

[illegible]

Lennart Stoker, April 2012
Master of Health Business Administration
Erasmus Universiteit
Centrum voor management development in de zorg
Begeleider: Aad de Roo

Met dank aan (in willekeurige volgorde): Arjen en Brigit Verburg, Mineke van Essen, Henk Stoker, Grote Opa Jan van Essen, Joris Arts, Willem Meulenhoff, Hayo Graatsma, Bart Benraad, Frans Lindelauf, Ewoudt van de Garde, Michèle Waltman, Bert Koot, alle respondenten, mijn Altrecht-collega's, Aad de Roo, Heske Verburg, Bente en Feija

LIJST VAN FIGUREN EN TABELLEN	4
HOOFDSTUK 1. INLEIDING EN ONDERZOEKSOPZET	5
1.1 Probleem indicatie	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	6
1.3 Relevantie van dit onderzoek	6
1.4. Onderzoeksopzet	7
1.4.1 Onderzoeksmethode	7
1.4.2 Selectie van databronnen	7
1.4.3 Onderzoeksinstrument	8
1.4.4 Analyse	8
1.5 Structuur van deze thesis	8
HOOFDSTUK 2. DE CONTEXT: ONTWIKKELING VAN DE ZIEKENHUISFARMACIE	9
2.1 De farmacie in ontwikkeling	10
2.2 Taken en activiteiten van de ziekenhuisfarmacie	10
2.3 Autonomie van de ziekenhuisapothek	11
2.4 Bereidingen in de ziekenhuisapothek	12
2.5 Klinisch Farmaceutisch Laboratorium	13
2.6 Externe klanten van de ziekenhuisapothek	14
2.7 Geautomatiseerd distributiesysteem	15
2.8 Inkopen van geneesmiddelen	15
2.9 Poliklinische apothek	16
2.10 Bekostiging van farmaceutische zorg in Nederland	16
2.10.1 <i>Bekostiging intramurale dure geneesmiddelen</i>	17
2.10.2 <i>Bekostiging van extramurale dure geneesmiddelen</i>	17
2.11 Informatie- en communicatietechnologie (ICT)	19
2.12 Medicatieveiligheid	19
2.13 Ontwikkeling van apothekketens	20
2.14 Concentratie en spreiding van zorg	21
2.15 Samenvatting	21

HOOFDSTUK 3. HET CONCEPTUEEL MODEL ‘SAMENWERKING VANUIT BEDRIJFSECONOMISCH PERSPECTIEF’	22
3.1 Samenwerking	22
3.1.1 Samenwerkingsvormen	22
3.1.2 Horizontale, verticale en diagonale samenwerking	23
3.1.3 Publiek-private samenwerking	24
3.2 Samenwerken in plaats van ‘zelf doen’ of uitbesteden: twee bedrijfseconomische theorieën	24
3.2.1 Transactiekostentheorie	24
3.2.2 Resource-Based View of the Firm	27
3.3 Drijvende krachten en doelen van samenwerking	30
3.4 Partnerselectie	31
3.5 Besturing van samenwerkingsvormen	32
3.6 Succes en faalfactoren van samenwerking	33
3.7 Samenvatting	33
HOOFDSTUK 4. RESULTATEN EN ANALYSE	34
4.1 Karakteristieken respondenten	34
4.2 Karakteristieken ziekenhuisapothek organisaties	35
4.3 Zelf doen (<i>make</i>), uitbesteden (<i>buy</i>) of samenwerken (<i>ally</i>)	36
4.4 Succesvolle en onsuccesvolle samenwerking	37
4.5 Samenwerkingspartners	38
4.6 Oriëntatie van samenwerking binnen de ziekenhuisfarmacie	40
4.7 Juridische vormgeving van samenwerking	40
4.8 Partnerselectie	41
4.8.1 <i>Keuze voor de partner</i>	41
4.8.2 <i>Duur van de samenwerking</i>	41
4.8.3 <i>Redenen om voor deze partner te kiezen</i>	41
4.9 Drijvende krachten samenwerking	42
4.10 Doelen samenwerking	42
4.11 Succes- en faalfactoren	44
4.12 Toekomst van eigen ziekenhuisapothek	44
4.12.1 <i>Toekomst perspectieven</i>	44
4.12.2 <i>Toekomstige samenwerkingsdomeinen</i>	45
4.12.3 <i>Toekomstige samenwerkingspartners</i>	46
4.13 Beperkingen van dit onderzoek	47

HOOFDSTUK 5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE	48
5.1 Discussie	48
<i>5.1.1 Wat bepaalt volgens de theorie een succesvolle samenwerking?</i>	48
<i>5.1.2 Welke samenwerking bestaat er in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie?</i>	48
<i>5.1.3 Hoe en waarom is deze samenwerking tot stand gekomen?</i>	49
<i>5.1.4 Hoe wordt de samenwerking door de gevestigd ziekenhuisapothekers gepercipieerd?</i>	51
<i>5.1.5 Wat zijn de verwachtingen van de gevestigd ziekenhuisapothekers ten aanzien van de ontwikkelingen op het gebied van uitbesteding en samenwerking in de (nabije) toekomst?</i>	51
<i>5.1.6 Kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie verklaard worden vanuit de transactiekostentheorie en de Recource-Based View of the Firm?</i>	53
5.2 Samenvatting en conclusie	56
REFERENTIES	58
BIJLAGEN	60

Lijst van figuren en tabellen

Figuur 1. Belangrijke gebeurtenissen in de ziekenhuisfarmacie van 1995 tot heden.

Figuur 2. Taken en activiteiten in de ziekenhuisapotheek.

Figuur 3. Bereidingsactiviteiten; van decentraal (afdeling), naar centraal (ziekenhuisapotheek), naar regionale of landelijke concentratie.

Figuur 4. Totale uitgaven aan farmaceutische hulp via aanspraak 'farmaceutische hulp'.

Figuur 5. Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift.

Figuur 6. Verschillende samenwerkingsvormen en het integratie continuüm.

Figuur 7. Horizontale, verticale en diagonale samenwerking.

Figuur 8. Schematische weergaven van de *TKT*: van transactiedimensies naar betere prestaties.

Figuur 9. De relatie tussen heterogeniteit en immobiliteit van hulpbronnen, de 4 criteria van de RBV en duurzaam concurrentievoordeel.

Figuur 10. Drijvende krachten en doelen van samenwerking.

Figuur 11. Fasen van het partnering proces.

Figuur 12. 'Make, buy of ally' op de verschillende domeinen van de ziekenhuisfarmacie.

Figuur 13. 'Samenwerken of niet' op vier domeinen van de ziekenhuisfarmacie.

Figuur 14. De domeinen waarop succesvol (n=117) en onsuccesvol (n=27) wordt (of werd) samengewerkt.

Figuur 15. De domeinen waarop het meest succesvol (n=41) en het meest onsuccesvol (n=13) wordt samengewerkt.

Figuur 16. Partners types in meest succesvolle (n=84) en onsuccesvolle (n=14) samenwerking.

Figuur 17. Belangrijkste partner in de meest succesvolle (n=29) respectievelijk minst succesvolle (n=10) samenwerking.

Tabel 1. Farmaceutische groothandels met hun franchiseformules, Central Filling en GDS apotheken.

Tabel 2. Relatie tussen de transactie dimensies en het besturingsmodel.

Tabel 3. Stelling, focus, criteria en make-buy-ally beslissingen: de *TKT* en de *RB*.

Tabel 4. Twee benaderingen van besturing van samenwerkingsvormen.

Tabel 5. Succes en faalfactoren volgens Porter Lynch 2001.

Tabel 6. Eigenschappen respondenten (n=44).

Tabel 7. Aard van de zorginstellingen waarvan de ziekenhuisapotheken deel uit maken.

Tabel 8. Kengetallen van de ziekenhuisapotheken van de respondenten.

Tabel 9. Succesvolle samenwerking; partners binnen de ziekenhuisfarmacie (n=44).

Tabel 10. Juridische vormgeving van meest en minst succesvolle samenwerking.

Tabel 11. Partnerselectiecriteria in geval van succesvolle samenwerking (n=41).

Tabel 12. Drijvende krachten van samenwerking (n=41).

Tabel 13. Doelen van samenwerking (n=41).

Tabel 14. Succes- en faalfactoren die vijf keer of vaker genoemd zijn.

Tabel 15. De verschillende toekomstperspectieven en de mate waarin deze als (zeer) waarschijnlijk worden gezien.

Tabel 16. Domeinen waarop uitbesteding en/of samenwerking de aankomende 5 jaar (zeer) waarschijnlijk is.

Tabel 17. Aantrekkelijkheid van partners voor toekomstige samenwerking.

Tabel 18. Drijvende krachten in de ziekenhuisfarmacie.

Hoofdstuk 1. Inleiding en onderzoeksopzet

Dit hoofdstuk introduceert de doelstelling en onderzoeksvragen van dit onderzoek alsmede de context waarin het wordt verricht. Tevens worden de relevantie van dit onderzoek en de structuur van deze thesis beschreven. In paragraaf 1.4 staat de onderzoeksopzet centraal. In deze paragraaf wordt beschreven op welke wijze de eerder geformuleerde doelstelling en onderzoeksvragen behaald respectievelijk beantwoord zullen worden.

1.1 Probleem indicatie

De bedrijfstak farmacie heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld van een markt met verticale en horizontale schotten tot een dynamische markt met een verscheidenheid aan aanbieders. Politieke en maatschappelijke veranderingen hebben een grote invloed gehad op aard, organisatie en ordening van de extramurale en intramurale farmaceutische zorg.

Er is een verscheidenheid aan apotheken ontstaan die zowel aan consumenten (B2C) als aan andere apotheken (B2B) diensten en producten aanbiedt. Zo zijn de afgelopen jaren apotheken ontstaan die zich gespecialiseerd hebben in het leveren van geïndividualiseerde verpakte medicatie en logistieke concepten en het op grote schaal bereiden van niet commercieel verkrijgbare geneesmiddelen in opdracht van andere apotheken. Poliklinische apotheken en vaak landelijke opererende internet- en 'zorg' apotheken zijn relatief nieuwe apotheekformules die zich richten op consumenten. De afgelopen jaren zijn, met name door voorwaartse integratie, grote concerns ontstaan waarbij de concurrentie zich inmiddels niet meer beperkt tot de extramurale markt. De schotten tussen intra- en extramurale farmaceutische zorg lijken geslecht te worden.

Veel ziekenhuisapotheken zijn in hun bedrijfsvoering steeds afhankelijker geworden van andere aanbieders in de bedrijfstak. Deze ontwikkelingen zijn van grote invloed op de organisatie van taken en verantwoordelijkheden van de traditionele 'in-house' ziekenhuisfarmacie. Het zelfstandig uitoefenen van alle facetten van de ziekenhuisfarmacie is niet langer meer vanzelfsprekend. Dit dwingt het management van ziekenhuisapotheken meer dan ooit tevoren tot het formuleren van strategische en tactische doelen, het beantwoorden van positioneringvraagstukken en het aangaan van samenwerkingsrelaties.

Met deze studie wil ik achterhalen in welke mate er in de ziekenhuisfarmacie sprake is van het vormen van horizontale en verticale samenwerkingsrelaties binnen of buiten de bedrijfstak. Wat de drijvende krachten en doelen van deze samenwerking zijn. Hoe succesvol deze zijn en welke ontwikkelingen managers in de ziekenhuisfarmacie in de toekomst verwachten.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

‘Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de achtergronden, drijvende krachten, doelen, samenhangen, succesfactoren en (toekomst)verwachtingen van samenwerkingsvormen in de Nederlands ziekenhuisfarmacie’.

Onderzoeksvragen

Om dit doel te bereiken is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Door deze één voor één te beantwoorden kan de doelstelling gestructureerd worden ingekleurd.

Wat bepaalt volgens de theorie een succesvolle samenwerking?

Welke samenwerking bestaat er in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie?

- Op welke domeinen van de ziekenhuisfarmacie wordt samengewerkt?
- Met welke partners wordt er samengewerkt en hoe is deze samenwerking georiënteerd? (horizontaal, vertikaal, diagonaal, lokaal, regionaal, universitair, topklinisch, publiek-privaat)
- Hoe is deze samenwerking juridisch vorm gegeven?

Hoe en waarom is deze samenwerking tot stand gekomen?

- Welke drijvende krachten van deze samenwerking kunnen we identificeren?
- Welke doelen dient deze samenwerking?
- Hoe is de selectie van de samenwerkingspartner tot stand gekomen?

Hoe wordt de samenwerking door de gevestigd ziekenhuisapothekers gepercipieerd?

- Welke verschillen zijn er in samenwerkingspartners, vormgeving van samenwerking, drijvende krachten en gestelde doelen tussen succesvolle en onsuccesvolle samenwerking?
- Wat zijn de succes- en faalfactoren van succesvolle respectievelijk onsuccesvolle samenwerking?

Wat zijn de verwachtingen van de gevestigd ziekenhuisapothekers ten aanzien van de ontwikkelingen op het gebied van uitbesteding en samenwerking in de (nabije) toekomst?

Kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie verklaard worden vanuit de transactiekostentheorie en de *Recourse-Based View of the Firm*?

1.3 Relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek beschrijft en analyseert de aard, omvang en ordening van de verschillende samenwerkingsrelaties in de ziekenhuisfarmacie. Dit biedt inzicht in succesvolle en minder succesvolle samenwerkingsstrategieën in de ziekenhuisfarmacie. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om in de toekomst rationeler en bewuster keuzes te maken voor strategische samenwerking en de kans van slagen van deze samenwerkingsrelaties te vergroten.

1.4. Onderzoeksopzet

Deze paragraaf beschrijft de methodologie van dit onderzoek en staat stil bij de argumenten en beperkingen van de keuze voor de methodologische aanpak. Deze paragraaf bevat derhalve een overzicht van de wijze waarop de onderzoeksvragen beantwoord worden.

1.4.1 Onderzoeksmethode

Om de doelstelling van deze thesis te behalen en de onderzoeksvragen te beantwoorden is er gekozen voor een *cross sectionele survey*. Hiermee is het bereik groot en wordt een breed overzicht gecreëerd van de actuele stand van zaken met betrekking tot de formuleerde doelstelling en onderzoeksvragen.

De bestaande vakliteratuur geeft, enkele uitzonderingen daargelaten, een onvoldoende compleet en feitelijk beeld van dit onderwerp. Uitzondering daarop zijn de samenwerkingsrelaties die recent ontstaan zijn op het gebied van de levering van TNF- α -remmers (§2.9.2). Om deze reden is er voor empirisch onderzoek gekozen. Omdat er gestreefd wordt naar een zo volledig mogelijk beeld is er voor een schriftelijke vragenlijst (middels een digitale survey) gekozen. Met het (semi)-gestructureerd interviewen van geselecteerde gevestigd ziekenhuisapothekers zou geen antwoord gegeven kunnen worden op een groot aantal van de geformuleerde onderzoeksvragen. Daarom is gekozen voor breedte en generaliseerbaarheid in plaats van voor diepte en specificiteit.

1.4.2 Selectie van databronnen

In dit onderzoek is gekozen voor het perspectief van de ziekenhuisapotheker manager op strategisch samenwerken op onderdelen van de ziekenhuisfarmacie. Alle gevestigd ziekenhuisapothekers van Nederland zijn op basis van een verzendlijst van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) benaderd. In enkele gevallen betrof het plaatsvervangende gevestigd ziekenhuisapothekers. In de regel is de gevestigd apotheker het hoofd en daarmee de manager van de apotheek en inhoudelijk verantwoordelijk voor het in de apotheek gevoerde beleid. In enkele gevallen kent een ziekenhuisapotheek meerdere gevestigd apothekers, die verantwoordelijk zijn voor de farmaceutische zorg op één van de locaties van een ziekenhuis of zorginstelling. Deze organisaties hebben ervoor gekozen om per locatie een ziekenhuisapotheker in te schrijven in het register van gevestigd ziekenhuisapothekers, conform de eisen van de Geneesmiddelenwet 2007. Er is gekozen voor de gevestigd apotheker aangezien deze het best op de hoogte is van de oorsprong, aard, karakteristieken en omvang van samenwerking met andere organisaties.

De onderzoekspopulatie bestaat uit 82 gevestigd ziekenhuisapothekers. Indien er een foutenmarge geaccepteerd wordt van 5% en een betrouwbaarheidsinterval van 95% dan zou de steekproefomvang 68 moeten zijn (Raosoft 2012).

1.4.3 Onderzoeksinstrument

De schriftelijke enquête werd opgesteld door de onderzoeker. Inhoudelijk werd deze getoetst door een panel van ziekenhuisapothekers (Joris Arts, Bart Benraad, Hayo Graatsma en Willem Meulenhoff). Op basis van hun feedback kwam de definitieve vragenlijst tot stand. Belangrijkste aanpassing was om in de enquête ook als onsuccesvol gepercipieerde samenwerking uit te vragen. De definitieve vragenlijst is door *CompuSense Business Avionics B.V.* geconverteerd naar een digitale survey middels *CompassWeb versie 2.7*. Na een grondige testprocedure is de enquête op 5 februari 2012 uitgezet bij 82 (gevestigd) ziekenhuisapothekers.

Op 5 februari werd het verzoek tot deelname aan het onderzoek per email verzonden (bijlage 1). Als uiterste responsdatum werd 15 februari gecommuniceerd. Om de respons te verhogen werd op 15 februari een reminder verzonden (bijlage 2) en werd te uiterste responsdatum verplaatst naar 25 februari. Gelijktijdig werd er door de onderzoeker een geïndividualiseerd verzoek gemaild.

1.4.4 Analyse

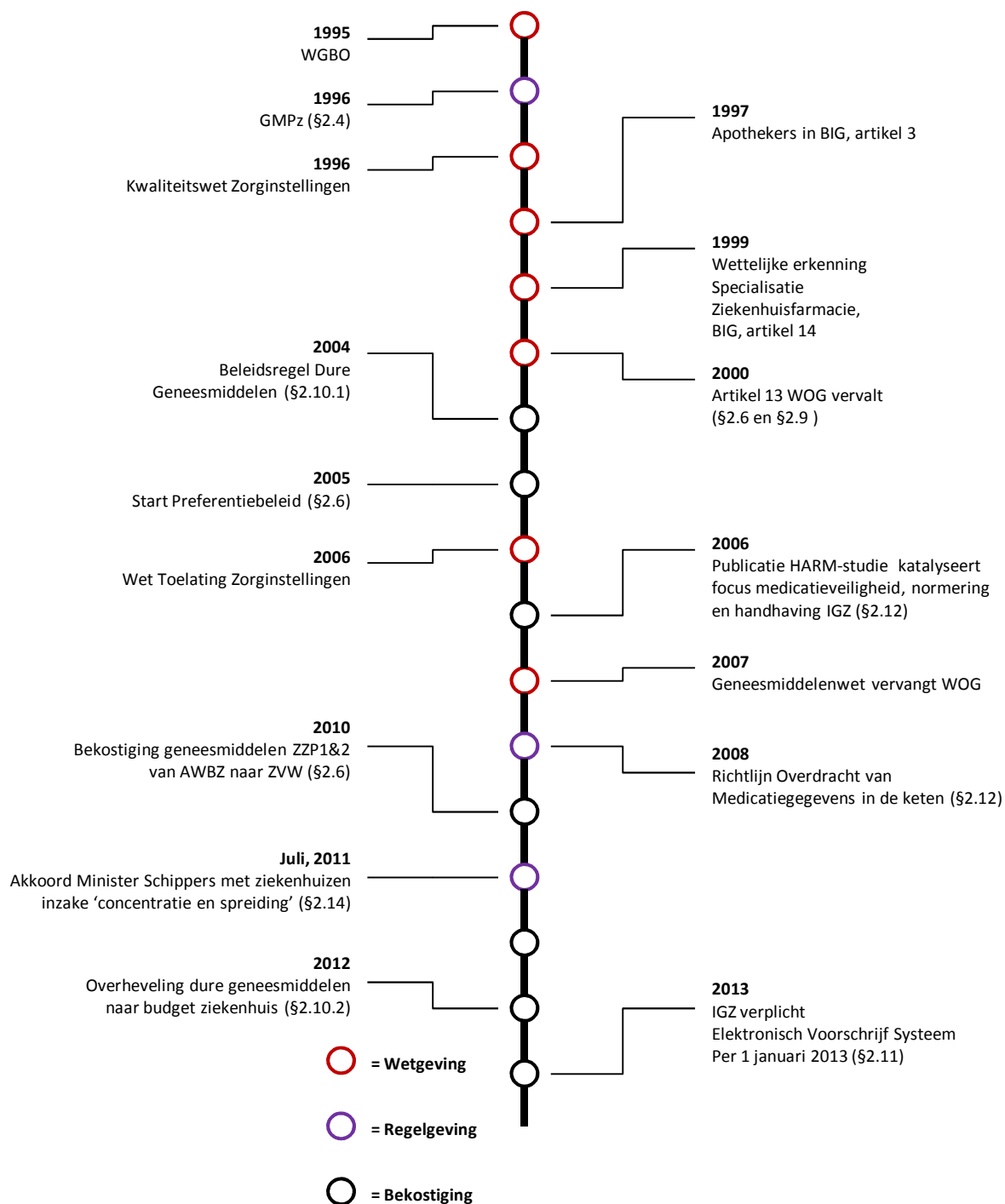
De verzamelde gegevens zijn door *CompuSense Business Avionics B.V.* geconverteerd naar twee Excel bestanden. Eén spreadsheet bevat de frequenties van de antwoorden per gestelde vraag. Het andere bestand bevat de ruwe data. Data analyse vond plaats met behulp van Microsoft Excel 2007.

1.5 Structuur van deze thesis

In dit hoofdstuk zijn de doelstelling en onderzoeksvragen geformuleerd alsmede de wijze waarop deze beantwoord zullen worden. In hoofdstuk 2 wordt de context van dit onderzoek besproken. Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkeling in de bedrijfstak ziekenhuisfarmacie van de afgelopen 15 jaar. In hoofdstuk 3 wordt naast de introductie van enkele definities begrippen en principes het conceptueel model 'samenwerking en alliantievorming vanuit bedrijfseconomisch perspectief' gepresenteerd. Hierbij is gekozen voor de perspectief van de *transactiekostentheorie* en de *recourse based theory of the firm* op strategische samenwerking. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. In hoofdstuk 5, het laatste hoofdstuk van deze thesis zal in de discussie de synthese tussen de context, het conceptueel model en de resultaten plaats vinden. Dit hoofdstuk zal worden afgerond met de samenvatting en conclusie van dit onderzoek.

Hoofdstuk 2. De context: ontwikkeling van de ziekenhuisfarmacie

In dit hoofdstuk wordt de context van het onderzoek besproken. De ontwikkelingen van de afgelopen 15 jaar van de bedrijfstak farmacie in het algemeen en van de ziekenhuisfarmacie in het bijzonder worden geschetst, waarmee de relevantie van het onderzoek duidelijk wordt. Bovendien is deze context essentieel om de onderzoeksresultaten goed te kunnen duiden.



Figuur 1. Belangrijke gebeurtenissen in de ziekenhuisfarmacie van 1995 tot heden (Stoker 2012)

2.1 De farmacie in ontwikkeling

Voor 2000 was er sprake van een strenge scheiding tussen extramurale en intramurale farmaceutische zorg. Openbare apotheken verleenden farmaceutische zorg aan patiënten in de thuissituatie. Ziekenhuisapotheken waren verantwoordelijk voor klinische farmaceutische zorg. Farmaceutische zorg aan patiënten opgenomen in verpleeghuizen, GGZ-instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten kon zowel door een openbare als door een ziekenhuisapotheek geleverd worden.

Beide werelden kenden hun eigen markten, wet- en regelgeving, richtlijnen, kwaliteitsnormen, professionele waarden, paradigma's, werkprocessen, ICT-oplossingen, bekostiging, arbeidsethos en dynamiek. De ziekenhuis-apotheker en de openbare apotheker leefden in twee -min of meer- gescheiden werelden.

De afgelopen 15 jaar is de dynamiek op deze twee markten ingrijpend veranderd. Door een toename van de omgevingsdruk, zoals verandering van wet- en regelgeving, verandering in de bekostiging van geneesmiddelen en farmaceutische zorg, nieuwe toetreders en marktsegmentatie is veel veranderd in termen van marktordening, taken en afstemming. De twee werelden lijken hierdoor in toenemende mate naar elkaar toe te groeien.

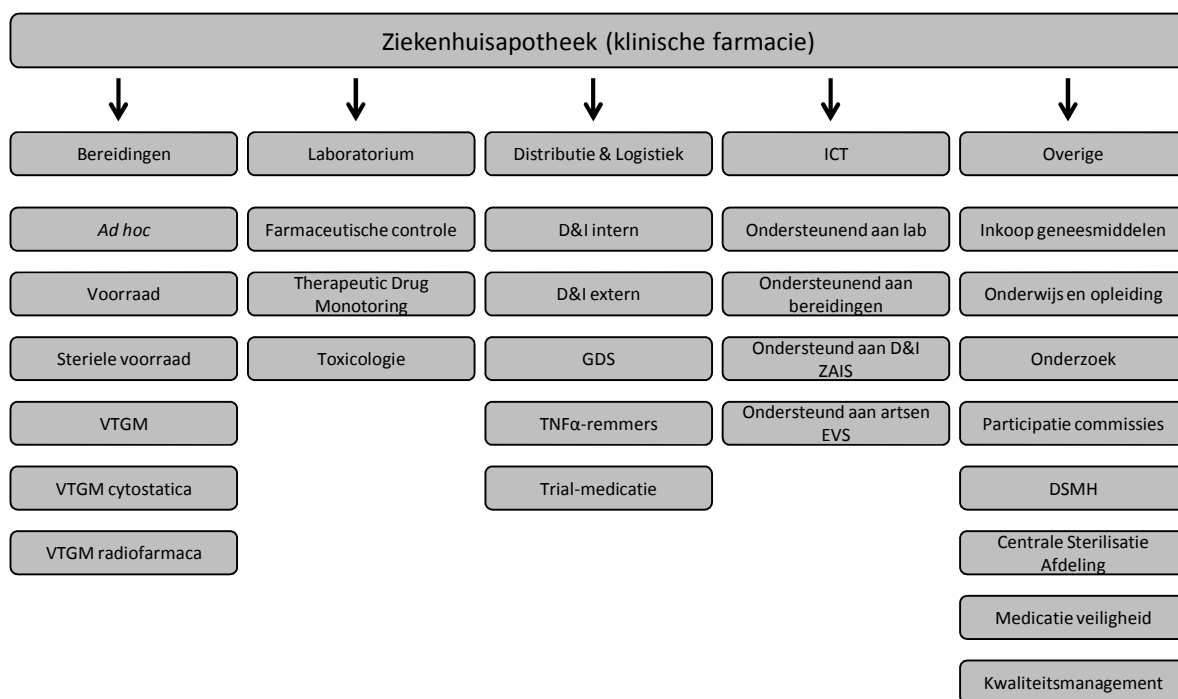
In *figuur 1* zijn belangrijke ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie terug te vinden. Wanneer deze 'mijlpalen' direct of indirect van invloed zijn op de totstandkoming en dynamiek van samenwerking in de bedrijfstak worden zij besproken in dit hoofdstuk. In de figuur staat aangegeven in welke paragraaf de gebeurtenis in haar dynamiek wordt toegelicht. Om deze gebeurtenissen goed te begrijpen is het noodzakelijk om begrip te hebben van de taken en activiteiten van de ziekenhuisapotheek (§2.2).

2.2 Taken en activiteiten van de ziekenhuisfarmacie

'Farmaceutische zorg is het totaal van door verschillende zorgverleners te ondernemen activiteiten, die nodig zijn om op het juiste moment het juiste geneesmiddel in de juiste vorm en dosering aan de juiste patiënt te geven. Dit is inclusief de daarvoor benodigde voorlichting en begeleiding van de patiënt en inclusief de randvoorwaarde dat dit tegen aanvaardbare kosten gebeurt, opdat de toegankelijkheid van de farmaceutische zorg gewaarborgd blijft' (RVZ 1998). Bij intramurale of klinische farmaceutische zorg gaat het om farmaceutische zorg die binnen de muren van het ziekenhuis plaats vindt. Dit betreft de farmaceutische zorg op verpleegafdelingen, operatie kamers, *Intensive Care's* en op poliklinieken. Een centrale rol in de farmaceutische zorgverlening is weggelegd voor de ziekenhuisapotheek die in de regel een (medisch ondersteunende) afdelingen van het ziekenhuis is.

De NVZA formuleert in haar beleidsplan 2008-2011 (NVZA 2008) de rol van de ziekenhuisapotheek als volgt: 'Kernpunt van ons beleid is: wanneer de arts medicatie als behandelinstrument inzet, biedt de afleverende ziekenhuisapotheek de voorschrijvende arts, de toedienende verpleegkundige en de ontvangende patiënt waarborgen voor continuïteit, veiligheid en een efficiënte verstrekking van geneesmiddelen'. Hiermee is de ziekenhuisapotheek ondersteunend aan de waardeketen van ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

Vanzelfsprekend heeft de ziekenhuisapotheek ook een eigen waardeketen. Deze is door interne en externe druk de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. De ziekenhuisfarmacie migreert sinds de jaren '90 van een product georiënteerde naar een dienstensector waar niet langer het product maar de patiënt en het proces centraal staan. Deze ontwikkeling kent haar oorsprong in de jaren '90. De NVZA onderstreepte in de beleids-plannen 'Alles woelt om verandering' (2001) en 'De Ziekenhuisapotheek: zichtbaar actief' (2008) de ingezette lijn.



Figuur 2. Taken en activiteiten in de ziekenhuisapothek

Figuur 2. geeft een overzicht van de verschillende taken en activiteiten van de ziekenhuisapothek wanneer deze in de volle breedte worden uitgeoefend. Ingrijpende veranderingen op enkele dominante domeinen en hun relatie met samenwerking worden in de paragrafen van dit hoofdstuk beschreven; bereidingen (§2.4), laboratorium (§2.5), externe klanten (§2.6), geautomatiseerd distributiesysteem (§2.7), inkoop (§2.8), poliklinische farmaceutische zorg (§2.9), distributie van TNF- α -remmers (§2.10.2), ICT en Automatisering (§2.11) en medicatieveiligheid (§2.12). Voor zover van belang worden de in de *figuur 2* gebruikte afkortingen in de betreffende paragrafen verklaard.

2.3 Autonomie van de ziekenhuisapothek

Zoals in de vorige paragraaf gezegd is de ziekenhuisapothek een afdeling van het ziekenhuis die ondersteunend is aan de waardeketen van ziekenhuizen. Dit heeft consequenties voor de autonomie van de ziekenhuisapothek. De strategie van de apotheek moet in het verlengde liggen van de strategie en de doelstellingen van het ziekenhuis. Dit maakt de strategische speelruimte van de apotheek beperkt. Strategische en tactische keuzes op het gebied van investeringen, innovatie en complexe samenwerking kunnen overruled worden door de Raad van Bestuur. Tevens kan de apotheek strategische keuzes opgelegd krijgen, indien deze het belang van het ziekenhuis dienen. Deze organisatiedynamiek heeft consequenties voor de slagkracht, besluitvorming, ondernemerschap en de mate waarin op externe veranderingen kan worden geanticipeerd.

In enkele gevallen is de ziekenhuisapothek geen onderdeel van een ziekenhuis. Zo is Ziekenhuisapothek Noordoost-Brabant (ZANOB) een coöperatie waarin een aantal ziekenhuizen en andere zorginstellingen in Noordoost-Brabant de farmaceutische zorg gezamenlijk hebben ondergebracht. De Stichting Apotheek Haagse Ziekenhuizen (AHZ) is een samenwerkingsverband van deelnemende ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en

verpleeghuizen in de regio Den Haag. Ziekenhuisapothek en Laboratorium Venray BV (ZALV) is onderdeel van Brocacef Holding, een groep van ondernemingen. Naast de distributie van geneesmiddelen en medische producten, ontwikkelt en implementeert Brocacef Holding apotheek- en zorgconcepten. Hoewel verondersteld kan worden dat deze organisaties meer autonomie kennen dan andere ziekenhuisapotheken hebben ook deze organisaties verantwoording af te leggen en kent besluitvorming op strategische dossiers haar eigen dynamiek.

2.4 Bereidingen in de ziekenhuisapothek

De oorsprong van het beroep apotheker ligt in het bereiden van geneesmiddelen. De ziekenhuisapotheker uit 1929, het oprichtingsjaar van de NVZA, bereidde veel van de in het ziekenhuis toegepaste geneesmiddelen zelf (Boom 2009). Dit was de primaire taak van de ziekenhuisapothek. Door de ontwikkeling van de farmaceutische industrie is het aantal op de markt verkrijgbare geneesmiddelen explosief gegroeid. Gevolg hiervan was een afname van het aandeel geneesmiddelen dat nog zelf in de apotheek bereid werd.

In 1996 werd de Good Manufacturing Practice ziekenhuisfarmacie (GMPz) door de NVZA aangenomen. In nauwe samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werd hiermee een brug geslagen tussen industriële bereidingsnormen en het bereiden van geneesmiddelen in ziekenhuisapotheken. De GMPz beschrijft naast de normen voor *'steriele voorraadbereidingen'* ook de normen voor *'individuele bereidingen'*, *'aseptische handelingen'* en *'handelingen met risicovolle stoffen'*. Ook het *'Voor Toediening Gereed Maken'* (VTGM) van parenterale geneesmiddelen zoals oncolytica en geneesmiddelen ingezet op OK, IC en verpleegafdeling valt hieronder.

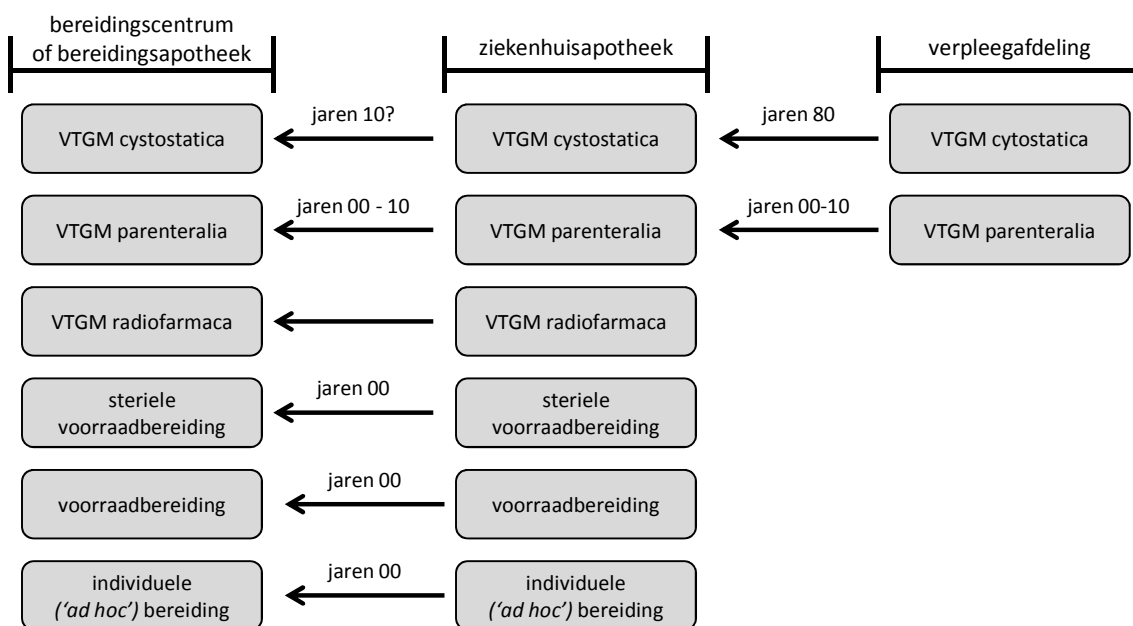
Met de aanneming van de GMPz committeerde de beroepsvereniging zich aan een streng, arbeidsintensief en kostbaar systeem van kwaliteitsborging voor bereidingen van geneesmiddelen in de ziekenhuisapothek. Met de IGZ werd een implementatietraject en termijn afgesproken. Na een gedoogperiode van enkele jaren ging de IGZ halverwege de jaren '00 over tot handhaving van de GMPz.

Rond de eeuwwisseling werd duidelijk dat het zelf produceren van geneesmiddelen op grote schaal voor veel ziekenhuizen geen kerntaak meer was (Boom 2009). Tevens werd duidelijk dat de farmacotherapeutische rationaliteit van veel apotheekbereidingen onvoldoende onderbouwd was (Boom 2009). Deze conclusie, gecombineerd met de enorme inspanningen en kosten die noodzakelijk zijn om apotheekbereidingen op GMPz niveau te krijgen en te houden, leidde ertoe dat veel ziekenhuizen de bereidingsactiviteiten bewust afbouwden terwijl andere apotheken zicht ontwikkelden tot (regionaal)bereidingscentra. Voor andere ziekenhuisapotheken bleek het voldoen aan GMPz een te grote inspanning te vergen; niet alle ziekenhuizen hebben hun GMPz ambities waar kunnen maken. De consequentie is dat veel apotheken genoodzaakt waren een (gedeelte van) hun bereidingsactiviteiten te *outsourcen* of in samenwerking met andere organisaties vorm te geven.

Een ander gevolg van deze ontwikkeling is de groei van enkele private 'Bereidingsapotheken'. Deze apotheken zijn gespecialiseerd en leveren alleen apotheekbereidingen aan apotheken. In de jaren '90 waren het met name openbare apotheken die apotheekbereidingen bij deze organisaties inkochten. Door de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie hebben deze bereidingsapotheken ook kansen op die markt gekregen. De Nederlandse bereidingsapothek *'De Magistrale Bereider/Fagron'* (DMB), inmiddels de grootste van Europa, heeft haar assortiment en haar marketing & sales bewust aangepast op de ziekenhuisfarmacie.

Naast het verdwijnen van de apotheekbereidingen uit veel ziekenhuisapotheken is nog een andere ontwikkeling waar te nemen. In steeds meer ziekenhuizen wordt het 'Voor Toediening Gereed Maken' van parenterale geneesmiddelen in de apotheek geconcentreerd. Hiermee verdwijnen deze activiteiten van de verpleegafdelingen, waar ze onder protocollaire en microbiologische suboptimale condities plaatsvinden. De GMPz en de focus op medicatieveiligheid zijn van grote invloed op deze ontwikkeling. Al eerder, in de jaren 80, was onder druk van de NVZA en Arbowet- en regelgeving, het voor toediening gereedmaken van cytostatica van de verpleegafdelingen verdwenen (Boom 2009). Inmiddels heeft bereidingsapotheek DMB een zeer bescheiden aanbod aan VTGM producten voor de ziekenhuisapotheek. Uitbreiding van dit aanbod kan (gedeeltelijke) outsourcing van deze activiteiten door de ziekenhuisapotheek in de toekomst mogelijk maken.

In *figuur 3* is de verplaatsing van bereidingsactiviteiten en VTGM activiteiten van verpleegafdeling naar de ziekenhuisapotheek en van ziekenhuisapotheek naar gespecialiseerde bereidingsapotheken weergegeven.



Figuur 3. Bereidingsactiviteiten; van decentraal (afdeling), naar centraal (ziekenhuisapotheek), naar regionale of landelijke concentratie.

2.5 Klinisch Farmaceutisch Laboratorium

Klinisch Farmaceutische Laboratoria hebben twee kerntaken: 1) de farmaceutische en microbiologische kwaliteitscontrole van apotheekbereidingen en 2) de laboratoriumdiagnostiek in het kader van 'Therapeutic Drug Monitoring' (TDM) en klinische toxicologisch onderzoek. TDM is het bepalen en interpreteren van geneesmiddelconcentraties in patiëntmateriaal op basis waarvan de dosis individueel kan worden aangepast teneinde toxiciteit te verminderen en effectiviteit te verhogen. Klinisch toxicologisch onderzoek wordt verricht wanneer een patiënt een onbekende of te hoge hoeveelheid van een genees- of ander middel per ongeluk of met opzet heeft binnen gekregen en de behandeling mede samenhangt met de hoedanigheid en hoogte van de concentratie van dat geneesmiddel in het bloed.

Door het afstoten van bereidingsactiviteiten is voor veel ziekenhuisapotheken het exploiteren van een eigen laboratorium niet meer mogelijk. Het aantal bepalingen in het kader van TDM en Toxicologie is in veel gevallen ontoereikend om voldoende inkomsten te genereren om een kwalitatief goed laboratorium te blijven exploiteren. In voorkomende gevallen zijn ziekenhuisapotheken gedwongen deze laboratoriumdiagnostiek (gedeeltelijk) elders onder te brengen of in gezamenlijkheid te organiseren. Hierin kunnen drie verschillende partners onderscheiden worden; het lokale Klinische Chemisch Laboratorium, een Klinisch Farmaceutisch Laboratorium van een ander ziekenhuis en een regionaal artsen laboratorium.

2.6 Externe klanten van de ziekenhuisapotheek

Het bestaansrecht van de ziekenhuisfarmacie is het verlenen van farmaceutische zorg (diensten) aan de afdelingen van de moederinstelling. Veel ziekenhuisapotheken zijn echter ook extern actief en leveren farmaceutische zorg aan andere zorginstellingen. In 2004 leverde 80% van de 65 ziekenhuisapotheken die deelnamen aan een enquête, farmaceutische zorg aan verpleeghuizen en 61% aan andere zorginstellingen, zoals GGZ instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten (Ipso Facto 2004). Farmaceutische zorgverlening aan deze instellingen is niet het unieke domein van de ziekenhuisfarmacie. Ook openbare apotheken kunnen farmaceutische zorg aan deze instellingen verlenen.

In 2000 werd artikel 13 van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) aangepast. Vóór deze aanpassing was het ziekenhuisapotheken bij wet niet toegestaan om geneesmiddelen te leveren aan patiënten die niet waren opgenomen in het eigen ziekenhuis. Eén van de argumenten voor deze aanpassing was het stimuleren van de samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen op het gebied van farmaceutische zorg. Het idee was dat hiermee kostenbesparingen gerealiseerd konden worden. Uit de evaluatie van *Ipso Facto* blijkt deze doelstelling niet gerealiseerd (Ipso Facto 2004). Samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen bleek al vóór de aanpassing van dit artikel op grote schaal plaats te vinden. In de praktijk was het vrij eenvoudig om een ontheffing te krijgen omdat het ministerie van VWS deze samenwerkingsvormen al voor 2000 ondersteunde.

Rond de eeuwwisseling kregen ziekenhuizen grote kortingen op *spécialités* (geneesmiddelen waarop een patent op rust). Dit leverde concurrentievoordeel op ten opzichte van de openbare farmacie die minder korting kregen. Erg duurzaam lijkt dit concurrentie voordeel niet. De afgelopen jaren is van veel middelen het patent verlopen. Gecombineerd met het in 2004 geïntroduceerde preferentiebeleid heeft dit een nivellerende werking gehad op de netto inkoopprijs van geneesmiddelprijzen in de openbare en ziekenhuisfarmacie.

In 2010 deed de zorgzwaarte bekostiging haar intrede. Dit heeft consequenties gehad voor de bekostiging van de farmaceutische zorg in AWBZ instellingen. Was het zo dat voor deze datum de farmaceutische zorg voor alle patiënten uit het budget van de instelling moest worden opgebracht, na 1 januari 2011 viel de bekostiging van farmaceutische zorg voor patiënten met een lage zorgzwaarte (ZZP1 en 2) onder het regime van de Zorgverzekeringswet (Lagewaard 2010). Dit stelt leverende ziekenhuisapotheken voor een organisatorische uitdaging. Immers, ziekenhuisapotheken zijn niet toegerust om farmaceutische zorg bij zorgverzekeraars in rekening te brengen. Besluit men deze externe activiteiten voort te zetten dan maakt dit samenwerking met de (eigen) poliklinische apotheek, een openbare apotheek of een apotheekketen noodzakelijk.

2.7 Geautomatiseerd distributiesysteem

In toenemende mate wordt er voor het distribueren van geneesmiddelen in zorginstellingen gebruik gemaakt van geautomatiseerde distributiesystemen (GDS); met geneesmiddelrobots worden geneesmiddelen per individu en per inname-tijdstip verpakt in één zakje. Aangenomen wordt dat door het gebruik van de GDS-machine zowel een tijdsbesparing als een kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd. Deze wijze van geneesmiddelendistributie werd in Nederland geïntroduceerd in de jaren 90. Na zorgen rondom de kwaliteitsborging en de mogelijke risico's voor patiënten in 2002 (IGZ 2002) is de IGZ overtuigd van de voordelen van dit distributiesysteem voor ziekenhuis en instellingspatiënten. De afgelopen jaren heeft het veld, analoog aan de GMP, een norm opgesteld rondom het veilig organiseren van deze 'verpakkingsactiviteiten' (KNMP 2011). Deze norm stelt strenge eisen aan personeel en organisatie, ruimten en faciliteiten en kwaliteitsmanagement. Door hoge investeringskosten en hoge kosten voor het beheer en onderhoud van deze activiteiten is schaalgrootte noodzakelijk. De afgelopen 10 jaar zijn er dan ook grote GDS-apotheken ontstaan, die in opdracht van andere apotheken medicatie individualiseren. Vaak zijn deze GDS-apotheken in bezit van, of gelieerd aan, farmaceutische groothandels. Het is voor individuele ziekenhuisapotheken steeds moeilijker om deze activiteiten zelfstandig te starten en te onderhouden.

Gezien de lange lijnen en levertijden slagen deze GDS-apotheken er momenteel niet in om doelmatig en snel medicatie te leveren voor dynamische klinieken met een hoge turn-over (korte opnameduur) en een hoge mutatiegraad. Momenteel experimenteren GDS-apotheken met GDS dienstverlening op locatie; een model waarin ziekenhuisapotheken een GDS robot en personeel 'leasen' van de GDS-apotheek.

Ziekenhuizen moeten het besluit nemen of zij voor deze vorm van distributie kiezen. Gezien het standpunt van de IGZ lijkt er steeds minder sprake te zijn van een vrije keuze. Ziekenhuisapotheken moeten de afweging maken of zij deze activiteiten zelf willen doen, uitbesteden of in samenwerking willen vormgeven. De grootte en de eigenschappen van de interne en externe markt en de wensen van klanten moeten deze besluitvorming richting geven.

2.8 Inkopen van geneesmiddelen

Eén van de taken van de ziekenhuisapotheker is de inkoop van geneesmiddelen. Ziekenhuisapotheken kopen op drie verschillende manieren geneesmiddelen in: 1) via de farmaceutische groothandel, 2) direct bij de farmaceutische industrie (bilaterale contracten) en 3) via inkoopgroepen van ziekenhuisapotheken. In 2001 onderzocht PricewaterhouseCoopers (PWC) in opdracht van de NVZ de inkoop van intramurale geneesmiddelen door ziekenhuisapothekers (PWC 2001). In het onderzoek *'Optimalisatie inkoop intramuraal voorgeschreven geneesmiddelen'* concludeert PWC dat ziekenhuisapothekers professioneel inkopen en dat zij een sterk inzicht hebben in de aanbiedersmarkt. Tevens concludeert PWC dat inkopen binnen inkoopcombinaties leidt tot hogere kortingen die toenemen naarmate het volume van de inkoopcombinatie groter is.

Deze inkoopgroepen zijn vaak regionaal georiënteerd. Zo zijn er de 'Inkoopgroep Ziekenhuisapotheken Midden-Nederland' en de 'Rijnmond Inkoopgroep'. De ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra bundelen hun krachten in de 'Inkoopgroep Ziekenhuis Apotheken Academische Centra'. Deze inkoopgroepen kennen in de regel een lange historie. Een uitzondering hierop vormt de relatief jonge 'Santeon Apotheek Inkoopgroep', waarin de ziekenhuisapotheken van alle Santeon ziekenhuizen sinds 2010 verenigd zijn.

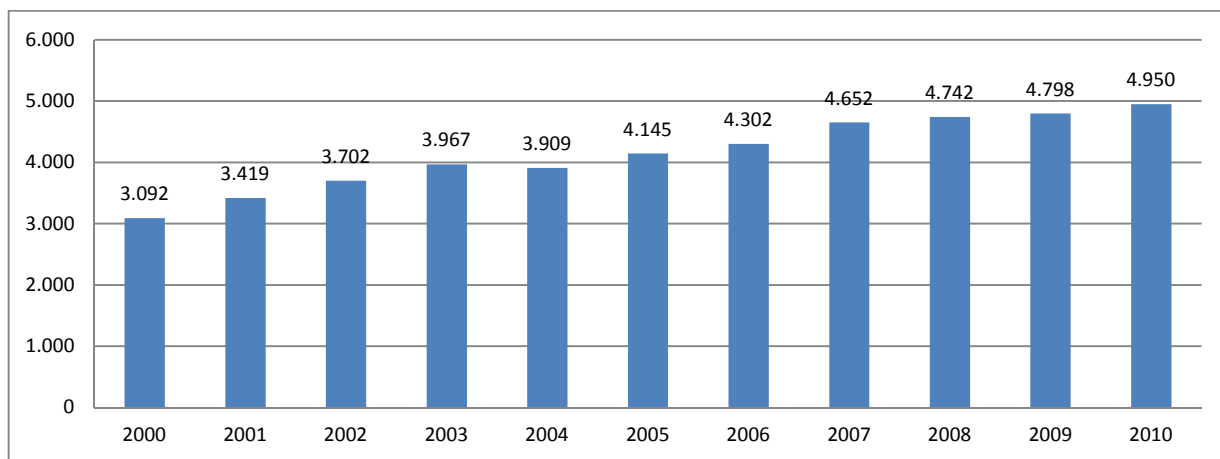
2.9 Poliklinische apotheek

In 2000 werd artikel 13 van de WOG aangepast. Voor deze aanpassing was het ziekenhuisapotheken niet toegestaan om geneesmiddelen te leveren aan patiënten die niet waren opgenomen in het eigen ziekenhuis. Het specifieke doel van deze aanpassing was tweeledig. Allereerst beoogde de wetswijziging de marktwerking op het terrein van de openbare farmacie te bevorderen door ziekenhuizen toe te staan geneesmiddelen te leveren aan poliklinische patiënten (CVZ 2004). Zoals eerder in §2.5 beschreven beoogde de wetswijziging tevens de samenwerking tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen op het terrein van de farmaceutische zorg te bevorderen. In juni 2004 werden de effecten van deze wetswijziging in geëvalueerd door 'Ipso Facto' opdracht van het College van zorgverzekeringen (CVZ)(Ipso facto 2004). CVZ noemde de wetswijziging in eerste instantie onsuccesvol in het realiseren van de geformuleerde doelstellingen. Ziekenhuizen maakten op dat moment in beperkte mate gebruik van de mogelijkheid om geneesmiddelen te leveren aan extramurale patiënten. Slechts 5 ziekenhuizen hadden een poliklinisch apotheek geopend. De potentiële voordelen van een dergelijke voorziening bleken ten tijde van het onderzoek onvoldoende op te wegen tegen de waargenomen belemmeringen, zoals onzekerheid over de financiële gevolgen, maar vooral de vrees dat de relatie met de openbare farmacie zou worden beschadigd (Ipso facto 2004).

In 2006 publiceerden de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en NVZA de het visiedocument *'Poliklinische farmacie heeft de toekomst: kwaliteits- en efficiencywinst voor de farmaceutische zorg'* (NVZ 2006). De verenigingen zijn van mening dat poliklinische farmacie met aansturing vanuit het ziekenhuis grote voordelen biedt voor patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. 'Met poliklinische farmacie kunnen kwaliteit, service en efficiency van farmaceutische zorg worden verhoogd' (NVZ 2006). Inmiddels is het aantal ziekenhuizen met een poliklinisch apotheek flink gestegen. In 2009 kwamen er 14, een jaar later 5 poliklinische apotheken bij (SFK 2011, 2010). In maart 2012 zijn er 49 poliklinische apotheken aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Poliklinische Farmacie. De huidige poliklinische apotheken kennen verschillende bedrijfsmodellen. Zo kan de poliklinische apotheek met de ziekenhuisapotheek één afdeling vormen, een zelfstandige afdeling van het ziekenhuis zijn, een BV of een samenwerking zijn met één of meer openbare apotheken, een farmaceutische groothandel of een andere publieke of private organisatie. Een andere optie is dat deze functie volledig is uitbesteed aan één van deze organisaties.

2.10 Bekostiging van farmaceutische zorg in Nederland

In Nederland wordt de farmaceutische zorg op verschillende wijze bekostigd. Klinisch en poliklinische toegediende geneesmiddelen worden bekostigd op grond van 'medisch-specialistische zorg' en worden betaald uit het budget van het ziekenhuis. Thuis gebruikte geneesmiddelen worden in de regel bekostigd op grond van de 'aanspraak op farmaceutische hulp'. In dit geval levert de openbare of poliklinische apotheek het middel op recept en wordt het door de verzekeraar vergoed. De totale uitgaven aan extramurale farmaceutische hulp zijn de afgelopen 10 jaar gestegen met 60% (figuur 4). De vergoeding van deze middelen is geregeld middels het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en is onderdeel van de aansprakenregelingen van de Zorgverzekeringswet.



Figuur 4. Totale uitgaven aan farmaceutische hulp via aanspraak 'farmaceutische hulp' (x 1 mln€)(SFK 2011)

2.10.1 Bekostiging intramurale dure geneesmiddelen

Vanwege het grote beslag dat een klein aantal, hoofdzakelijk oncologische geneesmiddelen doet op het budget van de ziekenhuizen, is in 2002 de beleidsregel dure geneesmiddelen in het leven geroepen. De middelen die deze beleidsregel heeft aangewezen komen in aanmerking voor extrabudgettaire vergoeding. Deze beleidsregel heeft als doel om financiële belemmeringen bij de keuze voor deze geneesmiddelen bij geïndiceerde patiënten weg te nemen. De beleidsregel vormt hiermee een instrument ter bevordering van gelijke toegang voor alle verzekerden tot behandeling met deze geneesmiddelen. Voor betreffende geneesmiddelen komt 80% van de netto inkoopkosten voor nacalculatie in aanmerking. 'De totale kosten die ten laste van de beleidsregels zijn gebracht, kwamen in 2006 uit op een bedrag van € 266 miljoen'(SFK 2007). De totale uitgaven aan intramurale geneesmiddelen worden in dat jaar geraamd op ruim € 600 miljoen.

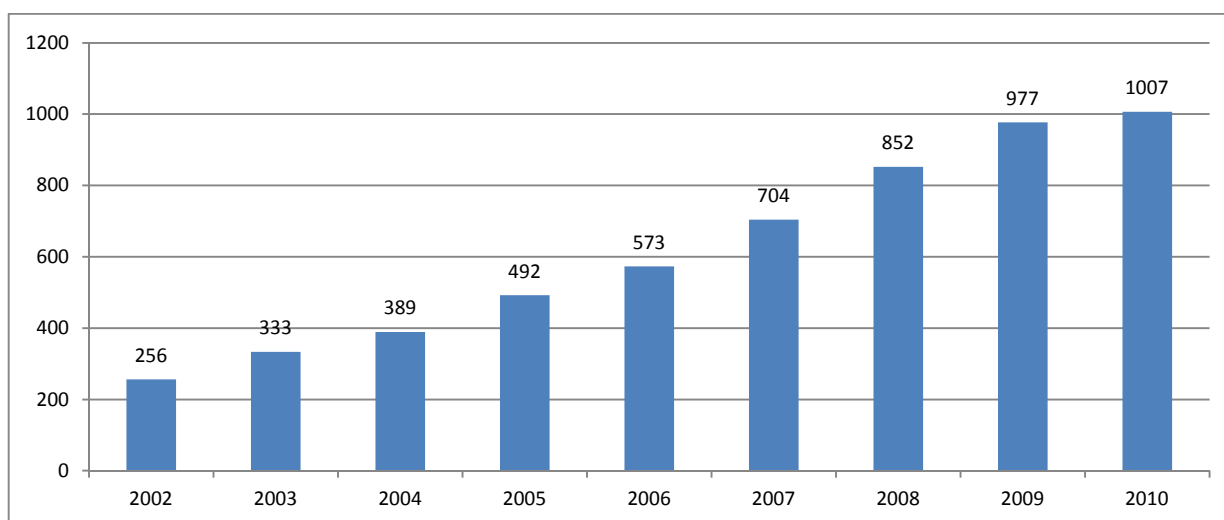
2.10.2 Bekostiging van extramurale dure geneesmiddelen

Bij een andere groep dure geneesmiddelen, die op grond van hun registratie uitsluitend onder verantwoordelijkheid van medisch specialisten mogen worden toegepast, is er onvoldoende sprake van een eenduidige aanspraak- en bekostigingsystematiek. Het gaat hier om 'hoog medisch-specialistische' geneesmiddelen, die veelal bij oncologische indicaties en auto-immuunziekten worden toegepast. Deze middelen worden als onderdeel van de ziekenhuisbehandeling uitsluitend onder verantwoordelijkheid van een specialist toegepast en vaak als ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie afgeleverd en toegediend.

Tot 1 januari 2012 werden deze middelen bekostigd via de aanspraak op farmaceutische hulp via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vanaf 1 januari worden de TNF- α -remmers, immunospressiva die worden ingezet in de reumatologie, dermatologie en gastro-enterologie, betaald uit het budget van de ziekenhuizen. Door het grote succes van de dure TNF- α -remmers is de totale jaaromzet van deze geneesmiddelen gestegen van € 92 miljoen in 2005 tot € 429 miljoen in 2009. Met de overheveling van deze geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget tracht VWS het doelmatig voorschrijven van deze middelen te bevorderen. Tevens denkt VWS dat door de inkoopmacht van ziekenhuizen grote kortingen bedongen kunnen worden.

De overheveling betekent dat de ziekenhuizen ook verantwoordelijk zijn voor de inkoop, distributie, aflevering en toediening van deze middelen. De afgelopen jaren was dit marktsegment het exclusieve terrein van de apotheken 'unieke levering'. Deze apotheken, die zichzelf ook wel 'zorgapotheken' noemen, hebben een landelijke dekking en zijn in de regel in bezit van een farmaceutische groothandel. Vaak betreft het een samenwerking met de farmaceutische industrie. Het grootste deel van deze medicatie wordt bij patiënten thuis afgeleverd, in een klein percentage inclusief toediening.

Het is de verwachting dat vanaf 1 januari 2013 ook andere dure geneesmiddelen worden overgeheveld naar het ziekenhuisbudget. In *figuur 5* is de stijging van de extramurale uitgaven aan dure geneesmiddelen weergegeven (SFK 2011). Eén van de grote zorgverzekeraars UVIT, schat dat hiermee een bedrag van € 1,5 miljard per jaar zal gaan vallen onder de aanspraak 'medisch specialistische zorg' (UVIT, 2011).



Figuur 5. Uitgaven geneesmiddelen van meer dan € 500 per voorschrift (x 1 mln €)(SFK 2011)

Door de wijziging van de bekostiging van de *TNF- α -remmers* zijn ziekenhuizen gedwongen om de inkoop, logistiek en toediening van deze middelen te organiseren. Dit kan zelfstandig, in samenwerkingsverband of worden uitbesteed. De afgelopen maanden zijn er onder druk enkele interessante samenwerkingsrelaties ontstaan. Zo hebben ruim vijftig openbare apotheken in de omgeving van Zwolle een overeenkomst getekend met de ziekenhuisapothek in Zwolle (PW 2012a). Ook in Zuid-Holland hebben de openbare en ziekenhuisfarmacie de handen ineen geslagen (PW2011). Alliance Healthcare levert *TNF- α -remmers* aan 3200 patiënten. De groothandel heeft hiervoor contracten afgesloten met acht ziekenhuizen (PW 2012b). Mediq, een andere groothandel, heeft met 12 andere ziekenhuizen een overeenkomst gesloten (PW2012c). De zes Santeon-ziekenhuizen, gevestigd op diverse plaatsen in Nederland, hebben een overeenkomst gesloten met het landelijk opererende ApotheekZorg, één van de apotheken unieke levering (PW 2012d).

2.11 Informatie- en communicatietechnologie (ICT)

ICT in de ziekenhuisfarmacie was tot het eind van de jaren '90 voornamelijk een interne aangelegenheid. Tot die tijd werden applicaties ontwikkeld en gebruikt ter ondersteuning van het verwerken van medicatieopdrachten, distributie en logistiek, bereidings- en laboratorium activiteiten en andere interne processen (Brenninkmeijer 2009).

Ook binnen andere disciplines van het ziekenhuizen was de ontwikkeling van software applicaties primair gericht op de ondersteuning van de eigen, interne processen. In veel ziekenhuizen is hierdoor een situatie ontstaan waarin er weinig samenhang is tussen de verschillende gebruikte applicaties; een 'Best of Breed' situatie.

Inmiddels wordt het belang van goed geïntegreerde software systemen van verschillende specialismen en disciplines, zowel binnen als buiten het ziekenhuis steeds breder gedragen. Het intelligent koppelen of integreren van verschillende systemen maakt het mogelijk om zorgprocessen efficiënter, effectiever en veiliger in te richten. In de ziekenhuisfarmacie kan dit de medicatiebegeleiding naar een hoger plan tillen en bijdragen aan het doelmatige en veilig toepassen van geneesmiddelen. De dynamiek rondom de implementatie en start van het Landelijk Schakel Punt illustreren dat dit technologisch, juridisch en politiek een complex traject is.

Een belangrijke applicatie is het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS), dat het proces van voorschrijven en toedienen van geneesmiddelen op verpleegafdelingen en poliklinieken digitaal ondersteund. Tot voor kort konden zorginstellingen zelf kiezen of, wanneer en in welke tempo zij een EVS zullen implementeren. Inmiddels is dit minder vrijblijvend. De IGZ eist van zorginstellingen dat zij voor 1 januari 2013 een EVS geïmplementeerd hebben en heeft aangekondigd hierop te zullen handhaven.

Deze ontwikkelingen doen een beroep op nieuwe competenties en vaardigheden van de ziekenhuisapotheker in het functioneel beheren, valideren en koppelen van systemen die ook door anderen gebruikt worden.

2.12 Medicatieveiligheid

Na de publicatie van *'To err is human. Building a safer Health System'* (Kohn 2000) in 2000 is ook in Nederland de aandacht voor patiëntveiligheid sterk toegenomen. Na de publicatie van het rapport *'Hier werk je veilig, of je werkt hier niet'*, waarin Rein Willems, destijds president directeur van Shell-Nederland, onderzoek doet naar de veiligheid in de zorg, staat dit onderwerp definitief op de agenda van de politiek en de zorgsector (Willems 2004). Een heel scala aan rapporten, richtlijnen en interventies is het resultaat. Eén van de belangrijke facetten van patiëntveiligheid is medicatieveiligheid. Vanaf 2003 is medicatieveiligheid één van de speerpunten van de NVZA. Dit resulteerde in een groot aantal lokale, regionale en landelijke initiatieven waarvan de *HARM-studie* (Leendertse 2008), een grote landelijke studie naar medicatiegerelateerde ziekenhuisopnames, de meeste media aandacht kreeg.

Deze focus op medicatieveiligheid heeft geresulteerd in verandering van wet- en regelgeving, nieuwe beroeps- en koepelnormen en eisen aan processen en automatisering en ICT. Tevens werd er onderkend dat met name bij opname en ontslag fouten in de informatieoverdracht leiden tot veel gevaarlijke situaties en iatrogene schade. De richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten', tot stand gekomen door intensieve samenwerking van nagenoeg alle koepelorganisaties in de zorg en met VWS en IGZ als aanjager moet deze situaties veiliger maken.

Hiermee heeft medicatieveiligheid een grote impact op de organisatie en de focus in de ziekenhuisfarmacie en op de taken en activiteiten van de ziekenhuisapotheker. De ziekenhuisapotheker wordt meer verantwoordelijk voor het gehele medicatieproces binnen het ziekenhuis, ook bij opname en ontslag.

2.13 Ontwikkeling van apotheekketens

In de jaren 90 waren de marges, beter bekend als bonussen en kortingen, in de openbare farmacie groot. Dit maakte deze markt destijds interessant voor investeerders en concernbouwers. Door voorwaartse integratie kwamen veel apotheken in bezit van farmaceutische groothandels en werden er apotheekketens gevormd. Dit aantal is met name in de eerste jaren van deze eeuw flink gestegen (*tabel 1*). Na 2006 is dit aantal min of meer gelijk gebleven. Het aantal apotheken dat zich heeft aangesloten bij een franchise formule is de afgelopen jaren flink toegenomen. In totaal is circa 55% van alle apotheken aangesloten bij een keten of een formule (SFK 2012). De apothekersformule Mediq heeft aangegeven niet verder te willen groeien via overnames van apotheken. Voor verdere uitbreiding kiest deze organisatie doelbewust voor franchise (Nationale franchise & formule brief 2011). Naast deze apotheek ketens zijn er ook gespecialiseerde apotheken tot wasdom gekomen. In §2.4 en §2.7 staan de ontwikkeling van de gespecialiseerde bereidingsapotheken en GDS-apotheken beschreven. De ontwikkeling van de ‘apotheken unieke levering’ is aan de orde gekomen in §2.10.2. Een ontwikkeling die nog niet aan de orde is gekomen is het ontstaan van central-filling apotheken. Dit zijn apotheken die in opdracht van openbare apotheken herhaalmedicatie geïndividualiseerd leveren. Door deze activiteiten te centraliseren en te automatiseren kunnen efficiency en schaalvoordelen behaald worden. Door deze ontwikkelingen zijn er concerns ontstaan die door een configuratie van groothandel, gespecialiseerde en generieke apotheken, marktmacht en schaalvoordelen in staat zijn veel diensten aan te bieden tegen lage prijzen.

Ziekenhuisapotheken kunnen deze concerns op verschillende deelmarkten tegenkomen. Als concurrent op het gebied van farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen, of op de markt van het verpakken van GDS-medicatie voor andere ziekenhuisapotheken. Als leverancier van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, GDS-medicatie en logistieke diensten. Als potentiële samenwerkingspartner op het gebied van het ontwikkelen van farmaceutische zorgconcepten, exploiteren van een poliklinische apotheek of de extramurale levering van dure geneesmiddelen.

Tabel 1. Farmaceutische groothandels met hun franchiseformules, Central Filling en GDS apotheken (bron SFK 2012)

Groothandel	Eigen apotheken (aantal)	Franchise (aantal)	Central Filling apotheek	GDS apotheek
Alliance	Kring (73) Boots (18)	Kring (260)	Central Filling Apotheek Alliance Healthcare	Spits BV
Brocacef	Lloyds&Escala (120)	Lloyds&Escala (40)	CeFi Central Filling Brocacef	Pack4u
Mediq	Mediq (210)	Mediq (22)	Mediq Central Filling Apotheek B.V.	Systemfarma
Mosadex			Mosadex Central Filling	Apotheek Voorzorg
Plurifarm			Pluripack	Pluripack
		Service Apotheek (300)		
		Medsen (41)		

2.14 Concentratie en spreiding van zorg

Het vraagstuk van spreiding en concentratie van ziekenhuisfuncties is in de ziekenhuiswereld erg actueel. Herschikking van ziekenhuisfuncties zal moeten resulteren in kwaliteitsverbetering en kostenreductie. Dit kan gaan om laag volume hoog complexe zorg, maar ook om hoog volume laag complexe zorg zoals heup- en knieoperaties. Deze herschikking kan tot stand komen door vrijwillige keuzes van ziekenhuizen of extern worden opgelegd door selectieve inkoop van zorgverzekeraars of door kwaliteitsnormen van de overheid. Gezien de complexe interne dynamiek in ziekenhuizen ligt het voor de hand dat deze herschikking voor een groot deel tot stand zal komen door externe druk.

Deze ontwikkeling zal ook voor de ziekenhuisapotheken consequenties hebben. Met name de concentratie van intensieve zorg voor oncologie en Intensive Care patiënten zal een grote impact hebben op de ordening van de ziekenhuisfarmacie. Deze twee disciplines vertegenwoordigen immers een belangrijk aandeel van de interne markt van ziekenhuisapotheken. Herverdeling van de ziekenhuiscapaciteit zal tevens kunnen leiden tot een nieuwe fusiegolf (Kiers 2011). Deze ontwikkelingen zullen de dynamiek rondom het zelf doen, samenwerken en uitbesteden van verschillende taken in de ziekenhuisfarmacie veranderen.

2.15 Samenvatting

Dit hoofdstuk heeft de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie beschreven. Vanaf 1996 is de ziekenhuisfarmacie ingrijpend veranderd van een productgeoriënteerde sector naar een dienstensector waar niet langer het product maar de patiënt en het proces centraal staan. Apotheek bereidingen en laboratoriumfuncties maken gestaag plaats voor medicatieveiligheid en informatie- en communicatietechnologie. Het is niet langer vanzelfsprekend en mogelijk om alle taken van de ziekenhuisfarmacie binnen de eigen apotheek te organiseren. Dit maakt outsourcing of samenwerking op verschillende domeinen noodzakelijk. Verandering van wet- en regelgeving en financieringsstructuur heeft nieuwe markten (toegankelijk) gemaakt, de concurrentieverhoudingen op bestaande markten veranderd en heeft invloed gehad op de ordening en taakverdeling binnen de farmacie. In het volgende hoofdstuk worden enkele begrippen, principes en theorieën geïntroduceerd zodat strategische samenwerking binnen deze ontwikkelingen door een bedrijfseconomische bril bekeken, beschreven, geanalyseerd en verklaard kan worden.

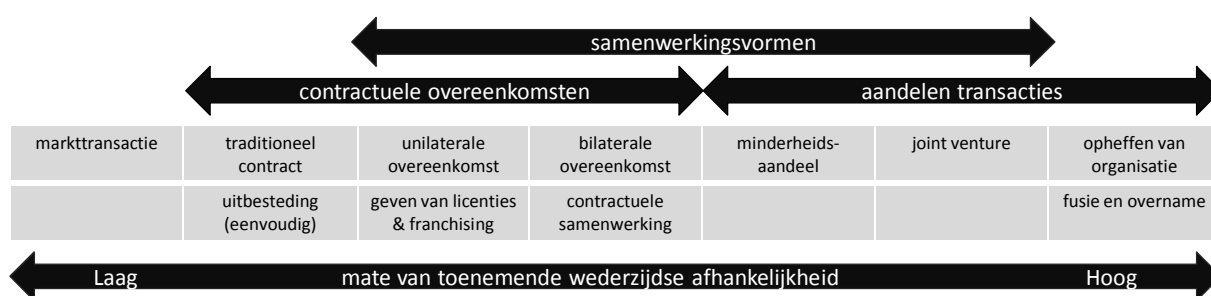
Hoofdstuk 3. Het conceptueel model ‘Samenwerking vanuit bedrijfseconomisch perspectief’

Samenwerking kan vanuit verschillende theoretische perspectieven beschreven en verklaard worden. Zo kunnen organisatiekundige, bestuurskundige, bedrijfskundige en sociaal wetenschappelijke concepten onderscheiden worden. Bedrijfskundige benaderingen als de *transactiekostentheorie*, de *Reource-Based View of the Firm* en organisatiekundige benaderingen hebben een sterk voluntaristisch karakter. Bedrijven kunnen een eigenstandige afweging maken om allianties aan te gaan of niet. Bestuurskundige concepten als netwerkmanagement benaderen samenwerking juist vanuit de onvermijdelijke afhankelijkheden; samenwerking is onontkoombaar (Beemer 2007). Aangezien de zorg zich tot een, weliswaar gereguleerde, markt ontwikkeld is in deze thesis gekozen om samenwerking in de ziekenhuisfarmacie vanuit het bedrijfskundig perspectief te belichten. In de paragrafen van dit hoofdstuk komen de verschillende facetten van samenwerking aan bod. De eerste paragraaf beschrijft de definitie van samenwerking en maakt het onderscheid tussen horizontale, verticale en diagonale samenwerking (§3.1). In de daarop volgende paragraaf (§3.2) worden de twee leidende bedrijfskundige theorieën besproken die samenwerking tussen organisaties verklaren; de *transactiekostentheorie* (TKT) en de *Reource-Based View of the Firm* (RBV). In aanvulling daarop worden aan de hand van bedrijfskundige literatuur andere invalshoeken ten aanzien van de drijvende krachten en doelen van samenwerking besproken (§3.3). Tevens worden partnerselectie (§3.4), succes- en faalfactoren van samenwerking (§3.5) en besturing van samenwerking (§3.6) aan de hand van bedrijfskundige literatuur nader uitgewerkt. Op deze wijze is een bedrijfskundig referentiekader gevormd ten behoeve van de ontwikkeling van de vragenlijst en de interpretatie van de resultaten van de enquête.

3.1 Samenwerking

3.1.1 Samenwerkingsvormen

Samenwerking is een middel om strategieën van organisaties te realiseren. ‘Om te overleven in de dynamische omgeving van vandaag moeten organisaties geïntegreerde en flexibele oplossingen leveren aan consumenten die beter gerealiseerd kunnen worden door samen te werken met partners’ (Duysters, 2001a).



Figuur 6. Verschillende samenwerkingsvormen en het integratie continuüm (naar De Man 2006, Duysters 2012, Griffioen 2010)

In *figuur 6* zijn de meest voorkomende samenwerkingsvormen weergegeven. Aan de linkerkant van de figuur bevindt zich de markttransactie. Bij deze koper-verkoper relatie is in het geheel geen sprake van samenwerking. Aan de rechterkant van de markttransacties neemt de mate van wederzijdse afhankelijkheid toe. Een belangrijke keuze bij het verder uitwerken van samenwerking is of deze juridisch wordt vormgegeven als een contractuele overeenkomst

of een aandelentransactie. Bij contractuele samenwerking wordt er geen nieuwe nieuw juridische entiteit gevormd. Bij de joint venture is er sprake van een aandelentransactie waarbij er wel een aparte nieuwe rechtspersoon gevormd wordt.

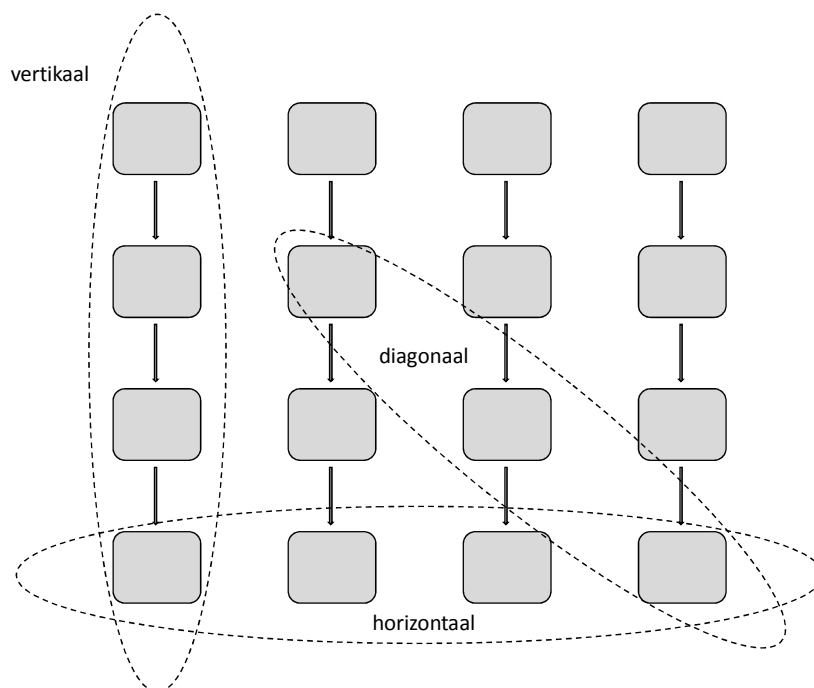
Er wordt van een alliantie gesproken indien er sprake is van 'samenwerking tussen twee of meer onafhankelijke ondernemingen, met een gezamenlijk doel, gezamenlijke risico's, kosten en opbrengsten en gezamenlijke besluitvorming' (De Man 2006). Hieronder vallen de contractuele samenwerking, het minderheidsaandeel en de *joint venture*. Duysters *et al.* (2012) voegen hieraan de volgende criteria toe:

- er is sprake van vrijwillige, evolutionaire en flexibele organisatievormen;
- om zowel gezamenlijke als individuele doelstellingen te verwezenlijken;
- waarbij producten, diensten, en technologieën worden uitgewisseld, gedeeld, of gezamenlijk ontwikkeld;
- met het behoud van de eigen identiteit.

De meest informele samenwerkingsvorm is het 'herenakkoord' (Engels: gentlemen's agreement). Een herenakkoord kan schriftelijk bestaan. Vaker echter betreft het een mondelinge afspraak. In tegenstelling tot de samenwerkingsvormen in *figuur 6* is een herenakkoord niet rechtens afdwingbaar, maar beroept het zich op de eer van de samenwerkingspartners.

3.1.2 Horizontale, verticale en diagonale samenwerking

Wanneer organisaties samenwerken die dezelfde activiteiten uitvoeren spreken we horizontale samenwerking. Dit kunnen wij onderscheiden van verticale en diagonale samenwerking. Deze oriëntaties worden onderscheiden op basis van hun positionering ten opzichte van de markt of bedrijfskolom. Om dit onderscheid te kunnen maken is het van belang de verschillende bedrijfskolommen te onderkennen (*figuur 7*).



Figuur 7. Horizontale, verticale en diagonale samenwerking (naar Beemer 2007)

Horizontale samenwerking vindt plaats binnen één niveau van de bedrijfskolom of tussen vergelijkbare niveaus van meerdere bedrijfskolommen. De samenwerking levert met name de volgende winst op: marktmacht, efficiency voordelen, schaalvoordelen, het reduceren van risico's in de bedrijfsvoering. Maar ook het gezamenlijk ontwikkelen van nieuwe producten en technologieën kan tot de doelstellingen van horizontale samenwerkingsvormen behoren (Beemer 2007).

Verticale samenwerking vindt plaats tussen organisaties in opeenvolgende niveaus van de bedrijfskolom. Hierin herkennen we het ketenconcept dat ook in de zorg veel voorkomt.

Van *diagonale samenwerking* is sprake indien er wordt samengewerkt door organisaties die actief zijn op verschillende niveaus uit verschillende bedrijfskolommen. Hier gaat het vaak om verrassende en innovatieve samenwerking. Wanneer dit innovatieve combinaties van publieke en private organisaties betreft wordt ook wel de term recombينات gebruikt (Van der Heijden 2007).

3.1.3 Publiek-private samenwerking

Een andere vorm van samenwerking is de publiek-private samenwerking. Klijn en Teisman omschrijven deze samenwerking als een 'Min of meer duurzame samenwerking tussen publieke en private actoren waarin gemeenschappelijke producten en/of diensten worden ontwikkeld en waarin risico's, kosten en opbrengsten worden gedeeld'. 'Publiek private samenwerking wordt vaak genoemd als instrument om publieke doelen beter te realiseren' (Klijn 2007). Hoewel dit volgens de meest strenge definitie alleen samenwerking tussen overheidsorganisaties en private ondernemingen betreft kan dit ook samenwerking tussen semioverheidsorganisaties, zoals zorginstellingen, en private ondernemingen betreffen.

3.2 Samenwerken in plaats van 'zelf doen' of uitbesteden: twee bedrijfseconomische theorieën

In de eerste paragraaf is samenwerking gedefinieerd als een middel om strategieën van organisaties te realiseren. Het vormt hiermee een alternatief op het uitbesteden (inkopen) van producten, diensten of activiteiten of de keuze deze processen binnen de eigen organisatie vorm te geven. Vanuit de geschiedenis kan er in grote lijnen worden vastgesteld dat er in het bedrijfsleven een ontwikkeling heeft plaatsgevonden van alles zelf doen (*make*), naar zelf doen of uitbesteden (*make or buy*) naar de bewuste keuze zelf doen, uitbesteden of organiseren in andere samenwerkingsverbanden (*make, buy or ally*) (Davids 2008). Om deze ontwikkeling te verklaren en in het verlengde daarvan richting te geven aan het oplossen van '*sourcingsvraagstukken*' kent de bedrijfseconomie meerdere theorieën. Twee belangrijke theorieën zijn de *transactiekostentheorie (TKT)* en de *Reource-Based View of the Firm (RBV)*.

3.2.1 Transactiekostentheorie

De *TKT* vormt één van de pijlers van de institutionele economie. De institutionele economie is te beschouwen als een aanvulling op de traditionele neoklassieke micro-economie. Deze gaat over de werking van prijzen en markten. Een belangrijke aanvulling van de institutionele economie is dat deze het bestaan van transactie- en informatiekosten in de analyse opneemt en een verklaring geeft voor het ontstaan van overheden, ondernemingen en instituties. De *TKT* gaat over het vinden van de meest geschikte, dat wil zeggen de

economisch meest efficiënte organisatievorm, gegeven de eigenschappen van de transactie; via de markt of via een (hiërarchische) organisatie. Deze theorie is het overheersende theoretische raamwerk geworden om besluiten met betrekking tot grens tussen de onderneming en de markt te verklaren (Geyskens 2006).

Zoals veel invloedrijke theorieën is de *TKT* niet 'over één nacht ijs' tot stand gekomen. De basis van deze theorie ligt in het werk van Ronald Coase, die in 1937 het klassieke '*The nature of the Firm*' publiceerde (Coase 1937). 'Zijn sterk vernieuwende benadering hield in dat hij de onderneming beschouwde als een alternatief coördinatiemechanisme voor het uitsluitend via markttransacties produceren van goederen. De met zijn benadering gepaard gaande coördinatiekosten zouden afgewogen moeten worden tegen, wat hij noemde de transactiekosten, de kosten die gemaakt moeten worden als men prijsvorming van een product volledig door markttransacties zou willen laten bepalen' (Mouwen 2011). De transactiekosten zijn de kosten die gemaakt moeten worden om een contract tot stand te brengen en de kosten die nodig zijn om achteraf de nakoming te controleren (Beemer 2007).

De transactiekosten theorie impliceert dat sourcingsvraagstukken beantwoord worden op basis van een vergelijking van de productiekosten van een product of proces wanneer de organisatie deze intern produceert (hiërarchie), met de transactiekosten die geassocieerd zijn met het verkrijgen van hetzelfde product of proces van een externe bron (de markt) (Shook 2009).

Oliver Williamson heeft de afgelopen decennia, sinds het verschijnen van zijn '*Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*', de belangrijkste bijdrage geleverd aan de theoretische en empirische ontwikkeling van de *TKT*. Voor zijn werk ontving hij in 2009 de Nobelprijs voor de economie.

TKT en samenwerking: Hiërarchie, markten en hybride vormen

Zoals hierboven beschreven onderscheidt de *TKT* de markt van de hiërarchie. Tussen de twee uitersten bestaat er ook nog het gebied van de hybride vormen. Dit betreft een heterogene groep activiteiten of transacties die niet specifiek marktgericht of organisatiegericht genoemd kunnen worden. Het gaat hier om lange termijn contracten en verschillende samenwerkingsvormen zoals allianties, franchise en joint ventures zoals die ook in *figuur 6* weergegeven zijn. Deze drie besturingsmodellen (hiërarchie, hybriden en markten) verschillen in de wijze waarop en de mate waarin zij in staat zijn kosten te reduceren en zich aan te passen aan externe omstandigheden afhankelijk van de aard van de transactie. De *TKT* poneert dat het matchen van transacties met het juiste model zal leiden tot een toename van de prestaties door kostenreductie en een toename van het aanpassingsvermogen (Crook 2005).

Kernbegrippen

De *TKT* bevat een aantal belangrijke kernbegrippen die het menselijk handelen in organisaties in relatie brengen met omgevingsfactoren. In het kader van dit onderzoek zijn de volgende begrippen van belang; beperkte rationaliteit, onzekerheid en complexiteit, opportunisme en kleine aantallen.

Beperkte rationaliteit is een begrip dat verwijst naar de aanname dat het vermogen van mensen om complexe problemen te formuleren en op te lossen grenzen kent. Beperkte rationaliteit verwijst naar menselijk gedrag dat 'intentioneel rationeel is, maar slechts op beperkte wijze' (Benschop 2012), met name wanneer er sprake is van

grote onzekerheid en/of van complexiteit met betrekking tot het beantwoorden van vraagstukken. Men zal in die situaties altijd kiezen de activiteit te laten verlopen via een organisatie die de *onzekerheid en complexiteit* reduceert. Een ander belangrijk begrip is *opportunisme*. Aanbieders van diensten en producten kunnen met name opportunistische handelen wanneer er weinig keuze is tussen andere aanbieders (*kleine aantallen*), waardoor de onderhandelingsmacht van deze leverancier is toegenomen. Indien het aantal aanbieders groot is zal opportunisme van leveranciers op termijn onherroepelijk leiden tot de verlies van klanten.

Williamson onderscheidt drie dimensies aan de hand waarvan transacties worden beschreven; de *bronspecificiteit*, de *frequentie* van de transactie en de mate waarin de transactie door *onzekerheid* is omgeven.

De *bronspecificiteit* is de mate van uniciteit van het product of de dienst. Unieke (specifieke) producten of diensten kunnen op de markt duur zijn, terwijl generieke producten en diensten die op grote schaal worden geproduceerd door meerdere producenten goedkoper zullen zijn.

De *frequentie* betreft de herhaling van een bepaalde transactie. Hoe hoger de frequentie waarmee een goed of dienst wordt aangeschaft hoe interessanter hiërarchie of samenwerking als coördinatiemiddel wordt.

Onzekerheid: Naarmate de transactie meer door onzekerheid is omgeven is het aantrekkelijke en goedkoper om het product of de dienst intern of in samenwerking te produceren in plaats van deze op de markt te verwerven.

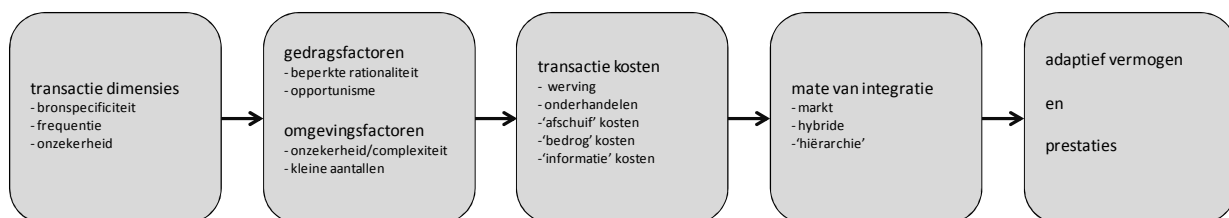
De relatie tussen de dimensies *bronspecificiteit*, *frequentie* en *onzekerheid* en het beste besturingsmodel is terug te vinden in *tabel 2*.

Tabel 2. Relatie tussen de transactie dimensies en het besturingsmodel (naar Crook 2005)

Transactie dimensie	Laag	Tussenliggend	Hoog
Bronspecificiteit	Markt	Hybride	Hiërarchie
Frequentie	Markt	Markt/hybride	Hiërarchie
Onzekerheid	Markt	Hybride	Hiërarchie

Van transactie dimensies, via transactiekosten, naar betere prestaties

Een schematische weergave van de samenhang tussen de in deze paragraaf introduceerde begrippen, dimensies en aannames van de transactiekostentheorie is terug te vinden in *figuur 8*.



Figuur 8. Schematische weergaven van de TKT: van transactiedimensies naar betere prestaties (naar Crook 2005)

Kritiek op de TKT

Er is ook kritiek op de *TKT*. Zo is er kritiek op de gebruikte begrippen en de beperkte voorspellende waarde. Eén van de belangrijkste kritiekpunten is de grote waarde die Williamson aan opportunisme toekent waardoor de bruikbaarheid van deze theorie afneemt (Lee, van der, 2000). Tevens is het de vraag of de theorie voldoende verklaringskracht heeft om het handelen van personen en organisaties te begrijpen. In de volgende paragraaf wordt daarom een andere perspectief op *make, buy or ally* vraagstukken beschreven; de *Recourse-Based View of the Firm (RBV)*.

3.2.2 Recourse-Based View of the Firm

De RVB is een stroming binnen het strategische management die is ontstaan aan het eind van de jaren '80. De oorsprong van deze theorie ligt in het werk van Penrose (1959). Met name het werk van Wernerfelt (1984) en Barney (1991) hebben geleid tot wat nu ook wel the *Resource based theory of the firm* genoemd wordt. De kern van de RVB is dat de basis voor concurrentievoordeel van een organisatie primair ligt in de toepassing van een bundel van waardevolle bronnen die in het bezit zijn van de organisatie. Volgens deze theorie wordt concurrentievoordeel en succes ontleent aan de kerncompetenties van organisaties. Deze zijn ontstaan door het verwerven en/of ontwikkelingen van bijzondere hulpbronnen (resources) en bekwaamheden. De RVB stelt dat de strategie van een onderneming moet worden gebaseerd op de hulpbronnen die de organisatie bezit. Niet alle hulpbronnen zijn daarbij van even groot belang.

De benadering van kerncompetenties is een belangrijke raamwerk om het uitbesteden van activiteiten van ondernemingen te verklaren. De keuze van een organisatie een activiteit uit te besteden is afhankelijk van de hulpbronnen van de organisatie en de strategische waarden die de organisatie toekent aan deze hulpbronnen. Kerncompetenties zijn die competenties die een organisatie groei en richting verlenen. Door te focussen op de (configuratie) van deze kerncompetenties kunnen de prestaties verbeterd worden en daarmee het concurrentievoordeel. De *RBV* benadrukt het belang van organisaties op het identificeren, ontwikkelen en behouden van hulpbronnen en competenties om zodoende waarde toe te kunnen voegen.

Kernbegrippen van de theorie

De theorie maakt gebruik van de term '*hulpbronnen*' (*resources*). Hulpbronnen kunnen onderscheiden worden in menselijke hulpbronnen (mensen, hun kennis en vaardigheden, know-how etc), financiële hulpbronnen (investeringen, werkkapitaal etc), fysieke hulpbronnen (zoals gebouwen, apparatuur, voorraad) en ongrijpbare hulpbronnen (zoals reputatie, patenten, rechten, merknamen, relatienetwerk). Tot deze laatste categorie behoren ook marktaandeel en marktpositie.

Aan de *RBV* liggen twee belangrijke veronderstellingen ten grondslag (Barney, 1991):

1. Strategische hulpbronnen zijn heterogeen verspreid tussen organisaties binnen eenzelfde bedrijfstak.
2. Deze hulpbronnen zijn niet perfect mobiel tussen organisaties, hierdoor kan heterogeniteit van lange duur zijn.

Volgens Barney (1991) zal het rendement groter zijn naarmate de hulpbronnen waardevoller, zeldzamer, moeilijk imiteerbaar en niet substitueerbaar zijn. Hieronder worden deze criteria kort toegelicht:

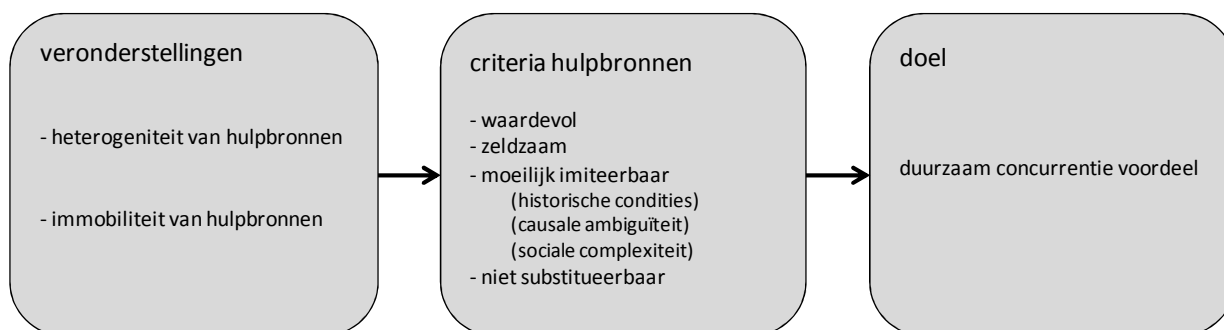
1. *De hulpbronnen moeten waardevol zijn.* Dit criterium betreft de absolute waarde van de hulpbron. Een hulpbron is waardevol wanneer zij een organisatie in staat stelt om een strategie te volgen die de efficiency en effectiviteit van de organisatie verbeterd.

2. *De hulpbronnen moeten zeldzaam zijn.* Een hulpbron is zeldzaam wanneer zij niet op grote schaal aanwezig is bij andere (concurrerende) organisaties. Volgens de theorie kunnen organisaties die over dezelfde hulpbronnen beschikken geen strategisch voordeel ten opzichte van elkaar realiseren.

3. *De hulpbronnen moeten moeilijk imiteerbaar zijn.* Wanneer een hulpbron moeilijk te imiteren is wordt het interessant voor een organisatie om deze zelf onder controle te hebben. Barney draagt drie redenen aan waarom hulpbronnen moeilijk imiteerbaar kunnen zijn; de unieke historische condities van de organisatie, causale ambiguïteit en sociale complexiteit. De hulpbron kan moeilijk imiteerbaar zijn door de unieke historische voorwaarden waardoor de hulpbron tot stand is gekomen. Causale ambiguïteit bestaat wanneer de relatie tussen een hulpbron van een organisatie en diens concurrentievoordeel niet of slecht begrepen wordt. De laatste reden is de sociale complexiteit van een hulpbron. Veel hulpbronnen hebben een sociaal complex karakter, zoals inter-persoonlijke relaties binnen een organisatie.

4. *De hulpbronnen moeten niet te substitueren zijn.* Dit laatste criterium houdt in dat er geen strategisch equivalente hulpbronnen mogen zijn, waardoor de hulpbron vervangbaar is.

In *figuur 9* zijn de relatie tussen heterogeniteit en immobiliteit van hulpbronnen, de 4 criteria van de RBV en duurzaam concurrentievoordeel schematisch weergegeven.



Figuur 9. Heterogeniteit/immobiliteit van hulpbronnen, de 4 criteria van de RBV en concurrentievoordeel (naar Barney 1991)

Beperkingen van de RBV

Ook deze theorie kent haar beperkingen. Zo voldoet volgens Priem en Butler (2001) de RBV niet aan alle voorwaarden om empirisch getest te kunnen worden. Dit is een gevolg van het tautologisch of het afhankelijk van elkaar definiëren van de afhankelijke (het concurrentievoordeel) en onafhankelijke (de hulpbronnen) concepten binnen de theorie (Gosselin 2002). Een andere beperking is dat het moeilijk is om hulpbronnen te vinden die aan alle criteria van Barney voldoen. De theorie zou voorbijgaan aan belangrijke issues aangaande de wijze waarop hulpbronnen veranderen en zich ontwikkelen in de loop van de tijd (Henry 2011). Tevens zou de theorie te intern gericht zijn en voorbijgaan aan de dynamiek en de invloed van de externe omgeving

RVB en samenwerking

Vanuit het perspectief van de *RBV* kan samenwerking worden verklaard uit het gegeven dat door samenwerken een partij toegang kan krijgen tot aantrekkelijke middelen en competenties (hulpbronnen) van een andere partij, die op de markt of in eigen beheer niet of moeilijk beschikbaar zijn (Beemer 2007; Barney 1991). Door middelen en competenties bij elkaar te brengen ontstaat synergie en daarmee potentieel rendement waarmee duurzaam concurrentievoordeel behaald kan worden. Hierbij kan samenwerkingsvaardigheid op zichzelf een hulpbron zijn waarmee duurzaam competitief voordeel gerealiseerd kan worden. Diagonale samenwerkingsvormen kunnen bij uitstek worden verklaard vanuit de *RBV*. Door nieuwe combinaties van kennis, vaardigheden, cultuur, competenties, kapitaal en/of marktposities kunnen nieuwe geïntegreerde producten of diensten worden geleverd (Beemer 2007)

3.2.3 TKT en RBV en doelen van samenwerking

In de vorige twee subparagrafen zijn de *TKT* en de *RBV* geïntroduceerd en toegelicht. Tevens is de relatie die deze theorieën hebben met sourcingsvraagstukken aan de orde gekomen. In *tabel 3* staat beknopt aangegeven wat de focus van beide theorieën is en hoe deze richting geven aan *make, buy or ally* vraagstukken.

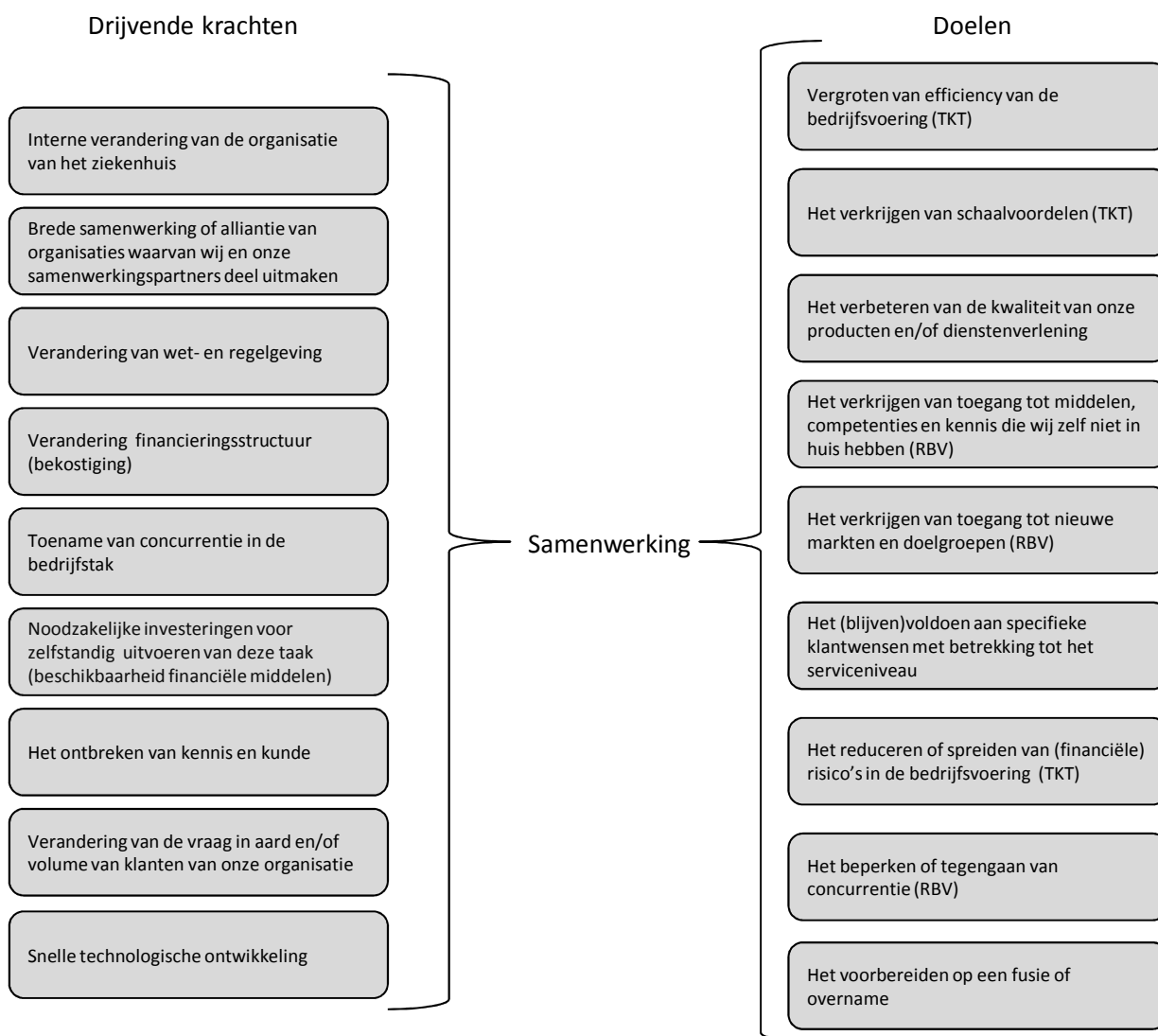
Tabel 3. Stelling, focus, criteria en make-buy-ally beslissingen: de TKT en de RBV

	<i>TKT</i>	<i>RBV</i>
Stelling	Organisaties moeten keuzes maken die kosten minimaliseren.	Unieke hulpbronnen zijn verantwoordelijk voor duurzaam concurrentievoordeel
Focus	Kosten	Hulpbronnen
Criteria	Bronspecificiteit, frequentie, onzekerheid	Waardevol, zeldzaam, slecht imiteerbaar en moeilijk substitueerbaar
Make	Doe het zelf wanneer de productiekosten lager zijn dan de samenwerkingskosten en transactiekosten	Besteed geen processen, activiteiten uit die duurzaam concurrentievoordeel bieden
Buy	Koop wanneer transactiekosten lager zijn dan productiekosten en samenwerkingskosten.	Besteed processen, activiteiten uit die geen duurzaam concurrentievoordeel bieden
Ally	Werk samen wanneer samenwerkingskosten lager zijn dan de transactiekosten en productiekosten	Samenwerking is een middel om toegang tot hulpbronnen te verkrijgen die lastig op de markt te verkrijgen zijn en die gezamenlijk met de eigen hulpbronnen synergie geven

Vanuit deze theorieën dient er voor samenwerking gekozen te worden indien er kosten bespaard kunnen worden (*TKT*) of wanneer er middels samenwerking toegang tot gewenste hulpbronnen verkregen kan worden (*RBV*). Ook andere theorieën en wetenschappelijke disciplines hebben doelen voor samenwerking geformuleerd. In aanvulling op beide theorieën kijken we wat andere mogelijke doelen en drijvende krachten voor samenwerking kunnen zijn in de specifieke context van de ziekenhuisfarmacie om zo tot een integraal, helder beeld te komen.

3.3 Drijvende krachten en doelen van samenwerking

Uit verschillende interne en externe gebeurtenissen kan een onderneming afleiden dat samenwerking in enigerlei vorm te overwegen is. Er is een nauwe relatie tussen deze drijvende krachten en de doelen die ondernemingen voor samenwerking formuleren. In *figuur 10* wordt een aantal algemene factoren genoemd die in theorie en praktijk als drijvende krachten en doelen achter samenwerking worden waargenomen. De opsommingen in de figuur zijn tot stand gekomen op basis van het werk van diverse auteurs en wetenschappelijke perspectieven. Zij zijn naar eigen inzicht aangepast aan de context van deze studie; de Nederlandse ziekenhuisfarmacie. (De Man 2006, Douma 1993, Eppink&Bossink 2004). In een gedeelte van deze doelen herkennen we de principes van de *TKT* en de *RBV*. Indien van toepassing is bij de doelen aangegeven welke deze principes aanwezig zijn.



Figuur 10. Drijvende krachten en doelen van samenwerking

3.4 Partnerselectie

Wanneer organisaties op basis van een *make, buy or ally* analyse bewust hebben gekozen voor strategische samenwerking moet men op zoek naar een geschikte partner met wie de gestelde doelen gerealiseerd kunnen worden. De geformuleerde samenwerkingsstrategie moet in lijn zijn met de strategie van de organisatie. In *figuur 11* zijn de verschillende fasen van dit proces schematisch weergegeven.



Figuur 11. Fasen van het partnering proces (naar Wildeman & Kok, 1997)

Een zorgvuldige partnerselectie is een kritische stap in het realiseren van een succesvolle samenwerking. In de werkelijke partnerselectie onderscheiden Duysters *et al.* (2012) de volgende stappen:

- Stap 1: (Onbevooroordeeld) opstellen van een longlist potentiële partners
- Stap 2: Opstellen profiel optimale partner, met aandacht voor management, financiering, R&D, productie, marketing en distributie, alliantievaardigheden en de gewenste configuratie van hulpbronnen
- Stap 3: Opstellen shortlist op basis van longlist en profiel optimale partner
- Stap 4: Fit-analyse. In welke mate zijn de partners strategisch, operationeel en persoonlijk compatibel.
- Stap 5: Een risico en rendementsanalyse
- Stap 6: Onderhandelingen
- Stap 7: 'Memorandum of understanding and principles'; vastleggen van de aspecten waar overeenstemming over bereikt is, onder meer de strategische intentie, doelstellingen en operationele principes.

3.5 Besturing van samenwerkingsvormen

Vergeleken met het besturen van organisaties kent het besturen van samenwerkingsvormen enkele bijzondere problemen. De bestuursconcepten van interne organisaties zijn niet direct toepasbaar op samenwerkingvormen. Een groot verschil is dat er bij samenwerkingsvormen sturing wordt gegeven vanuit verschillende organisaties; de partners. De Man (2006) benoemt de volgende problemen waarop samenwerkingsbestuur een oplossing moet bieden: *dynamiek tussen partners, ontbreken van hiërarchie, onverenigbare bestuursstructuren, opportunisme en tijdelijkheid*. Daarnaast zijn er besturingsvragen die bij elke van de partners intern spelen.

Om deze problemen en vraagstukken het hoofd te bieden kan er worden gekozen voor een control- of trustbenadering (De Man 2006). In de controlbenadering wordt opportunisme als kern van het samenwerkingsbesturingsprobleem gezien en is er een sterke nadruk op *strategie, structuren* en *systemen*. In de trustbenadering staat de motivatie om samen te werken centraal. Deze is zo sterk dat dit opportunisme geen rol meer speelt. In deze benadering zijn *purpose, process* en *people* de aangrijpingspunten voor besturing. De verschillen tussen deze benaderingen, in termen van besturingsprobleem, aannames, waardecreatie, waardeverdeling, besturingsfocus, theoretische achtergronden en voor- en nadelen zijn terug te vinden in *tabel 4*. Hierin is tevens terug te vinden in welke situaties er vaak voor één van de benaderingen gekozen wordt.

Tabel 4. Twee benaderingen van besturing van samenwerkingsvormen (naar De Man 2006)

	Controlbenadering	Trustbenadering
Besturingsprobleem	Hoe voorkom ik opportunisme van partner? Hoe houd ik grip op werknemers?	Hoe benut en overbrug ik verschillen? Hoe motiveer ik mensen?
Aanname	Conflicterende belangen Eigen belang	Complementaire belangen Wens tot groei/ontwikkeling
Waardecreatie	Marktmacht, delen kosten/risico	Leren, innoveren, ondernemerschap
Waardeverdeling	Focus op verdelen van de taart; gedetailleerde regels voor winstdeling	Focus op vergroten van de taart; overeenstemming over visie in plaats van regels
Besturing benadrukt	<i>Strategy, structure, systems</i> Planning & control, BSC, uitgebreide contracten; Boards sturen actief mee; Extrinsieke motivatie; Formele aspecten en controlemechanismen; herhaalde onderhandelingen; Organisatie door regels	<i>Purpose, process, people</i> Gedeelde normen en waarden, vertrouwen; Boards adviseren en versterken samenwerking, <i>arm's length</i> ; Intrinsieke motivatie, <i>volition</i> , uitdaging; Informeel aspecten en controle mechanismen; Wederzijdse aanpassing; Zelforganisatie
Theoretische achtergrond	TKT, agency theory, Industrial Organisation, M-form	Social capital view, N-form, stewardship, Ghoshal
Voordelen	Waakzaamheid, discipline	Verbind samenwerking met individuele aspiraties Maakt energie los Lagere coördinatielast
Nadelen	Beperkt waardecreatie, flexibiliteit en creativiteit Overstructureren kan leiden tot lagere prestaties Focus op regels in plaats van de doelen Hoe meer regels hoe meer opportunisme	Geen correctiemechanisme voor free-riding en opportunisme Financiële onduidelijkheid Fit met doel van de partner kan verminderen Groupthink leidt tot strategische rigiditeit
Wanneer wordt voor trust gekozen en wanneer voor control?	Individualistische culturen met grote machtsafstand Wantrouwe controlefreaks Als schaalvergroting en kostenbesparing het doel is In een stabiele omgeving Samenwerking met concurrent Samenwerking met een groot belang Potentiële schade verbreken samenwerking is hoog	Collectivistische culturen met geringe machtsafstand Als innovatie het doel is In een dynamische omgeving Samenwerking met een klein belang Potentiële schade verbreken samenwerking is laag

3.6 Succes en faalfactoren van samenwerking

Samenwerken is niet eenvoudig. Naar schattingen is meer dan de helft van de allianties onsuccesvol en tweederde van de gevormde netwerken valt na verloop van tijd uit elkaar (Boonstra 2007). Vanuit de verschillende disciplinaire invalshoeken is er onderzoek gedaan de oorzaken van het succesvol formeren en functioneren van allianties en netwerken. In 'Ondernemen in allianties en netwerken' geeft Jaap Boonstra (2007) een opsomming van deze faal- en succesfactoren. In totaal kent zijn opsomming 29 faalfactoren en 45 succesfactoren. Dit illustreert dat een samenwerking op veel zaken stuk kan lopen. Veel van deze factoren zijn te relateren aan de processen van strategievorming en, de in dit hoofdstuk beschreven, partnersselectie en besturing van samenwerking. Het valt buiten het bestek van deze thesis om deze verschillende succes- en faalfactoren in hun context in detail te bespreken. Om toch een beeld te geven van de aard van deze factoren zijn de belangrijkste factoren volgens Porter Lynch opgenomen in *tabel 5* (Duyster 2012).

Tabel 5. Succes en faalfactoren volgens Porter Lynch 2001 (Duyster 2012)

Succesfactoren	Faalfactoren
Perfekte strategische fit. Sterktes heffen zwaktes op	Geen commitment
Onderhoud van perfecte 'Chemistry'	Gebrek aan vertrouwen
Selectie van juiste partner met compatibele cultuur	Slechte culturele/operationele integratie
Creatie van de meeste waarde in de ogen van de consument	Strategisch zwak (geen synergie)
Gecommitteerd aan lange termijn win-win	Stijve houding, weinig aanpassingsvermogen
	Gericht op interne allianties i.p.v. de consument/missie

3.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn verschillende begrippen en principes van strategische samenwerking aan bod gekomen. Samenwerking wordt gezien als een middel om strategieën en doelen te realiseren. De verschillende samenwerkingsvormen zijn aan de orde gekomen en de begrippen horizontale, verticale, diagonale en publiek-private samenwerking zijn geïntroduceerd. Tevens is stilgestaan bij het principes van partnersselectie en besturing van samenwerking en de verschillende factoren die het succes van samenwerking kunnen maken of in de weg kunnen staan.

De *transactiekostentheorie* en de *Resource-Based View of the firm* werden geïntroduceerd als bedrijfskundige theorieën, beide met hun eigen begrippenkader, waarmee vanuit twee verschillende perspectieven naar de doelstelling van, en de dynamiek rondom, strategische samenwerking gekeken kan worden. De eerste theorie stelt het minimaliseren van kosten centraal, de tweede kan samenwerking verklaren vanuit het gegeven dat door samenwerken een partij toegang kan krijgen tot aantrekkelijke hulpbronnen.

Dit geeft ons het juiste gereedschap om de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie op het gebied van strategische samenwerking (hoofdstuk 2) en de resultaten van de enquête die in het volgende hoofdstuk gepresenteerd zullen worden, te beschrijven en te verklaren. De synthese tussen de context, het conceptueel model en de resultaten van de enquête zal plaats vinden in het laatste hoofdstuk van deze thesis.

Hoofdstuk 4. Resultaten en analyse

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de enquête gepresenteerd. In de bespreking en analyse van de resultaten wordt de volgorde van de enquête zo veel mogelijk aangehouden (*bijlage 3*). De enquête bestaat uit 39 meerkeuze en 2 open vragen. Met de vragen 1-3 worden de eigenschappen van de respondenten en met de vragen 4-8 de eigenschappen van de ziekenhuisapotheken verzameld. Vraag 9-10 inventariseren in welke mate er op de verschillende domeinen van de ziekenhuisfarmacie sprake is van zelfstandigheid (*make*), uitbesteding (*buy*) of samenwerking (*ally*). In vraag 11 wordt gevraagd naar de domeinen waarop samenwerking succesvol is. In vraag 12-13 staan de partners in deze samenwerkingsrelaties centraal. Van de belangrijkste partner in de meest succesvolle samenwerking worden juridische vormgeving (vraag 15-16), partnerselectie (vraag 17-18) drijvende krachten (vraag 19) en doelen (vraag 20-22) uitgevraagd. In vraag 23 wordt de respondent uitgenodigd om succesfactoren te formuleren. Vraag 25-36 zijn een herhaling van de vragen 12-23, met het verschil dat het hier gaat om onsuccesvolle samenwerking. Vraag 37 betreft een open vraag naar faalfactoren. De vragen 39-41 gaan over de toekomstverwachtingen met betrekking tot samenwerken, uitbesteden, fusies en overnames.

4.1 Karakteristieken respondenten

Er zijn 82 (gevestigd) ziekenhuisapothekers, werkzaam in 78 verschillende ziekenhuisapotheken, aangeschreven. De enquête werd door 48 van hen geheel of gedeeltelijk ingevuld. Vier enquêtes waren incompleet. Deze zijn buiten beschouwing gelaten. Er zijn derhalve 44 enquêtes geïnccludeerd. Dit betekent een respons van 53,7%, waarmee 56,4% van de ziekenhuisapotheken is vertegenwoordigd. De eigenschappen van de respondenten zijn terug te vinden in *tabel 6*. De steekproefomvang is 44. Dit resulteert in een foutenmarge van 10% (betrouwbaarheidsinterval van 95%) op vragen die door alle respondenten beantwoord zijn (Raosoft 2012).

Tabel 6. Eigenschappen respondenten (n=44)

Leeftijdscategorie	Aantal	Percentage
tot 35 jaar	2	5%
35-44 jaar	13	30%
45-54 jaar	15	34%
55-64 jaar	14	32%
65 jaar of ouder	0	0%

Geslacht	Aantal	Percentage
Vrouw	14	32%
Man	30	68%

Functies (meerdere functies mogelijk)	Aantal	Percentage
Gevestigd apotheker	41	93,2%
Hoofd van de apotheek (integraal management)	33	75,0%
Hoofd van de apotheek (dual management)	6	13,6%
Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (integraal management)	2	4,5%
Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (dual management)	0	0,0%

4.2 Karakteristieken ziekenhuisapothek organisaties

De aard van de zorginstelling waarvan de apotheekorganisatie deel uit maakt is terug te vinden in *tabel 7*. Ziekenhuisapotheken zijn in de regel onderdeel van een ziekenhuis. Voor 3 (7%) van de respondenten geldt dat niet. De in de tabel terug te vinden verhoudingen zijn representatief voor de verhoudingen binnen de bedrijfstak.

Tabel 7. Aard van de zorginstellingen waarvan de ziekenhuisapotheken deel uit maken

	Aantal	Percentage
GGZ	2	5%
Categoriaal	3	7%
Algemeen (STZ*)	9	20%
Algemeen (niet-STZ*)	21	48%
UMC	6	14%
Ziekenhuisapotheek is zelfstandig	2	5%
Ziekenhuisapotheek is coöperatie	1	2%

*STZ = Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

Kwalitatief en kwantitatief zijn er grote verschillen tussen ziekenhuisapotheken. Het aantal apotheeklocaties, aantal ziekenhuis-, GGZ- en verpleeghuisbedden en het aantal FTE's zijn kengetallen die aangeven hoe groot de organisatie is. Deze kengetallen zijn terug te vinden in *tabel 8*. Van de ziekenhuisapotheken heeft 43% meer dan één apotheeklocatie. Bijna de helft (43%) van de apotheken is verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg van meer dan 600 ziekenhuisbedden. Van de apotheken verleent 73% farmaceutische zorg aan verpleeghuizen en 43% aan GGZ-instellingen. Ook in het aantal FTE's zijn er grote verschillen. Zo heeft bijna een kwart (23%) minder dan 26 FTE's en iets meer dan een kwart (26%) meer dan 75 FTE's.

Tabel 8. Kengetallen van de ziekenhuisapotheken van de respondenten

Aantal apotheek locaties	1	2	3	>=4	Totaal
Aantal apotheekorganisaties	25	8	6	5	44

Aantal ziekenhuisbedden	geen	300	301-600	601-900	901-1200	>1200	Totaal
Aantal apotheekorganisaties	2	3	21	7	8	3	44

Aantal verpleeghuisbedden	geen	250	251-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000	Totaal
Aantal apotheekorganisaties	12	8	7	7	4	3	3	44

Totaal aantal GGZ bedden	geen	250	251-500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000	Totaal
Aantal apotheekorganisaties	25	8	3	6	2	0	0	44

Aantal FTE werkzaam	Tot 25	26-50	51-75	76-100	101-150	>150	Totaal
Aantal apotheekorganisaties	10	11	11	5	3	3	43*

*Data van één respondent ontbrak

Integratie van ziekenhuisapotheken

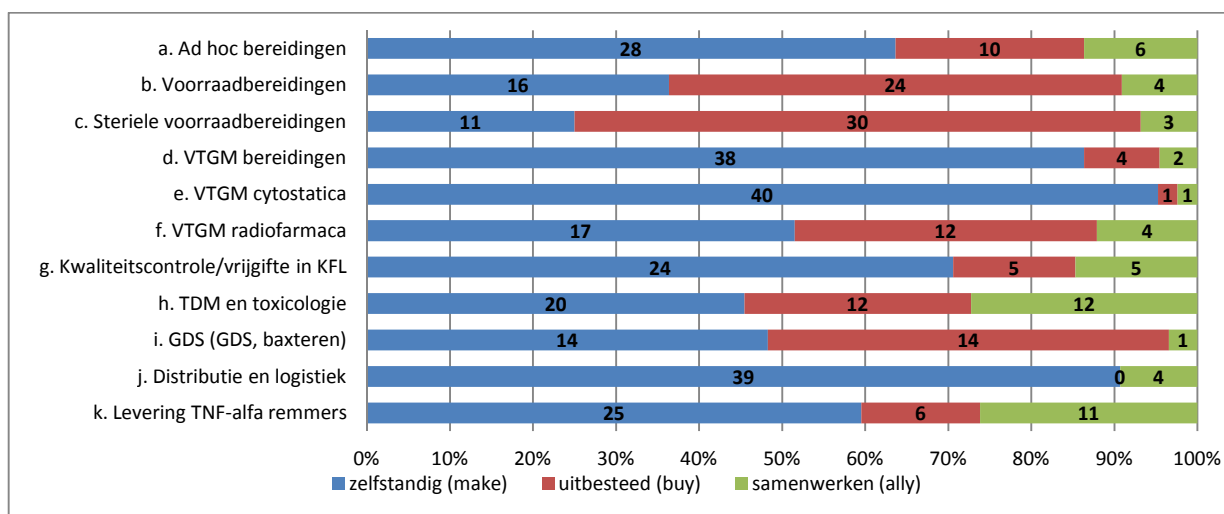
Van de ziekenhuisapotheken is 36% ontstaan uit een integratie van twee of meer ziekenhuisapotheken (*bijlage 4, vraag 7*). Hiervan kwam 60% tot stand als gevolg van fusies van zorginstellingen waarvan de apotheken onderdeel waren. Meer dan de helft (53%) van de integraties vond langer dan 10 jaar geleden plaats (*bijlage 4, vraag 8*).

Poliklinische apotheek

Van de ziekenhuizen exploiteert 61% een poliklinische apotheek (*bijlage 4, vraag 5*). In de helft van de gevallen (48%) zijn de poliklinische en klinische apotheek een geïntegreerde afdeling. In 6 gevallen (22%) wordt de poliklinische apotheek gezamenlijk met één of meerdere openbare apotheken geëxploiteerd. In één geval is er sprake van een joint venture met farmaceutische groothandel en apotheek keten Mediq.

4.3 Zelf doen (*make*), uitbesteden (*buy*) of samenwerken (*ally*)

In de enquête is geïnventariseerd op welke domeinen van de ziekenhuisfarmacie samengewerkt wordt (*figuur 12, figuur 13*). Op 15 domeinen van de ziekenhuisfarmacie wordt er in totaal 135 keer samengewerkt. In 118 gevallen zijn er activiteiten uitbesteed. In *figuur 12* is eveneens terug te vinden in welke mate men de activiteiten op deze domeinen zelfstandig verricht.

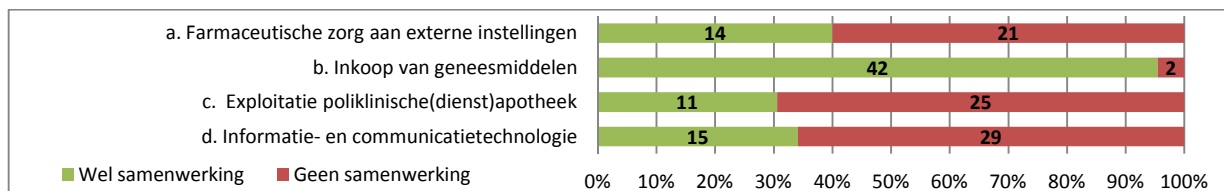


Figuur 12. 'Make, buy of ally' op de verschillende domeinen van de ziekenhuisfarmacie

In *figuur 12* is te zien dat op domein 'bereidingen' de 'ad hoc bereidingen' (a) en 'VTGM' (d, e) overwegend binnen de eigen ziekenhuisapotheek georganiseerd zijn. Een groot deel van de ziekenhuisapotheken heeft de '(steriele) voorraadbereidingen' (b, c) uitbested. In enkele gevallen is er sprake van een samenwerking op deze domeinen. Op de domeinen 'TDM en toxicologie' (h), en 'Levering van TNF- α -remmers' (k), wordt met ongeveer een kwart van de gevallen relatief vaak samengewerkt. De meerderheid van de ziekenhuizen (60%) heeft er voor gekozen om de 'levering van TNF α -remmers' (k) zelfstandig uit te voeren.

Indien ziekenhuisapotheken gebruik maken van een 'geautomatiseerd distributie systeem (GDS)' (i) wordt dit in evenveel gevallen in eigen beheer gedaan als uitbesteed. Op dit domein wordt in 1 geval samengewerkt.

In *figuur 13* is te zien dat de 'inkoop van geneesmiddelen' (b) in bijna alle gevallen in samenwerking gedaan wordt. Ook op de domeinen 'Farmaceutische zorg aan instellingen' (40%), 'Exploitatie van een poliklinische(dienst)-apotheek' (30%) en 'Informatie- en communicatietechnologie' (34%) wordt er veel samengewerkt.

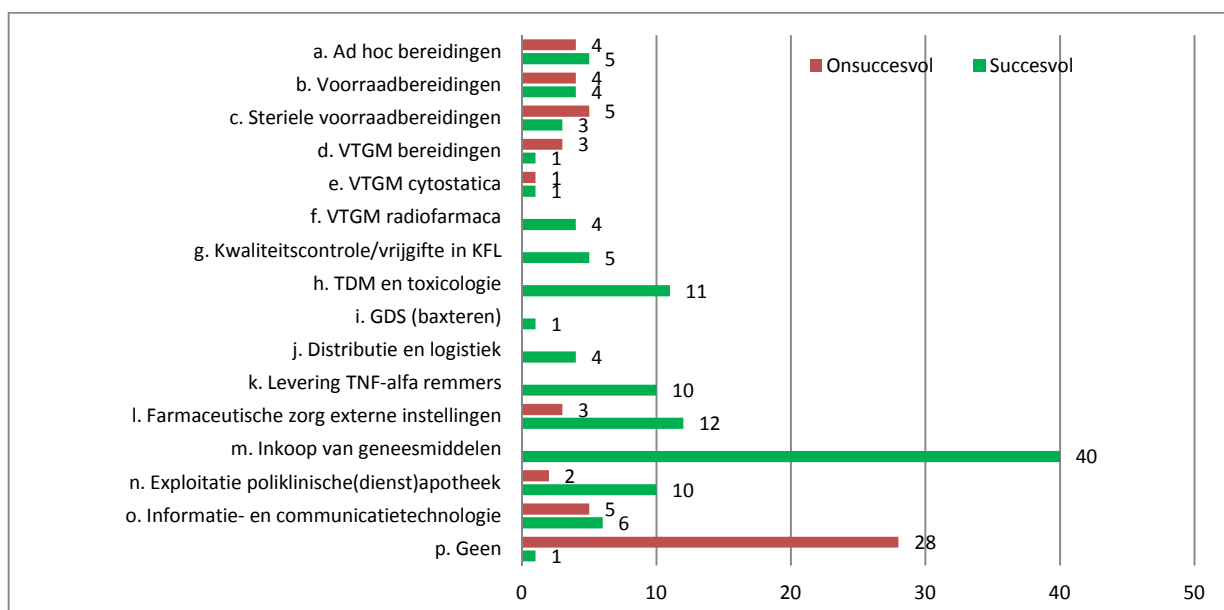


Figuur 13. 'Samenwerken of niet' op vier domeinen van de ziekenhuisfarmacie

4.4 Succesvolle en onsuccesvolle samenwerking

Van de 135 gevallen van samenwerking uit *figuur 12 en 13* worden er 118 (87,5%) als succesvol beoordeeld. De respondenten beoordeelde 27 actuele of in een recent verleden gestaakte gevallen van samenwerking als onsuccesvol. Het aantal niet succesvolle samenwerkingsrelaties is daarmee opvallend lager.

De gezamenlijke 'inkoop van geneesmiddelen' (m) wordt door bijna alle respondenten als succesvol ervaren. Op de domeinen 'TDM en Toxicologie' (h), 'Farmaceutische zorg externe instellingen'(l) en 'Exploitatie poliklinische (dienst)apotheek' (n) heeft men overwegend goede ervaring met samenwerking. De huidige samenwerking op het gebied van 'bereidingen' (ad-hoc en steriele(voorraad)bereiding) wordt overwegend als succesvol ervaren. Tegenover 13 succesvolle samenwerkingsrelaties staat echter een gelijk aantal negatieve ervaringen in het verleden. Ook op gebied van 'ICT' houden het aantal succesvolle en onsuccesvolle samenwerkingsrelaties elkaar in balans.

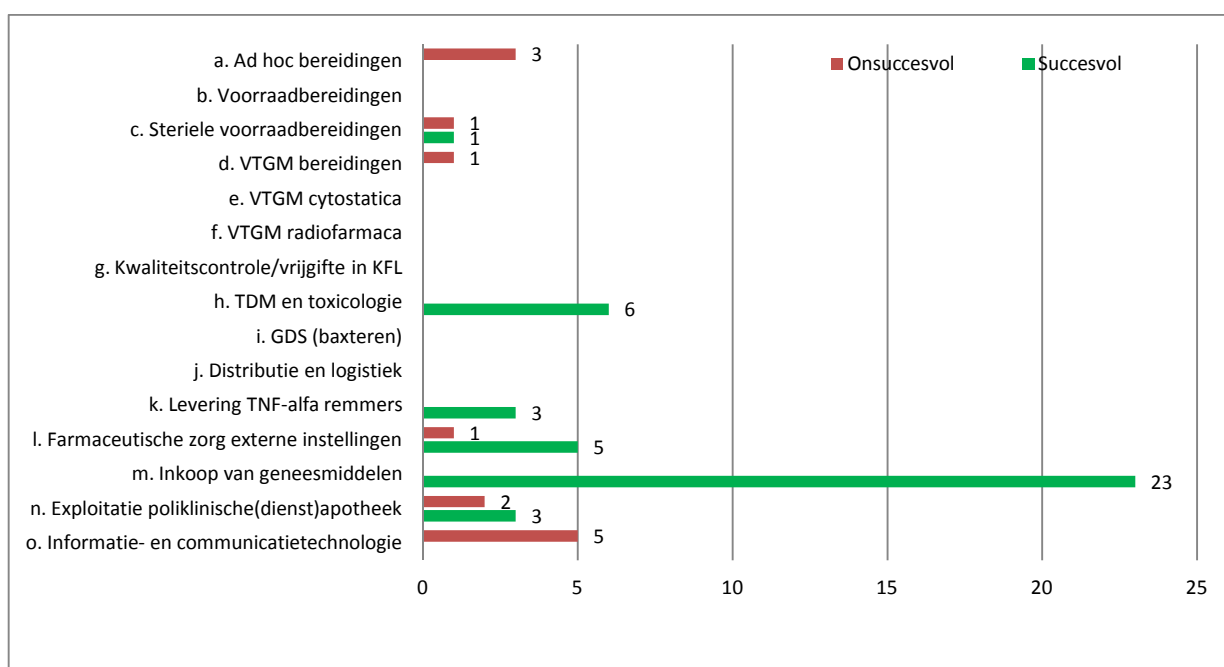


Figuur 14. De domeinen waarop succesvol (n=117) en onsuccesvol (n=27) wordt (of werd) samengewerkt

Meest en minst succesvolle samenwerking

De respondenten is gevraagd of ze willen aangeven op welk domein hun samenwerking het meest en minst succesvol is (figuur 15). 41 respondenten hebben aangegeven op welk domein hun meest succesvolle samenwerkingsrelatie plaatsvindt en 13 respondenten hebben tevens het domein aangegeven waarop sprake was van hun meest onsuccesvolle samenwerking.

De als meest succesvol beoordeelde samenwerkingsrelaties vonden op 6 verschillende domeinen plaats. 'TDM en Toxicologie' (h), 'farmaceutische zorg aan instellingen'(l) en 'inkoop van geneesmiddelen' (m) vallen daarbij het meeste op. Bij de meest onsuccesvolle samenwerking zijn dat 'Ad-hoc bereiding' (a) en 'Informatie- en communicatie technologie' (o).

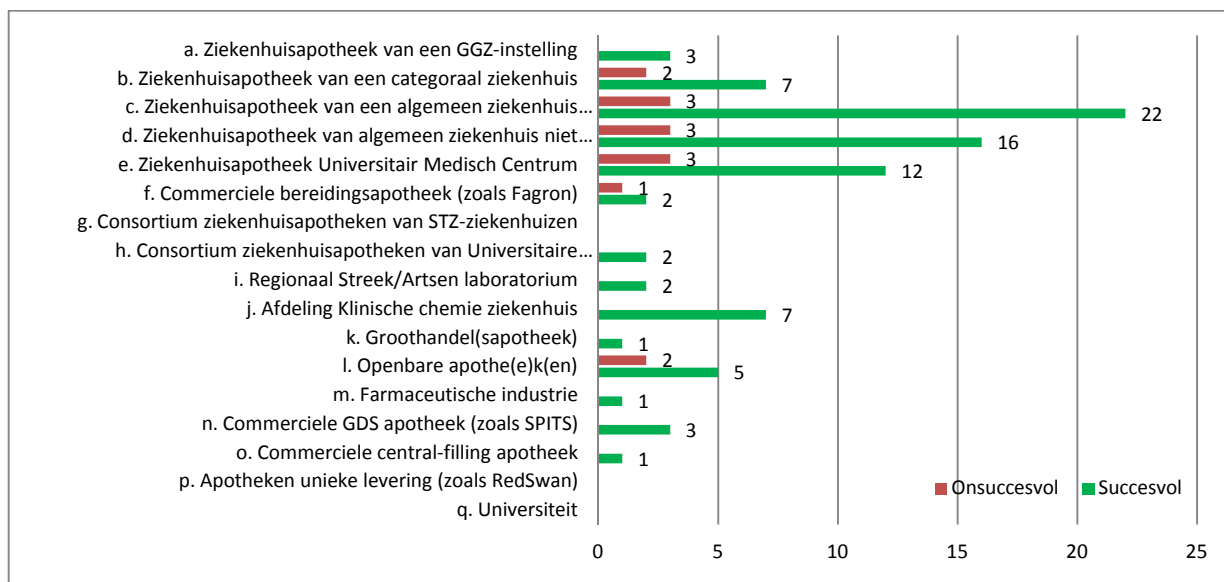


Figuur 15. De domeinen waarop het meest succesvol (n=41) en het meest onsuccesvol (n=13) wordt samengewerkt

4.5 Samenwerkingspartners

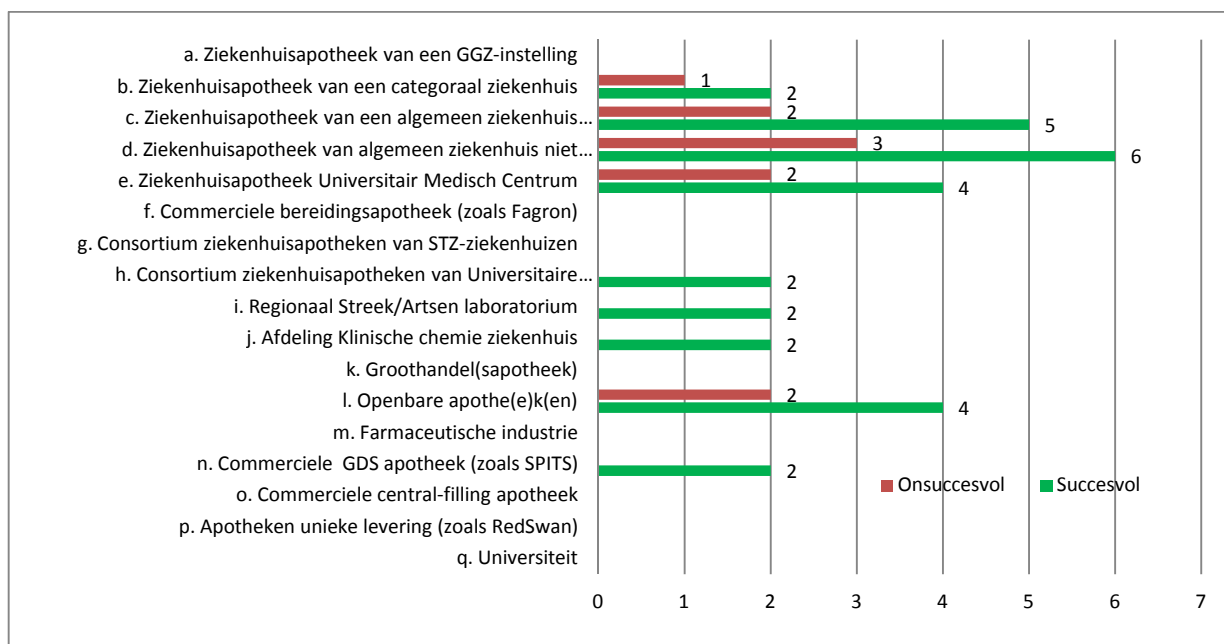
Op de als meest succesvol ervaren samenwerking wordt in totaal met 84 partner(type)s samengewerkt (figuur 16). Hiervan behoort 74% tot de ziekenhuisfarmacie. In 13 gevallen wordt er met een private organisatie samengewerkt; in 5 gevallen met één of meer *openbare apotheken* (l) en in 8 gevallen met commerciële organisaties zoals de *bereidingsapotheken* (f), de *groothandels(apotheken)*(k), de *farmaceutische industrie* (m), *GDS*-(n) en *Central-filling apotheken* (o). In 7 gevallen wordt er lokaal samen gewerkt met de '*klinische chemie van het ziekenhuis*'(j), in 2 gevallen met een '*regionaal laboratorium*'(i).

In het geval van onsuccesvolle samenwerking zijn er 14 partner(type)s geselecteerd. Ook hier betrof het hoofdzakelijk partners uit de ziekenhuisfarmacie.



Figuur 16. Partner(type)s in meest succesvolle(n=84) en onsuccesvolle (n=14) samenwerking

De respondenten is gevraagd welke partner type het grootste aandeel had in het slagen of falen van de meest succesvolle respectievelijk de meest onsuccesvolle samenwerking (figuur 17). Voor de meest succesvolle samenwerking heeft een groot gedeelte van de respondenten deze vraag niet beantwoord. Dit betreft 12 respondenten die geen keuze maakte voor de belangrijkste partner in een inkoop samenwerking met andere ziekenhuisapotheken. Ook hier valt op dat het zowel bij de succesvolle (65%) als de niet succesvolle samenwerking (80%) met name samenwerking met andere ziekenhuisapotheken betreft.



Figuur 17. Belangrijkste partner in de meest succesvolle (n=29) respectievelijk minst succesvolle (n=10) samenwerking

4.6 Oriëntatie van samenwerking binnen de ziekenhuisfarmacie

In de vorige paragraaf zagen wij dat er hoofdzakelijk binnen de eigen beroepsgroep word samengewerkt. Het betreft hier horizontale samenwerking binnen de bedrijfstak. In deze paragraaf maken wij een verdieplingslag door de aard van de apotheek van de respondent te vergelijken met de aard van de geselecteerde samenwerkingspartners binnen de ziekenhuisfarmacie (tabel 9). Apotheken van ziekenhuizen niet aangesloten bij STZ zijn voornamelijk georiënteerd op andere niet STZ-apotheken (71%) en STZ-apotheken (52%). STZ-apotheken werken met veel typen ziekenhuisapotheken samen. Zij werken niet succesvol samen met ziekenhuisapotheken van UMC's. Succesvolle samenwerking van UMC-apotheken is overwegend georiënteerd op andere UMC apotheken. In 5 gevallen betreft het hier samenwerking op het gebied van de inkoop van geneesmiddelen.

Tabel 9. Succesvolle samenwerking; partners binnen de ziekenhuisfarmacie (n=44)

	Apotheek GGZ-instelling	Apotheek categoriaal ziekenhuis	Apotheek ziekenhuis STZ	Apotheek ziekenhuis niet STZ	Apotheek UMC	Consortium apotheken UMC
Apotheek GGZ-instelling (n=2)						
Apotheek 'categoriaal' ziekenhuis (n=3)		1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	
Apotheek STZ- ziekenhuis (n=9)	2 (22%)	4 (44%)	4 (44%)	3 (33%)		
Apotheek algemeen ziekenhuis niet STZ (n=21)		1 (5%)	15 (71%)	11 (52%)	5 (24%)	
Apotheek UMC (n=6)		1 (17%)	1 (17%)		5 (83%)	2 (33%)
Zelfstandige ziekenhuisapotheek (n=2)	1 (50%)	0	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	
Totaal (n=44)	3 (7%)	7 (16%)	22 (50%)	16 (36%)	12 (27%)	2 (5%)

4.7 Juridische vormgeving van samenwerking

Er zitten geen opvallende verschillen in de juridische vormgeving van de meest succesvolle en onsuccesvolle samenwerking (tabel 10). In meer dan de helft van de gevallen is er sprake van een 'contractuele overeenkomst binnen het streven naar een duurzame samenwerking'. Opvallend is dat ongeveer een kwart van de samenwerking historisch geroeid en niet juridisch vormgegeven is. Bij de succesvolle samenwerking is er in twee gevallen sprake van een aandelentransactie.

Tabel 10. Juridische vormgeving van meest en minst succesvolle samenwerking

	Succesvol (aantal)	Succesvol (percentage)	n	Onsuccesvol (aantal)	Onsuccesvol (percentage)	n
Samenwerking is historisch gegroeid en niet juridisch vormgegeven (betreft een informeel herenakkoord)	9	24%	37	3	27%	11
Zakelijke klant-leveranciers overeenkomst voor een beperkte periode zonder duurzame samenwerking als expliciete doelstelling	2	5%	37	2	18%	11
Contractuele overeenkomst binnen een streven naar duurzame samenwerking	24	65%	37	6	55%	11
Aandelen transactie waarbij uw instelling een minderheidsaandeel heeft	1	3%	37	0	0%	11
Aandelentransactie waarbij sprake is van een Joint Venture (50%-50%)	1	3%	37	0	0%	11
Niet ingevuld door respondent	6			3		

4.8 Partnerselectie

4.8.1 Keuze voor de partner

In bijna de helft (48%) van de meest succesvolle samenwerking was het de respondent zelf, eventueel samen met de Raad van Bestuur die de samenwerkingspartner(s) koos. Bij ongeveer een derde (14) van de meest succesvolle samenwerking was het de voorganger hiervoor verantwoordelijk. In 10 gevallen betrof dit *‘inkoop van geneesmiddelen’*. In 13% (5) van succesvolle samenwerking koos de Raad van Bestuur de partner. In 5 gevallen (45%) van de meest onsuccesvolle samenwerking was de voorganger verantwoordelijk voor de selectie. In een even groot aantal gevallen was men zelf, eventueel samen met de Raad van Bestuur, degene die voor de partner koos.

4.8.2 Duur van de samenwerking

Van de meest succesvolle samenwerkingsrelaties bestaat 42% langer dan 10 jaar. Het betref hier hoofdzakelijk samenwerking op het gebied van de *‘inkoop van geneesmiddelen’*. Van de succesvolle samenwerkingsrelaties kwamen 6 (14%) de afgelopen 2 jaar tot stand en 20 (47%) de afgelopen 5 jaar. Van de onsuccesvolle samenwerkingsrelaties kwam 1 (8%) de laatste 2 jaar en 6 (50%) de laatste 5 jaar tot stand.

4.8.3 Redenen om voor deze partner te kiezen

De redenen voor de keuze van de partners in de meest succesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *tabel 11*. De respondenten hebben deze redenen beoordeeld op een schaal van 1 tot 5. In de tabel staan de gemiddelden weergegeven. Hoe hoger dit getal, hoe groter de rol die dit criterium heeft gespeeld.

In alle gevallen speelde strategische motieven een belangrijke rol. Op het domein *‘TDM en Toxicologie’* speelde de *‘kwaliteit van de partner’* (gem. 4,0) een belangrijke rol. Voor de keuze van de partner op het gebied van *‘poliklinische levering van dure geneesmiddelen’* speelt het *‘verstevenigen van het lokale/regionale netwerk’* (gem. 4,7) een belangrijke rol. In de samenwerking op het gebied van *‘een poliklinische(dienst)apotheek’* (gem. 4,3) en *‘farmaceutische zorg aan externe instellingen’* (gem. 4,4) was dit eveneens het geval. Bij de laatste worden *‘kwaliteit’* (gem. 4,0) en *‘vertrouwen in de samenwerkingspartner’* (gem. 4,0) ook als belangrijke reden genoemd.

Bij de gepoolde data van onsuccesvolle samenwerking scoren *‘strategische motieven’* (gem. 4,3) *‘het uitbereiden van regionale/lokale netwerk’* (gem. 4,2) en *‘vertrouwen in de samenwerkingspartner’* (gem. 3,8) hoog. De overige data betreffende onsuccesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *bijlage 4*.

Tabel 11. Partnerselectiecriteria in geval van succesvolle samenwerking (n=41) (schaal 1-5; 1= helemaal geen rol, 5 = zeer grote rol)

	Steriele voorraad bereidingen	TDM en toxicologie	Poliklinische levering dure geneesmiddelen	Farmaceutische zorg aan externe instellingen	Inkoop van geneesmiddelen	Poliklinische (dienst) Apotheek
	(n=1)	(n=6)	(n=3)	(n=5)	(n=23)	(n=3)
Versteveniging/uitbereiding van regionale/lokale netwerk	2,0	3,4	4,7	4,4	3,3	4,3
Versteveniging/ uitbreiding van landelijke netwerk	4,0	2,0	1,0	2,6	2,8	1,5
De goede reputatie van samenwerkingspartner	5,0	3,3	3,7	3,6	3,1	3,0
Het vertrouwen in uw samenwerkingspartner	5,0	3,8	3,7	4,0	3,4	3,5
De kwaliteit van de samenwerkingspartner	5,0	4,0	3,7	4,0	3,4	3,0
De prijs of kosten van de producten/dienstverlening	1,0	3,5	3,3	3,4	3,6	3,5
Strategische motieven	4,0	3,8	4,3	4,2	4,0	4,7

4.9 Drijvende krachten samenwerking

De invloeden van potentiële drijvende krachten in de meest succesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *tabel 12*. De respondenten hebben de invloed beoordeeld op een schaal van 1 tot 5. In de tabel staan de gemiddelden weergegeven. Hoe hoger dit getal, hoe groter de invloed die deze kracht heeft gehad.

‘Verandering van wet- en regelgeving’ wordt op drie domeinen beoordeeld als belangrijke drijvende kracht: ‘steriele voorraadbereiding’ (5,0), ‘poliklinische levering van dure geneesmiddelen’ (gem. 4,0) en ‘farmaceutische zorg aan externe instellingen’ (gem. 4,6). Verandering in de financieringsstructuur zou invloed hebben op de totstandkoming van samenwerking op het gebied van de ‘poliklinische levering van dure geneesmiddelen’ (gem. 4,7), en ‘steriele voorraadbereiding’ (5,0). ‘Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren’ wordt in drie van de zes domeinen als drijvende kracht gezien: ‘steriele voorraadbereiding’ (5,0), ‘TDM en toxicologie’ (gem. 4,3), en ‘farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen’ (gem. 4,0).

‘Toename van concurrentie’, ‘het aantrekken van kennis en kunde’ en ‘snelle technologische ontwikkelingen’ komen op geen van de domeinen echt naar voren als invloedrijke drijvende kracht. Op het domein ‘Farmaceutische zorg aan externe instellingen’ scoort de ‘Toename van concurrentie’ met een gemiddelde van 3,6 relatief hoog.

Bij de gepoolde data van onsuccesvolle samenwerking komt alleen ‘Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak’ (gem. 4,1) als invloedrijke drijvende kracht naar voren. De overige data betreffende onsuccesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *bijlage 4*.

Tabel 12. Drijvende krachten van samenwerking (n=41) (schaal 1-5; 1=geen invloed, 5=veel invloed)

	Steriele voorraad bereidingen	TDM en toxicologie	Poliklinische levering dure geneesmiddelen	Farmaceutische zorg aan externe instellingen	Inkoop van geneesmiddelen	Poliklinische (dienst) Apotheek
	(n=1)	(n=6)	(n=3)	(n=5)	(n=23)	(n=3)
Verandering van de organisatie van het ziekenhuis	4,0	3,0	3,3	3,0	2,3	2,0
Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken	3,0	3,3	3,3	2,0	3,1	2,3
Verandering van wet- en regelgeving	5,0	2,5	4,0	4,6	2,0	1,3
Verandering financieringsstructuur (bekostiging)	5,0	1,5	4,7	3,2	2,5	1,7
Toename van concurrentie in de bedrijfstak	1,0	1,7	3,0	3,6	2,4	3,3
Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)	5,0	4,3	1,7	4,0	3,4	2,0
Het aantrekken van kennis en kunde die wij zelf niet in huis hebben	3,0	3,2	2,3	3,0	3,0	2,3
Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie	1,0	2,2	2,0	4,2	2,5	4,3
Snelle technologische ontwikkeling	1,0	3,0	1,7	2,8	2,1	1,3

4.10 Doelen samenwerking

De doelen van de meest succesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *tabel 13*. De respondenten hebben de doelen beoordeeld op een schaal van 1 tot 5. In de tabel staan de gemiddelden weergegeven. Hoe hoger dit getal, hoe belangrijker het doel.

Het 'vergroten van efficiency' en 'het verkrijgen van schaalvoordelen' zijn op drie van de zes domeinen belangrijke doelen voor samenwerking; 'steriele voorraadbereidingen' (5,0 respectievelijk 5,0), 'farmaceutische zorg aan externe instellingen' (gem. 4,2 respectievelijk 4,4) en 'inkoop van geneesmiddelen' (gem. 4,1 respectievelijk 4,4). 'Het verbeteren van de kwaliteit van producten/dienstverlening' was een zwaarwegend doel op vier domeinen. 'Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis' was alleen in geval van samenwerking op 'steriele voorraad bereiding' (5,0, n=1) een zwaarwegend doel. 'Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten' speelt als doel een rol op de domeinen 'farmaceutische zorg aan instellingen' (gem. 4,2) en 'poliklinische apotheek' (gem. 4,0). 'Het blijven voldoen aan specifieke klantenwensen' lijkt alleen op de domeinen 'TDM en toxicologie' en 'inkoop van geneesmiddelen' geen zwaarwegende rol van betekenis te spelen. 'Het reduceren of spreiden van financiële risico's' wordt alleen op het domein 'steriele voorraadbereiding' (5,0, n=1) als belangrijk doel gezien. 'Het beperken of tegengaan van concurrentie' en 'het voorbereiden op een fusie of overname' lijken op geen van de domeinen een grote rol van betekenis te spelen.

De gepoolde data van onsuccesvolle samenwerking komen in grote lijnen overeen met de gepoolde data van succesvolle samenwerking. Hierop vormt 'Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's' een uitzondering. Dit doel heeft bij de onsuccesvolle samenwerking een gemiddelde van 3,8 en bij de succesvolle een gemiddelde van 2,7.

De overige data betreffende onsuccesvolle samenwerking zijn terug te vinden in *bijlage 4*.

De respondenten is eveneens gevraagd of de doelen aan het begin van de samenwerking helder en ondubbelzinnig geformuleerd zijn. In het geval van succesvolle samenwerking beantwoorde 62% (23/37) deze vraag met 'ja'. In het geval van onsuccesvolle samenwerking was dit opvallend lager (33%, 4/12).

De respondenten denken in geval van succesvolle samenwerking in 93% van de gevallen te weten dat de partner de samenwerking ook als succesvol beoordeeld. In geval van onsuccesvolle samenwerking denkt 42% dat de partner de samenwerking ook als onsuccesvol beoordeeld.

Tabel 13. Doelen van samenwerking (n=41) (schaal 1-5; 1=geen doel, 5=zwaarwegend doel)

	Steriele voorraad bereidingen	TDM en toxicologie	Poliklinische levering TNF- α -remmers	Farmaceutische zorg aan externe instellingen	Inkoop van geneesmiddelen	Poliklinische (dienst) Apotheek
	(n=1)	(n=6)	(n=3)	(n=5)	(n=23)	(n=3)
Vergroten van efficiency van de bedrijfsvoering	5,0	3,2	3,0	4,2	4,1	3,3
Het verkrijgen van schaalvoordelen	5,0	2,7	3,0	4,4	4,4	2,0
Het verbeteren van de kwaliteit van onze producten en/of dienstenverlening	5,0	3,7	3,7	4,0	3,3	2,7
Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis die wij zelf niet in huis hebben	5,0	3,3	3,0	3,2	3,0	2,3
Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen	3,0	3,2	3,3	4,2	2,2	4,0
Het (blijven)voldoen aan specifieke klantwensen met betrekking tot het serviceniveau	5,0	3,0	4,3	4,6	3,0	4,0
Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering (zowel innovatie als exploitatie)	5,0	3,0	1,7	2,6	2,6	2,5
Het beperken of tegengaan van concurrentie	2,0	1,6	1,7	3,4	2,3	2,3
Het voorbereiden op een fusie of overname	1,0	1,6	1,0	1,6	1,6	1,0

4.11 Succes- en faalfactoren

In twee open vragen is de respondenten gevraagd minimaal 2 en maximaal 5 succes- en faalfactoren te benoemen die hebben bijgedragen aan het succes respectievelijk het falen van de samenwerking. Het opbrengst van deze open vragen is een heterogene verzameling van antwoorden en formuleringen. Van de door 38 respondenten geformuleerde 96 succesfactoren beoordeelde de onderzoeker 41 als niet zijnde succesfactoren. Het betreft termen die tot de doelen en partnerselectiecriteria gerekend kunnen worden. De overgebleven 55 factoren zijn door de onderzoeker beoordeeld, geclusterd, geherformuleerd en geharmoniseerd en, voor zover als mogelijk, in overeenstemming gebracht met de succes- en faalfactoren beschreven door Boonstra (2007). Succesfactoren die vijf keer of vaker voorkomen zijn terug te vinden in *tabel 14*. In totaal formuleerde 12 respondenten 29 faalfactoren voor de meest onsuccesvolle samenwerking. Faalfactoren die vijf keer of vaker voorkomen zijn eveneens terug te vinden in *tabel 15*. Als factoren voor succes worden de factoren ‘*Vertrouwen*’ en ‘*Heldere visie op gemeenschappelijke doelen&ambities*’ en ‘*gelijkwaardigheid van partners*’ het meest genoemd. Bij de onsuccesvolle samenwerking zijn de meest genoemde faalfactoren ‘*Onvoldoende visie op gemeenschappelijke doelstellingen en ambities*’ en ‘*Beperkte autonomie ziekenhuisapothek*’.

Tabel 14. Succes- en faalfactoren die vijf keer of vaker genoemd zijn (aantal keer genoemd)

Succesfactoren	Aantal	Faalfactoren	Aantal
Vertrouwen	9	Onvoldoende visie op gemeenschappelijke doelstellingen en ambities	7
Heldere visie op gemeenschappelijke doelstelling en ambities	8	Beperkte autonomie ziekenhuisapothek	5
Gelijkwaardigheid partners	7		
Centrale coördinatie en ondersteuning voor alliantievorming en besturing	5		
Heldere contractuele arrangementen (SLA's)	5		
Kwaliteit van de partner	5		
Partners zijn complementair (perfecte strategische fit, sterktes heffen zwaktes op)	5		

4.12 Toekomst van eigen ziekenhuisapothek

In de laatste drie vragen van de enquête is de respondenten gevraagd naar de verwachtingen met betrekking tot de ontwikkelingen op gebied van samenwerking, uitbesteding, fusies en overnames voor de aankomende 5-10 jaar.

4.12.1 Toekomst perspectieven

In *tabel 15* staat aangegeven welk aantal en welk percentage van de respondenten, per apothekcategorie, een beschreven toekomstperspectief de aankomende 5-10 jaar waarschijnlijk tot zeer waarschijnlijk acht.

Drie kwart van de respondenten acht ‘*intensievere samenwerken en/of afname van meer diensten en producten van andere (apothek)organisaties*’ waarschijnlijk. Het zijn met name de ziekenhuisapotheken van de topklinische ziekenhuizen (100%) en UMC's (100%) die denken intensiever samen te werken en meer producten en diensten aan andere (zieken)huisapotheken te leveren.

Een aanzienlijk gedeelte van de ziekenhuisapotheken van topklinische (33%), niet-topklinische (52%) en UMC's (33%) denkt dat een fusiescenario op initiatief van de Raad van Bestuur (zeer) waarschijnlijk is. Een fusiescenario op initiatief van het management van de apotheek wordt door een iets kleiner percentage (28%) (zeer) waarschijnlijk geacht. Slechts enkele respondenten (4) achten het opgaan in een andere ziekenhuisapotheek (zeer) waarschijnlijk. Een derde van de ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen denkt dat het waarschijnlijk is dat andere ziekenhuisapotheken in hun organisatie zullen opgaan.

Tabel 15. Verschillende toekomstperspectieven en de mate waarin deze als (zeer) waarschijnlijk worden gezien.

	Aantal	Apotheek GGZ	Apotheek 'categoraal'	Apotheek STZ	Apotheek niet-STZ	Apotheek UMC	Apotheek zelfstandig	Totaal
		(n=2)	(n=3)	(n=9)	(n=21)	(n=6)	(n=2)	
Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en/of meer diensten en producten van andere (apotheek)organisaties afnemen.	42	1 (50%)	2 (67%)	8 (89%)	17 (81%)	3 (50%)	0 (0%)	31 (74%)
Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en meer diensten en producten aan andere (ziekenhuis)apotheken leveren.	40	0 (0%)	1 (33%)	9 (100%)	7 (33%)	6 (100%)	1 (50%)	24 (60%)
Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van de Raad van Bestuur van de zorginstelling waarvan de apotheek deel uit maakt.	40	0 (0%)	0 (0%)	3 (33%)	11 (52%)	2 (33%)	0 (0%)	16 (40%)
Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van het management van de apotheek (gevestigd apotheeker).	40	0 (0%)	1 (33%)	3 (33%)	6 (29%)	1 (17%)	0 (0%)	11 (28%)
Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een andere ziekenhuisapotheek.	40	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (10%)
Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een commerciële apotheekorganisatie.	41	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)
Andere ziekenhuisapotheken zullen opgaan in mijn ziekenhuisapotheek.	42	0 (0%)	0 (0%)	3 (33%)	1 (5%)	0 (0%)	1 (50%)	5 (12%)

4.12.2 Toekomstige samenwerkingsdomeinen

De respondenten is gevraagd aan te geven op welke domeinen die nog in zelfstandigheid verricht worden men denkt binnen 5 jaar intensiever te gaan samenwerken of deze activiteiten uit te besteden. In tabel 16 correspondeert de intensiteit van de kleur met de hoogte van het percentage dat dit (zeer)waarschijnlijk acht. Op veel domeinen verwacht een groot percentage samenwerking te intensiveren of activiteiten te gaan uitbesteden. De categorie *apotheken 'categorale' ziekenhuizen* verwachten relatief veel te gaan samenwerken of uitbesteden. Het aantal respondenten is echter klein. Goed zichtbaar is dat de *ziekenhuisapotheken GGZ* veel activiteiten niet (meer) zelfstandig doen.

Op de uitgevraagde domeinen verwacht men in bijna de helft van de gevallen samenwerking of uitbesteding. De STZ-ziekenhuisapotheken verwachten relatief het minst (34%) uit te besteden of in samenwerking te verrichten, gevolgd door de 'zelfstandige ziekenhuisapotheken' (38%), de apotheken van de UMC's (40%) en de apotheken van ziekenhuizen die niet zijn aangesloten bij STZ (56%).

Domeinen waarop meer dan 50% van de respondenten intensivering van de samenwerking of uitbesteding verwacht zijn; *voorraadbereiding* (63%), *VTGM bereiding* (50%), de *laboratoriumfuncties TDM/toxicologie* (65%) en *kwaliteitscontrole* (61%).

Tabel 16. Domeinen waarop uitbesteding en/of samenwerking de aankomende 5 jaar (zeer) waarschijnlijk is.

	Apotheek GGZ (n=2)	Apotheek 'categoraal' (n=3)	Apotheek STZ (n=9)	Apotheek niet-STZ (n=21)	Apotheek UMC (n=6)	Apotheek zelfstandig (n=2)	Totaal (%)
a. Ad hoc apotheek bereidingen		1 (100%)	4 (44%)	4 (40%)	1 (25%)	1 (50%)	11/26 (42%)
b. Voorraad apotheekbereidingen			4 (50%)	3 (100%)	2 (67%)	1 (50%)	10/16 (63%)
c. Steriele voorraad apotheek bereidingen			1 (20%)	1 (100%)	2 (67%)	1 (50%)	5/11 (45%)
d. VTGM bereidingen		1 (50%)	4 (44%)	10 (56%)	2 (40%)	1 (50%)	18/36 (50%)
e. VTGM cytostatica		1 (50%)	2 (22%)	8 (42%)	0/6 (0%)	1 (50%)	12/38 (32%)
f. VTGM radiofarmaca			1 (17%)	1 (20%)	3 (50%)		5/17 (29%)
g. Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Lab			4 (44%)	6 (86%)	3 (60%)	1 (50%)	14/23 (61%)
h. Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie)		1 (100%)	4 (57%)	4 (100%)	4 (67%)	0/2 (0%)	13/20 (65%)
i. Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')	0/2 (0%)	2 (100%)	1 (25%)	2 (40%)		1/0 (0%)	5/14 (36%)
j. Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen	1 (50%)	3 (100%)	2 (29%)	9 (50%)	2 (40%)	1 (50%)	18/37 (49%)
k. Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF- α -remmers)		0/2 (0%)	1 (20%)	3 (25%)	2 (50%)	1 (100%)	7/24 (29%)
l. Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen	1 (100%)	2 (100%)	0/3 (0%)	4 (36%)	1 (50%)	1 (50%)	9/21 (43%)
m. Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)			1 (100%)			0/1 (0%)	1 (50%)
n. Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek	0/1 (0%)	0/1 (0%)	1 (33%)	3 (27%)	0/4 (0%)	0/2 (0%)	4/22 (18%)
o. Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)	1 (100%)	0/3 (0%)	1 (20%)	7 (50%)	1 (25%)	0/1 (0%)	10/28 (36%)
Totaal	3/7 (43%)	11/19 (58%)	31/90 (34%)	65/138 (47%)	23/57 (40%)	9/24 (38%)	142/335 (42%)

4.12.3 Toekomstige samenwerkingspartners

In de laatste vraag van de enquête is gevraagd welke organisaties de respondenten als aantrekkelijke partners voor toekomstige samenwerking zien. In tabel 17 is het gemiddelde van de respons op een schaal van 1-5 weergegeven. Hoe hoger het getal, hoe aantrekkelijke de partner.

In de tabel is te zien dat 'ziekenhuisapotheken op lokaal of regionaal niveau' (gem. 4,1) de meest aantrekkelijke potentiële partners zijn. Zij scoren bij de ziekenhuisapotheken van UMC's (gem. 3,8) en bij de zelfstandige ziekenhuisapotheken (gem. 3,5) relatief iets lager. 'De ziekenhuisapotheken op landelijk niveau' worden door de ziekenhuisapotheken van de 'categorale' ziekenhuizen (gem. 4,7), de STZ-ziekenhuizen (gem. 3,8) en de UMC's (gem. 3,7) en de zelfstandige ziekenhuisapotheken (gem. 4,0) gemiddeld genomen als aantrekkelijke partner ervaren.

Over 'openbare apotheken' is men, met een gemiddelde van 2,6, als potentiële partner minder enthousiast. De zelfstandige apotheken vormen hierop een uitzondering (gem. 4,0). 'Commerciële apotheekketens', 'gespecialiseerde commerciële apotheekorganisaties' en 'commerciële bedrijven' worden gemiddeld niet als een aantrekkelijke toekomstige partner gezien. Slecht enkele respondenten zien deze partijen als aantrekkelijke potentiële partners. De groothandels doen het gemiddeld iets beter. Van de respondenten zagen 16 deze partijen als een aantrekkelijke toekomstig partner.

Tabel 17. Aantrekkelijkheid van partners voor toekomstige samenwerking (1=zeer onaantrekkelijk, 5=zeer aantrekkelijk).

	Aantal	Gemiddelde	Apotheek GGZ (n=2)	Apotheek 'categoraal' (n=3)	Apotheek STZ (n=9)	Apotheek niet- STZ (n=21)	Apotheek UMC (n=6)	Apotheek zelfstandig (n=2)
Ziekenhuisapotheken op lokaal of regionaal niveau	43	4,1	4,5	4,7	4,1	4,2	3,8	3,5
Ziekenhuisapotheken op landelijk niveau	41	3,3	3,0	4,7	3,8	2,9	3,7	4,0
Openbare apotheken op lokaal of regionaal niveau	43	2,6	2,5	3,0	2,8	2,4	2,0	4,0
Commerciële apotheketten(s)	42	1,9	2,0	2,7	1,4	1,9	2,0	2,0
Gespecialiseerde commerciële apotheek organisaties	42	2,1	2,5	3,0	1,4	2,1	2,5	1,5
Groothandel(s)	42	2,9	2,5	4,0	2,6	2,7	3,3	3,0
Commerciële bedrijven	42	2,4	2,5	3,3	2,1	2,4	1,8	3,5

4.13 Beperkingen van dit onderzoek

Zoals elke onderzoek kent ook dit onderzoek beperkingen. De belangrijkste zijn hieronder beschreven.

Lengte van de enquête De enquête bestaat uit een groot aantal vragen. Uit feedback blijkt dat de enquête lang en complex wordt gevonden. Dit kan consequenties hebben voor de kwaliteit van de antwoorden met name op de laatste vragen van de enquête.

De opzet van vragenlijst heeft enkele consequenties. Zo geeft het aantal en de aard van de benoemde samenwerkingspartners slechts een beeld van de samenwerkingspartners op de meest of minst succesvolle samenwerking en geen beeld van het totaal aantal partners en de eigenschappen van deze partners waarmee de ziekenhuisapotheek samenwerkt. Hierdoor kan er een vertekend beeld ontstaan.

Respons en selectiebias Wanneer er systematische fouten gemaakt worden bij het beantwoorden van vragen spreken we van response bias. Deze zijn in het algemeen het gevolg van het feit dat de respondent weet dat hij object van onderzoek is. Alleen wanneer hij dat niet zou weten zou hij echt 'oprecht' kunnen zijn (Universiteit Leiden 2012). Een ander mogelijk probleem is selectiebias. Als er samenhang is tussen de nonrepons en het onderwerp van de enquête kan dit *selectie-bias* tot gevolg hebben.

Inkopen Het aantal keer dat '*Inkopen van geneesmiddelen*' is geselecteerd als meest succesvolle samenwerking is hoog. Dit betreft een traditionele, weinig innovatieve samenwerking. Hierdoor heeft de data die in deze studie beschikbaar is gekomen over andere, nieuwe samenwerkingsrelaties beperkt. Het beeld met betrekking tot de gekozen samenwerkingspartners kan hierdoor eveneens vertekend zijn.

Onsuccesvolle samenwerking Het aantal respondenten dat een onsuccesvolle samenwerking heeft benoemd is laag. Hierdoor is er onvoldoende data beschikbaar om de verschillen in doelen, drijvende krachten en samenwerkingspartners, tussen succesvolle en onsuccesvolle samenwerking in kaart te brengen.

Hoofdstuk 5. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk worden de in de enquête gevonden resultaten verbonden met de context van de ontwikkelingen in de bedrijfstak ziekenhuisfarmacie beschreven in hoofdstuk 2 en de definities, principes en theorieën beschreven in hoofdstuk 3. Langs deze weg zullen de verschillende onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1 systematisch beantwoord en bediscussieerd worden (§5.1). De laatste paragraaf van deze thesis (§5.2) bevat de samenvatting en de conclusie van het onderzoek.

5.1 Discussie

5.1.1 Wat bepaalt volgens de theorie een succesvolle samenwerking?

Deze onderzoeksvraag kan worden beantwoord met behulp van de paragrafen 3.4, 3.5 en 3.6 waarin de partnerselectie, de besturing van samenwerkingsvormen en de succes en faalfactoren aan de orde kwamen. Op basis van deze paragrafen kunnen de volgende generieke adviezen gegeven worden om de kans op succes van samenwerking te vergroten:

- 1) maak een rationele afweging tussen zelf doen, uitbesteden en samenwerking, hierbij kan gebruik gemaakt worden van inzichten uit de *transactiekostentheorie* en de *Recourse-Based View of the Firm*, waarbij kostenminimalisatie respectievelijk de strategisch waarde van hulpbronnen centraal staan (§3.2)
- 2) kies een samenwerkingsstrategie die in lijn is met de organisatiestrategie
- 3) kies een partner bewust en weloverwogen na een grondige selectieprocedure
- 4) maak een bewuste keuze voor de juridische vormgeving van de samenwerking
- 5) besteed zorg aan samenwerkingsbesturing, kies hierbij voor een besturingsbenadering die past bij de partners en aard van de samenwerking

5.1.2 Welke samenwerking bestaat er in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie?

Op welke domeinen van de ziekenhuisfarmacie wordt samengewerkt?

In de Nederlandse ziekenhuisfarmacie worden er op veel domeinen activiteiten uitbesteed of in samenwerkingsverband vormgegeven. Op de meeste domeinen verkiest men uitbesteding boven samenwerking. Uitzondering hierop zijn de activiteiten op het gebied van het '*Klinisch Farmaceutisch Lab*' en de '*levering van TNF- α -remmers*'. Op de domeinen '*farmaceutische zorg externe instelling*', '*exploitatie poliklinische apotheek*' wordt in een derde van de gevallen samengewerkt. Op het domein '*inkoop van geneesmiddelen*' wordt nagenoeg door alle respondenten samengewerkt.

Op het domein '*bereidingen*' is uitbesteden dominant (met uitzondering van de subdomeinen VTGM). In termen van de transactiekosten theorie heeft men hier de transactie verkozen boven het intern organiseren van deze activiteit. Door een toename van wet- en regelgeving zijn de initiële kosten (investeringen) en structurele productiekosten gestegen waardoor vaak voor uitbesteding wordt gekozen.

Met welke partners wordt er samengewerkt en hoe zijn deze samenwerkingsrelaties georiënteerd?

Slechts een gedeelte van de samenwerkingsrelaties in de ziekenhuisfarmacie is van buitenaf zichtbaar. In enkele gevallen betreft het publiek-private samenwerking waarvoor in de media aandacht is geweest. Zo zijn de samenwerkingsrelaties tussen ziekenhuisapotheken en farmaceutische groothandels op het gebied van de levering van TNF- α -remmers een voorbeeld van verticale publiek-private samenwerking. De samenwerking op dit domein met de openbare apotheken vallen onder de publiek-private horizontale samenwerking. Een ander voorbeeld van een verticale samenwerking is de directe beleving van de verpleegafdelingen door de groothandel door een samenwerking met de ziekenhuisapotheek van het Erasmus MC (Cuiper 2007).

Dit onderzoek brengt ook de samenwerkingsrelaties in kaart die van buitenaf minder zichtbaar zijn. In de meeste gevallen is er sprake van horizontale samenwerking, vaak met andere ziekenhuisapotheken. Maar ook lokale samenwerking met het klinisch chemisch laboratorium en regionale samenwerking met openbare apotheken zijn vormen van horizontale samenwerking die relatief vaak voorkomen. Gezien het private karakter van openbare apotheken betreft het hier in de regel publiek-private samenwerking.

Het aangegeven aantal succesvolle samenwerkingsrelaties met commerciële apotheek organisaties is relatief klein. Mogelijk wordt op veel domeinen samenwerking met ziekenhuisapotheken verkozen boven deze publiek-private samenwerking. In de laatste vraag van deze enquête wordt de respondenten gevraagd welke organisaties zij als aantrekkelijk partner voor toekomstige samenwerking zien. Deze private organisaties en de private openbare apotheken worden door de meeste respondenten niet gezien als aantrekkelijke potentiële partner (§5.1.6).

Hoe is deze samenwerking juridisch vorm gegeven?

Het gros van de ziekenhuisapotheken is een afdeling van het ziekenhuis en geen zelfstandige rechtspersoon. Dit sluit samenwerking via een aandelentransactie uit. De dominante juridische vorm van de samenwerking is daarmee de ‘contractuele overeenkomst’, waarmee sprake is van een beperkte mate van wederzijdse afhankelijkheid. Vanuit de beperkte autonomie van de ziekenhuisapotheken valt dit te verklaren. De informele samenwerking en de contractuele samenwerking passen in de regel binnen de invloedssfeer en het mandaat van de gevestigd ziekenhuisapotheker. In een relatief groot aantal gevallen is er sprake van een herenakkoord. Het informele karakter van de samenwerking, waarbij men bewust of onbewust de trustbenadering boven de controlbenadering heeft verkozen, lijkt succes niet in de weg te staan. Zonder uitzondering betreft dit horizontale samenwerking met andere ziekenhuisapotheken op het domein van ‘de inkoop van geneesmiddelen’.

Met betrekking tot de juridische vormgeving van de samenwerking zijn geen opvallende verschillen te vinden tussen de als succesvolle en als niet succesvolle gepercipieerde samenwerkingsrelaties. De keuze voor de juridische vorm lijkt hierin geen invloed te hebben op het succes van de samenwerking.

5.1.3 Hoe en waarom is deze samenwerking tot stand gekomen?

Welke drijvende krachten van deze samenwerking kunnen we identificeren?

Wanneer we vanuit de generieke drijvende krachten uit paragraaf 3.3 naar de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie kijken zijn er enkele specifieke drijvende krachten te herkennen. In *tabel 18* is aangegeven welke

specifieke drijvende krachten er een rol kunnen spelen in de totstandkoming van samenwerking en uitbesteding in de ziekenhuisfarmacie. Bij veel gebeurtenissen is er sprake van samenhang tussen de drijvende krachten. Zo is de GMPz een verandering van wet- en regelgeving (drijvende kracht), die leidt tot hoge investeringskosten (drijvende kracht).

Tabel 18. Drijvende krachten in de ziekenhuisfarmacie

Generieke drijvende kracht	Specifieke drijvende kracht in de ziekenhuisfarmacie
Interne verandering van de organisatie van het ziekenhuis	Indirect: spreiding en concentratie 2013(\$2.14)
Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken	Samenwerking Santeon ziekenhuizen, samenwerking UMCU's (\$2.8)
Verandering van wet- en regelgeving	GMPz 1996 (\$2.4), Artikel 13 WOG (\$2.6 en \$2.9), Norm voor GDS (\$2.7)
Verandering financieringsstructuur (bekostiging)	Bekostiging geneesmiddelen ZZP1&2 van AWBZ naar Zvw (\$2.6) Overheveling dure geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget (\$2.10)
Toename van concurrentie in de bedrijfstak	Ontstaan van apotheekketens en gespecialiseerde apotheken (\$2.4, \$2.7, \$2.13)
Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)	Bereidingen (\$2.4), Klinisch Farmaceutisch Laboratorium(\$2.5), GDS(\$2.7)
Het ontbreken van kennis en kunde	Lijkt op veel domeinen een rol te spelen.
Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie	Vraag naar VTGM producten(\$2.4), GDS medicatie (\$2.7), medicatie via poliklinieken (\$2.9)
(Snelle) technologische ontwikkeling	Elektronisch Voorschrijfsysteem(\$2.11), GDS(\$2.7)

In de enquête is de respondenten gevraagd de drijvende krachten van de meest succesvolle samenwerking te benoemen. De als meest succesvol geselecteerde samenwerkingsrelaties vonden plaats op 6 domeinen van de ziekenhuisfarmacie, elk met hun eigen dynamiek. Op drie van deze domeinen werd *'verandering van wet- en regelgeving'* als drijvende kracht genoemd. Het *'niet beschikbaar zijn van financiële middelen'* werd eveneens in drie gevallen als drijvende kracht gezien. Op twee domeinen werd *'verandering van financieringsstructuur'* en *'verandering van de vraag van klanten'* als belangrijke drijvende kracht gezien. *'Snelle technologische ontwikkeling'*, *'het aantrekken van kennis en kunde'* en *'toename van concurrentie in de bedrijfstak'* werden niet gezien als factoren die veel invloed hadden als drijvende kracht. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten de verandering van de spelregels als grotere drijvende kracht zien dan de dynamiek en wisselwerking op het speelveld.

Welke doelen dient deze samenwerking?

De respondenten beoordelen de doelen *'vergroten van efficiency'* en het *'verkrijgen van schaalvoordelen'* als belangrijker doelen dan *'het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis'*, *'het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen'* en *'het beperken of tegen gaan van concurrentie'*. Hiermee lijkt de doelstelling van deze meest succesvolle samenwerkingsrelaties eerder binnen de kaders van de TKT te vallen dan binnen de kaders van de RBV. Deze discussie wordt voortgezet in paragraaf 5.1.6. Het beperkte belang toegekend aan *'het beperken of tegengaan van concurrentie'* suggereert dat de ziekenhuisapotheken niet bezig zijn met concurrentie op de geselecteerde domeinen. Alleen op het domein *'Farmaceutische zorg instellingen'* wordt hier relatief belang aan toegekend. Dit is niet vreemd. Dit is immers de enige markt waarop de ziekenhuisapothek onderneemt en er sprake is van een toename van de concurrentiedruk (\$2.6 en \$2.13).

Hoe is de selectie van de samenwerkingspartner tot stand gekomen?

De partnerselectie is in het grootste gedeelte van de gevallen door de ziekenhuisapothek zelf gedaan. In slechts een klein aantal gevallen was het de Raad van Bestuur die de keuze maakte. Dit ligt in lijn met de bevindingen omtrent de juridische vorm van deze samenwerkingsrelaties. De *'contractuele samenwerking'* en het *'herenakkoord'* vallen immers onder het mandaat van de gevestigd ziekenhuisapotheker. Dominante redenen voor het selecteren van deze partner zijn *'versteving en/of uitbereiding van het regionale/lokale netwerk'*, *'vertrouwen in de partner'* en *'kwaliteit'* en *'strategische motieven'*. *'Prijs'*, *'reputatie'* en *'versteving of uitbereiding van het landelijke netwerk'* lijken van ondergeschikt belang.

5.1.4 Hoe wordt de samenwerking door de gevestigd ziekenhuisapothekers gepercipieerd?

Welke verschillen zijn er in samenwerkingpartners, vormgeving van samenwerking, drijvende krachten en gestelde doelen tussen succesvolle en onsuccesvolle samenwerking?

Het aantal onsuccesvolle samenwerkingsrelaties is te laag om statistisch van betekenis te zijn. Om deze reden en omdat succesvolle samenwerking zich grotendeels afspeelt op andere domeinen dan onsuccesvolle samenwerking kan deze onderzoeksvraag niet beantwoord worden. Bij onsuccesvolle samenwerking was er één doel, *'Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering'*, dat opvallend zwaarder werd gewogen dan bij de succesvolle samenwerking. Hieraan kan echter geen conclusie verbonden worden.

Wat zijn de succes- en faalfactoren van succesvolle respectievelijk onsuccesvolle samenwerking?

Het grote aantal verschillende succes- en faalfactoren illustreert dat samenwerking veel kanten kent en succes niet vanzelfsprekend is. De in dit onderzoek geformuleerde factoren zijn afkomstig uit een heterogene verzameling van samenwerkingsrelaties. De vaak genoemde succesfactoren *'vertrouwen'* (9), *'gelijkwaardigheid partners'* (7), en *'partners zijn complementair'* (5) passen eerder bij de trustbenadering dan bij de controlbenadering van besturing van samenwerking. *'Centrale coördinatie en ondersteuning voor besturing'* (5), *'heldere contractuele arrangementen (SLA's)'* (5) passen eerder bij de controlbenadering. *'Een heldere visie op gemeenschappelijke doelstellingen en ambities'* (15) lijkt een zeer belangrijke voorwaarde van succes. Een voorwaarde die zowel bij het beantwoorden van sourcingsvraagstukken, het partnering proces als de besturing van de samenwerking centraal moet staan. De *'beperkte autonomie van de ziekenhuisapothek'* komt als een belangrijke faalfactor naar boven. Bij het aangaan van een samenwerking moet deze beperkte autonomie gewogen worden en bepaald worden of deze (op termijn) een bedreiging vormt voor de kwaliteit en continuïteit van de samenwerking.

5.1.5 Wat zijn de verwachtingen van de gevestigd ziekenhuisapothekers ten aanzien van de ontwikkelingen op het gebied van uitbesteding en samenwerking in de (nabije) toekomst?

De laatste vragen van de enquête geven een beeld van de verwachtingen met betrekking tot de ontwikkeling van de eigen ziekenhuisapothek in de toekomst. Er is een duidelijke relatie tussen de aard en grootte van de ziekenhuisapothek en de wijze waarop de verschillende toekomstperspectieven gepercipieerd worden. De

toekomstperspectieven waarin er veel wordt samengewerkt of wordt uitbesteed worden door een groot gedeelte van de respondenten (zeer) waarschijnlijk geacht. Alle apotheken van STZ-ziekenhuizen en de UMC's denken een rol te krijgen of behouden als leverancier van diensten en producten aan andere ziekenhuisapotheken. Een relatief groot percentage denkt dat er binnen 5-10 jaar sprake zal zijn van een fusie op eigen initiatief of op initiatief van de raden van bestuur. Bij de algemene ziekenhuizen die niet zijn aangesloten bij STZ acht meer dan de helft dat een door de Raad van Bestuur opgelegde fusie waarschijnlijk is. Dit suggereert dat deze categorie ziekenhuizen minder autonomie ervaart dan de ziekenhuisapotheken van UMC's en STZ-ziekenhuizen. Van de STZ-apotheken acht een derde het (zeer) waarschijnlijk dat andere apotheken in hun organisaties op zullen gaan.

Op basis van deze bevinden kan geconcludeerd worden dat de STZ-apotheken denken een dominante rol te gaan spelen in de klinische farmaceutische zorg van de toekomst. Ziekenhuisapotheken van de vaak kleinere ziekenhuizen die niet zijn aangesloten bij STZ verwachten een meer volgende rol te gaan spelen.

Er kan geconcludeerd worden dat er vrij algemeen een ingrijpende verandering in de ordening van de ziekenhuisfarmacie verwacht wordt. De respondenten achten overname door een private commerciële apotheekorganisaties niet waarschijnlijk. Het lijkt erop dat zij deze partijen niet als een bedreiging zien of voornemens zijn toetreding van deze ondernemingen op de intramurale farmaciemarkt te voorkomen.

De ziekenhuisapotheken denken bijna de helft van de taken die zij nu nog zelfstandig uitvoeren binnen 5 jaar in samenwerking te gaan organiseren of uit te besteden. Kleine ziekenhuisapotheken (GGZ, categoriaal, niet STZ) verwachten het meeste te gaan uitbesteden of samenwerken. De STZ-ziekenhuisapotheken het minst. Deze resultaten liggen in lijn met de mate waarin de verschillende ziekenhuisapotheken de geschetste toekomstperspectieven waarschijnlijk achten. In deze vraag is geen onderscheid gemaakt tussen samenwerken en uitbesteden. Op basis van de resultaten kan dan ook niet de conclusie worden getrokken of men in de toekomst samenwerking boven uitbesteding verkiest, of andersom.

In de laatste vraag van de enquête is de aanvaardbaarheid van de verschillende potentiële partners bekeken. Hoewel er verschillen tussen de apotheekcategorieën bestaan kan gesteld worden dat de voorkeur van de meeste respondenten uitgaat naar lokale of regionale samenwerking met ziekenhuisapotheken. Samenwerking met ziekenhuisapotheken op landelijk niveau wordt als aantrekkelijker beschouwd dan lokale samenwerking met openbare apotheken. In commerciële bedrijven, zoals apotheekketens, gespecialiseerde apotheekorganisaties en commerciële bedrijven zien de respondenten geen aantrekkelijk partners voor toekomstige samenwerking. Waarom dit het geval is kan niet direct verklaard worden vanuit de resultaten van de enquête. Het ligt voor de hand dat deze commerciële partijen in het bezit zijn van interessante hulpbronnen. Wanneer gekeken wordt naar de partnerselectiecriteria en succes- en faalfactoren valt op dat *'vertrouwen'* en *'een heldere visie op gemeenschappelijke doelstelling'* zwaar worden gewogen. Wellicht ontbreekt het bij de ziekenhuisapothekers aan vertrouwen in deze partijen en hun doelstellingen en speelt vrees voor opportunisme een rol. Dit wekt de indruk dat de beroepsgroep de regie van de ontwikkelingen in de bedrijfstak in eigen hand wil houden. Dit kan ook geïnterpreteerd worden als een geslotenheid of een gerichtheid op de vertrouwde kring.

5.1.6 Kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie verklaard worden vanuit de transactiekostentheorie en de *Reource-Based View of the Firm*?

Kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie verklaard worden vanuit de transactiekostentheorie?

Deze theorie is geïntroduceerd en toegelicht in paragraaf 3.2.1. De *TKT* stelt het minimaliseren van kosten centraal. Een belangrijk begrip in deze theorie is *opportunisme*. Aanbieders van diensten en producten kunnen met name opportunistisch handelen wanneer er weinig keuze is tussen andere aanbieders, waardoor de onderhandelingsmacht van deze leverancier is toegenomen. Indien het aantal aanbieders groot is zal opportunisme van leveranciers op termijn onherroepelijk leiden tot de verlies van klanten. De *TKT* onderscheidt drie dimensies waarmee transacties of activiteiten kunnen worden beschreven; de *bronspecificiteit*, de *frequentie* van de transactie en de mate waarin deze door *onzekerheid* is omgeven. De *bronspecificiteit* is de mate van uniciteit van het product of de dienst. Unieke producten of diensten kunnen op de markt duur zijn, terwijl generieke producten en diensten geproduceerd door meerdere aanbieders goedkoper zullen zijn. De *frequentie* betreft de herhaling van een bepaalde transactie of activiteit. Hoe hoger de frequentie waarmee een goed of dienst wordt aangeschaft hoe interessanter het wordt om hiërarchie of samenwerking als coördinatiemiddel te gebruiken. Naarmate de transactie meer door *onzekerheid* is omgeven is het goedkoper en aantrekkelijker om het product of de dienst intern of in samenwerking te produceren in plaats van deze op de markt te verwerven.

Zo op het oog zijn de in de ziekenhuisfarmacie gebruikte bronnen weinig specifiek. Veel van de producten en diensten lijken op dit moment van generieke aard. Deze diensten en producten, de criteria waaraan ze moeten voldoen en de wijze waarop deze tot stand komen zijn immers in de regel beschreven in normen en richtlijnen. Op veel domeinen, zoals '*bereidingen*', '*laboratorium*' en '*geautomatiseerd distributie systeem*' lijkt voor veel ziekenhuisapotheken de frequentie van de activiteiten (te) laag te zijn om deze zelfstandig intern te blijven organiseren. Afname van deze producten en diensten kunnen vaak in een klant-leveranciersrelatie geregeld worden met één transactie.

Door een toename van wet- en regelgeving zijn de kosten om bepaalde activiteiten binnen de organisatie vorm te geven duurder geworden. Dit is met name van toepassing op de domeinen '*bereidingen*', '*laboratorium*' en '*geautomatiseerd distributie systeem*'. Dit resulteert in een relatieve stijging van de productiekosten ten opzichte van de transactiekosten wanneer deze activiteiten worden uitbesteed of samenwerkingskosten wanneer er besloten wordt deze activiteiten in gezamenlijkheid te organiseren. Uit dit onderzoek blijkt dat relatief veel respondenten hebben gekozen voor uitbesteding van activiteiten op deze domeinen.

Het aantal aanbieders is op dit moment op veel facetten van de farmacie groot genoeg om opportunisme geen kans te geven. Echter, door verdere '*shake-out*', zullen aanbieders met aanmerkelijke marktmacht kunnen ontstaan, waardoor zij zich onafhankelijk van concurrenten of de wens van klanten kunnen gedragen. Dit vergroot de kans op opportunisme. Hierdoor neemt volgens de theorie de onzekerheid die met een markttransactie gepaard gaat toe. De consequentie is een potentiële stijging van de transactiekosten waardoor het zelf, of in samenwerking organiseren van deze productie of dienstverlening weer interessant wordt. Dit is alleen mogelijke wanneer de bronspecificiteit niet te groot is geworden.

Uit dit onderzoek blijkt dat de gezamenlijke *'inkoop van geneesmiddelen'* door nagenoeg alle respondenten succesvol wordt gevonden. In meer dan de helft van de gevallen is dit zelfs de meest succesvolle samenwerking. De gezamenlijke inkoop, waarin de ziekenhuisapothekers inkoopmacht en inkoop efficiency organiseren is een middel om de uitgaven aan geneesmiddelen en het inkooptraject (de transactiekosten) te minimaliseren en zich te wapenen tegen mogelijk opportunisme van de aanbieders van geneesmiddelen. Hierin zijn de principes van de *TKT* te herkennen.

Wanneer gekeken wordt naar de uitkomsten van de enquête op het gebied van de doelen van samenwerking kan het volgende worden opgemerkt. Het *'vergroten van efficiency'*, *'schaalvoordelen'* en *'reduceren van financiële risico's'* zijn doelen van samenwerking die bij de principes van de *KTK* passen. Deze doelen streven immers naar kosten minimalisatie. De eerste twee scoren als belangrijk doel op de gezamenlijke *'inkoop van geneesmiddelen'* maar ook op de andere meest succesvolle samenwerkingsrelaties relatief hoog. Het *'reduceren van financiële risico's'* scoort echter relatief laag. De principes van de *TKT* lijken in deze resultaten wel aanwezig maar worden niet consequent gevolgd.

Kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie verklaard worden vanuit de Resource-Based View of the Firm?

De *RBV* heeft twee belangrijke veronderstellingen; de heterogene spreiding van de hulpbronnen over de bedrijfstak en de immobiliteit van deze hulpbronnen. De vraag is of deze veronderstellingen van toepassing zijn op de bedrijfstak ziekenhuisfarmacie. Tevens is het de vraag of er in deze bedrijfstak wel gestreefd wordt naar duurzaam concurrentie voordeel. Vanuit de historie heeft de ziekenhuisapotheek immers geen concurrent, hij is monopolist op de interne markt. In de ziekenhuisfarmacie wordt er dan ook van oudsher gestreefd naar het delen van kennis en hulpbronnen binnen de beroepsgroep in plaats van deze te beschermen. Hierdoor zijn veel hulpbronnen mobiel. Ook de aanwezigheid van beroepsnormen en richtlijnen dragen aan dit fenomeen bij. Wanneer er terug wordt gekeken naar de ziekenhuisfarmacie uit de jaren negentig kan geconcludeerd worden dat veel hulpbronnen homogeen verdeeld waren over de bedrijfstak. De ontwikkeling van de laatste jaren: het ontstaan van gespecialiseerde apotheken, zoals *bereidingsapotheken*, *GDS apotheken* en *central filling apotheken*, die bewust inzetten op een kerntaak of kerncompetentie en de bijbehorende configuratie van hulpbronnen, heeft geresulteerd in concentratie van verschillende hulpbronnen. Deze organisaties zullen trachten deze hulpbronnen te beschermen door toetredingsdrempels of door mobiliteitsbarrières op te werpen. Door deze ontwikkeling is de spreiding van deze hulpbronnen meer heterogeen geworden. Hierdoor ontstaat er langzaamaan een bedrijfstak die in toenemende mate aan de veronderstellingen van de *RBV* voldoet.

Zoals eerder aangegeven ervaart de ziekenhuisapotheek in de regel geen concurrentie in de dienstverlening aan de afdelingen en patiënten van het eigen ziekenhuis. Er zijn echter ook zelfstandige ziekenhuisapotheken ontstaan (§2.3) die zich als stichting, coöperatie of BV kunnen ontwikkelen tot concurrent op deze interne markt. Deze nieuwe toetreders kunnen goedkoper zijn of in bezit zijn van een configuratie van hulpbronnen die de eigen apotheek niet zelf bezit of niet op de markt of in samenwerking kan verwerven. Zoals de apotheek kan besluiten een proces of activiteit uit te besteden zo kan het ziekenhuis op haar beurt besluiten de volledige farmaceutische zorg uit te besteden aan een externe aanbieder.

In hoofdstuk 2 is geschetst dat de ziekenhuisfarmacie zich ontwikkelt van een productgeoriënteerde sector naar een dienstensector. Niet langer het product maar de patiënt en het proces staan centraal. De eisen van de omgeving (de maatschappij, de klanten, de patiënten, de IGZ, het ziekenhuis) met betrekking tot de functies en taken van de ziekenhuisapotheek zijn gewijzigd. Dit betekent dat er andere hulpbronnen en bekwaamheden nodig zijn om succesvol te worden, te zijn en te blijven. De oude productgeoriënteerde configuratie van hulpbronnen heeft aan strategische en operationele waarde verloren. Dit stimuleert de ontwikkeling om deze processen op de markt te verwerven of deze in samenwerking vorm te geven.

De dynamiek met betrekking tot de dienstverlening aan externe klanten is anders. Op deze markt is de afgelopen jaren de concurrentie toegenomen. De configuratie van de hulpbronnen locatie, relatie, reputatie en inkoopmacht brachten de ziekenhuisapotheken in het laatste decennium van de vorige en in het begin van deze eeuw concurrentievoordeel. Hoewel het zeer onwaarschijnlijk is dat er binnen de bedrijfstak in die periode in soortgelijke termen gedacht en gesproken werd. Door nieuwe toetreders en verandering van wet- en regelgeving, beschreven in hoofdstuk 2, zijn andere hulpbronnen belangrijker geworden in het realiseren van concurrentievoordeel. De strategische waarde van (de configuratie) van de oude hulpbronnen is afgenomen. Willen ziekenhuisapotheken op deze markt actief blijven, marktaandeel behouden of uitbereiden dan zal hiertoe een bewuste strategie ontwikkeld moeten worden waarin gestreefd wordt naar het verwerven of ontwikkelen van hulpbronnen die ze op deze externe markt concurrentievoordeel bieden.

Wanneer we kijken naar de resultaten van de enquête dan kunnen we concluderen dat de doelen *'toegang tot middelen en competenties'*, *'toegang tot nieuwe markten en doelgroepen'* en *'beperken of tegen gaan van concurrentie'* aansluiten aan bij de principes van de RBV. Vanuit de RBV vormt het *'verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis'* het ultieme doel om samen te werken. Uitgezonderd het domein *'steriele voorraadbereiding'* ($n=1$), geven de respondenten bij geen van de domeinen aan dit als belangrijk doel tot samenwerking te zien. Het beperken of tegen gaan van concurrentie scoort op alle domeinen laag. Alleen *'Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten'* wordt op de domeinen *'Farmaceutische zorg aan externe instellingen'* en *'de poliklinische dienstapotheek'* als belangrijk doel gescoord. Het lijkt erop dat de principes van de RBV in het aangaan van deze samenwerkingsrelaties van ondergeschikt belang zijn. Het streven naar duurzaam concurrentie voordeel lijkt niet het dominante doel van ziekenhuisapotheken. Wanneer de marktwerking binnen de ziekenhuisfarmacie zich verder ontwikkelt en de heterogene spreiding van hulpbronnen toeneemt zal deze theorie wellicht meer vat krijgen op deze bedrijfstak.

5.2 Samenvatting en conclusie

Dit diagnostisch onderzoek beschouwt het fenomeen van strategische samenwerking in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie. Middels een *cross sectionele survey* is het feitelijke beeld en het perspectief van de gevestigd ziekenhuisapothekers op strategische samenwerking op onderdelen van de ziekenhuisfarmacie in kaart gebracht. Hiermee geeft dit onderzoek inzicht in de prevalentie, de eigenschappen, de successen en de mislukkingen alsmede de factoren die invloed hebben, de drijvende krachten, de doelen en toekomstverwachtingen van strategische samenwerking in deze bedrijfstak. Deze inzichten kunnen gebruikt worden om in de toekomst rationeler en bewuster keuzes te maken voor strategische samenwerking en de kans van slagen te vergroten.

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie vanaf 1996. Deze is ingrijpend veranderd van een productgeoriënteerde sector naar een dienstensector waar de patiënt en het zorgproces centraal staan. Het is niet langer vanzelfsprekend en haalbaar om alle taken van de ziekenhuisfarmacie binnen de eigen apotheek te organiseren. Dit maakt *outsourcing* of samenwerking op verschillende domeinen noodzakelijk. Verandering van wet- en regelgeving en financieringsstructuur heeft nieuwe markten (toegankelijk) gemaakt, de concurrentieverhoudingen op bestaande markten veranderd en heeft invloed gehad op de ordening en taakverdeling binnen de (ziekenhuis)farmacie.

In hoofdstuk 3 zijn verschillende begrippen en principes van strategische samenwerking aan bod gekomen. Samenwerking wordt gezien als een middel om organisatiestrategieën en doelen te realiseren. De verschillende samenwerkingsvormen zijn aan de orde gekomen en de begrippen horizontale, verticale, diagonale en publiek-private samenwerking zijn geïntroduceerd. Tevens is stilgestaan bij de principes van partnerselectie en besturing van samenwerking en de verschillende factoren die het succes van samenwerking kunnen maken of in de weg kunnen staan. De *transactiekostentheorie* en de *Resource-Based View of the firm* zijn geïntroduceerd als bedrijfskundige theorieën waarmee vanuit twee verschillende perspectieven naar de doelstelling van, en de dynamiek rondom, strategische samenwerking gekeken kan worden. De eerste theorie stelt kostenminimalisatie centraal, de tweede kan samenwerking verklaren vanuit het gegeven dat door samenwerken een partij toegang kan krijgen tot aantrekkelijke hulpbronnen.

De in hoofdstuk 2 beschreven context en de in hoofdstuk 3 geïntroduceerde bedrijfskundige principes en theorieën helpen de resultaten van de enquête te beschrijven en te verklaren.

Uit de resultaten van de enquête blijkt dat er in de ziekenhuisfarmacie op veel domeinen activiteiten worden uitbesteed of in samenwerking worden vormgegeven. Vaak verkiezen de ziekenhuisapotheken uitbesteding boven samenwerking. Dit is het geval voor '*geautomatiseerd distributie systeem*' en verschillende domeinen op het gebied van '*bereidingen*'. De '*inkoop van geneesmiddelen*' is nagenoeg door alle ziekenhuisapotheken in samenwerking vormgegeven. Op de domeinen '*externe instellingen*', '*poliklinische apotheek*', '*TNF- α -remmers*', '*ICT*' en '*laboratorium diagnostiek*' wordt relatief vaak samengewerkt. De ziekenhuisapothekers zien in verandering van wet- en regelgeving de meest prominente drijvende kracht tot samenwerking. Hiermee zien zij de verandering van de spelregels als grotere drijvende kracht dan de dynamiek op het speelveld.

De ziekenhuisapotheken verkiezen lokale en regionale horizontale samenwerking met andere ziekenhuisapotheken of binnen de ziekenhuiszorg boven een samenwerking met private ondernemingen. Voor de juridisch vorm verkiest men het 'losse' herenakkoord en de contractuele samenwerking boven de aandelen transactie en

daarmee voor geringe wederzijdse afhankelijkheid. Vaak hebben de respondenten de samenwerkingspartners zelf geselecteerd. Hierbij spelen de criteria *'strategische motieven'*, *'vertrouwen'*, en *'verstevigen van een regionaal/locaal netwerk'* de belangrijkste rol.

De samenwerkingsrelaties worden overwegend als succesvol ervaren. Tegenover elke onsuccesvolle samenwerking staan ruim vier succesvolle samenwerkingsrelaties. De gezamenlijke *'inkoop van geneesmiddelen'* wordt door nagenoeg alle respondenten als succesvol ervaren. *'Vertrouwen'*, *'een heldere visie op gemeenschappelijke doelstelling en ambities'* en *'gelijkwaardigheid'* worden gezien als belangrijke voorwaarden voor succes, terwijl de *'beperkte autonomie van de ziekenhuisapothek'* wordt gezien als de grootste bedreiging. Voor de toekomst verwachten de gevestigd ziekenhuisapothekers ingrijpende veranderingen. Op veel domeinen zal samenwerking worden gezocht of zullen taken worden uitbesteed. Tevens verwachten de respondenten zelfverkozen en/of opgelegde integraties met andere ziekenhuisapotheken. In beide ontwikkelingen denken de ziekenhuisapotheken van ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de STZ een dominante rol te gaan spelen.

De ziekenhuisapothekers verwachten dat de intensivering van samenwerking en integratie plaats zal vinden met andere ziekenhuisapotheken. Zij zien privaat-publieke samenwerking met commerciële ondernemingen niet als een aantrekkelijk alternatief om de uitdagingen van morgen aan te gaan. Mogelijk speelt een gebrek aan vertrouwen in de intentie van deze ondernemingen en of angst voor opportunisme hierin een rol. Men verwacht niet dat deze private ondernemingen als nieuwe toetreders een voet tussen de deur zullen krijgen in het eigen ziekenhuis.

De *transactiekostentheorie (TKT)* en de *Resource-Based View of the firm (RBV)* kunnen de ontwikkelingen in de ziekenhuisfarmacie gedeeltelijk verklaren. Deze theorieën en hun visie op het ontstaan van samenwerking en uitbesteding zijn echter niet eenduidig terug te vinden in de resultaten van de enquête. In de doelstelling van succesvolle samenwerkingsrelaties wordt door de gevestigd apothekers eerder naar kostenminimalisatie gestreefd dan naar concurrentievoordeel door het verwerven van strategische hulpbronnen. Hierin zijn de principes van de *TKT* prominenter aanwezig dan de principes van de *RBV*. Wanneer de marktwerking binnen de ziekenhuisfarmacie zich verder ontwikkelt, zal de drang naar concurrentievoordeel toenemen en zal het belang van de *RVB* in het sturen en verklaren van de ontwikkelingen in deze bedrijfstak in de toekomst kunnen groeien.

Referenties

- Barney JB. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management* 1991;17: 99-120
- Baum J, Oliver C . Institutional linkages and organizational mortality. *Administrative Science Quarterly* 1991;36:187-218
- Beemer F, Caps T, Kastelein K. Alliantiemanagement in maatschappelijke markten. In: Boonstra J. Ondernemen in allianties en netwerken : een multidisciplinair perspectief. Deventer: Kluwer 2007.
- Benschop A. Transactiekosten in de Economische Sociologie. www.sociosite.net/organization/TK/2TK.html; 10/4/2012
- Boonstra J. Samenwerken in allianties en netwerken. Spelen met paradoxen. In: Boonstra J. Ondernemen in allianties en netwerken : een multidisciplinair perspectief. Deventer: Kluwer 2007
- Bos E. Pillen ophalen langs de hogesnelheidslijn. StationsApotheek als huisapothek van de forens. *Pharmaceutisch Weekblad* 2008;16:14-15
- Coase RH. The nature of the Firm. *Economica* 1937;4:386-405
- Crook, T.R. (2005). Transaction attributes and governance choice: A meta-analytic examination of key transaction cost theory predictions (Doctoral dissertation). The Florida State University 2005
- Cuiper, N. Erasmus MC brengt logistieke innovatie afdelingsbeleving in praktijk. Sorteren hoeft niet meer. *Pharmaceutisch Weekblad*. 12 januari 2007 *Pharmaceutisch Weekblad*.; 24-27
- CVZ, Brief aan VWS drs. J.S.J. Hillen, dr. P.C. Hermans, Evaluatie effecten wetswijziging artikel 13 WOG
- Dauids I, Hendriks H. Make, buy or ally. Bewust kiezen voor zelf doen, uitbesteden of samenwerken. Baarn: Kirkman Company 2008
- De Man AP. Alliantiebesturing: samenwerking als precisie instrument. Assen: Van Gorcum 2006
- Duysters G. et al. Handboek Strategische Allianties. www.duysters.com/Downloads%20managerial/: 1/4/ 2012
- Duysters, G. (2001a). Partner or Perish: Surviving the Network Economy. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 2 juni 2001
- Gosselin DP. Strategisch Accountmanagement: Accountmanagement vanuit een Strategisch Perspectief. Proefschrift. Gent; Universiteit Gent 2002.
- Griffioen A. De contractuele basis voor allianties en ketenintegratie. <http://zbc.nu/management/efficiency-ketenintegratie-en-outsourcing/de-contractuele-basis-voor-allianties-en-ketenintegratie/>: 2010
- Groenewegen J. Nobelprijs 2009 opnieuw erkenning voor economie van institutie. *Me Judice*, 16 okt. 2009
- Heijden, Jurgen van der (2007): Duurzaamheid door recombinate van wat we doen, bijdrage aan Jubileumboek Centrum voor Milieurecht/UvA, Groningen: Europa Law Publishing, ed.: R. Uylenburg en M.V.C. Aalders.
- Henry A. Understanding Strategic Management. Second Edition. Oxford: Oxford University Press 2011
- Holcomb, Tim R. and Hitt, Michael A., Toward a Model of Strategic Outsourcing (April 1, 2007). *Journal of Operations Management*, Vol. 25, No. 2, pp. 464-481, 2007 (IN BEZIT)
- IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg). Onvoldoende kwaliteitswaarborgen bij GDS voor geneesmiddelen vormen risico voor patiënt. Den Haag, mei 2002
- IGZ 2007, Circulaire Grootchalig bereiden door apothekers,
- Ipso facto. Evaluatie wijziging Artikel 13 WOG, eindrapportage. Houten 14 mei 2004.

Ipso facto. Evaluatie wijziging Artikel 13 WOG, eindrapportage. Houten 14 mei 2004.

Kanters W. Ketenlogistiek leidt tot efficiëntere bedrijfsvoering Samenwerking tussen schakels. Pharmaceutisch Weekblad. 28 april 2006. 586-588

Kiers. 'Zorg aan vooravond nieuwe fusiegolf'. ZorgVisie, 14 september 2011.

KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie). Norm voor geautomatiseerd distributiesysteem. KNMP: Den Haag 2011

Klijn EH, Van Twist M. Publiek-private samenwerking in Nederland. In: Boonstra J. Ondernemen in allianties en netwerken : een multidisciplinair perspectief. Deventer: Kluwer 2007.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington D.C.: The National Academies Press. 2000

Lagerwaard H. Brief aan de besturen van AWBZ-instellingen. Beleidsregels 2010 en 2011. Nederlandse Zorgautoriteit, 1 juli 2010.

Lee, van der, C. Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten beschouwing vanuit enkele Neo-institutionele en organisatiekundige theorieën. Dissertatie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen 2000

Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, van den Bemt PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Archives of Internal Medicine 2008;168, 17:1890-6.

Ludwig, M, Groot, W.N.J. & Van Merode, F (2009). Hospital efficiency and transaction costs: A stochastic frontier approach. Social Science & Medicine, 69(1), 61-67 OPZOEKEN

Mouwen C.A.M. Handboek Strategische Management voor de non-profitorganisaties. Assen: Van Gorcum 2011

Nationale franchise & formule brief. Dinsdag 8 feb 2011

NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), NVZA. Poliklinische farmacie heeft de toekomst: kwaliteits- en efficiencywinst voor de farmaceutische zorg. Utrecht, Mei 2006

NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers). Beleidsplan2008-2011. De Ziekenhuisapotheker: zichtbaar actief. Den Haag 2008

NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers). Alles woelt om verandering. Beleidplan NVZA 2001. Den Haag 2001

Pfeffer J, Salancik GR. The external control of organizations; A resources dependence perspective. New York : Harper & Row 1978

PW (Pharmaceutisch Weekblad). Samenwerking in zorg rond TNF- α -remmers. Apothekers eerste en tweede lijn sluiten deal. 11 november 2011

PW (Pharmaceutisch Weekblad) (PW 2012a). Deal 100 apothekers over levering TNF- α -remmers. 28 februari 2012

PW (Pharmaceutisch Weekblad) (PW 2012b). Contract Alliance Healthcare met acht ziekenhuizen. 24 januari 2012

PW (Pharmaceutisch Weekblad) (PW2012c). Mediq levert TNF- α -remmers namens ziekenhuizen. 2 januari 2012

PW(Pharmaceutisch Weekblad) (PW 2012d). Deal Santeon-ziekenhuizen en ApotheekZorg. 23 januari 2012

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Farmaceutische zorg door arts en apotheker. Zoetermeer, maart 1998

Raosoftware, <http://www.raosoftware.com/samplesize.htm>, 1 april 2012

Reactie UVIT op Brief Zorg die Loont, Over randvoorwaarden en beperking van systeemrisico's, Maart 2011

SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Verdubbeling dure middelen intramuraal. Pharmaceutisch Weekblad. 7 december 2007

SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Data en feiten 2009. Den Haag 2009

SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Data en feiten 2010. Het jaar 2009 in cijfers. Den Haag 2010

SFK (Stichting Farmaceutische Kengetallen). Data en feiten 2011. Het jaar 2010 in cijfers. Den Haag 2011

Shook CL, Adams, GL, Ketchen DJ. Toward a 'theoretical toolbox' for strategic sourcing. Supply Chain Management 2009;14, 1:3-10

Willems R. Hier werk je veilig, of je werkt hier niet. Sneller Beter. De veiligheid in de zorg. Shell Nederland 2004

Universiteit Leiden. Lexicon Methoden en Technieken Psychologisch onderzoek . www.leidenuniv.nl/fsw; 6/4/2012

Bijlagen

Bijlage 1. E-mail 'Uitnodiging tot deelname aan enquête' (pagina I)

Bijlage 2. Reminder E-mail 'Uitnodiging tot deelname aan enquête' (pagina II)

Bijlage 3. Enquête 'Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse Ziekenhuisfarmacie' (pagina III)

Bijlage 4. Frequentietabel resultaten enquête 'Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse Ziekenhuisfarmacie' (pagina XIV)

Bijlage 1. E-mail 'Uitnodiging tot deelname aan enquête'

Stoker, Lennart

Van: NVZA - Lennart Stoker [lennartstoker@gmail.com]
Verzonden: zondag 5 februari 2012 14:09
Aan: Stoker, Lennart
Onderwerp: Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie



Geachte gevestigd ziekenhuisapotheker, beste collega,

In het kader van de afronding van de leergang *Master of Health Business Administration (Erasmus CMDz)* doe ik onderzoek naar 'Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie'. Bij dezen vraag ik uw hulp om van deze afstudeerscriptie, voor mijzelf en voor onze beroepsgroep, een succes te maken.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de achtergronden, drijvende krachten, doelen, samenhangen, succes- en faalfactoren en (toekomst)verwachtingen van samenwerkingsvormen binnen de Nederlands ziekenhuisfarmacie. Hiermee zal ik de ontwikkelingen binnen de ziekenhuisfarmacie beschrijven en analyseren. Dit biedt ons als beroepsgroep inzicht in succesvolle samenwerkingsstrategieën.

Het onderzoek wordt door het NVZA bestuur ondersteund en aanbevolen. Het bestuur hoopt dat zoveel mogelijk collega's zullen participeren zodat de uitkomsten betrouwbaar zijn en ten dienste kunnen zijn voor het verenigingsbeleid van de komende jaren.

Om deze doelstellingen te bereiken wil ik u vragen 'meegezonden' enquête <http://nvza.zelfevaluatie.nl> in te vullen voor 15 februari. Dit zal u maximaal 20 minuten van uw tijd kosten.

Uw gebruikersnaam voor dit onderzoek is l.stoker@altrecht.nl, uw wachtwoord zal in een separate email aan u worden verzonden.

Vertrouwelijkheid van de onderzoeksgegevens wordt gegarandeerd conform de regels die daarvoor binnen de *Erasmus Universiteit Rotterdam* gelden. In de gepubliceerde scriptie of anderszins zullen geen uitspraken gedaan worden die herleidbaar zijn naar personen of individuele organisaties.

Een digitale versie van mijn scriptie zal in juni op het besloten gedeelte van het kennisplein gepubliceerd worden.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking en met vriendelijke groet,

Mede namens mijn begeleider Aad de Roo (*hoogleraar Strategisch Management in de Gezondheidszorg*) en Frans Lindelauf, (voorzitter NVZA)

Lennart Stoker, ziekenhuisapotheker, 'student' MBA Health Erasmus CMDz

Bijlage 2. Reminder E-mail 'Uitnodiging tot deelname aan enquête'

IN DE AANHEF: REMINDER ENQUETE Succesvol strategisch samenwerken in de ziekenhuisfarmacie

Geachte gevestigd ziekenhuisapotheker, beste collega,

Bijna twee weken geleden verzocht ik u deel te nemen aan een onderzoek naar *'Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse ziekenhuisfarmacie'*. Tot op heden heeft u de enquête niet (volledig) ingevuld. Bij dezen vraag ik u nogmaals uw hulp om van deze afstudeerscriptie, voor mijzelf en voor onze beroepsgroep, een succes te maken door deze enquête <http://nvza.zelfevaluatie.nl> alsnog (volledig) in te vullen vóór zaterdag 25 februari. Dit zal u maximaal 20 minuten van uw tijd kosten.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de achtergronden, drijvende krachten, doelen, samenhangen, succes- en faalfactoren en (toekomst)verwachtingen van samenwerkingsvormen binnen de Nederlands ziekenhuisfarmacie. Hiermee zal ik de ontwikkelingen binnen de ziekenhuisfarmacie beschrijven en analyseren. Dit biedt ons als beroepsgroep inzicht in succesvolle samenwerkingsstrategieën.

Het onderzoek wordt door het NVZA bestuur ondersteund en aanbevolen. Het bestuur hoopt dat zoveel mogelijk collega's zullen participeren zodat de uitkomsten betrouwbaar zijn en ten dienste kunnen zijn voor het verenigingsbeleid van de komende jaren.

Vertrouwelijkheid van de onderzoeksgegevens wordt gegarandeerd conform de regels die daarvoor binnen de *Erasmus Universiteit Rotterdam* gelden. In de gepubliceerde scriptie of anderszins zullen geen uitspraken gedaan worden die herleidbaar zijn naar personen of individuele organisaties.

Een digitale versie van mijn scriptie zal in juni op het besloten gedeelte van het kennisplein gepubliceerd worden.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking en met vriendelijke groet,

Mede namens mijn begeleider Aad de Roo (*hoogleraar Strategisch Management in de Gezondheidszorg*) en Frans Lindelauf (*voorzitter NVZA*)

Lennart Stoker, *ziekenhuisapotheker, 'student' MBA Health Erasmus CMDz*

Bijlage 3. Enquête ‘Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse Ziekenhuisfarmacie’

1. Wat is uw leeftijd?
 - ☐ 34-jonger
 - ☐ 35-44
 - ☐ 45-54
 - ☐ 55-64
 - ☐ 65-ouder
2. Wat is uw geslacht?
 - ☐ Vrouw
 - ☐ Man
3. Welke functie(s) bekleedt u? (meerdere antwoorden mogelijk)
 - ☐ Gevestigd apotheker
 - ☐ Hoofd van de apotheek (integraal management)
 - ☐ Hoofd van de apotheek (dual management)
 - ☐ Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (integraal management)
 - ☐ Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (dual management)
 - ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]
4. Wat is de aard van de zorginstelling waarvan uw apotheekorganisatie deel uitmaakt?
 - ☐ GGZ-instelling
 - ☐ ‘categoraal’ ziekenhuis
 - ☐ STZ- ziekenhuis
 - ☐ Algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ
 - ☐ Universitair Medisch Centrum
 - ☐ geen, de ziekenhuisapotheek is een zelfstandige organisatie en rechtspersoon
 - ☐ geen, de ziekenhuisapotheek is een samenwerkingsverband tussen verschillende zorginstellingen
 - ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]
5. Exploiteert de zorginstelling waarvan u deel uitmaakt een poliklinische apotheek?
 - ☐ Nee
 - ☐ Ja, de poliklinische apotheek en de klinische apotheek zijn een organisatorische eenheid (één vakgroep)
 - ☐ Ja, de poliklinische apotheek is een zelfstandige afdeling van de zorginstelling
 - ☐ Ja, de poliklinische apotheek is een samenwerking tussen de zorginstelling en één of meer openbare apotheken
 - ☐ Ja, de poliklinische apotheek is een samenwerking met [vrij tekst]
6. Wat is de grootte van uw ziekenhuisapotheekorganisatie?

Aantal apotheek locaties: [aantal]

Totaal aantal ziekenhuisbedden waaraan u farmaceutische zorg levert: ca [aantal]

Totaal aantal verpleeghuisbedden waaraan u farmaceutische zorg levert: ca [aantal]

Totaal aantal GGZ/verpleeghuis etc.) waaraan u farmaceutische zorg levert: ca [aantal]

Aantal FTE werkzaam in uw apotheekorganisatie: ca [aantal]
7. Een groot aantal ziekenhuisapotheken is ontstaan uit integratie van twee of meerdere ziekenhuisapotheken. Is uw apotheekorganisatie tot stand gekomen door een dergelijke integratie?
 - ☐ nee
 - ☐ ja, door een fusie van de zorginstellingen waarvan wij onderdeel uitmaken
 - ☐ ja, op initiatief van (één van) de ziekenhuisapotheken
 - ☐ ja, op initiatief van (één van) de ziekenhuisbestuurders
 - ☐ ja, op initiatief van ziekenhuisapotheek en ziekenhuisbestuur
 - ☐ ja, het is niet te zeggen wie het initiatief heeft genomen

8. Hoe lang geleden heeft deze integratie formeel plaatsgevonden?
- ☐ Niet van toepassing
 - ☐ Minder dan 2 jaar geleden
 - ☐ Tussen 2 en 5 jaar geleden
 - ☐ Tussen 5 en 10 jaar geleden
 - ☐ Langer dan 10 jaar geleden
9. Veel ziekenhuisapotheken hebben de afgelopen jaren afscheid genomen van enkele 'primaire' taken , of hebben besloten deze taken niet (meer) in zelfstandigheid uit te voeren. Hierdoor zijn klantleveranciers relaties en samenwerkingsverbanden ontstaan. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie werkt u zelfstandig ('make'), heeft u de activiteiten uitbesteed ('buy') of werkt u samen ('ally') met andere organisaties binnen de (farmaceutische) zorg?
- a. Ad hoc apotheek bereidingen
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- b. Voorraad apotheekbereidingen
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- c. Steriele voorraad apotheek bereidingen
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- d. VTGM bereidingen
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- e. VTGM cytostatica
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- f. VTGM radiofarmaca
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- g. Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Lab
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- h. Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie) in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- i. Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- j. Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
- k. Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF-alfa remmers)
- ☐ zelfstandig ('make') ☐ uitbesteed ('buy') ☐ samenwerking ('ally') ☐ niet van toepassing
10. Ook op anderen gebieden zijn er samenwerkingsverbanden ontstaan. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie heeft uw één of meerdere samenwerkingspartners binnen de (farmaceutische) zorg?
- a. Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen
- ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing
- b. Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)
- ☐ Ja ☐ Nee
- c. Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek
- ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing
- d. Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)
- ☐ Ja ☐ Nee

11. Samenwerking kan succesvol of minder succesvol zijn. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie beoordeelt u uw samenwerking als succesvol? U kunt meerdere antwoorden selecteren.
- ☐ Ad hoc apotheek bereidingen
 - ☐ Voorraad apotheekbereidingen
 - ☐ Steriele voorraad apotheek bereidingen
 - ☐ VTGM bereidingen
 - ☐ VTGM cytostatica
 - ☐ VTGM radiofarmaca
 - ☐ Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium
 - ☐ Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie) in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium
 - ☐ Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')
 - ☐ Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen
 - ☐ Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF-alfa remmers)
 - ☐ Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen
 - ☐ Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)
 - ☐ Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek
 - ☐ Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)
 - ☐ Op geen van bovenstaande domeinen kan ik spreken van een succesvolle samenwerking
12. Welke van de in de vorige vraag geselecteerde succesvolle samenwerkingsdomeinen beoordeelt u in uw individuele geval als het meest succesvol?
13. Met welke partner(s) werkt uw apotheekorganisatie samen op het door u in de vorige vraag als meest succesvolle beoordeelde domein? U kunt meerdere antwoorden selecteren.
- ☐ Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van een 'categoriaal' ziekenhuis
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ
 - ☐ Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum
 - ☐ Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)
 - ☐ Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen
 - ☐ Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra
 - ☐ Regionaal Streek/Artsen laboratorium
 - ☐ Afdeling Klinische chemie ziekenhuis
 - ☐ Groothandel(sapotheek)
 - ☐ Openbare apothe(e)k(en)
 - ☐ Farmaceutische industrie
 - ☐ Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)
 - ☐ Commerciële central-filling apotheek
 - ☐ Apotheken 'unieke levering' (zoals RedSwan)
 - ☐ Universiteit
 - ☐ Anders namelijk, [vrije tekst]

14. Geef, indien u in de vorige vraag meerdere antwoorden hebt geselecteerd, aan welke partner in uw ogen het grootste aandeel heeft gehad in het succes van deze samenwerking.

‘De vragen 15 tot en met 24 hebben alleen betrekking op [selectie vraag 14] als uw meest succesvolle samenwerkingspartner(s) op het gebied van [geselecteerd in vraag 9]’

15. Hoe is deze samenwerking met deze partner juridisch vormgegeven?

- ☐ Deze samenwerking is historisch gegroeid en niet juridisch vormgegeven (betreft een informeel herenakkoord)
- ☐ Zakelijke klant-leveranciers overeenkomst voor een beperkte periode zonder duurzame samenwerking als expliciete doelstelling
- ☐ Contractuele overeenkomst binnen een streven naar duurzame samenwerking
- ☐ Aandelen transactie waarbij uw instelling een minderheidsaandeel heeft
- ☐ Aandelen transactie waarbij sprake is van een Joint Venture (50%-50%)
- ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]

16. Wanneer is de samenwerking in deze vorm van start gegaan?

- ☐ Minder dan 2 jaar geleden
- ☐ Tussen 2 en 5 jaar geleden
- ☐ Tussen 5 en 10 jaar geleden
- ☐ Langer dan 10 jaar geleden

17. Wie heeft er voor deze samenwerkingspartner(s) kozen?

- ☐ Mijn voorganger
- ☐ Ik zelf (eventueel na overeenstemming binnen de vakgroep ziekenhuisfarmacie)
- ☐ Raad van Bestuur van de zorginstelling
- ☐ Gezamenlijke keuze van mij en de Raad van Bestuur
- ☐ Er was geen sprake van een (vrije) keuze
- ☐ Onbekend
- ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]

18. Waarom heeft u of uw organisatie juist voor deze samenwerkingspartner gekozen?

(schaal van 1-5; 1 = speelde helemaal geen rol, 5 = speelde zeer grote rol)

Goed voor versteviging of uitbereiding van ons regionale/lokale netwerk

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Goed voor versteviging of uitbreiding van ons landelijke netwerk

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De goede reputatie van samenwerkingspartner

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het vertrouwen in uw samenwerkingspartner

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De kwaliteit van de samenwerkingspartner

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De prijs of kosten van de producten/dienstverlening

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Strategische motieven

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

19. Hieronder worden een aantal algemene factoren genoemd die in theorie en praktijk als drijvende krachten achter samenwerking worden waargenomen. Kunt u bij elk van deze krachten aangeven, op een schaal van 1-5, in welke mate ze als drijvende kracht achter deze samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen invloed als drijvende kracht, 5 = veel invloed als drijvende kracht)

Verandering van de organisatie van het ziekenhuis

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering van wet- en regelgeving

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering financieringsstructuur (bekostiging)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Toename van concurrentie in de bedrijfstak

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het aantrekken van kennis en kunde die wij zelf niet in huis hebben

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Snelle technologische ontwikkeling

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

20. Als u terug kijkt op de gestelde doelen van deze samenwerking, zijn deze dan aan het begin van de samenwerking helder en ondubbelzinnig geformuleerd?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Neutraal
☐ Onbekend

21. Hieronder worden een aantal doelen voor samenwerking genoemd die in de theorie en de praktijk worden waargenomen. Kunt u bij elk van de doelen aangeven, op de schaal van 1-5, in welke mate ze als doel van de samenwerking kunnen worden gezien?

(schaal van 1-5; 1 = geen doel, 5 = zwaarwegend doel)

Vergroten van efficiency van de bedrijfsvoering

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van schaalvoordelen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verbeteren van de kwaliteit van onze producten en/of dienstenverlening

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis die wij zelf niet in huis hebben

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het (blijven)voldoen aan specifieke klantwensen met betrekking tot het serviceniveau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering (zowel innovatie als exploitatie)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het beperken of tegengaan van concurrentie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het voorbereiden op een fusie of overname

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

22. Zijn vanuit uw perspectief de gestelde doelen van deze samenwerking behaald?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Neutraal
- ☐ Onbekend

23. Welke factoren maken volgens u deze samenwerking tot een succes?

1 [vrije tekst] 2 [vrije tekst] 3 [vrije tekst] 4 [vrije tekst] 5 [vrije tekst]

24. Denkt u dat uw samenwerkingspartner eveneens van mening is dat deze samenwerking succesvol is?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Neutraal
- ☐ Weet ik niet

25. In vraag 11 werd u gevraagd naar domeinen waarop u met succes samenwerkt. Wellicht zijn er domeinen waarop u momenteel, of in een (recent) verleden met minder succes (heeft) samenwerkt. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie is (of was) er sprake van een onsuccesvolle (moeizame of vruchteloze) samenwerking met andere organisaties binnen de (farmaceutische) zorg? U kunt meerdere antwoorden selecteren.

- ☐ Ad hoc apotheek bereidingen
- ☐ Voorraad apotheekbereidingen
- ☐ Steriele voorraad apotheek bereidingen
- ☐ VTGM bereidingen
- ☐ VTGM cytostatica
- ☐ VTGM radiofarmaca
- ☐ Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium
- ☐ Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie) in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium
- ☐ Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')
- ☐ Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen
- ☐ Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF-alfa remmers)
- ☐ Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen
- ☐ Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)
- ☐ Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek
- ☐ Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)
- ☐ Op geen van bovenstaande domeinen kan ik spreken van een onsuccesvolle samenwerking

26. Welke van de in de vorige vraag geselecteerde samenwerkingsdomeinen beoordeelt u in uw individuele geval als het minst succesvol?
27. Met welke partner(s) werkt uw apotheekorganisatie samen op het door u in de vorige vraag als minst succesvolle beoordeelde samenwerkingsdomein? U kunt meerdere antwoorden selecteren.
- ☐ Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van een 'categoraal' ziekenhuis
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ
 - ☐ Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ
 - ☐ Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum
 - ☐ Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)
 - ☐ Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen
 - ☐ Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra
 - ☐ Regionaal Streek/Artsen laboratorium
 - ☐ Afdeling Klinische chemie ziekenhuis
 - ☐ Groothandel(sapotheek)
 - ☐ Openbare apothe(e)k(en)
 - ☐ Farmaceutische industrie
 - ☐ Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)
 - ☐ Commerciële central-filling apotheek
 - ☐ Apotheken 'unieke levering' (zoals RedSwan)
 - ☐ Universiteit
 - ☐ Anders namelijk, [vrije tekst]
28. Geef, indien u in de vorige vraag meerdere antwoorden heeft geselecteerd, aan welke partner in uw ogen het grootste aandeel heeft gehad in het mislukken van deze samenwerking.
- 'De vragen 29 tot en met 38 hebben alleen betrekking op [selectie vraag 28] als uw minst succesvolle samenwerkingspartner(s) op het gebied van [geselecteerd in vraag 25]'
29. Hoe is deze samenwerking met deze partner juridisch vormgegeven?
- ☐ Deze samenwerking is historisch gegroeid en niet juridisch vormgegeven (betreft een informeel herenakkoord)
 - ☐ Zakelijke klant-leveranciers overeenkomst voor een beperkte periode zonder duurzame samenwerking als expliciete doelstelling
 - ☐ Contractuele overeenkomst binnen een streven naar duurzame samenwerking
 - ☐ Aandelen transactie waarbij uw instelling een minderheidsaandeel heeft
 - ☐ Aandelentransactie waarbij sprake is van een Joint Venture (50%-50%)
 - ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]
30. Wanneer is de samenwerking in deze vorm van start gegaan?
- ☐ Minder dan 2 jaar geleden
 - ☐ Tussen 2 en 5 jaar geleden
 - ☐ Tussen 5 en 10 jaar geleden
 - ☐ Langer dan 10 jaar geleden

31. Wie heeft er voor deze samenwerkingspartner(s) kozen?

- ☐ Mijn voorganger
- ☐ Ik zelf (eventueel na overeenstemming binnen de vakgroep ziekenhuisfarmacie)
- ☐ Raad van Bestuur van de zorginstelling
- ☐ Gezamenlijke keuze van mij en de Raad van Bestuur
- ☐ Er was geen sprake van een (vrije) keuze
- ☐ Onbekend
- ☐ Anders, namelijk [vrije tekst]

32. Waarom heeft u of uw organisatie juist voor deze samenwerkingspartner gekozen?

(schaal van 1-5; 1 = speelde helemaal geen rol, 5 = speelde zeer grote rol)

Goed voor versteviging of uitbreiding van ons regionale/lokale netwerk

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Goed voor versteviging of uitbreiding van ons landelijke netwerk

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De goede reputatie van samenwerkingspartner

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het vertrouwen in uw samenwerkingspartner

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De kwaliteit van de samenwerkingspartner

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

De prijs of kosten van de producten/dienstverlening

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Strategische motieven

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

33. Hieronder worden een aantal algemene factoren genoemd die in theorie en praktijk als drijvende krachten achter

samenwerking worden waargenomen. Kunt u bij elk van deze krachten aangeven, op een schaal van 1-5, in welke mate ze als drijvende kracht achter deze samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen invloed als drijvende kracht, 5 = veel invloed als drijvende kracht)

Verandering van de organisatie van het ziekenhuis

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering van wet- en regelgeving

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering financieringsstructuur (bekostiging)

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Toename van concurrentie in de bedrijfstak

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het aantrekken van kennis en kunde die wij zelf niet in huis hebben

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Snelle technologische ontwikkeling

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

34. Als u terug kijkt op de gestelde doelen, zijn deze dan aan het begin van de samenwerking helder en ondubbelzinnig geformuleerd?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Neutraal
☐ Onbekend

35. Hieronder worden een aantal doelen voor samenwerking genoemd die in de theorie en de praktijk worden waargenomen. Kunt u bij elk van de doelen aangeven, op de schaal van 1-5, in welke mate ze als doel van de samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen doel, 5 = zwaarwegend doel)

Vergroten van efficiency van de bedrijfsvoering

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van schaalvoordelen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verbeteren van de kwaliteit van onze producten en/of dienstenverlening

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis die wij zelf niet in huis hebben

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het (blijven)voldoen aan specifieke klantwensen met betrekking tot het serviceniveau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering (zowel innovatie als exploitatie)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het beperken of tegengaan van concurrentie

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Het voorbereiden op een fusie of overname

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Onbekend

Anders, namelijk [vrije tekst]

36. Zijn vanuit uw perspectief de gestelde doelen van deze samenwerking behaald?

☐ Ja
☐ Nee
☐ Neutraal
☐ Onbekend

37. Welke factoren maken volgens u deze samenwerking minder succesvol (faalfactoren)?

1 [vrije tekst] 2 [vrije tekst] 3 [vrije tekst] 4 [vrije tekst] 5 [vrije tekst]

38. Denkt u dat uw samenwerkingspartner van mening is dat deze samenwerking onsuccesvol is?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Neutraal
☐ Weet ik niet

39. De zorg is flink in beweging. Politieke en maatschappelijk veranderingen hebben een grote invloed op aard en organisatie van de farmaceutische zorg. Welke veranderingen van uw apotheekorganisatie acht u de aankomende 5-10 jaar waarschijnlijk? (1 = zeer onwaarschijnlijk, 2 = onwaarschijnlijk, 3=neutraal, 4=waarschijnlijk, 5 = zeer waarschijnlijk)

Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en/of meer diensten en producten van andere (apotheek)organisaties afnemen.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en meer diensten en producten aan andere (ziekenhuis)apotheken leveren.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van de Raad van Bestuur van de zorginstelling waarvan de apotheek deel uit maakt.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van het management van de apotheek (gevestigd apotheker).

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een andere ziekenhuisapotheek.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een commerciële apotheekorganisatie.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Niet van toepassing

Andere ziekenhuisapotheken zullen opgaan in mijn ziekenhuisapotheekorganisatie.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Anders, namelijk

40. Op welke domeinen van de ziekenhuisfarmacie die u nu in zelfstandigheid verricht denkt u de aankomende 5 jaar intensiever te gaan samenwerken of activiteiten uit te besteden?

(1 = zeer onwaarschijnlijk, 2 = onwaarschijnlijk, 3=neutraal, 4=waarschijnlijk, 5 = zeer waarschijnlijk)

[hier dienen alleen die items te verschijnen die de respondent 'als' zelfstandig heeft geselecteerd in vraag 10]

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ weet ik niet

Anders, namelijk [vrije tekst]

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

41. Welke organisaties ziet u als aantrekkelijke partners voor toekomstige samenwerking?

(1 = zeer onaantrekkelijk, 2 = onaantrekkelijk, 3 = neutraal, 4 = aantrekkelijk, 5 = zeer aantrekkelijk)

Ziekenhuisapotheken op lokaal of regionaal niveau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Ziekenhuisapotheken op landelijk niveau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Openbare apotheken op lokaal of regionaal niveau

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Commerciële apotheekketen(s)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Gespecialiseerde commerciële apotheekorganisaties

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Groothandel(s)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Commerciële bedrijven

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Andere partners dan mijn huidige samenwerkingspartners

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Weet ik niet

Anders, namelijk [vrije tekst]

Indien u opmerkingen over deze vragenlijst of over samenwerken in de ziekenhuisfarmacie heeft dan nodig ik u uit dit in onderstaande kader te plaatsen.

[vak voor vrije tekst]

Bijlage 4. Frequentietabel resultaten enquête
‘Succesvol strategisch samenwerken in de Nederlandse Ziekenhuisfarmacie’

Vraag 1

Wat is uw leeftijd?	Aantal (n=44)	Percentage
tot 35 jaar	2	5%
35-44 jaar	13	30%
45-54 jaar	15	34%
55-64 jaar	14	32%
65 jaar of ouder	0	0%

Vraag 2

Wat is uw geslacht?	Aantal (n=44)	Percentage
Vrouw	14	32%
Man	30	68%

Vraag 3

Welke functie(s) bekleedt u? (meerdere antwoorden mogelijk)	Aantal (n=44)	Percentage
Gevestigd apotheker	41	93%
Hoofd van de apotheek (integraal management)	33	75%
Hoofd van de apotheek (dual management)	6	14%
Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (integraal management)	2	5%
Bestuurder/directeur van ziekenhuisapotheek (dual management)	0	0%

Vraag 4

Wat is de aard van de zorginstelling waarvan uw apotheekorganisatie deel uitmaakt?	Aantal (n=44)	Percentage
GGZ	2	5%
Categoriaal	3	7%
Algemeen (STZ)	9	20%
Algemeen (niet-STZ)	21	48%
UMC	6	14%
Zelfstandig	2	5%
Coöperatie	1	2%

Vraag 5

Exploiteert de zorginstelling waarvan u deel uitmaakt een poliklinische apotheek?	Aantal (n=44)	Percentage
Nee	17	39%
Ja, de poliklinische apotheek en de klinische apotheek zijn een organisatorische eenheid (één vakgroep)	13	30%
Ja, de poliklinische apotheek is een zelfstandige afdeling van de zorginstelling	6	14%
Ja, de poliklinische apotheek is een samenwerking tussen de zorginstelling en één of meer openbare apotheken	6	14%
Ja, de poliklinische apotheek is een samenwerking met [vrij tekst]	2	5%

Vraag 6: zie tabel 8. Kengetallen van de ziekenhuisapotheken van de respondenten (§4.2)

Vraag 7

Een groot aantal ziekenhuisapotheken is ontstaan uit integratie van twee of meerdere ziekenhuisapotheken. Is uw apotheekorganisatie tot stand gekomen door een dergelijke integratie?	Aantal (n=42)	Percentage
nee	27	64%
ja, door een fusie van de zorginstellingen waarvan wij onderdeel uitmaken	9	21%
ja, op initiatief van (één van) de ziekenhuisapotheken	1	2%
ja, op initiatief van (één van) de ziekenhuisbestuurders	1	2%
ja, op initiatief van ziekenhuisapotheek en ziekenhuisbestuur	3	7%
ja, het is niet te zeggen wie het initiatief heeft genomen	1	2%

Vraag 8

Hoe lang geleden heeft deze integratie formeel plaatsgevonden?	Aantal	Percentage
Minder dan 2 jaar geleden	3	20%
Tussen 2 en 5 jaar geleden	1	7%
Tussen 5 en 10 jaar geleden	3	20%
Langer dan 10 jaar geleden	8	53%
n.v.t.	29	

Vraag 9

Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie werk u zelfstandig ('make'), heeft u de activiteiten uitbesteed ('buy') of werkt u samen ('ally') met andere organisaties binnen de (farmaceutische) zorg ?	Organisatie	Aantal	Percentage	N
a. Ad hoc apotheek bereidingen	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally')	28 10 6	(64 %) (23 %) (14 %)	44
b. Voorraad apotheekbereidingen	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally')	16 24 4	(36 %) (55 %) (9 %)	44
c. Steriele voorraad apotheek bereidingen	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally')	11 30 3	(25 %) (68 %) (7 %)	44
d. VTGM bereidingen	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally')	38 4 2	(86 %) (9 %) (5 %)	44
e. VTGM cytostatica	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	40 1 1 2	(95 %) (2 %) (2 %)	42
f. VTGM radiofarmaca	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	17 12 4 11	(52 %) (36 %) (12 %)	33
g. Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Lab	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	24 5 5 10	(71 %) (15 %) (15 %)	34
h. Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie) in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	20 12 12 0	(45 %) (27 %) (27 %)	44
i. Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	14 14 1 15	(48 %) (48 %) (3 %)	29
j. Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	39 0 4 1	(91 %) (0 %) (9 %)	43
k. Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF-alfa remmers)	zelfstandig ('make') uitbesteed ('buy') samenwerking ('ally') n.v.t.	25 6 11 2	(60 %) (14 %) (26 %)	42

Vraag 10

Ook op anderen gebieden zijn er samenwerkingsverbanden ontstaan. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie heeft uw één of meerdere samenwerkingspartners binnen de (farmaceutische) zorg?	Antwoord	Aantal	Percentage	N
a. Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen	Ja Nee n.v.t.	14 21 9	(40 %) (60 %)	35
b. Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)	Ja Nee	42 2	(95 %) (5 %)	44
c. Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek	Ja Nee n.v.t.	11 25 8	(31 %) (69 %)	36
d. Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)	Ja Nee	15 29	(34 %) (66 %)	44

Vraag 11

Samenwerking kan succesvol of minder succesvol zijn. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie beoordeelt u uw samenwerking als succesvol? U kunt meerdere antwoorden selecteren.	Aantal
a. <i>Ad hoc</i> bereidingen	5
b. Voorraadbereidingen	4
c. Steriele voorraadbereidingen	3
d. VTGM bereidingen	1
e. VTGM cytostatica	1
f. VTGM radiofarmaca	4
g. Kwaliteitscontrole/vrijgifte in KFL	5
h. TDM en toxicologie	11
i. GDS ('baxteren')	1
j. Distributie en logistiek	4
k. Levering TNF-alfa remmers	10
l. Farmaceutische zorg externe instellingen	12
m. Inkoop van geneesmiddelen	40
n. Exploitatie poliklinische(dienst)apotheek	10
o. Informatie- en communicatietechnologie	6
p. Geen	1

Vraag 12

Welke van de in de vorige vraag geselecteerde succesvolle samenwerkingsdomeinen beoordeelt u in uw individuele geval als het meest succesvol?	Aantal
a. <i>Ad hoc</i> bereidingen	0
b. Voorraadbereidingen	0
c. Steriele voorraadbereidingen	1
d. VTGM bereidingen	0
e. VTGM cytostatica	0
f. VTGM radiofarmaca	0
g. Kwaliteitscontrole/vrijgifte in KFL	0
h. TDM en toxicologie	6
i. GDS ('baxteren')	0
j. Distributie en logistiek	0
k. Levering TNF-alfa remmers	3
l. Farmaceutische zorg externe instellingen	5
m. Inkoop van geneesmiddelen	23
n. Exploitatie poliklinische(dienst)apotheek	3
o. Informatie- en communicatietechnologie	0

Vraag 13

Met welke partner(s) werkt uw apotheekorganisatie samen op het door u in de vorige vraag als meest succesvolle beoordeelde domein? U kunt meerdere antwoorden selecteren.	Aantal
a. Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling	3
b. Ziekenhuisapotheek van een categoriaal ziekenhuis	7
c. Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ	22
d. Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ	16
e. Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum	12
f. Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)	2
g. Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen	0
h. Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra	2
i. Regionaal Streek/Artsen laboratorium	2
j. Afdeling Klinische chemie ziekenhuis	7
k. Groothandel(sapotheek)	1
l. Openbare apothe(e)k(en)	5
m. Farmaceutische industrie	1
n. Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)	3
o. Commerciële central-filling apotheek	1
p. Apotheken unieke levering (zoals RedSwan)	0
q. Universiteit	0

Vraag 14

Geef, indien u in de vorige vraag meerdere antwoorden hebt geselecteerd, aan welke partner in uw ogen het grootste aandeel heeft gehad in het succes van deze samenwerking.	Aantal
a. Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling	0
b. Ziekenhuisapotheek van een categoriaal ziekenhuis	2
c. Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ	5
d. Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ	6
e. Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum	4
f. Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)	0
g. Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen	0
h. Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra	2
i. Regionaal Streek/Artsen laboratorium	2
j. Afdeling Klinische chemie ziekenhuis	2
k. Groothandel(sapotheek)	0
l. Openbare apothe(e)k(en)	4
m. Farmaceutische industrie	0
n. Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)	2

Vraag 15

Hoe is deze samenwerking met deze partner juridisch vormgegeven?	Aantal	Percentage	N
Deze samenwerking is historisch gegroeid en niet juridisch vormgegeven (betreft een informeel herenakkoord)	9	24%	37
Zakelijke klant-leveranciers overeenkomst voor een beperkte periode zonder duurzame samenwerking als expliciete doelstelling	2	5%	37
Contractuele overeenkomst binnen een streven naar duurzame samenwerking	24	65%	37
Aandelen transactie waarbij uw instelling een minderheidsaandeel heeft	1	3%	37
Aandelentransactie waarbij sprake is van een Joint Venture (50%-50%)	1	3%	37

Vraag 16

Wanneer is de samenwerking in deze vorm van start gegaan	Aantal	Percentage	N
Minder dan 2 jaar geleden	6	14%	43
Tussen 2 en 5 jaar geleden	14	33%	43
Tussen 5 en 10 jaar geleden	5	12%	43
Langer dan 10 jaar geleden	18	42%	43
n.v.t.	1	2%	43

Vraag 17

Wie heeft er voor deze samenwerkingspartner(s) kozen?	Aantal	Percentage	N
Mijn voorganger	14	35%	40
Ik zelf (eventueel na overeenstemming binnen de vakgroep ziekenhuisfarmacie)	13	33%	40
Raad van Bestuur van de zorginstelling	5	13%	40
Gezamenlijke keuze van mij en de Raad van Bestuur	6	15%	40
Er was geen sprake van een (vrije) keuze	0	0%	40
Onbekend	2	5%	40
n.v.t.	1	3%	40

Vraag 18

Waarom heeft u of uw organisatie juist voor deze samenwerkingspartner gekozen? (schaal van 1-5; 1 = speelde helemaal geen rol, 5 = speelde zeer grote rol)	1	2	3	4	5	0	n.v.t.	N
Goed voor versteviging of uitbreiding van ons regionale/lokale netwerk	4	6	4	11	14	3	1	42
Goed voor versteviging of uitbreiding van ons landelijke netwerk	14	8	4	4	6	5	1	41
De goede reputatie van samenwerkingspartner	4	4	10	16	3	4	1	41
Het vertrouwen in uw samenwerkingspartner	4	2	8	17	9	3	1	43
De kwaliteit van de samenwerkingspartner	2	2	11	17	7	4	1	43
De prijs of kosten van de producten/dienstverlening	6	4	5	15	8	5	1	43
Strategische motieven	4	1	1	15	19	3	1	43
Anders, namelijk [vrije tekst]	2	0	1	0	7	19	1	29

Vraag 19

Hieronder worden een aantal algemene factoren genoemd die in theorie en praktijk als drijvende krachten achter samenwerking worden waargenomen. Kunt u bij elk van deze krachten aangeven, op een schaal van 1-5, in welke mate ze als drijvende kracht achter deze samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen invloed als drijvende kracht, 5 = veel invloed als drijvende kracht)	1	2	3	4	5	O	n.v.t.	N
Verandering van de organisatie van het ziekenhuis	13	6	5	10	4	4	1	42
Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken	10	7	6	8	8	3	1	42
Verandering van wet- en regelgeving	17	3	4	8	7	3	1	42
Verandering financieringsstructuur (bekostiging)	15	5	5	8	6	3	1	42
Toename van concurrentie in de bedrijfstak	16	7	4	7	6	2	1	42
Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)	7	3	7	11	12	2	1	42
Het aantrekken van kennis en kunde die wij zelf niet in huis hebben	7	5	13	13	2	2	1	42
Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie	12	7	6	11	4	2	1	42
Snelle technologische ontwikkeling	17	6	9	4	3	3	1	42
Anders, namelijk [vrije tekst]	6	0	1	0	3	23	1	33

Vraag 20

	Ja	Nee	Neutraal	Onbekend	n.v.t.	N
Als u terug kijkt op de gestelde doelen van deze samenwerking, zijn deze dan aan het begin van de samenwerking helder en ondubbelzinnig geformuleerd?	23	1	8	5	1	37

Vraag 21

Hieronder worden een aantal doelen voor samenwerking genoemd die in de theorie en de praktijk worden waargenomen. Kunt u bij elk van de doelen aangeven, op de schaal van 1-5, in welke mate ze als doel van de samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen doel, 5 = zwaarwegend doel)	1	2	3	4	5	O
Vergroten van efficiency van de bedrijfsvoering	4	4	4	13	17	0
Het verkrijgen van schaalvoordelen	5	3	4	9	21	0
Het verbeteren van de kwaliteit van onze producten en/of dienstenverlening	2	5	13	11	10	1
Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis die wij zelf niet in huis hebben	6	8	9	13	6	0
Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen	10	9	6	13	3	1
Het (blijven)voldoen aan specifieke klantwensen met betrekking tot het serviceniveau	8	5	4	12	13	0
Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering (zowel innovatie als exploitatie)	13	5	7	14	2	1
Het beperken of tegengaan van concurrentie	18	7	6	7	3	1
Het voorbereiden op een fusie of overname	28	6	2	3	1	2
Anders, namelijk [vrije tekst]	8	0	2	1	0	22

Vraag 22

	Ja	Nee	Neutraal	Onbekend	n.v.t.	N
Zijn vanuit uw perspectief de gestelde doelen van deze samenwerking behaald?	39	0	1	2	1	42

Vraag 23: zie tabel 14. Succes- en faalfactoren die vijf keer of vaker genoemd zijn (§4.11)

Vraag 24

	Ja	Nee	Neutraal	weet niet	n.v.t.	N
Denkt u dat uw samenwerkingspartner eveneens van mening is dat deze samenwerking succesvol is?	39	0	2	1	1	42

Vraag 25

Wellicht zijn er domeinen waarop u momenteel, of in een (recent) verleden met minder succes (heeft) samenwerkt. Op welke van onderstaande domeinen van de ziekenhuisfarmacie is (of was) er sprake van een onsuccesvolle (moeizame of vruchteloze) samenwerking met andere organisaties binnen de (farmaceutische) zorg? U kunt meerdere antwoorden selecteren.	Aantal
a. <i>Ad hoc</i> bereidingen	4
b. Voorraadbereidingen	4
c. Steriele voorraadbereidingen	5
d. VTGM bereidingen	3
e. VTGM cytostatica	1
f. VTGM radiofarmaca	0
g. Kwaliteitscontrole/vrijgifte in KFL	0
h. TDM en toxicologie	0
i. GDS ('baxteren')	0
j. Distributie en logistiek	0
k. Levering TNF-alfa remmers	0
l. Farmaceutische zorg externe instellingen	3
m. Inkoop van geneesmiddelen	0
n. Exploitatie poliklinische(dienst)apotheek	2
o. Informatie- en communicatietechnologie	5
p. Geen	28

Vraag 26

Welke van de in de vorige vraag geselecteerde samenwerkingsdomeinen beoordeelt u in uw individuele geval als het minst succesvol?	Aantal
a. <i>Ad hoc</i> bereidingen	3
b. Voorraadbereidingen	0
c. Steriele voorraadbereidingen	1
d. VTGM bereidingen	1
e. VTGM cytostatica	0
f. VTGM radiofarmaca	0
g. Kwaliteitscontrole/vrijgifte in KFL	0
h. TDM en toxicologie	0
i. GDS ('baxteren')	0
j. Distributie en logistiek	0
k. Levering TNF-alfa remmers	0
l. Farmaceutische zorg externe instellingen	1
m. Inkoop van geneesmiddelen	0
n. Exploitatie poliklinische(dienst)apotheek	2
o. Informatie- en communicatietechnologie	5

Vraag 27

Met welke partner(s) werkt uw apotheekorganisatie samen op het door u in de vorige vraag als minst succesvolle beoordeelde samenwerkingsdomein? U kunt meerdere antwoorden selecteren.	Aantal
a. Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling	0
b. Ziekenhuisapotheek van een categoriaal ziekenhuis	2
c. Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ	3
d. Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ	3
e. Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum	3
f. Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)	1
g. Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen	0
h. Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra	0
i. Regionaal Streek/Artsen laboratorium	0
j. Afdeling Klinische chemie ziekenhuis	0
k. Groothandel(sapotheek)	0
l. Openbare apothe(e)k(en)	2
m. Farmaceutische industrie	0
n. Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)	0
o. Commerciële central-filling apotheek	0
p. Apotheken unieke levering (zoals RedSwan)	0
q. Universiteit	0

Vraag 28

Geef, indien u in de vorige vraag meerdere antwoorden heeft geselecteerd, aan welke partner in uw ogen het grootste aandeel heeft gehad in het mislukken van deze samenwerking.	Aantal
a. Ziekenhuisapotheek van een GGZ-instelling	0
b. Ziekenhuisapotheek van een categoriaal ziekenhuis	1
c. Ziekenhuisapotheek van een algemeen ziekenhuis aangesloten bij STZ	2
d. Ziekenhuisapotheek van algemeen ziekenhuis niet aangesloten bij STZ	3
e. Ziekenhuisapotheek Universitair Medisch Centrum	2
f. Commerciële bereidingsapotheek (zoals Fagron)	0
g. Consortium ziekenhuisapotheken van STZ-ziekenhuizen	0
h. Consortium ziekenhuisapotheken van Universitaire Medische Centra	0
i. Regionaal Streek/Artsen laboratorium	0
j. Afdeling Klinische chemie ziekenhuis	0
k. Groothandel(sapotheek)	0
l. Openbare apothe(e)k(en)	2
m. Farmaceutische industrie	0
n. Commerciële GDS apotheek (zoals SPITS)	0
o. Commerciële central-filling apotheek	0
p. Apotheken unieke levering (zoals RedSwan)	0
q. Universiteit	0

Vraag 29

Hoe is deze samenwerking met deze partner juridisch vormgegeven?	Aantal	Percentage	N
Deze samenwerking is historisch gegroeid en niet juridisch vormgegeven (betreft een informeel herenakkoord)	3	27%	11
Zakelijke klant-leveranciers overeenkomst voor een beperkte periode zonder duurzame samenwerking als expliciete doelstelling	2	18%	11
Contractuele overeenkomst binnen een streven naar duurzame samenwerking	6	55%	11
Aandelen transactie waarbij uw instelling een minderheidsaandeel heeft	0	0%	11
Aandelentransactie waarbij sprake is van een Joint Venture (50%-50%)	0	0%	11

Vraag 30

Wanneer is de samenwerking in deze vorm van start gegaan?	Aantal	Percentage	N
Minder dan 2 jaar geleden	1	8%	12
Tussen 2 en 5 jaar geleden	5	42%	12
Tussen 5 en 10 jaar geleden	3	25%	12
Langer dan 10 jaar geleden	3	25%	12

Vraag 31

Wie heeft er voor deze samenwerkingspartner(s) kozen?	Aantal	Percentage	N
Mijn voorganger	5	45%	11
Ik zelf (eventueel na overeenstemming binnen de vakgroep ziekenhuisfarmacie)	3	27%	11
Raad van Bestuur van de zorginstelling	0	0%	11
Gezamenlijke keuze van mij en de Raad van Bestuur	2	18%	11
Er was geen sprake van een (vrije) keuze	0	0%	11
Onbekend	1	9%	11
n.v.t.			11

Vraag 32

Waarom heeft u of uw organisatie juist voor deze samenwerkingspartner gekozen? (schaal van 1-5; 1 = speelde helemaal geen rol, 5 = speelde zeer grote rol)	1	2	3	4	5	0	totaal	N	gem
Goed voor versteviging of uitbereiding van ons regionale/lokale netwerk	0	0	2	3	4	2	11	9	4,2
Goed voor versteviging of uitbreiding van ons landelijke netwerk	5	2	0	2	0	2	11	9	1,9
De goede reputatie van samenwerkingspartner	1	2	2	4	0	2	11	9	3,0
Het vertrouwen in uw samenwerkingspartner	0	1	2	5	2	1	11	10	3,8
De kwaliteit van de samenwerkingspartner	0	2	3	2	1	2	10	8	3,3
De prijs of kosten van de producten/dienstverlening	1	1	4	3	1	1	11	10	3,2
Strategische motieven	0	0	2	3	5	1	11	10	4,3
Anders, namelijk [vrije tekst]	1	0	0	0	0	8	9	1	1,0

Vraag 33

Kunt u bij elk van deze krachten aangeven, op een schaal van 1-5, in welke mate ze als drijvende kracht achter deze samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen invloed als drijvende kracht, 5 = veel invloed als drijvende kracht)	1	2	3	4	5	O	n.v.t.	N	gem
Verandering van de organisatie van het ziekenhuis	2	1	3	4	0	1	28	11	2,9
Brede samenwerking of alliantie van organisaties waarvan wij en onze samenwerkingspartners deel uitmaken	1	1	2	5	1	1	28	11	3,4
Verandering van wet- en regelgeving	2	2	1	4	1	1	28	11	3,0
Verandering financieringsstructuur (bekostiging)	4	3	0	2	1	1	28	11	2,3
Toename van concurrentie in de bedrijfstak	2	3	3	2	0	1	28	11	2,5
Noodzakelijke investeringen voor zelfstandig uitvoeren van deze taak (beschikbaarheid financiële middelen)	0	1	1	4	4	1	28	11	4,1
Het aantrekken van kennis en kunde die wij zelf niet in huis hebben	0	3	2	3	2	1	28	11	3,4
Verandering van de vraag in aard en/of volume van klanten van onze organisatie	1	2	4	3	0	1	28	11	2,9
Snelle technologische ontwikkeling	2	0	4	3	1	1	28	11	3,1
Anders, namelijk [vrije tekst]	0	0	0	0	0	7	28	7	

O=onbekend, gem=gemiddelde

Vraag 34

	Ja	Nee	Neutraal	Onbekend	N
Als u terug kijkt op de gestelde doelen van deze samenwerking, zijn deze dan aan het begin van de samenwerking helder en ondubbelzinnig geformuleerd?	4	2	2	4	12

Vraag 35

Hieronder worden een aantal doelen voor samenwerking genoemd die in de theorie en de praktijk worden waargenomen. Kunt u bij elk van de doelen aangeven in welke mate ze als doel van de samenwerking kunnen worden gezien? (schaal van 1-5; 1 = geen doel, 5 = zwaarwegend doel)	1	2	3	4	5	O	n.v.t.	N	gem
Vergroten van efficiency van de bedrijfsvoering	0	1	2	5	2	1	28	11	3,8
Het verkrijgen van schaalvoordelen	1	1	0	6	2	1	27	11	3,7
Het verbeteren van de kwaliteit van onze producten en/of dienstenverlening	0	0	1	7	2	1		11	4,1
Het verkrijgen van toegang tot middelen, competenties en kennis die wij zelf niet in huis hebben	1	0	1	7	1	1		11	3,7
Het verkrijgen van toegang tot nieuwe markten en doelgroepen	3	4	0	2	1	1	28	11	2,4
Het (blijven)voldoen aan specifieke klantwensen met betrekking tot het serviceniveau	1	0	1	6	2	1	28	11	3,8
Het reduceren of spreiden van (financiële) risico's in de bedrijfsvoering (zowel innovatie als exploitatie)	0	1	2	5	2	1	28	11	3,8
Het beperken of tegengaan van concurrentie	4	5	0	1	0	1	28	11	1,8
Het voorbereiden op een fusie of overname	6	1	2	1	0	1	28	11	1,8
Anders, namelijk [vrije tekst]	0	0	0	1	1	6	28	8	4,5

O=onbekend

Vraag 36

	Ja	Nee	Neutraal	Onbekend	n.v.t.	N
Zijn vanuit uw perspectief de gestelde doelen van deze samenwerking behaald?	0	10	1	1		12

Vraag 37: zie tabel 14. Succes- en faalfactoren die vijf keer of vaker genoemd zijn (§4.11)

Vraag 38

	Ja	Nee	Neutraal	weet niet	n.v.t.	N
Denkt u dat uw samenwerkingspartner van mening is dat deze samenwerking onsuccesvol is?	5	1	3	3		12

Vraag 39

De zorg is flink in beweging. Politieke en maatschappelijk veranderingen hebben een grote invloed op aard en organisatie van de farmaceutische zorg. Welke veranderingen van uw apotheekorganisatie acht u de aankomende 5-10 jaar waarschijnlijk? (1 = zeer onwaarschijnlijk, 2 = onwaarschijnlijk, 3=neutraal, 4=waarschijnlijk, 5 = zeer waarschijnlijk)	1	2	3	4	5	n.v.t.	N
Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en/of meer diensten en producten van andere (apotheek)organisaties afnemen.	3	2	6	14	17	1	42
Mijn ziekenhuisapotheek zal intensiever samenwerken en meer diensten en producten aan andere (ziekenhuis)apotheken leveren.	5	5	6	10	14	2	40
Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van de Raad van Bestuur van de zorginstelling waarvan de apotheek deel uit maakt.	8	6	10	14	2	3	40
Mijn ziekenhuisapotheek zal fuseren met een andere ziekenhuisapotheek op initiatief van het management van de apotheek (gevestigd apotheker).	13	7	9	7	4	3	40
Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een andere ziekenhuisapotheek.	20	10	7	2	2	2	41
Mijn ziekenhuisapotheek zal opgaan in een commerciële apotheekorganisatie.	21	14	5	1	0	2	41
Andere ziekenhuisapotheken zullen opgaan in mijn ziekenhuisapotheekorganisatie.	17	10	10	4	1	1	42
Anders, namelijk	7	0	1	2	3	0	13

Vraag 40

Op welke domeinen van de ziekenhuisfarmacie die u nu in zelfstandigheid verricht denkt u de aankomende 5 jaar intensiever te gaan samenwerken of activiteiten uit te besteden? (1 = zeer onwaarschijnlijk, 2 = onwaarschijnlijk, 3=neutraal, 4=waarschijnlijk, 5 = zeer waarschijnlijk)	1	2	3	4	5	n.v.t.	N
a. Ad hoc apotheek bereidingen	4	4	7	5	6	17	26
b. Voorraad apotheekbereidingen	2	1	3	3	7	28	16
c. Steriele voorraad apotheek bereidingen	2	1	3	0	5	33	11
d. VTGM bereidingen	6	7	5	10	8	7	36
e. VTGM cytostatica	8	7	11	9	3	5	38
f. VTGM radiofarmaca	5	2	5	4	1	27	17
g. Bepalingen in kader van kwaliteitscontrole/vrijgifte bereidingen in Klinisch Farmaceutisch Lab	4	2	3	8	6	21	23
h. Bepalingen van xenobiotica in serum (TDM, toxicologie) in Klinisch Farmaceutisch Laboratorium	2	1	4	7	5	25	19
i. Geautomatiseerd Distributie Systeem (GDS, 'baxteren')	2	2	5	2	3	30	14
j. Distributie en logistiek aan afdelingen en/of externe instellingen	5	4	10	13	5	7	37
k. Poliklinische levering dure geneesmiddelen (TNF-alfa remmers)	3	7	7	5	2	20	24
a. Farmaceutische zorgverlening aan externe instellingen zoals verpleeghuizen	4	5	4	4	4	23	21
b. Inkoop van geneesmiddelen (geregistreerde handspreparaten)	1	0	0	1	0	42	2
c. Gezamenlijke exploitatie van een poliklinische apotheek en/of dienstapotheek	8	5	5	4	0	21	22
d. Informatie- en communicatietechnologie (zoals selectie, beheer, ontwikkeling van EVS en/of ZAIS)	4	4	10	10	0	15	28
Anders namelijk...	6	0	2	1	3	0	12

Vraag 41

Welke organisaties ziet u als aantrekkelijke partners voor toekomstige samenwerking? (1 = zeer onaantrekkelijk, 2 = onaantrekkelijk, 3 = neutraal, 4 = aantrekkelijk, 5 = zeer aantrekkelijk)	1	2	3	4	5	O	N
Ziekenhuisapotheken op lokaal of regionaal niveau	1	1	4	22	15	1	44
Ziekenhuisapotheken op landelijk niveau	2	10	8	14	7	1	42
Openbare apotheken op lokaal of regionaal niveau	11	9	12	10	1	1	44
Commerciële apotheekketen(s)	17	16	8	0	1	1	43
Gespecialiseerde commerciële apotheek organisaties	13	18	7	3	1	1	43
Groothandel(s)	9	6	10	16	1	1	43
Commerciële bedrijven	12	11	12	6	1	1	43
Andere partners dan mijn huidige samenwerkingspartners	7	9	10	6	2	8	42
Anders, namelijk [vrije tekst]	6	0	1	2	1	12	22

O=onbekend