

Zelfstandige behandelcentra in de



“Positioneren en profileren met een merk”

**Jeroen Homberg 275884
Rotterdam, juni 2006
Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)**

Afstudeerscriptie, Master Zorgmanagement

**Begeleider: prof. Dr. R. Huijsman MBA
Meelezer: M. Stoffer Msc**

Voorwoord

Marketing is niet een term wat men doorgaans associeert aan met gezondheidszorg. Al snel denkt men aan reclame en onethisch activiteiten. Ook ik dacht diezelfde gedachten bij het keuzeproces van mijn afstudeeronderwerp. Desalniettemin ben ik zeer geïnteresseerd geraakt in het onderwerp, aangezien de gezondheidszorg in Nederland de laatste jaren zich ontwikkeld tot een heuse zorgmarkt. De recente invoering van de Zorgverzekeringswet (januari 2006) is hiervan het meest prangende voorbeeld. In deze zorgmarkt acht ik in de toekomst dat er een steeds belangrijker rol is weggelegd voor goed doordachte marktstrategieën. In het verlengde hiervan zal marketing een steeds prominenter rol krijgen, te meer omdat marketing veel meer is dan alleen reclame. In feite omvat marketing alle activiteiten en strategieën om een zorgproduct met succes te exploiteren.

In deze afstudeerscriptie heb ik mij gericht op het merkbeleid van ZBC's. Merkbeleid in de gezondheidszorg is nog vrij onbekend en daarom voor mij een uitgelezen mogelijkheid om in te pionieren. Ik heb veel plezier beleefd aan het schrijven van deze scriptie, maar ik beleef waarschijnlijk nog veel meer plezier als ik mijn bul mag afhalen.

Via deze weg wil ik mijn begeleider, prof. Dr. R. Huijsman MBA (opleidingsdirecteur iBMG), hartelijk bedanken voor zijn enthousiaste, motiverende en leerzame begeleiding. Ook wil ik M. Stoffer Msc bedanken voor haar begeleiding en meelezerschap.

Verder wil ik Christel Heijmans bedanken voor haar inzet en steun in ons gezamenlijke deelonderzoek (kwantitatief onderzoek). Dankzij haar contacten, als zorginkoper bij Achmea Zilveren Kruis, was het mogelijk om in contact te komen met ZBC's en een hoge respons voor ons onderzoek te realiseren.

G. Jager en drs. L. Boonekamp wil ik bedanken voor hun input als expertpanel bij onder andere het ontwikkelen van de vragenlijst en theorie over marketing en specifiek merkbeleid.

Ook wil ik alle ZBC's bedanken die hebben meegedaan aan dit onderzoek. Mijn speciale dank gaat uit naar die ZBC's, die ook aan het kwalitatieve onderzoek hebben deelgenomen en naar T. Manuel die als pilot voor het kwalitatieve onderzoek heeft gefungeerd.

Ik bedank Judith, Halfdan, Bente, Jesper, Yuri en Daniël voor hun steun en luisterend oor in de afgelopen jaren. Tot slot wil ik mijn *ouders* bedanken voor hun geduld en onmisbare steun in de afgelopen jaren.

Rest mij niets anders dan u veel leesplezier toe te wensen.

Jeroen Homberg

Samenvatting

Strategische zorgmarketing heeft in de Nederlandse gezondheidszorg een steeds belangrijkere rol, vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector. In een toenemende concurrerende omgeving is het belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen. Zorgaanbieders zullen zich steeds beter moeten positioneren en profileren om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. De wijze waarop zorginstellingen dit kunnen bewerkstelligen is het inzetten van merkbeleid en merkcommunicatie als uitkomst van strategische zorgmarketing. Een merk is, of het nu een naam, handelsmerk, logo of een ander symbool is, de belofte van de aanbieder om op een consistente wijze een aantal kenmerken, voordelen en services aan de klant te leveren. Merken kunnen worden gezien als volwaardig onderdeel van de ondernemingsstrategie en vormen de constante factor in de tijd naar alle stakeholders van de onderneming. Merken scheppen een context en bieden een interpretatiekader waarbinnen de productie en aankoop van een product/ dienst betekenis krijgt. Een sterk merk wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor bedrijfssuccessen.

In dit onderzoek is, met behulp van een kwantitatief en kwalitatief methoden, onderzocht in hoeverre merkbeleid/merkcommunicatie een strategische marketing instrument is voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in Nederland en op welke wijze merkbeleid/merkcommunicatie door ZBC's in Nederland wordt ingezet, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen.

Uit de resultaten komt naar voren dat zorgmarketing en merkbeleid/ merkcommunicatie in de gezondheidszorg kan bijdragen aan het verstevigen van de concurrentiepositie van ZBC's en aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg. Het blijkt echter dat het ZBC's ontbreekt aan structuur en strategie om een adequaat merkbeleid en merkcommunicatie te ontwikkelen. Het merkbeleid en de merkcommunicatie van ZBC's in Nederland lijkt suboptimaal te zijn. Merknamen van de ZBC's zijn weinig onderscheidend en weinig origineel en de positionering en profilering van het merk is veelal niet opgezet volgens een goed doordachte strategie. Bovendien wordt het rendement van de investeringen in het merk niet of onvoldoende gemeten. Hierdoor ontbreekt stuurinformatie voor het ontwikkelen en doorontwikkelen van een sterk merk. Het lijkt er op dat de ZBC's wel bewust bezig zijn met merkbeleid, maar dat slechts een klein deel daarvan ook echt de kennis en vaardigheden heeft en de processen er op aansluit om een sterk merk te ontwikkelen. Kortom merkbeleid/merkcommunicatie is voor ZBC's in Nederland vooralsnog van ondergeschikt belang in het binden en behouden van cliënten, alsook het opbouwen van een positief bedrijfsimago. ZBC's in Nederland kunnen hun concurrentiepositie sterk verbeteren door merkbeleid/merkcommunicatie op een strategische, juridische, ethische en maatschappelijk verantwoorde wijze in te zetten.

Abstract

Strategic care marketing will be increasingly important in the Dutch health care because of the increasing market forces in the care sector. In increasing competitive surroundings it is of great relevance that care institutions positively distinguish themselves from their competitors and build a good image. Care providers will have to improve their strategic position and communication strategy as an ongoing process to be insured of sufficient customers and care production in the future. The way in which this can be realized by care institutions, is by using brand policy and brand communication as an outcome of strategic care marketing. A brand is, whether it is a name, trade mark, logo or another symbol, the promise of the providers to provide a number of characteristics, advantages and services to the customer in a consistent manner. Brands can be considered as a full component of the entrepreneur's strategy and are the constant factor in the time to all stakeholders of the venture. Brands create a context and offer a framework of interpretation within which the production and purchase of a product or service gets meaning. A strong mark is considered as an important condition for company successes.

This research, using quantitative and qualitative methods, examined to what extent brand policy and brand communication is a strategic marketing instrument for independent treatment centres (ZBC's) in the Netherlands. This research also examined how brand policy and brand communication is used by ZBC's in the Netherlands, in order to bind and preserve customers and to build a positive company image.

The study indicates that care marketing and brand policy and brand communication in the Dutch healthcare can contribute to reinforcement of the competitive position of ZBC's and can contribute to the development of market forces in the Dutch healthcare. It appears, however, that ZBC's do not have a strategy and structure in the development of an adequate brand policy and brand communication. The brand policy and the brand communication of ZBC's in the Netherlands seem to be limited. Brand names of the ZBC's are little distinctive and little original. The set-up of the positioning and communication of the brands usually do not follow a good calculated strategy. Moreover, the output of investments in the brand is not or insufficiently measured. This leads to a lack of management information for developing and ongoing developing of a strong brand. It seems, however, that ZBC's are consciously about the urgency of brand policy, and that only a small part of the ZBC's has the knowledge, skills and the control over the processes connected to the organisation's strategy, which are needed to develop a strong brand. In short, so far brand policy and brand communication of ZBC in the Netherlands has been of subordinate importance in binding and maintaining their customers, as well as in the development of a positive company image. ZBC's in the Netherlands can strongly improve their competitive position by using brand policy and brand communication in a strategic, ethical, lawful and socially justified manner.

Inhoudsopgave

HOOFDSTUK 1 INLEIDING TOT ONDERZOEK.....	7
HOOFDSTUK 2 METHODEN VAN ONDERZOEK	13
2.1 DESIGN VAN ONDERZOEK	13
2.2 METHODEN LITERATUURONDERZOEK	14
2.3 METHODEN KWANTITATIEF ONDERZOEK	14
2.3.1 <i>Dataverzameling en ontwikkeling vragenlijst/ survey</i>	15
2.3.2 <i>Procedure data-analyse</i>	16
2.3.3 <i>Onderzoekspopulatie</i>	18
2.3.4 <i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	18
2.4 METHODEN KWALITATIEF ONDERZOEK.....	19
2.4.1 <i>Onderzoekspopulatie</i>	19
2.4.2 <i>Dataverzameling</i>	19
2.4.3 <i>Interne validiteit</i>	20
2.4.4 <i>Externe validiteit</i>	20
2.4.5 <i>Betrouwbaarheid</i>	20
2.4.6 <i>Data-analyse</i>	20
HOOFDSTUK 3 ZBC’S IN DE NEDERLANDSE ZORGMARKT	21
3.1 ACHTERGRONDEN EN BEGRIPSBEPALING ZBC.....	21
3.2 ONTWIKKELINGEN GEZONDHEIDSRECHTELIJKE CONTEXT ZBC’S	21
3.3 ONTWIKKELINGEN ZBC’S IN DE NEDERLANDSE ZORGMARKT	24
3.4 CONCLUSIE	24
HOOFDSTUK 4 STRATEGISCHE (ZORG)MARKETING	25
4.1 ZORGMARKT IN ONTWIKKELING.....	25
4.2 STRATEGISCHE (ZORG)MARKETING.....	26
4.2.1 <i>Dienstenmarketing</i>	26
4.2.2 <i>Strategisch (zorg)marketing gedefinieerd</i>	27
4.2.3 <i>Marketingoriëntatie</i>	28
4.3 MARKETING IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG.....	30
4.3.1 <i>Maatschappelijk ondernemerschap</i>	30
4.3.2 <i>Relatiemarketing</i>	30
4.4 STRATEGISCH MARKETINGPROCES	33
4.5 CONCLUSIE STRATEGISCH ZORGMARKETING	36
HOOFDSTUK 5 MERKBELEID EN (MERK)COMMUNICATIE.....	37
5.1 BETEKENIS VAN EEN MERK EN (MERK)COMMUNICATIE	37
5.1.1 <i>Merk gedefinieerd</i>	37
5.1.2 <i>Merkassociaties, klantwaarden, identiteit en imago</i>	38
5.1.3 <i>Kenmerken van een sterk merk</i>	39
5.1.4 <i>Voordelen van een sterk merk</i>	39
5.2 STRATEGISCH MERKBELEID	41
5.2.1 <i>Ontwikkelingsmodel strategisch merkbeleid</i>	41
5.2.2 <i>Ontwikkelp proces van een merk</i>	42
5.3 (MERK)COMMUNICATIE.....	45
5.3.1 <i>(Merk)communicatieplan</i>	45
5.3.2 <i>Interne merkcommunicatie</i>	46
5.3.3 <i>Externe communicatie</i>	47
5.3.4 <i>Evaluatie van merkcommunicatie</i>	49
5.4 ETHISCHE EN MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT VAN MERK- EN COMMUNICATIEBELEID	49
5.4.1 <i>Connotatie van marketing/ merkbeleid in de gezondheidszorg</i>	49
5.4.2 <i>Juridische context</i>	50
5.4.3 <i>Maatschappelijke en ethische context</i>	51
5.4.4 <i>Conclusie</i>	51
5.5 EVALUATIE MERKBELEID EN (MERK)COMMUNICATIE.....	52

5.6	MERKBELEID EN (MERK)COMMUNICATIE VAN ZORGINSTELLINGEN	53
5.6.1	<i>Merkbeleid en merkcommunicatie van ondergeschikt belang</i>	53
5.6.2	<i>Suboptimale ontwikkeling van merkbeleid</i>	53
5.6.3	<i>Gebrekkige interne communicatie</i>	54
5.7	CONCLUSIE MERKBELEID EN MERKCOMMUNICATIE	54
HOOFDSTUK 6 RESULTATEN EN ANALYSE KWANTITATIEF ONDERZOEK		55
6.1	RESULTATEN EN ANALYSE	55
6.1.1	<i>Respons</i>	55
6.1.2	<i>Karakteristieken ZBC's</i>	55
6.1.3	<i>Score marketingoriëntatie</i>	61
6.1.4	<i>Verbanden karakteristieken ZBC en marketingoriëntatie</i>	64
6.1.5	<i>Merkbeleid, merkcommunicatie en marketingoriëntatie</i>	66
6.3	CONCLUSIE EN DISCUSSIE	73
HOOFDSTUK 7 RESULTATEN EN ANALYSE KWALITATIEF ONDERZOEK		77
7.1	SELECTIE VAN ZBC'S	77
7.2	ANALYSE	78
7.2.1	<i>Opvallende resultaten</i>	78
7.2.2	<i>Merkbeleid en marketing in de gezondheidszorg</i>	79
7.2.3	<i>Merkpositionering</i>	80
7.2.4	<i>Merkcommunicatie</i>	83
7.2.5	<i>Sterkte van merk</i>	85
7.2.6	<i>Brand Report Card</i>	85
7.3	CONCLUSIE EN DISCUSSIE	87
HOOFDSTUK 8 CONCLUSIE EN DISCUSSIE		91
8.1	CONCLUSIE	91
8.2	DISCUSSIE	95
8.3	AANBEVELINGEN	97
LITERATUURLIJST		99
BIJLAGE 1,	SPREIDING EN LOCATIES ZBC'S	104
BIJLAGE 2,	VRAGENLIJST MARKETINGORIËNTATIE ZBC'S	105
BIJLAGE 3,	BEREKENING MARKETINGORIËNTATIE, SURVEY	118
BIJLAGE 4,	EXPERTPANEL	119
BIJLAGE 5,	ZBC'S IN NEDERLAND	121
BIJLAGE 6,	TOPICLIJST KWALITATIEF ONDERZOEK	123
BIJLAGE 7,	CASES KWALITATIEF ONDERZOEK	125
A	<i>Multicare “zorg op maat”</i>	125
B	<i>Stichting Poliklinisch Medisch Centrum te Vianen</i>	132
C	<i>Nederlands Proctologisch & Bekkenboden Centrum</i>	139

Hoofdstuk 1 Inleiding tot onderzoek

Cardiologiecentrum Utrecht

Let's make people better! **Low** price, **high** service!

Alantvrouw te Zeist, de beste!

Pure dienstverlening...

Een goed product/ dienst verkoopt zichzelf? Welke merkwaarde hebben zorginstellingen bij patiënten, huisartsen en zorgverzekeraars? Wat maakt een tevreden patiënt tot een loyale patiënt? Wat doet een patiënt besluiten voor specifieke zorginstelling te kiezen? Wat zou de reden zijn van het feit dat merken, zoals Coca Cola en Heineken, een week niets doen aan promotie en hun verkopen omlaag gaan? Iedereen kent die merken, iedereen weet hoe ze smaken.....

Marktwerking in de gezondheidszorg

De gezondheidszorg maakt de omslag naar een systeem van gereguleerde marktwerking (VWS 2005). De veranderende institutionele omgeving (financiering, wet- en regelgeving, maatschappelijke waarden) stimuleren een toenemende competitieve houding van zorgaanbieders (Oyen en De Schuyteneer 2002, MAO/MTD groep ZPN 2006). Zorginstellingen zijn niet meer automatisch verzekerd van klanten/ cliënten en dienen om hun gunst te strijden. *Zorginstellingen willen én moeten ondernemen*. De groeiende en veranderende zorgmarkt biedt kansen en mogelijkheden die benut moeten worden. Desondanks lijkt de zorgsector de (toekomstige) klant nog niet echt te willen veroveren, waarschijnlijk omdat men het niet vindt passen binnen de cultuur van de zorgsector (het lijkt 'not done') en omdat zorginstellingen gebonden te zijn aan 'gentlemen's agreements' (Hoogma 2003).

Marketing in de gezondheidszorg

Zorginstellingen moeten een strategie kiezen in wijze waarop zij zich in de markt willen positioneren en profileren. Zorginstellingen zullen in toenemende mate een voorkeurspositie moeten verwerven bij zorgconsumenten, huisartsen en verzekeraars (NVZ 2005). In een concurrerende omgeving is het dus belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen met behulp van strategische *marketing*¹.

Zorginstellingen krijgen steeds vaker met het fenomeen 'marketing' te maken, het omgaan met behoeften, verwachtingen en percepties met het oog op het bereiken van uitstekende resultaten. Reden genoeg om bij het opstellen en uitvoeren van strategisch organisatiebeleid, elementaire marketingprincipes als uitgangspunt te nemen (Oyen en De Schuyteneer 2005).

¹ *Marketing is een ondernemingsfunctie die onvervulde behoeften en wensen opspoorst en definieert en hun omvang en winstpotentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte producten, diensten en programma's zijn om de gekozen doelmarkten te bedienen en een beroep doet op iedereen in de organisatie om mee te denken met de afnemer en hem van dienst te zijn* (Kotler 2003, 2004).

Om tot een goede marketingaanpak te komen, moet marketing op gedegen wijze verder worden uitgewerkt naar de context van de gezondheidszorg. Zorginstellingen moeten daarvoor voldoende kennis, kunde en capaciteit bezitten om zorg te kunnen verlenen op de momenten en plaatsen dat cliënten daar behoefte aan hebben. Voor veel zorginstellingen is strategische inzet van marketing een nieuwe uitdaging, waarvoor op dit moment vermoedelijk de deskundigheid ontbreekt of nog beperkt is.

De cruciale vraag die hier gesteld kan worden is; op welke wijze gaan zorginstellingen bij consumenten een voorkeurspositie in het brein bewerkstelligen om in de zorgmarkt succesvol te zijn?

Een deel van het antwoord ligt volgens Vels en Boer (2005) in het ontwikkelen van een merkbeleid: het neerzetten van de zorginstelling als 'merk' en dit zowel intern als extern communiceren. Als zorginstellingen zichzelf als merk neerzetten, dan bevordert dit op haar beurt diezelfde marktwerking. Merkbeleid en (merk)communicatie kunnen als drijvende kracht fungeren om in een marktomgeving een vooraanstaande positie te creëren.

Merkbeleid in zorginstellingen

Oyen en de Schuyteneer (2005) geven aan dat de sterke punten van zorginstellingen niet ten volle tot hun recht komen en slechts in beperkte mate bekend zijn bij het brede publiek. Daardoor kunnen bepaalde negatieve connotaties een zeer hardnekkig leven gaan leiden, terwijl een zorginstelling zich graag positief wil onderscheiden. Wanneer een organisatie aan 'contactarmoede' lijdt, dan groeit snel het aantal illusies dat leidt tot foute hypotheses en verkeerde attitudes (Oyen en De Schuyteneer 2005, Mosmans 2003).

Een veel gehoorde uitspraak is, *'Iedereen weet dat wij een goede zorg verlenen, dat hoeven we ze toch niet te vertellen. Iedereen kent onze instelling al, dus het is niet nodig daar iets extra's voor te doen'*. Volgens Oyen (2005) berusten deze uitspraken op een misverstand. De perceptie door een doelgroep van een product, dienst of instelling verschilt nogal eens aanzienlijk met wat de organisatie denkt. Het gaat er niet om of de zorginstelling bekend is, maar of de juiste associatie met de zorginstelling gelegd wordt. Met andere woorden, op het moment dat de behoefte aan medische zorg daar is. Wat denkt een patiënt of denken verwijzers op dat moment? Continu communiceren volgens een goed doordacht concept is essentieel, zorginstellingen moeten communiceren om een goed imago en duidelijke identiteit op te bouwen bij het grote publiek (doelgroep).

Onlosmakend verbonden met merkbeleid zijn de begrippen identiteit en imago. Het imago is niets meer en niets minder dan het beeld dat de organisatie bij anderen oproept als gevolg van haar gedragingen, merkwaarde en (merk)communicatie, 'het orkestreren van alle instrumenten op het gebied van organisatie-identiteit op een zodanige aansprekende en realistische manier dat een positieve reputatie gecreëerd wordt of gehandhaafd blijft bij groepen waarmee de zorginstelling een afhankelijkheidsrelatie heeft' (Vels en Boere 2005, Mosmans 2003). Steeds vaker wordt ook wel gesproken over reputatie. Zorginstellingen zullen in het licht van concurrentie dan ook moeten onderscheiden op verschillende merkwaarden. Hoe helderder de positionering van de zorginstelling, hoe krachtiger het merkbeleid gevoerd kan worden.

Merk gedefinieerd

In de literatuur bestaat een zekere verscheidenheid aan definities over wat een merk (branding) nu precies is. Voor sommige is het een relatief smalle notie van een handelsmerk

zoals een naam, voor anderen is het een imago welke gebruikt kan worden om te communiceren. Het handwoordenboek hedendaags Nederlands bestempelt een merk als een onderscheidingsteken, onderscheidend teken van de producent of handelaar \Rightarrow keurstempel, koopwaar die een genoemd merk draagt (Sterkenburg e.a. 2000). De American Marketing Association definieert een merk als een naam, begrip, teken, symbool of ontwerp, of een combinatie hiervan, bedoeld om de producenten of diensten van een verkoper of groep verkopers te identificeren en om deze te onderscheiden van de concurrent.

Een merk identificeert in feite de aanbieder of de fabrikant. Een merk is, of het nu een naam, handelsmerk, logo of een ander symbool is, de belofte van de aanbieder om op een consistente wijze een aantal kenmerken, voordelen en services aan de klant te leveren. Een merk is dus meer dan zomaar een symbool (Kotler 2004. Merken kunnen worden gezien als volwaardig onderdeel van de ondernemingstrategie en vormen de constante factor in de tijd naar alle stakeholders van de onderneming. Merkconcepten zijn volgens het internationale merkenadviesbureau Interbrand voor ondernemingen: 'the engines of growth and profitability and by far their most valuable assets.' Merken scheppen context en bieden een interpretatiekader waarbinnen de productie en aankoop van een product/ dienst betekenis krijgt (Mosmans 2003, Leventhal 1996, Mangini 2002). In de marketing neemt merkenbeleid dus een steeds prominentere positie in. Het merk wordt beschouwd als de optimale organisatie-, beleids- en communicatieformule waarin een product, dienst of instelling zijn weg kan vinden naar de wensen en behoeften van de markt.

Hieruit voortvloeiend wordt in deze scriptie de volgende definitie gehanteerd voor een merk, welke een beschrijving geeft vanuit de verschillende invalshoeken:

Een merk is een naam, teken, kleur, symbool of een combinatie hiervan, die ertoe leidt dat de producten en diensten van een organisatie herkenbaar zijn; die producten en diensten onderscheidt van producten en diensten van vergelijkbare organisaties; de identiteit en waarden van die producten en diensten representeert en onderdeel uit maakt van de organisatiestrategie (Aaker 1996, Vels en Boere 2005, Kotler 2004, Leeuwen 2006).

Doelstelling en waarde van merkenbeleid

Het doel van merkenbeleid is het zodanig positioneren van de zorginstelling dat zich een netwerk van associaties in het brein van mensen vestigt, wat leidt tot herkenbaarheid, verwerving van een zekere voorkeurspositie bij consumenten, verwijzers en zorgverzekeraars en beïnvloeding van het keuzeproces van de afnemers. Een sterk merk, bevordert merktrouw. Merktrouw vermindert de kwetsbaarheid van zorginstellingen voor concurrenten. Dat geeft zekerheid over inkomsten en maakt het makkelijker om de noodzakelijke investeringen te doen in het primaire proces (Kotler 2003, Vels en Boere 2005).

(Merk)Communicatie

Communicatie is de 'smeerolie' van de organisatie en het 'bloed' van het merk. Het is duidelijk dat de interne profilering erg belangrijk is bij het ontwikkelen en onderhouden van een sterk merk. In alle lagen van de organisatie zullen medewerkers doordrongen moeten zijn van de kernwaarden van het merk. Anders is het voor een zorginstelling onmogelijk om op juiste wijze de kernwaarden extern uit te dragen, zodat het herkenbaar is voor de doelgroep. Strategisch communicatiebeleid is dus een belangrijk instrument voor zorginstellingen, zowel intern als extern (Vels en Boere 2005, Kotler 2004).

Kanttekening merkbeleid

Gereguleerde concurrentie betekent niet dat alle marketingprincipes die in de private sector toelaatbaar zijn, ook toepasbaar zijn in de zorgsector. Het is hierbij van belang om te onderkennen dat ziekenhuizen andersoortige ondernemingen zijn dan commerciële ondernemingen. Zorginstellingen worden door de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid, 2004) omschreven als 'particuliere, niet op winst gerichte organisaties, die trachten met collectieve en private middelen publieke doelen te realiseren. Dit heeft mede tot gevolg dat zorginstellingen maatschappelijk verantwoord (MVO) dienen te ondernemen (SER 2000; Hermans, Verrips & Aanen 2004; van der Grinten 2004; Waard 2002) en dat de gezondheidszorg in grote mate is gereguleerd en wordt omgeven door protocollen en richtlijnen.

Zorginstellingen zijn gebonden aan regels die externe communicatie van zorginstellingen beperken. Te denken valt aan de Governance code (NVZ 2004) en Reclamecode (Stichting Reclame Code Commissie). Zorginstellingen handelen in een maatschappelijke context, hetgeen inhoudt dat zorginstellingen bewust moeten omgaan met investeren in geldverslindende reclamecampagnes en dure promotieactiviteiten. Zorginstellingen dienen rekening te houden met de ethische implicaties van hun marketingbeleid (Moser 1995). Is het ethisch om marketingstrategieën toe te passen op een sociaalprobleem, hebben marketingdoelstellingen legitimiteit in de gezondheidszorg? Tot slot dienen zorginstellingen marketingactiviteiten af te stemmen op de cultuur, institutionele ontwikkelingen, normen en waarden van de maatschappij. Voorkomen moet worden dat marketing gezien wordt als opdringerig en een inbreuk op het persoonlijke leven of dat marketing gezien wordt als manipulatie en het geven van valse beloften. Indien hier onvoldoende rekening mee wordt gehouden is de kans groot dat het vertrouwen in en de betrouwbaarheid van de zorginstelling, als gevolg van marketing, eerder afneemt dan toeneemt.

Concluderend kan worden gezegd dat effectief inzetten van merkbeleid en (merk)communicatie in de zorg, vraagt om een slimme marketingstrategie. Zorginstellingen hebben publieke belangen te dienen en dienen dan ook de verschillende belangen tegen elkaar af te wegen (Oyen 2005, Vels en Boere 2005, Heuvel 1999).

Zelfstandige behandelcentra en marketing

Nu de markt liberaler wordt, treden steeds meer nieuwe zorgaanbieders in de markt. De initiatieven voor een zelfstandig behandelcentrum (ZBC)² zijn talrijk om aan de behoefte van de cliënten te voldoen en om een nieuwe markt aan te boren. Als paddestoelen rijzen de ZBC's uit de grond. Waren er op 1 januari 2004 nog 51 ZBC's (College Bouw 2005), dit aantal is in twee jaar tijd meer dan verdubbeld, naar ca. 110 ZBC's in 2006 (ZN 2005). De meeste zelfstandige behandelcentra liggen in of rondom de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

ZBC's zijn typisch op de markt ingestelde organisaties. De invoering van de DBC's (diagnose behandelcombinaties), het zogenaamde B-segment, en de hierdoor beoogde marktwerking, noodzaakt dat ZBC's de juiste strategische positie te kiezen om (potentiële) cliënten te binden en te behouden. Door de toenemende concurrentie zien ZBC's zich geconfronteerd met een

² Een instelling als een organisatorisch verband (een zorginhoudelijk samenwerkingsverband tussen twee of meer medisch specialisten), dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste, tweede of derde lid WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen 2006), dat zorg verleent in het A-segment, B-segment (al dan niet met verblijf) of het C-segment. Het betreft hier instellingen die krachtens 'Beleidsregels ex artikel 4 WTZi' (staatscourant B 2005) onder subcategorie van 'medisch-specialistische zorg' wordt aangeduid als 'zelfstandige behandelcentrum'.

terugloop van het aantal klanten (College Bouw 2003 en 2005). ZBC's zullen in het licht van deze ontwikkelingen, hun concurrentiepositie dienen te verstevigen, door strategische marketing toe te passen. Het bestaansrecht van ZBC's is dan ook voor een belangrijk deel afhankelijk van de inzet ontwikkeling en inzet van merkbeleid en (merk)communicatie.

Afbakening en probleemstelling

ZBC's zullen zich vanwege de marktontwikkelingen op een andere wijze moeten gaan positioneren en profileren en hebben er alle baat bij om een goed merkbeleid en communicatieplan te hebben. Met andere woorden door als zorginstelling marketing strategisch in te zetten krijg je niet meer klanten, maar als je hierop niet inzet wel minder. Over merkbeleid ("branding") en (merk)communicatie is al veel geschreven, maar dat richt zich vooral op commerciële organisaties en in mindere mate op semi-overheidsinstellingen, zoals zelfstandige behandelcentra. Aangezien de gezondheidszorg een markt is met specifieke eigenschappen die sterk afwijken van een commerciële markt en er nog veel onduidelijkheid bestaat over de inzet van (merk)communicatie en merkbeleid door zelfstandige behandelcentra, is een nadere beschouwing van noodzakelijk. Vragen die hierbij rijzen zijn: In hoeverre wordt marketing (merk)communicatie en merkbeleid door ZBC ingezet? Wordt marketing door ingezet ZBC's als een noodzakelijk kwaad (dissatisfier) of wordt marketing ingezet als een satisfier? Op welke wijze wordt door ZBC's merkenbeleid en (merk)communicatie ingezet? Wat zijn de beperkingen en grenzen aan de inzet van merkbeleid en (merk)communicatie? Wat levert het op?

Persoonlijke relevantie

Marketing is voor mij geheel nieuw terrein en marketing in de gezondheidszorg al helemaal, aangezien hier nog maar weinig tot geen literatuur over geschreven is. Ik vind het een uitdaging om met onbekend onderwerp aan de slag te gaan en concepten uit het commerciële bedrijfsleven toe te passen in de gezondheidszorg. Daarnaast hebben mijn ervaringen met marktwerking en ondernemen in de gezondheidszorg, opgedaan tijdens de bachelorfase van de opleiding 'Beleid en Management Gezondheidszorg' (Erasmus Universiteit Rotterdam), mij er toe bewogen mijn afstudeerscriptie te wijden aan zelfstandige behandelcentra. De keuze om mijn scriptie toe te spitsen op (merk)communicatie en merkbeleid is gevoed door alle reclame-uitingen die bijna overal, via elk medium en op elk tijdstip ons toekomt.

Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door toenemende concurrentie en daarin zijn ZBC een sprekend voorbeeld van. Echter de zorgmarkt is geen gewone commerciële markt, maar één die is omgeven met tal van randvoorwaarden en regels om de publieke belangen te waarborgen die met gezondheidszorg gemoeid zijn. Het concept 'branding' is vrij onbekend in de gezondheidszorg en communicatie uit het bedrijfsleven is niet klakkeloos toepasbaar op de zorgsector. Aangezien de gezondheidszorg een markt is met specifieke eigenschappen die sterk afwijken van een commerciële markt en omdat er in de literatuur weinig bekend is over marketing in de zorg, is nadere beschouwing van merkbeleid en (merk)communicatie door ZBC's noodzakelijk.

Doelstelling:

De doelstelling van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in het merkenbeleid en de (merk)communicatie van zelfstandige behandelcentra in Nederland en daaruit voortvloeiend aanbevelingen te geven voor de verdere ontwikkeling van merkenbeleid en (merk)communicatie in zelfstandige behandelcentra in Nederland.

Dit leidt tot de volgende probleemstelling:

In hoeverre is merkbeleid en merkcommunicatie een strategische marketing instrument voor zelfstandige behandelcentra in Nederland en op welke wijze wordt merkbeleid en (merk)communicatie ingezet, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen?

Om deze probleemstelling te beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

Deel 1: *Theoretisch en conceptueel kader*

1. Wat zijn de theoretische grondslagen en ontwikkelingen van zelfstandige behandelcentra in de Nederlandse zorgmarkt?
2. Wat zijn de theoretische concepten van (strategische) marketing in de zorg/ dienstensector en het daaruit voortvloeiende merkbeleid en (merk)communicatie?
3. Op welke wijze kan het merkbeleid geëvalueerd worden?

Deel 2: *Verkennde fase, kwantitatief onderzoek*

4. In hoeverre zijn zelfstandige behandelcentra in Nederland marketinggeoriënteerd?

Deel 3: *Verdiepende fase, kwalitatief onderzoek*

5. In welke mate wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland ingezet?
6. Wat zijn de overwegingen voor zelfstandige behandelcentra in Nederland, om merkbeleid en merkcommunicatie in te zetten?
7. In hoeverre wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland gemonitord?
8. In hoeverre voldoet merkbeleid en merkcommunicatie aan gestelde doelstellingen, aan ethische en maatschappelijke verantwoordelijkheid en in welke mate rechtvaardigt inzet van merkenbeleid en merkcommunicatie de inzet van middelen?
9. Op welke wijze dient merkbeleid en merkcommunicatie zich verder te ontwikkelen, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen?

Leeswijzer

De scriptie bestaat grofweg uit drie delen; Het theoretische kader, het kwantitatieve onderzoek en het kwalitatieve onderzoek. In hoofdstuk 2 komt de methode van onderzoek aan bod. Het theoretische gedeelte beslaat hoofdstuk 3 t/m 5, waarin respectievelijk deelvragen 1 t/m 3 worden beantwoord. In hoofdstuk 6 worden de resultaten en analyse van het kwantitatieve onderzoek weergegeven, waarin deelvraag 4 wordt beantwoord. Hoofdstuk 7 geeft de resultaten en analyse weer van het kwalitatieve onderzoek, waarin deelvragen 5 t/m 9 worden beantwoord. Tot slot bevat hoofdstuk 8 de conclusie en zal een antwoord worden geformuleerd op de probleemstelling, tevens zal in hoofdstuk 8 een discussie plaatsvinden over het onderzoek.

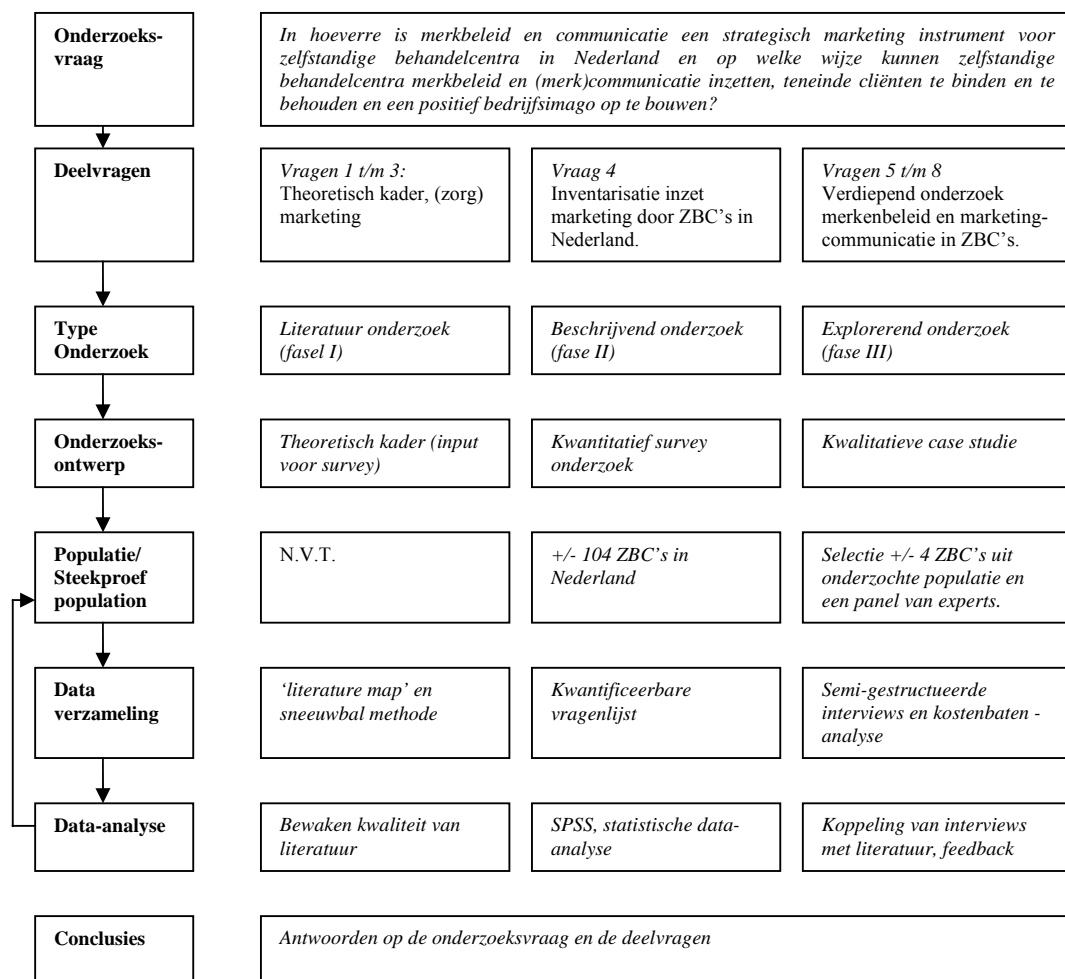
Hoofdstuk 2 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van onderzoek besproken. Achtereenvolgens wordt behandeld: de design van onderzoek, de methoden van het literatuuronderzoek, de methoden van het kwantitatieve onderzoek en de methoden het kwalitatieve. De design van onderzoek betreft het doel en het karakter van onderzoek, de onderzoeksmethode verwijst daarentegen naar de wijze waarop het onderzoek daadwerkelijk is vormgegeven.

2.1 Design van onderzoek

Het belangrijkste criterium voor het kiezen van een onderzoeksbenadering is dat de benadering moet passen bij het probleem (Creswell 2003). Gezien de probleemstelling en de daarbij gehanteerde deelvragen is een 'mixed method' onderzoek het meest passend.

Dit onderzoek is opgebouwd uit drie fasen, waarvan de laatste twee fasen nauw op elkaar aansluiten. De eerste fase betreft een theoretisch conceptueel model, de tweede fase betreft een kwantitatief onderzoek en de derde fase betreft een kwalitatief onderzoek. Het karakter van het gehele onderzoek is beschrijvend en explorerend, om uiteindelijk tot aanbevelingen te komen voor de verdere ontwikkeling van merkbeleid en (merk)communicatie in zelfstandige behandelcentra in Nederland.



Figuur 2.1: Schematisch onderzoeksopzet.

Het *kwantitatieve onderzoek* heeft een beschrijvend karakter. Met behulp van literatuur/theoretisch kader is een vragenlijst/ survey opgesteld, waarna ZBC's in Nederland worden aangeschreven. Met behulp van dit onderzoek wordt inzicht verschaft in de marketingoriëntatie en merkbeleid door ZBC's in Nederland. Er zal antwoord worden gegeven op deelvraag 4. Naar aanleiding van dit beschrijvende onderzoek wordt een selectie gemaakt van ZBC's, die nader worden onderzocht met behulp van een kwalitatief onderzoek.

Het *kwalitatieve onderzoek* heeft een explorerend karakter, in de vorm van een 'case study' (Creswell 2003). Naar aanleiding van het kwantitatieve onderzoek worden cases geselecteerd die nader in de diepte worden onderzocht. Dit verdiepende onderzoek moet antwoord geven op deelvragen 5 t/m 9. De doelstelling van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in het merkbeleid en het (merk)communicatie van zelfstandige behandelcentra in Nederland en daaruit voortvloeiend aanbevelingen te geven voor de verdere ontwikkeling van merkbeleid en communicatie in zelfstandige behandelcentra in Nederland.

De nadruk in het onderzoek ligt voornamelijk op het kwalitatieve onderzoek, aangezien het kwantitatieve onderzoek beschouwd kan worden als een inventarisatie van de praktijk. Zie voor een visueel model van het 'mixed method' onderzoek, figuur 2.1.

2.2 Methoden literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is van belang voor het theoretische kader. Hiervoor is gebruik gemaakt van digitale databanken zoals; 'Online contents', 'Pica online', 'UB', 'PubMed' etc. Tevens is gebruik gemaakt van Internet en relevante publicaties van ZBC's en (branche)organisaties. Alvorens begonnen is met zoeken, is eerst een uitgebreide lijst zoektermen opgesteld. Al naar gelang zoekopdrachten al dan niet succes hadden, zijn de zoektermen aangepast. Hierbij is het zogenaamde 'sneeuwbal effect' toegepast; relevante literatuur verwijzen door naar andere nieuwe zoektermen en literatuur. Het literatuuronderzoek is beëindigd op het moment dat de deelvragen naar tevredenheid waren beantwoord en op het moment dat de meest relevante literatuur in bezit was. Het literatuuronderzoek richt zich met name op literatuur van na 1980, omdat ongeveer vanaf dat jaar steeds meer literatuur verschijnt over marketing in de gezondheidszorg, met name in het buitenland (USA). Kennis over deze ontwikkelingen en onderzoeken in het buitenland, kan voor de Nederlandse situatie van grote waarde zijn. Ter ondersteuning van het theoretische kader is gebruik gemaakt van de zogenaamde 'literature map', zoals beschreven door Janovec (Creswell 2003). Dit geeft meer overzicht en structuur om tot een gedegen theoretisch kader te komen. Het theoretische kader vormt een belangrijk uitgangspunt voor zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve onderzoek. Zoals hierboven is beschreven is een survey voor het kwantitatieve onderzoek opgesteld op basis van de literatuur over marketing. In het kwalitatieve onderzoek geeft het theoretische kader de richting en inzicht in het onderzoeksprobleem en is daarmee een belangrijk denkkader. Het kwalitatieve onderzoek vormt een aanvulling op bestaande literatuur.

2.3 Methoden kwantitatief onderzoek

Het survey-onderzoek is *cross-sectioneel* uitgevoerd. Dit houdt in dat de data op één moment in de tijd wordt verzameld. Het geeft een momentopname van de mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn en specifiek merkbeleid en (merk)communicatie inzetten om zich te positioneren en profileren. Voor dit onderzoek is op basis van literatuur over marketing en specifiek merkbeleid en (merk)communicatie een vragenlijst/survey opgesteld voor het onderzoeken van de marketingoriëntatie en merkbeleid van ZBC's (zie bijlage 2). De survey maakt het mogelijk om met behulp van statistische analyses relaties te bestuderen tussen

variabelen, teneinde trends, attitudes, associaties, etc. in de onderzoekspopulatie vast te stellen (Bowling 2002, Creswell 2003).

Het kwantitatieve onderzoek is uitgevoerd als onderdeel van een gezamenlijk deelonderzoek met C. Heijmans, die eveneens het onderwerp *strategische zorgmarketing van ZBC's* hanteert voor haar scriptie. Zij richt zich echter specifiek op relatiemarketing van ZBC's. Er is gekozen voor een gezamenlijke aanpak om de respons in het belang van beide onderzoeken zo hoog mogelijk te laten zijn.

2.3.1 *Dataverzameling en ontwikkeling vragenlijst/ survey*

Om de marketingoriëntatie (deelvraag 4) te meten is gebruik gemaakt van een gevalideerd instrument van Kotler en Clarke (1987) dat de marketingoriëntatie meet van ziekenhuizen (zie ook paragraaf 4.5). Dit instrument is later aangepast door auteurs, zoals Naidu en Narayana (1991), Naidu en Kleimenhagen (1992) en White (2001) en gebruikt voor onderzoek naar de marketingoriëntatie van Amerikaanse (VS) ziekenhuizen.

De vragenlijsten zijn vertaald door twee afzonderlijke personen in het Nederlands. De vragen zijn zo natuurgetrouw vertaald, teneinde de validiteit zo hoog mogelijk te houden. Van deze instrumenten is één instrument gemaakt, dat is aangepast naar de Nederlandse situatie en op een wijze dat het van toepassing is op ZBC's. Verder is het instrument aangevuld met bevindingen uit de literatuur (zoals, Ogilvie 1993, Bronislaw 1994, Gummesson 1996, Aijo 1996, Morgan 1998, Oyen 2002, Kotler 2003, Kotler 2004, Mandour e.a. 2005). De vragen zijn zo aangepast dat de vragen relatief eenvoudig te interpreteren zijn en dat de validiteit van de vragenlijst zoveel mogelijk wordt behouden. Verder zijn vragen in het onderzoek opgenomen over merkbeleid en relatiemarketing. Dit zijn vragen op basis waarvan cases worden geselecteerd ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek (zie hoofdstuk 7). Ten behoeve van dit onderzoek zijn de cases niet geselecteerd op basis van de vragen betreffende relatiemarketing.

Naast belangrijke aspecten van marketingoriëntatie zijn ook variabelen (onafhankelijke) in de survey worden opgenomen die meer inzicht geven in de karakteristieken van ZBC's, zoals wel of geen samenwerking met ziekenhuizen, adherentiegebied, aantal locaties, soorten specialismen, zorgaanbod (A, B of C-segment), grootte van ZBC etc.

Expertpanel

De geformuleerde vragenlijst/ survey is voorgelegd aan een panel van marketingexperts (zie bijlage 4) en op hun aanwijzingen is deze aangepast, opdat het meetinstrument zo valide mogelijk is en aansluit op de praktijk. Dit laatste is met name belangrijk om het respons zo hoog mogelijk te laten zijn. Het expertpanel is geselecteerd op basis van bewezen deskundigheid (literatuur, functie etc.) en op basis van verworven contacten.

Pilot

De vragenlijst is voorgelegd aan een ZBC, welke mondeling zijn oordeel heeft gegeven over de vragenlijst. Het pilot is een belangrijk instrument om vast te stellen of de gevraagde gegevens eenvoudig zijn te verzamelen en wat als beperking van de vragenlijst wordt ervaren. Na aanleiding van het pilot zijn enkele verbeteringen aangebracht. De definitieve vragenlijst/ survey is te vinden in bijlage 2.

NetQuestionnaires

De vragenlijst is met behulp van NetQuestionnaires³ omgezet naar een digitale vragenlijst. Deze vragenlijst is per e-mail verstuurd naar de respondenten, die van te voren telefonisch hun medewerking hebben toegezegd. Zij hebben een inlognaam en wachtwoord ontvangen. De vragenlijst is opgedeeld in drie delen. Het eerste deel betreft de karakteristieken van ZBC's, het tweede de deel de marketingoriëntatie en deel drie de verdiepende vragen met betrekking tot merk- en communicatiebeleid en relatiemanagement.

Teneinde bias in de antwoorden van het onderzoek te voorkomen, zijn de vragen met betrekking tot de marketingoriëntatie in willekeurige volgorde aangeleverd aan de respondent. Hiermee wordt voorkomen dat respondenten structureel de meest optimale antwoorden kiezen op de gestelde vragen, en daarmee de validiteit van het meetinstrument ondermijnen. De vragenlijst in bijlage 2 wijkt daarmee dan ook af van de vragenlijst die naar de respondenten is gestuurd, wat betreft de volgorde van deel twee. Tot slot dient te worden opgemerkt dat met behulp van Questionnaires de gegevens van de ZBC's gekoppeld zijn aan de ruwe data, zodat na afloop de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld kan worden naar de ZBC's.

Maatregelen om de respons te verhogen

Tot slot dient te worden opgemerkt dat rekening gehouden moet worden met de non-respons. Bij weinig respons leidt dat tot afbreuk van het onderzoek. Teneinde het respons zo hoog mogelijk te laten zijn, zijn de volgende maatregelen genomen:

- De respondenten krijgen ruim de tijd om de vragenlijst in te vullen en te retourneren.
- De respondenten zijn op naam aangeschreven (e-mail), na voorafgaande toestemming. Het aanschrijven van de respondenten wordt begeleid met een aanbeveling van prof. dr. R. Huijsman MBA (opleidingsdirecteur instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam).
- In de responsperiode is twee keer een herhalingsbericht verstuurd naar die ZBC's die de vragenlijst nog niet hadden ingevuld. In aanvulling hierop, zijn non-respondenten gebeld om hen er op te attenderen alsnog de vragenlijst in te vullen. Daarmee is ook inzicht verkregen waarom de non-respondenten de vragenlijst niet hebben ingevuld. Dit laatste biedt inzicht of er al dan niet een selectiebias optreedt.
- De vragenlijst is digitaal ontworpen, met behulp van NetQuestionnaires, waarna de respondenten per e-mail zijn aangeschreven en online de vragenlijst kunnen invullen. Dit vergemakkelijkt de toegankelijkheid van de vragenlijst en de eenvoud om de vragenlijst in te vullen.

2.3.2 Procedure data-analyse

De geretourneerde vragenlijsten vormen de resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn gecategoriseerd en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS. Hiervoor is van te voren een analysemodel ontworpen. De resultaten en analyse zijn zo snel mogelijk teruggekoppeld aan de respondenten om hen warm te houden voor het kwalitatieve onderzoek. De eerste terugkoppeling betrof hun persoonlijke score marketingoriëntatie afgezet tegen het gemiddelde.

³ Netquestionnaires is een bedrijf uit Utrecht dat een pakket en oplossingen aanbiedt voor het samenstellen en afnemen van vragenlijsten via internet.

Score marketingoriëntatie

Voor elke ZBC is uit de gegeven antwoorden in de vijf dimensies (Consumenten filosofie, Integrale marketingoriëntatie, Adequate marketinginformatie, Strategische oriëntatie en Operationele effectiviteit) een totaalscore berekend. De berekening van de scores is gebaseerd op het model van Kotler en Clark (1987), Naidu en Narayana (1991) en White (2001), welke geëxploreerd is naar dit onderzoek (zie bijlage 3). De totaalscores kunnen variëren van 0 t/m 32 punten. De totaalscore reflecteert met de mate waarin de ZBC's marketinggeoriënteerd zijn. Hoe hoger de score hoe groter de marketingoriëntatie is van de ZBC. De exacte methode die gehanteerd is voor de berekening, is weergegeven in bijlage 3. De items die gebruikt zijn voor het bepalen van de marketingoriëntatie (vraag 10 t/m 25), zijn weergegeven in bijlage 2.

Op basis van *Kolmogrov-Smirnov* toets is vastgesteld dat de verdeling van de scores (marketingoriëntatie) normaal verdeeld zijn. Wel is opvallend dat er enkele uitschieters zijn, zie grafiek 6.10. Hiervoor kan gecorrigeerd worden. Dit is echter niet gedaan aangezien het aantal respondenten (41) niet groot genoeg is. Indien de correctie wel wordt uitgevoerd zal dat veel invloed kunnen hebben op het uiteindelijke resultaat. Vanwege het relatief lage aantal respondenten moet voorzichtig worden omgegaan met het onderzoeken van correlaties tussen variabelen en de marketingscore. Harde conclusies zijn niet te trekken, waardoor de analyses voornamelijk beperkt zijn tot beschrijvende statistiek.

Score merkbeleid

Om snel en eenvoudig inzicht te krijgen in de mate waarin de ZBC's merkbeleid hanteren is een score berekend aan de hand van de vragen over merkbeleid (zie bijlage 2). De antwoorden op deze vragen zijn gegeven op een vijf puntsschaal, variërend van nooit tot altijd, zwak tot sterk etc. Voor elk antwoord kan maximaal vijf punten worden toebedeeld. Eén vraag (vraag 27) betreft een ja/ nee vraag. Bij antwoord nee, worden 0 punten toegekend. Bij antwoord ja worden 2 punten toegekend. In totaal worden negen vragen betrokken in het berekenen van de score. De maximale score die voor merkbeleid gescoord kan worden is 42 punten (1x2 en 8x5), het minimale aantal punten is 8 punten (1x0 en 8x1). Middels de score op merkbeleid wordt getracht een indicatie te krijgen over het inzetten van merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's. Een hogere score geeft aan dat een respondent merkbeleid en merkcommunicatie in hogere mate inzet dan andere respondenten met een lagere score.

Niet alle vragen over merkbeleid die in de vragenlijst (bijlage 2) staan vermeld worden meegeteld, aangezien niet alle vragen hiervoor geschikt zijn. De vragen 35 en 37 zijn niet meegeteld, omdat een score op deze vragen geen directe waarde heeft voor het merkbeleid. Vraag 37 is niet meegeteld omdat deze vraag in principe weinig zegt over merkbeleid. Een antwoord op deze vraag kan namelijk twee betekenissen hebben. Indien men het merk vaak herpositioneert kan dat betekenen dat de respondent actief merkbeleid voert of omdat de respondent slecht merkbeleid voert. Daarmee kan gesteld worden dat deze vraag beter niet gesteld had kunnen worden. Vraag 37 wordt dan ook niet gebruikt voor verdere analyse. Vraag 35 geeft een beschrijving van de communicatiemiddelen en geeft direct causaal verband of waarde voor de mate waarin ZBC's merkbeleid in zetten. Een kanttekening bij deze benadering van de vragen over merkbeleid is dat het geen volledige en zeker geen gevalideerde vragenlijst is. Met behulp van de *betrouwbaarheidsanalyse* en *factoranalyse* is onderzocht in hoeverre de vragenlijst over merkbeleid technisch toepasbaar is.

Verbanden

In dit onderzoek zijn ook enkele verbanden onderzocht met behulp van *kruistabellen*, *chikwadraattoets*, *scatterplot* en *lineaire regressieanalyse*.

2.3.3 Onderzoekspopulatie

Volgens ZN (2005, 2006), zijn er momenteel 109 vergunningen voor ZBC's afgegeven in Nederland (zie voor definitie van ZBC, de inleiding). De insteek is zoveel mogelijk ZBC's te bevragen omdat er een grote variatie is in typen specialismen, het aantal specialismen uitgedrukt in FTE's, de samenstelling van het dienstenaanbod (segmenten in verzekerde en niet verzekerde zorg), de omvang van de organisatie, de levensduur van de organisatie, het aantal vestigingen, en de geografische spreiding gezondheidsregio's (zie bijlage 1).

Navraag leverde op dat niet alle ZBC's uit de ZN-lijst operationeel bleken te zijn en een deel is opgeheven. Met behulp van het contracteerbestand ZBC's van Achmea Zorg is een selectiefilter toegepast. Alle ZBC's die in februari 2006 nog niet operationeel waren, zijn om diverse redenen (nog geen gebouw of specialisten of opgeheven) zijn uitgesloten van deelname. Ook de ZBC's die alleen niet-verzekerde zorg leveren (buiten het A-, B- of C-segment) zijn buiten beschouwing gelaten. Daarnaast is gebruik gemaakt van andere informatiebronnen als Ger Jager (lid expertpanel, zie bijlage 4), en websites voor het zorgaanbod als 'Kiesbeter.nl' om de respondentenlijst zo volledig mogelijk te krijgen. Dit resulteerde in een lijst met 104 ZBC's (zie bijlage 5). Deze ZBC's zijn telefonisch benaderd, waarbij C. Heijmans, als zorginkoper bij Achmea Zorg, als kruiwagen heeft gefungeerd. Tijdens het telefonische contact is het doel van het onderzoek toegelicht en gevraagd naar de persoon die zich bezig houdt met marketingactiviteiten/ marktgerichte activiteiten en of externe contacten onderhoudt met derden (verzekeraars, huisartsen etc.). Zodoende is een selectie ontstaan van personen die een vorm van marketing/ relatiebeheer in zijn/ haar portefeuille hebben. Deze personen zijn in het onderzoek aangeschreven als zijnde respondenten en hebben vooraf hun toestemming gegeven. Enkele ZBC's hebben dit verzoek afgewezen of waren niet te benaderen, waardoor het totale aantal ZBC's dat deel neemt aan dit onderzoek neer komt op 86 ZBC's.

Vermeld moet worden dat een aantal ZBC's, een onderdeel vormen van een organisatie die bestaat uit meerdere locaties. Voorbeelden hiervan zijn, *Stichting Instituut voor Hyperbare Geneeskunde* (drie locaties: Hoogeveen, Velp en Rotterdam) en *Stichting Veldhuis Kliniek* (vier locaties: Enschede, Eindhoven, Rotterdam en Hilversum). Aangezien deze ZBC's, als onderdeel van een organisatorische eenheid, hetzelfde beleid voeren en dezelfde aanspreekpunt hebben, worden deze ZBC's beschouwd als één instelling/organisatie. Dit heeft tot gevolg dat ZBC's die onderdeel zijn van een organisatorische eenheid, worden beschouwd als één respondent. Het totale aantal respondenten, die in dit onderzoek zijn betrokken, komt daarmee neer op 64 respondenten. Het voordeel van deze maatregel is dat sommige ZBC's (respondenten) slechts één keer de vragenlijst hoeven in te vullen. Een nadeel is dat door deze maatregel informatie zal worden gemist, aangezien een afzonderlijke locatie een andere marketingoriëntatie kan hebben dan de andere locaties van dezelfde organisatie. Weliswaar mag verwacht worden dat ZBC's die onder één organisatie werken een vergelijkbare marketingoriëntatie hebben en een vergelijkbaar merkbeleid, communicatiebeleid. Een ander nadeel is dat sommige vragen mogelijk moeilijk te interpreteren zijn, aangezien de vraag beantwoord moet worden voor meerdere locaties tegelijk. Kort samengevat kan de maatregel die hier is genomen methodologische problemen opleveren, waardoor een vertekening van de resultaten kan optreden.

2.3.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Een groot voordeel van gestructureerde vragenlijsten is de mogelijkheid duidelijke en eenvoudige antwoorden te verzamelen, welke gebruikt worden voor data-analyse. In dit onderzoek dient echter ook rekening gehouden te worden met een aantal beperkingen. Ten

eerste dient rekening gehouden te worden met een selectiebias of vertekening door selectie. Dit is zoveel mogelijk beperkt door alle ZBC's die aan de genoemde definitie (zie inleiding) voldoen in het onderzoek op te nemen. Een andere belangrijke beperking van een beschrijvende cross-sectioneel onderzoek is dat het niet mogelijk is om een generalistische uitspraak te doen over causale verbanden. De inzet van een kwalitatief vervolgonderzoek kan deze beperking enigszins indammen. Ten derde dient de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst/ survey in ogenschouw genomen te worden. Aangezien de beschikbare tijd voor het onderzoek beperkt is, was het niet mogelijk om de vragenlijst betreffende het merkbeleid uitputtend te valideren. De zwakte hiervan is, dat de vragen en de gecodeerde antwoordmogelijkheden mogelijk niet adequaat genoeg meet in hoeverre ZBC's merkbeleid inzetten voor de positionering en profilering van hun ZBC. Dit is deels te ondervangen door in de literatuur op zoek te gaan naar een gevalideerde vragenlijst, door voorafgaand aan het onderzoek eerst een kwalitatief en kwantitatief onderzoek uit te voeren naar deze relaties, dan wel een pilot uit te voeren. Een andere beperking is dat de vragen met betrekking tot merkbeleid mogelijk niet adequaat genoeg zijn om het merkbeleid van ZBC's te bepalen, aangezien slechts een select aantal vragen opgenomen kon worden. Een te lange vragenlijst leidt er echter toe dat het respons om laag gaat.

2.4 Methoden kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek is te omschrijven als een casestudie, waarbij één of enkele gevallen van een sociaal verschijnsel intensief wordt bestudeerd (Bowling 2002). In meer pragmatische zin kan een casestudie dienen om sociale problemen/ situaties te signaleren en te analyseren (Bowling 2002). Met een goed uitgekristalliseerde probleemstelling en onderzoeksopzet is achteraf een terugkoppeling gemaakt worden naar het theoretisch conceptueel kader, dat op grond van de bevindingen eventueel kan worden gewijzigd.

2.4.1 Onderzoekspopulatie

Voor de casestudie zijn drie gevalsstudies (casestudie) uitgevoerd (zie hoofdstuk 7). Het gaat hier om een aantal ZBC's die op basis van de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek zijn geselecteerd. Hiervoor gelden selectiecriteria als, de mate van marketingoriëntatie en de mate van merkbeleid en (merk)communicatie. Andere selectiecriteria zijn wel of geen marketingfunctionaris en opvallende resultaten. De respondenten/ geïnterviewden zijn personen die binnen een ZBC de taken in hun portefeuille hebben op het gebied van marktgerichtheid/ marketing(activiteiten) of het aanspreekpunt daarvoor zijn. Deze personen bekleden diverse functies, van medische specialist, marketingfunctionaris tot directeur.

2.4.2 Dataverzameling

Interviews zijn naast de literatuurbronnen de meest primaire bronnen van informatie voor dit onderzoek. Deze moeten antwoord geven op deelvragen 5 t/m 9. De interviews zijn semi-structureerd en zijn met behulp van een topiclijst, zie bijlage 6, uitgevoerd. Het voordeel van een semi-structureerd interview, is dat de informatie gericht verkregen kan worden. Het nadeel is echter wel dat interviews mogelijk te veel worden gestuurd, waardoor informatie verloren kan gaan. Daarom zijn de vragen zo open mogelijk gesteld. Daarnaast is ingehaakt op nieuwe relevante thema's die ter sprake zijn gekomen. De interviews zijn afgenomen met behulp van een memorecorder, waarvan transcripties zijn gemaakt. Indien *relevante documenten/ officiële stukken* voorhanden waren, zijn deze bij de geïnterviewde instelling/ instantie/ persoon opgevraagd. Dit heeft geheel op vrijwillige basis plaatsgevonden.

2.4.3 Interne validiteit

Een systematische wijze van zoeken naar waarnemingen en informatie die in de zelfde richting wijzen, of juist in de tegenovergestelde richting wijzen vormen een versterkend patroon en is noodzakelijk voor een aanvaardbare interpretatie (Maso and Smaling 1998). Een goede mogelijkheid hiertoe is datatriangulatie, waarbij meerdere methoden en/of databronnen worden gecombineerd. Datatriangulatie is in dit onderzoek toegepast door zowel gebruik te maken van literatuur, documenten en interviews. Deze zijn met elkaar in confrontatie gebracht en vergeleken. Bevindingen zijn ondersteund met van citaten uit de interviews om de betrouwbaarheid te verhogen.

2.4.4 Externe validiteit

Generaliseerbaarheid is primair gebaseerd op de veronderstelde analogie van verschillende situaties en niet op statistische argumenten. Generaliseerbaarheid wordt uiteraard steviger verankerd naarmate er meer gevallen in het onderzoek worden betrokken. Hiervoor ontbreekt echter de tijd. Bovendien moeten de respondenten bij voorkeur aselekt worden gekozen (Bowling 2002). In dit onderzoek is dat niet wenselijk. De externe validiteit in dit onderzoek is beperkt, vanwege het beperkte aantal cases. De interviews met de koepelorganisaties zijn voornamelijk gericht om inzicht te krijgen in de situatie, waarbij een koppeling is gemaakt tussen praktijk en theorie.

2.4.5 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is getracht te waarborgen door de interviews letterlijk uit te typen. Op die manier kunnen de transcripties door iedereen worden ingezien.

2.4.6 Data-analyse

Met een goed uitgekristalliseerde probleemstelling en onderzoeksopzet is achteraf een terugkoppeling gemaakt naar het theoretisch conceptueel kader. De analyse is uitgevoerd door aan de hand van de interviews een aantal hoofdthema's te selecteren en deze op systematische wijze uit te werken (Exploratiefase, specificatiefase, reductiefase en integratiefase) (Baarda 1997).

Hoofdstuk 3 ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt

In dit hoofdstuk wordt na een begripsbepaling en afbakening van zelfstandige behandelcentra, de gezondheidsrechtelijke context en de ontwikkelingen van zelfstandige behandelcentra (ZBC's) in de Nederlandse zorgmarkt toegelicht. Dit hoofdstuk formuleert een antwoord op de eerste deelvraag: *Wat zijn de theoretische grondslagen en ontwikkelingen van zelfstandige behandelcentra in de Nederlandse zorgmarkt?*

3.1 Achtergronden en begripsbepaling ZBC

De privé-kliniek, veelal in de vorm van een BV, is ontstaan om bestaande wachtlijsten te verkorten en te voldoen aan de behoefte van patiëntgerichte zorg. Het ontstaan van privé-klinieken werd gestimuleerd door rechterlijke uitspraken (Rb. Maastricht 9 december 1988 en RZA 1989, 74 en RZA 1990, 210 en Hof 's-Gravenhage 22 april 1994, RZA 1994, 109), waardoor een medisch diagnostisch centrum of een privé-kliniek zonder ziekenhuisbinding (opnamecriterium) en met meerdere samenwerkende medische specialisten niet vergunningplichtig was op grond van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). Op basis van deze rechtelijke uitspraken, werden privé-klinieken (zelfstandig functionerende niet-klinische behandelcentra) door de minister gedoogd. Dit leidde echter niet tot wenselijke uitkomsten (Hermans 2004, Dute en Hermans 2002, Hermans, Verrips & Aanen 2004). Het belangrijkste euvel was dat de werkingssfeer zich beperkte tot intramurale gezondheidszorg. Dit had belangrijke gevolgen voor de beheersing en planning van ziekenhuisvoorzieningen, medisch-specialistische zorg en specifiek bijzondere functies. Het risico op wildgroei nam daarmee toe en dat druiste in tegen het beleid van de minister van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), om kwaliteit, doelmatigheid en de kosten in de zorgsector beheersen (Dute en Hermans 2002).

Regeling zelfstandige behandelcentra

Om privé-klinieken onder het vergunningenregime van de WZV te laten vallen, is in 1998 de 'Regeling zelfstandige behandelcentra' (Staatscourant 1998) tot stand gekomen. Privé-klinieken die onder deze nieuwe regeling vielen werden omschreven als Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's); *'organisatorische verbanden die niet deel uitmaken van en of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis en die strekken tot de verlening van medisch-specialistische zorg als waarop ingevolge het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet aanspraak bestaat (regulier zorg), ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed'*. De term privé-kliniek wordt voortaan alleen nog gebruikt voor instellingen die uitsluitend zorg leveren uit het derde compartiment (Staatscourant 1998, Hermans 2004, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2003).

3.2 Ontwikkelingen gezondheidsrechtelijke context ZBC's

Om voor een WZV-vergunning in aanmerking te komen diende een ZBC aan bepaalde criteria te voldoen, welke in juni 1999 zijn vastgelegd in de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV. Deze criteria hielden in dat een ZBC een 'organisatorisch verband' verband is, waar twee of meer specialisten onderling samenwerken gericht op zorgverlening zonder winstoogmerk, waarvoor de patiënt niet langer dan 24 uur mag worden opgenomen. De zorg moet van dien aard zijn, dat deze in een polikliniek of dagbehandeling (electieve zorg) kan worden verricht. De functie van ZBC's ligt dus vooral in de planbare (niet-acute) zorg, waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Tevens diende een ZBC een samenwerkingsovereenkomst te hebben met een ziekenhuis en mocht een ZBC alleen zorg leveren waarvoor op basis van de ZFW (Ziekenfondswet) aanspraak bestond. Bovendien werd

alleen een vergunning afgegeven op voorwaarde dat er een wachtlijst bestond voor het specialisme waar het ZBC zich op wilde richten. Echter de paradox was, dat ziekenhuizen op basis van die zelfde regeling niet mochten participeren in een ZBC, die zijn immers zelfstandig. Op het moment dat een ziekenhuis een behandelcentrum binnen haar eigen geledingen haalt, dan is het behandelcentrum volgens de minister geen ZBC meer, maar een onderdeel van het ziekenhuis (College Bouw 2003, Hermans 2004).

Verruiming regeling zelfstandige behandelcentra

In de praktijk is gebleken dat de bijdrage die ZBC's leveren aan de toename van de dynamiek in de markt van de ziekenhuiszorg steeds meer werd erkend. Voor ziekenhuizen was dit de kans om hun bedrijfsprocessen (bij electieve zorg) eenduidiger, procesmatiger, bedrijfsmatig en op efficiëntere wijze in te richten, bijvoorbeeld middels het opzetten van een 'cataractstraat' (College Bouw 2003). De vergunningvoorwaarden voor een ZBC beperkten echter de mogelijkheden voor toetreding van nieuwe aanbieders en daarmee de gewenste capaciteit. De RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) adviseerde de Minister van VWS dan ook de bestaande concurrentienadelen van ZBC's op te heffen als een snelle en goedkope manier om meer capaciteit buiten de ziekenhuismuren te creëren en marktwerking en dynamiek te stimuleren (College Bouw 2003).

De Regeling Zelfstandige behandelcentra is daarom in 2003 aangepast. De voorwaarde kwam te vervallen dat er een wachtlijst moet bestaan voor het specialisme waar een behandelcentrum zich op wil gaan richten. Het feit dat er door ZBC's contracten met verzekeraars worden afgesloten, ondanks het ontbreken van een contracteerplicht, geeft volgens de minister aan dat er behoefte is aan ZBC capaciteit. Daarnaast is ook het vereiste van een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis opgeheven, omdat deze voorwaarde een (economische) machtspositie voor bestaande aanbieders van ziekenhuiszorg creëert (Staatscourant 2003, Hermans 2004).

Tevens pleitte het Bouwcollege Ziekenhuisvoorzieningen (2003) voor een versoepeling van de criteria voor participatie van ziekenhuizen in ZBC's, zodat ziekenhuizen beter kunnen concurreren en innovatieve, bedrijfsmatige en efficiënte zorg kunnen verlenen. Het Bouwcollege stelt als voorwaarde dat de ZBC een zelfstandige bedrijfsvoering uitoefent en dat een ziekenhuisparticipatie niet mag worden ingegeven door verschuiving van tarieven en kosten, maar moet zijn gericht op het leveren van extra zorgproductie (College Bouw 2003). Inmiddels heeft de minister de eisen aan de vergunningverlening versoepeld in de WZV (2003) en later in de WTZi (2006). Ondanks al deze wijzigingen bleven ZBC's vergunningplichtig op grond van de WZV (2002) tot de invoering van de WTZi in 2006.

Aanpassing plannings- en financieringswetgeving

Met ingang van 1 februari 2005 is de DBC-systematiek (WTG Express) geïntroduceerd als nieuwe bekostigings- en financieringswijze voor de ziekenhuissector. Vrije prijsvorming geldt voor een deel van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment, waar ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's behoudens het 24-uurscriterium) met individuele zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de kwantiteit van de te leveren zorg (CTG-ZAio 2005). Daarnaast staat het een ZBC vrij zorg te verlenen uit het DBC A-segment (behoudens het 24-uurscriterium), waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een landelijk tarief wordt vastgesteld. Zorg, behorend tot DBC A-segment, kan zowel in poliklinisch dagbehandeling worden verleend, als in combinatie met verblijf in de zin van artikel 10, onder g, van de Zorgverzekeringswet (2006). Verder is met ingang van januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) ingevoerd, waarbij een basisverzekering haar

intrede doet. Deze moet leiden tot meer marktwerking, een doelmatiger en meer op de wensen van de patiënt gerichte zorg. Tot slot zijn er nog enkele andere wetswijzingen, namelijk de wet HOZ (Herziening van het Overeenkomstenstelsel), WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen 2006) en de WMG (Wet Marktordening Gezondheidszorg).

Wet Toelating Zorginstellingen

Met de WTZi (2006), als opvolger van de WZV, wordt de bestaande aanbodsturing en planning van gezondheidszorgvoorzieningen gefaseerd losgelaten (Hermans 2004, CTG-Zaio 2005, College Bouw 2005). De WTZi legt de basis voor een systeem van gereguleerde marktwerking in de zorg. Zorgaanbieders worden zelf verantwoordelijk voor hun infrastructuur en de (investerings)beslissingen. Marktpartijen moeten zelf beslissen of toetreding tot de zorgmarkt rendabel is. De overheid streeft naar een zorgstelsel waarin de cliënt een centrale rol inneemt en waar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende in staat zijn om op de zorgvraag in te spelen. Het zware instrument dat de WTZi biedt, namelijk het verbieden van een nieuwe instelling of een verbod op de uitbreiding/wijziging van een bestaande instelling, zal alleen gebruikt worden waar publieke belangen aantoonbaar in het gedrang komen. Verder dienen zorginstellingen verplicht transparant te zijn over hun bestuursstructuur en bedrijfsvoering (Kamerstuk A 2005, Kamerstuk B 2005, staatsblad 2005 A, Staatsblad B).

De WTZi (2006) wijzigt in een aantal opzichten de plaats die de privé-klinieken en ZBC's ten opzichte van de bestaande ziekenhuizen innemen. Ten eerste is het onderscheid weggenomen tussen ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) die collectief gefinancierde zorg verlenen. Beide instellingen worden formeel aangeduid als 'Instelling voor Medisch-specialistische Zorg' (IMSZ)⁴ (Staten-Generaal 2005, Staatscourant A 2005, Staatscourant C 2005). Ten tweede is de toetreding van ZBC's tot het B-segment verruimd, door het verblijfcriterium van 24 uur te laten vervallen. Beleidsmatig bestaat er nu geen bezwaar meer tegen als ZBC's DBC's uit het B-segment verlenen met verblijf. Verruiming van de toetreding in het B-segment is namelijk gewenst om een dynamische en marktconforme situatie met voldoende aanbieders te creëren. Als gevolg hiervan is met de invoering van de WTZi, het bouwregime voor nieuwe aanbieders van het klinische B-segment DBC's niet meer van toepassing. Het bouwregime beperkt zich tot die instellingen die medisch-specialistische zorg willen verlenen, waarvoor het CTG een tarief vaststelt, het zogenaamde A-segment, en die verleend wordt in combinatie met verblijf, en die behoort tot het ingeolge de Zorgverzekeringswet te verzekeren pakket. Dit betekent dat alleen ziekenhuizen voor sommige vormen van bouw onder het bouwregime vallen, maar ZBC's niet, ook al leveren zij voor sommige vormen van zorg verblijf. Het ingeperkte bouwregime betekent voor ZBC's en ziekenhuizen weliswaar meer zeggenschap, maar ook meer verantwoordelijkheid voor de vormgeving en bekostiging van de eigen huisvesting. Het aantal gevallen waar nog een bouwvergunning en eindverantwoording van het College bouw nodig is, neemt dan ook af (Kamerstuk A 2005, Kamerstuk B 2005, Staatscourant 2005). Verder kan de minister extra voorwaarden stellen aan de toelating van nieuwe ZBC's, maar de oprichting van nieuwe ZBC's door ziekenhuisorganisaties is niet langer uitgesloten. Ten slotte maakt de WTZi (2006) het in principe mogelijk categorieën van zorginstellingen toe te staan een winsttoogmerk te hanteren. Het handhaven van het verbod op winsttoogmerk staat naar het oordeel van de RVZ op gespannen voet met de 'vrijheid van vestiging' in de zin van het EG-

⁴ Hoewel met de invoering van de functioneel omschreven zorg in artikel 10 van de Zorgverzekeringswet de begrippen ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum uit de wetgeving verdwenen zijn, wordt in deze scriptie voor de duidelijkheid het onderscheid in naamgeving wel gemaakt. Hierbij wordt de in de inleiding omschreven definitie voor ZBC's gehanteerd.

Verdrag (Publicatieblad EG 2006). Vooralsnog wordt de bestaande situatie gecontinueerd tot uiterlijk 2012 (VWS 2006).

Blijvende toetredingsbarrières ZBC's?

Momenteel zijn er nog drie toetredingsbarrières voor ZBC's, te weten kapitaallasten (niet volledig vergoed in het B-segment), het Waarborgfonds voor de Zorgsector (ZBC's uitgesloten van toegang tot de goedkope kapitaalmarkt) en voorlopig nog het verbod op winsttoegemerk (deze barrière geldt overigens ook voor ziekenhuizen) (Hermans 2004, Staatscourant A, B en C 2005). Veranderingen in deze aspecten kunnen tot gevolg hebben dat het aantal aanbieders op de markt voor electieve zorg nog verder zal toenemen (NMA 2004).

3.3 Ontwikkelingen ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt

Door de veranderende wet- en regelgeving en daarmee de toegenomen marktwerking, zoals de mogelijkheid voor de ziekenhuisorganisaties om zelf ZBC's op te richten, zal de spanning tussen samenwerking (vanuit een oogpunt van kwaliteit en continuïteit van zorg) en de beoogde concurrentie tussen ziekenhuizen en ZBC's toenemen. Tevens zullen ook andere belanghebbenden, zoals zorgverzekeraars, patiënten/ verzekerden en ook de NMA een toenemende invloed uitoefenen op de Nederlandse zorgmarkt (Varkevisser 2003).

De groeimarkt van ZBC's

Nu de markt liberaler wordt, treden steeds meer nieuwe ZBC's op de Nederlandse zorgmarkt. Waren er op 1 januari 2004 nog 51 ZBC's (College Bouw 2005), dit aantal is in twee jaar tijd meer dan verdubbeld, naar ca. 79 in 2005 en 110 ZBC's in 2006 (ZN 2005). Bijlage 1 toont dat de meeste ZBC's zijn gevestigd in of rondom de steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Hieruit valt op te maken dat de ZBC's niet evenwichtig zijn verspreid over Nederland. Anno 2005 blijkt zelfs dat, in 14 gezondheidsregio's (nog) geen ZBC is gevestigd. Dit betreffen de regio's Friesland, Zwolle, Stedendriehoek, Flevoland, Leiden, Delft, Midden-Holland, Dordrecht, Zeeland, de vier Brabantse gezondheidsregio's en Noord-Limburg. Voor 5 van deze 14 gezondheidsregio's zijn overigens in 2005 aanvragen ingediend voor de oprichting van één of meer nieuwe ZBC's. Ook binnen het merendeel van de gezondheidsregio's als zodanig blijkt dat de ZBC's niet evenwichtig verspreid zijn. Zo zijn 7 van de 8 ZBC's in de gezondheidsregio's Amsterdam en Rijnmond respectievelijk gevestigd in de steden Amsterdam en Rotterdam en is het merendeel van de ZBC's in de gezondheidsregio Utrecht gevestigd in de stad Utrecht of in Bilthoven. Tevens valt op dat ook de verschillende specialismen niet evenredig zijn verspreid. De totale omvang van het aantal FTE's in ZBC's komt overeen met circa 1,2% van het totale aantal in de ziekenhuiszorg werkzame specialisten. Geconstateerd kan worden dat in relatie tot de ziekenhuiszorg de omvang van de ZBC-zorg (nog) zeer beperkt is (College Bouw Zorgvoorzieningen 2005). ZBC's hebben tot dusver hoofdzakelijk gefunctioneerd als aanvulling op de ziekenhuiszorg en een bijdrage geleverd aan een vermindering van de wachtlijsten voor bepaalde ingrepen. De groeipotentie van ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt blijft echter onveranderd groot (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2005).

3.4 Conclusie

De omslag in de regelgeving rond zelfstandige behandelcentra hangt nauw samen met de verandering in het overheidsbeleid van aanbodsturing naar vraagsturing. De veranderingen in wet- en regelgeving hebben er bij toe bijgedragen dat het aantal ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt sterk is toegenomen. Verwacht wordt dat door deze ontwikkelingen de participatie van ziekenhuizen in ZBC's en de concurrentie tussen ZBC's onderling en tussen ziekenhuizen en ZBC's zal toenemen.

Hoofdstuk 4 Strategische (zorg)marketing

In dit hoofdstuk wordt het begrip strategische (zorg)marketing nader uitgewerkt. Na een korte schets van de zorgmarktontwikkelingen, ontwikkelingen in de marketingfilosofie en afbakening van het begrip (zorg/ diensten) marketing, wordt nader ingegaan op strategische zorgmarketing en marketingoriëntatie. Tot slot wordt ingegaan op marketing in de Nederlandse gezondheidszorg en het strategische marketingproces. Dit hoofdstuk formuleert gedeeltelijk antwoord op de tweede deelvraag: *Wat zijn de theoretische concepten van (strategische) marketing in de zorg/ dienstensector en het daaruit voortvloeiende merkbeleid en (merk)communicatie?* In het volgende hoofdstuk, hoofdstuk 5, zal nader worden ingegaan op merkenbeleid en (merk)communicatie.

4.1 Zorgmarkt in ontwikkeling

De gezondheidszorg maakt de omslag naar een systeem van gereguleerde marktwerking (VWS 2005). Deze veranderende institutionele omgeving (financiering, wet- en regelgeving, maatschappelijke waarden) stimuleren dat zorginstellingen en verzekeraars zich meer als (maatschappelijk) ondernemer gaan gedragen. Zorginstellingen moeten innovatief, doelmatig en vraaggericht werken en steeds meer een competitieve houding aannemen (Putters & van der Grinten 2001, van der Grinten 2004, Hermans, Verrips & Aanen 2004, Oyen en De Schuyteneer 2002). Zorginstellingen zijn niet meer automatisch verzekerd van klanten/ cliënten en dienen dan ook om hun gunst te strijden. De groeiende en veranderende zorgmarkt biedt kansen en mogelijkheden die benut moeten worden. *Zorginstellingen willen én moeten ondernemen*, maar dat is bezien vanuit het oude besturingsparadigma in de gezondheidszorg niet altijd even vanzelfsprekend.

Veel zorginstellingen willen de (toekomstige) klant nog niet echt veroveren, waarschijnlijk omdat zorginstellingen zich gebonden voelen aan 'gentlemen's agreements' en omdat het niet zou passen binnen de cultuur van de zorgsector (het lijkt 'not done') (Hoogma 2003). Immers zorginstellingen baseren hun missie veelal op 'kwaliteit van zorg' en niet op het 'vergroten van het marktaandeel'. Volgens Crommentuyn (2006) is dat 'valse bescheidenheid' en een achterhaalde gedachte van veel zorgprofessionals/ zorginstellingen. Zorginstellingen moeten juist de eigen kwaliteit uitdragen en een strategie kiezen in wijze waarop zij zich in de markt willen positioneren en profileren. Zorginstellingen moeten in toenemende mate een voorkeurspositie verwerven bij zorgconsumenten, huisartsen en zorgverzekeraars (NVZ 2005). In een concurrerende omgeving is het belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen met behulp van *strategische marketing*, immers het bestaansrecht van zorginstellingen wordt steeds afhankelijker van hun positie in de markt (Oyen en De Schuyteneer 2005). Een deel van de zorgsector lijkt echter nog steeds een sceptische houding in te nemen tegenover marktwerking en marketing. Veelal wordt marketing en marktwerking geassocieerd met commercie en agressieve verkoopmethoden. In feite gaat marketing in de gezondheidszorg gebukt onder een achterhaald imago dat nog stamt uit de jaren vijftig (Boonekamp 1993, 2006).

4.2 Strategische (zorg)marketing

De ontwikkeling van de marketingconceptie heeft zich ontwikkeld in een aantal fasen, zie tabel 4.1, waarvan de volgorde tamelijk arbitrair is (Leeflang 1995, Kotler 2003, 2004).

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Het klassieke marketingconcept • Geïntegreerd marketingconcept • Maatschappelijk marketingconcept • Strategisch marketingconcept |
|---|

Tabel 4.1: Ontwikkeling marketingconcept.

De resultante van de ontwikkeling van de marketingconceptie is het *strategische marketingconcept*. Strategische marketing maakt deel uit van het strategische beleid van een onderneming of instelling en veronderstelt dat een onderneming in zijn denken en handelen zich richt op belangen van klanten, maatschappij, distributiekanaal en concurrenten, teneinde organisatiedoelen en concurrentievoordelen te realiseren (Oyen en De Schuyteneer 2005, Bouma 2005). Strategische marketing houdt in dat organisaties hun bedrijfsmodellen permanent moeten toesnijden op (veranderende) vraag van bestaande klanten, op nieuwe, mondige klanten en flexibele concurrenten. Organisaties moeten klanten en concurrenten goed monitoren, het eigen aanbod verbeteren, de doelmarkten zorgvuldig definiëren en de waardepropositie van het aanbod constant en optimaal afstemmen op de verwachtingen van al hun stakeholders en interne bedrijfsprocessen.

4.2.1 Dienstenmarketing

Marketing is voortgekomen vanuit het bedrijfsleven. Echter, marketing in gezondheidszorg heeft enkele specifieke kenmerken en verschillen met marketing in het bedrijfsleven. Een eerste belangrijke onderscheid is dat de gezondheidszorg een dienst⁵ levert en geen product. Daarnaast kennen diensten nog vier belangrijke onderscheidende kenmerken:

Onaantastbaarheid

In tegenstelling tot fysieke producten kan men diensten niet zien, voelen, horen of ruiken voordat ze worden aangeschaft. De persoon die een nieuwe heup krijgt het resultaat niet op voorhand onder ogen, net zomin als de psychiatrische patiënt de uitkomst van de therapieessie op voorhand weet (Bronlislaw 1994, Heuvel 1999, Corbin 2001).

Onscheidbaarheid

Diensten worden doorgaans gelijktijdig geproduceerd en geconsumeerd, in tegenstelling tot fysieke producten, want die worden geproduceerd, opgeslagen, gedistribueerd en vervolgens verkocht. Omdat de klant ook aanwezig is als de dienst wordt verleend, is de interactie tussen dienstverlener en klant een speciaal onderdeel van dienstenmarketing (Bronlislaw 1994, Heuvel 1999, Corbin 2001).

Verscheidenheid

Omdat diensten afhankelijk zijn van de persoon die ze levert en het moment en de plek waarop ze geleverd worden, kunnen ze sterk in kwaliteit verschillen (Bronlislaw 1994, Heuvel 1999, Corbin 2001).

⁵ Een dienst is een activiteit of prestatie die een partij aan een andere partij levert en die niet resulteert in het bezit van iets tastbaars. Een dienst kan al dan niet vergezeld gaan van de levering van een fysiek product (Kotler 2004).

Vergankelijkheid

Diensten kunnen niet worden opgeslagen. Vergankelijkheid is geen probleem als de vraag stabiel is, maar een fluctuerende vraag kan tot problemen leiden (Bronlslaw 1994, Heuvel 1999, Corbin 2001).

Marketing voor diensten vereisen dus een andere benadering dan producten. Zorgmarketing heeft daardoor te maken met, variabele kwaliteit tussen zorgaanbieders, onzekerheid bij (potentiële) afnemers, gelijktijdige productie en consumptie en het belang van een goede relatie tussen de dienstverleners en cliënt (relatiemanagement, -marketing) (Bronlslaw 1994, Erp 1989, Heuvel 1999, Corbin 2001). Zorgaanbieders hebben als gevolg van de hierboven genoemde kenmerken belangrijke marketingopdrachten uit te voeren: het vergroten van het onderscheidende vermogen (duurzaam), het garanderen en zichtbaar maken (zoals prestatie-indicatoren, merk, reputatie, etc.) van de kwaliteit van dienstverlening, het onderhouden van goed relatiemanagement, interne marketing realiseren (inspanningen die medewerkers in staat stellen de klantbelofte/ dienstverlening mogelijk te maken) en inspelen op de wensen en behoeften van zorgmarkt, rekening houdend met de vergankelijkheid van diensten (Boonekamp 1994, Corbin 2001, Gibbels 2004).

4.2.2 Strategisch (zorg)marketing gedefinieerd

De strategische marketingfilosofie is een belangrijk denkkader voor zorgmarketing in het uitvoeren van de hiervoor genoemde managementopdrachten. Strategische zorgmarketing houdt zich niet bezig met het bestaan van organisatie op zich, maar met het continu in dialoog zijn met organisatie, afstemmen en creëren van fit. Een belangrijke notie van strategische zorgmarketing is, detecteren en analyseren van de vraag en wensen, selecteren van markten en marktsegmenten (immers alles willen doen voor iedereen is het toonbeeld van 'strategische middelmatigheid' en een 'ondermaatse prestatie' (Porter 1980)), het werven en behouden van klanten door het creëren, aanbieden en communiceren van superieure *klantwaarde* (zie figuur 4.5) (Kotler 1987, Boonekamp 1994 2006, Kotler 2003, 2004). Strategische (zorg)marketing is niet zozeer een aparte afdeling, als wel een organisatiebrede gerichtheid die veel interne afstemming en teamwork vergt. Strategische marketing vereist dat organisaties maatschappelijke en ethische overwegingen direct in hun marketingactiviteiten betrekken (zie paragraaf 5.4). Zorginstellingen moeten afweging maken tussen de (vaak conflicterende) criteria van bedrijfswinstgevendheid, klantbehoeften en het gemeenschappelijke belang. Het ontwikkelen van een marketingstrategie, een marketingplanning en het onderhouden van adequaat relatiemanagement⁶ zijn dan ook essentiële onderdelen van strategisch (zorg)marketing (Naidu 1991, Bronlslaw 1994, Leeflang 1995, Morgan 1996, Heuvel 1999, Kotler 2003, 2004, Bouma 2005, Oyen en De Schuyteneer 2005, Boonekamp 2006).

Uit het voorgaande is de volgende definitie te hanteren voor strategische (zorg)marketing:

Strategische (zorg)marketing is een ondernemingsfunctie die on vervulde behoeften en wensen opspoort en definieert en hun omvang en (winst)potentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte diensten en programma's zijn om de gekozen doelmarkten en belangen van de onderneming en relevante netwerkpartijen te bedienen, en een beroep doet op iedereen in de organisatie (kernwaarden) om de klant van dienst te zijn, teneinde superieure klantwaarde te leveren (Boonekamp 1994, 2006, Corbin 2001 en Kotler 1987, 2003, 2004).

⁶ Relatiemanagement veronderstelt dat zowel de aanbieders als anderen een wederzijds afhankelijk belang hebben bij het aangaan van een relatie. Daarbij is de relatie interactief (Kotler 2003).

4.2.3 Marketingoriëntatie

Strategische zorgmarketing houdt dus in dat zorginstellingen hun bedrijfsmodellen permanent moeten toesnijden op (veranderende) vraag/ belangen van bestaande klanten (relaties), op nieuwe, mondige klanten en flexibele concurrenten; zij moeten klanten en concurrenten goed monitoren, het eigen aanbod verbeteren, de doelmarkten zorgvuldig definiëren en de waardepropositie van het aanbod constant en optimaal afstemmen op de verwachtingen van al hun stakeholders en interne bedrijfsprocessen. Dit vraagt om een systematische en integrale organisatieaanpak, waarbij zorginstellingen reageren op behoefte door een waardepropositie (zie figuur 4.5) te leveren, of een verzameling van voordelen waarmee de klant in een bepaalde behoefte kan voorzien. Deze ontastbare waardepropositie wordt tastbaar gemaakt door een zogenaamde strategische marketingproces (Kotler 2003, 2004), zie ook paragraaf 4.4. Het strategische marketingproces is daarmee een operationalisering van strategische (zorg)marketing. De mate waarin het marketingproces ten behoeve van strategische zorgmarketing in een organisatie/ zorginstelling aanwezig is, wordt de *marketingoriëntatie* van de organisatie genoemd.

Kotler en Clarke (1987) waren de eerste onderzoekers die het concept van marketingoriëntatie (Marketing Audit) duidelijke hebben gedefinieerd en geoperationaliseerd in gezondheidszorgorganisaties. Zij definieerden het concept marketingoriëntatie als volgt: “*A marketing orientation holds that the main task of the organization is to determine the needs and want of target markets and to satisfy them through the design, communication, pricing, and delivery of appropriate and competitively viable product and services.*”

Marketingoriëntatie houdt zich dus bezig met marktonderzoek, wensen en behoeften van doelmarkten, het strategisch inzetten van de marketingmix, concurrentiepositie verstevigen, relatiemarketing, creëren, leveren en communiceren van klantwaarde in de gekozen segmenten en organisatiedoelen realiseren (Kotler en Clarke 1987, Kotler 2004, Naidu en Narayana 1991 en White 2001).

De marketingoriëntatie is in dit onderzoek gemeten bij ZBC's in Nederland (zie hoofdstuk 6). De mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn, is als selectiemiddel gebruikt worden voor het selecteren van ZBC's voor het kwalitatieve onderzoek (zie hoofdstuk 7).

Marketingoriëntatie en prestaties van zorginstellingen

Het marketingproces wordt wel gezien als de motor om de effectiviteit van de organisatie te faciliteren. De mate van marketingoriëntatie en de effecten van marketingoriëntatie op de prestaties van zorginstellingen, is in diverse onderzoeken (Kotler 1987, Naidu en Narayana 1991, Naidu en Kleimenhagen 1992, White 2001) onderzocht. Deze onderzoeken hadden allen betrekking op ziekenhuizen in de VS. Ondanks dat de Nederlandse zorgmarkt verschilt van de zorgmarkt in de VS, zijn uit deze onderzoeken leringen te trekken voor de Nederlandse situatie, aangezien de zorgmarkt in de VS een voorloper is op gebied van marktwerking en zorgmarketing. Al deze onderzoeken zijn gebaseerd op het raamwerk van Kotler en Clarke (1987). Volgens Kotler en Clarke (1987) moet de marketingoriëntatie van zorginstellingen onderzocht worden door te onderzoeken in welke mate de vijf belangrijkste aspecten van marketingoriëntatie terugkomen in het gevoerde marketingbeleid van zorginstellingen:

- 1) *Consumenten filosofie*. Erkent de instelling de noodzaak om de wensen en behoeften van doelmarkt(en) en consumenten te onderzoeken, teneinde een effectief marketingplan op te zetten?

- 2) *Integrale marketingoriëntatie*. Is de instelling voorzien van personeel dat zich bezig houdt met marketing analyses, planning, implementatie en controle? Werken de functies van de instelling samen om de belangen van de klant en de doelmarkt te dienen?
- 3) *Adequate marketinginformatie*. Geeft het marketinginformatiesysteem nauwkeurige, kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie over de ontwikkeling van de markt ten aanzien van klanten, prospect, concurrenten etc.?
- 4) *Strategische oriëntatie*. Heeft het management duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen ontwikkeld om de marketingdoelen te kunnen bereiken?
- 5) *Operationele effectiviteit*. Beschikt de zorginstelling over beoordelings- en controlemaatregelen van marketingactiviteiten, teneinde te onderzoeken of deze activiteiten (kosten)effectief worden ingezet?

Uit de studies van Kotler (1987), Naidu en Narayana (1991), Naidu en Kleimenhagen (1992), McDermott, Franzak en Little (1993), White (2001) blijkt dat de marketingoriëntatie van zorginstellingen (ziekenhuizen) bijdraagt aan en soms zelfs kritisch is voor het succes van een zorginstelling in een competitieve omgeving. Tevens heeft onderzoek aangetoond dat zorginstellingen die niet marketinggeoriënteerd zijn, significant minder succesvolle prestaties behalen. Hiermee kan worden geconcludeerd dat het falen of niet hebben van een marketingfunctie een zorginstelling tekort kan doen in een competitieve omgeving, immers het succes zorginstellingen is positief gerelateerd aan de mate van marketingoriëntatie.

Verder worden in de studies enkele kenmerken weergegeven welke bijdragen aan de effectiviteit van marketingoriëntatie. Zo is volgens Naidu en Narayana (1991) marketingoriëntatie effectiever indien een gekwalificeerde persoon de leiding heeft in de marketingfunctie van de organisaties en gesteund door het (top)management nauw samenwerkt met alle onderdelen van de organisatie. Zonder ondersteuning van het (top)management kan marketing niet optimaal functioneren. Loubeau en Jantzen (1998) concludeerden in hun onderzoek dat zorginstellingen een effectieve marketingoriëntatie hebben, indien zij sterke relaties hebben met stakeholders, zoals verwijzers en verzekeraars. Hieruit valt op te maken dat relatiemarketing een belangrijk onderdeel is van marketingoriëntatie.

Ook is uit onderzoek (Naidu en Kleimenhagen 1992) gebleken dat de mate van marketingoriëntatie in zorginstellingen afhankelijk is van de grootte van de instelling. Hoe meer bedden de instelling heeft hoe sterker de instelling marketinggeoriënteerd is. Uit onderzoek blijkt dat hoe sterker de relatie van zorginstellingen is met stakeholders, des te meer de zorginstelling marketing georiënteerd is. Uit onderzoek (Zaremba en Oglivie 1992) blijkt dat innovatieve zorginstellingen meer marketinggeoriënteerd zijn dan niet-innovatieve zorginstellingen. Innovatieve zorginstellingen zijn eerder geneigd marketinginformatie en marktonderzoek te gebruiken in hun beslissingen en zijn tevens beter in het communiceren van de marketingfunctie.

Deze studies en de studie van McDermott e.a. (1993) laten zien dat er een positieve relatie bestaat tussen marketingoriëntatie en prestaties van de organisatie. Gegeven dat de resultaten voor een groot deel ook van toepassing zijn op ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt, kan geconcludeerd worden dat ZBC door de toenemende marktwerking in de gezondheidszorg, baat hebben aan het hebben van een strategisch marketingproces. In het kader van deze scriptie zou je kunnen stellen dat het marketingproces en daaruit voortvloeiende merkbeleid en (merk)communicatie bijdraagt aan het succes van een ZBC. In de paragraaf 4.4 zal worden beschreven hoe het marketingproces in elkaar steekt.

4.3 Marketing in de Nederlandse gezondheidszorg

In de literatuur is nog betrekkelijk weinig bekend over (zorg)marketing in de Nederlandse gezondheidszorg. Om kennis op te doen kan naar de Amerikaanse (VS) gezondheidszorg gekeken worden, waar marketing al veel langer een essentieel onderdeel is van de strategie van zorginstellingen.

Marketing in de gezondheidszorg viel in de VS samen met de revolutie in de dienstenmarketing (begin jaren '70) (Corbin 2001). Ook in de VS kwam de noodzaak voor marketing pas met de komst van marktwerking en ook in de VS bestond er behoorlijk veel scepsis over marketing, evenals dit nu het geval is in Nederland (Hoogma 2003, Vels en Boere 2005). Deze scepsis was in de VS voornamelijk toe te schrijven aan het ontbreken van de noodzaak om marketing te bedrijven. Pas later toen marktwerking in de gezondheidszorg in de VS meer zijn greep kreeg, ontstond de noodzaak tot het bedrijven van zorgmarketing. Corbin (2001) beschrijft dat zorgmarketing in de VS fundamenteel was en is voor de prestaties en het financiële succes van zorginstellingen. Al zal dit laatste argument in de Nederlandse samenleving vooralsnog tot weerstand leiden, in de nabije toekomst kan het argument wellicht stand houden als ZBC's winst mogen gaan maken.

4.3.1 Maatschappelijk ondernemerschap

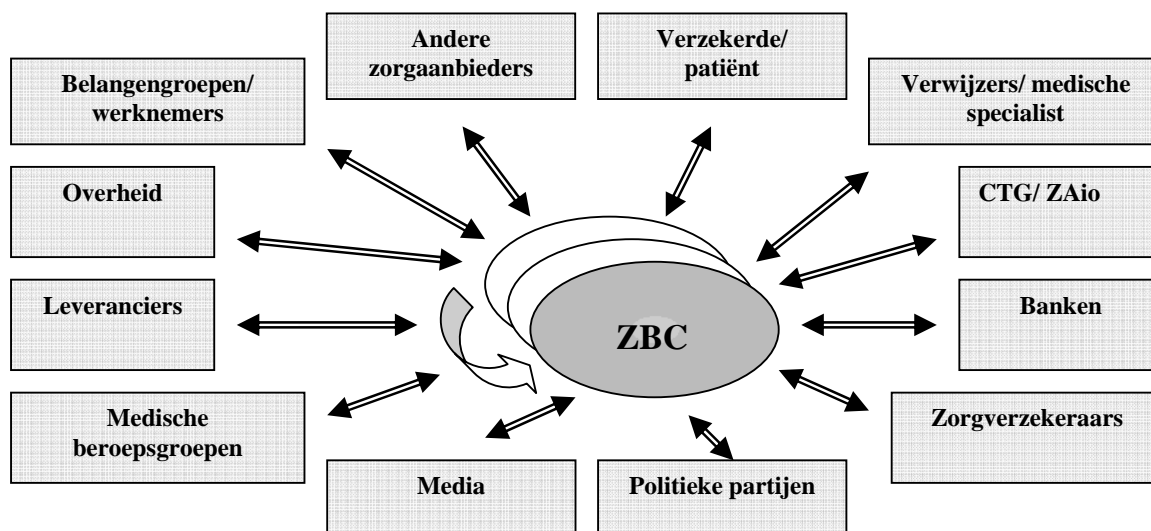
In Nederland bestaat er nog grote scepsis over marketing in de gezondheidszorg. Dit wordt gevoed door het feit dat de gezondheidszorg van groot maatschappelijk belang is. Marketing lijkt hier aan te tornen als marketing (veelal denkt men onterecht aan alleen commercie en agressieve verkoopmethoden) niet maatschappelijk verantwoord wordt ingezet. Maatschappelijk ondernemen is een eigentijdse strategie van zorginstellingen om hun marktgerichtheid en potenties te laten corresponderen met de verwachtingen van de maatschappij en haar directe omgeving (Hermans, Verrips & Aanen 2004, van der Grinten 2004). Volgens Van Der Grinten (2004) is het handelen van zorginstellingen niet alleen belangeloos en nobel, maar tevens een welbegrepen eigen belang als een maatschappelijke *'licence to operate'*. Dit maakt marketing in de zorg complex, maar niet onmogelijk. Zorginstellingen dienen als onderdeel van strategische zorgmarketing, relatiemarketing/relatiemanagement dan ook hoog in het vaandel te hebben. Het versterken van de strategische marketing positie in de markt als een sociaal doel, kan de positie van de zorginstelling in de zorgmarkt juist versterken (Boonekamp 1994).

4.3.2 Relatiemarketing

Kotler (2004) definieert relatiemarketing als het *'opbouwen en onderhouden van wederzijds aantrekkelijke relaties met relevante partijen (klanten, leveranciers, distributeurs), om voorkeur bij hen te creëren en daardoor handel op de lange termijn te verzekeren'*.

Het functioneren van de Nederlandse zorgmarkt in de gezondheidszorg is sterk afhankelijk van verschillende stakeholders. Een passend concept hiervoor is het sociaal-politieke perspectief, dat de markt beschouwt als een netwerk van onderlinge verbonden en afhankelijke partijen, zie figuur 4.2 dat is gebaseerd op Varkevisser (2003) en Oyen en De Schuyteneer (2005). Volgens marketingexperts, zoals Boonekamp (1993, 1994, 2006), Heuvel (1999), Corbin (2001) en Kotler (2003) moeten zorginstellingen zich focussen op de sleutelpartijen in de gezondheidsmarkt, teneinde duurzame goede relaties met de stakeholders op te bouwen, te onderhouden en te optimaliseren. Relatiemarketing draagt bij aan strategische voordelen voor zorginstellingen (vertrouwen, transparantie, goed imago etc.) en in het realiseren van een balans tussen autonomie en afhankelijkheid in het relatienetwerk. Strategische zorgmarketing is daarmee een uitkomst van een sociaal-politiek proces in dat

netwerk, welke de condities bepalen waarin zorginstellingen hun activiteiten kunnen ontplooiën (Boonekamp 1994, 2006, Aijo 1996, Rynne 1999, Brandsma en Raemakers 2005).



Figuur 4.2: Relatienetwerk zorgmarkt van ZBC's.

Relatiemarketing resulteert in een sterke economische, technische en sociale banden tussen partijen (Kotler 2003, 2004). Dat relatiemarketing effectief en essentieel is in de gezondheidszorg blijkt ondermeer uit onderzoek van Ludke (Boonekamp 1994). Daaruit blijkt dat het verwijspatroon door relatiemarketing positief wordt beïnvloed, hetgeen de concurrentiepositie van zorginstellingen kan verstevigen. Zorginstellingen die niet aan relatiemarketing doen lopen het risico zichzelf tekort te doen. Een sterke relatie/ positie bewerkstelligen met bijvoorbeeld zorgverzekeraars, beroepsgroepen, banken, etc. is het net zo belangrijk als een goede relatie met zorgconsumenten, teneinde een solide reputatie (merkenbeleid) op te bouwen met betrekking tot kwaliteit van service, interne organisatie, maatschappelijke en ethische aspecten. Hiermee is dus eigenlijk te concluderen dat marketing en marketingactiviteiten in de gezondheidszorg volledig legitiem zijn, indien zorginstellingen zich maar houden aan de normen en waarden van het relatienetwerk (in paragraaf 5.4, zal ondermeer worden ingegaan op de maatschappelijke en ethische kant van merkenbeleid en (merk)communicatie in de gezondheidszorg). In tabel 4.3 is weergegeven hoe rekening gehouden moet worden met verschillende stakeholders bij strategische zorgmarketing.

Stakeholders	Marketing aspecten ZBC	Implicaties voor marketing strategie
Zorgconsument	<ul style="list-style-type: none"> • Beïnvloedt het verwijskanaal • Zoekt publiciteit • Is de gelddrager 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspelen op wensen en behoeften • Kwaliteit van zorgaanbod • Optimale service
Zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> • Sturen van patiëntenstromen • Zorgverzekeraars hebben de regie in de nieuwe zorgverzekeringwet • Regelt de geldstromen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vrije onderhandelingen • Balans vinden in klantoriëntatie en geldverstrekker • Kwaliteit

Stakeholders	Marketing aspecten ZBC	Implicaties voor marketing strategie
Banken	<ul style="list-style-type: none"> • Krediet verstrekker 	<ul style="list-style-type: none"> • Liquiditeit, solvabiliteit ZBC • Betrouwbaarheid ZBC • Zorgvuldigheidscriteria • Imago
Overheid	<ul style="list-style-type: none"> • Reguleert budgetten • Wettelijke kaders • CTG/ZAio 	<ul style="list-style-type: none"> • Lobbyen • Legitimiteit strategie • Tarieven • Kartelvorming
Leveranciers	<ul style="list-style-type: none"> • Zakelijk contract 	<ul style="list-style-type: none"> • Liquiditeit • Imago
Verwijzers	<ul style="list-style-type: none"> • Levert dienst • Heeft contact met patiënt • Verwijst door 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatiemanagement • Service • Promotie zorgaanbod
Ziekenhuizen	<ul style="list-style-type: none"> • Biedt concurrerende zorg. • Verwijst patiënt naar ZBC • Samenwerkingscontract 	<ul style="list-style-type: none"> • Ketenzorg • Relatiemanagement • Promotie
Media	<ul style="list-style-type: none"> • Publieke opinie 	<ul style="list-style-type: none"> • Maatschappelijk verantwoorde zorg • Ethiek • Levert marketing wat op?
Andere ZBC's, nieuwe toetreders	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrent 	<ul style="list-style-type: none"> • Eerlijke concurrentie • Onderscheidend vermogen
Eigen instelling	<ul style="list-style-type: none"> • Voldoende klanten/ cliënten • Omzet, winst, efficiency • Groei productie • Personeel 	<ul style="list-style-type: none"> • Reclame maken • Merkenbeleid • Werven, motiveren → HRM

Tabel 4.3: Stakeholder management (Boonekamp 1994 en Bouma 2005).

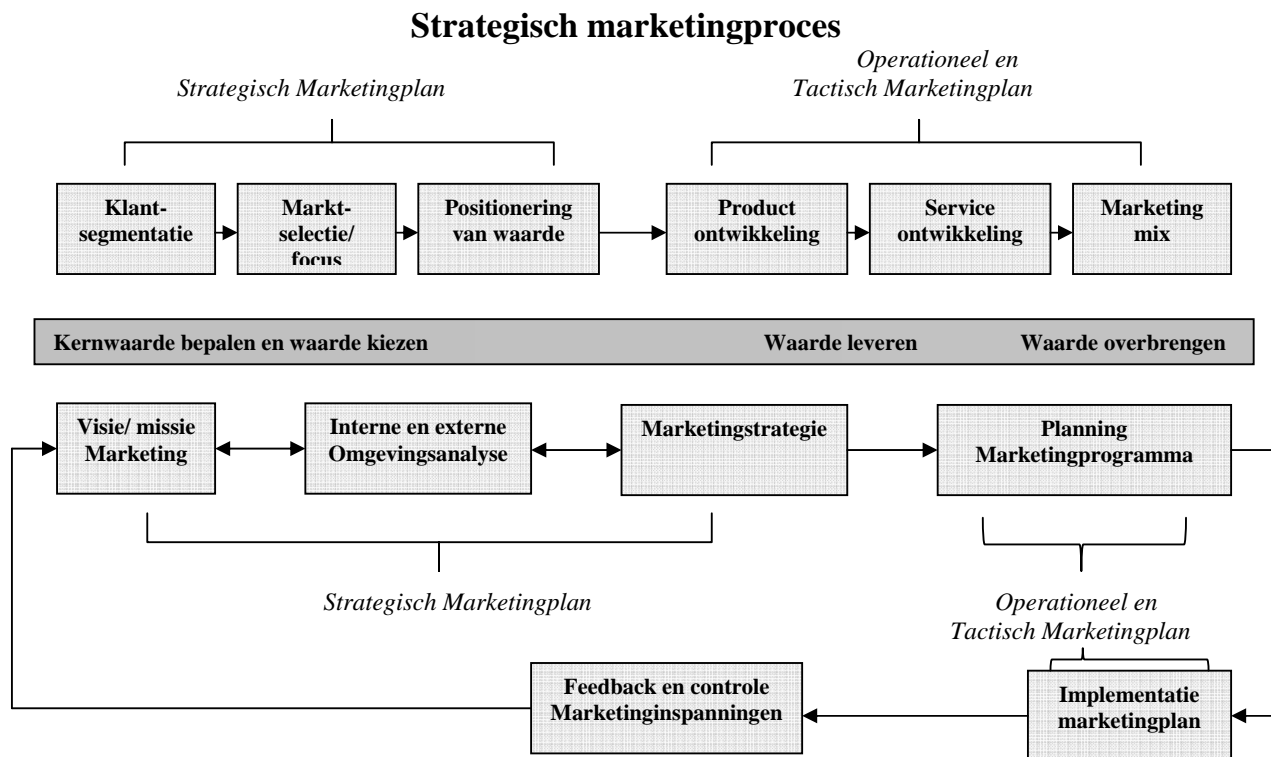
De drie R's in relatiemarketing

De context van relatiemarketing in de zorgsector is goed weer te geven aan de hand van de drie R's: Ruil, Relatie en Reputatie (Blair en Fottler 1995, Boonekamp 2006). Ruil geeft aan dat waardecreatie in de zorg alleen kan ontstaan bij ruilrelaties. Een ruil heeft meerwaarde voor elke partij en is daarmee de basis van het bereiken van gewenste uitkomsten en doelen. Ruil kan in de zorgsector alleen tot stand komen middels relatiemarketing, hetgeen resulteert in sterke economische, technische en sociale banden tussen partijen. Een duurzame relatie is een garantie voor de toekomst. Reputatie geeft aan dat partijen alleen bereid zijn om een langdurige (ruil)relatie aan te gaan als de reputatie van de betrokken organisaties goed is en aansluit op de waardecreatie. Zorgmarketing is dus het creëren van superieure klantwaarde (ruil), waarbij een duurzame relatie met stakeholders en een goede reputatie van groot belang is. In de praktijk zal een balans gevonden moeten worden tussen de drie R's.

4.4 Strategisch marketingproces

Het strategische marketingproces in een organisatie bestaat uit zes fundamentele fasen: (1) het opstellen van de missie en visie, (2) analyse van de interne en externe omgeving/ analyse marktkansen, (3) marketingstrategieën ontwikkelen, (4) planning marketingprogramma's, (5) implementatie marketingplan en (6) controle marketinginspanningen. Deze zes fundamentele fasen zijn onder te verdelen in een tactische en operationele marketingplanning, zie figuur 4.4 dat is gebaseerd op Bronislaw (1994) en Kotler (2004).

Elk van deze fase draagt bij aan de waardecreatie van de dienst(en) aan klanten. In de eerste fasen wordt de te leveren waarde gekozen, daarna wordt de waarde geleverd door tactische beslissingen te nemen over de specifieke productkenmerken, prijzen en distributiemethoden. Tot slot wordt in de laatste fasen de waarde overgebracht aan de klant en overige stakeholders.



Figuur 4.4: Het cybernetische model van het marketingproces.

Klantwaarde betekent dat de organisatie zich verplaatst in de klant (stakeholders). Om daadwerkelijk klantwaarde te leveren dient een organisatie de kernwaarden te bezitten om die klantwaarde te kunnen leveren. Indien een organisatie respect en snelle behandeling wil leveren, dan moet dit ingebed zijn in de dominante cultuur van de organisatie. Klantwaarde is dan ook niet vrijblijvend, maar moet ook waargemaakt kunnen worden anders ben je als organisatie volstrekt ongeloofwaardig en onbetrouwbaar. De kernwaarde van de organisatie kan veranderen of verschillen, afhankelijk van de basisstrategie van de organisatie (zie ook paragraaf 5.2).

Missie en visie

De missie en visie van de instelling zegt iets over haar identiteit. Een organisatie bestaat om iets te bereiken. In de gezondheidszorg is dat zorg verlenen van goede kwaliteit. Om het eigen

doel of de missie vast te stellen moet een instelling de klassieke vragen van Peter Drucker (Kotler 2004) beantwoorden. Wat willen we verkopen? Wie is onze klant, Wat is precies de waarde die we aan de klant kunnen leveren? Waar willen we heen? Waar zouden we ons mee bezig moeten houden? Deze vragen moeten steeds weer opnieuw gesteld worden om na te gaan of de (basis)strategie aangepast zou moeten worden (Cybernetisch model). De marketingmissie moet gerelateerd zijn aan de algemene missie van het bedrijf (Kotler 2003, 2004).

Interne en Externe analyse/ analyse marktkansen

Een essentieel onderdeel van strategische zorgmarketing is het identificeren van marktmogelijkheden op de korte en lange termijn. Onderzoek moet gedaan worden naar de demografische/ economische omgeving, technologische/ fysieke omgeving, politiek-juridische omgeving en de sociaal-culturele omgeving. Concreet betekent dit dat zorginstellingen de wensen, behoeften en belangen moet onderzoeken van zorgconsumenten en relevante stakeholders. Ook moet interne en externe analyse leiden tot een inventarisatie van sterke en zwakke punten van de zorginstelling. Heeft de instelling de juiste kernwaarden, is de instelling voldoende toegerust om een bepaalde kans te benutten of een probleem op te lossen? (Bronislaw 1994, Kotler 2003, 2004, MAO/MTD Groep 2005).

Marketinginformatiesysteem

Marketingbeslissingen worden ondersteund met informatie, kennis en onderzoek. Elk zorginstelling zou zich idealiter moeten voorzien van een constante relevante informatiestroom, ter ondersteuning van de analyse, planning, implementatie en controle, in de vorm van een marketinginformatiesysteem (MIS). Dit is een systeem dat bestaat uit mensen, apparatuur en procedures voor het verzamelen sorteren, analyseren, beoordelen en verspreiden van recente en accurate informatie (Erp 1989, Kotler 2004). Voorbeelden hiervan zijn, informatie over de interne leveringscyclus, marktonderzoek (Cliëntenanalyse), concurrentieanalyse (analyse van de concurrentieomgeving volgens het vijf krachtenmodel van Porter 1985), SWOT-analyse (strengths, weaknesses, oppertunities en threats) en omgevingsanalyse (DEPEST: Demografie, Economisch, Politieke, Epidemiologische, Sociale en Technische factoren) (Bronislaw 1994, Kotler 2004, MAO/MTD Groep 2005).

Doelstellingen formuleren.

Zodra de analyses zijn uitgevoerd kunnen specifieke doelstellingen ontwikkeld worden die aansluiten op de missie en visie.

Marketingstrategieën ontwikkelen

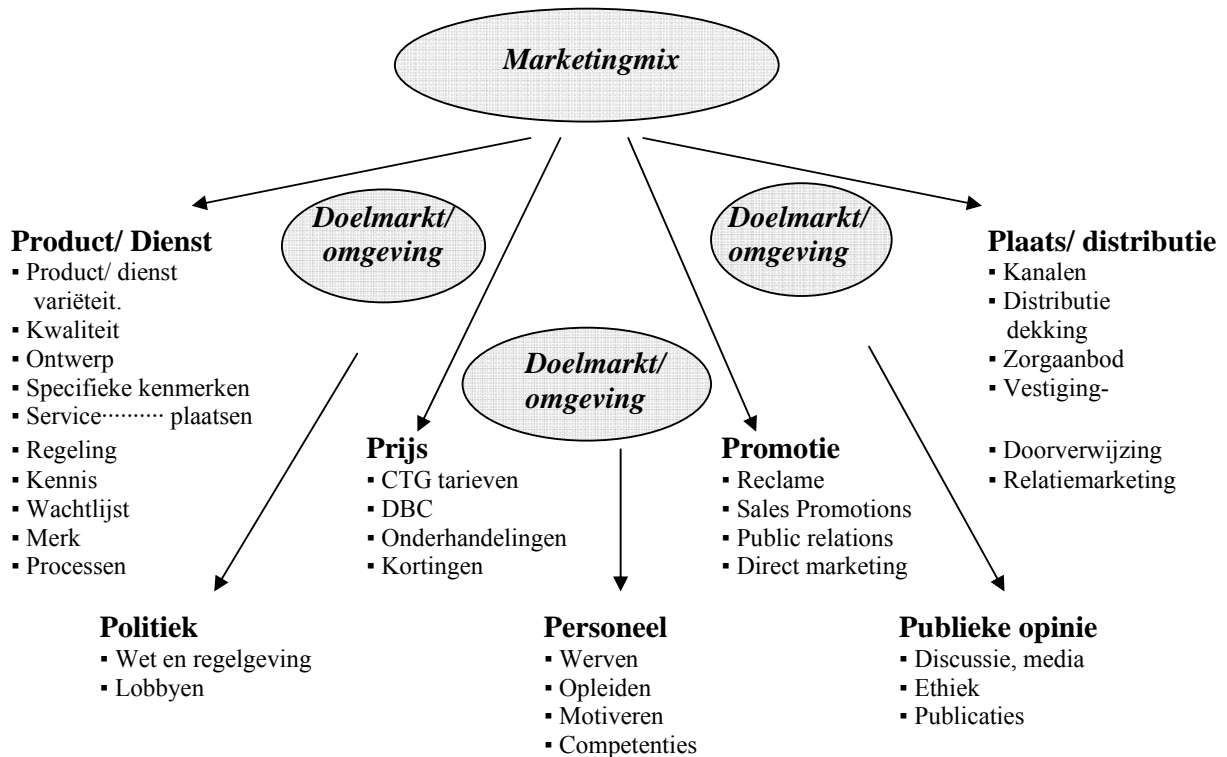
Marketingstrategie omvat het beleid, de diensten, doelen en middelen die de organisatie hanteert (Bouma 2005). Het ontwikkelen van een marketingstrategie wordt gedefinieerd als het aangeven van een coherent marketingbeleid met het oog op het bereiken van specifieke doelen in een bepaalde tijdsspanne.

Marketingstrategie houdt in dat de zorginstelling:

- 1) *Segmenteert* en doelgroepen bepaalt, dat wil zeggen de product- marktcombinaties aangeeft waarin het bedrijf of een organisatie actief wil zijn en daarbij de relevante spelers in kaart brengt.
- 2) *Positioneert* (distributiestrategie), t.o.v. de zorgconsumenten, verwijzers, financiers (relatienetwerk) werken) en de eigen instelling *profileert* (identiteit en imagostrategie, communicatiestrategie, prijsstrategie, HRM) (Oyen en De Schuyteneer 2002, Kotler 2003, 2004, Brandsma en Raemakers 2005, MAO/MTD groep en ZPN 2005).

Planning marketingprogramma's

Het operationele marketingplan bevat concrete plannen om bij de toegewezen middelen de in het strategische plan vastgelegde doelen te realiseren. In het operationele marketingplan wordt het totaal van onderling afgestemde activiteiten (*marketingmix*) weergegeven. Kotler (2004) definieert de *marketingmix* (zie figuur 4.5) als 'het geheel aan marketinginstrumenten dat door de onderneming wordt ingezet om de marketingdoelstellingen in de doelmarkt te verwezenlijken'.



Figuur 4.5: De zeven p's van de marketingmix voor dienstverleners.

Implementatie marketingactiviteiten

Nadat de strategische en tactische planning is afgerond (zie figuur 4.4), moet het plan doorgevoerd en uitgevoerd worden, met behulp van een implementatieplan.

Marketingcontrole en evaluatie

Zorginstellingen handelen in een maatschappelijke context, hetgeen inhoudt dat zorginstellingen bewust (kosteneffectief) moeten omgaan met investeren in geldverslindende marketingactiviteiten. Kortom marketingactiviteiten moeten effectief worden ingezet en dat noodzaakt het bijhouden en controleren van de marketingactiviteiten, zodat de plannen eventueel bijgestuurd kunnen worden.

Succesvolle ondernemingen zijn lerende ondernemingen. Ze verzamelen feedback vanuit de markt, beoordelen en evalueren resultaten en komen tot aanpassingen die hun prestaties verbeteren. Een goed marketingproces werkt volgens het cybernetische beginsel, waarbij voortdurende een controle bijsturing plaatsvindt van de eigen positie in relatie tot de gewenste eindpositie. Effectieve marketing is te bereiken door goede marketingevaluaties en controleprocedures. Grofweg kunnen de volgende typen van marketingcontrole worden onderscheiden, zie tabel 4.6 (Bronislaw 1994, Kotler 2003, 2004).

<u>Type controle</u>	<u>Doel controle</u>	<u>Methoden</u>
1. Jaarplancontrole	▪ Onderzoeken of de beoogde resultaten zijn behaald.	▪ Verkoopanalyse ▪ Marktaandeelanalyse ▪ Financiële analyse
2. Winstgevendheidscontrole	▪ Onderzoeken waar de instelling winst of verlies maakt	▪ Winstgevendheid per ▫ Dienst, Klant, Segment, Kanaal
3. Efficiëntiecontrole	▪ De efficiëntie en de impact van marketinguitgaven beoordelen en verbeteren.	▪ Efficiëntie van ▫ Reclame ▫ Promotionele acties ▫ Distributie
4. Strategische controle	▪ Onderzoeken of de instelling de beste kansen nastreeft in markten, producten en kanalen.	▪ Scorekaart marketingeffectiviteit ▪ Marketing-audit ▪ Beoordelen ethiek en maatschappelijk verantwoordelijkheid

Tabel 4.6: Typen marketingcontrole (Kotler 2004).

4.5 Conclusie strategisch zorgmarketing

De Nederlandse gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een veranderende institutionele omgeving (financiering, wet- en regelgeving, maatschappelijke waarden). Dit leidt er toe dat de Nederlandse gezondheidszorg een gereguleerde zorgmarkt wordt. Zorginstellingen moeten innovatief, doelmatig en vraaggericht werken en steeds meer een competitieve houding aannemen. In een concurrerende omgeving is het belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen met behulp van strategische *marketing*.

Strategische zorgmarketing is een ondernemingsfunctie die onvervulde behoeften en wensen opspoorst en definieert en hun omvang en (winst)potentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte diensten en programma's zijn om de gekozen doelmarkten en belangen van de onderneming en relevante netwerkpartijen te bedienen, en een beroep doet op iedereen in de organisatie (kernwaarden) om de klant van dienst te zijn, teneinde superieure klantwaarde te leveren. Strategische zorgmarketing draagt bij aan succesvolle resultaten van een organisatie.

Strategische zorgmarketing wordt vormgegeven door het strategische marketingproces. Dit is een proces van marketingstrategie, marketingplanning, het implementeren en controleren van marketingactiviteiten. De mate waarin het marketingproces ten behoeve van strategische zorgmarketing in een organisatie/ zorginstelling aanwezig is, wordt de *marketingoriëntatie* van de organisatie genoemd. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat de mate van marketingoriëntatie een positief verband heeft met de grootte van een zorginstelling en een positief verband heeft met het hebben van een marketingfunctionaris. De marketingoriëntatie van ZBC's en de twee verbanden wordt onderzocht in het kwantitatieve onderzoek. De verkregen scores van marketingoriëntatie en de gevonden verbanden zullen als selectiemiddel worden gebruikt bij het selecteren van ZBC's voor het kwalitatieve onderzoek. Dit kwalitatieve onderzoek richt zich op merkbeleid en merkcommunicatie van ZBC's (zie ook hoofdstuk 2 en 5).

Hoofdstuk 5 Merkbeleid en (merk)communicatie

Dit hoofdstuk staat in het teken van het centrale onderwerp van deze scriptie, namelijk merkbeleid en (merk)communicatie (door ZBC's) in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit hoofdstuk werkt de tweede deelvraag verder uit: *Wat zijn de theoretische concepten van (strategische) marketing in de zorg/dienstensector en het daaruit voortvloeiende merkbeleid en (merk)communicatie?* Na een schets van de betekenis van een merk en (merk)communicatie wordt ingegaan op het strategisch inzetten van merk en (merk)communicatie. Vervolgens wordt er ingegaan op de ethische en maatschappelijke aspecten van merkbeleid en (merk)communicatie als onderdeel van marketing in de gezondheidszorg. Daarna wordt beschreven hoe het merk(beleid) geëvalueerd kan worden. Dit deel formuleert een antwoord op de derde deelvraag: *Op welke wijze kan het merkbeleid geëvalueerd worden?* Daaropvolgend wordt beschreven wat er tot op heden bekend is over de toepassing van merkbeleid en (merk)communicatie in de gezondheidszorg. In de slotparagraaf wordt kort een conclusie gegeven.

5.1 Betekenis van een merk en (merk)communicatie

In paragraaf 4.4 en 4.5 is beschreven dat (relatie)marketing waarde creëert. Waardecreatie van een product en/of dienst vormt de basis voor het bereiken van gewenste uitkomsten en doelen die een organisatie/instelling nastreeft. Volgens Kotler (2003, 2004) dienen ondernemingen (zorginstellingen) in hun producten/diensten te voorzien in de behoefte en wensen van klanten door een waardepropositie (zie figuur 4.4) te leveren in de vorm van een verzameling van voordelen, waarmee de klant in een bepaalde behoefte kan voorzien. Teneinde een superieure klantwaarde te creëren is voor het opbouwen van aan een duurzame relatie met stakeholders en een goede reputatie, een *sterk merk* essentieel. Een sterk merk wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor bedrijfssuccessen (Franzen 2003, Mosmans 2003).

5.1.1 Merk gedefinieerd

In de literatuur bestaat een zekere verscheidenheid aan definities wat een merk nu precies is. Het handwoordenboek hedendaags Nederlands omschrijft een merk als *'een onderscheidingsteken, onderscheidend teken van de producent of handelaar ⇒ keurstempel, koopwaar die een genoemd merk draagt'* (Sterkenburg e.a. 2000). De American Marketing Association definieert een merk als een naam, begrip, teken, symbool of ontwerp, of een combinatie hiervan, bedoeld om de producenten of diensten van een verkoper of groep verkopers te identificeren en om deze te onderscheiden van de concurrent.

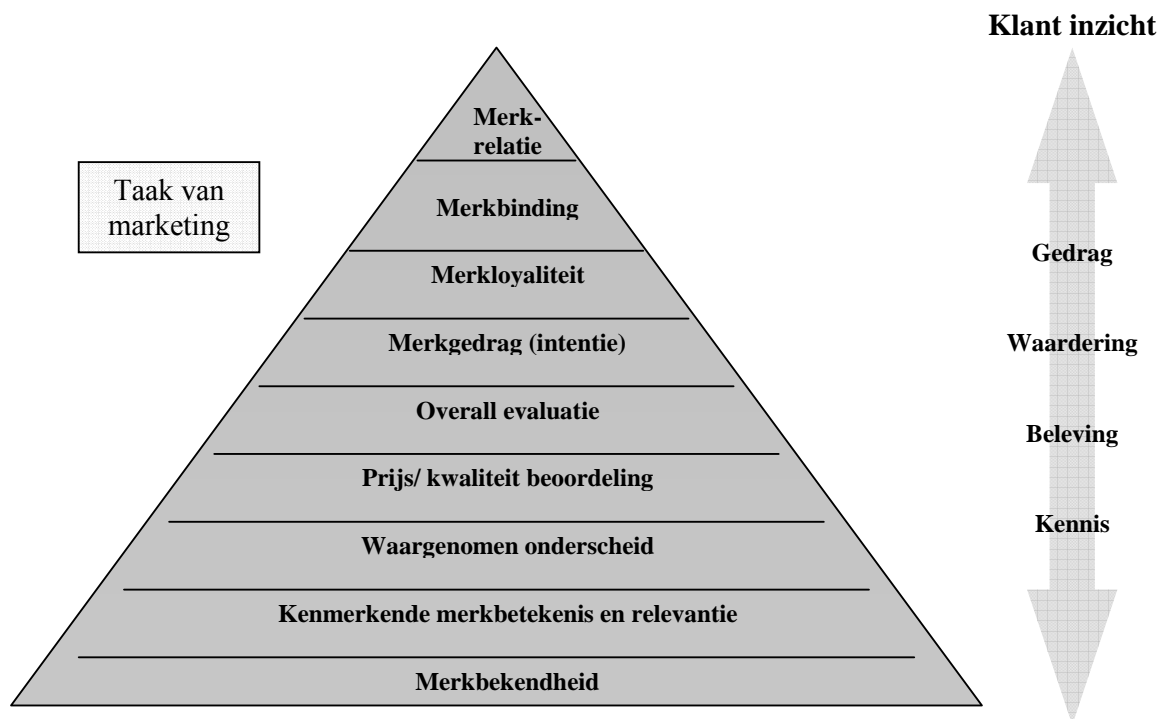
Een merk identificeert in feite de aanbieder of de fabrikant. Een merk is, of het nu een naam, handelsmerk, logo of een ander symbool is, de belofte van de aanbieder om op een consistente wijze een aantal kenmerken, voordelen en services aan de klant te leveren. Een merk is dus meer dan zomaar een symbool (Kotler 2004). Merken kunnen worden gezien als volwaardig onderdeel van de ondernemingstrategie en vormen de constante factor in de tijd naar alle stakeholders van de onderneming. Merkconcepten zijn volgens het internationale merkenadviesbureau 'Interbrand' voor ondernemingen: *'the engines of growth and profitability and by far their most valuable assets'*. Merken scheppen context en bieden een interpretatiekader waarbinnen een product/dienst betekenis krijgt (Mosmans 2003, Leventhal 1996, Mangini 2002). Het merk wordt beschouwd als de optimale organisatie-, beleids- en communicatieformule waarin een product, dienst of organisatie zijn weg kan vinden naar de wensen en behoeften van de markt. Het merk is vooral een symbool dat verwijst naar tal van betekenissen die klanten associëren met het product en of dienst (Vos 2002).

Hieruit voortvloeiend wordt de volgende definitie gehanteerd voor een merk, welke een beschrijving geeft vanuit de verschillende invalshoeken:

'Een merk is een naam, teken, kleur, symbool of een combinatie hiervan, die ertoe leidt dat de producten en diensten van een organisatie herkenbaar zijn; die producten en diensten onderscheidt van producten en diensten van vergelijkbare organisaties; de identiteit en waarden van die producten en diensten representeert en onderdeel uit maakt van de organisatiestrategie (Aaker (1996), Vels en Boere 2005, Kotler 2004, Leeuwen 2006).

5.1.2 Merkassociaties, klantwaarden, identiteit en imago

Onlosmakend verbonden met merkbeleid zijn de begrippen identiteit, waarden en imago. Het *imago* is het beeld dat de organisatie oproept bij stakeholders als gevolg haar gedragingen, merkwaarde en (merk)communicatie, 'het orkestreren van alle instrumenten op het gebied van organisatie-identiteit op een zodanige aansprekende en realistische wijze, dat een positieve reputatie wordt gecreëerd of gehandhaafd blijft bij stakeholders, waarmee de organisatie een afhankelijkheidsrelatie heeft' (Mosmans 2003, Vels en Boere 2005). Een merk is een waarneming van een product of dienst in het hoofd van de klant. Het doel van merkbeleid is dan ook het zodanig positioneren van het merk dat zich een netwerk van *associaties* in het brein van mensen vestigt, zodat een waarneming (perceptie) wordt gevormd (merkimago). Dit leidt tot herkenbaarheid en verwerving van een zekere voorkeurspositie bij klanten en beïnvloeding van het keuzeproces. Een organisatie probeert dit waarnemingsproces te beïnvloeden door het merk aan te laten sluiten op het waardepatroon van de klant (identiteit), de bekendheid te vergroten (middels communicatie) en het onderscheidende karakter t.o.v. concurrenten te versterken (merkpositionering). Dit vormt de zogenaamde *merkidentiteit*: het visuele, emotionele, rationele en culturele beeld dat klanten associëren met de producten en diensten van de organisatie (Mangini 2002). Een merk voorziet daarmee in samenhang en structuur van de identiteit van de organisatie en de klant.



Figuur 5.1: Ontwikkeling van merkbinding van het merk (Boonekamp 2006).

Herkenbaarheid, merkgedrag, merkloyaliteit, merkbinding en merkrelatie (zie figuur 5.1) dat moet leiden tot een voorkeurspositie, wordt beïnvloed door de *waarden* van de klant. Merken ontlene(n) hun waarde(n) aan de merkbetekeningen die door klanten als relevant worden ervaren en voorzien in hun behoeften. Deze behoeften kunnen puur functioneel of symbolisch zijn, of een combinatie van beide. Waarden bepalen wat de opinies zijn en welke interesses klanten hebben en bepalen hoe klanten denken over producten/diensten en merken. Een merk heeft vooral een emotionele betekenis dat gebaseerd is op de verbinding tussen associaties die het merk oproept, zoals veiligheid, kwaliteit, warmte, stoer status, producten, diensten, etc, en het waardepatroon van de klant. Deze koppeling tussen merkassociaties en klantwaarden, geeft de klant houvast en vergemakkelijkt het keuzeprocess (Franzen 2003, Mosmans 2003). Klanten kiezen een merk dus mede op basis van hun waardesysteem. Zij kiezen een merk dat hen een bepaald niveau van vertrouwdheid, toegankelijkheid, vriendelijkheid en waarde uitstraalt (Petromillie (1999)). Hoe hoger sterker de merkrelatie en het gedrag dat daarbij wordt vertoond, des te sterker is het merk (Brand Equity, zie ook figuur 5.1) (Beckham 1996, Mandour 2006, Leeuwen 2006).

5.1.3 Kenmerken van een sterk merk

De sterkste merken zijn die merken waarbij product en merk een ondeelbare eenheid vormen. Een dergelijk merk geeft precies aan wat je van het product/ dienst mag verwachten: zowel op het niveau van eigenschappen, instrumentele waarden, als van expressieve en centrale waarden (Franzen 2003, Mosmans 2003). Een merk is sterker naarmate het in meer geheugens gevestigd is, het daarin een prominentere plaats inneemt, het in die geheugens met een rijker associatienetwerk vertegenwoordigd is en naarmate die associaties door klanten meer gewaardeerd wordt (Franzen 2003, Mosmans 2003).

Keller (1999), Kotler (2003) en Beckham (1996) geven een aantal kenmerken weer wat volgens hen kenmerkend is voor de sterkste merken in de wereld.

1. Een merk munt uit in het leveren van voordelen aan consumenten die zij werkelijk verlangen. Sluit het merk aan op de waarden van de klant.
2. Een sterk merk is in staat het gedrag te beïnvloeden van klanten, zodat merkrelatie, loyaliteit, merkbinding wordt bewerkstelligd (zie figuren 5.1).
3. Een sterk merk moet gemakkelijk uit te spreken zijn, te herkennen en te onthouden zijn en mag (in andere talen) geen kwalijke betekenis hebben.
4. Een merk is relevant. Sterke merken blijven een positief effect hebben op de waarden en voorkeuren van klanten.
5. De prijzen zijn gebaseerd op de waarden van de klanten.
6. Het merk is juist gepositioneerd. Het merk is onderscheidend en geeft een duidelijke boodschap af.
7. Een sterk merk is consistent. Er is een goede balans tussen de continuïteit en aanpassing van de boodschap.
8. Een sterk merk wordt regelmatig onderzocht met behulp van een merkaudit om de sterke van het merk te onderzoeken en zonodig te herpositioneren.
9. Een merk dient op een systematische wijze, intern en extern gecommuniceerd te worden.
10. Sterke merken vergen een ontwikkelingsproces van jaren.

5.1.4 Voordelen van een sterk merk

De voordelen van een sterk merk kan ingedeeld worden in *voordelen voor de klant* en *voordelen voor de (zorg)aanbieder*.

Voordelen voor de klant

- **Identificatie- of signaalfunctie:**
 - Vereenvoudiging van het keuzeproces.
 - Identificatie van het product/dienst en de dienst-/producteigenschappen. Een sterk merk biedt de mogelijkheid structuur in het geheugen van de klant aan te brengen.
 - Duidelijk waarneembare kwaliteit. De voorkeur voor een merk is onder meer gebaseerd op basis van waargenomen kwaliteit van merken (Engelsen 1993, Mosmans 2003, Franzen 2003).
- **Zekerheidsfunctie:**
 - Continuïteit van het aanbod. Het merk levert functionele zekerheid en garantie. Een merk kopen is minder riskant, vanwege de constante samenstelling, kwaliteit en in het verlengde daarvan de gebruikservaring.
 - Bekendheid met de aanbieder. De aanbieder van het merk is bekend, hetgeen onzekerheid bij de consument wegneemt.
 - Emotionele zekerheid. Een merk biedt niet alleen zekerheid in functionele zin, maar ook op het emotionele vlak. Een merk biedt zekerheid over de goedkeuring of waardering door vrienden en familie. Het reduceert het sociale risico (Engelsen 1993, Franzen 2003, Mosmans 2003).
- Expressieve waarde (het merk laat zien wie je bent en waarvoor je staat).
- Sociaaladaptive waarde (merk geldt als middel tot conformeren, acceptatie of imitatie).
- Impressieve waarde (hierbij gaat het om emotionele betekenissen van het merk voor de consument zelf) (Engelsen 1993, Mosmans 2003, Leeuwen 2006, Franzen 2003).

Voordelen voor de zorgaanbieder:

- Een sterk merk differentieert. Het merk differentieert het product/dienst ten opzichte van soortgelijke producten/diensten, die technisch gesproken misschien wel even goed zijn, maar koud en onpersoonlijk. Het merk kan door differentiatie de voordelen van de organisatie, producten en diensten uitdrukken. Hierdoor kan een organisatie een gewenste positie innemen of claimen (Kotler 2004, Franzen 2003, Vels en Boere 2005).
- Een sterk merk geeft sturing. Merken evolueren tot principes, waar consumenten en producenten het samen over eens zijn. Merken vertellen niet alleen aan klanten wat deze kunnen verwachten van het merk, ze vertellen ook wat medewerkers van de organisatie worden geacht na te streven en waar te maken ((Engelsen 1993, Franzen 2003).
- Een sterk merk motiveert. Een sterk merk motiveert medewerkers. Het kan er toe bijdragen dat medewerkers trots om voor de organisatie te mogen werken (Engelsen 1993, MacStravic 1999, Kotler 2004, Franzen 2003, Vels en Boere 2005).
- Een sterk merk leidt tot effectieve (integrale) communicatie. Het is een symbool voor de relatie die de aanbieder aangaat met de klant. De identiteit en waarden van organisaties, producten en diensten worden gekoppeld aan de klant (Franzen 2003, Mosmans 2003). Er ontstaat een communicatieplatform, dat de mogelijkheid biedt consistent en effectief te communiceren met verschillende doelgroepen (relatienetwerk) (Vos 2002, Gibbels 2004).
- Vermindering kwetsbaarheid. Een sterk merk bevordert merktrouw en daardoor behoud van klanten. Merktrouw vermindert de kwetsbaarheid voor concurrentie en geeft zekerheid over inkomsten in de toekomst (Engelsen 1993, Vels en Boere 2005).
- Vergemakkelijkt het aantrekken en behouden van schaars personeel (Leeuwen 2006).
- Een sterk merk kan een financieel voordeel opleveren (Leeuwen 2006). Uit onderzoek (Booz Allen Hamilton) blijkt dat de winstmarges bij merkgestuurde ondernemingen twee keer zo hoog zijn als gebruikelijk in de eigen sector (Engelsen 1993).

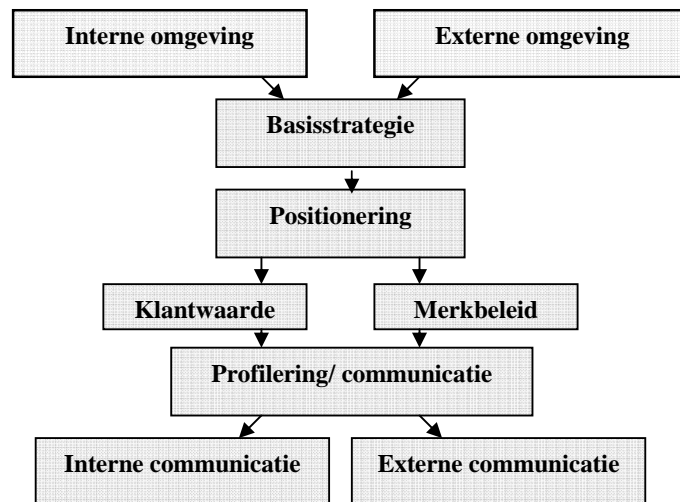
5.2 Strategisch merkbeleid

Het ontwikkelen van een merk is meer dan alleen het kiezen en promoten van een merknaam. Petromillie (1999) geeft aan dat een goed doordachte merkstrategie voor ondernemingen (zorginstellingen) van essentieel is om de waarde van het merk te maximaliseren. Het komt er op neer dat een *waardeaanbod* moet worden ontwikkeld om het *merk op te bouwen*, waarna het op doordachte wijze wordt *geprofileerd*. Dit is wordt ook wel het *merkbeleid* van een onderneming genoemd. In deze paragraaf wordt een model weergegeven op basis waarvan een merk ontworpen kan worden als een strategisch onderdeel van het marketingplan van de organisatie.

5.2.1 Ontwikkelingsmodel strategisch merkbeleid

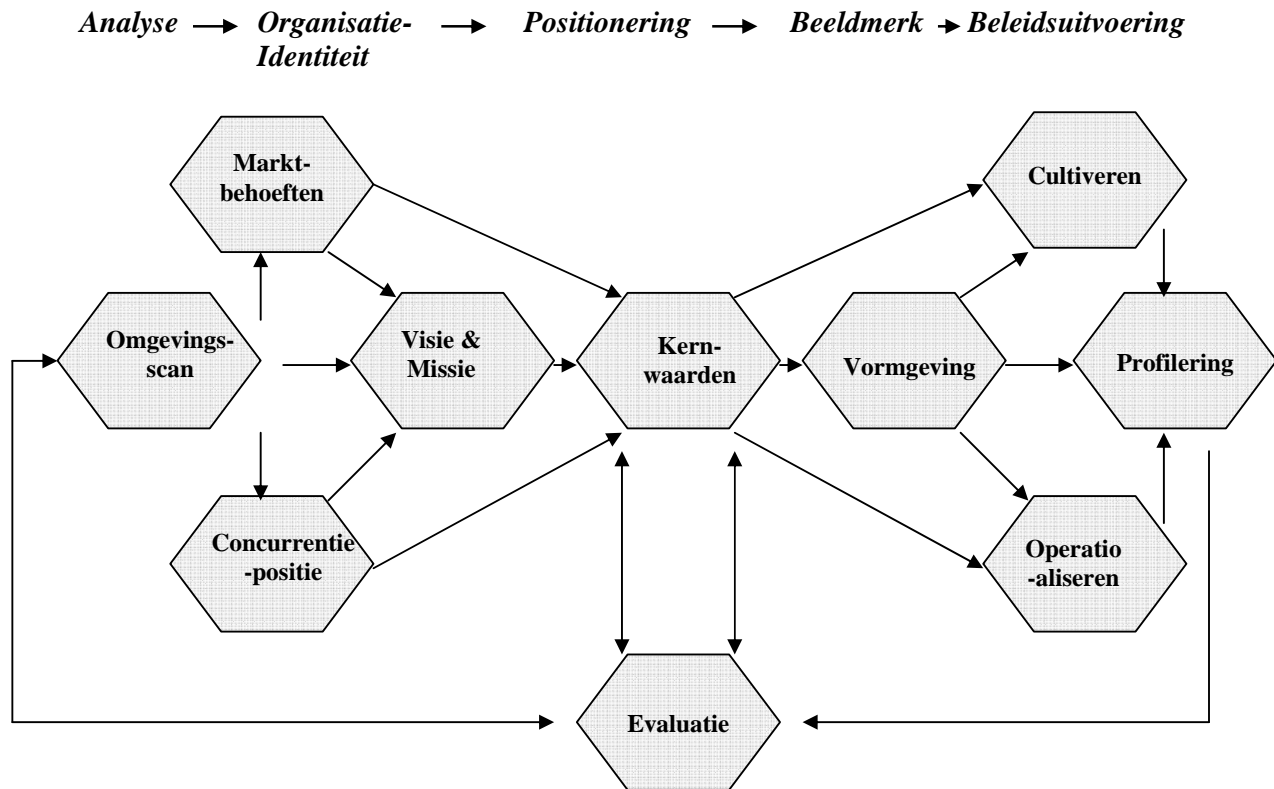
In de literatuur (Engelsen 1993; Bronlislaw 1994; Petromillie 1999; Vos 2002; Franzen 2003; Vels en Boere 2005; Kotler 2004; Leeuwen 2006) is beschreven over de wijze waarop een merkbeleid strategisch kan worden ontwikkeld. Ondanks dat hiervoor verschillende modellen zijn beschreven, komen de grote lijnen van het strategische merkbeleid in grote mate overeen. Het ‘model strategische merkbeleid’ dat hier wordt beschreven moet worden gezien als een onderdeel van het totale marketingplan, zoals deze in figuur 4.4 is weergegeven, waarbij elke fase van dat plan bijdraagt aan de waardecreatie van dienst(en) aan klanten.

Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van figuur 5.2, waar een vereenvoudigde versie is weergegeven van het ontwikkelen van merkbeleid als onderdeel van het marketingplan. Een goed merkbeleid is in feite een weergave van de bedrijfsstrategie en de positionering die wordt gekozen.



Figuur 5.2: Strategisch merkbeleid onderdeel van het marketingplan (Boonekamp 2006).

In hoofdstuk 4 is beschreven hoe een dergelijke positionering tot stand kan komen. In feite is het eerste deel van het ontwikkelen van strategisch merkbeleid in overeenstemming met het strategische marketingplan, het tweede deel is een nadere uitwerking van het operationeel tactisch marketingplan, implementatie, feedback en controle (zie figuur 4.4). Het uitgangspunt van dit model is dat op basis van interne en externe omgevingsanalyse, de bedrijfsstrategie, positionering, het merkbeleid wordt ingericht. Door de gekozen bedrijfsstrategie (basisstrategie) en positionering wordt als het ware de merkidentiteit bepaald. Een verfijndere uitwerking van het model (figuur 5.2) is het onderstaande model (figuur 5.3), dat gebaseerd is op het zogenaamde vlindermodel van Vels en Boere (2005) en op werk van Magnini (2002), Franzen (2003), Kotler (2004) en Leeuwen (2006).



Figuur 5.3: Het vlindermodel

In dit vlindermodel zijn alle stappen van figuur 5.2 verwerkt en er zijn enkele stappen aan toegevoegd. Dit model geeft een overzichtelijk wat de interacties tussen de verschillende fasen om tot een strategisch merkbeleid te komen en sluit aan op het marketingplan (figuur 4.4). In de volgende subparagraaf wordt het ontwikkelingsproces van strategisch merkbeleid nader uitgewerkt. De profilering van het merk zal nader worden uitgewerkt in paragraaf 5.3.

5.2.2 *Ontwikkelproces van een merk*

Het vlindermodel vormt de basis voor de positionering en profilering van een merk en is door Veld en Boere (2005) specifiek toegepast op de gezondheidszorg. Het is een proces dat beïnvloed wordt door zowel interne als externe factoren alvorens een identiteit en bijhorende positionering wordt ontwikkeld.

(Omgeving)analyse

Een eerste stap is het verkrijgen van een goed en actueel beeld van de omgeving van de organisatie. Inzicht in de marktontwikkelingen, concurrentiepositie, behoeften van de markt en inzicht het huidige imago (intern en extern) van de organisatie is essentieel om het (merk)identiteit van de organisatie vast te stellen en dient als voedingsbodem voor de positionering en bepalen van de kernwaarden waarmee de organisatie het merk wil opbouwen.

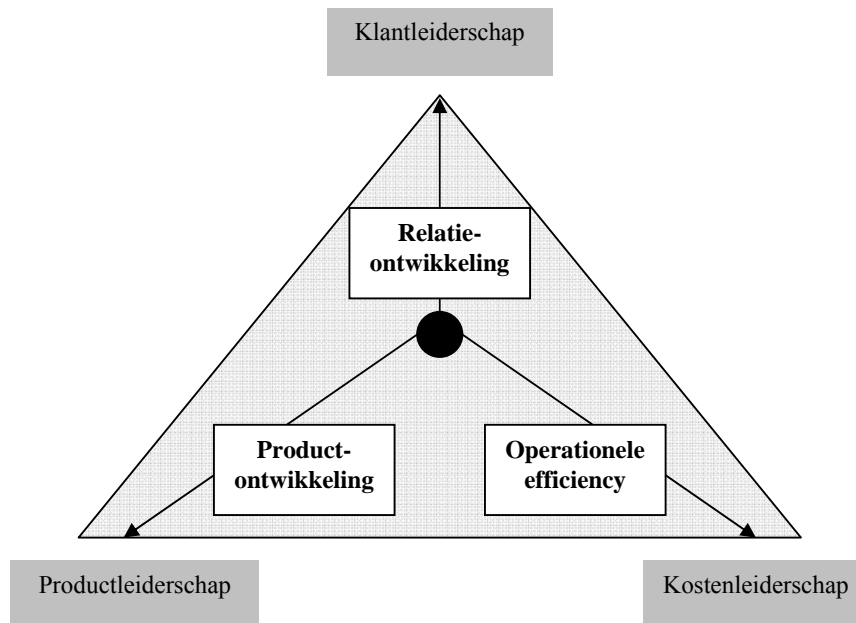
Organisatie-identiteit

De organisatie-identiteit is het geheel van karakteristieke eigenschappen van een organisatie, hoe de organisatie zich daadwerkelijk manifesteert en wat haar wezenlijke kenmerken zijn (Vos 2002). Vastgesteld wordt wat de sterke punten zijn van de organisatie, wat de kwaliteiten zijn, welke kernwaarden de organisatie bezit. De identiteit van een organisatie is de onveranderlijke kern van een organisatie gebaseerd op de kenmerken en drijfveren die ten

grondslag liggen aan het bestaan van de organisatie, haar motief of kerndoel, de kernwaarden en het organisatiegedrag. Het bepalen van de identiteit speelt een belangrijke rol in het ontwikkelen van een visie, missie. De visie en missie geven aan welke koers de organisatie wil aanhouden en vormt daarmee de fundering voor de positionering en profilering van het merk (Petromillie 1999, Vels en Boere (2005), Leeuwen 2006).

Positionering

De positionering is bepalend voor de uitwerking van het merk (Leeuwen 2006) en betreft de keuze welke producten/ diensten de organisatie wil leveren, welke marktsegmenten de organisatie wil bedienen en welke kernwaarden de organisatie de wil leveren. Het bepalen en analyseren van de kernwaarden van de klant vormt de rode draad in het merkbeleid. Kernwaarden bepalen immers de waarde en het fundament van het merk. De kernwaarden bepalen de mate waarin het merk door klanten als relevant worden ervaren en de mate waarin het voorziet in wensen en behoeften (functioneel of symbolisch) (Engelsen 1993, Franzen 2003). Alvorens de kernwaarden worden bepaald dient de organisatie eerst een basisstrategie vast te stellen, aangezien dit het uitgangspunt is om de kernwaarden te bepalen.



Figuur 5.4: Concept waardedisciplines en basistrategie. Boonekamp (2006)

Treacy en Wiersema (1995) beschrijven de keuze van basisstrategie aan de hand van een concept dat ze waardedisciplines noemen. Dit concept is gebaseerd op de gedachte dat elke markt drie soorten klanten heeft. De eerste categorie klanten geven de voorkeur aan een organisatie dat in technologisch opzicht vooroploopt (productleiderschap). Een ander categorie hoeft niet zo nodig de allernieuwste producten, maar stelt de operationele uitmuntendheid, laagste prijs (kostenleiderschap) als eis en de laatste categorie doet liever zaken met een organisatie dat het beste reageert en flexibel inspeelt op de individuele behoeften (klantleiderschap). Dit concept is weergegeven in figuur 5.4.

Een organisatie kiest één van deze strategieën, aangezien een organisatie niet uitmuntend kan zijn al deze strategieën (Porter 1980). Elk van deze drie waardedisciplines vereisen verschillende positioneringen en kernwaarden die vaak tegenstrijdig zijn (Kotler 2003).

Bovendien wordt een organisatie die van alles beloofd en geen keuzes maakt niet geloofd en dat is schadelijk voor het merk. De twee andere strategieën zijn ondersteunend of randvoorwaardelijk (conditie scheppend) voor de producten en diensten die worden geleverd (Boonekamp 2006).

Om te komen tot een sterk merk moet een beperkte set kernwaarden worden gekozen die aansluiten op de organisatie-identiteit, de gewenste positionering (basisstrategie) en de waarden van (potentiële) klanten, zodat een eenduidig merkimage kan ontstaan. In de ideale situatie zijn dat waarden die hoog worden gewaardeerd door patiënten en uniek en onderscheidend zijn t.o.v. concurrenten. Dit zijn voornamelijk waarden in die hoog in de waardenhiërarchie staan, zoals functionele waarden, psychologische waarden, symbolische waarden en eindwaarden (Petromillie 1999).

Een belangrijk aspect van positionering is dat de gekozen kernwaarden tijdsgebonden, situatiespecifiek en veranderingonderhevig zijn. Dit leidt er toe dat het merk op bepaalde momenten geherpositioneerd dient te worden (Franzen 2003). Dit is afhankelijk van de evaluatie, zie figuur 5.4.

Beeldmerk

De geformuleerde kernwaarden moeten worden vertaald in het beeldmerk. Een beeldmerk is opgebouwd uit verschillende instrumentele merkelementen, zoals merknaam, logo, kleur, gebouw en huisstijl etc. Om een sterk merk te ontwikkelen is het van belang dat de elementen van het beeldmerk een consistent karakter uitstralen en aansluiten op de organisatie-identiteit en positionering (Vels en Boere 2005).

Vormgeving/ merknaamstrategieën

(Zorg)instellingen hebben voor hun merkbeleid grofweg de keuze uit de volgende strategieën (Franzen 2003, Brandsma 2005, Vels en Boere 2005, Leeuwen 2006):

- *Monolithische benadering*: Een hoofdmerk en één naam voor de organisatie. Alle diensten verwijzen naar de onderneming (organisatiemerk) en hanteren één visuele stijl. Men noemt de merknaam in deze strategie ook wel een familie- of paraplumerk. Richt zich op het creëren van ondernemingsassociaties in plaats van product- of dienstassociaties.
- *Multi-monopolistisch*: Een hoofdmerk en enkele submerken voor speciale doeleinden en nichemarkten. Alle producten of diensten hebben afzonderlijke merknamen en marktstrategieën zonder expliciete vermelding van de organisatie. Nadruk ligt op de diensten van de onderneming, hierdoor is het beter mogelijk een doelgroep te formuleren.
- *Edorsement benadering*: Meerdere gelijkwaardige merken, elk verbonden aan het hoofdmerk met verschillende labels voor aanduiding van specifieke producten en dienstencategorieën. De producten en diensten hebben een eigen stijl en merknaam, maar de organisatiename blijft herkenbaar. Strategische voordelen van organisatiemerk worden benut, terwijl het submerk kan worden toegespitst op een bepaalde doelgroep.
- *Co-branding*: Meerdere 'gelijkwaardige' merken. Bijvoorbeeld Holland International, Arke en Kras reizen. Dit is vaak een transitie-model, dat richting monopolistisch gaat.
- *Monopolistisch met business units of divisies*: Een organisatie waarbij uiteenlopende markten een eigen positionering en dus merk vereisen. Een voorbeeld hiervan is KPN en KPN Mobile.

Volgens Brandsma (2005) kunnen merknamen ook ingedeeld worden naar de volgende termen: *afkorting* (KPN), *eigen naam* (Philips), *herkomst* (Friesland Bank), *descriptief* (Sparbeleg), *Suggestief* (Finimal), *Associatief* (Playboy, Gazelle) en *Fictief* (PinkRoccade).

Beleidsuitvoering

Als eenmaal het merkbeleid is vormgegeven moet dit beleid ook daadwerkelijk worden uitgevoerd. Vels en Boere (2005) geven in hun vlindermodel aan dat het gekozen merk moet worden gecultiveerd, geoperationaliseerd en geprofileerd. *Cultiveren* houdt in dat werknemers van de organisatie worden gestimuleerd in het veranderingsproces (interne profilering). De ontwikkeling van een sterk merk kan niet zonder de betrokkenheid van medewerkers op alle niveaus van de instelling. *Oprationaliseren* houdt in dat de dienstverlening wordt aangepast aan de positionering/kernwaarden die de organisatie wil leveren. *Profilering* is de communicatiestrategie die wordt ingezet om het merk(beleid) zowel intern als extern te communiceren. In paragraaf 5.3 wordt ingegaan op strategische merkcommunicatie.

Evaluatie merkstrategie

Het evalueren van de resultaten van het merkbeleid (strategie) en merkcommunicatie is essentieel om de prestaties en de sterkte te bepalen van het merkbeleid en om toekomstige investeringsbeslissingen te maken (Petromilli 1999, Magnini 2002, Kotler 2004).

Herpositionering

Aan de hand van evaluaties kan blijken dat een merk in afnemende mate beantwoordt aan veranderende waardepatronen in de markt. Dit kan een aanleiding zijn om het merkbeleid aan te passen dan wel kernwaarden te herpositioneren (Franzen 2003).

5.3 (Merk)communicatie

Merkcommunicatie (profilering) is volgens Vels en Boere (2005) 'de motor' van het merk en is een integraal onderdeel van het merkbeleid. Zonder communicatie zal een merk onbekend blijven en weinig nut hebben. Wat zegt een naam als 'Veldhuis Kliniek' nu precies over die instelling als de boodschap, het merk, identiteit niet wordt gecommuniceerd. Het doel van merkcommunicatie is het verhogen van bekendheid van het merk, toelichten van merkwaarden, versterken van het merkconcept en het voortzetten van een consistent merkbeleid. Merkcommunicatie levert een bijdrage aan het beeld dat van een merk bestaat (Petromilli 1999, Vos 2002). Merkcommunicatie blijft noodzakelijk en eindigt niet bij een éénmalige reclamecampagne of workshop, het is een proces van jaren (Beckham 1996).

Communicatie kan gedefinieerd worden als: 'een proces waarbij een of meerdere personen (zenders) al dan niet via een medium met een bepaalde (bewuste of onbewuste) bedoeling informatie geeft (geven) aan (een) ontvanger(s)' (Leeflang 1995).

5.3.1 (Merk)communicatieplan

Door verschillende auteurs (Kotler 1987, Leeflang 1995, Vos 2002, Mitchell 2002, Kotler 2004) wordt beschreven hoe (merk)communicatieplan tot stand dient te komen. Globaal kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

1. Doelgroep bepalen. De doelgroep bepaalt in grote mate hoe, wanneer en waar en aan wie de boodschap moet worden overgebracht.
2. Communicatiedoelstellingen formuleren. Er moet vastgesteld worden wat de beoogde effecten zijn, de mate van gewenste merkbinding.
3. Boodschap opstellen. Er moet een effectieve en consistente boodschap opgesteld worden dat idealiter de aandacht trekt, interesse vasthoudt, verlangen opwekt en klanten tot actie aanspoort.
4. Communicatiekanalen kiezen. Gekozen moet worden welke communicatiekanalen worden ingezet om de boodschap over te brengen.

5. Communicatiebudget vaststellen. Vastgesteld moet worden welke middelen ter beschikking worden gesteld om de boodschap over te brengen. Dit vormt in de evaluatie een belangrijke grondslag om de effecten te meten.
6. Communicatiemix bepalen. Vervolgens moet de communicatiemix worden vastgesteld, daarbij kunnen de communicatiekanalen ingedeeld worden naar reclame, promotionele acties, public relations, persoonlijke verkoop en direct marketing (zie ook tabel 5.6).
7. Communicatieplan implementeren, zowel intern als extern.
8. Evalueren van de (merk)communicatieplan (gecommuniceerde boodschap) op wenselijkheid, maatschappelijke verantwoordelijkheid, exclusiviteit, eenduidigheid, geloofwaardigheid, imago en effectiviteit.
9. Het geïntegreerde communicatieproces beheren. Voortzetten aanpassen van het (merk)communicatieplan als integraal onderdeel van de totale marketingcommunicatie.

Bij het ontwikkelen van (merk)communicatie moet men oog hebben voor de context van de communicatie. Organisaties in de gezondheidszorg opereren in een complex krachtenveld. Zorginstellingen zijn in hun functioneren afhankelijk van tal van interne en externe partijen met eigen belangen. Merkcommunicatie dient dan ook zowel intern als extern gericht te zijn.

5.3.2 Interne merkcommunicatie

Voor externe communicatie komt interne communicatie, omdat interne communicatie de voorwaarden schept om gemaakte (merk)beloften daadwerkelijk waar te maken (Petromilli 1999). Onder interne communicatie wordt door Vos (2002) verstaan: 'Communicatie gericht op publieksgroepen in de interne omgeving van de organisatie'.

Interne communicatie heeft tot doel de merkfilosofie te verankeren in het denken en handelen van alle medewerkers (zie ook paragrafen 4.2 en 4.4). Interne communicatie is de beste manier om medewerkers te stimuleren een krachtige band op te bouwen met het merk die de organisatie aan het ontwikkelen is. Een sterk merk komt immers alleen tot stand als het merk tot in de fundamenten van de organisatie wordt gedragen door de medewerkers ((Engelsen 1993, Petromilli 1999, Mitchell 2002). Mitchell (2002) geeft aan dat interne communicatie er toe bijdraagt dat medewerkers een beter begrip hebben van de visie dat het merk moet uitstralen. Wanneer medewerkers kunnen inleven in die visie zullen klanten veel beter datgene ervaren wat het merk doet beloven. De verwachtingen dat het merk schept kunnen worden waargemaakt. Verder geeft Mitchell aan dat wanneer mensen geloven en zorgdragen voor het merk, meer gemotiveerd zijn om harder te werken voor het merk. Een goede interne communicatie bevordert de trots en loyaliteit van de medewerkers in de organisatie (Vos 2002). Zie ook kader 5.5.

Interne merkcommunicatie is meer dan communicatie

Interne communicatie is meer dan alleen communiceren via intranet, nieuwsbrieven, personeelsblad, e-mail, verslagen, workshops, etc. Veel literatuur, met betrekking op interne communicatie, beperkt zich tot deze activiteiten. Interne communicatie dat zich enkel richt op propaganda of een nieuwsbrief bewerkstelligt niet het gewenste gedrag bij medewerkers. Net als bij klanten moet ook bij medewerkers een zekere merkloyaliteit gecreëerd worden, een merk waarmee medewerkers zich kunnen en willen identificeren. Om dit te bereiken dient communicatie zich ook te richten op cultuurverandering en aanpassingen in de organisatiestructuur (Burmans en Zeplin 2004). Verandering van de organisatiecultuur is erg moeilijk en is een proces van jaren.

Het management moeten zorgen voor de 'harde' voorwaarden, in de zin van structuren, systemen en faciliteiten die aansluiten op de gewenste merkidentiteit. Indien het merk staat voor snelle behandeling, dan moeten alle processtappen van de behandeling goed zijn uitgewerkt en alle apparatuur en benodigde capaciteit beschikbaar zijn. Naast deze 'harde' voorwaarden zullen activiteiten ontwikkeld moeten worden die specifiek aansnijden op de gewenste cultuur, hierbij kan gedacht worden aan:

- Interne merkontwikkeling;
- HRM-beleid ontwikkelen:
 - Werven en selecteren van medewerkers met de juiste competenties die aansluiten op de identiteit van het merk
 - Beloningsbeleid aanpassen en incentives inbouwen voor gewenst gedrag;
 - Trainingsprogramma ten behoeve van gewenste competenties;
- Urgentie besef creëren voor het merkbeleid. Visie en missie van de organisatie overdragen, draagvlak creëren;
- Motiverend en stimulerend leiderschap (Engelsen 1993, Burmann en Zeplin 2004, Vels en Boere 2005).

Uiteindelijk is een combinatie van activiteiten het meest effectief in het bereiken van het gewenste gedrag dat aansluit op de merkidentiteit (Burmann en Zeplin 2004).

Communicatie in en door medisch Centrum Haaglanden

Een recent voorbeeld van communicatie is het Medisch Centrum Haaglanden. Dit centrum maakt reclame via internet met de URL en slogan 'goedsnel.nl'. Het centrum wil met deze slogan patiënten werven voor staar-, heup- en knie-operaties. De reclamecampagne is gestart op 20 oktober 2005 met een advertentie in Plus-magazine, een maandblad voor ouderen en in regionale en lokale kranten. Tevens rijden er trams door Den Haag met de slogan, en er komen spotjes op de regionale radio en tv en er worden posters opgehangen in de stad. Ook huisartsen zullen geïnformeerd worden.

Ook zal er heel wat interne communicatie nodig zijn. Immers het centrum voelt dat er bij professionals wat huiver bestaat. Er moet uitgelegd worden dat de zaak zorgvuldig wordt aangepakt en dat de patiënten niets wordt aangeprept. Ook intern is de campagne afgestemd, zodat patiënten niet in het ziekenhuis zelf een verkeerde boodschap meekrijgen. Volgens het centrum past het in deze tijd. De minicampagne duurt een week of vier. Bij gebleken succes wordt de communicatie in een later stadium geprolongeerd (Medisch Centrum Haaglanden 2005).

Kader 5.5. Medisch Centrum Haaglanden (2005).

5.3.3 Externe communicatie

Onder externe communicatie wordt door Vos (2002) verstaan: 'Communicatie gericht op publieksgroepen in de externe omgeving van de organisatie'. Externe communicatie is er op gericht om de filosofie, beloften en bekendheid met het merk te communiceren naar het grote publiek. Kortom de boodschap die het merk heeft moet verankerd worden in het brein van de klanten/stakeholders. Binnen het geheel van externe communicatieactiviteiten zijn twee hoofdvormen te onderscheiden: *Persoonlijke communicatie* is veelal effectiever omdat direct gereageerde kan worden op reacties van de doelgroep en men een veelheid van argumenten kan hanteren. *Niet-persoonlijke communicatie* verloopt via een medium dat de boodschap moet dragen.

Communicatiemix

Bij het ontwikkelen van de communicatiemix moeten organisaties aandacht besteden aan het type markt, de bereidheid onder klanten om producten en diensten te gebruiken dan wel aan te prijzen. De mix van communicatiekanalen en daarmee de effectiviteit is sterk afhankelijk van

het niveau van merkbinding dat de organisatie wil bereiken, zie figuur 5.1. Reclame is bijvoorbeeld belangrijk in de fase van de bewustzijnopbouw en kennis opbouw, promotionele acties of PR activiteiten kunnen juist weer belangrijk zijn voor het creëren van merktrouw, terwijl persoonlijk verkoop vooral tracht te overtuigen (Kotler 2004).

Globaal wordt door Kotler (2004), Leventhal (1996), Vos (2002) en Vels en Boere (2005) vijf hoofdgroepen van externe communicatie onderscheiden: reclame, promotionele acties, public relations, persoonlijk verkoop en direct marketing (zie tabel 5.6).

Reclame	Promotionele acties	Public relations	Persoonlijke verkoop	Direct marketing
Mediareclame	Wedstrijden, spelletjes, loterijen	Persberichten	Verkooppresentaties	Catalogi
Brochure folders	Premiums en cadeautjes	Lezingen	Incentive programma's	Mailings
Posters en strooibriefjes	Markten en vakbeurzen	Seminars	Marken en vakbeurzen	Telemarketing
Buitenreclame	Opendag	Jaarverslagen	Nieuwsbrieven	Website
Etalageborden	Kortingen	Sponsoring		Fax
Reprints van advertenties		Publicaties		E-mail
Symbolen en logo's		Lobbyen		
Nieuwsbrieven		Huisstijl		
Prestatie-indicatoren				

Tabel 5.6: gebaseerd op Leventhal (1996), Vos (2002), Kotler (2004), Vels en Boere (2005).

Reclame kan gebruikt worden voor het opbouwen van een sterk merk (merkloyaliteit), bekendheid vergroten, bewustzijn creëren bij de klant, overtuigen en verkoop op korte termijn verbeteren. *Promotionele acties* daarentegen bieden incentive methoden (hoofdzakelijk op korte termijn) die gericht zijn op het aanmoedigen van het gebruik van het product/ dienst. *Public relations* omvat diverse programma's die gericht zijn op het promoten en beschermen van het imago van het merk en de instelling. Een organisatie moet concrete stappen ondernemen om een succesvolle relatie met klanten op te bouwen. *Direct marketing* is het inzetten van directe kanalen om goederen en diensten zonder tussenkomst van tussenschakels bij de consument te leveren. Direct marketing wordt gebruikt om een langetermijnrelatie met de klant op te bouwen. Hierdoor kan de merkloyaliteit wordt vergroot. *Persoonlijk verkoop* is gericht zijn op transacties, met als doel om orders binnen te halen, en diensten te verkopen middels persoonlijk contact. De drie belangrijkste aspecten van persoonlijk verkoop zijn professionalisme, onderhandelen en relatiemarketing (lange termijn relatie opbouwen met klanten (Kotler 2004). Naast deze hoofdgroepen kan ook media onderscheiden waarin *Free publicity* plaatsvindt. Dit is een andere orde van communicatie aangezien dit niet direct het gevolg hoeft te zijn van een communicatiestrategie.

Een bijzondere vorm van communicatie is communicatie op basis van prestatie-indicatoren. “Een prestatie-indicator is een meetbaar element van de zorgverlening, dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg” (Groenewoud en Huijsman 2003). Indicatoren wijzen op een bepaald aspect van presteren in het zorgverleningsproces. Op basis van de basisset prestatie-indicatoren, dat elk jaar wordt vastgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kunnen prestaties van zorginstellingen op zowel proces, structuur als uitkomsten vergeleken worden.

Communicatie afgestemd op stakeholders

Een instelling dient een op constructieve wijze omgaan met stakeholders. Iedere stakeholder vraagt om een eigen communicatiebenadering. Ondanks dat iedere stakeholder een eigen benadering vereist, blijft de kern van de boodschap altijd hetzelfde, het communicatie-instrument en de strategie verschilt.

5.3.4 Evaluatie van merkcommunicatie

Evaluatie van de communicatie is belangrijk om als organisatie na te gaan of hetgeen gecommuniceerd wordt, ook door de doelgroep wordt ontvangen zoals de boodschap is bedoeld. Organisaties moeten van tijd tot tijd de sterke en zwakke punten van hun merkcommunicatie in kaart brengen. Eventuele misvattingen in de communicatie of veranderingen in de omgeving moeten worden gecorrigeerd (Kotler 1987, Kotler 2004).

5.4 Ethische en maatschappelijke context van merk- en communicatiebeleid

Marketing/merkbeleid wordt door critici vaak gezien als reclame, opdringerig, manipulatief en onethisch. Zorginstellingen weten vaak niet wat marketing/merkbeleid inhoudt en steigeren al bij het horen van de term, terwijl zij onbewust vaak marketingaspecten toepassen (Kotler 1995). Marketing/merkbeleid is echter veel meer dan reclame, maar raakt wel belangrijke ethisch en maatschappelijke fundamenteën van de Nederlandse gezondheidszorg. Merkbeleid en communicatiebeleid moeten op een maatschappelijk verantwoorde wijze worden gehanteerd.

5.4.1 Connotatie van marketing/ merkbeleid in de gezondheidszorg

Termen zoals merkbeleid in de gezondheidszorg wordt vaak geassocieerd met negatieve connotaties als misleiding, onethisch, verspilling van publieke middelen etc. Critici geven aan dat reclame (merk) onbetrouwbaar en bedrieglijk is en dat is onethisch. De bedreigingen die uit voortvloeien is dat mensen gedwongen worden om aanbod af te nemen die zij eigenlijk niet willen. Bovendien is het onethisch iets te verkopen aan iemand die tijdelijk of permanent de capaciteit mist (geestelijk gehandicapten, noodzakelijk medische hulp) op een rationele afweging te maken (Latham 2004).

De KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunst) geeft aan dat het maken van reclame strijdig kan zijn met de 'waardigheid van het beroep', of zoals dat in de 'Medische Ethiek' van de KNMG in 1936 nog extra plechtig 'officium nobile' werd genoemd (KNMG 2003).

Traditioneel heeft de KNMG (2003) drie argumenten tegen reclame ingebracht:

- Zorgverlening is geen handel. Reclame heeft als doel het geldelijk gewin te bevorderen en dat is niet de basis waarop vertrouwen ontstaat die aan de basis ligt van de verhouding tussen arts en patiënt.
- Aan reclame kleeft het imago van bedrog. Misleiding draagt erbij toe dat klanten op basis van slechte informatie een keuze moeten maken. In de handel is dat niet zo'n bezwaar, omdat het publiek, wanneer het zich door reclame laat misleiden hoogstens financieel nadeel ondervindt bij een verkeerde aankoop. In de zorg staat echter de *gezondheid* van de patiënt op het spel.
- De minder goede arts, die reclame maakt, dringt zich op oneigenlijke gronden naar voren, terwijl een goede arts die niet aan reclame doet ten onrechte aan de aandacht ontsnapt.

Tegen publiciteit over eigen dienstverlening is geen bezwaar wanneer het:

- Transparantie in de zorg bevordert, waardoor het publiek een realistisch beeld krijgt over wat het wel en niet van artsen kan verwachten.
- Vergelijkenderwijs informeert, zodat men de kwaliteit van verschillende voorzieningen kan vergelijken en de patiënt daarop een betere keus kan baseren. Dit vraagt nauwkeurigheid in het preciseren van de context, waardoor aan de vergelijking van gegevens conclusies kunnen worden verbonden (KNMG 2003).

De KNMG (2003) geeft aan dat in reclame-uitingen de objectiviteit en relevantie van de informatie over het aanbieden van een dienst voor het publiek toetsbaar moet zijn. Daar is niets op tegen en zeker voor de gezondheidszorg zeer essentieel. Echter de voorwaardenscheppende eisen ten aanzien van publiciteit beperkt het onderscheidende vermogen van instellingen. Er zijn nog zoveel andere aspecten dan medische kwaliteit, waarop zorginstellingen zich van concurrenten kan onderscheiden. Het standpunt van de KNMG doet het ontwikkelen van een sterk merk ernstig tekort. Het belang van merkbeleid lijkt bij de KNMG niet echt doordrongen.

De KNMG bevindt zich door het vastleggen van haar standpunten in de Vademecum in een spagaat. Volgens de Mededingingswet kan de KNMG als beroepsvereniging van artsen haar leden reclame-uitingen niet verbieden, omdat dat zij zich dan zou gedragen als een monopolist. De KNMG kan haar leden dus geen non-concurrentiebeding opleggen. Dit heeft er dan ook toe geleid dat de KNMG de Vademecum in 2003 heeft aangepast, waardoor er formeel geen verbod bestaat op reclame. Desondanks kan de KNMG met behulp van haar invloeden een belangrijke druk uitoefenen om reclame in de gezondheidszorg in te perken.

5.4.2 Juridische context

De reclame-uitingen (merk) van een onderneming zijn het meest zichtbaar voor de buitenwereld. Via reclame-uitingen proberen ondernemingen de klant te overtuigen hun product/ dienst aan te schaffen. Drie karakteristieken maken dit deelgebied vatbaar voor ethische vraagstukken. Ten eerste zijn reclame-uitingen eenzijdig, waarbij de onderneming alleen de voordelen en niet de tekorten benadrukt. Ten tweede zijn reclame-uitingen bevooroordeeld. De onderneming in kwestie zal altijd positief zijn over haar product of dienst. Ten derde zijn reclame-uitingen in de media opdringerig en onjuist. Vanwege de hoge zichtbaarheid wordt dit gebied het meest gereguleerd. In Nederland is het de Stichting Reclame Code Commissie die zich ten doel stelt als klachteninstantie snel en doeltreffend te oordelen over reclame-uitingen. Hiervoor is de Nederlandse reclame Code (zie kader 5.7) opgesteld en de reclame Code Commissie als onafhankelijk orgaan ingesteld.

Enkele regels die zijn vastgelegd door de Reclame Code Commissie:

- Reclame mag niet nodeloos kwetsend zijn, noch een bedreiging inhouden voor de geestelijke en/of lichamelijke volksgezondheid.
- Reclame behoort naar vorm en inhoud zodanig te zijn dat het vertrouwen in de reclame niet wordt geschaad.
- Reclame mag niet misleiden, met name niet omtrent de prijs, de inhoud, de herkomst, de samenstelling, de eigenschappen of de doelmatigheid van de aangeboden producten.

Kader 5.7: Stichting Reclame Code Commissie 2006

Ondanks deze regulering door de Reclame Code Commissie laat het nog veel ruimte over voor discussie, aangezien de grenzen aan reclame voornamelijk zijn gebaseerd op zelfregulering (Ribbink 1996). Zelfregulering zorgt er voor dat zorginstellingen op zoek gaan naar eigen grenzen. Dit kan er toe leiden dat ondanks vastgestelde regels, ruimte overblijft voor onethisch en maatschappelijk ongewenst gedrag. De juridische context is dus bij lange na niet voldoende om de negatieve connotaties van reclame (merk) in de gezondheidszorg te beteugelen. Deze grenzen worden voor een zeer belangrijk deel mede bepaald door het relatienetwerk en de maatschappelijke rol die een zorginstelling bekleedt.

5.4.3 Maatschappelijke en ethische context

Zorginstellingen handelen in een maatschappelijke context, dat houdt in dat zorginstellingen bewust moeten omgaan met investeren in geldverslindende marketingactiviteiten en ethische vraagstukken die in de maatschappij als belangrijk worden ervaren (Moser 1995). Marketingactiviteiten dienen afgestemd te worden op de cultuur, institutionele ontwikkelingen, normen en waarden van de maatschappij. Voorkomen moet worden dat marketing gezien wordt als opdringerig en een inbreuk doet op het persoonlijke leven of dat marketing en merkbeleid gezien wordt als manipulatie en het geven van valse beloften. Daarom moet een merk gebaseerd zijn op vertrouwen en een weergave zijn van de werkelijkheid, immers wat het merk beloofd moet worden waargemaakt (zie paragraaf 4.3). Aangezien zorginstellingen zich in een markt bevinden waarbij relatiemarketing/relatiemanagement een belangrijk strategisch aspect is van marketing, is het bewerkstelligen van een sterke relatie/ positie met het relatienetwerk essentieel om een solide reputatie op te bouwen. Zolang zorginstellingen zich houden aan de normen en waarden van het relatienetwerk, zijn marketingactiviteiten volledig legitiem. Onethische praktijken in de gezondheidszorg hebben geen kans van slagen, aangezien zoveel partijen invloed kunnen uitoefenen op zorginstellingen. De voordelen van ethisch gedrag, zullen de voordelen van onethisch gedrag vele malen overstijgen. Een zorginstelling kan het zich niet permitteren misleidende reclame en of merk te voeren. Zorginstellingen hebben er alle baat bij dat zij hun merk positioneren en profileren als een vertrouwensmerk. Merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg is onbekend en daarom onbemind. Men is nog wat angstig voor dergelijke de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dat is zeker niet onterecht, maar een zekere behoudeenschap daarin wil nog niet zeggen dat merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg onwenselijk is (Kloosterman 2004).

5.4.4 Conclusie

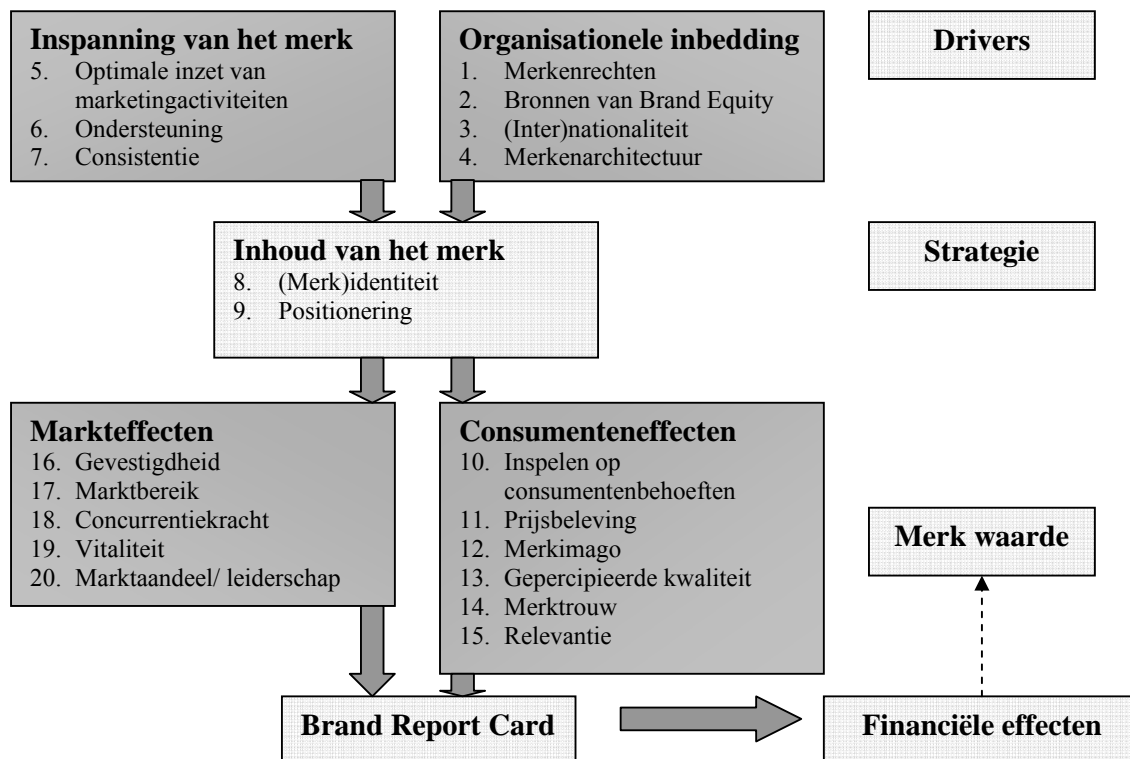
Concluderend kan worden gezegd dat (merk)reclame in de gezondheidszorg nogal wat negatieve connotaties kent. Maatschappelijk juridische en ethische aspecten moet worden meegenomen door in de ontwikkeling van merkbeleid. Vooralsnog is onduidelijk wat de grenzen zijn van merkbeleid. Verdere ontwikkeling en intensieve bemoeienis van het relatienetwerk in de gezondheidszorg moet hierover in de toekomst meer duidelijkheid geven.

5.5 Evaluatie merkbeleid en (merk)communicatie

In deze paragraaf worden kort ingegaan over de wijze waarop merkbeleid en (merk)communicatie geëvalueerd kan worden. Het model (Brand Report Card) dat hier beschreven wordt, zal gebruikt worden in het kwalitatieve onderzoek. Aan de hand van het model wordt de sterkte van het merk van de geselecteerde ZBC's bepaald (zie hoofdstuk 7).

Brand Report Card

Onderzoek naar de effecten van merkcommunicatie is ingewikkeld, omdat eventuele effecten (groei in omzet) afhankelijk is van veel factoren. Tot op heden ontbreekt een universele methode om de sterkte van merken te meten. In de meeste gevallen worden de prestaties van merken louter bepaald aan de hand van financiële indicatoren, zoals marktaandeel, (merkgerelateerde) winst en omzet (Kotler 2004 en Waalewijn 2001). De Brand Report Card (zie Mandour 2006 voor vragenlijst) ondervangt dit probleem voor een groot deel (Keller 2000). Met behulp van dit instrument is het mogelijk om aan de hand van twintig kenmerken (zie figuur 5.8), de sterkte van het merk op systematische wijze te bepalen. De uitkomst van de analyse levert een belangrijke input bij het bepalen van het strategische en tactische merkbeleid (Waalewijn e.a 2001, Mandour 2006).



Figuur 5.8: Brand Report Card. Keller (2000) en Mandour (2006).

Het model is uitstekend in te zetten als managementbesluitvormingsinstrument. Het model geeft aan op welk niveau beslissingen ten aanzien van het merk of merken genomen moeten worden. Het model biedt tevens inzicht in de relaties en de effecten die hieruit voortvloeien. Het model stelt de organisatie in staat om het merk in zijn geheel, maar ook in onderdelen te evalueren (Mandour 2006). Zo wordt het inzicht in de gezondheid van het merk vergroot. Met het instrument bestaat echter wel een risico van subjectieve perceptie. Daarnaast moet ook worden vermeld dat sommige factoren minder goed van toepassing zijn op de gezondheidszorg.

5.6 Merkbeleid en (merk)communicatie van zorginstellingen

Een veel gehoorde uitspraak is *'Iedereen weet dat wij goede zorg verlenen, dat hoeven we ze toch niet te vertellen. Iedereen kent onze instelling al, dus het is niet nodig daar iets extra's voor te doen'* (Mosmans 2003, Oyen en de Schuyteneer 2005). Volgens Oyen (2005) berusten deze uitspraken op een misverstand. Het gaat er niet om of de zorginstelling bekend is, maar of de juiste associatie met de zorginstelling gelegd wordt. In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op de rol merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg.

5.6.1 Merkbeleid en merkcommunicatie van ondergeschikt belang

Continu communiceren volgens een goed doordacht merkconcept is voor zorginstellingen essentieel zeggen Vels en Boere (2005). Uit een regionaal onderzoek aan de Hogeschool van Utrecht in 2003 (Vels, F. en M. Boere 2005), blijkt echter dat ziekenhuizen onvoldoende bewust zijn om een sterk merk te ontwikkelen, om zich onderscheiden van concurrenten. Ziekenhuizen zien veelal wel het belang van het voeren van een merkbeleid, maar geven aan dat toegevoegde waarde van merkbeleid niet groot genoeg is om er geld in te investeren. Andere beleidsaspecten worden belangrijker gevonden. In het verlengde van de uitspraken van Leeuwen (2006) kan geconcludeerd worden dat veel zorgaanbieders de noodzaak van het ontwikkelen van een sterk zorgmerk nog niet voldoende onderkennen. Daarnaast geeft Leeuwen (2006) aan dat de kennis om een sterk zorgmerk te ontwikkelen veelal ontbreekt of onvoldoende is ingebed, ook bij zorginstellingen die het ontwikkelen van een sterk merkbeleid wel onderkennen.

5.6.2 Suboptimale ontwikkeling van merkbeleid

Voor zover merkbeleid wordt toegepast, wordt door Vels en Boere (2005) en Leeuwen (2006) geconcludeerd dat het ontwikkelproces van een sterk zorgmerk verre van optimaal verloopt. Het suboptimale karakter treedt al veelal vroeg op in ontwikkelproces. Leeuwen (2006) geeft aan dat er twee zaken opvallen. Ten eerste focussen veel zorginstellingen zich direct op het ontwikkelen van de merkcommunicatie (zoals naam, logo en huisstijl) zonder dat daar een goede merkontwikkeling (zie eerste punt) aan ten grondslag ligt. Dit komt volgens Leeuwen (2006) de kracht van het zorgmerk niet ten goede. De organisatie-identiteit is bij veel instellingen slechts beschreven in een missie. De visie ontbreekt vaak, bovendien berust de formulering van de organisatie-identiteit zelden op voldoende marktonderzoek, zoals marktontwikkelingen, concurrentieanalyse en SWOT-analyse, gewenste positionering, waardoor er onvoldoende inzicht wordt verschaft in het centrale karakter van de instelling. Hierdoor lopen instellingen het risico dat de positionering niet aansluit bij de wensen van de doelgroepen en op de identiteit van in de instelling, met als gevolg dat de geformuleerde kernwaarden vrij oppervlakkig blijven en weinig onderscheidend zijn van concurrenten (Vels en Boere 2005). Daarnaast geeft Leeuwen (2006) aan dat veel zorginstellingen de waarden van de klant niet als uitgangspunt neemt voor de *merkpositionering* (outside-in). Dit is een belangrijke valkuil waar veel organisaties volgens hem instappen. Het gevolg is dat een groot aantal zorgaanbieders zich op vrijwel identieke wijze profileert. Zo hanteren zorginstellingen gelijkduidende merknamen, zoals Vivent, Vivium, Vidente, Vitras, Vitalis etc. En gebruiken zorginstellingen gelijkduidende boodschappen, zoals 'klantgericht', 'zorg dichtbij', 'voor jong en oud', etc.). Het is maar de vraag of zorgaanbieders met zo'n generieke profilering voldoende onderscheidend zijn. Ten tweede wordt de gekozen merkpositionering vaak maar mondjesmaat wordt doorvertaald naar de beleidsuitvoering: organisatie-inrichting, processen, communicatie, cultuur en medewerkers. Hierdoor ontstaat al snel een mismatch tussen het gewenste merkimago en de feitelijke ervaringen zoals klanten die dagelijks opdoen, met mogelijke nadelige gevolgen.

5.6.3 Gebrekkige interne communicatie

Volgens Vels en Boere (2005) komt het regelmatig voor dat de gekozen kernwaarden in het merk vaak niet terugkomen in het gedrag van artsen, verpleegkundigen, receptionistes en andere werknemers. De filosofie van het merk blijft vaak beperkt tot het management van zorginstellingen. De slechte interne communicatie is een belangrijk mankement als het gaat om het creëren van een sterk merk. Als interne communicatie niet goed wordt ingebed zullen zorginstellingen klanten verliezen, omdat het merk niet waar kan maken wat het belooft. Interncommunicatie is een voorwaarde om een sterk merk te ontwikkelen.

5.7 Conclusie merkbeleid en merkcommunicatie

Zorgaanbieders moeten zich steeds beter positioneren en profileren met een merk, om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. Een merk is een waarneming van een product of dienst in het hoofd van de klant, dat tot doel heeft een positief netwerk van *associaties* in het brein van mensen te vestigen, zodat een positieve waarneming (perceptie) wordt gevormd (merkimago). Een positief merkimago leidt dan tot een betere concurrentiepositie.

In dit hoofdstuk is beschreven hoe een merk gepositioneerd en geprofileerd kan worden. Hierin is naar voren gekomen dat het ontwikkelen van een merk een strategisch onderdeel is van marketingbeleid. Via een doordacht beleid moet het merk gepositioneerd worden en aansluiten op de waarden van de klant. Het ontwikkelen van een merk is een proces van jaren en kan worden gezien als een continue cyclus van positioneren, profileren en evalueren.

Profileren met behulp van merkcommunicatie is essentieel om de gewenste merkassociaties te creëren in het brein van de klanten. Dit dient op een consistente en aansprekende wijze te worden aangepakt en zowel intern als extern gericht te zijn. Merkcommunicatie (externe) kent in de gezondheidszorg echter nogal wat negatieve connotaties, aangezien het vaak geassocieerd wordt met onethisch gedrag en geldverslindende reclame campagnes. Maatschappelijk juridische en ethische aspecten moeten daarom worden meegenomen in de ontwikkeling van merkbeleid. Vooralsnog is echter onduidelijk wat de grenzen zijn van merkbeleid. Verdere ontwikkeling en intensieve bemoeienis van het relatienetwerk in de gezondheidszorg moet hierover in de toekomst meer duidelijkheid geven.

Uit onderzoek is gebleken dat merkbeleid in de gezondheidszorg nog van ondergeschikt belang lijkt te zijn. Bovendien blijkt dat merkbeleid, voor zover toegepast in de gezondheidszorg, leidt tot suboptimale resultaten, als gevolg van gebrek aan kennis en een gebrekkig ontwikkelingsproces. In dit onderzoek wordt nagegaan in hoeverre deze bevindingen overeenkomen met het merkbeleid van ZBC's. In zowel het kwantitatief als kwalitatief onderzoek wordt aandacht geschonken aan de wijze waarop ZBC's hun merk strategisch ontwikkelen en hoe zij zich met een merk positioneren en profileren. Hierbij zal onderzocht worden in hoeverre het merkbeleid van ZBC's aansluit bij de theorie uit dit hoofdstuk. Verder zal worden onderzocht hoe merkcommunicatie door ZBC's wordt ingezet en wat de maatschappelijke en ethische overwegingen zijn van ZBC's in het communiceren van een merk. Tot slot kan met behulp van de Brand report Card worden nagegaan hoe sterk het merk is van de geselecteerde cases.

Hoofdstuk 6 Resultaten en analyse kwantitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten en analyse van het kwantitatieve onderzoek (vragenlijst, zie bijlage 2) weergegeven. Er wordt een antwoord geformuleerd op deelvraag 4: *In hoeverre zijn zelfstandige behandelcentra in Nederland marketinggeoriënteerd?* Tevens wordt een voorschot genomen op de beantwoording van de deelvragen 5 t/m 8 (kwalitatief onderzoek). De bevindingen uit de resultaten en analyse zullen gebruikt worden om respondenten te selecteren voor de casestudies in het kwalitatieve onderzoek. In hoofdstuk 7 is beschreven hoe tot de selectie van de respondenten tot stand is gekomen.

6.1 Resultaten en analyse

In deze paragraaf wordt concreet ingegaan op de resultaten en analyse. Achtereenvolgend komt aan bod: de respons, de karakteristieken van de ZBC's, marketingoriëntatie, verbanden, merkbeleid en communicatiebeleid van ZBC's.

6.1.1 Respons

In dit onderzoek zijn 64 respondenten aangeschreven die samen 86 ZBC's vertegenwoordigen. Het totale aantal respondenten dat de vragenlijst heeft ingevuld is 41. Deze vertegenwoordigen samen 65 ZBC's (locaties). De respons van de respondenten is daarmee 64% en de respons van het aantal deelnemende ZBC's is 75,6% (t.o.v. 86 ZBC's). De 65 ZBC's die de 41 respondenten vertegenwoordigen is 62,5% van het in januari 2006 bekende aantal operationele ZBC's in Nederland (104, zie paragraaf 2.2.2.).

De oorzaken voor de uitval van respondenten lijkt voornamelijk te liggen in het feit dat respondenten door hun drukke werkzaamheden geen tijd hebben om de vragenlijst in te vullen, de vragenlijst te lang vinden, een antipathie hebben voor vragenlijsten of op vakantie waren. De uitvallers zijn overwegend afkomstig uit Groningen, Flevoland en Utrecht.

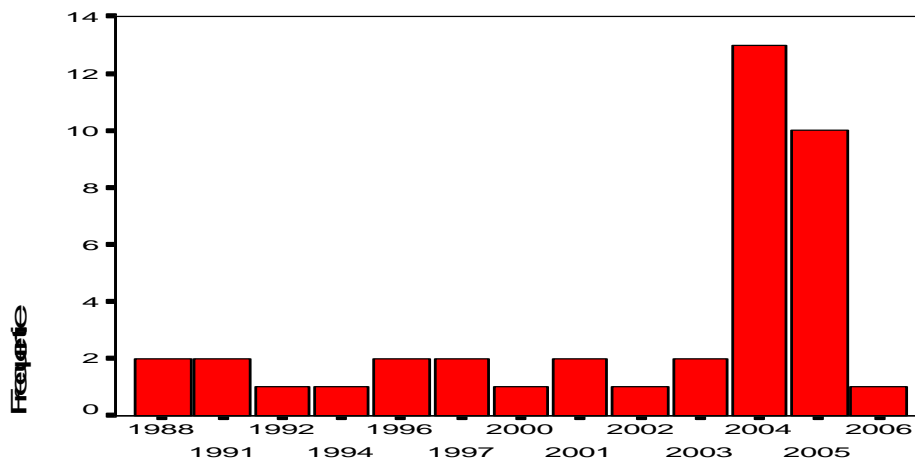
6.1.2 Karakteristieken ZBC's

De vragenlijst is in 75% (30 respondenten) van de gevallen ingevuld door een lid van het bestuur van de ZBC, hierbij betrof het de functies van algemeen directeur, financieel directeur, commercieel directeur, manager (arts), secretaris en voorzitter. In drie gevallen (10%) is de vragenlijst ingevuld door een PR-, marketing- /communicatiefunctaris. In de overige gevallen betrof het functies als cardioloog, administrateur en zelfstandig adviseur. Uit deze bevindingen is op te maken dat de vragenlijst in de meerderheid is ingevuld door een respondent die direct bij het beleid van de organisatie is betrokken, dan wel een functie heeft die een directe link heeft met marketingactiviteiten. Dit vergroot de kans dat de resultaten uit dit onderzoek een goed beeld geeft van de marketingoriëntatie en marketingactiviteiten van ZBC's. Ondanks dat het onderzoek een beperkte objectiviteit heeft, zoals is weergegeven in paragraaf 6.1.3, zijn de resultaten van de respondenten met elkaar te vergelijken.

Jaar van oprichting 1^e locatie van ZBC

Aangezien in dit onderzoek respondenten zijn opgenomen met meer dan één locatie, is gevraagd naar het jaar van oprichting van de eerste locatie, om een beeld te krijgen van de groeiende ZBC zorgmarkt. Het resultaat is weergegeven in grafiek 6.1. Hieruit is op te maken dat de langst bestaande ZBC in 1988 is opgericht. Van 1988 t/m 2003 is de aanwas van nieuwe ZBC's per jaar vrij constant gebleven, met zo'n 5% per jaar. In 2004 en 2005 is de aanwas van nieuwe ZBC's gestegen met 25 tot 30% per jaar. Dit komt overeen met respectievelijk 13 en 11 ZBC's in 2004 en 2005. Dit ligt geheel in de lijn van de verruiming

van de 'Regeling Zelfstandige Behandelcentra (1999) dat in 2003 tot stand is gekomen en andere wetgeving dat in de loop van de jaren is veranderd (zie ook paragraaf 3.2). Door deze veranderende wetgeving werd het voor nieuwe initiatiefnemers eenvoudiger om een ZBC's op te richten (zie ook paragraaf 3.3). Over 2006 kan nog geen uitspraak worden gedaan, omdat ten tijde van dit onderzoek slechts vijf maanden van 2006 waren verstreken. Bovendien is een aantal ZBC's niet opgenomen in het onderzoek, aangezien deze in 2006 (nog) niet (volledig) operationeel waren. Wel kan verwacht worden dat de groei van het aantal nieuwe initiatieven door zal zetten, aangezien in januari 2006 de WTZi en de Zorgverzekeringswet is ingevoerd. Hierdoor zijn de mogelijkheden tot het ontplooiën van nieuwe initiatieven verder verruimd.



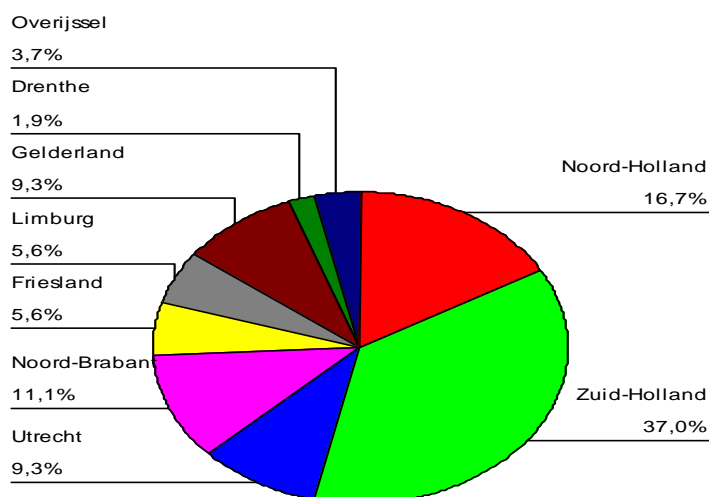
Grafiek 6.1: Frequentie oprichting ZBC, N=40 (1 missing value)

(Aantal) Locaties van ZBC's

Gemiddeld genomen heeft een respondent (ZBC) 1,6 locaties (N=41). Het aantal locaties varieert hierbij van 1 tot 5. Van de respondenten heeft 63,4% één locatie, 19,5% twee locaties, 14,6% drie locaties en 2,4% vijf locaties.

Het totale aantal locaties van de ZBC's in dit onderzoek komt neer op 65. In figuur 6.2 is weergegeven hoe deze over de provincies in Nederland zijn verdeeld. Hieruit valt op te maken dat het grootste deel van de respondenten (ZBC's) (zo'n 74,1%), zich bevinden in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Brabant. Dit is mogelijk te verklaren doordat deze provincies de meest dichtbevolkte gebieden van Nederland zijn en daardoor een groot adherentiegebied (zie tabel 6.3) vormen. Mogelijk vormen deze provincies de belangrijkste concurrentiegebieden, waar marketing en specifiek merkbeleid, relatie- en distributiebeleid een belangrijke rol heeft. Een nader onderzoek zou hier meer uitsluitsel over moeten geven.

Flevoland, Groningen en Zeeland zijn de enige provincies waar geen respondenten van afkomstig zijn. Dit kan komen doordat in deze provincies in verhouding weinig ZBC's bevinden en door de selectiefilter (zie hoofdstuk 2) dat is toegepast, waardoor ZBC's zijn uitgesloten van onderzoek dan wel niet bereid waren deel te nemen aan het onderzoek.



Figuur 6.2: Verdeling van ZBC locaties over Nederland, ingedeeld naar provincie (N=41). Adherentiegebied

Het adherentiegebied van de respondenten richt zich voornamelijk op Zuid-Holland (70%), Utrecht (41%), Noord-Holland (28%), Gelderland (28%) en Noord-Brabant (23%), zie tabel 6.3.

Provincie	Aantal respondenten	Percentage van respondenten
Zuid-Holland	28	70 %
Utrecht	16	41 %
Noord-Holland	11	28 %
Gelderland	11	28 %
Noord-Brabant	9	23 %
Limburg	7	18 %
Drenthe	7	18 %
Overijssel	7	18 %
Zeeland	6	15 %
Friesland	6	15 %
Groningen	5	13 %
Flevoland	4	10 %

Tabel 6.3: Adherentiegebied ZBC's (N=41)

Veel ZBC's uit Noord-Holland en Zuid-Holland richten zich bij het werven van klanten op alle provincies in Nederland. ZBC's uit Utrecht richten zich voornamelijk op Utrecht, Zuid-Holland en Gelderland. ZBC's uit Noord-Brabant richten zich voornamelijk op Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Brabant. De ZBC's in Limburg (3) richten zich alleen op hun eigen provincie. Daarnaast is het ook mogelijk dat deze ZBC's zich oriënteren op de Duitse en of Belgische zorgmarkt.

Type zorg geleverd door ZBC's

ZBC's leveren veelal meerdere typen zorg (specialismen). Uit de resultaten (zie tabel 6.4) blijkt dat Oogheelkunde (20%), Anesthesie (20%), Plastisch Chirurgie (23%), Chirurgie (28%) en Dermatologie door 35% van de respondenten wordt aangeboden. Dit vormen de

specialismen die in de respondentengroep het meest voorkomen. De ‘overige specialismen’ betreffen o.a. klinische chemie, infertiliteit, hyperbare zuurstoftherapie, kinder- en jeugdpsychiatrie en proctologie. Als aandeel in de totale aangeboden zorg vormen dermatologie en chirurgie de grootste groep. Uit deze resultaten is op te maken dat 79% van de aangeboden zorg niet snijdende specialismen betreft.

Specialisme	Percentage respondenten dat de betreffende zorg aanbiedt (N=41).
Dermatologie	35 %
Chirurgie	28 %
Plastisch chirurgie	23 %
Overig	23 %
Oogheelkunde	20 %
Gynaecologie	20 %
Anesthesie	20 %
Urologie	13 %
Orthopedie	13 %
KNO	13 %
Kaakchirurgie	10 %
Interne geneeskunde	8 %
Cardiologie	8 %
Reumatologie	5 %
Radiologie	5 %
Neurologie	3 %
Longgeneeskunde	3 %
Kindergeneeskunde	3 %
Allergologie	3 %
Neurochirurgie	0 %

Tabel 6.4: Typen specialismen in ZBC's.

Naast het onderscheid in specialismen is ook onderscheid gemaakt in zogenaamde A-segment⁷, B-segment⁸, C-segment⁹ en niet verzekerde zorg (N=41). Uit de resultaten (zie figuur 6.5) blijkt dat de 42,7% respondenten zorg aanbiedt in het A-segment. Het B-segment heeft ook een groot aandeel met 31,7%, niet verzekerde zorg en het C-segment volgen op respectievelijk 17,1% en 8,5%.

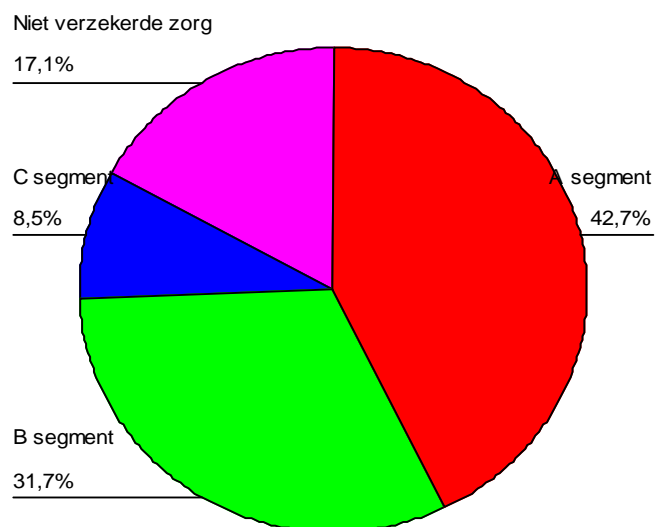
In figuur 6.6 is weergegeven hoeveel zorg ZBC's verhoudingsgewijs per segment aanbieden (gemeten in percentage aangeboden zorg per zorgsegment). Hieruit blijkt dat 67,5% van alle aangeboden zorg door de ZBC's het A-segment betreft. Het B-segment beslaat 19,2%, het C-segment 1,5% en niet verzekerde zorg 11,8%.

Afgevraagd kan worden of dit item juist is gesteld of duidelijk genoeg is, aangezien 17,1% van de respondenten aangeeft niet verzekerde zorg te leveren. ZBC's, die een stichting als rechtspersoon hebben, mogen alleen verzekerde zorg leveren. Niet verzekerde zorg dient te worden ondergebracht onder een NV of BV. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het respondentenbestand instellingen bevat die niet of slechts ten dele kunnen worden aangemerkt als een ZBC. Twee van deze 'ZBC's' leveren voor 95 tot 100% niet-verzekerde zorg.

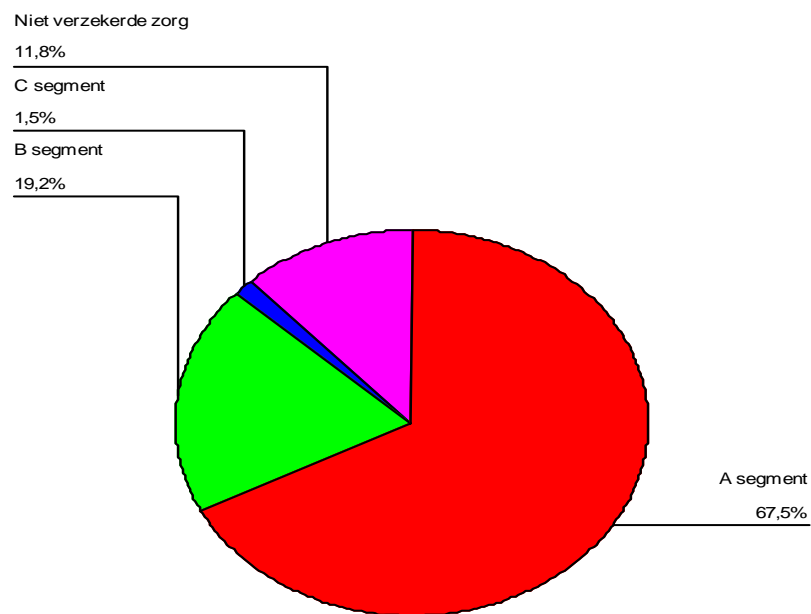
⁷ De DBC's waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld.

⁸ De DBC's waarvan de prijs door onderhandeling tussen zorgverzekeraars en ZBC tot stand komt.

⁹ De DBC's waarvoor alleen een vergoeding tegenover staat indien de cliënt/ patiënt daarvoor verzekerd in de zogenaamde aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar.



Figuur 6.5: Verdeling zorgsegment geleverd door ZBC's (N=41).



Figuur 6.6: Verhoudingsgewijze verdeling van aangeboden zorgaanbod per segment door ZBC's (N=41).

In tabel 6.7 (N= 41) zijn de specialismen onderverdeeld naar zorgsegment. Hieruit is op te maken dat (plastisch) chirurgie, gynaecologie, dermatologie, oogheelkunde en anesthesie verhoudingsgewijs in bijna alle segmenten voor een belangrijk deel voorkomen. Ook valt op dat in segment A en segment B de meeste specialismen zijn vertegenwoordigd. De concurrentie binnen deze planbare specialismen is mogelijk groter dan de andere

specialismen. Mogelijk zijn deze specialismen het meest lucratief en wellicht ook het meest geschikt om marketingbeleid/merkbeleid op in te zetten. In eventueel vervolgonderzoek zou nader onderzocht moeten worden of marketing/merkbeleid in de gezondheidszorg afhankelijk is van het specialisme dat wordt aangeboden en of van het zorgsegment waarin de zorg wordt aangeboden.

Specialisme	A segment	B-segment	C-segment	Niet verzekerde zorg
Allergologie	1,1 %	0 %	0 %	0 %
Anesthesie	7,6 %	9,3 %	13 %	11,9 %
Cardiologie	3,3 %	1,3 %	0 %	0 %
Chirurgie	12 %	13,3 %	13 %	14,3 %
Dermatologie	13 %	13,3 %	6,5 %	11,9 %
Gynaecologie	8,7 %	6,7 %	8,7 %	7,1 %
Interne geneeskunde	3,3 %	2,7 %	0 %	0 %
Kaakchirurgie	3,3 %	4,0 %	6,5 %	7,1 %
Kindergeneeskunde	1,1 %	0 %	0 %	0 %
KNO	4,3 %	4,0 %	6,5 %	7,1 %
Longgeneeskunde	1,1 %	1,3 %	0 %	0 %
Neurochirurgie	0 %	0 %	0 %	0 %
Neurologie	1,1 %	1,3 %	0 %	0 %
Oogheekunde	7,6 %	8,0 %	6,5 %	9,5 %
Orthopedie	5,4 %	6,7 %	8,7 %	7,1 %
Plastisch chirurgie	8,7 %	10,7 %	13 %	14,3 %
Radiologie	2,2 %	2,7 %	4,3 %	2,4 %
Reumatologie	2,2 %	2,7 %	0 %	0 %
Urologie	5,4 %	5,3 %	8,7 %	4,8 %
Overig	8,7 %	6,7 %	4,3 %	2,4 %

Tabel 6.7: Specialismen onderverdeeld naar zorgsegment.

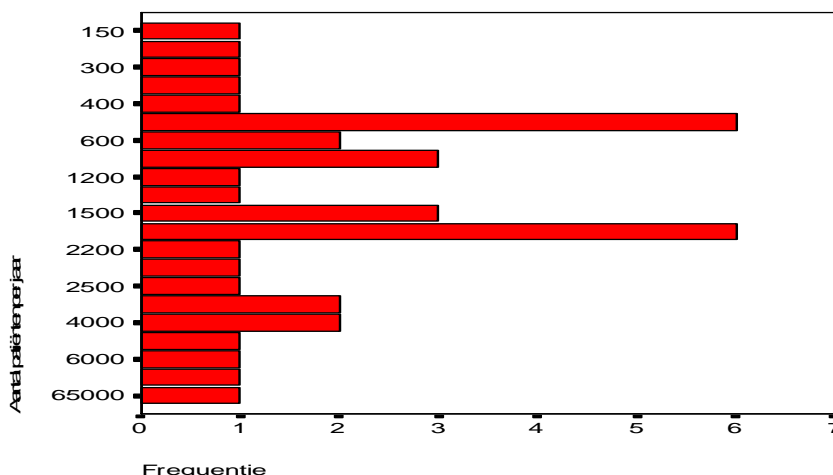
Uit de resultaten blijkt dat 60% van de respondenten monodisciplinair is en 40% multidisciplinair. Zo'n 20% van de respondenten, biedt zelfs meer dan 3 typen specialismen aan. Het specialisme anesthesiologie is niet meegerekend, immers anesthesie is geen poortspecialisme, maar een ondersteunend specialisme voor snijdende specialismen.

Omvang van ZBC's in FTE en patiëntenaantal

De omvang, de grootte van de ZBC's kan uitgedrukt worden in aantal specialisten berekend in FTE en het aantal patiënten (ongeachte het aantal contacten). Uit de resultaten (N=41) blijkt dat 18% van de respondenten 0-1 FTE heeft, 52% heeft 1-2 FTE, 15% heeft 2-3 FTE en 15% heeft meer dan 3 FTE. Het gemiddelde aantal specialisten in FTE is 2,3.

Omvang van ZBC's in FTE en patiëntenaantal

De omvang, de grootte van de ZBC's wordt in dit onderzoek uitgedrukt in aantal specialisten berekend in FTE, het aantal patiënten (ongeachte het aantal contacten) die de ZBC heeft per jaar en het aantal locaties (zie hiervoor). Uit de resultaten (N=41) blijkt dat 18% van de respondenten 0-1 FTE heeft, 52% heeft 1-2 FTE, 15% heeft 2-3 FTE en 15% heeft meer dan 3 FTE. Het gemiddelde aantal specialisten in FTE is 2,3. Het gemiddelde aantal patiënten (ongeacht het aantal contacten) is per jaar 3671 (standaard deviatie van 4579), hierbij moet vermeld worden dat het minimum (150) en maximum (65000) ver uit elkaar ligt (zie grafiek 6.8).



Grafiek 6.8: Frequentieverdeling patiëntenaantal per ZBC-lokatie (N=38, missing value = 3).

Door de grote verschillen tussen het minimum en maximum wordt het gemiddelde en de standaard deviatie sterk omhoog getrokken. Dit levert geen normale verdeling op. Deze grote verschillen zijn te verklaren doordat een aantal respondenten meerdere locaties hebben en meer FTE dan andere respondenten. De vragenlijst is namelijk door een respondent voor meerdere locaties tegelijk ingevuld. Er is navraag gedaan naar deze verschillen en het betreft geen foute registratie. Wel bestond er onduidelijkheid over het feit of het om bezoekersaantallen ging of om patiëntenaantallen. Deze onduidelijkheid kan er toe geleid hebben dat andere ZBC's een verkeerd getal hebben ingevuld.

Organisatorisch verband met andere partijen

Als gevolg van het feit dat een aantal respondenten meerdere locaties hebben en het feit dat vraag 4: 'maakt uw ZBC een organisatorisch deel uit van andere partij' niet duidelijk genoeg is gesteld, zijn er problemen ontstaan in de interpretatie van deze vraag. Voor sommige respondenten is het onduidelijk wat een organisatorisch verband precies inhoudt. Een aantal respondenten met meerdere locaties hebben een organisatorisch verband, maar dat werd niet als zodanig gezien. Hier rijst duidelijk de vraag of een respondent meerdere keren aanschrijven had moeten worden om de vragenlijst voor alle locaties tegelijk in te vullen. Deze vraag tevens beter geformuleerd kunnen worden of achterwege gelaten moeten worden. Voor verdere analyse wordt deze vraag niet gebruikt.

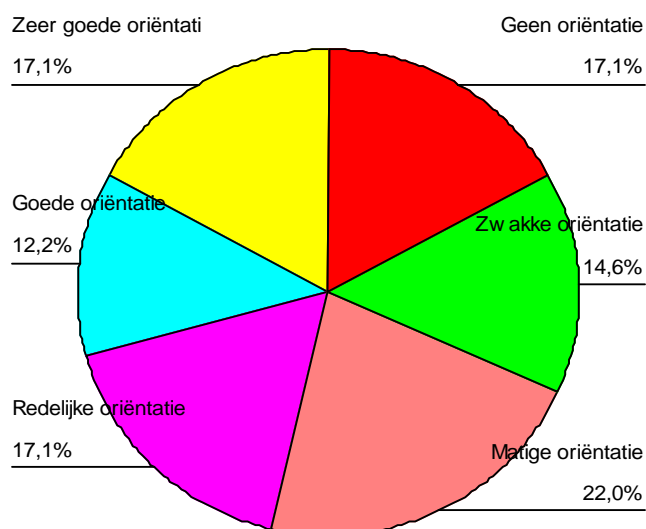
6.1.3 Score marketingoriëntatie

De gemiddelde marketingscore bedraagt 15,83 punten (standaard deviatie is 8,7, zie tabel 6.9), hetgeen weergeeft dat de respondenten (62.5% van de operationele ZBC's in Nederland) gemiddeld een marketingoriëntatie hebben dat matig is. Dit is bij lange nog niet voldoende, aangezien een goede marketingoriëntatie een score heeft vanaf 21.33 punten (zie bijlage 3).

Gemiddelde totaalscore	Std. Deviatie	Minimum score	Maximum score
15,83 punten	8.73	2,16 punten	30,16 punten

Tabel 6.9: Gemiddelde marketingscore.

De marketingscores variëren van 2,16 tot 30,16 punten. In figuur 6.10 is weergegeven hoe de scores van de respondenten zijn verdeeld over de niveaus (schalen) van marketingoriëntatie (zie bijlage 3). Hieruit is op te maken dat slechts 30% van de respondenten een goede marketingoriëntatie heeft. De modus is 'matige marketingoriëntatie'. Voor veel ZBC's (70%) is dus nog veel winst te behalen wat betreft de marketingoriëntatie. Dit houdt echter niet in dat pas bij een goede marketingoriëntatie door de organisatie succesvolle resultaten worden behaald. Een hogere marketingoriëntatie draagt wel bij aan een grotere kans daartoe.



Figuur 6.10: Schaalscore van respondenten op marketingoriëntatie, uitgedrukt in percentage.

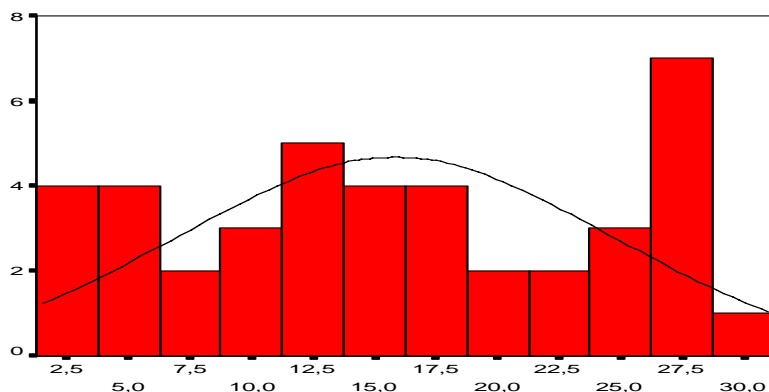
Uit analyse van de deelscores (zie tabel 6.11) is op te maken dat de respondenten het laagst scoren op het deelaspect *adequate marketinginformatie* en deelaspect *strategische oriëntatie* (dit zijn gemiddelden die lager liggen dan de helft van de maximale deelscore). De score op deelaspect marketinginformatie varieert van 0 tot 5,5. De score op deelaspect strategische oriëntatie varieert van 0 tot 6.

Gemiddeld genomen blijkt dat veel ZBC's (65%) beperkte tot weinig kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie tot zijn beschikking heeft betreffende ontwikkelingen van de zorgmarkt. Tevens blijkt dat gemiddeld genomen veel ZBC's (eveneens 65%) beperkte tot onvoldoende duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen hebben ontwikkeld om marketingdoelen te bereiken.

<i>De gemiddelde subscores zijn:</i>	<i>Std. Deviatie</i>	<i>Marketingaspect</i>
3,46 punten	1,83	Consumenten filosofie
3,46 punten	1,90	Integrale marketingoriëntatie
2,25 punten	1,76	Adequate marketinginformatie
2,44 punten	2,05	Strategische oriëntatie
3,05 punten	1,73	Operationele efficiency

Tabel 6.11: Gemiddelde scores op deelaspect marketingoriëntatie).

Op basis van de Kolmogrov-Smirnov toets (Asymp. Sig. (2-tailed) $p = 0,657$; bij H_0 : normale verdeling), is vast te stellen dat de verdeling van de scores (marketingoriëntatie) normaal verdeeld is. Wel is opvallend dat er enkele uitschieters zijn, zie grafiek 6.12.



Grafiek 6.12: Frequentietabel en verdeling score marketingoriëntatie

In de volgende tabellen (6.13 en 6.14) wordt een opsomming gegeven van de kenmerken van de 'beste' top 5 en de 'slechte' top 5, betreffende de marketingscore.

Score	Zorgsegment	Locatie	Provincie	Specialismen	FTE specialisten	Marketingfunctionaris	Aantal patiënten per jaar
30,16	B en NVZ ¹⁰	2	Zuid-Holland	Oogheelkunde	1-2	Ja	2000
28,66	A	3	Zuid-Holland	Anesthesie, Chirurgie, KNO	2-3	Ja	500
28,66	A	1	Noord-Holland	Allergologie, Dermatologie	2-3	Ja	4000
28,33	A en B	1	Noord-Brabant	Oogheelkunde	1-2	Ja	2000
27,66	A	1	Zuid-Holland	Chirurgie, dermatologie, gynaecologie, interne geneeskunde, urologie	2-3	Nee	1500

Tabel 6.13: Kenmerken top 5 meest marketinggeoriënteerde ZBC's

Score	Zorgsegment	Locatie	Provincie	Specialismen	FTE specialisten	Marketingfunctionaris	Aantal patiënten per jaar
2,16	A en B	1	Utrecht	Cardiologie, interne geneeskunde, longgeneeskunde, reumatologie,	1-2	Nee	1000
3,33	A, B en NVZ	1	Utrecht	Oogheelkunde	1-2	Nee	6000
3,33	A	2	Zuid-Holland	Dermatologie, Gynaecologie	2	Nee	1500
3,66	A	2	Noord-Holland	Oogheelkunde	1-2	Nee	5000
4,6	A	1	Gelderland	Dermatologie	0-1	Ja	500

Tabel 6.14: Kenmerken top 5 minst marketinggeoriënteerde ZBC's

¹⁰ Niet verzekerde zorg.

Aan de hand van deze kenmerken en frequentietabellen lijkt het er op dat een goede marketingoriëntatie mogelijk een verband heeft met een marketingfunctionaris en het aantal FTE (specialisten). Verder bestaat de indruk dat de andere kenmerken, genoemd in tabellen 6.13 en 6.14, geen of weinig verband hebben de score op marketingoriëntatie.

Marketingfunctionaris

Uit de frequentietabel blijkt dat 48.8% van de respondenten geen marketingfunctionaris heeft en 48,8 % heeft wel een marketingfunctionaris (N=41, één missing value).

6.1.4 Verbanden karakteristieken ZBC en marketingoriëntatie

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op verbanden tussen karakteristieken van ZBC's en de mate van marketingoriëntatie. Zoals eerder is aangegeven zijn dit geen harde verbanden, aangezien het aantal respondenten zich beperkt tot 41. Verder is het mogelijk dat er naast de karakteristieken die hiervoor zijn beschreven, juist andere karakteristieken van ZBC's een belangrijke rol spelen in het feit dat de ene ZBC een hogere score heeft op marketingoriëntatie dan de andere ZBC. Dit is een aspect dat in de toekomst nader onderzocht dient te worden.

Type zorg in relatie tot marketingoriëntatie.

De verwachting was dat het C-segment of niet verzekerde zorg een hogere marketingoriëntatie zou hebben. Hiervoor is echter geen enkele significant verband verkregen uit de analyse. Ook is er geen significant verband gevonden tussen het A of B-segment met marketingoriëntatie ($p=0,365$). Het type specialisme heeft eveneens geen significant verband met marketingoriëntatie ($p=0,458$).

Locatie ZBC, adherentiegebied en marketingoriëntatie

De locatie van de ZBC's of adherentiegebied van ZBC heeft geen significant verband met de marketingoriëntatie van ZBC's ($p= 0,568$).

Grootte van ZBC/ organisatie en marketingoriëntatie

Uit onderzoek van o.a. Naidu en Narayana (1991, zie paragraaf 4.2.3) is gebleken dat er een verband bestaat tussen de grootte van het ziekenhuis en mate van marketingoriëntatie. Hoe meer bedden het ziekenhuis heeft hoe sterker het ziekenhuis marketinggeoriënteerd is. In dit onderzoek is getracht dit ook te onderzoeken. Om de grootte van een ZBC aan te duiden zijn variabelen, zoals aantal locaties, FTE, aantal patiënten per jaar, opgenomen in de vragenlijst. In het onderzoek van Naidu en Narayana (1991) is hiervoor de variabele beddencapaciteit gebruikt. Aangezien niet iedere ZBC beddencapaciteit heeft is voor andere variabelen gekozen. Uit de analyse (kruistabellen, regressieanalyse) blijkt er geen significant verband te bestaan tussen de grootte van de ZBC en de marketingoriëntatie (p -waarden van 0,494 tot 0,767; R^2 van ongeveer 0.1). Het zou kunnen dat de grootte van een ZBC niets te maken heeft met de mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn, maar ook is het mogelijk dat een andere variabele meer geschikt is om dit te bepalen. Hiervoor kan gedacht worden aan omzet, totaal aantal medewerkers etc.

Ondanks het feit dat het vrij logisch is dat een grotere ZBC/organisatie meer marketinggericht is, kan dit niet uit de analyse vertaald worden naar tastbaar bewijs. Mogelijk is hier ook het beperkte aantal cases debet aan. Voor het selecteren van de cases (kwalitatief onderzoek) wordt de grootte van de ZBC's *niet* gehanteerd als selectievariabele.

De aanwezigheid van een marketingfunctionaris en marketingoriëntatie

Uit onderzoek van o.a. Naidu en Narayana (1991), zie paragraaf 4.2.3, is gebleken dat er een positief verband bestaat tussen de aanwezigheid van een marketingfunctionaris en de marketingoriëntatie. Een marketingfunctionaris leidt in deze onderzoeken tot een hogere marketingoriëntatie. Hiervoor is een logische verklaring dat een marketingfunctionaris bewust wordt ingezet om marketingbeleid te ontwikkelen en uit te voeren. De aanwezigheid van een marketingfunctionaris garandeert echter niet (altijd) een hoge marketingoriëntatie, aangezien deze functionaris voor de effectiviteit wel betrokken moet zijn bij het beleid van de organisatie. Het meten van de marketingoriëntatie houdt hier rekening mee, met behulp van de aspect integrale marketing.

Schaalscore marketingoriëntatie		Marketingfunctionaris aanwezig	Marketingfunctionaris afwezig	Totaal
Geen oriëntatie	Aantal	1	6	7
	% van schaalscore	14,3%	85,7%	100%
	% van marketingfunctionaris	5,0%	30%	17,5%
	% van totaal	2,5%	15%	17,5%
Zwakke oriëntatie	Aantal	1	5	6
	% van schaalscore	20%	80%	100%
	% van marketingfunctionaris	5,0%	21,1%	12,8%
	% van totaal	2,6%	10,3%	12,8%
Matige oriëntatie	Aantal	2	7	9
	% van schaalscore	22,2%	77,8%	100%
	% van marketingfunctionaris	10,0%	36,8%	23,1%
	% van totaal	5,1%	17,9%	23,1%
Redelijke oriëntatie	Aantal	5	2	7
	% van schaalscore	71,4%	28,6%	100%
	% van marketingfunctionaris	25%	10,5%	17,9%
	% van totaal	12,8%	5,1%	17,9%
Goede oriëntatie	Aantal	5	0	5
	% van schaalscore	100%	0%	100%
	% van marketingfunctionaris	25%	0%	12,8%
	% van totaal	12,8%	0%	12,8%
Zeer goede oriëntatie	Aantal	6	1	7
	% van schaalscore	85,7%	14,3%	100%
	% van marketingfunctionaris	30%	5,3%	17,9%
	% van totaal	15,4%	2,6%	17,9%
Totaal	Aantal	20	21	41
	% van schaalscore	47,5%	52,5%	100%
	% van marketingfunctionaris	100%	100%	100%
	% van totaal	47,5%	52,5%	100%

Tabel 6.15: Kruistabel van marketingfunctionaris en marketingoriëntatie.

Op basis van de analyse van de kruistabel (zie tabel 6.15), is op te maken dat er een significant verband bestaat tussen het hebben van een marketingfunctionaris en de marketingoriëntatie van de ZBC's ($X^2 = 18,01$; $p = 0,003$). Het verband tussen de marketingfunctionaris en marketingoriëntatie lijkt overeen te komen met de theorie (zie paragraaf 4.2). Naarmate een ZBC meer marketinggeoriënteerd is, heeft een ZBC vaker een marketingfunctionaris. Hieruit is het echter niet mogelijk om een causaal verband te trekken dat het hebben van een marketingfunctionaris leidt tot een hogere marketingoriëntatie.

6.1.5 Merkbeleid, merkcommunicatie en marketingoriëntatie

Teneinde een selectie te maken voor het kwalitatieve onderzoek (hoofdstuk 7) is het belangrijk na te gaan in hoeverre merkbeleid een rol speelt bij ZBC's. In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op de bevindingen over merken, merkbeleid en merkcommunicatie.

Merksnaamstrategieën van ZBC's

In bijlage 5 is een lijst opgenomen met ZBC's die in dit onderzoek zijn betrokken. Een korte inventarisatie van deze lijst geeft inzicht in de merksnaamstrategieën van ZBC's in Nederland.

Het eerste dat opvalt, is dat vrijwel elke naam van de ZBC's begint met de aanduiding van de rechtspersoonlijkheid, namelijk stichting. Veel merksnamen zijn opgezet volgens een combinatie van merksnaamindeling (Brandsma 2005); *herkomst* en *descriptief*. De herkomst duidt aan waar de ZBC is gevestigd en de descriptieve naamgeving geeft aan welk type zorg (specialisme) de ZBC levert, dan wel dat er zorg (Multicare, Zorgservices) wordt geleverd. Namen als 'Stichting Oogzorg Amsterdam', 'Stichting Oogzorg Nederland', 'Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam', 'Stichting Oogheelkundig Centrum Midden-Nederland', 'Stichting Cardiologie Heelsum', en 'Stichting Haaglanden Kliniek', komen veelvuldig. Een ander veelvoorkomende soort naam is die van een *eigen naam*. Een aantal ZBC's hebben een merksnaam dat lieert aan een bepaalde persoon, veelal de oprichter van de ZBC, zoals 'Stichting Bergman Kliniek', 'Stichting Veldhuis Kliniek', 'Stichting Reinaert Kliniek' en 'Stichting Dokter Kolbach Kliniek'. De merksnamen zoals 'Stichting HZCR', 'Stichting Andros', 'ViaCura', 'Medinova' en 'Alant' zijn nog het meest onderscheidend van de andere ZBC's.

De meeste merksnamen van ZBC's kenmerken zich door de *monolithische* merksnaamstrategie. Deze ZBC's hebben één hoofdmerk en één naam voor de organisatie. Alle diensten verwijzen naar de onderneming (organisatiemerks) en hanteren één visuele stijl. Een andere voorkomende merkstrategie is de *endorsement benadering*. Deze strategie wordt gekenmerkt door meerdere gelijkwaardige merken, elk verbonden aan het hoofdmerk met verschillende labels voor aanduiding van specifieke producten en dienstencategorieën. Voorbeelden hiervan zijn Alant Cardio, Alant Vrouw en de Veldhuisklinieken. Naast merksnamen onderscheiden ZBC's zich ook op andere wijze, zoals een slogan en beeldmerk.

De meeste ZBC's lijken er niet in te slagen om met een merksnaam te onderscheiden van andere ZBC's. De merksnamen geven de indruk dat de merksnamen veelal niet zijn ontwikkeld op basis van een weloverwogen beleid. De vraag is of de merksnamen van ZBC's aansluiten bij de waarden van de klant en de kernwaarden van de ZBC. Geconcludeerd kan worden dat de merksnamen van ZBC's weinig onderscheidend en weinig origineel zijn. De indruk is gewekt dat ZBC's slechts in beperkte mate een voldoende adequate merkbeleid hanteren om zich te onderscheiden van andere ZBC's. Dit is een nogal subjectieve constatering en dient dan ook nader onderzocht te worden.

Betrouwbaarheidsanalyse

De betrouwbaarheidsanalyse (zie tabel 6.16) is gebruikt om na te gaan of het geconstrueerde meetinstrument (meetschaal) merkbeleid voldoet aan bepaalde eisen. Zonodig kan de meetschaal ingekort worden om te voldoen aan die eisen. Een meetinstrument is geschikt om betrouwbare scores te verkrijgen, wanneer het meetinstrument bij herhaalde meting onder ongewijzigde omstandigheden dezelfde scores geeft. Een valide instrument geeft scores die theoretisch bedoeld worden om te meten. Indien de vuistregel wordt gehanteerd dat $\alpha \geq 0,70$ gelijk staat aan een voldoende betrouwbaarheid, dan kan worden geconcludeerd dat de meetschaal merkbeleid (Alpha 0,7828) voldoet aan dit criterium. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het merkbeleid voldoende betrouwbaar gemeten wordt door de set van negen items in dit onderzoek.

De schaal kan op twee manieren verbeterd worden, namelijk door het vergroten van het aantal items en door uit de bestaande set dié items te selecteren die sterker met elkaar correleren, dan wel items te verwijderen die zwak met de overige items correleren. Het vergroten van het aantal items is alleen zinvol als de toegevoegde items voldoende sterk samenhangen en andere dimensies van merkbeleid kunnen aanduiden. Gezien de betrouwbaarheidsanalyse (tabel 6.16) kan worden opgemaakt dat het verwijderen van een item geen optie is, aangezien de betrouwbaarheid daar niet (veel) beter van wordt. Item ‘overeenkomst merknaam en kernwaarden’ levert slechts voor 0,0002 een betere alpha op. Het verwijderen van dit item draagt weinig bij en kan er juist toe leiden dat een dimensie van merkbeleid wordt gemist. Het verwijderen van andere items leidt er toe dat betrouwbaarheid alleen maar minder wordt. Geconcludeerd kan worden dat verwijderen van een item uit de schaalscore merkbeleid niet bijdraagt tot een betrouwbaardere schaalscore merkbeleid.

Aangezien de betrouwbaarheidsanalyse te weinig toetst op het discriminerende vermogen van de meetschaal merkbeleid, is ook de factoranalyse toegepast. Aan de hand van de factoranalyse is onderzocht in hoeverre de vragen over merkbeleid samen een betrouwbare schaal vormen. Worden er wel genoeg dimensies (factoren) onderscheiden? In factoranalyse is de gehele set van onderlinge relaties tussen de variabelen bestudeerd.

Variabele	Corrected Item-Totalcorrelation	Alpha if item deleted
Bewust positioneren en profileren	0,5338	0,7752
Metten rendement	0,5484	0,7496
Belang van merk voor relatiemanagement	0,4826	0,7600
Overeenkomst merknaam en kernwaarden	0,3899	0,7830
Overeenkomst huisstijl/ logo en kernwaarden	0,4926	0,7597
Kennis merkimago	0,6237	0,7351
Oordeel over sterkte van merk	0,3821	0,7743
Communiceren van kernwaarden	0,5036	0,7568
Rendement van merkbeleid en merkcommunicatie	0,4711	0,7625

Tabel 6.16: *Betrouwbaarheidsanalyse schaalscore merkbeleid.*

Factor analyse

Aan de hand van de factoranalyse is onderzocht in hoeverre de vragen over merkbeleid samen een betrouwbare schaal vormen en of er meerde dimensies aan de set items ten grondslag liggen. Door factoranalyse uit te voeren wordt inzicht verkregen in de onderlinge verbanden

tussen de variabelen. De Bartlett's Test of Sphericity ($p = 0,000$) geeft aan dat de factoranalyse toegepast kan worden. Op basis van factoranalyse (zie tabellen 6.17 en 6.18, varimax rotatie) is op te maken dat er hoofdzakelijk drie factoren (componenten) zijn te onderscheiden. Deze componenten hebben samen een verklaarde variantie van 66%. Gezien de onderscheiden componenten en de kennis over de theorie, kan worden geconcludeerd dat deze componenten slechts in beperkte mate het merkbeleid van ZBC's kunnen bepalen. In de theorie worden meer dimensies onderscheiden die in deze meetschaal niet goed naar voren komen.

Variabele	Component 1	Component 2	Component 3
Bewust positioneren en profileren	0,764	0,182	0,180
Metten rendement	0,266	0,158	0,704
Belang van merk voor relatiemanagement	-0,016	0,187	0,886
Overeenkomst merknaam en kernwaarden	0,033	0,777	0,124
Overeenkomst huisstijl/ logo en kernwaarden	0,109	0,893	0,099
Kennis merkimago	0,527	0,196	0,597
Oordeel over sterkte van merk	0,886	0,061	-0,001
Communiceren van kernwaarden	0,570	0,089	0,408
Rendement van merkbeleid en merkcommunicatie	0,213	0,613	0,228

Tabel 6.17: Factoranalyse schaalscore merkbeleid

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,552	39,467	39,467
2	1,365	15,169	54,636
3	1,018	11,313	65,949
4	0,886	9,839	75,788
5	0,735	8,167	83,955
6	0,536	5,951	89,906
7	0,400	4,443	94,349
8	0,277	3,083	97,432
9	0,231	2,568	100,000

Tabel 6.18: Factoranalyse schaalscore merkbeleid

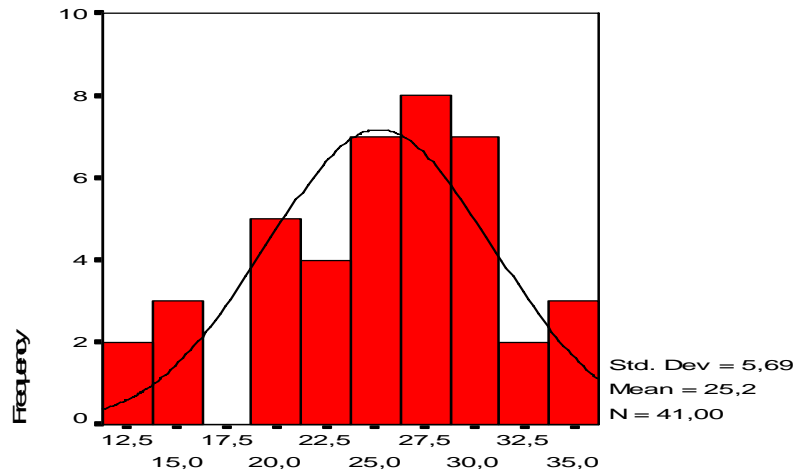
Op basis van de betrouwbaarheidsanalyse en de factoranalyse kan worden geconcludeerd dat de meetschaal merkbeleid technisch gezien voldoende betrouwbaar is, maar derhalve geen volledige en zeker geen gevalideerde meetschaal is. Desondanks wordt de score wel gebruikt voor nadere analyse, aangezien het van groot belang is voor dit onderzoek. Middels de score op merkbeleid wordt getracht een *indicatie* te krijgen over het inzetten van merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's. Een hogere score geeft aan dat een respondent merkbeleid en merkcommunicatie in hogere mate inzet dan andere respondenten met een lagere score. In de toekomst moet voor een dergelijk onderzoek de vragenlijst zorgvuldiger worden opgezet of er dient een gevalideerde vragenlijst te worden gebruikt.

Van de drie onderscheiden componenten zijn factorscores berekend. Van deze factorscores zijn kruistabellen en correlatieanalyses vervaardigd. Uit de analyse blijkt dat geen duidelijke

patronen naar voren komen en dat er sprake is weinig significantie. Geconcludeerd kan worden dat een hoge score op de ene component niet gerelateerd is aan een hoge of lage score op de andere component. De correlatie tussen de factoren en de respondent is beperkt. Dit leidt er toe dat voor dit onderzoek een ongedifferentieerde hoofdschaal wordt gebruikt.

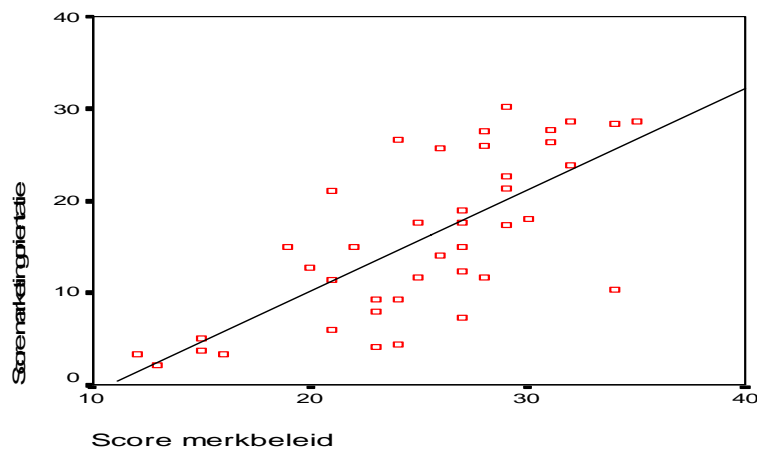
Score merkbeleid

Uit de resultaten (grafiek 6.19) blijkt dat de gemiddelde score op merkbeleid 25,2 is, met een standaarddeviatie van 5,69. De score is normaal verdeeld (Kolmogrov-Smirnov Asymp. Sig. (2-tailed) $p = 0,663$). De minimale score ligt op 12 en de maximale score ligt op 35. Slechts 17% van de respondenten heeft een score dat hoger ligt dan 30. Geconcludeerd kan worden dat de respondenten op merkbeleid redelijk hoog scoren.



Grafiek 6.19: Frequentieverdeling score merkbeleid.

Het vermoeden bestaat dat de score op merkbeleid een verband heeft met marketingoriëntatie. In grafiek 6.20 is een scatterplot opgenomen waarbij de score op merkbeleid is afgezet tegen de score op marketingoriëntatie. Uit deze grafiek is op te maken dat er een verband lijkt te bestaan tussen merkbeleid en marketingoriëntatie. De grafiek geeft aan dat respondenten (ZBC's) met een hogere marketingoriëntatie ook een hogere score op merkbeleid hebben.



Grafiek 6.20: Scatterplot van merkbeleid en marketingoriëntatie

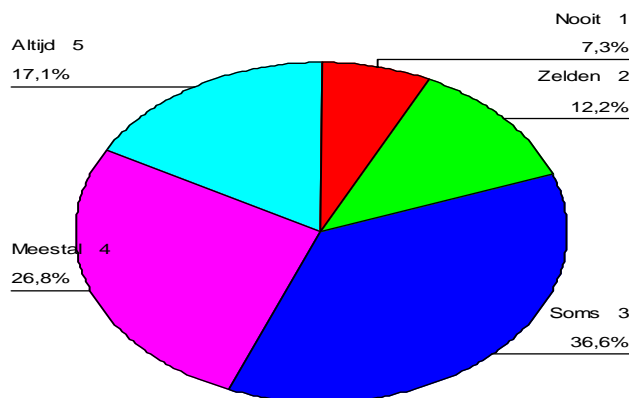
Aan de hand een lineaire regressieanalyse ($p= 0.001$; $R^2 = 0,504$) is op te maken dat er een verband bestaat tussen merkbeleid en marketingoriëntatie. De grafiek geeft aan dat respondenten (ZBC's) met een hogere marketingoriëntatie een hogere score op merkbeleid hebben. Dit is ook vrij logisch aangezien respondenten met een hogere score op marketingoriëntatie bewuster bezig zijn met het positioneren en profileren van hun ZBC middels doordachte marktstrategieën.

Bewust positioneren en profileren met een merk

Van de respondenten geeft 83,3% aan dat zij zich bewust positioneren met een merk (naam) om een goed imago en duidelijke identiteit op te bouwen bij klanten/ relatienetwerk. Desalniettemin blijkt uit het voorgaande dat slechts een klein deel (12,2%) van de respondenten marketinggeoriënteerd is en een hoge score (goed of zeer goed) heeft op merkbeleid. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de respondenten wel bewust bezig zijn met merkbeleid, maar dat slechts een klein deel daarvan ook echt de kennis heeft en de processen er op inricht om een sterk merk te ontwikkelen. Het lijkt er dus op dat er een kloof is tussen de intentie om bewust merkbeleid te ontwikkelen en het daadwerkelijk ontwikkelen van strategisch merkbeleid.

(Merk)Communicatie(mix)

Uit resultaten (zie figuur 6.21) blijkt dat zo'n 43,9% van de respondenten haar kernwaarden zowel intern als extern communiceert. Dit komt ook wel overeen met de wijze waarop de respondenten de communicatiemix inzetten (zie tabel 6.22).



Figuur 6.21: Communiceren van kernwaarden zowel intern als extern.

In tabel 6.23 is weergegeven hoe de respondenten scoren op de communicatiemix. Hieruit is op te maken dat behalve Internet de andere communicatiemiddelen door meer dan 50% van de respondenten zelden tot nooit gebruikt worden bij communicatie met het relatienetwerk. Internet wordt door de respondenten voor 58,5% regelmatig tot vaak ingezet als communicatiemiddel. Andere communicatiemiddelen die voor een belangrijk deel worden ingezet (+/- 32%) zijn persberichten en lobbyen.

Hieruit is op te maken dat behalve Internet andere communicatiemiddelen door meer dan 50% van de respondenten zelden tot nooit gebruikt worden bij communicatie met het relatienetwerk. Internet wordt door de respondenten voor 58,5% regelmatig tot vaak ingezet als communicatiemiddel. Andere communicatiemiddelen die redelijk vaak worden ingezet (+/- 30%) zijn persberichten en lobbyen. Geconcludeerd kan worden dat communicatiemiddelen beperkt worden ingezet door de ZBC om zich te profileren. Het is

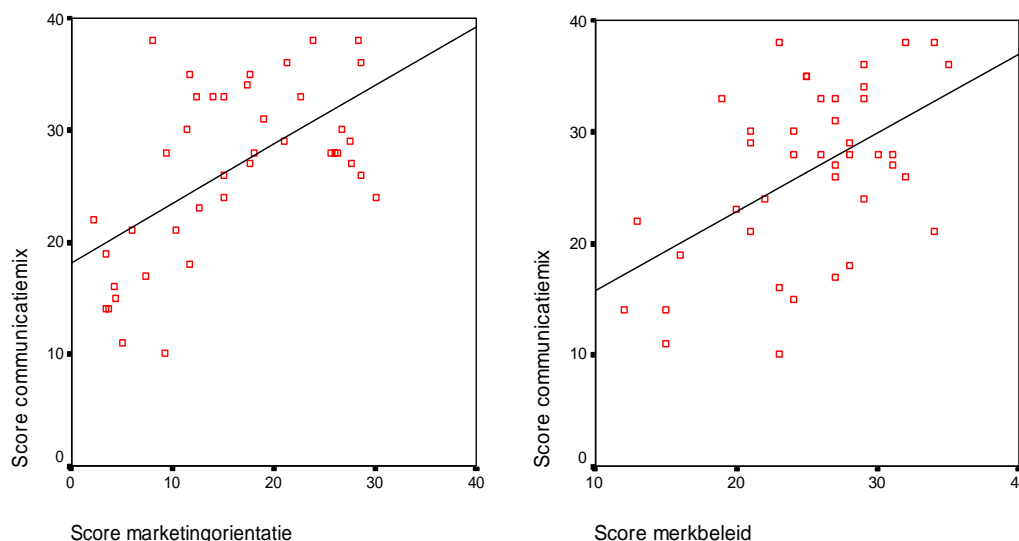
mogelijk dat ZBC's zich juist via andere communicatiemiddelen profileren, zoals lezingen, publicaties, jaarverslagen etc. Dit zou verder onderzocht moeten worden. Ook zou er een duidelijker onderscheidt gemaakt moeten worden tussen interne en externe communicatie, alsmede communicatie in het algemeen en communicatie van het merk. Mogelijk dat dit andere resultaten oplevert.

Communicatiemiddel	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
Internet	22,0 %	7,3 %	12,2 %	14,6 %	43,9 %
Congressen	19,5 %	31,7 %	29,3 %	12,2 %	7,3 %
Persberichten	29,3 %	24,4 %	12,2 %	22,0 %	12,2 %
Mailings	29,3 %	22,0 %	22,0 %	22,0 %	4,9 %
Lobbyen	29,3 %	14,6 %	22,0 %	17,1 %	17,1 %
Opendagen	29,3 %	19,5 %	24,4 %	24,4 %	2,4 %
Reclame	34,4 %	17,1 %	24,4 %	14,6 %	9,8 %
Advertenties	41,5 %	12,2 %	22,0 %	12,2 %	12,2 %
Nieuwsbrieven	52,1 %	26,8 %	9,8 %	12,2 %	0 %

Tabel 6.22: Score communicatiemix

Met behulp van een nadere analyse is na te gaan of er een verband is tussen de communicatiemix en marketingoriëntatie en tussen de communicatiemix en de score op merkbeleid. De score van de communicatiemix kan berekend worden door alle schaa scores (1 t/m 5) per communicatiemiddel op te tellen. De minimale score die behaald kan worden is dan 9 en de maximale score die behaald kan worden is dan 45. Hoe hoger de score des te meer de respondent communiceert met één van de bovenstaande communicatiemiddelen.

Uit deze analyse, zie grafieken 6.23 en 6.24, is op te maken dat er een positief verband lijkt te bestaan tussen de communicatiemix en de marketingoriëntatie en tussen de communicatiemix en de score op merkbeleid. Op basis van een lineaire regressie analyse is op te maken dat deze verbanden significant zijn, respectievelijk $p = 0,00$ ($R^2 = 0,352$) en $p = 0,001$ ($R^2 = 0,267$). Hoe hoger de score op merkbeleid dan wel marketingoriëntatie, des te meer de respondent communiceert met één van de bovenstaande communicatiemiddelen. Geconcludeerd kan worden dat de communicatiemiddelen vaker worden toegepast als ZBC's meer georiënteerd zijn op marketing en merkbeleid.

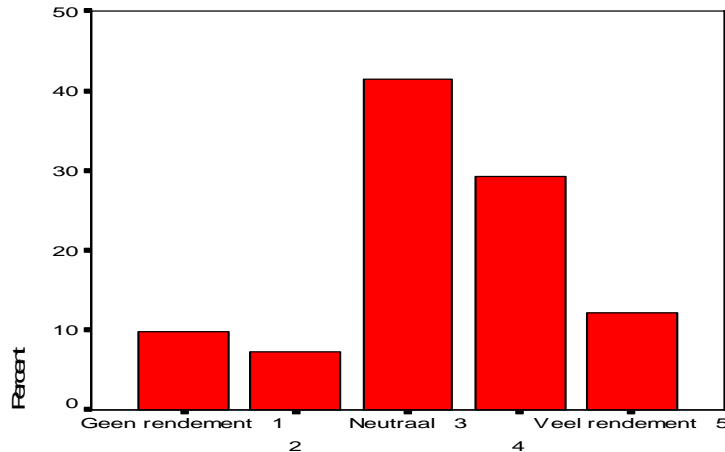


Grafieken 6.23 en 6.24: Scatterplot, respectievelijk communicatiemix – marketingoriëntatie en communicatiemix en score merkbeleid.

Rendement merkbeleid

Van de respondenten geeft 58,5% aan dat zij zelden tot nooit het rendement meten van het merkbeleid en merkcommunicatie. 17,1% meet het rendement soms en 24,4% meet het rendement meestal tot altijd. Toch geeft maar 17,1% van de respondenten aan dat zij geen of weinig rendement ondervindt van haar merkbeleid en merkcommunicatie. Mogelijk is hier sprake van inconsistentie in het beantwoorden van beide vragen, aangezien het niet mogelijk om te oordelen dat er wel rendement is, terwijl er geen meting wordt gedaan naar dat rendement. Mogelijk geeft dit aan dat ZBC's vertrouwen hebben in hun huidige merkbeleid en er mogelijk onterecht vanuit gaan dat het rendement oplevert. Een nader onderzoek zou moeten uitwijzen of dit ook echt het geval is.

In tabel 6.25 is weergegeven hoe de respondenten oordelen over het rendement van hun merkbeleid en merkcommunicatie. Hieruit is op te maken dat 41,5% van de respondenten oordeelt dat hun merkbeleid en merkcommunicatie redelijk tot veel rendement oplevert, 41,5% geeft een neutraal antwoord. Ook is opvallend dat geen enkele respondent het merk van zijn ZBC beschouwt als zwak en dat het merendeel, zo'n 70% zijn merk beschouwt als een redelijk tot sterk merk. Dit komt niet overeen met het oordeel over het rendement van merkbeleid en merkcommunicatie. Het is mogelijk dat hier sociaal wenselijk antwoorden zijn gegeven of dat ZBC's de sterkte van hun merk overschatten. Nader onderzoek, zoals een uitgebreid Brand Report onderzoek (Brand Care Report), zou meer uitsluitsel kunnen geven over de sterkte van het merk van ZBC's. Opgemerkt dient te worden dat een Brand Care Report vooralsnog niet bestaat, een Brand Report Card wel. Een Brand Report Card is afkomstig uit het bedrijfsleven en heeft een beperkte toepassing voor de gezondheidszorg en dus een beperkte toepassing om de sterkte van het merk van ZBC's te meten (zie ook paragraaf 7.2.6).



Tabel 6.25: Oordeel rendement marktbeleid en merkcommunicatie.

6.3 Conclusie en discussie

Deze paragraaf tracht antwoord te geven op deelvraag 4: *In hoeverre zijn zelfstandige behandelcentra in Nederland marketinggeoriënteerd?* Tevens wordt voor een deel een antwoord geformuleerd op deelvraag 5, 7, 8 en 9; *In welke mate wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland ingezet? In hoeverre wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland gemonitord? In welke mate rechtvaardigt inzet van merkenbeleid en merkcommunicatie de inzet van middelen? Op welke wijze dient merkbeleid en merkcommunicatie zich verder te ontwikkelen, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen?* Deze paragraaf richt zich op de belangrijkste conclusies.

Marketingoriëntatie

Marketingoriëntatie houdt in dat organisaties hun bedrijfsmodellen permanent toesnijden op (veranderende) vraag/belangen van bestaande klanten (relaties), op nieuwe, mondige klanten en flexibele concurrenten; zij moeten klanten en concurrenten goed monitoren, het eigen aanbod verbeteren, de doelmarkten zorgvuldig definiëren en de waardepropositie van het aanbod constant en optimaal afstemmen op de verwachtingen van al hun stakeholders en interne bedrijfsprocessen. Dit vraagt een systematische en integrale organisatieaanpak, hetgeen een heel andere benadering is dan een autonome ontwikkeling van product/ markt, zoals in de gezondheidszorg veelal gebeurt. Marketingoriëntatie draagt bij aan het succes van een zorginstelling in een competitieve omgeving.

In dit onderzoek is onderzocht in hoeverre ZBC's marketinggeoriënteerd zijn. De marketingoriëntatie is in dit onderzoek gemeten bij 41 respondenten dat overeenkomt met 65 ZBC's in Nederland (respons van 64%). De mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn, is als selectiemiddel gebruikt voor het selecteren van ZBC's voor het kwalitatieve onderzoek (zie hoofdstuk 7). Uit de resultaten blijkt dat 62,5% van de operationele ZBC's in Nederland (104) een gemiddelde marketingoriëntatie heeft van 15,83 punten (standaard deviatie is 8,7). Dit komt overeen met een marketingoriëntatie dat matig genoemd kan worden, zie ook de schaalverdeling in bijlage 3. Slechts 30% van de ZBC's heeft een goede marketingoriëntatie. Van die 30% heeft 17,1% een zeer goede marketingoriëntatie. Door de ZBC's wordt het laagst gescoord op deelaspect *adequate marketinginformatie* en deelaspect *strategische oriëntatie*. Gemiddeld genomen blijkt dat veel ZBC's (65%) beperkt tot weinig kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie tot zijn beschikking heeft betreffende ontwikkelingen van de zorgmarkt. Tevens blijkt dat gemiddeld genomen veel ZBC's (eveneens 65%) beperkt tot onvoldoende duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen hebben ontwikkeld om marketingdoelen te bereiken.

Geconcludeerd kan worden dat de onderzochte operationele ZBC's in Nederland in beperkte mate marketinggeoriënteerd zijn. Voor veel ZBC's, zo'n 70%, is nog veel winst te behalen wat betreft de marketingoriëntatie. Daarmee sluit dit aan op bevindingen uit hoofdstuk 4, dat zorginstelling het in de zorgsector zich veelal niet positioneren en profileren aan de hand van strategische zorgmarketing. Dit houdt echter niet in dat pas bij een goede marketingoriëntatie door ZBC's succesvolle resultaten worden behaald. Een hogere marketingoriëntatie draagt wel bij aan een grotere kans daartoe. Mogelijk zien ZBC's het nut nog niet van zorgmarketing of is zorgmarketing nog van ondergeschikt belang. Ook is het mogelijk dat de zorgmarkt nog niet voldoende is ontwikkeld om marketing te hanteren dan wel dat zorgmarketing ook in de Nederlandse gezondheidszorg profijtelijk is. Een nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre andere sectoren van de gezondheidszorg marketinggeoriënteerd zijn en welke ontwikkelingen zich hierin plaatsvinden. Ook zou onderzoek gedaan moeten worden naar de

factoren die marketing in de gezondheidszorg bevorderen dan wel beperken. Dit kan bijdragen aan het verder ontwikkelen van strategische zorgmarketing en specifiek een positieve bijdrage leveren aan het verder ontwikkelen van de Nederlandse zorgmarkt.

Marketingfunctionaris en grootte van ZBC

In hoofdstuk 4 is betoogd dat een hogere mate van marketingoriëntatie van ziekenhuizen samengaat met de aanwezigheid van een marketingfunctionaris dan wel de grootte van een ziekenhuis. In dit onderzoek zijn deze verbanden onderzocht voor ZBC's. Uit de resultaten blijkt dat er geen verband bestaat tussen de grootte van de ZBC en de marketingoriëntatie. Om de grootte van een ZBC aan te duiden zijn variabelen, zoals aantal locaties, FTE, aantal patiënten per jaar, opgenomen in onze vragenlijst. In het onderzoek van Naidu en Narayana (1991) is hiervoor echter de variabele beddenscapaciteit gebruikt. Aangezien niet iedere ZBC beddenscapaciteit heeft is voor andere variabelen gekozen. Het zou kunnen dat de grootte van een ZBC niets te maken heeft met de mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn, ook is het mogelijk dat een andere variabele meer geschikt is om dit te bepalen. Hiervoor kan gedacht worden aan omzet, totaal aantal medewerkers etc. In vervolgonderzoek zou dit verder onderzocht kunnen worden. Geconcludeerd kan worden dat de aanwezigheid van een marketingfunctionaris leidt tot een hogere marketingoriëntatie.

Merkbeleid/ merkcommunicatie

Merkbeleid krijgt in de gezondheidszorg een steeds belangrijkere rol, vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector. Zorgaanbieders moeten zich steeds beter positioneren en profileren met een merk, om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. In dit onderzoek is met behulp van vragen over merkbeleid en merkcommunicatie een score berekend om te onderzoeken in hoeverre merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's wordt ingezet. Uit de resultaten blijkt dat de ZBC's een gemiddelde score hebben van 25,2 (maximaal haalbare score van 37), hetgeen redelijk hoog is. Tevens blijkt dat er een positief significant verband bestaat tussen merkbeleid en de marketingoriëntatie. Een hogere score op merkbeleid gaat samen met een hogere marketingoriëntatie. Geconcludeerd kan worden dat ZBC's die hoog scoren op merkbeleid en marketingoriëntatie in hogere mate merkbeleid en merkcommunicatie inzetten om zich te positioneren en te profileren. Ook kan geconcludeerd worden dat de communicatiemiddelen vaker worden toegepast als ZBC's meer georiënteerd zijn op marketing en merkbeleid.

Desalniettemin blijkt dat slechts een klein deel (12,2%) van de respondenten marketinggeoriënteerd is en een hoge score heeft op merkbeleid. ZBC's zijn overwegend positief zijn over hun merk zonder dat zij weten wat het rendement van hun merkbeleid is. ZBC lijken de sterkte van hun merk te overschatten. In het verlengde hiervan kan blijkt dat de merknamen van ZBC's weinig onderscheidend en weinig origineel zijn. De indruk is gewekt dat ZBC's slechts in beperkte mate een voldoende adequate merkbeleid hanteren om zich te onderscheiden van andere ZBC's. Het lijkt er op dat de ZBC's wel bewust bezig zijn met merkbeleid, maar dat slechts een klein deel daarvan ook echt de kennis heeft en de processen er op inricht om een sterk merk te ontwikkelen. Geconcludeerd moet worden dat er een kloof lijkt te bestaan tussen de intentie om bewust merkbeleid te ontwikkelen en het daadwerkelijk ontwikkelen van strategisch merkbeleid. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre dit ook zo is en of dit ook voor andere sectoren in de gezondheidszorg geldt. Verder zou onderzocht moeten worden welke factoren hierop van invloed zijn om deze kloof te dichten en de marktwerking in de gezondheidszorg te stimuleren.

Discussie

Ondanks dat dit onderzoek goed naar tevredenheid is verlopen, is een kritische reflectie zeker op zijn plaats. Hieronder is kort een kritische noot gegeven op het uitgevoerde onderzoek.

Marketing Audit

Ook al heeft Marketing Audit de tand des tijd ruimschoots doorstaan, toch is er een belangrijk kanttekening. Een belangrijke kanttekening bij de vragenlijst over marketingoriëntatie is dat de kans aanwezig blijft dat de vragenlijst door iemand is ingevuld met onvoldoende of beperkte kennis van marketing en specifiek marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg. Op deze manier kan de vragenlijst veel kracht verliezen, omdat waardevolle informatie wordt gemist. Deze kanttekening blijft staan ook al is gebleken dat de vragenlijst in dit onderzoek veelal is ingevuld door iemand die in het bestuur zit van de ZBC en kennis zou kunnen hebben van marketingactiviteiten. Er kan niet voldoende uitsluitel gegeven worden over de kracht van dit instrument voor ZBC's, immers andere factoren kunnen hierop ook van invloed zijn. De kracht van de vragenlijst wordt niet alleen bepaald door respondent, maar ook door de toepasbaarheid van het instrument op zorginstellingen in de Nederlandse gezondheidszorg.

Meetschaal merkbeleid

Vanwege beperkte beschikbare tijd en vanwege het feit dat tijdens de formulering van de vragen het theoretische kader nog niet was afgerond, zijn de vragen over merkbeleid en merkcommunicatie niet optimaal gekozen en zorgvuldig genoeg geformuleerd. De zwakte hiervan is, dat de vragen niet adequaat genoeg meten in hoeverre ZBC's merkbeleid inzetten voor de positionering en profilering van hun ZBC. De *factoranalyse* van de meetschaal merkbeleid onderschrijft deze beperking. De meetschaal merkbeleid is technisch gezien voldoende betrouwbaar, maar geen volledige en zeker geen gevalideerde meetschaal. Kortom de generaliseerbaarheid van de vragenlijst met betrekking tot merkbeleid is beperkt. Desondanks wordt de score wel gebruikt voor analyse, aangezien het van groot belang is voor dit onderzoek. Middels de score op merkbeleid is getracht een *indicatie* te krijgen over het inzetten van merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's. In de toekomst moet voor een dergelijk onderzoek de vragenlijst zorgvuldiger worden opgezet of er dient een gevalideerde vragenlijst te worden gebruikt. Een andere beperking is dat de vragen met betrekking tot merkbeleid niet uitputtend konden worden opgenomen in de vragenlijst. Er moest een afweging gemaakt worden tussen de hoeveelheid vragen en de nauwkeurigheid van de meting. Een te lange vragenlijst leidt er toe dat de respons om laag gaat.

Vragenlijst

Het is gebleken dat ondanks een zorgvuldige voorbereiding niet alle vragen voor de ZBC's duidelijk waren of zelfs irrelevant zijn. Hierdoor worden niet alle vragen naar juistheid ingevuld, waardoor informatie wordt gemist. Mogelijk had dit voorkomen kunnen worden als de pilot van de vragenlijst was uitgebreid met twee ZBC's.

Selectiebias

Het inzetten van de contacten van C. Heijmans is een belangrijke factor om een hoge respons te realiseren. Hierin schuilt echter wel het gevaar dat selectiebias is opgetreden. Verhoudingsgewijs is een hogere respons verkregen in regio's waar C. Heijmans veel contacten heeft, t.o.v regio's waarin zij minder contacten heeft. Als gevolg hiervan kan een scheef beeld verkregen worden van de marketingoriëntatie, dan wel merkbeleid.

Respondentenbestand

Een andere kanttekening is dat 11,8% van de respondenten aangeeft niet verzekerde zorg te leveren. ZBC's, die een stichting als rechtspersoon hebben, mogen alleen verzekerde zorg leveren. Niet verzekerde zorg dient te worden ondergebracht onder een NV of BV. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het respondentenbestand mogelijk instellingen bevat die niet of slechts ten dele kunnen worden aangemerkt als een ZBC (zie ook definitie inleiding). Dit kan tot een vertekening hebben geleid van de resultaten.

Meerdere locaties

Tot slot dient te worden vermeld dat een aantal ZBC's een onderdeel vormen van een organisatie die bestaat uit meerdere locaties. Aangezien deze ZBC's, als onderdeel van een organisatorische eenheid, hetzelfde beleid voeren en dezelfde aanspreekpunt hebben, worden deze ZBC's beschouwd als één instelling/ organisatie. Dit heeft tot gevolg dat ZBC's die onderdeel zijn van een organisatorische eenheid, worden beschouwd als één respondent. Het voordeel van deze maatregel is dat sommige ZBC's (respondenten) slechts een keer de vragenlijst hoeven in te vullen. Een nadeel is dat door deze maatregel informatie zal worden gemist, aangezien een afzonderlijke locatie een andere marketingoriëntatie kan hebben dan de andere locaties van dezelfde organisatie. Wel mag verwacht worden dat ZBC's die onder één organisatie een vergelijkbare marketingoriëntatie hebben en een vergelijkbaar merkbeleid, communicatiebeleid. Een ander nadeel is dat sommige vragen mogelijk moeilijk te interpreteren zijn, aangezien de vraag beantwoord moet worden voor meerdere locaties tegelijk. Kort samengevat kan de maatregel die hier is genomen methodologische problemen opleveren, waardoor een vertekening van de resultaten heeft kunnen optreden.

Hoofdstuk 7 Resultaten en analyse kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het kwalitatieve onderzoek beschreven. Hierbij wordt nader een antwoord geformuleerd op de deelvragen 5 t/m 9:

- *In welke mate wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland ingezet?*
- *Wat zijn de overwegingen voor zelfstandige behandelcentra in Nederland, om merkbeleid en communicatie in te zetten? In hoeverre wordt merkbeleid en merkcommunicatie door zelfstandige behandelcentra in Nederland gemonitord?*
- *In hoeverre voldoet merkbeleid en merkcommunicatie aan gestelde doelstellingen, aan ethische en maatschappelijke verantwoordelijkheid en in welke mate rechtvaardigt inzet van merkenbeleid en merkcommunicatie de inzet van middelen?*
- *Op welke wijze dient merkbeleid en merkcommunicatie zich verder te ontwikkelen, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen?*

Achtereenvolgens wordt beschreven de wijze van selectie van de drie ZBC's (cases) voor het kwalitatieve onderzoek, de analyse en conclusie/ discussie. De resultaten zijn in bijlage 7 opgenomen.

7.1 Selectie van ZBC's

Ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek zijn drie cases geselecteerd. Deze selectie heeft plaatsgevonden op basis van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. Het uitgangspunt dat voor de selectie is gehanteerd, houdt in dat alleen die ZBC's worden geselecteerd die marketing en merkbeleid inzetten. Dit uitgangspunt is gekozen, omdat wordt onderzocht op welke wijze zelfstandige behandelcentra merkbeleid en (merk)communicatie inzetten. Bovendien mag verwacht worden dat ZBC's die zich met marketing en merkbeleid bezig houden, inmiddels een duidelijk standpunt hebben ingenomen betreffende dit thema. Juist dat inzicht, kan op dit moment waardevolle informatie opleveren. In het verlengde van de probleemstelling van deze scriptie is het overigens ook te verdedigen om ZBC's te selecteren die marketing en merkbeleid in mindere mate inzetten, immers uit het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat een grote groep ZBC's zich weinig tot beperkt met marketing en merkbeleid bezighouden. Mogelijk bestaan er tegenstellingen in opvattingen over marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg tussen ZBC's en dat kan juist van aanvullende betekenis zijn voor dit onderzoek. Desondanks zijn alleen die ZBC's geselecteerd die zich met marketing en merkbeleid bezighouden. Voor een zorgvuldige en uitvoerige beschrijving en analyse van de probleemstelling is het dus aan te bevelen om meer dan drie cases te selecteren om de verschillende standpunten en perspectieven van ZBC's goed te kunnen onderzoeken. Vanwege beperkte tijd die voorhanden is om deze scriptie te schrijven, is er voor gekozen niet meer dan drie cases te selecteren. Verder is in de selectie van de cases rekening gehouden met opvallende resultaten en homogeniteit in uitkomsten.

Drie geselecteerde cases

Concreet genomen zijn de cases (zie tabel 7.1 en 7.2) in dit onderzoek geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- Een hoge marketingscore (goed of zeer goed, 29,36% van het totale aantal respondenten);
- Een hoge score op merkbeleid (hoger dan score 27, 30% totale aantal respondenten);
- De aanwezigheid en *afwezigheid* van een marketingfunctionaris bij hoge score marketingoriëntatie.
- De ZBC positioneert en profileert zich bewust met merkbeleid en marketingoriëntatie.

Naar aanleiding van deze criteria komen 7 ZBC’s in aanmerking voor het kwalitatieve onderzoek. Na een onderlinge afstemming met C. Heijmans, die interviews houdt met ZBC’s betreffende relatiemarketing, is gekomen tot een drietal cases. Deze cases zijn kort weergegeven in tabel 7.1 en tabel 7.2. In bijlage 7, zijn de drie cases beschreven. Deze drie cases vormen het uitgangspunt voor de analyse.

ZBC identificatie	Score marketingoriëntatie	Score merkbeleid	Marketing-functionaris	Locaties	Provincie van locatie	Jaar van oprichting
ZBC A	28,66	29	Ja	1	Noord-Holland	1996
ZBC B	28,33	34	Ja	1	Utrecht	2005
ZBC C	27,66	28	Nee	1	Zuid-Holland	2005

Tabel 7.1: Selectie en kenmerken van ZBC’s, kwalitatief onderzoek.

ZBC identificatie	Specialismen	FTE specialisten	Aantal patiënten per jaar	Zorgsegment	geïnterviewde	Adherentiegebied
ZBC A	Allergologie, Dermatologie	2-3	4000	A	Directeur	Heel Nederland
ZBC B	Oogheekunde	1-2	200	A (90%) B (10%)	Voorzitter van bestuur	Utrecht en Zuid-Holland
ZBC C	Chirurgie, dermatologie, gynaecologie, interne geneeskunde, urologie	2-3	1500	A	Financieel directeur	Zuid-Holland

Tabel 7.2: Selectie en kenmerken van ZBC’s, kwalitatief onderzoek.

7.2 Analyse

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten uit de cases nader geanalyseerd. Achtereenvolgens komen de volgende aspecten aan bod: opvallende resultaten, merkbeleid en marketing in de gezondheidszorg, merkpositionering, merkcommunicatie, sterkte van het merk en de Brand report Card.

7.2.1 Opvallende resultaten

Verband jaar oprichting zorginstelling en sterkte van merk

Op basis van de analyse is het vermoeden gerezen dat er een verband bestaat tussen het jaar van oprichting en de sterkte van het merk, aangezien Multicare een sterk merkbeleid lijkt te hebben en Polikliniek en NPBC een beduidend minder sterke merk. Dit zou een logisch verband zijn aangezien in de literatuur wordt beschreven dat het ontwikkelen van een sterk merk een proces is van jaren. Het is interessant om te onderzoeken of dit ook daadwerkelijk het geval is voor organisaties in de gezondheidszorg. Ook hierbij zou de Brand Care Card een belangrijke rol kunnen spelen.

Type zorg/ patiëntengroep

Een opvallend resultaat is dat er mogelijk een verband bestaat tussen het type zorg en de wijze waarop merkbeleid ingezet moet worden. Uit de analyse is namelijk gebleken dat de merknaam voor chronische patiënten (zie ook case Multicare), die veelal een langdurige relatie aangaan met een zorginstelling, minder belangrijk is dan gedacht. Mogelijk betekent dit dat het merkbeleid sterk afhankelijk is van de soort patiëntengroep. Interessant in deze is, hoe merkbeleid het best ingezet kan worden bij verschillende soorten patiëntengroepen, ten einde een sterk merk te ontwikkelen.

7.2.2 Merkbeleid en marketing in de gezondheidszorg

In de literatuur is beschreven dat merkbeleid in de gezondheidszorg een steeds belangrijkere rol heeft vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector. Zorgaanbieders moeten zich steeds beter positioneren en profileren met een merk om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie.

Volgens Kotler (2003) dienen ondernemingen (zorginstellingen) in hun producten/ diensten te voorzien in de behoefte en wensen van klanten door een waardepropositie te leveren in de vorm van een verzameling van voordelen waarmee de klant in een bepaalde behoefte kan voorzien. In aanvulling hierop geeft Boonekamp (2006) aan dat strategische zorgmarketing het creëren van superieure klantwaarde is, waarbij een duurzame relatie met stakeholders en een goede reputatie van groot belang is. Teneinde een superieure klantwaarde te creëren, is voor het opbouwen van aan een duurzame relatie met stakeholders en een goede reputatie, een *sterk merk* essentieel. Een sterk merk wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor bedrijfssuccessen. Gezien de resultaten van het kwantitatieve onderzoek kan gesteld worden dat marketing en merkbeleid met elkaar associëren en dat het inzetten van marketing dus samengaat met het inzetten van merkbeleid.

Uit de cases blijkt dat alleen Polikliniek Oogheelkunde er geen heil in ziet om marketing en merkbeleid in te zetten in de gezondheidszorg. Polikliniek Oogheelkunde geeft aan dat wet- en regelgeving en stakeholders belemmeren dat marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg inzetbaar is. Stakeholders zouden tegenstribbelen als marketing meer op de voorgrond zou komen, aldus Polikliniek Oogheelkunde. Het gaat volgens Polikliniek Oogheelkunde om de zorgvraag, om de service en kwaliteit en niet marketing. Marketing is volgens Polikliniek Oogheelkunde alleen toepasbaar bij commerciële activiteiten en dus winstmotief.

Toepasbaarheid merkbeleid en marketing

Multicare en de NPBC geven in tegenstelling tot Polikliniek Oogheelkunde aan dat marketing en merkbeleid wel toepasbaar is in de gezondheidszorg en dat marketing niet alleen toepasbaar is als er een winstmotief is. Hiermee lijken de Multicare en de NPBC de literatuur te volgen. Het inzetten van marketing en merkbeleid is essentieel voor het creëren van superieure klantwaarde en niet zo zeer het verleiden van mensen tot zorg die ze niet willen, maar mensen attenderen op zorg die ze graag willen en hierbij spelen ook service en kwaliteit een belangrijke rol. Een winstmotief is geen voorwaarde om marketing en merkbeleid in te zetten in de gezondheidszorg. De enige voorwaarde is dat een zorginstelling een superieure klantwaarde wil creëren. Multicare en de NPBC bewerkstelligen dit door zorg aan te bieden aan mensen die met een complexe klacht/ kwaal rondlopen, waarvoor in de reguliere geneeskunde vaak een onvoldoende adequate zorg wordt aangeboden. Zowel de NPBC als Multicare biedt zorg aan van hoge kwaliteit, waarbij patiënten snel, slagvaardig en klantgericht worden geholpen. Het creëren en aanbieden van superieure klantwaarde draagt er

toe bij dat de kwaliteit van zorg wordt verbeterd en dat patiënten op een snelle en klantgerichte wijze is geholpen aan zijn/ haar klacht. Dat betekent voor de *merkbeleving* dat een zorginstelling (medici) niet alleen probeert het probleem technisch aantoonbaar op te lossen, maar ook probeert een belevenisprobleem op te lossen. Een merk kan dan ingezet worden als een bron van associaties om aspecten als kwaliteit, deskundigheid en service van geleverde zorg te benadrukken. Een merk kan zeer nuttig zijn bij het werven en behouden van patiënten, alsmede de communicatie met stakeholders (belanghebbenden). Uiteraard leidt het er ook toe dat zorginstellingen een 'boterham' verdienen, dat heeft niets met winst te maken, maar met een noodzakelijke economische activiteit.

Omgaan met beperkingen

De NPBC en Multicare geven dus aan dat marketing en merkbeleid inzetbaar is in de gezondheidszorg, maar geven net als Polikliniek Oogheelkunde ook aan dat er belangrijke beperkingen zijn. De gezondheidszorg is niet een markt, zoals een markt in het bedrijfsleven. De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een complex systeem, waarin elke zorginstelling in grote mate afhankelijk is van verschillende partijen. In de gezondheidszorg draait het om gezondheid en kwalitatief hoogwaardige zorg en niet om een product dat aan de man gebracht moet worden. Het inzetten van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg heeft rekening te houden met wet- en regelgeving, maatschappelijke en ethische grenzen. Een zorginstelling kan geen zorg aanbieden dat tot onnodige zorgverlening leidt, ook kan een zorginstelling niet in het merkbeleid opnemen dat door de instelling de beste zorg wordt verleend, of dat 'onze dokters beter zijn dan die van de burens'. Er zijn grenzen en daar moet aan worden gehouden, wat die grenzen dan precies zijn is niet altijd even duidelijk.

In tegenstelling tot Polikliniek Oogheelkunde zijn deze beperkingen voor Multicare en de NPBC geen reden om het standpunt in te nemen dat marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg daardoor niet mogelijk is. Juist een zorgondernemer moet zich als ondernemer gedragen en omgaan met deze beperkingen. Een zorgondernemer moet inventief zijn en de grenzen aftasten en onderzoeken wat juridisch, maatschappelijk en ethisch verantwoord is. Ook moet de zorgonderneming actief rekening houden met belangen van stakeholders. Indien hier aan wordt gehouden, is er volgens Multicare en de NPBC geen enkele bezwaar om marketing en merkbeleid in te zetten in de gezondheidszorg, immers de activiteiten zijn dan legitiemiteit.

Het inzetten van marketing dan wel merkbeleid in de gezondheidszorg is dus niet onmogelijk of onwenselijk. Een sterk merk kan bijdragen aan de eigen concurrentiepositie, de keuzevrijheid van de patiënt en communicatie naar stakeholders en daarmee bijdragen aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg.

7.2.3 Merkpositionering

Het doel van merkbeleid is het zodanig positioneren van het merk dat zich een netwerk van *associaties* in het brein van mensen vestigt, zodat een waarneming (perceptie) wordt gevormd (merkimago). Dit leidt tot herkenbaarheid en verwerving van een zekere voorkeurspositie bij klanten en beïnvloeding van het keuzeprocess ten aanzien van het merk en de organisatie. Een organisatie probeert dit waarnemingsproces te beïnvloeden door het merk aan te laten sluiten op het waardepatroon van klanten (identiteit), de bekendheid te vergroten (middels merkcommunicatie) en het onderscheidende karakter t.o.v. concurrenten te versterken (merkpositionering). Een merk voorziet in samenhang en structuur van de identiteit van de organisatie en de klant. Een symbool dat daarvoor wordt gebruikt kan van alles zijn dat het

merk representeert, zoals een kernboodschap in de vorm van een slagzin, een karakter, een visuele metafoor, een logo, een kleur, een gebaar, een verpakking, een programma, etc.

Het ontwikkelen van een merk is meer dan alleen het kiezen van een merknaam en dat promoten met behulp van reclame om vervolgens als organisatie daar de vruchten van te plukken. Een goed doordachte merkstrategie is essentieel om de waarde van het merk te maximaliseren. In grote lijnen komt het er op neer dat een *waardeaanbod* moet worden ontwikkeld om vervolgens het *merk op te bouwen*, waarna het op doordachte wijze wordt *geprofileerd*. Dit is wordt ook wel het *merkbeleid* van een onderneming genoemd.

Het opbouwen van een merk is het positioneren van een merk. De positionering is bepalend voor de uitwerking van het merk en betreft de keuze welke diensten de zorginstelling wil leveren, welke marktsegmenten de organisatie wil bedienen en welke kernwaarden de organisatie wil leveren. Het bepalen van de kernwaarden vormt de rode draad in het merkbeleid. Kernwaarden bepalen immers de waarde en het fundament van het merk. De kernwaarden bepalen de mate waarin het merk door klanten als relevant worden ervaren en de mate waarin het voorziet in wensen en behoeften. Alvorens de kernwaarden worden bepaald dient de organisatie eerst een basisstrategie vast te stellen, aangezien dit het uitgangspunt is om de kernwaarden te bepalen.

Basisstrategie en kernwaarden

Uit de cases is op te maken dat alleen Multicare duidelijk voor één basisstrategie kiest, namelijk het leveren van kwalitatieve zorg aan patiënten met complexe zorgklachten en kwaliteitsinnovatie. Dit is het uitgangspunt in de opbouw van het merk Multicare. De NPBC en Polikliniek Oogheelkunde lijken daarentegen meerdere basisstrategieën te hanteren, zoals hoogwaardige kwaliteit, efficiëntie, snelle zorg, korte wachttijden, laagdrempeligheid en klantgerichtheid. Dit zijn meer kreten die te weinig gestuurd zijn.

Volgens de literatuur dient een organisatie één basisstrategie te kiezen. Zorginstellingen kunnen niet in elke strategie uitmuntend te zijn, bovendien vereist elke strategie een andere kernwaarde en dus positionering. Een zorginstelling die van alles belooft en geen keuzes maakt wordt niet geloofd en dat is schadelijk voor het merk. Kortom een ZBC moet een keuze maken uit één basisstrategie om hun merk op te bouwen en te optimaliseren. Het houdt niet in dat de andere strategieën niet samen kunnen met de basisstrategie. De basisstrategie dient als uitgangspunt genomen te worden en de andere strategieën zijn daarin ondersteunend en een randvoorwaardelijke conditie voor het zorgaanbod dat geleverd wordt. Concreet houdt dit in een ZBC bijvoorbeeld kiest voor de waarde die hoogst in de waardenhiërarchie staat van de klant, bijvoorbeeld hoogwaardige kwaliteit. Dit probeert de instelling te maximaliseren en gaat in principe voor op klantgerichtheid en efficiëntie. Dan pas kan een instelling de 'beste' zijn en zich onderscheiden van andere instellingen.

Geconcludeerd kan worden dat de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde er niet in zijn geslaagd zijn om één duidelijke kernwaarde (basisstrategie) als uitgangspunt te nemen voor de ontwikkeling van hun merkbeleid. Wel moet gezegd worden dat de NPBC, waarschijnlijk wel weet wat zijn belangrijkste kernwaarden zijn, namelijk hoge kwaliteit voor complexe bekkenbodemplakten, maar komt daar niet als zodanig mee naar buiten. Zowel voor de NPBC en de Polikliniek geldt dat dit nader onderzocht moeten worden.

Het merk

Het merk (merknaam, kernboodschap, logo) creëert de identiteit van de organisatie en de klant en dient voort te bouwen op de vastgestelde kernwaarden. Multicare lijkt hiertoe goed in staat. De kernwaarde komt duidelijk terug in de filosofie van het merk. Een kantekening is echter wel dat de naam Multicare weinig origineel is, hetgeen de sterkte van het merk verzwakt.

Het merk van zowel NPBC en Polikliniek lijkt niet gebaseerd te zijn op de kernwaarden en doelen die beide organisaties zich ten doel hebben gesteld. De indruk wordt gewekt dat beide organisaties geen doordachte visie en strategie hebben bij het positioneren, ontwikkelen en doorontwikkelen van het merk. Ten eerste zijn beide merknamen weinig origineel, ten tweede lijken beide merknamen als ook logo te zijn gebaseerd op een 'mode', een stuurloze en visieloze formulering. Het lijkt er op dat zij een merk hebben geformuleerd om het hebben van een merk. Kortom in het positioneren en ontwikkelen van een merk zit weinig structuur, bovendien mist het een duidelijke visie en filosofie. Ook op dit aspect kunnen de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde nog veel verbeteren. De kans is groot dat beide merken de gewenste merkassociaties niet bezit.

Herpositionering

Een belangrijk aspect van positionering is dat de gekozen kernwaarden tijdsgebonden, situatiespecifiek en veranderingonderhevig zijn. Dit leidt er toe dat het merk op bepaalde momenten geherpositioneerd dient te worden indien de kernwaarden en het ontwikkelde merk niet overeenkomen met de gewenste of vereiste associaties. Gezien de positionering van de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde is het niet onverstandig om serieus na te gaan of een herpositionering noodzakelijk is. In mijn ogen ontbreekt het bij de instellingen aan kennis en vaardigheden betreffende merkpositionering, waardoor een suboptimaal merk is ontwikkeld. Dit leidt er toe dat niet optimaal wordt ingespeeld op de klantwaarde en behoefte. Beide instellingen missen hierdoor de kans om het imago en onderscheidend vermogen sterk te verbeteren. Een betere positionering kan hun marktpositie sterk verbeteren.

Ook voor Multicare geldt dat herpositioneren mogelijk op zijn plaats is, aangezien de merknaam Multicare weinig onderscheidend is, maar ook omdat het in eerste instantie als merk is neergezet om meervoudige complexe zorg te leveren. Inmiddels zijn de kernwaarden veranderd en de merknaam niet. Multicare heeft echter belangrijke argumenten om niet te herpositioneren. Multicare geeft aan de merknaam goed bekend is bij de doelgroep. Aangezien deze doelgroep veelal chronische patiënten zijn, wordt het merk niet zo zeer gebruikt voor het werven van nieuwe patiënten, maar voor het behoud van patiënten. De chronische patiënten weten waar Multicare voor staat. Een ander motief om niet van merknaam te veranderen zijn de grote investeringen in het merk. Investeringen in een nieuwe merknaam wegen volgens Multicare niet voldoende op tegen de mogelijke voordelen die behaald kunnen worden.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat een merk mogelijk minder van belang is voor ZBC's die zorg aanbieden aan chronische patiënten. Dit is een aspect dat verder onderzocht zou moeten worden. Ook kan geconcludeerd worden dat een merkherpositionering voor de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde mogelijk meer rendement oplevert dan voor Multicare, aangezien de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde 'pas' een jaar geleden zijn gestart, relatief onbekend zijn bij de doelgroep en relatief weinig geïnvesteerd hebben in het merk in vergelijking tot Multicare, die al sinds 1996 operationeel is.

7.2.4 Merkkommunicatie

Merkcommunicatie is essentieel om de kernwaarden en de gewenste merkassociaties van het merk over te brengen in het brein van de klanten/ stakeholders. Zonder merkcommunicatie zal een merk onbekend blijven en weinig nut hebben. Hierbij is het belangrijk dat het merk op een strategische en consistente wijze zowel intern als extern wordt gecommuniceerd, middels een communicatieplan.

Interne communicatie:

Een merk is pas effectief als het merk ook daadwerkelijk aansluit op de waarden van de (potentiële) klant. In alle lagen van de organisatie zullen medewerkers doordrongen moeten zijn van de kernwaarden van zowel de klant als die van de organisatie (kernwaarden representeren de identiteit). Net als bij klanten moet ook bij medewerkers een zekere merkloyaliteit gecreëerd worden, een merk waarmee medewerkers zich kunnen en willen identificeren. Anders is het voor een organisatie onmogelijk om op juiste wijze de kernwaarden extern uit te dragen. Het merk dient dus in het handelen van de organisatie te worden uitgedragen.

Multicare en de NPBC benadrukken beiden dat interne merkcommunicatie een belangrijk aspect is om de kernwaarden en het merk te communiceren naar medewerkers. Medewerkers zijn immers degene die de filosofie moeten uitdragen, aldus Multicare en de NPBC. Polikliniek Oogheelkunde geeft aan dat o.a. vanwege de kleine organisatie interne communicatie niet belangrijk is. Volgens Polikliniek Oogheelkunde interesseert het merk de medewerkers niets. Toch blijkt dat ook Polikliniek Oogheelkunde vormen van interne communicatie inzet, alleen niet op een consistente en strategische wijze.

Vanwege het feit dat de zowel Multicare, de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde kleine organisaties zijn, zijn de communicatielijnen binnen de organisaties kort, waardoor de interne communicatie veelal op informele wijze plaatsvindt. Op basis van de cases kan opgemaakt worden dat de interne communicatie voor zowel de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde niet op een consistente en strategische wijze plaatsvindt. De communicatiemiddelen lijken naar willekeur te worden ingezet. Toch bezitten de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde belangrijke elementen van interne communicatie, waar zeker wel over is nagedacht. De NPBC tracht bijvoorbeeld met ervaren personeel hoge kwalitatieve zorg te realiseren. Polikliniek Oogheelkunde tracht personeel kennis en vaardigheden bij te brengen doormiddel van het bezoeken van symposia en congressen. Multicare daarentegen wekt sterk de indruk dat de interne communicatie wel volgens een doordacht en consistent communicatieplan verloopt. Interne communicatie is voor Multicare ook meer dan alleen communiceren, ook leiderschap is belangrijke aspect. Multicare lijkt niets aan het toeval over te laten en wil ook ogenschijnlijke kleine aspecten van interne communicatie aanpakken. Multicare wil dat het merk door de organisatie geleefd wordt. Geconcludeerd wordt dat er een verschil is tussen de intentie om interne communicatie in te zetten en het daadwerkelijk inzetten daarvan. Verder kan geconcludeerd kan worden dat twee van de drie ZBC's, interne communicatie niet op een consistente en strategische wijze inzet. Mogelijk ontbreekt het deze ZBC's de kennis en vaardigheden om interne communicatie in te zetten. Het feit dat het kleine organisaties betreft, is wat mij betreft geen argument om interne communicatie niet op een consistente en strategische wijze in te zetten. Beide ZBC's hebben nog een jong merk. Wellicht dat in het verdere ontwikkelproces van het merk, interne communicatie een belangrijker rol gaat krijgen.

Uit de interviews komt naar voren dat de interne communicatie vooral plaatsvindt door middel van communicatiemiddelen, zoals protocollen, werkoverleg, kwaliteitsjaarverslag, nieuwsbrieven etc. Interne communicatie is meer dan alleen deze communicatiemiddelen. Interne communicatie verloopt ook via werving en selectie van personeel, het HRM-beleid, cultuurinterventies, leiderschap etc. Het valt op dat zowel Multicare (in mindere mate), de NPBC als Polikliniek Oogheelkunde hier te weinig gebruik van maken. De ZBC's zouden inventiever moeten zijn met het inzetten van interne communicatie, teneinde een cultuur te smeden die past bij de merkbeleving en de kernwaarden.

Externe communicatie

Externe communicatie is gericht op publieksgroepen in de externe omgeving van de organisatie. Externe communicatie is erop gericht om de filosofie, beloften en bekendheid met het merk te communiceren naar het grote publiek.

Ook wat betreft de externe communicatie lijkt het erop dat Multicare de meest doordachte en consistente communicatiestrategie te hanteert. Bovendien blijkt dat Multicare het meest inventief in het extern communiceren van hun kernwaarde, namelijk hoge kwalitatieve zorg voor patiënten met een complexe klacht. Multicare is goed in staat om op een juridische, maatschappelijke en ethisch verantwoorde wijze de hoge kwaliteit te communiceren, via communicatiekanalen als publicaties, presentaties op congressen, risicomanagementcontracten etc. Multicare heeft ook een duidelijke visie op welke wijze en in welke mate zij externe communicatie wil inzetten.

De NPBC en Polikliniek Oogheelkunde zijn wat betreft het inzetten van externe communicatie veelal toegewezen op geijkte communicatiemiddelen, zoals open dagen, advertenties, Internet etc. Toch toont ook de NPBC aan dat zij nadenkt over alternatieven om hun belangrijkste stakeholders, de huisarts en de patiënt, op een effectieve wijze te benaderen. Zo is de NPBC bezig met het opzetten van cursussen voor huisartsen in de NPBC. Ondanks dat de NPBC nadenkt over de wijze waarop extern gecommuniceerd moet worden, blijkt dat een duidelijke communicatiestrategie ontbreekt. Min of meer lijkt de externe communicatie stuurloos te verlopen. Desondanks is de NPBC zich er wel van bewust dat het communiceren een heldere strategie vereist. Aangezien het een jonge organisatie en daarmee een jong merk is, mag verwacht worden dat in de nabije toekomst de communicatiestrategie verder ontwikkeld zal worden. Voor Polikliniek Oogheelkunde lijkt het onduidelijk te zijn wie nu de belangrijkste stakeholders zijn, hoe daar mee gecommuniceerd moet worden en wat het nut daarvan is. Polikliniek Oogheelkunde is niet goed in staat om de interne communicatie en externe communicatie te scheiden. Bovendien blijkt dat Polikliniek Oogheelkunde geen consistent en strategisch communicatieplan hanteert en daarover geen duidelijke visie kan geven. Wellicht ontbreekt het Polikliniek Oogheelkunde aan kennis en vaardigheden om externe communicatie (effectief) in te zetten.

Geconcludeerd kan worden dat slechts één ZBC een duidelijke (merk)communicatiestrategie en visie heeft. Van de overige twee ZBC's is slechts één bezig met het ontwikkelen van een duidelijke visie en strategie op merkcommunicatie. Voor de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde zal het een lastige opgave worden om de bekendheid van hun merk en de merkbeleving, zowel intern als extern, te vergroten en onderscheidend te zijn t.o.v. concurrenten. De kans is groot dat beide instellingen problemen ondervinden om de gewenste *associaties* en daarmee voorkeurspositie in het brein van stakeholders te vestigen. Dit kan het merkimage sterk te kort doen of zelfs schaden als de verkeerde associaties worden gecreëerd.

Multicare lijkt er daarentegen wel in de slagen om de juiste associaties te bewerkstelligen in het brein van stakeholders.

7.2.5 Sterkte van merk

De sterkste merken zijn die merken waarbij de dienst (zorg) en merk een ondeelbare eenheid vormen. Een dergelijk merk geeft precies aan wat je van zorg mag verwachten, zowel op het niveau van eigenschappen, instrumentele waarden, als van expressieve en centrale waarden. Een (zorg)merk is sterker naarmate het in meer geheugens gevestigd is. De sterkte van het merk kan gemeten worden. In dergelijke evaluaties is het belangrijk om na te gaan wat de merkontwikkelingen zijn en of de kernwaarden en de positionering van het merk nog wel voldoet aan de kernwaarden van stakeholders. Is de organisatie nog wel in staat om superieure klantwaarde te leveren en te voldoen aan de behoefte van de klant?

Op basis van de analyse kan geconcludeerd worden dat alleen Multicare een goed merkbeleid lijkt te hebben. Multicare heeft een heldere en duidelijke visie en strategie op de positionering en profilering van het merk. Alle elementen voor het ontwikkelen van een sterk merk lijken aanwezig te zijn. Derhalve moet worden opgemerkt dat de merknaam een betere positionering verdient. Ook blijkt dat Multicare geen systematische evaluaties uitvoert om de sterkte van het merk te meten. Multicare heeft wel enkele instrumenten om de sterke en zwakke punten van de bedrijfsvoering en beleid evalueren, maar die gaan niet specifiek in op het merkbeleid.

De NPBC en Polikliniek Oogheelkunde laten in het merkbeleid nogal wat steken vallen, welke mogelijk het gevolg kunnen zijn van het gebrek aan kennis en vaardigheden om merkbeleid effectief in te zetten en te ontwikkelen. Een andere verklaring is dat dit het gevolg is van dat beide organisatie nog maar een jaar operationeel zijn en weinig tijd hebben kunnen steken in het ontwikkelen van een merkbeleid. Net als Multicare voeren ook de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde geen systematische evaluaties uit om de sterkte van het merk te meten.

Geconcludeerd kan worden dat ZBC's de sterkte van het merk niet meten. Hierdoor is het niet te bepalen of het ingezette merkbeleid al dan niet de gewenste effecten heeft en of doelstellingen worden behaald. Een dergelijke meting zou wel wenselijk voor een goede ontwikkeling van het merk, aangezien het inzicht biedt in de sterke en zwakke punten alsmede de effectiviteit van het merkbeleid. Wellicht kan dat de nog te ontwikkelen *Brand Care Card* hierin een belangrijke rol bij spelen (zie ook paragraaf 7.3).

7.2.6 Brand Report Card

De Brand Report Card (zie ook paragraaf 5.5) is in dit onderzoek gebruikt om de sterkte van het merk van de ZBC's op een systematische wijze te bepalen. Het model stelt de instelling in staat om het merk in zijn geheel, maar ook in onderdelen te evalueren. De uitkomst van de analyse kan daarbij belangrijke input zijn voor het bepalen en het verder ontwikkelen van het strategische en tactische merkbeleid van (zorg)instellingen.

Uiteindelijk is de Brand Report Card door twee van de drie respondenten ingevuld, waarvan één de vragenlijst in zijn geheel heeft ingevuld.

De 'Brand Care Card'

Op basis van gesprekken met de drie geïnterviewde ZBC's is naar voren gekomen dat de Brand Report Card, zoals deze in het bedrijfsleven wordt gebruikt, belangrijke mankementen kent voor de gezondheidszorg. Immers de gezondheidszorg is een dienstensector en geen

productsector. Merkbeleid voor de dienstensector vraagt een andere aanpak en daarom ook een ander meetinstrument. Veel vragen die in dat model zijn opgenomen zijn slechts ten dele van toepassing op de gezondheidszorg. Bovendien sluiten de vragen niet goed aan op de kennis en de beleving van bestuurders en niet-marketeers in de gezondheidszorg. Hierdoor is de Brand Report Card slechts beperkt toepasbaar in de gezondheidszorg.

Een goed voorbeeld is de vraag: *In welke mate is er sprake van een balans in de prijs-waardeverhouding van het merk?* Eén van de respondenten gaf aan dat prijzen in de gezondheidszorg veelal zijn vastgesteld door de CTG (College Tarieven Gezondheidszorg). Hierdoor is de balans tussen prijs en merk niet te bepalen. Een andere vraag betreft: *De merkenarchitectuur leidt tot risicodiversificatie?* Een dergelijke vraag leidt voor veel mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg tot vraagtekens, aangezien de inhoud van de termen die worden gebruikt veelal onbekend zijn. De vragen van de Brand Report Card zijn gericht op de ware marketeers uit het bedrijfsleven. Dit zijn veelal speciaal opgeleide mensen in de marketing. Aangezien het aantal marketeers in de gezondheidszorg niet dicht bezaaid is, mag worden verwacht dat vragenlijst niet (geheel) aansluit bij de beleving van beleidsbepalers in de gezondheidszorg. De volgende citaten illustreren het mankement van de Brand Report Card.

Goede dag!... Moet je luisteren: de in de loop der tijd gebruikte identiteitselementen en positionering kennen geen radicale koerswijzingen...nou van 1 t/m 7 graag!! Wat bedoelen ze hier nu mee? ...hahahaha...dat gaat wel diep hoor.

Inspelen op consumenten behoeften ...wat moet ik daar op antwoorden. Gezondheidszorg speelt altijd in op de consumentenbehoefte of beter gezegd de klant/ patiëntbehoefte. Dit is veel te algemeen en niet op de gezondheidszorg gericht... Dit geeft voor de gezondheidszorg een niet adequaat genoeg beeld. Het geeft hoogstens ook een indicatie...verder mis ik in de vragenlijst de binding van het merk met zorgwerkers en zorg. Daar gaat het uiteindelijk om in de gezondheidszorg. Ik mis in deze vragenlijst dat de gezondheidszorg mensenwerk is, het is niet zo abstract.

Stuk voor stuk hadden de respondenten liever gezien dat de vragenlijst een *Brand Care Card* zou zijn. Een vragenlijst over merkbeleid dat is toegespitst op de gezondheidszorg. Een vragenlijst dat de merksterkte meet van zorginstellingen en vragen bevat die eenvoudig te begrijpen en te interpreteren zijn. Dan pas is er een instrument dat breed toepasbaar is in de gezondheidszorg.

Geconcludeerd kan worden dat de Brand Report Card weinig tot geen waarde heeft voor het meten van de merksterkte van zorginstellingen. Voor een brede toepasbaarheid zou een Brand Care Card ontwikkeld moeten worden. Onderzocht moet worden welke elementen van de Brand Report Card van toepassing zijn in de gezondheidszorg en welke elementen de Brand Report Card mist om de sterkte van het merk in de gezondheidszorg te meten. Tevens moet onderzocht worden hoe de vragen gesteld kunnen worden, zodat deze passen bij de beleving van beleidsbepalers in de gezondheidszorg. De slotconclusie is dat ontwikkelen van een Brand Care Card zou kunnen bijdragen aan het ontwikkelen en doorontwikkelen van een sterk merk in de gezondheidszorg.

7.3 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt getracht antwoord te formuleren op de deelvragen 5 t/m 9. Deze paragraaf richt zich op de belangrijkste conclusies van het kwalitatieve onderzoek en wordt afgesloten met een discussie.

In dit onderzoek zijn drie ZBC's (cases) geselecteerd op basis van het kwantitatieve onderzoek en onderzocht op welke wijze zij merkbeleid inzetten en wat hun standpunt daarin is. Ook is nagegaan wat hun standpunt is ten aanzien van marketing in de gezondheidszorg, aangezien in het kwantitatieve onderzoek is gebleken dat marketing en merkbeleid een verband met elkaar hebben.

Conclusie

Strategische zorgmarketing zal in de Nederlandse gezondheidszorg een steeds belangrijkere rol krijgen vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector. In een toenemende concurrerende omgeving is het belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen. Zorgaanbieders zullen zich steeds beter moeten positioneren en profileren met een merk om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. Strategische zorgmarketing heeft hierin een belangrijke bijdrage en merkbeleid is als uitkomst zorgmarketing, een nadere uitwerking van het positioneren en profileren met een merk. Een sterk merk, zoals een kernboodschap in de vorm van een slagzin, een karakter, een visuele metafoor, een logo, een kleur, een gebaar, etc., wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor bedrijfssuccessen.

Opvattingen over marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg

Uit de analyse blijkt dat er verdeeldheid bestaat in de opvatting over toepasbaarheid van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg. Twee ZBC's geven, in tegenstelling tot de andere ZBC, aan dat marketing en merkbeleid goed toepasbaar is en daarvoor is een winstmotief niet noodzakelijk. Volgens deze ZBC's is het inzetten van marketing en merkbeleid essentieel voor het creëren van superieure klantwaarde en niet zo zeer het verleiden van mensen tot zorg die ze niet willen, maar mensen attenderen op zorg die ze graag willen. De enige voorwaarde om marketing en merkbeleid in te zetten is dat een zorginstelling een superieure klantwaarde wil creëren. Dat betekent voor de merkbeleving dat een zorginstelling (medici) niet alleen probeert het probleem technisch aantoonbaar op te lossen, maar ook probeert een belevenisprobleem op te lossen. Een merk kan dan ingezet worden als een bron van associaties om aspecten als kwaliteit, deskundigheid en service van geleverde zorg te benadrukken.

Om marketing en merkbeleid daadwerkelijk in te kunnen zetten moet een ZBC zich als een maatschappelijke ondernemer in de zorg gedragen. Een zorgondernemer moet inventief zijn en de grenzen aftasten en onderzoeken wat juridisch, maatschappelijk en ethisch verantwoord is. Geconcludeerd kan worden dat het inzetten van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg wel degelijk mogelijk is en kan bijdragen aan het verstevigen van de concurrentiepositie. Bovendien vergroot marketing en merkbeleid de keuzevrijheid van de patiënt en de communicatie naar stakeholders. Merkbeleid kan daarmee bijdragen aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg.

Toepassing merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's

Geconcludeerd kan worden dat, op basis van het kwalitatieve onderzoek, slechts één ZBC een goed merkbeleid heeft en lijkt daarmee een sterk merk te hebben. Deze ZBC heeft in tegenstelling tot de andere twee ZBC's een heldere visie en duidelijke strategie op de

positionering en profilering van het merk. Alle elementen voor het ontwikkelen van een sterk merk lijken aanwezig te zijn. Desalniettemin moet ook geconcludeerd worden dat deze ZBC, evenals de andere twee ZBC's, de sterkte van het merk niet meet. Hierdoor is het niet te bepalen of het ingezette merkbeleid en merkcommunicatie door de ZBC's al dan niet de gewenste effecten (rendement) heeft en of doelstellingen behaald. Een dergelijke meting zou wel wenselijk zijn voor een goede ontwikkeling van het merk, aangezien het inzicht biedt in de sterke en zwakke punten alsmede de effectiviteit van het merkbeleid. Wellicht kan dat de nog te ontwikkelen *Brand Care Card* hierin een belangrijke rol bij spelen.

De beperkingen en tekortkomingen van het merkbeleid en merkcommunicatie van de onderzochte ZBC's komen al tot uiting in de beginfase van het ontwikkelen van een merk. Bij twee ZBC's is gebleken dat er geen duidelijke keuze is gemaakt in de basisstrategie die gehanteerd moet worden, hetgeen het uitgangspunt is voor de ontwikkeling van een goed merkbeleid. Daardoor kan niet goed worden vastgesteld wat de belangrijkste kernwaarden zijn die geassocieerd moeten worden met het merk. Het duidt er op dat deze ZBC's onvoldoende onderzoek hebben gedaan naar marktontwikkelingen, identiteit van de organisatie, kernwaarden van klanten etc. Verder is gebleken dat de positionering, mede als gevolg van het ontbreken van een basisstrategie, suboptimaal is of niet gebaseerd is op een doordachte visie en strategie. Ten eerste zijn de merknamen weinig origineel, ten tweede lijken merknamen als ook logo, van de twee ZBC's, te zijn gebaseerd op een 'mode', een stuurloze en visieloze formulering. Het lijkt er op dat zij een merk geformuleerd om het hebben van een merk. Kortom in het positioneren en ontwikkelen van een merk zit weinig structuur, visie en filosofie. Een herpositionering is hier een verstandige optie. Een herpositionering kan de identiteit, het imago en onderscheidend vermogen van het merk sterk verbeteren.

Interne communicatie zorgt er voor dat alle lagen van de organisatie doordrongen zijn van het merk. Geconcludeerd kan worden dat twee van de drie ZBC's, interne communicatie niet op een consistente en strategische wijze inzet. Mogelijk ontbreekt het deze ZBC's aan kennis en vaardigheden om interne communicatie in te zetten. Een andere conclusie die getrokken kan worden is dat de onderzochte ZBC's op een inventievere wijze interne communicatie zouden moeten inzetten, teneinde een cultuur te smeden die past bij de merkbeleving en de kernwaarden. Geconcludeerd kan worden dat slechts één ZBC een duidelijke (merk)communicatiestrategie en visie heeft. Van de overige twee ZBC's is slechts één bezig met het ontwikkelen van een duidelijke visie en strategie op merkcommunicatie. Het zal voor de ZBC's een lastige opgave worden om de bekendheid van hun merk en de merkbeleving, zowel intern als extern, te vergroten en onderscheidend te zijn t.o.v. concurrenten.

De slotconclusie is dat de indruk wordt gewekt dat ZBC's een suboptimaal merkbeleid en merkcommunicatie hebben. Het valt niet met zekerheid te zeggen hoe sterk het merk van de ZBC's is en welk rendement het merkbeleid heeft, omdat is gebleken dat de ZBC's geen meting doen naar de sterkte van het merk. Een nader onderzoek naar de sterkte en de positionering van het merk zou moeten worden uitgevoerd om stuurinformatie krijgen voor een eventuele herpositionering van het merk. Een *Brand Care Card* zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Het suboptimale merkbeleid lijkt vooral het gevolg te zijn van het gebrek aan kennis en vaardigheden betreffende merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg. Daarnaast kan ook de leeftijd van de ZBC's een belangrijke factor zijn. Het is namelijk gebleken dat de twee ZBC, die een suboptimaal merkbeleid hebben, beide pas een jaar operationeel zijn. Deze ZBC's hebben wellicht andere prioriteiten gesteld en zitten nog maar net in het ontwikkelproces van het merk.

Discussie

In de discussie wordt een kritische reflectie gegeven op het kwalitatieve onderzoek en worden enkele er enkele aanbevelingen gedaan.

Oppervlakkigheid van interviews

Geconcludeerd moet worden dat de interviews vrij oppervlakkig zijn gebleven. Hierdoor is mogelijke waardevolle informatie verloren gegaan. Dit is te wijten aan het feit dat enkele respondenten terughoudend waren in het verschaffen van informatie of weinig kennis hadden betreffende marketing of merkbeleid. Tevens is het aan mijzelf te wijten dat de interviews vrij oppervlakkig zijn gebleven. Mijn interviewvaardigheden kunnen een stuk beter.

Externe validiteit

Omdat het interview bij drie respondenten is afgenomen, is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over alle ZBC's in Nederland. De externe validiteit van dit onderzoek is beperkt. Wel geeft dit onderzoek een indicatie en inzicht in de wijze waarop ZBC's/ zorginstellingen merkbeleid en merkcommunicatie inzetten en ingezet zou kunnen worden.

Marketingfunctionarissen

Opvallend is dat respondenten van het kwalitatieve onderzoek min of meer een marketing dan wel financiële achtergrond hebben. Deze respondenten hebben allen een hoge marketingscore. Mogelijk heeft dit geleid tot een wat gekleurd beeld, aangezien een interview met een zorgwerker, bijvoorbeeld een arts, ontbreekt. Hierdoor is het mogelijk dat een belangrijk medisch perspectief wordt gemist in de discussie over marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg. In een eventueel vervolgonderzoek of discussiemogelijkheid moet dit perspectief worden meegenomen.

Merk en uitbreiding van organisatie

Opvallend is dat uitgerekend de instelling met het sterkste merkbeleid geen plannen heeft om uit te breiden. Multicare wil zich ook in de toekomst uitdrukkelijk kunnen onderscheiden op kwaliteit door kwaliteitsinnovatie te blijven stimuleren. Multicare denkt dit het best te kunnen realiseren door relatief klein te blijven. De NPBC en Polikliniek Oogheelkunde geven daarentegen aan dat de ambities in de nabije toekomst verder rijken. Hier rijst de vraag welke invloed het uitbreiden van de zorgorganisatie heeft op het merkbeleid en de sterkte van het merk. Is het voor de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde niet verstandiger om eerst een sterk merk te ontwikkelen en dan pas aan uitbreiden te denken? Wat voor gevolgen heeft een eventuele uitbreiding voor een zorginstelling, met een zwak merk, ten aanzien van de concurrentiepositie? Moet bij elke uitbreiding het merk geherpositioneerd worden?

Vertekening kwantitatief onderzoek

Eerder is in het kwantitatieve onderzoek is geconcludeerd dat er een kloof lijkt te bestaan tussen de intentie om bewust merkbeleid te ontwikkelen en het daadwerkelijk ontwikkelen van strategisch merkbeleid. Het kwalitatieve onderzoek lijkt dit vermoeden te bevestigen. Alle respondenten van het kwalitatieve onderzoek gaven in het kwantitatieve onderzoek aan een sterk tot redelijk sterk merk te hebben en gaven aan redelijk tot veel rendement te hebben van het merkbeleid. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt echter dat alleen Multicare in aanmerking komt voor het predikaat 'goed merkbeleid' en 'sterk merk'. Bovendien blijkt dat geen van de respondenten de sterkte van het merk te meet. ZBC's zijn dus overwegend positief over hun merk zonder dat zij weten wat het rendement van hun merkbeleid is. ZBC's lijken de sterkte van hun merk te overschatten. Eén initiatiefnemer (Polikliniek Oogheelkunde) gaf in het interview aan dat hij zich als marketingman volledig kon vinden in

de marketingoriëntatie, maar als bestuurder niet. De initiatiefnemer gaf aan dat Polikliniek Oogheelkunde marketing op een dergelijke wijze wel zou willen inzetten, maar dat hij het als bestuurder niet kan. Met andere woorden, de initiatiefnemer heeft de vragenlijst niet als bestuurder ingevuld. Hieruit kan opgemaakt worden dat er in het kwantitatieve onderzoek sociaal wenselijk antwoorden zijn gegeven of dat het de ZBC's aan kennis ontbreekt om de vragenlijst naar juistheid in te vullen. Geconcludeerd kan worden dat het zeer waarschijnlijk is dat zowel de score op marketingoriëntatie als de score op merkbeleid in werkelijk wel eens lager kan zijn. Een nader onderzoek op grotere schaal zou hierover uitsluitsel kunnen geven.

Brand Care Card

Geconcludeerd kan worden dat de Brand Report Card weinig tot geen waarde heeft voor het meten van de merksterkte van zorginstellingen. Voor een brede toepasbaarheid zou een *Brand Care Card* ontwikkeld moeten worden. Onderzocht moet worden welke elementen van de Brand Report Card van toepassing zijn in de gezondheidszorg en welke elementen de Brand Report Card mist om de sterkte van het merk in de gezondheidszorg te meten. Tevens moet onderzocht worden hoe de vragen gesteld kunnen worden, zodat deze passen bij de beleving van beleidsbepalers in de gezondheidszorg.

Aanbevelingen

Een belangrijke aanbeveling voor het ontwikkelen en doorontwikkelen van een sterk merk is dat ZBC's hun kennis en vaardigheden verbeteren met betrekking tot marketing, merkbeleid en merkcommunicatie. Verder is het belangrijk dat wordt ingezien dat marketing/merkbeleid en gezondheidszorg kan bijdragen aan het ontwikkelen van marktwerking in de gezondheidszorg. Het is naïef om te denken dat marketing alleen mogelijk is als er een winstmotief in het spel is. Ook is het naïef om te denken dat juridische, maatschappelijke en ethische beperkingen, marketing in de gezondheidszorg onmogelijk maakt. In een toenemende marktwerking moeten zorginstellingen zich meer gaan gedragen als ondernemers en op een verantwoorde en creatieve wijze omgaan met deze beperkingen.

Een tweede belangrijke aanbeveling is dat ZBC's, maar ook andere zorginstellingen, hun merk regelmatig evalueren en zich laten adviseren door een externe onafhankelijke partij. Dit kan er toe bijdragen dat managementinformatie wordt verkregen voor het beter positioneren en profileren van het merk. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat er gekozen moet worden voor één basisstrategie dat als uitgangspunt dient voor de verdere ontwikkeling van het merk(beleid). Deze basisstrategie dient uitgewerkt te worden. Wanneer bijvoorbeeld de basisstrategie klantgericht is, dan moet uitgewerkt worden wat klantgericht voor de instelling is en hoe dat vorm gegeven moet worden. Andere strategieën/ kernwaarden dienen ter ondersteuning van de basisstrategie.

Een laatste aanbeveling is dat er in de nabije toekomst meer onderzoek gaat plaatsvinden naar het fenomeen zorgmarketing en specifiek over merkbeleid in de gezondheidszorg. Onderzocht moet worden wat de beperkingen, mogelijkheden en verschillen zijn van marketing en merkbeleid in verschillende zorgsectoren. Onderzocht moet worden merkbeleid beleid ingezet kan worden naar de verschillende stakeholders. Onderzocht moet worden op welke wijze zorginstellingen merkbeleid optimaal kunnen ontwikkelen. Hierbij moet ondermeer aandacht geschonken worden aan het onderzoeken van factoren die bepalend zijn voor de wijze waarop merkbeleid wordt ingezet. Zo is er een indicatie dat de soort zorg (chronisch en niet-chronisch) een belangrijke invloed op merkbeleid. Een ander specifiek onderzoek zou gericht moeten zijn op het ontwikkelen een evaluatie-instrument van merken in de gezondheidszorg. Gedacht kan worden aan het ontwikkelen van een Brand Care Card.

Hoofdstuk 8 Conclusie en Discussie

In dit onderzoek is de volgende probleemstelling onderzocht: *In hoeverre is merkbeleid en merkcommunicatie een strategisch marketinginstrument voor zelfstandige behandelcentra in Nederland en op welke wijze wordt merkbeleid en (merk)communicatie door zelfstandige behandelcentra ingezet, teneinde cliënten te binden en te behouden en een positief bedrijfsimago op te bouwen?*

Het antwoord op de probleemstelling is ontleend aan de hand van het theoretische kader, een kwantitatief onderzoek en een kwalitatief onderzoek. In het kwantitatieve onderzoek is onderzocht in hoeverre ZBC's marketinggeoriënteerd zijn en in welke mate merkbeleid wordt ingezet. Het kwantitatieve onderzoek heeft gediend als selectie van drie cases (ZBC's) voor het kwalitatieve onderzoek. In het kwalitatieve onderzoek is onderzocht op welke wijze ZBC's daadwerkelijk merkbeleid en merkcommunicatie inzetten. Hieronder worden achtereenvolgens de belangrijkste conclusies geformuleerd en een slotconclusie op de probleemstelling, gevolgd door een discussie en aanbevelingen.

8.1 Conclusie

Conclusie theoretisch en conceptueel kader

Een ZBC is een organisatorisch verband (een zorginhoudelijk samenwerkingsverband tussen twee of meer medisch specialisten), dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste, tweede of derde lid WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen 2006), dat zorg verleent in het A-segment, B-segment (al dan niet met verblijf) of het C-segment. Het betreft hier instellingen die krachtens 'Beleidsregels ex artikel 4 WTZi' (staatscourant B 2005) onder subcategorie van 'medisch-specialistische zorg' wordt aangeduid als 'zelfstandige behandelcentrum'. De omslag in de regelgeving rond zelfstandige behandelcentra hangt nauw samen met de verandering in het overheidsbeleid van aanbodsturing naar vraagsturing. De veranderingen in wet- en regelgeving hebben er bij toe bijgedragen dat het aantal ZBC's in de Nederlandse zorgmarkt sterk is toegenomen. Verwacht wordt dat door deze ontwikkelingen de participatie van ziekenhuizen in ZBC's en de concurrentie tussen ZBC's onderling en tussen ziekenhuizen en ZBC's zal toenemen.

De Nederlandse gezondheidszorg is een gereguleerde zorgmarkt, waarin zorginstellingen innovatief, doelmatig en vraaggericht moeten werken en een competitieve houding aan moeten nemen. In een concurrerende omgeving is het belangrijk dat zorginstellingen zich positief onderscheiden van hun concurrenten en een goed imago opbouwen met behulp van strategische zorgmarketing. Strategische zorgmarketing is een ondernemingsfunctie die onvervulde behoeften en wensen opspoorst en definieert en hun omvang en (winst)potentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte diensten en programma's zijn om de gekozen doelmarkten en belangen van de onderneming en relevante netwerkpartijen te bedienen. Strategische zorgmarketing doet een beroep op iedereen in de organisatie (kernwaarden) om de klant van dienst te zijn, teneinde superieure klantwaarde te leveren en draagt bij aan succesvolle resultaten van een organisatie.

Strategische zorgmarketing wordt vormgegeven door het strategische marketingproces. Dit is een proces van marketingstrategie, marketingplanning, het implementeren en controleren van marketingactiviteiten. De mate waarin het marketingproces ten behoeve van strategische

zorgmarketing in een organisatie/ zorginstelling aanwezig is, wordt de *marketingoriëntatie* van de organisatie genoemd.

Merkbeleid/merkcommunicatie ligt in het verlengde van strategische zorgmarketing en heeft in de gezondheidszorg een steeds belangrijker rol, vanwege de toenemende marktwerking in de zorgsector. Zorgaanbieders moeten zich steeds beter positioneren en profileren met een merk, om ook in de toekomst verzekerd te zijn van voldoende cliënten en zorgproductie. Een merk is een waarneming van een product of dienst in het hoofd van de klant, dat tot doel heeft een positief netwerk van *associaties* in het brein van mensen te vestigen, zodat een positieve waarneming (perceptie) wordt gevormd (merkimago).

Het ontwikkelen van een merk is dus een strategisch onderdeel van marketingbeleid. Via een doordacht beleid moet het merk gepositioneerd worden en aansluiten op de waarden van de klant. Het ontwikkelen van een merk is een proces van jaren en kan worden gezien als een continue cyclus van positioneren, profileren en evalueren.

Profileren van het merk met behulp van merkcommunicatie is essentieel om de gewenste merkassociaties te communiceren naar stakeholders. Dit dient op een consistente en aansprekende wijze te worden aangepakt en zowel intern als extern gericht te zijn. Merkcommunicatie (externe) kent in de gezondheidszorg echter nogal wat negatieve connotaties, aangezien het vaak geassocieerd wordt met onethisch gedrag en geldverslindende reclame campagnes. Maatschappelijk juridische en ethische aspecten moeten daarom worden meegenomen in de ontwikkeling van merkbeleid. Verdere ontwikkeling en intensieve bemoeienis van het relatienetwerk in de gezondheidszorg moet hierover in de toekomst meer duidelijkheid geven.

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat merkbeleid in de gezondheidszorg nog van ondergeschikt belang lijkt te zijn. Bovendien blijkt dat merkbeleid, voor zover toegepast in de gezondheidszorg, leidt tot suboptimale resultaten, als gevolg van gebrek aan kennis en vaardigheden en een gebrekkig ontwikkelingsproces. In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre deze bevindingen overeenkomen met het merkbeleid van ZBC's.

Conclusie kwantitatief onderzoek

De marketingoriëntatie is in dit onderzoek gemeten bij 41 respondenten dat overeenkomt met 65 ZBC's in Nederland (respons van 64%). Uit de resultaten blijkt dat 62,5% van de operationele ZBC's in Nederland (104) een gemiddelde marketingoriëntatie heeft van 15,83 punten (standaard deviatie is 8,7). Dit komt overeen met een marketingoriëntatie dat matig genoemd kan worden, zie ook de schaalverdeling in bijlage 3. Slechts 30% van de ZBC's heeft een goede marketingoriëntatie. Van die 30% heeft 17,1% een zeer goede marketingoriëntatie. Door de ZBC's wordt het laagst gescoord op deelaspect *adequate marketinginformatie* en deelaspect *strategische oriëntatie*. Gemiddeld genomen blijkt dat veel ZBC's (65%) beperkt tot weinig kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie tot zijn beschikking heeft betreffende ontwikkelingen van de zorgmarkt. Tevens blijkt dat gemiddeld genomen veel ZBC's (eveneens 65%) beperkt tot onvoldoende duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen hebben ontwikkeld om marketingdoelen te bereiken.

Geconcludeerd kan worden dat de onderzochte operationele ZBC's in Nederland in beperkte mate marketinggeoriënteerd zijn. Voor veel ZBC's, zo'n 70%, is nog veel winst te behalen. Dit houdt echter niet in dat pas bij een goede marketingoriëntatie door ZBC's succesvolle

resultaten worden behaald. Een hogere marketingoriëntatie draagt wel bij aan een grotere kans daartoe. Mogelijk zien ZBC's het nut nog niet van zorgmarketing of is zorgmarketing nog van ondergeschikt belang. Ook is het mogelijk dat de zorgmarkt nog niet voldoende is ontwikkeld om marketing te hanteren in de Nederlandse gezondheidszorg. Op basis van de resultaten kan er geconcludeerd worden dat er een positief verband is tussen de aanwezigheid van een marketingfunctionaris en een hogere marketingoriëntatie.

Geconcludeerd kan worden dat ZBC's die hoog scoren op merkbeleid en marketingoriëntatie in hogere mate merkbeleid en merkcommunicatie inzetten om zich te positioneren en te profileren. Verder wordt geconcludeerd dat de communicatiemiddelen vaker worden ingezet als ZBC's meer georiënteerd zijn op marketing en merkbeleid. Het blijkt dat slechts een klein deel (12,2%) van de respondenten in hoge mate marketinggeoriënteerd is en een hoge score heeft op merkbeleid. ZBC's zijn overwegend positief over hun merk zonder dat zij weten wat het rendement van hun merkbeleid is. ZBC's lijken de sterkte van hun merk te overschatten. De indruk is gewekt dat ZBC's slechts in beperkte mate een voldoende adequaat merkbeleid hanteren om zich te onderscheiden van andere ZBC's. Het lijkt er op dat de ZBC's wel bewust bezig zijn met merkbeleid, maar dat slechts een klein deel daarvan ook echt de kennis en vaardigheden heeft en de processen er op heeft afgestemd om een sterk merk te ontwikkelen. Geconcludeerd moet worden dat er een kloof bestaat tussen de intentie om bewust merkbeleid te ontwikkelen en het daadwerkelijk ontwikkelen van strategisch merkbeleid.

Conclusie kwalitatief onderzoek

Uit de analyse blijkt dat er verdeeldheid bestaat in de opvatting over toepasbaarheid van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg. Twee ZBC's geven, in tegenstelling tot de andere ZBC, aan dat marketing en merkbeleid goed toepasbaar is en daarvoor een winstmotief niet noodzakelijk is. Volgens deze ZBC's is het inzetten van zorgmarketing en merkbeleid essentieel voor het creëren van superieure klantwaarde en niet zo zeer het verleiden van mensen tot zorg die ze niet willen, maar mensen attenderen op zorg die ze graag willen. De enige voorwaarde om marketing en merkbeleid in zetten is dat een zorginstelling een superieure klantwaarde wil creëren. Dat betekent voor de merkbeleving dat een zorginstelling (medici) niet alleen probeert het probleem technisch aantoonbaar op te lossen, maar ook probeert een belevenisprobleem op te lossen. Een merk kan dan ingezet worden als een bron van associaties om aspecten als kwaliteit, deskundigheid en service van geleverde zorg te benadrukken.

Om marketing en merkbeleid daadwerkelijk in te kunnen zetten moet een ZBC zich als een maatschappelijke ondernemer in de zorg gedragen. Een zorgondernemer moet inventief zijn en de grenzen aftasten en onderzoeken wat juridisch, maatschappelijk en ethisch verantwoord is. Geconcludeerd kan worden dat het inzetten van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg wel degelijk mogelijk is en kan bijdragen aan het verstevigen van de concurrentiepositie. Bovendien vergroot marketing en merkbeleid de keuzevrijheid van de patiënt en de communicatie naar stakeholders. Merkbeleid kan daarmee bijdragen aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg.

Op basis van het kwalitatieve onderzoek blijkt dat slechts één ZBC een goed merkbeleid heeft en lijkt daarmee een sterk merk te hebben. Deze ZBC heeft in tegenstelling tot de andere twee ZBC's een heldere visie en duidelijke strategie op de positionering en profilering van het merk. Alle elementen voor het ontwikkelen van een sterk merk lijken aanwezig te zijn. Desalniettemin moet ook geconcludeerd worden dat deze ZBC, evenals de andere twee

ZBC's, de sterkte van het merk niet meet. Hierdoor is het niet te bepalen of het ingezette merkbeleid en merkcommunicatie door de ZBC's al dan niet de gewenste effecten (rendement) heeft en of de gewenste doelstellingen behaald. Een dergelijke meting zou wenselijk zijn voor een goede ontwikkeling van het merk, aangezien het inzicht biedt in de sterke en zwakke punten alsmede de effectiviteit van het merkbeleid. Wellicht kan het ontwikkelen van een *Brand Care Card*, hierin een belangrijke rol bij spelen.

Verder blijkt dat slechts één ZBC een duidelijke (merk)communicatiestrategie en een visie hierop heeft. Van de overige twee ZBC's is slechts één bezig met het ontwikkelen van een visie en strategie op merkcommunicatie. Het zal voor deze ZBC's een lastige opgave worden om de bekendheid van hun merk en de merkbeleving, zowel intern als extern, te vergroten en onderscheidend te zijn t.o.v. concurrenten.

Geconcludeerd kan worden dat de ZBC's een suboptimaal merkbeleid en merkcommunicatie lijken te hebben. Het is niet met zekerheid te zeggen hoe sterk het merk van de ZBC's is en welk rendement het merkbeleid heeft, omdat is gebleken dat de ZBC's geen meting doen naar de sterkte van het merk. Een nader onderzoek naar de sterkte en de positionering van het merk zou moeten worden uitgevoerd om stuurinformatie krijgen voor een eventuele herpositionering van het merk. Een *Brand Care Card* zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen.

Slotconclusie

Het inzetten van zorgmarketing en merkbeleid/ merkcommunicatie in de gezondheidszorg kan in de gezondheidszorg bijdragen aan het verstevigen van de concurrentiepositie van ZBC's. Bovendien vergroot zorgmarketing en merkbeleid/ merkcommunicatie de keuzevrijheid van de patiënt en de communicatie naar stakeholders. Merkbeleid/merkcommunicatie kan daarmee bijdragen aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg.

Strategische zorgmarketing lijkt voor ZBC's in Nederland van ondergeschikt belang te zijn. De mate waarin ZBC's marketinggeoriënteerd zijn, is matig. Gemiddeld genomen hebben ZBC's vooral beperkte tot weinig kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie tot hun beschikking over ontwikkelingen van de zorgmarkt. ZBC's hebben onvoldoende inzicht in de ontwikkelingen die belangrijk zijn van voor het maken van strategische keuzes op het gebied van merkbeleid en merkcommunicatie. Tevens blijkt dat gemiddeld genomen veel ZBC's beperkt tot onvoldoende duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen hebben ontwikkeld om marketingdoelen te bereiken. Kortom het ontbreekt ZBC's aan structuur en strategie om een adequaat merkbeleid en merkcommunicatie te ontwikkelen.

Het merkbeleid en de merkcommunicatie van ZBC's in Nederland lijkt suboptimaal te zijn. Merknamen van de ZBC's zijn weinig onderscheidend en weinig origineel, de positionering en profilering van het merk is veelal niet opgezet volgens een goed doordachte strategie en het rendement van investeringen in het merk wordt niet of onvoldoende gemeten. Hierdoor ontbreekt stuurinformatie voor het ontwikkelen en doorontwikkelen van een sterk merk. Het lijkt er op dat de ZBC's wel bewust bezig zijn met merkbeleid, maar dat slechts een klein deel daarvan ook echt de kennis en vaardigheden heeft en de processen er op aansluit om een sterk merk te ontwikkelen. Kortom merkbeleid/merkcommunicatie is voor ZBC's in Nederland vooralsnog van ondergeschikt belang in het binden en behouden van cliënten, alsook het opbouwen van een positief bedrijfsimago. ZBC's in Nederland kunnen hun concurrentiepositie sterk verbeteren door merkbeleid/ merkcommunicatie op een strategische en maatschappelijk verantwoorde wijze in te zetten.

8.2 *Discussie*

Discussie kwantitatief onderzoek

Het inzetten van de contacten van C. Heijmans is een belangrijke factor geweest in te realiseren van een hoge respons. Hierin schuilt echter het gevaar dat selectiebias is opgetreden. Verhoudingsgewijs is een hogere respons verkregen in regio's waar C. Heijmans veel contacten heeft, t.o.v regio's waarin zij minder contacten heeft. Als gevolg hiervan kan een scheef beeld verkregen zijn van de marketingoriëntatie, dan wel merkbeleid.

Een kanttekening is dat 11,8% van de respondenten aangeeft niet verzekerde zorg te leveren. ZBC's, die een stichting als rechtspersoon hebben, mogen alleen verzekerde zorg leveren. Niet verzekerde zorg dient te worden ondergebracht onder een NV of BV. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het respondentenbestand mogelijk instellingen bevat die niet of slechts ten dele kunnen worden aangemerkt als een ZBC. Dit kan tot een vertekening van de resultaten hebben geleid.

Vermeld dient te worden dat een aantal ZBC's een onderdeel vormen van een organisatie die bestaat uit meerdere locaties. Aangezien deze ZBC's, als onderdeel van een organisatorische eenheid, hetzelfde beleid voeren en dezelfde aanspreekpunt hebben, zijn deze ZBC's beschouwd als één instelling/ organisatie. Dit heeft tot gevolg dat ZBC's die onderdeel zijn van een organisatorische eenheid, worden beschouwd als één respondent. Het voordeel van deze maatregel is dat sommige ZBC's (respondenten) slechts een keer de vragenlijst hoeven in te vullen. Een nadeel is dat door deze maatregel informatie zal worden gemist, aangezien een afzonderlijke locatie een andere marketingoriëntatie kan hebben dan de andere locaties van dezelfde organisatie. Wel mag verwacht worden dat ZBC's die onder één organisatie een vergelijkbare marketingoriëntatie hebben en een vergelijkbaar merkbeleid, communicatiebeleid. Een ander nadeel is dat sommige vragen mogelijk moeilijk te interpreteren zijn, aangezien de vraag beantwoord moet worden voor meerdere locaties tegelijk. Kort samengevat kan de maatregel die hier is genomen methodologische problemen opleveren, waardoor een vertekening van de resultaten heeft kunnen optreden.

Vanwege beperkte beschikbare tijd en vanwege het feit dat tijdens de formulering van de vragen het theoretische kader nog niet was afgerond, zijn de vragen over merkbeleid en merkcommunicatie niet optimaal gekozen en zorgvuldig genoeg geformuleerd. De zwakte hiervan is, dat de vragen niet adequaat genoeg meten in hoeverre ZBC's merkbeleid inzetten voor de positionering en profilering van hun ZBC. De *betrouwbaarheidsanalyse* en de *factoranalyse* van de meetschaal merkbeleid onderschrijven deze beperking. De meetschaal merkbeleid is technisch gezien niet voldoende betrouwbaar en geen volledige en zeker geen gevalideerde meetschaal. Kortom de generaliseerbaarheid van de vragenlijst met betrekking tot merkbeleid is beperkt. Desondanks wordt de score wel gebruikt voor analyse, aangezien het van groot belang is voor dit onderzoek. Middels de score op merkbeleid is getracht een *indicatie* te krijgen over het inzetten van merkbeleid en merkcommunicatie door ZBC's. In de toekomst moet voor een dergelijk onderzoek de vragenlijst zorgvuldiger worden opgezet of er dient een gevalideerde vragenlijst te worden gebruikt. Een andere beperking is dat de vragen met betrekking tot merkbeleid niet uitputtend konden worden opgenomen in de vragenlijst. Er moest een afweging gemaakt worden tussen de hoeveelheid vragen en de nauwkeurigheid van de meting. Een te lange vragenlijst leidt er toe dat de respons om laag gaat.

Discussie kwalitatief onderzoek

Geconcludeerd moet worden dat de interviews vrij oppervlakkig zijn gebleven. Hierdoor is mogelijke waardevolle informatie verloren gegaan. Dit is te wijten aan het feit dat enkele respondenten terughoudend waren in het verschaffen van informatie of weinig kennis hadden betreffende marketing of merkbeleid. Tevens is het aan mijzelf te wijten dat de interviews vrij oppervlakkig zijn gebleven. Mijn interviewvaardigheden kunnen een stuk beter.

Omdat het interview bij slechts drie respondenten is afgenomen, is het niet mogelijk om een harde uitspraak te doen over alle ZBC's in Nederland. De externe validiteit van dit onderzoek is beperkt. Wel geeft dit onderzoek een indicatie en inzicht in de wijze waarop ZBC's merkbeleid en merkcommunicatie inzetten.

Een andere kantekening is dat de interviews zijn afgenomen bij bestuurders die geen medische achtergrond hebben. Deze respondenten hebben een marketing dan wel financiële achtergrond. Mogelijk heeft dit geleid tot een wat gekleurd beeld. Dit onderzoek mist dus waardevolle informatie over zorgmarketing en merkbeleid vanuit een medisch perspectief. In een eventueel vervolgonderzoek of discussiemogelijkheid moet dit perspectief worden meegenomen.

Discussie zorgmarkt ZBC

In het kwantitatieve onderzoek is geconcludeerd dat er een kloof lijkt te bestaan tussen de intentie om bewust merkbeleid te ontwikkelen en het daadwerkelijk ontwikkelen van strategisch merkbeleid. Het kwalitatieve onderzoek lijkt dit vermoeden te bevestigen. Alle respondenten van het kwalitatieve onderzoek gaven in het kwantitatieve onderzoek aan een sterk tot redelijk sterk merk te hebben en gaven aan redelijk tot veel rendement te hebben van het merkbeleid. Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt echter dat alleen Multicare in aanmerking komt voor het predikaat 'goed merkbeleid' en 'sterk merk', bovendien blijkt dat geen van de respondenten in werkelijk de sterkte van het merk te meten. ZBC's zijn dus overwegend positief over hun merk zonder dat zij weten wat het rendement van hun merkbeleid is. ZBC's lijken de sterkte van hun merk te overschatten. Op basis van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek kan geconcludeerd worden dat het waarschijnlijk is, dat in het kwantitatieve onderzoek sociaal wenselijk antwoorden zijn gegeven of dat het de ZBC's aan kennis ontbrak om de vragenlijst naar juistheid in te vullen. Geconcludeerd kan worden dat het zeer waarschijnlijk is dat zowel de score op marketingoriëntatie en als de score op merkbeleid in werkelijk lager is. Een nader kwalitatief onderzoek op grotere schaal zou hierover meer uitsluitsel kunnen geven.

Het suboptimale merkbeleid dat door de ZBC's wordt gevoerd, lijkt vooral het gevolg te zijn van het gebrek aan kennis en vaardigheden betreffende merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg. Het is dan ook van groot belang dat ZBC's dit gebrek aan kennis en vaardigheden op korte termijn kunnen wegwerken. Voor een goede basis tot het ontwikkelen van een merkbeleid is het bovendien van belang dat ZBC's principes van strategische zorgmarketing meer gaan integreren in hun organisatie. Een goede mogelijkheid hiertoe is het inschakelen van een adviseur. Een andere reden waarom ZBC's een suboptimaal merkbeleid hebben, kan gelegen zijn in het feit dat veel ZBC's een jonge organisatie zijn. Deze ZBC's hebben wellicht andere prioriteiten gesteld en zitten nog maar net in het ontwikkelproces van het merk. Tevens moet worden opgemerkt dat marktwerking in de zorg zich nog in het begin stadium bevindt, waardoor ZBC's het belang en de mogelijkheden van marketing en merkbeleid nog niet onderkennen. ZBC's zouden er verstandig aan de organisatie op het gebied van zorgmarketing verder te professionaliseren.

8.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen ZBC's

Een belangrijke aanbeveling voor het ontwikkelen en doorontwikkelen van een sterk merk is, dat ZBC's hun kennis en vaardigheden verbeteren met betrekking tot strategische zorgmarketing, merkbeleid en merkcommunicatie. Verder is het belangrijk dat wordt ingezien dat marketing/merkbeleid en gezondheidszorg prima samen kunnen en zelfs kan bijdragen aan het ontwikkelen van marktwerking in de gezondheidszorg. Het is naïef om te denken dat marketing alleen mogelijk is als er een winstmotief in het spel is. Ook is het naïef om te denken dat allerlei juridische, maatschappelijke en ethische beperkingen marketing in de gezondheidszorg onmogelijk maakt. In een toenemende marktwerking in de gezondheidszorg moeten instellingen zich meer en meer gaan gedragen als ondernemers en op een verantwoorde en creatieve wijze omgaan met deze beperkingen.

Een tweede belangrijke aanbeveling is dat ZBC's hun merk regelmatig evalueren en zich laten adviseren door een externe onafhankelijke partij. Dit kan er toe bijdragen dat managementinformatie wordt verkregen voor het beter positioneren en profileren van het merk. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat er gekozen moet worden voor één basisstrategie dat als uitgangspunt dient voor de verdere ontwikkeling van het merk (beleid). Deze basisstrategie dient uitgewerkt te worden. Wanneer bijvoorbeeld de basisstrategie klantgericht is, dan moet uitgewerkt worden wat klantgericht voor de instelling is en hoe dat vorm gegeven moet worden. Andere strategieën/kernwaarden dienen ter ondersteuning van de basisstrategie.

Aanbevelingen adviseurs zorgmarketing

De zorgmarkt van ZBC's biedt nog veel mogelijkheden om te professionaliseren. Veel ZBC's hebben missen kennis en vaardigheden betreffende zorgmarketing, merkbeleid en merkcommunicatie. Dit biedt voor adviseurs een goede mogelijkheid om hun diensten aan te bieden. Om diensten op een effectieve wijze aan te bieden, is het wellicht verstandig om aan te tonen dat zorgmarketing, merkbeleid en merkcommunicatie daadwerkelijk kan bijdragen aan een betere concurrentiepositie in de gezondheidszorg.

Aanbevelingen vervolgonderzoek

In de nabije toekomst zou meer onderzoek moeten plaatsvinden naar het fenomeen zorgmarketing en specifiek naar merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg. Onderzocht moet worden wat de beperkingen, mogelijkheden en verschillen zijn van marketing en merkbeleid in verschillende zorgsectoren. Onderzocht moet worden wat de medisch inhoudelijke, ethische, juridische en maatschappelijke perspectieven zijn op marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg. Allerm minst is zeker wat de medische inhoudelijke, ethische, juridische en maatschappelijke grenzen en bezwaren zijn voor het inzetten van zorgmarketing. Inzicht hierin kunnen duidelijkheid scheppen op de toepasbaarheid van marketing, merkbeleid en merkcommunicatie in de gezondheidszorg en de wijze waarop het ingezet kan worden. Onderzocht moet worden hoe merkbeleid ingezet kan worden naar de verschillende stakeholders. Onderzocht moet worden op welke wijze zorginstellingen merkbeleid optimaal kunnen ontwikkelen. Hierbij moet ondermeer aandacht geschonken worden aan het onderzoeken van factoren die bepalend zijn voor de wijze waarop merkbeleid wordt ingezet. Zo is er een indicatie dat de soort zorg (chronisch en niet-chronisch) een belangrijke invloed heeft op merkbeleid. Een ander specifiek onderzoek zou gericht moeten zijn op het ontwikkelen een van evaluatie-instrument van merken in de gezondheidszorg. Gedacht kan worden aan het ontwikkelen van een *Brand Care Card*.

Geconcludeerd kan worden dat de Brand Report Card weinig tot geen waarde heeft voor het meten van de merksterkte van zorginstellingen. Voor een brede toepasbaarheid zou een *Brand Care Card* ontwikkeld moeten worden. Onderzocht moet worden welke elementen van de Brand Report Card van toepassing zijn in de gezondheidszorg en welke elementen de Brand Report Card mist om de sterkte van het merk in de gezondheidszorg te meten. Tevens moet onderzocht worden hoe de vragen gesteld kunnen worden, zodat deze passen bij de beleving van beleidsbepalers in de gezondheidszorg.

Opvallend is dat uitgerekend de instelling met het sterkste merkbeleid geen plannen heeft om uit te breiden. Multicare wil zich ook in de toekomst uitdrukkelijk kunnen onderscheiden op kwaliteit door kwaliteit innovatie te blijven stimuleren. Multicare denkt dit het best te kunnen realiseren door relatief klein te blijven. Daarentegen geven de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde aan dat de ambities in de nabije toekomst verder rijken dat de ZBC die ze nu hebben. Hier rijst de vraag welke invloed het uitbreiden van de zorgorganisatie heeft op het merkbeleid en de sterkte van het merk. Is het voor de NPBC en Polikliniek Oogheelkunde niet verstandiger om eerst een sterk merk te ontwikkelen en dan pas aan uitbreiden te denken? Of is het juist verstandig om uit te breiden, ten behoeve van een sterk merk? Wat voor gevolgen heeft een eventuele uitbreiding voor een zorginstelling, met een zwak merk, ten aanzien van de concurrentiepositie? Moet bij elke uitbreiding het merk geherpositioneerd worden?

Deze scriptie heeft inzicht verschaft in de wijze waarop zorgmarketing, merkbeleid/merkcommunicatie door ZBC's in Nederland wordt ingezet. Desalniettemin heeft het meer vragen opgeleverd dan het heeft beantwoord. Het lijkt er op dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over wat zorgmarketing voor de Nederlandse zorgmarkt kan betekenen, omdat harde bewijzen ontbreken. Ook is het niet duidelijk hoe zorgmarketing in de praktijk vorm gegeven moet worden. Kortom de komende jaren is op het gebied van strategische zorgmarketing nog heel veel te onderzoeken.

Literatuurlijst

- Adriaansens, H.P.M., et al. 2003. *Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, bevrijdende kaders*. [Internet], 03-02-2003 [aangehaald 03-03-2006], bereikbaar op <http://www.adviesorgaan-rmo.nl/info/advies.php?id=39&s=0>
- Aijo, T. S. 1996. The theoretical and philosophical underpinnings of relationship marketing. Environmental factors behind the changing marketing paradigm. *European Journal of Marketing*. 30 2:8-18.
- Albeda, H. 2004. *Indicatoren in een zelfsturend systeem: prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit*. Stichting Rekenschap. Uitgeverij: Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies, De staat van het stelsel.
- Baarda, D.B. & de Goede, M.P.M. 1997. *Basisboek methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Beckham, J. D. 1996. *Branding*. The Healthcare Forum Journal. 39 6:51-55.
- Boonekamp, L. C. M. 1993. *Hoe marktgericht is uw organisatie?* Gezondheidszorg & Management. Nummer 7/8 juli.
- Boonekamp, L. C. M. 1994. *Marketing for Health-care Organizations: An Introduction to Network Management*. Journal of Management in Medicine, Vol 8 5:11-24.
- Boonekamp, L. C. M. 2006. *Sessie strategische zorgmarketing*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. 24-03-2006.
- Borst-Eilers, E. 2001. *Nota 'Zorg aan bod'*. [Internet], Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Zorg. 06-07-2001 [aangehaald 05-01-2006], bereikbaar op http://www.minvws.nl/notas/meva/vraag_aan_bod.asp
- Bouma, N. 2005. *If you cant't beat them, joint hem!!!, Strategische keuzes voor het Revalidatiecentrum Amsterdam op basis van een marketingstrategie*. Afstudeerscriptie Bedrijfskunde. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Bowling, A. 2002. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Open University Press: Buckingham. Second edition
- Brandsma, P. en H. Raemakers. 2005. *Cursus Zorgmarketing*, Studiecentrum voor bedrijf en Overheid in samenwerking met DCE Consultants.
- Bronislaw, V. 1994. *Strategische Marketing. Analyse, planning & praktijk*. Stenfert Kroese, Educatieve Partners Nederland, Leiden. Eerste druk, achtste oplage.
- Burmann, C. en S. Zeplin. 2004. *Building brand commitment: A behavioural approach to internal brand management*. Brans Management. Volume 12 4:279-300.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2003. *Signaleringsrapport 'Het zelfstandige behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?' Een nieuw beoordelingskader*. [Internet], 17 februari www.bouwcollege.nl [aangehaald 17-01-2006] Utrecht.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2005. *Zelfstandige behandelcentra: Booming business of modegril?* [Internet], College Bouw, <http://www.bouwcollege.nl> [aangehaald 17-01-2006] Utrecht.
- Corbin, C. L. e.a. 2001. *Concepts in service marketing for healthcare professionals*. The American Journal of Surgery. Vol 181 8:1-7
- Creswell, J. W. 2003. *Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. second edition, London: Sage Publications.
- Crommentuyn, R. 2006. *Geen grijze bal gehakt. Marketingstrategieën vinden voorzichtig hun weg in de zorg*. Medisch Contact. Vol 61 3:100-102.

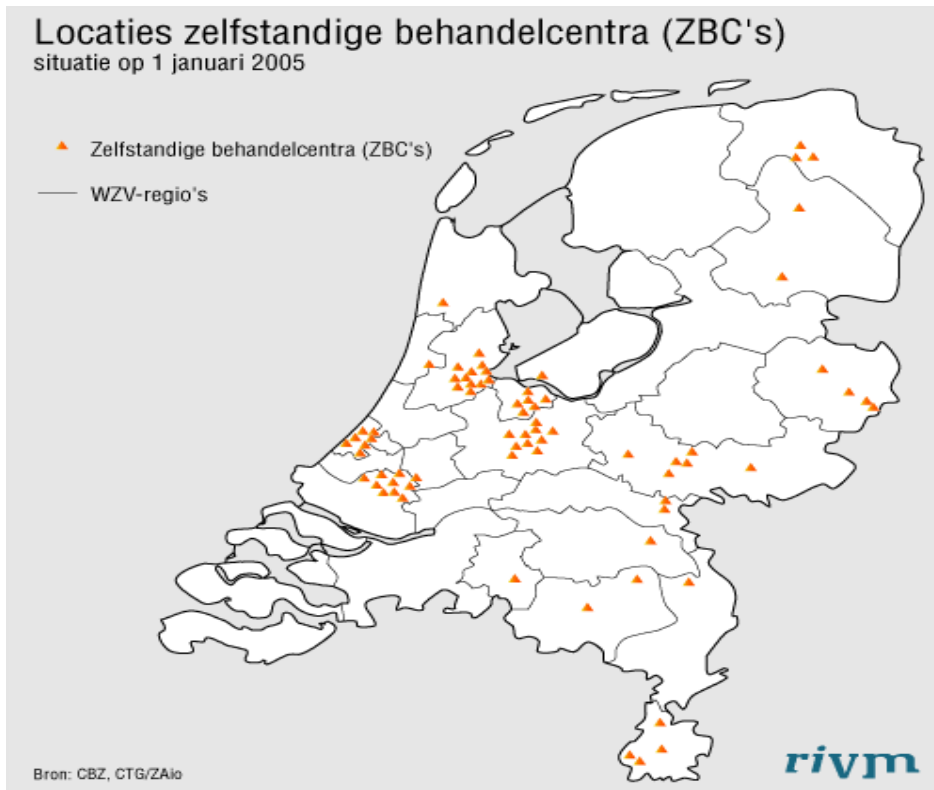
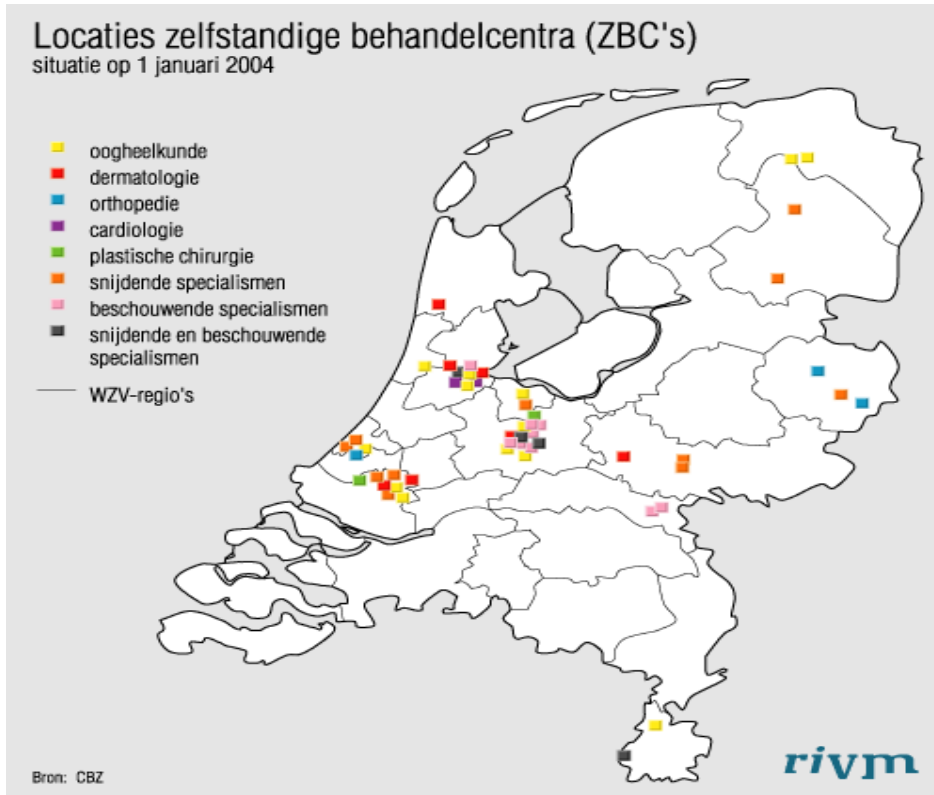
- CTG/ ZAio. 2005. *Visiedocument Ziekenhuiszorg: analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment*. [Internet] <http://www.ctg-zaio.nl> [aangehaald op 19-01-2006].
- Dute, J.C.J. en H.E.G.M. Hermans. 2002. *Regulering van de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen. Eerste druk, tweede oplage
- Engelsen, A. T. 1993. *Uw organisatie als merk*. Samsom BedrijfsInformatie. Alphen aan den Rijn/ Zavetem.
- Erp, van L. G. 1989. *Marketing in de gezondheidszorg, patiëntgericht management*. Uitgeverij De Tijdstroom, Lochem.
- Fisher, C. M. and C. J. Anderson. 1990. *Hospital Advertising: Does It Influence consumers?* Journal of Health Care Marketing volume 10 4:40-46.
- Franzen, G. en M. van den Berg. 2003. *Strategisch management van Merken*. Hilarius Publicaties, Leiden. Eerste druk tweede oplage.
- Gibbels, M. 2004. *Marketing in de zorg, Wees geen grauwe aardappel*. Zorgvisie 3:14-15
- Grinten, van der T. 2004. *Sturingslogica's en maatschappelijk ondernemerschap in de Gezondheidszorg*. TSG 82 2:123-127
- Grit, K. 2003. *Politisering van het management gevraagd, dilemma's rond zelfsturing*. Filosofie in bedrijf 15 1:11-23
- Groenewoud, S. and R. Huijsman. 2003. *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker: managementversie van een studie naar een conceptueel raamwerk, de huidige stand van zaken en de toekomst van prestatie-indicatoren in de Nederlandse gezondheidszorg*. Uitgeverij: Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Hermans, H.E.G.M. 2004. *Privé-klinieken, ZBC's, markt en winstoogmerk*. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 28 p. 414-428.
- Hermans, H.E.G.M., R.W. Verrips & D.K. Aanen. 2004. *Besturing van zorginstellingen, dossier gezondheidsrecht*. Sdu Uitgevers bv Den Haag
- Heuvel, J. 1999. *Dienstenmarketing*, Wolters-Noordhoff BV Groningen, tweede druk.
- Hoogma, Rob, en Floris Hurts (2003), *Vraagsturing en marktwerking: 8 misverstanden*, Zorgvisie, 11, 48-51.
- Hurts, F. 2003. *Vraagsturing en marktwerking, 8 misverstanden*. Zorgvisie 11:48-50
- iBMG Manifest. 2002. *Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel*. [Internet]. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 25-04-2002 [aangehaald 06-01-2006]. Bereikbaar op <http://www.bmg.eur.nl>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). 2004. *Kwaliteit en veiligheid in particuliere klinieken voor de somatische zorg*. Den Haag. IGZ 04-64.
- Kamerstuk A. 2005. *Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (WTZi)*. 23-12-2005. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Kamerstuk B. 2005. *WTZi en kapitaallastenbrief; Brief aan de Eerste en Tweede Kamer over de vragen voorhang Uitvoeringsbesluit WTZi*. 5-12-2005. Min-VWS
- Keller, K. L. 2000. *The Brand Report Card*. Harvard Business Review. Januari- februari pag. 147-157.
- Kloosterman, L. P. O. 2004. *Marketing Ethiek. Een onderzoek naar de relatie tussen het ethische werkklimaat en ethische gedrag*. Afstudeerscriptie. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- KNMG. 2003. *Reclame voor jezelf: wijzingen in gedragsregels over publiciteit*.
- KNMG. 2003. *Vademecum 2003. Gedragsregels/ richtlijnen voor artsen*. [Internet] november 2003 [aangehaald 21-04-2006]. Bereikbaar op <http://www.knmg.artsennet.nl>
- Kotler, P. En G. Armstrong. 1993. *Marketing een inleiding*. Prentice Hall.

- Kotler, P. en A. R. Andreasen. 1995. *Strategic Marketing for non-profit organizations*. Prentice Hall Upper Saddle River, New Jersey. 5^e edition.
- Kotler, P. en R. W. Clarke. 1987. *Marketing for Healthcare Organizations*. Prentice-Hall.
- Kotler, Ph. 2003. *Kotler on Marketing*. The Free press: New York. 3^e oplage.
- Kotler, Ph., Robben, H.S.J. en Geuens, M. 2004. *Marketing management, De Essentie*. Pearson Education Benelux. Tweede druk.
- Latham, S. R. 2004. *Ethic in the Marketing of Medical Sevices*. The Mount Sinai Journal of Medicine. Volume 71 4:243-250.
- Leeflang, P. S. en F. van Rooy. 1995. *Leerboek marketing*. Stenfert Kroese. Eerste druk.
- Leeuwen, van. 2006. *Sterk zorgmerk succesfactor zorgaanbieders!* ZM magazine 2:2-5.
- Leventhal, R. C. 1996. *Branding strategy*. Business Horizons. 1:17
- Loubeau, P. en R. Jantzen. 1998. *The effect of Managed Care on hospital Marketing Orientation*. Journal of Health Care Management volume 43 3:229-241.
- MacStravic, S. 1999. *Seven approaches to branding: Take your pick*. Health Care Strategic Management. 17 4:19-23
- Mandour, Y., M. Bekkers en P. Waalewijn. 2006. *Een praktische kijk op Marketing- en strategiemodellen*. SDU uitgevers. Den Haag. 1e oplage
- Mangini, M. K. 2002. *Branding 101, it's time for healthcare to embrace this marketing mainstay*. Marketing health services 3:20-23.
- MAO/MTD Groep. 2005. *Zorgmarketing*. [Internet], 01-12-2005 [aangehaald 05-01-2006], bereikbaar op <http://www.zorgmarketing.nl/zorgmarketingm.pdf>
- Marketconcern. 2005. *Gevolgen van marktwerking*. [Internet], [aangehaald 05-01-2006], bereikbaar <http://www.marketconcern.nl/Gevolgen%20marktwerking%20door%20invoering%20DBC's.html>
- Maso, I. and A. Smaling. 1998. *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Mayntz, R., 1999. *Nieuwe uitdagingen voor de Governance Theory*, In: *Beleid en Maatschappij*, jaargang 26, nummer 1, pp. 2-12.
- McDermott, D. R., F. J. Frazak and M. W. Little. 1993. *Does marketing relate to hospital profitability?* Journal of Health Care Marketing. Volume 13 2:18-26.
- Medisch Centrum Haaglanden. 2005. *Medisch Centrum Haaglanden gaar reclame maken*.
- Mitchel, C. 2002. *Selling the Brand Inside*. Harvard Business Review. Januari pag. 99-105
- Moorthi, Y. L. R. 2002. *An approach to branding services*. Journal of services marketing. 16 3:259-274
- Morgan, R. E. 1996. *Conceptual foundations of marketing and marketing theory*. Management Decision Vol 34 10:19-26
- Mosmans, P. en R. van der Vorst. 2003. *Marketingwijzer: Merkenbeleid*. Kluwer: 2^e druk, 1^e oplage.
- Naidu, G. M. en C. L. Narayana. 1991. *How Marketing Oriented Are Hospitals in a Declining Market?* Journal of Health Care Marketing. 1:23-30
- Naidu, G. M., A. Kleimenhagen, and G. D. Pillari. 1992. *Organization of marketing in U.S. hospitals: An emperical investigation*. Health Care Management Review. 4:29-43
- NMA (Nederlandse Mededingingsautoriteit) 2002. *Richtsnoeren voor de zorgsector*. [Internet] <http://www.nmanet.nl> [aangehaald 07-02-2006].
- NMA (Nederlandse Mededingingsautoriteit). 2004. *Visiedocument: concurrentie in de ziekenhuissector*. [Internet] www.ctg-zaio.nl [aangehaald 01-02-2006].
- Nobels, C. 2005. *Prijsconcurrentie tussen ziekenhuis en ZBC*. Afstudeerscriptie iBMG Erasmus Universiteit Rotterdam.

- NVZ. 2005. *Marketing in de gezondheidszorg*. [Internet], 16-12-2005 [aangehaald 05-01-2006], bereikbaar op <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/>
- Ogilvie, R. G. en K. Groeneboom. 1993. *Industriële Marketing, Planning & Strategie*. Stenfert Kroese. Educatieve Partners Nederland, Leiden.
- Oyen, F. G. P. H. en G. F. A. De Schuyteneer. 2002. *Marketing voor de zorg: een praktische handleiding: het marketingconcept als hulpmiddel voor strategieontwikkeling*. Elsevier gezondheidszorg: Maarssen
- Petromilli M. en D. Michalczyk. 1999. *Your most Valuable Asset. Increasing the value of your hospital through its brands*. Marketing Health Services. Juli 5-9
- Porter, M. E. 1980. *Competitive Strategy*. New York: The free Press.
- Prince, Y.M, A. Bruins en P. Th. van der Zeijden. 2005. *Ondernemen in de zorg. EIM Onderzoek voor Bedrijf en Beleid*. Zoetermeer.
- Publicatieblad van de Europese gemeenschappen. 2006. [Internet] www.europa.eu.int [aangehaald 07-02-2006]
- Putters, K. & T. E. D. van der Grinten. 2001. *Schuivende institutionele verhoudingen in de besturing van de Nederlandse gezondheidszorg*. In: Abma, T. & R. in het Veld. *Handboek Beleidswetenschap*. Amsterdam, Boom, pp 111-126
- Ribbink, G. J. 1996. *Ethiek in de reclame*. Tijdschrift voor Marketing. 12:76-77
- RVZ. Raad voor de Volksgezondheid. 2004. *Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van balanced scorecard*. [Internet], 28-04-2004 [aangehaald 20-01-2006], bereikbaar op http://vif62-237.nijmegen.inter.nl.net/data/download/De_staat_van_het_stelsel_expertisecentrum.pdf
- Rynne, J. T. 1999. *Transitioning Health Care Marketing into the Twenty-first Century*. Marketing Health Services 7:11-14.
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden A. 2005. *Wet van 6 oktober 2005, houdende invoering van de Zorgverzekeringswet en aanpassing van overige wetten aan die wet (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)*. Sdu Uitgevers 's-Gravenhage nr. 525
- Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden B. 2005. *Besluit van 9 december 2005 tot vaststelling van het tijdstip van inwerkingtreding van de Wet toelating zorginstellingen, de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet*. Sdu Uitgevers 's-Gravenhage nr. 649
- Staatscourant A. 2005. *Beleidsregels ex artikel 4 Wet toelating zorginstellingen*. Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Staatscourant B. 2005. *Uitvoeringsbesluit WTZi*. Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Staatscourant C. 2005. *Nota toelichting WTZi*. Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport
- Staatscourant. 1998. *Regeling zelfstandige behandelcentra*. Staatscourant, nr. 30. VPZ/PBIZ-98506,
- Staten-Generaal. 2005. *Vereenvoudiging van stelsel van overheidsbemoediging met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)*. Nr. 66. 3 november 2005 Den Haag.
- Sterkenburg, van P.G. J. e.a. 2000. *Van Dale Handwoordenboek van hedendaags Nederlands*. Van Dale Lexicografie Utrecht/ Antwerpen. Tweede druk in de nieuwe spelling.
- Stichting Reclame Code Commissie. 2006. *Nederlandse reclamecode*. [Internet] www.reclamecode.nl [aangehaald 26-01-2006].

- Telegraaf. 2006. *Reclame ziekenhuis moet onder controle*. Telegraaf woensdag 22 februari 2006.
- Treacy, M. en F. Wiersema e.a. 1995. *The discipline of Market leaders*. Holland management review. 43:121
- Varkevisser M., S.A. van der Geest, F.T. Schut & E. Dijkgraaf. 2003. *Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg; de deelmarkten voor spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling*. Rotterdam: OCFEB & iBMG (Erasmus Universiteit Rotterdam).
- Vels, F. en M. Boere. 2005. *Zorg voor een merk, Merkenbeleid in zorginstellingen*. Bohn Stafleu van Loghum. Houten.
- Vorst, van der R. en R. Jansen. 2002. *A governbrand: de kracht van public branding*. Tijdschrift voor Marketing. 9:22-24
- Vos, M. en H. Schoenmaker. 2002. *Geïntegreerde communicatie. Concern-, interne en marketingcommunicatie*. Uitgeverij LEMMA BV Utrecht. Vierde druk.
- VWS. 2005. *Overheid doet een stapje terug*. [Internet], Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 20-01-2005 [aangehaald 05-01-2006], bereikbaar op <http://www.minvws.nl>
- Waalewijn, P.; Y. Mandour en W. Opendijk-van Veen. 2001. *Zicht op de marketingprestatie*. Kluwer.
- Waard de, D.A. 2002. *Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen in de zorgsector*. Partner Ernst & Young.
- White, K. R. en J. M. Thompson. 2001. *Hospital Marketing Orientation and Managed Care Processes: Are They Coordinated?* Journal of Healthcare Management 5:327-336
- WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) 2006. *Wetgeving gezondheidszorg*. [Internet] www.wetten.overheid.nl [aangehaald 07-02-2006].
- WZV (Wet Ziekenhuisvoorzieningen) 2002. *Wetgeving gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. Redactie Wetgeving Gezondheidszorg 2002.
- Zorgverzekeraars Nederland. 2005. [Internet] <http://www.zn.nl> [aangehaald op 15-01-2005]
- Zvw (Zorgverzekeringswet). 2006. *Wetgeving gezondheidszorg*. [Internet] www.wetten.overheid.nl [aangehaald 07-02-2006].

Bijlage 1, Spreiding en locaties ZBC's



Bron: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2005

Bijlage 2, Vragenlijst marketingoriëntatie ZBC's

Geachte heer/ mevrouw,

Nogmaals onze hartelijke dank voor uw deelname aan ons afstudeeronderzoek in het kader van de Master Zorgmanagement aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam).

Vraag: In hoeverre is uw ZBC marktgeoriënteerd?

Dit is onze gezamenlijke onderzoeksvraag aan u. Op deze manier hopen wij een beeld te krijgen van de marktgerichtheid van ZBC's in Nederland. Tevens biedt het u inzicht in uw eigen positie t.o.v. het gemiddelde in Nederland.

De vragenlijst

De vragen uit ons onderzoek zijn gebaseerd op een gevalideerd instrument, dat in de Verenigde Staten is ontwikkeld om de marktorientatie van Amerikaanse ziekenhuizen te meten. Wij hebben het instrument aangepast zodat deze ook toegepast kan worden op de Nederlandse ZBC's. Tevens zijn vragen opgenomen betreffende merk- en communicatiebeleid en relatie- en distributiemanagement. De vragenlijst bestaat uit drie delen en in *totaal 46 vragen*. Het zal ongeveer *25 minuten* in beslag nemen om de vragenlijst in te vullen.

Resultaten

Enkele weken na het invullen van deze vragenlijst ontvangt u van ons de 'marktgerichtheid-score' van uw ZBC, afgezet tegen de gemiddelde score van alle deelnemende ZBC's in Nederland. Verder kunt u na afloop van het onderzoek een (digitale) versie van de analyse en de resultaten van het gezamenlijke onderzoek ontvangen.

Aanvullende interviews.

Na analyse van de gegevens zullen wij een select aantal ZBC's benaderen voor een nader vraaggesprek. Indien u bent geselecteerd, zal uw medewerking aan dit vraaggesprek worden gevraagd.

Deelname is vertrouwelijk

Vertrouwelijke behandeling van de reacties vinden wij heel belangrijk. Daarom zijn uw antwoorden beveiligd met een wachtwoord. De door u verschaft informatie zal niet aan derden worden verstrekt.

U kunt *tot 30 april* het vragenformulier invullen. Heeft u vragen en of opmerkingen, neem dan gerust contact met ons op.

Met vriendelijke groet,

Jeroen Homberg (jeroen@homborg.net) en
Christel Heijmans (christel.heijmans@hetnet.nl)

Studenten Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Deel 1

Karakteristieken ZBC's

1) Contactgegevens ZBC en contactpersoon:

- Naam van uw ZBC:
- Uw naam:
- Uw functie:
- Sinds wanneer bent u werkzaam in het ZBC?:
- Telefoonnummer:
- Emailadres:
- Website van ZBC:

2) Wat is het jaar van oprichting van uw ZBC¹¹?

3) Op hoeveel locaties is uw ZBC/organisatie gevestigd?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

4) Maakt uw ZBC organisatorisch deel uit van één van de onderstaande partijen? (meer dan één antwoord mogelijk)

- Ja, met een ziekenhuis.
- Ja, met maatschap van specialisten.
- Ja, met een privé-kliniek.
- Ja, overig
- Nee

5) Welke soort(en) specialisme(n) biedt uw ZBC aan? (meer dan één antwoord mogelijk)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthesie | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopedie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde | <input type="checkbox"/> Plastisch chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> KNO | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde | <input type="checkbox"/> Reumatologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | |
| <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde | <input type="checkbox"/> Oogheelkunde | |
| <input type="checkbox"/> Overig, namelijk | <input style="width: 250px; height: 15px;" type="text"/> | |

¹¹ In geval van meerdere locaties vult u de datum in van de eerst opgerichte locatie.

6) Wat is het aantal specialisten berekend in FTE's¹², in uw ZBC?

- 0-1 FTE
- 1-2 FTE
- 2-3 FTE
- > 3 FTE

7) Hoeveel patiënten (ongeacht het aantal contacten per patiënt) heeft uw ZBC per jaar gemiddeld? (geef een schatting)

-

8) Welk percentage van het geleverde zorgaanbod bestaat uit:

Gemeten in % aantal patiënten (geef een schatting).

- A-segment¹³ %
- B-segment¹⁴ %
- C-segment¹⁵ %
- Niet verzekerde zorg %

9) Wat is het voornaamste adherentiegebied¹⁶ van uw ZBC? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Noord-Holland | <input type="checkbox"/> Groningen |
| <input type="checkbox"/> Zuid-Holland | <input type="checkbox"/> Limburg |
| <input type="checkbox"/> Utrecht | <input type="checkbox"/> Gelderland |
| <input type="checkbox"/> Noord-Brabant | <input type="checkbox"/> Drenthe |
| <input type="checkbox"/> Zeeland | <input type="checkbox"/> Flevoland |
| <input type="checkbox"/> Friesland | <input type="checkbox"/> Overijssel |

10) Is er in uw ZBC een functionaris in dienst die één van de volgende marketingactiviteiten verricht: adverteren, marktonderzoek, diensten/ producten ontwikkeling, merk- en communicatiebeleid, relatiebeheer?

- Ja
- Nee

¹² Fulltime Equivalent

¹³ De DBC's waarvoor **maximumtarieven** zijn vastgesteld.

¹⁴ De DBC's waarvan de prijs door **onderhandeling** tussen zorgverzekeraars en ZBC tot stand komt.

¹⁵ De DBC's waarvoor alleen een vergoeding tegenover staat indien de cliënt/ patiënt daarvoor verzekerd in de zogenaamde aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar.

¹⁶ Het gebied waar uw cliënten/ patiënten van afkomstig zijn.

Deel 2

De volgende vragen zijn gericht op de marktorientatie van uw ZBC.

Geef bij de volgende vragen aan welk antwoord het meest aansluit bij de situatie van uw ZBC. S.v.p. één antwoord aankruisen.

Algemene marketingvraag

11) Welke stelling betreffende *bewuste marktorientatie*¹⁷ past het beste bij uw ZBC?

- A. Marktorientatie heeft bij ons weinig prioriteit en wordt nauwelijks doorgevoerd.
- B. Marktorientatie is enigszins belangrijk en wordt zo nu en dan toegepast.
- C. Marktorientatie is belangrijk en is (vrijwel) volledig doorgevoerd.

Clüent/ Klantenfilosofie

12) In welke mate past uw ZBC het zorgaanbod en diensten aan op de wensen en behoeften van de klant/cliënt?

- A. Wij richten ons op de bestaande wensen en behoefte van onze doelgroep, immers de behoefte is bekend en verandert niet.
- B. Wij zoeken naar de wensen en behoeften van cliënten/klanten, maar dat leidt zelden tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.
- C. Wij zoeken systematisch naar de wensen en behoeften van cliënten/klanten. Dat leidt zo nu en dan tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.

13) Richt uw ZBC zich op het hele relatiernetwerk (leveranciers, verkoopkanalen, concurrenten, klanten, overheid, omgeving etc.) bij het bepalen van de bedrijfsstrategie?

- A. Nee, wij richten ons voornamelijk op het bedienen van de directe klanten.
- B. In zekere mate. Wij houden rekening met de andere kanalen (relaties), maar de meeste energie steken wij in het bedienen van de huidige klanten.
- C. Ja. Wij richten ons op het hele relatiernetwerk.

¹⁷ "Bewuste marktorientatie betekent hier dat uw ZBC er op gericht is om bewust de wensen en behoeften van doelmarkten (afzonderlijke groepen cliënten/ patiënten) te bepalen en deze doelmarkten tevreden stelt door relatiebeheer en het ontwerpen, communiceren, leveren van kwalitatief goede en competitieve (onderscheidende) producten en diensten".

14) Hoe werft uw ZBC medische professionals?

- A. De primaire verantwoordelijkheid voor het aantrekken en selecteren van medische professionals ligt bij de medische staf.
- B. De medische professionals worden geworven op basis van specifieke kenmerken van onze ZBC, zoals salaris, arbeidsvoorwaarden, attitude, imago, kennis, specifieke diensten, imago en of technische mogelijkheden.
- C. Wij hebben een systeem (methode) om te bepalen welk type medische specialist past binnen onze ZBC en geschikt is voor onze doelgroep (afzonderlijke groepen cliënten/patiënten).

Integrale marketingorganisatie

15) In hoeverre maken de marketingactiviteiten¹⁸ deel uit van het plannings- en besluitvormingsproces van uw ZBC?

- A. Nauwelijks.
- B. Enigszins.
- C. (Vrijwel) volledig.

16) Ontwikkelt uw ZBC op systematische wijze nieuwe diensten en producten?

- A. Niet of zelden.
- B. Enigszins.
- C. Meestal of altijd.

17) In welke mate worden marketingactiviteiten⁷ aangestuurd, gecommuniceerd naar medewerkers en gecontroleerd door de leiding van uw ZBC?

- A. Niet of zelden.
- B. Enigszins.
- C. Meestal of altijd.

¹⁸ Marketingactiviteiten zijn: marktonderzoek, adverteren, diensten/ producten ontwikkeling, merk- en communicatiebeleid, prijsbeleid en relatie- en distributiemanagement.

Marketing informatiesysteem

18) In welke mate heeft uw ZBC een marketinginformatiesysteem¹⁹ tot haar beschikking dat relevante, adequate en actuele informatie bevat?

- A. Beperkt of niet aanwezig.
- B. In zekere mate aanwezig.
- C (Vrijwel) Volledig aanwezig.

19) In hoeverre kent uw ZBC de verkooppotentie, de kosteneffectiviteit en de winstgevendheid van de verschillende marktsegmenten²⁰, klanten, regio's, producten en verkoopkanalen?

- A. Nauwelijks of niet.
- B. In zekere mate.
- C Goed.

20) Wanneer heeft uw ZBC voor het laatst de onderstaande onderzoeken uitgevoerd?

Marktonderzoek	(Nog) niet uitgevoerd	Minder dan 1 jaar	1 tot 3 jaar geleden	Langer dan 3 jaar geleden
-----------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Analyse zorgvraagontwikkeling				
Analyse doelgroepen en productmarkt - combinaties				
Patiënttevredenheid				
Concurrentie analyse				
SWOT ²¹ analyse				
Effectiviteit van marketingactiviteiten ⁷				

¹⁹ Een marketinginformatiesysteem is het verzamelen, analyseren, beoordelen en verspreiden van kennis over de wensen, behoeften en handelwijzen van klanten, ontwikkelingen in de markt en de concurrentiepositie etc. Deze kennis wordt op een systematische wijze verzameld en opgeslagen (zoals papier of geautomatiseerd), zodat deze kennis gebruikt kan worden voor analyse, planning, implementatie en controle van marketingactiviteiten⁷.

²⁰ Het groeperen van cliënten/ patiënten in segmenten op basis van soortgelijke behoeften en kenmerken, waarvoor producten en diensten worden ontwikkeld.

²¹ SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats van de eigen ZBC.

Een ander onderzoek

namelijk,

.....				
.....				

Strategische oriëntatie

21) In hoeverre heeft uw ZBC een marketingplan²²?

- A. Deze is (niet) aanwezig.
- B. Deze is aanwezig en wordt uitgedragen of uitgevoerd.
- C. Deze is aanwezig en wordt uitgedragen/ uitgevoerd en bijgesteld.

22) In hoeverre heeft uw ZBC een adequate marketingstrategie²³?

- A. De marketingstrategie is niet of nauwelijks (duidelijk) geformuleerd.
- B. De marketingstrategie is duidelijk en gelijk aan de strategie van voorgaande jaar of jaren.
- C. De marketingstrategie is duidelijk, innovatief, doordacht en gebaseerd op cijfers.

23) In hoeverre wordt er in de marktstrategie van uw ZBC rekening gehouden met onvoorziene veranderingen in de zorgmarkt?

- A. Er wordt nauwelijks of geen rekening mee gehouden.
- B. Er wordt wel rekening mee gehouden, maar er zijn geen concrete plannen opgesteld.
- C. Er zijn voor de belangrijkste mogelijke veranderingen in de zorgmarkt plannen opgesteld, voor het geval deze mochten plaatsvinden.

²² Een marketingplan is een plan waarin staat beschreven op welke doelmarkten en segmenten de instelling zich richt en welke (marketing)activiteiten⁷ worden ondernomen om die doelmarkten en segmenten zo goed mogelijk te bedienen.

²³ Een marketingstrategie is een strategie waarbij bedrijfsdoelstellingen, vaardigheden en middelen van de organisatie worden gecombineerd met veranderende marktmogelijkheden en de doelmarkten waarop de organisatie zich wil richten.

Operationele efficiency

24) Doet uw ZBC onderzoek naar de resultaten van marketinginspanningen²⁴?

- A. Nee.
- B. In beperkte mate.
- C. Op continue basis.

25) Kent u het rendement²⁵ van de marketingactiviteiten⁷ van uw ZBC?

- A. Het rendement is (vrijwel) onbekend.
- B. Het rendement is enigszins bekend.
- C. Het rendement is (vrijwel) volledig bekend.

26) Is uw ZBC in staat om snel en adequaat te reageren op plotselinge veranderingen²⁶ in de zorgmarkt?

- A. Nee of in zeer beperkte mate.
- B. Enigszins.
- C. In grote mate tot goed.

²⁴ Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van uitgaven ten behoeve van marketingactiviteiten⁷.

²⁵ Opbrengst van een economische activiteit.

²⁶ Zoals wijzingen in wet- en regelgeving, nieuwe toetreders, veranderingen in de zorgvraag, etc.

Deel 3

De volgende vragen zijn gericht op een verdieping betreffende **merk- en communicatiebeleid en relatie- en distributiemangement**.

Omcirkel het antwoord dat het beste aansluit bij de situatie van uw ZBC.

Verdiepende vragen merken en communicatie

Algemeen

27) Positioneert en profileert uw ZBC zich bewust met een merk (naam) (link) om een goed imago en duidelijke identiteit op te bouwen bij klanten/ relatiernetwerk?

Nee Ja

28) In welke mate meet uw ZBC het rendement van de investeringen in merk²⁷- en communicatiebeleid?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd

Relatiernetwerk

29) In hoeverre is merk¹⁷ - en communicatiebeleid belangrijk voor uw relatiemanagement²⁸?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Niet belangrijk		Neutraal		Zeer belangrijk

Kernwaarden en identiteit

30) In hoeverre komt de 'merknaam' (naam ZBC) van uw ZBC overeen met de kernwaarden²⁹ en identiteit van uw ZBC?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Geen/ weinig overeenkomst		Neutraal		Volledige overeenkomst

²⁷ Merk is een naam, begrip, teken, symbool (logo, handelsmerk) of ontwerp, of een combinatie hiervan, bedoeld om de producten of diensten te identificeren en om deze te onderscheiden van die van concurrenten.

²⁸ Het onderhouden van relaties met ondermeer verwijzers, verzekeraars, overheid, consumenten (bond), banken, politiek etc.)?

²⁹ Kernwaarden vormen de essentiële en duurzame grondbeginselen (ideologie) waar uw ZBC in gelooft. Ze fungeren als leidende principes voor communicatie van de identiteit (kenmerk, 'karakter') van uw ZBC.

31) In hoeverre komt de huisstijl/ logo van uw ZBC overeen met de kernwaarden³⁰ en identiteit van uw ZBC?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Geen/ weinig overeenkomst		Neutraal		Volledige overeenkomst

(Merk)imago

32) In welke mate beschikt uw ZBC over kennis betreffende het (merk)imago³¹?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Geen kennis		Neutraal		Veel kennis

33) Hoe oordeelt u over de sterkte³² van het merk(imago)²¹ van uw ZBC?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Zwak imago		Neutraal		Uitstekend imago

Communicatie

34) In welke mate communiceert uw ZBC haar kernwaarden (intern en extern, met behulp van promotie, reclame, nieuwsbrief, media, interne/ externe mailing etc.)?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd

35) In hoeverre communiceert uw ZBC via de onderstaande kanalen met het relatiernetwerk?

	1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persberichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mailings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lobbyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opendag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwsbrieven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Advertenties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³⁰ Kernwaarden vormen de essentiële en duurzame grondbeginselen (ideologie) waar uw ZBC in gelooft. Ze fungeren als leidende principes voor communicatie van de identiteit (kenmerk, 'karakter') van uw ZBC.

³¹ Het beeld dat de publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk heeft van uw ZBC. De mate waarin het ZBC wordt beoordeeld en geïnterpreteerd, de mate waarin publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk zich kunnen identificeren met het ZBC en in hoeverre het ZBC voldoet aan de behoeften, verlangens en waarden van de publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk.

³² Sterkte in de zin dat doelstellingen van uw ZBC worden bereikt.

Effectiviteit

36) Levert de investering in merk- en communicatiebeleid rendement op, zoals het behalen van doelstellingen en concurrentievoordelen?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Geen rendement		Neutraal		Veel rendement

37) In welke mate herpositioneert uw ZBC het merk- en communicatiebeleid?

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak

Verdiepende vragen relatie- en distributiemanagement.

38) Geef hieronder aan op welke wijze uw patiënten/ cliënten bij uw ZBC terecht komen?

- Rechtstreeks
- Via huisartsen
- Via verzekeraars
- Via andere ZBC's
- Via (maatschappen/specialisten) de ziekenhuizen
- Via de media
- Via de (lokale) overheid
- Via patiëntenverenigingen/ belangenorganisaties
- Via andere partijen³³, namelijk

39) In hoeverre bent u als ZBC afhankelijk van de onderstaande partijen als het gaat om het werven en behouden van klanten?

	1 _____ Weinig	2 _____	3 _____ Neutraal	4 _____	5 _____ Veel
<u>Patiënten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Huisartsen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verzekeraars</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andere ZBC's</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ziekenhuizen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Media</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(Lokale) Overheid</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Patiëntenverenigingen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>'Bovengenoemde anderen'</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³³ Bijvoorbeeld andere hulpverleners, type organisaties.

40) In welke mate verricht uw ZBC systematisch onderzoek naar de wensen en tevredenheid van patiënten dan wel verwijzende partijen?

	1	2	3	4	5
	Niet/beperkt		Neutraal		Zeer uitgebreid
<u>Patiënten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Huisartsen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verzekeraars</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andere ZBC's</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ziekenhuizen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Media</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(Lokale) Overheid</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Patiëntenverenigingen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>'Bovengenoemde anderen'</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41) In hoeverre ervaart uw ZBC medewerking dan wel tegenwerking van partijen om patiënten/ cliënten te behouden c.q. naar uw organisatie te verwijzen?

	1	2	3	4	5
	Volledige tegenwerking		Neutraal		Volledige medewerking
<u>Patiënten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Huisartsen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verzekeraars</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andere ZBC's</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ziekenhuizen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Media</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(Lokale) Overheid</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Patiëntenverenigingen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>'Bovengenoemde anderen'</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) Heeft uw ZBC één of meerdere strategieën om bovengenoemde partijen te beïnvloeden met als doel dat zij bij uw organisatie blijven c.q. naar uw organisatie blijven verwijzen?

- Ja, ga naar vraag 43.
- Nee, ga naar vraag 46.

43) Kunt u kort aangeven welke strategie uw ZBC hanteert u om deze partijen te beïnvloeden, met als doel klanten te werven en te behouden?

<input type="checkbox"/> Patiënten	
<input type="checkbox"/> Huisartsen	
<input type="checkbox"/> Verzekeraars	
<input type="checkbox"/> Andere ZBC's	
<input type="checkbox"/> Ziekenhuizen	
<input type="checkbox"/> Media	
<input type="checkbox"/> (Lokale) Overheid	
<input type="checkbox"/> Patiëntenverenigingen	
<input type="checkbox"/> 'Bovengenoemde anderen'	

44) In hoeverre heeft uw ZBC de bij vraag 43 genoemde strategieën uitgewerkt in concrete activiteitenplannen?

	1	2	3	4	5
	Niet/bepikt		Neutraal		Zeer goed
<u>Patiënten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Huisartsen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verzekeraars</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andere ZBC's</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ziekenhuizen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Media</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(Lokale) Overheid</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Patiëntenverenigingen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>'Bovengenoemde anderen'</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45) In welke mate meet uw ZBC het rendement van de strategie en/of activiteiten, zoals genoemd in vraag 43 en 44?

	1	2	3	4	5
	Niet/bepikt		Neutraal		Zeer uitgebreid
<u>Patiënten</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Huisartsen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Verzekeraars</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Andere ZBC's</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Ziekenhuizen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Media</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>(Lokale) Overheid</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Patiëntenverenigingen</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>'Bovengenoemde anderen'</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Slot

46) Wilt u een (digitaal) exemplaar ontvangen van de analyse van het kwantitatieve onderzoek?

Nee Ja

EINDE VAN DE VRAGENLIJST

De door u verschaft informatie zal vertrouwelijk worden behandeld. De informatie zal niet door derden worden ingezien.

Voor vragen kunt u ons mailen of bellen.

Bedankt voor uw tijd en wij wensen u een goede toekomst toe,

Jeroen Homberg (jeroen@homborg.net / 06-13897227)
 Christel Heijmans (christel.heijmans@hetnet.nl / 0186 - 624014)

Studenten Master Zorgmanagement
 Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
 Erasmus Universiteit Rotterdam

Dit onderzoek wordt ondersteund door prof. dr. R. Huijsman MBA. Opleidingsdirecteur instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bijlage 3, Berekening marketingoriëntatie, Survey

Score effectiviteit marketingoriëntatie

	Antwoord	Aantal				
Antwoorden	A		×	0	=	
Antwoorden	B		×	1	=	
Antwoorden	C		×	2	=	
Totaalscore						

Vraag 24

Marktonderzoek

	Wordt niet uitgevoerd	Minder dan 1 jaar	1 tot 3 jaar	Langer dan 3 jaar geleden
Analyse zorgvraagontwikkeling	0	2	1	0
Doelmarkt analyse	0	2	1	0
Patiënttevredenheid	0	2	1	0
Concurrentie analyse	0	2	1	0
SWOT* analyse	0	2	1	0
Marketing effectiviteit	0	2	1	0

Totaal	A	B	C	D
--------	---	---	---	---

Totalen A + B + C + D = sum

Score vraag 24 => sum/ 7 (6)

De volgende schaal geeft de mate van marketingoriëntatie weer van zelfstandige behandelcentra in Nederland. Deze wordt alleen berekend over de vragen, met betrekking tot de dimensies *Consumenten filosofie, Integrale marketingoriëntatie, Adequate marketinginformatie, Strategische oriëntatie, Operationele effectiviteit*.

- 0 - 5.33 = Geen marketingoriëntatie
- 5.33 - 10.66 = Zwak
- 10.66 - 16 = Matig
- 16 - 21.33 = Tamelijk goed
- 21.33 - 26.66 = Goed
- 26.66 - 32 = Erg goed

Score berekening is geëxploreerd en gebaseerd op het model van Kotler en Clark (1987), Naidu en Narayana (1991), White (2001) en Mandour (2005).

Bijlage 4, Expertpanel

- *dhr. G.J. Jager; Deskundige op het gebied van ZBC's.*
- *mvr. drs. L. Boonekamp; Deskundige op het gebied van marketing in de gezondheidszorg*

Profiel L. Boonekamp

L. Boonekamp 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, innovator zorgprojecten in een instelling voor verstandelijke gehandicapten en gedurende 10 jaar docent en onderzoeker bij Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daar heeft zij het vak Strategische Marketing voor de Gezondheidszorg mede opgezet. 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.

- Docent Strategische Zorgmarketing bij:
 - het Centrum voor Management Development van de Erasmus Universiteit: de opleiding tot Master of Health Business Administration onder leiding van prof. dr. A.A. de Roo;
 - de opleiding tot Master Health Care Management onder leiding van prof. dr. Pauline Meurs
 - de leergang Management voor Medici onder leiding van prof. dr. J. Moen, stichting SWOOG, Universiteit van Tilburg
 - de leergang Bedrijfskundig Leiderschap, KMBV/Avicenna
- Directeur en senior adviseur Avisé Zorgadvies, organisatieadviesbureau te Rijswijk. Advisering en begeleiding van projecten op het gebied van samenwerking, fusie, strategische beleidsontwikkeling en zorginnovatie (augustus 2000-januari 2002).
- Universitair docent "Management" en "Strategische Marketing voor de Gezondheidszorg" bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (juni 1990-september 2000).
- Organiseadviseur met als speciale aandachtsgebieden: strategie, innovatie en interne reorganisatieprocessen, Academisch Ziekenhuis Rotterdam (april 1999-augustus 2000).
- Innovator zorgprojecten bij Willem van den Bergh, zorgcentrum voor mensen met een verstandelijke handicap (september 1997-april 1999).
- Projectadviseur Organiseadviesbureau Moen en De Roo (januari 1990-1996).
- Lid Raad van Toezicht van De Vierstroom, thuiszorgorganisatie te Gouda (december 1995- december 2000).
- Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Pedagogische Academie "Mariahoeve" te 's Gravenhage
- Gymnasium β, St. Maartenscollege te Voorburg

Profiel G. J Jager

- 2004 - heden
IHC De Zorgmakelaar B.V., Zeist
Directeur
- 2004 - heden
IHC Consultancy B.V., Heemstede
Directeur
- 1993 - heden
Aduard Advies en Beheer B.V., Zeist
(strategie en beleid zorgfinanciering)
Directeur
- 1990 - 1993
Fysiologic, Zeist
(mobiele medische dienstverlening)
Directeur
- 1982 - 1990
KLOZ, Houten
(tegenwoordig Zorgverzekeraars Nederland)
Coördinator intramuraal
- 1975-1982
College Tarieven Gezondheidszorg, Utrecht
(destijds Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven)
Economisch beleidsmedewerker
- 1974-1975
Akzo-Nobel, Emmen
(voorheen Enka-Glanzstoff)
Medewerker bedrijfseconomische afdeling
- 1974
Afgestudeerd HEAO Bedrijfseconomie, Groningen

Bestuurlijke functies:

- Stichting International Healthcare Contracting IHC, Zeist
- Stichting Behandeling Lymfoedeem, Zeist
- Adviesraad Maculadegeneratie Vereniging Nederland
- Namens Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken lid van Kamer I van het CTG
- Namens Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken lid van de Begeleidingscommissie DBC's van Ministerie VWS
- Algemeen secretaris Nederlandse Vereniging Extramuraal Oogartsen

Bijlage 5, ZBC’s in Nederland

Lijst met ZBC’s na toegepaste selectiefilter, zie onderzoekspopulatie paragraaf 2.3.3.

Plaats	Provincie	Naam ZBC
Alkmaar	Noord-Holland	Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal
Almelo	Overijssel	Stichting Diagnostisch Centrum van het Bewegingsapparaat "Het Scheepvaarthuis"
Almelo	Overijssel	Stichting Zorgservices Twente
Almere	Flevoland	Stichting Dialysezorg Nederland
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Dermatologie Praktijk Eendenburg/Nanninga
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogzorg Amsterdam
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Diagnostisch Centrum Amsterdam
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogzorg Opticus
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam
Amsterdam	Noord-Holland	MRI Centrum Amsterdam
Amsterdam	Noord-Holland	Kliniek de Laiesse
Amsterdam	Noord-Holland	Turks Medisch Centrum
Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogzorg Nederland
Arnhem	Gelderland	Stichting Gewicht op Maat
Arnhem	Gelderland	Stichting Andros
Assen	Drenthe	Braamkliniek
Assen	Drenthe	Stichting MCD Behandelcentrum
Baarn	Utrecht	Stichting Rozenstein
Bilthoven	Utrecht	Stichting Medisch Centrum Bilthoven
Bilthoven	Utrecht	Stichting Bergman Kliniek
Bilthoven	Utrecht	St. Internistenpraktijk Berg en Bosch
Bilthoven	Utrecht	Stichting Oogheelkundig Centrum Midden-Nederland
Bosch en Duin	Utrecht	Zelfstandig behandelcentrum Bosch en Duin BV
Breda	Noord-Brabant	Medisch Centrum Breda
Bunnik	Utrecht	Stichting Medisch centrum Rhijnauwen
Capelle a/d IJssel	Zuid-Holland	Stichting ZBC De Terp
De Mortel	Noord-brabant	ZBC Stichting Geertgen
Delden	Gelderland	Stichting M.B.C. Poliklinieken
Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Medisch Centrum Regentesse
Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Mauritsklinieken
Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Kliniek Lange Voorhout
Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Haaglanden Kliniek
Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Medisch Centrum Scheveningen
Ede	Gelderland	Stichting Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden-Nederland
Eindhoven	Noord-Brabant	Stichting Veldhuis Kliniek
Enschede	Overijssel	Stichting Veldhuis Kliniek
Enschede	Overijssel	St. Roessingh Behandel Instituut
Geleen	Limburg	Stichting Oogvisie Zuid-Limburg
Groningen	Groningen	Stichting Zorgaanbod Hanzekliniek
Groningen	Groningen	Hartman Stichting
Groningen	Groningen	St. Oogheelkundig Medisch Centrum Groningen
Haarlem	Noord-Holland	Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Kennemerland
Hatterum	Gelderland	ZBC Veluwe kliniek
Heelsum	Gelderland	Stichting Cardiologie Heelsum
Heerenveen	Friesland	Kliniek Holystaete Vlaardingen
Heerenveen	Friesland	Hernia Instituut Nederland
Heerenveen	Friesland	Stichting Adphilon Pijnbehandeling
Heerenveen	Friesland	Stichting Incontinentie en Bekkenbodembzorg
Hengelo	Overijssel	Stichting Zorgservices Twente

Hilversum	Noord-Holland	Stichting Oogheelkunde Zonnestraat
Hilversum	Noord-Holland	KNO het Gooi en Omstreken
Hilversum	Noord-Holland	Stichting ZBC Paulus van Loo KNO
Hilversum	Noord-Holland	Stichting Veldhuis Kliniek
Hilversum	Noord-Holland	ZBC Multicare
Hoofddorp	Noord-Holland	Stichting TranSpaarne
Hoogeveen	Drenthe	Stichting Instituut voor Hyperbare Geneeskunde
Landsmeer	Noord-Holland	Stichting Cardiologie Landsmeer
Leiden	Zuid-Holland	Stichting Medisch Centrum voor Geboorteregeling
Leiderdorp	Zuid-Holland	Nederlands Proctologisch en Bekkenbodem Centrum
Maastricht	Limburg	Stichting Dokter Kolbach Kliniek
Maastricht	Limburg	Stichting Reinaert Kliniek
Maastricht	Limburg	Stichting Medisch Vasculair Centrum Maastricht
Mill	Noord-Brabant	Stichting ViaSana
Nijmegen	Gelderland	Stichting Mauritsklinieken
Nijmegen	Gelderland	Stichting Multiple Sclerose Centrum
Oosterhout	Noord-Brabant	Gezicht Noord-Brabant
Rijswijk	Zuid-Holland	Stichting Oogheelkunde Rijswijk
Rijswijk	Zuid-Holland	Stichting Kliniek Groot Haaglanden
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Polikliniek de Blaak
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Oogzorg Rotterdam
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Veldhuis Kliniek
Rotterdam	Zuid-Holland	MRI Centrum Rotterdam
Rotterdam	Zuid-Holland	Kliniek Zestienhoven
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Instituut voor Hyperbare Geneeskunde
Rotterdam	Zuid-Holland	Huidkliniek Zuid
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting tot bevordering van de ontwikkeling van de dermatologie, venerologie en flebologie
Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Melles Hoornvlieskliniek
Rozendaal	Noord-Brabant	Stichting Kliniek Klein Rosendaal
Rucphen	Noord-Brabant	Stichting Medisch Centrum Molenhof
's Hertogenbosch	Noord-Brabant	MRI Centrum Dden Bosch
sittard	Limburg	Stichting Diagnostisch Centrum Orbis
Spijkenisse	Zuid-Holland	Stichting Professor Henneman Kliniek
Stein	Limburg	Stichting Orthopedisch Medisch Centrum
Tilburg	Noord-Brabant	Bergmankliniek
Utrecht	Utrecht	Stichting Mauritsklinieken
Utrecht	Utrecht	Stichting Visie Centrum voor Oogheelkundige Zorg
Utrecht	Utrecht	Stichting Medisch Centrum Biltstraat
Utrecht	Utrecht	Stichting Pulmonaal
Utrecht	Utrecht	Stichting Kindertherapeuticum Utrecht
Utrecht	Utrecht	St Dermis Poliklinieken
Utrecht	Utrecht	Stichting Allergie Centrum
Valkenburg a/d Geul	Limburg	Stichting Askleipion
Velp	Noord-Brabant	Stichting Instituut voor Hyperbare Geneeskunde
Velp	Noord-Brabant	Stichting Oogzorg Nederland
Velp	Noord-Brabant	Stichting Middellaankliniek (o.m. Sagakliniek)
Venray	Limburg	ViaCura
Vianen	Noord-Brabant	Stichting Poliklinisch Medisch Centrum Vianen
Vlaardingen	Zuid-Holland	Kliniek Holystaete Vlaardingen
Vlaardingen	Zuid-Holland	Hernia Instituut Nederland
Warmond	Zuid-Holland	Stichting Oogheelkunde Rijswijk
Woerden	Utrecht	St MCD Behandelcentrum (Huidkankercentrum)
Zeist	Utrecht	Stichting Allant Vrouw
Zoetermeer	Zuid-Holland	Stichting MCD Behandelcentrum
Zwijndrecht	Zuid-Holland	Stichting HZCR

Bijlage 6, Topiclijst kwalitatief onderzoek

Algemene vragen

- Wat is de ontstaansgeschiedenis van uw ZBC?
 - Wat voor basisstrategie hanteert uw ZBC?
 - Wat is uw eerste reactie als u het woord marketing in de gezondheidszorg hoort?
 - Hoe denkt u over merken en merkcommunicatie in de gezondheidszorg?
 - Waarom vindt u merkbeleid belangrijk, dan wel onbelangrijk?
 - Profileert en positioneert uw instelling met een merk?
 - Wat is het merk van uw organisatie?
 - In hoeverre is merk- en communicatiebeleid belangrijk voor de relatie met uw relatiernetwerk?
 - Hoe denken stakeholders over uw merkbeleid, merkcommunicatie?
 - Wat betekent een merk voor u?
 - Wat voor functies heeft een merk volgens u voor uw ZBC?
- A. Ga in op de uitkomsten van het kwantitatieve onderzoek (marketingoriëntatie).
- Wat vindt u van de uitkomsten?
 - Herkent u uw ZBC in die resultaten?

Merkontwikkeling/ merkbeleid

- Heeft uw instelling een merkbeleid?
- Is het merkbeleid in uw organisatie een onderdeel van marketingbeleid?
- Hoe lang bent al bezig met het ontwikkelen van een merk?
- Op welke wijze wordt door ZBC's merkenbeleid en (merk)communicatie ingezet, wat wil u er mee bereiken?
- Op welke wijze wordt het merk in uw instelling ontwikkeld?
 - Hoe bent u tot het merk gekomen?
 - Hoe komt u tot de positionering van uw merk?
 - Is uw merkstrategie afgeleid van marktonderzoek?
 - In welke mate beschikt de instelling kennis omtrent het merkimago?
 - Heeft uw merk een bewuste filosofie?
 - Mist u door uw merkenbeleid doelgroepen?, Is dat een bewuste strategische keuze?
 - Welke merkstrategie en communicatiebeleid hanteert uw ZBC?
 - Wat zijn de kernwaarden van uw ZBC? Hoe komen deze terug in merk- en communicatiebeleid?
 - Kent u de kernwaarden van uw klanten? Hoe komen deze terug in merk- en communicatiebeleid?
 - Wat is de visie missie van uw organisatie? Sluit deze aan op de waarden van de klant?
 - Welke associaties zouden klanten met het merk moeten hebben?
- Hoe zet u merkenbeleid in,
- Wat is volgens u essentieel voor de ontwikkeling van een sterk merk?

Vorming van merk

- Wat is de filosofie achter de gekozen merk?
 - In hoeverre komt de huisstijl (logo, nieuwsbrieven, etc.) van uw ZBC overeen met de kernwaarden en identiteit van uw ZBC.

- Wordt de identiteit van het merk van uw ZBC voldoende uitgedragen?
- Hoe zou u de merknaamstrategie omschrijven?

Merkcommunicatie

- Profileert en positioneert u deze aspecten met behulp van merk of communicatie?
- Heeft uw ZBC een communicatieplan voor uw merk?
- Wat is de rol van merkcommunicatie?
 - Hoe profileert/ communiceert uw instelling het merk?
 - Wat is uw visie op merkcommunicatie?
- Hoe ontwikkelt u een communicatieplan?
- Welke vormen van communicatie wordt door uw instelling gebruikt?
 - Op welke doelgroep is deze gericht?
 - Hoe zet u communicatie in, wat wil u er mee bereiken?
- Is iedereen binnen de instelling bewust van het merk(imago) dat zij moeten uitdragen?
 - Kunt u de beloften van uw merk waarmaken?

Maatschappelijke en ethische grenzen (merk)communicatie

- Wat zijn grenzen van merkbeleid?
 - Wat zijn de beperkingen en grenzen aan de inzet van merkbeleid en communicatie?
 - Wat zijn grenzen van reclame promotie, in hoeverre vindt externe communicatie d.m.v. reclame en promotie maatschappelijk dan wel ethisch verantwoord?
 - Welke zijn de reclamedoelen van de onderneming, zijn deze juist?
 - In hoeverre voldoet merkbeleid en communicatie aan gestelde doelstellingen, aan ethische en maatschappelijke verantwoordelijkheid?
 - Rechtvaardigt inzet van merkenbeleid en merkcommunicatie de inzet van middelen?
- Hoe oordelen uw stakeholders over het inzetten van merkcommunicatie?
- Welk beleid zou in Nederland gevoerd moeten worden inzake (merk)communicatie in de gezondheidszorg?

Evaluatie sterkte van merk.

- In welke mate meet het management het rendement van de investeringen in de merk- en communicatiebeleid?
 - Hoe en hoe vaak wordt dit gemeten?
 - In hoeverre brengt de huidige merk- en communicatiebeleid synergievoordelen met zich mee?
 - Is de communicatiemix juist gekozen?
 - Zijn reclamemedia goed gekozen?
 - Wat zou er beter kunnen?
- Leidt reflectie de waardebeoordeling van merkenbeleid en marketingcommunicatie tot andere overwegingen?

A. Vul de *Brand Report Card*. Wat vindt u van de uitkomst. Kunt u uw ZBC hier in herkennen. Welke conclusies trekt u hieruit?

Afsluitend

- Hoe denkt dat merkbeleid en merkcommunicatie zich verder zal ontwikkelen of zou moeten ontwikkelen?

Bijlage 7, Cases kwalitatief onderzoek

A *Multicare “zorg op maat”*



Multicare (provincie Noord-Holland) is in 1996 is opgericht en verleent zorg op het gebied van dermatologie en flebologie in het A-segment. Deze ZBC is opgericht onder de rechtspersoon ‘Stichting Multicare’, maar profileert zich met de naam ‘Multicare’. Multicare heeft per jaar gemiddeld 4000 patiënten. Het adherentiegebied van de ZBC betreft heel Nederland. De ZBC bestaat uit één locatie en er werken 2-3 FTE aan specialisten. Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat de ZBC een zeer goede marketingoriëntatie heeft met 28,66 punten en een hoge score op merkbeleid met 29 punten.

Dit interview is gehouden met de initiatiefnemer (tevens directeur) van de ZBC. De initiatiefnemer is iemand die carrière heeft gemaakt in de marketing en als marketingdirecteur werkzaam is geweest in de tabaksindustrie. Hij komt over als een echte marketingman. In zijn hele houding komt het bedrijfsimago naar voren. Hij wil graag alles tot in de puntjes geregeld hebben en laat weinig tot niets aan het toeval over. In al zijn handelen legt hij een stempel op het gedrag/ imago dat gewenst is. Doordat de initiatiefnemer zo doordrongen is van marketing en het besef van de eigen concurrentiepositie, is hij zeer zorgvuldig en behoedzaam in het geven van informatie.

Het initiatief

Multicare is 1996 door de initiatiefnemer op gericht als een instelling die vooral een faciliterende rol had voor dermatologen. Tegenwoordig is Multicare een volwaardige zelfstandige zorginstelling die als een academisch centrum kan worden beschouwd. Ze werkt uitsluitend met academici al dan niet verbonden aan academische ziekenhuizen en is dan ook sterk gericht op het innoveren van nieuwe behandelingen, apparatuur en medicijnen. Kortom kwaliteitsinnovatie staat bij Multicare hoog in het vaandel. Multicare richt zich op uitbehandelde patiënten op het gebied van dermatologie, die al lang in het zorgcircuit rondlopen. Dit zijn mensen met een complexe zorgbehoefte. Deze mensen lopen vaak al heel lang met klachten rond die door perifere ziekenhuizen niet verholpen kunnen worden, aldus de initiatiefnemer. Multicare zorgt er voor dat deze mensen uit de doolhof van gezondheidszorg worden gehaald en dat er zorg op maat wordt geleverd. Multicare bezit vaak wel de expertise om deze mensen adequaat te helpen. Daarin is Multicare uniek in zijn soort. De initiatiefnemer geeft aan dat Multicare het grootste private dermatologisch centrum is van Nederland, die commercieel is ingesteld.

Dat Multicare is beducht op concurrentie en gaat zorgvuldig om met informatie. Multicare wil zich onderscheiden in kwaliteit en zorgt dat er kennis behouden blijft voor Multicare. Dit is een gevolg van toenemende concurrentie in de zorg. Zie ook de onderstaande citaten.

Kijk en deze kwaliteit leveren wij. Dit hebben we zelf ontwikkeld...dat zijn dingen die zijn van ons. En daar moet je ook heel voorzichtig mee omgaan. Er zijn andere centra in Nederland die graag bij ons komen om uitleg te krijgen over de werking van onze behandelingen. Ik had

het net over het weghalen van informatie...dat doen ze onder de mom van collegialiteit. Daar doe ik dus niet aan mee.

Deze presentatie kan jij niet van mij krijgen. Zodra ik informatie ga prijsgeven kan ik de boel wel sluiten.

Toekomst van Multicare

Multicare wil zich ook in de toekomst uitdrukkelijk onderscheiden op kwaliteit door innovatie te blijven stimuleren. Multicare heeft geen plannen om uit te breiden, maar geven de voorkeur om relatief 'klein' te blijven. Alleen op die manier kan kwalitatief hoogwaardige zorg geleverd worden, aldus de initiatiefnemer. Multicare heeft niet de ambitie om vestigingen op nieuwe plekken te openen. Multicare wil in de toekomst trachten de stichting en dus ook het merk onder te brengen in een BV, op het moment dat winst maken in de gezondheidszorg is toegestaan. Dat is ook een belangrijke reden waarom Multicare nu al erg voorzichtig omgaat met ideeën en beleid over het merk dat zij voeren.

Marketing en Merkbeleid in de gezondheidszorg

Voor de initiatiefnemer is marketing en merkbeleid een heilig goed, ook in de gezondheidszorg. Zeker als de marktwerking in de gezondheidszorg toeneemt, moet en zorginstelling de mogelijkheid hebben om zich te scheiden van anderen. Dit is belangrijk voor de herkenbaarheid, het bouwen van een sterk imago en de communicatie naar stakeholders, aldus de initiatiefnemer. Bovendien is het niet alleen een middel om concurrentie aan te gaan, het ook een middel om brood op de plank te krijgen. Het is niet altijd vanzelfsprekend dat je een toestroom hebt van patiënten en dan ook nog eens de 'juiste' patiënten.

Ik kom uit de tabaksindustrie is daar is het merk heilig. Nee, wij zijn niet terughoudend in merkbeleid en marketing in de gezondheidszorg. Wij zetten overal onze Multicare stempel op, wij zorgen er dus wel voor dat wij ons onderscheiden. En dat zet ik dan ook door in de praktijk. De naam Multicare hebben wij natuurlijk niet voor niets verzonnen. Wij heten ook geen gezondheidscentrum dermatologie. Nee, wij zijn ZBC Multicare en Multicare is ons merk. Wij hebben ons merk dan ook doorgevoerd in al onze concepten. Multicare moet een heel sterk imago hebben en die communiceren naar stakeholders.

Wij zijn een private instelling in een toenemende zorgmarkt en moeten ons brood verdienen. Dat kan alleen maar er goed over na te denken wat je doet, dat je kwalitatief hoogwaardige zorg levert en dat en een heel sterk merkbeleid ontwikkeld. En dan kan je er van leven en de beste zijn.

Ondanks het feit dat marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg belangrijk is, geeft de initiatiefnemer aan dat gezondheidszorg niet een markt is, zoals een markt in het bedrijfsleven. In de gezondheidszorg draait het om gezondheid en kwalitatief hoogwaardige zorg. De gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een complex systeem, waarin elke zorginstelling in grote mate afhankelijk is van verschillende partijen. Marketing en merkbeleid zijn dan ook niet direct kopieerbaar uit het bedrijfsleven, er zijn enorm veel beperkingen, aldus de initiatiefnemer. Het gaat erom hoe je met die beperkingen omgaat.

De initiatiefnemer heeft geen bezwaar tegen merkbeleid en reclame in de gezondheidszorg, als je maar de regelgeving, maatschappelijke en ethische grenzen kent om merkbeleid en reclame in te zetten. Als voorbeeld geeft de initiatiefnemer aan dat zorginstellingen geen reclame mogen maken voor de dokter, maar als zorginstelling mag je zo veel reclame maken

als je wil, zolang het maar geen onwaarheden zijn of niet vergelijkbare beweringen. De initiatiefnemer geeft aan dat dan gezocht moet worden naar andere mogelijkheden om bijvoorbeeld kwaliteitsverschillen aan te tonen.

Ik zie voor merkbeleid en reclame geen enkele frictie met de gezondheidszorg, als je maar weet tot hoever je kunt gaan. We weten hier alles op het gebied van de regelgeving. We weten precies wat we moeten en kunnen doen. Kijk ik heb ook bezwaar tegen reclame in de gezondheidszorg. Als kliniek moet je wel oppassen met wat je belooft. Ondanks dat je geen reclame mag maken over de kwaliteit van artsen en ziekenhuizen, mag je de verschillen vind ik wel meer benadrukken. Dat zal zeer moeilijk zijn, omdat daar nog veel bezwaar tegen is. Men is natuurlijk tegen en vindt het ethisch onverantwoord om daar reclame over te maken. Dus moet je kwaliteit aantonen op een andere wijze die wel ethisch, juridisch en maatschappelijk verantwoord is. Dat kan bijvoorbeeld door middel van publicaties, ervaren artsen en resultaten, zoals de door IGZ gehanteerde prestatie-indicatoren. Er zijn genoeg mogelijkheden die juridisch, ethisch en maatschappelijk verantwoord zijn.

Volgens de initiatiefnemer is het scepticisme ten opzicht van merkbeleid en marketing vooral gevoed door angst dat wordt aangeprezen dat niet iedere zorginstelling, medicus dezelfde behandeling zou geven. Ook wordt het scepticisme gevoed door de angst dat marketing alleen maar reclame is. Het is veel meer dan dat, het is een bedrijfsfilosofie, de strategie van de organisatie. Wat de initiatiefnemer wil aangeven is dat marketing en merkbeleid goed van toepassing is in de gezondheidszorg. De boodschap van de initiatiefnemer lijkt te zijn, wees een ondernemer en wees dus inventief, ga met de beperkingen van regels, maatschappelijke en ethische kwesties goed om en speel daar op in. Een sterk merk ontwikkelen en actief inzetten van een merk in de gezondheidszorg is niet onmogelijk of zelfs onwenselijk. Een sterk merk kan bijdragen aan de keuzevrijheid van de patiënt en communicatie naar andere stakeholders en daarmee bijdragen aan de ontwikkeling van marktwerking in de gezondheidszorg.

Merkpositionering

Op de vraag hoe Multicare het merk ontwikkelt en doorontwikkelt, geeft de initiatiefnemer aan dat zij een doordacht plan hebben en dat ze goed in staat zijn om het merk steeds verder te ontwikkelen. Liever wilde de initiatiefnemer hier niet al te diep op ingaan, maar heeft basaal toch nog even de belangrijkste punten aangestipt.

De belangrijkste associatie die Multicare wil bewerkstelligen bij klanten is dat Multicare hoogwaardige kwaliteit levert en mensen helpt die ergens anders niet geholpen kunnen worden. Daarmee lijkt Multicare bewust te kiezen voor één basisstrategie, namelijk de beste kwaliteit leveren. Ook andere basisstrategieën komen terug in het beleid van Multicare maar zijn eerder randvoorwaarden en ondersteunend dan een leidende strategie. Als voorbeeld geeft de initiatiefnemer aan dat kwalitatief hoogwaardige zorg best wat mag kosten en dat het dus niet altijd de goedkoopste zorg hoeft te zijn. Ook klantgerichtheid komt terug in de vorm van bejegening, service, etc. naar de klant.

Wij doen de arbeidsintensieve dermatologie. Dat zijn de heel moeilijke patiënten die een ander niet kan doen. Wij worden ook genoemd in het rapport van de IGZ dat wij een Academisch Medisch centrum zijn. Zo worden wij ook beschouwd en daar etaleer je ook weer mee naar buiten. Het gaat bij ons met name om kwalitatief hoogwaardige zorg en dus kwaliteitsbeleid.

Het volgende citaat benadrukt nog eens extra dat kwaliteit de belangrijkste strategie is en dat Multicare goed in staat om dit na te streven. Door middel van risicomanagementcontracten tracht het merk 'Multicare' aan te tonen dat zij uitermate betrouwbare en hoge kwaliteit zorg levert. Dit communiceert Multicare dan weer naar haar stakeholders.

Kijk wij zijn momenteel de enige die risicomanagementcontracten afsluiten met zorgverzekeraars, wij kopen het risico af van verzekeraars, bij behandeling van bepaalde ziektes. Dat doen we bijvoorbeeld bij psoriasis, dat is heel nieuw. Met het risicomanagement geven wij een kwaliteitsgarantie voor een vaste prijs.

In het begin van deze casus is het logo van Multicare opgenomen en de slagzin 'zorg op maat'. Achter dit logo zit een filosofie dat aansluit bij de kernwaarde, die Multicare wil associëren met het merk. Het logo bevat een doolhof en daarmee bedoelt de initiatiefnemer de doolhof van de zoekende dermatologische patiënten, die uitbehandeld zijn. Multicare behandelt arbeidsintensieve en complexe dermatologische 'gevallen' die buiten de periferie vallen. Deze mensen lopen al lang met klachten rondlopen zonder adequaat te zijn geholpen. Zij kunnen bij Multicare terecht waar hun klachten wel worden verholpen. Multicare tracht voor deze patiënten 'zorg op maat te leveren'.

Wij behandelen heel veel mensen die buiten de periferie zijn gevallen. Die zijn eerst naar de huisarts gegaan, daarna naar de perifere ziekenhuizen. De perifere dermatologen kunnen niet altijd de oplossing bieden en de patiënten lopen dan vaak heel lang met klachten rond. En die patiënten komen dan bij ons. Wij zijn niet direct concurrenten van de periferie, maar veel meer een schakel tussen de academische ziekenhuizen en de periferie in. Wij leveren zorg die anderen niet bieden.

Wat betreft de merknaam is Multicare een weinig originele naam. Alleen al in Nederland zijn via de KvK al zo'n 80 noteringen van deze merknaam te vinden. De initiatiefnemer erkent dat dit een voor de hand liggende merknaam is en dat het de kracht van het merk zwakker maakt. Desondanks is de initiatiefnemer niet van plan deze naam te wijzigen, omdat deze merknaam nu eenmaal bekend is bij de doelgroep. Aangezien deze doelgroep veelal chronische patiënten zijn, wordt het merk niet zo zeer gebruikt voor het werven van nieuwe patiënten, maar voor het behoud van patiënten. De chronische patiënten weten waar Multicare voor staat. Een ander motief om niet van merknaam te veranderen zijn de reeds gedane investeringen in het merk. Investeringen in een nieuwe merknaam wegen niet voldoende op tegen de mogelijke voordelen die behaald kunnen worden.

Ja, het merk is niet echt origineel. Het maakt de kracht van je merk wel zwakker. Maar als wij investeren in een langdurige relatie is dat ook minder van belang.

De reden waarom destijds voor de merknaam 'Multicare' is gekozen heeft te maken met het feit dat de initiatiefnemer vooral meervoudige en betere zorg wilde leveren. In de loop van de jaren is het merkbeleid veranderd. De kernwaarden van Multicare zijn in de jaren ook veranderd, zonder dat de merknaam is veranderd. Wellicht was of is een herpositionering van de merknaam bij beleidsverandering een nuttige optie. Nu is Multicare namelijk in grotere mate afhankelijk van een adequate merkcommunicatie om de kernwaarden over te brengen.

Merkprofilering

Om de juiste associaties te bereiken en de kernwaarden over te brengen naar stakeholders is het belangrijk dat Multicare het merk goed communiceert, zowel intern als extern.

Interne communicatie:

De initiatiefnemer benadrukt dat het merk Multicare in grote mate sterk persoonlijk gebonden is. Hij geeft aan dat Multicare sterk afhankelijk is van de mensen die worden geselecteerd om de behandeling uit te voeren of de service te verlenen. Daar valt of staat ook het merk Multicare mee. Medewerkers zijn dus heel belangrijk voor het merk, eigenlijk zijn zij belangrijker dan het merk, aldus de initiatiefnemer. Interne communicatie is voor Multicare dus essentieel om een sterk merk te bewerkstelligen.

Medewerkers vertegenwoordigen ons, zij zijn Multicare. Ik kan wel een merkconcept in de markt brengen, maar als mijn medewerkers er een puizooi van maken dan is de hele reputatie die je hebt opgebouwd vernietigd. Het beleid zoals het personeel wordt aangestuurd is heel belangrijk voor het merk.

Aangezien Multicare een kleine organisatie is, bestaan er korte communicatielijnen tussen alle medewerkers, hierdoor vindt interne communicatie veelal op informele wijze plaats. De initiatiefnemer is hierbij als het ware de inspirator. Hij vertaalt de verwachtingen en doelen die Multicare zich heeft gesteld. Zijn gedrag is er op geënt de kernwaarden van Multicare op elk moment van de dag over te brengen, zelfs op buitenstaanders, zoals ik. Multicare heeft medewerkers in dienst die er al heel lang werken en helemaal doorvoed zijn van de gewenste cultuur dat Multicare wenst te hebben. Om intern goed te communiceren wordt alles gevisualiseerd en geprotocolleerd, zodat iedere medewerker weet van hem of haar verwacht wordt. Verder vindt interne communicatie ook plaats door middel van het kwaliteitsjaarverslag en werkoverleg, waarin de bedrijfsvoering en beleid van Multicare wordt geëvalueerd. Ook de ogenschijnlijke kleine aspecten worden serieus aangepakt. Hierbij kan gedacht worden aan het uittesten van de koffie. Past de koffie bij Multicare?

Dit is het vierde koffieapparaat al die wij testen. Wij willen goede service aanbieden en daarbij hoort lekkere koffie. Bovendien kunnen mensen dat associëren met onze kernwaarden, namelijk hoge kwaliteit. Wij willen dat klanten terugkomen met een goed gevoel.

Externe communicatie

Wat betreft de externe communicatie heeft Multicare een doordachte visie en kanalen om te communiceren met stakeholders. Multicare communiceert de kernwaarden hoogwaardige kwaliteit en 'zorg op maat' voor patiënten die nergens ander geholpen kunnen worden. Hiervoor zet Multicare communicatiekanalen in, zoals publicaties van onderzoeken en innovaties, 'Multicare stempels' op alle innovaties, bezoeken van congressen en spreken op congressen, gedoseerde reclame en advertenties, workshops, opendagen, nieuwsbrieven, risicomangementcontracten en presentaties in de conferentiekamer van Multicare. Publicaties vormen de kwaliteitsgarantie die Multicare wil uitstralen. Het draagt bij aan de internationale reputatie en daarmee aan het imago van Multicare in Nederland.

Mijn kwaliteitseis is dat wij minimaal 1 keer per jaar publiceren. En dat wij spreken op minstens 6 congressen wereldwijd. Onze behandelingen worden wereldwijd gepresenteerd. En dat is nou kwaliteit daarmee profileren wij. Wij publiceren ons werk. Wij hebben laatst nog gepubliceerd in the Journal of the American Academie Dermatology, het meest toonaangevende op dermatologisch gebied in de wereld. Dat maakt ons merk ook heel sterk.

We profileren alles met Multicare, inclusief alle apparatuur dat allemaal de stempel Multicare krijgt. Dat is onze kwaliteitsgarantie. Wij noemen alle innovaties naar ons merk zodat wij er meer bekendheid mee krijgen.

In onze conferentiekamer houden wij onze presentaties. Wij laten altijd mensen van buiten deze presentatie zien. Er is niets wat wij niet visualiseren. Wij digitaliseren al onze presentaties en controleren die. Wij analyseren alles wat we doen, wij zijn heel kritisch. En daarin rapporteren wij en dat is onze manier om te communiceren met de klant met de huisdokter, met academici, met de periferie en met de patiënten.

De citaten laten zien dat kwaliteit bij externe communicatie iedere keer op de voorgrond staat en dat niets tot weinig aan het toeval wordt overgelaten. Dat geldt ook voor de website die nog in ontwikkeling is. Het concept en de ideeën zijn er, alleen de exacte vorm moet intern nog worden overlegd. Multicare wil geen website om het hebben van een website, maar een website die er fantastisch uitziet en volledig bijdraagt aan de kernwaarden die Multicare nastreeft.

Visie

Multicare heeft een duidelijke visie wat betreft het inzetten van communicatiemiddelen, zoals reclame en advertenties. In die visie is een aantal aspecten afgewogen. De initiatiefnemer geeft aan dat Multicare moet oppassen dat zij zich niet te veel profileert, omdat het tot veel aandacht kan leiden als er zich een incident voordoet. Incidenten worden breder uitgemeten dan alles wat wel goed gaat en dat kan leiden tot schade van het merk. Ten tweede moet er een afweging gemaakt worden tussen investeringen en de verwachte opbrengsten daarvan. Tot slot moet profilering worden afgestemd op de capaciteit van Multicare. Het heeft volgens de initiatiefnemer geen zin om nieuwe klanten aan te trekken als deze toch niet gebruik kunnen maken van de zorg die wordt aangeboden. Voorkomen moet worden dat Multicare wordt overspoeld door patiënten, met als gevolg de wachttijden en wachtlijsten oplopen. Een dergelijk scenario kan het merk juist schade toebrengen.

Je moet niet te veel op grote trom slaan, want dan word je aan alle kanten in de gezondheidszorg geslacht. Voorkomen moet worden dat we worden overspoeld, want daardoor worden de wachtlijsten langer en ons imago verslechtert daardoor. Bovendien gaat dat ten koste van de kwaliteit en dan heb je een veel groter probleem. Kijk vol is vol en ik wil geen wachtlijsten, wachttijden creëren. Dus dat is een wat moeilijk proces, waardoor je dus heel doelgericht reclame maakt. Dus daarom bewandelen wij de weg der geleidelijkheid. Dat is in eerste instantie belangrijker marketingbeleid dan het positioneren van je merk. Vaak is het beter niet op te vallen dan wel op te vallen. Als je maar zorgt dat je genoeg klanten hebt. Je moet zorgen voor bekendheid bij je klant en of patiënten en niet zo zeer voor bekendheid in Nederland. Het is een kwestie van wegen en afwegen. En heel slim je weg zoeken. Je moet in de gezondheidszorg in eerste instantie zorgen dat je aan alle randvoorwaarden voldoet om een sterk merk te ontwikkelen.

Uit dit citaat is op te maken dat de initiatiefnemer er voor pleit dat het belangrijker is om de doelgroep van de organisatie te bepalen waarop de communicatie gericht moet zijn en daarvoor de boodschap op te stellen, dan stuurloos naar iedereen te communiceren. Dat levert weinig op en kan juist leiden tot schade van het merk.

Sterkte van het merk

Aan de hand van het interview is niet goed op te maken of Multicare systematisch evaluaties uitvoert om de sterkte van het merk te meten. Wel kan worden opgemaakt dat Multicare twee keer per jaar een tevredenheidsenquête houdt onder de patiënten en een klachtenregister heeft. Daarnaast is er een actief onderhoud met personeel waarin veel tijd en ruimte is voor feedback, voor de sterke en zwakke punten van de bedrijfsvoering en beleid. Multicare geeft aan veel informatie te hebben om het merk beter te kunnen positioneren en in te spelen op de kernwaarden van de patiënten en andere belanghebbenden. De initiatiefnemer geeft aan Multicare een sterk merk heeft, vooral bij de doelgroep. Verder geeft Multicare aan en dat het merkbeleid veel rendement oplevert. Uit het interview kan niet worden opgemaakt of en op welke wijze dit rendement wordt gemeten.

In mijn patiëntengroep is het een heel sterk merk. Wij doen veel diepte investeringen momenteel. In langdurige contacten met verzekeraars. Daar investeer je diep in om in de toekomst genoeg op te vangen. En dat lukt aardig.

Met behulp van de Brand report Card, als aanvulling op het interview, is getracht de sterkte van het merk van Multicare op een systematische wijze te bepalen. Het model stelt de instelling in staat om het merk in zijn geheel, maar ook in onderdelen te evalueren. De uitkomst van de analyse kan daarbij belangrijke input voor het bepalen en het verder ontwikkelen van het strategische en tactische merkbeleid van instellingen. De score van Multicare is in tabel 7.1 opgenomen. Hieruit valt op te maken dat Multicare hoog scoort op alle onderdelen. Op basis van deze uitslag kan geconcludeerd worden dat Multicare een sterk merk heeft. Gezien de casus Multicare ‘zorg op maat’, is dat ook niet zo vreemd.

Multicare	
Inspanning van het merk	95 %
Inbedding in organisatie	63 %
Inhoud van het merk	100 %
Markteffecten	63 %
Consumenteneffecten	90 %

Tabel 7.1: Sterkte van merk in % ‘ZBC Multicare’.

Ondanks het feit dat Multicare het Brand Report Card heeft ingevuld, had zij enkele bezwaren tegen het gebruik van dit instrument in de gezondheidszorg, zie paragraaf 7.3.

B Stichting Poliklinisch Medisch Centrum te Vianen



Polikliniek Oogheelkunde Vianen (provincie Utrecht) is in 2005 is opgericht en levert oogheelkundige zorg in het A- en B-segment. Deze ZBC is opgericht onder de rechtspersoon 'Stichting Poliklinisch Medisch Centrum Vianen' en profileert met de merknaam Polikliniek Oogheelkunde Vianen. In het eerste jaar hebben in Polikliniek Oogheelkunde Vianen ongeveer 200 polikliniekbezoeken plaatsgevonden, waarvan 200 eerste consulten zijn. Het adherentiegebied van de ZBC betreft de provincie Utrecht en Zuid-Holland. Vooral nog betreft het adherentiegebied voornamelijk de directe omgeving van Vianen (95%). De ZBC bestaat uit één locatie en er werken 1-2 FTE (specialisten). Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat de ZBC een zeer goede marketingoriëntatie heeft met 28,33 punten en een hoge score op merkbeleid met 34 punten.

Polikliniek oogheelkunde heeft de beschikking over de nieuwste apparatuur om oogaandoeningen en afwijkingen snel en adequaat op te sporen. In de ZBC werken optometristen en oogartsen nauw samen. Het doel van de ZBC is om naar de meest recente stand der wetenschap oogheelkunde aan te bieden voor een ruim adherentiegebied. Naast de meest moderne techniek wil Polikliniek Oogheelkunde Vianen zeer klantgericht zijn diensten aanbieden. Polikliniek Oogheelkunde beoogt hoge kwaliteit en laagdrempelige oogheelkundige zorg in een patiëntvriendelijke omgeving. Het centrum streeft er naar patiënten binnen 14 dagen te behandelen.

Het initiatief

Stichting Poliklinisch Medisch Centrum en Polikliniek Oogheelkunde Vianen is een initiatief van twee ondernemers die beiden uit de commercie komen en zich omschrijven als twee 'marketingmannen'. De initiatiefnemer (tevens voorzitter van het bestuur) geeft aan dat ze beiden uit de 'zorg' komen. Beiden hebben ze een bedrijf gehad voor producten en apparatuur in de gezondheidszorg, o.a. op het gebied van oogheelkunde.

Een jaar geleden (2005) hebben ze besloten zij hun eigen bedrijf van de hand te doen en een ZBC op te richten op het gebied van oogheelkundige zorg. Door veranderende wet- en regelgeving was het makkelijker geworden om een ZBC op te richten. Het leek hnn leuk om nog eens wat te doen in de oogheelkundige zorg. Zij hadden specifiek interesse in behandelingen voor mensen met een bepaalde pathologie, zoals glaucoom, droge ogen, diabetes en macula degeneratie. Zij hadden en hebben hun hoop er op gevestigd dat daar heel veel patiënten op binnen komen, waardoor zij min of meer 'achteroverleunend' de administratie kunnen doen.

Om het initiatief van de grond te tillen is onderzoek gedaan naar de wachttijden en wachtlijsten voor oogheelkundige zorg. Via Almere, Utrecht-Noord, zijn zij uiteindelijk in Vianen terecht gekomen. Hier zijn lange wachttijden en weinig concurrentie. Met behulp van contacten heeft de initiatiefnemer optometristen en oogartsen bij elkaar gezocht en een ZBC opgericht. De kerndoelen van Polikliniek Oogheelkunde zijn klantgerichtheid, korte wachttijden, hoge kwaliteit, laagdrempeligheid, kortom het leveren van 'gewoon goede zorg' met een 'vleugje marketing'.

Toekomst van Stichting Polikliniek Medisch Centrum Vianen

Polikliniek Oogheelkunde Vianen wil zo breed mogelijke oogheelkundige zorg verlenen. Het ZBC wil de continuïteit waarborgen doormiddel van uitbreiding van de praktijk middels het aantrekken van oogartsen en hulpkrachten. Tevens laat de initiatiefnemer de mogelijkheid open dat onder de 'Stichting polikliniek Medisch Centrum Vianen' nieuwe ZBC's zullen worden opgericht, die zorg zullen gaan verlenen op een ander specialistisch gebied. De initiatiefnemer geeft ook aan dat de naam dan min of meer vastligt, zie onderstaand citaat. Hiermee lijkt de initiatiefnemer aan te geven dat aan een merknaam niet zo veel waarde gehecht hoeft te worden.

En als wij straks uitbreiden, dan zal het niet in de Polikliniek Oogheelkunde zijn. Dan zal het in de ruimte hiernaast zijn. En dan heet het bijvoorbeeld gewoon 'Polikliniek Dermatologie Vianen'.

Marketing en Merkbeleid in de gezondheidszorg

Op de vraag: *herkent u zich in de score van de marketingoriëntatie?* Gaf de initiatiefnemer aan dat hij zich als marketingman hierin wel herkende, maar als bestuurder van een ZBC niet. Met andere woorden de initiatiefnemer gaf aan dat Polikliniek oogheelkunde marketing op een dergelijke wijze zou willen inzetten, maar dat het als bestuurder niet kan. De initiatiefnemer geeft aan dat het ontwikkelen en inzetten van marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg afhankelijk is van wet- en regelgeving en de wijze waarop de marktwerking gaat ontwikkelen. Ook zal het afhankelijk zijn van stakeholders, zoals zorgverzekeraars. Stakeholders en overheid bepalen immers of marketing gedoogd wordt en ingezet kan worden, aldus de initiatiefnemer.

Als bestuurder ben je gebonden en verbonden met de zorg in Nederland en dat zijn de zorgverzekeraars en de klanten, de regering, voorschriften, ziekenhuizen, oogartsen, verwijzers en daar zijn wij zeer van afhankelijk. En dan ik nog zo schreeuwen en tetteren en honderdduizenden euro's uitgeven aan marketing, merkbeleid en reclame, maar dat werkt niet.

Volgens de initiatiefnemer is gezondheidszorg niet te marketeren. Hij geeft aan dat het gaat om de zorgvraag en de zorgaanbieding, het gaat om service en kwaliteit en dat heeft volgens hem in feite niets te maken met marketing. Marketing is volgens de initiatiefnemer alleen toepasbaar bij commerciële activiteiten, zoals voor 'Curavision', ook een door hem opgezette organisatie, die 'laser refractiechirurgie' aanbiedt. Het onderstaande citaat geeft een illustratie van het standpunt van de initiatiefnemer .

Gezondheidszorg valt niet te marketeren, want je levert geen product, je levert een dienst. En dan kun je wel zeggen: diensten kan je ook marketeren, maar het enige wat wij kunnen doen is service en kwaliteit.

Wij komen uit de commercie, hij heeft een bedrijf gehad ik heb een bedrijf gehad...we hebben de ZBC vergunning aangevraagd en we konden beginnen...en dan kom je in zorg terecht. En dat is weer heel wat anders dan het commerciële gebeuren. En dan kom jij met die vraagstelling! Over merken en over marketing.

Nee laat ik het zo zeggen, zorg heeft niets met marketing te maken. Dat mag ook niet. Marketing is gericht op het behalen van winst. Anders zou marketing nooit een leerstoel

hebben. Nou ga ik er ook wel vanuit, het leven is economie, het gaat altijd om geld. Maar in de zorg is het nog altijd zo dat je zorg zo goed mogelijk levert en probeert rond te komen.

Polikliniek Oogheelkunde lijkt dit standpunt in te nemen als reactie op stakeholders. Volgens de initiatiefnemer is het namelijk heel belangrijk dat er een goede onderlinge verhouding is met de specialisten en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars, verwijzers en specialisten zouden tegenstribbelen als Polikliniek Oogheelkunde marketing meer op de voorgrond zou brengen, aldus de initiatiefnemer. Er zou volgens hem geen zorg meer zijn als marketing wordt ingevoerd.

Volgens de initiatiefnemer doet ook merkbeleid er in de gezondheidszorg niet zo toe. Alleen als de gezondheidszorg steeds commerciëler wordt dan zal merkbeleid en ook marketing een steeds belangrijkere rol krijgen.

In de zorg is merkbeleid niet belangrijk. Dat hangt er maar van af in hoeverre de zorg naar het commerciële toegaat, dan wel. Kijk maar eens naar de landen om je heen. Naar België, Duitsland, daar heeft het wel zin, maar in Nederland niet. We zijn zeer conservatief in Nederland.

Verder geeft de initiatiefnemer aan dat marketing en merkbeleid in de gezondheidszorg zich nog niet eens in de kinderschoenen bevindt. *We zitten nog in de babyluiers.* Marktwerking moet nog vorm krijgen en daar gaan generaties over heen, aldus de initiatiefnemer. De initiatiefnemer geeft tevens aan dat zij niet met merkbeleid bezig zijn, maar dat ze met zorg bezig zijn. Volgens hem heeft het verleden ook uitgewezen dat investeren in merkbeleid weinig uithaalt. Als voorbeeld noemt hij 'Medinova' die veel geïnvesteerd zou hebben in het merk en weer teruggekomen is bij de basis waar het om gaat, namelijk het verlenen van zorg. Marketing zal volgens hem pas een hoge vlucht nemen als er investeerders zijn die winst willen opstrijken en als de zorgmarkt dat ook toelaat.

Ondanks dit standpunt geeft de initiatiefnemer aan dat de Polikliniek Oogheelkunde wel bezig is met marketing, met het naar buiten brengen van de visie en het idee. Hier rijst sterk de vraag of in dit interview duidelijk is wat met marketing en merkbeleid nu precies bedoeld wordt. En of de initiatiefnemer nu goed voor ogen heeft wat merkbeleid en marketing voor de gezondheidszorg betekent en hoe marketing en merkbeleid vorm kan worden gegeven door Polikliniek Oogheelkunde Vianen.

De initiatiefnemer geeft aan dat de gezondheidszorg er overigens wel aan toe is om marketing te 'introduceren', alleen moet je als bestuurder dan wel *feeling* hebben met de zorgmarkt. Dat houdt in dat eerst de zorg serieus genomen moet worden. Eerst moet gekeken worden naar de zorgvraag en hoe de zorg zo laagdrempelig mogelijk gemaakt kan worden. Vervolgens moet bepaald worden hoe stakeholders tevreden worden gesteld, hoe mensen sneller naar de oogarts komen, hoe de mond op mond reclame kan worden vermeerderd, etc. De kern van het verhaal is dat de initiatiefnemer op twee sporen leeft. Marketing is wel belangrijk, maar dat mag niet ten koste van de zorg. Marketing is volgens hem meer een filosofie dan een wetenschap dat formeel moet worden ingezet. De initiatiefnemer geeft eveneens aan dat marketing en merkbeleid mogelijk voor andere type specialismen een belangrijkere rol kan spelen.

Merkpositionering

Voor de initiatiefnemer blijkt het onduidelijk te zijn of de naam van zijn ZBC, Polikliniek Oogheelkunde Vianen, nu een merk is of niet. Desalniettemin is dit wel de naam waarmee de Polikliniek zich etaleert naar klanten. De initiatiefnemer erkent dat deze naam en het logo het beeldmerk is van de Polikliniek.

Polikliniek Oogheelkunde? Is dat ons merk? ... hahahahaha ... ja wij etaleren wel met de naam Polikliniek Oogheelkunde Vianen.

De positionering van het merk lijkt voornamelijk gebaseerd te zijn op onderzoek naar de wachttijden en wachtlijsten van oogheelkundige zorg en niet zo zeer op een analyse van de marktontwikkelingen, concurrentiepositie, de gewenste identiteit van de organisatie, kernwaarden van de klant en of de behoeften van de markt. De positionering lijkt de uitkomst te zijn van de wens van de initiatiefnemer om een instelling in de oogheelkundige zorg te hebben. Desondanks zegt de initiatiefnemer de kernwaarden van de klant wel te kennen, namelijk hoge kwaliteit zorg, laagdrempelige zorg en voorkomen dat patiënten te lang met klachten blijven rondlopen (patiënten met een bepaalde klacht sneller laten doorstromen naar de polikliniek). Toch geeft de initiatiefnemer aan dat de kernwaarden er niet toe doen.

Ja, natuurlijk zijn de kernwaarden van de klant bekend, maar het heeft geen enkele zin om daar diep op in te gaan in de zorg. Het merk en de kernwaarden daarvan zijn niet belangrijk voor mijn stakeholders. De verzekeraar, patiënten, huisarts etc. Het interesseert ze geen bal!! Het enige wat ze interesseert is wat er naast het logo staat...polikliniek oogheelkunde. In dit geval is het logo totaal niet belangrijk.

Polikliniek Oogheelkunde Vianen beoogt het merk te positioneren als zorg van hoge kwaliteit, laagdrempelig en klantgericht. Dit is een mix van zogenaamde basisstrategieën. Doordat de keuze voor één basisstrategie als hoofdstrategie ontbreekt, is het voor Polikliniek lastig om de juiste kernwaarden te bepalen, immers een zorginstelling kan niet uitmuntend zijn in meerdere strategieën tegelijk. Verder is geconstateerd dat de basisstrategieën niet zijn uitgewerkt, wat wel essentieel is, klantgerichtheid zegt namelijk op zichzelf niet zo veel.

De initiatiefnemer geeft ook aan dat 'polikliniek' en 'oogheelkunde' de belangrijke associaties zijn die een klant moet hebben met het merk van de ZBC, zie ook citaat. Dit geeft echter weinig weer waar het merk nu voor staat en welke strategie het daarin kiest. Het gekozen merk lijkt nu steeds meer op een samenvoeging van kreten en termen dan op een doordachte strategie.

Zijn er bepaalde associaties die een klant met het merk moet hebben? Gewoon polikliniek en dan oogheelkunde. Het enige wat wij aanbieden is kwalitatieve hoge, klantgerichte oogheelkundige zorg in een gebied, waar lange wachttijden zijn.

Indien de kernwaarden als, klantgerichtheid, kwalitatief goede zorg, korte wachtlijsten en laagdrempeligheid, als uitgangspunten worden genomen voor de merknaam en logo, bestaat de mogelijkheid dat deze kernwaarden niet adequaat zijn vertaald. Wel kan worden waargenomen dat het overduidelijk is dat de polikliniek oogheelkundige zorg levert. Hieronder is een citaat opgenomen over de wijze hoe tot het logo is gekomen. Dit citaat illustreert nogmaals dat het merk hoogstwaarschijnlijk de gewenste associaties niet bezit.

Hoe profileert en positioneert u zich met een merk? Hoge kwaliteit, klantgerichtheid en laagdrempeligheid. Kunt u ook aangeven in hoeverre dat terugkomt in het logo en de merknaam? Ja een oog. Wat het idee was is dus ...de idee kwam namelijk voort om deze ZBC op te richten uit het feit dat dus een bepaalde oogziekte, dat heet dan macula degeneratie. En dan heb je twee soorten een droge en een natte vorm. Droge vorm is op dit moment niets aan te doen. De andere vorm de natte vorm kan je doormiddel van ene bepaald soort medicijn en een laser stop zetten, of afremmen. Dat is een behandeling daar hadden wij samen veel interesse. En daar komt de merknaam en het logo uit voort. Wat ik met het logo heb gedaan is dit hierachter. Dit is dan de gele vlek (zie blauwe vlek in aan het begin van de casus). En de gele vlek is dus macula waar de ziekte plaatsvindt en dat is het logo.

Merkprofilering

Om de juiste associaties enigszins te bereiken zal het merk goed gecommuniceerd moeten worden. De kernwaarden moeten in de communicatie duidelijk naar voren komen anders zullen de beoogde doelstellingen weinig effect sorteren.

Interne merkcommunicatie

De Polikliniek Oogheelkunde is een kleine organisatie, waar de communicatie met medewerkers via korte lijnen en veel informeel overleg plaatsvindt. Door de kleine organisatie is er geen formeel intern communicatieplan. Verder geeft de Polikliniek aan dat medewerkers interne merkcommunicatie van het merk ook niets kan schelen, zoals blijkt uit het volgende citaat.

Al zou dit een polikliniek zijn met 100 mensen dan nog zou het merk onze medewerkers geen bal interesseren. Het enige wat hen interesseert is de patiënt.

Desondanks lijkt het erop dat de Polikliniek haar kernwaarden wel intern probeert te vertalen. Intern communicatie vindt plaats op basis van onder meer werkoverleg. Het bestuur van de Polikliniek heeft iedere 3 maanden overleg om de periode te evalueren en de activiteiten voor de komende periode te bespreken. Daarnaast zijn protocollen opgesteld om de kwaliteit van zorg te waarborgen en er wordt veel aandacht besteed aan de kennis en vaardigheden van het personeel. Het personeel wordt op de hoogte gebracht van de nieuwste ontwikkelingen en behandelmethoden. De oogartsen bezoeken regelmatig symposia en binnen- en buitenlandse congressen. Een andere wijze waarop intern wordt gecommuniceerd is dagelijks overleg tussen optometrist, oogarts en directie, jaarlijks patiënttevredenheidonderzoek en via een jaarlijks kwaliteitsjaarverslag. Intern worden de visie, missie en kwaliteit vertaald naar de praktijk. In het interview is niet naar voren gekomen dat interne communicatie ook plaatsvindt op basis van HRM-beleid of ander beleid. Een concrete invulling van de interne communicatie is weergegeven in het onderstaande citaat.

Wij trachten hier een goede en prettige sfeer te creëren. Met een kopje koffie, een prettige wachtkamer, planten en informele bejegening. De oogarts draagt hier ook geen wit pak. Medewerkers zijn hier gewoon prettig in de omgang en we nemen de tijd voor een behandeling.

Het interview laat goed zien dat de indruk wordt gewekt dat de Polikliniek weliswaar vormen van interne merkcommunicatie inzet, maar dat dit niet gebeurt aan de hand van een doordachte strategie. Dit kan het merk zwakker maken.

Externe communicatie

Eerder in deze case is door de initiatiefnemer aangegeven dat het merk niet belangrijk is voor de stakeholders. Desondanks geeft hij wel aan dat communicatie van de kernwaarden naar stakeholders belangrijk is. Vooral de communicatie naar patiënten en verwijzers wordt als cruciaal gezien, omdat de patiënten op eigen initiatief dan wel op doorverwijzing van de optiekzaak of huisarts in de Polikliniek Oogheelkunde terecht komen. Door de communicatie met deze stakeholders kan de drempel verlaagd worden om met klachten naar de Polikliniek Oogheelkunde te komen.

Om onze doelstellingen te bereiken zijn twee stakeholders belangrijk, namelijk de optiekzaken en de huisartsen. En ook de patiënten natuurlijk, want die komen ook rechtstreeks hier naar toe. Maar een echt communicatieplan hebben wij niet.

Het voorgaande citaat bevestigt dat een formeel communicatieplan, dat uiteenzet hoe en wanneer gecommuniceerd moet worden, ontbreekt. Dat wil hij ook niet uit de angst dat de vele investeringen die hiervoor nodig zijn, slechts beperkte resultaten opleveren. Het geldt dat wordt besteed aan communicatie kan immers niet meer besteed worden aan zorg, aldus de initiatiefnemer.

In het kwaliteitsjaarverslag van de Polikliniek Oogheelkunde staat het volgende citaat: *Men streeft ernaar om de communicatie naar zowel patiënten, personeel en overige belanghebbende partijen zo goed mogelijk te laten verlopen.* Door het woordje 'men' wordt het beeld geschetst alsof het een mode is om te communiceren met stakeholders, zonder dat de Polikliniek daar ook daadwerkelijk achter staat. Door dat woordje 'men' wordt een afstand gecreëerd tussen het nut van het communiceren en het belang van de stakeholder. Verder valt op dat slechts twee stakeholders worden genoemd, namelijk de patiënten en het personeel. Eerder gaf de initiatiefnemer nog aan dat juist ook de verwijzers en optiekzaken belangrijke stakeholders vormen. Kortom binnen de Polikliniek Oogheelkunde lijkt het onduidelijk te zijn wie nu de belangrijkste stakeholders zijn, hoe daar mee gecommuniceerd moet worden en wat het nut daarvan is. Ook het volgende citaat, het vervolg op het voorgaande citaat, illustreert dat het communicatiebeleid van de polikliniek onduidelijk is.

De Polikliniek Oogheelkunde Vianen communiceert naar belanghebbende partijen via: patiënten informatiefolders; brochures; Internet (website) en media.

Dit citaat past niet in het verlengde van het vorige citaat, omdat het niet geloofwaardig is dat de communicatie naar personeel, via één van deze communicatiemiddelen verloopt. Zoals eerder is aangegeven verloopt communicatie naar personeel via interne communicatiekanalen. Kortom de interne communicatie en externe communicatie lijken hier niet goed gescheiden te worden, waardoor een effectief communicatiebeleid van de kernwaarden en dus het merk afwezig lijkt te zijn.

Naast de hier genoemde externe communicatiekanalen worden ook informatieavonden voor patiënten gehouden en wordt er getracht 'mond op mond reclame' te bewerkstelligen.

Ondanks dat hier enkele kritiekpunten zijn genoemd moet worden vermeld dat de inhoud van de brochures, reclame in de media en Internet tracht op een duidelijke wijze de kernwaarden van de Polikliniek Oogheelkunde over te brengen.

Sterkte van het merk

De initiatiefnemer kan niet aangeven in hoeverre de kernwaarden en het merkbeleid van de Polikliniek Oogheelkunde de beoogde effecten heeft. Hier wordt geen onderzoek na gedaan. Af en toe komt het de Polikliniek ten gehore hoe patiënten bij de instelling terecht zijn gekomen. Hieruit kan de initiatiefnemer opmaken dat patiënten, ondermeer als reactie op een advertentie in een regionaal dagblad en op basis van doorverwijzing, bij de instelling terechtkomen. Verder wordt aangegeven dat Internet geen waarde heeft voor de communicatie van het merk/kernwaarden en toestroom van patiënten.

Mensen onthouden onze instelling, omdat het zorg is dat in een later stadium misschien van toepassing is. Dat merken we wel. Dat mensen zeggen ja eens heb ik dat wel eens in de krant gezien. Direct reageren patiënten heel weinig. Het is ook moeilijk meetbaar. Mensen lezen het en komen bij de oogarts of huisarts en dan is het wel belangrijk om jezelf eens te laten zien. Internet heeft hierin geen waarde.

De Brand Report Card is gedeeltelijk ingevuld, omdat de initiatiefnemer enkele bezwaren had tegen dit instrument, zie oomparagraaf 7.3.

C Nederlands Proctologisch & Bekkenboden Centrum



Het Nederlands Proctologisch & Bekkenbodencentrum (provincie Zuid-Holland) is opgericht in 2005 en verleent zorg op het gebied van proctologie bekkenbodemplachten in het A-segment. In het bekkenbodencentrum zijn meerdere specialismen werkzaam die multidisciplinaire zorg verlenen. Dit zijn de specialismen; chirurgie, dermatologie, gynaecologie, interne geneeskunde en urologie. Deze ZBC is opgericht onder de rechtspersoon 'Stichting Quetal Zorg', maar profileert zich met de naam 'Nederlands Proctologisch & Bekkenbodencentrum' ofwel NPBC. NPBC heeft tot nu toe gemiddeld 1500 patiënten per jaar. Het adherentiegebied van de ZBC betreft Zuid-Holland, regio Leiderdorp, met een straal van 30 km. De ZBC bestaat uit één locatie en er werken 2-3 FTE aan specialisten. Uit het kwantitatieve onderzoek komt naar voren dat de ZBC een zeer goede marketingoriëntatie heeft met 27,66 punten en een hoge score op merkbeleid met 28 punten.

Dit interview is gehouden met één van de drie initiatiefnemers (financieel directeur) van de ZBC. Deze ZBC heeft geen marketingfunctionaris werkzaam.

Het initiatief

Het Nederlands Proctologisch en Bekkenbodencentrum (NPBC) te Leiderdorp is een initiatief van drie personen met ieder een andere achtergrond, namelijk een chirurg, een jurist en een bedrijfseconoom. Deze mix aan medische, organisatorische, juridische en beleidseconomische kennis en vaardigheden draagt bij aan een effectieve bedrijfsvoering. De NPBC is een zorginstelling dat onder de holding 'Quetal Zorg' valt ofwel Quetal (de 'z' van zorg). Tot nu toe is de NPBC de enige onderneming van deze holding. De NPBC richt zich op het analyseren en behandelen van patiënten met klachten op het gebied van de bekkenbodempathologie en proctologie. Juist bij dergelijke klachten moeten vaak meerdere specialismen worden ingezet om de juiste diagnose te stellen. In het NPBC werken daarom (gastro-intestinaal) chirurgen, gastro-enterologen, gynaecologen, urologen en dermatologen intensief samen bij het stellen van een diagnose en indien nodig bij de uitvoering van de behandeling. In dat kader werken zij tevens samen met een diëtiste en een aantal bekkenbodempfysiotherapeuten. In meer dan 90% van de gevallen kan de patiënt poliklinisch (in het NPBC) worden behandeld. In het geval dat een klinische behandeling vereist is, wordt de patiënt met het behandelingsplan doorverwezen naar een ziekenhuis (meestal het Rijnland ziekenhuis), zodat geen onderzoeken hoeven te worden herhaald. Om de continuïteit van zorg te garanderen zal de medische specialist, die in het NPBC de patiënt heeft gediagnosticeerd, deze patiënt ook zelf in het ziekenhuis behandelen. De NPBC kan worden beschouwd als diagnostisch en poliklinische zeef tussen de huisarts en het ziekenhuis.

Het centrale concept van de NPBC houdt in dat mensen die met een complexe klacht in het bekkenbodengebied rondlopen, waarvoor een diagnose in de reguliere geneeskunde vaak

lang op zich laat wachten, in de NPBC snel en slagvaardig worden geholpen door een multidisciplinair team van specialisten. Dat betekent dat de NPBC er naar streeft om patiënten, die voor het eerst of pas sinds korte tijd met dit soort klachten worden geconfronteerd, op een snelle en adequate wijze van hun klachten af te helpen.

Het probleem van de patiënt met een klacht in het bekkenbodemgebied is dat de klacht vaak niet adequaat wordt opgelost. En zo kan het zijn dat een patiënt een aantal maanden tot een jaar met dezelfde klachten rondloopt voordat een diagnose is gesteld. Vaak is de klacht eenvoudig te verhelpen, maar doordat het complexe klachten zijn ziet de patiënt voordat een diagnose is gesteld vele specialisten. Deze lange doorlooptijden leiden uiteindelijk tot slechte zorgverlening aan de patiënt. De patiënt blijft te lang met zijn klachten in het systeem en wordt niet van zijn klachten afgeholpen en daar gaat het uiteindelijk om.

De doelstelling in dit concept is het leveren van zorg ten behoeve van een complex probleem op een efficiënte, snelle, veilige en deskundige wijze, zodat van reductie van ziektelast wordt bewerkstelligd. De strategie die hierbij wordt gehanteerd is om de zorgverlening op het gebied van proctologie en bekkenbodem op een andere wijze te organiseren, zodat een hogere kwaliteit van zorgverlening wordt gerealiseerd.

Wat wij denken is dat je de zorg om de patiënt anders moet organiseren, wij denken dat daar relatief de grootste winst is te behalen. Wij doen het anders dan het ziekenhuis en daar ligt een groter toegevoegde waarde van de NPBC. Op de lange termijn heeft dat als voordeel dat je minder eenvoudig te kopiëren bent. Een ander punt waar wij naar streven is het reduceren van de ziektelast bij chronische zieken.

Toekomst van de NPBC

De initiatiefnemers hebben de ambitie om in de toekomst nieuwe vestigingen te openen al dan niet op het gebied van bekkenbodem. Hierdoor zou een zogenaamde holding kunnen ontstaan onder de gemeenschappelijke naam Quetal Zorg.

Het is nu een beetje het moment om te kijken of we meerdere vestigingen elders moeten openen van de NPBC en of we het zelfde concept kunnen toepassen op andere klinische problemen.

Marketing en Merkbeleid in de gezondheidszorg

De initiatiefnemer geeft aan dat mensen vaak vooroordelen hebben over marketing en merkbeleid. De eerste associaties die mensen volgens hem hebben zijn vaak vrij clichématig, namelijk dat de gezondheidszorg als een consumptief product wordt neergezet en dat mensen overbodige zorg wordt aangeboden of zelfs wordt aangesmeerd ten behoeve van winst. De initiatiefnemer is zelf opgeleid als econoom en zegt geïndoctrineerd te zijn door het feit dat marketing niet zo zeer mensen verleidt tot dingen die ze niet willen, maar mensen attendeert op dingen die ze graag willen. Een zorgondernemer speelt daar op in door te zoeken naar onvervulde behoeften. Marktonderzoek, doelgroep bepaling, een medisch concept en een bedrijfsconcept ontwikkelen zijn daar allen een onderdeel van. Marketing en ook merkbeleid in de gezondheidszorg is dan ook behoorlijk inhoudelijk gedreven, aldus de initiatiefnemer en daarmee niet per definitie verwerpelijk. Ook een winstmotief is niet per definitie verwerpelijk in een zorgmarkt, bovendien is het winstmotief niet altijd de drijfveer om aan marketing te doen.

Merkbeleid heeft in de gezondheidszorg zeker zijn nut. Een merk kan ingezet worden als een bron van associaties om aspecten als kwaliteit, deskundigheid, snelle service te benadrukken van bepaalde zorg die geleverd wordt. Een sterk merk kan zeer nuttig zijn bij het werven en behouden van patiënten, alsmede de communicatie met stakeholders (belanghebbenden).

In de gezondheidszorg is het overgrote deel van de markt voor mensen met een somatisch probleem. Wij proberen mensen van een probleem af te helpen en dat betekent, snel deskundig. En daar denk ik dat het uiteindelijk belangrijk is dat je veiligheid associeert en vooral deskundig en snel. Met een merk kun je de zorgverlening die je als instelling aanbiedt associëren met hoogwaardige dienstverlening. En daar draait het toch om.

Je moet mensen echt het gevoel geven dat ze serieus worden genomen. Want één van de zaken waar elke medicus tegenaan loopt is dat degene die door de patiënt als de beste dokter wordt gevonden, niet altijd technisch de meest vaardige arts is. Het is wel altijd de aardigste en de meest communicatieve arts. Patiënten onthouden uiteindelijk veel vaker die dokter die aardig was en veel tijd genomen heeft, dan dat ze kunnen beoordelen of de kwaliteit van de medische behandeling goed was. Patiënten beleven de zorg steeds meer.

De initiatiefnemer geeft aan dat mensen geen diagnose hebben, maar dat mensen een klacht hebben waarmee ze rondlopen. Het probleem van die patiënt is dus de klacht die opgelost moet worden. Dat betekent voor de *merkbeleving* dat een zorginstelling (medici) niet alleen probeert het probleem technisch aantoonbaar op te lossen, maar ook probeert een belevenisprobleem op te lossen. Patiënten zijn net consumenten en kiezen steeds vaker voor de zorginstelling die naar hun beleving de beste zorg, bejegening, service of prijs levert. In die zin is de gezondheidszorg een ervaringsgoed. Volgens de initiatiefnemer is de grens van merkbeleid bereikt, zodra het merk zich begeeft op het terrein van het medisch inhoudelijke. Moreel vindt hij merkbeleid totaal geen probleem, zolang maar geen dingen worden beweerd die niet waar zijn of op ethische en maatschappelijke gronden verwerpelijk zijn.

De medische inhoud kun je niet merken. Stakeholders en klanten kunnen de medische inhoud niet vergelijken. Patiënten en belanghebbenden kunnen wel beoordelen of iemand aardig was en de tijd voor je nam. Maar ze kunnen niet beoordelen of de ene arts de behandeling beter uitvoert dan de andere arts. Een merk mag dit terrein dan ook niet betreden, althans niet op ethische en maatschappelijk verwerpelijke gronden.

Tot slot geeft de initiatiefnemer aan dat hij gelooft dat een merk niet zozeer leidt tot het vergroten van de markt, maar eerder tot het verdelen van de markt.

Merkpositionering

In de aanhef van deze casus is het logo opgenomen, welke samen met de merknamen Quetal Zorg en de Nederlandse Proctologisch Bekkenbodem Centrum het merk vormt van de ZBC.

Het eerste wat opvalt, is de naam 'Nederlands Proctologisch Bekkenbodem Centrum'. Deze merknaam associeert direct met de soort zorg dat de ZBC levert, maar is daarentegen weer weinig origineel en weinig onderscheidend. Bovendien valt op dat de merknaam begint met 'Nederlands', terwijl uit het interview juist is gebleken dat de NPBC zich richt op het adherentiegebied met een straal van 30 kilometer rondom de vestigingsplaats. Het lijkt op dat de NPBC niet voldoende adequaat inspeelt op de gewenste associaties en het merk dus onjuist positioneert. Mogelijk zou de NPBC zich er goed aan doen om het merk te herpositioneren,

zeker nu de organisatie nog jong is. Dat vraagt om een nauwkeurige analyse van de kernwaarden van zowel de ZBC als de klanten en analyse van de marktontwikkelingen.

De belangrijkste associatie die de NPBC wil bewerkstelligen bij klanten is dat zij zorg verleent dat van hoogwaardige kwaliteit is, voor patiënten met een complex probleem in het bekkenbodemgebied. De NPBC tracht deze zorg op een efficiënte, snelle, veilige en deskundige wijze te leveren, zodat reductie van ziektelast wordt bewerkstelligd. Daarmee lijkt de NPBC te kiezen voor meer dan één basisstrategie, op basis waarvan het merkbeleid dient te worden ontwikkeld. Doordat de keuze voor één basisstrategie als hoofdstrategie ontbreekt, zal het voor de NPBC lastig zijn om exact te bepalen wat nu de belangrijkste kernwaarden zijn. De NPBC dient een keuze te maken tussen klantgerichtheid, de hoogste kwaliteit of de meest efficiënte zorg, immers een zorginstelling kan niet uitmuntend zijn in meerdere strategieën tegelijk. In eerste instantie zal de NPBC dus uitmuntend moeten worden in één van de strategieën en dit ook dienen uit te dragen in het merk, teneinde een sterk merk te creëren.

De merknaam 'NPBC' maakt onderdeel uit van de holdingnaam 'Quetzal' en profileert met het logo van Quetzal. De NPBC is als submerk dus verbonden aan een hoofdmerk. De onderstaande citaten geven weer hoe tot de merknaam Quetzal is gekomen.

We zijn begonnen met het oprichten van het NPBC. Toen hebben we al vrij snel gesteld dat onze ambities verder gaan dan dat. Er komen misschien wel meer bedrijven, een soort holding maatschappij. De vraag is dan vervolgens hoe moet dat dan heten. Toen waren we allemaal nogal gecharmeerd van de strips van Maarten Toonder, het figuurtje Kwetal. En dat is een mannetje dat heel, veel weet en daar nogal bescheiden over is. Wij vonden Kwetal wel bij ons passen, maar dat was natuurlijk al vergeven, dus dachten we als we nu eens schrijven als Quetal, dan hebben we mooi onze merknaam.

Nadat we Quetal hadden, moesten we ook een logo hebben, een website, briefpapier en dat soort dingen. Waar moesten we in godsnaam een logo vandaan halen? Toen viel het ons op dat veel ziekenhuizen iets met vogels hebben. Dus wij dachten, wij willen ook een vogel. Maar Quetal en vogel...dat gaat niet echt. Toen kon ik mij toevallig herinneren dat je Zuid-Amerikaanse vogel hebt dat je schrijft als Quetzal. Daarna kwam het moment van inspiratie om Quetal en zorg te verbinden, waarbij we die Z tussen de T en de L plaatsen. Dan hebben we dat Quetzal en dan hebben we ook meteen het vogeltje erbij als logo. We proberen dus om dat vogeltje in de verschillende bedrijven terug te laten komen. Je ziet het nu al bij de NPBC terugkomen.

Het citaat geeft weer dat de 'merknaam Quetzal' en ook 'logo' niet gebaseerd is op een doordachte visie, dat aansluit bij kernwaarden. Daarmee wordt de indruk versterkt dat aan het ontwikkelen van het merkbeleid van de ZBC, geen duidelijk positioneringplan ten grondslag ligt. De kernwaarden die de ZBC wenst te hebben worden niet meegenomen in het ontwikkelen van het merk. De positionering van zowel de merknaam als het logo lijkt niet te zijn gebaseerd op een doordachte visie, maar eerder de uitkomst te zijn van een mode en een toevallige ingeving. In de gezondheidszorg is straks niemand meer onderscheidend als alle instellingen een vogel als logo neemt. Het enige wat dan nog onderscheidend is, is dat *Quetzal* op een unieke plek in het alfabet staat.

Verder in het interview blijkt dat nogmaals dat de NPBC geen doordacht positionering en dus merkbeleid hanteert. Ook lijkt het er op dat de initiatiefnemers mogelijk weinig tot geen kennis en vaardigheden bezitten om een merkbeleid op te zetten (zie ook het volgende citaat).

Dit is mogelijk te verklaren doordat de NPBC geen marketingfunctionaris werkzaam heeft. Juist door het gebrek aan kennis zal het voor de NPBC een lastige opgave worden om een sterk merk te ontwikkelen.

Wij hebben niet iets kunnen vinden of verzinnen van: hé dat associeert iedereen met de bekkenbodem zonder dat je hele vieze expliciete plaatsjes laat zien. Op het moment dat je iets met zo'n vaatcentrum doet dan is het al wat makkelijker, want dan doe je gewoon zo'n hartje en dat soort dingen.

Ondanks het gebrek aan kennis om een merkbeleid op te zetten is de initiatiefnemer wel in staat om helder weer te geven welke zorg de NPBC wenst te leveren en wat voor soort associaties klanten daarbij zou moeten hebben. De initiatiefnemers missen echter de slagvaardigheid om die gewenste kernwaarden ook daadwerkelijk om te zetten naar een sterk merk.

Merkprofilering

Om de juiste associaties te bereiken en de kernwaarden over te brengen naar stakeholders is het belangrijk dat de NPBC het merk goed communiceert, zowel intern als extern. Voor de NPBC ligt de nadruk op merkcommunicatie aanzienlijk hoog, aangezien de NPBC er niet in is geslaagd het merk voldoende adequaat te positioneren.

Interne communicatie

De initiatiefnemer geeft aan dat de NPBC een kleine overzichtelijke organisatie is, waar de communicatie via korte lijnen verloopt. Min of meer geeft hij aan dat, vanwege de kleine organisatie, er geen formeel plan is ontwikkeld om de kernwaarden die de NPBC nastreeft intern te communiceren.

We zijn een hele kleine overzichtelijke organisatie. Dus het betekent dat ... we spreken met iedereen die er bij betrokken is, zodat we er nooit echt een punt hebben hoeven maken om te zorgen dat de kernwaarden in alle uithoeken van de organisatie goed op het netvlies blijft staan.

De initiatiefnemer benadrukt dat interne communicatie overigens wel een belangrijk aspect is om de kernwaarden te communiceren naar medewerkers. Medewerkers zijn immers degenen die de filosofie moeten uitdragen. Hij geeft aan dat dit belangrijker zal zijn indien er meerdere centra worden geopend. Op het moment dat er meerdere centra worden geopend, worden de communicatielijnen langer en formeler. Hierdoor zal het lastiger zijn om als organisatie met dezelfde kernwaarden naar buiten te komen.

Interne communicatie is inderdaad een heel belangrijk punt, stel dat we een andere vestiging willen, dan betekent het wel dat we er een tijd niet zullen zijn. Ja, om dan inderdaad ... de kernwaarden ook echt naar buiten te laten komen...Amerikanen hebben daar zo'n mooie uitdrukking voor... 'people don't do what they expected but what the inspected'...Dat betekent dus dat je niet alleen zult moeten zeggen we vinden dit heel belangrijk, alles is altijd heel belangrijk. Je moet medewerkers er toe bewegen de filosofie van de organisatie uit te dragen, zodat de klant altijd de juiste en dezelfde beleving heeft.

Interne communicatie in de NPBC vindt ook plaats door middel van het bewust aannemen van personeel die veel ervaring heeft in de gezondheidszorg. Daarmee probeert de NPBC aan te tonen dat zij hoogwaardige zorg nastreeft. De NPBC werkt uitsluitend met ervaren

specialisten die hun sporen op het gebied van proctologie en bekkenbodemeeskunde ruimschoots hebben verdiend (dit wordt ook via de website gecommuniceerd).

Wij hebben er heel bewust voor gekozen om niet met mensen te werken die direct komen van de opleiding. Het NPBC levert hoogwaardige zorg. Daarom werken wij uitsluitend met ervaren specialisten die hun sporen op het gebied van proctologie en bekkenbodemeeskunde reeds ruimschoots hebben verdiend. Bij ons treft je dus geen basisartsen of artsen in opleiding aan.

Het voordeel van medewerkers met veel ervaring is dat zij een hoog kwaliteitsniveau bezitten en vaak heel goed in staat zijn om de doelstellingen van de NPBC te vertalen in patiëntenzorg. Naast de voordelen geeft de initiatiefnemer ook aan dat het werven van ervaren personeel een belangrijk nadeel met zich meebrengt, namelijk dat ervaren personeel diepgewortelde culturen van elders in de organisatie importeren. Culturen van elders zijn niet per definitie problematisch, maar kunnen in sommige situaties leiden tot fricties als het niet aansluit bij de filosofie van de NPBC. Dit is een ontwikkelproces dat hoort bij een organisatie, net zoals het merk ook een ontwikkelproces is van vele jaren, aldus de initiatiefnemer.

Externe communicatie

De NPBC communiceert met stakeholders de kernwaarden; hoogwaardige kwaliteit, snelle zorgverlening, (logistieke) efficiëntie en service complexe zorg, kennis aan het begin van de keten en reductie ziektelast. Hiervoor zet de NPBC communicatiekanalen in, zoals Internet, contact en samenwerking met de Maag, Lever, Darmstichting, opendagen, media, mailings, nieuwsbrieven en soms reclame en advertenties. Verder is de NPBC nog actief bezig om andere vormen van communicatie te ontwikkelen, zoals cursussen voor huisartsen en het ontwikkelen van een huisstijl.

Volgens de NPBC is directe communicatie met de patiënt niet het meest effectief. De reden hiervoor is dat bekkenbodemeeskunde niet een onderwerp is waar gemakkelijk over wordt gecommuniceerd. Communiceren over de deskundigheid, kwaliteit, efficiëntie en service gaat nog wel, maar communiceren over de problematiek is niet echt een onderwerp waar men open in is. Toch heeft de NPBC gemerkt dat direct communiceren wel enig effect heeft. Dit effect is overigens niet gemeten.

We hebben geadverteerd en hebben gemerkt dat er een aantal mensen is die met deze wetenschap naar de huisarts zijn gegaan. Zeg dokter, is dit niet iets voor mij? Hiervan hebben wij gemerkt dat het ook een effectieve manier is om bij huisartsen op het netvlies te komen.

De communicatie met stakeholders is voornamelijk gericht zijn op de huisartsen, aangezien zij degenen zijn die patiënten met een complexe klacht goed kunnen doorverwijzen. Dit vraagt een zorgvuldige benadering, omdat te veel communicatie kan leiden tot een overkill aan informatie en dat is ook weer ineffectief, aldus de initiatiefnemer.

Wij denken ook niet dat die directe benadering van patiënten nou de meest effectieve manier is om patiënten werven. Juist omdat het een onderwerp is waarover op verjaardagen niet wordt gepraat. Wij denken dat de huisarts het kanaal is waar je het beste op kan richten. Wij hebben overigens gemerkt dat het erg lastig is omdat huisartsen worden overspoeld met informatie en die lezen dus weinig meer!! Af toe probeer je eens wat en dan horen ze van een

collega ik heb die patiënt daar heen gestuurd en dat ging hartstikke goed. Wij proberen de relatie dus voornamelijk langs de inhoud op te bouwen.

Visie

Aan de hand van het interview is op te maken dat veel kernwaarden die de NPBC wenst te bezitten, worden gecommuniceerd zonder dat gekozen wordt voor één duidelijke strategie. Het lijkt het er op of de NPBC overal goed in wil zijn en niet uitmuntend in één strategie. Juist dit kan er toe leiden dat elke strategie middelmatig wordt uitgevoerd. Als gevolg daarvan is op te maken dat de NPBC geen duidelijke communicatiestrategie lijkt te hanteren, waarin helder uiteen wordt gezet wanneer, hoe, waar en met welk budget interne en externe communicatie wordt ingezet. De communicatie van de NPBC lijkt voornamelijk een ad hoc activiteit te zijn. De initiatiefnemer geeft aan dat er op dit moment andere belangrijke taken liggen die voorrang genieten. Er moet nu eenmaal een afweging worden gemaakt tussen verschillende activiteiten en communicatie, maar ook merkbeleid heeft op dit moment niet de hoogste prioriteit. Desondanks is de NPBC zich er wel van bewust dat het communiceren een heldere strategie vereist. De visie van de NPBC is dat de communicatie gericht moet zijn op medewerkers, huisartsen en patiënten, omdat zij de belangrijkste stakeholders zijn. De communicatie moet dus heel gericht zijn op de doelgroep van de NPBC en niet op andere stakeholders, aangezien de initiatiefnemer de verwachting heeft dat dit niet veel zal opbrengen.

Sterkte van het merk

Quetzal en de NPBC zijn beide een jonge organisatie, waardoor het volgens de initiatiefnemer te vroeg is om de sterkte van het merk te meten. Merkbeleid lijkt nog geen integraal onderdeel te zijn van de bedrijfsstrategie, waardoor het überhaupt vrijwel onmogelijk is om een sterk merk te hebben. De initiatiefnemer heeft ook niet de illusie dat dit binnen enkele jaren wel het geval is. Dat duurt veel langer. Overigens wordt door de NPBC wel aangegeven, dat de NPBC al aardig op het netvlies staat van huisartsen in de regio. Dit is echter niet onderzocht. De initiatiefnemer denkt dat het merk over enkele jaren in het huidige adherentiegebied een grotere bekendheid en een goede reputatie heeft opgebouwd bij de doelgroep. Metingen zullen in de toekomst mogelijk een onderdeel gaan uitmaken van het merkbeleid.

De initiatiefnemer heeft de Brand Report Card niet ingevuld vanwege het gebrek aan tijd hiervoor.