



SAMENWERKINGSVORMEN MEDISCHE MICROBIOLOGIE

Marleen van Straten (461679)

Master thesis

Erasmus University Rotterdam/RSM, Parttime Master Bedrijfskunde
Afstudeerrichting: Strategische Vernieuwing & Corporate Entrepreneurship A

Coach: Prof. Dr. Em. Peter de Wolf
Meelezer: Prof. Dr. Alexander Maas

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis '*Samenwerkingsvormen Medische Microbiologie*'.

Deze masterthesis is geschreven in het kader van de afronding van de studie Parttime Master Bedrijfskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam/RSM, afstudeerrichting Strategische Vernieuwing & Corporate Entrepreneurship A.

Sinds het afstuderen aan de HLO (Hogere Laboratorium Opleiding) ben ik altijd met veel plezier werkzaam geweest bij een medisch microbiologische laboratorium organisatie. De bevoegenheid en het sterke verantwoordelijkheidsgevoel van het management, de medische staf en de medewerkers, om een zo goed mogelijke dienstverlening naar de patiënt te borgen, heeft mij altijd zeer geïnspireerd. Tijdens mijn studie is, door het volgen van colleges en het lezen van boeken en artikelen, mijn interesse voor strategische vraagstukken gewekt. Juist om die reden heb ik gekozen voor een strategische vraagstelling die zich richt op medisch microbiologische dienstverlening.

Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij 12 laboratorium organisaties en 11 externe deskundigen en/of belanghebbenden van medisch microbiologische zorg. Het onderzoek heeft mij veel inzichten gegeven. De bereidwilligheid en positieve instelling van de respondenten om mee te werken aan dit onderzoek heb ik als heel bijzonder ervaren. In de interviews kwam de bevoegenheid van de respondenten heel duidelijk naar voren en de interviews waren stuk voor stuk interessant. Bij dezen wil ik dan ook alle respondenten hartelijk danken voor hun medewerking.

Het afronden van mijn studie en het schrijven van deze masterthesis zou niet mogelijk zijn geweest zonder de steun van mijn familie, vrienden, collega's en studiegenoten. Jullie hebben mij gedurende mijn studie en tijdens het schrijven van mijn masterthesis ondersteund, aangehoord en gemotiveerd. Dit heeft mij enorm geholpen en hier ben ik dan ook ontzettend dankbaar voor.

Tijdens het onderzoek stonden mijn coach Peter de Wolf en mellezer Alexander Maas voor mij klaar met snelle kritische feedback en hulp tijdens het afstudeerproces. Ondanks de complexiteit van het onderzoek hebben jullie er door jullie positieve feedback voor gezorgd dat ik de moed erin hield en uiteindelijk dit resultaat heb kunnen leveren. Dank daarvoor!

Daarnaast wil ik het Streeklab Haarlem en in het bijzonder Dick Veenendaal en Willem van Straten, enorm bedanken voor de ruimte die ik heb gekregen om mijn studie tot een goed einde te brengen. Ook tijdens het uitvoeren van mijn onderzoek en het schrijven van het rapport zijn jullie een grote steun geweest met jullie enthousiaste feedback.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Marleen van Straten

Haarlem, 30 augustus 2018

Samenvatting

Deze studie geeft inzicht in mogelijke samenwerkingsvormen tussen, en door, medisch microbiologische laboratoriumorganisaties. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij 12 laboratorium organisaties en 11 externe deskundigen en/of belanghebbenden van medisch microbiologische zorg. Het betreft een kwalitatief onderzoek door het uitvoeren van een meervoudige casestudie, waarvoor in totaal 25 interviews zijn afgenomen.

De Nederlandse overheid heeft, met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006, steeds meer marktmechanismen toegelaten in het Nederlandse zorgstelsel. Als gevolg hiervan is er een toename in competitief gedrag van de verschillende actoren binnen de zorg. Deze concurrentie dient te leiden tot een betere kwaliteit van zorg, tegen acceptabele kosten. Voor laboratoria is het van belang de concurrentiepositie van de organisatie te verbeteren teneinde op de lange termijn bestaansrecht te blijven behouden. Samenwerking tussen laboratoria lijkt hiervoor een goed uitgangspunt. Er spelen zowel bedrijfskundige als maatschappelijke belangen een rol bij het transitieproces van de medisch microbiologische laboratoria in Nederland. Deze, op punten tegengestelde, krachtenvelden worden tot op heden veelal los van elkaar beoordeeld bij de keuze van de meest passende organisatiestructuur.

Dit onderzoek toont aan dat consolidatie van laboratoriumdiagnostiek middels samenwerking met partners leidt tot meer toekomstbestendigheid voor de laboratoriumorganisaties en de microbiologische zorg. Daarnaast ondersteunt dit onderzoek de visie dat regionaal werken meerwaarde heeft op de dienstverlening ervaren door de klant en in het verlengde daarvan de patiënt.

Vastgesteld is dat er verschillen zijn waargenomen aangaande het beeld en de visie op medische microbiologie, bevonden door de bestuurders, de professionals en de externe deskundigen/belanghebbenden van medisch microbiologische zorg.

Uitgaande van de resultaten van een krachtenveldanalyse en criteria waaraan medisch microbiologische laboratoriumorganisaties moeten voldoen, zijn drie mogelijke toekomstige scenario's van samenwerking getoetst: 1) samenwerking door het aangaan van strategische allianties, 2) acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria, en 3) interdisciplinaire samenvoeging van laboratoria. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het organiseren van de medische microbiologie in Nederland in een nieuw organisatie-model het beste kan worden vormgegeven door fusie van medisch microbiologische laboratoria, met als doel schaalvoordeel te behalen en regionaal te organiseren. Dit scenario komt het meest tot zijn recht door deze te combineren met interdisciplinaire fusies en/of samenwerking middels allianties om een multidisciplinair dienstenpakket aan te kunnen bieden en het regionaal, integraal aanbieden van laboratoriumdiensten zo goed mogelijk te ondersteunen.

Op basis van de resultaten van het huidige onderzoek wordt aangeraden de verkregen data in een vervolgonderzoek te toetsen in een (kwantitatief) onderzoek naar de meerwaarde geleverd in de dienstverlening naar de individuele patiënt, en de volksgezondheid als geheel, en het effect op het behalen van de organisatiedoelstellingen op bedrijfskundig/economisch vlak.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting	2
Hoofdstuk 1 - Probleemdefinitie	4
1.1 Contexten medische microbiologie.....	4
1.2 Vraagstelling met deelvragen	6
1.3 Context (marktomvang).....	6
1.4 Relevantie onderzoek.....	7
1.5 Leeswijzer.....	7
Hoofdstuk 2 - Theoretische basis	8
2.1 Samenwerkingsvormen	8
2.2 Samenwerking in de gezondheidszorg	9
2.3 Organisatiestructuren.....	9
Hoofdstuk 3 - Methodologie	13
3.1 Kwalitatief onderzoek, strategie van onderzoek.....	13
3.2 Onderzoeksopzet.....	14
3.3 Dataverzameling.....	18
3.4 Data-analyse.....	18
3.5 Stakeholder analyse.....	19
3.6 Krachtenveldanalyse.....	20
3.7 Configuratieanalyse.....	20
Hoofdstuk 4 – Resultaten (beschrijving en analyse)	22
4.1 Analyse kernpunt categorieën	22
4.2 Stakeholderanalyse	25
4.3 Krachtenveldanalyse: patronen en clusters bij cases	29
4.4 Krachtenveldanalyse: patronen en clusters bij deskundigen/ belanghebbenden.....	34
4.5 Vergelijking beide krachtenveldanalyses.....	37
4.6 Criteria te stellen aan een medisch microbiologische organisatie.....	39
Hoofdstuk 5 - Discussie en Conclusie	43
5.1 Discussie.....	43
5.2 Beperkingen en aanbevelingen vervolgonderzoek	48
5.3 Aanbevelingen voor de praktijk	49
5.4 Conclusies	50
Referentielijst.....	52
Bijlagen	55
Bijlage 1: Categorieën krachtenvelden	55
Bijlage 2: Criteria cases.....	56
Bijlage 3: Criteria deskundigen/belanghebbenden.....	57

Hoofdstuk 1 - Probleemdefinitie

1.1 Contexten medische microbiologie

De medische microbiologie in Nederland is versnipperd. Veel, relatief kleine, medisch microbiologische laboratoria, zelfstandig, als onderdeel van een ziekenhuis of deel uitmakend van een eerstelijns diagnostisch centrum (in het vervolg afgekort tot EDC), verzorgen de medische microbiologie. De (deel)omzet van deze laboratoria varieert tussen de 5 en 20 miljoen.

Nadeel van deze versnippering is dat deze laboratoria, met name zelfstandig opererend, vaak te klein zijn om:

1. Te kunnen inspelen op de, vaak dure, technologische ontwikkelingen;
2. Hun overheadkosten te beperken om concurrerend te kunnen zijn;
3. Optimale schaalgrootte te creëren om daarmee de kostprijzen zo laag mogelijk te houden;
4. Geografisch een dekkend integraal aanbod te kunnen bieden waarbij de patiënt centraal staat, ongeacht in welke zorglijn deze zich bevindt, en
5. Voldoende diversiteit in hun aanbod te kunnen blijven garanderen.

De (kleine) zelfstandige laboratoria hebben daarnaast, door hun beperkte grootte, een druk bestuurlijk systeem.

Daarentegen is het voordeel van zelfstandige laboratoria dat ze vaak een regionale functie hebben zodat met name de consultfunctie richting verschillende regionale zorgpartners, te weten ziekenhuizen, huisartsen en andere zorgaanbieders direct, persoonlijk en integraal (lijnloos) ingevuld kan worden. Daarnaast kunnen zelfstandige laboratoria snel schakelen bij veranderingen en is er doorgaans grote betrokkenheid van medewerkers bij de organisatie.

De medische microbiologie vormt een specifiek onderdeel in het zorglandschap. Hoewel het als medische specialisme veelvuldig in een adem genoemd en vergeleken wordt met de klinische chemie, kent het vakgebied desondanks unieke kenmerken en daarmee een specifieke meerwaarde. Het vaststellen van de meerwaarde van medisch microbiologische zorg, die wordt gekenmerkt door de integrale verbondenheid tussen diagnostiek, consultatie, infectiepreventie en epidemiologie voor meerdere zorglijnen, vereist maatwerk, verschilt per klantgroep en is daarmee complex. Een hoge mate van efficiëntie en verbondenheid van de 4 componenten van de procesketen en hun onderlinge verbondenheid bepalen de kwaliteit van het microbiologisch product. Het aanbieden van medische microbiologische zorg vindt plaats vanuit laboratoriumorganisaties.

Uit de sector komen signalen dat opschaling (consolidatie) nodig is om de medische microbiologie goed te kunnen blijven invullen (Raemakers, 2017). Deze wens tot consolidatie heeft zich op diverse plaatsen inmiddels doorgezet. Er zijn voorspellingen dat de huidige 100+ laboratoriumorganisaties zullen worden teruggebracht tot zo'n 5 – 10 centraal aangestuurde diagnostische centra. De diagnostische ondersteuning verschuift daarmee van traditionele separate eerste-, tweede- en derdelijns zorg naar verdere verticale integrale (lijnloze), regionale, ondersteuning. Als gevolg van deze beweging zal de algemene druk op samenwerking tussen laboratoria met medisch microbiologische dienstverlening toenemen.

Naast de verticaal integrale vakinhoudelijke samenwerking wordt vanuit het bedrijfsmatig perspectief tevens gekeken naar horizontaal integrale samenwerking van de medische microbiologie met andere laboratorium disciplines te weten klinische chemie en pathologie.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (in het vervolg afgekort tot VWS) deelt deze visie dat opschaling van laboratorium functies onoverkomelijk is. VWS hanteert daarbij een functioneel uitgangspunt ten aanzien van horizontale en verticale geïntegreerde diagnostiek. Kort gezegd dient diagnostiek naar de mening van VWS niet per zorgsegment te worden aangeboden en uitgevoerd maar juist integraal over de domeingrenzen heen. Dat wil zeggen dat de diagnostische disciplines een compleet pakket van diensten kan aanbieden voor diverse aanvragers onafhankelijk van in welk deel van de zorgsector/zorglijn zij actief zijn. De VWS-visie is dus in beginsel gericht op het zo breed mogelijk delen van diagnostische data, zonder daarbij expliciet uitspraak te doen over de bestuurlijke-, vakinhoudelijke- noch de economische vorm.

Horizontale integratie van de verschillende laboratorium disciplines staat tegenover de discipline georiënteerde verticale samenwerkingsvorm waarin we de medisch microbiologische organisaties nu veelal zien opereren.

Naast de bedrijfskundige wens tot opschaling van de medisch microbiologische laboratoria, zodat organisaties ontstaan die zowel economisch, bedrijfskundig als procesmatig opereren, speelt tegelijk ook een maatschappelijk, functioneel belang.

VWS heeft in 2010 opdracht gegeven aan KPMG-Plexus om een advies uit te brengen over de financiering van de 1^e lijn laboratoriumdiagnostiek. Uit dit onderzoek is onder andere gebleken dat de medische microbiologie als diagnostische discipline een continuüm vormt tussen de eerste-, tweede- en derde lijn. Een notitie van de NVMM beschrijft het belang om de medische microbiologie als onderscheidend, en los te zien van de klinische chemie (KPMG Plexus, 2010) en pleit daarmee voor verticale integratie. Deze notitie beschrijft met name het belang, en de noodzaak van, regionalisering van de medische microbiologie, ten behoeve van een geïntegreerd (lijnloos) diagnostisch, consultatief en preventief infectiebeleid en het uitvoeren van epidemiologische analyses inclusief het klinisch antibioticum gebruik. De visie van VWS volgt ten dele deze uitgangspunten, omdat door VWS geen stelling wordt genomen in de discussie of de medische microbiologie als zelfstandige entiteit wel toekomstbestendig is. Tegelijk beschrijft de NVMM-notitie dat de medische microbiologie in Nederland wereldwijd aan de top staat. Zo is Nederland recent uitgeroepen tot gidsland voor antimicrobiële resistentie.

De minister van VWS heeft in 2017 in een brief aan de Tweede kamer het belang van de voortgang van de beheersing van antibioticaresistentie aan de orde gesteld (Tweede Kamer, 2017). Zij kaartte daarin de ontwikkeling van antibioticaresistentie, zowel Europees als mondiaal aan en introduceerde de, zogenaamde, zorgnetwerken. Een belangrijk politiek en daarmee maatschappelijk agendapunt is derhalve de infectieveligheid.

Zoals beschreven spelen zowel bedrijfskundige als maatschappelijke belangen een rol bij het transitieproces van de medische microbiologische laboratoria in Nederland. Deze, op punten tegengestelde, krachtenvelden worden tot op heden los van elkaar beoordeeld bij de keuze van de meest passende organisatiestructuur.

Mede hierdoor komt de discussie over de gewenste integrale organisatievorm, nog niet of nauwelijks van de grond.

Er hebben wel inventarisaties naar de mogelijkheden en meerwaarde plaatsgevonden. Hieruit volgt dat het samenvoegen van laboratoria kansen biedt, maar op de weg ernaartoe worden veel weerstanden waargenomen die zich moeilijk laten wegnemen. Met name de verschillende

stakeholders en krachtenvelden maken het complex een dergelijke organisatieverandering te doen plaatsvinden.

Het is interessant te onderzoeken wat de meest geschikte organisatievorm voor een medisch microbiologisch laboratorium in Nederland is waarbij rekening wordt gehouden met zowel de bedrijfskundige als de maatschappelijke krachtenvelden en/of stakeholders.

1.2 Vraagstelling met deelvragen

Wat is een optimale organisatiestructuur voor medisch microbiologische laboratoria in Nederland, rekening houdend met zowel stakeholders als maatschappelijke en bedrijfskundige krachtenvelden?

- Wie zijn de stakeholders waarmee rekening gehouden dient te worden?
- Wat zijn de krachtenvelden die een rol spelen binnen het veranderende Nederlandse zorglandschap en de laboratoriumdiagnostiek in het bijzonder?
- Welke objectieve criteria kunnen voor een optimale organisatiestructuur gesteld worden?
- Uitgaande van de objectieve criteria, wat zijn mogelijke scenario's en hoe verhouden deze scenario's zich ten opzichte van de criteria

1.3 Context (marktomvang)

De medische microbiologie in Nederland is, zoals eerder gesteld, versnipperd. Deels is de medische microbiologie ondergebracht als afdeling/specialisme binnen de academische en algemene ziekenhuizen, deels in de vorm van EDC's en deels als zelfstandige laboratoria. Met name deze versnippering maakt dat de totale markt van medische microbiologie in Nederland niet bekend en direct inzichtelijk is. In dit rapport wordt getracht middels extrapolatie een zo goed mogelijke inschatting te geven van de totale medisch microbiologische markt in Nederland.

Hiervoor wordt, op voorhand, gebruik gemaakt van reeds verrichte schattingen en extrapolaties van de totale marktomvang.

Een dergelijke kwantitatieve analyse is reeds uitgevoerd door het organisatieadviesbureau Twynstra Gudde (Raemakers, 2017). Hierin wordt een totale marktomvang van medische microbiologie geschat op 390-520 miljoen euro.

Hiervoor is de eerste lijn medisch microbiologische (afgekort tot MM) productie verkregen uit de beoordeling en verantwoording van het DBC pakket (Nationale Zorgautoriteit, 2017). Het kengetal verkregen uit dit rapport bedraagt 130 miljoen euro op een inwoneraantal van 17 miljoen.

Er zijn geen eenduidige, landelijke, gegevens voorhanden over de totale MM-productie (aantallen en omzet) van de tweede lijn zorg. Door Twynstra Gudde wordt geschat dat de MM-laboratoriumdiagnostiek ongeveer 1-1,5% behelst van de totale omzet van een ziekenhuis. Uit een analyse van jaarverslagen 2016 wordt de omzet van ziekenhuizen geschat op 26 miljard euro. Dit betekent dat de MM-productie afkomstig uit de tweede lijn zorg op 260-390 miljoen euro uitkomt (Zie Tabel 1).

Tabel 1: Kwantitatieve analyse marktomvang medische microbiologie

<i>Kengetallen MM in euro</i>	<i>Kengetal</i>	<i>Rekenen met</i>
<i>Totaal NL</i>	390-520 mio	455 mio
<i>1^{ste} lijn NL</i>	130 mio	
<i>2^{de} lijn nl</i>	260-390 mio	325 mio
<i>1^{ste} lijn/inwoner (n=17 mio)</i>	7,7	
<i>2^{de} lijn/inwoner (n=17 mio)</i>	19,1	
<i>MM/inwoner (n=17 mio)</i>	26,8	

1.4 Relevantie onderzoek

Relevantie voor organisaties en managers

Er spelen maatschappelijke en bedrijfskundige visies ten aanzien van de ideale organisatiestructuur voor medisch microbiologische laboratoria in Nederland. Deze visies zijn uiteenlopend en hierbinnen spelen meerdere stakeholders een rol die elk hun eigen belangen en criteria hebben bij een organisatiestructuur.

De maatschappelijke en bedrijfskundige visies, in combinatie met een organisatiestructuur, worden nu veelal los van elkaar gezien. Het samenbrengen van deze visies, en daarmee het ontwikkelen van een potentieel optimale organisatiestructuur, is nog niet verricht. Met de uitkomsten van dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan discussies binnen laboratoriumorganisaties bij het vormen van een strategie, het aangaan van samenwerkingen en een mogelijke structuurtransitie. Dit maakt deze onderzoeksvraag relevant voor alle laboratoriumorganisaties in Nederland.

Relevantie voor de wetenschap

Dit onderzoek poogt bij te dragen aan de praktijk maar ook aan de wetenschap. Door gebruik te maken van de bestaande theorie en literatuur over organisatiestructuren en samenwerkingsvormen en vraagstukken, tracht dit onderzoek een theoretisch kader te bouwen voor organisatiestructuren binnen de laboratoriumwereld. Door het gebruik van bestaande theorieën wordt bepaalde consensus hierover verondersteld, waardoor de uitkomsten van het onderzoek mogelijk anderszins kunnen bijdragen aan de kennis over organisatiestructuren in het algemeen.

1.5 Leeswijzer

Dit eerste hoofdstuk beschreef de contexten van de medische microbiologie in Nederland, de probleemstelling en de centrale vraagstelling van het onderzoek. In Hoofdstuk 2 wordt de theoretische basis van het onderzoek geschetst. Volgend uit deze theorie worden in dit hoofdstuk tevens de mogelijke toekomstige scenario's van samenwerking beschreven die de basis van dit onderzoek vormen. Hoofdstuk 3 beschrijft de methodologische opzet van het onderzoek. De onderzoeksresultaten worden in Hoofdstuk 4 beschreven. Hoofdstuk 5 geeft de discussie en conclusie van het onderzoek weer. In dit hoofdstuk wordt daarnaast gereflecteerd op het onderzoek en worden de belangrijkste limitaties van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

Hoofdstuk 2 - Theoretische basis

De Nederlandse overheid heeft met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 steeds meer marktmechanismen toegelaten in het Nederlandse zorgstelsel. Als gevolg hiervan is er een toename in competitief gedrag van de verschillende actoren binnen de zorg. Dit geldt ook binnen de laboratoriumsector. Deze concurrentie dient te leiden tot een betere kwaliteit van zorg, tegen acceptabele kosten. Voor laboratoria is het van belang de concurrentiepositie van de organisatie te verbeteren teneinde op de lange termijn bestaansrecht te blijven behouden. De medische microbiologie is binnen de laboratoriumdiagnostiek weliswaar een nichemarkt maar het is de enige laboratoriumdiscipline die een directe invloed heeft op de volksgezondheid (infectieveiligheid). Samenwerking tussen laboratoria lijkt hiervoor een goed uitgangspunt.

Dit hoofdstuk biedt de theoretische basis van dit onderzoek. De belangrijkste concepten van het onderzoek worden hieronder beschreven, te weten de theorie over samenwerkingsvormen, algemeen en binnen de gezondheidszorg, en organisatiestructuren. De organisatiestructuren worden daarmee verdiept door het schetsen van verschillende scenario's van mogelijke toekomstige organisatiestructuren die, theoretisch onderbouwd, dienen als uitgangspunt voor het onderzoek.

2.1 Samenwerkingsvormen

In de afgelopen decennia, is een toename te zien in de samenwerking tussen organisaties (Mowery, 1988). Samenwerkingsvormen tussen organisaties kunnen onderscheiden worden in allianties, fusies en acquisities (Man & Duysters, 2005).

De term 'strategische alliantie' verwijst naar een variëteit van relaties tussen organisaties. Het betreft afspraken waarbij, twee of meer, aparte organisaties samenwerken om wederkerig voordeel te behalen terwijl de aparte entiteiten behouden blijven (Man & Duysters, 2005).

Bij fusies en acquisities worden onafhankelijke organisaties gecombineerd in een nieuwe entiteit. Deze samenvoeging kan bestaan uit twee, min of meer gelijkwaardige, organisaties maar het kan ook voorkomen dat een organisatie een meerderheid in eigenaarschap in een andere organisatie heeft (Hagedoorn & Duysters, 2002; Man & Duysters, 2005)

Allianties tussen organisaties nemen vele vormen aan, zoals het samenwerken op het gebied van R&D, het vormen van '*equity joint ventures*', het samen produceren en het samenwerken op het gebied van marketing. De rationale achter deze samenwerking berust meestal op het spreiden van risico, toegang krijgen tot nieuwe markten en technologieën, het verbeteren van de '*time-to-market*' en het combineren van complementaire vaardigheden (Eisenhardt & Schoonhoven, 1996; Hagedoorn, 1993; Kleinknecht & Reijnen, 1992; Kogut, 1989).

De belangrijkste motieven voor het aangaan van fusies en acquisities zijn, onder andere, toegang krijgen tot een markt, groei van de organisatie, verbeteren van de efficiëntie, diversifiëren, toegang krijgen tot technologieën, het verlagen van risico en het bevorderen van innovatie (Chakrabarti, Hauschildt, & Süverkrüp, 1994; Hitt, Hoskisson, Johnson, & Moesel, 1996; Man & Duysters, 2005).

In samenwerkingsvormen tussen organisaties zijn de daadwerkelijke samenwerking en coördinatie van belang voor het succes van de integratie. Bij een fusie of acquisitie is de samenwerking en coördinatie het meest eenvoudig door zowel formele factoren zoals de hiërarchie als informele factoren zoals cultuur, normen, leiderschap en gedeelde ervaring. Zonder een gezamenlijk

eigenaarschap en bij sterk gedifferentieerde organisatie-eenheden, zoals het geval bij allianties waarbij de losse entiteiten blijven bestaan, zijn samenwerking en coördinatie gecompliceerder en hierdoor zal de integratie complexer te bewerkstelligen zijn (Gulati, Lawrence, & Puranam, 2005).

2.2 Samenwerking in de gezondheidszorg

De Nederlandse overheid heeft met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 steeds meer marktmechanismen toegelaten in het Nederlandse zorgstelsel. Als gevolg hiervan vindt in toenemende mate competitief gedrag van en tussen de verschillende actoren binnen de zorg plaats. Voor een effectieve competitie dient er zorg voor gedragen te worden dat zowel patiënten als zorgverzekeraars voldoende keuze hebben uit alternatieve zorgaanbieders.

Competitieve druk uit zich veelvuldig in consolidatie (fusies) van zorgaanbieders. Zo is dit ook het geval op de Nederlandse markt. Om competitie in de hand (en eerlijk) te houden worden fusievoorstellen beoordeeld op basis van de mededingingswet door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Het beoogde doel van de mededingingswetgeving is het bevorderen van de marktwerking door het wegnemen van ongewenste economische effecten van concurrentiebeperkingen (Kaats & Opheij, 2012; Schut & Varkevisser, 2017; Varkevisser & Schut, 2012).

De NMa heeft in 2005 de Richtsnoeren voor Samenwerking Ondernemingen uitgebracht (NMa, 2005). Daarin stelt de NMa het volgende:

“De NMa staat positief tegenover samenwerking tussen ondernemingen als zij daardoor in staat zijn efficiënter te werken, meer te innoveren, en beter te concurreren. Samenwerkingsverbanden zoals brancheorganisaties kunnen bij verschillende vormen van samenwerking, met name in het MKB een nuttige rol vervullen en activiteiten uitvoeren waartoe individuele ondernemingen zelfstandig niet in staat zijn” (p. 2).

De NMa is dus voorstander van samenwerkingen maar stelt daar wel een aantal beperkingen aan, waarmee rekening mee gehouden dient te worden bij een samenwerking tussen organisaties, zo ook in de gezondheidszorg.

Samenwerking binnen de publieke sector is met name gericht op het verbeteren van de efficiency en de effectiviteit van de dienstverlening. De samenwerkingen zijn veelal horizontaal van aard door het vormen van netwerken (Grafton, Abernethy, & Lillis, 2011)

2.3 Organisatiestructuren

De structuur en het intern functioneren van een organisatie moeten altijd worden gezien in wisselwerking met de omgeving. Een organisatie ontleent haar bestaansrecht aan de maatschappelijke functie die zij vervult. Elke organisatie neemt, via een netwerk, een eigen plaats in en bakent haar gebied af. Er spelen veelsoortige omgevingskrachten een rol voor een organisatie. Daarom zal een organisatie altijd worden bestudeerd in samenhang met de omgeving waarvan zij deel uitmaakt (Keuning & Eppink, 2012; Mintzberg, 2013).

De afgelopen jaren is verandering waar te nemen in organisatiestructuren en is het belang van laterale relaties tussen organisaties steeds belangrijker geworden. In het publieke domein worden

samenwerkingen tussen organisaties vaak aangegaan om de effectiviteit en kwaliteit van de service te verhogen (Grafton *et al.*, 2011).

In dit onderzoek worden, op voorhand, drie mogelijke scenario's onderscheiden. De eerste twee scenario's zijn vooral gericht op samenwerking door middel van schaalvergroting. Het derde scenario is een scenario gericht op samenwerking door integratie met andere laboratoriumdisciplines.

Scenario 1: Samenwerking door het aangaan van strategische allianties

Gulati (1998) definieert een strategische alliantie als volgt: een strategische alliantie is een vrijwillig aangegane overeenkomst tussen organisaties die de uitwisseling, deling, of het samen ontwikkelen van producten, technologieën of diensten behelst. Ze kunnen voorkomen als resultaat van een brede range van motieven en doelen, kunnen een variëteit van vormen aannemen, en kunnen plaatsvinden over zowel de verticale als horizontale grenzen heen.

In dit scenario blijven de organisaties, als losstaand, bestaan maar gaan zij door het vormen van deze samenwerkingen netwerken aan met de organisaties in de omgeving (Gulati, Nohria, & Zaheer, 2000). De structuur van de organisatie wijzigt niet bij deze vorm van samenwerking. Het aangaan van een of meerdere allianties is een snelle en flexibele manier om toegang te krijgen tot resources en vaardigheden van andere organisaties en op deze manier, gezamenlijk, competitief voordeel te behalen (Dyer, Kale, & Singh, 2001). Het aangaan van allianties is echter niet zonder risico's en veel daarvan falen dan ook in de uitvoering (Dyer *et al.*, 2001; Gulati & Singh, 1998).

Met het aangaan van allianties kan op verschillende manieren concurrentievoordeel worden behaald. Dyer en Singh onderscheiden de volgende vier voordelen: 1) relatie specifieke assets, 2) kennisdeling, 3) toegevoegde resources en vaardigheden, en 4) effectief bestuursmodel (Dyer & Singh, 1998).

Binnen de medisch microbiologische laboratoria zijn verschillende mogelijkheden te onderscheiden tot het aangaan van een alliantie en het bereiken van de genoemde voordelen. Een aantal mogelijkheden wordt hieronder opgesomd.

- 1) Relatie specifieke assets kunnen met alliantiepartners gedeeld worden. Een voorbeeld hiervan is het ondersteunend logistiek systeem (bijv. prikposten), het delen van laboratorium informatiesystemen, gebruik maken van elkaars laboratorium faciliteiten, bundelen van ondersteunende functies zoals personeelszaken, ICT, organisatie (facilitair), financiën, communicatie, huisvesting (PIOFACH).
- 2) Kennisdeling kan plaatsvinden tussen alliantiepartners. Een voorbeeld hiervan zijn de, zogenaamde, regionale zorgnetwerken.
Een regionaal zorgnetwerk ABR (antibiotica resistentie) is een samenwerkingsverband tussen verschillende zorginstellingen, organisaties en zorgprofessionals in een regio. Het doel is antibioticaresistentie te voorkomen en verspreiding te bestrijden op regionaal niveau. Hiervoor zijn 10 zorgregio's in Nederland in kaart gebracht en gestart onder leiding van VWS. In 2017 is een pilot gestart (Ciccolini *et al.*, 2013; Donker *et al.*, 2010; Donker *et al.*, 2012). Hier dient de alliantie dus een sterk maatschappelijk doel gelinkt aan het belang van de medisch microbiologische zorg voor de volksgezondheid (infectieveiligheid).
- 3) Toegevoegde resources en vaardigheden kunnen gebruikt worden door het bundelen van werkzaamheden bij een van de alliantiepartners. Op deze manier kan voordeel behaald

worden door schaalvoordeel en kan, hierdoor, beter ingespeeld worden op technologische ontwikkelingen.

- 4) Een effectief bestuursmodel voor de alliantie maakt de slagingskans hoger. Bij een strategische alliantie waar een hoge mate van samenwerking beoogd wordt is een aan te raden governancestructuur die van de 'joint venture' waarbij gezamenlijk vermogen gedeeld wordt. Hierbij wordt een autonome entiteit gevormd die, veelal, wordt bestuurd door een bestuurder die niet uit een van beide organisaties afkomstig is. Het vormen van een joint venture maakt het eenvoudiger de bijdrage en de performance van de alliantiepartners te monitoren, coördinatie te vergemakkelijken en besluitvorming te vereenvoudigen (Gulati & Singh, 1998).

Scenario 2: Acquisitie/Fusie van medisch microbiologische laboratoria

Deregulering en ontwikkelingen op ICT-gebied openen de markt. Acquisitie en fusies zijn een strategische keuze die veel organisaties maken om concurrerend te kunnen zijn in een toenemende complexe en dynamische omgeving (Birkinshaw, Bresman, & Håkanson, 2000). Het aangaan van fusies of acquisities vergt een integratieproces om ook daadwerkelijk de, beoogde, voordelen te kunnen behalen. Deze processen leiden vaak niet tot bevredigende resultaten (Osarenkhoe & Hyder, 2015). Binnen de zorg, en met name de ziekenhuizen, vinden fusies reeds plaats met het oog op de marktwerking en hiermee de competitie binnen de zorg. Deze hebben echter niet altijd de gewenste uitkomst en lijken veeleer een anti-concurrerende uitwerking te hebben door de concentratie van zorg (Schut & Varkevisser, 2017; Varkevisser & Schut, 2012).

De acquisitie of fusie van medisch microbiologische laboratoria richt zich met name op het verkrijgen van schaalvoordeel. Het vergroten van de schaal levert voordelen op in de bekostiging van de bedrijfsvoering en het inspelen op technologische ontwikkelingen. De, vaak dure, automatisering van processen kan op deze manier beter bekostigd worden, waardoor kwaliteitsverbeteringen en, op de langere termijn, besparingen kunnen worden gerealiseerd.

Dit scenario zorgt ervoor dat er grotere gespecialiseerde centra ontstaan door verticale integratie waarbij alle zorglijnen binnen een centrum gevat zijn en deze maximaal benut kunnen worden.

Scenario 3: Interdisciplinaire samenvoeging (klinische chemie, pathologie, medische microbiologie)

Interdisciplinaire samenvoeging van laboratoriumorganisaties, middels fusies of acquisitie, zorgt ervoor dat grotere organisaties ontstaan (horizontale integratie). Met name de ondersteunende logistiek en bedrijfsvoering profiteren zo van schaalvoordeel maar ook enkele laboratoriumprocessen kunnen mogelijk gecombineerd worden. De markt en de regio die deze nu losstaande laboratoria bedienen is dezelfde, de producten zijn echter veelal verschillend. Technologisch en economisch voordeel kan, met name, behaald worden in de pre- en postanalyse. Op analytisch niveau kan echter ook voordeel behaald worden. Hierbij valt te denken aan de verwerking van testen op bloed en het centraal toepassen van moleculaire technieken voor de verschillende laboratoriumdisciplines.

Deze vorm van schaalvergroting heeft dezelfde risico's als beschreven onder scenario 2. De structuur van de organisatie vraagt bij dit scenario echter meer aandacht.

Door de verschillende, gecombineerde, specialisaties (vakgebieden) zal de organisatie een functie-oriëntatie kunnen aanhouden.

Met name het aantal stakeholdergroepen is bij dit scenario groter. Iedere stakeholdergroep heeft zijn eigen belangen wat het integratieproces mogelijk bemoeilijkt en de behaalde voordelen mogelijk kan beperken.

Er zijn specifieke uitdagingen in het ontwerp en de controle van horizontale samenwerkingsverbanden. Hoe verticale samenwerkingsverbanden complementaire vaardigheden, resources en processen combineren, combineren horizontale samenwerkingsverbanden met name de potentiële concurrentie vaardigheden. Ook de organisatiedoelen van horizontaal samenwerkende organisaties liggen verder uit elkaar dan bij verticaal samenwerkende organisaties (Grafton *et al.*, 2011).

Hoofdstuk 3 - Methodologie

Het in kaart brengen van de maatschappelijke en bestuurlijke visies en elementen en het omvormen hiervan naar versterkende meerwaarde elementen waar een nieuwe organisatiestructuur aan moet voldoen, is het eerste doel van dit onderzoek. Vervolgens wordt hiermee getracht een organisatiemodel te creëren voor de medische microbiologie in Nederland.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de strategie van onderzoek, de opzet van het onderzoek, de dataverzameling en de data-analyse beschreven. In deze paragrafen wordt onder andere het onderzoeksinstrument, de caseselectie, de dataverzameling en analyse, en de rapportage van de onderzoeksresultaten aangedaan. Vervolgens wordt de methode van stakeholder-, krachtenveld- en configuratieanalyse toegelicht.

3.1 Kwalitatief onderzoek, strategie van onderzoek

Kwalitatief onderzoek

Het doel van dit onderzoek is de individuele standpunten en visies die in het veld heersen in kaart te brengen en zo uiteindelijk tot een consensusmodel voor een toekomstige organisatie van medische microbiologische zorg in Nederland te komen. De onderzoeksvraag wordt beantwoord op basis van, onder andere, interpretaties, ervaringen en betekenis en hiermee wordt een beroep gedaan op het menselijk beoordelingsvermogen. De data die verkregen worden is daarmee subjectivistisch van aard. Daarnaast wordt geen gebruik gemaakt van hypothesen en toetsbare variabelen. De open vraagstelling waarbij op inductieve wijze details over de sector worden blootgelegd, leent zich hiermee met name voor een kwalitatieve onderzoeksopzet.

Meervoudige casestudie

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is gekozen voor een meervoudige casestudie. Yin (2014, p. 9) geeft aan dat een casestudie een geschikte methode is voor:

1. Het beantwoorden van 'hoe' en 'waarom' vragen;
2. Het hebben van beperkte controle door de onderzoeker over de gebeurtenissen, en
3. Het onderzoeken van een actueel probleem in een context.

De onderzoeksvraag, die in deze studie beantwoord wordt, is een zogenaamde 'wat' vraag. Het betreft een exploratieve vraag waarbij het met name van belang is de visies, ervaringen en meningen van het veld in kaart te brengen. Volgens Yin (2014, p. 10) is de casestudie een geschikte methode om een exploratieve 'wat' vraag te beantwoorden. Het betreft een actueel probleem van de cases die niet los te bezien is van de context waarin de cases zich bevinden en daarnaast heeft de onderzoeker geen controle over de gebeurtenissen binnen deze context.

Volgens Yin (2014, p. 51-63) bestaan er vier ontwerpen van casestudie onderzoek. Hij onderscheidt:

1. *Single holistic design*; met een enkele casus, unit of bedrijf;
2. *Single embedded design*, met meerdere onderzoekseenheden binnen een enkele case;
3. *Multiple holistic design*, met meerdere casus en dito contexten, en
4. *Multiple embedded design*, met meerdere casus (en verschillende contexten) binnen meerdere casus.

Yin geeft hierbij aan dat een casestudie met meervoudige casus krachtiger en robuuster is dan een enkele casestudie. Dit onderzoek richt zich op de organisatie van medisch microbiologische zorg in Nederland. Daarom is gekozen voor een meervoudige casestudie die grotendeels een *holistic design* volgt, derhalve meerdere casus met verschillende contexten.

Volgens Stuart *et al.* (2002) bestaat het onderzoeksproces van caseresearch uit de volgende vijf stadia:

1. Definiëren van de onderzoeksvraag;
2. Selectie van onderzoeksinstrument en caseselectie;
3. Dataverzameling;
4. Data-analyse, en
5. Uitdragen van de onderzoeksbevindingen.

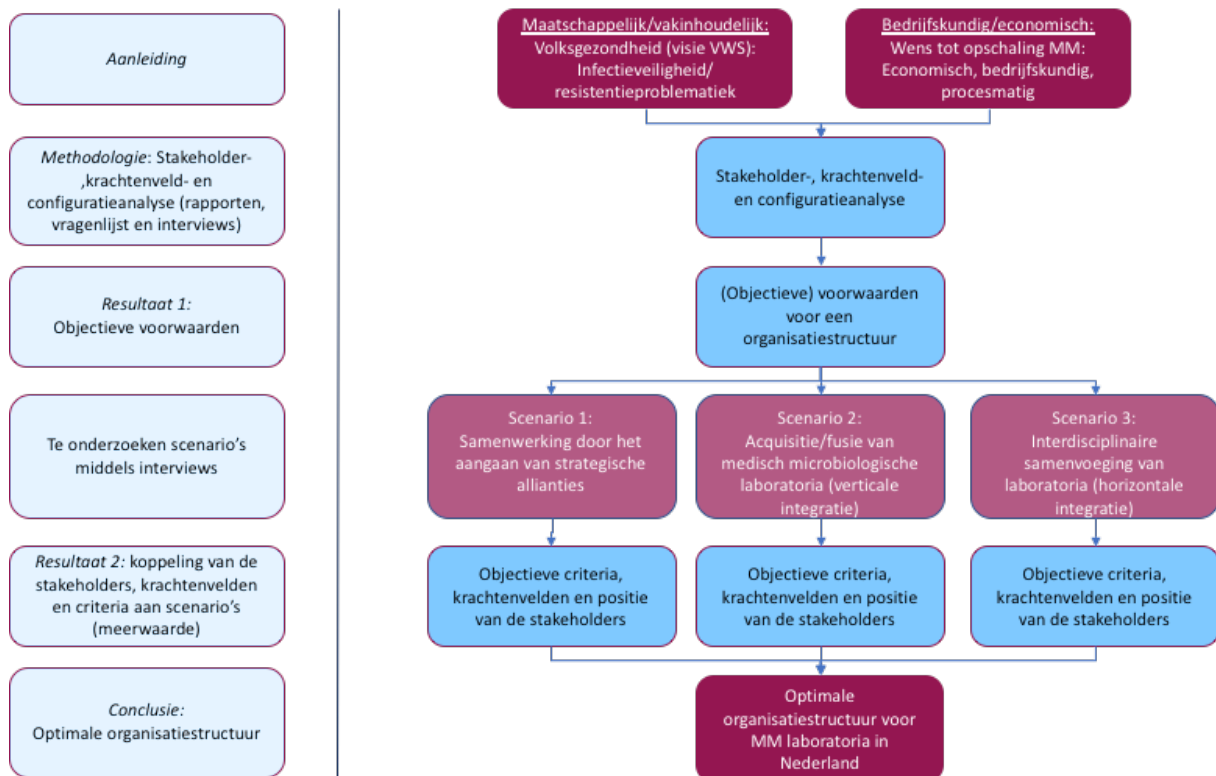
3.2 Onderzoekopzet

Het onderzoek betreft een ‘meervoudige case studie’ en heeft een probleemoplossende benadering. Middels semi-constructieve interviews wordt via scenario’s een aantal samenwerkingsopties van microbiologische laboratoria in Nederland beschreven, waarbij zowel objectieve criteria als wensen uit het krachtenveld van deze organisaties deel uitmaken van de analyse.

Definiëren van de onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen zijn gedefinieerd zoals beschreven in paragraaf 1.2.

Selectie van het onderzoeksinstrument en caseselectie



Figuur 1: Onderzoekopzet

Op basis van bestudering van relevante literatuur, over organisatiestructuren en samenwerkingsvormen, en de bestudering van relevante (beleids-)rapporten wordt een krachtenveldanalyse uitgevoerd. Deze krachtenveldanalyse wordt uitgevoerd aan de hand van data afkomstig uit zowel de (beleids-)rapporten als data afkomstig uit gesprekken (interviews) met de verschillende stakeholders. Met behulp van interviews en met input afkomstig uit de beschikbare (beleids-)rapporten wordt getracht tot objectieve voorwaarden te komen voor een toekomstige organisatiestructuur. Deze objectieve voorwaarden dienen, bij voorkeur, maatschappelijke/vakinhoudelijke en bestuurlijke/economische elementen te combineren. Met behulp van deze objectieve voorwaarden en rekening houdend met de gevonden krachtenvelden, worden drie scenario's, van mogelijke toekomstige organisatiestructuren, getoetst. Per scenario wordt beoordeeld hoe de objectieve criteria worden ingevuld en wat de positie van de verschillende stakeholders in het scenario is. Met deze gegevens wordt een consensusmodel voor een organisatiestructuur voor medisch microbiologische laboratoria in Nederland geschetst. (Zie Figuur 1)

Scenario's

In het onderzoek worden, voorlopig, drie scenario's geschetst. De scenario's vormen mogelijke en waarschijnlijke alternatieve toekomstbeelden die tot stand zijn gekomen uit de verschillende afzonderlijke ontwikkelingen in de omgeving van de organisatie, op zowel maatschappelijk als bedrijfskundig niveau, en zijn gerelateerd aan elkaar. De scenario's geven het onderzoek richting en vormen een uitgangspunt en structuur aan de interviews. Door het ontwikkelen van scenario's wordt inzicht verworven in een breed scala van mogelijke ontwikkelingen en organisatiestructuren. Het gebruik van scenario's is in dit onderzoek toepasbaar doordat de ontwikkelingen gericht zijn op, vooral, de lange termijn en hiermee in enige mate voorspelbaar zijn (Keuning & Eppink, 2012).

Caseselectie

In Tabel 2, wordt een opsomming gegeven van de organisaties, vertegenwoordigers binnen deze organisaties, en externe deskundigen/belanghebbenden die in aanmerking komen voor deelname aan dit onderzoek. Tevens wordt aangegeven hoe de verschillende organisaties voldoen aan de vooraf gestelde criteria.

De selectie van organisaties en stakeholders die geïnterviewd worden, wordt gemaakt door het selecteren van organisaties uit de meest belangrijke subsets, zodat een doorsnede van het Nederlandse laboratoriumlandschap verkregen wordt. Daarnaast wordt getracht variatie in de functie van de respondenten te bewerkstelligen.

Voor het definiëren van de subsets wordt met de volgende eigenschappen rekening gehouden.

1. Verschil in regionale inbedding zoals op voorhand te noemen: laboratoriumorganisaties gevestigd in ziekenhuizen (algemene- en academische ziekenhuizen), zelfstandige laboratoria (streeklaboratoria) en eerstelijns diagnostische centra (EDC).
2. Laboratoriumorganisaties met verschillende grootte en omzet.
3. Externe deskundigen en belanghebbenden van medisch microbiologische zorg vormen een aparte groep naast de producenten van deze zorg.

Tabel 2: Case-selectie en selectie van externe deskundigen/belanghebbenden.

Nr.	Organisatie	Type organisatie	Functie Respondent	Regionale inbedding	Grootte (FTE)	Omzet (Miljoen)
Cases						
1	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Arts-microbioloog/ directeur	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	10-15
2	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Hoofd bedrijfsvoering	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	10-15
3	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Arts-microbioloog	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	10-15
4	LabMicTa	Zelfstandig	Arts-microbioloog/ bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	>100	10-15
5	Atal Medial	Zelfstandig (MD)	Bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	750 (tot)	5-10 (MM)
6	Stichting PAMM	Zelfstandig (MD)	Bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	20-25 (MM)
7	Comicro	Zelfstandig	Bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	5-10
8	Microvida	Zelfstandig	Arts-microbioloog/ bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	50-100	10-15
9	NWZ	Ziekenhuis	Arts-microbioloog/ medisch manager	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	<50	5-10
10	UMCG	Academisch	Arts-microbioloog	2 ^{de} lijn	N.A.	N.A.
11	Certe	Zelfstandig (MD)	Arts-microbioloog	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	>100	50-100
12	Unilabs	Zelfstandig (MD)	Bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	>100	30 (MM)
13	Izore	Zelfstandig	Arts-microbioloog	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	<100	15-20
14	Izore	Zelfstandig	Bestuurder	1 ^{ste} en 2 ^{de} lijn	<100	15-20
Externe deskundigen/belanghebbenden						
1	Spaarne Gasthuis	Ziekenhuis	Bestuurder	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
2	RKZ	Ziekenhuis	Bestuurder	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
3	VWS	Overheid	Senior Policy Officer	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
4	NZa	Overheid	Senior- beleidsmedewerker	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5	NVMM	Beroepsvereniging	Bestuurslid	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6	NVMM	Beroepsvereniging	Secretaris	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
7	Patienten federatie		MT-lid, manager	1 ^{ste} lijn	n.v.t.	n.v.t.
8	DSW	Zorgverzekeraar	Relatiebeheerder	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
9	RIVM	Overheid	Hoofd CIB	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
10	SAN	Vereniging	Voorzitter	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
11	Zilveren Kruis	Zorgverzekeraar	Zorginkoper	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

(Toelichting tabel: MD = Multidisciplinair; MM = Medische Microbiologie)

Focus onderzoek

Het vooraf definiëren van een aantal proposities heeft als doel de focus op de centrale vraagstelling te behouden (Stuart *et al.*, 2002). De proposities behelzen in dit onderzoek het vooraf stellen van een aantal scenario's welke een mogelijk toekomstbeeld van de optimale organisatievorm van medisch-microbiologische laboratoria (afgekort tot MML) in Nederland zijn. De volgende scenario's worden hierbij onderscheiden:

1. Scenario 1: Samenwerking MML via strategische allianties
2. Scenario 2: Acquisitie/fusie MML (gespecialiseerde centra)
3. Scenario 3: Interdisciplinaire samenvoeging (KC, Pathologie, MM)

Daarnaast wordt een aantal proposities opgesteld uit de beschikbare literatuur en rapporten die de mogelijke objectieve criteria van een optimale organisatievorm beschrijven. Deze proposities worden vervolgens via interviews getoetst, aangescherpt en aangevuld. Vooraf worden de volgende proposities opgesteld:

1. Zonder opschaling/fusie is er geen (financiële) toekomst voor de huidige, zelfstandige, medisch microbiologische laboratoria;
2. Samenwerking met andere laboratorium disciplines leidt tot kostenreductie en een beter microbiologisch product;

Validiteit vereisten

Om een goede methodologische kwaliteit van het onderzoek te waarborgen wordt rekening gehouden met verschillende kwaliteitsindicatoren. De kwaliteitsindicatoren waar, zo goed mogelijk, in het onderzoek ontwerp, de datacollectie en de data-analyse rekening mee gehouden wordt zijn de construct validiteit, interne validiteit, externe validiteit en de betrouwbaarheid (Stuart *et al.*, 2002; Yin, 2014).

Construct validiteit geeft weer of de metingen van het onderzoek het fenomeen wat onderzocht wordt goed blootlegt. Een methode om de construct validiteit te verhogen is het toepassen van triangulatie. Dit betreft het met meerdere bronnen verkrijgen en bevestigen van bewijs en is, om die reden, van invloed op de manier van datacollectie. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een multiple casestudie en wordt, naast de data afkomstig uit interviews, gebruik gemaakt van bewijsvoering afkomstig uit rapporten en literatuur. Daarnaast worden de voorlopige resultaten en case uitwerkingen, ter beoordeling en aanvulling, aan de respondenten getoond (data compositie).

De *interne validiteit* heeft betrekking op het aantonen van causaal verband en, om die reden, op de data-analyse. Hiervoor moet de onderzoeker aantonen dat andere, aannemelijke, factoren geen rol hebben gespeeld in het uiteindelijke resultaat. De variatie in de caseselectie heeft hier invloed op. Als een bevinding ook aangetoond wordt in een case die substantieel anders is dan de eerste maakt dit de interne validiteit van de bevindingen sterker. De vooraf opgestelde criteria betreffende de caseselectie biedt hier de basis voor.

De *externe validiteit* heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en dus op het onderzoek ontwerp. Het onderzoek vindt plaats in een specifieke branche, namelijk de laboratoriumwereld. Dit maakt het toepassen van de onderzoeksresultaten in een andere branche mogelijk minder toepasbaar. Wel wordt er een zo breed mogelijk beeld van de laboratoriumwereld gecreëerd wat ten gunste is van de generaliseerbaarheid binnen de branche. Vanwege de 'wat' hoofdvraag is de generaliseerbaarheid van het onderzoek mogelijk beperkt (Yin, 2014).

Tenslotte is een belangrijke indicator voor de methodologische kwaliteit de *betrouwbaarheid* die, met name, van invloed is op de datacollectie. De betrouwbaarheid is de mate van herhaalbaarheid

van het onderzoek waarbij dezelfde resultaten worden verkregen. Belangrijk hierbij is dat er een duidelijke methodologische aanpak wordt beschreven en een database wordt bijgehouden waarin de ruwe data overzichtelijk worden weergegeven (Stuart *et al.*, 2002; Yin, 2014). Daarnaast wordt getracht een duidelijke ‘*chain-of-evidence*’ te hanteren waarbij conclusies duidelijk herleidbaar zijn naar bewijsvoering en omgekeerd (Yin, 2014).

3.3 Dataverzameling

De data betreffen de uitgewerkte interviews in een casebeschrijving, rapporten, kamerbrieven, eventuele jaarrekeningen en andere documenten die de betreffende organisatie vrij wil geven. De interviews worden bij voorkeur opgenomen waarna ze zo snel mogelijk worden uitgeschreven in een casebeschrijving en waarbij de hoofdbevindingen worden opgenomen in een database. Deze database bevat zowel de uitgewerkte casebeschrijvingen als de verzamelde documentatie over de case en bestaat uit zowel een Excel-file met de verzamelde data als een digitaal archief, onderverdeeld in mappen, die door geïnteresseerden te raadplegen zijn naast het lezen van het onderzoeksrapport. Het bijhouden van een dergelijke database vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek (Yin 2014, p. 124). De uitgewerkte casebeschrijving wordt, per case, teruggekoppeld aan de respondent.

Interviewprotocol

De interviewvragen zijn gericht op een algemeen deel over de organisatie en de geëffectueerde of gepoogde samenwerkingen en op de beantwoording van de verschillende deelvragen. Uit deze interviews moet duidelijk de beoogde meerwaardecomponent, van welke samenwerking dan ook, volgen.

Het interviewprotocol is opgedeeld in twee onderdelen. Deel 1 van de interviewvragen wordt toegezonden aan de respondent alvorens het daadwerkelijke interview plaatsvindt. De vragen opgenomen in Deel 1 van het interview zijn met name gericht op de structuur, het dienstenpakket, de omvang en het verzorgingsgebied van de organisatie, de case. Getracht wordt de antwoorden op de vragen voor het interview terug te krijgen, waardoor de eventuele verdieping in de interviews kan plaatsvinden. Deel 2 van het interviewprotocol wordt behandeld tijdens de interviews. Dit maakt het mogelijk door te vragen op argumenten, meningen en andere opvattingen, gegeven door de respondent. Het opzetten van een dergelijk interviewprotocol heeft als voordeel dat in de beperkt beschikbare tijd van de respondent, zoveel mogelijk data verzameld kan worden.

3.4 Data-analyse

Bij de data-analyse wordt beoogd patronen in de bevindingen te vinden waarmee de krachtenvelden en de objectieve criteria voor een organisatiestructuur kunnen worden opgesteld.

Deze krachtenvelden en criteria worden vervolgens getoetst aan de drie vooraf geschetste scenario's en eventueel nieuwe scenario's voortkomend uit de interviews. Door middel van deze analyse wordt vervolgens de meest optimale organisatiestructuur gekozen die de objectieve criteria en krachtenvelden het beste invult en beheerst.

De data-analyse wordt in twee stappen uitgevoerd volgens Gioia *et al.* (2013). Allereerst wordt een eerste orde analyse uitgevoerd. Hierbij worden de termen van de informanten zoveel mogelijk

gebruikt. Dit heeft, hoogstwaarschijnlijk, het gevolg dat een veelvoud van categorieën wordt aangemaakt. Vervolgens wordt gezocht naar overeenkomsten tussen deze categorieën, leidend tot een beperkter aantal categorieën. In de tweede orde analyse wordt getracht, met inachtneming van de theorie en onderzoeksvraag, nieuwe concepten en theorie waar te nemen. In het geval van dit onderzoek betreft dit voornamelijk criteria voor een organisatiestructuur. Met behulp van deze bevindingen wordt een aggregatie gemaakt van de categorieën gevonden in de eerste orde analyse. Deze vormen uiteindelijk de datastructuur. Deze aanpak geeft niet alleen een duidelijke structuur maar geeft ook transparant de vorming van concepten uit ruwe data weer (Gioia, Corley, & Hamilton, 2013).

De hierboven beschreven data-analyse wordt daarnaast op twee niveaus uitgevoerd. Allereerst worden de data gestructureerd per case, de zogenaamde '*within case*'-analyse. Na de tweede orde analyse wordt getracht overeenkomsten en patronen te vinden tussen de verschillende cases. Deze overeenkomsten komen voort uit de zogenaamde '*cross-case*' analyse (Eisenhardt, 1989).

Op voorhand wordt aangenomen dat verschillende stakeholders, verschillende krachtenvelden ervaren. Met de gegenereerde categorieën in de datastructuur wordt getracht een configuratieanalyse uit te voeren waarin duidelijk wordt weergegeven *wie* de, zogenaamde, 'gelijk denkenden' zijn (Van Dongen, De Laat, & Maas, 1996; Maas, 1988). Deze configuraties worden ook transparant gebruikt in de '*cross-case*' analyse.

Uitdragen van de onderzoeksbevindingen

Allereerst worden de kernpunten die spelen voor een medisch microbiologische laboratoriumorganisatie weergegeven. Vervolgens wordt een stakeholderanalyse verricht met als doel de belangrijkste stakeholders van de laboratoriumorganisaties in kaart te brengen. In een volgende paragraaf wordt een krachtenveldanalyse verricht. Voor deze krachtenveldanalyse wordt een configuratieanalyse uitgevoerd om patronen tussen de verschillende stakeholders zichtbaar te maken en zo de 'gelijk denkenden' in kaart te brengen. In een volgende paragraaf worden de (objectieve) criteria, gesteld aan een laboratoriumorganisatie, weergegeven.

De verschillende, van tevoren geschetste, scenario's worden in de discussie/conclusie getoetst aan deze criteria, waaruit vervolgens een ideaal scenario volgt. De belangrijkste limitaties van het onderzoek en de onderzoeksbevindingen worden transparant beschreven.

3.5 Stakeholder analyse

In Tabel 3 wordt een lijst getoond van de, op voorhand, te onderscheiden stakeholders. Alle stakeholders hebben elk hun eigen belangen en criteria bij een organisatiestructuur en de dienstverlening van medisch microbiologische laboratoria in Nederland en dragen zo bij aan de beantwoording van de onderzoeksvraag. De invloed van de verschillende stakeholders zal getoetst worden in de vragenlijst en het interview teneinde een goede, getoetste, stakeholder analyse te kunnen weergeven.

Tabel 3: Vooraf gedefinieerde stakeholders medisch microbiologische organisaties

Nr.	Stakeholder
1	Ziekenhuisbestuurder
2	Huisartsen
3	Specialisten
4	Verpleeghuis bestuurders
5	Uitvoerende publieke overheid (GGD, RIVM)
6	NZa (Nationale Zorgautoriteit)
7	Klant/patiënt
8	Zorgverzekeraar
9	Beroepsvereniging (NVMM)
10	Concullega's eigen discipline
11	Concullega's andere discipline

3.6 Krachtenveldanalyse

Middels data afkomstig uit de interviews worden de kernpunten, die spelen in de omgeving en in het vakgebied van de medisch microbiologische laboratoria, in kaart gebracht. Organisaties werkzaam in deze sector doen er goed aan rekening te houden met deze kernpunten bij het vormen van een strategie, het opzetten van de interne bedrijfsvoering en het vormen van een toekomstig organisatiemodel.

Met behulp van de stakeholder- en kernpuntenanalyse wordt vervolgens een configuratieanalyse uitgevoerd, beschreven in paragraaf 3.7, waar de verschillende respondenten worden gebundeld in zogenaamde configuraties. Het doel hiervan is aan te geven wie 'gelijk sprekend' zijn en hierdoor waarschijnlijk dezelfde criteria aan een toekomstig organisatiemodel stellen.

3.7 Configuratieanalyse

Zoals uit de stakeholder- en krachtenveldanalyse blijkt spelen in de onderzoeksvraag verschillende stakeholders en verschillende kernpunten een rol. De stakeholders ervaren andere kernpunten, stellen andere voorwaarden en criteria aan en hebben verschillende belangen bij een organisatiestructuur.

De verschillende kernpunten, criteria, voorwaarden en belangen kunnen tussen de verschillende stakeholders conflicteren. Een conflict wordt ook wel beschreven als elkaar wederzijds uitsluitende werkelijkheden. Het definiëren van deze verschillen kan uitgevoerd worden door het benoemen van, zogenaamde, configuraties. Hierbij is een configuratie een groep betrokkenen die als het ware eenzelfde taal spreekt en, in dit geval, dezelfde kernpunten ervaart en criteria en voorwaarden aan een organisatiestructuur stelt. De configuratieanalyse heeft hiermee als rol de pluraliteit van opvattingen in kaart te brengen en te bewaken. Daarmee kan het meervoudige karakter van de context zichtbaar en in stand worden gehouden (Van Dongen *et al.*, 1996).

Een configuratie heeft zowel een sociaal-structurele kant als een cognitief-structurele kant. Het sociaal-structurele aspect verwijst naar de mensen en dus naar het 'wie'. Het cognitief-structurele aspect verwijst naar de opvattingen, betekenissen zoals deze binnen hetzelfde proces gehanteerd worden, en dus naar het 'wat'. Deze benadering maakt het mogelijk de configuraties steeds op twee

manieren te bevragen en te benaderen en maakt het uiteindelijk mogelijk conflicten te herleiden tot manifestaties van een configuratie. Hiermee is de integratie binnen een configuratie van belang en wordt ook wel gesproken over een configuratieve integratie theorie (Van Dongen *et al.*, 1996).

In dit onderzoek wordt een configuratieanalyse uitgevoerd op de ervaren kernpunten van de verschillende respondenten. Patronen van kernpunten worden zichtbaar gemaakt en deze worden gekoppeld aan stakeholders. Op deze manier worden de krachtenvelden zichtbaar gemaakt.

Hoofdstuk 4 – Resultaten (beschrijving en analyse)

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Achtereenvolgens worden de analyse van kernpunt categorieën, de stakeholderanalyse, de krachtenveldanalyse, en de (objectieve) criteria voor een toekomstige organisatiestructuur beschreven. De krachtenveldanalyse is weergegeven door het zichtbaar maken van patronen en clusters bij cases en patronen en clusters bij deskundigen/belanghebbenden in verschillende paragrafen. In een volgende paragraaf is er een vergelijking tussen beide krachtenveldanalyses weergegeven.

De resultaten zijn afkomstig uit interviews en uit een standaard vragenlijst met respondenten werkzaam bij organisaties die microbiologische diensten leveren, de cases. Daarnaast zijn data geanalyseerd afkomstig uit interviews met andere deskundigen en/of belanghebbenden in het veld.

4.1 Analyse kernpunt categorieën

In deze paragraaf worden de gevonden categorieën van kernpunten weergegeven.

Uit de analyse volgens Gioia *et al.* (2013) van de interviewdata komen 12 in 3 categorieën te verdelen kernpunten naar voren (Zie Tabel 4). De kernpunten zijn onderverdeeld in bedrijfskundige/economische kernpunten, die vervolgens zijn onderverdeeld in twee categorieën: ‘Strategie’ (extern gericht) en ‘Management’ (intern gericht), en er zijn kernpunten die vallen onder de categorie ‘maatschappelijk’ (verantwoording).

Tabel 4: Kernpunten op bedrijfskundig en maatschappelijk niveau

<i>Categorie</i>	<i>Kernpunt</i>
<i>Strategie</i>	1 Tariefdruk/vergoedingensysteem
	2 Contractering
	3 Schaalgrootte
	4 Concurrentie
	5 Positionering
<i>Management</i>	6 Efficiëntie
	7 Status/imago
	8 Innovatie
	9 Technologische ontwikkeling
<i>Maatschappelijk</i>	10 Vakinhoudelijk/beleid overheid
	11 Kwaliteit
	12 Regiewens patiënt/consument

In Bijlage 1 is weergegeven hoe de benoemde kernpunten, aan de hand van de tijdens de interviews gedane waarnemingen, zijn gegroepeerd en gecategoriseerd. Hieronder worden de kernpunten toegelicht.

Tariefdruk/vergoedingensysteem: Het kernpunt ‘tariefdruk/vergoedingensysteem’ concentreert zich op de wijze waarop de medische microbiologie wordt bekostigd. Het huidige vergoedingensysteem van de medische microbiologie is grotendeels gebaseerd op door de NZa geformuleerde laboratoriumprestaties, die niet in alle gevallen specifiek medisch microbiologisch van aard zijn. Dit betekent dat louter afgerekend wordt op basis van diagnostiek. Echter, medische microbiologische zorg bestaat, naast diagnostiek, ook uit consultatie, infectiepreventie en epidemiologische analyses. De kosten voor deze additionele diensten worden niet onderscheiden in de NZa prestatieomschrijvingen, maar moeten daar wel uit bekostigd worden. De door de NZa jaarlijks vastgestelde tarieven per prestatie zijn sinds de invoering in 2012 met meer dan 25% gedaald. Daarnaast worden boven op deze tariefdalings door de zorgverzekeraars structureel kortingen geëist, zodat de effectieve daling van de tarieven in sommige gevallen meer dan 30% is. Door de afnemers van microbiologische diensten wordt veelal gestuurd op de kosten en niet op de opbrengsten van de inspanningen en de meerwaarde van de verschillende werkzaamheden, wat kostendruk op de organisatie legt.

Contractering: Het kernpunt ‘contractering’ concentreert zich op de onderhandelingen met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en overige zorginstellingen. De onderhandelingen met deze partijen zijn grotendeels gericht op kosten en tarieven en veel minder tot niet op de toegevoegde waarde die het medisch microbiologisch product heeft voor de patiëntenzorg (zie ‘tariefdruk/vergoedingensysteem’). Laboratoria, dan wel hun moederorganisaties, sluiten contracten af met zorgverzekeraars die kortingen en plafonddafspraken afdwingen, waardoor een deel van het risico volledig bij de zorgaanbieders wordt neergelegd. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars een organisatie dwingen een bepaalde kant op te bewegen, onder de dreiging geen contract af te sluiten. De contractafspraken worden over het algemeen gemaakt met bestuurders en inkopers van zorgverzekeraars en niet met de aanvragers, of patiënten, die primair afhankelijk zijn van de medisch microbiologische diensten en de directe meerwaarde daarvan ervaren.

Schaalgrootte: Het kernpunt ‘schaalgrootte’ heeft een directe relatie met de kernpunten rondom kosten en efficiëntie. De wens tot schaalvergroting, die ook wordt uitgesproken door de zorgverzekeraars, is in feite een wens tot het doen van minder uitgaven. De businessplannen van laboratoria zijn over het algemeen gericht op groei terwijl de intentie van de politiek gericht is op consolidatie, respectievelijk verlaging van de kosten (macro-economisch). Om kosteneffectief te kunnen zijn is het van belang synergie- en schaalvoordelen te behalen, zodat blijvend kan worden ingespeeld op innovatie, investeringen in technologische ontwikkelingen (apparatuur en dataoverdracht) en efficiënt gebruik van mankracht. Er wordt op sommige plaatsen overcapaciteit van de productie waargenomen. Schaalgrootte kan behaald worden binnen het eigen vakgebied maar ook door samenwerking met andere laboratoriumdisciplines. In het eerste geval is doorgaans sprake van deling van technieken, in het tweede geval van logistieke samenwerking.

Concurrentie: Het kernpunt ‘concurrentie’ richt zich op een toenemende mate van concurrentie tussen partijen die medische microbiologie aanbieden. Sinds 2013-2014 is sprake van marktwerking in de zorg. Ook door medisch microbiologische laboratoria wordt concurrentie ervaren met aanbieders, zowel van buiten als binnen de eigen regio, ervaren. Daarnaast zijn er commerciële buitenlandse markttoetreders. Dit kernpunt heeft een relatie met het kernpunt positionering.

Positionering: Het kernpunt 'positionering' concentreert zich op de governance, de marktpositie en de regionale inbedding van de organisatie. De ontwikkelingen in het zorgstelsel hebben invloed op hoe microbiologische laboratoria zich moeten positioneren. Doordat de ziekenhuizen zich concentreren door fusies, zijn de meeste laboratoria in toenemende mate afhankelijk van een steeds kleiner aantal maar wel grotere klanten. Tevens hebben de meeste medisch microbiologische laboratoria geen volledig zelfstandig logistiek apparaat, zodat zij kwetsbaar en afhankelijk zijn van logistieke partners. Laboratoriumorganisaties die door twee of meer ziekenhuizen gezamenlijk zijn opgericht, zogenaamde 'productiesamenwerkingsverbanden', hebben als bijkomstig probleem dat ziekenhuizen zowel klant als aandeelhouder/bestuurder zijn. Hierdoor bestaat de kans op onnatuurlijke prijsverschillen voor verschillende afnemers van medisch microbiologische diensten. Hetzelfde geldt voor medische microbiologische laboratoria van ziekenhuizen, respectievelijk grotere multidisciplinaire laboratorium-organisaties, waar de medische microbiologie doorgaans maar een klein onderdeel van is. Daarnaast spelen verschillende vraagstukken zoals het regionaal versus landelijk organiseren van medisch microbiologische zorg, respectievelijk het centraliseren versus decentraliseren van productieplatforms, veelal gedreven door technologische ontwikkelingen. Consolidatie binnen de branche heeft, mogelijk vanwege de angst tot verlies van zelfstandigheid, nog nauwelijks plaatsgevonden.

Efficiëntie: Gedreven door de wens en kracht van kostenbesparing, zowel op bedrijfsniveau als op macro-economisch niveau voelen organisaties de drang efficiëntie, doelmatigheid en effectiviteit na te streven zodat gelden doelmatig uitgegeven kunnen worden. Het vraagstuk doelmatigheid, geheel gericht op het doelmatig inrichten van de diagnostiek, tegenover het ondersteunen als schakel in de gehele zorgketen en de kwaliteit (wat breder is dan de diagnostiek) speelt daarbij. Dit kernpunt hangt samen met de positionering van de organisatie en het vakgebied.

Status/Imago: De status en het imago van de organisatie en de dienstverlening vormen, met name richting de ziekenhuizen, een belangrijk kernpunt. Het is van belang dat de zorgverleners en de specialisten tevreden zijn met de dienstverlening van de organisatie. Dit kernpunt hangt samen met de contractering.

Innovatie: Het kernpunt 'innovatie' richt zich op het verbeteren van technieken en procedures ten behoeve van een betere zorgverlening. Innovatieve ontwikkelingen kunnen zowel meerwaarde creëren op bedrijfskundig als maatschappelijk niveau. Er wordt ervaren dat de innovatieve inspanningen van de organisatie veel kosten met zich meebrengen, terwijl de effecten van deze inspanningen vaak pas later in de zorgketen tot uiting komen. Wanneer geen aandacht wordt besteed aan de toegevoegde waarde blijven de laboratoria, in de ogen van de klanten, (te) duur.

Technologische ontwikkelingen: Het kernpunt 'technologische ontwikkelingen' richt zich op het inspelen op ontwikkelingen, substitutie van technieken en de opkomst van zelfonderzoek en zelfdiagnostiek. De ontwikkelingen op technologisch gebied gaan snel. Het opnemen van technologische ontwikkelingen gaat initieel gepaard met, veelal, hoge kosten die met name voor de kleinere laboratoria niet te dragen zijn, wat tot gevolg kan hebben dat samenwerking (schaalvergroting) vereist is. Laboratoria dienen ervoor te zorgen dat ze 'fit for purpose' en niet over- of onder geautomatiseerd zijn.

Vakinhoudelijk/beleid overheid: Dit kernpunt wordt gevormd door zowel de overheid als de inhoud van het vakgebied. De overheid richt zich op zowel gezondheidsbevordering als gezondheidsbescherming. Gezondheidsbescherming is de kernfocus van VWS (preventie). De overheid, de inspectie en GGD Nederland maken beleid op het gebied van bijvoorbeeld antibioticaresistentie. Het is aan de professionals en de organisaties om dit beleid in praktijk te brengen. Organisaties dienen de *'Triple Aim'* gedachte na te streven: gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Er wordt ingezet op *'Zinnige en zuinige zorg'* en het beheersbaar houden van de zorgkosten. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat dan sprake moet zijn van lagere kosten voor diagnostiek. Laboratoriumorganisaties dienen zich te richten op hun meerwaarde in het zorgproces en hebben daartoe een (publieke) regionale functie op het gebied van infectieziekten en de volksgezondheid. De prognose is dat in 2050 meer mensen overlijden aan infectieziekten dan aan kanker.

Kwaliteit: Samenhangend met het vakinhoudelijke kernpunt bestaat het kernpunt *'kwaliteit'*. Het kernpunt *'kwaliteit'* is van invloed op de zorg die geboden wordt en de toegevoegde waarde voor de klant. Deze behelst hoogwaardige en snelle diagnostiek, het hebben van een goede vakgroep, het voorkomen van *'overdiagnostiek'* en het toepassen van de juiste diagnostiek op het juiste moment in het zorgproces. Hiervoor is het van belang de professional binnen de organisaties de benodigde ruimte te geven om de kwaliteit zo goed mogelijk te borgen. Vragen die spelen binnen dit krachtenveld zijn kwaliteit versus kosten en kwaliteit versus efficiënt en doelmatig werken. De organisatie van medische microbiologie in Nederland is van invloed op de kwaliteit van het microbiologisch product.

Regiewens patiënt/consument: Het kernpunt *'regiewens patiënt/consument'* is in toenemende mate van invloed op het leveren van het microbiologisch product en het delen van data. Er is een verschuiving in de zorg van *'specialist in the lead'* naar *'patiënt in the lead'*, minder gedreven vanuit de professional. De patiënt heeft in toenemende mate opvattingen over de doelmatigheid van zorg en wil daarin zijn regie kunnen voeren. Transparantie en inzichtelijkheid van gegevens en facturen vormen daarbij een kernpunt. Binnen dit kernpunt spelen ook dataoverdracht, digitalisering en *'track and trace'* een rol. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is hiervan een voorbeeld.

4.2 Stakeholderanalyse

Het doel van deze stakeholderanalyse is het in beeld brengen van de belangrijkste stakeholders, de belanghebbenden, bij een medisch microbiologische laboratoriumorganisatie. Bestuurders van medisch microbiologische laboratoriumorganisaties doen er goed aan rekening te houden met deze stakeholders bij het vormen van een strategie, de interne bedrijfsvoering en een mogelijke toekomstige organisatiestructuur. Er is zowel gebruik gemaakt van data afkomstig uit interviews met cases en deskundigen/belanghebbenden als van data afkomstig uit een vragenlijst die alleen is voorgelegd aan de cases.

Op deze manier wordt getracht een zo goed mogelijk beeld te vormen van de stakeholders in relatie tot medisch microbiologische laboratorium zorg. De resultaten verkregen uit de interviews en de resultaten uit de vragenlijst zijn apart geanalyseerd.

In deze paragraaf worden allereerst de stakeholders zichtbaar gemaakt waarna een vergelijking tussen de uitkomsten van de cases en externe deskundigen/belanghebbenden wordt weergegeven.

De invloed van de gevonden stakeholders op de organisatie en de dienstverlening, volgens de cases, wordt vervolgens beschreven.

Stakeholders van Medisch Microbiologische organisaties

Uit de analyse van interviewdata afkomstig van in totaal 25 respondenten (14 cases respectievelijk 11 deskundigen/belanghebbenden) komen 9 categorieën van potentiële stakeholders naar voren. Deze zijn weergegeven in Tabel 5. In deze tabel is tevens aangegeven hoe vaak de respondenten de stakeholdercategorie benoemd hebben en het aantal maal dat een respondent de stakeholdercategorie als meest belangrijk heeft aangegeven.

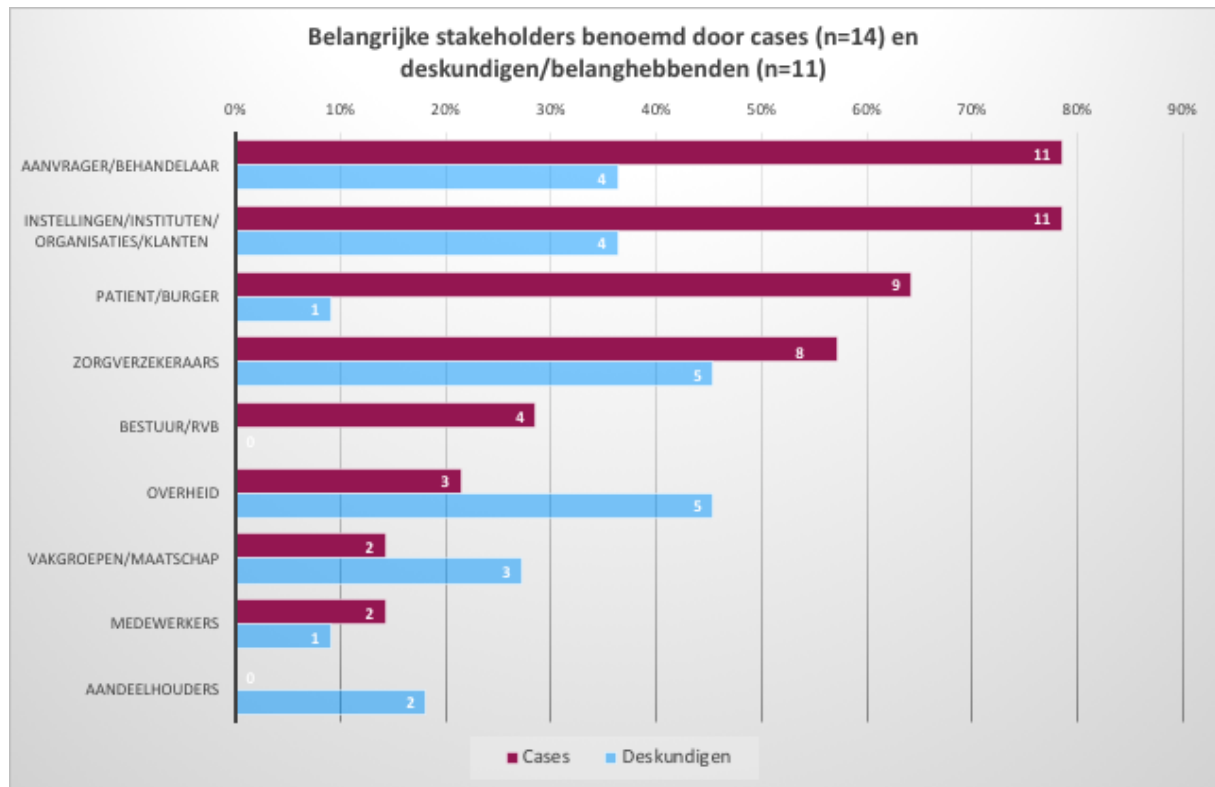
Tabel 5: Categorieën van stakeholders benoemd door de respondenten

<i>Nr.</i>	<i>Stakeholdercategorie</i>	<i>Aantal maal benoemd</i>	<i>Aantal maal als meest belangrijk benoemd</i>
1	Aanvrager/Behandelaar	15	1
2	Instellingen/Instituten/Organisaties/Klanten	15	2
3	Zorgverzekeraars	13	1
4	Patiënt/Burger	10	6
5	Overheid	8	-
6	Vakgroep/Maatschap MM	5	-
7	Bestuur/RvB	4	-
8	Medewerkers	3	-
9	Aandeelhouders	2	-

De stakeholdercategorieën ‘aanvrager/behandelaar’, ‘instellingen, instituten, organisaties en klanten’, ‘zorgverzekeraars’ en ‘patiënt/burger’ worden het meest benoemd en worden daarmee als meest belangrijke stakeholders ingeschat door de respondenten. Respondenten, die een uitspraak hebben gedaan over de meest belangrijke stakeholdercategorie, geven 6 maal aan de patiënt de meest belangrijke stakeholder te vinden, 2 maal de ziekenhuizen (instituut), 1 maal de aanvrager/behandelaar en 1 maal de zorgverzekeraar.

Vergelijking uitkomsten stakeholderanalyse: cases versus deskundigen/belanghebbenden

De uitkomsten van de geanalyseerde interviewdata van de cases en de geanalyseerde interviewdata van de deskundigen/belanghebbenden worden hieronder, in Figuur 2, met elkaar vergeleken. In dit figuur worden zowel het percentage van de betreffende onderzoeksgroep die de stakeholdercategorie als belangrijk benoemd heeft als het absolute aantal van de geïnterviewde respondenten dat de stakeholdercategorie benoemd heeft weergegeven.



Figuur 2: Belangrijke stakeholders benoemd door cases (n=14) en deskundigen/belanghebbenden (n=11). Zowel het percentage van de betreffende onderzoeksgroep die de stakeholdercategorie benoemd heeft als het absolute aantal is weergegeven.

Door de cases worden de stakeholdercategorieën ‘aanvrager/behandelaar’ en ‘instellingen, instituten, organisaties en klanten’ het meest benoemd (ieder 79%) gevolgd door ‘patiënt/burger’, 64%, en ‘zorgverzekeraars’, 57%.

Door de deskundigen/belanghebbenden worden de stakeholdercategorieën ‘zorgverzekeraars’ en ‘overheid’ als meest belangrijk benoemd (ieder 45%) gevolgd door ‘aanvrager/behandelaar en ‘instellingen, instituten, organisaties en klanten’ (ieder 36%).

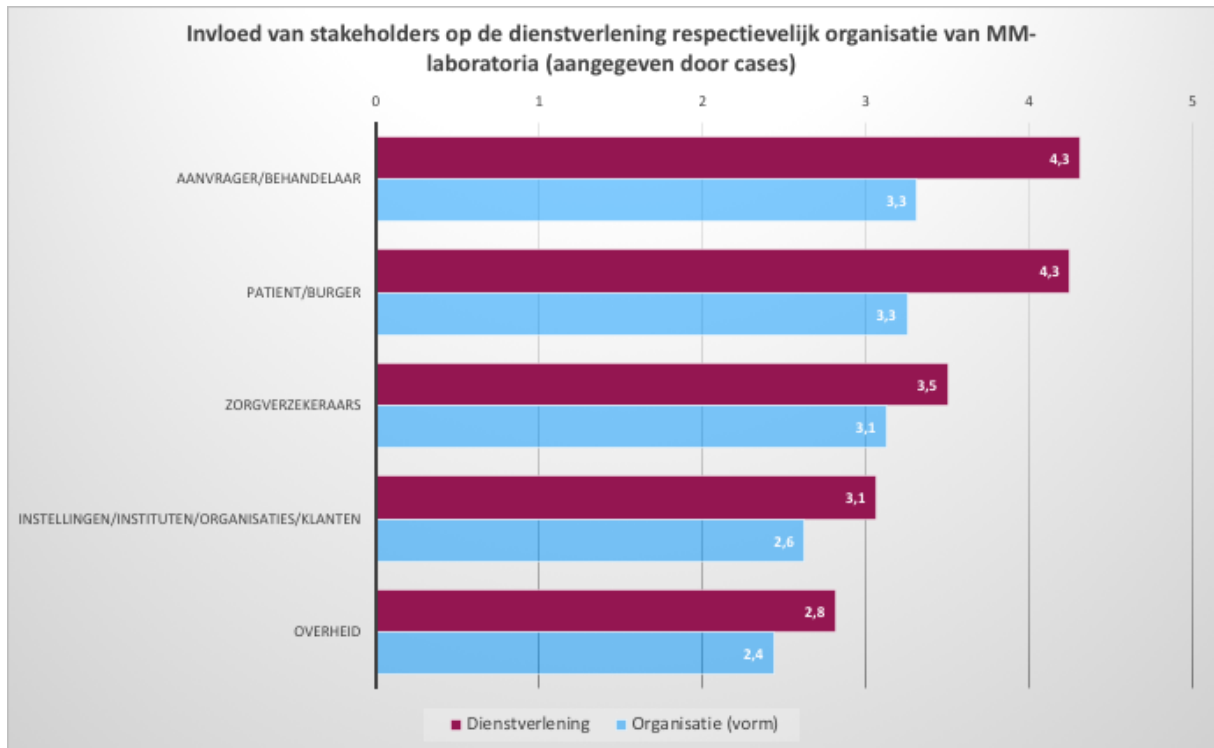
Hieruit blijkt dat door de cases de patiënt, de aanvrager en de partijen die betalen als belangrijkste stakeholders worden beschouwd. Onder de geïnterviewde deskundigen/belanghebbenden is het beeld niet eenduidig. Wat wel opvalt is dat door de deskundigen/belanghebbenden de patiënt door slechts 1 van de 11 respondenten is benoemd.

[Invloed van de verschillende stakeholders op de dienstverlening en op de organisatie](#)

Middels een vragenlijst, ingevuld door de cases, is uitgevraagd welke stakeholders de grootste invloed hebben op de dienstverlening en organisatie van medisch microbiologische laboratoria. In de vragenlijst zijn de stakeholdergroepen vooraf gedefinieerd. Per groep is gevraagd te scoren middels een 5 puntschaal (1=zeer gering; 5=zeer groot). De vooraf gedefinieerde groepen zijn vervolgens herleid tot de categorieën van stakeholders, zoals die in de interviews zijn genoemd en weergegeven in Tabel 5.

De stakeholder categorie 6 tot 9 (Zie Tabel 5), wel benoemd door de respondenten in de interviews, zijn in deze vragenlijst niet uitgevraagd.

De resultaten van de analyse naar de meest belangrijke stakeholders met invloed op de dienstverlening en organisatie van medisch microbiologische laboratoria zijn samengevat in Figuur 3.



Figuur 3: Mate van invloed van de stakeholders op de dienstverlening en daarnaast op de organisatie(vorm) van medisch microbiologische laboratoriumorganisaties, gescoord op een vijfpuntschaal door de cases. (MM = Medisch Microbiologische)

Figuur 3 laat zien dat de ‘aanvrager/behandelaar’ en de ‘patiënt/burger’, volgens de cases, de meeste invloed hebben op de dienstverlening en organisatie van medisch microbiologische laboratoria. De ‘zorgverzekeraars’ en de ‘instellingen/instituten/organisaties/klanten’ hebben tevens een grote invloed. Deze analyse geeft weer dat, bij het vormen van een beleid, allereerst naar de stakeholders met het meest directe belang wordt gekeken. Met andere woorden, het beleid dient zich primair te richten op de patiënt/burger met de zorgvraag en de aanvrager/behandelaar die de vraag, namens de patiënt, vertaalt naar de laboratoriumorganisatie.

Samenvatting van de stakeholderanalyse

Uit deze analyse komt naar voren dat de stakeholders die het meeste belang hebben bij medisch microbiologische dienstverlening de ‘patiënt/burger’, de ‘aanvrager/behandelaar’, de ‘instellingen, instituten, organisaties en klanten’ en de ‘zorgverzekeraars’ zijn. De ‘patiënt/burger’ wordt als belangrijkste stakeholder aangegeven. Bij het vormen van een beleid dient daarom het meeste rekening gehouden te worden met de patiënt/burger die de zorgvraag heeft en de aanvrager/behandelaar die de vraag, namens de patiënt, vertaalt naar de laboratoriumorganisatie. Dit impliceert dat beleid gevormd dient te worden op basis van de medische inhoud en de maatschappelijke meerwaarde van het vakgebied en dat dit beleid waarde moet toevoegen voor allereerst de patiënt.

4.3 Krachtenveldanalyse: patronen en clusters bij cases

Het doel van de krachtenveldanalyse is de in beeld gebrachte categorieën van kernpunten die spelen binnen de sector medische microbiologie (zie paragraaf 4.1), te koppelen aan groepen van personen, zogenaamde configuraties. Een configuratieanalyse wordt verricht om patronen en clusters, in de door de geïnterviewden genoemde kernpunten, te herkennen. Op deze manier worden de krachtenvelden zichtbaar gemaakt.

In deze analyse wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenaamde cases (organisaties die medisch microbiologische dienstverlening leveren) en de externe deskundigen/belanghebbenden van medisch microbiologische diensten. Dit heeft tot doel een zo breed mogelijk beeld te vormen van de krachtenvelden die spelen op nationaal niveau binnen de laboratoriumbranche.

In deze paragraaf worden de patronen en clusters bij cases weergegeven. In de hierop volgende paragrafen worden de patronen en clusters bij deskundigen/belanghebbenden weergegeven en wordt er een vergelijking tussen beide krachtenveldanalyses gemaakt.

In Tabel 6 worden de cases en functies van de geïnterviewde respondenten nogmaals weergegeven.

Tabel 6: Cases

Nr.	Case (organisatie)	Type organisatie	Functie
1	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Arts-microbioloog/directeur
2	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Hoofd bedrijfsvoering
3	Streeklab Haarlem	Zelfstandig	Arts-microbioloog
4	LabMicTa	Zelfstandig	Arts-microbioloog/bestuurder
5	Atal Medial	Zelfstandig (MD)	Bestuurder
6	Stichting PAMM	Zelfstandig (MD)	Bestuurder
7	Comicro	Zelfstandig	Bestuurder
8	Microvida	Zelfstandig	Arts-microbioloog/bestuurder
9	NWZ	Ziekenhuis	Arts-microbioloog
10	UMCG	Academisch	Arts-microbioloog
11	Certe	Zelfstandig (MD)	Arts-microbioloog
12	Unilabs	Zelfstandig (MD)	Bestuurder
13	Izore	Zelfstandig	Arts-microbioloog
14	Izore	Zelfstandig	Bestuurder

(MD = multidisciplinair)

In Tabel 7 is per case/respondent aangegeven of deze de kernpunt categorie benoemd heeft.

Tabel 7: Kernpuntanalyse cases

Kernpunten	Cases/respondenten														%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Tariefdruk/vergoeding	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	100
Vakinhoud./overheid	X			X	X	X	X	X		X		X	X	X	71
Schaalgrootte		X	X	X	X		X		X		X	X		X	64
Positionering		X			X	X	X	X		X	X	X	X		64
Contractering	X					X	X	X	X			X	X	X	57
Concurrentie	X	X			X	X	X				X		X		50
Kwaliteit		X	X	X				X		X			X	X	50
Technologische ontw.					X					X	X	X	X		36
Regiewens pat./cons.					X	X	X				X			X	36
Efficiëntie	X	X			X					X					29
Innovatie				X	X							X		X	29
Status/Imago	X										X				21

Alle geïnterviewde cases/respondenten ervaren de ‘tariefdruk en het vergoedingensysteem’ als belangrijk kernpunt. Het kernpunt ‘vakinhoudelijk en het beleid van de overheid’ wordt door 71% van de respondenten benoemd. De kernpunten ‘schaalgrootte’ en ‘positionering’ worden door 64% van de respondenten als belangrijke kernpunten aangegeven. Het kernpunt ‘contractering’ wordt door 57% als belangrijk aangegeven en de krachtenvelden ‘concurrentie’ en ‘kwaliteit’ worden door 50% als belangrijke kernpunten aangegeven. De overige kernpunten worden door minder dan de helft van de cases/respondenten benoemd.

De respondenten die geïnterviewd zijn hebben verschillende functies. Er is onderscheid gemaakt tussen bestuurders/directeuren van organisaties en professionals (artsen-microbioloog). Een drietal geïnterviewden is zowel bestuurder/directeur als professional. In de volgende analyse is gestratificeerd naar deze twee groepen (Zie Tabel 8).

Tabel 8: Kernpuntanalyse per te onderscheiden groep respondenten (cases)

Kernpunten	Groepen	
	Bestuurder/directeur (n=9)	Professional (n=8)
Tariefdruk/vergoeding	100%	100%
Contractering	67%	50%
Schaalgrootte	67%	50%
Concurrentie	56%	38%
Positionering	67%	50%
Efficiëntie	33%	25%
Status/Imago	22%	25%
Innovatie	44%	13%
Technologische ontw.	22%	38%
Vakinhoud./overheid	89%	63%
Kwaliteit	44%	63%
Regiewens pat./cons.	44%	13%
Strategie totaal	71%	58%
Management totaal	31%	25%
Maatschappelijk/vakinhoudelijk totaal	59%	46%

Uit deze analyse is op te maken dat de bestuurders breder georiënteerd zijn op zowel de bestuurlijke/economische kernpunten (strategie en management), als maatschappelijke/vakinhoudelijke kernpunten. Met name de kernpunten ‘contractering’, ‘schaalgrootte’, ‘concurrentie’, ‘positionering’ en ‘innovatie’ worden vaker door bestuurders benoemd dan door professionals. Bijzonder opvallend benoemen de bestuurders het kernpunt ‘vakinhoudelijk en beleid van de overheid’ beduidend vaker dan de professionals, 89% respectievelijk 63%. Het overheidsbeleid en vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben, met andere woorden, meer bestuurlijke dan vakinhoudelijke aandacht. Dit ondersteunt de relatie van dit kernpunt met het bedrijfskundig/economische krachtenveld ‘tariefdruk’ wat een bestuurlijk element te noemen is.

Om een beter inzicht te verkrijgen in de verschillende configuraties van respondenten en de kernpunten die zij benoemen, is een configuratieanalyse verricht. Op deze manier worden patronen van stakeholders en de kernpunten die zij benoemen zichtbaar gemaakt, wordt het ‘wat’ aan het ‘wie’ gekoppeld en worden krachtenvelden beter zichtbaar.

Voor deze analyse zijn de meest belangrijke kernpunten per respondent geselecteerd. In deze selectie zijn de kernpunten, die alleen kort door de respondenten zijn benoemd, weggehaald en de meest belangrijke kernpunten, waar de respondent uitvoerig over heeft gesproken, zichtbaar gemaakt (Zie Tabel 9). Deze tabel is gesorteerd op het kernpunt die het meest benoemd is.

Tabel 9: Kernpunten t.b.v. configuratieanalyse Cases

Kernpunt	Respondenten														%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Tariefdruk/vergoeding	X	X	X		X		X		X	X	X		X	X	71
Kwaliteit		X	X	X				X		X			X		43
Vakinhoud./overheid	X			X				X		X		X		X	43
Schaalgrootte					X		X				X	X		X	36
Contractering	X					X	X	X	X						36
Regiewens pat./cons.					X	X	X							X	29
Concurrentie		X				X					X				21
Efficiëntie	X	X			X										21
Positionering										X		X			14
Innovatie				X											7
Technologische ontw.													X		7
Status/Imago															0

Vervolgens is gezocht naar patronen van kernpunten die vervolgens gekoppeld zijn aan groepen respondenten. Deze zijn zichtbaar gemaakt in Figuur 4.



Figuur 4: Venn diagram van configuraties van kernpunten benoemd door cases.

Analyse van deze gegevens maakt drie verschillende patronen zichtbaar maar vertoont ook enige mate van overlap (Zie Figuur 4).

Patroon 1: Tariefdruk - schaalgrootte – regiewens patiënt/consument (bestuurders, non-arts)

Allereerst worden de kernpunten 'Tariefdruk/vergoedingensysteem', 'Schaalgrootte' en 'Regiewens patiënt/consument' overeenkomstig benoemd door een drietal geïnterviewde te weten nr. 5,7 en 14. Deze drie respondenten hebben met elkaar gemeen dat ze alle drie bestuurders zijn van zelfstandige organisaties en niet werkzaam zijn als arts-microbioloog. De respondenten in de dataset van de cases die dezelfde kenmerken hebben, dat wil zeggen niet werkzaam als arts-microbioloog, zijn respondenten 2, 6 en 12. Respondent 2 noemt 'Tariefdruk/vergoedingensysteem', Respondent 6 noemt 'Regiewens patiënt/consument' en respondent 12 noemt 'Schaalgrootte' overeenkomstig met de drie respondenten die het patroon laten zien. Dit patroon lijkt aan te geven dat de kernpunten 'Tariefdruk/vergoedingensysteem', 'Schaalgrootte' en 'Regiewens patiënt/consument' belangrijk zijn voor bestuurders van laboratoriumorganisaties. 'Tariefdruk/Vergoedingensysteem' wordt door veel respondenten, te weten 71%, als belangrijk kernpunt benoemd. 'Schaalgrootte' wordt slechts door 1 arts-microbioloog benoemd. Deze arts-microbioloog heeft in het verleden een bestuursfunctie in een microbiologisch laboratorium bekleed. Het kernpunt 'Regiewens patiënt/consument' wordt alleen door bestuurders als belangrijk benoemd en in het geheel niet door artsen-microbioloog. Opvallend is dat de groep van respondenten die patroon 1 laten zien, de bestuurders, met name strategische kernpunten belangrijk achten en in zijn geheel niet het kernpunt 'Kwaliteit' en in slechts twee gevallen het kernpunt 'Vakinhoudelijk/overheid'.

Patroon 2: Tariefdruk – kwaliteit (artsen-microbioloog, bestuurder)

Een tweede patroon laten de respondenten 2, 3, 10 en 13 zien. Zij noemen allen de kernpunten 'Tariefdruk/vergoedingensysteem' en 'Kwaliteit' overeenkomstig. Respondent 3, 10 en 13 hebben met elkaar gemeen arts-microbioloog te zijn, respondent 2 is algemeen manager en hoort meer in de bestuurdersrol dan in de rol van professional. De respondenten in de dataset van de cases die dezelfde kenmerken hebben, dat wil zeggen arts-microbioloog zijn, zijn respondenten 1, 4, 8, 9 en 11. In deze groep noemen alleen respondenten 1, 9 en 11 'Tariefdruk/vergoedingensysteem' als kernpunt. Respondenten 4 en 8 noemen 'Kwaliteit' ook als kernpunt. Dit patroon lijkt aan te geven dat de kernpunten 'Tariefdruk/Vergoedingensysteem' en 'Kwaliteit' belangrijk zijn voor artsen-microbioloog, professionals. Het kernpunt 'Kwaliteit' wordt niet als kernpunt aangegeven door bestuurders.

Patroon 3: Vakinhoudelijk/beleid overheid – kwaliteit (artsen-microbioloog)

Een derde patroon laten respondenten 4, 8 en 10 zien. Zij noemen allen de kernpunten 'Vakinhoudelijk/beleid overheid' en 'Kwaliteit' als belangrijke overheersende kernpunten. Deze respondenten hebben met elkaar gemeen allen arts-microbioloog, professional, te zijn. Het kernpunt 'Vakinhoudelijk/beleid overheid' wordt ook genoemd door de respondenten 1, 12 en 14. Respondent 1 is, naast de functie van directeur ook als arts-microbioloog werkzaam en respondenten 12 en 14 zijn bestuurders. Opvallend is dat deze groep in zijn geheel niet de belangrijke strategische kernpunten 'Tariefdruk/vergoedingensysteem', 'Schaalgrootte' en 'Concurrentie' noemt.

4.4 Krachtenveldanalyse: patronen en clusters bij deskundigen/ belanghebbenden

Als tweede zijn de data afkomstig van deskundigen/belanghebbenden geanalyseerd. In Tabel 10 worden nogmaals de deskundigen/belanghebbenden, de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn en de functies van deze respondenten weergegeven.

Tabel 10: Deskundigen/belanghebbenden

Nummer	Organisatie	Functie
1	Spaarne Gasthuis	Bestuurder, bestuur SLH
2	RKZ	Bestuurder, bestuur SLH
3	VWS	Senior policy officer
4	NZa	Senior-beleidsmedewerker
5	NVMM	Bestuurslid
6	NVMM	Secretaris
7	Patiënten federatie	MT lid, manager 1 ^{ste} lijn
8	DSW	Relatiebeheerder
9	RIVM	Hoofd CIB
10	SAN	Voorzitter
11	Zilveren Kruis	Zorginkoper/beleidsontwikkelaar

In Tabel 11 is per deskundige/belanghebbende aangegeven of deze het kernpunt benoemd heeft.

Tabel 11: kernpuntanalyse deskundigen/belanghebbenden

Kernpunt	Deskundigen/belanghebbenden											%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Tariefdruk/vergoeding	X	X		X	X	X	X		X	X	X	82
Vakinhoud./overheid	X	X	X	X	X	X						64
Schaalgrootte	X					X	X	X		X	X	55
Positionering	X	X	X			X			X	X		55
Contractering	X			X	X			X			X	36
Technologische ontw.	X	X				X				X		36
Concurrentie		X			X	X						27
Efficiëntie			X		X							18
Kwaliteit	X	X										18
Innovatie		X										9
Regiewens pat./cons.										X		9
Status/Imago												0

82% van de geïnterviewde deskundigen/belanghebbenden benoemen het kernpunt ‘tariefdruk en het vergoedingensysteem’ als belangrijk. 64% benoemt het kernpunt ‘schaalgrootte’ en 55% het kernpunt ‘vakinhoudelijk en het beleid van de overheid’ en ‘positionering’ als belangrijk. De overige kernpunten worden door minder dan de helft van de geïnterviewden benoemd.

Om een beter inzicht te verkrijgen in de verschillende configuraties van respondenten en de kernpunten die zij benoemen, is een configuratieanalyse verricht. Op deze manier worden patronen

van de stakeholders en de kernpunten die zij benoemen zichtbaar gemaakt. Als het ware wordt het 'wat' aan het 'wie' gekoppeld, waardoor de krachtenvelden zichtbaar worden.

Voor de analyse zijn de meest belangrijke kernpunten per respondent geselecteerd. In deze selectie zijn de kernpunten die alleen kort benoemd zijn weggelaten en de meest belangrijke kernpunten, waar de respondent uitvoerig over heeft gesproken, zichtbaar gemaakt (Zie Tabel 12).

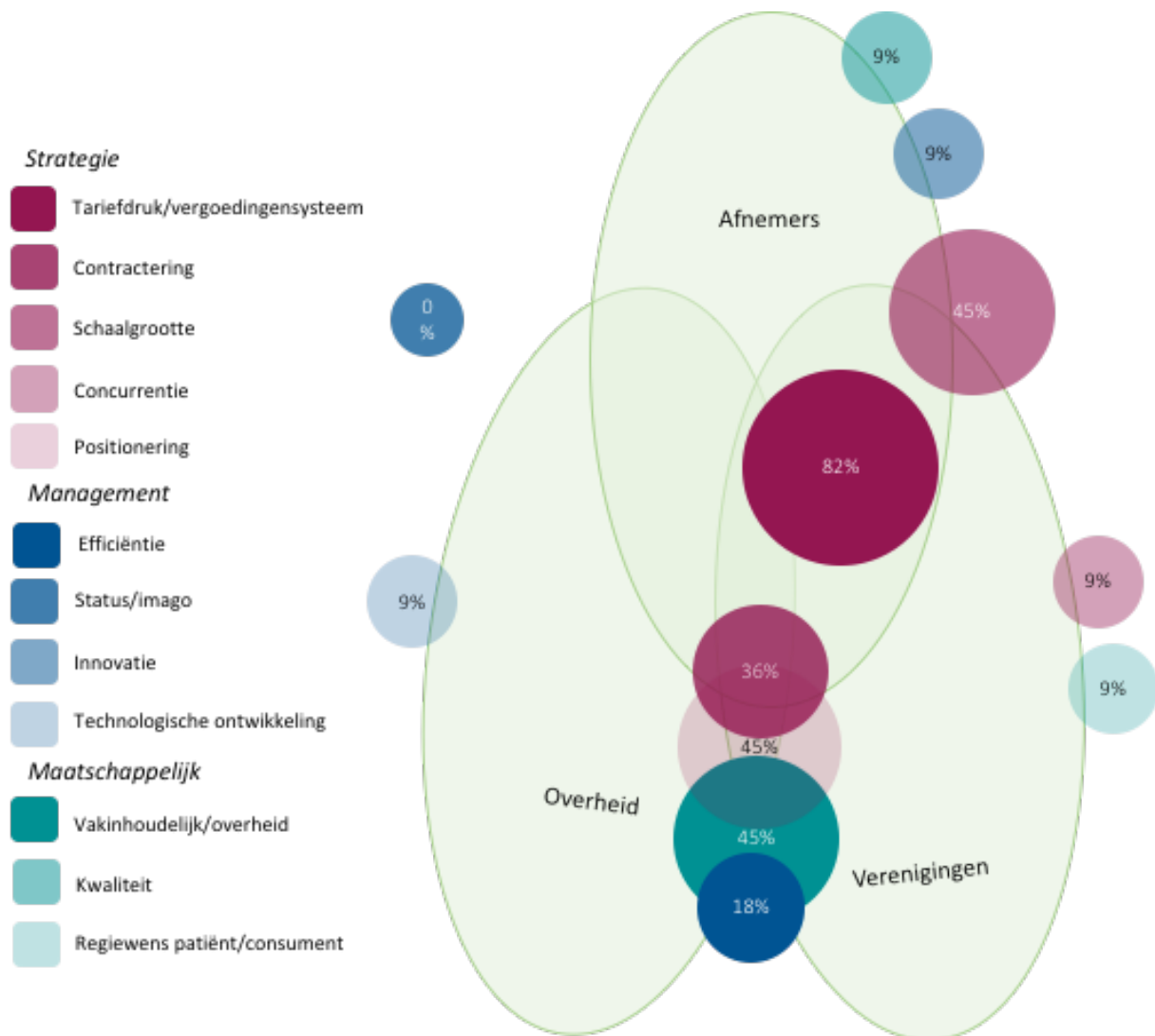
Tabel 12: Kernpunten t.b.v. configuratieanalyse deskundigen/belanghebbenden

Kernpunt	Respondent											%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Tariefdruk/vergoeding	X	X		X	X	X	X		X	X	X	82
Schaalgrootte	X						X	X		X	X	45
Vakinhoud./overheid			X	X	X	X			X			45
Positionering	X	X	X			X			X			45
Contractering				X	X			X			X	36
Efficiëntie			X		X							18
Concurrentie						X						9
Innovatie		X										9
Technologische ontw.									X			9
Kwaliteit		X										9
Regiewens pat./cons.										X		9
Status/Imago												0

In Tabel 12 zijn de overheersende kernpunten per deskundige/belanghebbende zichtbaar gemaakt. Deze tabel is gesorteerd op de kernpuntcategorie die het meest benoemd is.

Ondanks dat de kenmerken van de respondenten divers zijn, zijn deze grofweg te verdelen in afnemers (Bestuurders ziekenhuizen, Verzekeraars), vertegenwoordigers van verenigingen (NVMM, SAN en patiënten federatie) en vertegenwoordigers van de overheid (NZA, RIVM, VWS).

In Figuur 5 wordt grafisch weergegeven hoe de verschillende kernpunten over deze verschillende groepen van respondenten verdeeld zijn.



Figuur 5: Venn diagram van configuraties van kernpunten benoemd door deskundigen/belanghebbenden.

Analyse van de gegevens laat niet direct duidelijke patronen zien die te relateren zijn aan bepaalde deskundigen/belanghebbenden groepen. Daarnaast laat dit figuur zien dat er veel overlap bestaat met betrekking tot de opvattingen van de verschillende gedefinieerde externe deskundigen en belanghebbenden.

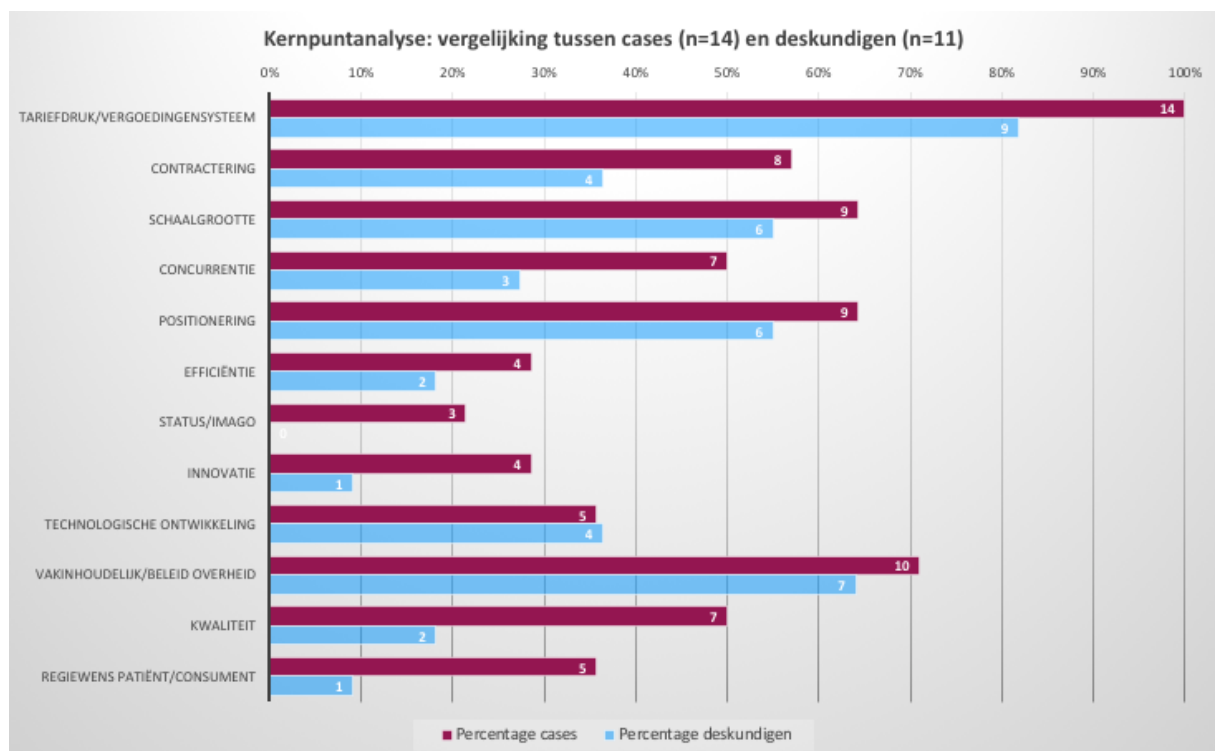
De vertegenwoordigers van de overheid (respondent 3, 4 en 9) geven allen het kernpunt 'vakinhoudelijk/beleid overheid' als belangrijk aan. Twee van hen noemen ook de 'positionering' als belangrijk kernpunt. Bij respondent 3 betreft het met name de visie van samenwerken, met als doel de zorgkosten beheersbaar te houden en bij respondent 9 de druk op concentratie die waargenomen wordt.

Van de afnemers noemen drie de 'tariefdruk/vergoedingensysteem' als belangrijk. Respondent 8 heeft dit niet direct benoemd, maar geeft wel aan dat schaalgrootte tot schaal- en synergievoordelen kan leiden, wat uiteindelijk kostenbesparend is. 'Schaalgrootte' wordt ook benoemd door respondent 1 en 11, respectievelijk bestuurder van een ziekenhuis en een grote zorgverzekeraar. De zogenaamde afnemers noemen met name strategische kernpunten. Alleen respondent 2 noemt daarnaast een management en een maatschappelijk punt als belangrijk. Ook bij de

vertegenwoordigers van de verenigingen overheersen de strategische kernpunten. Slechts twee van hen noemen een management gerelateerd (technologische ontwikkeling door respondent 9) of een maatschappelijk gerelateerd kernpunt (Regiewens patiënt/consument door respondent 10).

4.5 Vergelijking beide krachtenveldanalyses

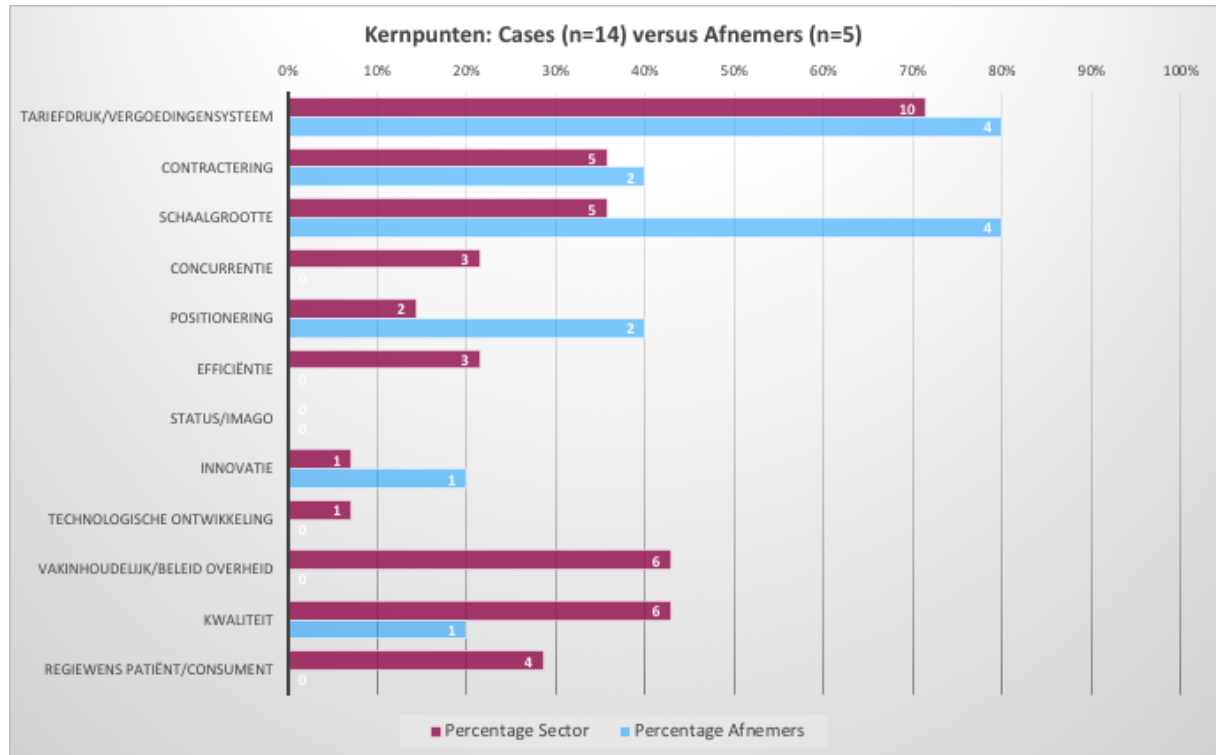
De uitkomsten van de analyses van de cases en de deskundigen/belanghebbenden worden hieronder met elkaar vergeleken. Het percentage per kernpunt categorie per onderzoeksgroep wordt in Figuur 6 weergegeven. Hiervoor zijn alle benoemde kernpunten opgenomen teneinde een zo'n goed mogelijk beeld te verkrijgen.



Figuur 6: Kernpuntanalyse: vergelijking tussen cases en deskundigen

Uit Figuur 6 valt op te maken dat de cases de kernpunten beduidend meer ervaren dan de deskundigen/belanghebbenden. Zowel de organisaties, de cases, als de deskundigen/belanghebbenden benoemen de kernpunten ‘tariefdruk/vergoedingensysteem’, ‘schaalgrootte’, ‘vakinhoudelijk/beleid overheid’ en ‘positionering’ als meest belangrijk. Het kernpunt ‘concurrentie’ wordt door de cases meer benoemd dan door de deskundigen/belanghebbenden, 50% respectievelijk 27%. Ook het kernpunt ‘contractering’ wordt beduidend meer door de cases benoemd dan door de deskundigen/belanghebbenden, 57% respectievelijk 36%. Kijkend naar de kernpunten die beleid op managementniveau vereisen te weten ‘efficiëntie’, ‘status/imago’, ‘innovatie’ en ‘technologische ontwikkeling’ laat in de vergelijking zien dat de eerste drie kernpunten met name door de cases benoemd worden en alleen ‘technologische ontwikkeling’ door beide groepen even belangrijk wordt gevonden. De maatschappelijke kernpunten ‘kwaliteit’ en ‘regiewens patiënt/consument’ worden beduidend vaker benoemd door de cases dan door de deskundigen/belanghebbenden.

In paragraaf 4.2 wordt geconcludeerd dat de afnemers, betalende partijen, (ziekenhuizen en zorgverzekeraars) en de patiënt als de meest belangrijke stakeholdercategorieën worden gezien. Interessant is om de sector, de cases, tegenover deze belanghebbenden te plaatsen en de overeenkomsten/verschillen te duiden. Voor deze analyse zijn alleen de meest zichtbare kernpunten meegenomen (Zie Figuur 7).



Figuur 7: Kernpunten: vergelijking tussen de cases (de sector) en de afnemers

Vergelijking van de cases, de sector, met de afnemers laat diversiteit zien. De vergelijking laat daarnaast zien dat de afnemers de strategische kernpunten als belangrijk benoemen. Met name 'schaalgrootte' wordt door de afnemers als belangrijk geduid. De sector benoemt dit kernpunt in 36% van de gevallen tegenover 80% van de afnemers. Ook 'positionering' wordt door de afnemers beduidend meer genoemd dan door de sector, 40% respectievelijk 14%.

'Tariefdruk/vergoedingensysteem' en 'contractering' wordt door beide groepen als belangrijk benoemd.

De management gerelateerde kernpunten 'efficiëntie' en 'technologische ontwikkeling' worden door de sector benoemd en in het geheel niet door de afnemers.

Het maatschappelijke kernpunt 'vakinhoudelijk/beleid overheid' wordt veel genoemd door de sector, 43%, en in zijn geheel niet door de afnemers. Dit kan erop duiden dat de maatschappelijke rol van de sector op het gebied van de publieke volksgezondheid door de afnemers anders, of niet, wordt gezien in vergelijking met de rol die de sector zichzelf toedicht. De maatschappelijke kernpunten 'kwaliteit' en 'regiewens patiënt/consument' worden door de sector meer benoemd dan door de afnemers. Dit is opvallend te noemen, je zou eerder verwachten dat deze kernpunten in het belang van de afnemers zouden zijn, dat lijkt niet het geval.

Samenvattend geven de afnemers meer bedrijfskundige/economische kernpunten aan waar de sector, naast deze punten, juist de maatschappelijke en management kernpunten ook als belangrijk benoemt.

Samenvatting krachtenveldanalyse

Uit deze analyse komt naar voren dat de 'tariefdruk/vergoedingensysteem', 'vakinhoudelijk/overheid', 'schaalgrootte' en 'positionering' de belangrijkste kernpunten zijn binnen de medisch microbiologische laboratorium branche. De configuratieanalyse laat zien dat bestuurders van medisch microbiologische laboratoriumorganisaties de kernpunten 'tariefdruk/vergoedingensysteem', 'schaalgrootte' en het maatschappelijke krachtenveld 'regiewens van de patiënt/consument' het belangrijkste vinden. De kernpunten 'tariefdruk/vergoedingensysteem' en het maatschappelijke kernpunt 'kwaliteit' zijn als belangrijk benoemd door de professionals, de artsen-microbioloog. De professionals laten een gelijkend patroon zien bij de maatschappelijke kernpunten 'vakinhoudelijk/overheid' en 'kwaliteit'. Deze bevindingen geven aan dat zowel de maatschappelijke/vakinhoudelijke kant als de bedrijfskundige/economische kant op de voorgrond dienen te staan bij het vormen van een organisatie-model.

Tegelijkertijd is sprake van verschillen tussen bestuurders en uitvoerende professionals. Deze groepen laten een grote mate van diversiteit zien in belangrijk geachte kernpunten. Met deze verschillen dient rekening gehouden te worden bij een organisatie-wijziging.

Een vergelijking tussen de kernpunten benoemd door de afnemers en de kernpunten benoemd door de sector geeft weer dat de afnemers meer bedrijfskundige/economische kernpunten aangeven terwijl de sector de maatschappelijke kernpunten ook als belangrijk benoemt.

4.6 Criteria te stellen aan een medisch microbiologische organisatie

Het doel van de analyse van criteria is een beeld te verkrijgen welke voorwaarden aan een medisch microbiologische laboratoriumorganisatie gesteld worden. Deze kunnen zowel inhoudelijk van aard als organisatorisch van aard zijn. In deze analyse wordt onderscheid gemaakt tussen zogenaamde cases (organisaties die medisch microbiologische dienstverlening leveren) en externe deskundigen/belanghebbenden van medisch microbiologische dienstverlening. Dit heeft tot doel om een zo breed mogelijk beeld te kunnen vormen van de voorwaarden, die aan een medisch microbiologische organisatie op nationaal niveau binnen de branche worden gesteld. Tijdens de interviews is gevraagd naar de bestuursvorm, organisatievorm, rol van de professional in de organisatie, regionale inbedding, maatschappelijke rol van de organisatie en de belangrijkste overige (kwaliteits)criteria. Niet alle respondenten hebben antwoord gegeven op al deze items.

Meningen en criteria die professionals stellen komen voort uit professioneel, persoonlijk, zakelijk of gemengd belang. Dat maakt de criteria mogelijk moeilijk objectiveerbaar. Getracht wordt tot objectieve voorwaarden te komen maar daarnaast worden de voorwaarden zo breed mogelijk in kaart gebracht. In Bijlage 2 en 3 zijn de resultaten van voorwaarden, die aan een medisch microbiologische laboratoriumorganisatie gesteld worden, in een tabel samengevat. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

Bestuursvorm

De bestuursvorm kent een aantal lagen te weten de juridische structuur, de topstructuur en de operationele managementstructuur van de organisatie. De data uit de interviews richten zich met name op de juridische structuur en op de topstructuur van de organisatie.

De respondenten die een uitspraak hebben gedaan over de juridische structuur prefereren, grotendeels, een zelfstandige organisatiestructuur met een bestuur onafhankelijk van de

ziekenhuisorganisaties. Op dit moment opereren enkele organisaties vanuit een oorspronkelijk 'productiesamenwerkingsverband' gevormd door samenwerkende ziekenhuizen en hebben een bestuur of aandeelhouders bestaande uit vertegenwoordigers van de samenwerkende ziekenhuizen. Als nadeel hiervan wordt gegeven dat het bestuur van het laboratorium hierdoor verschillende belangen heeft, klant versus bestuurder, wat de organisatie niet ten goede komt. De respondenten van organisaties die als afdeling van een ziekenhuis (academisch of algemeen) opereren geven geen voorkeur voor een juridische structuur. De respondenten, die hier een uitspraak over doen, geven aan dat het van belang is, dat ook bij een zelfstandige organisatie, een nauwe band met de ziekenhuizen te onderhouden.

Het overgrote deel van de respondenten geeft aan als topstructuur een duaal management te prefereren. In het duale management moeten zowel de bedrijfskundige/economische kant als de vakinhoudelijke/medische kant met elkaar in evenwicht zijn. Deze respondenten geven aan dat gestuurd moet worden op basis van de inhoud. Een aantal respondenten, veelal bedrijfskundige bestuurders, geeft aan niet te prefereren dat een medicus op een bestuursfunctie werkzaam is.

Organisatievorm

Tijdens de interviews is specifiek gevraagd naar de mogelijkheid tot multidisciplinaire samenwerking (scenario 3). Een vijftal respondenten (n=25) geeft aan dat dit een voorwaarde is. Het organiseren vanuit de klant wordt hier als hoofdreden voor gegeven. Deze respondenten zijn allen bedrijfskundig bestuurder en geen professional. Een groot aantal respondenten geeft aan het multidisciplinair organiseren wel als mogelijkheid te zien. Grote voordelen hierbij zijn synergievoordelen in de ondersteuning en overhead door het verkrijgen van schaal in deze werkzaamheden. Wel wordt hierbij aangegeven dat het van belang is een duidelijke scheiding te houden in de vakgebieden naar zowel de klant, als op operationeel gebied. Dit in tegenstelling tot de 5 respondenten die multidisciplinair als absolute voorwaarde geven. Zij geven aan met name op operationeel gebied veel synergievoordelen te zien. Enkele respondenten geven aan alleen toekomst te zien in schaalvergroting binnen het vakgebied (scenario 2).

Rol van de professional in de organisatie

De belangrijkste rol van de professional, de arts-microbioloog, in de organisatie is het goed invulling geven aan de vakinhoud van de medisch microbiologische dienstverlening. Een aantal maal wordt verwezen naar het beroepsprofiel van de arts-microbioloog (NVMM, 2008). Hierin staat beschreven dat de functie van de arts-microbioloog in de gezondheidszorg bestaat uit het bieden van ondersteuning op het gebied van infectieziekten aan collegae en overige hulpverleners en medewerkers, zowel werkzaam binnen als buiten de instellingen voor gezondheidszorg. In dit profiel worden 8 hoofdtaken onderscheiden, te weten:

- Laboratoriumdiagnostiek;
- Intercollegiaal consult;
- Laboratoriummanagement;
- Beleidsvorming en ontwikkeling van protocollen en richtlijnen;
- Epidemiologie van infectieziekten en ziekenhuis hygiëne;
- Openbare gezondheidszorg;
- Voorlichting, onderwijs en opleiding, en
- Wetenschappelijk onderzoek.

In het professioneel profiel staat tevens beschreven dat de organisatie de professionals in staat dient te stellen al deze taken goed te kunnen uitvoeren. Verder moet de professional volgens dit profiel organisatorische en budgettaire eindverantwoordelijkheid kunnen dragen voor de organisatie. De resultaten laten ook zien dat de professional, tenminste in een situatie van dual management, invloed moet kunnen uitoefenen. De meeste respondenten prefereren echter wel een bedrijfskundige bestuurder als statutair eindverantwoordelijke. Slechts een enkele respondent prefereert een medisch professional als enige bestuurder.

Regionale inbedding

Bij regionale inbedding van de organisatie wordt onderscheid gemaakt tussen het integraal, alle zorglijnen bedienend, aanbieden van laboratoriumdiensten en de geografische inbedding van de organisatie in de omgeving.

Alle respondenten van de cases geven aan het integraal aanbieden van microbiologische dienstverlening te prefereren. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat in de dataset geen case vertegenwoordigd is die alleen de huisartsendiagnostiek verzorgt (eerste lijn), maar wel cases die alleen de ziekenhuizen bedienen (tweede lijn). De deskundigen/belanghebbenden die een uitspraak over dit onderwerp hebben gedaan geven tevens aan de integrale, lijnloze, aanbieding van laboratoriumdiagnostiek te prefereren. Daarmee kan het aanbieden van integrale, lijnloze, medisch microbiologische dienstverlening als objectieve voorwaarde gesteld worden.

Het regionaal aanbieden van laboratoriumdiensten wordt geprefereerd door alle cases. Dit is een direct gevolg van het integraal aanbieden van laboratoriumdiensten. Veel respondenten benoemen de zogenaamde ROAZ-regio's als goed uitgangspunt voor de grootte van een zorgregio te zien. Deze regio's zijn gebaseerd op patiëntenstromen en opgesteld voor de acute zorg. Het aanbieden van microbiologische zorg en het delen van data in een dergelijke regio heeft de voorkeur. Wel wordt aangegeven dat deze regio's voor de laboratoriumdiagnostiek niet altijd even logisch zijn en hiervoor dus herzien moeten worden. Door de dynamiek in de regio zijn de zorgregio's onderhevig aan veranderingen en zullen deze om die reden regelmatig geëvalueerd moeten worden. Zichtbaarheid van het vakgebied in de ziekenhuizen wordt door veel respondenten als belangrijke voorwaarde gesteld. Hiervoor is het mogelijk nodig om meerdere laboratoriumvestigingen te hebben zodat de afstanden tussen laboratoria en ziekenhuizen beperkt blijft. Hiervoor wordt een 0,5 uur reistijd tussen ziekenhuis en laboratorium genoemd en/of 30 km afstand.

Maatschappelijke rol

Een toekomstige organisatie moet de maatschappelijke rol van medisch microbiologische dienstverlening goed ondersteunen. Om die reden is hiernaar gevraagd in de interviews. De uitkomsten hiervan laten zien dat het belang van de patiënt voorop staat. Het hoofddoel van de organisatie is bij te dragen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg in zijn geheel, inclusief preventie in het kader van de publieke volksgezondheid, op een zo doelmatig mogelijke manier (efficiënt, effectief) zodat de totale zorgkosten beheersbaar blijven. Door een aantal respondenten wordt "Zinnige en zuinige zorg", die zich, onder andere, richt op het uitvoeren van de juiste diagnostiek, op het juiste moment en op het voorkomen van dubbele diagnostiek, genoemd.

Overige (kwaliteit)criteria

De overige criteria die door de respondenten genoemd worden zijn grofweg in te delen in twee categorieën namelijk bestuurlijk/economisch en vakinhoudelijk. Hieronder wordt een opsomming gegeven van de criteria.

Op bestuurlijk niveau zijn de volgende criteria benoemd: continuïteit van zorg; faire prijs; schaalgrootte; goede IT-ontsluiting naar klanten; samenwerken met ziekenhuizen; efficiënt, effectief en doelmatig werken; financieel gezond en weerstandsvermogen.

Op vakinhoudelijk niveau zijn de volgende criteria benoemd: hoge kwaliteit; tijdig de juiste informatie; hoge servicegraad; snelle responstijden; communicatie naar de patiënt; signaleringsfunctie; datadeling (inclusief eenheid van taal); integriteit; deskundigheid; transparantie. Zoals uit bovenstaande gegevens blijkt zijn de criteria divers. Het criterium kwaliteit wordt veelvuldig benoemd. Het criterium kosten/prijs is voor de respondenten ondergeschikt aan de kwaliteit. Naast het criterium kwaliteit vallen de criteria 'transparantie' en 'datadeling' ook op daar ze door meerdere respondenten genoemd worden.

Samenvatting criteria te stellen aan een medisch microbiologische organisatie

Uit deze analyse komt naar voren dat de organisatiestructuur (van een laboratorium) aan verschillende criteria moet voldoen.

Het eerste criterium is dat de juridische structuur van de organisatie een zelfstandig karakter heeft waarbij de topstructuur dual is ingericht zodat de bedrijfskundige en vakinhoudelijke invloed met elkaar in balans zijn. Dit criterium is niet objectief vastgesteld maar ondersteunt de bevinding dat zich op maatschappelijk/vakinhoudelijk en bedrijfskundig/economisch vlak krachtenvelden bevinden. Het tweede, tevens niet objectief vastgestelde, criterium betreft multidisciplinaire samenwerking. Als kanttekening wordt gegeven dat de ene kant van het spectrum voordelen in de ondersteuning en overhead voorziet en de nadruk legt op het blijvend separaat blijven opereren door de vakgebieden, terwijl de andere kant van het spectrum totale samenvoeging van de diagnostiek (operationeel en organisatorisch) als criterium stelt. De totale samenvoeging van de diagnostiek als criterium is met name een bedrijfskundig/economisch uitgangspunt, maar is daarnaast, met het oog op het beheersbaar houden van de zorgkosten en het betaalbaar houden van de zorg voor de patiënt/burger, ook maatschappelijk van aard. Het vakgebied in zijn volle breedte (diagnostiek, consultatie, preventie en epidemiologie) dient echter bewaakt te worden in het kader van de volksgezondheid. De verwachting is dat dit criterium beter tot zijn recht komt als de vakgebieden separaat blijven bestaan.

Het derde criterium is objectief vastgesteld en betreft integraal, over de zorglijnen heen, regionaal organiseren van de medische microbiologie. Het regionaal organiseren van laboratoriumdiagnostiek, waarbij de regio's geënt zijn op de patiëntenstromen (zorgregio's), is daarvoor een goed uitgangspunt.

Daarnaast zijn er criteria die weliswaar niet door een groot deel van de respondenten benoemd zijn maar wel als belangrijk geacht worden: continuïteit van zorg, een goede prijs-kwaliteit verhouding en een goede samenwerking met klanten zijn belangrijke strategische criteria. Kwaliteit (waaronder zinnige en zuinige zorg en een goede doorlooptijd), datadeling en transparantie zijn belangrijke vakinhoudelijke criteria.

Hoofdstuk 5 - Discussie en Conclusie

5.1 Discussie

Deze studie heeft als doel, rekening houdend met de stakeholders, belanghebbenden, van medisch microbiologische zorg en de bedrijfskundig/economische en maatschappelijk/vakinhoudelijke krachtenvelden die spelen binnen de laboratoriumbranche, te onderzoeken wat de meest geschikte organisatievorm voor een medisch microbiologisch laboratorium in Nederland is. Daarnaast is onderzocht wat de (objectieve) criteria voor een toekomstige organisatievorm zijn.

De volgende onderzoeksvraag staat daarmee in deze studie centraal:

Wat is een optimale organisatiestructuur voor medisch microbiologische laboratoria in Nederland, rekening houdend met zowel stakeholders als maatschappelijke en bedrijfskundige krachtenvelden?

Voor het beantwoorden van deze vraagstelling zijn een stakeholderanalyse, een krachtenveldanalyse en een analyse naar de (objectieve) criteria, te stellen voor een microbiologische laboratoriumorganisatie, uitgevoerd. Met behulp van de belangrijkste uitkomsten uit deze analyses worden de, vooraf geschetste, scenario's getoetst om tot een optimaal model te komen. De scenario's die vooraf geschetst zijn omvatten:

1. Samenwerking door het aangaan van strategische allianties (scenario 1);
2. Acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria (scenario 2), en
3. Interdisciplinaire samenvoeging van laboratoria (scenario 3).

In verschillende (beleid)stukken komt naar voren dat opschaling (consolidatie) van medisch microbiologische diagnostiek nodig is om de medische microbiologie, in zijn gehele breedte, goed te kunnen blijven invullen (Raemakers, 2016; Raemakers, 2017). Het ministerie van VWS deelt de visie dat opschaling van laboratoriumfuncties onoverkomelijk is. VWS hanteert hierbij een functioneel uitgangspunt dat diagnostiek niet per zorgsegment uitgevoerd dient te worden maar juist integraal, over de domeingrenzen heen en propageert daarmee de netwerkzorg. Voorafgaand aan dit onderzoek is de volgende propositie opgesteld:

Zonder opschaling/fusie is er geen (financiële) toekomst voor de huidige, zelfstandige, medisch microbiologische laboratoria.

Deze studie bevestigt de noodzaak tot consolidatie. Door zowel de cases als de deskundigen/belanghebbenden worden de kernpunten 'tariefdruk/vergoedingensysteem', 'schaalgrootte' en 'positionering' als belangrijkste ervaren. Deze krachtenvelden zijn strategisch van aard en impliceren de noodzaak tot het beperken van de kosten door het behalen van schaal- en synergievoordelen. Om deze voordelen te behalen is samenwerken of samenvoegen van bestaande organisaties benodigd.

Daarnaast komt in verschillende stukken naar voren dat multidisciplinair organiseren van de diagnostiek in diagnostische centra met de patiënt centraal, een geschikt toekomstig organisatiemodel is. Voorafgaand aan dit onderzoek is dan ook de volgende propositie opgesteld:

Samenwerking met andere laboratorium disciplines leidt tot kostenreductie en een beter microbiologisch product.

Deze studie bevestigt deze propositie niet onomstotelijk. De strategische krachtenvelden worden in een multidisciplinaire setting goed beheerst waardoor kostenreductie zal plaatsvinden met name in de ondersteuning en bedrijfsvoering. Hiermee wordt het eerste gedeelte van de propositie wel bevestigd. De gevonden resultaten bevestigen echter niet dat een beter microbiologisch product, en daarmee betere microbiologische- dienstverlening en zorg, wordt geleverd in een multidisciplinaire setting. Met name de sector, in deze studie de cases, is van mening dat de medische microbiologie als apart vakgebied moet blijven bestaan om optimale microbiologische zorg te kunnen blijven verlenen. Er moet in deze setting zelfs voor gewaakt worden dat het microbiologisch product niet van mindere kwaliteit wordt, doordat het door de toenemende complexiteit van een multidisciplinaire organisatie wordt ondergesneeuwd. Daarbij wordt met name gedoeld op de strategie en het beleid in een multidisciplinaire organisatie die gericht zullen zijn op alle laboratoriumdisciplines gezamenlijk. Dit vormt een mogelijke bedreiging voor het relatief kleine vakgebied van de medische microbiologie.

VWS stelt daarnaast, onder andere in een kamerbrief, dat regionalisering van de medisch microbiologische dienstverlening van belang is met name in het kader van de aanpak van antibioticaresistentie (Tweede Kamer, 2015; Tweede Kamer, 2017). De NVMM (beroepsvereniging medische microbiologie) ondersteunt deze visie (NVMM, 2015). Deze studie bevestigt de noodzaak tot regionalisering van medisch microbiologische laboratoriumdiagnostiek. Uit de krachtenveldanalyse komt naar voren dat het maatschappelijke krachtenveld 'vakinhoudelijk/overheid' als sterk krachtenveld wordt gezien door zowel de cases als de deskundigen/belanghebbenden. Dit krachtenveld richt zich op zowel gezondheidsbevordering als gezondheidsbescherming en daarmee op preventie. Het eerdergenoemde strategische krachtenveld 'positionering' ondersteunt tevens deze visie. Samenwerken tussen of samenvoegen van de nu bestaande medisch microbiologische organisaties is benodigd voor het invullen van de regiofunctie van de medische microbiologie.

De organisatie van medisch microbiologische laboratoria in Nederland kan, zoals eerder gesteld, op verschillende manieren, als geschetst in scenario's, plaatsvinden. Bij het bepalen van een organisatiemodel dient rekening gehouden te worden met zowel de stakeholders, de krachtenvelden als de (objectieve) criteria die gesteld worden aan een organisatievorm.

Uit deze studie komt naar voren dat de stakeholders die het meeste belang hebben bij medisch microbiologische dienstverlening, de 'patiënt/burger', de 'aanvrager/behandelaar', de 'instellingen, instituten, organisaties en klanten' en de 'zorgverzekeraars' zijn. De 'patiënt/burger' wordt als belangrijke stakeholder gezien.

De resultaten van dit onderzoek laten tevens de belangrijkste ervaren krachtenvelden zien. De belangrijkste bedrijfskundige/economische krachtenvelden zijn 'tariefdruk/vergoedingensysteem', 'schaalgrootte' en 'positionering', en zijn allen strategisch van aard. De belangrijkste

maatschappelijke /vakinhoudelijke krachtenvelden zijn 'vakinhoudelijk/overheid', 'kwaliteit' en 'regiewens patiënt/consument'. Daarnaast beschrijft dit onderzoek de belangrijkste criteria, waar een organisatiestructuur van medisch microbiologische laboratoria in Nederland, aan moet voldoen. Deze criteria omvatten het 'integraal/regionaal organiseren' als objectief criterium, het besturen middels een duaal managementmodel, het multidisciplinair aanbieden van diensten, het hebben van een goede prijs/kwaliteit verhouding, het goed samenwerken met klanten, het leveren van kwaliteit door het aanbieden van zinnige en zuinige zorg en een goede doorlooptijd, het delen van data en het bieden van een transparante dienstverlening naar klant en patiënt.

De drie van tevoren geschetste scenario's worden geen van allen verworpen door de uitkomsten van deze studie en bieden allen de mogelijkheid de ervaren krachtenvelden en gestelde criteria, gedeeltelijk, in te vullen en/of te beheersen.

Scenario 1: Samenwerking door het aangaan van strategische allianties.

Dit scenario geeft de mogelijkheid over zowel horizontale grenzen (tussen de verschillende disciplines) als over verticale grenzen (binnen het vakgebied), allianties aan te gaan en zo voordeel te behalen (Gulati, 1998).

Het aangaan van allianties, met als doel de krachtenvelden zo goed mogelijk te beheersen, kan zich richten op het horizontaal samenwerken in de pre-analytische fase, de logistiek, door het vormen van één frontoffice. Het organiseren vanuit de patiënt, de stakeholder het meest van belang, wordt op deze manier geoptimaliseerd door het bieden van één toegangsroute voor de gehele diagnostiek. In de literatuur wordt bevestigd dat het aangaan van strategische allianties in de logistiek een snelle en flexibele manier is om toegang te krijgen tot resources en vaardigheden van andere organisaties (Dyer *et al.*, 2001). Aangezien de medische microbiologie een klein vakgebied is en vaak niet over een volledig zelfstandig logistiek apparaat beschikt is het vormen van allianties met partijen met een goed logistiek apparaat in de regio een voordeel. Tevens zijn hierdoor synergie- en schaalvoordelen te behalen wat het krachtenveld 'tariefdruk/vergoedingensysteem' beheersbaar houdt.

Een tweede vorm van het aangaan van een strategische alliantie is het samenwerken tussen verschillende microbiologische laboratoriumorganisaties (verticale integratie). Door het aangaan van deze allianties kunnen netwerken van medisch microbiologische organisaties gecreëerd worden (Gulati *et al.*, 2000). Het objectieve criterium 'integraal en regionaal werken' kan op deze manier worden ingevuld. Het delen van data binnen de regio, tevens een criterium, kan ingevuld worden door het aangaan van strategische allianties met medisch microbiologische laboratoriumorganisaties in de regio. Daarnaast kunnen synergievoordelen worden behaald door de lateralisatie van diagnostiek met alliantiepartners. Specifieke, weinig aangevraagde en vaak kostbare diagnostiek kan geconcentreerd worden bij één van de alliantiepartners en zo kan gebruik worden gemaakt van specifieke assets van de alliantiepartner (Dyer & Singh, 1998).

Opgemerkt moet worden dat het aangaan van allianties niet zonder risico's is en dat vele allianties falen in de uitvoering (Dyer *et al.*, 2001; Gulati & Singh, 1998). Dit kan tot gevolg hebben dat geen of niet alle voordelen van samenwerking optimaal benut worden in dit scenario. Voor het laten slagen van een strategische alliantie is het van belang dat de deelnemende partijen op één lijn zitten alvorens ze deze alliantie aangaan. Deze studie laat echter een spanningsveld zien doordat een grote diversiteit bestaat in de als belangrijk geachte kernpunten en criteria. De bestuurders van organisaties benoemen andere kernpunten dan de professionals terwijl binnen de groep van professionals ook diversiteit waar te nemen is. De professionals laten twee patronen van 'gelijk

denkenden' zien en hebben daarmee mogelijk niet dezelfde visie bij het aangaan van een alliantie wat de slagingskans van de alliantie naar alle waarschijnlijkheid zal verkleinen.

Scenario 2: acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria.

Dit scenario biedt de mogelijkheid tot samenwerking door het fuseren van laboratoriumorganisaties binnen het vakgebied (verticale integratie). Dit scenario geeft de organisaties de mogelijkheid om concurrerend te kunnen zijn in de toenemende complexe en dynamische omgeving wat ondersteund wordt in de literatuur (Birkinshaw *et al.*, 2000). De acquisitie of fusie van medisch microbiologische laboratoria richt zich met name op het verkrijgen van schaalvoordeel in de diagnostiek, één van de gevonden krachtenvelden. Het vergroten van de schaal levert tevens voordelen op in de bekostiging van de bedrijfsvoering en het inspelen op technologische ontwikkelingen, die het krachtenveld 'tariefdruk/vergoedingensysteem' beheersen.

Daarnaast beheerst dit scenario de overige gevonden krachtenvelden en vult het de criteria op management en maatschappelijk vlak goed in.

Het objectieve criterium 'integraal en regionaal werken', waar om die reden een nieuwe organisatievorm aan moet voldoen, wordt middels het aangaan van fusies binnen de regio tevens mogelijk. Kanttekening hierbij is dat het waarschijnlijk niet mogelijk is om een gehele (zorg)regio samen te voegen in één organisatie. Het gegeven scenario is niet af te dwingen bij de nu losstaande organisaties en met name niet bij de academische en algemene ziekenhuislaboratoria die, wellicht, niet bereid zijn te fuseren met partijen in de regio. Een combinatie van dit scenario met scenario 1, samenwerking middels strategische allianties, biedt hier mogelijk een oplossing. Het delen van data binnen de regio en zo vakinhoudelijk samen optrekken kan het beste uit deze twee scenario's combineren.

Kanttekening bij de uitvoering van scenario 2 is dat fusies niet per se tot voordelen leiden en over het algemeen complexe trajecten zijn die veel inspanning vergen van de betrokken partijen en geld kosten (Osarenkhoe & Hyder, 2015). Daarmee geldt ook bij dit scenario dat de betrokken partijen eenzelfde visie dienen te hebben op de strategie, het beleid en de organisatiedoelen van de nieuwgevormde organisatie.

Scenario 3: interdisciplinaire samenvoeging van laboratoria

Het samenvoegen van verschillende laboratoriumdisciplines in één organisatie brengt voordelen met zich mee en beheerst een groot deel van de strategische, management en maatschappelijke krachtenvelden. In die zin is dit scenario misschien wel het scenario met de meeste mogelijkheden. Dit scenario kent echter ook potentiële nadelen die, middels het vormen van een goede organisatiestructuur, moeten worden beheerst.

Voordeel van dit scenario is dat schaalvoordelen, naast de pre-analytische fase, behaald kunnen worden in de post-analytische fase en, weliswaar in mindere mate, ook in de analytische fase, de diagnostiek, zelf. Deze schaalvoordelen kunnen voordelen opleveren om de ervaren krachtenvelden 'Tariefdruk/vergoedingensysteem' en 'positionering' te beheersen. Als interdisciplinair laboratorium, met schaalvoordelen, is een dergelijke organisatie, naar verwachting, ook een sterkere speler op de markt en richting afnemers van diagnostiek. Horizontale integratie bevordert daarmee de concurrentievaardigheden (Grafton *et al.*, 2011).

Dit scenario levert daarnaast een voordeel door het naar buiten vormen van één duidelijke organisatie naar de patiënt/burger, de behandelaar en de afnemer, de belangrijkste stakeholders. Op deze manier wordt de, zogenaamde, netwerkzorg geïntroduceerd die VWS voor de zorg als visie

heeft. De vraag daarbij is of deling van data (onder controle van de patiënt) deze netwerkoptie al mogelijk maakt. Dan is scenario 3 hiervoor fysiek niet benodigd.

De vakinhoudelijke en deels maatschappelijke krachtenvelden vragen bij dit scenario meer aandacht. Geïnterviewde respondenten van de cases, waar al een bepaalde mate van interdisciplinaire samenwerking van kracht is, geven aan dat de invloed die de professionals kunnen uitoefenen op de strategie, het beleid en de richting van de organisatie een spanningsveld is. Het organiseren vanuit de inhoud wordt in deze multidisciplinaire, meer complexe organisaties, als moeilijker bevonden. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat binnen de organisaties een groter aantal stakeholdergroepen eigen belangen hebben, die het integratieproces bemoeilijken en daarmee de voordelen kunnen beperken. In de literatuur wordt bevestigd dat de organisatiedoelen van horizontaal samenwerkende organisaties verder uit elkaar liggen dan bij verticaal samenwerkende organisaties (Grafton *et al.*, 2011).

Optimaal organisatiemodel

De vraag is hoe een situatie gecreëerd wordt waar alle stakeholders het meeste voordeel uit behalen.

Zoals eerder gesteld zijn de drie van tevoren geschetste scenario's geen van allen verworpen door de uitkomsten van deze studie en bieden zij allen de mogelijkheid de ervaren krachtenvelden en gestelde criteria, gedeeltelijk, in te vullen en/of te beheersen.

Het organisatiemodel dat de krachtenvelden en criteria het beste invult en/of beheerst is, om die reden, een combinatie van de tevoren geschetste scenario's.

De bedrijfskundige/economische krachtenvelden 'tariefdruk/vergoedingensysteem' en 'positionering' en het niet objectief vastgestelde criterium betreffende het multidisciplinair aanbieden van diensten worden naar verwachting het meest beheerst door scenario 3, interdisciplinaire samenvoeging van laboratoria.

Het bedrijfskundige/economische krachtenveld 'schaalgrootte', het maatschappelijke krachtenveld 'vakinhoudelijk/overheid' en het objectieve criterium 'integraal/regionaal organiseren' worden naar verwachting het meest passend ingevuld door scenario 2, acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria.

Scenario 1, samenwerking door het aangaan van strategische allianties, biedt mogelijkheden om de krachtenvelden en criteria op een minder invasieve manier te organiseren. Hierbij is de opmerking op zijn plaats dat het aangaan van allianties niet zonder risico's is en dat velen falen in de uitvoering (Dyer *et al.*, 2001; Gulati & Singh, 1998). Dit kan tot gevolg hebben dat niet alle voordelen van samenwerking optimaal benut worden in dit scenario.

Het onderzoeksresultaat dat objectief is vastgesteld en om die reden als het meest belangrijk wordt geacht is het criterium 'integraal en regionaal organiseren'. Daarnaast dienen de gevonden krachtenvelden zo goed mogelijk beheerst te worden om toekomstbestendigheid te creëren. Om die reden heeft scenario 2, acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria de voorkeur. In de Nederlandse setting geeft dit scenario de mogelijkheid te organiseren binnen de zorgnetwerken wat door veel respondenten, met name de cases en de overheid, als goede uitgangspositie wordt bevonden. Dit scenario beheerst tevens door het verkrijgen van schaal, zoals hierboven beschreven, de bedrijfskundige/economische krachtenvelden die met name door bestuurders en afnemers van de microbiologische zorg als belangrijk worden geacht.

Bij voorkeur wordt dit scenario gecombineerd met scenario 1, samenwerking door het aangaan van strategische allianties, en/of scenario 3, interdisciplinaire samenvoeging van laboratoria. Het multidisciplinair aanbieden van diagnostiek voor de patiënt, de belangrijkste stakeholder, kan plaatsvinden door een fusie met andere disciplines of door het aangaan van een strategische alliantie met deze partijen. Het behoud van een herkenbare 'medische microbiologie', wenselijk geacht door de professionals en de beroepsvereniging, dient hier uitgangspunt te zijn. Samenwerken op regionaal niveau vereist samenwerking met partijen in de regio. Met name de academische ziekenhuislaboratoria zullen, naar verwachting, aparte entiteiten blijven. Het samenwerken met deze organisaties, met als doel de regiofunctie optimaal in te vullen, kan het beste worden ingevuld door het aangaan van een strategische alliantie.

5.2 Beperkingen en aanbevelingen vervolgonderzoek

Deze studie is uitgevoerd binnen de medisch microbiologische laboratorium branche in Nederland. Door het interviewen van een relatief groot aantal respondenten is een compleet beeld van de branche ontstaan. Doordat, naast respondenten van de cases, ook een groot aantal deskundigen en belanghebbenden van medisch microbiologische organisaties en zorg zijn geïnterviewd konden met name de krachtenvelden en criteria breed worden onderzocht. Dit heeft ervoor gezorgd dat niet alleen vanuit de organisaties zelf de branche is onderzocht, maar tevens vanuit de visie van externe deskundigen en belanghebbenden.

Dit onderzoek kent echter ook een aantal beperkingen. Deze beperkingen worden in dit hoofdstuk nader toegelicht en aangevuld met aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Een eerste beperking is de caseselectie, die van invloed is op de interne validiteit van het onderzoek. De data van dit onderzoek betreffen data afkomstig uit interviews met meerdere cases. Ondanks dat 14 cases zijn geïnterviewd is de variatie binnen de geselecteerde cases minder groot dan tevoren beoogd en is veelal slechts één respondent per case geïnterviewd. De geselecteerde cases betreffen grotendeels zelfstandige laboratoriumorganisaties, terwijl de selectie slechts één academisch laboratorium, één algemeen ziekenhuislaboratorium en geen EDC bevat. Daarnaast zijn veel cases van vergelijkbare grootte en omzet. Dit maakt dat de cases grotendeels eenzelfde achtergrond en mogelijk eenzelfde visie, hebben en daardoor waarschijnlijk tegen dezelfde krachtenvelden aanlopen, wat de resultaten van het onderzoek kan hebben beïnvloed. Cases die substantieel van elkaar verschillen maken de interne validiteit van de gevonden resultaten hoger (Stuart *et al.*, 2002; Yin, 2014). Het vergroten van de variëteit van te onderzoeken cases in een vervolgonderzoek kan uitsluiten dat andere factoren invloed hebben gehad op de data die onderzocht worden en daarmee is de causaliteit van de gevonden verbanden beter aantoonbaar.

Een tweede beperking van deze studie is de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten wat daarmee van invloed is op de externe validiteit van het onderzoek (Stuart *et al.*, 2002; Yin, 2014). Het onderzoek vindt plaats in een specifieke branche, namelijk de laboratoriumwereld. Daarnaast is de onderzoeksvraag als een 'wat vraag' geformuleerd en specifiek geënt op de Nederlandse markt. Dit maakt het toepassen van de onderzoeksresultaten in een andere branche of buiten Nederland mogelijk beperkt. Wel is een zo breed mogelijk beeld gecreëerd van de laboratoriumwereld wat een gunstig effect heeft op de generaliseerbaarheid binnen de branche.

De data zijn verkregen van de cases werkzaam in de discipline Medische Microbiologie. Aangezien de uitkomsten van dit onderzoek aanleiding geven tot een (gedeeltelijk) multidisciplinair organisatiemodel is het aan te bevelen een vervolgonderzoek te laten plaatsvinden in een bredere context. Ondanks dat in de caseselectie partijen zijn opgenomen die reeds meerdere laboratoriumdisciplines in het dienstenpakket hebben opgenomen is het interessant om ook single disciplinaire laboratoriumorganisaties van de overige disciplines (klinische chemie en pathologie) nader te onderzoeken. Dit zal, naar verwachting, een positieve invloed hebben op de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

Dit onderzoek betreft een eerste wetenschappelijk opgezet onderzoek naar geschikte organisatievormen voor medisch microbiologische laboratoria in Nederland. Het betreft een kwalitatief onderzoek dat interessante bevindingen heeft prijsgegeven. Met dit onderzoek is, als het ware, een organisatiemodel geschetst en daarmee betreft het een theorie bouwend onderzoek. Het is aan te bevelen de verkregen data in een vervolgonderzoek te toetsen in een (kwantitatief) onderzoek naar de meerwaarde geleverd in de dienstverlening naar de individuele patiënt, en de volksgezondheid als geheel, en het effect op het behalen van de organisatiedoelstellingen op bedrijfskundig/economisch vlak. De gevonden stakeholders, krachtenvelden en criteria kunnen daarbij als variabelen worden meegenomen. Dit biedt de mogelijkheid de bevindingen uit deze studie te toetsen, wat de validiteit en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten zal verhogen. Daarnaast is het aan te bevelen een financieel onderzoek uit te voeren naar de haalbaarheid en meerwaarde, van de verschillende scenario's ten opzichte van de huidige situatie van de verschillende cases.

Het is tevens aan te bevelen een mogelijke samenwerking te toetsen aan de 'no-go-areas' van de mededingingswet.

5.3 Aanbevelingen voor de praktijk

Het vormen van een regionaal organisatiemodel van medisch microbiologische laboratoria in Nederland, waarbij de dienstverlening integraal, over de zorglijnen heen, wordt aangeboden, geeft de mogelijkheid optimale microbiologische zorg te verlenen aan de bevolking.

Het is aan te bevelen dat, de nu losstaande, organisaties zich richten op samenwerking met collega laboratoria binnen de (zorg)regio.

Binnen de regio moet ervoor gewaakt worden dat de groter wordende organisaties niet leiden tot meer afstand tot de klant (instellingen) en de patiënt. Derhalve dient zorg gedragen te worden voor voldoende vestigingen, zodat het vakgebied medische microbiologie zichtbaar blijft voor en in, bijvoorbeeld de ziekenhuizen. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van een groot productielaboratorium, waar de bulkdiagnostiek plaatsvindt en waarmee schaalvoordelen behaald worden en van meerdere kleinere vestigingen dichtbij de ziekenhuizen, waar snel-diagnostiek, dichtbij de patiënt, kan plaatsvinden. De academische centra kunnen vervolgens de gespecialiseerde diagnostiek uitvoeren voor de gehele regio.

Voor organisaties is het daarbij van belang dat deze aanpassing leidt tot het behalen van de bedrijfsdoelstellingen. Er dient zorg voor gedragen te worden dat de organisatie financieel gezond is en genoeg weerstandsvermogen heeft. Daarnaast dient de topstructuur zodanig georganiseerd te worden dat een werkbare balans verkregen wordt tussen vakinhoudelijke en bedrijfskundige elementen. Een duale managementstructuur is hiervoor een aanbeveling.

De resultaten van deze studie zijn zowel verkregen van de cases, de sector, als van de externe deskundigen en belanghebbenden van medisch microbiologische zorg. Tussen deze twee groepen zijn duidelijke verschillen in beeld en visie ten aanzien van de medische microbiologie naar voren gekomen. Deze verschillen zullen met elkaar gedeeld moeten worden en op elkaar moeten worden afgestemd, in zowel strategische keuzes als het daaruit voortkomende beleid.

5.4 Conclusies

Samengevat kan, op basis van de resultaten van dit onderzoek, worden geconcludeerd dat consolidatie van laboratoriumdiagnostiek middels samenwerking met partners leidt tot meer toekomstbestendigheid voor de laboratoriumorganisaties en de microbiologische zorg. Daarnaast ondersteunt dit onderzoek de visie dat regionaal werken meerwaarde heeft op de dienstverlening ervaren door de klant en in het verlengde daarvan de patiënt. Het is aan te bevelen een studie te verrichten naar de maatschappelijke en financiële meerwaarde en daarmee schaalvoordelen, van deze samenwerkingen.

Verder kan geconcludeerd worden dat de belangrijkste ervaren krachtenvelden op bedrijfskundig/economisch vlak 'tariefdruk/vergoedingensysteem', 'schaalgrootte' en 'positionering' liggen. De belangrijkste maatschappelijke /vakinhoudelijke krachtenvelden zijn 'vakinhoudelijk/overheid', 'kwaliteit' en 'regiewens patiënt/consument'.

De gevonden criteria voor een medisch microbiologische laboratoriumorganisatie zijn het integraal/regionaal organiseren als objectief criterium, het besturen middels een duaal managementmodel, het multidisciplinair aanbieden van diensten, het hebben van een goede prijs/kwaliteit verhouding, het goed samenwerken met klanten, het leveren van kwaliteit door het aanbieden van zinnige en zuinige zorg en een goede doorlooptijd, het delen van data en het bieden van een transparante dienstverlening naar klant en patiënt. Organisaties, die deze criteria in acht nemen bij het vormen van een strategie, het inrichten van de interne bedrijfsvoering en het vormen van een toekomstig organisatiemodel leveren meerwaarde voor de belangrijkste stakeholder, de patiënt. Naast de meerwaarde gecreëerd voor de individuele patiënt hebben deze organisaties, naar verwachting, tevens een positief effect op de beheersing van de zorgkosten op macro-economisch niveau.

Tenslotte kan uit deze bevindingen geconcludeerd worden dat het organiseren van de medische microbiologie in Nederland in een nieuw organisatiemodel het beste kan worden vormgegeven volgens scenario 2, acquisitie/fusie van medisch microbiologische laboratoria, met als doel schaalvoordeel te behalen en regionaal te organiseren met als uitgangspunt de zorgnetwerken. Dit scenario komt het meest tot zijn recht door deze te combineren met interdisciplinaire fusies (scenario 3) en/of samenwerking middels allianties (scenario 1) om een multidisciplinair dienstenpakket aan te kunnen bieden en het regionaal, integraal aanbieden van laboratoriumdiensten zo goed mogelijk te ondersteunen.

Vastgesteld is dat verschillen zijn waargenomen aangaande het beeld en de visie op medische microbiologie, bevonden door de cases, de sector, en de externe deskundigen/belanghebbenden van de medisch microbiologische zorg. Het is van belang deze verschillen te bespreken en af te stemmen alvorens een toekomstbestendig organisatiemodel te vormen op zowel nationaal, regionaal als organisatorisch niveau.

Dit onderzoek heeft daarmee een, met name, praktische bijdrage geleverd voor discussies binnen laboratoriumorganisaties bij het vormen van een strategie, het aangaan van samenwerkingen en een mogelijke structuurtransitie, door het leveren van een theoretisch kader betreffende stakeholders, krachtenvelden en organisatiestructuren toegespitst op de laboratoriumbranche.

Referentielijst

- Birkinshaw, J., Bresman, H., & Håkanson, L. (2000). Managing the Post-acquisition Integration Process: How the Human Integration and Task Integration Processes Interact to Foster Value Creation. *Journal of Management Studies*, 37(3), 395–425.
- Chakrabarti, A., Hauschildt, J., & Süverkrüp, C. (1994). Does it pay to acquire technological firms? *R&D Management*, 24(1), 047–056.
- Ciccolini, M., Donker, T., Köck, R., Mielke, M., Hendrix, R., Jurke, A., ... & Friedrich, A. W. (2013). Infection prevention in a connected world: The case for a regional approach. *International Journal of Medical Microbiology*, 303(6–7), 380–387.
- Dongen, H. J. van, Laat, W. A. M. de, & Maas, A. J. J. A. (1996). *Een kwestie van verschil - conflicthantering en onderhandeling in een configuratieve integratietheorie*. Delft: Eburon.
- Donker, T., Wallinga, J., & Grundmann, H. (2010). Patient referral patterns and the spread of hospital-acquired infections through national health care networks. *PLoS Computational Biology*, 6(3), e1000715
- Donker, T., Wallinga, J., Slack, R., & Grundmann, H. (2012). Hospital Networks and the Dispersal of Hospital-Acquired Pathogens by Patient Transfer. *PLoS ONE*, 7(4), e35002.
- Dyer, J. H., Kale, P., & Singh, H. (2001). How To Make Strategic Alliances Work. *MIT Sloan Management Review*, 42(4), 37–43.
- Dyer, J. H., & Singh, H. (1998). The Relational View : Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational Competitive Advantage. *The Academy of Management Review*, 23(4), 660–679.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14(4), 532–550.
- Eisenhardt, K. M., & Schoonhoven, C. B. (1996). Resource-Based View of Strategic Alliance Formation : Strategic and Social Effects in Entrepreneurial Firms. *Organization Science*, 7(2), 136–150.
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31.
- Grafton, J., Abernethy, M. A., & Lillis, A. M. (2011). Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22(4), 242–268.
- Gulati, R. (1998). Alliances and networks. *Strategic Management Journal*, 19(4), 293–317.
- Gulati, R., Lawrence, P. R., & Puranam, P. (2005). Adaptation in vertical relationships: Beyond incentive conflict. *Strategic Management Journal*, 26(5), 415–440.
- Gulati, R., Nohria, N., & Zaheer, A. (2000). Strategic networks. *Strategic Management Journal*, 21(3), 203–215.
- Gulati, R., & Singh, H. (1998). The Architecture of Cooperation : Managing Coordination Costs and Appropriation Concerns in Strategic Alliances. *Administrative Science Quarterly*, 43(4), 781–814.
- Hagedoorn, J. (1993). Understanding the rationale of strategic technology partnering: interorganisational modes of co-operation and sectorial differences. *Strategic Management Journal*, 14(5), 371–385.
- Hagedoorn, J., & Duysters, G. (2002). External Sources of Innovative Capabilities: The Preferences for Strategic Alliances or Mergers and Acquisitions. *Journal of Management Studies*, 39(2), 167–188.

- Hitt, M. A., Hoskisson, R. E., Johnson, R. A., & Moesel, D. D. (1996). The Market for Corporate Control and Firm Innovation. *The Academy of Management Journal*, 39(5), 1084–1119.
- Kaats, E., & Opheij, W. (2012). *Leren samenwerken tussen organisaties*. Deventer: Vakmedianet.
- Keuning, D., & Eppink, D. J. (2012). *Management & Organisatie*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Kleinknecht, A., & Reijnen, J. O. N. (1992). Why do firms cooperate on R&D? An empirical study. *Research Policy*, 21(4), 347–360.
- Kogut, B. (1989). The Stability of Joint Ventures : Reciprocity and Competitive Rivalry. *The Journal of Industrial Economics*, 38(2), 183–198.
- KPMG Plexus. (2010). *Business Case Eerstelijns diagnostiek*. Geraadpleegd op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-213597.pdf>
- Maas, A. J. J. A. (1988). Ongedefinieerde ruimten. Sociaal-symbolische configuraties. Dissertatie. Delft: Eburon.
- Man, A. P. de, & Duysters, G. (2005). Collaboration and innovation: A review of the effects of mergers, acquisitions and alliances on innovation. *Technovation*, 25(12), 1377–1387.
- Mintzberg, H. (2013). *Organisatiestructuren*. (J. Goedee, Ed.) (2^e Druk). Amsterdam: Pearson Benelux.
- Mowery, D. C. (1988). Collaborative ventures between U.S. and foreign manufacturing firms. *Research Policy*, 18(1), 19–31.
- Nationale Zorgautoriteit. (2017). *Beoordeling en verantwoording dbc- pakket 2017 (RZ17a)* (Vol. 2017). Geraadpleegd op: <https://werkenmetdbcs.nza.nl/documenten-ziekenhuiszorg/overzicht-releases/dbc-pakket-2017/rz17a/releasedocumenten-60/8338-beoordelings-en-verantwoordingsrapport-dbc-pakket-2017-rz17a-v20160927/file>
- NMa. (2005). Richtsnoeren voor Samenwerking Ondernemingen, 2. Geraadpleegd op: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/5366/Richtsnoeren-samenwerking-ondernemingen>
- NVMM. (2008). Beroepsprofiel arts-microbioloog. Geraadpleegd op: <https://www.nvmm.nl/beroepsinformatie/beroepsprofiel-arts-microbioloog/>
- NVMM. (2015). Nederland CRE-groen Visiedocument NVMM, 4–7. Geraadpleegd op: https://www.nvmm.nl/media/1062/20151006_visiedocument_nl-cre-groen.pdf
- Osarenkhoe, A., & Hyder, A. (2015). Marriage for better or for worse? Towards an analytical framework to manage post-merger integration process. *Business Process Management Journal*, 21(4), 857–887.
- Raemakers, H. (2016). Twynstra Gudde en Certe smeden nieuw businessmodel. *LABinsights*, 24–25. Geraadpleegd op: <https://www.twynstragudde.nl/sites/default/files/content/blog/artikel-labinsights-huub-raemakers.pdf>
- Raemakers, H. (2017). Izore en Certe zorgen voor vrij baan consolidatie medische microbiologie. Geraadpleegd op: <http://www.twynstragudde.nl/blog/izore-en-certe-zorgen-voor-vrij-baan-consolidatie-medische-microbiologie>
- Schut, F. T., & Varkevisser, M. (2017). Competition policy for health care provision in the Netherlands. *Health Policy*, 121(2), 126–133.
- Stuart, I., McCutcheon, D., Handfield, R. B., McLachlin, R., & Samson, D. (2002). Effective case research in operations management: a process perspective. *Journal of Operations Management*, 20(5), 419–433.
- Tweede Kamer. (2015). Kamerbrief “Aanpak antibioticaresistentie.” Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/06/24/kamerbrief-over-aanpak-antibioticaresistentie>

- Tweede Kamer. (2017). Kamerbrief over voortgang aanpak antibioticaresistentie. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/regering/bewindspersonen/bruno-bruins/documenten/kamerstukken/2018/04/26/kamerbrief-over-voortgang-aanpak-antibioticaresistentie>
- Varkevisser, M., & Schut, F. T. (2012). The impact of geographic market definition on the stringency of hospital merger control in Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 7(3), 363–381.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research - Design and Methods* (5th ed.). Los Angeles, CA: Sage.

Bijlagen

Bijlage 1: Categorieën krachtenvelden

Bedrijfskundig	Kracht	Leden (?)
Categorie 1:	Tariefdruk/vergoedingensysteem	<p>Prijs</p> <p>Prijsdruk</p> <p>Het vergoedingensysteem is gericht op verrichtingen en niet op preventie.</p> <p>De zorgverzekeraar drukt steeds meer op de vergoedingen en stuurt op kosten</p> <p>Tarief (specialisten beoordelen op kwaliteit en geleverde diensten en bestuurders op kosten)</p> <p>Door het stellen van plafonds wordt een deel van het risico bij de zorgverlener neergelegd terwijl de demografische ontwikkelingen groei laat verwachten.</p> <p>Van PxQ zullen we naar een populatiebekostiging moeten, van de reactieve rol naar de preventieve rol.</p> <p>Marktwerking lijkt misluk.</p> <p>De kosten van verrichtingen zijn beter in kaart te brengen dan de opbrengsten</p> <p>Kosten</p>
Categorie 2:	Contractering	<p>Er wordt op kosten onderhandeld en niet op toegevoegde waarde</p> <p>De krachten concentreren zich rond de aanvragers waar contracten mee worden afgesloten</p> <p>Op het niveau van prijsafspraken en contracten met externe partijen (ziekenhuizen, zorgverzekeraars, overige zorginstellingen)</p> <p>Het ziekenhuis is het grootste krachtenveld</p> <p>Invloed van bestuurders</p> <p>De zorgverzekeraar kan besluiten geen contracten meer af te sluiten als er niet geconsolideerd wordt.</p> <p>De personen waarmee de prijzen worden afgesproken zijn niet dezelfde als de personen die de vraag vanuit de patient stellen.</p> <p>Beleid tussen zorgverzekeraars wordt niet afgestemd (zorgverzekeraars stellen andere eisen).</p>
Categorie 3:	Schaalgrootte	<p>Schaalgrootte</p> <p>De wens tot schaalvergroting is eigenlijk een wens tot kostenbesparing</p> <p>De businessplannen van laboratoria zijn gericht op groei, de intentie van de politiek is geen groei (macro-economisch).</p> <p>In de hele markt zit groei, elk protocol leidt tot meer diagnostiek. Iedereen die met schaalvergroting bezig is, is nog steeds bezig met groei.</p> <p>Overcapaciteit</p> <p>Om de technologische ontwikkelingen (ook op het gebied van data) te kunnen opnemen is schaal benodigd.</p> <p>Economy of scale - er is echter wel een optimum aan schaal (niet lineair).</p> <p>In de laboratoriumwereld voorzie ik schaalvergroting met tot gevolg het beter inzetten van apparatuur en mankracht.</p> <p>Concentratie kan ook leiden tot partijen waar je niet meer omheen kunt (monopoly)</p> <p>Synergievoordelen en schaalvoordelen (door samenwerken)</p> <p>Multidisciplinair werken (ontdubbelen en verminderen van overhead)</p>
Categorie 4:	Concurrentie	<p>Concurrentie binnen de regio (multidisciplinaire centra met een sterk logistiek apparaat)</p> <p>In 2013-2014 is de marktwerking ingevoerd</p> <p>Er is concurrentie van buitenlandse partijen</p> <p>Concurrentie van buiten de regio.</p> <p>Concurrentie komt steeds meer op in de medische microbiologie</p> <p>Nieuwe commerciële markttoetreders</p> <p>Concurrentie verslechterd het overzicht van infectieziekten binnen de regio</p>
Categorie 5:	Positionering	<p>Marktpositie</p> <p>Concentratiedruk</p> <p>Grote afhankelijkheid van een aantal grote klanten en van de logistiek</p> <p>Regionaal werken vs. landelijk werken</p> <p>Ziekenhuizen zijn zowel klant als aandeelhouder/bestuur (governance)</p> <p>De microbiologie is in de loop der jaren veranderd</p> <p>Het zorgstelsel verandert (o.a. Concentratie van ziekenhuizen)</p> <p>Centralisatie vs. decentralisatie (gedreven door technologische ontwikkelingen)</p> <p>Consolidatie heeft nog nauwelijks plaatsgevonden.</p> <p>Er heerst een angst tot verlies van zelfstandigheid</p> <p>Bedrijfskundig denken heeft steeds meer gewicht dan denken vanuit de patient.</p> <p>Hoge inkomens van artsen microbioloog (leidt niet tot samenwerken)</p> <p>De microbiologie heeft een grote impact op de bedrijfsvoering van bijvoorbeeld ziekenhuizen</p> <p>Het verklaren van de meerwaarde van het vakgebied, diagnostiek wordt vaak gezien als kostenpost.</p> <p>Door prijsdruk, tariefdaling, techniek en digitalisering ontstaat dynamiek op de markt.</p>
Categorie 6:	Efficiëntie	<p>Efficiëntie</p> <p>Effectiviteit</p> <p>De productie moet je grootschalig, efficiënt, innovatief, bedrijfsmatig neerzetten</p> <p>Gedreven door prijsdruk (macro-economisch) dient geld doelmatig uitgegeven worden en efficiëntie beoogd te worden.</p> <p>Doelmatigheid</p> <p>Doelmatigheid vs het ondersteunen als schakel in de gehele keten</p>
Categorie 7:	Status/imago	<p>Status/ imago (met name richting de ziekenhuizen)</p>
Categorie 8:	Innovatie	<p>Innovatie</p> <p>Het resultaat van innovatie is pas later in de zorgketen merkbaar, het laboratorium blijft zo in de ogen van het ziekenhuis duur.</p>
Categorie 9:	Technologische ontwikkeling	<p>Door de hoeveelheid laboratoria is het moeilijk in alle laboratoria de nieuwste technologieën op te nemen.</p> <p>In Nederland zijn de laboratoria over-geïnvesteed en geautomatiseerd. Niet fit for purpose</p> <p>De technologische ontwikkelingen, ontwikkeling van kennis en problematiek gaat snel.</p> <p>De complexiteit van de microbiologie maakt het moeilijk om investeringen te verantwoorden.</p> <p>Nieuwe technologieën dwingen tot samenwerking.</p> <p>Substitutie van technieken</p> <p>Opkomst van zelfonderzoek en zelfdiagnostiek</p>
Maatschappelijk	Kracht	Leden (?)
Categorie 10:	Vakinhoudelijk/beleids overheid	<p>De overheid, inspectie en GGD maken beleid op bijvoorbeeld antibioticaresistentie</p> <p>Beheersbaar houden van de zorgkosten</p> <p>Publieke gezondheidszorg, de preventie</p> <p>Resistentieproblematiek</p> <p>Richten op "Zinnige en zuinige zorg"</p> <p>Volksgezondheid</p> <p>De prognose is dat er in 2050 meer mensen overlijden aan infectieziekten dan aan kanker.</p> <p>Werkend vanuit de patient heb je inefficiënties en bedrijfsmatig gezien ook inconsistenties in de keuzes die je maakt.</p> <p>Triple Aim gedachte moet worden nageleefd als organisatie. (gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid)</p> <p>Regiofunctie op het gebied van volksgezondheid</p> <p>Er wordt ingezet op gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. Gezondheidsbescherming is de kernfocus van VWS</p>
Categorie 11:	Kwaliteit	<p>Kwaliteit (wordt ook gezien als een commodity)</p> <p>Kwaliteit t.o.v. efficiënt en effectief werken</p> <p>Professional moet ruimte gegeven worden ten behoeve van de kwaliteit</p> <p>Wat heb je over voor welke kwaliteit van zorg. Kwaliteit vs. Kosten</p> <p>Aantal vestigingen van laboratoria is van invloed op de kwaliteit van het microbiologisch product.</p> <p>Het hebben van een goede vakgroep (ook organisatorisch)</p> <p>Het Nederlandse systeem heeft een poortwachterfunctie die overdiagnostiek voorkomt (mist in Duitsland)</p> <p>De juiste diagnostiek op het juiste moment in het zorgproces. (i.p.v. Zo min mogelijk diagnostiek)</p> <p>De zorg in Nederland is reactief ingesteld. Deze zou meer gericht moeten zijn op preventie.</p> <p>Certificering</p> <p>Vereist hoogwaardige en snelle diagnostiek, hoge drempel voor toetreders.</p> <p>Toegevoegde waarde</p>
Categorie 12:	Regiewens patiënt/consument	<p>Regiewens van patient/consument. O.a. Zelfdiagnostiek</p> <p>Het delen van data met de patient</p> <p>Verschuiving naar patient in de lead (minder gedreven vanuit de professional)</p> <p>Regionale dataoverdracht</p> <p>Betere 'track and trace' en meer digitalisering.</p> <p>De patient/consument heeft opvattingen over de doelmatigheid van zorg.</p> <p>inzichtelijkheid voor de patient/consument (in bijvoorbeeld de factuur)</p>

Bijlage 2: Criteria cases

Nr.	Case	Bestuursvorm			Multidisciplinair?	Regionale inbedding		Maatschappelijk rol organisatie	Overige criteria
		Bestuursvorm	Rol professionals	Sturing op		Geografisch	Integraal (orglijnen)		
1	Streeklab Haarlem	Duaal management	-Vakinhoudelijk -Bestuurlijk invloed	-Balans bestuurlijk en vakinhoudelijk -Sturen vanuit de inhoud	Multidisciplinair mogelijk -Behoud van eigen vakgebied	Geografisch -Regionale zorg -Afsand ZH-lab, 30 km -Zichtbaarheid AM in ZH	Integraal	-Preventie -Voorlichting	
2	Streeklab Haarlem	Duaal management	-Vakinhoudelijk -Ruimte krijgen -Kraacht uitoefenen op bestuur -Niet in bestuur/RVB Centrale rol of medezentrale rol		Multidisciplinair	-Op postcode of patiëntenstromen	Integraal	-Preventie -Voorlichting -Gezondheidswinst voor de patiënt	
3	Streeklab Haarlem	Duaal management			Multidisciplinair mogelijk -Als een soort servicebedrijf	-Regionaal organiseren -Op basis van zorgregio's	Integraal	-Toevoegen van waarde voor de klant -Goede werkomstandigheden -Financieel gezond -Delen van data -Inzet op preventie -Transparantie	
4	LabMicTA	Zelfstandig Duaal management	-Ondersteunend -Vakinhoudelijk sturen (duaal)		Multidisciplinair mogelijk -Behoud van eigen vakgebied	-Op basis van patiëntenstromen	Integraal	-Efficiënte in bedrijfsvoering -Transparantie -Niet bezuinigen op lab of kwaliteit -Behoud hoge MM-standaard	
5	AtalMedial	Onafhankelijke organisatie	-Betrokken bij beleid en strategie -Bedrijfsvoering door bestuurskundige			-Regionale verbinding op patiëntenstromen	Integraal	-In staat zijn te positie waar te maken -In staat zijn een contract met een verzekeraar af te sluiten -Financieel gezond met weerstandsvermogen	
6	Stichting PAMM	Nog geen optimale vorm. Het gaat om de: -Juridische structuur -topstructuur -inrichting labs	-Vakinhoudelijk -Organisatie bij bestuurder (faciliteren)		Multidisciplinair	-Grotere regio's met ongeveer 1mio inwoners	Integraal	-Bijdragen aan kwaliteit van de gezondheidszorg op een efficiënte en effectieve manier -Preventie -Volksgezondheid	
7	Comicro	Duaal management met bestuurder (statutair verantwoordelijk) en een medisch directeur (inhoud)	-Inspelen op wat klant wenst -Niet statutair verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering	-Schaalgroote creëren -Onschotting	Multidisciplinair	-Grotere regio's -0,5 uur rijden naar ZH	Integraal	-Zorgen voor kwaliteit van de gezondheidszorg op een efficiënte en effectieve manier -Preventie -Volksgezondheid	
8	Microvida	Zelfstandig met verbinding ziekenhuis -Duaal management met medische eindverantwoordelijkheid bij een van de directieleden.	-Resturend, beslissend, bepalend -Plek in het bestuur	Sturen vanuit inhoud	Multidisciplinair	-Regionaal werken -Afhentelie 1,5 mio -Afsand ZH met tegroot -Zichtbaarheid in ZH	Integraal	-Goede arbeidsomstandigheden -Beleid moet gedragen zijn -Verantwoordelijkheden duidelijk -Aansprekkultuur -ISO normering	
9	NWZ	Duaal management -RVT, alleen voor toezicht op evenwicht van beide partijen	-Volgens beroepsprofiel hoofd van laboratorium of invloed op bedrijfsvoering		Multidisciplinair mogelijk -Synergievoorstellen in ondersteuning	-Regionaal werken -Eventueel technologisch door delen van data	Integraal	-Drie basistaken van een lab: -Diagnostiek -Consultfunctie -Infectiepreventie -ISO certificering met PDCA cyclus	
10	UMCG	Duaal management				-Op basis van zorgregio's	Integraal	-Zorgvraag beantwoorden en niet alleen uitlagen genereren. -Samenwerken binnen de regio, niet in concurrentie zijn.	
11	Certe	Klein: door professional met de benodigde kwaliteiten	-Verbinding met laboratorium en kliniek	-Sturen vanuit inhoud	Multidisciplinair mogelijk -Behoud van eigen vakgebied -Synergievoorstellen op ondersteuning	-Regionaal werken -Maximum is het verzorgingsgebied van een UMC.	Integraal	-Doorlooptijden -Bij samenwerking rekening houden met cultuurverschillen -Binnen regio altijd alle data beschikbaar met zelfde methodologie en referentiewaarden.	
12	Unilabs	Niet geleid door professional Een complementair team		-Lokaal 'fit for purpose' en de bulk consolideren.	Multidisciplinair	Regionaal werken	Integraal	-Standaardisatie -Stroomlijnen processen (goede kwaliteit en doorlooptijd en lagere kosten) -Inkoop door goede inkoopers -Juiste kwaliteit tegen onder of over kwaliteit	
13	Izore	Een eindverantwoordelijk bestuurder -Bestuurder moet professioneel verdigden.	-Vakgroep voldoende basis voor dualiteit richting de lijn en de bestuurder. -Invloed op bestuurlijk niveau	-Organisatievorm moet waarborgen dat de vakgroep zijn gewicht kan leggen in de koers van de organisatie. -Sturen vanuit inhoud		"De optimale grootte van de regio wordt begrensd door de mogelijkheid om elkaar te kennen". -Op basis van zorgregio's -Hub and Spoke model	Integraal	-Als professional dien je aanwezig te zijn in alle omgevingen waar een patiënt zorg nodig heeft.	
14	Izore	Duaal management	-Vakinhoudelijk -Medische sturing aan de organisatie burger	Sturen vanuit inhoud			Integraal	-Diagnostiek, hygienic and antibiotic stewardship -Overschicht van kennis, opleiding van huisartsen en specialisten -Snelheid diagnostiek -Datadeling	

