



Naam Louise Knight
Functie hoogleraar Inkoop in de publieke sector en gezondheidszorg
Organisatie Universiteit Twente



Naam Esmee Peters
Functie promovendus
Organisatie Universiteit Twente
Ook onderzoeker bij PPRC, hoofdonderzoeker van MaSSC



Naam Erik van Raaij
Functie hoogleraar
Inkoopmanagement in de Zorg
Organisatie Erasmus Universiteit Rotterdam



Naam Niels Uenk
Functie onderzoeker en directeur
Organisatie PPRC

HOE KAN DE NEDERLANDSE INKOOPAANPAK IN DE TOEKOMST BETER?

LEREN VAN DE CORONAPANDEMIE

De coronacrisis was aanvankelijk ook een inkoopcrisis. Zo veroorzaakte de explosieve vraag naar mondkapjes aanvankelijk schaarste en later een enorm overschot. Onderzoekers Louise Knight, Esmee Peters, Erik van Raaij en Niels Uenk leggen oorzaken bloot en bespreken mogelijke oplossingen.

Bij de uitbraak van corona dreigde niet alleen de IC-capaciteit, maar ook de schaarste aan medische materialen zoals persoonlijke beschermingsmiddelen en beademingsapparatuur een serieuze bottleneck te worden in de zorg. De reguliere toeleveringsketens raakten overbelast door een enorme toename van de vraag. Zorgaanbieders moesten creatief en inventief zijn om nieuwe toeleveringskanalen aan te boren en leveringen zeker te stellen. Centrale overheden bemoeiden zich met het veiligstellen van voldoende materialen om een zorginfarct te voorkomen. Dit alles met wisselend succes.

Onderzoeksbevindingen

Het MaSSC-onderzoek (Material Supply Strategies in a Crisis, zie kader) richt zich op de vragen hoe landen wereldwijd zijn omgegaan met de inkoop van kritische materialen. En vooral: hoe zorgstelsels zich beter kunnen voorbereiden op een eventuele nieuwe crisis. In september presenteerden de onderzoekers de resultaten van de eerste fase van dit onderzoek: een gedetailleerde reconstructie van de Nederlandse aanpak van

de crisisinkoop, en de lessen die het ons leert. Dit artikel geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

Geleerde lessen

Het onderzoek combineert het perspectief van zorgaanbieders (ziekenhuizen, zorginstellingen) met dat van landelijke initiatieven om een noodvoorraad op te bouwen en te distribueren, en vooral de samenwerking tussen die twee. Het bundelen van informatie uit interviews met betrokkenen op nationaal niveau en het niveau van de instellingen maakt het mogelijk om een systeembreed beeld te schetsen van de gebeurtenissen, acties en hun gevolgen met betrekking tot de crisisinkoop. Opvattingen en geleerde lessen over het voorbereiden op, en omgaan met dergelijke crises staan in het onderzoek centraal.

Nationale aanpak

Na een periode van signalen over oplopende tekorten begon het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) eerst zelf begin maart 2020



met het inkopen van persoonlijke beschermingsmiddelen om een noodvoorraad aan te leggen. VWS liep daarbij tegen diverse problemen aan. Het ontbrak aan specifieke inkoopkennis, er was een oververhitte markt, en men kreeg te maken met opportunisme en onbetrouwbare leveranciers. Ook was geen zicht op de exacte vraag hoeveel tekorten de zorginstellingen samen hadden en van welke producten. Tegelijk begon de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) met nationale coördinatie en verzorgde het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) in elk van zijn regio's de distributie.

Landelijk coördinatiecentrum

Krap twee weken later werd vanuit de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) het initiatief genomen tot het Landelijk Coördinatiecentrum Hulpmiddelen (LCH). Dit verbond van medewerkers van ziekenhuizen, leveranciers van medische materialen en de overheid nam de centrale inkooptaak over van alleen VWS. Maar ook het LCH stond voor grote uitdagingen, aangezien het als beginnende organisatie in dezelfde oververhitte markt en met toenemende logistieke beperkingen als gevolg van lockdowns moest inkopen. Het lijkt dan ook logisch dat niet meteen alles goed ging. In de beginfase is vanuit LCH niet altijd duidelijk gecommuniceerd. Dit voedde de onzekerheid bij zorgaanbieders over de mate waarin zij met noodvoorraden geholpen zouden zijn. Die voorraden werden primair voor de medische (curatieve) sector beschikbaar gesteld, waardoor de caresector zich in de steek gelaten voelde.

Creatieve oplossingen

Op centraal niveau bestond geen goed beeld van beschikbare voorraden en tekorten bij instellingen, omdat die laatste niet allemaal even betrouwbare gegevens verstrekten, uit angst voor inname van voorraden en onzekerheid over de noodvoorraad. Het is dan ook maar de vraag of er landelijk gezien echt een tekort is geweest, of dat sprake was van een verdelingsprobleem. Individuele instellingen stonden overigens vaak wel klaar om collega's in

nood te helpen. Door de aanvankelijk onduidelijke communicatie en de onzekerheid of het LCH wel kon leveren als dat nodig was, waren veel instellingen ook zelf bezig in hun vraag te voorzien. Vaak ging dat met creatieve nieuwe oplossingen en leveranciers.

Complicerende factoren

Welke factoren zorgden dat de aanpak van de tekorten in de Nederlandse context nu zo complex was? Een belangrijke

“Internationale samenwerking was ver te zoeken. Het was ieder land voor zichzelf”

constatering is dat problemen en mogelijke oplossingsrichtingen steeds tegen elkaar in werken. Maatregelen om het ene probleem te ondervangen, leiden weer tot nieuwe uitdagingen. Complicerende factoren in de Nederlandse context zijn:

- Het Nederlandse zorgstelsel is decentraal ingericht, elke instelling is zelf verantwoordelijk voor de eigen inkoop.
- Het ontbreekt aan een crisisstructuur voor inkoop van kritische materialen. Hetzelfde geldt voor ondersteunende systemen, bijvoorbeeld voor voorraadbeheer en distributie.
- Medische materialen als handschoenen en mondklappers zijn in principe ‘routineproducten’. Inkoop hiervoor is geoptimaliseerd voor prijs en efficiëntie, niet voor robuustheid en leveringszekerheid.
- Zorgorganisaties hadden voor de crisis te weinig inzicht in de ketens voor medische materialen. Ze beseften niet hoe afhankelijk ze waren van enkele leveranciers uit Oost-Azië.
- Internationale samenwerking is in crisistijd niet zelden ver te zoeken. Het was dan ook ieder land voor zichzelf.

Geen checks and balances

Het opstarten van landelijke initiatieven voor de opbouw van een noodvoorraad is ongekend snel verlopen. Maar juist in de beginfase, toen LCH zijn zaken nog op orde moest brengen, kampten veel zorgorganisaties met dreigende of daadwerkelijke tekorten. En de caresector stond daarna onderaan het prioriteitenlijstje voor een beroep op noodvoorraden. Op het moment dat de vaste



leveranciers niet meer aan de vraag konden voldoen, vergde dit vindingrijkheid van zorgorganisaties. Veel organisaties richtten speciale covidteams op met korte lijnen naar het bestuur. Communicatie over deals verliep via Whatsapp en de normale *checks and balances* bleven soms noodgedwongen achterwege: er was vaak simpelweg geen tijd voor. Te lang wachten en een lading mondkmaskers ging aan je neus voorbij. We kunnen de uitdagingen voor de zorgorganisaties nu groeperen in drie thema's: 1) veranderende structuren en netwerken, 2) flexibiliteit rond inkoop, en 3) gebrek aan transparantie en inzicht in supply chains. We bespreken ze hierna.

Veranderende structuren

De veranderende structuren gelden allereerst intern: zeker bij instellingen die normaal gesproken geen uitgebreide inkoopafdeling hadden, werd vaak een nieuw team op het verwerven van materialen gezet. Zo'n ad-hoc team moest dan ook nog eens nieuwe leveranciers gaan zoeken in een oververhitte markt. Na een hectische aanloop zorgde een inmiddels stabiel draaiend

LCH voor wat rust in de markt, omdat het nu als alternatieve leverancier kon dienen. Prijzen stabiliseerden omdat zorginstellingen niet meer tegen elke prijs mondkmaskers of handschoenen hoefden aan te schaffen. Ook was sprake van nieuwe externe structuren en netwerken, bijvoorbeeld met die nieuwe leveranciers. In al deze nieuwe structuren moesten afspraken gemaakt worden en moest het vertrouwen in elkaar opgebouwd worden.

Flexibiliteit rond inkoop

De dreigende tekorten van medische materialen vergden noodgedwongen veel flexibiliteit van zorgorganisaties. Naast de hierboven beschreven nieuwe structuren kregen zorgorganisaties te maken met wisselende instructies voor het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, met als gevolg veel dynamiek in de vraag. Ook was het vaak niet mogelijk om de gebruikelijke interne dan wel externe inkoopregels en procedures te volgen. Zorginkopers benoemen ook een positief effect: waar zorgprofessionals onder normale omstandigheden vaak erg kritisch zijn op de specifieke medische materialen, was een dergelijke houding nu niet houdbaar. Leveringen van medische materialen van andere merken of met *nét* andere eigenschappen dan normaal werden in deze crisis ineens acceptabel.

Gebrek aan transparantie

Het derde thema in de uitdagingen voor zorgorganisaties draait om gebrek aan transparantie en inzicht in de supply chains. Vanuit het perspectief van zorgaanbieders is een opvallende uitdaging de prioriteiten van LCH voor een beroep op de noodvoorraad: de caresector stond hier achteraan. Hier leefde het gevoel er ondanks alle centrale inspanningen toch alleen voor te staan. Los daarvan heeft de crisis ook duidelijk gemaakt dat zorginstellingen zelf

MASSC

Het onderzoek heeft als titel MaSSC: Material Supply Strategies in a Crisis. Het onderzoeksconsortium bestaat uit onderzoekers Esmee Peters, Jan Telgen, Niels Uenk, Annelie Oortwijn (voorheen Erasmus Universiteit Rotterdam) en oud-collega Laura Bosman van Public Procurement Research Centre (PPRC, penvoerder van het consortium), Louise Knight van de Universiteit Twente, en Kees Ahaus en Erik van Raaij van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Peters, Uenk, Knight en Telgen maken ook deel uit van de internationale groep onderzoekers die het International Research Study on Public Procurement (IRSP) vormen, de organisatie betrokken bij het internationale gedeelte van het onderzoek.

te weinig zicht hadden op hun supply chains. Veel instellingen hadden geen idee dat ze voor persoonlijke beschermingsmiddelen feitelijk afhankelijk waren van één producent of leverancier uit Oost-Azië. De transparantie in dergelijke ketens was zeer beperkt en het *forecasting en demand management* bij zorginstellingen onderontwikkeld. Dit droeg bij aan de onzekerheid en problemen om voldoende materialen te bemachtigen.

Oplossingsrichtingen

Op basis van de inkoopproblematiek tijdens de coronacrisis onderschrijven wij in ons onderzoek zes verschillende, met elkaar samenhangende oplossingsrichtingen met betrekking tot coördinatie, competentie en risicomanagement:

1. Uitwerken van een crisisprotocol: wie heeft welke rol en verantwoordelijkheid als er weer een crisis uitbreekt met een tekort aan bepaalde materialen?
2. Mogelijkheden tot centrale inkoop (bij crises) om inkoopmacht te bundelen.
3. Opzetten van informatiesystemen die inzicht in vraag en aanbod (inclusief ketentransparantie) ondersteunen.
4. Het verbeteren van inkoopprofessionaliteit, onder meer leidend tot beter inzicht in de supply chain.
5. Beperken van afhankelijkheid van buitenlandse producenten in tijden van crisis door het opzetten van een weldoordachte, beperkte ijzeren voorraad.
6. Beperken van afhankelijkheid van buitenlandse producenten door opzetten van regionale, nationale of internationale productie dichterbij.

Ijzeren voorraad

Deze oplossingsrichtingen klinken vanzelfsprekend. Het op een slimme en efficiënte wijze ten uitvoer brengen, is echter complexer dan het lijkt. Voor elk van de oplossingsrichtingen benoemen wij in het onderzoek op basis van de perspectieven van de direct betrokkenen uitvoeringsvarianten, overwegingen en mogelijke bezwaren. Neem als voorbeeld de ijzeren voorraad. Overal ter wereld zijn in een hoog tempo enorme voorraden mondkapjes en andere persoonlijke beschermingsmiddelen aangelegd. Het nadeel hierbij is wel dat je niet weet welke producten in een volgende crisis nodig zijn en wanneer dat zich dan voordoet. Daarnaast kunnen de kosten snel oplopen, onder andere vanwege het opslaan van de producten in distributiecentra en de beperkte houdbaarheid van de producten.

Alternatieven

Kortom, simpelweg een vaste voorraad van mondkapjes ergens in een pakhuis wegstoppen is dan ook niet de beste strategie. Er zijn betere alternatieven: het opslaan van grondstoffen in plaats van producten, het opslaan van producten bij de leveranciers of klanten, rollende voorraden (voorraden

die worden verkocht of gerecycled voordat ze over de datum gaan), of misschien zelfs voorraden op EU-niveau om de kosten te drukken. Het onderzoeksrapport geeft voor elke oplossingsrichting concrete overwegingen, vraagstukken en mogelijke uitwerkingen.

Toekomstige crises

De zes genoemde oplossingsrichtingen zijn bouwstenen voor een inkoopstelsel dat beter bestand is tegen toekomstige crises. Deze bouwstenen moeten zich gezamenlijk ontwikkelen om een flexibeler en veerkrachtiger stelsel te bouwen. Dit betekent onder andere dat de organisatie die als leidend wordt beschouwd voor een volgende crisis (een LCH, overheidsinstantie of GGD), zowel de structuur als de competenties nodig heeft om deze rol te vervullen. Hierbij zijn een duidelijk gedefinieerd crisisprotocol en een ondersteunend informatiesysteem van belang.

Bekendheid en vertrouwen

Als je naar het hele systeem kijkt, zijn er in de kern twee cruciale aspecten: bekendheid met het proces en vertrouwen in het systeem. De snelle opzet van het LCH was goed, maar er zitten ook nadelen aan die flexibiliteit. Zorginstellingen wisten niet waar ze aan toe waren, waardoor het vertrouwen in de nationale inkoop-aanpak vaak ontbrak. Als gevolg kozen instellingen voor zichzelf, soms ten koste van anderen. Het foutief doorgeven en het achterhouden van voorraden is hier een goed voorbeeld van. Actieve aandacht voor systeemontwikkeling in stabiele tijden is daarbij essentieel. Instellingen die bekend zijn met een centrale organisatie en een bepaald systeem zullen hier in een volgende crisis ook meer vertrouwen in hebben. Verwarring, onzekerheid en rivaliteit kunnen leiden tot suboptimale inkoopprestaties.

Vervolgonderzoek

De tweede fase van dit onderzoek richt zich op geleerde lessen en systeemverbeteringen voor crises wereldwijd. Wij reflecteren op het Nederlandse inkoopstelsel en bevindingen uit de eerste fase van het onderzoek met een internationale studie. Hierin interviewen wij experts op het gebied van publieke (zorg)inkoop uit ruim dertig landen. De nadruk ligt hier op de verbetering van de paraatheid van publieke inkoop voor toekomstige crises. De internationale rapportage verwachten we in februari 2022 te kunnen delen. ●

