproces. De continuïteit van het leveren van zorg kan zonder een tijdige beschikking over goederen en diensten niet worden gewaarborgd.

Ook wanneer het gaat om strategische kwetsbaarheid van een organisatie kan inkoop voor zorg een belangrijke rol spelen (Van Weele 2008; Leenders et al. 2002). Door de opkomst van samenwerkingsverbanden met leveranciers zal dit ook zeker in de toekomst belangrijk blijven. De zorginstelling loopt een groter risico wanneer slechts enkele leveranciers gecontracteerd zijn (Van Weele 2008). Wanneer een van deze leveranciers wegvalt, heeft dit grote gevolgen voor de zorginstelling. Tot slot kan de inkoopfunctie een bijdrage leveren aan proces- of productvernieuwing. Een goed georganiseerde inkoopfunctie is beter georiënteerd op de leveranciersmarkt, wat ertoe leidt dat de zorginstelling eerder in contact komt met nieuwe processen en producten. Voor een zorginstelling is het van groot belang om op de hoogte te zijn van nieuwe ontwikkelingen om te kunnen innoveren en de kwaliteit van zorg te kunnen verbeteren (Van Weele 2008; Ruiters et al. 2011; Leenders et al. 2002).

Een goed georganiseerde inkoopfunctie heeft zijn toegevoegde waarde bewezen. Belangrijke doelen als het optimaliseren van leveranciersrelaties, kostenverlaging, performance verbetering en vergroting van de winstgevendheid kunnen worden nagestreefd (Smith-David et al. 2002). De inkoopfunctie neemt dan ook een belangrijke plaats in binnen de organisatie (Rozemeijer et al. 2003).

## **§ 1.2 De doelstelling**

Uit onderzoek blijkt dat zelfstandige behandelcentra (ZBC's) kostenefficiënter werken dan reguliere aanbieders van de curatieve zorg (NZa 2012). De tarieven liggen bij ZBC's tien tot vijftien procent lager dan die van ziekenhuizen. Dit geldt zowel voor het A- als het B-segment. Daarmee leveren ZBC's een bijdrage aan de betaalbaarheid van de zorg. Bij

bepaalde diagnoses (diagnose artrose knie) liggen de prijzen zelfs veel lager in vergelijking met de ziekenhuisprijzen. De prijsverschillen kunnen worden toegeschreven aan de verschillen in patiëntenpopulatie, omdat er geen correctie heeft plaatsgevonden voor de soort patiëntengroep (NZa 2012). Niet alleen de verschillen in de soort patiëntengroep kunnen een verklaring zijn voor de prijsverschillen. Het verschil in prijs kan wellicht ook worden verklaard door een verschil in de organisatie van de inkoop voor zorg. Binnen dit onderzoek zal gekeken worden naar de verschillen in de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg. De directe inkoop voor medisch-specialistische zorg richt zich op de materiële behoeften die essentieel zijn voor de continuïteit van het proces (Van Weele 2008). Het is mogelijk dat er binnen ZBC's meer prioriteit wordt gegeven aan kostenbeheersing bij de directe inkoop voor zorg. Dit kan de prijsverschillen bij bepaalde diagnoses verklaren. Gegevens om het verschil tussen ZBC's en ziekenhuizen te analyseren ontbreken (NZa 2011).

*De doelstelling van deze scriptie is de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg binnen academische ziekenhuizen, reguliere ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en de mogelijke verschillen in kaart te brengen en nagaan of deze mogelijke verschillen in verband staan met de kostenbeheersing binnen een bepaald type zorginstelling.*

Binnen dit onderzoek zullen de mogelijke verschillen op een aantal gebieden nader worden bekeken. Zo zal gekeken worden naar het doel en de strategie van de inkoopfunctie, de organisatie van de inkoopfunctie, de processen en de besturing van de inkoopfunctie en de inkoopresultaten. Binnen deze scriptie wordt daarnaast specifiek gekeken naar het kostenbewustzijn binnen de verschillende organisaties en de rol die de inkoop voor zorg daarin heeft. Zo wordt onderzocht of de invulling van de inkoopfunctie binnen een organisatie samenhangt met de mogelijkheid om de inkoopkosten binnen zorginstellingen te beheersen.

### **§ 1.3 Onderzoeksvraag**

De doelstelling van deze scriptie leidt tot de volgende onderzoeksvraag: *“Hoe verschillen de inkoopfuncties van ZBC's, academische ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen van elkaar met betrekking tot de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg en hoe hangen deze verschillen samen met de mogelijkheid tot kostenbeheersing?”*

## **§ 1.4 Deelvragen**

Vanuit de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld;

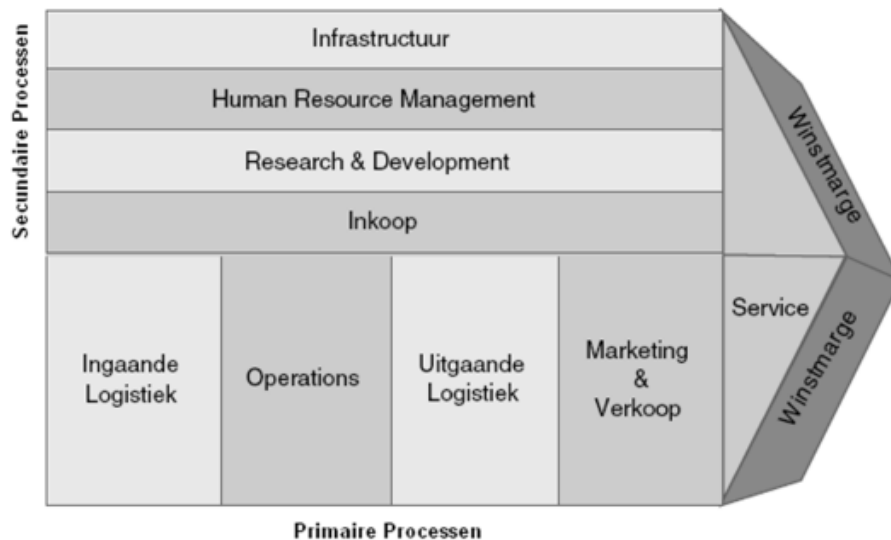
- Welke verschillen en overeenkomsten bestaan er in de organisatie van de inkoop voor medisch-specialistische zorg in Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen?
- Zijn er binnen deze verschillen in de organisatie van de inkoop van medisch-specialistische zorg organisatievormen herkenbaar?
- Is er een verband tussen de organisatievormen en de verschillende typen zorginstellingen?
- Is er een verband tussen de organisatievorm en de kostenbeheersing?

## **2. THEORETISCH KADER**

Binnen dit hoofdstuk zullen de resultaten van de literatuurstudie worden beschreven. Allereerst zal worden besproken welke plaats de inkoopfunctie heeft binnen een organisatie. Vervolgens zal worden aangetoond dat het noodzakelijk is dat de verschillende typen zorginstellingen hun inkoopfunctie anders dienen te organiseren. Verder komen in dit hoofdstuk de factoren aan bod die bepalen hoe de directe inkoop voor medisch specialistische zorg is georganiseerd. Zo zullen het belang van de inkoopstrategie, de invulling van de inkoopfunctie en het algemene inkoopproces beschreven worden. Tot slot worden de kenmerken van de organisatie van de inkoopfunctie van zorginstellingen samengebracht in een conceptueel model. Het conceptueel model geeft de samenhang van de verschillende kenmerken weer.

### **§ 2.1 De plaats van de inkoopfunctie binnen een organisatie**

Inkoop voor zorg kan worden gedefinieerd als de bedrijfsfunctie die zorg draagt voor de beschikbaarheid van benodigde goederen en diensten. De benodigde middelen dienen in de juiste hoeveelheden met de vereiste kwaliteit tegen de laagst mogelijke kosten op het juiste tijdstip aanwezig te zijn binnen de organisatie (Van Weele 2008). De plaats van de inkoopfunctie binnen een bepaalde organisatie kan worden beschreven aan de hand van de waardeketen van Porter (1985). De waardeketen van Porter (1985) schetst de plaats van de inkoopfunctie binnen industriële ondernemingen. Een waardeketen kan worden gezien als het voortbrengingsproces van ondernemingen. Hieronder valt het geheel van activiteiten gericht op het ontwerpen, produceren, verkopen, leveren en het onderhouden van een product of dienst (Porter 1985). Dit voortbrengingsproces is gericht op de afnemers van een product en/of dienst. Afbeelding 1 legt een verband tussen alle strategisch relevante bezigheden van een organisatie.



*Afbeelding 1: De waardeketen van Porter (Streefkerk & Ploos van Amstel 2009; IBpedia 2008)*

Porter (1985) maakt een onderscheid tussen primaire en secundaire processen. De primaire activiteiten richten zich op de productie van de (eind)producten. De ondersteunende activiteiten moeten de voortgang van de uitvoering van de primaire activiteiten mogelijk maken. Porter (1985) plaatst de inkoopfunctie onder de ondersteunende activiteiten. De inkoopfunctie dient als ondersteunende activiteit omdat de inkoopfunctie de materiële behoeften van een (zorg) organisatie moet borgen zodat dit resulteert in de voortgang van het productieproces. Binnen de waardeketen moeten zowel de primaire als de secundaire activiteiten dusdanig worden uitgevoerd dat er waarde wordt toegevoegd gedurende het proces. De totale waarde oftewel de verkoopopbrengsten moeten groter zijn dan het totaal van de kosten (Porter 1985).

Van Weele (2008) volgt Porter (1985) en plaatst de inkoopfunctie ook onder de ondersteunende activiteiten. Echter voegt hij toe dat de manier waarop de activiteiten uit de waardeketen binnen een instelling zijn georganiseerd sterk branchegebonden is (Van Weele 2008). Zo is de structuur van de waardeketen afhankelijk van de historie van de organisatie, de strategie van de onderneming en de manier waarop de strategie wordt uitgevoerd. Dit betekent dat de inkoopfunctie binnen instellingen op verschillende wijzen kan worden aangestuurd. Zo kan onderscheid gemaakt worden in de directe en de indirecte inkoop voor zorg. De directe inkoop voor zorg richt zich op materiële behoeften die essentieel zijn voor de continuïteit van het productieproces. De inkoopfunctie is gericht op de inkoop van productiegebonden goederen en/ of diensten. Binnen dit onderzoek zal de gekeken worden

naar de directe inkoop voor zorg. De indirecte inkoop voor zorg richt zich op het voorzien van materiële behoeften die in verband staan met de ondersteunende activiteiten. De inkoopfunctie is hier gericht op de inkoop van niet-productie gebonden goederen en/of diensten. Het onderscheid wat gemaakt kan worden binnen de inkoop voor zorg leidt ertoe dat het lastig is voor zorginstellingen om een uniforme werk- en beheersingsmethode op te stellen (Van Weele 2008; Lichtenberger et al. 2010).

## **§ 2.2 Een goed georganiseerde inkoopfunctie**

Het blijkt niet gemakkelijk om een inkoopfunctie goed te organiseren. Het is daarvoor noodzakelijk om een keuze te maken en een duidelijke strategie voor een organisatie op te stellen en vervolgens de inkoopfunctie hierop aan te passen (Fisher 1997; Kraljic 1983). Dit betekent dat bij verschillende typen zorginstellingen een anders georganiseerde inkoopfunctie nodig is. Kraljic (1983) & Fisher (1997) hebben beiden onderzocht hoe een succesvolle inkoopfunctie georganiseerd wordt.

### **§ 2.2.1 Een inkoopfunctie gericht op functionele producten**

Uit het onderzoek van Fisher (1997) blijkt dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen functionele en innovatieve producten. Elk product vraagt om een anders georganiseerde inkoopfunctie. Functionele producten zijn gericht op het voorzien in de basisbehoeften (Fisher 1997; Lammers et al. 2009). De vraag naar dit soort producten verandert door de tijd heen nauwelijks. De vraag is dan ook stabiel en voorspelbaar (Fisher 1997). Een voorbeeld van een inkoopbeleid gericht op functionele producten is mogelijk die van een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). ZBC's zijn vaak kleine organisaties zonder een eigen inkoopafdeling. Een ZBC is een particuliere instelling die is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen twee of meer medische specialisten. Binnen een ZBC is er voornamelijk sprake van electieve, relatief eenvoudige zorg, waarbij door een hoge frequentie van het aantal behandelingen de kwaliteit van zorg wordt vergroot en de kosten worden gereduceerd (CBZ 2003). Voorafgaand aan electieve zorg wordt een indicatie van de behandeling vastgesteld, wat ervoor zorgt dat de behandeling goed planbaar is (Ecorys-nei 2003). Het organisatieconcept van een ZBC is afgeleid van een 'focused factory'. Deze term is geïntroduceerd door Skinner (1974). Een focused factory is een organisatievorm die gepaard met een hoge mate van standaardisatie. Andere onderliggende principes van de

focused factory benadering zijn gebaseerd op processen van homogene producten georganiseerd rondom de behoefte van de patiënt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van diensten en eigen (niet-gedeelde) capaciteiten (Visser & Beech 2005). Een focused factory kan een efficiënte bedrijfsvoering nastreven doordat er minder omschakeling plaats vindt door een hoog volume van een bepaalde patiëntengroep, de leereffectiviteit wordt vergroot en er sprake is van een eenvoudige planning en samenwerking. Hierdoor kan een betere capaciteitsbenutting worden gerealiseerd (Skinner 1974; Vissers & Beech 2005).

Wanneer een organisatie veelal functionele producten inkoopt is het van belang te kiezen voor een inkoopfunctie die betrouwbaar de goederen en diensten levert tegen de laagste kosten (Fisher 1997). Het gebeurt vaak dat organisaties werken met leveranciers uit nieuwe Europese landen, die tegen een lage prijs de producten kunnen leveren. Of andere landen die tegen zo laag mogelijke kosten kunnen produceren. Voor organisaties met functionele producten is het gemakkelijker om een planning te maken van de vraag. Aan de hand hiervan is het mogelijk om een langetermijnplanning te maken over de benodigde capaciteit en materialen. De inkoop van medische apparatuur wordt binnen organisaties met functionele producten veelal centraal georganiseerd (Fisher 1997). Een centrale opstelling van de inkoop houdt in dat een centrale afdeling verantwoordelijk is voor de inkoop van goederen en diensten (Fredrickson 1986; Van Weele 2008). De inkoopafdeling bestaat uit inkoopspecialisten die contracten afsluiten met leveranciers. Inkoopbeslissingen worden door de inkoopafdeling gemaakt op strategisch en tactisch niveau. Het voordeel van een centrale inkoopstructuur is dat de inkoop gecoördineerd wordt en er sprake is van een grotere inkoopkracht door uniformering (Harrison 2001; Van Weele 2008). Hierdoor kunnen betere condities worden gecreëerd ten opzichte van de leveranciers (Harrison 2001). Zo levert het inkopen via een centrale inkoopafdeling schaalvoordelen op. Deze vorm van inkopen helpt mee aan het standaardiseren van het inkoopassortiment. Het nadeel van deze structuur is dat afdelingen in beperkte mate invloed hebben op inkoopbeslissingen (Van Weele 2008). Daarnaast is centrale inkoop lastig omdat het voor de inkoopafdelingen niet mogelijk is om over alle informatie te beschikken (Stroh et al. 2002). Binnen de gezondheidszorg is het betrekken van professionals noodzakelijk. De inkoopafdeling beschikt immers niet over de benodigde kennis om goederen en diensten te beoordelen op kwaliteit. Het betrekken van medewerkers in het inkoopproces blijkt ook in niet-zorg organisaties succesvol (Trent & Monczka 2002).

### **§ 2.2.2 Een inkoopfunctie gericht op innovatieve producten**

Naast functionele producten kan de supply chain ook gericht zijn op innovatieve producten. Innovatieve producten leveren vaak hogere winstmarges op dan functionele producten (Lammers et al. 2009; Fisher 1997). De levensduur van innovatieve producten is vaak kort vanwege het feit dat concurrerende organisaties het product vaak imiteren. De vraag van innovatieve producten is onvoorspelbaar doordat van organisaties gevraagd wordt om steeds met nieuwere producten te gaan werken (Lammers et al. 2009; Fisher 1997). De onvoorspelbaarheid van de vraag van innovatieve producten vraagt om een anders georganiseerde inkoopfunctie dan wanneer gekeken wordt naar de inkoopfunctie van functionele producten (Fisher 1997). Een voorbeeld van een strategie gebaseerd op innovatieve producten is mogelijk het inkoopbeleid van medische apparatuur bij een academisch ziekenhuis. Een academisch ziekenhuis is gericht op het verlenen van hoogwaardige zorg met de nieuwste en de meest vooruitstrevende medische apparatuur.

Wanneer een organisatie veelal innovatieve producten inkoop moet de organisatie kiezen voor een responsieve-marktgerichte supply chain. Bij een bedrijf wat te maken heeft met innovatieve producten spelen kosten een ondergeschikte rol in vergelijking met de snelheid waarop er op de vraag ingespeeld kan worden. Om snel te kunnen handelen is het van belang dat de inkoop decentraal georganiseerd wordt. Dit is noodzakelijk om zo snel mogelijk in te kunnen spelen op de nieuwste ontwikkelingen (Fisher 1997). Het heeft voornamelijk de voorkeur om de besluitvorming te decentraliseren omdat de slagkracht bij de medewerkers ligt die dagelijks de beslissingen moeten nemen. Het zijn ook deze medewerkers die het succes of het falen van de supply chain bepalen. Wanneer er sprake is van een decentrale opstelling van de inkoop is iedere afdeling verantwoordelijk voor haar eigen resultaten. De afdeling zelf heeft de volledige zeggenschap over de inkoop van goederen en diensten en is zelf verantwoordelijk voor het inkoopbeleid. Het voordeel van deze organisatievorm is een grote betrokkenheid van de afdeling wanneer het gaat om de inkoop van goederen en diensten. Echter leidt een decentrale opstelling van de inkoopafdeling tot weinig schaalvoordelen (Van Weele 2008) en is er binnen decentrale inkooporganisaties vaak sprake van een verschil in incentives tussen de principaal (professionals) en de agent (inkopers en het management) (Lee & Whang 1999). Er bestaat een spanningsveld tussen de belangen van de professional en de manager (Grit & Meurs 2005). Zo streeft de professional naar de beste kwaliteit van zorg en is de manager gericht op de organisatie, waar kosten een belangrijke plaats hebben (Glouberman & Mintzberg 2001).



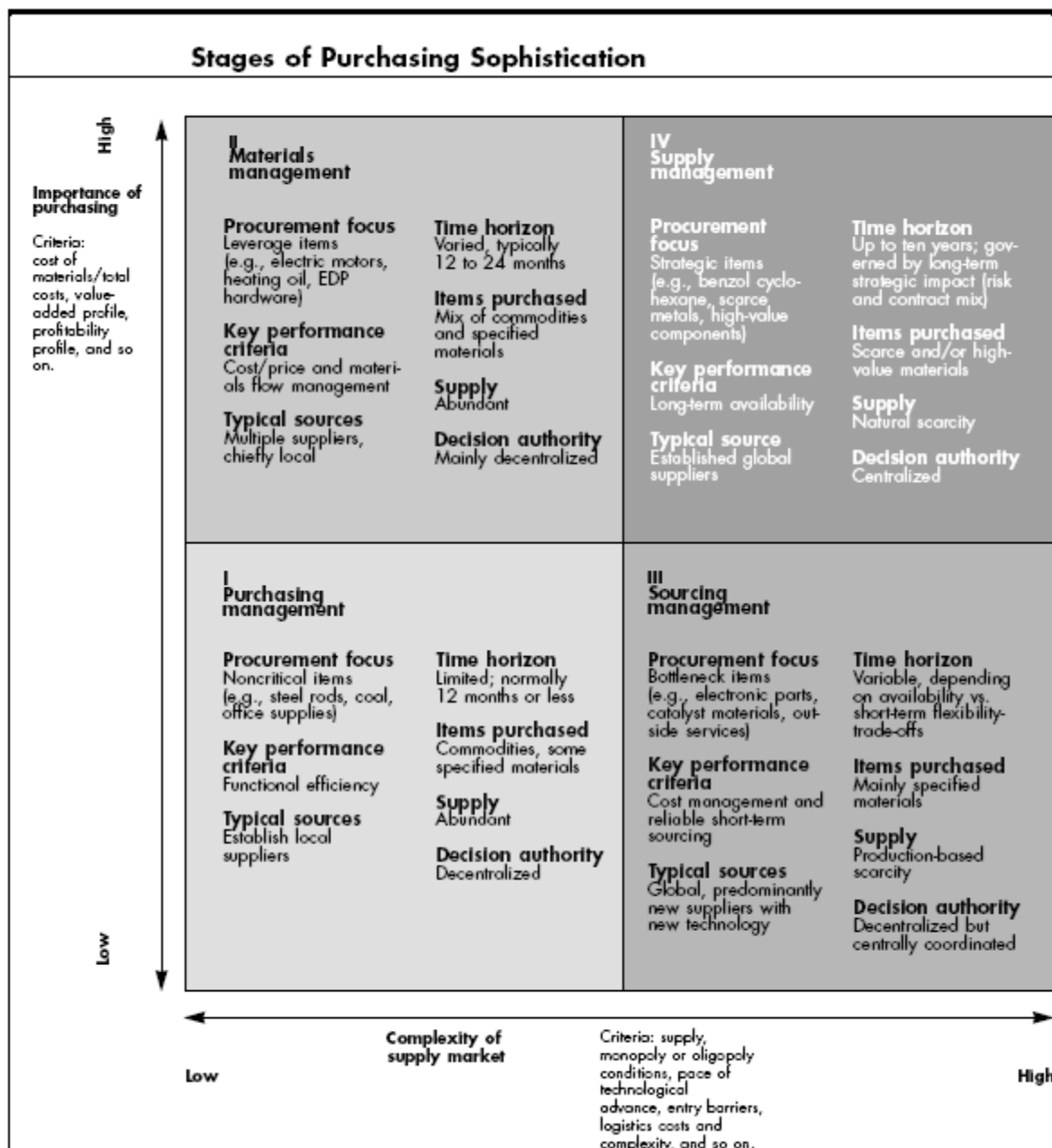
### **§ 2.2.3 Een inkoopfunctie gericht op zowel functionele als innovatieve producten**

Naast het volgen van een kostenefficiënte supply chain focus en een responsieve marktgerichte supply chain focus is het ook mogelijk om zowel beide strategieën binnen een organisatie toe te passen. Het gebeurt veelal dat beide producten, zowel functionele als innovatieve producten, voorkomen binnen een organisatie (Fisher 1997). Het is in dit geval van belang dat een organisatie duidelijk onderscheid maakt tussen de verschillende concepten en de concepten een specifieke focus geeft. Vaak is het voor een organisatie niet de vraag of er gekozen moet worden voor een kostenefficiënte supply chain of een responsieve supply chain, maar is de vraag hoe beiden het best gecombineerd kunnen worden. Dit geldt voor zowel zelfstandige behandelcentra, algemene ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen. Binnen deze zorginstellingen wordt zowel gebruik gemaakt van innovatieve producten als functionele producten.

Bij zowel een gecombineerde, een kostenefficiënte en een responsieve marktgerichte supply chain is een ketenregisseur noodzakelijk die zorgt voor een goede besturing. Dit, omdat beslissingen die genomen worden binnen de supply chain niet alleen van invloed zijn op partners waar de organisatie mee samenwerkt (Fisher 1997, Fawcett en Magnan 2001).

### **§ 2.3 De inkoopportfolio van Kraljic**

Fisher (1997) maakt duidelijk dat het voor verschillende typen zorginstellingen noodzakelijk is om de inkoopfunctie anders te organiseren. Ook Kraljic (1983) heeft onderzoek gedaan naar het organiseren van de inkoopfunctie. Naast het onderscheid tussen functionele en innovatieve producten kan er ook een onderscheid worden gemaakt tussen goederen en diensten op basis van ‘importance of purchasing’ en ‘complexity of supply market’. De benadering die Kraljic (1983) beschrijft richt zich op het classificeren en het managen van de inkoop van goederen en diensten. De portfolio maakt een indeling in een viertal categorieën en geeft per categorie bijpassende strategische aanbevelingen (Kraljic 1983).



Afbeelding 2: Inkoopportfolio van Kraljic (Kraljic 1983)

De eerste categorie die Kraljic (1983) beschrijft is ‘purchasing management’. De producten die vallen onder ‘purchasing management’ zijn eenvoudig verkrijgbaar vanwege het grote aantal leveranciers. Daarnaast hebben de producten voor een organisatie een relatief lage waarde per eenheid en vanuit dit punt worden de producten tegen de laagst mogelijke prijs en zo efficiënt mogelijk ingekocht. Onder de tweede categorie ‘material management’ vallen producten die een opbrengstverhogend zijn. Inkopen tegen een zo laag mogelijke prijs wordt niet meer als het belangrijkste gezien. De voortgang van het productieproces krijgt een hogere

prioriteit. De derde categorie die Kraljic (1983) beschrijft is 'sourcing management'. De producten die tot deze categorie behoren zijn moeilijk verkrijgbaar. Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat er sprake is van een monopolist op de markt of er is sprake van structurele schaarste. De knelpuntproducten uit deze categorie verdienen extra aandacht van de inkoopafdeling. De laatste categorie die door Kraljic (1983) wordt beschreven is 'supply management'. Onder deze categorie vallen strategische producten die vragen om een vergaande samenwerking met de leveranciers. De producten worden veelal door één leverancier geleverd en hebben een belangrijke waarde in de kostprijs van het eindproduct (Kraljic 1983).

De inkoopcategorie bepaalt hoe de inkoopfunctie moet worden ingedeeld. Zoals eerder is beschreven bestaat geen uniforme wijze waarop de inkoop georganiseerd moet zijn. Dit wordt mede bepaald aan de hand van het inkoopbeleid en de gekozen strategie. Het inkoopbeleid is afhankelijk van de plaats van producten in de inkoopportfoliomatrix. Externe ontwikkelingen, wijzigingen in de bezetting, de organisatie en het bestedingsplan leiden tot mogelijke aanpassingen.

De verschillende soorten producten binnen de verschillende typen zorginstellingen hebben niet alleen invloed op de inkoopstrategie en het inkoopbeleid. Zo hebben de verschillende producten mogelijk invloed op de kostenbeheersing binnen de zorginstelling. Wanneer het gaat om de inkoop van medische apparatuur, is de verwachting dat er binnen ZBC's sprake is van producten die vallen onder de categorie 'purchasing management', doordat er sprake is van relatief eenvoudige zorg. Er is sprake van een laag toeleveringsrisico vanwege een groot aantal leveranciers. Academische ziekenhuizen vragen om innovatieve producten. Wanneer er sprake is van een nieuw ontwikkeld product zal het toeleveringsrisico hoog zijn. Dit zal waarschijnlijk van invloed zijn op de kosten van de producten. Innovatieve producten vragen om een goede samenwerking met de leveranciers. Deze producten vallen onder de categorie 'supply management'.

## **§ 2.4 Inkoopstrategie**

Uit de vorige paragraaf is naar voren gekomen dat de invulling van de organisatie van de inkoopfunctie afhankelijk is van een bepaald type organisatie. De inkoopfunctie moet worden aangepast aan de organisatiestrategie (Fisher 1997; Kraljic 1983). Om de inkoop voor zorg

goed gecoördineerd te laten verlopen is het van belang om nauwkeurig te bekijken of de plaats van het inkoopproces binnen de organisatie aansluit bij de strategie van de organisatie. Daarnaast bepaalt het soort product de bijpassende strategische aanbevelingen (Fisher 1997; Kraljic 1983). Vanuit de toenemende concurrentie proberen organisaties steeds meer voordeel te behalen door afdelingen binnen het bedrijf samen te laten werken. Dit geldt ook voor de inkoopafdelingen (Rozemeijer et al. 2003). Om voordeel te behalen adviseert Rozemeijer et al. (2003) om synergie te creëren, waarbij de inkoopstrategie en de organisatiestrategie op elkaar zijn afgestemd. Dit zorgt ervoor dat de inkoopafdeling binnen een organisatie dezelfde doelen nastreeft als de andere afdelingen binnen de organisatie. Om dit te realiseren is een langetermijnvisie essentieel om zo adequaat te kunnen reageren op externe veranderingen (Nollet & Beaulieu 2005).

### **§ 2.5 De invulling van de inkoopfunctie**

Niet alleen de inkoopstrategie speelt een belangrijke rol bij de organisatie van de inkoopfunctie. Ook de plaats van de inkoopfunctie binnen een organisatie is bepalend voor de invulling van de inkoopfunctie. De plaats die de inkoopfunctie binnen een organisatie krijgt toegekend is afhankelijk van een aantal factoren. Zo zal allereerst de gekozen strategie door het management van de organisatie een belangrijke rol spelen (Rozemeijer et al. 2003; Fisher 1997). De status van de inkoopfunctie binnen een organisatie wordt bepaald door het perspectief waaruit het management de inkoopfunctie bekijkt (Carr & Smeltzer 1997; Cousins et al. 2006). Ook is het imago en de status van de inkoopfunctie afhankelijk van de impact die het heeft op de algemene bedrijfsprestaties (Carter & Narasimhan 1996). Zo wordt het beeld van de inkoopfunctie bepaald door het aandeel wat inkoop heeft in de kostprijs van het eindproduct. Daarnaast is de purchasing status afhankelijk van de mate waarin een organisatie moet concurreren op kosten, de financiële positie van een onderneming en de afhankelijkheid van de leveranciersmarkt (Van Weele 2008; Bartlett et al. 2003; Czinkota & Ronkainen 2005). De purchasing status wordt volgens Cousins et al. (2006) en Paulraj et al. (2006) beïnvloed door de interne integratie tussen de inkoopfunctie en de overige bedrijfsfuncties. Paulraj et al. (2006) stelt dat hoe hoger de status van de inkoopfunctie binnen een bedrijf is, hoe beter het bedrijf in staat is om informatiestromen te coördineren. Dit kan ook invloed hebben op mogelijkheid van het bedrijf om ontwikkelingen te voorspellen en het verder in te spelen op leveranciersrelaties. Vanuit economisch perspectief kan worden gestreefd naar een

purchasing status die betrokken is bij bedrijfsprestaties en vanuit maatschappelijk perspectief kan de purchasing status gebruikt worden om partnerschap aan te gaan en externe relaties te verbeteren (Hallen & Johanson 2004). De purchasing status, de interne coördinatie en de ontwikkeling van de leveranciersrelaties zijn belangrijke elementen wanneer het gaat om strategische purchasing (Kocabasoglu & Suresh 2006). Daarnaast is een extern gerichte langetermijnplanning van groot belang (Cavinato 1999; Carr & Smeltzer 1997; Chen & Paulraj 2004; Lintukangas et al. 2009).

## § 2.6 Het inkoopproces

Naast de inkoopstrategie en de toegekende plaats van de inkoopafdeling binnen de organisatie is ook de invulling van het inkoopproces bepalend bij de organisatie van de directe inkoop voor medische specialistische zorg. Het inkoopproces wordt beschreven aan de hand van het model van Van Weele (2010) en het IBM model (2005;2012).



*Afbeelding 3: het inkoopproces van Van Weele (2010)*

Binnen afbeelding 3 komen zes basiselementen van het inkoopproces terug. De toegevoegde waarde van het inkoopmodel ligt in het goed coördineren van het gehele inkoopproces. In de eerste fase van het inkoopmodel worden de inkoopbehoeften van de zorgorganisatie vastgesteld. Binnen deze fase is er sprake van een functionele specificatie, waarbij wordt omschreven welke goederen en/of diensten moeten worden ingekocht (Van Weele 2008). Er moet duidelijk aangegeven worden welke prestaties het product moet leveren en wat er van de leverancier wordt verwacht (Liker & Choi 2004). Daarnaast zullen er technische specificaties moeten worden gegeven. Bij het opstellen van specificaties kan worden gedacht aan

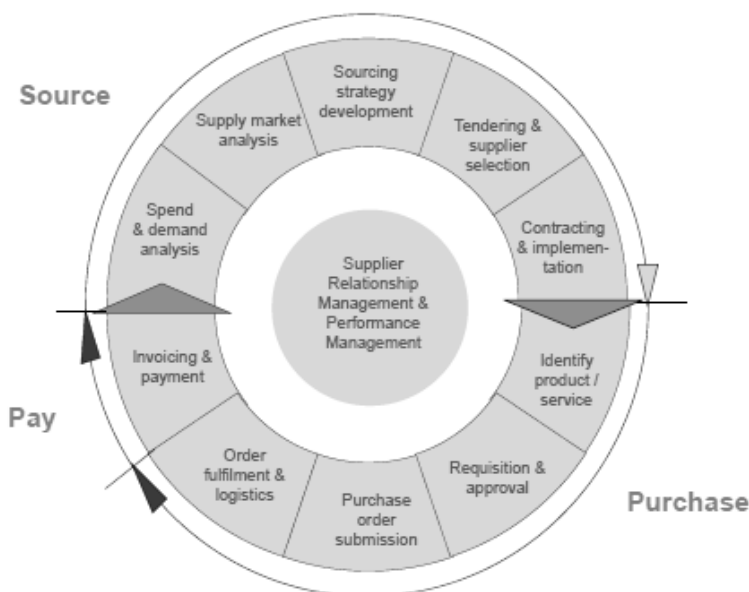
kwaliteitseisen, logistieke eisen, juridische voorwaarden, technische eisen en prestatie-eisen. Het is niet altijd even gemakkelijk om deze specificaties vast te stellen. Dit geldt voornamelijk wanneer het gaat om nieuwe producten en diensten. Het niet kunnen opstellen van bepaalde specificaties brengt risico's met zich mee. Het risico bestaat dat de leverancier informatie achterhoudt omdat dit voor de leverancier zelf (financiële) voordelen op kan leveren. De opgestelde specificaties geven verplichtingen naar de leverancier tot het geven van bepaalde informatie over mogelijke onduidelijkheden en bijbehorende risico's van producten en diensten (Liker & Choi 2004). Het opstellen van de specificaties is de primaire verantwoordelijkheid van de gebruiker. Bij zorginstellingen is het opstellen van de inkoopbehoeften dan ook de verantwoordelijkheid van de professional (Van Weele 2008).

Nadat de inkoopspecificaties zijn opgesteld en de inkoopbehoeften duidelijk zijn, kan door de inkoper worden gestart met de marktoriëntatie. In de tweede fase zullen leveranciers worden geselecteerd en beoordeeld. Deze fase is een van de belangrijkste onderdelen van het inkoopproces. De geselecteerde leveranciers dienen aan de opgestelde specificaties te voldoen. Daarnaast kan de inkoper in deze fase de leverancier vragen om informatie omtrent zijn financiële situatie, productassortiment, leveringsvoorwaarden ed. Het is gebruikelijk dat er ongeveer bij drie tot vijf leveranciers offertes worden aangevraagd. Na de ontvangst van de offertes zal met de professionals worden geëvalueerd om een keuze te kunnen maken. Het heeft de voorkeur om bij deze evaluatie de integrale kosten (Total Cost of Ownership) centraal te laten staan. Uiteindelijk kan worden gekozen voor een leverancier die de meeste voordelen kan realiseren voor de organisatie (Van Weele 2008).

De volgende fasen binnen het inkoopproces betreffen het onderhandelen en contracteren, het bestellen en de orderbewaking. De onderhandelingen tussen leverancier en organisatie gaan over de vast te stellen prijscondities, betalingscondities, garantiebepalingen en inkoopvoorwaarden. Aan de hand van de onderhandelingen worden contractvoorwaarden vastgelegd tussen de leverancier en de organisatie. Daarnaast is het van belang om ervoor te zorgen dat alle leveranciersgegevens goed zijn vastgelegd. Wanneer de voorgaande stappen van het inkoopproces correct zijn uitgevoerd, zal men weinig problemen ondervinden bij het bestellen van de goederen en diensten. In praktijk gebeurt dit echter weinig waardoor deze fase toch van groot belang is om hier nauwkeurig om te letten. De orderbewaking vraagt in dit geval veel aandacht. Er moet goed worden gelet op een tijdige levering van de goederen en diensten en of deze daadwerkelijk voldoen aan de opgestelde specificaties (Van Weele 2008).

Tot slot is er de fase van nazorg en evaluatie. De ontvangst van de factuur wordt geregistreerd en vervolgens vergeleken met de originele bestelling. Wanneer alle gegevens overeenkomen kan de factuur worden betaald. Daarnaast worden in deze fase de leveranciers geëvalueerd. Aan de hand van deze evaluatie kan gekozen worden om de volgende keer juist wel of niet te kiezen voor een bepaalde leverancier (Van Weele 2008).

Het IBM model maakt onderscheid in tien verschillende fasen van het inkoopproces (Van Raaij 2012, persoonlijke communicatie). Aanvullend op het model van Van Weele gaat het IBM model in op de achterliggende zaken rondom het inkoopproces. Binnen dit procesmodel is de spend & demand analysis een onderdeel wat zich richt zich op het nauwkeurig en actueel inzichtelijk maken van de financiën en de vraag naar een bepaald product en/of dienst. Voor instellingen is dit lastig aangezien de gegevens uit verschillende databanken binnen de organisatie vandaan moeten komen. Door de analyse is het voor instellingen mogelijk om inzicht te krijgen in de uitgaven per categorie en operatie (IBM 2012). Een uitgavenanalyse geeft informatie over hoe de inkoopuitgaven zijn verdeeld over bepaalde inkoopcategorieën. Door middel van benchmarking kunnen besparingspotentiëlen per inkoopcategorie worden vastgesteld (IBM 2012). Uit onderzoek blijkt dat maar weinig zorginstellingen inzicht hebben in de directe en indirecte kosten van een product en/ of dienst (Intrakoop 2012). Door de uitgaven van producten en/ of diensten goed te analyseren kunnen eventuele besparingsmogelijkheden worden opgemerkt (IBM 2012; Van Raaij 2012, persoonlijke communicatie).



Afbeelding 4: het IBM model (Van Raaij 2012, persoonlijke communicatie)

*Raaij 2012, persoonlijke communicatie)*

Naast de spend & demand analyse richt het IBM model zich op het verkennen van de markt. Aan de hand hiervan wordt een passende strategie opgesteld. Een onderdeel van de strategie is de leveranciersstrategie. De inkoopstrategie bepaalt de rol die de inkoopfunctie binnen de organisatie heeft. Het is van belang dat de strategie van de organisatie in overeenstemming is met de positie die inkoopafdeling heeft. De inkoopafdeling kan strategische punten van de organisatie ondersteunen en versnellen. Er moet worden gestreefd naar duurzame inkoop waarbij kostenbesparing en efficiency worden nagestreefd. Uit onderzoek blijkt dat geavanceerde inkoop duurzame besparingen heeft opgeleverd, waarbij de uitgaven aan materialen en diensten met 5-8,5% kunnen afnemen. Daarnaast blijkt dat geavanceerde inkoop leidt tot een vermindering van het aantal risico's (IBM 2012).

Het inkoopproces zal in verschillende typen zorginstellingen anders verlopen. Verwacht wordt dat binnen reguliere en academische ziekenhuizen de inkoop voor directe medisch specialistische zorg door de verschillende onderdelen van de organisatie heen loopt. De strategische top bepaalt de inkoopstrategie van de organisatie. De strategische top bestaat uit leden van de organisatie die geheel verantwoordelijk zijn voor de bedrijfsresultaten van de organisatie (Mintzberg 2006). Binnen een zorginstelling is dit de Raad van Bestuur of de directie. De uitvoerende kern is van groot belang wanneer er een keuze gemaakt moet worden voor een bepaald product. De uitvoerende kern bestaat uit werknemers binnen de organisatie die werkzaamheden verrichten die direct gerelateerd zijn aan de productie en diensten van de organisatie (Mintzberg 2006). De leden van de inkoopafdeling beschikken niet over de benodigde kennis om specifieke eisen over de medisch specialistische producten op te stellen. Zij hebben voor het opstellen van de inkoopspecificaties de uitvoerende kern nodig. Ook de ondersteunende dienst (personeelszaken, financiële afdeling) en het middenkader (middenmanagers) zijn van belang bij het maken van inkoopbeslissingen. Verwacht wordt dan ook dat binnen de ziekenhuizen crossfunctionele teams zijn opgesteld die gezamenlijk zorg dragen voor de inkoop voor zorg.

Verwacht wordt dat binnen ZBC's de inkoop voor medisch specialistische zorg wordt uitgevoerd door leden van de organisatie met andere primaire taken. De medisch specialist zal hier een groter aandeel hebben binnen het gehele zorginkoop proces. Zo zijn de medisch specialisten niet enkel verantwoordelijk voor de uitvoerende werkzaamheden, maar zijn zij ook verantwoordelijk voor het inkopen voor zijn eigen zorg. Omdat de inkoop voor zorg



direct via de medisch specialisten verloopt zullen ZBC's beschikken over de voordelen van een decentraal georganiseerde inkoopafdeling.

## § 2.7 Inkoopvolwassenheid

Het is waarschijnlijk dat de mate van inkoopvolwassenheid tussen verschillende typen zorginstellingen verschilt. Aan de hand van het inkoopontwikkelingsmodel van Keough (1993) kan worden vastgesteld in welke fase van inkoopvolwassenheid instellingen zich bevinden. Het model kent vijf niveaus van volwassenheid en geeft het groeipad weer wat door de zorginstellingen wordt doorlopen bij het verder ontwikkelen van de inkoopfunctie (Keough 1993).

Ontwikkelings- stadium	'Dien de fabriek'	'Laagste kosten per eenheid'	'Gecoördineerde inkoop'	'Cross-functionele inkoop'	'World-class Supply Management'
Organisatievorm	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alleen op fabrieksniveau</li> <li>Rapporteert aan plantmanager of lager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inkoopafdelingen op BU-niveau</li> <li>Professionele inkoop</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrale inkoop dan wel los coördinatie-model over BU's</li> <li>Lead buyers</li> <li>Inkoopcommissies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center-led, met uitvoering binnen BU's</li> <li>Cross-funct. teams binnen en over BU's heen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cross-funct. leveranciers-ontwikkelteams</li> <li>Leveranciers op eigen locatie</li> </ul>
Kernvaardigheden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administratief</li> <li>Operationeel gericht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concurrentie-stelling</li> <li>Onderhandelingsvaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale contracten</li> <li>Opzetten databases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leveranciers-ontwikkeling</li> <li>Cross-funct. probleemoplossing</li> <li>Teamvaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benchmarking leveranciers</li> <li>Ondersteunen van leveranciers</li> <li>Relatiemanagement</li> </ul>
Voorbeelden van activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orderbehandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Goede marktanalyse</li> <li>Uitspelen van leveranciers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Samenwerken met gebruikers</li> <li>Opzetten van inkoopprocedures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leveranciers-certificering</li> <li>Make versus buy</li> <li>Total cost of ownership-benadering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Competitieve partnerships</li> <li>Technol. samenwerking</li> <li>Continue resultaatverbetering</li> <li>Meting leveranciers-prestaties</li> </ul>

Afbeelding 5: Inkoopvolwassenheid (Keough 1993)

De eerste fase van het model heeft een administratieve oriëntatie op inkoop. Dit stadium is dan ook voornamelijk gericht op het zekerstellen van de levering. Inkoop heeft in deze fase de taak om geschikte leveranciers te zoeken en zorg te dragen voor de beschikbaarheid over essentiële producten en diensten (Keough 1993). Het tweede stadium richt zich op het inkopen tegen de laagst mogelijke prijs. Het realiseren van besparingen op inkoop van producten en diensten heeft een hoge prioriteit. De derde fase richt zich op het verminderen van de fragmentatie van inkoop. Het beheersen van inkoopprocessen, door de inkoopexpertise

te vergroten en managementinformatie te actualiseren, staat binnen dit stadium centraal (Keough 1993). Door de versplintering van de inkoop voor zorg te verminderen door het afsluiten van raamcontracten met leveranciers kunnen kosten bespaard worden. Het vierde en vijfde niveau van het ontwikkelingsmodel richten zich op het vergroten van strategisch belang van leveranciers. Door het aangaan van samenwerkingsverbanden worden processen verbeterd en worden de kosten verlaagd (Keough 1993).

Een inkoopafdeling kan zowel horizontale als verticale samenwerkingsverbanden hebben. Zo vinden horizontale samenwerkingsverbanden plaats met andere zorginstellingen (Schotanus & Telgen 2007). Een horizontaal samenwerkingsverband kan ook worden gedefinieerd als een programmagroep wanneer er sprake is van inkoop samenwerking tussen organisaties binnen een inkoopgroep. Binnen de inkoopgroep worden meerdere stappen van het inkoopproces gezamenlijk uitgevoerd (Schotanus & Telgen 2007). Een inkoopgroep deelt bepaalde doelen, die afzonderlijk door de instellingen niet gerealiseerd kunnen worden (Schotanus & Telgen 2007; Dyer & Singh 1998). Inkoop samenwerkingen tussen zorginstellingen leveren grote voordelen op. Zo zullen de transactiekosten afnemen, het aantal onnodige leveranciers worden verminderd en de administratieve werkzaamheden worden geminimaliseerd (Duran et al. 2005; Schotanus & Telgen 2007). Daarnaast versterkt het samenwerkingsverband de invloed ten opzichte van de leveranciers. Ook dit kan leiden tot besparingen door een verlaging van de integrale kostprijs (Lonsdale & Watson 2005; Nollet & Beaulieu 2005). Naast een horizontaal samenwerkingsverband is het ook mogelijk voor inkoopafdelingen om verticale samenwerkingsverbanden aan te gaan. Deze samenwerkingsverbanden zijn gericht op samenwerking met leveranciers (Schotanus & Telgen 2007).

## **§ 2.8 Belangrijkste dimensies om de inkoopfuncties van de verschillende typen zorginstellingen te beschrijven**

De beschreven literatuur geeft inzicht in een aantal belangrijke dimensies die essentieel zijn voor dit onderzoek. Fisher (1997) en Kraljic (1983) maken duidelijk dat de organisatievorm van de inkoopfunctie verschilt per type zorginstelling. De plaats die de inkoop voor medisch specialistische zorg krijgt toegekend moet afhangen van de organisatiestrategie (Fisher 1997; Kraljic 1983). De strategie van de inkoopfunctie moet gebaseerd zijn op de organisatiestrategie (Rozemeijer et al. 2003; Fisher 1997; Kraljic 1983). Des te belangrijker

het management en bestuur de plaats van de inkoopfunctie achten in het realiseren van de organisatiedoelstellingen, des te meer aandacht zal er gegeven worden aan het creëren van synergie met de inkoopstrategie (Rozemeijer et al. 2003). De eerste dimensie waarnaar gekeken zal worden is *het doel en de strategie van de inkoopfunctie* binnen de organisatie.

De tweede dimensie is gericht op *de inkooporganisatie*. Hierbij kan gedacht worden aan het aantal medewerkers op de inkoopafdeling, het opleidingsniveau van deze medewerkers en de mogelijkheid om eventueel trainingen te volgen binnen de organisatie. Daarnaast richt de *dimensie inkooporganisatie* zich ook op de interne coördinatie. Op welke wijze rapporteert de inkoopafdeling binnen de organisatie en aan wie? Wat is de indruk binnen de organisatie over de inkoopfunctie binnen de instelling? En in welke mate is de inkoopafdeling betrokken binnen het bedrijfsnetwerk?

De derde dimensie is gebaseerd op de onderdelen van het inkoopprocesmodel van Van Weele (2008). Zo zullen de onderdelen specificatie, selectie, contracteren, bestellen en bewaken binnen de dimensie *processen* aan bod komen. De dimensie processen moet inzicht geven hoe het inkoopproces binnen de organisatie verloopt.

De dimensie *besturing* is gebaseerd op het inkoopontwikkelingsmodel van Keough (1993). Wanneer een zorginstelling zich in een hogere mate van inkoopvolwassenheid bevindt des te meer aandacht wordt gegeven aan interne prestatiemeting, leveranciersbeoordelingen en het aangaan van zowel horizontale als verticale samenwerkingsverbanden.

Tot slot is er de laatste dimensie *inkoopresultaten*. Deze dimensie laat de ontwikkeling van de inkoopfunctie zien aan de hand van de inkoopresultaten. Gezamenlijk moeten deze vijf dimensies inzicht geven in de organisatie van de directe inkoop voor medisch specialistische zorg. Naast de organisatie van de inkoop voor medische specialistische zorg wordt ook gekeken mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen de zorginstelling.

## **§ 2.9 Kosten en prijzen bij de inkoop voor medische specialistische zorg**

De kosten nemen een belangrijke plaats in binnen de gezondheidszorg. Zo zullen de zorguitgaven naar verwachting de komende dertig jaar stijgen naar 19-31% van het bruto binnenlands product. Dit is een stijging van 6-18% (CPB 2011). De toename van het volume is een van de belangrijkste oorzaken van de stijging van de zorguitgaven. Ook de medische

wetenschap draagt bij aan de stijging van de kosten door nieuwe technische mogelijkheden (CPB 2011). De stijgende zorgkosten zorgen ervoor dat ziekenhuizen kritisch moeten kijken naar besparingsmogelijkheden. Zoals eerder is beschreven kunnen ziekenhuizen veel besparen op de inkoop van goederen en diensten (Zindata 2011). Binnen deze paragraaf worden de verschillende dimensies besproken die kunnen vaststellen hoe mogelijke inkoopbesparingspotentiëlen kunnen worden nagestreefd.

Het realiseren van besparingen binnen zorginstellingen kan een belangrijke indicator zijn wanneer het gaat om het beoordelen van effectiviteit en efficiency binnen een inkoopafdeling (Van Weele 2008). Zorginstellingen laten besparingen liggen doordat zij onvoldoende zicht hebben op de directe en indirecte kosten die aan een product en/ of dienst verbonden zijn. Slechts enkele zorginstellingen maken gebruik van de TCO (Intrakoop 2012). Er zijn verschillende modellen opgesteld die leiden tot kostenreductie. Zo geeft de classificatie van inkoopbesparingen van Van Weele (2008) inzicht in mogelijke besparingspotentiëlen. Van Weele (2008) stelt verschillende acties op die gericht zijn op het verlagen van de prijs, het verkrijgen van inzicht in de indirecte inkoopkosten en acties die gericht zijn op de integrale kosten.

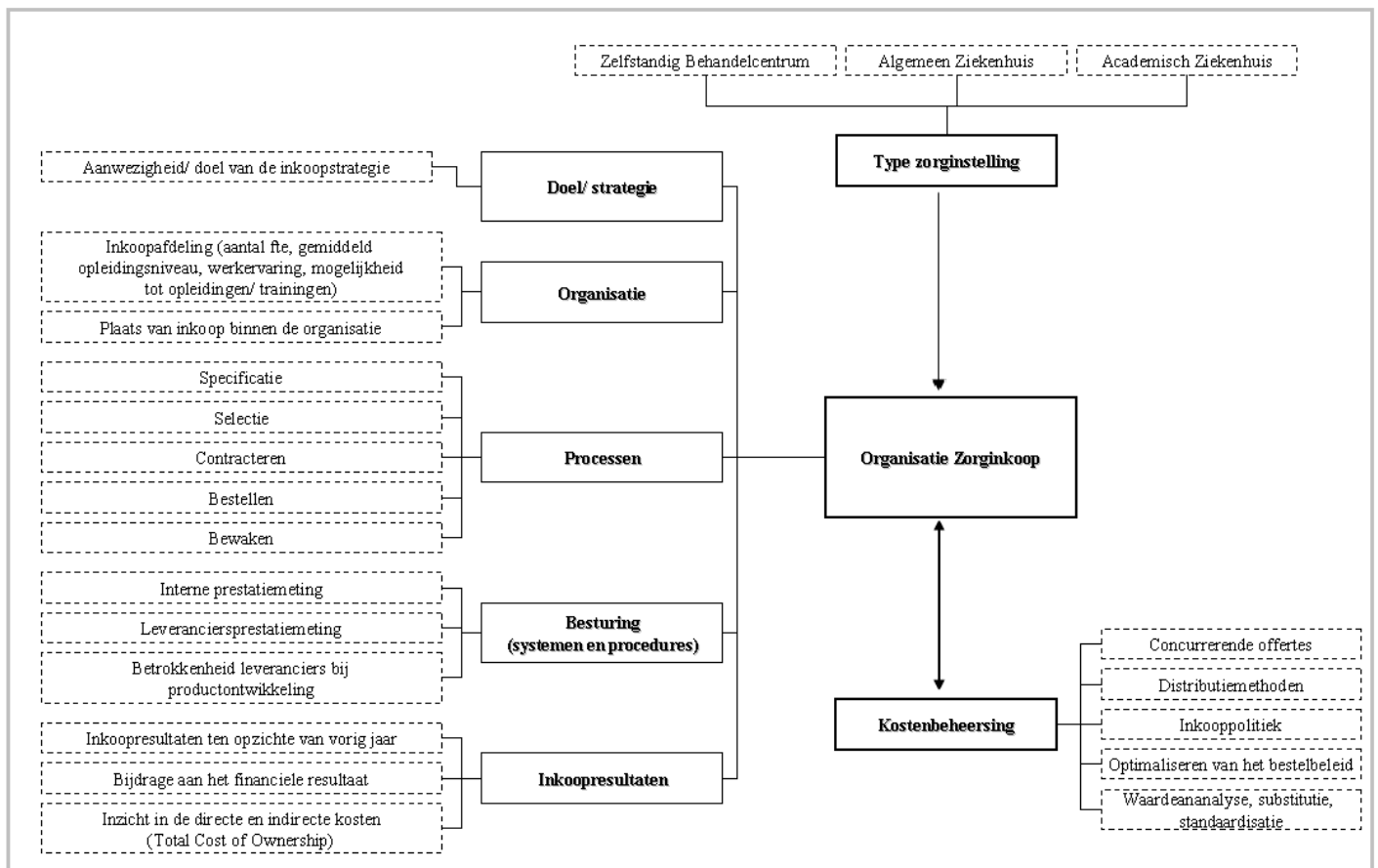
Allereerst bespreekt Van Weele (2008) de eerste klasse ‘concurrerende offertes’. Deze klasse is gericht op het selecteren van leveranciers door middel van concurrentiestelling. Door het aanvragen van verschillende offertes bij meerdere leveranciers kunnen de leveranciers gemakkelijker vergeleken worden op de prijs. Op deze wijze kunnen besparingen gerealiseerd worden doordat de concurrentie tussen de verschillende leveranciers leidt tot lagere prijzen (Van Weele 2008).

De tweede klasse die Van Weele (2008) bespreekt zijn de distributiemethoden. Deze inkoopbesparingen kunnen gerealiseerd worden door het transport op een andere manier op te zetten en door de voorraden binnen een organisatie te verlagen. De derde klasse is gericht op de inkooppolitiek. De introductie van jaarcontracten voor bestaande artikelen leidt tot mogelijke besparingen. Klasse vier is gericht op het optimaliseren van het bestelbeleid. Door samenwerking tussen de afdeling inkoop en de andere afdelingen kunnen bestellingen geoptimaliseerd worden. Dit resulteert in lagere kosten. De vijfde klasse richt zich op de waardeanalyse, substitutie en standaardisatie. De afdeling inkoop kan inkoopbesparingen

realiseren door veranderingen door te voeren in de vastgestelde specificaties en door de substitutie van gelijkwaardige, maar goedkopere producten (Van Weele 2008).

## § 2.10 Conceptueel model

Aan de hand van het theoretisch kader is er een conceptueel model opgesteld. Het conceptueel model geeft een beeld van de factoren die van invloed zijn op de organisatie van de inkoopfunctie. Deze factoren komen terug in de deelvragen, waarmee de centrale vraag van deze scriptie beantwoord kan worden.



Afbeelding 6: Conceptueel model

Afbeelding 6 geeft de belangrijkste dimensies weer die centraal staan bij dit onderzoek. Dit onderzoek richt zich op de vraag of het type zorginstelling van invloed is op de organisatie van de inkoopfunctie. De organisatie van de inkoopfunctie wordt in kaart gebracht middels vijf dimensies namelijk: doel/strategie, organisatie, processen, besturing (systemen en procedures) en inkoopresultaten. Daarnaast wordt onderzocht of de organisatie van de inkoopfunctie samenhangt met de aandacht voor kostenbeheersing in de zorginstelling.

### **3. METHODE & WERKWIJZE**

In dit hoofdstuk worden de methode en de werkwijze van het onderzoek beschreven. Het onderzoek is gericht op het in kaart brengen van de organisatie van de inkoopfuncties binnen Zelfstandige Behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen. Omdat het een beschrijvende doelstelling met een exploratief karakter betreft is gekozen voor een kwalitatieve dataverzameling. In de volgende paragraaf zal beschreven worden hoe het onderzoek is opgezet.

#### **§ 3.1 Kwalitatief onderzoeksdesign**

Dit onderzoek kent een kwalitatieve opzet. Kwalitatief onderzoek kan worden omschreven als onderzoek naar de aard van bepaalde verschijnselen. Dit omvat de kwaliteit en verschijningsvormen en de context waarin ze voorkomen. Daarnaast is kwalitatief onderzoek ook uitermate geschikt waarneer onderzoek wordt gedaan naar de perspectieven waarin men naar een bepaald verschijnsel kijkt. Kwalitatief onderzoek heeft bijzondere aandacht voor processen, interactie en betekenisgeving aan een bepaald verschijnsel (Swanborn 2002; Baarda et al. 2005).

Er is gekozen voor kwalitatief onderzoek vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek. Daarnaast is er gekozen voor een kwalitatieve opzet omdat dit de mogelijkheid geeft om diepgaandere informatie te verzamelen. Zo zal gevraagd worden naar de motieven, het hoe en waarom (Baarda et al. 2005). De achterliggende motivaties komen bij kwalitatief onderzoek duidelijk naar voren. Daarnaast is het voordeel van kwalitatief onderzoek dat de doelgroep zelf meedenkt over mogelijke verbeteringen en innovaties en opties voor het toekomstig beleid. Ook geeft het snel een beeld wat er precies onder de onderzoeksgroep leeft (Boeije 2005; Swanborn 2002).

##### **§ 3.1.1 Onderzoekspopulatie**

De doelstelling van dit onderzoek is om de verschillen in de organisatie van de inkoopfuncties van ZBC's, academische ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen in kaart te brengen en te analyseren. Er wordt gekeken of de verschillen samenhangen met de mogelijkheid tot kostenbeheersing. In deze paragraaf wordt de onderzoekspopulatie en de wijze van dataverzameling nader toegelicht.

Dit onderzoek richt zich op de inkoopfuncties van ZBC's, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen. In Nederland is het aantal ZBC's de afgelopen jaren sterk gestegen. Ook het aandeel van ZBC's in de markt voor medisch specialistische zorg neemt steeds meer toe. Een ZBC bestaat uit een samenwerkingsverband tussen minimaal twee medisch specialisten (NZa 2012). Binnen een ZBC wordt medisch specialistische zorg aangeboden, waarbij het veelal gaat om minder complexe, planbare, niet-klinische zorg met een hoog volume. Specialismen zoals orthopedie, oogheelkunde en dermatologie zijn uitermate geschikt hiervoor. Het is lastig te achterhalen wat precies het exacte aantal ZBC's is binnen Nederland. Op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZ) hebben ruim 300 ZBC's een toelating verkregen. Met de komst van de WTZ in 2006 is het grote onderscheid tussen ZBC's en ziekenhuizen vervallen. Echter wordt de term ZBC nog veelal gebruikt (NZa 2012). Binnen dit onderzoek is enkel gekeken naar zorginstellingen met een eigen inkoopfunctie. Vooral ZBC's beschikken niet altijd over een eigen inkoopfunctie, maar hebben vaak een samenwerkingsverband met een ziekenhuis wanneer het gaat om de inkoop voor medisch specialistische zorg (CBZ 2003). Binnen dit onderzoek is dan ook enkel gekeken naar ZBC's die wel over een eigen inkoopfunctie beschikken.

Naast de inkoopfuncties van ZBC's is ook de organisatie van de inkoopfuncties van reguliere en academische ziekenhuizen geanalyseerd. Het aantal ziekenhuizen in Nederland kan worden opgedeeld in drie categorieën namelijk; algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen. Een algemeen ziekenhuis richt zich op reguliere patiëntenzorg en topklinische zorg. Daarnaast worden binnen een algemeen ziekenhuis zowel artsen als verpleegkundigen opgeleid. Van de 145 ziekenhuizen in Nederland vallen 82 ziekenhuizen onder de categorie 'algemeen ziekenhuis'. Naast 82 algemene ziekenhuizen zijn er in Nederland nog 55 categorale ziekenhuizen en 8 Universitair Medische Centra (NVZ 2012). Het Universitair Medisch Centrum richt zich op wetenschappelijk onderzoek en educatie voor de medische faculteit en richt zich op het ontwikkelen van nieuwe technologieën en behandelingsmethoden (NVZ 2012; CBS 2011). Een categoriaal ziekenhuis richt zich op bepaalde patiëntengroepen. Een voorbeeld van een categoriaal ziekenhuis is een dialysecentrum (RIVM 2012). Categorale ziekenhuizen werken organisatorisch veelal samen met algemene ziekenhuizen (NVZ 2012; CBS 2011). Vanuit dit oogpunt zijn de categorale ziekenhuizen niet meegenomen in de onderzoekspopulatie. Tot de onderzoekspopulatie

behoren alle academische ziekenhuizen, reguliere ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra in Nederland die beschikken over een eigen inkoopfunctie. Uit de onderzoekspopulatie is een sample genomen van 2 academische ziekenhuizen, 9 reguliere ziekenhuizen en 7 ZBC's.

### **§ 3.1.2 Semigestructureerde interviews**

Om de variatie in de organisatie van de inkoopfunctie tussen ZBC's, academische ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen in kaart te brengen is gekozen voor kwalitatief onderzoek. Door middel van semigestructureerde interviews en door middel van documentanalyse is de data verzameld. Binnen de instellingen is gesproken met de verantwoordelijke van de afdeling Inkoop. De beschikbare documenten over de afdeling inkoop binnen een zorginstelling zijn geraadpleegd om een duidelijk beeld te krijgen van de organisatie van de inkoopafdeling.

Er is een topiclijst opgesteld voor de semigestructureerde interviews die gehouden zijn met de verantwoordelijke van de afdeling inkoop. De onderwerpen die worden genoemd in de topiclijst zijn gerelateerd aan het conceptueel model, eerder beschreven in deze scriptie (Silverman 2005; Creswell 2003). De interviews zijn opgenomen door middel van geluidsapparatuur. De opgenomen interviews zijn schriftelijk vastgelegd. Vervolgens zijn de interviews gecodeerd en aan de hand hiervan is een typering gemaakt van de organisatie van de inkoopfunctie bij bepaalde typen zorginstellingen. Het houden van de interviews leidde tot een duidelijk beeld welke plaats de inkoopfunctie krijgt toegekend binnen de organisatie (Boeije 2005; Silverman 2005).

#### **De opzet van het semigestructureerde interview**

De topiclijst is opgesteld aan de hand van het conceptueel model (§ 2.10). De topiclijst bestaat uit vijf hoofdonderdelen die de inkooporganisatie in kaart brengen. De hoofdonderdelen bestaan uit het doel & de strategie, de organisatie, processen, besturing en inkoopresultaten. Deze vijf onderdelen zijn besproken aan de hand van de subonderdelen, genoemd in het conceptueel model. Daarnaast kent de topiclijst nog een zestal onderdelen die het kostenbewustzijn binnen de organisatie in kaart brengen.



### **§ 3.1.3 Validiteit en Betrouwbaarheid**

Binnen dit onderzoek is aandacht voor de kwaliteit van de waarnemingen en constatering. Het is van groot belang dat de validiteit en betrouwbaarheid binnen dit onderzoek gewaarborgd zijn. Een nadeel van het kwalitatief onderzoek is dat er slechts een beperkt aantal waarnemingen zijn. Een voordeel van kwalitatief onderzoek is dat het waarnemen en het analyseren elkaar afwisselen (Lucassen & Olde-Hartman 2007). Dit zorgde voor een voortdurende reflectie op de gevonden resultaten binnen dit onderzoek. Daarnaast zijn de nieuwe inzichten bij de nog volgende interviews meegenomen.

#### **§ 3.1.3.1 Validiteit**

Binnen het onderzoek is de interne validiteit geborgd door transparant en gecontroleerd aan het onderzoek te beginnen. Dit is gebeurd onder andere door middel van triangulatie van de databronnen (Boeije 2005). De literatuur is vergeleken met documenten van de instelling en de uitkomsten van interviews. Bij de documenten van de instellingen kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het jaarplan van de afdeling inkoop. Daarnaast is ook binnen het strategisch plan van de instelling naar het aandeel van de afdeling inkoop gekeken. Dit heeft bijgedragen aan de datatriangulatie. Door middel van een opnamerecorder zijn de interviews vastgelegd. Daarnaast zijn er tijdens het interview notities gemaakt. De interviews zijn na afloop nauwkeurig uitgewerkt, zodat citaten binnen het onderzoek gebruikt konden worden. Ook dit heeft bijgedragen bij aan het vergroten van de interne validiteit. Gedurende het interview is voortvarend doorgevraagd bij onduidelijkheden en is er om opheldering gevraagd zodat de validiteit geborgd kon blijven.

Naast de interne validiteit is de mate van generaliseerbaarheid belangrijk voor het borgen van de externe validiteit. Er is kritisch gekeken naar de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd en de representativiteit hiervan. Zo zijn de sterke en de zwakke punten van het onderzoek benoemd. Het is mogelijk dat sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven tijdens de semigestructureerde interviews die de validiteit van het onderzoek aantasten. Daarnaast zorgt ook de kleine onderzoekspopulatie voor het aantasten van de externe validiteit. Deze twee punten zorgen ervoor dat de generaliseerbaarheid van het onderzoek niet al te groot is. Er is geprobeerd een zo goed mogelijk beeld te verkrijgen van de inkoopfuncties bij bepaalde typen zorginstellingen. Zo is er een verband gelegd tussen de inkooporganisatie en het type zorginstelling. Door naast de verantwoordelijke van de inkoopfunctie interviews te houden met overige leden binnen de organisatie is ook gevraagd wat hun kijk is op de afdeling

inkoop. Zo is geprobeerd een goed beeld van de organisatie van de inkoopfunctie te verkrijgen. De uitkomsten van de verschillende interviews dienden als vergelijkingsmateriaal (Boeije 2005; Silverman 2005).

### **§ 3.1.3.2 Betrouwbaarheid**

Door te werken met semigestructureerde interviews is er gestructureerd te werk gegaan. Doordat er is gewerkt met een topiclijst is er gestreefd naar een consistente werkwijze. Daarnaast heeft methodetriangulatie bijgedragen aan de interne betrouwbaarheid van het onderzoek. Door gebruik te maken van interviews en beleidsdocumenten van de zorginstelling is de betrouwbaarheid vergroot. Ook is het onderzoek uitgevoerd door één persoon, wat zorgt voor een betere consistentie in de dataverzameling dan wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd door meerdere personen (Boeije 2005; Silverman 2005).

De externe betrouwbaarheid is gericht op de reproduceerbaarheid van het onderzoek. Om te externe betrouwbaarheid binnen het onderzoek te borgen is het van belang dat het onderzoek, de omstandigheden en condities en de setting van het onderzoek uitgebreid worden beschreven (Boeije 2005).

## 4. RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatieve onderzoek beschreven. Allereerst zal een overzicht worden gegeven van de functies van de geïnterviewden, de interviewduur en het type zorginstelling waarbinnen de geïnterviewden werkzaam zijn. Vervolgens zal de inkoopfunctie per type zorginstelling worden beschreven. Aan de hand van de beschrijving van de inkoopfuncties per type zorginstelling zal een overzicht gegeven worden van de overeenkomsten en verschillen tussen de inkoopfuncties van de medisch- specialistische producten binnen zelfstandig behandelcentra, academische ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen. Tot slot zullen aan de hand van deze overeenkomsten en verschillen organisatievormen worden toegekend aan de verschillende inkoopfuncties.

### § 4.1 Overzicht van het onderzoek

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de functies van de geïnterviewden en het type zorginstelling. Binnen het onderzoek kan onderscheid worden gemaakt tussen Academische ziekenhuizen, Algemene ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra. Er zijn semigestructureerde interviews gehouden met 3 academische ziekenhuizen, 10 algemene ziekenhuizen en 3 grote ZBC's en 4 kleine ZBC's. Wanneer er meer dan 20 medisch specialisten werkzaam zijn binnen een ZBC krijgt dat ZBC het label 'groot' toegekend. Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal geïnterviewden.

<b>Zorginstelling:</b>	<b>Functie:</b>	<b>Interviewduur:</b>
<b>Zelfstandige Behandel Centra</b>		
<i>Klein</i>		
Kliniek 1	Hoofd OK/ Inkoper	15 min.
Kliniek 2	Coördinator OK/ Inkoper	29 min.
Kliniek 3	Algemeen directeur/ Inkoper	57 min.
Kliniek 4	Secretaresse/ Inkoper	12 min.
<i>Groot</i>		
Kliniek 5	Inkoper	37 min.
Kliniek 6	Inkoper	52 min.
Kliniek 7	COO & inkoper (2 personen)	47 min.
<b>Academische ziekenhuizen</b>		
UMC 1	Unithoofd Strategische Inkoop	56 min.
UMC 2	Hoofd Inkoop (manager)	54 min.
UMC 3	Hoofd Inkoop, Voorzitter NFU- inkoop	26 min

Algemene ziekenhuizen		
ALG 1	Hoofd Inkoop	36 min.
ALG 2	Senior accountmanager sourcing, inkoop	41 min.
ALG 3	Voorzitter Dagelijks Bestuur Inkoopcombinatie: Hoofd inkoop	52 min.
ALG 4	Hoofd Inkoop & Inkoper (2 personen)	51 min.
ALG 5	Manager Inkoop	46 min.
ALG 6	Manager Bedrijfsvoering; lid materiaal advies commissie	23 min.
ALG 7	Inkoper	45 min
ALG 8	Projectleider Inkoopsamenwerking/ Manager Inkoop en Magazijn	45 min
ALG 9	Hoofd Inkoop & Logistiek	55 min.
ALG 10	Senior Inkoper	27 min.

*Tabel 1: Overzicht van geïnterviewden*

Naast deze interviews is er ook schriftelijk contact geweest met ZKN. ZKN heeft een visie gegeven over hoe zij de organisatie van de inkoopfuncties binnen de ZBC's in Nederland typeerden. Ook de NFU heeft een visie gegeven over de organisatie van de inkoopfuncties van academische ziekenhuizen binnen Nederland (zie tabel 1).

#### **§ 4.2 De organisatie van de inkoopfunctie binnen Zelfstandige behandelcentra**

Binnen deze paragraaf zal gekeken worden naar de positionering van de inkoopfunctie binnen een ZBC. In een ZBC wordt zorg verleend waarbij sprake is van een hoge mate van planbaarheid, een lage complexiteit en een groot volume (Kliniek 3). Binnen ZBC's werken medisch specialisten als ZZP-er, in loondienst of als aandeelhouder van de kliniek (Kliniek 3; Kliniek 6). De kleinschaligheid van de ZBC's zorgt ervoor dat een inkoopafdeling veelal niet noodzakelijk is (Kliniek 1; Kliniek 2; Kliniek 3). Inkopers voor medisch specialistische zorg binnen ZBC's vervullen in de meeste gevallen nog een andere rol binnen de organisatie. Hierbij kan gedacht worden aan algemeen directeur (Kliniek 3), coördinator van de OK (Kliniek 1; Kliniek 2), hoofd van de verpleegafdeling (Kliniek 4) of een administratief medewerker bij het secretariaat (Kliniek 4). De inkopers hebben veelal geen aparte inkoopopleiding (NEVI) gevolgd. Afhankelijk van de grootte van een ZBC, krijgt de inkoopfunctie meer betekenis. Binnen kleine ZBC's heeft de inkoopfunctie een bestellende taak (Kliniek 1; Kliniek 4). Grote ZBC's richten de inkoopfunctie zo in dat deze daadwerkelijk bijdraagt aan het realiseren van organisatiedoelstellingen (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). Dit geldt ook voor de aanwezigheid van een inkoopstrategie en

inkoopdoelstellingen. ZBC's waarbinnen de inkoopfunctie een meer bestellende functie krijgt toegekend kent veelal geen inkoopstrategie (Kliniek 1; Kliniek 4). De grotere ZBC's beschikken wel over een inkoopstrategie. De inkoopstrategie binnen de grotere ZBC's is voornamelijk gericht op het realiseren van kostenbesparingen, het verbeteren van de leveranciersbeoordelingen, het contractenbeheer en het uniformeren van producten (Kliniek 3; Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). Daarnaast richten de klinieken zich ook op het centraliseren van de inkoop, wanneer er sprake is van meerdere vestigingen. De doelstelling is het centraal organiseren en het decentraal uit te zetten (Kliniek 6; Kliniek 7). De inkoopfunctie krijgt bij de grotere klinieken dan ook een belangrijkere rol toegekend. Binnen de grotere ZBC's is/ zijn er wel medewerker(s) binnen de organisatie vrij gemaakt waarbij de hoofdtak inkoop betreft (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). Deze inkopers hebben een inkoopopleiding gevolgd (Kliniek 5). Zelfstandige Klinieken Nederland stelt dan ook dat er een groot verschil is tussen de ZBC's in inkoopvolwassenheid (ZKN).

*'Het is ook nog een hele jonge branche, waarbij de eerste ZBC ongeveer 15 jaar geleden werd opgericht. De echte keten ZBC's, zoals wij die noemen, hebben het proces veel beter en veel strakker geregeld. Als je echt gaat kijken naar de kleinere ZBC's dan is het allemaal nog houtje touwtje. Daar heeft nog geen professionaliseringsslag plaats gevonden' (Kliniek 6).*

#### § 4.2.1 Het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra

Zoals beschreven is binnen het theoretisch kader bestaat het inkoopproces uit zes verschillende fasen. Tabel 2 geeft een samenvatting van het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra. Er is een onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van grote klinieken en de kenmerken van de kleine klinieken. De individuele kenmerken van de grote klinieken kwamen grotendeels overeen. Dit geldt ook voor de individuele kenmerken van de kleine klinieken. Per onderdeel staat samengevat hoe de kenmerken over het algemeen kunnen worden beschreven.

<b>Zelfstandige Behandelcentra</b>		
	<b>Klein</b>	<b>Groot</b>
Inkoopstrategie	Geen inkoopstrategie	Inkoopstrategie aanwezig
<b>Inkoopproces</b>		
Behoeft	Initiatie vanuit de medisch specialist	Initiatie vanuit de medisch specialist/ projectgroep (medisch specialist & inkoper)

Specificeren	Specificaties worden opgesteld door medisch specialist	Specificaties worden opgesteld door de projectgroep
Selecteren	Voornamelijk voor de kliniek bekende leveranciers worden geselecteerd; invloed van de medisch specialist is groot.	Op basis van meerdere offertes die worden opgevraagd; invloed van de specialist is afhankelijk van het soort product en van zijn positie (aandeelhouder/ ZZP/ loondienst) binnen de kliniek
Contracteren	Contracteren door degene die verantwoordelijk is voor de 'inkooptaak'; geen eigen contractvoorwaarden	Contracteren door de inkoopfunctie
Bestellen	Mondeling/ interne bestelbon	Decentraal via inkoopstelsel
Bewaken/Evaluatie	Geen bewaking	Tussentijdse evaluatie over functioneren product

*Tabel 2: Het inkoopproces binnen ZBC's*

Wat voornamelijk opvalt bij het inkoopproces binnen de kleine ZBC's is de grote invloed die de medisch specialist heeft op de eindkeuze van een bepaald product (Kliniek 1; Kliniek 4). Daarnaast kwam ook naar voren dat het ontbreken van een inkoopafdeling binnen een kleine ZBC ervoor zorgt dat er voornamelijk bij leveranciers wordt besteld die voor de kliniek al bekend zijn (Kliniek 1; Kliniek 4).

In tegenstelling tot de kleine ZBC's krijgt de inkoopfunctie bij de grotere ZBC's veel mandaat vanuit het bestuur. De invloed van de medisch specialist op de uiteindelijke keuze van het product wordt zoveel mogelijk beperkt zodat uniformiteit kan worden nagestreefd.

*'Wanneer een medisch specialist bij ons komt werken wordt er heel nadrukkelijk gezegd met welke producten wij werken. Als een dokter ergens anders mee wil werken staan wij dat niet toe. Er is wel een bepaalde vrij keuze voor sommige producten, maar die proberen wij wel zo klein mogelijk te houden' (Kliniek 7).*

Een uitgebreide analyse van het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra is te vinden in bijlage 1 'Het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra'.

#### **§ 4.2.2 Besturing**

De bevindingen betreffende interne prestatie meting, de leveranciersbeoordeling en de betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling binnen ZBC's staan samengevat tabel 3. In bijlage 2 is een uitgebreide analyse te vinden over de besturing binnen ZBC's.

<b>Besturing</b>		
	<b>Klein</b>	<b>Groot</b>
Interne prestatie­meting	Geen managementinformatie gegenereerd; verbeteracties aan de hand van gesignaleerde knelpunten	In enkele gevallen wordt er managementinformatie gegenereerd; verbeteracties aan de hand van gesignaleerde knelpunten
Leveranciersbeoordeling	Geen leveranciersbeoordeling	Leveranciersbeoordeling afhankelijk van complexiteit van het product
Betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling	Focuskliniek is aantrekkelijk voor leveranciers vanwege hoog volume van bepaalde behandelingen	Focuskliniek is aantrekkelijk voor leveranciers vanwege hoog volume van bepaalde behandelingen

*Tabel 3: Besturing binnen ZBC's*

Wanneer gekeken wordt naar de besturing binnen ZBC's kan worden gesteld dat er een onderscheid is tussen de kleine en de grote ZBC's. Binnen de kleine ZBC's wordt geen managementinformatie gegenereerd en er wordt binnen de kleinere klinieken voornamelijk gewerkt aan verbeteracties aan de hand van gesignaleerde knelpunten (Kliniek 1; Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 4). In tegenstelling tot de kleine ZBC's beschikken de grotere ZBC's in enkele gevallen over systemen en procedures om de inkoopprestaties te monitoren (Kliniek 7). Wat wel overeenkomt is dat zowel kleine als grote kliniek een aantrekkelijke partij zijn voor leveranciers om mee samen te werken (Kliniek 2; Kliniek 5; Kliniek 7).

#### **§ 4.2.3 Kostenbeheersing**

Voor ZBC's is het gemakkelijker om zich te richten op kostenbeheersing omdat zij veel planbare en relatief eenvoudige zorg leveren met een hoog volume, wat de efficiency vergroot (ALG 7) en het mogelijk maakt om de voorraden laag te houden (Kliniek 3). Standaardisatie van zorg is erg van toepassing op een focuskliniek (Kliniek 6). De medisch specialisten voeren de hele dag door dezelfde ingreep uit. OK assistenten en het verplegend personeel zijn hierop ingespeeld, waardoor een ingreep veel minder lang hoeft te duren en de wisseltijden korter zijn. Iedereen specialiseert zich namelijk op een bepaald aandachtsgebied (Kliniek 3).

Daarnaast hebben aandeelhouders van de kliniek ook financieel belang. Dat scheelt erg in hun kostenbewustzijn (Kliniek 6). Hierdoor zijn de medisch specialisten eerder geneigd om ook naar het belang van de organisatie te kijken (Kliniek 6).

*'De medisch specialisten die als aandeelhouder binnen de kliniek werken hebben meer te zeggen dan de artsen in loondienst en de ZZP-ers. De artsen in loondienst hebben het eigenlijk te doen met wat we willen. De aandeelhouders zeggen van: ja, maar het*

*is ook mijn geld dus ik wil gewoon dat instrument. Wat je wel merkt is medisch specialisten die aandeelhouder zijn verdienen met de ZBC. Zij staan meer voor bepaalde dingen open en denken meer organisatiegericht' (Kliniek 6).*

Tot slot richten ZBC's zich op kostenbeheersing door te uniformeren (Kliniek 6). Voornamelijk de grotere klinieken maken hierin een duidelijk statement (Kliniek 6; Kliniek 7). Medisch specialisten hebben minder inspraak in de keuze voor een bepaald product en moeten zich aanpassen aan het assortiment waar de kliniek mee werkt (Kliniek 7).

Tabel 4 geeft een samenvatting van de mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen ZBC's. Een uitgebreide analyse over de kostenbeheersing binnen ZBC's is te vinden in bijlage 3 'Kostenbeheersing binnen ZBC's'.

<b>Kostenbeheersing</b>		
	<b>Klein</b>	<b>Groot</b>
Concurrerende offertes	Sprake van concurrentiestelling	Sprake van concurrentiestelling
Distributiemethoden	In mindere mate van toepassing vanwege de focus op bepaalde behandelingen	In mindere mate van toepassing vanwege de focus op bepaalde behandelingen
Inkoopbeleid	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd
Optimaliseren bestelbeleid	Afstemming in mindere mate	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie
Waardeanalyse, substitutie, standaardisatie	Sprake van standaardisatie en uniformering	Sprake van standaardisatie en uniformering

*Tabel 4: Kostenbeheersing binnen ZBC's*

#### **§ 4.2.4 Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen ZBC's**

Concluderend kan worden gesteld dat de organisatie van de inkoopfuncties binnen grote en kleine ZBC's erg van elkaar verschilt. Afhankelijk van de grootte van de ZBC krijgt de inkoopfunctie meer betekenis. De grotere klinieken staan dan ook hoger gepositioneerd in het inkoopontwikkelingsmodel. ZKN bevestigt dat er grote verschillen kunnen worden opgemerkt met betrekking tot de inkoopvolwassenheid tussen kleine en grote ZBC's (ZKN). De inkoopfunctie van kleine ZBC's krijgt een bestellende functie toegewezen terwijl in een grote ZBC de inkoopfunctie dwingend en (sterk) sturend is.



### § 4.3 De organisatie van de inkoopfunctie binnen Academische Ziekenhuizen

Binnen deze paragraaf wordt gekeken naar de invulling van de inkoopfunctie binnen academische ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen zijn gericht op het leveren van complexe zorg, het doen van onderzoek en proberen vooruitstrevend te zijn bij het gebruiken van medisch specialistische producten (UMC 1). Dit heeft gevolgen voor de invulling van de inkoopfunctie (UMC 1).

De inkoopvolwassenheid van de inkoopfunctie binnen academische ziekenhuizen verschilt (UMC 3). Zo zijn er tussen de ziekenhuizen verschillen in opleiding en inschaling waar te nemen en in de communicatie en samenwerking met de medisch specialisten binnen het ziekenhuis (UMC 3). Daarnaast verschilt ook de plaats van de inkoopfunctie binnen de zorginstellingen. De inkoopfunctie valt in sommige ziekenhuizen rechtstreeks onder de Raad van Bestuur (UMC 3) en in andere ziekenhuizen valt de inkoopafdeling onder de facilitaire afdeling (UMC 2) of onder andere directeuren (UMC 3). Over het algemeen genomen bestaat de inkoopafdeling binnen academische ziekenhuizen uit ongeveer 20 fte inkopers (UMC 1; UMC 2), die veelal een NEVI achtergrond hebben (UMC 1; UMC 2; UMC 3). Alle inkoopafdelingen beschikken over een inkoopbeleid die gebaseerd is op het strategisch plan van het ziekenhuis (UMC 1; UMC 2; UMC 3). Het inkoopbeleid 2013 binnen de academische ziekenhuizen is voornamelijk gericht op het inzichtelijk krijgen van de bestel- en facturenstroom, het realiseren van besparingstargets en binnen het inkoopbeleid wordt de nadruk gelegd op category management (UMC 1; UMC 2).

#### § 4.3.1 Het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen

Tabel 5 geeft een samenvatting het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen. De individuele kenmerken van de academische ziekenhuizen zijn samengevat tot een conclusie die grotendeels van toepassing is op alle academische ziekenhuizen.

<b>Academische ziekenhuizen</b>	
Inkoopstrategie	Inkoopbeleid is een afgeleide van het strategisch plan van de UMC's
<b>Inkoopproces</b>	
Behoefte	Initiatie vanuit het duale management of de inkoopafdeling
Specificeren	Specificaties worden opgesteld in een multidisciplinair team
Selecteren	D.m.v. Europese aanbesteden, wanneer dit niet verplicht is worden verschillende leveranciers vergeleken op basis van prijs/ kwaliteit/ leveringstijd ed.
Contracteren	Logistieke, juridische en kwaliteitsvoorwaarden. In enkele gevallen zijn ook prestatie-indicatoren richting de leverancier opgesteld.
Bestellen	Investeringen via de inkoopafdelingen, exploitatiegoederen kunnen decentraal besteld worden
Bewaken/ Evaluatie	Volgen van het contract d.m.v. contractmanagers

Tabel 5: Het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen

Wat voornamelijk opvalt binnen het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen is de Europese aanbestedingsprocedure. Dit maakt het voor academische ziekenhuizen noodzakelijk om kritisch naar de opgestelde specificaties te kijken (UMC1).

*'Hoe meer je aan de voorkant van het inkoopproces nadenkt over het onderscheidend vermogen, wat je aan de achterkant eruit zou willen hebben, hoe makkelijker het proces wordt en hoe beter je een keuze kunt maken. Omdat je hier over nadenkt in het hart van je aanbesteding kun je de markt heel duidelijk maken waar je behoefte aan hebt. Het proces wordt hierdoor ook wat meer LEAN' (UMC 1).*

Ondanks dat Academische ziekenhuizen Europees moeten aanbesteden valt het mee hoe vaak er een Europese aanbesteding wordt doorlopen vanwege de uitsluitelgronden (UMC 2). Het voordeel van een Europese aanbesteding is dat de inkoopafdeling bij de specificatiefase al betrokken dient te zijn. Wanneer er niet Europees aanbesteed hoeft te worden is het afhankelijk van de klant wanneer de inkoopafdeling betrokken wordt. Sommige afdelingen zien de inkoopafdeling als business partner en betrekken de inkoopafdeling vanaf het initiatiemoment. Andere afdelingen zien de inkoopafdeling enkel als een faciliterende afdeling (UMC 2).

Een uitgebreide analyse over het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen staat in bijlage 4.

#### § 4.3.2 Besturing

De bevindingen betreffende interne prestatiemeting, de leveranciersbeoordeling en de betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling binnen academische ziekenhuizen zijn samengevat in tabel 6.

<b>Besturing</b>	
Interne prestatiemeting	Voornamelijk op basis van de kostenfactor
Leveranciersbeoordeling	Leveranciersbeoordeling aan de hand van prestatieindicator
Betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling	Academische ziekenhuizen zijn aantrekkelijk voor leveranciers vanwege het innovatieve karakter. Het ontwikkelen samen met een leverancier vindt voornamelijk plaats met de voorkeursleverancier

Tabel 6: Besturing binnen Academische ziekenhuizen

Wanneer gekeken wordt naar de besturing binnen Academische ziekenhuizen kan gesteld worden dat de ziekenhuizen intensief bezig zijn met het opzetten van systemen en procedures om de inkoopresultaten zo goed mogelijk weer te geven. In bijlage 5 is een uitgebreide analyse te vinden over de besturing binnen academische ziekenhuizen.

### § 4.3.3 Kostenbeheersing

Binnen de gezondheidszorg kan nog veel worden bespaard (UMC 2). Zorgverzekeraars spelen een belangrijke rol bij het beheersen van de kosten. Zo zal de zorgverzekeraar steeds meer grip willen krijgen op de inkoopprijs. Als je de inkoop voor zorg als ziekenhuis niet goed organiseert zullen de zorgverzekeraars bepaalde zaken gaan opleggen (UMC 2). De invloed die zorgverzekeraars hebben binnen academische ziekenhuizen is minder groot in vergelijking met algemene ziekenhuizen doordat academische ziekenhuizen meerdere inkomstenbronnen hebben (UMC 2). Dit leidt ertoe dat academische ziekenhuizen minder dan ZBC's en algemene ziekenhuizen gericht zijn op de kostenbeheersing binnen het inkoopproces. Tabel 7 geeft een overzicht van het de mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen Academische ziekenhuizen.

<b>Kostenbeheersing</b>	
Concurrerende offertes	Gebeurt door middel van Europese aanbestedingsprocedure. Wanneer het aanbestedingsrecht niet van toepassing is vindt er concurrentiestelling plaats
Distributiemethoden	Distributiemethoden worden geoptimaliseerd
Inkoopbeleid	Besparingen worden gerealiseerd door kritisch naar de contracten te kijken
Optimaliseren bestelbeleid	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie
Waardeanalyse, substitutie, standaardisatie	Doordat academische ziekenhuizen veelal met vooruitstrevende producten werken is substitutie bijna niet mogelijk daarnaast zorgt de invloed van de medisch specialist ervoor dat het uniformeren van producten complex is

*Tabel 7: Kostenbeheersing binnen Academische ziekenhuizen*

Het kostenbewustzijn krijgt een steeds grotere rol ook binnen academische ziekenhuizen. In bijlage 6 is een uitgebreide analyse te vinden over kostenbeheersing binnen Academische ziekenhuizen.

#### **§ 4.3.4 Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen academische ziekenhuizen**

De inkoopafdeling binnen Academische ziekenhuizen krijgt over het algemeen ondersteunende en adviserende rol toegekend, waarbij de behoefte van de afdeling centraal staat (UMC 1; UMC 2). De medisch specialist heeft een grote invloed binnen het inkoopproces. Dit is noodzakelijk omdat academische ziekenhuizen vooruitstrevend zijn ook bij de inkoop voor zorg.

#### **§ 4.4 De organisatie van de inkoopfunctie binnen Algemene ziekenhuizen**

Binnen deze paragraaf wordt de invulling van de inkoopfunctie binnen de algemene ziekenhuizen beschreven. Zo worden onder andere de invulling van het inkoopproces, de besturing en de mogelijkheid tot kostenbeheersing nader toegelicht.

De zorg binnen algemene ziekenhuizen wordt gekenmerkt door de grote variatie van de geleverde zorg. Waarbij de zorg varieert van basisspecialistische generieke zorg binnen een wat kleiner regulier ziekenhuis tot electieve hoogcomplexe zorg in de wat grotere reguliere ziekenhuizen (ALG 9). Over het algemeen werken artsen binnen de algemene ziekenhuizen voornamelijk in maatschappverbanden en werken er enkele medisch specialisten in loondienst (ALG 2; ALG 3; ALG 7; ALG 10). Er zijn uitzonderingen van algemene ziekenhuizen waarbij alle medisch specialisten in loondienst werken (ALG 9). De algemene ziekenhuizen beschikken vrijwel allemaal over een eigen inkoopafdeling. De grote van de inkoopafdeling varieert sterk van 1 tot 2 fte inkopers per 100 bedden (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 9; ALG 10). Binnen de inkoopafdeling hebben veel inkopers een NEVI achtergrond (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 10). De inkoopafdelingen beschikken over een inkoopstrategie en een inkoopbeleid, wat een afgeleide is van het strategisch plan van de organisatie (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 10). Het inkoopbeleid binnen algemene ziekenhuizen richt zich op het realiseren van het gewenste kwaliteitsniveau tegen de laagst mogelijke integrale kostprijs. De invulling van deze inkoopstrategie verschilt per inkoopafdeling en is ook afhankelijk van de instelling van de medisch specialist, de budgethouder en de inkoper (ALG 1; ALG 4; ALG 10). Zo kan de integrale kostprijs verlaagd worden door uniformering van de producten (ALG 1; ALG 7; ALG 8), het terugbrengen van het aantal leveranciers (ALG 6; ALG 7), het verlagen van de voorraden (ALG 5) en door het optimaliseren van processen (ALG 2).

#### § 4.4.1 Het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen

Tabel 8 geeft een samenvatting van het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen. De individuele kenmerken van de algemene ziekenhuizen zijn samengevat tot een conclusie die grotendeels van toepassing is op alle algemene ziekenhuizen.

Algemene ziekenhuizen	
Inkoopstrategie	Inkoopstrategie is afgeleid van de organisatiestrategie
Inkoopproces	
Behoefte	Initiatie vanuit het duale management of de inkoopafdeling
Specificeren	In de meeste ziekenhuizen worden de specificaties worden opgesteld in een multidisciplinair team
Selecteren	Selectie op basis van eerdere ervaringen, testfasen, kwaliteit, prijs, leveringsvoorwaarden
Contracteren	Contractvoorwaarden van de leverancier worden door de ziekenhuizen aangepast aan de hand van een checklist
Bestellen	Investeringen via de inkoopafdelingen, exploitatiegoederen kunnen decentraal besteld worden
Bewaken/ Evaluatie	Volgen van contracten wordt als belangrijk ervaren

*Tabel 8: Het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen*

Wat voornamelijk opvalt bij het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen is de strijd tussen het belang van de medisch specialisten enerzijds en het belang van het ziekenhuis anderzijds. Dit brengt overspecificatie en maverick buying met zich mee. Algemene ziekenhuizen zijn intensief bezig om overspecificatie en maverick buying te voorkomen (ALG 1; ALG 6; ALG 7; ALG 10). De mogelijkheid om overspecificatie en maverick buying te voorkomen hangt af van de positionering van de inkoopfunctie binnen het ziekenhuis. De positionering van de inkoopfunctie binnen de organisatie is afhankelijk van vele factoren. Zo is de positionering van de inkoopfunctie allereerst afhankelijk van het mandaat van de inkoopfunctie krijgt toegewezen vanuit de Raad van Bestuur (ALG 2; ALG 7). Daarnaast is de positie die de inkoopafdeling krijgt toegewezen binnen het inkoopproces afhankelijk van de purchasing status (ALG 2; ALG 5; ALG 10). De purchasing status verschilt per afdeling en per specialist. Zo wordt de inkoopafdeling eerder betrokken binnen het inkoopproces wanneer een bepaalde specialist of afdeling een positieve ervaring heeft met de inkoopafdeling (ALG 4; ALG 10).

Een uitgebreide analyse over het inkoopproces binnen algemene ziekenhuizen is te vinden in bijlage 7.

#### § 4.4.2 Besturing

De bevindingen betreffende interne prestatie­meting, de leveranciersbeoordeling en de betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling binnen algemene ziekenhuizen staan samengevat in tabel 9. In bijlage 8 is een uitgebreide analyse te vinden over de besturing binnen algemene ziekenhuizen.

Besturing	
Interne prestatie­meting	Voornamelijk op basis van de kostenfactor, ook op basis van logistiek en facturatie en de tevredenheid van de interne klant
Leveranciersbeoordeling	Leveranciersbeoordeling vindt te weinig plaats
Betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling	Samenwerken met leveranciers staat niet hoog op de agenda

Tabel 9: Besturing binnen Algemene ziekenhuizen

Wanneer gekeken wordt naar de besturing binnen algemene ziekenhuizen kan geconcludeerd worden dat de algemene ziekenhuizen intensief bezig zijn met het optimaliseren van de systemen en procedures. In tegenstelling tot de academische ziekenhuizen en ZBC's staat de samenwerking met leveranciers niet hoog op de agenda binnen de algemene ziekenhuizen (ALG 10).

#### § 4.4.3 Kostenbeheersing

Het realiseren van kostenbesparingen is een belangrijk punt binnen de algemene ziekenhuizen (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 10). De zorgkosten moeten naar beneden, dat is waar de overheid op stuurt (ALG 7; ALG 8). Dit heeft invloed op de positionering van de zorgverzekeraars (ALG 7). Zorgverzekeraars zullen ook op inkoopgebied waarschijnlijk een grotere rol gaan invullen. Zo is het mogelijk dat zorgverzekeraars kunnen gaan sturen bij welke leveranciers er ingekocht kan gaan worden (ALG 8).

*'Als ZZP-er heb ik het wel eens een zorgverzekeraar aangeboden om het langs die weg aan te vliegen. Dus dat zij gaan bepalen bij welke partij je wat gaat kopen. Want ik denk, als je dat als machtsblok gaat gebruiken, dat de zorg wel eens heel veel goedkoper zou kunnen worden' (ALG 8).*

Tabel 10 geeft een overzicht van de invloed die concurrerende offertes, distributiemethoden, inkoop­politiek, optimaliseren van het bestel­beleid, waardeanalyse, substitutie en

standaardisatie spelen bij de kostenbeheersing binnen algemene ziekenhuizen. Een uitgebreide analyse met betrekking tot kostenbeheersing binnen algemene ziekenhuizen wordt beschreven in bijlage 9 ‘Kostenbeheersing binnen Algemene ziekenhuizen’.

<b>Kostenbeheersing</b>	
Concurrerende offertes	Sprake van concurrentiestelling
Distributiemethoden	Distributiemethoden worden geoptimaliseerd
Inkoopbeleid	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd
Optimaliseren bestelbeleid	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie
Waardeanalyse, substitutie, standaardisatie	De invloed van de medisch specialist maakt het uniformeren van producten complex

*Tabel 10: Kostenbeheersing binnen Algemene ziekenhuizen*

#### **§ 4.4.4 Conclusie organisatie van de inkoopfunctie binnen algemene ziekenhuizen**

Concluderend kan gesteld worden dat de inkoopfunctie binnen algemene ziekenhuizen over het algemeen een adviserende en sturende rol krijgt toegewezen. Vanuit de Raad van Bestuur wordt er steeds meer gestuurd op het betrekken van de inkoopafdeling in de eerste fase van het inkoopproces. Zo krijgt de inkoopfunctie meer invloed op de inkoop voor zorg. Doordat de inkoopafdeling vroeg betrokken wordt in het inkoopproces kunnen kosten bespaard worden. Er ligt bij de inkoopfunctie binnen algemene ziekenhuizen een grote nadruk op het beheersen van de kosten binnen ook de inkoop voor zorg.

#### **§ 4.5 De verschillen en overeenkomsten tussen de inkoopfuncties van Zelfstandige Behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere Ziekenhuizen**

In de voorgaande paragrafen zijn de inkoopfuncties van Zelfstandige Behandelcentra, Academische Ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen apart beschreven. In deze paragraaf worden de inkoopfuncties van de zorginstellingen met elkaar vergeleken en de grootste overeenkomsten en verschillen op een rij gezet.

##### **§ 4.5.1 Het inkoopproces**

Waarneer er naar de context van de verschillende zorginstellingen gekeken wordt kan geconstateerd worden dat deze heel verschillend zijn. Zo zijn academische ziekenhuizen gericht op hoog complexe zorg, gericht op innovatie, vooruitstrevend, waarbij medisch specialisten voornamelijk in loondienst werken (UMC 1; ALG 5). Reguliere ziekenhuizen

richten zich op basisspecifieke zorg binnen de wat kleinere ziekenhuizen tot electieve hoogcomplexe zorg binnen de grotere reguliere ziekenhuizen (ALG 9). Binnen reguliere ziekenhuizen werken medisch specialisten voornamelijk in maatschapverband. Bij ZBC's is er sprake van goed planbare zorg (Kliniek 3; Kliniek 6; ALG 1), waarbij medisch specialisten aandeelhouder kunnen zijn, in loondienst of als ZZP-er werken (Kliniek 3; Kliniek 6). Dit heeft gevolgen voor de invulling en plaats van de inkoopfunctie binnen de organisatie (UMC 1).

De organisatie van de inkoopfuncties van ZBC's, Academische ziekenhuizen en Reguliere Ziekenhuizen verschilt. Ook kan er geconstateerd worden dat de organisatie van de inkoop binnen de zorginstellingen erg verschilt (UMC 3; ALG 1; ALG 4; ALG 7; ALG 10). Wanneer de inkoopfuncties van ZBC's, Academische Ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen met elkaar vergeleken worden kan worden gesteld dat de grootste verschillen in de plaatsing binnen het inkoopontwikkelingsmodel zijn tussen de inkoopfuncties van de ZBC's (ZKN). De kleinere ZBC's beschikken niet over een eigen inkoopafdeling. De inkoopfunctie krijgt voornamelijk een bestellende functie toegewezen (Kliniek 1; Kliniek 4). Binnen de grotere ZBC's wordt de inkoopfunctie gezien als een afdeling die daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan de strategische doelstellingen van de ZBC (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). Het zijn dan ook alleen de grotere ZBC's die beschikken over een inkoopbeleid (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7).

Binnen algemene ziekenhuizen draagt de inkoopfunctie ook bij aan het realiseren van de organisatiedoelstellingen. Net als bij de grotere ZBC's heeft de inkoopfunctie een adviserende en sturende rol. Binnen academische ziekenhuizen heeft de inkoopfunctie een ondersteunende rol en draagt de inkoopfunctie bij om de strategische doelstellingen van de organisatie te realiseren (UMC 1). Dit uit zich met name in het ondersteunen van de doelstellingen van de lijn (UMC 1; UMC 2). Deze ondersteunende rol komt voort uit het feit dat de inkoopfunctie binnen academisch ziekenhuis in vergelijking met algemene ziekenhuizen veel minder commercieel is ingesteld. Meer dan de helft van de inkomsten bij academische ziekenhuizen komt niet vanuit de verzekeraars, maar vanuit de rijksbijdrage voor universitair onderzoek, het opleidingsfonds en overige geldstromen (UMC 2). Bij reguliere ziekenhuizen ligt dit heel anders. Daar komt het grootste gedeelte van de inkomsten vanuit de verzekeraars (UMC 2). Bij reguliere ziekenhuizen moet de inkoopafdeling daarom veel commerciëler gericht zijn en bepaalde behandelingen niet meer uitvoeren als deze niet meer kostendekkend zijn. Ook op inkoopgebied moet hier kritisch naar gekeken worden. Zo kan in



academische ziekenhuizen wel gewerkt worden met medisch-specialistische producten waar vanuit de zorgverzekeraar geen vergoeding tegenover staat (UMC 2). Voor algemene ziekenhuizen is dit niet mogelijk.

*'Binnen academische ziekenhuizen is de inkoopfunctie het meest complex, omdat dit een adviesfunctie is. Bij algemene ziekenhuizen zou je inkoop veel mandaat moeten geven en sturen op de inkoopprijs. Een goed periferie ziekenhuis zou eigenlijk inkoop in de Raad van Bestuur moeten hebben' (UMC 2).*

Wanneer de rol van de verschillende inkoopfuncties wordt vergeleken kan geconstateerd worden dat de rol die de inkoopafdeling binnen academische ziekenhuizen invult het meest complex is. De inkoopfunctie binnen academische ziekenhuizen heeft wel degelijk een strategische positie, maar vanwege de invloed van de medisch specialist krijgt de inkoopfunctie een lastige rol toebedeeld (ALG 7). De inkoopafdeling krijgt binnen academische ziekenhuizen een adviesfunctie toegekend, waarbij door middel van communiceren tot de beste oplossing gekomen kan worden (UMC 2).

Deze lastige rol die de inkoopfunctie heeft is ook herkenbaar binnen algemene ziekenhuizen. Ook hier hebben de medisch specialisten vaak nog veel invloed op het inkoopproces en de uiteindelijke keuze van het product (ALG 4; ALG 6). Zowel academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen moeten een partnership cultuur creëren. Deze partnership cultuur moet uiteindelijk leiden tot een gezamenlijk doel met betrekking tot de inkoop voor zorg wat zowel in het belang is van de medisch specialisten als in het belang is van de organisatie (ALG 7).

Binnen de grote ZBC's heeft de inkoopfunctie een dominante en sturende rol. Dit geldt ook voor de ziekenhuizen waarbij er sprake is van een directeur-eigenaarsituatie. De inkoopfunctie krijgt hier veel mandaat vanuit de Raad van Bestuur (ALG 7). Binnen kleine ZBC's heeft de inkoopfunctie enkel een bestellende taak en heeft de inkoopfunctie geen inspraak op de uiteindelijke keuze van het product. Binnen kleine ZBC's ligt de keuze voor een bepaald product volledig bij de medisch specialist (Kliniek 4).

Tabel 11 geeft een overzicht van de kenmerken van de inkoopfuncties binnen ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen.

Overzicht ' Invulling van het inkoopproces				
	Zelfstandig Behandelcentra		Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis
	Klein	Groot		
<b>Inkoopstrategie</b>	Geen inkoopstrategie	Inkoopstrategie aanwezig	Inkoopbeleid is een afgeleide van het strategisch plan van de UMC's	Inkoopstrategie is afgeleid van de organisatiestrategie
<b>Inkoopproces</b>				
<b>Behoeft</b>	Initiatie vanuit de medisch specialist	Initiatie vanuit de medisch specialist/ projectgroep (medisch specialist & inkoper)	Initiatie vanuit het duale management of de inkoopafdeling	Initiatie vanuit het duale management of de inkoopafdeling
<b>Specificeren</b>	Specificaties worden opgesteld door medisch specialist	Specificaties worden opgesteld door de projectgroep	Specificaties worden opgesteld in een multidisciplinair team	In de meeste ziekenhuizen worden de specificaties worden opgesteld in een multidisciplinair team
<b>Selecteren</b>	Voornamelijk voor de kliniek bekende leveranciers worden geselecteerd; invloed van de medisch specialist is groot.	Op basis van meerdere offertes die worden opgevraagd; invloed van de specialist is afhankelijk van het soort product en van zijn positie (aandeelhouder/ ZZP/ loondienst) binnen de kliniek	D.m.v. Europese aanbesteden, wanneer dit niet verplicht is worden verschillende leveranciers vergeleken op basis van prijs/ kwaliteit/ leveringstijd ed.	Selectie op basis van eerdere ervaringen, testfasen, kwaliteit, prijs, leveringsvoorwaarde n
<b>Contracteren</b>	Contracteren door degene die verantwoordelijk is voor de 'inkoopzaak'; geen eigen contractvoorwaarde n	Contracteren door de inkoopfunctie	Logistieke, juridische en kwaliteitsvoorwaarde n. In enkele gevallen zijn ook prestatie- indicatoren richting de leverancier opgesteld.	Contractvoorwaarden van de leverancier worden door de ziekenhuizen aangepast aan de hand van een checklist
<b>Bestellen</b>	Mondeling/ interne bestelbon	Decentraal via inkoopstelsel	Investeringen via de inkoopafdelingen, exploitatiegoederen kunnen decentraal besteld worden	Investeringen via de inkoopafdelingen, exploitatiegoederen kunnen decentraal besteld worden
<b>Bewaken/ Evaluatie</b>	Geen bewaking	Tussentijdse evaluatie over functioneren product	Volgen van het contract d.m.v. contractmanagers	Volgen van contracten wordt als belangrijk ervaren

Tabel 11: Invulling van het inkoopproces binnen ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen

### Specificatie

Bij het opstellen van de specificaties zijn de drie typen zorginstellingen afhankelijk van de medisch specialisten (Kliniek 1; Kliniek 2; Kliniek 4; Kliniek 6; Kliniek 7; UMC 1; UMC 2; ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 7; ALG 10). Een duidelijk verschil tussen de drie zorginstellingen is de aanbestedingsplicht binnen academische ziekenhuizen (UMC 1; UMC

2; ALG 2; ALG 4; ALG 10). Wanneer een aanbesteding gestart wordt is het opstellen van een nauwkeurig Programma van Eisen van groot belang, omdat er anders structureel achter de feiten aangelopen wordt (ALG 2). Europees aanbesteden wordt door sommige algemene ziekenhuizen als nadeel gezien omdat je niet op het laatste moment nog de onderhandeling in kan gaan met de leveranciers (ALG 2; ALG 4) en omdat het de vertrouwensband met sommige leveranciers schaadt (ALG 4). Daarnaast zijn de uitkomsten van een Europees aanbestedingsproces niet altijd de meest gunstige (ALG 9).

Het opstellen van de specificaties gebeurt binnen alle drie de zorginstellingen in projectgroepverband. Alleen de kleine ZBC's en een enkel ziekenhuis zijn hier een uitzondering op (Kliniek 1; Kliniek 4; ALG 9). De medische specialist stelt zelfstandig het Programma van Eisen op binnen de kleine klinieken. Tijdens het opstellen van de specificaties wordt binnen alle drie de typen zorginstellingen tegen het probleem van overspecificatie aangelopen (UMC 1; UMC 2; ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 10) en het probleem om alle medisch specialisten op één lijn te krijgen (ALG 8). Dit geldt met name voor de academische en algemene ziekenhuizen (ALG 8). Binnen de grote ZBC's is er een duidelijke lijn, die enkel het werken met bepaalde producten toe staat (Kliniek 7).

### Selecteren

Wanneer de medisch specialist zelf het Programma van Eisen opstelt geeft dit bij kleine ZBC's geen problemen bij de keuze voor een bepaald product van een bepaalde leverancier. Dit, omdat de medisch specialist binnen kleine ZBC's zelf de keuze maakt voor een bepaald product (Kliniek 1; Kliniek 4). Binnen de grotere ZBC's heeft de medisch specialist veel minder invloed bij het maken van een keuze voor een bepaald product. De grotere ZBC's streven naar uniformering, waarbij de artsen zich moeten conformeren aan de keuze voor een bepaald product (Kliniek 6).

*'Als ik naar ziekenhuizen kijk, wordt er uitzondering, op uitzondering, op uitzondering gemaakt. Dat kan gewoon niet. Op een gegeven moment houdt het op' (Kliniek 6).*

Wanneer naar de selectiefase gekeken wordt binnen academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen heeft de medisch specialist meer invloed op de keuze voor een product in vergelijking met de grotere ZBC's. De medisch specialist heeft in veel gevallen een bepaalde voorkeursleverancier. Het sturen van een medisch specialist naar een andere leverancier dan

de voorkeursleverancier is erg complex (UMC 2; UMC 3; ALG 8). De macht van de medisch specialist heeft grote invloed op het verloop van het inkoopproces en op de invloed die de inkoopafdeling heeft gedurende het inkoopproces (ALG 2; ALG 4).

Het sturen van de medisch specialist binnen een academisch ziekenhuis is het meest complex (UMC 3). Dit komt voort uit het feit dat academische ziekenhuizen veel meer onderzoeksgericht zijn in vergelijking met algemene ziekenhuizen en ZBC's. Medisch specialisten binnen academische ziekenhuizen zijn geïnteresseerd in het doen van onderzoek en zijn gericht op innovatieve producten (UMC 1). Omdat er vanuit de overheid steeds meer druk komt op kostenbesparing binnen de academische ziekenhuizen, zijn de medisch specialisten daar ook steeds meer verplicht om commerciëler te gaan denken. Hoewel het commerciële denken onder medisch specialisten binnen academische ziekenhuizen toeneemt, is het nog niet vergelijkbaar met hoe commercieel er gedacht wordt binnen algemene ziekenhuizen en ZBC's (UMC 3).

*'De afdelingshoofden binnen academische ziekenhuizen zijn op die plek terecht gekomen omdat ze een bepaalde status van dienst hebben. Ze hebben veel gepubliceerd, zijn goed in onderwijs en zijn goed in de zorg. Die mensen wil je als Raad van Bestuur graag behouden. Deze artsen zijn niet zo gemakkelijk te sturen als in de maatschapwereld wordt gedacht' (UMC 3).*

Het sturen van medisch specialisten binnen algemene ziekenhuizen gaat misschien makkelijker dan het sturen van medisch specialisten binnen academische ziekenhuizen. Toch is het sturen van de specialisten binnen algemene ziekenhuizen wel complexer in vergelijking met het sturen van een specialist binnen een ZBC (UMC 1; UMC 3; ALG 6).

*'Er zijn bepaalde specialisten die bijwerken in een ZBC. In de kliniek waar zij ook werken hebben ze maar twee soorten heupen op de plank liggen. Het gekke is: daar is het gewoon gebruikelijk en daar doen ze het ook gewoon. Zodra die specialisten hier in het ziekenhuis komen willen ze weer hun eigen artikelen gaan gebruiken' (ALG 6).*

Wanneer de medisch specialisten financieel belang zouden hebben, bijvoorbeeld als aandeelhouder, kan overspecificatie worden voorkomen. De inkoopafdeling is dan

gemakkelijker kosten kan besparen doordat de medisch specialisten meer organisatie gericht gaan denken (UMC 3; ALG 6).

### Contracteren

Nadat een leverancier is geselecteerd wordt besloten om een bepaalde leverancier te contracteren. Het besluitvormingproces binnen een ZBC's duurt het kortst vanwege de korte lijnen binnen de ZBC. Binnen academische ziekenhuizen duurt het besluitvormingsproces het langst (ALG 7).

*'Ik denk dat de beslissingsbevoegdheid van een inkoper bij een ZBC veel groter is, dit voornamelijk omdat de lijnen binnen een ZBC erg kort zijn. Zo heb ik naar mijn idee een veel beter overzicht wat er op inkoopgebied binnen de kliniek gebeurt, dan dat inkopers binnen het ziekenhuis hebben' (Kliniek 5).*

Nadat er gekozen is voor een bepaalde leverancier worden er contractvoorwaarden opgesteld. Het verschilt per zorginstelling of de contractvoorwaarden zelf worden opgesteld of dat de voorwaarden van de leverancier worden overgenomen en aangepast (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 4; Kliniek 5; Kliniek 7; ALG 1; ALG 4; ALG 5; ALG 10).

### Bestellen

Op uitzondering van de kleinere ZBC's beschikken de zorginstellingen over een webshop waar decentraal de standaard verbruiksgoederen besteld kunnen worden (Kliniek 5; UMC 1; UMC 2; ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 10). De bestellingen via de webshop lopen via de inkoopafdeling, die de facturen binnenkrijgen (ALG 3; ALG 10). Zowel alle drie de zorginstellingen geven aan dat er ook buiten de inkoopafdeling om wordt besteld (UMC 1; UMC 2; ALG 4; ALG 6). Algemene ziekenhuizen en ZBC's streven veel meer dan academische ziekenhuizen om alle facturen via inkoop te laten verlopen (Kliniek 3; Kliniek 5; Kliniek 7; UMC 2; ALG 1; ALG 4; ALG 6). Dit komt omdat UMC's richtingen hebben die niet commercieel zijn, waardoor dit minder goed is ontwikkeld in vergelijking met de algemene ziekenhuizen (UMC 2).

*'Binnen academische ziekenhuizen moet veel meer Europees aanbesteed worden. Dat is gezien de organisaties waarin 40-50% via inkoop loop wel een zegen. Op dat*

*moment moet je je stakeholders betrekken. Dus dat kan handig zijn, maar er lekt bij academische ziekenhuizen heel erg veel. Met name wanneer er niet Europees wordt aanbesteed' (ALG 1).*

### Bewaken en evaluatie

Er kunnen ook grote verschillen worden opgemerkt in de bewaking- en evaluatiefase tussen de drie verschillende zorginstellingen. Binnen sommige instellingen vindt er geen bewaking plaats (Kliniek 4), terwijl andere zorginstellingen systemen geïmplementeerd hebben om de prestaties van de leveranciers, de leveringstijden en de facturatie snelheid te kunnen monitoren (Kliniek 3; Kliniek 6; Kliniek 7; ALG 3; ALG 9; ALG 10).

### **§ 4.5.2 De besturing**

Binnen deze paragraaf zullen de academische ziekenhuizen, de algemene ziekenhuizen en de ZBC's vergeleken worden op het punt besturing binnen de organisatie. De besturing binnen de organisatie zal beschreven worden aan de hand van de interne prestatiemeting, de leveranciersbeoordeling en de betrokkenheid van de leveranciers bij het ontwikkelen van producten.

### Interne prestatiemeting

Het meten van de inkoopresultaten wordt door zorginstellingen als lastig ervaren (ALG 2). De zorginstellingen geven aan dat voornamelijk de kostenfactor een grote rol speelt bij het in kaart brengen van de inkoopresultaten en dat het lastig is om andere indicatoren te ontwikkelen om de directe invloed van de inkoopafdeling zichtbaar te maken (UMC 1).

Het voordeel van een ZBC is dat lijnen kort en overzichtelijk zijn (Kliniek 3; Kliniek 7). Door de korte lijnen zijn de personen die over de inkoop van medische specialistische producten gaan goed op de hoogte van wat er gebeurt binnen de kliniek (Kliniek 5) en worden de inkopers bij slechtere prestaties ook sneller ter verantwoording geroepen (Kliniek 2).

*'Wij monitoren onze kosten iedere maand. Als daar een piek in zit moet ik mij melden bij de economisch directeur. In ziekenhuizen hoeven inkopers zich minder te verantwoorden' (Kliniek 2).*

Het meten van de resultaten binnen de drie zorginstellingen loopt uiteen van het niet meten tot het zo goed mogelijk in kaart brengen van de prestaties van de inkoopafdeling (Kliniek 1; Kliniek 4; UMC 1; ALG 4; ALG 5; ALG 10). Voornamelijk binnen de kleine ZBC's wordt de interne prestatiemeting niet gemonitord (Kliniek 4).

#### Leveranciersbeoordeling

Binnen de meeste zorginstellingen kan op het gebied van leveranciersbeoordeling nog veel worden verbeterd (ALG 3; ALG 5; ALG 10). Zo vindt er binnen de kleine ZBC's geen leveranciersbeoordeling plaats (Kliniek 4). Wel zorgen de korte lijnen binnen de kliniek ervoor dat negatieve berichten over een bepaalde leverancier bij de inkoper terecht komen (Kliniek 3; Kliniek 5). Veel zorginstellingen zijn bezig met het implementeren en het verbeteren van het leveranciersbeoordelingssysteem (Kliniek 6; UMC 1; UMC 2; ALG 3; ALG 5; ALG 10).

#### Betrokkenheid van de leveranciers bij het ontwikkelen van producten

Zowel academische ziekenhuizen als ZBC's zijn aantrekkelijke instellingen voor leveranciers om producten mee te ontwikkelen (Kliniek 3; UMC 1). Dit geldt in mindere mate voor algemene ziekenhuizen (ALG 6). Academische ziekenhuizen zijn onderzoeksgericht en streven voortduren naar innovatie (UMC 1; UMC 2). Binnen ZBC's wordt een groot volume van bepaalde behandelingen gedaan. Dit zijn voor leveranciers aantrekkelijke factoren om de instellingen te laten participeren bij het ontwikkelen van producten (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 7). Daarnaast levert het ontwikkelen van producten met academische ziekenhuizen ook naamsbekendheid op voor de leverancier (UMC 1; ALG 6).

Tabel 12 geeft overzichtelijk de overeenkomsten en verschillen weer met betrekking tot het punt besturing binnen de organisatie.

<b>Besturing</b>				
	<b>Zelfstandige Behandelcentra</b>		<b>Academische ziekenhuizen</b>	<b>Algemene ziekenhuizen</b>
	Klein	Groot		
<b>Besturing</b>				
Interne prestatiemeting	Geen managementinformatie gegenereerd	In enkele gevallen wordt er managementinforma	Voornamelijk op basis van de kostenfactor	Voornamelijk op basis van de kostenfactor

		tie gegeneerd; verbeteracties aan de hand van gesignaleerde knelpunten		
Leveranciersbeoordeling	Geen leveranciersbeoordeling	Leveranciersbeoordeling aan de hand van complexiteit van het product	Leveranciersbeoordeling aan de hand van prestatiemonitor	Leveranciersbeoordeling vindt te weinig plaats
Betrokkenheid van de leveranciers bij productontwikkeling	Focuskliniek is aantrekkelijk voor leveranciers vanwege hoog volume van bepaalde behandelingen	Focuskliniek is aantrekkelijk voor leveranciers vanwege hoog volume van bepaalde behandelingen	Academische ziekenhuizen zijn aantrekkelijk voor leveranciers vanwege het innovatieve karakter. Het ontwikkelen samen met een leverancier vindt voornamelijk plaats met de voorkeursleverancier	Samenwerken met leveranciers staat niet hoog op de agenda

*Tabel 12: De besturing binnen ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen*

### **§ 4.5.3 De kostenbeheersing**

Binnen deze paragraaf zullen ZBC's, Academische ziekenhuizen en de Algemene ziekenhuizen vergeleken worden op de mogelijkheid tot kostenbeheersing. De focus op kostenbeheersing tussen ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen verschilt. Door externe factoren, waaronder het beleid van de zorgverzekeraars, zijn algemene ziekenhuizen en ZBC's meer gericht op kostenbeheersing.

#### Concurrerende offertes

Zowel academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en ZBC's vragen wanneer mogelijk meerdere offertes op (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 7; UMC 1; UMC 2; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 7; ALG 8; ALG 9; ALG 10). Het opvragen van het aantal offertes is afhankelijk van het soort product, het aantal stakeholders ed. (Kliniek 6; ALG 4). Het opvragen van meerdere offertes geeft de zorginstellingen de mogelijkheid om leveranciers tegen elkaar uit te onderhandelen (ALG 4).

#### Distributiemethoden

Ook wordt binnen academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen kritisch naar de distributiemethoden gekeken wanneer het gaat om kostenbeheersing (UMC 2; ALG 2; ALG 4; ALG 5; ALG 10). De voorraden binnen academische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen zijn veelal groter in vergelijking met een ZBC. Dit komt voornamelijk door de



efficiëntere manier van werken en de uniforme werkwijze binnen een ZBC. Daarnaast zijn de voorraden binnen een ZBC lager in vergelijking met academische ziekenhuizen en reguliere ziekenhuizen vanwege de beter planbare zorg die daar geleverd wordt (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 6).

### Inkoopbeleid

Besparingen worden binnen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en ZBC's bereikt door de introductie van jaarcontracten (Kliniek 6; UMC 2; ALG 3; ALG 10). Wel is het belangrijk om kritisch te kijken welke contractvorm het meest voordelig is (ALG 9).

*'Het gebruik van jaarcontracten, ik weet niet of dat echt helpt. Ik denk in ieder geval niet voor alles, want het hangt ook af van het marktsegment. Bijvoorbeeld bepaalde producten waar de grondstoffen schaars van zijn, daar kun je strakke prijzen voor afspreken. Andere producten daar moet je voorkorte termijn afspreken, omdat die prijzen aan het kelderen zijn' (ALG 9).*

### Optimaliseren van het bestelbeleid

De samenwerking tussen de inkoopafdeling en de andere afdelingen is binnen academische ziekenhuizen op elkaar afgestemd door middel van een bestelsysteem (UMC 1; UMC 2). Dit geldt ook voor de algemene ziekenhuizen. Via een webshop kunnen afdelingen decentraal bestellen (ALG 1; ALG 4; ALG 10). Ook de grotere ZBC's werken voor de inkoop van medische verbruiksgoederen via een webshop (Kliniek 5). Zoals eerder genoemd wordt er binnen alle drie de zorginstellingen nog buiten de inkoopafdeling om ingekocht (Kliniek 4; UMC 1; UMC 2; ALG 1; ALG 4; ALG 6; ALG 10).

Ook wordt een samenwerkingsverband met andere zorginstellingen niet uit de weg gegaan om het inkoopbeleid te optimaliseren en besparingen te realiseren (UMC 1; UMC 2; ALG 1; ALG 2; ALG 4; ALG 7; ALG 8; ALG 10). Deze samenwerking gaat van het stadium waarbinnen alleen kennis gedeeld wordt (UMC 1; UMC 2) tot een inkoop samenwerking waarbij alle inkoopafdelingen fysiek uit het ziekenhuis zijn weggehaald (ALG 7). Binnen ZBC's ligt het samenwerken op het gebied van inkoop wat gevoeliger. Het samenwerken tussen ZBC's op inkoopgebied gebeurt nauwelijks omdat klinieken hun volumes niet willen prijsgeven en zij zich willen differentiëren van de andere klinieken (Kliniek 5; Kliniek 6).

In alle drie de zorginstellingen wordt naast de samenwerking met andere zorginstellingen ook een samenwerking aangegaan met leveranciers. Academische ziekenhuizen zijn voor leveranciers aantrekkelijk om mee samen te werken vanwege de naamsbekendheid (UMC 1; UMC 3; ALG 6). Academische ziekenhuizen kunnen makkelijker kortingen krijgen van leveranciers door de naamsbekendheid die zij de leverancier geven doordat hij aan hen mag leveren (UMC 1).

#### Waardeanalyse, substitutie en standaardisatie

Inkoopbesparingen worden binnen academische ziekenhuizen, reguliere ziekenhuizen en ZBC's ook gerealiseerd door het veranderen van de specificaties en het uniformeren van producten. Het uniformeren van producten is het meest lastig binnen academische ziekenhuizen. Academische ziekenhuizen zijn onderzoeksgericht, waardoor er veel verschillende en innovatieve producten het ziekenhuizen binnen komen (UMC 1; ALG 6). Medisch specialisten hebben binnen academische ziekenhuizen een grote invloed op de uiteindelijke keuze van een product (UMC 1).

Binnen de grotere klinieken worden strengere eisen opgesteld, waardoor er meer sprake is van standaardisatie (Kliniek 2). Daar wordt van de medisch specialisten gevraagd om zich te conformeren aan de keuzes voor bepaalde medisch specialistische producten die gemaakt zijn (Kliniek 2; Kliniek 7). ZBC's zijn erg uniform in hun producten (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 6; Kliniek 7; ALG 6). Het uniformeren binnen ZBC's is gemakkelijker omdat er daar sprake is van een beperkt assortiment, met een groter volume in vergelijking met een algemeen ziekenhuis (ALG 6). Daarnaast zijn ZBC's commerciëler gericht ten opzichte van een academisch ziekenhuis doordat zij winst moeten maken (ALG 6).

Een algemeen ziekenhuis is in vergelijking met een ZBC coulant ten opzichte van de medisch specialist (Kliniek 2; Kliniek 7; ALG 7). Dit maakt het lastig om het assortiment binnen een algemene ziekenhuis te uniformeren van producten (ALG 3; ALG 6; ALG 8). Zo telt de mening van de medisch specialist binnen een ZBC veel minder mee dan binnen een algemeen ziekenhuis (Kliniek 7; ALG 6).

*'We hebben hier drie orthopeden werken en ze willen alle drie met hun eigen systeem werken, dan hebben we dat maar te pikken. Je hebt daar geen grip om. Uiteindelijk zit je wel met de lasten en je moet er ook nog voor betalen. Dat is toch belachelijk... Zo*

*kiezen hier de chirurgen het mooiste van het mooiste terwijl wanneer hij in een kliniek werkt er hele andere mogelijkheden ontstaan' (ALG 4).*

Medisch specialisten werken binnen ZBC's met andere producten dan binnen de algemene ziekenhuizen (ALG 9). De reden dat medisch specialisten zich anders gedragen komt voort uit het feit dat inkoop binnen de grotere ZBC's veel meer strategisch is ingebed (ALG 9).

*'Ik weet van een Oogkliniek in Nederland, wanneer je die gaat benchmarken met dit ziekenhuis hebben zij hogere lensprijzen. Dat komt doordat de leverancier de helft van de behandelkamers heeft ingericht. Daar zitten andere belangen. Per saldo is de ingreep voor een cataract maatschappelijk voordeliger' (ALG 9)*

Wat wel blijkt is dat wanneer artsen financieel belang hebben doordat zij bijvoorbeeld aandeelhouder zijn van een zorginstelling de kostenbeheersing een belangrijke rol kan spelen (ALG 9). Blijkbaar is dit een prikkel waardoor de medisch specialisten meer organisatiegericht gaan denken en zich meer te richten op het uniformeren van producten (Kliniek 6). De belangen komen immers anders te liggen (Kliniek 6; ALG 9).

*'Ook al heeft het kosteneffect van de producten die je inkoopt een directe relatie tot de productie en het honorarium van de specialisten, op dit moment ervaart hij dat niet. We moeten naar een situatie toe waarbij de bewustwording verder is ontwikkeld, dat zij ook minder kunnen produceren op het moment dat een DBC niet concurrerend is.. Op het moment dat een dokter onderdeel is geworden van het economisch proces is zijn kostenbewustzijn geprikkeld. Dat is waar we naar toe moeten' (ALG 1).*

Het organisatiegericht denken bij medisch specialisten wordt ook gestimuleerd wanneer er sprake is van een directeur-eigenaarsituatie. Inkoopbesparingen kunnen met name worden gerealiseerd door de steun vanuit de Raad van Bestuur (ALG 9) en door korte lijnen en het mandaat dat inkoop krijgt toegewezen (ALG 9). Voornamelijk het mandaat wat de Raad van Bestuur de inkoopafdeling geeft is erg belangrijk (ALG 4; ALG 9). Wanneer een inkoopafdeling weinig mandaat heeft zijn het uiteindelijk de specialisten die het voor het zeggen hebben (ALG 9).

Tabel 13 geeft een overzicht van de overeenkomsten en verschillen met betrekking tot de mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen de verschillende type zorginstellingen.

Overzicht 'Mogelijkheid tot kostenbeheersing'				
	Zelfstandig Behandelcentra		Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen
	Klein	Groot		
Kostenbeheersing				
Concurrerende offertes	Sprake van concurrentiestelling	Sprake van concurrentiestelling	Gebeurt door middel van Europese aanbestedingsprocedure. Wanneer het aanbestedingsrecht niet van toepassing is vindt er concurrentiestelling plaats	Sprake van concurrentiestelling
Distributiemethoden	In mindere mate van toepassing vanwege de focus op bepaalde behandelingen	In mindere mate van toepassing vanwege de focus op bepaalde behandelingen	Distributiemethoden worden geoptimaliseerd	Distributiemethoden worden geoptimaliseerd
Inkoopbeleid	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd	Besparingen worden gerealiseerd door kritisch naar de contracten te kijken	Het inkoopbeleid wordt geoptimaliseerd
Optimaliseren bestelbeleid	Afstemming in mindere mate	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie	Afstemming tussen de afdelingen en de inkoopfunctie
Waardeanalyse, substitutie, standaardisatie	Sprake van standaardisatie en uniformering	Sprake van standaardisatie en uniformering	Doordat academische ziekenhuizen veelal met vooruitstrevende producten werken is substitutie bijna niet mogelijk daarnaast zorgt de invloed van de medisch specialist ervoor dat het uniformeren van producten complex is	De invloed van de medisch specialist maakt het uniformeren van producten complex

*Tabel 13: Mogelijkheid tot kostenbeheersing binnen ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen*

#### § 4.6 Organisatievormen

Binnen deze paragraaf zullen de organisatievormen voor de inkoop voor medische specialistische producten worden getypeerd voor Algemene ziekenhuizen, Academische Ziekenhuizen en ZBC's. Door middel van de typering die aan de organisatie wordt toegekend, wordt weergegeven hoe de taken en bevoegdheden binnen de organisatie zijn verdeeld.

Daarnaast geeft het weer hoe de afstemming en de verdeling van de activiteiten binnen de zorginstelling zijn georganiseerd.

### Organisatietypen voor de inkoop van medisch specialistische producten

Binnen de academische ziekenhuizen heeft de inkoopafdeling een ondersteunende en adviserende rol (UMC 2). Deze invulling van de inkoopfunctie komt voort uit de context waarin academische ziekenhuizen opereren. Academische ziekenhuizen zijn innovatief, onderzoeksgericht en streven ernaar te werken met de nieuwste apparatuur (UMC 1). Medisch specialisten hebben vanuit dit oogpunt een belangrijke rol, ook bij de keuze voor medisch specialistische producten (UMC 1). De interne klant, in dit geval een medisch specialist, geeft een belangrijke sturing aan het inkoopproces. Zo sluit de inkoopstrategie binnen academische ziekenhuizen voornamelijk aan bij de strategie van de lijn (UMC 1). Het inkoopproces binnen academische ziekenhuizen wordt als het meest complex ervaren. Het inkoopproces binnen academische ziekenhuizen kan worden getypeerd als professie gestuurd (UMC 2; ALG 7).

Binnen algemene ziekenhuizen krijgt de inkoopfunctie een andere invulling. De inkoopfunctie krijgt hier een adviserende en ook wel sturende rol toebedeeld (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 10). Medisch specialisten krijgen ten opzichte van academische ziekenhuizen minder vrijheid bij de keuze voor een bepaald product. De inkoopstrategie is een afgeleide van de strategische doelstellingen van de organisatie (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 10). Daarnaast zijn de middelen rondom het monitoren van de inkoopresultaten, vanwege de commerciële instelling, vaak goed ontwikkeld (UMC 3). Inkoopafdelingen zijn hierdoor beter in staat te sturen (ALG 1; ALG 4; ALG 10). De inkoopafdeling binnen algemene ziekenhuizen wordt zowel door de professie als door het beleid van het ziekenhuisbestuur gestuurd (ALG 2; ALG 6).

Binnen ZBC's kan een groot onderscheid worden gemaakt in de organisatie van de inkoopfunctie. De inkoopfunctie binnen kleine ZBC's verloopt voornamelijk via de medisch specialist (Kliniek 4). De medisch specialist heeft een grote invloed op de uiteindelijke keuze van het product. Zo kent een kleine ZBC geen apart inkoopbeleid. Inkoop binnen de kleinere ZBC's kan worden getypeerd als enkel een bestelfunctie (Kliniek 1; Kliniek 4) en wordt ingevuld door de sturing van de professional (Kliniek 4).

Binnen grotere ZBC's verloopt de inkoopfunctie geheel anders. Hier heeft de inkoopafdeling veel mandaat en wordt gestreefd naar uniformiteit (Kliniek 2; Kliniek 7). De inkoopafdeling

heeft een dwingende en een sturende functie. Medisch specialisten moeten zich conformeren aan de gemaakte keuzes (Kliniek 2; Kliniek 6). In tegenstelling tot de kleinere ZBC's beschikken de grotere ZBC's wel over een eigen inkoopbeleid (Kliniek 6; Kliniek 7). De inkoopfunctie binnen ZBC's wordt organisatorisch gestuurd en streeft met name de doelstellingen van de organisatie na. Tabel 14 geeft de typering van de verschillende inkoopfuncties weer.

	ZBC (klein)	ZBC (groot)	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis
Typering inkoopfunctie	Ondersteunend en volgend	Dwingend en (sterk) sturend	Ondersteunend en adviserend	Adviserend en sturend

*Tabel 14: Typering van de inkoopfunctie*

### Organisatievormen met betrekking tot kostenbeheersing

Wanneer er gekeken wordt naar de verschillende organisatievormen van de inkoop voor medisch specialistische zorg binnen de drie typen zorginstellingen kan geconstateerd worden dat binnen alle drie de zorginstellingen gelet wordt op de kostenbeheersing (UMC 1; UMC 2; Kliniek 1; Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 4; Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7; ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 7; ALG 8; ALG 10). Het inkoopproces en daarmee de mogelijkheid tot kostenbeheersing hangt af van de prijs, de markt van het product en het soort product (ALG 4).

Academische ziekenhuizen zijn innovatief en onderzoeksgericht (UMC 1). Doordat academische ziekenhuizen streven naar vooruitstrevendheid op het gebied van inkoop voor medisch specialistische producten hebben de kosten in sommige gevallen een ondergeschikte rol. Zo is het bij innovatieve producten niet altijd mogelijk om meerdere offertes op te vragen omdat er maar één aanbieder is (UMC 1). Daarnaast zorgt het werken met innovatieve producten voor gebrek aan uitwisselbaarheid van producten tussen verschillende afdelingen. Ook dit brengt extra kosten met zich mee (ALG 6). Tot slot speelt kostenbeheersing een minder belangrijke rol doordat academische ziekenhuizen meerdere inkomstenbronnen hebben en niet afhankelijk zijn van de zorgverzekeraars (UMC 2).

Binnen algemene ziekenhuizen zijn de inkoopfuncties meer gericht op het beheersen van de inkoopkosten (UMC 2; ALG 6). Dit komt voornamelijk voort uit de druk die de zorgverzekeraars uitoefenen. In tegenstelling tot academische ziekenhuis zijn binnen algemene ziekenhuizen de zorgverzekeraars de belangrijkste inkomstenbron (UMC 2). Dit zorgt voor een commerciëlere instelling. Alle algemene ziekenhuizen geven aan dat

kostenbeheersing en kostenbesparingen als doel binnen het inkoopbeleid zijn opgenomen (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5 ; ALG 7; ALG 8; ALG 10). Het realiseren van deze inkoopbesparingen wordt als lastig ervaren door de tegengestelde belangen die de medisch specialisten en het ziekenhuis hebben. Dit maakt de mogelijkheid tot uniformering van producten een uitdaging voor de inkoopafdeling (ALG 8).

Binnen ZBC's is vanwege de hoge mate van planbaarheid, een lage complexiteit en een groot volume meer mogelijkheid tot kostenbesparing (Kliniek 3). De voorraden binnen ZBC's zijn vanwege de hoge mate van planbaarheid erg laag (Kliniek 2; Kliniek 5). Daarnaast zorgen de korte lijnen ervoor dat er gemakkelijker beslissingen kunnen worden genomen (Kliniek 4). Voornamelijk binnen de grotere ZBC's worden veel kosten bespaard door de hoge mate van uniformering. De dwingende aanpak ten opzichte van de medisch specialisten bespaart veel kosten (Kliniek 7).

## **5. DISCUSSIE en CONCLUSIE**

Binnen dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwalitatieve studie geïnterpreteerd. Allereerst zullen het onderzoeksdoel en de onderzoeksuitkomsten in verband worden gebracht met de huidige ontwikkelingen en discussies binnen de zorgsector. Daarnaast zullen de uitkomsten van het onderzoek worden bediscussieerd en zal er een terugkoppeling zijn naar de onderzoeksvraag en het theoretisch kader. Tot slot zullen de sterke en zwakke punten van het onderzoek worden beschreven.

### **§ 5.1 Kostenbeheersing binnen de inkoop voor medisch specialistische zorg een belangrijk punt met betrekking tot de huidige ontwikkelingen in de zorgsector**

De doelstelling van deze scriptie is de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg binnen academische ziekenhuizen, reguliere ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra en de mogelijke verschillen in kaart te brengen en nagaan of deze mogelijke verschillen in verband staan met de kostenbeheersing binnen een bepaald type zorginstelling. Het beheersen van kosten is een belangrijk thema binnen de zorgsector en krijgt dan ook veel aandacht binnen de huidige ontwikkelingen in de zorg. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is er binnen de gezondheidszorg een grote stap gezet in het beheersen van de zorgkosten (Zuurbier 2007; NVZ 2013; NZa 2010). Toch zijn er op nog vele gebieden grote stappen te maken met betrekking tot de kostenbeheersing. Zo blijkt uit onderzoek dat het voorkomen van verspilling, het tegengaan van onnodige zorg, de nadruk op efficiency, aandacht voor preventie, het specialiseren en concentreren van ziekenhuizen, de nadruk op zelfzorg en zorg op afstand kosten kunnen besparen (Huijsman 2013; Schut & Varkevisser 2012; Notenboom et al. 2012; Zorgvisie 2012; Zorgvisie 2013). Deze thema's spelen een belangrijke rol binnen de huidige ontwikkelingen in de zorgsector.

De inkoop voor zorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van kostenbesparingen binnen een zorginstelling. Allereerst zorgt een juiste afstemming van de inkoop van medische producten en diensten en de overige capaciteiten ervoor dat er gereageerd kan worden op de fluctuatie tussen vraag en aanbod (Vissers & Beech 2005). Daarnaast maken technologische ontwikkelingen het mogelijk om ziekteprocessen vroeger te detecteren, nauwkeuriger te diagnosticeren, op afstand te behandelen en technologische ontwikkelingen hebben zelfs invloed hebben op het herstel van de patiënt (Notenboom et al. 2012; RVZ 2011). De technologische ontwikkeling zorgt enerzijds voor hoogcomplex



apparatuur en anderzijds voor diagnostische apparatuur die ook in de eerste lijn gebruikt kan worden. De hoogcomplexe diagnostiek zal zich concentreren in ziekenhuizen, terwijl de ‘eenvoudigere’ diagnostiek zal verschuiven van de tweede naar de eerste lijn en zelfs naar de patiënt (Notenboom et al. 2012; RVZ 2011). De inkoopafdeling binnen zorgorganisaties kunnen specialismen adviseren over het aanbod van de huidige markt en met de juiste inkoop van medische hulpmiddelen doelstellingen van de lijn realiseren. Daarnaast moet de inkoopafdeling bijdragen aan het op elkaar afstemmen van de apparatuur binnen de eerste en de tweede lijn en tussen verschillende zorgorganisaties. Om dit te realiseren ligt er een grote rol bij de zorgverzekeraar. Inkoopafdelingen zullen voornamelijk gericht zijn op de eigen organisatie. De inkoop van deze nieuwe technologische mogelijkheden kan bijdragen aan het realiseren van goed gecoördineerde zorg, waarbij sprake is van samenhang tussen de verschillende organisaties (Raak et al. 2005). Deze samenhang wordt ook wel integrale zorg genoemd. Het realiseren van integrale zorg is noodzakelijk om medische behandeling op afstand mogelijk te maken. Vanuit het perspectief van doelmatigheid kan het realiseren van integrale zorg als de meest effectieve en efficiënte vorm van behandeling worden gezien, waarbij sprake is van minder verspilling en een betere coördinatie en continuïteit (Kodner & Spreeuwenberg 2002; Langhorne 2002).

Het realiseren van kostenbesparingen binnen de inkoop voor zorg wordt gestimuleerd vanuit de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zullen geen contracten meer afsluiten met te dure ziekenhuizen. Dit heeft tot gevolg dat er kritisch naar de inkoopkosten moet worden gekeken. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat er duidelijk te besparen valt op de inkoop voor zorg en dat zij ziekenhuizen willen helpen om deze besparingen te realiseren. Zo stuurt de zorgverzekeraar de ziekenhuizen naar de goedkopere medische hulpmiddelen. Zorgverzekeraars zullen in de toekomst waarschijnlijk een belangrijke rol krijgen bij de inkoop van de medische hulpmiddelen binnen ziekenhuizen (Achmea 2013).

Vanuit de huidige ontwikkelingen is het van groot belang dat de inkoopafdeling strategisch wordt ingebed binnen de organisatie en bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen van de lijn (Swayne et al. 2008). Door de aanschaf van de juiste medische apparatuur kunnen doelstellingen als ligduurverkorting en het verminderen van de arbeidskosten door zorg op afstand mogelijk worden gemaakt. De inkoopafdelingen binnen de ziekenhuizen zijn bezig met het maken van een professionaliseringslag waarbij de inkoopfunctie meer betekenis krijgt dat enkel een administratieve en faciliterende rol. Door de inkoopafdeling strategisch binnen de zorginstelling te positioneren worden de belangen van

de organisatie steeds meer nagestreefd. De inkoopafdeling draagt op deze wijze bij aan het verbeteren van de concurrentiepositie van de zorginstelling, wat ervoor zorgt dat ook in de toekomst de zorginstelling door de zorgverzekeraars gecontracteerd zal worden.

## **§ 5.2 De organisatie van de inkoop in de drie typen zorginstellingen**

De centrale vraag binnen deze studie luidt: *'Hoe verschillen de inkoopfuncties van Zelfstandige behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Reguliere ziekenhuizen van elkaar met betrekking tot de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg en hoe hangen deze verschillen samen met de mogelijkheid tot kostenbeheersing?'* Op basis van de semigestructureerde interviews die gehouden zijn met informanten uit ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een grote variatie in de organisatie van de directe inkoop voor medisch- specialistische zorg.

Fisher (1997) en Kraljic (1983) stellen dat het noodzakelijk is om een keuze te maken en een duidelijke strategie voor een organisatie op te stellen en vervolgens de inkoopfunctie hierop aan te passen. Dit resulteert in een anders georganiseerde inkoopfunctie. Binnen zowel ZBC's, Reguliere ziekenhuizen en Academische ziekenhuizen viel op dat de plaats die de inkoopfunctie krijgt toegewezen binnen de organisatie bepalend is voor de invulling van de inkoopfunctie (Rozemeijer et al. 2003; Fisher 1997; Carr & Smeltzer 1997).

Wanneer naar de directe inkoop voor medisch specialistische zorg gekeken wordt binnen academische ziekenhuizen krijgt de inkoopfunctie een ondersteunende en adviserende rol toebedeeld. Deze rol komt voort uit de innovatieve producten die binnen academische ziekenhuizen worden ingekocht. Om de nieuwste ontwikkelingen te implementeren is het belangrijk dat de medisch specialist een belangrijke rol krijgt binnen het inkoopproces. De onvoorspelbaarheid van de vraag naar innovatieve producten die Fisher (1997) beschrijft maakt het noodzakelijk om de medisch specialisten een grote rol te geven. Academische ziekenhuizen streven naar innovatie en zijn vooruitstrevend. Deze strategische richting van de organisatie komt duidelijk terug in de inkoopstrategie. Er is sprake van synergie (Rozemeijer et al. 2003).

De vraag binnen ZBC's is in vergelijking met academische ziekenhuizen stabiel en voorspelbaar. ZBC's richten zich op het verlenen van zorg waarbij sprake is van het hoge mate van planbaarheid en een groot volume. Dit maakt het voor ZBC's belangrijk om een

leverancier te kiezen die betrouwbaar de goederen en diensten levert tegen de laagste kosten (Fisher 1997).

Voornamelijk de kleine ZBC's beschikken niet over een eigen inkoopafdeling en beschikken niet over een inkoopstrategie. De inkopers binnen de kleinere klinieken hebben andere primaire taken en het is voornamelijk de medisch specialist die de keuze maakt voor een bepaald product van een bepaalde leverancier. De inkopers binnen de kleine ZBC's hebben voornamelijk een bestellende functie. Afhankelijk van de grootte van de ZBC's krijgt de inkoopfunctie meer betekenis. Grotere ZBC's beschikken wel over een inkoopstrategie die aansluit bij de organisatiestrategie. Binnen de grotere ZBC's krijgt de inkoopfunctie een adviserende en (sterk) sturende rol.

Binnen algemene ziekenhuizen krijgt de inkoopfunctie een adviserende en sturende rol toegekend. Zowel bij algemene ziekenhuizen als bij academische ziekenhuizen is de rol van de inkoopfunctie complex vanwege de grote invloed van de medisch specialisten op het inkoopproces.

### **§ 5.3 Plaatsing van de typen zorginstellingen binnen het inkoopontwikkelingsmodel**

De plaatsing van de drie typen zorginstellingen binnen het inkoopontwikkelingsmodel is verschillend. De organisatie van de directe inkoop voor medische specialistische zorg verschilt niet alleen tussen de drie verschillende typen zorginstellingen, maar verschilt ook binnen elk type zorginstelling zelf en is afhankelijk van de purchasing status (Paulraj et al. 2006). Dit maakt het complex om elk type zorginstelling binnen het inkoopontwikkelingsmodel te plaatsen.

Voornamelijk tussen ZBC's is er een groot verschil bij de plaatsing in het inkoopontwikkelingsmodel. Over het algemeen kan gesteld worden dat de kleine ZBC's in de eerste fase van het model geplaatst kunnen worden. De inkoopfunctie is ingesteld op het zekerstellen van de levering (Keough 1993). Door de kleinere ZBC's wordt voornamelijk bij dezelfde leveranciers besteld. Grotere klinieken kunnen worden geplaatst in de derde fase van het model van Keough (1993). De grotere ZBC's richten zich voornamelijk op het realiseren van kostenbesparingen, het verbeteren van leveranciersbeoordelingen en het uniformeren van producten (Keough 1993).

Algemene ziekenhuizen en academische ziekenhuizen kunnen ook worden geplaatst in het derde stadium van het inkoopontwikkelingsmodel. Beide zorginstellingen zijn bezig met het verminderen van de fragmentatie van inkoop. Daarnaast ontwikkelen de ziekenhuizen

besturingssystemen om de inkoopprocessen te kunnen beheersen (Keough 1993). Zowel algemene ziekenhuizen als academische ziekenhuizen geven aan te willen groeien naar de volgende fase binnen het inkoopontwikkelingsmodel (UMC 2; ALG 5; ALG 10). Fase 4 uit het inkoopontwikkelingsmodel richt zich op het organiseren van crossfunctionele inkoopteams waarbij niet het individuele resultaat van een business unit centraal staat, maar het resultaat over de business units heen (Keough 1993). Ook speelt in fase 4 de leveranciersbeoordeling en de total cost of ownership benadering een belangrijke rol. Zowel algemene ziekenhuizen als academische ziekenhuizen zijn bezig met het ontwikkelen van deze punten (UMC 1, UMC 2, ALG 5; ALG 10). Zo werd aangegeven dat wordt geprobeerd om het inkoopresultaat steeds meer onderdeel te maken van de lijn (UMC 1). Ook op het punt van leveranciersbeoordeling en de total cost of ownership moeten nog belangrijke stappen gemaakt worden om fase vier te bereiken (UMC 1; UMC 2; ALG 1, ALG 2, ALG 3, ALG 4, ALG 5, ALG 6, ALG 8).

#### **§ 5.4 Kostenbeheersing**

Met het oog op het beheersen van de kosten is het essentieel dat er kritisch wordt gekeken naar de inkoopfunctie (Keough 1993). De sterk concurrerende markt zorgt ervoor dat er voor de inkoopafdelingen een belangrijke rol is weggelegd (Barlett et al. 2003; Czinkota & Ronkainen 2005). De nadruk op kostenbeheersing komt voornamelijk vanuit de zorgverzekeraars. Zo zijn er al zorgverzekeraars die ziekenhuizen gaan helpen met de inkoop voor medische hulpmiddelen omdat op de inkoop voor zorg nog veel bespaard kan worden.

Er zijn aanwijzingen dat de organisatie van de inkoopfunctie een rol speelt bij de mogelijkheid tot kostenbeheersing. Academische ziekenhuizen zijn in vergelijking met algemene ziekenhuizen en ZBC's minder afhankelijk van de inkomsten vanuit de zorgverzekeraar. Dit is de reden dat het creëren van inkoopbesparingen minder hoog op de agenda staat. Daarnaast worden binnen academische ziekenhuizen innovatieve producten ingekocht, waarbij de kosten een onderschikte rol spelen. Ondanks deze punten is het van groot belang dat binnen academische ziekenhuizen de kostenbeheersing bij de inkoop van medische hulpmiddelen een belangrijkere plaats krijgt toegekend. Zeker wanneer het gaat om standaard hulpmiddelen moeten academische ziekenhuizen uniformering een hogere prioriteit geven.

Binnen algemene ziekenhuizen en ZBC's ligt de nadruk wel sterk op de kostenbeheersing. Zo krijgen de inkoopfuncties binnen grote ZBC's veel mandaat toegekend wat uiteindelijk veel kosten bespaard. Daarnaast komt de nadruk op kostenbeheersing binnen algemene ziekenhuizen en ZBC's ook terug de doestellingen die de inkoopafdelingen binnen deze zorginstellingen nastreven. Ondanks dat algemene ziekenhuizen en ZBC's kostenbeheersing hoog op de agenda hebben staan, hebben de inkoopfuncties niet altijd de tools of de mogelijkheid om de totale directe en indirecte kosten van een investering door te berekenen.

### **§ 5.5 Terugkoppeling naar de literatuur**

Gesteld werd dat hoe beter de inkoopfunctie georganiseerd is, des te groter de inkoopbesparingen zullen zijn (Keough 1993). Met het oog op het beheersen van de kosten is het essentieel dat er kritisch gekeken wordt naar de inkoopfunctie (Keough 1993). Uit dit kwalitatieve onderzoek blijkt voornamelijk dat een vroege betrokkenheid van de inkoopafdeling kan leiden tot besparingen. De fase waarin de inkoopafdeling binnen het inkoopproces betrokken wordt is afhankelijk van het vertrouwen van de interne klant in de inkoopafdeling. Veelal wordt de inkoopafdeling pas op een te laat moment betrokken, vanwege de eerdere ervaringen met de inkoopafdeling. Ook het gebrek aan zichtbaarheid van de inkoopafdeling zorgt ervoor dat de inkoopafdeling pas laat betrokken wordt. Om kosten te kunnen besparen is het van groot belang dat de inkoopafdeling zich richt op de purchasing status binnen de organisatie en op deze manier wordt betrokken aan het begin van het inkoopproces. Daarnaast is ook het mandaat wat de inkoopfunctie krijgt toegewezen vanuit het bestuur essentieel om de inkoopfunctie goed te kunnen laten functioneren.

Wanneer er wordt gekeken naar de beschreven inkoopliteratuur in het theoretisch kader komt voornamelijk naar voren dat de organisatievorm van de inkoopfunctie verschilt per type zorginstelling (Fisher 1997; Kraljic 1983) en dat de invulling van het inkoopproces afhankelijk is van het soort product, innovatief of functioneel, wat ingekocht moet worden (Fisher 1997). Daarnaast wordt het inkoopproces beschreven (Van Weele 2008) en worden er mogelijkheden gegeven om de inkoopfunctie verder te professionaliseren (Keough 1993).

Wat voornamelijk ontbreekt in de inkoopliteratuur van Van Weele (2008) is de nadruk op het belang van de vroege betrokkenheid van de inkoopfunctie binnen het inkoopproces. Het is afhankelijk van de purchasing status wanneer de inkoopafdeling wordt

betrokken. De meest gunstige situatie is als de inkoopfunctie al in de eerste fase van het inkoopproces wordt betrokken. Wanneer gekeken wordt naar het model van Van Weele (2008) betekent dit dat de inkoopfunctie in de specificatiefase betrokken dient te zijn. De specificatiefase is de eerste stap die Van Weele (2008) beschrijft waarmee het inkoopproces start. Voorafgaand aan de specificatiefase kan de initiatiefase worden toegevoegd aan de bestaande literatuur. Ook hier is de betrokkenheid van de inkoopafdeling noodzakelijk. In afstemming met de lijn kan zo bepaald worden of bepaalde producten en/ of diensten wel aangeschaft moeten worden. Veelal heeft de inkoopafdeling beter zicht op de markt en kan eventuele alternatieven aanbieden. Het is belangrijk dat de inkoopafdeling kan meedenken bij de behoeftebepaling.

Niet alleen binnen het inkoopproces van Van Weele (2008) ligt er weinig nadruk op de vroege betrokkenheid van de inkoopafdeling binnen het inkoopproces. Ook in het inkoopontwikkelingsmodel van Keough (1993) wordt weinig aandacht gegeven aan het betrekken van de inkoopafdeling in de beginfase van het inkoopproces. Dit, terwijl het betrekken van de inkoopafdeling in de eerste fase van het inkoopproces belangrijk is voor een juiste sturing en beheersing. Het inkoopontwikkelingsmodel geeft niet nadrukkelijk weer dat het verbeteren van de purchasing status leidt tot eerdere betrokkenheid van de inkoopafdeling binnen het inkoopproces, terwijl de fase waarin de inkoopafdeling wordt betrokken in verband staat met de inkoopvolwassenheid.

Paulraj et al. (2006) en Kocabasoglu & Suresh (2006) benadrukken wel het belang van de purchasing status om strategische inkoop te realiseren. Echter worden er geen duidelijke handvatten beschreven waardoor de purchasing status binnen een zorginstelling kan verbeteren. Er is dan ook aanvullend onderzoek nodig om te bestuderen hoe de inkoopfunctie kan werken aan het verbeteren van de purchasing status en welke factoren de purchasing status voornamelijk beïnvloeden. De factoren die de purchasing status beïnvloeden verschillen waarschijnlijk per type zorginstelling. Wanneer een inkoopfunctie actief aan de slag gaat met het verbeteren van de purchasing status zal dit resulteren in een eerdere betrokkenheid van de inkoopfunctie binnen het inkoopproces en zal het leiden tot kostenbesparingen.

Dit onderzoek heeft laten zien dat het allereerst van belang is dat het bestuur de inkoopfunctie voldoende mandaat geeft. Dit werkt ten positieve aan de purchasing status binnen de organisatie. Door de inkoopfunctie voldoende mandaat te geven laat het bestuur aan de organisatieleden zien dat zij de inkoopfunctie als een belangrijk strategisch middel zien om

doelstellingen van de organisatie te bereiken. Ten tweede kan de purchasing status vergroot worden door de interne klant het belang van de inkoopfunctie te laten zien. Door middel van enquêtes kan de klanttevredenheid gemeten worden en kunnen eventuele verbeterpunten worden aangegeven.

### **§ 5.6 Sterke en zwakke punten**

Dit onderzoek kent een kwalitatieve insteek. De kwalitatieve insteek is een sterk punt van deze scriptie. Dit blijkt voornamelijk uit de grote verschillen met betrekking tot de organisatie van de inkoopfunctie binnen de zorginstellingen. Zo wordt aangegeven door de informanten dat de rol en daarmee ook de invulling en bijdrage van de inkoopfunctie binnen het inkoopproces erg varieert per afdeling en per specialisme. Door kwantitatief onderzoek zouden deze verschillen binnen elke organisatie niet duidelijk naar voren zijn gekomen. De kwalitatieve opzet van dit onderzoek heeft de mogelijkheid gegeven om diepgaandere informatie te verzamelen.

Over het algemeen is binnen deze studie een groot aantal interviews gehouden. In vergelijking met een kwantitatief onderzoek kent een kwalitatief onderzoek toch een beperkt aantal waarnemingen. Binnen dit onderzoek zijn 20 interviews gehouden binnen 19 verschillende zorginstellingen. Alle geïnterviewden zijn direct betrokken bij de inkoop voor medisch specialistische zorg. Dit resulteert in een duidelijk beeld wat zij konden geven over de organisatie van het inkoopproces binnen hun zorginstelling. Doordat er in totaal 20 interviews gehouden zijn was er sprake van een voortdurende reflectie op de gevonden resultaten binnen dit onderzoek. Dit maakt het mogelijk om eventueel sociaal wenselijke antwoorden, die eventueel gegeven zijn binnen de interviews, kritisch te toetsen en te herkennen. De uitkomsten van de interviews konden getest worden binnen de nog volgende interviews. Ondanks dat de uitkomsten van het onderzoek in beperkte mate getest zijn binnen dezelfde organisatie, was het wel mogelijk om de organisatie van het inkoopproces per type zorginstelling te vergelijken. De geïnterviewde inkopers durfden kritisch naar de organisatie van de inkoopfunctie te kijken en gaven ook verbeterpunten aan. Wanneer er wordt gekeken naar de documentanalyse, die voornamelijk is gedaan ter voorbereiding van de interviews, heeft dit ook aanvullende informatie opgeleverd die getoetst kon worden tijdens de interviews. Tot slot is ook aan de NFU en ZKN gevraagd hoe zij de organisatie van het inkoopproces binnen de verschillende zorginstellingen typeren. De reacties van de NFU en ZKN sluiten aan bij de eerdere uitkomsten van het onderzoek.

Ondanks het grote aantal interviews wat binnen deze studie is gehouden, kunnen we niet stellen dat de bevindingen representatief zijn voor alle instellingen voor medisch-specialistische zorg binnen Nederland. Het geeft wel een indicatie van de organisatie van de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg binnen Nederland. Er zijn in totaal binnen Nederland ruim 300 ZBC's, 8 Academische ziekenhuizen en 82 Algemene ziekenhuizen. Hiervan zijn binnen 7 ZBC's, 3 Academische ziekenhuizen en 9 Algemene ziekenhuizen interviews gehouden met informanten die direct betrokken zijn bij de directe inkoop voor medisch specialistische zorg.

## **§ 5.7 Conclusie**

Binnen dit onderzoek wordt gekeken of de mogelijkheid tot kostenbeheersing kan worden toegeschreven aan de organisatie van de inkoopfunctie. Wanneer naar de onderzoeksvraag gekeken wordt kan concluderend worden gesteld dat de organisatie van de inkoopfuncties van Zelfstandige Behandelcentra, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen van elkaar verschillen. De typering van de inkoopfunctie binnen een kleine ZBC kan worden gedefinieerd als ondersteunend en volgend. De inkoopfunctie binnen een grote ZBC kan worden getypeerd als dwingend en (sterk) sturend. Academische ziekenhuizen kennen een ondersteunende en adviserende inkoopfunctie en binnen algemene ziekenhuizen krijgt de inkoopfunctie een adviserende en sturende rol.

Wanneer naar de mogelijkheid tot kostenbeheersing wordt gekeken kan geconcludeerd worden dat de organisatie van de inkoopfunctie hierin een rol speelt. Zo is het voor ZBC's vanwege de redelijk eenvoudige zorg, met voornamelijk een vraag naar routineproducten gemakkelijker om zich te richten op kostenbeheersing dan een academisch ziekenhuis waarbij de vraag naar innovatieve producten veel groter is.

Daarnaast wordt binnen algemene ziekenhuizen en ZBC's een hogere prioriteit gegeven aan het beheersen van kosten. De mogelijkheid tot kostenbeheersing hangt onder andere af van het mandaat wat door de Raad van Bestuur aan de inkoopfunctie wordt gegeven. Daarnaast spelen de zorgverzekeraars ook een belangrijke rol bij het realiseren van kostenbesparingen. De invloed van de zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de kostenbeheersing hoger op de agenda wordt geplaatst. Daarnaast richten algemene ziekenhuizen en ZBC's zich in vergelijking met academische ziekenhuizen meer op het uniformeren van producten wat uiteindelijk veel kosten kan besparen.



## 6. AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk volgen de aanbevelingen voor de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg binnen Algemene ziekenhuizen, Academische ziekenhuizen en ZBC's. Daarnaast zullen er aanbevelingen voor toekomstig onderzoek worden toegelicht.

### § 6.1 Aanbevelingen voor de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg

Binnen de interviews is gevraagd naar de ontwikkelingen binnen de inkoop voor medisch specialistische zorg. Aan de hand van deze resultaten wordt advies gegeven over het ontwikkelen van de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg.

De zorg moet betaalbaar blijven. Een grotere nadruk op het beheersen van kosten zal er voor zorgen dat er kritischer naar de directe inkoop voor medisch specialistische zorg zal moeten worden gekeken. Dit heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraars allereerst zullen aansturen op het samenwerken van de zorginstellingen op het gebied van inkoop. Enerzijds wordt er door algemene ziekenhuizen erg gezocht naar de mogelijkheid om een inkoop Samenwerkingsverband te ontwikkelen. Het inkopen van producten voor medisch-specialistische zorg binnen een inkoop Samenwerkingsverband levert verschillende voordelen op. Toch is het een heel lastig traject om binnen verschillende ziekenhuizen tot overeenstemming te komen over het soort producten. Voor routineproducten is het gemakkelijker om gezamenlijk in te kopen. Zo is het binnen ziekenhuizen goed om onderscheid te maken tussen de inkoop van routine producten en innovatieve producten. Door het inkoopproces aan te passen aan het soort product kunnen kosten worden bespaard. Zo is concurrentiestelling bij routine producten veel belangrijker en kan de invloed van de medisch specialist bij de keuze voor routine producten een minder grote rol spelen. Door de invloed van de specialist te verkleinen is het inkopen in Samenwerkingsverbanden beter mogelijk. Bij innovatieve producten is de medisch specialist juist van groot belang en is concurrentiestelling vaak niet mogelijk. Dit zorgt voor een andere invulling van het inkoopproces. De inkoopfunctie moet bij routine producten een groter mandaat krijgen dan bij innovatieve producten.

Daarnaast is het van belang dat het organisatorisch denken bij medische specialisten meer geprikkeld wordt. De medisch specialist moet onderdeel worden van het economisch proces. Dit kan overspecificatie voorkomen. Ook moeten de belangen van de medisch

specialisten en de ziekenhuizen gesynchroniseerd worden. Dit kan bijvoorbeeld door specialisten aandeelhouders te maken van een ziekenhuis. Het synchroniseren van de belangen zorgt voor het specificeren op maat.

Om de directe inkoop voor medisch-specialistische zorg goed te organiseren is het van groot belang dat er een duidelijk inkoopbeleid is vanuit de Raad van Bestuur. Korte lijnen binnen de organisatie kunnen hierbij een groot voordeel zijn. Door de juiste sturing wordt ervoor gezorgd dat de inkoopafdeling in de eerste fase van het inkoopproces betrokken kan worden. Daarnaast kan maverick buying door de juiste sturing vanuit de Raad van Bestuur worden verminderd. Het voorkomen van maverick buying hangt af van de mate waarin de Raad van Bestuur de medisch specialisten durft te sturen en de mate waarin de Raad van Bestuur achter zijn standpunten blijft staan.

Voornamelijk de kleine ZBC's kunnen veel voordelen realiseren wanneer ze binnen de organisatie iemand (gedeeltelijk) vrij kunnen maken die zich enkel bezig houdt met de inkoop voor medisch specialistische zorg. Deze investering leidt tot iemand binnen de organisatie met kennis van het inkoopproces, wat leidt tot het meer vergelijken van de leveranciers, beter en meer tijd om te onderhandelen en het aangaan van relaties met een preferred supplier. Daarnaast kunnen de gebruikte medische hulpmiddelen op elkaar worden afgestemd. Dit kan uiteindelijk veel kosten besparen en kan de kwaliteit van zorg ten goede komen. Wanneer verschillende personen met een andere primaire functie verantwoordelijk worden gemaakt voor het inkoopproces is het niet altijd mogelijk om alles goed te regelen, het overzicht te behouden en de ingekochte producten op elkaar af te stemmen. Ook kan er, door iemand één iemand verantwoordelijk te maken voor de inkoop voor zorg, een inkoopbeleid komen waardoor het mogelijk is om een duidelijke richting aan de directe inkoop voor medisch specialistische zorg te geven. Dit geldt ook in bepaalde mate voor de algemene ziekenhuizen. Zo beschikken niet alle ziekenhuizen over een beleid waarin de lange termijn visies staan beschreven.

Tot slot is het voor alle zorginstellingen mogelijk om te groeien in het inkoopontwikkelingsmodel. Het is van groot belang dat met name de kleine ZBC's zich verder ontwikkelen naar de volgende fasen binnen het inkoopontwikkelingsmodel. Een stijging binnen het inkoopontwikkelingsmodel zorgt voor beter inzicht in het kostenniveau, de kwaliteit van de ingekochte producten en diensten en resulteert in het beter beheersen van eventuele risico's. Daarnaast zorgt groei binnen het inkoopontwikkelingsmodel voor de mogelijkheid om de inkooporganisatie strategisch te sturen en de inkoop gestructureerd te

laten verlopen. Daarnaast krijgen de kleine ZBC's door te groeien een beter inzicht in de integrale kosten. Inkoop kan op deze wijze gaan bijdragen aan de kwaliteit en aan het concurrerend vermogen van de zorginstelling. Uiteindelijk moet de directe inkoop voor medisch specialistische zorg toe naar schaalvergroting en standaardisatie. Binnen ziekenhuizen is op dit moment nog erg weinig gestandaardiseerd. Zowel op leveranciersniveau als op artikelenniveau kan standaardisatie grote voordelen opleveren.

## **§ 6.2 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

De invloed van de zorgverzekeraars stijgt. De nadruk op kostenbeheersing, waar vanuit de overheid op gestuurd wordt, zal invloed hebben op de rol die de zorgverzekeraars gaan spelen waar het gaat om de inkoop voor medisch-specialistische zorg. Wanneer gekeken wordt naar de inkoopfunctie zal de zorgverzekeraar hier steeds meer grip op willen krijgen. Zo zal de invloed van de zorgverzekeraar op de inkoopprijs stijgen. Wanneer een ziekenhuis de inkoop niet goed organiseert zullen zij wellicht bepaalde zaken opgelegd krijgen. Indirect kunnen zorgverzekeraars ook op deze manier sturen naar bepaalde leveranciers. Interessant is het om te kijken wat de voordelen en risico's zijn van de macht van de zorgverzekeraars op het inkoopproces? Is het goed als een zorgverzekeraar stuurt naar het werken met bepaalde producten? Is het goed om op deze wijze invloed uit te oefenen op de autonomie van de medisch specialist? De medisch specialist wordt immers gedwongen om met een bepaald product te werken.

Daarnaast is het interessant om onderzoek te doen naar mogelijke indicatoren die de prestaties van de inkoopfunctie kunnen meten. Op dit moment zijn het voornamelijk de kosten die door de zorginstellingen worden gemonitord. Alle zorginstellingen geven aan dat het lastig is om het inkoopresultaat terug te zien in de kwaliteit van zorg die geleverd wordt.

Tot slot geeft het gebrek aan goede handvatten aanleiding om onderzoek te doen naar de purchasing status en het bewerkstellingen van een vroege betrokkenheid van de inkoopfunctie binnen het inkoopproces.

Deze punten voor mogelijk toekomstig onderzoek komen voor uit dit kwalitatieve onderzoek wat de mogelijkheid geeft om de organisatie van de inkoopfuncties van ZBC's, Academische ziekenhuizen en Algemene ziekenhuizen te vergelijken.

## REFERENTIES

Achmea (2013). Samen met ziekenhuizen kosten besparen. [aangehaald op: 22-05-2013]  
Bereikbaar op: <http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/klantenservice/nieuws/Pages/samen-met-ziekenhuizen-kosten-besparen.aspx>

Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede & J. Teunissen. 2005. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Tweede, geheel herziene druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Bartlett, C. A., Ghoshal, S. & Birkinshaw, J. (2003). *Transnational management: Text cases and readings in cross border management*, Illinois: Irwin/ McGraw-Hill.

Boeije, H. 2005. *Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen*, Utrecht. Boomonderwijs.

Carr, A.S., Smeltzer, L.R. (1997) An empirically based operational definition of strategic purchasing *European Journal of Purchasing and Supply Management*, 3 (4) (1997), pp. 199–207

Carter, J.R. & Narasimhan, R. (1996). Is purchasing really strategic? *International Journal of Purchasing and Materials Management*, 32 (1) (1996), pp. 20–28

Cavinato, J.L. (1999) Fitting purchasing to the five stages of strategic management *European Journal of Purchasing and Supply Management*, 5 (2) (1999), pp. 75–83

CBS (2011). *Zorginstellingen; financiën, personeel, productie en capaciteit naar SBI* [Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek, 15-04-2012 [aangehaald op 15-04-2012].  
Bereikbaar op  
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71584NED&D1=0-1,8,24,27,30-41,55,57,70,83,95-130&D2=a&D3=l&HD=080528-1522&HDR=G2,G1&STB=T>

Chen, I.J. & Paulraj, A. (2004) Towards a theory of supply chain management: the constructs and measurements *Journal of Operations Management*, 22 (2) (2004), pp. 119–150

Cousins, P.D., Lawson, B., Squire, B (2006) .An empirical taxonomy of purchasing functions *International Journal of Operations and Production Management*, 26 (7) (2006), pp. 775–794

CPB (2011). Zorg blijft groeien. Financiering onder druk. Trends in gezondheid en zorg.

Albert van der Horst, Frank van Erp, Jasper de Jong, CPB Policy Brief | 2011/11

Creswell, J.W. 2003. *Research Design; Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications

Czinkota, M. R. and Ronkainen, I. A. (2005). A forecast of globalization. *International business and trade: Report from a Detroit study. Journal of World Business*, 40 (2), 111-123.

Duran, A., Sheiman, I., Schneider, M., Øvretveit, J. (2005). Purchasers, providers and contracts. In: Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E., *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead: Open University Press, pp. 187-214.

Dyer, J.H., Singh, H. (1998). The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Academy of Management Review* 23(4), 550-679.

Ecorys-nej, (2003). In opdracht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit. *Eindrapport Vraagfactoren ziekenhuizen*. Rotterdam.

Fawcett, F.E. & Magnam, G.M. (2001), *Achieving World class supply chain alignment*, Center of advanced purchasing studies.

Fisher, M.L. 1997 What is the right supply chain for your product? *Harvard Business Review*

Fredrickson, W.J. (1986). The Strategic Decision process and organizational structure. *The Academy of Management Review*, 11 (2), 280-297.

Glouberman S., Mintzberg H. 2001. Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 26, 1, 56 – 69.

Grit, K. en P. Meurs, 2005, *Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders*, Assen, Koninklijke Van Gorcum.

Hallen, L. & Johanson, M. (2004) Integration of relationships and business network development in the Russian transition economy *International Marketing Review*, 21 (2) (2004), pp. 158–171

Hardt, C.W., Reinecke, N. & P. Spiller. 2007. 'Inventing the 21st-century purchasing organisation'. *McKinsey Quarterly*: Oktober

Harrison, F. (2001). *Supply Chain Management Workbook*. Butterworth-Heinemann.

Huijsman, R. (2013). Nationale campagne voor aanpak onnodige zorg. FD.nl Zorgvisioen. [aangehaald op: 15-05-2013] Bereikbaar op: <http://fd.nl/selections-zorg/zorgpartners/zorgvisioen/404901-1304/nationale-campagne-voor-aanpak-onnodige-zorg>

IBM (2012) [internet]. Fuelling Flexibility through smarter Cost Reduction in Procurement. [aangehaald op: 02-09-2012] Bereikbaar op: [http://www-935.ibm.com/services/nl/gbs/pdf/procurement\\_offerings.pdf](http://www-935.ibm.com/services/nl/gbs/pdf/procurement_offerings.pdf)

IBpedia (2008) [Internet] Waardeketen van Porter. [aangehaald op: 17-10-2012] Bereikbaar op: [http://www.ibpedia.nl/index.php?title=Bestand:De\\_waardeketen\\_van\\_Porter.png#filehistory](http://www.ibpedia.nl/index.php?title=Bestand:De_waardeketen_van_Porter.png#filehistory)

Intrakoop (2012) [internet]. Intrakoop, 2012 [aangehaald op 12-06-2012]. Bereikbaar op: <https://www.intrakoop.nl/default.aspx>

Keough, M. 1993. 'Buying your way to the top'. *The McKinsey Quarterly*. (3)

Kocabasoglu, C. & Suresh, N.C. (2006) Strategic sourcing: An empirical investigation of the concept and its practices in U.S. manufacturing firms *Journal of Supply Chain Management*, 42 (2) (2006), pp. 4–16

Kodner, D.L. & C. Spreeuwenberg. 2002. 'Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper'. *International Journal of Integrated Care*. 2 (14) november. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1480401>

Kraljic, P. (1983). Purchasing must become supply management, *Harvard Business Review*. September-October, 109-117.

Lammers, B.R.H., Ploos van Amstel, W., Eijkelenbergh, P. (2009). *Risicomanagement en logistiek: kan uw organisatie tegen een stootje?* Pearson Education Benelux

Langhorne, P. 2002. What are the components of effective stroke care? Academic Section of Geriatric Medicine Glasgow.

Lee, H. Whang, S. (1999). Decentralized multi-echelon supply chains: Incentives and information. *Management Science*, 45 (5), 633-640.

Leenders, M. L., Fearon, H. E., Flynn, A. E., and Johnson, P. F. (2002). *Purchasing & Supply Management*. New York: McGraw-Hill.

Lichtenberger, S., Neal, E., Ungerman, D. (2010) How sourcing excellence can lower hospital costs. *Health International* 10, 18-29.

Liker, J.K., Choi, Th.Y. (2004). Building deep supplier relationships. *Harvard Business Review*, December, 104-113.

Lintukangas, K., Smirnova, M. Jumpponen, J. Kouchtch, S. Panfilii, V., Virolainen, V.M. (2009) The status of purchasing and supply management in Finland and Russia. *Journal of Purchasing and Supply Management* Volume 16, Issue 3, September 2010, Pages 185–194

Lonsdale, C., Watson, G. (2005). The internal client relationship, demand management and value for money: a conceptual model. *Journal of Purchasing & Supply Management* 11, 159-171.

Lucassen, P.L.B.J. & Olde-Hartman T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.

Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren*. Pearson Education, Amsterdam, vierde druk.

Nollet, J. & M. Beaulieu. 2005. 'Should an organisation join a purchasing Group?'. *Supply Chain Management: An International Journal*: 10(1) p11-17

Notenboom, A., Blankers, I., Goudriaan, R., Groot, W. (2012). *E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg?* Ape: onderzoek & advies.

NVZ. (2012). *Feiten en cijfers* [Internet]. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. 13-04-2012 [aangehaald op 13-04-2012]. Bereikbaar op [http://www.nvzziekenhuizen.nl/Feiten\\_en\\_cijfers](http://www.nvzziekenhuizen.nl/Feiten_en_cijfers)

NVZ (2013). *Zorg in de toekomst. Standpunten 2013*. [aangehaald op: 15-05-2013]  
Bereikbaar op: [http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/\\_page/standpunten-nvz](http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_page/standpunten-nvz)

NZa (2010). *Monitor: Zorginkoop zorgverzekeraars*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2012) *Monitor Zelfstandige Behandelcentra* [internet]. NZa , 2012 [aangehaald op 15-09-2012]. Bereikbaar op:  
[http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Monitor\\_Zelfstandige\\_behandelcentra.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Monitor_Zelfstandige_behandelcentra.pdf)

Paulraj, A., Chen, I.J., Flynn, J. (2006) Levels of strategic purchasing: impact on supply integration and performance *Journal of Purchasing and Supply Management*, 12 (3) (2006), pp. 107–122



Porter, M.E. (1985) *Competitive Advantage: creating and sustaining superior performance* (1985) New York: Free Press, pp. 36-38. 5.

Porter, M.E. (2007) Towards a dynamic theory of strategy. *Strategic Management Journal*. Special Issue: Article first published online: 16-02- 2007

Raaij, E., van. (2012). Hoorcollege 2: Zorginkoop. 30-03-2012.

Raak, A.J.A. van, Mur-Veeman, I.M., Paulus, A.T.G. & Merode, G.G. van (2005). Bijlage: WIZDIZ-2005 Diagnose-instrument Integrale Zorg. In E. Bohlmeijer, E. Ruland, A.J.A. van Raak & I.M. Mur-Veeman (Eds.), *Procesmanagement in public health: omslag, analyse & verandering*. Utrecht: Trimbos Instituut.

RIVM (2012) Categoriele Ziekenhuizen. Behandelcentra [internet]. RIVM , 2012 [aangehaald op 15-09-2012]. Bereikbaar op: <http://www.zorgatlas.nl/zorg/ziekenhuiszorg/categoriele-ziekenhuizen/>

Rozemeijer, F., Van Weele, A. & M. Weggeman 2003. 'Creating Corporate Advantage through Purchasing: toward a contingency model'. *Journal of Supply Chain Management* 39 (1), 4-13

Ruiter, H., Buijs, S., Bakker, E. & L. van den Bemd. 2011. *'Inkoop in de zorg anno 2011, best practices: Benchmark inkoop bij zorginstellingen'*. Utrecht: Berenschot / Nevi Zorg

RVZ (2011). Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 [aangehaald op: 15-05-2013] Bereikbaar op: <http://www.rvz.net/uploads/docs/medischtech.ontwikkelingen.pdf>

Schut, F.T. & Varkevisser, M. (2012). Een economisch gezonde gezondheidszorg: inleiding, KVS Preadviezen 2012

Schotanus, F & J. Telgen. 2007. 'Developing a typology of organisational forms of cooperative purchasing'. *Journal of Purchasing & Supply Management* (13) p53-68

Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research. A practical handbook*. Second edition. SAGE Publications.

Skinner, W. (1974). The focused factory. *Harvard Business Review*. 1974; 3: 113-121.

Slingerland, NEVI Zorg 2012; [internet]. [aangehaald op 08-05-2012] Bereikbaar op: <http://www.nevi.nl/events/nevi-inkoopdag-2012-inkoop-verandert-verandert-u-mee>

Smith David, J. Hwang, Y. Pei, B.K.W., Hal, J., (2002) The Performance Effects of Congruence between Product Competitive Strategies and Purchasing Management Design  
Reviewed work(s):Source: *Management Science*, Vol. 48, No. 7 (Jul., 2002), pp. 866-885  
Published by: INFORMS  
Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/822696> .Accessed: 22/07/2012 07:24

Streefkerk, P. & Ploos van Amstel, W. (2009) *Inkoop*. Pearson Education.

Stroh, K.L. Northcraft, B.G., Neale, A.M. (2002). *Organizational behavior: A management challenge* (3re ed). Lowrence Erlbaum Associates.

Swanborn, P. G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Swayne, L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2008). *Strategic management of health care organizations*. 6th ed. San Francisco: Jossey Bass. Hoofdstuk 2, pp. 62 - 63.

Trent, R. J. and Monczka, R. M. (2002). Pursuing competitive advantage through integrated global sourcing. *Academy of Management Executive* 16 (2), 66-80.

Visser, J. & Beech, R. (2005) *Health Operations Management; patient flow logistics in health care*. London and New York; Routledge.

Weele, A.J., van. (2008). *'Inkoop in Strategisch Perspectief: analyse, strategie, planning en praktijk'*. Alphen aan de Rijn: Kluwer. Hoofdstuk 2

Weele, A.J., van. (2010). *Purchasing and Supply Chain Management*. Andover: Cengage Learning EMEA. Hoofdstuk 13

Zindata 2011, Versplinterde inkoop kost ziekenhuizen 600 miljoen. [internet]. [aangehaald op 12-06-2012]. Bereikbaar op:  
<http://www.skipr.nl/actueel/id9592-versplinterde-inkoop-kost-ziekenhuizen-600-miljoen.html>

Zorgvisie (2012). Schippers: aanpak verspilling in de zorg is prioriteit [aangehaald op: 15-05-2013] Bereikbaar op: <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2012/12/Schippers-aanpak-verspilling-in-de-zorg-is-prioriteit-1122099W/>

Zorgvisie (2013). EU-programma moet brede toepassing e-health mogelijk maken. [aangehaald op: 15-05-2013] Bereikbaar op: <http://www.invoorzorg.nl/ivzweb/Overzichten-In-Voor-Zorg!/map-nieuws/EU-programma-moet-brede-toepassing-e-health-mogelijk-maken.html>

Zuurbier, J. & Y. Krabbe-Alkemade (red.). 2007. *Onderhandelen over DBC's*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

## **BIJLAGEN**

### **Bijlage 1 ‘Het inkoopproces binnen Zelfstandige Behandelcentra’**

Zoals beschreven is binnen het theoretisch kader kan het inkoopproces worden ingedeeld in vijf verschillende fasen. Allereerst worden de specificatiefase en de selectiefase binnen ZBC's nader bekeken. De specificatiefase voor de inkoop van medisch specialistische producten wordt binnen de kleinere ZBC's enkel gedaan door de medisch specialist. Binnen de kleinere ZBC's komt de medisch specialist naar de aangewezen persoon toe, die binnen de ZBC de inkoop van medisch specialistische producten verzorgt (Kliniek 1; Kliniek 4). De medisch specialist heeft functionele en technische specificaties opgesteld. Veelal heeft de specialist al een leverancier op het oog. Meestal is dit een leverancier die al bekend is binnen de kliniek (Kliniek 1; Kliniek 4). Zo wordt er aangegeven dat er door de jaren heen voornamelijk bij dezelfde leverancier wordt besteld (Kliniek 4).

Degene die de inkoopfunctie invult binnen de kliniek volgt in veel gevallen de leverancierskeuze van de medisch specialist op. Wanneer de medisch specialist iets nieuws nodig heeft, dan wordt er eerst gekeken of de bekende leveranciers deze producten leveren. Daarnaast wordt ook gekeken bij andere ZBC's. Wanneer daar een product goed bevalt zal er ook bij die leverancier een offerte worden opgevraagd. Er worden bij nieuwe producten ongeveer twee tot drie offertes opgevraagd (Kliniek 1).

Binnen de kleinere klinieken komen leveranciers vaak naar de medisch specialisten toe met nieuwe producten. Dit komt omdat het inkoopproces binnen de kleinere klinieken veelal start vanuit de medisch specialist (Kliniek 4).

*‘Je merkt dat bij medisch specialisten de gunfactor een grote rol speelt. Na de congressen of nadat de leveranciers bij operaties zijn geweest wil een specialist werken met dat product. Voornamelijk in kleinere klinieken zal er dan sneller worden overgegaan’ (Kliniek 6),*

Binnen de grotere ZBC's hebben de inkopers het gewenste pad voor de leveranciers erg duidelijk moeten maken. Zo heeft het tijd gekost om de leveranciers duidelijk te maken dat de inkoper bij het proces betrokken hoort te zijn (Kliniek 3). Binnen de grotere klinieken kan het inkoopproces gestart worden vanuit de inkoopfunctie maar ook vanuit de medisch specialist

(Kliniek 6). De wat grotere klinieken staan hoger gepositioneerd in het inkoopontwikkelingsmodel. De inkopers binnen de grotere klinieken moeten de inkoop voor medisch specialistische producten vaak voor meerdere vestigingen regelen (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7).

Na het ontstaan van de behoefte start het inkoopproces. Afhankelijk van het belang van de aanschaf van het product en de markt van het product wordt het inkoopproces ingevuld. Zeker bij de grotere investeringen wordt er door de grotere klinieken een projectgroep samengesteld (Kliniek 5). Binnen deze projectgroep wordt een Plan van Aanpak geschreven, hierin staat een prijsindicatie, het Programma van Eisen en een toelichting waarom het product eventueel getest moet worden (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 5). De projectgroep bestaat veelal uit de medisch specialist en de inkoper die gezamenlijk de wensen en eisen op een rij zetten (Kliniek 2; Kliniek 7).

*'De medisch specialist kan aangeven wat voor product hij wil. Eerst gaan we kijken of we draagvlak hebben binnen meerdere vestigingen om de prijs te kunnen reduceren. Wij werken met gestandaardiseerde zorgpaden en de implantaten en andere materialen maken daar onderdeel vanuit. Wanneer een specialist bij ons komt werken wordt er heel nadrukkelijk gezegd met welke producten wij werken. Als een dokter ergens anders mee wil werken staan wij dat niet toe. Er is wel een bepaalde vrije keuze voor sommige producten, maar die proberen wij wel zo klein mogelijk te houden' (Kliniek 7).*

De mate waarin de medisch specialist betrokken is binnen het gehele inkoopproces verschilt per product. Wanneer de medisch specialist veel waarde hecht aan een bepaald product zal zijn betrokkenheid groter zijn. Daarnaast is de invloed van de medisch specialist in het inkoopproces ook afhankelijk van de positie die hij heeft binnen de zorginstelling (Kliniek 6).

*'De medisch specialisten die als aandeelhouder binnen de kliniek werken hebben meer te zeggen dan de artsen in loondienst en de ZZP-ers. De artsen in loondienst hebben het eigenlijk te doen met wat we willen. De aandeelhouders zeggen van: ja, maar het is ook mijn geld dus ik wil gewoon dat instrument. Wat je wel merkt is medisch specialisten die aandeelhouder zijn verdienen met de ZBC. Zij staan meer voor bepaalde dingen open en denken meer organisatiegericht' (Kliniek 6).*

Na het opstellen van de specificaties worden de offertes opgevraagd en een keuze gemaakt voor een bepaalde leverancier (Kliniek 5; Kliniek 6). Het aantal offertes dat wordt opgevraagd is afhankelijk van de markt van het product (Kliniek 6). De keuze voor een bepaalde leverancier wordt gemaakt op basis van eerdere ervaringen, gebruiksvriendelijkheid e.d. Daarnaast wordt ook gekeken of een bepaalde leverancier een voorkeursleverancier is en welke kosten een product met zich meebrengt (Kliniek 3; Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). Grotere ZBC's streven naar een zo goed mogelijk inzicht in de directe en indirecte kosten. Bij grotere investeringen wordt er een business case geschreven waarin alle kosten op een rij worden gezet. Toch geven veel klinieken ook aan dat het lastig is om precies inzicht te krijgen in de directe en de indirecte kosten die met een product samenhangen (Kliniek 1; Kliniek 3; Kliniek 4; Kliniek 6).

### Contracteren

Na het selecteren van de leverancier volgt het contracteren. Het onderhandelen ligt zowel bij de kleine als bij de grote klinieken volledig bij de inkoper (Kliniek 1; Kliniek 3; Kliniek 5; Kliniek 6). Sommige klinieken stellen eigen contractvoorwaarden op (Kliniek 2; Kliniek 5; Kliniek 7). Andere klinieken kijken naar de contracten waar de leveranciers mee komen en bepalen of zij zich in de opgestelde voorwaarden kunnen vinden (Kliniek 3; Kliniek 4).

### Bestellen

De bestelling binnen de kleinere ZBC's gebeurt mondeling of via een interne bestelbon. De inkoop verloopt centraal via de persoon die naast zijn/haar functie de taak inkoop toebedeeld heeft gekregen (Kliniek 1; Kliniek 4). In de wat grotere klinieken worden er centraal afspraken gemaakt en kan er via een inkoopstelsysteem decentraal door het verplegend personeel worden besteld (Kliniek 5; Kliniek 6; Kliniek 7). De inkopers binnen de wat grotere klinieken richten zich specifiek op het afsluiten van de contracten en zorgen ervoor dat de producten beschikbaar zijn via het bestelsysteem (Kliniek 5). Binnen de klinieken waar inkoop niet alleen een bestellende functie heeft wordt er op gelet dat er niet door medisch specialisten rechtstreeks bij de leverancier wordt besteld (Kliniek 3; Kliniek 5; Kliniek 7). Door de inkoop en de facturering te centraliseren wordt maverick buying voorkomen (Kliniek 7).

### Bewaken

Binnen de kleinere ZBC's vindt geen bewaking plaats door de persoon die de inkoop regelt. Er wordt door de leveranciers direct aan de afdelingen geleverd. Afdelingen constateren zelf of de leverancier correct geleverd hebben (Kliniek 1).

Sommige klinieken geven aan dat bij het afsluiten van grote contracten deze wel tussentijds worden geëvalueerd. Zo wordt gekeken of de prijs nog steeds marktconform is (Kliniek 3). Ook wordt er bij de tussentijdse evaluaties gekeken of het product wel naar behoren functioneert (Kliniek 6).

## **Bijlage 2 ‘De besturing binnen Zelfstandige Behandelcentra’**

### Interne prestatiemeting

Er wordt binnen kleine ZBC's weinig tot geen managementinformatie gegenereerd (Kliniek 1; Kliniek 4). Er worden dan ook geen resultaten gemeten met betrekking tot het functioneren van de inkoopfunctie. Hierdoor is het lastig om de bijdrage van de inkoop van medische specialistische producten vast te stellen bij het realiseren van de organisatiedoelstellingen. Daarnaast zijn er ook geen plannen voor verbetering omdat de kleine ZBC's geen inkoopstrategie of inkoopplan hebben opgesteld (Kliniek 1; Kliniek 4). De grotere ZBC's genereren ook niet altijd managementinformatie met betrekking tot de inkoop voor medisch specialistische producten (Kliniek 3).

Binnen de ZBC's wordt voornamelijk gewerkt aan verbeterpunten binnen het inkoopproces aan de hand van gesignaleerde knelpunten. Doordat een kliniek over korte lijnen beschikt worden verbeterpunten gemakkelijk teruggekoppeld aan degene die de inkooptaak binnen de kliniek vervuld (Kliniek 2; Kliniek 3; Kliniek 6).

### Leveranciersbeoordeling

Kleinere klinieken geven aan dat er geen leveranciersbeoordeling plaats vindt (Kliniek 4). De grotere klinieken geven aan dat er wel degelijk prestatiemeting van leveranciers plaats vindt. Zo wordt de leveringshoeveelheid, de leveringstijd en de facturatiesnelheid vastgelegd. (Kliniek 7). Andere klinieken geven aan dat een leveranciersbeoordeling plaats vindt afhankelijk van de complexiteit van het product. Wanneer het een product is met een hoge complexiteit wordt er door de kliniek nog een evaluatiemoment uitgevoerd. Na drie maanden krijgen de interne gebruikers een email met daarin een aantal vragen over het functioneren van het product en de relatie met de leverancier (Kliniek 6). Enkele klinieken zijn wel bezig met het opzetten van een leveranciersbeoordelingssysteem (Kliniek 6).

*‘Er moet op tijd geleverd worden. We hebben nu firma's waarvan we zeggen; de service is hier niet goed. Dan ben je terughoudender om daar eventueel andere contracten bij af te sluiten’ (Kliniek 2).*



Daarnaast zijn de lijnen binnen een ZBC erg kort. Wanneer er geen problemen zijn met de leverancier dan wordt er door het verplegend personeel geen signaal afgegeven richting de inkoper(s) van de kliniek (Kliniek 3; Kliniek 5). Wanneer er problemen zijn met de leverancier wordt dit direct naar de inkoper(s) gecommuniceerd. Vanwege de korte lijnen binnen de kliniek is dit ook heel gemakkelijk (Kliniek 3; Kliniek 5).

*‘We doen één keer per jaar een leveranciersbeoordeling. Dan kijken we waar we tevreden over zijn en waarover niet. Dan kijken we ook naar de levertijd en of ze in delen leveren’ (Kliniek 1).*

#### Betrokkenheid van de leveranciers bij het ontwikkelen van producten

De leveranciers leveren informatie aan de ZBC's over de producten op de markt. Ook geven de leveranciers advies over alternatieve producten aan de hand van de opgestelde technische specificaties (Kliniek 1). Daarnaast vinden leveranciers het ook erg interessant om samen te werken met de klinieken. Er is binnen de focus klinieken immers sprake van een hoog volume van een bepaalde zorg (Kliniek 2; Kliniek 5; Kliniek 7). Toch is het ook wel een risico om mee te doen aan verschillende onderzoeken. Zo is het klinieken tegengevallen, omdat onderzoeken werden stilgelegd en er modificaties kwamen op de producten. Soms wordt er bij andere klinieken gekeken die wel mee doen met het onderzoek. Als het goed bevalt, volgen er meerdere klinieken (Kliniek 2).

Een enkele kliniek geeft aan een integraal partnership aan te gaan met sommige leveranciers.

*‘Onze leveranciers zijn verdeeld in partner, preferred supplier, supplier. Een partner is een verlenging van ons zorgproces. In eerste instantie zullen we deze partner vragen of bepaalde producten te leveren omdat we daar een band mee hebben’ (Kliniek 5).*

Er wordt een bepaalde commitment aan elkaar gedaan wat voor beide partijen voordelen op kan leveren (Kliniek 5).

### **Bijlage 3 'Kostenbeheersing binnen Zelfstandige Behandelcentra'**

#### Concurrerende offertes

Binnen ZBC's worden leveranciers geselecteerd door middel van concurrentiestelling (Kliniek 7). Om de kosten te verlagen wordt binnen ZBC's gekeken naar het verlagen van de directe kosten door het benutten van de marktmacht en het verlagen van de indirecte kosten bij routineproducten (bestelkosten) (Kliniek 1; Kliniek 4). Er worden per product, wanneer mogelijk, meerdere offertes opgevraagd. Door middel van onderhandeling wordt geprobeerd de prijs zoveel mogelijk te laten dalen (Kliniek 6). Zeker producten uit bepaalde landen zijn een stuk goedkoper ten opzichte van de leveranciers uit Europa, echter voldoen deze producten niet altijd aan de voorgeschreven richtlijnen.

*'Er zijn veel ZBC's maar ook ziekenhuizen die niet werken volgens de richtlijnen. In de richtlijnen staat dat je alleen protheses mag plaatsen die een follow up van tien jaar of langer hebben. Er zijn veel protheses op de markt die dat niet hebben. Deze zijn dan ook veel goedkoper. Deze voldoen echter niet aan de richtlijnen en daarom gaan wij er niet mee in zee' (Kliniek 2).*

Klinieken halen ook producten uit het buitenland die wel voldoen aan de richtlijnen. Bijvoorbeeld Duitsland kan de producten veel goedkoper leveren omdat hier minder service bij inbegrepen zit dan bij de Nederlandse leveranciers. Voor focus klinieken die gespecialiseerd zijn in een bepaalde behandeling is die extra service en uitleg overbodig. Zij zijn immers in veel gevallen juist een leerbedrijf voor Nederlandse firma's. Door de service weg te laten kan er veel bespaard worden (Kliniek 2). Door op deze manier kritisch naar de offertes te kijken is kostenbesparing mogelijk (Kliniek 2).

#### Distributiemethoden

Inkoopbesparingen realiseren door een andere opzet van transport is in mindere mate van toepassing voor ZBC's. ZBC's zijn over het algemeen erg klein in vergelijking met een ziekenhuis (Kliniek 6). De voorraad binnen de kliniek is minimaal. Veel implantaten e.d. liggen op consignatie. Wanneer een implantaat gebruikt wordt, wordt deze gefactureerd naar de leverancier (Kliniek 3; Kliniek 5). ZBC's kunnen een lage voorraad houden vanwege de

planbare zorg (Kliniek 2; Kliniek 6). Een focus kliniek heeft een hoge mate van planbaarheid, wat ervoor zorgt dat een kliniek precies weet hoeveel producten er aangeleverd moeten worden. Ditzelfde geldt voor het aantal aanlevermomenten. Omdat een ZBC geen spoedeisende zorg levert, kan precies worden ingeschat hoeveel er van een bepaald product nodig is (Kliniek 3).

Daarnaast hebben ZBC's veel meer een uniforme werkwijze in vergelijking met ziekenhuizen. Ook dit zorgt voor een verlaging van de voorraden. Wanneer er sprake is van een tweetal soorten implantaten bij verschillende leveranciers heb je tweemaal zoveel voorraad, instrumentarium en protocollen nodig. Door uniformering van producten kun je een lage voorraad behouden (Kliniek 7).

### Inkoopbeleid

ZBC's besparen ook op de inkoop voor medisch specialistische producten door de introductie van jaarcontracten. Zo zijn jaarcontracten geïntroduceerd voor bestaande artikelen (Kliniek 3; Kliniek 6). Doordat veel contracten automatisch worden verlengd is het binnen ZBC's wel van groot belang dat contracten goed gevolgd worden. Omdat niet alle ZBC's beschikken over iemand die zich volledig richt op inkoop voor zorg is dit niet altijd mogelijk om hiernaar te kijken. Op het gebied van inkoopbeleid kunnen binnen ZBC's nog besparingen worden gerealiseerd (Kliniek 4).

### Optimaliseren van het bestelbeleid

Het bestelbeleid kan geoptimaliseerd worden door de inkoopafdelingen samen te laten werken met andere afdelingen. ZBC's zijn erg klein waardoor inkoop voor medisch specialistische zorg veelal centraal door één persoon geregeld wordt (Kliniek 2). Wanneer de inkoop door meerdere personen wordt geregeld vindt er afstemming plaats (Kliniek 1). De webshop binnen sommige klinieken zorgt er ook voor dat het assortiment tussen de verschillende afdelingen en vestigingen op elkaar afgestemd is (Kliniek 7).

Besparingen kunnen ook gerealiseerd worden door samenwerking tussen meerdere ZBC's. Er wordt tussen kleine ZBC's kennis uitgewisseld over het functioneren van bepaalde producten (Kliniek 1). Toch wordt aangegeven dat het samenwerken tussen ZBC's op inkoopgebied nauwelijks gebeurt (Kliniek 3; Kliniek 2; Kliniek 6; Kliniek 7). ZBC's willen hun volumes niet prijsgeven aan andere klinieken. Dit maakt het opstarten van een inkoopverenigingsverband erg lastig (Kliniek 6). Daarnaast is het voor ZBC's erg

belangrijk om zich te blijven differentiëren ten opzichte van andere klinieken. Dit maakt het voor ZBC's ook lastiger om op inkoopgebied samen te werken (Kliniek 6).

#### Waardeanalyse, substitutie en standaardisatie

ZBC's besparen ook door kritisch te kijken naar de vastgestelde specificaties. Wanneer mogelijk vindt er substitutie plaats van gelijkwaardige naar goedkopere producten (Kliniek 6). Daarnaast is standaardisatie van zorg heel erg van toepassing op een focuskliniek. Doordat specialisten en het verplegend personeel veel dezelfde handelingen moeten doen kan dat heel effectief georganiseerd worden (Kliniek 6). Het gebeurt in klinieken dat er onder de specialisten iemand wordt aangewezen die verantwoordelijk is voor de keuze van het product waar mee gewerkt wordt. De overige artsen moeten zich conformeren aan de beslissing die de arts heeft gemaakt. Zo streeft de kliniek naar standaardisatie en uniformering van producten. Tevens verlaagt het uniformeren van producten ook het aantal leveranciers, wat kosten kan besparen (Kliniek 2; Kliniek 6).

*'Als je iedereen maar op z'n wenken blijft bedienen blijven de specialisten verschillende wensen houden. Als er een nieuwe specialist bij ons komt werken zeggen we; prima, we hebben iemand nodig. Je kunt bij ons komen werken. Dit is het pakket wat wij gebruiken en we gaan geen andere dingen in huis halen' (Kliniek 2).*

Dit is het statement die voornamelijk de grotere klinieken maken (Kliniek 3; Kliniek 2; Kliniek 6; Kliniek 7).

#### **Bijlage 4 ‘Het inkoopproces binnen Academische ziekenhuizen’**

Binnen de academische ziekenhuizen kan het inkoopproces op twee manieren worden gestart. Allereerst kan de vraag naar nieuwe producten komen vanuit het duale management van de afdeling. Dit duale management bestaat uit een medisch leider en een bedrijfskundige die samen verantwoordelijk zijn voor de prestaties van een bepaalde afdeling. Vanuit het exploitatie- en investeringsbudget kan de vraag komen naar de aanschaf van nieuwe producten (UMC 2). Wanneer er een investering wordt aangevraagd moet er altijd een business case worden geschreven (UMC 2). Het maken van een business case wordt gedaan door een vrij omvangrijk multidisciplinair team (UMC1). Een business case hoeft niet winstgevend te zijn, maar moet wel aansluiten bij het beleid van het ziekenhuis (UMC 2). De exploitatiegoederen kunnen via een bestelsysteem door alle afdelingen binnen het ziekenhuis worden besteld (UMC 1; UMC 2). Ten tweede kan het inkoopproces starten vanuit de inkoopafdeling, bijvoorbeeld wanneer er een contract afloopt (UMC 2).

De inkoopafdelingen van de academische ziekenhuizen bestaat uit ongeveer 20 fte (UMC 1; UMC 2). Binnen de inkoopafdeling hebben veel inkopers een NEVI achtergrond. Alle inkoopafdelingen beschikken over een inkoopbeleid (UMC 1; UMC 2; UMC 3). Het inkoopbeleid binnen de academische ziekenhuizen is een afgeleide van het strategisch plan van het ziekenhuis (UMC 1). Het inkoopbeleid voor 2013 is gericht op het inzichtelijk krijgen van de bestel- en facturenstroom (UMC 2). Aan de hand van de inzichten die hieruit voortkomen er kan beleid gemaakt worden. Daarnaast zijn er zowel kwalitatieve als kwantitatieve doelstellingen opgesteld. Zo zijn er besparingstargets voor zowel de aanschaf van exploitatie producten als de investeringen. De besparingstargets worden in de lijn gelegd en de inkoopafdeling ondersteunt de lijn om deze targets te realiseren (UMC 2).

Ook wordt er nadruk gelegd op category management. Iemand wordt als eindverantwoordelijke aangewezen, die gaat over het opstellen van de specificaties van een bepaalde categorie producten (UMC 1). Daarnaast wordt aandacht gegeven aan het opzetten van contracten met een langere looptijd, het richten op innovatie en business gedreven inkoop (UMC 1).

*‘We willen proberen om meer uitkomst based specificaties neer te zetten. Eigenlijk is het altijd een push. De leverancier heeft een product en wij nemen dat af. Wij krijgen*

*zo nooit meer dan wat de markt momenteel te bieden heeft. Waar we op willen inzetten is onderzoeken of er mogelijkheden zijn om duidelijk te maken aan de supply chain dat we niet de beste oplossing willen hebben die nu te bieden is, maar wij willen de juiste oplossing voor een probleem waar we tegenaan lopen' (UMC 1).*

Het verschilt per afdeling hoe er tegen de inkoopfunctie binnen het academisch ziekenhuis wordt aangekeken. Dit heeft ook tot gevolg dat de inkoopvolwassenheid verschilt per afdeling binnen het ziekenhuis (UMC 1; UMC 2). De inkoopafdeling kan worden gezien als een faciliterende afdeling tot een business partner (UMC 1). Over het algemeen krijgt de inkoopfunctie een ondersteunende en adviserende rol toegekend, waarbij de behoefte van de afdeling centraal staat. De lijn is uiteindelijk verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering en budgetverantwoordelijk (UMC 1; UMC 2).

*'De inkoopafdeling is niet budgetverantwoordelijk. Het enige wat wij kunnen doen is mensen er op wijzen hoe het anders en beter kan... De inkoopafdeling draagt bij het verbeteren van de resultaten van een afdeling. Bijvoorbeeld een afdeling die streeft naar ligduurverkortung. In een ander ziekenhuis hebben ze een project gedaan met ultra efficiënte verlichting. Dat licht draagt bij aan een sneller herstel van de patiënt. Dan heb je de relatie met ligduurverkortung. Ik wil weten wat de problemen van de afdelingen zijn en waar zij graag op willen verbeteren' (UMC 1).*

Een belangrijk punt in het beleid is om de zichtbaarheid van de inkoopafdeling binnen het ziekenhuis te vergroten door aan te sluiten bij de behoefte van de afdelingen (UMC 1).

### Specificeren

Voordat de specificatiefase begint is de inkoopafdeling al betrokken. Vanaf het initiatiemoment heeft de inkoopafdeling een adviserende rol (UMC 2). De initiatie komt vanuit de klant, de manager bedrijfsvoering en een afdelingshoofd. Zij besluiten gezamenlijk om een project van start te laten gaan. Nadat er is vastgesteld dat er een bepaald product aangeschaft moet worden begint de specificatiefase. Afhankelijk van het belang van de aanschaf van het product en de markt van het product wordt invulling gegeven aan het inkoopproces (UMC 1). De specificaties worden opgesteld in projectgroepverband. Er wordt vastgesteld welke personen precies binnen dit projectteam moeten participeren om tot de

juiste specificatie te komen (UMC 1; UMC 2). Om overspecificatie te voorkomen is er een inkoper afkomstig uit de medische tak betrokken bij het opstellen van de specificaties en betrokken bij het vervolg van het inkoopproces (UMC 2). Tijdens het opstellen van de specificaties komt veelal naar voren dat medisch specialisten een voorkeurskeuze hebben voor een bepaald product van een bepaalde leverancier (UMC 2) bijvoorbeeld omdat hij daar ook samen producten mee ontwikkeld.

*'Het grootste gevaar is de verleiding die de industrie de specialisten geeft' (UMC 2).*

*'Op bepaalde gebieden zijn wij heel vooruitstrevend. Zo zijn er nieuw ontwikkelde producten die een professor wil hebben. Er zijn dan geen alternatieven. Dan heb je als inkoopafdeling weinig in te brengen' (UMC 1).*

Het is van groot belang dat de inkoper vanuit zijn marktkennis de medisch specialist kritisch laat nadenken over het opstellen van de specificaties (UMC 2). De inkoper moeten ook de medisch specialist begrijpen. De inkopers moeten snappen hoe het proces eruit ziet. Vervolgens kan hij adviseren om op bepaalde materialen te bezuinigen of misschien juist te investeren zodat er op andere onderdelen van het zorgproces minder kosten kunnen worden gemaakt (UMC 1).

### Selecteren

Wanneer de specificaties zijn vastgesteld wordt het aanbestedingsproces (onderhands of Europees) gestart (UMC 2). Europees aanbesteden kan ook wel worden omschreven als een georganiseerde manier van het inkopen van medisch specialistische producten (UMC 1). Het ziekenhuis definieert de behoefte in een Programma van Eisen. Verschillende leveranciers hebben de mogelijkheid om zich in te schrijven op de aanbesteding. Het verschil met het inkoopproces binnen algemene ziekenhuizen en ZBC's is voornamelijk dat er binnen academische ziekenhuizen kritischer gekeken moet worden naar de specificaties die voorafgaand aan het inkoopproces worden opgesteld. Het aanbestedingsrecht moet leiden tot kostenverlaging en een gelijke behandeling van leveranciers (UMC 1). Als er niet Europees aanbesteed hoeft te worden gebeurt dit niet altijd (UMC 2).

*'Vaak hoeven we het ook niet in concurrentiestelling te zetten, want een UMC heeft te maken met apparaten die door weinig leveranciers worden geleverd. Het valt mee hoe vaak wij een Europese aanbesteding doorlopen want vaak hebben we uitsluitelgronden' (UMC 2).*

Het Europees aanbesteden binnen academische ziekenhuizen wordt door de academische ziekenhuizen zelf niet als nadeel gezien (UMC 1; UMC 2).

*'Hoe meer je aan de voorkant van het inkoopproces nadenkt over het onderscheidend vermogen, wat je aan de achterkant eruit zou willen hebben, hoe makkelijker het proces wordt en hoe beter je een keuze kunt maken. Omdat je hier over nadenkt in het hart van je aanbesteding kun je de markt heel duidelijk maken waar je behoefte aan hebt. Het proces wordt hierdoor ook wat meer LEAN' (UMC 1).*

Bij het selecteren van een leverancier worden de directe en indirecte kosten niet altijd meegenomen (UMC 1; UMC 2). Er wordt aangegeven dat het niet altijd mogelijk is om de directe en indirecte kosten inzichtelijk te hebben. Zo wordt ook aangegeven dat de keuze voor een bepaald product primair gemaakt wordt op het product en niet op het disposable systeem. Terwijl uiteindelijk de kosten van het disposable systeem de kosten van het primaire product overschrijden (UMC 1).

Daarnaast is het doorrekenen van de kosten binnen academische ziekenhuizen nog niet altijd mogelijk. De helft van de inkomsten binnen academische ziekenhuizen komen niet vanuit de zorgverzekeraar. Dit is de reden dat er binnen academische ziekenhuizen nooit echt de prijzen zijn doorberekend. Nu langzamerhand is dit aan het verschuiven omdat de rijksbijdrage lager is. Hierdoor moeten ook de academische ziekenhuizen commerciëler gaan denken (UMC 2).

### Contracteren

Nadat er een leverancier geselecteerd is wordt er een contract afgesloten. Binnen het contract zijn logistieke, juridische en kwaliteitsvoorwaarden. Daarnaast bevatten sommige contracten ook prestatie-indicatoren richting de leverancier (UMC 1).



### Bestellen

Als er een contract is afgesloten met de leverancier kan er besteld worden. Voor exploitatiegoederen is er een webshop, waarbij afdelingen zelfstandig kunnen bestellen (UMC 1; UMC 2). De investeringsbestellingen lopen voor een groot gedeelte via de inkoopafdeling. Binnen de academische ziekenhuizen is sprake van maverick buying (UMC 1; UMC 2). Zo is het mogelijk om buiten de inkoopafdeling om te kopen. Ook facturen kunnen buiten de inkoopafdeling om worden betaald. Door een nieuw systeem te implementeren moet het monitoren beter verlopen. Dan is er beter zicht op welk percentage van de inkoop via het bestelsysteem loopt en hoe de facturenstroom precies is georganiseerd (UMC 2).

### Bewaken

Nadat de medisch specialistische producten zijn besteld volgt de implementatiefase. Ook dit wordt ondersteund vanuit de inkoopafdeling (UMC 2). Daarnaast worden contractmanagers aangesteld die verantwoordelijk zijn voor het volgen van het contract. De contractmanagers nemen het over van de projectmanagers die aangesteld zijn om het voorgaande inkoopproces te begeleiden en een contract op te leveren (UMC 2).

*'Je ziet dat inkoop helemaal gericht moet zijn op het behalen van goede contracten en het realiseren van goede investeringsaanvragen en aankopen. Op het managen van een contract na de afsluiting daarop ligt weinig nadruk' (UMC 2).*

Binnen de bewakingsfase managet en evalueert de inkoopafdeling de contracten (UMC 2).

## **Bijlage 5 ‘De besturing binnen Academische ziekenhuizen’**

### Interne prestatiemeting

Het meten van de inkoopresultaten wordt gedaan als resultaat bij een exploitatieovereenkomst waarbij door middel van plus en min aangeven wordt hoe de inkoopafdeling gescoord heeft. Het is erg lastig om naast de kostenfactor nog andere factoren te ontwikkelen die de toegevoegde waarde van de inkoopafdeling kunnen aan te kunnen tonen. Je hebt veelal ook geen nulmeting (UMC 1). Wel zijn de ziekenhuizen bezig met het ontwikkelen van indicatoren waarbij de directe invloed van de inkoopafdeling zichtbaar wordt gemaakt. Het uiteindelijke doel is om het resultaat van het inkoopproces een onderdeel van de lijn te maken (UMC 1).

### Leveranciersbeoordeling

Het beoordelen van de leveranciers wordt door de academische ziekenhuizen als belangrijk gezien (UMC 1; UMC 2). Zo zijn sommige ziekenhuizen bezig met het opzetten van een leveranciersbeoordelingssysteem en beschikken andere ziekenhuizen al over een prestatie-monitor waar door middel van een aantal vragen de prestaties van de leveranciers op een rij worden gezet. Het terugkoppelen van de bevindingen naar de leverancier gebeurt te weinig (UMC 1).

### Betrokkenheid van de leverancier bij het ontwikkelen van producten

Het verschilt per afdeling of er met leveranciers wordt ontwikkeld (UMC 2). Academische ziekenhuizen willen wel vooroplopen op bepaalde gebieden en leveranciers willen onderzoeksresultaten. Dit zorgt er voor dat academische ziekenhuizen het aangaan van leverancierrelaties hebben opgenomen als doelstelling binnen het beleid (UMC 1). Contract- en leveranciersmanagement zorgen ervoor dat er meer uit de leveranciers gehaald kan worden. Leveranciersrelaties worden voornamelijk aangegaan met leveranciers waar het ziekenhuis veel gebruik van maakt (UMC 1).

## **Bijlage 6 'Kostenbeheersing binnen Academische ziekenhuizen'**

### Concurrerende offertes

Binnen de academische ziekenhuizen is in sommige gevallen sprake van een Europese aanbesteding. In dit geval kunnen leveranciers zich inschrijven aan de hand van het opgestelde Programma van Eisen (UMC 1). Wanneer er meerdere mogelijke leveranciers zijn, zal er concurrentiestelling plaats vinden. Wanneer er geen sprake is van een Europese aanbesteding worden door de academische ziekenhuizen meerdere offertes opgevraagd. Ook bij meerjarencontracten wordt er steeds meer in concurrentie gesteld. Daar is beleid op gemaakt. In enkele gevallen is het niet mogelijk om meerdere offertes op te vragen omdat er soms maar een leverancier op de markt is die het product levert. Dit komt voort uit de vooruitstrevendheid wat academische ziekenhuizen ook op het gebied van de inkoop van medisch specialistische producten willen bewerkstellingen (UMC 2).

### Distributiemethoden

Naast concurrerende offertes wordt binnen academische ziekenhuizen ook naar de distributiemethoden gekeken om de kosten te verlagen. Zo valt de voorraadbeheer ook onder de inkoopafdeling en niet onder de logistieke afdeling (UMC 2).

### Inkoopbeleid

Besparingen door de introductie van jaarcontracten wordt ook gedaan binnen academische ziekenhuizen (UMC 2). Er wordt steeds meer aandacht gelegd op het contractmanagement. Zo zijn er contractmanagers aangesteld die specifiek moeten kijken naar de contracten (UMC 2).

### Optimaliseren van het bestelbeleid

Door de samenwerking goed op te zetten tussen de inkoopafdeling en de andere afdelingen kan het bestelbeleid worden geoptimaliseerd. De inkoop tussen de afdelingen onderling is binnen de academische ziekenhuizen op elkaar afgestemd. Binnen de academische ziekenhuizen wordt gewerkt met een bestelsysteem (UMC 1; UMC 2). Er zijn binnen het ziekenhuis mensen bevoegd om binnen dit bestelsysteem te bestellen. Inkoop is verantwoordelijk voor het aangeboden assortiment. Wanneer een product niet via het

bestelsysteem besteld kan worden volgt er een speciale aanvraag. Er wordt dan kritisch gekeken of de aanschaf van dit product wel noodzakelijk is (UMC 2).

Naast het afstemming van de inkoop tussen de afdelingen vindt er ook samenwerking plaats tussen de academische ziekenhuizen (UMC 1; UMC 2; UMC 3). Deze samenwerking is terug gegaan van gezamenlijk inkopen naar kennisdeling op het gebied van medische producten (UMC 1). Dit komt voort uit de verschillende visies de ziekenhuizen hebben (UMC 1). Zo willen sommige ziekenhuizen niet verder gaan dan kennisuitwisseling terwijl andere ziekenhuizen een gemeenschappelijke inkoopcombinatie voor zich zien (UMC 3). Dit is een belangrijke reden waarom gezamenlijk inkopen niet mogelijk is (UMC 1). Daarnaast is gezamenlijk inkopen vanuit de aanbestedingswet niet altijd mogelijk (UMC 1). Vanuit de acht UMC's overleggen de managers inkoop met elkaar over het beleid (UMC 2).

*'Als het gaat om medische zaken zijn daar goede afspraken over gemaakt. Voor de meeste zaken is dat lastig. Dat ligt niet aan de inkoopafdeling, maar aan de medisch specialisten die niet samen willen werken' (UMC 2).*

*'En vooralsnog is samenwerking bij UMC's niet nodig vanuit de kostenkant, maar we blijven wel goed in gesprek met elkaar' (UMC 2).*

Zeker in de toekomst zal het aangaan van inkoop Samenwerkingsverbanden noodzakelijk zijn (UMC 2) doordat zorgverzekeraars hier meer op aan gaan sturen (UMC 3).

#### Waardeanalyse, substitutie en standaardisatie

Inkoopbesparingen kunnen worden gerealiseerd door veranderingen door te voeren in vastgestelde specificaties en door de substitutie van gelijkwaardige, maar goedkopere producten. Door de academische ziekenhuizen wordt aangegeven dat dit voor verbruiksartikelen gebeurt (UMC 1).

*'Waar wij als onderdeel van de supply chain over na willen denken is de behoefte om systemen uitwisselbaar te maken. Nu passen de draden van leverancier B niet op de pompen van leverancier A. Dat is eigenlijk heel interessant op de leveranciersmarkt en dan hebben wij onze naam ook wel mee' (UMC 1).*

Omdat academische ziekenhuizen ook veel werken met vooruitstrevende producten is substitutie bijna niet mogelijk omdat er maar één aanbieder is (UMC 1).

## **Bijlage 7 ‘Het inkoopproces binnen Algemene ziekenhuizen’**

De algemene ziekenhuizen beschikken vrijwel allemaal over een inkoopafdeling. Binnen deze afdeling hebben veel inkopers een NEVI achtergrond. Daarnaast geven de ziekenhuizen aan dat de inkopers voldoende mogelijkheid om zich te ontwikkelen door middel van trainingen en opleidingen (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 10). De grote van de inkoopafdeling varieert sterk van 1 tot 2 fte inkopers per 100 bedden (ALG 1; ALG2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 9; ALG 10). De inkopers binnen de inkoopafdeling hebben veelal een eigen aandachtsgebied toegewezen gekregen (ALG 2). Category management zorgt ervoor dat inkopers de markt beter kennen en dat de onderhandelingen met de leveranciers beter verlopen. (ALG 2). Enkele ziekenhuizen zijn verenigd in een inkoopsamenwerkingsverband, waarbij de inkoop wordt uitbesteed aan een inkoop- en logistiek bedrijf. Dit bedrijf is verantwoordelijk voor de totale inkoop van de investeringen en de verbruiksgoederen van de ziekenhuizen (ALG 7). De deelnemende ziekenhuizen beschikken niet meer over een fysieke inkoopafdeling binnen het ziekenhuis. Dit is een uniek concept waar op dit moment drie ziekenhuizen binnen Nederland aan deelnemen. Dit jaar wordt het aantal ziekenhuizen binnen dit concept uitgebreid tot vijf (ALG 7; ALG 8). Het concept is ontstaan vanuit de toenemende competitieve omgeving waarin de reguliere ziekenhuizen verkeren. Dit maakt de rol van de inkoopafdeling ook belangrijker doordat de inkoop van medisch specialistische producten een belangrijke rol kan spelen bij de totstandkoming van de kostprijzen van de behandelingen (ALG 7). Door middel van schaal- en efficiencyvoordelen streven de ziekenhuizen binnen dit inkoopsamenwerkingsverband naar een betere marktpositie en kunnen besparingen gerealiseerd worden (ALG 7; ALG 8).

### De inkoopstrategie binnen algemene ziekenhuizen

De inkoopstrategie is in alle algemene ziekenhuizen afgeleid van de organisatiestrategie (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 10). De algemene ziekenhuizen streven naar het realiseren van het gewenste kwaliteitsniveau tegen de laagst mogelijke integrale kostprijs. De invulling van deze inkoopstrategie verschilt per inkoopafdeling en is ook afhankelijk van de instelling van de medisch specialist, de budgethouder en de inkoper (ALG 1; ALG 4; ALG 10). Zo kan de integrale kostprijs verlaagd worden door uniformering van de producten (

ALG 1; ALG 7; ALG 8), het terugbrengen van het aantal leveranciers (ALG 6; ALG 7), het verlagen van de voorraden (ALG 5) en door het optimaliseren van processen (ALG 2).

Enkele ziekenhuizen werken samen op het gebied van inkoop binnen een coöperatieverband. Op dit moment is de inkoopstrategie nog een afgeleide van het strategisch plan van elk afzonderlijk ziekenhuis. Uiteindelijk moet dit naar een strategische beleid coöperatiebreed. De inkoopstrategie zal dan een afgeleide zijn van de coöperatiebrede strategisch beleid (ALG 4).

Binnen de vijf ziekenhuizen die gezamenlijk hun inkoop hebben uitbesteed is er al wel een gezamenlijk inkoopbeleid opgesteld aan de hand van de vijf verschillende organisatiestrategieën. Hier komen de Raden van Bestuur bijeen om de inkoopstrategie gezamenlijk vast te stellen. De Raden van Bestuur van de deelnemende ziekenhuizen nemen ook plaats in de Raad van Bestuur van het inkoopverband Zorgservice XL (ALG 7).

Binnen alle reguliere ziekenhuizen staat ‘het realiseren van besparingen’ hoog op de agenda. De inkoopafdelingen binnen een groot aantal reguliere ziekenhuizen krijgen een taakstelling opgelegd, die ze aan het eind van het jaar gerealiseerd moeten hebben (ALG 1; ALG 2; ALG 10). Daarnaast wordt ook kritisch gekeken naar de logistiek, levertijden en de kwaliteit. Het is niet de bedoeling dat er dit jaar veel bespaard wordt en dat we het volgend jaar terug krijgen omdat er niet goed is nagedacht (ALG 2; ALG 9).

Ook wordt door ziekenhuizen aangegeven dat ze willen groeien in de inkoopvolwassenheid (ALG 10) omdat ze daarin nog vrij laag in gepositioneerd zijn (ALG 5).

#### De plaats van de inkoopafdeling binnen de organisatie

De positionering van de inkoopafdeling binnen de reguliere ziekenhuizen verschilt niet alleen per ziekenhuis, maar verschilt ook per afdeling binnen het ziekenhuis (ALG 1; ALG 2; ALG 4; ALG 5). De plaats van de inkoopafdeling binnen het ziekenhuis is allereerst afhankelijk van hoe hoog ‘inkoop’ op de agenda staat bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en welke rol de inkoopfunctie krijgt toegekend (ALG 2; ALG 9). Zo krijgt een inkoopafdeling met veel mandaat veel meer op inkoopgebied gerealiseerd (ALG 9). De positionering, de rol en het mandaat binnen algemene ziekenhuizen is verschillend (ALG 7). Binnen sommige ziekenhuizen valt de inkoopafdeling onder de bedrijfseconomische zaken (ALG 1) of direct onder de Raad van Bestuur (ALG 2; ALG 9) en bij andere ziekenhuizen onder het facilitair

bedrijf (ALG 4; ALG 5). Daarnaast hebben enkele ziekenhuis de inkoopafdeling buiten het ziekenhuis gepositioneerd in een inkoop Samenwerkingsverband Zorgservice XL met andere ziekenhuizen (ALG 7).

Ook verschilt de plaats van de inkoopafdeling binnen het inkoopproces per inkoper, per afdeling en per specialist. Korte lijnen en een stevig mandaat vanuit inkoop zijn belangrijk binnen het inkoopproces. De inkoper moet ook de juiste rol pakken en standvastig zijn op het moment dat dat nodig is (ALG 9). Sommige interne klanten zien de inkoopafdeling, als een afdeling die hen in de weg staat voor de aanschaf van bepaalde producten en anderen zien de inkoopafdeling als een afdeling waar ze niet zonder kunnen (ALG 4; ALG 5; ALG 10). Wanneer de inkoopafdeling bij een bepaald specialisme op een positieve manier heeft bijgedragen aan het behalen van bepaalde doelstellingen, zullen ze sneller naar de inkoopafdeling toe stappen. Wanneer er echter een slechte ervaring is met de inkoopafdeling is er absoluut geen vertrouwen. Dit resulteert erin dat de inkoopafdeling pas in de laatste stappen van het inkoopproces betrokken wordt (ALG 2; ALG 5; ALG 10). Er wordt aangegeven dat in veel gevallen de inkoopafdeling pas om een te laat moment in het inkoopproces betrokken wordt (ALG 4; ALG 10).

*‘Alle varianten maken wij mee: van specialisten die zeggen ‘Ik mag wat kopen, hoe moet dat?’ tot een specialist die zegt: ‘het staat er al’ en alle smaken die er tussen liggen. Het ligt heel erg aan de specialist en de connectie en de relatie die je zelf hebt met die specialist’ (ALG 4).*

De laatste jaren krijgt de inkoopafdeling binnen de algemene ziekenhuizen wel een belangrijkere positie toegekend (ALG 5). De interne marketing van inkoop is erg belangrijk. Door een goede samenwerking met de medisch specialist is er ook meer mogelijk op inkoopgebied. Aan de samenwerking tussen de medisch specialist en de inkoopafdeling kan nog veel verbeterd worden (ALG 2).

*‘Op dit moment krijgt de inkoopafdeling niet zo’n grote rol toegekend als dat wij zouden willen bij het realiseren van de strategische doelstellingen van het ziekenhuis. Er is besloten dat de inkoopafdeling meer regie moet krijgen wanneer er op managementniveau wordt ingekocht. Daar hebben we hard voor gestreden en is nu ook bevestigd. Dat is wel waar we naartoe willen. De inkoopafdeling was*



*voornamelijk een bestelafdeling en voor het onderhandelen mochten we ook aan tafel zitten. Terwijl in het voortraject, waar het meeste geld te besparen valt, de inkoopafdeling steeds meer moet participeren. Dat is waar we naartoe gaan' (ALG 5).*

Een verbetering van de samenwerking met de interne klant zorgt ervoor dat het percentage wat je aan inkoop kunt managen stijgt (ALG 1). Zo zal de inkoopafdeling in de eerdere stappen van het inkoopproces worden betrokken (ALG 4). Door klantrelaties aan te gaan ontstaat er een proactieve werkwijze. Dit zorgt naast een grote betrokkenheid van de inkoopafdeling binnen het inkoopproces ook voor een beter spreiding van de werkzaamheden binnen de inkoopafdeling (ALG 1).

Binnen het inkoop Samenwerkingsverband Zorgservice XL wordt geïnvesteerd in de relatie met de interne klant door de inkoper meer een gesprekspartner te laten zijn op niveau. Inkopers binnen algemene ziekenhuizen met een eigen inkoopafdeling kunnen moeilijk een serieuze gesprekspartner zijn voor de medisch specialist omdat zij vele aparte inkoopgebieden hebben. Daar ligt de nadruk dan veel meer bij het proces faciliteren (ALG 7). Voor een inkoper is het ingewikkeld om zich toe te leggen op een specifieke tak van inkoop. Binnen Zorgservice XL wordt dit mogelijk gemaakt doordat de inkoop van vijf ziekenhuizen is gecentraliseerd. Inkopers kunnen zich op een smaller vakgebied gaan bezighouden (ALG 7; ALG 8).

#### Het inkoopproces binnen de Algemene ziekenhuizen

Binnen de reguliere ziekenhuizen kan het inkoopproces op twee verschillende manieren starten. Allereerst kan dit wanneer een contract afloopt dan komt het initiatief van de inkoopafdeling uit. Dit geldt ook voor de investeringen. Hiervoor is een meerjarenplan geschreven waarin staat welke investering welk jaar gedaan moet worden (ALG 3). Daarnaast kan het inkoopproces worden gestart vanuit de medisch leider en een bedrijfskundige die verantwoordelijk zijn voor een afdeling. Wanneer het inkoopproces gestart wordt vanuit dit duale management, verschilt het bij welke stap van het inkoopproces de inkoopafdeling betrokken wordt (ALG 5).

Het verloop van het inkoopproces binnen reguliere ziekenhuizen is afhankelijk van de impact van het product op de organisatie (ALG 1; ALG 4). Zo wordt er meer aandacht gegeven aan een product dat een grote invloed heeft op de organisatie bijvoorbeeld omdat dit product een

hoge aanschafprijs heeft (ALG 4). Zeker bij deze producten wordt voordat de specificatiefase begint gestart met de vraag: ‘Waarom investeren?’ en ‘Waar komt de behoefte vandaan?’ Dit wordt bekeken door mensen die in eerste instantie belanghebbenden zijn (ALG 4). Bij de aanschaf van producten boven een bepaald bedrag moet er een business case geschreven worden (ALG 3).

### Specificatie

De inkoopafdeling streeft ernaar om steeds meer binnen de specificatiefase te worden betrokken (ALG 4; ALG 5). Dit is van groot belang omdat tijdens de specificatiefase de meeste kosten bespaard kunnen worden (ALG 4). Wanneer de inkoopafdeling tijdens de specificatiefase betrokken wordt, gaan zij allereerst een projectteam samenstellen om het Programma van Eisen op te stellen. Hierin worden de wensen, eisen en behoeften van de gebruikers vastgesteld (ALG 6). Afhankelijk van de materie, de impact op de organisatie, het aantal stakeholders en de complexiteit van de stakeholders worden de projectleden gekozen (ALG 1; ALG 4; ALG 5; ALG 6). Het is de taak van de inkoopafdeling is om de juiste mensen bij elkaar te brengen die nodig zijn voor een juist Programma Van Eisen (ALG 2; ALG 4; ALG 5; ALG 6; ALG 7; ALG 8).

Niet in alle ziekenhuizen wordt gewerkt met projectteams. Dit zorgt ervoor dat inkoopafdelingen binnen deze ziekenhuizen het met minder formatie kunnen regelen. Deze ziekenhuizen specificeren op basis van functionele eigenschappen, merkonafhankelijk (ALG 9).

*‘Alleen ik maak met de gebruiker een functioneel Programma van Eisen. Daarna ga ik met het Programma van Eisen langs ICT en de medische instrumentele dienst... Vervolgens wordt er ook gekeken naar de producten binnen andere ziekenhuizen. Als daar naar tevredenheid mee wordt gewerkt en het is goedkoper dan de huidig gebruikte producten binnen het ziekenhuis, dan wordt de vraag aan de medisch specialist gesteld ‘Waarom kunnen wij dat hier niet doen?’ (ALG 9).*

Tijdens de specificatiefase wordt er door de inkoopafdeling tegen een tweetal dingen aangelopen. Deze punten worden minder herkend in ziekenhuizen waar alle specialisten in loondienst zijn en waar er een directeur-eigenaar situatie bestaat. Dit zorgt ervoor dat de

gezagsverhoudingen heel anders liggen (ALG 9). Binnen algemene ziekenhuizen waar specialisten in maatschapverband werken wordt ten eerste tegen het probleem aangelopen dat de specialisten vasthouden aan de voor hun bekende leveranciers. Zo zijn specialisten tijdens het opstellen van de specificaties geneigd om te kiezen voor de instrumenten waar ze tijdens hun opleiding mee zijn opgeleid (ALG 3; ALG 5). Ze geven dan als argument dat de patiëntveiligheid in gevaar komt, wanneer er wordt overgegaan op andere medisch specialistische instrumenten (ALG 5). Dit zorgt ervoor dat specialisten, bij het opstellen van het Programma van Eisen, het niet met elkaar eens kunnen worden (ALG 6). Daarnaast houden specialisten ook vast aan een bepaalde leverancier wanneer zij samen met een bepaalde leverancier onderzoek doen. Er is dan sprake van belangenverstremgeling (ALG 3; ALG 5; ALG 7).

*'Je kan niet tegenhouden dat een specialist advies vraagt bij een leverancier. Die gaan ook naar congressen toe. Sommige leveranciers assisteren ook bij operaties. Ook dat hou je niet tegen. In dat geval hebben de specialisten al een duidelijke voorkeur voor een bepaald product' (ALG 3).*

Het is erg lastig om tijdens de specificatiefase alle medisch specialisten op een lijn te krijgen. Voor inkoopcombinatie Zorgservice XL ligt er nog een extra uitdaging. Het is voor een inkoopafdeling binnen een algemeen ziekenhuis al erg lastig om een maatschap op een lijn te krijgen. Zorgservice XL regelt de inkoop voor vijf algemene ziekenhuizen. Het is een grote uitdaging om op vijf verschillende locaties, vijf verschillende maatschappen op een lijn te krijgen bij het opstellen van de specificaties (ALG 8).

Ten tweede heeft de inkoopafdeling binnen het ziekenhuis veel te maken met overspecificatie binnen het Programma van Eisen.

*'Wat je heel snel ziet is, omdat we een besturingssysteem kennen van deze organisatie waarin tegenstrijdige belangen zijn, een ziekenhuisdirectie en een maatschap, deze doelen niet altijd hetzelfde zijn. Dat betekent dat een ziekenhuis zoals wij eerder geconfronteerd worden met dokters die eigenlijk, of je het nou wil of niet, minder interesse hebben bij de bedrijfsvoering en dus eerder geneigd zijn naar goud of*

*diamant. Met name de overspecificatie, dat zie je heel veel. Dit is ook het punt in het inkoopproces waar je niet tegenaan kunt onderhandelen' (ALG 1).*

Om de overspecificatie op te kunnen vangen kennen veel ziekenhuisorganisaties een duaal management. Waarbij naast de medisch specialist ook een bedrijfskundige verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering van een afdeling (ALG 1; ALG 6; ALG 7; ALG 10). Daarnaast wordt in sommige ziekenhuizen ook een medisch specialist aan de inkoopafdeling gekoppeld. Deze specialist wordt betrokken wanneer de inkoopafdeling het idee heeft dat er sprake is van overspecificatie (ALG 1). Daarnaast wordt overspecificatie opgevangen door het budget krappert te stellen (ALG 4) en zorgt het samenwerken in coöperatieverband voor een referentiekader vanuit andere ziekenhuizen. Dit zorgt ervoor dat overspecificatie gemakkelijker te herkennen is (ALG 4). Ditzelfde geldt ook voor het inkoop Samenwerkingsverband Zorgservice XL. Het vergelijken van producten binnen ziekenhuizen resulteert in een betere inkoop en minder overspecificatie (ALG 8). Zeker wanneer er sprake is van overspecificatie heeft de inkoopafdeling een rechte rug nodig van de Raad van Bestuur en van de bedrijfskundigen van de afdelingen (ALG 4).

### Selectie

Nadat het Programma van Eisen is opgesteld door het projectteam worden leveranciers geselecteerd die voldoen aan het Programma van Eisen (ALG 4). In sommige gevallen, als er wordt overgegaan op een nieuw product, wordt er eerst uitgebreid mee getest. Er komen bepaalde proefplaatsingen op de afdeling voor een aantal weken. De medisch specialisten geven aan het eind van de testfase aan of de producten voldoen aan de kwaliteitseisen (ALG 1; ALG 2; ALG 4). Afhankelijk van de markt en van het product wordt gestreefd naar het opvragen van een drietal tot een vijftal offertes (ALG 1).

*'We hebben als stelregel dat als je een project oppakt boven de 50.000 euro dat je dan minstens drie leveranciers uitnodigt om een offerte uit te brengen. Het is niet te doen om ook de leveranciers die minder dan 50.000 euro omzet per jaar hebben zo uitgebreid te screenen' (ALG 2)*

De markt van het product bepaalt hoe de selectie van de leveranciers verloopt. Zo zullen in een competitieve vechtmkt, waarbij het gaat om een groot geldbedrag, meerdere offertes

worden opgevraagd. Bij specialistische producten is het aantal aanbieders beperkter. In dit geval is het niet altijd mogelijk om meerdere offertes op te vragen (ALG 1).

De ziekenhuizen geven aan dat tot een wisselend bedrag er een prijsopgave, een beperkte offerteaanvraag, een offerteaanvraag en een uitgebreide offerteaanvraag volgt (ALG 1; ALG 4). Afhankelijk van de markt wordt het aantal leveranciers terug gebracht tot twee. Er wordt er op aangestuurd dat de overgebleven leveranciers allebei even goed zijn. Voor het ziekenhuis maakt het op dat ogenblik niet meer uit, welke leverancier wordt gekozen. Omdat allebei de leveranciers voldoen aan de gestelde eisen, wordt gekozen voor de goedkoopste leverancier (ALG 4).

Binnen de algemene ziekenhuizen wordt geprobeerd de Total Cost of Ownership steeds meer mee te nemen bij het selecteren van de leverancier (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 5; ALG 10). Dit voorkomt dat ziekenhuizen voor verrassingen komen te staan (ALG 4). Toch geven de algemene ziekenhuizen aan dat het erg lastig is om inzicht te krijgen in de directe en indirecte kosten van een product (ALG 4) en geven ook aan dat dit niet altijd mogelijk is (ALG 5).

### Contracteren

Nadat er een leverancier is geselecteerd volgt het contracteren. De meeste ziekenhuizen beschikken over een eigen format voor een contract, met eigen contractvoorwaarden. Echter worden deze niet veel gebruikt (ALG 5). Wel hebben ziekenhuizen een checklist die ze houden naast de contracten van de leverancier. Zo wordt gecontroleerd of alles in het contract beschreven staat (ALG 5). Ook zijn ziekenhuizen bezig met het gezamenlijk opstellen van contractvoorwaarden binnen coöperatieverband (ALG 1; ALG 4; ALG 6; ALG 10).

### Bestellen

Nadat er een contract is afgesloten met de leverancier kan er een bestelling bij de leveranciers geplaatst worden. Veel ziekenhuizen beschikken over een webshop waar decentraal standaard gebruiksgoederen kunnen worden ingekocht. Een bepaald aantal mensen op de afdeling zijn bevoegd voor het plaatsen van de bestelling (ALG 1; ALG 3; ALG 4; ALG 10). Daarnaast wordt de bestelling van investeringsgoederen en unieke producten gedaan door de inkoopafdeling (ALG 10).

In alle ziekenhuizen wordt er wel eens buiten de inkoopafdeling om besteld. Dit maakt het lastig om voor het ziekenhuis precies inzicht te krijgen in alle producten en goederen die het ziekenhuis binnen komen (ALG 1). Het is moeilijk om daar grip op te krijgen. De medisch specialisten zijn namelijk gepositioneerd als zelfstandige ondernemingen binnen het ziekenhuis (ALG 3).

*‘Inkoop buiten de inkoopafdeling om gebeurt in elk ziekenhuis. Door het opstellen van strakke procedures wordt dit zoveel mogelijk tegengegaan. Deze procedures worden periodiek gecommuniceerd bij alle medische divisies. Zo is het duidelijk hoe het inkoopproces verloopt en wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft. De regelgeving wordt gecommuniceerd in een cyclus van drie jaar... Eén van de regels is: ga je buiten de inkoopafdeling om, dan kan je daar hoofdelijk aansprakelijk voor worden gesteld. De verplichtingen die zijn aangegaan worden dan persoonlijk verhaald’ (ALG 1).*

Medisch specialisten worden er op aangesproken wanneer zij de inkoop niet via de inkoopafdeling regelen (ALG 3; ALG 4). Zo zijn er afspraken gemaakt dat wanneer investeringsaanvragen buiten de inkoopafdeling om gaan, de specialisten door de Raad van Bestuur worden teruggefloten. Dit wordt alleen nog niet uitgedragen (ALG 4).

Niet alleen binnen het ziekenhuis zelf wordt aangegeven dat alle facturen via de inkoopafdeling moeten lopen. Ook naar de leveranciers toe wordt gecommuniceerd dat er geen offerte mag worden uitgebracht voordat de inkoopafdeling op de hoogte is (ALG 2). Zo moeten alle facturen voorzien zijn van een ordernummer en wanneer er facturen binnenkomen zonder ordernummer worden deze geretourneerd (ALG 1; ALG 2; ALG 4; ALG 10).

*‘Ook al moeten facturen een ordernummer hebben, maar ik kan je garanderen dat er achter de rug van de inkoopafdeling artikelen binnenkomen op de OK. Het is zelfs zo, dat een specialisme de afspraak had gemaakt met de firma; wij bestellen de goedkopere variant, maar als je ziet dat wij de goedkopere variant bestellen dan leveren jullie de duurdere. Na anderhalf jaar is het ziekenhuis erachter gekomen dat hetgeen de specialisten besteld hadden op papier veel goedkoper was dan de facturen die binnenkwamen’ (Anoniem).*

Veel ziekenhuizen geven aan dat het aanschaffen van producten buiten de inkoopafdeling om incidenteel gebeurt, maar het bovenstaande citaat geeft aan dat niet altijd te controleren is. Het komt ook in ziekenhuizen voor dat er inkoop Samenwerkingsverbanden lopen waarbij de inkoopafdeling zelfs niet eens betrokken is (ALG 5).

*'Er werken afdelingen samen binnen een inkoop Samenwerking waarbij de inkoopafdeling niet betrokken is. Dat betekent wel dat er dingen in huis komen waarvan wij ze niet besteld hebben. Of dan komen er bepaalde opmerkingen over producten die wij binnen het systeem niet kunnen terugvinden. Dat maakt het lastig en dan maakt het toch makkelijker als het centraal ergens vastgelegd wordt' (ALG 5).*

Hoewel inkoopafdelingen al veel maatregelen hebben genomen om inkoop buiten de inkoopafdeling om niet meer mogelijk te maken, gebeurt dit nog steeds. Hoe meer maatregelen er worden opgesteld binnen de ziekenhuizen, hoe minder dit gebeurt (ALG 6).

### Bewaken

De bewakingsfase verloopt binnen de ziekenhuizen heel verschillend. Zo beschikken sommige ziekenhuizen over een inkoopstelsel waar de order wordt geplaatst en nauwkeurig wordt gevolgd. Het product wordt geleverd en nauwkeurig in de gaten gehouden. Als er iets mis is geeft de afdeling of de technische dienst een melding naar de inkoopafdeling (ALG 10). De ziekenhuizen geven aan dat deze fase van het inkoopproces een nauwkeurig volgsysteem vereist. Zo komen er in ziekenhuizen wel eens facturen binnen van onderhoud dat helemaal niet is uitgevoerd (ALG 3; ALG 10).

*'Een contract blijven volgen is heel belangrijk, daarom vernieuwen wij dit jaar ons inkoopstelsel. Dit zorgt ervoor dat de managers real time inzicht hebben hoe ze ervoor staan. Dit is dan ook een inkoopdoelstelling voor 2013. De tools waarmee je een inkoopafdeling stuurt zijn heel belangrijk' (ALG 3).*

Een ander ziekenhuis geeft aan dat er vertrouwen moet zijn in de leverancier. Binnen dit ziekenhuis wordt een leverancier pas gevolgd wanneer de continuïteit van het zorgproces niet meer geborgd kan worden (ALG 4).

*‘Je moet vertrouwen hebben in je leverancier. Het is belangrijk dat je alle zaken goed in je contract regelt, zodat je tijdens deze fase van het inkoopproces niet meer heel veel hoeft te doen. Zij bieden de continuïteit tegen de afspraken die je gemaakt hebt’ (ALG 4).*

Het blijven volgen van een contract is heel belangrijk, omdat er veelal ook een stilzwijgende verlenging aan vast zit. Sommige ziekenhuizen kiezen ervoor om een contract altijd te laten aflopen. Zo is het voor de leverancier ook een uitdaging om binnen het ziekenhuis te mogen blijven leveren en wordt er niet onnodig veel betaald, want klantentrouw wordt veelal niet beloond (ALG 9).

Daarnaast bestaan in sommige ziekenhuizen ook commissies die bepaalde producten blijven volgen. Binnen deze ziekenhuizen heeft de inkoopafdeling om de week een stuurgroep vergadering met de Materiaal Advies Commissie. Daar wordt de doelstelling van de nieuwe producten besproken, de kosten van de producten worden doorgenomen en er wordt goed gekeken of een bepaald product noodzakelijk is binnen de DBC/DOT. Daarnaast kijkt de stuurgroep of de protocollen in orde zijn en zorgt ook voor de nazorg en evaluatie van een product (ALG 3).



## **Bijlage 8 ‘De besturing binnen Algemene ziekenhuizen’**

### Interne prestatiemeting

Interne prestatiemeting is belangrijk om zo de toegevoegde waarde van de inkoopafdeling te kunnen aantonen (ALG 5). Het meten van de inkoopresultaten wordt door de inkoopafdelingen binnen algemene ziekenhuizen als lastig ervaren (ALG 2). Zeker wanneer het gaat om het meten van de kwaliteit van de ingekochte producten is dit (bijna) niet mogelijk (ALG 4). In sommige ziekenhuizen gebeurt de interne prestatiemeting zelfs helemaal niet (ALG 5). Wel wordt in dit ziekenhuis naar de mogelijkheid gezocht om het belang van de inkoopafdeling te laten zien in de managementrapportages (ALG 5).

Inkoopafdelingen geven aan dat voornamelijk de kostencomponent hard te meten is. Zo kunnen de inkoopafdelingen per jaar aangeven hoeveel er bespaard is en of de taakstelling die opgelegd is door de Raad van Bestuur gerealiseerd is. Daarnaast is ook de logistiek of de facturatie meetbaar. Er kan geld bespaard worden door het aantal facturen te verminderen. Door minder facturen binnen te krijgen, bespaar je ook in de afhandelingskosten van de factuur. Zo wordt er ook kritisch gekeken naar de organisatie van de inkoopafdeling (ALG 2).

Ook de tevredenheid van de interne klanten ten opzichte van de inkoopafdeling wordt door sommige ziekenhuizen bij gehouden (ALG 4). Aan de hand daarvan kan iets worden gesteld over het functioneren van de inkoopafdeling. Zo wordt aan de interne klanten hun mening gevraagd over hoe zij het inkoopstelsel vinden werken en hoe zij de relatie met de inkoopafdeling ervaren (ALG 4). Uit deze klanttevredenheid meting komt naar voren dat de medisch specialisten minder tevreden zijn sinds het inkoopstelsel in gebruik is genomen. De reden hiervan ligt waarschijnlijk bij het vergroten van de controle. Alle facturen moeten door de invoering van het inkoopstelsel via de inkoopafdeling gaan. Dit levert weerstand op bij de medisch specialisten (ALG 4).

### Leveranciersbeoordeling

Ook op het gebied van leveranciersprestatiemeting kunnen door de ziekenhuizen nog grote slagen worden behaald. Zo geven ziekenhuizen aan dat het beoordelen van leveranciers nog te weinig wordt gedaan (ALG 3; ALG 5; ALG 10). Wel zijn ziekenhuizen bezig met het

ontwikkelen van middelen om de prestaties van de leveranciers te kunnen meten (ALG 5; ALG 10).

*'In ons nieuwe inkoopstelsel zit een tool, waarmee het mogelijk is om de prestaties van de leveranciers te meten. Bijvoorbeeld of ze op tijd geleverd hebben. Als je dan een evaluatiegesprek hebt met een leverancier dan kun je ze daarop afrekenen. Daar kun je ook een bonusregeling aanhangen. Hoe beter de leverancier presteert, hoe minder bonus het ziekenhuis krijgt. Hoe slechter de leverancier presteert, hoe hoger de bonus voor het ziekenhuis' (ALG 3).*

Binnen ziekenhuizen waar wel wordt gedaan aan (strategische) leveranciers prestatie meting gebeurt dit veelal via een email waarin een aantal vragen staan over het functioneren van het product en de leverancier (ALG 4; ALG 9). Daarnaast kunnen ook de korte lijnen binnen ziekenhuizen ervoor zorgen dat negatieve ervaringen met leveranciers bij de inkoopafdeling terecht komen. Aan de hand van deze signalen kunnen er acties worden opgesteld richting de leverancier (ALG 9).

Sommige ziekenhuizen geven aan dat het volgen van een leverancier enkel gebeurt wanneer de continuïteit in het geding komt en er sprake is van een strategische leverancier is. Als de leveranciers gevolgd wordt binnen dit ziekenhuis is dit voor de leverancier een slecht teken (ALG 4).

### Betrokkenheid van de leveranciers

Ziekenhuizen geven aan dat leveranciers in sommige gevallen met afdelingen samenwerken om producten verder te ontwikkelen (ALG 2; ALG 4; ALG 10). De betrokkenheid van de leveranciers is wel afhankelijk van wat voor type leverancier het is en wat voor impact hij heeft op de organisatie. Het voordeel van het betrekken van de leveranciers bij het ontwikkelen van producten is dat je als eerste wordt benaderd om te werken met de allernieuwste productinnovaties. Toch staat het samenwerken met leveranciers niet heel hoog op de agenda binnen algemene ziekenhuizen en zijn er weinig documenten en strategieën over te vinden (ALG 10).

Leveranciers spelen niet alleen een rol bij het ontwikkelen van producten. Sommige ziekenhuizen geven aan dat leveranciers een veel grotere rol moeten hebben ook binnen het

gehele inkoopproces. Zo geeft het opstellen van een Programma van Eisen weinig ruimte aan de leverancier. Misschien kan de leveranciers wel met een veel beter Programma van Eisen opstellen, omdat zij veel beter op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen en veel meer kennis hebben van de producten (ALG 4). De zogenaamde prestatie inkoop, waarbij er meer nadruk wordt gelegd op het vertrouwen in de leverancier in plaats van het controleren en beheersen, heeft veel voordelen omdat het minder tijd kost, er minder papierwerk bij komt kijken en er binnen het budget gebleven wordt. Daarnaast is het ook positief voor de relatie die je hebt met je leverancier (ALG 4). De leverancier leidt de zorginstelling in plaats van dat de zorginstelling de leverancier stuurt en controleert (ALG 4).

## **Bijlage 9 'Kostenbeheersing binnen Algemene ziekenhuizen'**

### Concurrerende offertes

Alle ziekenhuizen geven aan door middel van concurrerende offertes kosten te besparen (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 7; ALG 8; ALG 9; ALG 10). Ziekenhuizen beseffen dat door middel van goed te onderhandelen en het afspreken van goede condities veel geld bespaard kan worden (ALG 3; ALG 5).

*'Mijn visie is dat je door middel van concurrentiestelling nog altijd het meest bespaart voor een ziekenhuis' (ALG 3)*

Wanneer de markt van een product het toelaat worden er altijd meerdere offertes opgevraagd (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 7; ALG 8; ALG 9; ALG 10). Door meerdere offertes bij verschillende leveranciers op te vragen kunnen de prijzen per product gemakkelijk worden vergeleken en is het mogelijk om verschillende leveranciers tegen elkaar uit te onderhandelen (ALG 4).

### Distributiemethoden

Ten tweede kunnen inkoopbesparingen worden gerealiseerd door de transport op een andere manier op te zetten en de voorraden binnen de organisatie te verlagen. Veel ziekenhuizen geven aan kritisch naar de voorraden te kijken en deze zo veel mogelijk te minimaliseren (ALG 2; ALG 4; ALG 5; ALG 9; ALG 10). Ook geven ziekenhuizen aan dat dit nog wel amateuristisch is opgezet (ALG 3; ALG 5) en hier nog veel besparingsmogelijkheden liggen. Zo wordt aangegeven dat sommige ziekenhuizen op dit moment nog niet de tools hebben om de decentrale voorraden op de afdelingen te monitoren. Voor de voorraden in het centrale magazijn is dit wel mogelijk (ALG 3). Wel zijn de ziekenhuizen bezig met het verbeteren van het zicht op de voorraden (ALG 3; ALG 5).

Ook geven ziekenhuizen aan dat er mogelijkheden liggen bij het anders opzetten van het transport. Op het transport kan nog veel bespaard worden binnen. Op dit moment hebben ziekenhuizen veel bestelmomenten en aflevermomenten gedurende de gehele dag (ALG 3; ALG 5; ALG 9). Er moet kritisch worden gekeken of de opzet van het aanleveren producten anders moet worden opgezet. Zo moeten leveranciers misschien niet alleen overdag leveren,

maar misschien juist 's avonds of in het weekend. De leverancier moet een grotere rol krijgen in het logistieke proces, waardoor de voorraad ook weer lager kan worden (ALG 7).

### Inkoopbeleid

De introductie van jaarcontracten voor producten kan leiden tot mogelijke besparingen. Er wordt door ziekenhuizen aangegeven dat er doorgaans jaarcontracten worden afgesloten. Daarnaast zijn er raamovereenkomsten met de grootste leveranciers. Op die manier wordt geprobeerd de grootste leveranciers nog meer te sturen en te concentreren (ALG 3). Wel moet per product kritisch worden gekeken welke contractvorm het meest voordelig is voor het ziekenhuis (ALG 9).

*'Het gebruik van jaarcontracten, ik weet niet of dat echt helpt. Ik denk in ieder geval niet voor alles, want het hangt ook af van het marktsegment. Bijvoorbeeld bepaalde producten waar de grondstoffen schaars van zijn, daar kun je strakke prijzen voor afspreken. Andere producten daar moet je voorkorte termijn afspreken, omdat die prijzen aan het kelderen zijn' (ALG 9).*

### Optimaliseren van het bestelbeleid

Door de samenwerking goed op te zetten tussen de inkoopafdeling en de andere afdelingen kan het bestelbeleid worden geoptimaliseerd. Het probleem dat er binnen ziekenhuizen nog veel buiten de inkoopafdelingen om wordt besteld is erg actueel. Ziekenhuizen hebben hier wel acties tegen ondernomen, waardoor het bestellen buiten de inkoopafdeling om wel lastiger wordt. Toch komt maverick buying nog binnen alle ziekenhuizen voor (ALG 6).

*'Om inkoopbesparingen te realiseren is het belangrijk om de verantwoordelijkheid bij de medisch specialist neer te leggen. Wanneer je de verantwoordelijkheid bij de inkoopafdeling legt, komt er geen commitment tussen de specialisten over de aanschaf van een bepaald product. De inkoopafdeling moet enkel het proces faciliteren. Uit de praktijk blijkt dat er veel besparingen op deze manier zijn gerealiseerd' (ALG 6).*

Om bestellingen buiten de inkoopafdeling te voorkomen is het belangrijk dat de plaats van de inkoopfunctie en daarmee de rol die inkoop kan vervullen bij het realiseren van organisatiedoelstellingen door de interne gebruikers van grote toegevoegde waarde wordt

gezien. De interne marketing is hierbij van groot belang (ALG 2). Zo is het belangrijk dat inkoop gezien wordt binnen de organisatie en er regelmatig gesprekken plaats vinden met inkopers en bedrijfskundigen. Aan de hand van deze gesprekken kan het bestelbeleid worden aangepast (ALG 1). Daarnaast is ook het opzetten van een webshop binnen de ziekenhuizen, waar decentraal besteld kan worden een goede stap in de richting om de zichtbaarheid van de inkoopafdeling te vergroten (ALG 1; ALG 2; ALG 4; ALG 10).

Naast de samenwerking tussen de afdelingen in het ziekenhuis en de inkoopafdeling kunnen inkoop Samenwerkingsverbanden ook bijdragen aan het realiseren van kostenbesparingen. Zo maken de meeste ziekenhuizen deel uit van een inkoop Samenwerkingsverband (ALG 1; ALG 2; ALG 3; ALG 4; ALG 5; ALG 7; ALG 8; ALG 10). Inkoop Samenwerkingsverbanden geven de mogelijkheid om overspecificatie te voorkomen (ALG 4). Daarnaast geven Samenwerkingsverbanden ook de mogelijkheid om de aantallen producten die gebruikt worden per ziekenhuis te vergelijken. Dit maakt het mogelijk om de efficiency per ziekenhuis te verbeteren (ALG 4).

*'Door binnen de coöperatie in te kopen wordt er ook een mooie slag gemaakt in het neerwaarts specificeren. Daarnaast merken we dat het ook profijt heeft voor onze klanten dat ze hun kennis kunnen centreren. Een inkoper krijgt zijn eigen specifieke inkoopgebied toegewezen, waardoor deze veel meer kennis van zaken heeft. Deze inkoper koopt dat voor dat specifieke inkoopgebied in voor drie ziekenhuizen. Het grote risico is als de coöperatie uit elkaar klapt. Dan moet je als inkoopafdeling weer gaan werken aan de opbouw met je klantgroepen. Want daar zit de sleutel tot succes, want een klant gaat niet bij jou kopen op het moment dat hij geen vertrouwensband met je heeft. Dat is ook de reden dat er zoveel buiten de inkoopafdeling om wordt ingekocht' (ALG 1).*

Daarnaast wordt er ook met leveranciers samengewerkt om de kosten te verlagen. Er worden bijeenkomsten georganiseerd met leveranciers waarbij gezamenlijk gekeken wordt wat de mogelijkheden en opties zijn om te besparen (ALG 2).

### Waardeanalyse, substitutie en standaardisatie

Inkoopbesparingen kunnen ook gerealiseerd worden door veranderingen door te voeren in vastgestelde specificaties en door de substitutie van gelijkwaardige, maar goedkopere producten. Zoals gesteld is, valt er tijdens de specificatiefase van het inkoopproces het meeste geld te besparen. Overspecificatie, een grote variatie van dezelfde soort producten en de grote invloed die de medisch specialist heeft bij het maken van de keuze voor een bepaald product zorgen ervoor dat er onnodig veel geld uitgegeven wordt. Op initiatie van de Raad van Bestuur is er in sommige ziekenhuizen een materiaal commissie samengesteld, die bij de inkoop van producten de specialisten van advies kan voorzien (ALG 3; ALG 6). Echter heeft deze commissie binnen de ziekenhuizen vaak te weinig mandaat om het op te nemen tegen de medisch specialisten.

*'We zijn bezig geweest met de kunstheupen. Als materiaal commissie hebben wij een advies gegeven, om van meerdere kunstheupen over te gaan naar een soort. Alleen de orthopeden wilden zich niet conformeren aan hetgeen de materiaal commissie had besloten' (ALG 6).*

Het uniformeren van producten binnen het ziekenhuis en daarmee het reduceren van het aantal leveranciers kan veel geld besparen (ALG 3; ALG 5; ALG 7; ALG 10). De meeste kosten zijn te besparen door het uniformeren van producten. Enerzijds bespaar je op de kosten, anderzijds werkt ook iedereen op dezelfde wijze. Als verpleegkundigen tussen afdelingen onderling worden uitgewisseld, bespaart dit tijd voor de verpleegkundige omdat ze niet hoeft te leren hoe ze met een bepaald product moet werken (ALG 2). Door het uniformeren is het binnen de A12 coöperatie mogelijk om personeel uit te wisselen tussen verschillende ziekenhuis. Daarnaast verbetert het ook de kwaliteit van zorg omdat al het personeel met dezelfde apparatuur werk, waardoor er minder fouten worden gemaakt (ALG 4).

*'Ik ben al lang blij als alle specialisten voor hetzelfde product kiezen, ook al gaan ze voor het duurste product. Er ontstaat een ramp als er vijf maten zijn en vijf verschillende typen waar ze mee willen werken. Dat volume inkopen is tot zekere hoogte wel waar, maar het proces is veel belangrijker. Bijvoorbeeld de OK assistenten moeten ook met de producten leren werken. Daarnaast is het zo dat bijvoorbeeld per*

*setje instrumentarium een reserve moet zijn. Dat betekent al twee setjes per specialist als ze allemaal kiezen voor een ander set instrumentarium. Elk setje instrumentarium moet anders gesteriliseerd worden. Ook dat brengt extra kosten en extra werk met zich mee' (ALG 8).*

In veel ziekenhuizen is het uiteindelijk nog veel het geval dat de medisch specialist het product bepaalt en binnen een maatschap zijn ze vaak niet bereid om tot een keuze te komen (ALG 8).

*'Wat ik nu zie is dat tot op de dag van vandaag dat de arts, al dan niet rechtstreeks of via de achterdeur, krijgt wat hij wil. Zo niet, dan dreigt hij om ergens anders te gaan opereren, waardoor de productie en de omzet van het ziekenhuis daalt. Dan heb je geen keuze meer' (ALG 8).*

Sommige inkoopafdelingen stellen dat je een medisch specialist niet kunt dwingen om met bepaalde producten te werken, omdat de specialist weet welke producten hij voor een bepaalde patiënt moet gebruiken (ALG 7). Anderzijds wordt door een inkoopafdeling gesteld: als een product zich eenmaal in een ander ziekenhuis heeft bewezen, wat is dan de reden om dat niet over te nemen? (ALG 9).

*'Wij hebben maar 1 leverancier voor heel Orthopedie. Dat scheelt ons heel veel kosten. De meeste ziekenhuizen hebben twee leveranciers voor heupen, twee voor knieën en twee voor trauma.. Als ik een nieuwe leverancier moet aanmaken, zeg ik altijd direct: welke kan ik laten vervallen? Kan ik er geen laten vervallen, dan maak ik geen nieuwe aan' (ALG 9).*

Er valt bij algemene ziekenhuizen nog veel te besparen op het beperken van het aantal leveranciers (ALG 9; ALG 10). Bij uniformering en daarbij ook het verminderen van het aantal leveranciers heb je de directies van de ziekenhuizen en ook de zorgmanagers nodig. Als inkoopafdeling kun je het niet alleen doen. Je moet samen opereren (ALG 3).