

# De consequenties van marketing voor de rol van de medisch specialist. Kwestie van crisis?

Joost de Schepper

Student nr.: 269436js

Begeleider: Drs. Marije Stoffer

1<sup>o</sup> Meelezer: Prof. dr. Robbert Huijsman MBA

2<sup>o</sup> Meelezer: Marian 's Gravemade-Frijters

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Erasmus universiteit Rotterdam



## Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie, geschreven ten behoeve van de studie richting Zorg Management van de opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Deze scriptie is de uiteindelijke afronding van het Masterjaar. Het afgelopen jaar was zeer intensief, maar ook zeer leerzaam. In het bijzonder het hele proces van de scriptie, van idee tot realisatie is een mooi maar tijdrovend leertraject geweest. Ik wil hierbij een aantal mensen bedanken die mij tot steun zijn geweest om dit proces te doorlopen.

Marije, bedankt voor je begeleiding, het steeds weer doorlezen van de teksten, schrijfcorrecties, het stellen van open vragen, de principe discussies over marketing en de uitvoering van dienstenmarketing in de restaurants waar we een paar keer scriptiebespreking hadden.

Mijn mede scriptie werkgroepleden Marian en Hilger wil ik bedanken, met elkaar hebben we het intensieve traject afgelopen en elkaar met raad en daad bijgestaan.

Jolanda, bedankt voor je steun je opmerkingen en vragen, hiermee werd ik zo nu en dan weer terug op de wereld gezet en kreeg ik weer overzicht op mijn omgeving. Daarnaast heb jij er voor gezorgd dat thuis alles bleef doorlopen toen ik met mijn gedachten bij de studie en deze scriptie zat.

Maaïke en Wouter, bedankt voor jullie geduld en begrip, ik heb nu weer tijd om met jullie mee te gaan naar jullie sporten zoals zwemmen en voetballen.

Hannie, bedankt voor het taalkundig corrigeren en kritische wetenschappelijke blik.

Tot slot wil ik iedereen bedanken die ik hier niet bij naam noem, voor hun ondersteuning en medeleven, vanaf nu ben ik weer vaker aanwezig.

Last but not least, wil ik alle mensen bedanken die meegewerkt hebben aan het onderzoek. Geheel vrijblijvend heeft een groot aantal mensen meegewerkt als expert, of als vertegenwoordiging van hun zorgorganisatie, bedankt voor de leuke gesprekken.

## Samenvatting

De medisch specialist moet zijn werkzaamheden verrichten in een sterk veranderende omgeving. Deze veranderingen komen uit diverse richtingen, de zorgconsument doet zijn intrede, de financiering en wetgeving worden aangepast, de organisatie waar hij in werkt is onderhevig aan veranderingen, kortom een dynamische wereld. Een aantal veranderingen kunnen gezien worden als kansen. Deze veranderingen kunnen door het ontwikkelen van een strategisch marketingplan met marketinginstrumenten de werksituatie ombuigen naar een voordeel situatie voor de organisatie.

Voor dit onderzoek is de centrale probleemstelling; **Welke rol kan de medisch specialist innemen en ontwikkelen bij de uitvoering van het strategisch marketing beleid in een algemeen ziekenhuis?**

In eerste instantie wordt bekeken welke marketingconcepten aanwezig zijn in de literatuur en dan blijkt dat dienstenmarketing in de commerciële branche zeer nauw aansluit bij de werksituatie van de medisch specialist. Enige aanpassingen zijn noodzakelijk, maar een groot aantal competenties zijn in de zorg goed te gebruiken. Hierbij hoort ook het inspelen op het besluitvormingsproces van de zorgconsument; door als medisch specialist op de juiste wijze dit besluitvormingsproces te beïnvloeden zullen een aantal aspecten van de dienstverlening beter gewaardeerd worden door patiënten en de maatschappij.

Het blijkt na onderzoek bij de experts en de casusinstellingen dat een medisch specialist op een andere manier naar zijn klanten moet kijken, hij moet een andere relatie aangaan. Door deze andere relatie, kan de medisch specialist ook beter op zoek gaan naar de wensen van zijn zorg consument en daarop inspelen. Hierdoor ontstaat een ondernemende medisch specialist die gaat inspelen op de veranderende markt zodat de vraag van de zorgconsument meer invloed gaat uitoefenen.

De medisch specialist gaat door deze veranderingen wel een andere rol krijgen als medicus, een belangrijk basis voorwaarde is dat hij de wil moet hebben om te veranderen. Naast de veranderingen van de medisch specialist moet ook de organisatie waar hij werkt adapteren aan de nieuwe inzichten over de markt en wensen van de zorgconsumenten. de medisch specialist en het management moeten gezamenlijk een doel stellen en dit ook samen vanuit intrinsieke motivatie realiseren. Op deze wijze kunnen zij de veranderende markt als kans benutten.

## Summary

The medical specialist must perform his duties in a fundamentally changed environment. These changes have come from various directions - the healthcare consumer has been introduced into the spectrum, the method of financing and the legislation is currently being adjusted, the organisation in which he works is constantly subject to change - in short a dynamic world. Some of the changes can be seen as opportunities and by developing a strategic marketing plan, can become an advantage for the organisation.

The central question for this research is: what role could the medical specialist play in developing a strategic marketing policy in a general hospital?

Firstly, having investigated which marketing models are available, it turns out that marketing services in the commercial sector are very similar to the work environment of the medical specialist. A large amount of marketing competencies can be easily transferred to the area of healthcare although some adjustments are necessary. For example, anticipating the decision-making process of the healthcare consumer, and allowing the medical specialist to influence this process in the right way, would lead to a greater appreciation of some aspects of the health services by both patients and society.

Interviews with experts and the institutes show that the current medical specialists have to look on an different way to there healthcare consumers he has to realise an other relationship. By this new relationship he can better look for and fulfil the desire of the healthcare consumers, on this way he will become an entrepreneur.

The medical specialist becomes by all these changes an other role as doctor, but without the will of one's own it is not possible to change.

Not only must the medical specialist change his perception, but also the organisation in which he works must adapt to new opinions about the market and the demands of the healthcare consumer. It is important that medical specialists and management together set a target and are intrinsically motivated to meet it. In this way, they can harness the changing market and use it as an opportunity.

# Inhoudsopgave

	Voorwoord .....	II
	Samenvatting.....	III
	Summary .....	IV
	Inhoudsopgave .....	V
<b>1.</b>	Inleiding .....	1
1.1.	De medisch specialist en zijn omgeving.....	1
1.2.	Aanleiding voor het onderzoek .....	2
1.3.	Probleemstelling en onderzoeksvragen.....	3
1.4.	De deelvragen .....	3
1.5.	Leeswijzer.....	5
<b>2.</b>	Theoretisch kader .....	6
2.1.	Marketing als concept.....	6
2.1.1.	Inleiding .....	6
2.1.2.	Marketing als strategie .....	7
2.2.	Marketing in diverse concepten .....	8
2.2.1.	Inleiding .....	8
2.3.	Beperkingen voor marketing in de gezondheidszorg.....	9
2.3.1.	Marktsegment 1 .....	9
2.3.2.	Marktsegment 2.....	10
2.3.3.	Marktsegment 3.....	10
2.3.4.	Marktsegment 4.....	10
2.4.	Dienstenmarketing.....	11
2.4.1.	Ontastbaarheid van de dienst.....	11
2.4.2.	Vergankelijkheid van de dienst.....	12
2.4.3.	Heterogeniteit van de dienst.....	12
2.4.4.	Interactieve productie/consumptie bij de dienstverlening .....	14
2.4.5.	Customer relationship management.....	14
2.4.6.	Organisatie van dienstverleningsprocessen .....	15
2.4.7.	De rol van de medisch specialist .....	17
2.5.	Het besluitvormingsproces van de consument.....	18
<b>3.</b>	Methodologie .....	22
3.1.	Inleiding .....	22
3.2.	Ontwerp onderzoek .....	22
3.3.	Validiteit en betrouwbaarheid .....	23

3.3.1.	Interne betrouwbaarheid.....	23
3.3.2.	Externe betrouwbaarheid .....	24
3.3.3.	Interne Validiteit.....	24
3.3.4.	Externe Validiteit.....	25
3.4.	Literatuur onderzoek.....	25
3.5.	Geraadpleegde experts .....	26
3.5.1.	De keuze van de experts.....	26
3.5.2.	Inhoud van de interviews.....	26
3.6.	Geraadpleegde organisaties .....	27
3.6.1.	De keuze van de organisatie .....	27
3.6.2.	Inhoud van de interviews.....	27
3.7.	Analyse.....	28
<b>4.</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>29</b>
4.1.	Deelvraag 1 .....	29
4.2.	Deelvraag 2 .....	30
4.2.1.	Ontastbaarheid van de dienst.....	30
4.2.2.	Vergankelijkheid van de dienst.....	31
4.2.3.	Heterogeniteit van de dienst.....	31
4.2.4.	Interactieve productie bij dienstverlening.....	32
4.3.	Deelvraag 3 .....	33
4.3.1.	Beperkingen van marketing in de gezondheidszorg.....	33
4.3.2.	De rol van de medisch specialist .....	33
4.4.	Deelvraag 4 .....	35
4.4.1.	Organisatie van dienstverleningsprocessen.....	35
4.5.	Deelvraag 5 .....	36
4.5.1.	Marketing als strategie .....	36
4.6.	Deelvraag 6 .....	38
4.6.1.	Customer relationship management.....	38
4.6.2.	Een ondernemer .....	39
4.7.	Het besluitvormingsproces van de zorgconsument.....	39
<b>5.</b>	<b>Conclusie en discussie .....</b>	<b>40</b>
5.1.	Conclusie van de centrale probleemstelling .....	42
5.2.	Discussie .....	43
5.2.1.	Methode van onderzoek .....	43
5.2.2.	Onderzoeksetting .....	44
<b>6.</b>	<b>Aanbevelingen.....</b>	<b>46</b>
6.1.	Inleiding .....	46

6.2.	Medisch specialisten .....	46
6.3.	Raad van Bestuur .....	47
6.4.	Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmus MC.....	48
7.	Literatuur. ....	49
Bijlage 1.	Personalía experts.....	ii
Bijlage 3.	Casusinstelling 1 .....	vii
Bijlage 4.	Casusinstelling 2 .....	viii
Bijlage 5.	Topiclijst interviews casus instellingen .....	ix

# 1. Inleiding

## 1.1. De medisch specialist en zijn omgeving

De gezondheidszorg is op dit moment in een stormachtig tijdperk verzeild geraakt. In en rondom de zorgsector is veel aandacht voor de veranderingen die op dit moment plaatsvinden. De politiek geeft sturing aan een veranderingsproces om een betere grip te krijgen op de kwaliteit en de kostenbeheersing van de zorg. De inwoners van Nederland kijken en discussiëren mee via programma's op de televisie en radio en spreken hun zorg uit; blijft de kwaliteit, de beschikbaarheid en de betaalbaarheid wel in de pas lopen. De professionele zorgverleners denken ook na over hun plaats en rol in het nieuwe zorgstelsel. Zij willen hun professionele werk graag op autonome wijze voortzetten, om de door hen geleverde kwaliteit te waarborgen (Prince e.a. 2005).

Zowel de zorgconsumenten als professionele hulpverleners en de institutionele omgeving van de zorgsector zijn op dit moment aan verandering onderhevig. Een toenemende vergrijzing, zelfs een dubbele vergrijzing van de Nederlandse bevolking, zorgt voor een grotere vraag naar zorg. Verder worden de consumenten van zorg ook steeds mondiger en zien zij graag dat het zorgaanbod beter aansluit bij hun vraag. Zij willen in het aanbod meer keuzevrijheid hebben en meer als klant behandeld worden (van Donk e.a. 2004).

De veranderende wetgeving maakt het mogelijk voor de zorgconsument om ook daadwerkelijk te kiezen en ondersteunt daarmee het consumentisme. Zo bestaat sinds 1 januari 2006 de mogelijkheid om klinische orthopedische zorg die langer dan 24 uur opname vereist, ook buiten de reguliere organisaties als het ziekenhuis te verkrijgen. Nu zorgconsumenten kunnen gaan kiezen, ontstaat de vraag wat dit betekent voor de werkwijze van de professionele zorgverlener? Ontstaat de noodzaak van klantgericht werken en het veroveren van klanten door "marktgetting"? In het bedrijfsleven is gericht zijn op de klant geïntegreerd in dagelijkse bedrijfsvoering. Voor de zorg is het nieuw. Wat gaat het betekenen voor het werk van de medisch specialist?

De zorgconsument wordt al wel herkend en er wordt hard gewerkt om de kwaliteit van zorg te verbeteren en te borgen via kwaliteitszorgsystemen als de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) of via het Nederlands Instituut voor Accreditatie Ziekenhuizen (NIAZ). Ook (onderzoek naar) het meten van klanttevredenheid doet langzaam haar intrede in de zorgsector.

De zorgsector is echter nog niet gewend aan het ontdekken van "markten" en benutten van nieuwe mogelijkheden. Marketing in de zorgsector lijkt tot nu toe niet in de cultuur te passen, "not done" (Cooper 1994), maar de consument gaat steeds meer vragen om keuzemogelijkheden en maakt steeds beter bekend wat haar wensen zijn. Een belangrijke



wens van de zorgconsument is om genezen te worden of zo optimaal mogelijk te kunnen functioneren met zijn of haar handicap. Het gaat om de vraag; hoe kan op een juiste wijze voorzien worden in de behoefte van de zorgconsument? Moet er strategische marketing ontwikkeld worden? Professionele zorgverleners hebben een direct contact met de zorgconsument en zijn een onderdeel van dienstverlening van de zorgorganisatie en het tevreden stellen van behoeften van de zorgconsument. Moet daarom een marketingstrategie van de zorgorganisatie de rol van de medisch specialist als startpunt nemen.

Een marketingstrategie, waarbij alle aspecten van marketing geïntegreerd worden voor de ontwikkeling van de zorgorganisatie en professionele zorgverlener is nog een groene loot aan de zorgondernemersboom, die nader onderzoek waard is. Elke organisatie die marketing toepast of gaat toepassen, moet zich regelmatig afvragen wat zij op haar markten wil bereiken en hoe zij dat wil bereiken. De antwoorden worden vastgelegd in een strategisch marketingplan.

In het marketingplan kan worden vastgelegd welke (deel)-markten er betreden gaan worden, met welke producten dit gaat plaatsvinden, welke concurrentie positie wordt ingenomen en wat de unieke verkoopargumenten zijn (Broere & Heuvel 1994).

Marketing kan gericht zijn op diverse aspecten van de onderneming. Zo bestaan er diverse soorten marketing: product marketing, business to business marketing en dienstenmarketing (Kotler & Keller 2006). In het volgende hoofdstuk wordt marketing in breed perspectief uitgewerkt, waarna er verder toegespitst zal worden op dienstenmarketing en de zorgsector.

## **1.2. Aanleiding voor het onderzoek**

De aanleiding voor mijn onderzoek naar de rol van de professionele zorgverlener in het hedendaagse zorgcontinuüm, is gelegen in de ervaring van een vriend van mij met de gezondheidszorg en het lezen van diverse krantenartikelen. Mijn vriend werd voor slokdarmklachten verwezen naar een medisch specialist. Na de indicatiestelling bleek de diagnose slokdarmkanker te zijn. In het hele traject ten behoeve van de vaststelling van de diagnose en als start van de behandeling ontstonden er op het vlak van samenwerking tussen mijn vriend als zorgconsument en de medisch specialist de nodige problemen, over onderwerpen als afspraken, bejegening, informeren, onderzoeken, planning. De problemen waren zodanig dat mijn vriend, met goedkeuring van de zorgverzekeraar, besloten heeft om de behandeling in België voort te zetten. De hele gang van zaken had op mij een zeer grote impact. Naast mijn persoonlijke betrokkenheid, kwamen bij mij vragen op als; wil een ziekenhuis zo met haar klanten omgaan en wat heeft een medisch specialist nodig om zijn rol zo te kunnen vervullen, dat de zorgconsument naar tevredenheid behandeld wordt? Tijdens het proces van deze scriptie werd ik weer bevestigd, doordat ik in de Volkskrant van zaterdag 1 april 2006 las dat; “de kwaliteit van de operaties in het Maasziekenhuis in

Boxmeer in gevaar werden gebracht door kibbelende en slecht communicerende chirurgen". Dit is niet het eerste bericht van een dergelijke strekking in de Volkskrant. Wederom riep dat bij mij de nodige vragen op; wil een ziekenhuis zo in het nieuws komen en wat is de rol van medisch specialist? Verandert deze rol in het huidige tijdsgewricht waar meer aandacht voor de zorgconsument gevraagd wordt? En zo ja op welke wijze kan met name de medisch specialist groeien in zijn nieuwe rol?

### **1.3. Probleemstelling en onderzoeksvragen.**

Een medisch specialist is tijdens de behandeling van de zorgconsument een belangrijke vertegenwoordiger van de organisatie. Hij is zowel de inhoudelijk deskundige behandelaar t.a.v. de klachten van de zorgconsument als uitvoerder van het strategisch marketingbeleid. Door alle interne en externe veranderingen in de gezondheidszorg kan de medisch specialist zich afvragen wat er allemaal gebeurt? Wat kan of moet hij met deze nieuwe ontwikkelingen? Hoe moet hij reageren? In de literatuur is weinig te vinden over de operationele uitvoering van dienstenmarketing in de gezondheidszorg. Er wordt niets beschreven over de wijze waarop de medisch specialist als marketeer zou kunnen acteren. Wat is er nodig voor de medisch specialist om marketing gericht te functioneren? Daarom is dit onderzoek verdeeld in drie delen. Het eerste deel gaat over theorievorming van dienstenmarketing. Het tweede deel is een explorierend veldonderzoek bij experts over de veranderende rol van de medisch specialist, ten behoeve van de invulling van het strategisch marketingbeleid van een algemeen ziekenhuis. Het derde deel is gevormd door een casestudy bij twee organisaties over de mogelijke veranderende rol van de medisch specialist en wat dit betekent voor het ziekenhuis.

De volgende probleemstelling is voor het onderzoek gedefinieerd:

**Welke rol kan de medisch specialist innemen en ontwikkelen bij de uitvoering van het strategisch marketing beleid in een algemeen ziekenhuis?**

### **1.4. De deelvragen**

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden is een literatuuronderzoek uitgevoerd naar algemene theorieën betreffende dienstenmarketing. Vervolgens kan antwoord gegeven worden op de eerste deelvraag, die luidt:

1.4.1. Hoe wordt dienstenmarketing in de literatuur gedefinieerd en uitgewerkt?

Voor verdere precisering van dienstenmarketing concepten, die mogelijk ten dienste kunnen staan van de gezondheidszorg, is een specifiek gericht literatuuronderzoek uitgevoerd. Hierin wordt beoordeeld welke positie de dienstverlener inneemt bij de uitvoering van dienstenmarketing tijdens het transactie moment, het moment dat het product gevormd wordt.

Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek kan antwoord gegeven worden op de tweede deelvraag, die als volgt omschreven is:

1.4.2. Wat is er in de literatuur bekend over de rol die de dienstverlener speelt bij de uitvoering van strategisch marketingbeleid? en wat is de mening van marketing experts in deze?

De medisch specialist moet zijn rol wellicht onder invloed van zijn veranderende werkomgeving aanpassen. Door middel van een explorerend veld onderzoek bij experts, op het gebied van marketing en gezondheidszorg, wordt nagegaan welke aspecten veranderen rond de werkzaamheden van de medisch specialist. Het betreft aspecten die van invloed zijn op zijn rol (als medisch specialist). Hoe kan hij zelf actief ingaan en anticiperen op de veranderingen. Aan de hand van deze resultaten zal antwoord gegeven worden op de volgende, derde deelvraag:

1.4.3. Welke rol kan de medisch specialist spelen bij een veranderende omgeving en het strategische marketingbeleid van een algemeen ziekenhuis?

In de zorgorganisatie wordt veel energie, geld en tijd gestoken door het human resource management aan het opleiden van de zorgverleners. Deze opleidingen zijn vaak inhoudelijk medisch of verpleegtechnisch gericht (Bont 2005). Het gaat hier om het verbeteren van de uitvoering van de technische vaardigheden. Echter de context van de medisch specialist verandert, waar moet hij nog meer in opgeleid worden? En hoe functioneert het "internal delivery system". Wat heeft de medisch specialist nu nodig om de juiste uitvoering te geven aan het nieuwe marketing beleid. Door middel van een empirisch onderzoek werd een antwoord gezocht op de vierde deelvraag;

1.4.4. Waarmee kan de dienstverlening van de medisch specialisten gefaciliteerd worden ten behoeve van de uitvoering van het strategisch marketingplan?

De medisch specialist werkt niet solitair hij is onderdeel van een maatschap en daarnaast zijn nog vele specialismen een onderdeel van dezelfde zorginstelling waar in ze werken. Moet ieder specialisme zijn eigen invalshoek en profilering kiezen, of moet de zorginstelling als geheel het strategisch marketingbeleid opzetten, zodat uniformiteit gewaarborgd wordt. Dit uit zich in de vijfde deelvraag;

1.4.5. Wat zijn de voor- en nadelen van dienstenmarketing op het niveau van individuele medisch specialisten?

De gegevens uit de eerste 5 deelvragen van het onderzoek worden in het volgende deel van dit onderzoek empirisch getoetst bij 2 casusinstellingen door middel van een kwalitatief

veldonderzoek. Hoe kan een medisch specialist op juiste wijze invulling geven aan het strategische marketing beleid van het ziekenhuis en wat betekent dit voor de organisatie?

Hieruit volgt de zesde en laatste deelvraag;

1.4.6. Welke rol kan de medisch specialist in de casusinstelling innemen om vorm en inhoud te geven aan een strategisch marketingbeleid dat past bij de zorgcontext van de casusinstelling?

## **1.5. Leeswijzer.**

Deze leeswijzer kan behulpzaam zijn voor verdere bestudering van deze scriptie. In dit inleidende hoofdstuk heeft afbakening van het onderzoek plaatsgevonden. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven, dat als uitgangspunt heeft gediend bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Vervolgens komt in hoofdstuk 3 de methodologische aanpak van het onderzoek aan de orde. Hierin wordt verantwoording afgelegd hoe in diverse onderdelen van het onderzoek de validiteit en betrouwbaarheid gewaarborgd zijn. In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten van de interviews beschreven die zijn gehouden met de verschillende experts. De bevindingen worden gekoppeld aan de theorie en de deelvragen van dit onderzoek. Deze experts hebben of kennis van marketing en of kennis van de gezondheidszorg, zoveel als mogelijk is gezocht naar de combinatie. De casus instellingen zijn voortgekomen uit aanbevelingen van de experts, omdat deze instellingen marketing als onderdeel van hun bedrijfsvoering zien.

Op basis van de bevindingen van hoofdstuk 4, vindt in hoofdstuk 5 een interpretatie van de resultaten plaats en koppeling met de centrale probleemstelling. Hieraan worden conclusies verbonden en discussiepunten van het onderzoek gepresenteerd. Hoofdstuk 6 is het afsluitende hoofdstuk waarin aanbevelingen naar aanleiding van dit onderzoek uiteen gezet worden.

In de scriptie wordt indien er over een persoon geschreven wordt altijd in de "hij" vorm geschreven dit is gedaan vanwege de leesbaarheid. Uiteraard, had hiervoor ook "zij" gebruikt kunnen worden.

## 2. Theoretisch kader

### 2.1. Marketing als concept

#### 2.1.1. Inleiding

Het Marketingconcept is als onderdeel van de bedrijfsstrategie eigenlijk een ondernemingsmentaliteit. Marketing is een visie van het management waarbij de wensen en verlangens van de klant centraal gesteld worden. Deze denkwijze vormt de achtergrond van alle beslissingen in het bedrijfsproces (Verhage & Cunningham 1984), of anders gezegd;

“Marketing is a social and managerial process by which individuals and groups obtain that they need and want through creating and exchanging products and value with others” (Kotler & Armstrong 1989).

Om marketing als concept te interpreteren, moeten er een aantal basale aspecten nader bekeken worden, omdat ze relevant zijn als aangrijpingspunt voor marketing (Kotler & Armstrong 1989). Dit zijn:

- De persoonlijke interne menselijke noodzakelijkheden: fysieke aangelegenheden als kleding, voeding, warmte en veiligheid. Sociale aangelegenheden als affectie en “er bij horen”. Hiervoor zijn producten die deze noodzakelijke basis behoeften vervullen.
- De menselijke wil om een probleem of wens op te lossen. Een consument wil zijn bestaand probleem oplossen met de beste oplossing. Indien een product de oplossing biedt, is de consument tevreden, maar verschijnt er een nieuw product, wat het probleem beter oplost, dan zal hij over gaan tot aanschaf daarvan.
- Vraag naar producten die de meeste tevredenheid geven aan de behoefte en de beste verhouding hebben tussen kosten en persoonlijke waarde.
- Producten zijn niet gelimiteerd aan fysieke objecten. Maar alles wat de noodzakelijkheid invult, het probleem oplost en tevredenheid geeft, kan gezien worden als product. Zoals een persoon, een plaats, een activiteit en een idee.
- Uitwisselen, ruilen om aan behoeften te voldoen. Hiervoor zijn minstens twee partijen nodig die willen ruilen en de objecten dienen een waarde te bezitten. Indien de condities voor de partijen goed zijn, zal er uitgewisseld worden.
- Transactie, de waarde die bij het uitwisselen over en weer gaat, kan variëren. Als geld een ruilmiddel is, spreken we over een monetaire transactie. Maar ook goederen kunnen geruild worden (bartering).
- Markt: is niets meer en minder dan de verzameling kopers en potentiële kopers voor een product.

Deze basale aspecten, zijn met behulp van een marketingstrategie te beïnvloeden.

### 2.1.2. Marketing als strategie

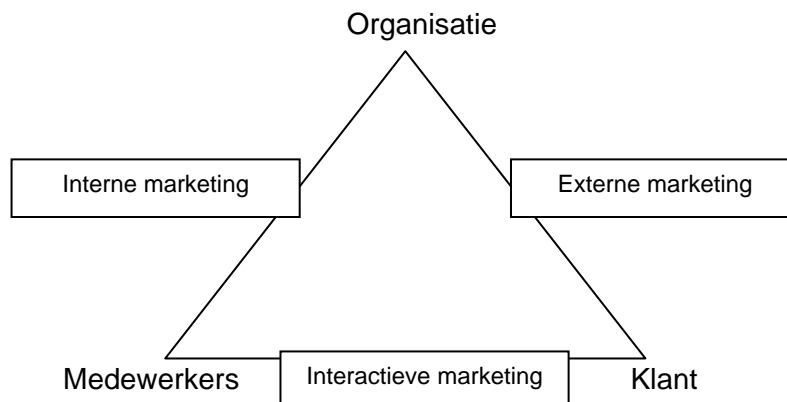
Een marketingstrategie is een geïntegreerd plan van activiteiten, dat uitgevoerd wordt in samenhang met de bedrijfsvoering. Alle activiteiten moeten afgestemd uitgevoerd worden. Het uitvoeren van marketing vindt plaats via de marketinginstrumenten. Deze instrumenten worden wel de vier P's genoemd, de eerste letter van het instrument (Kotler & Keller 2006):

- Product, de oplossing voor de wensen of problemen van de klant
- Prijsbeleid, de waarde die de klant moet betalen in ruil voor de oplossing
- Plaats/distributie, de plek waar de klant de oplossing gemakkelijk kan verkrijgen
- Promotie, de communicatie naar de doelgroep over de voordelen van de oplossing

In theorie komen personeel en marketing regelmatig als twee gescheiden onderwerpen aan de orde. Echter in de gezondheidszorg draait het om mensen, enerzijds de zorgconsument en aan de andere kant de professionele zorgverlener, die met zijn persoonlijke inzet onderdeel uitmaakt van de behandeling (Ster & Wissen 1986). Daarom moeten de twee grootheden met elkaar in verband gebracht worden en zo ontstaat de 5<sup>e</sup> P (Kotler & Keller 2006):

- Personeel, de juiste inzet van het personeel moet zorgdragen voor een goede uitvoering van het marketing concept.

Deze marketinginstrumenten kunnen niet als losse onderdelen gezien worden. Ze worden beschouwd als bouwstenen die in de organisatie in gezamenlijkheid en afgestemd acteren en zorgdragen voor een samenhangend marketingbeleid. Alle relaties die binnen en buiten de organisatie aanwezig zijn, hebben met dit beleid te maken. Bij dienstenmarketing wordt er uitgegaan van een relatie tussen dienstverlener en consument. Kotler en Keller (2006) noemen in dit kader dat marketing vanuit een holistisch perspectief benaderd moet worden. Zij hanteren drie marketing begrippen waar de bovenstaande marketinginstrumenten op toegepast kunnen worden en geven deze weer in onderstaande driehoek;



Bron: Kotler en Keller 2006

Toelichting op dit model;

De drie marketing begrippen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden, ze grijpen op elkaar in en ondersteunen elkaar; externe marketing richt zich op de relatie en ruilprocessen tussen de organisatie en externe klanten, waaronder; zorgverzekeraars, verwijzers, patiënten en hun belangen groepen, locale en landelijke overheid. De aspecten die hier aan bod komen zijn; hoe profileren de organisatie zich, welke markten en marktsegmenten worden door de organisatie benaderd, met welke marketinginstrumenten wordt de markt bewerkt. Op welke wijze en met welke middelen wordt dit gedaan.

De interne marketing richt zich op de eigen organisatie, het management, interdisciplinaire en multidisciplinaire collega's, ondersteunende diensten en medewerkers. Hierbij is van belang dat alle medewerkers op de hoogte zijn van de (marketing)visie van de organisatie. Tevens moeten zij weten op welke wijze het beleid ingevuld dient te worden en dat zij hiervoor voldoende ondersteuning krijgen.

Bij interactieve marketing gaat het om het realiseren van een goede dienstverlening door de medewerkers, in samenspraak het beste product maken, waardoor de zorgconsument zo goed mogelijk geholpen wordt (Kottler 2006). Dit aspect van interactieve marketing wordt in paragraaf 2.4 verder uitgewerkt als dienstenmarketing.

## **2.2. Marketing in diverse concepten**

### **2.2.1. Inleiding**

In voorgaande paragraaf zijn algemene principes van marketing besproken. Het marketingproces voegt waarde van beleving toe aan de producten die in onze economie worden voortgebracht en afgenomen. Om deze toegevoegde waarde te creëren zijn er diverse soorten marketingconcepten te onderscheiden. Diverse vertakkingen van de basisvorm van marketing hebben zich ontwikkeld, afhankelijk van specifieke kenmerken van organisaties of producten. De Vries en van Helsdingen (2005) onderscheiden de volgende vormen van marketing;

- Social marketing, de marketing van organisaties, die zich specialiseren in ideeën.
- Societal marketing is een uitvoering van marketing van de organisatie in relatie tot de maatschappij.
- Non-profit marketing, een specifieke toepassing van marketing met kenmerken voor niet-winstgeoriënteerde organisaties. Deze organisaties maken soms wel winst, maar dit is niet de reden van hun bestaan. De nadruk ligt dan meer op public relations en public affairs. Voorbeelden hiervan zijn; waterschappen en ziekenhuizen. Het gaat hier om organisaties in zijn geheel. Echter in de gezondheidszorg ontstaan steeds meer zorginstelling die winst als doelstelling nastreven.

- Industriële marketing, voor de business to business markt, ook wel organisatiemarketing genoemd, is gericht op bedrijven. Hierbij gaat het om kenmerken als; rationele aankoopbeslissingen die vaak gecombineerd gaan met maatwerk en typische prijssituaties en grote variëteiten en flexibiliteit.
- Detailhandelsmarketing is gericht op alle aspecten van het winkelbedrijf. Hierbij kan gedacht worden aan het winkelprofiel, winkelinrichting, vestigingsplaats enz.
- Internationale marketing gaat over de context van internationale aspecten als, cultuurverschillen en geografische marktsegmenten.
- En als laatste, de dienstenmarketing, waarbij het product niet fysiek is maar vergankelijk en in samenspraak met de consument gevormd wordt. Het betreft hier de marketing van de persoonlijke dienstverlening.

In de gezondheidszorg is dienstverlening het belangrijkste product wat gemaakt en geleverd wordt aan de zorgconsument. Daarom wordt in het volgende hoofdstuk dienstenmarketing verder uitgewerkt.

### **2.3. Beperkingen voor marketing in de gezondheidszorg**

Het terrein van de gezondheidszorg is zeer breed. De vraag doet zich voor; waar kan wel of geen marketing toegepast worden. Voor enige structurering worden in de medisch specialistische zorg vier marktsegmenten onderscheiden. De concurrentie en marketing activiteiten zullen in de diverse marktsegmenten ieder een eigen rol spelen, variërend in intensiteit (Meijer & Heessen 2003).

#### **2.3.1. Marktsegment 1**

Dit marktsegment behelst de relatief eenvoudige, electieve basiszorg en 'luxe'-zorg. In deze deelmarkt zullen de concurrentie en marketing activiteiten het meest ver doorgevoerd worden. De zorgvoorzieningen werken met een winstoogmerk en worden hier ook op beoordeeld. De zorg wordt door velerlei organisaties aangeboden, omdat de toetredingsdrempel laag is. Organisatievormen kunnen zijn een ZBC, privé kliniek, afsplitsingen van ziekenhuizen en eerstelijns samenwerkingsverbanden. Door standaardisatie van zorgprocessen, is een goede efficiëntie te behalen en wordt de kwaliteit gewaarborgd. Doordat In dit marktsegment de marktwerking plaatsvindt, zullen alle operationele marketinginstrumenten behorend bij het integrale marketingplan op een juiste wijze ingevuld dienen te worden. In dit segment kan de zorgconsument zich goed voorbereiden op zijn behandeling door zich uitgebreid te informeren via diverse kanalen en referenties.



### 2.3.2. Marktsegment 2

Hier vindt de complexere (basis)zorg en topzorg plaats. Ook in deze markt zal concurrentie en marktwerking tussen organisaties en zorgverleners plaatsvinden. Voor de zorgconsument wordt een besluit nemen over behandelingen en de organisatie lastiger. De zorg die in dit segment geleverd wordt is complexer en duurder dan de zorg van segment één en zal meer plaatsvinden in middelgrote-, grote-, universitaire ziekenhuizen en gespecialiseerde ZBC (Meijer & Heessen 2003). Daarom zal de zorgverzekeraar aan de vraagkant meer een sturende en begeleidende rol gaan spelen. Ook in dit segment is het mogelijk dat de zorgconsument zich voorbereid op wat hij wil, wat er gaat komen en wat hij kan verwachten. Hij kan het aanbod van mogelijkheden vergelijken, diverse organisaties vergelijken, zowel in het binnen- als buitenland. Marketinginstrumenten zijn zeker van belang maar worden op een andere wijze ingevuld dan in het eerste marktsegment. Voor de ZBC zal profilering van de mogelijkheden van zorgproducten belangrijk zijn, met daaraan gekoppeld dat de kwaliteit uitmuntend is en gewaarborgd.

### 2.3.3. Marktsegment 3

Hier vindt topreferente zorg en ontwikkelingsgeneeskunde plaats. In dit marktsegment zal voorlopig geen concurrentie en marktwerking plaatsvinden. De reden hiervoor is dat deze zorg hoog gespecialiseerd, onvoorspelbaar en nog niet uitontwikkeld is. Deze zorg wordt verleend in universitaire centra en topklinische ziekenhuizen. Ook in dit segment zullen marketing instrumenten ingezet worden onder andere als promotie, informatie over kwaliteit, service en profilering. Daarnaast is een juiste dienstverlening essentieel.

### 2.3.4. Marktsegment 4

In dit marktsegment valt de spoedeisende zorg en de ernstige (chronische) multiple pathologie. De spoedeisende hulp wordt vanuit de overheid zodanig gegarandeerd dat dit in het hele land voldoende bereikbaar is. Hierin zal de komende jaren door centrale aansturing nog geen concurrentie plaatsvinden. De vergoeding die via Diagnose Behandel Combinaties gaat, zal centraal worden vastgesteld.

De ernstige chronische multiple zorg zal, door haar onvoorspelbaarheid, nog niet in de concurrentie en marktwerking meegenomen worden. Marketing instrumenten kunnen hier ook zeker van pas komen, echter in beperkte vorm en aangepast aan de specifieke eisen van dit segment.

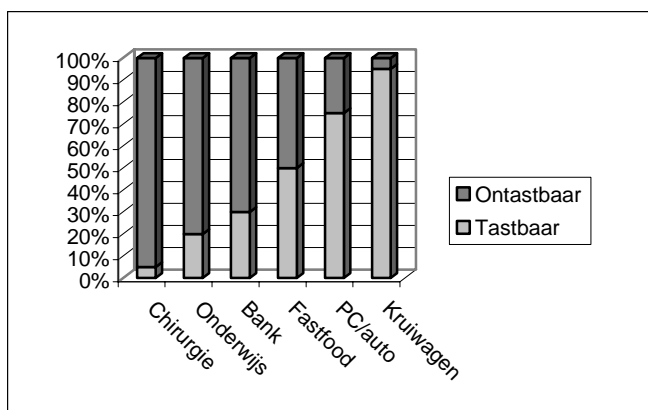
## 2.4. Dienstenmarketing

Dienstenmarketing heeft een aantal specifieke kenmerken die verschillen van de eerder genoemde algemene marketingconcepten, dit heeft te maken met de dienstverlening dat als belangrijk onderdeel hiervan gezien moet worden.

Gummesson definieert een dienstverlening als volgt; “services is something which can be bought and sold but which cannot drop on your foot” (in de Vries & van Helsdingen 2005). Zo vinden Seminek & Bamossy (1995) dat dienstverlening bestaat uit; “Service are activities, benefits or satisfactions offered for sale where there is no exchange of tangible goods involving a transfer of title.” (in de Vries & van Helsdingen 2005). Samenvattend vinden Tetteroo en Viehoff (1990) en de Vries en van Helsdingen (2005) dat diensten ontastbaar, vergankelijk en heterogeen zijn. Bovendien vindt interactieve consumptie c.q. productie plaats. In eerste instantie worden algemene principes en concepten van dienstenmarketing uit de non-profit sector beschreven daarna wordt vergeleken hoe de genoemde kenmerken toepasbaar zijn bij de medisch specialisten in de gezondheidszorg. Onlangs heeft Michael Porter op een congres verkondigd; “In de gezondheidszorg moeten de professionals de toegevoegde waarde leveren aan de patiënten”. “De patiënt zoekt resultaten, daar wordt de professional op beoordeeld” (Porter 2005). Uit dit statement van Michael Porter wordt duidelijk dat de persoonlijke inzet van de medisch specialisten van uiterst belang is. Hoe valt dit te rijmen met dienstenmarketing?

### 2.4.1. Ontastbaarheid van de dienst

Een dienst is een ervaring, in principe geen goed of tastbaar ding. Echter bij sommige diensten wordt een tastbaar goed toegevoegd zodat er tevens een fysiek product ontstaat, wat een consument kan afnemen. De verhouding tussen ontastbaarheid en het fysieke binnen een dienst kan in diverse combinaties voorkomen, er is sprake van een continuüm. Shostack (1977) heeft ter illustratie een volgend vergelijk gemaakt;



Bron: De Vries en van Helsdingen, 2005

Naast deze fysieke ontastbaarheid bestaat ook de mentale ontastbaarheid, dit is het aspect wat samenhangt met het voorstellingsvermogen van de consument van de geleverde dienst.

De vraag is of dit consequenties heeft voor de rol van de medisch specialist?

Consumenten hebben percepties en verwachtingen bij het eerder genoemde transactiemoment. Percepties zijn subjectief en de verwachting is de standaard van de consument zelf, die eigenlijk overeen moet komen met de performance van de medisch specialist. Afhankelijk van de wederpartij moet de medisch specialist zich aanpassen om te zorgen dat de boodschap overkomt en dat het doel behaald wordt. Dit kan plaatsvinden door onder anderen open communicatie op het niveau van de zorgconsument en juiste bejegening. Tussen de medisch specialist en de zorgconsument moet een twee-eenheid ontstaan. Over het algemeen bezit de zorgconsument te weinig kennis en te weinig informatie over de dienstverlening om het probleemoplossend vermogen van de medisch specialist in te schatten. Het is voor de medisch specialist dan ook van belang om als marketing strategie een goed "professionaliteitsimago" (Kotler & Clarke 1987) te ontwikkelen. Van Erp (1998) noemt dit communiceren van vertrouwen en ziet dit als een belangrijk punt in de marketingstrategie van een dienstverlenende organisatie. De mentale ontastbaarheid van de dienst komt hierin naar voren en de zorgconsument is op zoek naar mogelijkheden van reductie van de onzekerheid door op zoek te gaan naar een dienstverlener waarin vertrouwen gesteld kan worden door referenties van derden.

#### 2.4.2. Vergankelijkheid van de dienst

Doordat een dienst fysiek en mentaal ontastbaar is, is het ook onmogelijk om een dienst van tevoren te produceren en hiervan een voorraad te vormen. Dit heeft grote consequenties voor de verhouding tussen vraag en aanbod. Het is noodzakelijk om op het moment van de vraag door de consument, over voldoende dienstverlenende capaciteit te beschikken (Vissers & de Vries 2005). Een goede afstemming, door middel van planning en prognose is dan van belang.

Dienstverlening is op het persoonlijke vlak zeer intensief (Kotler & Clarke 1987), persoonlijke inzet, behandeling of persoonlijke verkoop kan je als persoon raken. Dienstverlening is een continu systeem van actie en reactie in een persoonlijke interactieve relatie tussen twee of meer personen. Het is evident dat deze persoonlijke dienstverlening tussen de medisch specialist en de zorgconsument ook plaatsvindt. Doordat ook hier individuele actie en reactie plaats vindt ontstaat opnieuw een "nieuw" product, wat niet op voorraad geproduceerd kan worden. Door het ontbreken van voorraadvorming wordt de planning van de medisch specialist als capaciteit complexer en nog essentiëler voor de graad van dienstverlening.

#### 2.4.3. Heterogeniteit van de dienst

Met heterogeniteit wordt bedoeld dat door het beperkt kunnen standaardiseren van het productieproces een eindproduct nooit exact het zelfde kan zijn als het voorgaande eindproduct. Heterogeniteit ontstaat volgens Zeithaml & Bitner dan ook voornamelijk door:

“the result of human interaction, between and among employees and customers” (Zeithaml e.a. 2003). Daarnaast beoordeelt de consument de dienstverlening ook nog met objectieve criteria en subjectieve motieven, waardoor de waardering kan variëren. Deze subjectieve motieven ontstaan doordat het bij dienstverlening niet alleen gaat om technische prestaties, maar ook om de wijze waarop de dienst uitgevoerd wordt door de dienstverlener. Deze factor speelt niet mee als de dienstverlening tot stand komt door een machine georiënteerde dienst. De medisch specialist als dienstverlenende professional in de gezondheidszorg heeft als groep haar eigenschappen en karakteristieken. Op voorhand is te zeggen dat “de” professional niet bestaat (Wanrooy 2002).

“De ware professional beschikt over de capaciteit om tot zelfstandige keuzes te kunnen komen, onafhankelijk van anderen en zich daarvan bewust te zijn. Hij handelt uiteindelijk op grond van een beredeneerde beslissing die niet alleen ingegeven is door inhoudelijke vakkennis maar ook op basis van zelfreflectie en getuigt van kritische zin” (Oorschot e.a. 1995).

Ondanks dat “de specifieke” professional niet bestaat zijn er toch een aantal gemeenschappelijke karakteristieken die van invloed kunnen zijn op de uitvoering van diensten marketing. Een aantal voorkomende karakteristieken zijn; specifieke deskundigheid en scholing, sterk onder invloed van de beroepsgroep en niet onder directe invloed van de organisatie (Oorschot e.a. 1995; Wanrooy 2002). Ook voor de technische uitvoering van zijn beroep is de professional sterk geïdentificeerd met zijn beroepsgroep, peer to peer overleg is het meest van belang. Door het gericht zijn op de beroepsgroep kan het voorkomen dat de professional in de organisatie solitair overkomt. De invloed van de beroepsgroep is dus erg groot, die bepaalt ook de criteria voor toetreding tot het beroep en de opleiding.

De professional is geleerd om zelfstandig en kritisch eigen beslissingen te nemen en daarvoor verantwoordelijkheid te dragen. Gericht op argumenten die op wetenschappelijke basis geformuleerd worden, evidence based handelen is van belang. Door al deze factoren en persoonlijke inbreng zijn interindividuele variaties aanwezig, waardoor het product dienstverlening nooit voor honderd procent gelijk is aan het voorgaande product. Door het invoeren van protocollen voor de medisch specialist wordt getracht deze heterogeniteit te verlagen. Hierdoor wordt er gestreefd naar homogeniteit, zodat een iso-zorgproces voor de zorgconsumenten verkregen wordt (Visser & Beech 2005). Dit betekent voor de medisch specialist het belang zien van aanpassen van zijn visie en handelwijze, door zich meer naar de wensen van de zorgconsument en de organisatie te richten. Hiervoor zullen sommige eerder verworven “professionele” kenmerken aangepast moeten worden. In de navolgende interviews in het kader van dit kwalitatief onderzoek is hier specifiek naar gevraagd.

#### 2.4.4. Interactieve productie/consumptie bij de dienstverlening

De dienstverlener is afhankelijk van de wijze waarop de afnemer zijn wensen kenbaar maakt, de afnemer produceert door zijn informatie met de dienstverlening mee. Algemeen gesteld, de dienstverlener dient zich af te vragen onder welke voorwaarden de afnemer bereid is adequaat mee te werken. De productie en consumptie van een dienst vallen samen, dit betekent dat de afnemer direct het productieproces kan zien en zelfs kan beïnvloeden. Dit proces verloopt in diverse fasen. Het proces start met de oriëntatie van de afnemer, het afnemen van de dienst en de wederzijdse verplichting tot de afsluiting van de relatie (Tetteroo & Viehoff 1990). Als onmiskenbaar element van dienstenmarketing moet hieraan toegevoegd worden; 'de directe dialoog met je klant', een element dat bij productenmarketing niet aanwezig is (Knisley 1979). Door de directe dialoog bestaat er een persoonsgebonden relatie tussen afnemer en dienstverlener en daardoor is het mogelijk om persoonlijke verkoop toe te passen, wat het meest effectieve promotie middel is (Kotler & Clarke 1987). Dit maakt de uitvoering van de dienstverlening zo belangrijk. Hier beoordeelt de consument het resultaat, waardoor klantentrouw kan ontstaan. Dit is van belang voor de organisatie waarbinnen de dienst verleend wordt, omdat op deze wijze financiële winstgevendheid kan ontstaan.

In de zorg gaan patiënten zich steeds meer gedragen als zorgconsumenten. Ze willen zelf of samen met de medisch specialist een besluit nemen over hun behandeling, hoe de behandeling verder gestalte moet krijgen en welk proces er gevolgd gaat worden. Dit komt overeen met de kenmerken van interactieve productie. De consequenties voor de medisch specialist zijn ook dat hij voorwaarden schept zodat de zorgconsument zijn aandeel ten behoeve van het zorgproduct kan effectueren. Voorwaarden hiervoor zijn, open en een horizontale communicatie en voldoende tijd voor het proces. Deze aspecten worden ook nader bevestigd in de interviews.

#### 2.4.5. Customer relationship management

Customer relationship management, is het benadrukken van de waarde van de relatie die ontwikkeld wordt tussen een dienstverlener of zijn organisatie en de consument. In de profit sector wordt dit gebruikt voor het verbeteren van je relatie met je directe klant, concurrenten en andere marktpartijen om deze relaties te optimaliseren en zo rendabel mogelijk te maken. In diverse medisch specialismen komt het voor dat zorgconsumenten frequent terug keren, in verband met hun voortschrijdende pathologie of dat nieuwe pathologiën voorkomen. Bij deze continue relatie, moet er zorggedragen worden dat de relatie voor beide partijen zo rendabel mogelijk verloopt. Zeker voor het eerder benoemde eerste en tweede marktsegment is dit van belang omdat daar de zorgconsument naar aanleiding van zijn bestaande ervaring betere keuzes kan maken. Customer relationship management behelst

strategische en operationele taken om een goede communicatie en langdurige relatie met je klanten op te bouwen (Pickton & Broderick 2005). Customer relationship management kan aangrijpen op alle relaties van een dienstverlener of zijn organisatie. Als relaties van een medisch specialist en het ziekenhuis kunnen onder andere gezien worden: de zorg consument, collega specialisten, verplegend personeel, ondersteunende diensten, maar ook de huisarts als verwijzer en de zorgverzekeraar. Iedere relatie is op zijn niveau van belang. In deze scriptie wordt verder in gegaan op de zorgconsument. Om aan customer relationship management invulling te geven, zijn er een aantal aspecten waaraan aandacht besteed dient te worden: de klanten, de data, operationele organisatie en contact management (Peelen e.a. 2000).

- De essentie van klantmanagement is het cultiveren van de relatie met de consument. Hierin is van belang, welke waarde de consument heeft voor de organisatie, de behoeften die de consument door de dienstverlener of organisatie wil laten bevredigen en de mate waarin een relatie tussen dienstverlener en consument wenselijk is. Niet alle consumenten zijn gelijk, het is dan ook van belang om hierin differentiatie aan te brengen. Bij voorbeeld het identificeren van lucratieve en minder lucratieve consumenten kan een wens zijn.
- Datamanagement, is het beheren van de data- en informatiestromen van de organisatie. Vele factoren spelen een cruciale rol bij dit beheer, niet alleen het vergaren maar ook het opslaan, verspreiden en toepassen van data is van belang. Voor consumenten die herhaaldelijk terugkomen is een juist databeheer van belang om het juiste consumentenbeeld te kunnen maken.
- Het operationele management draagt zorg voor het verwerken van data, waardoor de consument en zijn behoeften herkend worden. Nadat herkenning heeft plaatsgevonden kan er door de organisatie ook ingespeeld worden op de consument.
- Het contactmanagement zorgt voor de communicatie met de klant. Dit kan zeer breed worden opgevat. Ook deze uitvoering dient weer te worden vastgelegd in de database, voor het toekomstige relationship management. Op dit moment zijn er geen gegevens te vinden over het toepassen van customer relationship management in gezondheidszorgorganisaties op een wijze die lijkt op toepassing in de profit sector. Tijdens de interviews zal hierop verder door gevraagd worden.

#### 2.4.6. Organisatie van dienstverleningsprocessen

In de dienstverlenende sector heeft de afgelopen jaren een verschuiving plaatsgevonden in de organisatiestructuur van bedrijven. Stond van oorsprong de hiërarchie op de voorgrond, nu staan de processen en of de projecten steeds meer centraal (Heuvel 1999). Het blijkt dat de klassieke hiërarchische organisatievorm leidt tot efficiency verlies, vermindering van

snelheid van handelen en minder flexibel is (Bartlett & Ghosal 1997). Zo ontstaan nieuwe organisatievormen en wordt een veranderende rol van de medewerkers noodzakelijk. Bij dienstverlenende organisaties wordt dan ook de marketingfunctie maar voor een beperkt deel uitgevoerd door een marketing afdeling. De dienstverleners voeren voor een groot gedeelte de marketingfunctie uit door hun persoonlijke dienstverlening. Dit in tegenstelling tot organisaties die georiënteerd zijn op fysieke producten, daar heeft de marketingafdeling een grote rol.



Bron: Heuvel 1999

In toenemende mate realiseren organisaties zich dat de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van het organisatie beleid en marketing, ligt bij de frontoffice medewerkers. Dat zijn die medewerkers die in direct contact staan met de klant. De dienstverlening moet door deze medewerkers waargemaakt worden; aan de wensen van de consument voldoen, de gestelde kwaliteitsnormen halen, de leversnelheid zien te bereiken en in één keer de dienst goed uitvoeren (George e.a. 2004). In de gezondheidszorg vindt de zorgverlening onder andere door de medisch specialist plaats die op dat moment in de frontoffice werkzaam is. Hij zal zich dan ook moeten realiseren dat hij de dienstverlening moet waarmaken en verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de dienst en de bijbehorende marketing. In het huidige bestel fungeert hij in veel situaties als zelfstandig ondernemer, gelieerd aan een

zorgorganisatie. In de theorie uit de profitsector wordt geconcludeerd dat de frontoffice medewerker meer als ondernemer moet gaan fungeren. Maar geldt dit ook voor de medisch specialist dat hij meer een entrepreneur moet worden, meer initiatief nemen en nieuwe activiteiten ontplooiën? Dat hij hiervoor ruimte krijgt binnen kaders die hem maximale vrijheid geven voor het uitvoeren van dit werk (Bartlett & Ghosal 1997). Het midden management moet de juiste voorwaarden scheppen voor de entrepreneurs en zorgdragen dat er coördinatie van activiteiten, resources en capaciteiten plaatsvindt. Het midden management moet de medisch specialisten helpen met het ontwikkelen van hun werk. Het topmanagement heeft tot taak een organisatie zo te structureren dat dit decentraal mogelijk is zonder fragmentatie van het beleid. Door deze zienswijze wordt de uitvoering van marketing op een steeds lager niveau in de organisatie uitgevoerd. De medisch specialist moet adapteren naar een entrepreneur in een geïndividualiseerde organisatie.

Zoals eerder gesteld is de dienstverlener uiteindelijk de uitvoerder voor het marketingbeleid. Hij zal wel in staat gesteld moeten worden om tot een goede dienstverlening te kunnen komen. De interactieve productie van de dienst gaat verder dan de relatie dienstverlener en consument. Dit transactiemoment is een onderdeel van een heel systeem. De organisatie moet ervoor zorgdragen dat de dienstverlener in staat is om een goede dienst te verlenen aan de consument "service delivery system" (Heskett e.a 1997). Ook de kwaliteit van de organisatie wordt afgemeten aan het transactiemoment. Het gaat dan niet zozeer om de directe transactie tussen consument en dienstverlener, maar om inzet van de medewerkers, de faciliteiten, de logistiek rondom het aanbod. Zo ontstaat er verwevenheid tussen de frontoffice medewerker en het management van de organisatie. Die verwevenheid vergt een gedeelde marketingvisie en een gezamenlijke verantwoordelijkheid van uitvoering van beleid. Dit betekent voor de rol van de medisch specialist dat hij zich in de complexe multidisciplinaire gezondheidszorg organisatie voegt naar protocollen en zorgprocessen die in gezamenlijkheid zijn opgesteld voor het behalen van een hoge service graad, doelmatigheid en efficiency (Visser & Beech 2005).

#### 2.4.7. De rol van de medisch specialist

In de voorgaande paragraaf, is beschreven dat organisaties hun marketing activiteiten meer door het operationele niveau laten uitvoeren. In welke mate geldt dit ook voor de medisch specialist? Moet hij deze veranderingen van de organisatie ook kunnen vertalen naar, en uitvoering kunnen geven aan zijn omgeving? Voor het juist kunnen uitvoeren van de juiste dienstverlening zijn volgens Bartlett en Ghosal (1997) hierbij een aantal persoonlijke karakteristieken van de medewerker van belang. Die kunnen in drie categorieën verdeeld worden;



De eerste categorie bestaat uit diep gewortelde karaktertrekken als persoonlijkheid, attitude, genereusheid en energierijk.

In de tweede categorie zitten factoren als kennis, ervaring, het als begripvol en sensitief worden ervaren door de zorgconsumenten. Deze aspecten kunnen door training en carrière ontwikkeld kan worden. De derde categorie bestaat uit speciale kwaliteiten en gewoontes, die nodig zijn en behoren bij de specifieke functie. Als medisch technisch handelen.

In het veldonderzoek zullen deze aspecten nader onderzocht worden, of die aanwezig zijn bij de medisch specialist. Door het ontwikkelen van deze kwaliteiten kunnen de volgende belangrijke relationele aspecten ontwikkeld worden, die de dienstverlening verbeteren (Knowles 1998);

- Geloofwaardigheid: wat in houdt dat een organisatie die regelmatig en veel fouten maakt, geen accuratesse vertoond en niet betrouwbaar is
- Ontvankelijkheid: dit is de wil en bereidheid om service te verlenen. Dit houdt in dat afspraken worden nagekomen, zoals het terugbellen van de klant, het verlenen van een snelle service.
- Zekerheid en vertrouwen: dit wordt opgebouwd door alle aspecten vanuit de medewerkers en de organisatie, als vaardigheden, kennis, reputatie van de medewerkers.
- Empathie: dit is de zorg en de individuele attentie die aan de klant gegeven wordt. Hieronder ken verstaan worden het herkennen van vaste klanten, eigenschappen en specifieke wensen kennen.

Volgens Human Resource Management (HRM) kan door training van technische- , sociale en dienstverlenende vaardigheden, je betere medewerkers krijgen voor je organisatie. Dit is moeilijk te realiseren bij medisch specialisten door hun professionele zelfstandigheid. Het management van de organisatie zal op een andere wijze de medisch specialisten moet faciliteren en aanzetten tot bovenstaande visie.

## **2.5. Het besluitvormingsproces van de consument**

Nadat de invalshoek van de medewerkers is bekeken, wordt ook de invalshoek van de zorgconsument bekeken.

Het kennen en herkennen van het besluitvormingsproces van een consument is belangrijk, je kunt hierdoor beter inspelen en je handelen afstemmen op de individuele aspecten die van belang zijn voor het beoordelingsproces van de zorgconsument. Tijdens dit proces, kan ook een band opgebouwd worden waarbij vertrouwen verkregen wordt en gastvrijheid gegeven kan worden (Kottler & Clarke 1987).

Een dienst wordt beschouwd als een verzameling van kenmerken, attributen of eigenschappen. Bij een dienstverlening zijn de relevante aspecten merendeels ontastbaar echter er zijn ook tastbare aspecten die makkelijker te beoordelen zijn. Daarnaast wordt de

dienst ook beoordeeld op de voordelen (benefits) die er zijn voor de consument. Deze benefits kunnen zowel positieve (perceived benefits) als negatieve (perceived risks) betekenissen hebben.

Een besluit van een consument wordt altijd bepaald door de perceptie van de consument. Percepties zijn per definitie subjectief, zij zijn gebaseerd op feitelijke of vermeende ervaringen, op cognities en affecten (Vries & Helsdingen 2005). Dienstverleners moeten zich bewust zijn van het subjectieve en selectieve karakter van percepties. Het gaat bij dienstverlening om de perceptie van zowel de dienst als het proces van dienstverlening.

Op welke wijze consumenten percipiëren hangt enigszins samen met hun besluitvormingsmodel. Maar natuurlijk is iedere klant uniek, zodat een consument in meerdere stijlen kan passen. Dit multidimensionele begrip over de consument, is uitgewerkt door Sproles & Kendall in het consumer styles inventory (CSI) in de Vries en van Helsdingen (2005). Zij geven de volgende dimensies aan van waaruit een consument kan besluiten.

- Perfectionisme, merkbewustzijn, noviteit-modebewustzijn, recreatief shopping bewustzijn, prijs/waarde bewustzijn, impulsiviteit en zorgeloosheid, verward door overdaad aan keuze mogelijkheid en merkloyale gewoonte(dieren).

Naast deze dimensies spelen andere variabelen mee als; tijd, risico, impulsiviteit, kwaliteit, humeur en stemming. Deze aspecten kunnen alleen of in een willekeurige combinatie invloed en sturing hebben op het uiteindelijke besluit van de koop.

Het eigenlijke besluit van aankoop van een product verloopt over het algemeen volgens een bepaald continuüm, waarbij de fasen verschillen en afhankelijk zijn van de complexiteit van de aankoop. In de marketing zijn drie aankoopgedragingen te onderscheiden (Vries & Helsdingen 2005);

- Uitgebreid probleemoplossend aankoopgedrag
- Beperkt probleemoplossend aankoopgedrag
- Routinematig aankoopgedrag

De structuur en omvang van het besluitvormingsproces zullen variëren per aankoopgedrag. Bij een uitgebreid aankoopgedrag, zullen alle stappen doorlopen worden. Hierin zijn dan te herkennen; probleemherkenning, zoeken naar informatie, evaluatie van alternatieven, beslissing nemen, de feitelijke koop en waarna de evaluatie plaatsvindt. Bij de aankoop van dienstverlening vallen een aantal stappen samen, zo ontstaan de volgende drie fasen;

- De pre-consumptiefase; waarin de probleemherkenning, zoeken naar informatie, evaluatie van alternatieven en de beslissing tot aankoop als één geheel gezien worden.
- De consumptiefase; dit komt overeen met de feitelijke aankoop, de dienstverlening ofwel de productie, wat bij dienstverlening altijd samen met de dienstverlener tot stand komt.

- De post-consumptiefase; in deze fase bepaald de consument zijn tevredenheid of ontevredenheid over de dienstverlening en beoordeeld hierna over het stoppen of continueren van de afname van de dienst.

In de gezondheidszorg verlopen de besluitvormingsfasen ongeveer hetzelfde als bij aankoop van een product of dienst in de profitsector. Het is dus van belang dat de medisch specialist kan inspelen op de aspecten van besluitvorming, want hiermee kan hij de zorgconsument tevreden stellen.

De pre-consumptiefase is de fase waarin de zorgconsument informatie zoekt over de dienstverlener, de dienst en het te verwachten proces. De dienst is ontastbaar, waardoor evaluatie van alternatieven zeer moeilijk is. En de zorgconsument weet niet altijd waarop hij moet letten. Hij gaat uit van zijn wensen en behoeften en eerdere ervaringen van hem zelf en anderen. Voor marketingactiviteiten geldt dat duidelijk gemaakt moet worden aan de klant wat hij kan verwachten (Damhuis 2005). Het managen van klantverwachtingen is een essentieel onderdeel van marketing. De cliënt zal afgaan op het vertrouwen dat de leverancier zelf inboezemt. Van Erp (1998) noemt dit communiceren van vertrouwen een belangrijk punt in de marketingstrategie van een dienstverlenende organisatie. In de pre-consumptiefase vindt ook beoordeling van tastbare attributen plaats, zoals het instrumentarium van de medische professional.

Tijdens de productie of consumptiefase vindt feitelijke dienstverlening plaats, Hierbij wordt eigenlijk de pre-consumptiefase al geëvalueerd.

In de post-consumptiefase, kan de zorgconsument het totale dienstverleningsproces overzien en beoordelen. Na deze evaluatie zal blijken of de zorgconsument tevreden is of niet. Op dit moment kan de zorgconsument ook beslissen of hij de relatie met de dienstverlener voortzet of afbreekt.

Uit onderzoek blijkt dat de uitvoering van dienstenmarketing niet altijd aansluit bij de verwachtingen van de zorgconsument. Valarie Zeithaml (2003) heeft dit beschreven in "The Integrated Gaps Model of Service Quality". Hierbij gaat het om het verschil tussen wat de zorgconsument verwacht, wat zijn perceptie is, en wat de zorgconsument geleverd krijgt. Deze discrepantie kan ontstaan op een aantal niveaus in het dienstverleningsproces. Zij beschrijft deze discrepantie en benoemt ze in vier gaps. In de derde gap omschrijft zij een discrepantie tijdens het transactiemoment, dat plaats vindt tussen zorgconsument en dienstverlener (Zeithaml e.a. 2003). Het gaat dan om niet de juiste service verlenen en niet leveren volgens de afgesproken normen. Deze gap vindt plaats op het vlak bij de medisch specialist. Het betekent voor de medisch specialist dat hij het eerder genoemde besluitvormingsproces van de zorgconsument moet onderkennen en moet inspelen op de diverse fasen.

Tijdens de pre-consumptiefase moet hij aandacht hebben voor aspecten als; het op de juiste wijze geven van informatie, het ondersteunen bij de probleemherkenning, het begeleiden van de evaluatie van alternatieven en het beslissen tot de dienstverlening (aankoop).

Tijdens de consumptiefase zal hij een juiste en passende dienstverlening moeten geven, die zorgt voor “perceived benefits”, de voordelen voor de zorgconsument.

Tijdens de post-consumptiefase heeft de medisch specialist geen invloed meer. In deze fase wordt onder meer de tevredenheid of ontevredenheid bepaald van de consument over de dienstverlening, waarna er een besluit volgt over het stoppen of continueren van de afname van de dienst.

Naast het persoonlijk op de juiste wijze invullen van de dienstverlening is het evident dat de organisatie zorgdraagt dat er op de juiste wijze gewerkt kan worden. Er zijn een aantal mogelijke oorzaken voor het niet goed kunnen inspelen op het besluitvormingsproces van de zorgconsument, opgesplitst naar mogelijke oorzaken;

- De zorgconsument
  - Geen adequate dienstverlening doordat de zorgconsument niet op de juiste wijze meewerkt voor een goed eindproduct.
- Medisch specialist
  - De medisch specialist heeft zelf niet de juiste competenties voor het verlenen van de dienst.
  - De karakteristieken die kenmerkend zijn voor de medisch specialist als professional, kunnen juiste uitvoering in de weg staan.
- De organisatie
  - Een verkeerde invulling van het human resource beleid; zoals selectie, aanstelling en het beperkt of niet kunnen trainen van de medisch specialist.
  - De juiste organisatie rondom de medisch specialist ontbreekt.

Alle theorieën die over dienstenmarketing te vinden zijn, komen voort uit de commerciële dienstverlening, specifiek gericht op de gezondheidszorg zijn nog geen uitgewerkte concepten aanwezig.

### **3. Methodologie**

#### **3.1. Inleiding**

Gezien de aard van de probleemstelling, de deelvragen en de schaarse theorievorming over marketing in de gezondheidszorg en de rol van de medisch specialist daarin is gekozen voor een explorerende manier van onderzoeken. Voor het vinden van antwoorden op de geformuleerde vragen is gekozen voor een kwalitatief onderzoek om de theorie te koppelen aan de praktijk ('t Hart e.a. 1996). Dit biedt de volgende mogelijkheden:

- Deze methode is beschrijvend, interpreterend en verklarend over de opvattingen van betrokkenen in de bestaande onderzoeksomgeving. De respondenten konden hun eigen visie ventileren.
- De onderzoeksmethode waarborgt de contextualiteit en het holisme, van de experts en hun kennis en in de Casus instellingen werd de onderzoekssituatie op een geïntegreerde manier beoordeeld.
- De gedragingen en gebeurtenissen van betrokkenen konden geanalyseerd worden, wat de mogelijkheid bood van cyclisch werken.

Voor het empirisch onderzoek, werd een veld in de gezondheidszorg benaderd waar nieuwe activiteiten zich ontwikkelen, waar inzet van marketinginstrumenten aan de orde is met als doel nieuwe zorgconsumenten te verwerven en bestaande zorgconsumenten te behouden. Dit vindt plaats bij zorgverleners en zorgorganisaties waar zorgconsumenten keuzevrijheid hebben wat betreft de medisch specialist en de organisatie waar zij zich willen laten behandelen. Binnen het vakgebied van de orthopedische chirurgie zijn er op dit moment al keuzevrijheden. Met de nieuwe wetgeving is het mogelijk om orthopedische chirurgie die langer dan 24- uur ziekenhuisopname vergen ook in zelfstandige behandel centra uit te voeren. Tevens is het een specialisme waar een grote diversiteit aan zorgconsumenten aanwezig is, zowel jonge als oude consumenten, voor een eenmalig consult tot chronische consultering.

#### **3.2. Ontwerp onderzoek**

Om de probleemstelling te kunnen inlossen moeten de deelvragen worden beantwoord. Als eerste werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd, om een beeld te krijgen voor de eerste deelvraag; hoe dienstenmarketing in de literatuur gedefinieerd en uitgewerkt wordt. En voor de tweede deelvraag; wat er bekend is over de rol die de dienstverlener speelt bij de uitvoering van het strategische marketingbeleid. Om gericht empirisch onderzoek te doen is er in de literatuur gekeken naar aspecten die van belang zijn voor dienstverleners die dienstenmarketing buiten de gezondheidszorg sector uitvoeren. Dit vormde een basis voor

de deelvragen, die gaan over de veranderende rol van de medisch specialist als dienstverlener en uitvoerder van het strategische marketingplan.

In het tweede gedeelte van het onderzoek werden de resultaten van de literatuurstudie voorgelegd aan experts. Doordat huidige theoretische inzichten van dienstenmarketing over het algemeen betrekking hebben op de profit sector, werd voor de deelvragen drie, vier en vijf een explorerend veldonderzoek verricht bij experts die kennis bezitten op het gebied van marketing en gezondheidszorg. Tevens zijn de experts gestimuleerd om thema's die zij van belang achtten, aan te dragen zodat die gebruikt konden worden in het volgende deel van het onderzoek.

Het derde deel van het onderzoek ten behoeve van de beantwoording van deelvraag vier, vijf en zes werd in de vorm van een casestudy uitgevoerd. Dit onderdeel vond plaats aan de hand van het theoretisch kader dat verder uitgewerkt was en aangescherpt door de experts. De case study vond plaats bij één algemeen ziekenhuis en een zelfstandig behandel centrum. Deze twee organisaties mochten niet in een gezamenlijk marktgebied liggen. Dit in verband met concurrentie aspecten, waardoor mogelijk respondenten minder open zouden zijn. Voor het bepalen van de juiste organisaties, werd navraag gedaan bij de eerder geïnterviewde experts. Zij konden beoordelen welke organisaties met een marketingstrategie werken.

### **3.3. Validiteit en betrouwbaarheid**

Van belang voor de waarde van het voorgenomen onderzoek, zijn aspecten als validiteit en betrouwbaarheid essentieel (Maso & Smaling 1998). De resultaten van het onderzoek behoren een goede weergave te zijn van de gebeurtenissen, de opvattingen en gedragingen van de geïnterviewden in het veld ('t Hart e.a. 1996). Wordt er gemeten wat er bedoeld is om te meten en zijn deze metingen te herhalen met eenzelfde resultaat. Het blijkt vaak niet mogelijk om zelfde resultaten te verkrijgen bij herhaling. Dit wordt veroorzaakt door verandering in de onderzochte situatie. Kwalitatief onderzoek richt zich dan ook meer op virtuele herhaalbaarheid (Maso & Smaling 1998). De verschillende onderdelen van het onderzoek werden zo opgezet en beschreven dat ze in principe op de zelfde wijze herhaald kunnen worden. Validiteit wordt opgevat als de afwezigheid van systematische en onsystematische vertekening.

#### **3.3.1. Interne betrouwbaarheid**

Interne betrouwbaarheid is de betrouwbaarheid binnen het onderzoeksproject. Hierbij moet zorggedragen worden voor consistentie binnen het onderzoek en tussen de diverse methoden die toegepast worden (Maso & Smaling 1998).

Om dit te waarborgen werd er voor de diverse deelvragen op de volgende wijze gehandeld;

- Voor deelvraag 1 en 2, het theorie onderzoek in de literatuur, werd theoretische triangulatie toegepast. Er werden meerdere theorieën beoordeeld, met name uit andere vakdisciplines, waardoor een beter inzicht werd verkregen in de probleemstelling van dienstenmarketing.
- Door middel van systematisch werken en schriftelijk vastleggen van de handelingen, bij het opzetten van de theoretische concepten, werd verkregen dat diverse theorieën aan elkaar gekoppeld werden.
- Voor deelvragen 3, 4, 5 en 6 werden de gehele interviews opgenomen, waarna ze later geheel verbatim uitgewerkt werden.
- Voor het controleren van de juiste interpretatie en analyse in de verslaglegging werden de bevindingen terug gekoppeld naar de betreffende geïnterviewden.
- Door collega studenten van de scriptiegroep en de begeleider werd het proces kritisch gevolgd. Dit werd gewaarborgd door terugkoppeling van de bevindingen en verloop van het proces. Door middel van het elkaar bevragen over de aanpak en of de uitvoering ook zo plaats vond, werd je als onderzoeker geconfronteerd met bias.

### 3.3.2. Externe betrouwbaarheid

De externe betrouwbaarheid is de herhaalbaarheid van het gehele onderzoek. Exacte herhaalbaarheid is feitelijk onmogelijk bij een kwalitatief onderzoek, door het feit dat de onderzoekssetting steeds wijzigt. Voor het zo hoog mogelijk waarborgen van het reproduceerbaar maken van het onderzoek werden de volgende activiteiten ingebouwd;

- Altijd werd geprobeerd om de selectiviteit van informatie te reduceren, waardoor de toetsbaarheid en controleerbaarheid van de resultaten toenemen (Swanborn 1994). Voor het theorieonderzoek was van belang, welke literatuur is voldoende wetenschappelijk om als referentie te gebruiken. Tijdens de interviews moeten persoonlijke voorkeuren van de respondenten zoveel als mogelijk geëlimineerd worden.
- De selectiviteit werd verder gereduceerd door de verkregen informatie uit eerdere interviews anoniem in de vraagstellingen te gebruiken in volgende interviews. De experts werden geconfronteerd met letterlijke uitspraken van andere experts, zodat een vorm van controle ontstond. Hierdoor bleek dat de theoretische achtergrond en werkervaring van een expert vaak sturing gaf aan hun visie.
- In paragraaf 3.5 wordt een beschrijving en een motivatie geven voor de gekozen respondenten.

### 3.3.3. Interne Validiteit

Interne validiteit heeft bij kwalitatief onderzoek de betekenis van deugdelijkheid van de theorie vorming, argumentatie en beredenering. In het hoofdstuk 3.7, analyse, wordt betreft

de verwerking tot interpretatie hier verder op in gegaan. Tevens werden er een aantal maatregelen genomen om de validiteit te waarborgen. Door het toepassen van methodologische principes van wederom triangulatie. Er vonden meerdere metingen plaats uit meerdere soorten invalshoeken voor het zelfde probleem, waardoor de validiteit toenam (Denzin & Lincoln 1994). De triangulatie is op de volgende wijze toegepast;

- De triangulatie van de theoriebronnen werd gewaarborgd door de uitkomsten van de literatuurstudie ten behoeve van deelvraag één en twee te laten aanvullen door experts, voor dat gestart werd met het empirisch onderzoek.
- Ten tweede heeft er triangulatie van methode plaatsgevonden door het combineren van de interviews, het voorleggen van de topics en de stellingen en hun reactie.
- Als derde invalshoek werd tijdens latere interviews de gegeven antwoorden van eerdere experts voorgelegd aan volgende experts.

#### 3.3.4. Externe Validiteit

Onder externe validiteit wordt verstaan of het onderzoek representatief is en kunnen de onderzoeksbevindingen gegeneraliseerd worden naar grotere groepen personen en andere situaties (Maso & Smaling 1998). Om dit te bereiken is cyclisch werken een noodzaak. Hiervoor werden gevonden theorieën uit de literatuur voorgelegd aan een expert. Na analyse van deze gegevens wordt zonnodig theorieën aangescherpt, door verder te zoeken in nieuwe literatuur die genoemd werd door de experts. Tevens werden andere studies gezocht, naar aanleiding van interview bevindingen. De opzet van dit onderzoek heeft wel degelijk beperkingen voor de externe validiteit. De ervaringen van de experts, op het gebied van marketing en de zorgsector zal mogelijk generaliseerbaar zijn. Echter het onderzoek naar de veranderende rol van de medisch specialist in het veld van de orthopedie, zal beperkt generaliseerbaar zijn. Het doel van dit onderzoek is dan ook om te komen tot aandachtspunten voor medisch specialisten die dienstenmarketing als onlosmakelijk verbonden zien met hun taak uitvoering. Hierna wordt ingegaan op de werkwijze.

### 3.4. Literatuur onderzoek

Voor de eerste twee deelvragen werd eerst een literatuurstudie uitgevoerd, waarbij van geaggregeerd naar specifiek gezocht en gefilterd werd. Om aan de validiteit en betrouwbaarheid te gemoed te komen zijn de eerder beschreven voorwaarden uitgevoerd in het hiernavolgende proces. De dataverzameling werd in de volgende stappen uitgevoerd (Creswell 2003). In eerste aanzet werd een onderzoek verricht naar concepten en theorieën van dienstenmarketing. De invalshoek werd gestart van uit de profit sector en later doorgetrokken naar de gezondheidszorg. Hierna werd bekeken welke rol de dienstverlener heeft bij uitvoering van dienstenmarketing. Welke aspecten zijn van belang voor een



optimale uitvoering van dienstenmarketing. Met de kernwoorden uit de deelvragen wordt in diverse databestanden gezocht naar verwijzingen in literatuur als boeken, tijdschrift artikelen en andere publicaties. Dit werd gedaan vanuit de bibliotheek van de Erasmus universiteit Rotterdam, waardoor vele bestanden zijn te benaderen, waaronder PubMed en Picarta. In eerste instantie werd een long list gegenereerd, waaruit na verdere detaillering een verzameling relevante literatuur ontstond. Uit deze literatuur werden de artikelen, hoofdstukken of delen gekopieerd en verzameld voor latere verwerking. De gekopieerde literatuur werd per kernbegrip verzameld en daarna uitgewerkt met aantekeningen, samenvattingen en markeringen, zodat ze te gebruiken waren voor de theorie vorming, die als basis diende en getoetst werd door het explorerend onderzoek bij de experts.

### **3.5. Geraadpleegde experts**

#### **3.5.1. De keuze van de experts**

Om te komen tot een juiste keuze van marketingexperts werd gezocht naar personen die zich in de praktijk bezighouden met marketing en door middel van een opleidingsinstituut of adviesbureau met de gezondheidszorg verbonden zijn. De aanname daarbij was dat juist deze combinatie leidt tot een brede theoretische en praktische kijk op het onderwerp. Tevens werd daarbij gezocht naar hun publicaties in de literatuur betreffende dit onderwerp. Er is bewust gekozen voor één expert buiten de gezondheidszorg een lid van de Raad van Bestuur van Koninklijke KPN N.V. De reden hiervoor is dat KPN in voorgaande jaren als monopolist, zonder concurrentie en met telecommunicatie specialisten, een verandering in hun visie op bedrijfsvoering heeft moeten maken. Denken met een marketingvisie en dienstverlening werd ingevoerd. Deze situatie lijkt sterk op de situatie in de gezondheidszorg; zorgverlenende organisaties en hun medisch specialisten waren tot voor kort ook geen concurrentie gewend. En wachtlijsten voor behandeling, maakt dat de behandelaar nog meer macht krijgt en zich geen zorgen hoeft te maken voor zorgconsumenten die naar een andere zorgleverancier gaan. Om exact te bepalen welke experts van belang waren werd advies gevraagd aan de afstudeerbegeleidster en de eerste meelezer van het onderzoek. Het aantal benodigde experts werd bepaald aan de hand van de antwoorden en suggesties die gegeven worden in de interviews. Toen er geen nieuwe aspecten of antwoorden meer naar voren gebracht werden ten opzichte van eerdere interviews trad er een volledigheid op. In totaal zijn er twaalf experts betrokken bij dit onderzoek. In bijlage 1 wordt een korte beschrijving van hun levensloop en expertise gebied gegeven.

#### **3.5.2. Inhoud van de interviews**

De experts zijn vooraf geïnformeerd over het interview, door het projectvoorstel van dit onderzoek toe te sturen. Om aan de validiteit en betrouwbaarheid tegemoet te komen zijn de

eerder beschreven voorwaarden uitgevoerd in het hiernavolgende proces. De interviews werden semi-gestructureerd uitgevoerd, in de vorm van een diepte interview dat plaatsvond aan de hand van stellingen en een topiclijst (zie bijlage 2). Door het gebruik van stellingen en een topic lijst zijn de van tevoren gekozen onderwerpen allemaal besproken. Het voordeel van op deze wijze interviewen van respondenten was de vrijheid van vragen in de loop van het interview. Daarnaast konden respondenten beter hun eigen mening kwijt. Tijdens het interview werd vooral ingegaan op de persoonlijke mening van de geïnterviewden, doorvragen op de gegeven antwoorden was een belangrijk aspect, het ging vooral om meningen, ideeën en het waarom en hoe. Tijdens het interview stond de rol van de medisch specialist en de veranderende omgeving centraal. En werd door iedere expert vanuit zijn visie belicht. De belangen van marketing, voor zowel de medisch specialist als organisatie werden aangescherpt. Door op deze wijze de veranderende rol en belangen te bekijken, werd mijns inziens een gevalideerd beeld verkregen. Hier vloeiden ook uitspraken en thema's uit naar voren, die later in de analyse terug kwamen.

### **3.6. Geraadpleegde organisaties**

#### **3.6.1. De keuze van de organisatie**

De keuze van organisatie is voortgekomen uit de interviews met de experts, zij hebben aangegeven welke organisaties strategische marketing als visie hebben en hieraan actief invulling geven. Diverse experts gaven aan dat casusinstelling 1 een koploper is met het hanteren van een marketing visie. Daarnaast werd als Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC) casusinstelling 2 genoemd. In bijlagen 3 en 4 wordt achtergrond informatie verschaft over de het ziekenhuis en het ZBC.

#### **3.6.2. Inhoud van de interviews**

In dit deel van het onderzoek werden de analyses vanuit de literatuur en de interviews met de experts in de praktijk getoetst. De nadruk lag nu vooral op de praktische kant van de deelvragen. De opzet van het interview was vergelijkend met de interviews met de experts. De respondenten zijn ook nu weer vooraf geïnformeerd over de inhoud en strekking van het interview, door middel van het project voorstel van dit onderzoek. De interviews werden semi-gestructureerd uitgevoerd, aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 5).

In de organisaties werden de interviews gevoerd met een lid van de Raad van Bestuur, ten aanzien van het strategisch marketing beleid en over wat dit betekent voor de organisatie en hoe dit ingevuld dient te worden door de medisch specialist. Een interview met een orthopedisch chirurg in verband met hun rol bij de marketing ontwikkelingen en het strategische marketing beleid van de organisatie. Een managementlid dat verantwoordelijk is voor het Human resource beleid en bij het ziekenhuis werd nog een huisarts geïnterviewd,

voor reflectie van de veranderingen van het casus ziekenhuis. Tevens werd aan de casuspersonen gevraagd wat hun persoonlijke ervaringen zijn ten aanzien van hun rol in dit beleid.

### **3.7. Analyse**

De interviews zijn volledig verbatim uitgeschreven ten behoeve van het analyseren. Door middel van de analyse werd het theoretische kader geconfronteerd met de verzamelde informatie vanuit de interviews. Hierbij werd bekeken of de veronderstellingen uit het theoretisch kader bevestigd of ontkend konden worden, of bijgesteld dienen te worden. Voor deze analyse werd gebruik gemaakt van de 5 fasen zoals die beschreven zijn door Maso en Smaling (1998), Incubatie, confrontatie, generatie, herhaalde analyse en afsluitingsfase. Bij de incubatiefase werd er zorggedragen voor een accurate weergave van de onderzoeksgegevens, zowel inhoudelijk als de context en de sfeer. Hierna volgde de vijf stadia van analyseren die beschreven werden bij een framework approach (Pope & Mays 2000), voor het selecteren van coderingen en topics. De resultaten werden in de tekst gemarkeerd. De coderingen kwamen overeen met de openvragen van de topic lijst. Hierdoor werden de tekstonderdelen gekoppeld aan de thema's van het interview en de deelvragen. De gemarkeerde tekstblokken werden bij elkaar gezet, zodat dezelfde onderwerpen van verschillende geïnterviewden bij elkaar kwamen. Hierdoor werd een goed overzicht verkregen hoe zelfde thema's benoemd en ervaren werden door verschillende respondenten. Tevens werd er gezocht naar thema's die de geïnterviewden zelf hadden aangedragen. De thema's werden vergeleken met de onderzoeksvraag en de theorie, waarna de bevindingen als resultaten werden weergegeven. De resultaten zijn met de scriptie groep besproken. Hierna volgde de confrontatiefase, de gestelde theoretische hypothesen werden vergeleken met de informatie van de experts. Na deze tweede fase volgde de generatie fase; hierin werd getracht om nieuwe begrippen, veronderstellingen of hypothesen te formuleren. Deze fase liep over in de afsluiting, hierin werd meer beschreven dan alleen een theoretisch kader dat antwoord gaf op de probleemstelling. Eveneens wordt aangegeven in hoeverre dit onderzoek een bijdrage heeft geleverd aan bestaande praktische en of theoretische kennis.

## 4. Resultaten

In hoofdstuk 4 worden de bevindingen en resultaten weergegeven van de dataverzameling uit de theorie en interviews. Aan de hand van zowel het literatuuronderzoek als van het onderzoek in de praktijk worden de resultaten van de deelvragen van de scriptie beantwoord. In paragraaf 4.1 wordt de eerste deelvraag beantwoord, hoe dienstenmarketing in de literatuur wordt gedefinieerd en uitgewerkt. In paragraaf 4.2 wordt de tweede deelvraag beantwoord door het bekijken wat in de literatuur gemeld wordt over de rol die de dienstverlener speelt in het marketingbeleid. In paragraaf 4.3 wordt deelvraag 3 beantwoord door aandacht te besteden aan welke rol de medisch specialist kan spelen bij een veranderende omgeving ten behoeve van het strategisch marketing beleid van het ziekenhuis. In paragraaf 4.4 wordt deelvraag 4 beantwoord door te beschrijven hoe de dienstverlening van de medisch specialist gefaciliteerd kan worden ten behoeve van uitvoering van het strategisch marketingplan. In paragraaf 4.5 wordt deelvraag 5 beantwoord door het uiteenzetten van de voor- en nadelen van marketing op het niveau van de individuele medisch specialist. In paragraaf 4.6 wordt de laatste deelvraag beantwoord, door te bekijken welke rol de medisch specialist op het gebied van uitvoering van het marketingbeleid heeft in de casusinstellingen.

### 4.1. Deelvraag 1

#### **Hoe wordt dienstenmarketing in de literatuur gedefinieerd en uitgewerkt?**

In hoofdstuk 2 is met behulp van literatuur onderzoek het concept van dienstenmarketing onderzocht. De theoretische concepten die gevonden zijn over dienstenmarketing behoren allemaal toe aan de profitsector. Soms wordt de gezondheidszorg genoemd als voorbeeld, maar toespitsing op de specifieke omstandigheden van de medisch specialist en zijn zorgconsument wordt niet uitgevoerd. Over marketing zijn vele definities te vinden, ieder uit een andere invalshoek, wat tot gevolg heeft dat over marketing een breed en diffuus beeld gevormd wordt. Een algemene definitie van marketing waar in deze scriptie voor gekozen is, komt van Kotler en Armstrong (1989) "Marketing is a social and managerial process by which individuals and groups obtain that they need and want through creating and exchanging products and value with others". Belangrijke onderdelen in deze definitie zijn; social process, individuals want through creating en exchanging products and value. Het gaat hierbij om een sociaal proces, wat zorgdraagt dat op individueel niveau er producten en waarde uitgewisseld worden. Dit kan voor dienstverlening nog verder gespecificeerd worden, en kan omschreven worden als; "Service is something which can be bought and sold but which cannot drop on your foot" (Gummesson 1987). Hieruit blijkt dat dienstverlening een niet tastbaar is, maar andere specifieke kenmerken in zich draagt die verder gaan dan algemene marketingconcepten. Zo vinden Tetteroo, Viehoff (1990) en de Vries en van

Helsdingen (2005) dat diensten ontastbaar, vergankelijk en heterogeen zijn, bovendien vindt er interactieve consumptie c.q. productie plaats. Deze kenmerken zijn aangrijpingspunten voor dienstenmarketing waarmee de dienstverlener kan werken en worden in de volgende deelvragen uitgewerkt. Naast de gebruikelijke aspecten die in de profitsector beschreven worden als dienstverlening, vindt de onderzoeker dat dienstenmarketing aangevuld dient te worden met aandachtsgebieden als customer relationship en het besluitvormingsproces van de zorgconsument.

## 4.2. Deelvraag 2

### **Wat is er in de literatuur bekend over de rol die de dienstverlener speelt bij de uitvoering van strategisch marketingbeleid? en wat is de mening van marketing experts in deze?**

Zoals uitgebreid verwoord in hoofdstuk 2, het theoretische kader, beschrijven bestaande theoretische concepten dat de dienstverlener een cruciale rol speelt in de uitvoering van het marketingbeleid. De directe dialoog met je klant is een onmiskenbaar aspect. De wijze waarop hieraan invulling gegeven wordt bepaald in belangrijke mate kwaliteit van het marketingbeleid. Navolgend worden een aantal aspecten weergegeven waarbij de mening van de experts aangegeven wordt of deze aspecten gelden voor de medisch specialist.

#### 4.2.1. Ontastbaarheid van de dienst

In overeenstemming met de literatuur zijn de experts het erover eens dat het werk van de medisch specialist een dienstverlening is, met als belangrijke kenmerk volgens expert 4 en 5; *“de professional is het product”*.

Doordat een dienstverlening niet als fysiek product beoordeeld kan worden, wat onzekerheid geeft, zoekt de consument volgens de literatuur naar vermindering van deze onzekerheid. Er wordt getracht om het ontastbare, wat moeilijk of niet te beoordelen valt, om te zetten naar tastbaarheid en vertrouwen. Indien de aandoening of ingreep erger wordt, gaat de zorgconsument zoeken naar vertrouwen. Dat vertrouwen moet je creëren, je moet laten zien wat je in huis hebt, zodat de mensen naar je toekomen. Casusinstelling 2 heeft het als volgt gedaan; *“we hebben wel 200 mensen rondgeleid, weken oprij 2 keer per week groepen in huis gehad, om te laten zien wat je in huis hebt. Je wordt hier geopereerd met de meest innovatieve methodes en de beste apparatuur.”* Het is belangrijk dat je doelgroep op de hoogte is van wat je kunt, met welk materiaal en op welke wijze je bedrijfsprocessen regelt. In casusinstelling 2 brachten ze de tastbaarheid als volgt; *“de orthopedisch chirurg stond in de hal een demonstratie te geven van een knieoperatie, ieder uur.”* Hierdoor kunnen de zorgconsumenten beter inzicht krijgen in de dienstverlening, waarmee je ze vertrouwen geeft, zodat ze een betere keuze kunnen maken.

#### 4.2.2. Vergankelijkheid van de dienst

Doordat een dienst volgens de theorie ontastbaar is, is het niet mogelijk de dienst te produceren ten behoeve van voorraadvorming. Hierdoor moet je op het moment van vraag voldoende capaciteit hebben. Het capaciteitsprobleem wordt nu vaak opgelost door volle spreekuren, waarbij de medisch specialist weinig tijd heeft voor een consult of controle. Of dit ten goede komt aan de dienstverlening is de vraag, een aantal experts denken er het volgende over, expert 2 vindt dat medisch specialisten vanuit hun eigen medisch technisch product redeneren en niet kijken naar de zorgconsument; *“Ze zijn product georiënteerd, ze zijn gefixeerd op de 10 minuten die ze samen hebben met hun patiënt.”* Het blijkt dat menig specialist wel 28 zorgconsumenten op een ochtend ziet, dat is zonder verstoring door telefoontjes en andere interrupties al meer dan 4,5 uur. Het is aannemelijk dat het spreekuur of erg uitloopt of dat de dienstverlening aan kwaliteit moet inboeten. Volgens expert 2 is het misschien niet nodig dat de medisch specialist iedereen ziet die voor controle komt, hierdoor kan ook meer specialisten capaciteit ontwikkeld worden. Expert 10 heeft de mening dat de organisatie van een zorginstelling gedifferentieerd moet worden. Afhankelijk van de diagnose en behandeling wordt het georganiseerd; *“Bij kindjes met chronische longziekten hebben we het meer over empathie en bij spataderbehandeling draait het om efficiency, een groot accent ligt op differentiëren tussen organisatievormen.”* In casus instelling 2, vindt de organisatie en planning van capaciteit heel anders plaats. De orthopedisch chirurg kan langer doorwerken; *“De orthopedisch chirurg kon eerst in het ziekenhuis waar hij werkte geen avondsprekuren doen, geen operaties om acht uur 's ochtends, programma's gingen niet door. Nu kan dat wel, het spreekuur kan ook uitlopen tot zeven uur en iedereen vindt dat goed.”* Het blijkt dat naast goede organisatie ook de wil aanwezig moet zijn van de medisch specialist om anders te werken. Anders werken kan ook liggen in werkverdeling, samenwerken zoals in casusinstelling 2; *“twee assistenten nemen een groot deel van het spreekuur over na het stellen van de anamnese. Daarna ziet de specialist de zorgconsument weer bij de operatie.”* De juiste capaciteit op de juiste plaats in de juiste hoeveelheid om aan de aanwezige vraag te kunnen voldoen, hier gaat het om. Dit is alleen te bereiken door een aangepaste organisatie en gemotiveerd personeel, wat indien nodig extra werk wil verzetten. De kenmerken van vergankelijkheid zijn zowel van toepassing in de profitsector als de gezondheidszorg.

#### 4.2.3. Heterogeniteit van de dienst

Met heterogeniteit wordt bedoeld dat het product op basis van interactie tussen dienstverlener en zorgconsument wordt gemaakt. Om de heterogeniteit te verlagen, zodat het eindproduct meer kan voldoen aan gestelde kwaliteitsnormen is standaardiseren een oplossing. Echter individuele invloeden beperken het kunnen standaardiseren van de

interactieve momenten tijdens het productieproces, waardoor een eindproduct nooit exact het zelfde als het voorgaande of het opvolgende eindproduct wordt. Daarnaast beoordeelt de consument de dienstverlening ook nog met objectieve criteria en subjectieve motieven, waardoor de waardering kan variëren. Het blijkt dat de individuele medisch specialist toch een eigen mening kan hebben over wel of niet standaardiseren, Expert 12 zegt hier het volgende over; *“De medisch specialist is vrijgevestigd. En als één van mijn collega’s roept, ik opereer op deze wijze en ik ga dat niet veranderen want ik denk dat mijn manier de beste is. Dan heb ik daar een harde dobber aan als ik hem als gelijke daarop ga aanspreken.”* Door de individuele dienstverlening blijkt dat “geen” product het zelfde is qua vorm en inhoud en dat zelfs afstemming in de eigen maatschap moeizaam kan verlopen. Dit komt de marketing van de specialist, maatschap en het ziekenhuis niet ten goede. In de profitsector wordt hierop ingespeeld met strakke procedures en kwaliteitskenmerken die gevolgd moeten worden. Het werken met procedures en kwaliteitskenmerken krijgt steeds meer gestalte binnen de zorg, echter de medisch specialist dient zich hieraan te houden en dat blijkt in de praktijk vaak moeizaam te gaan.

#### 4.2.4. Interactieve productie bij dienstverlening

Volgens de theorie vallen productie en consumptie van een dienst samen. Dit betekent dat de afnemer direct bij het productieproces betrokken is en zelfs kan beïnvloeden. Welke randvoorwaarden zijn er volgens de experts noodzakelijk voor het laten slagen van deze interactie. Bij casusinstelling 2, vinden ze; *“dat een medisch specialist commerciële vaardigheden moet hebben, zodat de consument overtuigd kan worden dat dit de beste zorg is.”* Niet alleen communicatie is erg belangrijk, volgens expert 6 *“moet hij met zijn houding rust creëren, de patiënt bedienen, laten uitpraten, informeren. Hij investeert dan aan de voorkant zodat de cliënt met een tevreden gevoel weg gaat.”* *“Indien een medisch specialist dat niet kan, moet hij bijgestuurd worden door zijn maatschap”* Volgens casus instelling twee, moet een medisch specialist in een sollicitatiegesprek zich laten zien *“een nieuwe medisch specialist moet meer kunnen, hij moet bij ons passen, een teamspeler, geen arrogantie, communicatieve vaardigheden, laagdrempelig en medisch technisch wordt hij ook gescreend, dit allemaal om op de juiste wijze met de klant te kunnen omgaan.”* Volgens expert 12 *“Jongere specialisten krijgen in de opleiding al meer communicatie aangeboden, maar er zou nog meer in getraind moeten worden.”* De voorwaarden scheppen dat er een horizontale communicatie is tussen medisch specialist en de zorgconsument is niet eenvoudig. Maar zal verder nagestreefd moeten worden.

De medisch specialist moet door attitude, communicatie en affectief gedrag zorgen dat er samen met de zorgconsument aan het zorgproduct gewerkt wordt, dat geeft een beter resultaat en een meer tevreden klant.

### 4.3. Deelvraag 3

#### **Welke rol kan de medisch specialist spelen bij een veranderende omgeving en het strategische marketingbeleid van een algemeen ziekenhuis?**

##### 4.3.1. Beperkingen van marketing in de gezondheidszorg

Door alle veranderingen in de gezondheidszorgmarkt moet de medisch specialist zich gaan heroriënteren. Hij moet als marketeer de markt gaan bewerken. Maar in hoeverre is de gezondheidszorgmarkt te vergelijken met de profitsector?

Stelt de gezondheidszorg ook beperkingen aan marketing? De gezondheidszorg is op diverse wijzen in te delen in marktsegmenten, zo kan er volgens de theorie onder andere een splitsing gemaakt worden naar electieve en acute zorg, eenvoudige en complexe zorg. Volgens expert 4 en 5; *“zal op korte termijn de electieve en niet complexe zorg als krenten uit de pap gehaald worden omdat hiermee valt te scoren. Dit zie je onder andere bij oogheelkunde en orthopedie.”* Bij complexere zorg komt volgens diverse experts dienstenmarketing ook voor, aangepast aan de omstandigheden en hierbij zal de zorgverzekeraar een ondersteunende rol van de zorgconsument gaan vervullen.

Expert 8 geeft aan dat; *“Echte verandering in een relatief korte tijd krijg je als er echt wat aan de hand is. Maar een dergelijke financiële crisis als een dreigend faillissement zoals bij KPN is in de gezondheidszorg onmogelijk. Je moet een crisis zien te creëren zonder dat het crisis is.”* Een crisis voor de medisch specialist zou kunnen zijn, minder patiënten, waardoor hij minder inkomsten gaat krijgen. In de gezondheidszorg bestaan beperkingen, maar deze moeten niet als valse tegenwerpingen gebruikt worden door de medisch specialist om marketing verre van zich te houden.

##### 4.3.2. De rol van de medisch specialist

De medisch specialist zal de marketing invloeden en de veranderingen van de organisatie moeten kunnen vertalen naar zijn omgeving. Echter volgens de theorie uit de profit sector zijn hierbij een aantal persoonlijke karakteristieken en eigenschappen van de medewerker van belang. Een aantal experts vindt het volgende hiervan; volgens expert 5 denkt de huidige medisch specialist nog niet in marketing termen en zijn ze meer bezig met het medisch inhoudelijke van het vak; *“Een aantal medisch specialisten denken wel in termen van marketing, maar die zijn meer bezig met privé-klinieken, die hebben wel dat concept”.* Volgens expert 3 willen sommige medisch specialisten niet bezig zijn met aspecten van marketing, na een melding van 15 verwijzingen minder was de reactie als volgt; *“15 verwijzingen minder, waar praten we over. En het idee dat ik huisartsen moet gaan bellen om meer verwijzingen te krijgen, dat staat me helemaal niet aan, daar ben ik niet voor opgeleid.”* Expert 6 vindt het volgende; *“We moeten naar die specialist toegaan, hij heeft ook*



*problemen en hij is heel blij dat je met hem in gesprek gaat. Hij weet absoluut niet hoe hij zelf aan klanten moet komen, je moet ze helpen met marketing.” Hij vervolgt met de ontwikkeling van de medisch specialist; “De best denkbare eigenschappen van de specialist uit een vakgroep die het dichtst raken aan het ondernemerschap moeten geselecteerd worden. Ze moeten gefaciliteerd worden om meer ondernemer te worden.” Expert 6 vervolgt; “Dit ondernemerschap is te ontwikkelen, maar bij de sollicitatie moet eigenlijk gekeken worden of de medisch specialist gevoel heeft voor commercie.”*

Echter naast dit ondernemen moet de medisch specialist meer; *“de patiënt bedienen, uit laten praten en informeren.”* En volgens expert 4 en 5; *“gaat marketing zorgen dat de medisch specialist transparanter wordt.”* Expert 7 vindt; *“dat je de medisch specialist moet leren om een betere gastheer te zijn, dat het een onderdeel van hun rol is”* Zowel de experts als de casusinstellingen vinden dat de medisch specialist zich anders moet opstellen naar zijn patiënten. Diverse uitspraken hebben hun verwijzing hiernaar, nog enige voorbeelden zijn; casusinstelling 1; *“klantbejegening, klantbejegening, klantbejegening, ze moeten eens anders omgaan met hun klanten.”* Expert 7; *“ze moeten eens van hun voetstuk afkomen, zo komt er niets terecht van horizontale communicatie.”* Expert 2 heeft de mening; *“de arts vindt; jij (de patiënt) moet doen wat ik wil.”* Expert 12 vindt; *“er zitten wel norske types bij, die minder communicatief vaardig zijn. Daarnaast zien we dat er een aantal flauwtjes zijn in het goed bedienen van de klant.”* Casus instelling 2 vindt; *“Hij moet een teamplayer zijn, geen solist, geen arrogantie, dat herken je zo, daar selecteren wij op. In deze instelling geldt ook; je ruimt zelf je spullen op ook een lege doos en je loopt niet met lege handen naar de keuken. Dit kan je organiseren in een nieuwe setting, in een bestaande hiërarchie van het ziekenhuis is dat moeilijker, waar een rol reeds is opgeplakt.”*

Volgens expert 7 zijn er veel inzichten uit de commerciële branche toepasbaar, zoals; *“het denken over kwaliteitsperceptie, service quality, de subjectieve beleving van de klant, het gapmodel”* dit alles is toepasbaar in de zorg.

De mening van experts is dat medisch specialisten over het algemeen niet open communiceren en niet klantvriendelijk zijn. Ze ontberen de empathie zoals die nodig is voor juiste uitvoering van dienstverlening. Bij casusinstelling 2 waar de zorgorganisatie afgestemd is op marktgerichte dienstverlening en waar de medisch specialist zelf wil, komen deze problemen niet voor.

#### 4.4. Deelvraag 4

### Waarmee kan de dienstverlening van de medisch specialisten gefaciliteerd worden ten behoeve van de uitvoering van het strategisch marketingplan?

#### 4.4.1. Organisatie van dienstverleningsprocessen

De organisatie moet zorgdragen dat de dienstverlener in staat is om een goede dienst te verlenen aan de zorgconsument. Volgens de theorie wordt de uitvoering van marketing steeds lager in de organisatie uitgevoerd, dicht bij de consument. De medisch specialist verschuift naar een entrepreneur in een geïndividualiseerde organisatie. De theorieën hierover zijn duidelijk, de experts vinden het volgende erover, expert 6 vindt; *“Je moet er rekening mee houden dat de cliënt door de voordeur naar binnen en door de achterdeur weer naar buiten gaat. Alles wat ze daartussen tegenkomen moet goed geordend zijn.”* Volgens expert 8; *“moet je klanten een zodanige dienstverlening geven dat zij zeggen dat is een topbedrijf. Wij hebben operationele besturing ontzettend belangrijk gemaakt, en dat is heel simpel vanuit de klant geredeneerd die dingen doen die gedaan moet worden en als je ze doet doe ze dan in één keer goed om je klant te helpen.* Volgens expert 7 moeten organisaties keuzes gaan maken, zich profileren, meer kenbaar maken waar ze voor staan; *“Je kunt niet duurzaam op alle fronten excelleren. Een organisatie moet een andere structuur krijgen, gericht op het marktsegment wat je wilt benaderen en daarop efficiënt inrichten. Je kunt niet iedereen op hetzelfde moment het naar de zin maken.”* De organisatie rond het dienstverleningsproces moet gericht georganiseerd worden en passen bij de specifieke dienstverlening, dan krijg je een match, met de medisch specialist zodat die voor betere kwaliteit zorgt en meer klanttevredenheid teweegbrengt. Naast deze houdingsaspecten, moet de organisatie de medisch specialist ook faciliteren, casusinstelling 2 vindt dat; *“als de medisch specialist merkt dat we allemaal het zelfde doel hebben en er voor gaan, dan motiveert dat.”* Tevens moet de medisch specialist niet alleen maar heen en weer rennen; *“wij hebben het werkproces hier meer voor hem gestructureerd.”* In casusinstelling 2 bereiken ze dat door samenwerking; *“Hij stelt de indicatie en voert de operatie uit, de rest wordt door anderen ingevuld, dit noemen wij teamwerk.”* Voor het inzetten van veranderen is vaak een noodzaak, of aanleiding nodig ook marketing denken is een verandering. Volgens expert 7 kan de noodzaak voor marketingdenken ontstaan door verschillende prikkels die dat denken stimuleren; *“er ontstaat nu keuze, concurrentie en minder klanten, dit zijn prikkels om aan marketing te gaan doen, wat wil de klant eigenlijk? We gaan van aanbod meer richting vraag.”* Volgens expert 8; *“zijn echte specialisten niet te vervangen, daar zijn er maar weinig van en die heb je nodig om je bedrijf te runnen. Om een dergelijke groep te laten veranderen heb je een crisis nodig, die kan je creëren of die roep je over je zelf af. De crisis moet je voor elkaar*

*zien te krijgen, onder druk wordt alles vloeibaar. Daarna ze snel betrekken bij de verandering.”*

Naast het feit dat systemen en structuren moeten passen en goed georganiseerd moeten zijn speelt mee dat de medisch specialist zelf ook de noodzaak moet voelen om te veranderen. Zoals eerder besproken, kan een crisis mogelijk opgewekt worden door minder inkomsten. Wil hij niet veranderen, dan is het onmogelijk goede dienstverlening in te vullen. Je zou dan eigenlijk afscheid moeten nemen van elkaar. De realiteit gebied te melden dat het moeilijk is om de relatie met de medisch specialisten te verbreken, dit kost veel geld en moeite. Echter er zullen door het management keuzes gemaakt moeten worden. In casusinstelling 2 heeft de medisch specialist een nieuwe werkwijze, waardoor hij gestimuleerd wordt tot vernieuwend werken.

#### **4.5. Deelvraag 5**

**Wat zijn de voor- en nadelen van dienstenmarketing op het niveau van individuele medisch specialisten.**

##### 4.5.1. Marketing als strategie

Uit de theorie komt naar voren dat marketingstrategie een geïntegreerde werkwijze voorstelt, door de hele organisatie heen. We kunnen het ziekenhuis, maar ook een maatschap van de medisch specialisten als organisatie duiden. Waar moet het geïntegreerde beleid gevoerd worden? Volgens expert 6; *“een ziekenhuis is net als een winkelcentrum, één overkoepelende organisatie met een algemene formule en daarbinnen de maatschappen als winkels met hun eigen profilering en eigen marketing strategie.”* Je moet de formule wel steeds aanpassen, in de vorm van een plan-do-check-act cyclus, anders verloopt het winkelcentrum en de winkels. Volgens expert 7 is de intergratie van de marketingstrategie onder andere afhankelijk van de omgeving die steeds dynamischer wordt en mede afhankelijk van het soort ziekenhuis, je kunt nu niet meer in algemeenheid zeggen; *“is het nou het ziekenhuis, de maatschap of de individuele dokter die marketing uitvoert?”* Door overleg tussen de medische staf en het bestuur zal voor een eigen model gekozen moeten worden. Echter expert 10 is van mening dat je minder integrale marketingstrategie vanuit het ziekenhuis moet opzetten. Hij vindt; *“De vraag is dan moet het ziekenhuis een marketingbeleid opzetten? Het antwoord is nee, in mijn optiek althans. De klantgerichte eenheden moeten marketing hebben, een ziekenhuis moet zich langs eenheden organiseren.”* Zijn motivatie is dat de communicatie vastloopt in de verschillen van specialismen. Hij vindt horizontale verbanden, hetzelfde concept op meerdere locaties organiseren de beste vorm van marketingbeleid. Volgens expert 4; *“zijn veel ziekenhuizen zich aan het herpositioneren en beginnen nu na te denken over marketing. Dit is nog wel*

vaak gerelateerd aan logistiek, zoals patiënten wachtlijsten. Het inspelen op klantgevoelens gebeurt nog niet in de breedte." Volgens expert 12 is marketing meer dan; "dat de specialist zijn ding doet". De medisch specialist is verantwoordelijk voor het proces van en rondom de zorgconsument. "Je merkt dat de rol van de medisch specialist heel cruciaal is in afstemming van toegangstijden, doorlooptijden enz." Expert 11 vindt dat marketing op dit moment niet meer dan een profilering naar buiten is van zijn ziekenhuis "imagoachtige dingen, weinig gericht op klantenbinding en helemaal niet om productgerichte aspecten af te stemmen op de klantwensen." Uit diverse invalshoeken blijkt dat marketing als strategie nog niet een visie is die in de gezondheidszorg ingeworteld is en gezien wordt als een onderdeel van het totale beleidsplan. In de komende jaren zal de organisatie naar eigen inzicht en afhankelijk van externe en interne factoren gaan kiezen voor één concept. Dit zal zich nog moeten gaan ontwikkelen, de markt moet zich nog gaan zetten, de noodzaak moet nog ontdekt worden. Volgens expert 11; "Gaan er nog echte concurrenten komen die echt met een goed concept komen, wat link kan worden voor ons, het is nu nog niet echt aan de orde, slechts met kleine onderdelen." Volgens expert 8; "Na een crisis komt er energie los, om daadwerkelijk dingen anders te gaan doen, heel simpel, mensen moeten gaan luisteren naar de klant." Ook volgens de zorgverzekeraar komt marketingdenken nu pas een beetje in beeld, volgens expert 9; "In sommige ziekenhuizen worden specialisten geprikkeld door de komst van de DBC's en door concurrentie en die willen met je in gesprek om te kijken wat je voor elkaar kan betekenen." De experts zijn over het algemeen eensluidend van mening dat een marketingstrategie vanuit de zorginstelling moet plaatsvinden. Een variatie die hierop kan plaatsvinden is dat kleinere eenheden, die gericht zijn op specifieke klantgroepen met hun behandeling, zich apart kunnen profileren. Maar dit wel als onderdeel van de totale instelling. Een vergelijking met de profitsector is te maken, het lijkt op een strategie die concernbreed als paraplu boven de diverse business units optreedt. Bij expert 12; "het beleidsplan van de maatschap wordt afgestemd met het beleid van het ziekenhuis, maar we hebben wel veel vrijheid." Bij beide concepten vinden de experts dat de medisch specialist een cruciale schakel is voor het ten uitvoer brengen van de marketingstrategie, dit in verband met het directe contact met de zorgconsument. Bepalen van het juiste concept is afhankelijk van veel factoren als; de uitgangspunten en de visie van de zorginstelling, de omgevingsfactoren en de markt, de houding van de maatschap en de medisch specialisten. De onderzoeker heeft ondervonden dat de marketingvisie die de expert uitdraagt sterk samenhangt met zijn achtergrond, scholing en werksituatie.

#### 4.6. Deelvraag 6

##### **Welke rol kan de medisch specialist in de casusinstelling innemen om vorm en inhoud te geven aan een strategisch marketingbeleid dat past bij de zorgcontext van de casusinstelling?**

Voorop gesteld, in geen van beide casusinstellingen was een volledig uitgewerkt strategisch marketingplan op papier aanwezig als onderdeel van het totale beleid. In casusinstelling 1 waren er een aantal aandachtspunten als visie geformuleerd en toegevoegd aan het totale beleidsplan. Deze aandachtspunten behelsden; hoe krijgen we meer patiënten, kunnen we nieuwe zorgproducten ontwikkelen en hoe gaan we om met onze verwijzers. In casusinstelling 2 is de visie; op een andere wijze omgaan met de zorgconsument, waarbij tevens een positief rendement behaalt dient te worden. Voordat instelling 2 van start ging werd een onderzoek verricht naar het adherentiegebied, de grootte van de relevante markt. In casusinstelling 1 worden marketingactiviteiten meer als een project opgepakt samen met de medisch specialist waardoor op dat moment een beperkt marketingbeeld ontstond rondom dat project. Door de afwezigheid van een concreet marketingplan, wordt het lastig om sturing te geven aan de uitvoering van marketing. De rol van de medisch specialist in de uitvoering wordt dan ook minder concreet en toetsbaar.

Aan de hand van diverse items die genoemd zijn door de casus instellingen wordt als nog de rol zo goed als mogelijk beoordeeld.

##### 4.6.1. Customer relationship management

In de profit sector wordt customer relationship management gebruikt voor het verbeteren van de relatie met onder andere de directe klant, om deze relaties te optimaliseren en zo rendabel mogelijk te maken. Volgens expert 12; *“Orthopedie kent patiënten die vaak langer met een probleem rondlopen, je moet een relatie aangaan, je bent jaren bezig. Dit is anders dan bij chirurgie daar is het meer acuut, touch and go”* In casus instelling 2, zijn ze heel actief met nazorg en relatie bezig; *“Wij bellen de mensen op en informeren hoe het geweest is en hoe het gaat. Dus meer dan alleen de verwachting dat de behandeling goed wordt uitgevoerd”* Het blijkt belangrijk te zijn om een tevreden klant te hebben die de deur uitgaat, want dan komt hij terug. Voor casusinstelling 2 geldt; *“je moet heel erg met de klant bezig zijn als medisch specialist, je moet jezelf niet voorop plaatsen.”* Het draait om de klant, hij heeft ook inbreng in zijn behandeling, voor casusinstelling 2 geldt; *“Als men hier komt, verlaat men om wat voor reden dan ook het thuisziekenhuis, een reden kan zijn de snelle interventie. De mensen plannen bijna zelf hun eigen operatie, ze komen binnen met een eigen mening over hun diagnose en stellen de vraag hoe gaan we verder? Onze medisch specialist kijkt daar niet raar van op.”* Het blijkt van belang te zijn om een deel van de rol van customer relationship manager op zich te nemen, en te bouwen aan een duurzame relatie.

#### 4.6.2. Een ondernemer

Casusinstelling 1 wil graag een ondernemende medisch specialist; *“Een medisch specialist heeft het contact met de klanten. We hebben een medisch specialist die zag een tal van vragen op zich afkomen en samen zijn we daar oplossingen voor gaan bedenken.”* We hebben het uitgewerkt en willen het zakelijk gezien goed neerzetten. Voor casusinstelling 2 geldt hetzelfde, die zijn gestart met een medisch specialist die op een andere wijze met zijn zorgconsumenten wilde omgaan. De orthopedisch chirurg riep; *“Ik ben geen ondernemer maar ik heb vertrouwen in jou (management), laten we het goed organiseren.”* Maar door het feit dat hij uit de reguliere setting en op een vernieuwende manier wil werken geeft aan dat hij ondernemend is. Zijn opmerking komt meer voort uit, hoe moet je een bedrijf opzetten. Belangrijk is te constateren dat de medisch specialisten zelf hebben aangegeven, dat er meer mogelijk moet zijn dan de huidige traditionele werksituatie en dat ze samenwerking met de organisatie hebben gezocht. Zij nemen hier de rol van initiator aan.

#### 4.7. Het besluitvormingsproces van de zorgconsument

Het besluitvormingsproces van de zorgconsument is een zeer complex geheel, wat vanuit diverse theoretische concepten is te beoordelen. De beoordeling vindt in diverse fasen plaats, waarbij de persoonlijkheid van de beoordelaar van belang is, de presentatie van tastbare goederen en ontastbare aspecten meespelen. In het kader van deze scriptie is de medisch specialist van belang als onderdeel van het besluitvormingsproces. Echter al deze kenmerken worden door de experts niet in een holistische context van besluitvormingsproces gezet. één keer heeft een expert hier enige notities over gemaakt, volgens expert 2; *“naarmate de aandoening erger wordt, wordt de keuze meer naar de medisch specialist getrokken en wordt er minder geluisterd naar de huisarts. Dat betekent dus dat de zorgconsumenten gaan shoppen en gaan kijken waar de beste medisch specialist zit.”* In de profit sector, waar het gaat om commerciële belangen, worden deze aspecten gefileerd en geanalyseerd. Deze analyse wordt zeer nauwgezet uitgevoerd zodat de beïnvloeding van de beslissing aan kan zetten tot een groter commercieel succes. Een mogelijke reden om het besluitvormingsproces nog niet te betrekken bij de marketing activiteiten kan liggen in het feit dat de zorg die we verkrijgen niet direct door onszelf betaald wordt maar door een zorgverzekeraar. En de huisarts heeft nog een belangrijke adviesfunctie die opgevolgd wordt. Casus instelling 2 zegt hierover; *“In de orthopedische chirurgie zijn de klanten minder voorbereid dan in de esthetische chirurgie daar weten ze wat ze willen aan technieken en implantaten, dit komt doordat op dit moment nog veel vergoed wordt.”*

## 5. Conclusie en discussie

In hoofdstuk 5 worden de eerder verkregen resultaten en conclusies van de deelvragen geïnterpreteerd en gekoppeld aan de literatuur en het theoretische kader. Per deelvraag wordt een aantal conclusies getrokken, die als basis dienen om tot beantwoording te komen van de centrale probleemstelling.

In het tweede deel van dit hoofdstuk vindt er reflectie op de gestelde conclusie plaats, door een discussie op het onderzoek, de methode en het onderzoeksgebied.

Deelvraag 1;

### **Hoe wordt dienstenmarketing in de literatuur gedefinieerd en uitgewerkt?**

Bij dienstenmarketing gaat het om een sociaal proces, wat zorgdraagt dat op individueel niveau producten samengesteld worden en waarde uitgewisseld wordt. Volgens Gummesson is: "Service is something which can be bought and sold but which cannot drop on your foot." Dienstverlening is niet tastbaar, maar heeft andere specifieke kenmerken in zich zoals; ontastbaarheid, vergankelijkheid, heterogeniteit, interactieve productie plaats die verder gaan dan algemene marketingconcepten van fysieke producten. Tevens dienen bij de dienstverlener aspecten aanwezig te zijn als; persoonlijkheid, attitude, genereusheid en energierijk, kennis, ervaring, begripvol, sensitief, geloofwaardigheid, ontvankelijkheid, zekerheid en vertrouwen, empathie om de consument van dienst te kunnen zijn.

Daarnaast vindt de onderzoeker dat dienstenmarketing aangevuld dient te worden met aandachtsgebieden als customer relationship en de kennis van het besluitvormingsproces van de zorgconsument. Hierbij wil de onderzoeker graag een aanzet geven tot vorming van een definitie die specifiek geldt voor dienstenmarketing in de gezondheidszorg met de aspecten die de onderzoeker heeft gevonden;

*"Dienstenmarketing is het uitvoeren van een dienst, waarbij specifieke eigenschappen gelden als ontastbaarheid, vergankelijkheid, interactieve zorgproductie, waarbij de behoefteverdoening in niet materiele zin voor korte of langere termijn het doel is, tevens dient er aandacht te zijn voor relatievorming en dient er in gespeeld te worden op de keuzes en het besluitvormingsproces van de zorgconsument."*

Deelvraag 2;

### **Wat is er in de literatuur bekend over de rol die de dienstverlener speelt bij de uitvoering van strategisch marketingbeleid? en wat is de mening van marketing experts in deze?**

Dienstenmarketing gaat verder dan het vermarkten van fysieke producten. Om tot een goed product te komen wat samen met de zorgconsument geproduceerd wordt, moeten veel aspecten van dienstverlening op een juiste manier in acht genomen worden. Hierbij valt te

denken aan; ontastbaarheid-, vergankelijkheid-, heterogeniteit-, van de dienst. De mening van experts is dat medisch specialisten over het algemeen, niet open communiceren en niet klantvriendelijk zijn. Ze ontberen de empathie zoals die nodig is voor juiste uitvoering van dienstverlening. Wordt dit niet op de juiste wijze ingevuld, dan is het resultaat van het eindproduct en de invulling van het strategisch marketingbeleid van een lager niveau en zullen de gestelde doelstellingen niet behaald worden.

Deelvraag 3;

**Welke rol kan de medisch specialist spelen bij een veranderende omgeving en het strategische marketingbeleid van een algemeen ziekenhuis?**

Naast beperkingen in het uitvoeren van marketing in bepaalde marktsegmenten, is de medisch specialist de uitgesproken persoon voor het inspelen op de veranderende omgeving. Dit kan doordat hij ondernemerschap kan ontwikkelen en gevoel gaat krijgen voor commercie, waarbij de medisch specialist meer de patiënt moet bedienen, uit laten praten en moet informeren.

Deelvraag 4;

**Waarmee kan de dienstverlening van de medisch specialisten gefaciliteerd worden ten behoeve van de uitvoering van het strategisch marketingplan?**

De organisatie moet zorgdragen dat de dienstverlener in staat is om een goede dienst te verlenen aan de zorgconsument, organisatie en specifieke dienstverlening moet bij elkaar passen. De uitvoering van marketing moet laag in de organisatie uitgevoerd worden, zo dicht mogelijk bij de zorgconsument. De medisch specialist moet zelf ook de noodzaak voelen om te veranderen mogelijk kan een crisis opgewekt worden door minder inkomsten. Wil hij dat niet veranderen, dan is het onmogelijk goede dienstverlening in te vullen.

Deelvraag 5;

**Wat zijn de voor- en nadelen van dienstenmarketing op het niveau van individuele medisch specialisten?**

Uit diverse invalshoeken blijkt dat marketing als strategie nog niet een visie is die in de gezondheidszorg ingeworteld is en gezien wordt als een onderdeel van het totale beleidsplan. In de komende jaren zullen zorginstellingen naar eigen inzicht en afhankelijk van externe en interne factoren gaan kiezen voor een marketingconcept. Waarbij een zorginstelling als overkoepelende organisatie diverse profileringen onder zich kan hebben. De zorginstelling moet naar buiten als geheel wel herkenbaar blijven.



Deelvraag 6;

**Welke rol kan de medisch specialist in de casusinstelling innemen om vorm en inhoud te geven aan een strategisch marketingbeleid dat past bij de zorgcontext van de casusinstelling?**

De medisch specialist kan zijn rol vorm geven, door actief op te treden, ondernemend, initiator, een deel van de rol van customer relationship manager op zich te nemen, en te bouwen aan een duurzame relatie. Daarnaast dient hij samen met de zorginstelling een efficiënte organisatie te realiseren en hieraan invulling te geven.

**5.1. Conclusie van de centrale probleemstelling**

Het is nu mogelijk om na de eerdere beantwoording van de deelvragen een antwoord te geven op de centrale probleemstelling die als volgt luidt;

**Welke rol kan de medisch specialist innemen en ontwikkelen bij de uitvoering van het strategisch marketing beleid in een algemeen ziekenhuis?**

In het theoretisch kader hebben we conceptuele modellen gezien waarin organisaties, die dienstverlening als commercieel product hebben, de uitvoering van hun marketing zo dicht mogelijk bij de consument neerleggen. De medewerkers die het contact met de klant hebben, zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de dienst, zij bepalen de kwaliteit en de servicegraad die beoordeeld wordt. In een algemeen ziekenhuis zijn de medisch specialisten belangrijke professionals die in contact staan met de zorgconsument en dus uitvoering moeten geven aan het marketingbeleid. De geïnterviewde casusinstelling<sup>1</sup> heeft een gefragmenteerde marketingvisie, casusinstelling 2 heeft meer een geïntegreerd idee wat uitgevoerd is, maar beiden hebben geen uitgebreid strategisch plan op papier. Dit maakt het stellen van criteria en sturing geven aan de uitvoering van marketing niet concreet en daardoor complex. Uit de concepten in de theorie kwam naar voren dat dienstenmarketing een onderdeel is van het totale marketingplan en moet passen in de marketingvisie van een algemeen ziekenhuis. Dit betekent dat de rol van de medisch specialist naast de medisch technische vaardigheden en verantwoordelijkheden, aspecten moet gaan krijgen die komen uit het aandachtsveld van de dienstenmarketing.

Resumerend betekent dit voor de medisch specialist; hij moet meer een ondernemende rol gaan vervullen, die gestuurd door goede communicatie en vanuit informatie van de zorgconsument, kan ontstaan. De medisch specialist zal meer flexibel moeten inspelen op de omgeving en moeten leren redeneren vanuit de vraag van de zorgconsument. Met deze kwaliteiten en kennis, is hij de aangewezen persoon om het strategische marketingplan voor de organisatie mede te ontwikkelen en hieraan ook vorm te geven. Naast deze aspecten horen ook nog andere vaardigheden bij de uitvoering van dienstenmarketing door de medisch specialist. Van belang zijn; horizontale communicatie, laagdrempeligheid,

ontvankelijkheid, empathisch vermogen, interesse, affectief gedrag, hospitality. Zij moeten daarnaast de zorgconsument ook meer als partner zien en samen aan het zorgproduct werken. Verder moet voor de medisch specialist helder worden hoe het besluitvormingsproces van de zorgconsument werkt en hoe hij daarop kan inspelen. De rol van de medisch specialist wordt complexer, meer ambigu, door enerzijds zijn verantwoordelijkheid als medicus, en anderzijds het tevreden stellen van de zorgconsument. Hierin moet de medisch specialist ook getraind worden en bovenal moet hij dit willen. Belangrijk bij de nieuwe rolvervulling is dat de medisch specialist deze veranderingen wil doormaken. Wanneer er geen wil is zullen concurrenten om hem heen dit wel gaan doen. Dit zal resulteren in terugloop in patiëntenaanbod, wellicht ontstaat daardoor te laat een noodzaak tot verandering. De zorginstellingen moeten hun organisatie zodanig veranderen dat er efficiënte werkprocessen ontstaan, waarbij het team het zorgproces in één keer goed wil uitvoeren en dat de medisch specialist op bovenstaande wijze zijn werk kan verrichten. Hij moet meewerken aan dit nieuwe proces en onderdeel zijn van een efficiënte organisatie, dit is van belang voor de consument en voor de bedrijfsvoering. Het opbouwen van een dergelijke organisatievorm, zal vanuit een nieuwe situatie, zoals een ZBC beter gaan dan vanuit een bestaande situatie, waar bestaande medewerkers, cultuur en hiërarchie blokkerend kunnen werken.

## **5.2. Discussie**

Dit onderzoek beschrijft de rol die de medisch specialist kan innemen en ontwikkelen bij de uitvoering van het strategisch marketingbeleid in een algemeen ziekenhuis. Om de conclusies uit voorgaande paragrafen te beoordelen wordt hierbij een kritische reflectie van de gevoerde onderzoeksmethode en onderzoekssetting weergegeven.

### **5.2.1. Methode van onderzoek**

De gevolgde methode van onderzoek, in eerste instantie literatuur onderzoek, daarna interviews met experts en afsluitend met twee casusinstellingen heeft veel inzicht opgeleverd. De betrouwbaarheid van de gevolgde methode is moeilijk te waarborgen. Voor de theorie geldt dat triangulatie van bronnen goed mogelijk is geweest, door het voorleggen van de theorie aan de experts. Zij hadden ook vanuit hun invalshoek een beoordelende en adviserende rol. Hierdoor is de betrouwbaarheid van deze resultaten gewaarborgd. De opzet van de methodiek voor het veldwerk bij de experts en de instellingen geldt dit minder. De betrouwbaarheid van de experts is zo groot mogelijk gemaakt door een groot aantal experts te interviewen, tot er geen nieuwe inzichten meer kwamen. Uiteindelijk zijn twaalf experts geraadpleegd. Iedere expert keek vanuit zijn achtergrond en ervaringen met de gezondheidszorg naar de rol van de medisch specialist, hierdoor is een breed scala aan

informatie verkregen. De inzichten in het verlenen van dienstenmarketing in de gezondheidszorg zijn nieuw. De betrouwbaarheid is op dit punt wel gegarandeerd. Het aantal casusinstellingen is relatief klein. Maar door hun uiteenlopende karakter (een traditioneel ziekenhuis en een innovatief zelfstandig behandel centrum), is de informatie die hieruit verkregen is en gekoppeld aan de theoretische concepten en expert interviews wel betrouwbaar. Op deze wijze is ook getracht generalisatie van de resultaten te bewerkstelligen. Extrapoleren van de gevonden resultaten is niet betrouwbaar, echter ze kunnen zeker dienen als voorbeeld om richting te geven aan andere zorginstellingen in hun visievorming.

Het afnemen van de interviews was zeer interessant, maar ook zeer moeilijk. De semi-gestructureerde topic lijst diende als leidraad. Daarnaast was er voldoende ruimte voor het doorvragen, afdwalen en invulling door de experts, zodat nieuwe inzichten zouden kunnen ontstaan. Door de vrijheden te bieden is het mogelijk geweest dat niet alle topics overal gelijklopend aan bod zijn gekomen. Mede hierdoor kwam de uniformiteit die de interpretatie vergemakkelijkt en betrouwbaarder verhoogt in het geding. Echter het voordeel van ruimte laten is dat niet vermoedde standpunten en visies naar voren kunnen komen.

De betrouwbaarheid van de informatie van de geïnterviewden werd verhoogd door gebruik te maken van de juiste interview technieken als regelmatig samenvatten, controles, afstemmen, zodat de verkregen informatie ook daadwerkelijk klopte. In de loop van de tijd konden bevindingen van eerdere interviews gebruikt worden bij volgende experts, dit gaf soms opvallende reacties, die erg goed waren om een gezamenlijke visie te ontwikkelen. Na het coderen en analyseren van de verkregen data heeft de onderzoeker met een aantal geïnterviewden wederom contact gezocht voor uitdiepen en controleren van sommige antwoorden en topics.

De vertaalslag maken van praktijk naar theorie en vice versa is niet eenvoudig. Gelden de theoretische modellen uit de commerciële branche ook voor de gezondheidszorg? De experts, maar zeker ook de casus instellingen hebben laten zien dat een groot aantal aspecten van dienstenmarketing en dienstverlening getransformeerd kunnen worden naar de gezondheidszorg. Maar ieder aspect moest wel separaat beoordeeld worden. Verhoging van de kwaliteit en de mogelijkheid van extrapoleren, zou verkregen kunnen worden door de gevonden standpunten te laten beoordelen door nieuwe medisch specialisten en casusinstellingen.

### 5.2.2. Onderzoeksetting

De medisch specialist en het ziekenhuis vormen een hybride combinatie, een “zelfstandige” die voor het ziekenhuis de marketing moet uitoefenen. Een complexe en gevoelige relatie

was de setting waarin dit onderzoek werd uitgevoerd. Ieder heeft zijn eigen belangen en daarin moet een gezamenlijke factor gevonden worden. Het doel van dit onderzoek was om veel experts te spreken, die hun visie konden geven los van de context van werken in het ziekenhuis. Ook de orthopedisch chirurgen die als experts geïnterviewd zijn, hebben hun visie gegeven los van belangen die spelen met een ziekenhuis. Dit verhoogde de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid. Door loskoppeling van werkrelaties en het anonimiseren van de experts is ook getracht om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Bij casusinstelling 1 was de onderzoeksetting zo uitgebreid, dat naast een lid van de Raad van Bestuur, de medisch specialist, een lid van de Raad van Bestuur met aandachtsgebied HRM en een huisarts deelgenomen hebben aan het interview. Hierdoor werd het mogelijk om de bevindingen van de geïnterviewden van het ziekenhuis direct terug te koppelen naar de omgeving van het ziekenhuis. Opvallend was de openheid van alle deelnemers en instellingen aan de interviews. Dit werd naar eigen zeggen veroorzaakt door de interesse in het onderwerp. Alle deelnemers willen ook graag een afschrift van de scriptie. De resultaten van het onderzoek zijn soms concreet en soms algemeen van aard weer gegeven. Toch biedt het onderzoek inzicht en aangrijpingspunten voor de dienstverlening van de medisch specialisten, maar daar naast ook voor het management van een zorginstelling. De opzet van het onderzoek is verkennend geweest, om onder meer een koppeling te leggen tussen dienstenmarketing in de commerciële branche en de gezondheidszorg. Deze verkenning biedt waardevolle aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. In het volgende hoofdstuk zal hier verder op ingegaan worden.

## 6. Aanbevelingen

### 6.1. Inleiding

Met als basis de conclusies uit hoofdstuk vijf worden hierbij aanbevelingen geformuleerd. De aanbevelingen die gedaan worden zijn voor betrokkenen van het onderzoeksveld, voor verder onderzoek naar dienstenmarketing in de gezondheidszorg en voor het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van Erasmus Medisch Centrum (iBMG).

De conclusies die voortgekomen zijn uit dit onderzoek, zijn geabstraheerd uit interviews, die een momentopname zijn in de huidige context van de gezondheidszorg. De onderzoeker pleit voor verder onderzoek naar de ontwikkeling van een marketingbeleid in de gezondheidszorg. Van belang is wie dit beleid ontwikkelt en hoe dit vertaald wordt naar de uitvoerders van dit beleid. De onderzoeker heeft wel ervaren dat het proces van onderzoek nooit afgelopen is en dat op het gebied van marketing in de gezondheidszorg nog genoeg onderzoek ten behoeve van visie en beleidvorming te ontwikkelen is.

### 6.2. Medisch specialisten

Uit dit onderzoek is gebleken dat medisch specialisten zich op het gebied van dienstenmarketing over het algemeen niet betrokken opstellen. De competenties die hierbij noodzakelijk zijn, zijn over het algemeen nieuw voor de medisch specialist. Het adagium “*de patiënt centraal stellen*”, waarmee geduid wordt op medisch technisch handelen, lijkt op maximale dienstverlening. Maar met het toenemende consumentisme en veranderende financiering is dit niet voldoende meer. Door concurrentie zal de noodzaak tot veranderen gaan ontstaan.

Hiervoor moet de medisch specialist meer oog krijgen voor kansen in zijn omgeving en deze kansen ook ontwikkelen. Hier horen creativiteit en vaardigheden bij; niet alleen kennis van het werkveld, maar ook kennis van de zorgconsument karakteristieken en marketingkwaliteiten. Dit alles is goed uit te voeren door de medisch specialist, indien hij de wil heeft tot veranderen, hetgeen een noodzakelijke voorwaarde is. Dit veranderingsproces dient samen met de instelling plaats te vinden. Het kan ook voorkomen dat de werkwijze verandert, de medisch specialist dient deze werkwijze te volgen, zodat het marktgericht werken tot uiting komt. De onderzoeker pleit voor een meer ondernemende medisch specialist die proactief meewerkt aan de marketingvisie van de zorginstelling. Waarbij hij vanuit zijn rol als behandelaar een schakel vormt tussen de visie van de organisatie en de werkelijke uitvoering van het marketingbeleid. De onderzoeker wil een scholing aanbevelen om de medisch specialisten kennis te laten maken met de eerder genoemde dienstenmarketing en ze daarin te laten bekwamen. Op deze wijze kunnen de medisch

specialisten met voldoende vertrouwen anticiperen en adapteren op de veranderende toekomst.

Tevens lijkt het de onderzoeker zinvol dat de orde van medisch specialisten een visie ontwikkelt betreffende marketing in de brede context en al haar aspecten. Mogelijk kan de orde van medisch specialisten een nascholing of symposia organiseren voor haar leden betreffende marketingconcepten en de toepassing in de gezondheidszorg.

Daarnaast zou in de opleiding tot medisch specialist aandacht besteed kunnen worden aan aspecten als commercie, klantgerichte attitude en marketing.

### **6.3. Raad van Bestuur**

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de gekozen vorm van zorgorganisatie van groot belang is voor het goed kunnen uitvoeren van dienstenmarketing. De noodzaak is aanwezig om de organisatie te richten naar het specifieke behandelproces en de combinatie van de dienstverlening. Hiervoor zal de Raad van Bestuur zich moeten inspannen. De onderzoeker realiseert zich dat een juiste omgeving creëren in een zorginstelling complex is. Een start kan hiermee gemaakt worden door op een andere wijze naar het zorgproces van de zorgconsument te kijken dan tot nu toe vaak gebruikelijk is. Een bekende uitdrukking van een aantal experts is; *“kijk van buiten naar binnen en volg het proces door de ogen van de consument.”*

Een aanbeveling van de onderzoeker is om onderzoek te laten uitvoeren hoe het zorgproces op een andere wijze ingevuld kan worden. Dit onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door een expert in dienstenmarketing uit de commerciële sector en eerste instantie niet gehinderd worden door medisch technische tegenwerpingen of vooringenomenheid die in de gezondheidszorg vaker waargenomen wordt, zoals geen tijd, patiënt komt toch wel, wij hebben geen concurrentie.

Een ander aspect wat naar voren is gekomen in het onderzoek is de mogelijkheid van een ander aanname beleid van medisch specialisten. Mogelijk dient de afdeling Human Resource Management, betrokken te worden bij het opstellen van een profiel en een assessment voor de medisch specialist, waarbij met de aspecten van dienstenmarketing rekening gehouden wordt.

Uit het onderzoek bleek dat het voor de zorgorganisatie tevens van belang is dat zij de medisch specialist faciliteren, zodat hij op een nieuwe wijze invulling kan geven aan zijn beroepsuitoefening. Hiervoor dient te organisatie een structuur neer te zetten, die ruimte schept voor de medisch specialist om zijn dienstverlening anders in te vullen, vanuit een marketing visie. Tevens dient de nieuwe structuur wel voordelen te bieden aan de medisch specialist.

Daarnaast moet de organisatie overleg voeren met de medisch specialisten over de veranderende markt en zorgconsumenten, dit overleg moet gevoerd worden vanuit het oogpunt van de zorgconsument, met de marketingvisie van de instelling. De markt dient geanalyseerd te worden, waarna op de markt ingespeeld kan worden met toepassing van de juiste marketinginstrumenten.

#### **6.4. Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg Erasmus MC**

Door dit explorierend onderzoek naar dienstenmarketing bij medisch specialisten, en twee casusinstellingen blijkt dat marketing nog niet tot de visie behoort van decisionmakers. Het iBMG leidt studenten op die in de gezondheidszorg gaan behoren tot beleidsmakers, beleidsadviseurs, beleidsbepalers, management functies en in een latere fase leden van Raden van Bestuur. Het is van belang dat deze mensen kennis verwerven op het gebied van marketing in de gezondheidszorg in zijn breedste context. De onderzoeker pleit voor een module marketing in het opleidingstraject, die past binnen de structuur van het Master jaar Zorgmanagement. Onderzoeker geeft hierbij aan dat indien mogelijk, hij daar graag een rol in wil spelen.

Doordat marketing in al haar aspecten nog in ontwikkeling is in de gezondheidszorg, lijkt het de onderzoeker verstandig dat iBMG onderzoek gaat uitvoeren naar marketing in de gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende onderzoeksvragen;

- Wat houdt marketing op gezondheidszorg instelling niveau in met als onderliggende vragen;
  - Wat willen onze klanten voor zorgproducten?
  - Hoe moeten wij dit bieden?
  - Wat betekent dit voor de medewerkers,
- Wanneer zien de medisch specialisten de noodzaak van dienstenmarketing? en hoe krijgen we de turnaround?
- Op welke wijze kunnen medisch specialisten getraind worden om dienstenmarketing op de juiste wijze uit te voeren?

## 7. Literatuur.

- Bartlett, C. A. and S. Ghosal (1997). The Myth of the Generic Manager. California management Review. 40: 92 - 116.
- Bont, A. (13-05-2005). Taak herschikking in de zorg. Rotterdam.
- Broere, F. P. and J. Heuvel (1994). Marketing voor non-profit organisaties. Amsterdam, Woltersgroep Groningen.
- Cooper, P. D. (1994). Health Care Marketing. Maryland, Aspen Publishers, Inc.
- Creswell, J. W. (2003). Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches. California, Sage Publications, Inc.
- Damhuis, G. (2005). Als de markt binnenkomt. Effecten van marktwerking in de zorg. 's-Hertogenbosch, Damhuis Elshout Verschure Organisatieadviseurs.
- Denzin, N. K. and Y. S. Lincoln (1994). Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, sage.
- Donk, W. B. H. J. v., P. A. H. v. Lieshout, et al. (2004). Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: 263.
- George, M., D. Rowlands, et al. (2004). What is Lean Six Sigma. New York, George Group.
- Gummesson (1987). Gronroos: 22-37.
- Heskett, J. L., W. E. Sasser, et al. (1997). The Service Profit Chain. New York, Free Press.
- Heuvel, J. (1999). Diensten Marketing. Groningen, Wolters-Noordhoff B.V.
- Knisely, G. (1979). "Interview." Advertising Age january.
- Knowles, T. (1998). Hospitality Management. New York, Addison Wesley Longman Limited.
- Kotler, P. a. K., K. (2006). Marketing Management 12th edition. New Jersey, Pearson Education.
- Kotler, P. and G. Armstrong (1989). Principles of Marketing. New Jersey, Prentice-Hall.
- Kotler, P. and R. N. Clarke (1987). Marketing For Health Care Organisations. New Jersey, Prentice-Hall, Inc.
- Kotler, P. and K. L. Keller (2006). Marketing Management. New Jersey, Pearson Prentice-Hall.
- Maso, I. and A. Smaling (1998). Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie. Amsterdam, Boom.
- Meijer, G. R. and B. J. Heessen (2003). Medisch specialist in Perspectief. Utrecht, Orde van Medisch specialisten.
- Oorschot, J. A. v., F. C. A. Jaspers, et al. (1995). Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen, Van Gorcum.
- Peelen, E., Waalewijn., et al. (2000). "CRM de klant centraal." Marketing wijzer.
- Pickton, D. and A. Broderick (2005). Integrated Marketing Communications. Essex, Pearson Education Limited.



- Pope, C. S. Z. and N. Mays (2000). "Qualitative research in health care."  
British medical Journal 320: 114-116.
- Porter, M. (2005). samen werken aan gezondheidszorg, delen in verandering organisatie;  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Leiden.
- Prince, Y. M., A. Bruins, et al. (2005). Ondernemen in de zorg. Zoetermeer,  
EIM Onderzoek voor Bedrijf & Beleid: 76.
- Ster, v. d. and v. Wissen (1986). Marketing en Detailhandel. Groningen,  
Wolters-Noordhoff B.V.
- Swanborn, P. G. (1994). Kwalitatief onderzoek. Methoden van sociaal wetenschappelijk  
onderzoek Inleiding in ontwerpstrategieën. Amsterdam, Boom.
- 't Hart, H., v. J. Dijk, et al. (1996). Onderzoeksmethoden. Amsterdam, Boom.
- Tettero, J. H. J. P. and J. H. R. M. Viehoff (1990). Marketing voor dienstverlenende  
organisaties. Deventer, Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Verhage, B. and W. H. Cunningham (1984). Grondslagen van het Marketing Management.  
Leiden, H.E. Stenfert Kroese B.V.
- Vissers, J. and R. Beech (2005). Health Operations Management Patient flow logistics  
in health care. Oxon, Routledge.
- Vissers, J. de G. Vries (2005). Sleutelen aan zorgprocessen een visie op Zorglogistiek  
en bedrijfsvoering. Leiderdorp, Demmenie Grafimedia.
- Vries, de W. en van P. J. C. Helsdingen (2005). Dienstenmarketingmanagement.  
Houten, Wolters-Noordhoff Groningen.
- Wanrooy, M. J. (2002). "Leidinggeven tussen professionals." Scriptum: 81 t/m 107.
- Zeithaml, V. A., M. J. Bitner, et al. (2003). "Service Marketing, Intergrating Customer Focus  
Across the Firm."

## Bijlage 1. Personalia experts

**Expert 1.** Werkt sinds 1 januari 2002 bij Compliance Consult als senior adviseur en partner. Daarvoor was zij directeur bij Avisé zorgadvies, organisatieadviseur in een academisch ziekenhuis. Gedurende 10 jaar heeft zij gewerkt als docent en onderzoeker bij instituut Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Nog steeds geeft zij postdoctoraal onderwijs in dit vak, onder andere bij de Universiteit van Tilburg en het Centrum voor Management Development van de Erasmus Universiteit. Daarnaast heeft zij nog de volgende betrekkingen gehad;

- Projectadviseur Organisatieadviesbureau Moen en De Roo (januari 1990-1996).
- Organisatieadviseur met als speciale aandachtsgebieden: strategie, innovatie en interne organisatie.
- Lid Raad van Toezicht van De Vierstroom, thuiszorgorganisatie te Gouda (december 1995-december 2000).
- Advisering en begeleiding van projecten op het gebied van samenwerking, fusie, strategische beleidsontwikkeling en zorginnovatie (augustus 2000-januari 2002).

**Expert 2.** Na het behalen van het doctoraal diploma Bedrijfseconomie aan de Faculteit der Economische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg (Bedrijfseconomie specialisatie Marketing) is hij gedurende 3 jaar (1983-1986) werkzaam geweest als docent marketing aan de HEAO te Eindhoven en Den Bosch. Daarna is hij als universitair (hoofd)docent (1986-1999) verbonden geweest aan het departement Marketing van de vakgroep Bedrijfseconomie aan de KUB. Tijdens deze periode was hij tevens associate dean (1995-1999) aan de Tias Business School. In 1994 promoveerde hij op het proefschrift Prestaties van Netwerken in de Detailhandel. Zijn wetenschappelijke belangstelling richt zich onder meer op detailhandels- en distributiemarketing, samenwerking in de distributiekolom en marketingstrategie.

Met ingang van 1 januari 2006 is expert 2 togetreden tot de directie van een management Consultant bureau. Naast zijn werkzaamheden als directeur blijft expert 2 als hoogleraar marketing verbonden aan de TIAS Business School en bestuurslid van Vedis Detailhandels Platform en TMA (Trade Marketing Associatie).

**Expert 3.** Na de opleiding op de hogere zeevaartschool Rotterdam, is sinds 22 jaar werkzaam voor de Pharma en medical devices industrie. Als commercieel Manager verkreeg hij nauwe betrokkenheid bij de opzet van een bedrijfskunde studie voor medische professionals en de organisatie van diverse zogeheten Grand Round bijeenkomsten. Vanuit deze expertise ontstond een nauwe samenwerking met een groot aantal ziekenhuizen,

maatschappen van medisch specialisten en huisartsengroepen. Deze visie kwam voort uit de marketing gedachte dat het bedrijfsleven een positief belang heeft bij een goede en nauwe samenwerking in de zorg. De realisatie van deze visie heeft naast inzicht en kennis op dit specifieke terrein, hem ook naar de Erasmus Universiteit Rotterdam gebracht, alwaar hij momenteel de functie van directeur business development vervult van het institute for life science business economics (iLSBE).

**Expert 4.** Rayonmanager Orde van Medisch Specialisten, is na zijn opleiding Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam in diverse functies werkzaam geweest bij de Orde van Medisch Specialisten en het ministerie van VWS. Momenteel is hij werkzaam als rayonmanager bij de Orde. Hij is medeauteur van het rapport “Medisch specialist in perspectief, een visie op de toekomst van de medisch specialistische zorg”. In dit rapport komen scenarios aan de orde voor de rol en positie van de medisch specialist in het kader van diverse ontwikkelingen zoals marktwerking in de gezondheidszorg.

**Expert 5.** Communicatie adviseur en ledenwerving Orde van Medisch Specialisten, is zijn carrière gestart bij Gist Brocades als marktonderzoeker. Vervolgens heeft hij verschillende banen gehad op het gebied van marktonderzoek en beleid. Van 1992-2003 heeft hij bij een zorgverzekeraar als product- en marktmanager gewerkt, gericht op diverse aspecten van marketing (merkenbeleid, marketingcommunicatie). Sinds 2003 is hij marketingcommunicatieadviseur bij de Orde van Medisch Specialisten en verantwoordelijk voor de ledenwerving, hij legt zich vooral toe op dienstenmarketing.

**Expert 6.** Marketing adviseur Zorgsector, volgde na het VWO een intensieve en praktische leerschool op het terrein van consumenten- en industriële marketing. Hij ontwikkelde opleidingen en paste mental coaching toe in succesvolle verkoopteams. Na twintig jaar ervaring in de profitsector maakte hij in 1996 een bewuste overstap naar de non-profit. Hij ging op zoek naar de ‘exploitatie’ van bezieling, beleving en emoties binnen organisaties met maatschappelijke doelen. In 2003 richtte hij een adviesorganisatie op voor professionele ondersteuning in het werkveld van de ‘mixed economy of non profits’. Dit bedrijf bevordert de integratie tussen non-profit en profitorganisaties. De dienstverlening is dan ook zowel gericht op de non-profit sector (zoals goede doelen en zorginstellingen), als op bedrijven en overige organisaties. Op deze wijze past hij zijn kennis en ervaring uit de consumenten en industriële marketing toe in de non-profit sector.

**Expert 7.** Heeft 25 jaar ervaring op het gebied van strategische marketing en branding. Sinds 1996 is hij als kerndocent verbonden aan de Academie voor Management, gelieerd

aan de Rijksuniversiteit Groningen. In de jaren '80-'90 was hij actief in het commerciële management en bekleedde hij directiefuncties in de financiële dienstverlening en in de marketingcommunicatie. Sinds 2003 als senior adviseur werkzaam bij Twynstra Gudde. Daarvoor was hij directeur van Corporate Consultants, een strategisch marketingadviesbureau dat door Twynstra Gudde is overgenomen. Expert 7 adviseert sinds '91 grotere organisaties bij strategische vraagstukken op het gebied van marketing, communicatie, positionering en merkenbeleid. Brede ervaring met opdrachtgevers in de commerciële, zakelijke en publieke dienstverlening sinds enkele jaren ook actief als adviseur in de zorgsector.

**Expert 8.** Lid van de Raad van Bestuur KPN telecom, is na zijn studie bedrijfseconomie aan de Erasmus Universiteit direct begonnen bij het toenmalige Post Telegraaf Telefoon bedrijf. In de afgelopen jaren heeft hij het gehele bedrijf doorlopen en richting en uitvoering gegeven aan de hele turnaround van monopolist tot commercieel marketing gedreven organisatie. Hij heeft velerlei functies bekleed waaronder; manager financiële afdelingen, directeur marketing, directeur vaste telefonienet en op dit moment lid van de Raad van bestuur, waarbij een van zijn aandachtsgebieden is de toekomstontwikkelingen van mobiele telefonie en de kansen en voor de organisatiebeleid.

**Expert 9.** Zorg inkoper medisch specialisten en ziekenhuizen bij zorgverzekeraar Achmea Zorg. Hij heeft na het behalen van de opleiding beleid management gezondheidszorg aan de Erasmus universiteit diverse functies bekleed binnen Achmea Zorg, waarbij hij nu zelfstandig inkoper is van medisch specialistische zorg die gecontracteerd dient te worden ter voorziening van de zorg voor de verzekerden. Deze zorg wordt zowel betrokken van reguliere ziekenhuizen als ZBC's.

**Expert 10.** Werkte na zijn studies geneeskunde (Universiteit van Amsterdam) en bedrijfskunde (Rotterdam School of Management) tot 1991 bij McKinsey & Company in Amsterdam. In 1991 richtte hij de Plexus Medical Group op, een adviesbureau voor de zorgsector dat is gespecialiseerd in innovatieve ontwikkelingen en het opzetten van 'patiëntgeoriënteerde' behandelcentra. Expert 10 heeft vanuit Plexus diverse andere initiatieven ontwikkeld en andere ondernemingen opgezet, waaronder Zorgdomein (een internetapplicatie die huisartsen inhoudelijk ondersteunt bij hun communicatie met ziekenhuizen) en Plexus –Interim. Expert 10 is initiatiefnemer en directeur van Alant Medical

**Expert 11.** Voltooide de Geneeskunde studie in Leiden, de doctoraal studie Bedrijfskunde in Rotterdam en de Postdoctorale Controllers Opleiding aan de VU. Hij werkte drie jaar als arts

assistent op de afdelingen Hart Chirurgie, Interne Geneeskunde en Cardiologie. Vervolgens werkte hij bij CMG als organisatie adviseur in de ICT. Daarna werkte hij part time als locatiemanager in verpleeghuis Amstelhof in Amsterdam en als interim manager op het centrum RRN in het Universitair Medisch Centrum Utrecht. In 1997 werd hij eerst medisch en daarna algemeen directeur van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk. Vanaf 1 januari 2005 is hij voorzitter van de Raad van Bestuur van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen.

**Expert 12.** Werkt als orthopedisch chirurg in het Elisabeth ziekenhuis te Tilburg, zijn aandachtsgebied is het herstel van kraakbeen door nieuwe celtechnologie, door het kweken van lichaamseigen kraakbeencellen ten behoeve van regeneratie bij gewrichtsartrose. Daarnaast vervult hij een bestuursfunctie bij de Nederlandse Vereniging voor Arthroscopie. Hij ziet in dat de gezondheidszorgmarkt aan het veranderen is. Om hier op tijd op kunnen inspelen, heeft hij een marketingopleiding gevolgd voor medisch specialisten aan de TIAS.

## Bijlage 2. Topiclijst en stellingen t.b.v. experts

### Topics

- 1 Wat ziet u als dienstenmarketing?
  - 1.1 is deze gelijk aan de profit sector
  - 1.2 zo nee wat zijn de verschillen
- 2 Hoe ziet u de rol die de dienstverlener speelt bij de uitvoering van marketingbeleid van de organisatie?
- 3 Welke rol kan de medisch specialist spelen bij de veranderende omgeving?
- 4 Waarmee kan de dienstverlening van de medisch specialisten gefaciliteerd worden ten behoeve van de uitvoering van het strategisch marketingplan?
- 5 Wat heeft een medisch specialist nodig om de juiste dienstenmarketing te kunnen uitoefenen?
  - 5.1 kennis, vaardigheden om te voldoen aan de behoefte van de zorgconsument.
- 6 Wat zijn de voor- en nadelen van dienstenmarketing op het niveau van individuele medisch specialist?
- 7 In hoeverre moeten zij hun eigen marketingstrategie matchen met de organisatie?
- 8 Waarom moet er samengewerkt worden bij de uitvoering van een marketingbeleid?
  - 8.1 met wie
- 9 Hoe kunnen specialisten zich versterken in de marketing ontwikkelingen?
- 10 Hoe generaliseerbaar zijn uw uitspraken voor alle specialismen, of specifiek voor uw specialisme of organisatie?
- 11 Welke literatuur is van toepassing?

### Stellingen

1. Een medisch specialist moet zijn behandeling verkopen
2. Dienstenmarketing is onzin voor een medisch specialist, hij moet inhoudelijke zorg leveren
3. Een zorgconsument kan invloed uitoefenen op de behandeling van de medisch specialist, door eigen deskundigheid
4. Een medisch specialist moet de behandeling uitvoeren die de zorgconsument wenst
5. Alleen reclame maken in de media is voldoende

### Organisaties en kandidaten?

Welke organisatie kent u waar een afgestemd marketingbeleid gevoerd wordt?

Welke kandidaten zijn volgens u geschikt voor een interview?

## Bijlage 3. Casusinstelling 1

Casus instelling 1 is een algemeen ziekenhuis met 567 bedden in gebruik. Dit is inclusief 42 PAAZ-bedden en 8 wiegen gezonde zuigelingen. Het functiepakket omvat nagenoeg alle medisch specialismen en een groot scala aan hoogwaardige medisch-diagnostische voorzieningen. In 2000 bedroeg het aantal opnamen 15.985, het aantal verpleegdagen 137.984 en het aantal dagverplegingdagen 12.935. De gemiddelde verpleegduur bedroeg 8,6 dagen. Er vonden 103.232 eerste polikliniekbezoeken plaats en 151.915 herhalingsbezoeken. Het Ministerie van VWS heeft goedkeuring verleend voor nieuwbouw van de instelling. In 2007 zal het nieuwe hightech ziekenhuis gerealiseerd zijn.

### Geestelijke Gezondheidszorg

In het nieuwe ziekenhuis zal op een heel nieuwe manier worden gewerkt. Het ontwikkelen en uitproberen van deze Nieuwe Manier van Werken is nu al in volle gang.

Samen met RIAGG-WM, PMS Vijverdal en RIBW-Heuvelland en Maasvallei gaat het medisch en zorgconcern een Regionaal GGZ Centrum vormen in de Westelijke Mijnstreek. Het Ministerie heeft goedkeuring verleend voor nieuwbouw annex het nieuwe ziekenhuis

## Bijlage 4. Casusinstelling 2

Op 3 januari 2005 werd deze kliniek in Noord-Brabant geopend.

De instelling is een zelfstandig behandelcentrum, waar hoogwaardige behandelingen en operaties worden uitgevoerd. Anders dan in een ziekenhuis, zijn er geen wachtlijsten.

Behandelingen kunnen meestal nog dezelfde dag worden gedaan en operaties worden in principe binnen twee weken uitgevoerd. Deze instelling werkt nauw samen met verschillende ziektekostenverzekeraars. De volgende specialismen zijn vertegenwoordigd:

Orthopedie, plastische chirurgie, urologie, gynaecologie en anaesthesiologie, in totaal werken er 10 medisch specialisten.

De te verrichten ingrepen zijn:

- Kniechirurgie (meniscus-, kruisband- , kraakbeenletsels en totale vervanging),
- Heupchirurgie, rugherniachirurgie, schouder, sportletsels, voet/enkelchirurgie. Ook meerdaagse opnames zijn mogelijk
- Handchirurgie, alle carpaal tunnel syndroom
- Alle vormen van huidkanker, borstvergroting, liposculptuur
- Poliklinische sterilisatie voor mannen en vrouwen

Er worden regelmatig informatieavonden verzorgd over de chirurgische mogelijkheden.

Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om nog eens extra te verdiepen in een specifiek onderwerp.

Er is een speciaal spreekuur voor mannen en hun specifieke problemen en een spreekuur voor vrouwen met menstruatiestoornissen,

Alle medisch specialisten zijn ook werkzaam in ziekenhuizen in de regio, waardoor de noodzakelijke achterwacht van een ziekenhuis is gewaarborgd.

De kliniek beschikt over twee hypermoderne operatiekamers, een poliklinische operatiekamer, een ruime verkoeverruimte en een eigen sterilisatieafdeling.

Inpandig is een zorghotel gerealiseerd, zodat patiënten en cliënten kunnen herstellen in een gastvrije omgeving, omringd door gespecialiseerde verpleegkundigen.

In 2005 zijn er 2500 patiënten operatief behandeld.



## Bijlage 5. Topiclijst interviews casus instellingen

- 1 Is er een marketingbeleid en plan in de organisatie, mag ik dat hebben?
  - 1.1 is er 1 marketingbeleid of iedere specialisme eigen marketingbeleid
  - 1.2 waarom worden deze keuzes gemaakt
  - 1.3 wat zijn de voor en/of nadelen
- 2 Zijn de medisch specialisten bij de ontwikkeling betrokken?
  - 2.1 hoe zijn ze hierbij betrokken
  - 2.2 wat is hun inbreng
- 3 Wat zijn de veranderingen in de omgeving?
  - 3.1 wat vinden de medisch specialisten van de veranderingen
  - 3.2 hoe passen ze zich aan
  - 3.3 wat betekent dit voor de rol van de medisch specialist
- 4 Hoe kan de medisch specialist gefaciliteerd worden in zijn rol van marketingman?
  - 4.1 wat is hun deel in de uitvoer
  - 4.2 zijn er extra kwaliteiten nodig naast het medisch technische
  - 4.3 heeft u aan gepast HRM beleid
  - 4.4 heeft u criteria voor de werving en selectie