

Strategievorming van Public-Private Partnerships voor realisatie van priority medicines

**Literatuurstudie vanuit een strategische perspectief naar
het concept PPPs in de gezondheidszorg**

S.J. Querido (299144)

Utrecht, 24 augustus 2007

Master afstudeerscriptie

Zorgmanagement (ZOMA)
iBMG, instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Eerste begeleidster: Dr. A. A. de Bont

Tweede begeleider: Dhr. E. Huisman MBA/MBI

Voorwoord

Deze masterscriptie had niet tot stand kunnen komen zonder de hulp van een aantal mensen. Hun medewerking en steun is cruciaal geweest voor de realisatie van deze masterscriptie.

Mijn dank aan mijn scriptiebegeleider mevrouw dr. A. A. de Bont, voor het meedenken, adviseren en ondersteunen over de inhoud van deze scriptie, alsmede voor haar feedback op de vele conceptstukken, de motivatie tot het schrijven, het geduld en de begeleiding! Daarnaast wil ik de heer E. Huisman MBA/MBI, tweede scriptiebegeleider, bedanken voor zijn feedback tijdens de laatste weken van het schrijven. Tevens dank aan het onderzoeksteam van de iBMG en het Rathenau Instituut dat ik heb kunnen deelnemen aan het project “*Towards Effective Cooperation on Medicine Research and Development*”. Het heeft input geleverd voor deze scriptie en mij handvatten geboden in analyseren en leren schrijven.

Ook veel dank aan mijn ouders die de beste basis en ondersteuning hebben geboden tijdens mijn studie. Ook Hadassa Hirschfeld dank ik voor het corrigeren van mijn soms eigenaardig taalgebruik. Tot slot, maar niet minder belangrijk, dank aan mijn vrienden en vriendinnen die mij de nodige stimulans hebben gegeven tijdens het gehele proces.

Er zijn slechts 26 letters, maar het gaat bij schrijven om de juiste combinaties.

Utrecht, 24 augustus 2007

Samenvatting

De wereldgezondheidssituatie heeft te maken met een tekort aan priority medicines, zowel wat betreft de productie als de distributie. In 2004 heeft de Europese Unie deze problematiek op zijn beleidsagenda geplaatst.

Om het tekort aan priority medicines op te vangen leek het aangewezen om publieke en private instellingen en organisaties in een Public-Private Partnership samen te brengen “*so that people with different parts of the jigsaw can come together to create a useful partnership*” (Tickell 2005:27). PPPs hadden in andere sectoren zoals milieu en onderwijs hun diensten al bewezen. Het lag dus voor de hand om te verwachten dat ook ten aanzien van priority medicines PPPs een goed mechanisme zouden kunnen zijn. Het samenbrengen van experts, die nodig zijn voor de productie en distributie van priority medicines zou vele voordelen moeten bieden. Het samenbrengen van deze verschillende actoren heeft evenwel niet geleid tot de gewenste en verwachte ontwikkeling en distributie van priority medicines. Kennelijk creëren dergelijke complexe organisaties weer andere knelpunten, waardoor stagnatie optreedt. Deze knelpunten kunnen tal van oorzaken hebben. In deze scriptie is gekeken of deze van strategische aard kunnen zijn.

De probleemstelling van deze scriptie luidt dan ook “*Hoe kan vanuit de theorie van strategie de problematiek rondom PPPs worden verklaard?*”

In deze studie is gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit waren literatuuronderzoek aangevuld met interviews. De knelpunten van PPPs zijn verklaard vanuit een strategisch model, dat is gebaseerd op de overtuiging dat er een evenwicht dient te zijn tussen enerzijds de afstemming van de doelstellingen en de activiteiten en anderzijds de afstemming tussen de doelstellingen en de omgeving. Daarbij zijn de vijf strategische basiselementen van invloed, namelijk het beschrijven van de toekomst, het bepalen van de organisatorische positie, het selecteren van de strategie, de implementatie en controle en tot slot het managen van de interne context. Vanuit het strategisch perspectief is de verklaring voor de problematiek rondom priority medicines, dat er een verstoring van het strategisch evenwicht is, omdat de vijf strategische basiselementen gebrekkig aangewend worden door deze samenwerkingsverbanden

In dit onderzoek wordt duidelijk dat het lijkt dat wanneer teveel partners – bovendien uit disciplines die op alle mogelijke manieren tegenover elkaar kunnen staan - in één strategisch verband met elkaar moeten samenwerken het lastig is om effectief het tekort aan priority medicines op te lossen. PPPs voor priority medicines blijken ook nog eens onoverzichtelijke organisaties te zijn, die niet goed in staat zijn hun resultaten te presenteren. Geldgevers – zowel overheid als private- en charitatieve instellingen – aarzelen dan ook nog verdere investeringen te plegen. Hierdoor stagneren de activiteiten van PPPs en blijft onderzoek en ontwikkeling van priority medicines nog steeds uit. PPPs voor priority medicines zijn in een vicieuze cirkel terecht gekomen.

Deze scriptie laat het dilemma zien, dat urgente maatschappelijk problemen haast automatisch leiden tot een gezamenlijke oplossing in grote samenwerkingsverbanden, maar dat het uiterst moeizaam is om deze complexe samenkomst van actoren te managen. Hiermee wordt overigens niet gezegd, dat het samenbrengen van partijen ter realisatie van maatschappelijke doelstellingen geen goede strategie zou zijn, maar er dienen wel de juiste voorwaarden geschapen te worden.

Summary

The world health situation has with a shortage to do of priority medicines, both concerning production and the distribution. In 2004, the European Union has placed these problems on its policy agenda.

To catch the shortage of priority medicines it seemed indicated to bring together public and private institutions and organisations in a Public-Private Partnership “*so that people with different parts of the jigsaw can come together to create a useful partnership*” (Tickell 2005:27). PPPs had already proved in other sectors such as environment and education their services. It lay therefore to be expected that also with respect to priority medicines PPPs could be a good mechanism. Bringing together experts, who are necessary for production and distribution of priority medicines should offer a lot of advantages. Bringing together these different actors has not conducted however the desired and expected development and distribution of priority medicines. Obviously such complex organisations create other sticking points, as a result of which stagnation appears. These sticking points can have many possible causes. In this special paper there has been looked if these can be of a strategic nature.

The formulation of the problem of this special paper is therefore: “*How is it possible from the theory of strategy to explain the problems around PPPs?*”

In this study there has been used qualitative research methods. This were a literature research completed with interviews. The sticking points of PPPs have been explained from a strategic model, which has been based on the conviction that there must be a balance between on the one hand the harmonisation of the objectives and the activities and on the other side the harmonisation between the objectives and the surroundings. Thereby the five strategic basic elements are of influence, namely describing the future, stipulating of the organisational position, selecting the strategy, the implementation and control and finally managing the internal context. From the strategic perspective the declaration for the problems of priority medicines, there is a distribution of the strategic balance, because the five strategic basic elements are applied poorly by these cooperation bonds.

In this research it becomes clear that it seems that when too many partners - moreover from disciplines which can stand in all possible manners compared with each other – must cooperate with each other in one strategic link it is difficult to solve the shortage of priority medicines effectively. PPPs for priority medicines also seem to be badly arranged organisations, which are not well able to present their results. Financiers - both government and private and philanthropic institutions – still hesitate to make further investments. Because of this the activities of PPPs stagnate and research and development of priority medicines still stays away. PPPs for priority medicines have rightly come in a vicious circle.

This special paper shows the dilemma, that urgent socially problems almost automatically lead to a common solution in large cooperation bonds, but that it is extremely laborious to manage the complex meeting of actors. Moreover it is not said, that bringing together parties for the realisation of social aims could not be a good strategy, but the correct conditions must be created.

Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	2
<i>Samenvatting</i>	3
<i>Summary</i>	4
<i>Hoofdstuk 1 - Inleiding</i>	7
1.1 - Economische en maatschappelijke belangen.....	7
1.2 – Europa.....	7
1.3 – Drie groepen van priority medicines	8
1.4 – Public-Private Partnerships	9
1.5 – Onderzoeksdoelen en onderzoeksvraag	9
<i>Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader</i>	11
2.1 – Strategie	11
2.2 – Strategievorming.....	12
2.3 –Visuele weergave	15
<i>Hoofdstuk 3 – Strategievorming</i>	16
3.1 – Drie ontwikkelingen.....	16
3.2 – Drie scholen	18
<i>Hoofdstuk 4 – Methoden van onderzoek</i>	19
4.1 – Onderzoeksdesign en onderzoekseenheden	19
4.2 – Betrouwbaarheid en validiteit.....	21
<i>Hoofdstuk 5 – De structuur en knelpunten van Public-Private Partnerships (PPPs)</i>	23
5.1 – PPPs.....	24
5.2 – Actoren.....	24
5.3 – Bereikte effecten van PPPs.....	25
5.4 – Knelpunten en nadelen	26
<i>Hoofdstuk 6 – Knelpunten door strategievorming bij PPPs</i>	27
6.1 – PPPs en hun doelstellingen.....	27
6.2 – Kenmerken van PPPs	28
6.3 – Strategische problemen van PPPs	28
<i>Hoofdstuk 7 – Drie PPPs</i>	33
7.1 – International AIDS Vaccine Initiative (IAVI).....	33
7.2 – Medicines for Malaria Venture (MMV)	35
7.3 - The Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance).....	37
<i>Hoofdstuk 8 – Conclusie</i>	39
<i>Literatuur</i>	43
<i>Bijlage 1 - Investeerders van Medicines for Malaria Venture</i>	46

Bijlage 2 – Investeers van Global Alliance for TB Drug Development..... 47

Hoofdstuk 1 - Inleiding

Van 1 juli tot en met 31 december 2004 vervulde Nederland het halfjaarlijkse voorzitterschap van de Europese Unie. Het voorzitterschap bood de mogelijkheid om vooruitgang te realiseren op beleidsdossiers die Nederland belangrijk vond. Voor de gezondheidszorg was het programma gericht op samenwerking tussen de verschillende lidstaten ten aanzien van problemen die niet op nationaal niveau zijn op te lossen. Eén van deze problemen was het tekort aan priority medicines (Ministerie van VWS 2004, Ministerie van VWS 2007a).

Oorzaak van het tekort aan priority medicines ligt voornamelijk in de frictie tussen de tegengestelde economische en maatschappelijke belangen. Binnen zogenaamde Public Private Partnerships (PPPs) probeert men deze belangen met elkaar te verzoenen. Hieronder wordt uitgebreid beschreven wat PPPs zijn.

1.1 - Economische en maatschappelijke belangen

In Europa heeft elke burger recht op gezondheidszorg in de breedste zin van het woord en dat deze voorhanden dient te zijn. Daarin begrepen zijn ook geneesmiddelen en dus ook priority medicines (Kaplan & Laing 2004, Ministerie van VWS 2004a).

Priority medicines zijn groepen van essentiële middelen die onvoldoende beschikbaar zijn (hieronder wordt dat uitgebreid beschreven). De ontwikkeling, productie en distributie van priority medicines stagneert vanwege de hoge kosten. Toch zijn ze voor de samenleving essentieel. Denk bijvoorbeeld aan de AIDS-problematiek in Afrika of toenemende ouderdomsziekten. De industrie heeft immers te maken met andere doelstellingen dan alleen een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Belangrijke medicijnen voor de industrie zijn eerder geneesmiddelen die veelvuldig worden gebruikt en zorgdragen voor de economische groei en voortbestaan van het bedrijf. Dat is niet geheel onbegrijpelijk, omdat voor de ontwikkeling van medicines jarenlang kostbaar onderzoek nodig is.

Hier is een duidelijke frictie zichtbaar: de overheid die tot taak heeft iedere burger passende gezondheidszorg te bieden en de ontwikkelaar, die onderzoek, ontwikkeling en distributie van priority medicines te duur en onrendabel acht. Kortom een botsing tussen economische en maatschappelijke belangen en verplichtingen.

1.2 – Europa

In de periode van het voorzitterschap heeft de Nederlandse overheid de World Health Organization (WHO) gevraagd een Europese onderzoeksagenda op te stellen voor de ontwikkeling van priority medicines (Ministerie van VWS 2004, Rawlins 2005). Deze onderzoeksagenda had de intentie om de ontwikkeling van priority medicines te stimuleren en (financiële) middelen vrij te maken (Kaplain & Laing 2004, Ministerie van VWS 2004).

The EU has provided very little support for such organizations. Given adequate support, PPPs could fill a critical gap by providing products for the EDCTP to test in their clinical trials programme (Kaplain & Laing 2004).

The EU should support research on diagnostics, vaccines and pharmaceutical translational research being undertaken by PPPs and by small and medium - sized

enterprises to address this serious public health problem (Kaplain & Laing 2004).

De WHO stelt in haar rapport dat PPPs een oplossing kunnen zijn in het voorzien van voldoende priority medicines. Hiervoor dient de nodige (financiële) ondersteuning geboden te worden.

Vanuit een organisatiewetenschappelijke benadering is het een interessant vraagstuk in hoeverre PPPs strategisch bekwaam zijn en of zij daadwerkelijk in staat zijn de rol die de WHO hen toebedeeld te vervullen. Dit, met name omdat allen betrokken actoren van PPPs verschillende belangen en doelstellingen hebben. Daarom worden in deze scriptie de strategische knelpunten binnen PPPs geanalyseerd.

Hieronder zullen eerst definities worden gegeven van priority medicines en PPPs. Het hoofdstuk wordt afgesloten met de concrete onderzoeksvraag.

1.3 – Drie groepen van priority medicines

Volgens Kaplan en Laing (2004) zijn priority medicines: “*medicines which are necessary for meeting the priority health care needs of the population (“essential medicines”), but have not yet been developed*”. Daarmee zeggen deze twee onderzoekers van de WHO dat het bij priority medicines gaat om essentiële geneesmiddelen, die met voorrang ontwikkeld zouden moeten worden, hetgeen echter niet gebeurt.

Wetenschap en de farmaceutische industrie zorgen voor kwalitatief hoge medicijnen die veilig zijn in het gebruik en geen giftige bijwerking hebben. Ondanks de verscheidenheid aan middelen en daarmee de grote mogelijkheid aan keuzes op de geneesmiddelenmarkt, vertoont de geneesmiddelenkaart nog steeds witte vlekken. De Europese industrie is voornamelijk gericht op de ontwikkeling van medicijnen waarvoor een grote markt is en waarmee de investeringen makkelijk en snel kunnen worden terugverdiend. Er zijn mede daardoor nog steeds aandoeningen en ziektes waarvoor medicatie ontbreekt (Ministerie van VWS 2004a).

Deze zogenaamde priority medicines zijn onder te verdelen in drie categorieën:

Groep 1 – grote markt

Voor sommige ziektes zijn er in de Westerse wereld voldoende medicijnen voor handen in tegenstelling tot ontwikkelingslanden, de zogenaamde Noord-Zuid problematiek. Dit geldt met name voor ziekten als AIDS, malaria en tuberculose (IAVI 2007, MMV 2007, TB Alliance 2007). In hoofdstuk zes wordt deze problematiek uitgebreid besproken aan de hand van strategische modellen.

Groep 2 – kleine markt

Het ontbreken van medicatie geldt tevens voor de groep patiënten met een zeldzame ziekte. In Europa zijn dit aandoeningen die bij niet meer dan 1 op de 2000 mensen voorkomt, zoals Adresnoleukodystrofie (ALD) en Cystic fibrose (Stuurgroep weesgeneesmiddelen 2007). Het is dus een kleine afzetmarkt. Dat wil overigens niet zeggen dat er geen onderzoek wordt gedaan, alleen dat het daadwerkelijke op de markt brengen van geneesmiddelen vindt niet plaats.

Groep 3 – specifieke markt

De groep gebruikers die deze markt zou moeten bedienen betreft zwangeren, kinderen en ouderen. Zij kunnen geen gebruik maken van de standaardmedicijnen, omdat er een specifiekere dosering dient te zijn en een aangepaste gebruikersvriendelijke vorm (Ceci et al. 2006). De vorm van de medicatie is voor kinderen en baby's te groot en voor ouderen met bijvoorbeeld Parkinson juist te klein om het beoogde effect te hebben.

Alle hierboven genoemde groepen van medicijnen hebben te maken met een tekort aan financiële middelen voor onderzoek en ontwikkeling, alsmede de productie. Voor wat betreft de ontwikkelingslanden komt daar ook nog eens de ongelijke distributie bij (Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Kaplan & Laing 2004, Ministerie van VWS 2004, Moran et al. 2005, Nisthar 2004). Ondanks de verschillende initiatieven van overheden, internationale organisaties en private instellingen, blijven deze drie groepen van priority medicines te maken hebben met, zoals Kaplan & Laing (2004) dat noemen, “*pharmaceutical gaps*”.

Er zijn dus grote uitdagingen, waarbij de kern is de afstemming tussen de actoren in het veld om te komen tot daadwerkelijke, zinvolle acties. Een reeds bestaande oplossing zijn de Private-Public Partnerships (PPPs).

1.4 – Public-Private Partnerships

PPPs in de gezondheidszorg zijn samenwerkingsverbanden tussen de overheid (publiek) en commerciële organisaties (privaat) met als doel het bevorderen van de ontwikkeling van geneesmiddelen voor priority medicines (Moran 2005, Nisthar 2004). PPPs bestaan uit vertegenwoordigers van de overheid, de farmaceutische industrie en de wetenschap. De strategische keuze voor een dergelijk nauwe samenwerkingsverband zou moeten kunnen leiden tot een adequate afstemming en coördinatie om priority medicines te realiseren. Omdat genoemde actoren evenwel werken vanuit verschillen belangen en doelstellingen lopen PPPs tegen complexe strategische knelpunten aan. Hieraan wordt in de hoofdstukken 5 en 6 uitgebreid aandacht besteed.

1.5 – Onderzoeksdoelen en onderzoeksvraag

Het doel van het project *Towards effective cooperation on medicine research and development* van De Bont et al. (2007) was om te identificeren en overzicht te geven welke condities, middelen en samenwerkende inspanningen nodig zijn voor gezamenlijk, effectief gezondheidszorgonderzoek en geneesmiddelenontwikkeling strategieën in Europa. Het project heeft getracht inzicht te geven in het politieke proces van besluitvorming en priority-setting in de verschillende landen om te identificeren wat de beleidstekorten zijn die leiden tot farmaceutische kloven. Deze onderzoeksbenadering was voornamelijk gebaseerd op politieke theorieën.

De problematiek van priority medicines is al vanuit de medische wetenschap en vanuit de politieke gedachtegang onderzocht. In deze scriptie is een derde benadering toegepast, namelijk vanuit het perspectief van de organisatiewetenschappen. PPPs zijn immers complexe organisaties.

Het doel van deze scriptie is om vanuit het perspectief van de elementen van strategisch management de problematiek van PPPs te kaderen. Een kader dat een hulpmiddel is voor de interpretatie van het tekort aan priority medicines.

PPPs worden gezien als een mogelijke oplossing voor de problematiek rondom priority medicines en staan om die reden veel in de (wetenschappelijk) belangstelling. Dit heeft geleid tot vele publicaties, waarbij een verscheidenheid aan opsommingen is ontstaan betreffende de problemen die zich voordoen. Deze beschrijvingen bevatten een oneindige hoeveelheid aan informatie over deelproblemen; een complex geheel van ethische, sociale, culturele, economische en politieke verklaringen van de problematiek. Een analyse gebaseerd op een strategisch model ontbreekt echter. Deze scriptie biedt een mogelijke verklaring vanuit een strategisch perspectief waarom PPPs het tekort aan priority medicines niet kunnen opheffen. Deze benadering maakt het mogelijk om de frictie tussen economische en maatschappelijke belangen toe te lichten.

Onderzoeksvraag:

- *Hoe kan vanuit de theorie van strategie de problematiek rondom PPPs worden verklaard?*

Deelvragen:

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn deelvragen geformuleerd. Deze vragen omvatten de verschillende aspecten van het onderzoek.

- *Welke verschillende wetenschappelijke benaderingen zijn bepalend voor de strategievorming van PPPs?*
- *Hoe zijn de voornaamste problemen van PPPs te verklaren vanuit het strategisch perspectief?*
- *Hoe is dit waar te nemen bij PPPs?*

Na aanleiding van deze inleiding en de hierin omschreven reden voor het onderzoek, resulterend in de probleemstelling, wordt in hoofdstuk 2 en 3 het theoretische kader uitgezet. Dit tweede hoofdstuk beschrijft aan de hand van literatuur een perspectief op strategievorming en relevante begrippen die hiermee samenhangen. Het hoofdstuk sluit af met een conceptueel model dat in de rest van de scriptie als handvat ter verklaring wordt gebruikt. In hoofdstuk 4 volgen vervolgens de methoden van onderzoek. Dit is een nadere uitleg van de opzet en uitvoering van het onderzoek. De hoofdstukken 5, 6 en 7 zijn een beschrijving van de resultaten uit het literatuuronderzoek en de interviews. Het laatste hoofdstuk bevat de conclusie.

Hoofdstuk 2 – Theoretisch kader

Zoals in de inleiding aangegeven zal in deze scriptie gekeken worden of het ontwikkelen van een strategische model voor PPPs een bruikbaar instrument is om het tekort aan priority medicines op te vangen. Daartoe zal eerst gekeken moeten worden welke strategische elementen een dergelijke organisatie nodig heeft.

2.1 – Strategie

Strategie is de bepaling en de keuze van verschillende mogelijkheden die een organisatie heeft om een koers uit te zetten. Dat wil zeggen dat vastgesteld wordt op welke wijze producten of diensten afgezet kunnen worden op de markt. Bij PPPs gaat het erom een koers uit te zetten op welke wijze priority medicines geproduceerd en gedistribueerd kunnen worden, zodanig dat alle actoren hun belangen bevestigd zien.

Een definitie van strategie geven Johnson & Sholes (1999:10): “strategie is de richting en reikwijdte van een organisatie op de lange termijn, welke door middel van configuratie voordeel brengt in een veranderlijke omgeving aan de markt en de stakeholders”. Deze definitie bestaat uit twee aspecten die kenmerkend zijn voor strategie. Dit is enerzijds de afstemming tussen het doel en de activiteiten en anderzijds de afstemming tussen het doel en de omgeving. In de literatuur betreffende strategie is dit onderscheid verder terug te vinden. Hieronder wordt daarop ingegaan.

Finlay (2000:16) zegt dat strategie de lange termijn richting en focus van een organisatie is. Het is de combinatie van strategische doelstellingen en strategische paden. Een strategische doelstelling is wat de organisatie wenst te bereiken en wanneer dit uitgevoerd dient te zijn. Strategisch pad zijn de instrumenten om het strategische doel te realiseren. Het gaat er volgens deze definitie om dat er vooraf doelstellingen worden gepland en dat er vervolgens afstemming en coördinatie plaatsvindt ten behoeve van de uitvoering. Kortom, dat betekent dat organisaties de doelstellingen die zij voor de komende periode willen bereiken duidelijk moeten formuleren. Aan de hand van de geformuleerde doelstellingen kunnen zo de bijbehorende activiteiten gefocust worden uitgevoerd. Een uitgebreide omschrijving hiervan geeft Andrews (1998):

“Strategy is the pattern of decisions in a company that determines and reveals its objectives, purposes or goals, produces the principal policies and plans for achieving goals, and defines the range of business the company is to pursue, the kind of economic and human organization it is or intends to be and the nature of economic and non-economic contribution it intends to make to its shareholders, employees, customers and communities”

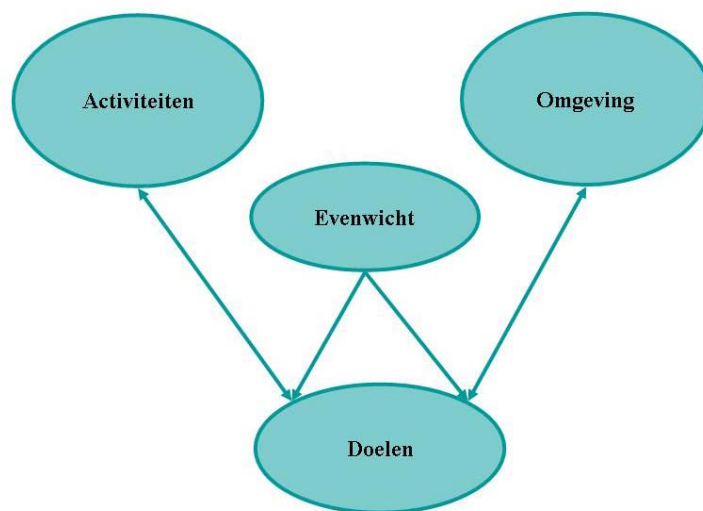
Over de afstemming tussen doelstellingen en de omgeving zegt Mintzberg (2004) dat strategie gezien kan worden als een kracht die tussen de organisatie en haar omgeving bemiddelt. Of zoals Kroft & Vroom (1995:176) nader definieert: “*het begrip strategie verwijst naar het ‘berekende’ karakter van de acties van actoren.*” Hiermee wordt bedoeld dat een strategie een voorziene reeks geplande acties en reacties zijn in de omgeving van de organisatie. Acties zijn voornamelijk berekend met het oog op de reacties van andere actoren. Er is dus in de omgeving van de organisatie een voortdurende wisselwerking aan de gang tussen de acties en reacties van voor de organisatie relevante actoren in het veld. Van belang is dat de organisatie

binnen de veranderende externe omgeving in staat is zijn eigen doelstellingen aan te passen zonder evenwel de uiteindelijke doelstelling uit het oog te verliezen. Hoewel, het kan voorkomen dat ook die aangepast moet worden als dwingende omstandigheden dat eisen.

Hier is de kerngedachte dat het gaat om het vaststellen van het eigen doel rekening houdende met de omgeving. Als er plannen worden vastgesteld en vooraf wordt er geen rekening gehouden met de context afhankelijke factoren is het mogelijk dat het gewenste effect niet bereikt wordt. Het coördineren van de eigen doelen in de veranderlijke omgeving is hier de basis.

Bij strategie gaat het om dus om twee spanningsvelden voor een organisatie. Enerzijds de afstemming van het doel en de activiteiten dat plaats vindt aan de hand van planning. Anderzijds de afstemming van het doel met de omgeving waarbij de organisatie voornamelijk dient in te spelen op de doelen en activiteiten van andere organisaties. Tevens gaat het om een evenwicht tussen deze spanningsvelden. Als zich veranderingen in de omgeving voordoen zullen de eigen doelen hierop afgestemd dienen te worden. Dit heeft tegelijkertijd invloed in de eigen organisatie en daarom zal het nodig zijn de planning hieraan te conformeren. Het is een continue wisselwerking waarbij afstemming en evenwicht centraal staan.

Figuur 1: *Strategische afstemming*



De vijf basis elementen die ten grondslag liggen aan strategievorming beïnvloeden dit evenwicht en worden in de volgende paragraaf nader toegelicht.

2.2 – Strategievorming

Voor het vormen van een strategie gaat het om twee spanningsvelden die met elkaar in evenwicht dienen te zijn. In deze paragraaf worden de vijf basiselementen van strategisch management toegelicht.

Finlay (2000) beschrijft dat er een vijftal voornaamste elementen van strategische management zijn. Het gaat om het beschrijven van de toekomst, het bepalen van de organisatorische positie, het selecteren van de strategie, implementatie en controle en het managen van de interne context.

Het eerste element is het beschrijven van de toekomst: de analyse van de omgeving van de organisatie in overzichtelijke delen en het aanbrengen van een synthese tussen deze delen om zo inzicht te krijgen in de toekomst. Aspecten hiervan zijn onder andere de markt, het politieke klimaat en het juridische kader.

Het tweede element is het bepalen van de organisatorische positie. Hier gaat het erom dat de organisatie inzicht krijgt in haar positie ten opzichte van haar concurrenten, om zodoende voorbereid te zijn op situaties die zich in de toekomst kunnen voordoen.

Op het moment dat de organisatie inzicht heeft in de toekomst en de positie in de markt kan de organisatie haar daadwerkelijke strategie gaan bepalen. Finlay (2000) noemt dit het derde element.

Het vierde element is vervolgens het implementeren en controleren van de gekozen strategie. Dat wil zeggen het implementeren van de activiteiten om de gekozen doelstellingen te bereiken. Vervolgens zal gekeken moeten worden of de gekozen strategie en de daarbijbehorende activiteiten inderdaad de gewenste resultaten realiseren. Zonodig zal strategie moeten worden aangepast.

Deze vier genoemde elementen spelen zich niet af in een vacuüm, maar binnen een interne context die gevormd wordt door organisatiecultuur, ethische standpunten van de organisatie, stijl van leiderschap en wijze van handelen. De interne context is het vijfde element voor strategievorming.

Organisatiecultuur

De organisatiecultuur is de gezamenlijke manier van denken en doen die door de medewerkers van een organisatie gedeeld worden (Finlay 2000:53). Het gaat om de verzameling van normen, waarden en gedragsuitingen die door de organisatieleden gedeeld wordt en die hen samen bindt. Finlay (2000:31) beschrijft dat deze kenmerken verklaard kunnen worden vanuit het symbool van een ui met een drietal lagen. De eerste laag is de cultuur en de normen die waargenomen wordt in het gedrag van de medewerkers. De tweede laag zijn de waarden. De derde laag omvat de impliciete organisatieparadigma's, ook wel de basisveronderstellingen van de organisatie. Sterke bedrijfsculturen kunnen gevaarlijk zijn, omdat ze stagnatie in de hand kunnen werken en zo aanpassingen aan een veranderende omgeving kunnen tegenhouden.

Organisatie ethiek

De ethiek van een organisatie is bepalend voor het morele klimaat in het bedrijf en de wijze waarop het met zijn externe omgeving omgaat. Dat impliceert een heel breed veld van individueel niveau tot maatschappelijk niveau: van de interactie tussen de individuele organisatieleden tot sociale verantwoordelijkheid ten aanzien van moderne vraagstukken als milieu en opbouw van het personeelsbestand.

Leiderschap

Leiderschap is het proces, waarin een groep in een richting wordt gestuurd, zonder gebruik te maken van dwangmiddelen (Finlay 2000:93). Effectief leiderschap zal op de lange termijn veranderingen creëren die optimaal zijn voor de organisatie.

Dat goed leiderschap bepalend is voor het bereiken van de gestelde doelen is bekend, maar welke elementen bepalen "goed" leiderschap? Het gaat om motiveren en

stimuleren van de medewerkers, het uitdragen van de visie en waarden van de organisatie op alle niveaus en het begeleiden van het proces. Er is een aantal karakteristieken van leiderschap: integriteit, respect hebben voor anderen, energie hebben, moedige stappen durven nemen, in staat zijn tot sterke teambuilding. Verder is het belangrijk dat hij/zij het maken van fouten niet definieert in termen van falen, maar in termen van een leerproces. Dit zowel voor zichzelf als voor zijn/haar medewerkers. In feite betekent dit dat van leiderschap verwacht mag worden dat een veilige werkomgeving wordt gecreëerd waarin medewerkers zichzelf kunnen ontplooiën in het belang van de organisatie.

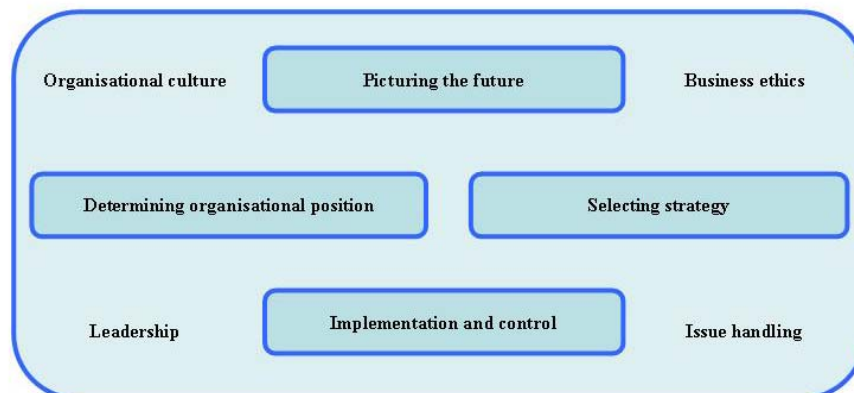
Wijze van handelen

De wijze waarop in een organisatie gewerkt wordt kent in feite vijf fasen: het identificeren van het probleem (awareness), het zoeken naar oplossingen (immediate response), het inzichtelijk maken van de gevolgen die de gekozen oplossingen kunnen hebben (reflective response), het kiezen/maken van een beslissing (decision making) en tot slot de uitvoering ervan (action).

Vele auteurs geven een opsomming van factoren die van invloed zijn op de strategievorming. Daarin is een consensus gevormd, de discrepantie die zich voordoet tussen de verschillende auteurs is slechts *de wijze van indeling* van de factoren. Vanuit de aangereikte literatuur tijdens het vak strategie en innovatie is gekozen voor de factoren van de interne context van Finlay (2000).

Het eerste en tweede element zijn voornamelijk gericht op de omgeving, het analyseren van de factoren die zich daar voordoen en het bepalen van de invloed op de eigen organisatie hiervan. Het derde element maakt het vervolgens mogelijk om de daadwerkelijke strategie te gaan bepalen. Dit betekent het formuleren van de doelen en een planning op te stellen voor de komende periode. Het vierde element brengt ons op het evenwicht tussen de twee spanningsvelden. Het gaat hier namelijk enerzijds om het realiseren van de doelen aan de hand van het vastgestelde schema anderzijds gaat het om de controle ten aanzien van de beïnvloedbare factoren die zich voordoen en de daarop nodige bijstelling van de plannen. Het vijfde element vormt de voorwaarde waarin deze de overige elementen zich afspelen en zal invloed hebben op daadwerkelijke totstandkoming van het evenwicht.

Figuur 2: Vijf strategische elementen

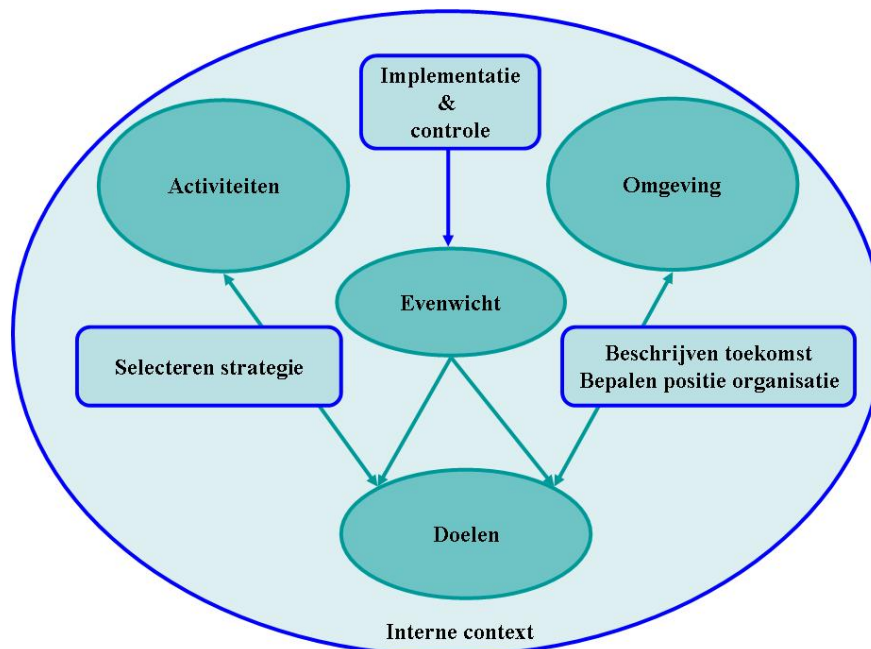


Finlay (2000:2). *The main elements of strategic management.*

2.3 – Visuele weergave

Onderstaand model is een visuele weergave van het strategische evenwicht en de vijf elementen van strategievorming, zoals hierboven besproken.

Figuur 3: *Samenhang van de strategische elementen*



Zoals reeds beschreven is gaat het om twee spanningsvelden die met elkaar in evenwicht dienen te zijn. Dit zijn de doelen met de activiteiten en de doelen met de omgeving. Verder zijn de vijf strategische elementen weergegeven. De eerste vier zijn gepositioneerd op de lijn van afstemming waar ze de meeste invloed op hebben. Dit zijn het beschrijven van de toekomst, het bepalen van de organisatiepositie, het selecteren van de strategie en tot slot implementatie en controle ervan. Al deze processen spelen zich af binnen de interne context, het vijfde element.

Het weergegeven model is de basis voor dit onderzoek. Hierbij zij opgemerkt dat dit model afwijkt van het standaardmodel dat Finlay (2000:2) hanteert. Daarvoor is gekozen, omdat zijn model een drietal nadelen kent. Ten eerste is het model een te strakke weergave van de samenhang van de elementen. Het doet voorkomen dat de implementatie van de elementen onafhankelijk en naast elkaar plaatsvinden. Dit terwijl er juist een sterke onderlinge interactie tussen de elementen is om het gewenste resultaat te bereiken. Ten tweede stelt het model dat het alleen om de vijf elementen gaat en dat er geen andere factoren van invloed zijn. Dit terwijl gebleken is dat er een sterke verbondenheid is met het strategisch evenwicht. Tot slot ontbreekt het in het model van Finlay aan duidelijke ondersteunende symbolen om de interactie en verbondenheid van de elementen te benadrukken. Het model van Finlay is weergegeven in figuur 2 van de vorige paragraaf en figuur 3 is hier dus een aanvulling op.

Bovenstaande strategievorming geldt vanzelfsprekend voor zowel het bedrijfsleven als voor de gezondheidszorg. Het is opvallend dat wetenschappelijke literatuur over strategisch management in de gezondheidszorg beperkt is in vergelijking met literatuur over strategische management binnen het bedrijfsleven. In het hierna volgende hoofdstuk wordt ingegaan op strategievorming binnen de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 3 – Strategievorming

Strategievorming is te beschrijven aan de hand van drie ontwikkelingen. Mintzberg (1994) benoemt een tiental strategische denkwijzen (scholen), die in deze drie ontwikkelingen zijn terug te vinden.

3.1 – Drie ontwikkelingen

De eerste ontwikkeling is gebaseerd op de gedachte dat alles zich afspeelt in het eigen kader van de organisatie en dat daardoor de toekomst planbaar is. De strategie wordt gezien als een beleid dat bewust en concreet uitgezet kan worden. Voorbeeld is het vaste stappenplan van de ontwerpschool. Hierdoor staan structuren op zichzelf en is er geen aandacht en afstemming met de kennis in de organisatie en de externe factoren. De eerste vier scholen van Mintzberg (1994) worden hierdoor gekenmerkt. Deze zijn te benoemen als de planbare scholen. Dit zijn de ontwerp- planning- en positioneringschool (drie voorschrijvende scholen) en de ondernemersschool (de eerste beschrijvende school). In de literatuur worden enkele kritiekpunten op deze denkwijzen gegeven (Bahlman 1988, Johnson & Scholes 1999, Kramer 2001, Mintzberg 1994). Hieronder wordt deze kritiek aangevuld vanuit de gezondheidszorg:

- De context van deze scholen wordt gekenmerkt door een duidelijke structuur en eenvoudige omgeving in tegenstelling tot de complexe omgeving en een onvoorspelbare toekomst van de huidige gezondheidszorgorganisaties.
- De geformuleerde plannen van deze scholen leveren weinig tot geen resultaat, omdat ze te snel verouderen of niet eens ten uitvoer worden gebracht. Reden hiervoor is dat de plannen te gedetailleerd zijn en dat dit leidt tot inflexibiliteit om op onvoorziene ontwikkelingen in te spelen. Terwijl het momenteel bij organisaties een snel veranderende context betreft waarop aanpassing nodig is en waarvoor flexibiliteit en creativiteit vereist zijn.
- De scholen houden geen rekening met de invloeden vanuit de omgeving. Voorbeelden hiervan zijn de aanwezigheid van concurrenten in de markt en verschuiving van de vraag.

Een tweede ontwikkeling is gerelateerd aan de gedachten over het lerend vermogen van mensen en organisaties. Hierbij ligt de nadruk op het vormen van de strategie op basis van de beschikbare kennis en sturing vindt plaats aan de hand van nieuwe kennis. Dit is een overwegend rationele benadering.

Een drietal beschrijvende scholen van Mintzberg (1994) worden hierdoor gekenmerkt. Deze zijn te benoemen als de rationele scholen. Dit zijn de cognitieve- leer- en ondernemersschool. In de literatuur worden enkele kritiekpunten op deze scholen gegeven (ibid). Hieronder wordt deze kritiek aangevuld vanuit de gezondheidszorg:

- De context van deze scholen bestaat uit organisaties die zich in een startende fase bevinden, de niche-speler of organisaties die sterk onderhevig zijn aan veranderingen. Dit is waar te nemen bij de huidige gezondheidszorginstellingen. Door de veranderingen in de markt ontstaan er nieuwe, kleine spelers, zoals gezondheidscentra en tegelijkertijd wordt dit ondervonden door de huidige instellingen die zich daarom opnieuw dienen te profileren met een nieuwe strategie.

- De strategievorming van deze scholen vindt plaats aan de hand van informatie-verwerking door de leider. Deze bepaalt de strategie op basis van hetgeen geleerd wordt van de resultaten. De uitwerking vindt plaats op een voornamelijke top-down wijze. Onduidelijke strategie en weinig participatie van medewerkers is hiervan echter het gevolg. In tegenstelling tot de huidige gezondheidszorginstellingen waar juist een samenwerking nodig is tussen verschillende actoren, die elk een eigen bijdrage willen en kunnen leveren.
- De scholen houden weinig rekening met de culturele en politieke invloeden die zich in en buiten de organisatie voordoen. Waar geen rekening mee wordt gehouden zijn onder andere de creativiteit van de medewerkers, onderlinge relaties tussen medewerkers, de aanwezigheid van macht en de invloeden vanuit de markt.

De derde ontwikkeling is gebaseerd op de gedachte dat men zich meer op de omgeving is gaan richten, waarbij culturele en politieke factoren belangrijk worden en meer invloed krijgen op de strategievorming. De strategie ontstaat uit een afweging tussen de factoren uit de omgeving en de belangen van actoren met een sterke focus vanuit de interne organisatie, namelijk de gezamenlijk manier van denken en doen. De samenkomst van top-down en bottom-up is hier herkenbaar. Een drietal beschrijvende scholen van Mintzberg (1994) worden hierdoor gekenmerkt: de culturele-, omgeving- en politieke school. In de literatuur worden enkele kritiekpunten op deze scholen gegeven (ibid). Hieronder wordt deze kritiek aangevuld vanuit de gezondheidszorg:

- De context van deze scholen wordt gekenmerkt door grote en complexe organisaties van deskundigen die zich in situaties bevinden waarin verschuivingen van macht plaatsvinden en waarbij tevens een sterke ideologie aanwezig is. Hetzelfde is waar te nemen bij de huidige organisaties in de gezondheidszorg, die zich enerzijds in een politiek kader bevinden, meerdere actoren die macht hebben in de besluitvorming en anderzijds een organisatie die gekenmerkt wordt door een sterke overtuiging in de realisatie van gezondheidsproducten en/of gezondheidsdiensten.
- De strategievorming van deze scholen vindt plaats op basis van mens, omgeving en politiek. Doordat consensus tussen de drie elementen gewenst is kan dit leiden tot een lang proces van strategievorming door de verschillen die er vanuit deze perspectieven zijn. Tevens kan de strategievorming te subjectief worden en hierdoor de ontwikkeling van de organisatie remmen. Ook is dit waar te nemen bij de hedendaagse gezondheidszorginstellingen die bestaan uit vele belanghebbenden met elk hun eigen standpunten en waarbij het vinden van de afstemming de nodige tijd vergt.
- De scholen, met name de combinatie, zijn sterk gericht op de eigen overtuigingen en tevens de afstemming hiertussen. Bij gezondheidszorginstelling is dit waarneembaar in de sterke overlegstructuur en de focus op overeenstemming. Het te sterk willen conformeren aan elkaar en de omgeving beperkt de strategievorming.

De laatste beschrijvende school van Mintzberg (1994), de configuratieschool is moeilijk te categoriseren in deze ontwikkelingen en is wellicht de toekomst gedachte voor gezondheidszorginstellingen. De perfecte match tussen alle positieve elementen van de verschillende scholen. Hoewel dit als de oplossing klinkt kan men niet uitgaan van dit ideaal, want ook deze school kent kritiek vanuit de literatuur (ibid). Zo wordt gesteld dat er een te breed geheel kan ontstaan en dat de wenselijkheid aan de werkelijkheid voorbij gaat.

De hedendaagse situatie van gezondheidszorginstellingen en dus ook van PPPs sluit het beste aan bij de derde ontwikkeling en bijpassende scholen: de culturele-, omgeving- en politieke school.

3.2 – Drie scholen

Deze drie scholen zijn door Mintzberg (1994) uitgebreid beschreven en later door Mintzberg & Lampel (1999) bekritiseerd. Hieronder een korte toelichting.

De politieke school. Deze gaat uit van een sterk politiek karakter, ook wel de machtsverhoudingen genoemd, voor de strategievorming. Kenmerkend voor deze school zijn de op eigenbelang gebaseerde doelstellingen, die in de uitvoering vaak tot conflicten leiden. Er zijn meestal meerdere spelers die de strategie en uitvoer bepalen. Er valt een onderscheid te maken tussen een micro- en macropolitieke benadering. Dat wil zeggen de politiek binnen de organisatie en politiek ten opzichte van partners en andere organisaties. Voor de strategievorming zijn macht en politiek bepalend en de strategie ontstaat geleidelijk in een interactie tussen de verschillende actoren met het eigenbelang van de organisatie als voornaamste doel.

De culturele school. In de jaren tachtig werd organisatiecultuur een belangrijk aspect in de strategievorming. Deze school veronderstelt dat strategievorming een maatschappelijk proces is, dat bestaat uit collectief gedrag, met als basis de gedeelde overtuigingen van de medewerkers in een organisatie. Deze overtuigingen worden gevormd door sociale invloeden binnen en buiten de organisatie.

De omgevingschool. Deze heeft een sterke focus op de omgeving om een strategie te vormen. Binnen deze school heersen twee opvattingen. Ten eerste de contingentietheoretici, die de overheersende invloed benadrukken van de omgeving en de wisselwerking met de organisatie op het proces van strategievorming. Ten tweede de populatie-ecologen, die stellen dat de strategievorming bepaald wordt door de omgeving en dat de organisatie zich hieraan dient aan te passen.

Bij deze scholen wordt er bij de vorming van de strategie uitgegaan van een sterke (politieke) invloed vanuit de omgeving en verder ligt de nadruk op de ideologische overtuigingen en de normen en waarden van de organisatie. Deze denkwijzen zijn allemaal van belang voor de strategievorming van PPPs.

Hoofdstuk 4 – Methoden van onderzoek

De ontwikkeling van priority medicines door PPPs stagneert. In deze scriptie is nagegaan of de oorzaak van deze stagnatie van strategische aard is, waarbij ervoor is gekozen om naar elementen van strategievorming te kijken. Hieronder een korte uiteenzetting van de gehanteerde methode van onderzoek en de gevolgde werkwijze. Om de methodiek van deze scriptie te verantwoorden wordt het onderzoeksdesign, de onderzoekseenheden, de gekozen methoden voor de dataverzameling en de betrouwbaarheid en validiteit toegelicht

4.1 – Onderzoeksdesign en onderzoekseenheden

Het doel van het onderzoek van deze scriptie is een verklaring te geven vanuit een strategisch model ten aanzien van de knelpunten, waarmee PPPs te maken hebben. Het type onderzoek dat is uitgevoerd is beschrijvend van aard geweest door de twee typen methoden die zijn gebruikt: literatuuronderzoek en member-check.

De bestudeerde bronnen uit de literatuur zijn op vier thema's geanalyseerd: algemene informatie over PPPs, zoals definities en de reden van ontstaan voor PPPs in de gezondheidszorg. Het tweede thema waarnaar gekeken is waren de relaties, die PPPs zowel interne als externe onderhouden. Daarna zijn de barrières (knelpunten), waarmee PPPs te maken hebben nauwkeurig bestudeerd. Het laatste thema en vierde thema betrof de oplossingen die binnen de literatuur voor de PPP problematiek worden gegeven.

Er is gebruik gemaakt van literatuur vanaf 2004, omdat priority medicines vanaf dit jaar op de Europese beleidsagenda staan. Vanaf dat moment is er dan ook meer aandacht ontstaan voor deze samenwerkingsverbanden en zijn de problemen die zich voordoen (opnieuw) in kaart gebracht door verschillende wetenschappers. Literatuur van voor 2004 haalt problemen aan die niet meer aan de orde zijn door de reeds genomen initiatieven van de Europese Unie, zoals meer erkenning van de problematiek van priority medicines vanuit de politiek.

Na deze dataverzameling vanuit de literatuur heeft er een member-check plaatsgevonden door de gevonden gegevens ter beoordeling voor te leggen aan experts uit het werkveld. Dit is gedaan via open interviews. De geïnterviewden waren: Dr. Sonja Weely, medewerkster bij de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen, Drs. Bart Wijnberg, beleidsmedewerker bij het ministerie van VWS, afdeling geneesmiddelen en medische technologie en Drs. Ad Schuurman MBA, hoofd van de afdeling vergoedingen bij het College van Zorgverzekeringen. Met Weely (persoonlijke communicatie Weely 2007) is gesproken over de verschillende PPPs in het veld van zeldzame ziekten en de algemene problematiek hiervan. Uit het interview met Wijnberg (persoonlijke communicatie Wijnberg 2007) kwam naar voren dat er in de dataverzameling een belangrijk rapport over de stand van zaken betreffende PPPs ontbrak, namelijk het rapport van Moran et al. (2005). Het laatste interview met Schuurman had de vergoedingssystematiek van weesgeneesmiddelen in Nederland en in Europa tot onderwerp. Het gesprek gaf informatie over de ondersteunende rol die verschillende Europese overheidsinstellingen bieden aan PPPs ten opzichte van de vergoeding. Het overlegorgaan MEDEV is hiervoor opgericht, een initiatief waar beleidsvertegenwoordigers van verschillende landen samenkomen en afstemming en overeenstemming bewerkstelligen ten aanzien van de registratieprocedure en vergoedingsprijs. Daarnaast bieden zij PPPs handvatten in het adequaat doorlopen van de registratie- en vergoedingsprocedures.

Behalve ter controle van de reeds gevonden gegevens hebben de interviews ook nieuwe informatie(bronnen) opgeleverd. Hierdoor kon de volgende stap van het onderzoek meer richting en diepgang krijgen.

De methoden die toegepast zijn voor het verkrijgen van de data zijn typerend voor kwalitatief onderzoek. Deze vorm van onderzoek is geschikt als het onderzoeksprobleem van een fenomeen beschreven en vervolgens verklaard dient te worden (Baarda & de Goede 2005), zoals in deze studie voor PPPs is gedaan. Deze manier van onderzoek doen heeft een aantal voordelen. Het biedt de mogelijkheid om objectieve gegevens te verzamelen en te interpreteren. Hoewel altijd rekening gehouden moet worden met de eventuele subjectieve verklaring van de data.

Een ander voordeel is de mogelijkheid die kwalitatief onderzoek biedt om flexibel op onvoorziene en onverwachte gebeurtenissen te reageren (Maso & Smaling 1998). Het aanpassen van de onderzoeksvraag op de onderzoekssituatie is hiervan een voorbeeld, dat in deze studie gebeurd is. Door het ontbreken van informatie over bepaalde aspecten van de problematiek was het nodig de probleemstelling bij te stellen. Verder was het wenselijk om enkele medewerkers van internationale PPPs te interviewen. Dit is echter niet gerealiseerd en de onderzoeksmethoden zijn aangepast door de internetsites van drie PPPs te analyseren.

Nadat er een totaal overzicht van gegevens over PPPs beschikbaar was is er een theoretisch kader ontwikkeld van waaruit dit fenomeen bestudeerd kon worden. PPPs voor priority medicines zijn complexe organisaties door de markt waarin zij zich bevinden, de samenstelling van de deelnemers en de spelers die zij gaandeweg ontmoeten. De veronderstelling was dat deze complexe organisatie-structuur een mogelijke verklaring was voor de barrières, waarmee PPPs geconfronteerd worden. Daarom is gekozen voor een benadering vanuit de organisatiewetenschappen. Het theoretisch kader is opgezet vanuit een strategisch perspectief en toont een model dat de leidraad vormt voor de verklaring van de problematiek. Het strategisch model zoals beschreven in hoofdstuk 2 heeft tijdens de interpretatie van gegevens continu gefungeerd als leidraad. Hierdoor heeft het onderzoek plaatsgevonden vanuit een deductief model (Creswell 2003).

Nadat de literatuur verklaard was vanuit het strategische model bleken de resultaten beperkt. De beschikbare informatie bevatte een verscheidenheid aan opsommingen die enigszins onsamenhangend waren. Enerzijds veelomvattende bronnen met uitleg van knelpunten en oplossingen daarvoor, anderzijds waren de verklaringen te theoretisch en abstract van aard om werkelijke oplossingen aan te dragen. Daarom is er in het onderzoek gekozen om na te gaan of de veronderstelde problematiek inderdaad aanwezig was bij een drietal cases en of deze problematiek inderdaad de oorzaak is van het tekort aan priority medicines.

Voor het bepalen van het aantal cases dat als voorbeeld kon dienen is de sociale situatie vast gesteld, een door “wie, wat, waar en wanneer” gekenmerkt geheel van omstandigheden waarin zich een bepaald verschijnsel voordoet (Baarda & de Goede 2005). Uit de totale lijst van meer dan tachtig PPPs, die Moran et al. (2005) heeft onderzocht is op basis van een beredeneerde steekproef (Baarda & de Goede 2005) een selectie gemaakt van drie PPPs. Bij dit onderzoek ging het om meer dan tachtig PPPs wereldwijd (actoren en plaats), die producten of diensten leveren ten aanzien van priority medicines (activiteiten) gedurende de periode dat er vraag is (tijd) (ibid).

De geselecteerde drie PPPs dienden te voldoen aan de volgende criteria:

- De PPP is goed gedocumenteerd, dit betekent dat er in ruime mate informatie beschikbaar is in de literatuur en op de website
- De PPP is een afspiegeling van het totaal ten aanzien van de doelen, het zijn typerende voorbeelden
- De PPP bestaat uit publieke en private vertegenwoordigers
- De PPP vertegenwoordigt een maatschappelijk probleem

Gekozen is voor het *International AIDS Vaccine Initiative*, het *Medicines for Malaria Venture* en de *The Global Alliance for TB Drug Development*.

Deze drie PPPs zijn bestudeerd op basis van informatie in de literatuur en via internetsites van deze organisaties. Door het ontbreken van financiële middelen in deze studie was het niet mogelijk medewerkers van deze buitenlandse PPPs te bezoeken en de resultaten te verifiëren met de organisaties zelf. Data-check door middel van elektronische toezending van de in deze scriptie opgenomen resultaten was niet mogelijk vanwege taalbarrières. De resultaten in deze scriptie zijn immers in het Nederlands weergegeven, terwijl de PPPs internationale organisaties zijn, die de Nederlandse taal niet spreken. Desondanks is het mogelijk geweest de problematiek in beeld te brengen. Het onderwerp verdient echter nader onderzoek.

4.2 – Betrouwbaarheid en validiteit

Om de waarde van de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen en te waarborgen is er een aantal punten waarmee rekening gehouden is tijdens het onderzoek.

Bij de betrouwbaarheid van het onderzoek gaat het voornamelijk om de virtuele herhaalbaarheid van de studie door anderen (Baarda & de Goede 2005, Maso & Smaling 1998). Dit betekent dat een andere onderzoeker op basis van de beschrijving van de methoden het onderzoek opnieuw kan uitvoeren en soortgelijke resultaten kan verkrijgen. De documenten zijn op basis van een aantal thema's geanalyseerd. Deze verdeling in thema's is schriftelijk vastgelegd, zodat de analyse geaudit kan worden. De drie interviews zijn aan de hand van een open vragenlijst afgenomen. Verder zijn deze na afloop volledig uitgeschreven. De drie websites van de PPPs zijn allen op dezelfde onderwerpen onderzocht, zodat er geen onevenwichtige weergave van de werkelijkheid heeft kunnen plaatsvinden. Tot slot is rekening gehouden met de subjectieve interpretatie van gegevens door de onderzoekster en is er zover mogelijk kritisch naar de resultaten gekeken. Hiermee is voorkomen dat er een te subjectieve kleuring aan de data werd gegeven (Baarda & de Goede 2005).

Bij de validiteit gaat het om de geldigheid van het onderzoek. Er wordt gekeken naar de argumentatie en verzameling van de gegevens (interne validiteit) en of de uitspraken gedaan kunnen worden, die generaliseerbaar zijn voor andere situaties (externe validiteit) (Baarda & de Goede 2005, Maso & Smaling 1998).

De interne validiteit van dit onderzoek is verhoogd, omdat er gebruik is gemaakt van meerdere dataverzameling methoden (databronnen triangulatie). Het literatuuronderzoek is aangevuld met interviews en analyses van websites om een zo duidelijk en volledig mogelijke weergave van de problematiek te geven. Gedurende het onderzoek is een logboek bijgehouden. Hierin zijn de verrichte werkzaamheden opgenomen, de gemaakte afspraken en de informatie uit besprekingen en aantekeningen van de interviews.

De externe validiteit van dit onderzoek is minder sterk aanwezig. Deze benadering van de problematiek van PPPs is redelijk nieuw, vergelijking met andere onderzoeken of situaties

was daarom moeilijk. Tevens bevinden PPPs zich momenteel in een sterk veranderlijke omgeving, waardoor vergelijking met oudere onderzoeken niet van toegevoegde waarde is. Dat wil niet zeggen dat er geen conclusies getrokken kunnen worden, maar er dient wel rekening gehouden te worden met de beperkingen die het onderzoek heeft ondervonden.

Tijdens en na het doen van dit onderzoek ontstonden verschillende vragen ten aanzien van de onderzoeksvraag. Ook al lag het niet in de focus van dit onderzoek, blijft het interessant en van waarde om deze onderwerpen in de toekomst verder te onderzoeken. Het is bijvoorbeeld zeer goed mogelijk dat er nog meer knelpunten zijn die voldoende productie en distributie van priority medicines door PPPs in de weg staan, maar die niet als zodanig zijn benoemd in deze studie. Verder onderzoek kan ingaan op deze andere factoren en samenhang met de reeds geanalyseerde knelpunten vaststellen.

Hoofdstuk 5 – De structuur en knelpunten van Public-Private Partnerships (PPPs)

Doorgaans voorziet de publieke sector (universiteiten en andere technologische instituten) in de technologie en ideeën voor onderzoek naar een bepaald geneesmiddel. De rol van de farmaceutische industrie is meestal om de vertaling te maken van deze expertise naar veilige en effectieve geneesmiddelen (Buurma et al. 1999). Twee trajecten die in elkaars verlengde liggen.

Deze “normale structuren” zijn echter niet toereikend ten aanzien van de problematiek rondom priority medicines (Buse & Harmer 2006, Moran et al. 2005, Nwaka 2005). Deze ligt voornamelijk in het feit dat het gaat om het produceren en beschikbaar stellen van geneesmiddelen voor specifieke doelgroepen die niet beschikken over voldoende financiële middelen om te voorzien in de kosten. De farmaceutische industrie kan het zich daarom niet veroorloven om deze middelen te realiseren.

Zoals benoemd in de inleiding vindt de Europese Unie het van groot belang dat de ontwikkeling en distributie van priority medicines voortgang en vooruitgang krijgt (Kaplan & Laing 2004, Ministerie van VWS 2004, Rawlins 2005). Vandaar is gezocht naar een nieuwe organisatievorm.

Evenals het geval is voor andere moderne problemen, zoals het milieu en onderwijs (ip3 2007, PPP bulletin 2007) is ook in de gezondheidszorg gekozen voor de vorming van Public-Private Partnerships (PPPs). Deze samenwerkingsverbanden brengen verschillende actoren, middelen (bijvoorbeeld kennis, materiaal en personeel) onder één dak samen. Idealiter zou dat moeten leiden tot een nieuwe dynamiek tussen de organisatieleden, zodat de organisatie beter in staat is het tekort aan priority medicines op te vangen met hetgeen dat men heeft.

Voldoende concrete resultaten worden niet geboekt, ondanks de vele onderzoeken die plaatsvinden (Buse & Harmer 2006, Moran et al. 2005, Nishtar 2004). Goede strategievorming en uitvoering daarvan is een belangrijke vereiste voor deze specifieke PPPs. Om het doel van het tot stand brengen van een geneesmiddel te realiseren is het nodig dat er een weloverwogen plan is. Dit geeft de organisatie handvatten en richting en leidt meestal tot het gewenste effect. Het lijkt dat bij PPP zich knelpunten voordoen die de implementatie van hun strategie belemmeren.

Alvorens een beschrijving te geven van de resultaten die wel bereikt zijn en de knelpunten, wordt hieronder op basis van de literatuur (Buse & Harmer 2006, Croft 2006, Moran 2005, Moran et al. 2005, Nishtar 2004, Widdus 2004) inzicht gegeven in de structuren van PPPs. Achtereenvolgens wordt aangegeven wat PPPs zijn, welke actoren betrokken zijn. Het belang van strategievorming voor PPPs zal zo inzichtelijk worden gemaakt (hoofdstuk 6).

5.1 – PPPs

De behoefte aan PPPs is ontstaan door de tekortkomingen van de publieke sector om op een efficiënte en effectieve manier de maatschappij te voorzien in de behoefte aan deze specifieke geneesmiddelen (Croft 2005, Kaplan & Laing 2005, Moran 2005, Nishtar 2004, Widdus 2005). Deze tekortkomingen leidden tot de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden bestaande uit organisaties met enerzijds het mandaat om publieke goederen aan te bieden en anderzijds organisaties die zorgdragen voor het faciliteren van deze goederen (expertise en techniek).

PPPs zijn uit nood geboren. Geen der genoemde individuele partijen zou op zichzelf de beschikking kunnen hebben over de expertise en middelen die nodig zijn om te voldoen aan de moderne gezondheidsbehoefte (Croft 2005, Widdus 2005).

PPPs zijn met andere woorden betrekkelijk geïnstitutionaliseerde initiatieven, waarbij actoren vanuit verschillende sectoren collectieve besluiten moeten nemen, gericht op de publieke gezondheids doelstellingen (Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Moran et al. 2005). Het voornaamste verschil tussen deze en voorafgaande structuren is dat overheidsinstellingen betrokken zijn bij het gehele ontwikkelingsproces, inclusief de financiering van het traject. Zowel Buse & Harmer (2006) als Moran et al. (2005) en Nishtar (2004) stellen dat het nemen van collectieve besluiten door zo een diverse samenstelling van actoren problematisch is en besluitvorming en daarmee productie en distributie kan stagneren. Het is verklaarbaar dat het complex is tot eenduidige besluitvorming te komen door instellingen met ieder hun eigen doelstellingen. Zoals Mintzberg (1994) stelt dat het nodig is dat er een eenduidige en gemeenschappelijke overtuiging is (de culturele school), dit ontbreekt de PPPs door de gemengde samenstelling. Tevens dat het belang van de organisatie wordt nagestreefd door interactie tussen de verschillende partijen, waarbij gelijke verhoudingen zijn (politieke school) (ibid), dit lijkt door een sterke eigenbelangen van de verschillende actoren ook een heikel punt. Goede strategievorming zou een oplossing kunnen bieden. Gezien het belang van de wereld gezondheidszorg is dat ook belangrijk. Hieronder wordt verder ingegaan op de complexe samenstellingen die PPPs kunnen hebben.

5.2 – Actoren

De meeste PPPs bestaan uit verschillende belanghebbende partijen uit drie verschillende sectoren: (1) De publieke sector, inclusief instellingen die onder overheidsbestuur staan zoals de WHO, (2) de for-profit sector zoals farmaceutische bedrijven en (3) *civil society* zoals universiteiten en non-profit organisaties zoals NGO's en filantropische instituten (Widdus 2005).

Bovendien kunnen PPPs zowel uit nationale als transnationale partnerships bestaan. Croft (2006), Moran et al. (2005) en Nishtar (2004) laten zien dat er een heel scala aan PPP-structuren zijn, die variëren van wereldwijde partnerships tot locale, nationale en regionale. Aan de ene kant van dit brede spectrum kunnen wereldwijde partnerships functioneren met een sterke input van de for-profit sector, waarin voorts diverse nationale overheden, locale en internationale NGO's, onderzoeksinstituten en VN-instellingen in transnationale programma's samenwerken. Er zijn aan het andere uiterste van dit spectrum ook kleinere partnerships mogelijk, bijvoorbeeld een nationale overheid die een partnership aangaat met een locale private for-profit sector.

Samenvattend stelt Nisthar (2004), dat PPPs een sterk gefocust mechanisme creëren voor het oplossen van de problemen rondom het tekort aan priority medicines, door de kracht van elke individuele partner te nemen en deze vervolgens samen te bundelen. Moran et al. (2005), Nwaka (2005) en Widdus (2005) sluiten hierop aan en laten zien dat in enkele gevallen door de PPPs geboekte resultaten die van individuele industrieën en publieke groepen overstijgen.

Daarmee is een belangrijk aspect van PPPs beschreven: het geheel is meer dan de som der delen. Omdat het nog maar enkele PPPs zijn waarbij over succes kan worden gesproken is het essentieel dat partners zich gaan realiseren dat men voor het bereiken van geformuleerde doelstellingen tot een gezamenlijke strategievorming dienen te komen.

5.3 – Bereikte effecten van PPPs

Overheden en transnationale organisaties zoals de WHO en de VN stimuleren PPPs, omdat de verwachting is dat deze samenwerking zal leiden tot een efficiënte, effectieve en onpartijdige manier van werken om te voorzien in publieke goederen (Buse & Harmer 2006, Kaplan & Laing 2004, Nisthar 2004, Nwaka 2005). PPPs kunnen geschikt zijn in het overbruggen van de transnationale onderzoekskloof tussen basis onderzoek en klinische ontwikkeling door het samenbrengen van kennis en expertise van de verschillende academische en industriële domeinen. Dit wordt bewerkstelligd door financiering en ondersteuning van overheden, filantropische en liefdadigheids instellingen (Croft 2005, Kaplan & Laing 2004, Moran et al. 2005, Nisthar 2004, Nwaka 2005). Op deze wijze hebben PPPs al wel veel bijgedragen aan de ontwikkeling van priority medicines, maar minder dan verwacht. In ieder geval staan priority medicines op de internationale agenda. Verder hebben PPPs bijgedragen aan onderzoek en ontwikkeling en het tot stand brengen van internationale wet- en regelgeving (ibid).

PPPs zijn succesvol geweest in het neerzetten van een profiel van verschillende ziekten – AIDS, malaria, tuberculose en zeldzame aandoeningen - op beleidsagenda's (Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Nisthar 2004, Widdus 2005). Beter dan internationale organisaties (uitgezonderd overigens van UNICEF) zijn PPPs in staat gebleken gelden te verwerven voor lobby- en communicatie activiteiten (Buse & Harmer 2006). Investerings in pr-activiteiten zijn noodzakelijk om priority medicines onder de internationale aandacht te brengen. Dat heeft ertoe geleid dat er meer financiering beschikbaar is gesteld voor het bevorderen van de ontwikkeling van nieuwe priority medicines. Hoewel - er blijven nog steeds grote financiële tekorten. Hierop wordt in de volgende paragraaf nader ingegaan.

Een tweede punt waarvoor PPP zich hebben ingezet is het bevorderen van onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen voor verwaarloosde en zeldzame ziekten. Resultaat is dat ook daadwerkelijk nieuwe medicijnen op de markt zijn gekomen (Buse & Harmer 2006, Moran et al. 2005, Widdus 2005). De samenwerkende PPP rapporteren acht diagnostische onderzoekslijnen, 25 nieuwe middelen, acht microbicides en 50 vaccins. Deze ontwikkelingen doen zich voornamelijk voor bij aandoeningen die betrekking hebben op priority medicines (Open Letter 2005) en zijn van grote waarde in het beoordelen van de mogelijkheden van PPPs. Hoewel er een duidelijke output is geweest, voldoet deze uitkomst niet aan de geschatte uitkomsten. Deze waren veel hoger (Moran et al. 2005, Open Letter 2005).

Het derde grote winstpunt is de aanzet die PPPs hebben gegeven tot het tot stand brengen van internationaal beleid, normen en standaarden. Door de activiteiten van de PPPs ontstaan er gegevens die input vormen voor gestandaardiseerde behandelingen en procedures. Tevens is

er ontwikkeling gaande in het creëren van verschillende normen en standaarden die international erkend worden, zoals Data Quality Audits for monitoring and evaluation (M&E) (GAVI) en de ontwikkeling van innovative performance-based funding arrangements (GAVI, the Global Fund) (Buse & Harmer 2006).

Activiteiten van PPPs ondervinden echter ingewikkelde knelpunten. Hieronder worden deze kort weergegeven; in het volgende hoofdstuk zullen deze knelpunten beschreven worden aan de hand van het in hoofdstuk 2 gegeven model van strategievorming.

5.4 – Knelpunten en nadelen

PPPs zijn voor wat betreft hun financiering voornamelijk afhankelijk van private schenkingen van filantropische instellingen, doordat overheden menen niet meer te kunnen investeren. De PPPs hebben voortdurend te kampen met grote financiële tekorten. Gezien het belang van deze PPPs is dit dan ook het grootste knelpunt (Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Moran et al. 2005, Nwaka 2005). In hoofdstuk 6 wordt hierop uitvoerig ingegaan.

Een argument tegen het model van PPPs is dat grote en complexe organisaties als deze voorbij gaan aan prioriteiten van het ontvangende land, door de nadruk te leggen op de door donors bepaalde gezondheidsprioriteiten. PPPs hebben een focus op het verkrijgen van middelen voor specifieke zaken, interventies of ziekten, met het voornaamste doel om zo snel mogelijk successen te behalen. Ze houden daarbij niet altijd het belang van het ontvangende land in het oog en gaan voorbij aan de invloed die dat kan hebben op de gehele gezondheidszorg in het ontvangenden land (Buse & Harmer 2006, Nishtar 2005).

Een ander nadeel is dat PPPs op een zodanige manier werken, dat de stem van sommige belanghebbenden niet gehoord wordt, anderen zijn niet adequaat vertegenwoordigd of worden zelfs uitgesloten. Het is vooral de private sector die oververtegenwoordigd is. Dat is vreemd gezien hun ten opzichte van filantropische instellingen bescheiden financiële bijdragen aan de PPPs. Voorts is zorgelijk dat de invloed van instellingen zoals de WHO en andere NGO's gering is, omdat zij slechts beperkt vertegenwoordigd zijn. De uitsluiting van deze organisaties geschiedt onbedoeld. Aannemelijk is dat hun aandeel gelimiteerd wordt, omdat beleidsmakers er naar streven financiers van de PPPs meer ruimte te geven, zodat deze kunnen bepalen hoe hun gelden besteed worden. Verbetering van dit soort situaties is noodzakelijk, omdat er een garantie dient te zijn dat alle belanghebbenden optimaal vertegenwoordigd zijn, zodat zij voor wat betreft hun belangen ook een optimale inbreng zullen hebben (Buse & Harmer 2006, Moran et al. 2005, Nishtar 2005).

Voorts is een punt van zorg het feit dat er weliswaar een redelijke hoeveelheid medicijnen en preparaten geproduceerd worden, maar dat deze niet innovatief zijn en hun ontwikkeling gebaseerd wordt op reeds bestaande onderzoeksstructuren. Het gaat om "quick wins" (de Bont et al. 2007).

Kortom tot op heden hebben de PPPs enkele positieve effecten bereikt, zoals het plaatsen van het onderwerp op internationale agenda's, de ontwikkeling van enkele geneesmiddelen en het initiëren van harmonisatie van internationale richtlijnen op het gebied van registratie. Er zijn echt nog knelpunten die opgelost moeten worden, voordat PPPs in deze sector succesvol werkzaam kunnen zijn.

Hoofdstuk 6 – Knelpunten door strategievorming bij PPPs

Hoewel PPPs, zoals hierboven omschreven, duidelijke voordelen bieden om het tekort aan priority medicines op te vangen, zijn er nog tal van problemen die een goede stroomlijning van ontwikkeling, onderzoek, productie en distributie van deze geneesmiddelen in de weg staan. Een verklaring kan gegeven worden door de knelpunten van PPPs te verklaren vanuit het perspectief van strategievorming zoals dat is uitgezet in het theoretische kader, het strategisch model (*figuur 3*). Om de problematiek van PPPs te verklaren vanuit dit model zal er eerst aandacht zijn voor het belang van een heldere doelstelling voor een organisatie.

6.1 – PPPs en hun doelstellingen

In het strategisch model (*figuur 3*) werd onder andere gesteld dat het van groot belang is dat een organisatie haar doelstellingen afstemt met haar activiteiten en met de omgeving. Een doelstelling geeft richting en structuur aan een organisatie en dat zorgt er uiteindelijk voor dat het gewenste effect bereikt wordt.

In 2005 waren er wereldwijd meer dan 100 ondernemingen die bestempeld konden worden als PPPs (Moran et al. 2005, Widdus 2005). De Initiative on Public-Private Partnerships for health (Global Health Council 2007) categoriseert PPPs al naar gelang hun doelstellingen, te weten:

1. Product ontwikkeling
2. Verbetering van toegankelijkheid tot gezondheidszorg producten
3. Wereldwijde coördinatie mechanismen
4. Verbeteren van gezondheidsvoorzieningen
5. Voorlichting

De meeste van de PPPs zijn gericht op de eerste drie doelstellingen (Nishtar 2004, Widdus 2005): het ontwikkelen van geneesmiddelen en vaccinaties (product development PPPs), verbetering van toegankelijkheid tot gezondheidszorg producten (access PPPs) en PPPs gericht op de wereldwijde coördinatie en financieringsmechanismen. De laatstgenoemde is de kleinste groep.

Deze categorisering van de Initiative on Public-Private Partnerships for health is een abstracte indeling van doelstellingen ten overstaan van de doelstelling die iedere individuele PPP voor haar organisatie dient te benoemen. De literatuur stelt dat het bij elke organisatie gaat om een specifieke richting die geëxpliciteerd dient te worden (Finlay 2000, Kroft & Vroom 1995, Mintzberg 1994).

Hoewel er inventarisaties zijn van aantallen en soorten PPPs ontbreekt het aan studies die strategievorming binnen PPPs in kaart brengen. Hiervoor is al meerdere malen duidelijk geworden dat goede strategievorming van het grootste belang is, wil een PPP zijn doelstelling bereiken. Dat wij hier te maken met uiterst complexe processen moge eveneens duidelijk zijn.

6.2 – Kenmerken van PPPs

Om na te gaan bij welke onderdelen van het strategisch model de knelpunten van PPPs zich voordoen worden de kenmerken van deze samenwerkingsverbanden kort benoemd en enigszins herhaald.

De besluitvorming binnen PPPs vindt plaats door tal van verschillende actoren. Deze zijn afkomstig uit de farmaceutische industrie, de overheid en de wetenschap en zullen daarmee ieder hun invloeden vanuit hun eigen omgeving willen inbrengen. Dat er bij deze samenwerkingsverbanden een veelvuldigheid aan overleggen en vergaderingen plaats vindt is een aanname, die door de literatuur en informatie die beschikbaar is op websites wordt bevestigd. Er heerst dus een sterke overlegcultuur, een kenmerk van strategievorming vanuit de politieke zienswijze (Mintzberg 1994). Het ontbreekt aan informatie om vast te stellen wat de inhoud van de overleggen is en of deze dus gericht zijn op het daadwerkelijk realiseren van de elementen van strategievorming (Finlay 2000). De resultaten die in de literatuur en op de internetsites van de PPPs worden vermeld doet lijken dat er wel overleg plaatsvindt om de doelstelling en activiteiten met elkaar af te stemmen en waarschijnlijk ook rekening te houden met de omgevingsinvloeden. PPPs hebben namelijk te maken met voortdurend gebrek aan gelden, veranderende markten en wet- en regelgeving. Het komen tot besluiten en afstemming is dus ook nog eens een tijdrovend proces. Tevens duidt dit op de aanwezigheid van de kenmerken van strategievorming vanuit de omgevingsschool (Mintzberg 1994).

Een ander belangrijk kenmerk van PPPs is de aanwezigheid van een sterke ideologie. Zij zijn immers opgericht op een sterke overtuiging ten aanzien van de gezondheid van mensen. Dit bevestigt nogmaals de aanwezigheid van strategievorming vanuit de benadering van de culturele school (Mintzberg 1994).

Een aantal van deze kenmerken vormen tevens de strategische problemen, Theoretisch zijn deze problemen beschreven in hoofdstuk 3, waar gesproken wordt over strategische ontwikkelingen in de gezondheidszorg, Het betreft de visie dat de omgeving met zijn politieke en culturele factoren meer en meer invloed krijgt (de derde ontwikkeling). Bij deze visie formuleerde Mintzberg (1994) een aantal denkrichtingen: de culturele-, omgevings- en politieke school. Bij deze scholen wordt er bij de vorming van de strategie uitgegaan van een sterke invloed vanuit de omgeving, de economische en politieke factoren voor PPPs. Verder ligt de nadruk op de ideologische overtuigingen en de normen en waarden van de organisatie, bij PPPs het leveren van een specifiek product ten aanzien van de wereldwijde gezondheidszorg.

6.3 – Strategische problemen van PPPs

Strategische problemen binnen PPPs kunnen omschreven worden aan de hand van het in hoofdstuk 2 gepresenteerde strategisch model (zie *figuur 3*). Het model bevat een zevental elementen:

- Het beschrijven van de toekomst
- Het bepalen van de organisatorische positie
- Het selecteren van de strategie
- Implementatie en controle
- Het managen van de interne context
- Afstemming doelstelling – activiteiten
- Afstemming doelstelling - omgeving

De strategische problemen die PPPs ondervinden leiden ertoe dat de doelstellingen van de organisatie niet gehaald worden. Kernproblemen zijn het gebrek aan financiële middelen en het managen van wereldwijde organisaties. De zeven elementen worden per probleem besproken.

Financiering

PPPs hebben een tekort aan financiering en middelen. PPPs ontvangen slechts beperkte gelden van de publieke partijen en worden voornamelijk gefinancierd door private schenkingen van filantropische instellingen (Moran et al. 2005, Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Kaplan & Laing 2004, Nwaka 2005).

In de praktijk zijn er twee dimensies van het financieringstekort: dat tussen de totale benodigde middelen voor de geplande activiteiten en voor de PPPs als organisatie (Moran et al. 2005, Buse & Harmer 2006, Croft 2005, Nwaka 2005). Allereerst een nadere verklaring van het tekort aan financiële middelen, voornamelijk als gevolg van de aarzelingen die nationale overheden hebben om PPPs te financieren.

Vele potentiële investeerders zijn er niet van overtuigd dat PPPs hun effectiviteit hebben bewezen, omdat er weinig track-records beschikbaar zijn. Hierdoor zijn overheden ongerust over het financieren van deze organisaties en blijven middelen uit. Het is echter de wijze waarop er naar deze track-records gekeken wordt. Moran et al. (2005) stelt dat de focus niet alleen dient te liggen op de reeds geleverde prestaties, maar ook op de prestaties waarvan nu al gezegd kan worden dat die uiteindelijk tot concrete resultaten zullen leiden. Immers, onderzoek en ontwikkeling is in de gezondheidszorg een lange termijn aangelegenheid. Vandaar dat ook niet alleen gekeken moeten worden naar het aantal reeds geregistreerde middelen, maar ook naar de middelen die op dit moment in de *pipeline* zitten (Buse & Harmer 2006, Moran et al. 2005, Widdus 2005).

Ook Croft (2005) zegt dat PPPs nog te kort bestaan om nu al vaste conclusies te trekken. Enkele PD PPPs hebben al laten zien dat zij in staat zijn tot het nemen van beslissingen en in staat zijn snel procedures te doorlopen om onderzoek in gang te zetten. Wat dit precies betekent voor de uitkomst en productie van nieuwe geneesmiddelen (de eerste doelstelling van PPPs) is inderdaad moeilijk te zeggen. Maar investeerders in de gezondheidszorg hebben altijd met deze onzekere factor te maken. Het is aan de PPPs om dit aan investeerders duidelijk te maken (Croft 2005, Nwaka 2005).

Overheden zijn zoals gezegd momenteel voorzichtig met de investering in deze samenwerkingsverbanden; er worden hele duidelijke keuzes gemaakt. Dat is niet geheel onbegrijpelijk. Niet alles kan in de gezondheidszorg worden gefinancierd, keuzes moeten heel weloverwogen worden genomen. Er zullen dus altijd gedupeerden zijn. Maar ten aanzien van PPPs is de vraag of de overheid wel goede keuzes kan maken, omdat PPPs kennelijk niet in staat zijn de juiste informatie te verstrekken. Het gevaar bestaat dat door afwezigheid van overheidsteun PPPs niet alleen te weinig middelen hebben om hun taken uit te voeren (zoals produkt ontwikkeling), maar ook hun voortbestaan in is het geding. Moran et al. (2005) stellen dat de term 'Public-Private Partnership' wellicht niet langer meer van toepassing is als deze situatie op deze wijze continueert. Immers, door het ontbreken van investeringen vanuit de publieke instellingen mankeren zij in deze samenwerkingsverbanden en kan niet langer meer gesproken worden van PPPs.

PPPs zijn in feite in een vicieuze cirkel beland. De organisaties kunnen niet in voldoende mate laten zien wat hun prestaties tot dusver zijn geweest, maar met hun activiteiten zijn al wel grote sommen geld gemoeid geweest. Voor de huidige voortgang – voornamelijk ten behoeve van activiteiten in fase III – zijn extra financiën noodzakelijk. Hier ligt het strategische knelpunt, omdat juist voor de ontwikkeling van geneesmiddelen fase III de meest kostbare en onvoorspelbare is.

Het gebrek aan financiering is er ook de oorzaak van dat de tweede doelstelling, nl. de toegankelijkheid tot gezondheidsproducten, niet wordt gehaald. Deze tekortkoming wordt in hoofdstuk 7 waar PPPs die de distributie van priority medicines als hun taak beschouwen, besproken.

Deze situatie van PPPs zal leiden tot fricties in het strategisch model.

Het eerste element, het beschrijven van de toekomst wordt bemoeilijkt door de onzekerheid of de PPP voldoende financiering ontvangt voor het komende jaar en haar activiteiten kan continueren.

Het tweede element is de organisatorische positie. De PPPs leveren niet de nodige informatie over hun eigen doelen, activiteiten en realisatie hiervan en plaatsen zich daarmee niet duidelijk in de markt. Investeerders zijn dus onzeker om in deze PPPs geld te steken. Deze maken immers een keuzes op basis van duidelijk zichtbare resultaten en toekomstige scenario's, iets waaraan het nu juist bij PPPs ontbreekt.

Het selecteren van de strategie is het derde element en kan niet plaatsvinden als er onduidelijkheid is over de beschikbare middelen en mogelijkheden die de organisatie heeft. Element vier is de implementatie en controle. PPPs stellen doelen vast en bepalen welke activiteiten nodig zijn. Na verantwoording tegenover alle betrokkenen – geldgevers, overheden, internationale organisaties en gebruikers – zouden zij verdere gelden moeten ontvangen om hun werkzaamheden te kunnen voortzetten. De financiering stopt hier echter en zodoende stagneert ook de implementatie van de activiteiten.

Het managen van de interne context is element vijf. De vier subelementen (organisatiecultuur, leiderschap, organisatie ethiek en wijze van handelen) zullen waarschijnlijk niet direct beïnvloed worden door het financiële probleem.

De hierboven omschreven problematiek laat zien, dat de onzekerheid en het tekort aan financiële middelen leidt tot verstoring van het strategisch evenwicht. Er treedt stagnatie op: door verstoring van het evenwicht tussen de omgeving – nl. uitblijven van financiering door met name de overheid – en de doelstellingen, veroorzaakt door verstoring van het evenwicht tussen de activiteiten – nl. het niet kunnen uitvoeren hiervan - en de doelstellingen.

Samenkomst van actoren

PPPs werken niet alleen samen met de deelnemende partners. Zij sluiten ook overeenkomsten met externe partijen, die gekenmerkt worden door verschillende beleidsstructuren en die soms ook nog eens werkzaam zijn in diverse landen (Buse & Harmer 2006, Nisthar 2004). PPPs hebben dus te maken met een variëteit aan organisatieculturen en typen leiderschap. PPPs zullen dus in staat moeten zijn om al deze verschillende organisaties en mensen te managen en coördineren. Dat is complex en leidt tot problemen in de interne én externe context.

De verschillende partijen dienen vanuit het belang van de PPP samen tot realisatie van de verschillende doelstellingen te komen (interne context). Om dit bereiken is het nodig dat er een gedeelde organisatiecultuur aanwezig is, gericht op het realiseren van de gezamenlijke geformuleerde doelstellingen. Al eerder is beschreven dat gezien de vele partners met elk hun eigen belangen dit een moeizaam proces is. Effectief leiderschap is dan ook een voorwaarde voor het functioneren van PPPs.

Bij de realisering van doelstellingen zijn tal van externe partijen betrokken: van praktische uitvoerders, tot organisaties die de geneesmiddelen moeten registreren en vergoeden. Binnen de externe context van de PPPs is nog veel winst te behalen, met name wanneer het strategisch element 'beschrijven van de toekomst' beter benut zou worden.

Door een duidelijke beschrijving van de toekomst op te stellen, kan men een duidelijk beeld vormen op welke momenten contacten zich zullen voordoen en welke voorbereiding dit nodig heeft. Voordat samenwerking, outsourcing of registratie plaatsvindt is het zaak dat er kennis is van de markt, de politieke invloeden die er gelden en in hoeverre het beleid dat geldt ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Immers, door van te voren een inschatting te maken van voorspelbare factoren kunnen problemen in meer of mindere mate worden voorkomen en verspilling van gelden en menskracht tegengaan. Tevens kan men door een goede voorbereiding op de toekomst, inzicht krijgen welke samenwerking met wellicht andere partijen wenselijk is. Een snelle doorloop van ontwikkeling en registratie van priority medicines kan daardoor beter gegarandeerd worden.

Er kunnen nog meerdere knelpunten genoemd worden verzaakt door het grote aantal actoren. Zo is er nauwelijks tot geen overzicht van de activiteiten die PPPs wereldwijd ontplooiën. Dit leidt tot verspilling en duplicatie. En ook de derde doelstelling, nl. het 'coördineren van wereldwijde mechanismen' halen PPPs niet. In verband met het globale karakter van PPPs is het essentieel dat er goede internationale regelgeving bestaat. Volgens Buse & Harmer (2006) en Nisthar (2004) ontbreekt het echter aan voldoende harmonisatie van de internationale wet- en regelgeving en procedures, alsmede aan afstemming op de praktijk. Hoewel er binnen de EU daarmee al wel een begin is gemaakt. MEDEV speelt in Europa hierin een belangrijke ondersteunende rol door inzicht te geven in de ontwikkelingen en innovaties van geneesmiddelen. Vanuit het oogpunt van de verzekeraar wordt er advies gegeven ten aanzien van het EU beleid. Daarnaast ondersteunt MEDEV PPPs bij het registratie- en vergoedingsproces (MEDEV 2007).

Deze situatie van PPPs zal leiden tot fricties in het strategisch model, dit is hiervoor kort benoemd en wordt hieronder nogmaals uitgezet voor alle zeven de elementen. Het eerste element, het beschrijven van de toekomst. Hier doet zich voornamelijk een knelpunt met de externe omgeving van de PPPs voor. Zolang wet- en regelgeving met betrekking tot registratie van priority medicines niet (voldoende) geharmoniseerd is, zullen PPPs niet in staat zijn aan te geven wanneer hun producten op de markt beschikbaar komen. Tevens ontbreekt het aan een overzicht van de wereldwijde markt waarin PPPs zich bevinden. Het tweede element is de organisatorische positie, dit element zal waarschijnlijk lastig zijn doordat er geen inzicht is in wat andere PPPs aan activiteiten ontplooiën. Wel is het zo dat de participerende partijen van de PPP zo verschillend zijn dat ze bekend zijn met een groot deel van de markt.

Het selecteren van de strategie is het derde element. Er zullen weloverwogen keuzes gemaakt dienen te worden hoe men als organisatie te werk gaat. Door de aanwezigheid van de

verschillende actoren met verscheidende, soms conflicterende, belangen kan dit een moeizaam, langdurig proces zijn.

Element vier is de implementatie en controle, dit element zal niet tot uiting komen wanneer de andere elementen reeds vertraging dan wel stagnatie ondervinden. Mochten er eenmaal wel activiteiten tot uitvoer gebracht gaan worden, dan zal dit vragen om een sterke beheersing en coördinatie, zodat er geen verwarring ontstaat dus de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen.

Het managen van de interne context is element vijf. Hier ligt het knelpunt voornamelijk in de organisatiecultuur en het leiderschap. PPPs bestaan uit verschillende actoren die gekenmerkt worden door verschillende achtergronden, die met elkaar samen dienen te werken. Door deze verscheidenheid in opvattingen kunnen botsingen ontstaan en de ontwikkeling van een gedeelde manier van doen en denken. Het ontbreekt aan leiderschap, dat in staat is PPPs één richting op te krijgen.

De hierboven omschreven problematiek van de samenkomst van verschillende actoren zal leiden tot een verstoring van het strategisch evenwicht. Er treedt dan stagnatie op: door verstoring van het evenwicht tussen de externe en interne omgeving – nl. met de overheden en de markt alsmede de participerende partijen in de PPP – en de doelstellingen en zal vervolgens tot verstoring van het evenwicht tussen de activiteiten en de doelstellingen leiden.

Vanuit het strategisch model is een verklaring gegeven van de twee voornaamste knelpunten, waartegen de PPPs aanlopen. Aangetoond is dat het uit het oog verliezen van een adequate uitvoering van elk van deze elementen leidt tot verstoring van het strategisch evenwicht.

Hoofdstuk 7 – Drie PPPs

In het voortgaande hoofdstuk zijn de twee voornaamste knelpunten (financiering en samenkomst van actoren) verklaard vanuit een strategisch model. Dit heeft plaatsgevonden aan de hand van de literatuur. In dit hoofdstuk wordt besproken hoe deze knelpunten bij drie PPPs tot uiting komen die anno 2007 actief zijn in de markt van priority medicines. Met deze drie voorbeelden kan nader vastgesteld worden of de invulling van de strategische elementen inderdaad invloed heeft op het geringe aantal producten dat wordt geproduceerd danwel gedistribueerd.

Gekozen is voor PPPs die te maken met drie van de grootste maatschappelijke gezondheidsproblemen, die op dit moment vooral spelen in ontwikkelingslanden: het *International AIDS Vaccine Initiative*, het *Medicines for Malaria Venture* en de *The Global Alliance for TB Drug Development*.

7.1 – *International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)*

International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) is een PD PPPs en is opgericht in 1996.

Financiering

Op de internetsite (IAVI 2007) en in het jaarverslag 2005 (International AIDS Vaccine Initiative 2006) van deze organisatie worden de financiers vermeld. De drie actoren waaruit PPPs bestaan zijn hierin terug te vinden. In het financiële gedeelte van het jaarverslag staan geen financiële investeringsoverzichten dan wel balansen gepresenteerd. Dit maakt het onmogelijk om een interpretatie te geven van het aandeel dat per sector wordt geïnvesteerd. Wel doet de IAVI een oproep naar de private sector om meer te investeren.

“Yet, only a handful of private companies are engaged in HIV vaccine research and development (R&D) — with less than 10% of vaccine R&D spending coming from the private sector. New government incentives, including advance market commitments and tax credits, are urgently needed to spur private-sector involvement in new vaccine discovery” (IAVI 2007). Het lijkt er daarmee op dat er ook bij deze PPP een tekort aan financiële middelen is.

Het track-record zoals Moran et al. (2005) deze definieert is terug te vinden bij IAVI. In hun jaarverslag 2005 melden zij hoe de voortgang van de ontwikkeling van nieuwe middelen verloopt. Daarnaast wordt in het jaarverslag 2005 en op de website duidelijk de huidige en toekomstige activiteiten vermeld (IAVI 2007). Een kenmerk van het strategisch element het beschrijven van de toekomst. Er zijn dertig klinische-trials actief, waarbij er ook al enkele tests op kandidaten worden uitgevoerd. Verder zullen er binnenkort nog een aantal andere fase I en II studies van preventieve HIV-vaccins starten. IAVI verklaart dat succes met dergelijke producten tijd kost, maar dat er de komende jaren een product verwacht mag worden.

Bij deze PPP is waar te nemen dat zij proberen een goede track-record te presenteren, maar dat deze enkel behaald kan worden als er meer investeerders het potentieel van de organisatie erkennen. Kortom de financiële vicieuze cirkel is ook bij deze PPP aanwezig

Samenkomst van actoren

De missie van IAVI is het garanderen van de ontwikkeling van veilige, effectieve, toegankelijke en preventieve HIV vaccins voor gebruik in de gehele wereld. De IAVI doet onderzoek en ontwikkeling van vaccins, voert beleidsanalyses uit en verleent ondersteuning vanuit de positie van voorstander in het veld van de verschillende werelddelen (IAVI 2007). Als de enige organisatie in de wereld met een focus enkel op de ontwikkeling van een AIDS vaccin, richt IAVI zich op het garanderen van een toekomstig vaccin dat toegankelijk is voor een ieder die het nodig heeft. Hierdoor heeft de organisatie een sterke organisatorische positie. De organisatie heeft een portfolio van R&D projecten, met nadruk op de veel belovende producten en probeert deze snel in ontwikkeling te brengen. In de afgelopen zes jaar heeft IAVI samen met haar partners zes mogelijke middelen in onderzoek genomen. Het grootste gedeelte van het onderzoek, beleid en programma's vinden plaats in de ontwikkelingslanden, waar 95% van de nieuwe HIV besmettingen plaatsvinden (ibid).

In 2005 is de IAVI van start gegaan met een driejarig plan met de focus op onvoorspelbare inspanningen die nodig zijn met betrekking tot de voornaamste wetenschappelijke-, economische- en beleidsobstakels (strategie selecteren). Dit ten behoeve van de voortgang van de ontwikkeling van een AIDS vaccin. De totstandkoming van het middel laat nog op zich wachten, echter worden er plannen gemaakt die het proces hiervan kunnen verkorten (International AIDS Vaccine Initiative 2006). Deze PPP is wel degelijk bezig met het voorbereiden en inschatten van toekomstige situaties. De nadere invulling hiervan zal bekend zijn, maar staat niet vermeld op de website. Dit vraagt daarom om nader onderzoek.

Deze PPP bestaat uit een samenkomst van personen uit een drietal werkvelden; overheid, wetenschap en de farmaceutische industrie. Er zijn veel momenten van samenkomst, zoals vergaderingen, symposia of andere soorten bijeenkomsten. Dit duidt erop dat er wel voldoende overleg is, maar het is onduidelijk tot wat dit leidt en hoe dit wordt geleid.

Het strategisch element de toekomst beschrijven is waar te nemen bij deze PPP. Er wordt een duidelijk beeld geschetst van de activiteiten van de komende jaren en welke ondersteuning van de verschillende partijen hierbij nodig is. Door te vermelden dat het geneesmiddel de komende jaren nog niet op de markt komt duidt op een realistische inschatting van de (beleid en markt) obstakels die men nog kan tegenkomen. De organisatorische positie van deze PPP is sterk te noemen, doordat IAVI de enige organisatie is die zich richt op de ontwikkeling van een AIDS vaccin. De strategie van de organisatie is vertaald naar missie, visie, doelstellingen en plannen. Het ontbreekt aan gegevens om vast te stellen of de gekozen strategie een goede is en wat er eventueel nog ontbreekt voor de realisatie, behalve de nodige financiën en gewenste samenwerking. Hoe de implementatie en controle van de huidige activiteiten aansluit op de gekozen strategie is tevens niet te benoemen. Het managen van de interne context is tevens niet te waarderen. Wel kan vermeld worden dat de organisatie een duidelijke structuur heeft. De website toont ruime informatie over de betrokken actoren en zelfs over de medewerkers. Daarnaast staan de waarden en normen vermeld. Echter dient in nader onderzoek aangetoond te worden of deze informatie ook daadwerkelijk tot uiting komt in de praktijk.

Door het ontbreken van financiële middelen die beschikbaar gesteld zouden moeten worden door de externe omgeving en de moeilijke samenwerking van actoren kan IAVI haar activiteiten niet ten uitvoer brengen. Het realiseren van de beoogde doelstelling is niet mogelijk doordat er een verstoring van het strategische evenwicht is. Het proces van onderzoek en ontwikkeling van deze PPP ondervindt vertraging en zal door deze problematiek wellicht in de toekomst stagneren. Daarom kan gesteld worden dat het hanteren van een strategisch model voor IAVI van invloed is op de productie en distributie.

7.2 – Medicines for Malaria Venture (MMV)

Medicines for Malaria Venture (MMV) is een PD PPPs en is opgericht in 1999 en geregistreerd in Genève, Zwitserland (MMV 2007a).

Financiering

In het financiële gedeelte van het jaarverslag 2006 wordt een overzicht getoond van het financiële aandeel van elk van de betrokken organisaties, zie bijlage 1 (Medicines for Malaria 2007b). Hieruit blijkt dat 46,6% van de in totaal 96,4% investeringen die gedaan worden afkomstig is van overheidsinstellingen. Dit lijkt een evenwichtige verdeling te zijn tussen de overheid en andere actoren als investeerders. Aandachtspunt is dat er geen enkele investering van farmaceutische industrieën worden vermeld, terwijl deze partijen welk vertegenwoordigd zijn in de verschillende teams en directie van MMV (MMV 2007a).

Daarnaast wordt er in het rapport weergegeven dat 2006 een kritisch jaar was voor de toegang tot de markt met de geneesmiddelen. De behoefte aan financiële middelen voor R&D groeide ten aanzien van voortgaande jaren. Voor verdere schaalvergroting en het realiseren van activiteiten is er een tweede serie van investeringen nodig. Ondanks dat er investeringen ontvangen worden is dit nu niet voldoende. Dit betekent dat enkele onderzoek- en ontwikkelingsprojecten vertraagd worden en dat andere projecten gelabeld worden als ‘goedgekeurd’, maar momenteel nog ‘zonder investering’. Voor MMV geldt daarmee dat er een tekort aan financiële middelen was in het jaar 2006 en waarschijnlijk ook voor 2007. Dit betekent dat het realiseren en beschikbaar stellen van deze middelen zonder investering blijft en dus geen voorgang krijgt (ibid).

Het track-record van deze PPP krijgt daarmee vorm, echter door het ontbreken van voldoende financiële middelen kan deze zich niet verder uitbreiden.

Samenkomst van actoren

De missie van MMV is het samenbrengen van publieke, private en filantropische instellingen om samen de financiering en coördinatie van de ontdekking, ontwikkeling en registratie van nieuwe medicijnen voor de behandeling en preventie van malaria in endemische zieke landen te bewerkstelligen. De malaria medicijnen dienen verstrekt te kunnen worden en passend voor gebruik voor de doelgroepen in ontwikkelingslanden (MMV 2007a). Belangrijke informatie voor het kunnen selecteren van de juiste strategie.

In de afgelopen jaren heeft MMV een portfolio opgebouwd met tien pre-klinische en klinische en elf ontwikkeling projecten. Het MMV model is dat van een “virtueel” farmaceutische bedrijf (MMV 2007a, MMV 2007b). Dit betekent dat de organisatie een zelfde type managementsysteem heeft als een farmaceutisch bedrijf en beschikt over een portfolio benadering ten aanzien van product ontwikkeling, zoals de meeste PD PPPs dat hebben. Hetgeen betekent dat er een synergie tussen de projecten nagestreefd wordt waarbij het gaat

om het delen van kennis, ideeën en vaardigheden. Het staat een PPP, hier met name MMV, toe om zich te focussen op projecten die resultaat kunnen leveren (Croft 2005). Gevolg van deze benadering is dat MMV 21 projecten gelijktijdig heeft lopen, dit is afwijkend van hoe de farmaceutische industrie te werk gaat.

Desondanks blijven de gewenste resultaten bij MMV uit. De financiële middelen van MMV zijn onvoldoende en daardoor worden de onderzoek en ontwikkelingsprojecten vertraagd en middelen zijn niet beschikbaar voor de markt. Zodoende heeft MMV een redelijke organisatorische positie verkregen.

Ook deze PPP bestaat uit een samenkomst van personen uit een drietal werkvelden; overheid, wetenschap en de farmaceutische industrie. Er zijn veel momenten van samenkomst, zoals vergaderingen, symposia of andere soorten bijeenkomsten. Dit duidt erop dat er wel voldoende overleg is, maar het is onduidelijk tot wat dit leidt.

Het strategisch element de toekomst beschrijven is enkel waar te nemen in het aan de orde stellen van het tekort aan financiering voor de activiteiten van de komende jaren. In het jaarverslag of andere documenten worden geen uitspraken gedaan over situaties die men in de toekomst denkt tegen te komen. De organisatorische positie van deze PPP is vertegenwoordigd door de brede en goedgevulde portfolio van MMV. Als er voldoende financiering beschikbaar wordt gesteld zal deze positie zich versterken. De strategie van de organisatie is vertaald naar missie, visie, doelstellingen en plannen. Het ontbreekt aan gegevens om vast te stellen of de gekozen strategie een goede is en wat er eventueel nog ontbreekt voor de realisatie, behalve de nodige financiën en gewenste samenwerking. Hoe de implementatie en controle van de huidige activiteiten aansluit op de gekozen strategie is tevens niet te benoemen. Ondanks dat er vastgesteld kan worden dat deze PPP veelbelovende activiteiten ten uitvoer brengt ten aanzien van de gewenste doelstelling. Over het managen van de interne context kan vermeld worden dat de organisatie een duidelijke structuur heeft. De website toont ruime informatie over de betrokken actoren en over de taken en verantwoordelijkheden van de teams. Verder worden er afbeeldingen getoond die een beeld geven van de doelgroep en wordt er vermeld waarom een dergelijke organisatie van belang is voor de wereld gezondheidszorg. Het is niet vast te stellen of, dit invloed heeft op de organisatiecultuur die er in de organisatie is. Het element van de interne context is niet te waarderen en met nader onderzoek dient aangetoond te worden hoe (de subelementen van) de interne context worden vervuld.

Door het tekort aan gelden en het verschil in belangen van de actoren kunnen de vijf strategische elementen niet zodanig tot uiting worden gebracht als gewenst is. Daardoor zal er zich een verstoring voordoen op de twee lijnen van afstemming in het strategische evenwicht zoals weergegeven in *figuur 3*. De realisatie van de doelstelling is niet mogelijk en het ontbreekt aan het beschikbaar stellen van nieuwe malaria middelen. Gevolg is dat het strategisch model bij MMV niet volledig benut wordt. Er kan gesteld worden dat onvoldoende invulling van de strategische elementen van invloed is op het geringe aantal producten dat geproduceerd danwel gedistribueerd wordt.

7.3 - The Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance)

The Global Alliance for TB Drug Development (TB Alliance) is een PD PPPs en is opgericht in 2000 op de internationale conferentie voor gezondheidszorg onderzoek en ontwikkeling in Bangkok, Thailand. Met vestigingen in New York, Brussel en Cape Town (TB Alliance 2007a).

Financiering

Op de website van deze organisatie worden de sponsors van TB Alliance genoemd en in het jaarverslag wordt hun financiële aandeel vermeld, zie bijlage 2 (TB Alliance 2007b, (Global Alliance for TB Drug Development 2007). Bij deze PPP is nog geen 21% van de in totaal 100% aan investeringen afkomstig van overheidsinstellingen. In beide bronnen wordt de Bill & Melinda Gates nadrukkelijk bedankt voor de genereuze ondersteuning. Zij leveren meer dan 70% van de totale investering.

Het jaarverslag 2005/2006 plaatst verder een duidelijk oproep dat er meer investering vereist is (Global Alliance for TB Drug Development. 2007). Er wordt vermeld dat er een investeringsgat is en dat er ondersteuning nodig is voor:

- De huidige projecten tot realisatie te bewerkstelligen, voornamelijk de fase III projecten
- Aanvullen en uitbreiden van de TB geneesmiddelen pijplijn
- Investeren in wetenschap dat de geneesmiddelenontwikkeling versnelt
- Het volledige begrijpen van de barrières voor toegang tot nieuwe leefregels en het garanderen van wereldwijde adoptie

Als concluderende statement wordt er gesteld dat: *“in vijf jaar de TB Alliance zich ontplooit heeft van begin tot klinische trials. De komende vijf jaar willen ze, met meer ondersteuning, de kritische klinische drempel overgaan en de eerste nieuwe TB behandelingen toereiken aan de patiënten.”*

Voor de TB Alliance geldt daarmee dat er een tekort aan financiële middelen was in het jaar 2006. Voor de realisatie en beschikbaarheid van deze middelen betekent dat zonder meer investering dit niet zal plaatsvinden en dat er ook geen opmerkelijke veranderingen in hun track-record zich zullen voordoen.

Deze PPP toont op deze wijze haar perspectief op de komende jaren en daarmee de invulling van het strategische element van de toekomst beschrijven.

Samenkomst van actoren

De missie van TB Alliance is het samenbrengen van de publieke en private sector ten behoeve van de ontdekking, ontwikkeling en levering van nieuwe medicijnen voor tuberculosis. Geneesmiddelen die de behandeling verkorten, effectief tegen gevoelige en resistente strengen, combineerbaar met anti-retrovirale therapieën voor bijvoorbeeld HIV-TB patiënten, om tot verbetering van de behandeling van verborgen infecties te komen (TB Alliance 2007a).

In samenwerking tussen wereldwijde publieke en private onderzoek laboratoria leidt de TB Alliance de vooruitgang van de meest veelomvattende portfolio van TB medicatie in de geschiedenis. De TB Alliance brengt de best practices van publieke en private sectoren samen om tegemoet te komen aan de wereld behoefte. De TB Alliance is erop gericht om zekerheid te bieden dat nieuwe goed gekeurde leefregels voorhanden zijn, toegepast worden en beschikbaar zijn voor diegene die het nodig hebben. Om dit te bewerkstelligen zet de TB Alliance en haar partners zich in voor goedkeuring van overheden, adoptie van TB

programma's en een wereldwijde verspreiding van de beschikbare nieuwe middelen en leefregels (ibid).

Tot op heden is de ontwikkeling van nieuwe behandelingen nog niet gerealiseerd. Echter was dat nog niet het doel van deze PPP. Zoals zij zelf stellen zijn er nu vijf jaren van onderzoek voorbij. De volgende stap voor deze PPP wordt de daadwerkelijke realisatie en het beschikbaar stellen voor patiënten.

Ook deze PPP bestaat uit een samenkomst van personen uit een drietal werkvelden; overheid, wetenschap en de farmaceutische industrie. Er zijn veel momenten van samenkomst, zoals vergaderingen, symposia of andere soorten bijeenkomsten. Dit duidt erop dat er wel voldoende overleg is, maar het is onduidelijk tot wat dit leidt en of dit bijdraagt aan een de positieve samenkomst en samenwerking van de verschillende actoren.

Het strategisch element de toekomst beschrijven is aanwezig bij deze PPP. De huidige en toekomstige activiteiten worden benoemd en tevens wordt er een kritische oproep gedaan voor ondersteuning ten aanzien van de komende jaren. De organisatorische positie van deze PPP is sterk, doordat de TB Alliance de meest veelomvattende portfolio in haar markt heeft en tegelijkertijd de best practices van twee sectoren met elkaar verbindt. Het ontbreekt aan gegevens om vast te stellen of de gekozen strategie een goede is en wat er eventueel nog ontbreekt voor de realisatie, behalve de nodige financiën en gewenste samenwerking. Hoe de implementatie en controle van de huidige activiteiten aansluit op de gekozen strategie is tevens niet te benoemen. Het managen van de interne context is tevens niet te waarderen. Wel kan vermeld worden dat er een overzicht is van de organisatorische opbouw en de bijbehorende teams hierbij. Verder is er een persoonlijke boodschap van de CEO te lezen waarin kort de normen en waarden van de organisatie staan geschetst. In verder onderzoek dient te blijken of deze mening gedeeld wordt door de medewerkers van de TB Alliance.

Door een gebrek aan financiële steun en de aanwezigheid van de verschillende actoren wordt deze PPP belemmerd in haar activiteiten en het realiseren van haar doelstellingen. Ook bij de TB Alliance kunnen de vijf strategische elementen niet voldoende tot uiting komen en wordt er een verstoring van het strategisch evenwicht veroorzaakt. Deze verstoring leidt waarschijnlijk tot een mindere productie van nieuwe middelen voor tuberculose.

Kortom het knelpunt rondom het tekort aan financiering wordt door alle drie de PPPs bevestigd. Het knelpunt dat zich voordoet door de samenkomst van verschillende actoren is niet bewezen dan wel verworpen in dit hoofdstuk. Door het ontbreken van voldoende informatie is het niet mogelijk hier een uitspraak over te doen.

Hoofdstuk 8 – Conclusie

De onderzoeksvraag van deze scriptie kan nu beantwoord worden. De vraag is: *Hoe kan vanuit de theorie van strategie de problematiek rondom PPPs worden verklaard?*

Onderzoek, ontwikkeling en distributie van geneesmiddelen die gecategoriseerd worden onder de groep priority medicines wordt onvoldoende bewerkstelligd. De Europese Unie is van mening dat deze middelen van essentiële waarde zijn en heeft deze middelen op de Europese beleidsagenda geplaatst en beleidsdoelen geformuleerd.

PPPs zouden volgens de EU goede mechanismen zijn om priority medicines te ontwikkelen en op de markt te brengen. De speciaal voor dit doel in het leven geroepen PPPs voldoen echter niet aan die verwachting. Knelpunten zijn met name het tekort aan financiën en het ontbreken van een goede structuur om veel verschillende actoren binnen een organisatie effectief te laten samenwerken. Daar komt dan ook nog eens de spanning bij die veroorzaakt wordt wanneer publieke en private organisaties met elkaar een zowel maatschappelijk essentieel als winstgevend product moeten ontwikkelen. Het ontbreekt binnen PPPs dus aan een strategisch evenwicht, dat noodzakelijk is om organisaties te kunnen laten renderen en voortbestaan.

Het aantal nieuwe middelen dat geproduceerd zou kunnen worden door PPPs was lager dan verwacht. Onder nieuwe middelen worden niet de zogenaamde ‘quick wins’ begrepen, die PPPs wél in voldoende mate hebben geproduceerd, middelen bedoeld om het tekort aan priority medicines op te vangen. Ook hebben PPPs niet voldaan aan de verwachting, dat door het bijeenbrengen van verschillende disciplines en expert-deskundigen de distributieproblematiek opgelost zou kunnen worden. Wel zijn PPPs er in geslaagd al deze actoren – ten behoeve van ontwikkeling, productie en distributie – bijeen te brengen. Soms lijkt het erop, dat PPPs niet veel verder komen dan dit resultaat.

Binnen PPPs voor priority medicines is het zeer problematisch om op diverse niveau's - strategisch, tactisch en operationeel - continue met elkaar af te stemmen. Deze PPPs zijn zeer omgevingsgevoelige- en afhankelijke organisaties, zodat het strategisch evenwicht snel verstoord is. Dat vraagt om voortdurende strategische bijstelling, d.w.z. elke activiteit dient consistent te zijn in het licht van de doelstelling, activiteiten dienen elkaar te versterken, er dient rekening gehouden te worden met de externe omgeving en er dient een optimale inzet van alle middelen van alle actoren plaats te vinden. Het grote aantal partijen verhindert evenwel snelle en adequate bijsturing en aanpassing.

De strategische doelstelling was echter, dat door het bundelen van kennis, belang en geld van de verschillende actoren (publieke en private sector) automatisch vorm gegeven zou worden aan nieuwe sturingsmechanismen. Deze zouden moeten leiden tot optimale activiteiten en financieel profijt en natuurlijk het gewenste gezondheidsresultaat. Ramiah & Reich (2006) bevestigen dit. Zij zijn kritisch over samenwerkingsverbanden tussen de publieke en private sector. Zij schrijven dit toe aan het feit, dat dergelijke organisaties voorbij gaan aan de stappen die ten grondslag liggen aan het opbouwen van een effectieve samenwerking. Er ligt dus een duidelijk strategisch probleem, Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te verwerven in hoe vanuit een strategische model de problematiek rondom PPPs verklaard kan worden.

De centrale vraag die als leidraad door dit onderzoek loopt is hiermee beantwoord. Daarnaast een drietal deelvragen.

De eerste deelvraag is *welke verschillende wetenschappelijke benaderingen zijn bepalend voor de strategievorming van PPPs?*

Uit de literatuur blijkt dat dit op veel verschillende manieren mogelijk is. De meest gangbare benadering van strategievorming is die van Mintzberg (1994), die tien strategische scholen beschrijft. Deze scholen zijn aan de hand van de drie voornaamste ontwikkelingen in de gezondheidszorg ingedeeld, namelijk:

- De planbare scholen, bij deze benadering ligt de basis bij de gedachte dat alles zich afspeelt in het eigen kader en dat daardoor het geheel planbaar is
- De rationele scholen, bij deze benadering ligt de basis bij de gedachte over het lerende vermogen van mensen en organisaties
- De omgevingscholen, bij deze benadering ligt de basis bij de gedachte dat men zich op de omgeving richt waarbij culturele en politieke factoren van belang zijn

PPPs kunnen het beste gestuurd worden vanuit de visie, die volgt uit de omgevingschool. Hierbij gaat het om een strategievorming waarbij de omgeving een sterke invloed heeft, waarbij het maatschappelijke karakter enerzijds en het economische karakter anderzijds leidend zijn. Verder dient er een continue afstemming te zijn met de externe context, omdat PPPs sterk verbonden zijn aan verschillende actoren en sectoren. Doordat het bij PPPs gaat om het leveren van een specifiek product voor de wereldwijde tekortkoming in de gezondheidszorg, heerst er binnen deze organisaties een sterke ideologie met bijpassende normen en waarden.

De tweede deelvraag is *hoe zijn de voornaamste problemen van PPPs te verklaren vanuit het strategisch perspectief?*

Zoals in hoofdstuk twee van dit afstudeeronderzoek is geschreven, is het vormen van een strategie een complex proces bestaande uit verschillende elementen die hierop van invloed zijn. Het in dit onderzoek ontwikkelde model is gevormd vanuit de visie dat er een evenwicht dient te zijn tussen enerzijds de afstemming van de doelstellingen en de activiteiten en anderzijds de afstemming tussen de doelstellingen en de omgeving, waarbij de vijf strategische basiselementen van invloed zijn, dit zijn:

- Het beschrijven van de toekomst
- Het bepalen van de organisatorische positie
- Het selecteren van de strategie
- Implementatie en controle
- Het managen van de interne context

Voor de problematiek van PPPs is nagegaan hoe dit verklaard kan worden vanuit deze basiselementen. Voor de goede orde, de problematiek van PPPs betreft: tekort aan financiële middelen en het besturen van veel verschillende actoren in één samenwerkingsverband, dat leidt tot onvoldoende productontwikkeling.

Het financiering knelpunt bevindt zich in een vicieuze cirkel. PPPs kunnen zichzelf niet sterk profileren in de markt. Het ontbreekt daardoor aan een duidelijk beeld van hetgeen men in de toekomst van deze organisaties kan verwachten. Investeerders worden op deze wijze niet gestimuleerd tot het (meer) beschikbaar stellen van financiële middelen. Hierdoor komt de

continuïteit van de PPP in het geding. Vervolgens blijft het ontbreken aan realisatie van producten en zodoende kunnen ze nog geen track-record tonen. Er blijft een tekort aan financiële middelen.

Het financiering knelpunt is ook te verklaren vanuit de vijf strategische elementen en de twee spanningsvelden. De toekomst beschrijven voor een dergelijke organisatie en het aannemen van een organisatorische positie zijn door de onzekere financiële situatie moeilijk elementen om te vervullen. Hierdoor is het selecteren van een strategie en deze implementeren slechts deels mogelijk. De PPP kan niet datgene nastreven dan men wenst te bereiken. Het managen van de interne context zal waarschijnlijk niet direct beïnvloed worden door het financiële probleem. Door de belemmering van deze strategische elementen wordt het strategisch evenwicht gehinderd. De afstemming tussen de doelstelling van de PPP en de participatie van de omgeving (voorzien in voldoende financiering) wordt verstoord. Tevens worden hierdoor de activiteiten van de organisatie op een nadelige wijze beïnvloed.

Door de samenkomst van verschillende actoren bij een PPP doen zich een aantal knelpunten voor. Enerzijds is dit het geval op momenten dat de PPP in contact is met de externe omgeving. Bijvoorbeeld bedrijven waar een opdracht aan wordt verstrekt en het verschillend beleid in de vele Europese landen voor vergoeding en registratie van geneesmiddelen. Anderzijds komen er in de interne omgeving verschillende organisatieculturen bijeen. Terwijl het juist nodig is dat er één organisatiecultuur is met één geaccepteerde en effectieve stijl van leiderschap.

Het knelpunt van de samenkomst van actoren is ook te verklaren vanuit de vijf strategische elementen en de twee spanningsvelden. De toekomst beschrijven is voor PPPs soms een lastig punt. Er is geen harmonisatie in wet- en regelgeving en het ontbreekt aan een inzicht in de totale markt van priority medicines. Met het aannemen van een organisatorische positie zullen PPPs door onvoldoende coördinatie van wereldwijde activiteiten moeite mee hebben. Terwijl men waarschijnlijk geen moeite zal hebben met de directe markt, doordat de verscheidende actoren een breed inzicht van de markt hebben waarin de PPP zich bevindt. Het selecteren van de daadwerkelijke strategie is een langdurige proces door de aanwezigheid van verschillende belangen. Hierdoor zal de implementatie en controle van activiteiten op zich laten wachten. Het managen van de interne context zal voornamelijk frictie ondervinden in de subelementen de organisatiecultuur en effectief leiderschap. Door de stagnatie van deze strategische elementen wordt het strategisch evenwicht belemmerd. De afstemming tussen de doelstelling van de PPP en de participatie van de omgeving (harmonisatie en samenwerking in de organisatie) wordt verstoord. Tevens worden hierdoor de activiteiten van de organisatie op een nadelige wijze beïnvloed.

Samenvattend kan gesteld worden dat PPPs zich bevinden op het snijvlak van maatschappelijke en economische dilemma's. Om deze op één lijn te brengen stuiten de organisaties op een aantal problemen, die verklaard zijn vanuit het strategische model.

De derde deelvraag is *hoe is dit waar te nemen bij een drietal PPPs?*

De volgende overeenkomsten en verschillen tussen de drie case PPPs kunnen benoemd worden:

- Slechts één van de drie case PPPs ontvangt de helft van haar financiële middelen van overheidsinstellingen. De meeste financiering die ontvangen wordt door deze PPPs bestaat voor het merendeel uit investeringen van filantropische, individuele of commerciële partijen. Twee van de drie PPPs ontvangen tevens gelden van de farmaceutische industrie. Door alledrie de PPPs wordt er een dringende oproep naar de publieke instellingen gedaan om meer steun te bieden in financiële middelen en (aan)sluitend beleid. De literatuur stelt ook de beperkte investering van de publieke partijen ter discussie.
- Alle drie de PPPs hebben potentie (redelijk tot sterke organisatorische positie) om haar doelen te bereiken, maar stellen in de jaarverslagen dat er onvoldoende beschikking is over de nodige financiële middelen. Hierdoor zullen de activiteiten stagneren en zullen de track-records niet meer dan “beloften voor de toekomst” zijn
- Alle drie de PPPs beschikken over missie, visie, doelstellingen en plannen die het selecteren van een strategie bevorderen
- Er is bij geen van de drie PPPs informatie bekend over de interne context en de omgang met de externe omgeving. Daarom kan er geen conclusie gegeven worden van een eventueel knelpunt van de samenkomst van actoren. De aanname dat er zich problemen voordoen door de samenkomst van verschillende actoren blijft een aannemelijke gedachte. Het ontbreekt tenslotte nog steeds aan de daadwerkelijke realisatie en distributie van middelen.
- Bij alle drie de PPPs is er een verstoring van het strategisch evenwicht, doordat de vijf strategische elementen onvoldoende tot uiting komen (of niet beoordeeld kunnen worden in deze scriptie). Onderzoek en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen wordt vertraagd door onvoldoende implementatie van het strategisch model.

Literatuur

- Andrews, K.R. 1998. *The concept of corporate strategy*. In: Mintzberg, H., J.B. Quinn & S. Goshal (Eds.) *The strategy process*. London: Prentice Hall.
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. 2005. *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bahlman, J.P. & B.A.C. Meesters. 1988. *Denken en doen. Een studie naar ontwikkeling en strategische heroriëntatie van zes Nederlandse ondernemingen rond een crisis (proefschrift)*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Bont, de A.A., Adams, S.A, Dijstelbloem, H.O., Nuijten, M., Querido, S.J. & E.A. Stolk. 2007. *Towards effective cooperation on medicine research and development*. Rotterdam: Erasmus MC.
- Buse, K. & A.M. Harmer. 2006. "Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potential". *Soc Sci Med* 2007 (2):259-271.
- Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Second edition. Thousand oaks: Sage publications.
- Croft, S.L. 2005. "Public-Private partnership: from there to here." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (99S)S9-S14.
- Finlay, P. 2000. *Strategic management. An introduction to business and corporate strategy*. London: Prentice Hall.
- Global Alliance for TB Drug Development. 2007. *Annual report 2005-2006*. New York.
- Global Health Council. 2007. *Information sources. New website: The Initiative on Public-Private Partnerships for Health* [Internet]. Global Health Council 18 november 2003 [aangehaald op 20 juni 2007]. Bereikbaar op <http://www.globalhealth.org/sources/view.php?id=652>
- Hartgerink, J.W. 2007. *Persoonlijke communicatie*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Directie geneesmiddelen en medische technologie. 25 juni 2007.
- IAVI. 2007. *About IAVI*. [Internet]. International Aids Vaccin Initiative, 2007 [aangehaald op 15 juni 2007]. Bereikbaar op <http://www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=24>
- International AIDS Vaccine Initiative (IAVI). 2006. *Annual Progress Report*. New York.
- (IP3). 2007. *Consulting*. [Internet]. Institute for Public-Private Partnerships, Inc., 09 augustus 2007 [aangehaald op 22 augustus 2007]. Bereikbaar op http://www.ip3.org/c_overview.htm
- Johnson, G. & K. Sholes. 1999. *Exploring corporate strategy*. Essex: Pearson Education Limited.
- Kaplan, W. & R. Laing. 2004. *Priority Medicines for Europe and the World*. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Kramer, B. *De bijdrage van strategische analyse aan strategievorming in de gezondheidszorg (proefschrift)*. Rotterdam: Optima grafische communicatie.
- Kroft, Th.P.W.M. & C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging*. Derde druk. Utrecht: Lemma BV.
- Maso, I & Smaling, A. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.

- (MEDEV). 2007. *Pharmaceutical policy cooperation between the statutory health insurance institutions in Europe* [Internet]. The Medicine Evaluation Committee. February 2007 [aangehaald op 12 augustus 2007]. Bereikbaar op <http://www.esip.org/publications/pb51.pdf>
- Mintzberg, H. 1994. *Strategievorming: tien scholen*. Scheidam: Scriptum management books.
- Mintzberg, H. & Lamel, J. 1999. "Wegen in strategievorming". *Holland management review* (65):200-216.
- Mintzberg, H. 2004. *Organisatie structuren*. Eerste druk. Den Haag: Academic Service. Oorspronkelijke titel: *Structure in fives: designing effective organizations*. London: Prentice Hall.
- MMV. 2007a. *About MMV*. [Internet]. Medicines for Malaria Venture, 2007 [aangehaald op 15 juni 2007]. Bereikbaar op http://www.mmv.org/rubrique.php3?id_rubrique=11
- (MMV). 2007b. *Annual report 2006*. Medicines for Malaria Venture. Lausanne: Genoud SA.
- Ministerie van VWS. 2004. *Presidency's conclusions. Conference on Priority Medicines for the citizens for Europe and the world*. Den Haag, 18 november 2004: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van VWS. 2007. *Europees voorzitterschap*. [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [aangehaald op 18 juli 2007]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/dossiers/Europees_voorzitterschap/
- Moran, M. 2005. "A breakthrough in R&D for Neglected Diseases: New ways to get the drugs we need." *PLoS Medicine* 2(9): 828-832.
- Moran, M. , Ropars, A.L. , Guzman, J. , Diaz, J. C. Garrison. 2005. *The new landscape of neglected diseases drug development*. London: The London school of economics and political science.
- Nisthar, S. 2004. "Public-private 'partnerships' in health – a global call to action". *Health res policy syst* 2004 (1):5.
- Nwaka S. 2005. "Drug discovery and beyond: the role of public-private partnerships in improving access to new malaria medicines". *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005.
- O'Driscoll, T. 2002. "Learning to innovate". *Strategic HR Review* (5):3.
- (PPP Bulletin). 2007. *Project tracker*. [Internet]. PPP Bulletin, 22 augustus 2007 [aangehaald op 22 augustus 2007]. Bereikbaar op <http://www.pppbulletin.com/trackers/default.asp?chn=0,0,0,0&sref=02270028121227101647>
- Ramiah, I. & M.R. Reich. 2006. "Building effective public-private partnerships: Experiences and lessons from the African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships (ACHAP)". *Social Science & Medicine* (63):397-408.
- Rawlins, M.D. 2005. "Neglected Diseases". *British Medical Journal* (330): 376-377.
- Rijksvoorlichtingsdienst (RVD). 2007. "Innovatie" [Internet]. Rijksvoorlichtingsdienst, informatie van de regering [aangehaald op 11 juni 2007]. Bereikbaar op http://www.regering.nl/actueel/dossieroverzicht/42_21143.jsp
- Schuurman, A. R. 2007. *Interview*. College voor Zorgverzekeringen. Afdeling vergoedingen. 9 mei 2007.
- Schumpeter, J. 1942. *Capitalism, socialism and democracy*. Cambridge: Harvard University Press.

- TB Alliance. 2007a. *About us. Mission & History*. [Internet]. Global Alliance for TB Drug Development, 2007 [aangehaald op 15 juni 2007]. Bereikbaar op <http://www.tballiance.org/about/mission.php>
- TB Alliance. 2007b. *About us. Donors*. [Internet]. Global Alliance for TB Drug Development, 2007 [aangehaald op 4 juli 2007]. Bereikbaar op <http://www.tballiance.org/about/donors.php>
- Tickell, S. 2005. *The antibiotic innovation study: Expert voices on a critical need*. (<http://soapimg.icecube.snowfall.se/stopresistance/Innovation%20study%20april%20low%20res.pdf>)
- Weely, S. 2007. *Interview*. Stuurgroep Weesgeneesmiddelen. 23 april 2007.
- Widdus, R. 2005. "Public-private partnerships: an overview. *Transactions of the royal society of tropical medicines and hygiene*. 2005 (99)supplement 1:s1-8.
- Wijnberg, B. 2007a. *Interview*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Directie geneesmiddelen en medische technologie. 9 mei 2007.
- Wijnberg, B. 2007b. *Persoonlijke communicatie*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Directie geneesmiddelen en medische technologie. 21 juni 2007.

Bijlage 1 - Investeerders van Medicines for Malaria Venture

Naam van de instelling/organisatie	Bedrag in \$	Type instelling/organisatie	Percentage van het totaal
Bill & Melinda Gates Foundation	10.000.000	Filantropisch	30,2 %
Rockefeller foundation	450.000	Filantropisch	1,4 %
Welcome Trust	4.427.300	Filantropisch	13,4 %
Swiss Government (DEZE/SDC)	649.200	Overheid	2,0 %
UK Government (DFID)	5.425.100	Overheid	16,4%
Dutch Government (NMDC)	5.315.164	Overheid	16,1%
US Government (USAID)	1.500.00	Overheid	0,5 %
Irish Aid	3.828.000	Overheid	11,6%
World Bank via Global Forum	750.000	Private organisatie	2,3%
ExxonMobil	500.000	Private organisatie	1,5%
BHP Billiton	250.000	Private organisatie	0,8%
Individuele investeerders	12.279	Privaat	0,1%
Totaal	33.107.042		96,3%

(MMV Annual report 2007b).

Bijlage 2 – Investeerdere van Global Alliance for TB Drug Development

Naam van de instelling/organisatie	Bedrag in \$	Type instelling/organisatie	Percentage van het totaal
Bill & Melinda Gates Foundation	131.316.000	Filantropisch	70,6%
Rockefeller foundation	15.624.000	Filantropisch	8,4%
Irish Aid	11.718.000	Overheid	6,3%
UK Government (DFID)	11.532.000	Overheid	6,2%
US Government (USAID)	8.184.000	Overheid	4,4%
Nederlands ministerie van buitenlandse zaken (BUZA)	7.254.000	Overheid	3,9%
U.S. National Institutes of Health	372.000*	Overheid	0,2%*
U.S. Centers for Disease Control and Prevention		Overheid	
GlaxoSmithKline		Private organisatie	
Bayer		Private organisatie	
RTI International		Non-profit	
Stop TB Partnership		Non-profit	
Overige investeerders		Privaat/non-profit	
Totaal	186.000.000		100%

* Er zijn geen precieze gegevens van deze investeerders bekend, deze zijn in het rapport gegroepeerd onder overige.

(TB Alliance Annual report 2007b).