

Zorg voor klanten

Marketinginspanningen bij thuiszorgleveranciers in de regio West Noord-Brabant



Rotterdam, 21 juni 2006

Scriptant: J.T. Hoofs 299100

Begeleider: Prof.dr. R. Huijsman

Meelezer: Drs. M. Stoffer

Erasmus Universiteit Rotterdam

Beleid en Management van de Gezondheidszorg

Master Zorgmanagement

Voorwoord

Hoogerheide, 19 juni 2006

Dit voorwoord van mijn thesis wil ik graag gebruiken om een aantal mensen te bedanken. Als eerste de mensen die als respondent hebben geparticipeerd in het onderzoek. Om te beginnen, dhr. Buntinx en dhr. Meijer van de Universiteit van Maastricht, voor de best denkbare start van deze thesis. Verder bedank ik alle managers en bestuurders van de thuiszorginstellingen en brancheorganisaties die ik heb bezocht. Zij ontvingen mij allen zeer hartelijk en waren bereid om wat van hun kostbare tijd vrij te maken voor mij. Ook wil ik dhr. Kasdorp bedanken voor het verschaftte inzicht in het overheidsbeleid. Dhr. Van Leeuwen is mijn dank verschuldigd voor het gezellige en nuttige afsluitende gesprek. Ook heeft hij mij geholpen een aantal scherpe aanbevelingen voor de thuiszorgorganisaties te formuleren.

Om deze thesis af te ronden zijn echter nog meer mensen heel belangrijk voor mij geweest: Robbert, ik wil je bedanken voor je duidelijke, sturende aanwijzingen en het gebruik maken van je uitgebreide netwerk. Marije, voor de kritische noten en de geruststellingen tijdens het schrijfproces. Net als ieder ander ben ik ook mijn ouders zeer dankbaar. Mijn vader, voor zijn altijd eerlijke commentaar en mentale steun. Mijn moeder, voor het feit dat ze precies op de goede momenten op de koffie kwam, om mij even adem te laten happen. Tot slot: Martijn, voor de broodnodige rust, goede gesprekken en wijn aan het eind van lange dagen.

Met dit onderzoek heb ik mij voornamelijk gericht tot managers en bestuurders binnen de thuiszorg. Hoewel zij in de meeste gevallen geen echt direct contact met hebben met de cliënt, wil ik deze thesis toch beginnen met een citaat over het contact met de cliënt. Mijns inziens is dit hetgeen waar het bij elke organisatie om zou moeten draaien. Na ruim vier jaar ervaring in de thuiszorg, heb ik namelijk gemerkt dat je veel kan betekenen voor een cliënt:

Eén moment van vreugde verdrijft honderd zorgen
(Confucius 5e eeuw v. Chr., denker en sociaal filosoof, China)

Ik wens een ieder veel leesplezier,

Janneke Hoofs

Samenvatting

Achtergrond: Deze thesis gaat over marketing op diverse niveaus (organisatie en branche) binnen de thuiszorgsector. Tevens wordt bekeken welke rol de overheid speelt bij de totstandkoming van marketingbeleid. Marketing binnen de thuiszorg is relatief nieuw en pas aan de orde sinds de ingevoerde marktwerking, welke mogelijk wordt versterkt door de WMO. Dit onderzoek is het afstudeerproject om tot afronding van de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam te komen. **Methode:** Er is een kwalitatief en explorierend onderzoek gedaan naar de marketinginspanningen van thuiszorgorganisaties. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de resultaten van interviews met sleutelfiguren en bestudering van beleids- en communicatiestukken. Bij de analyse van de interviews worden de modellen van Porter (vijfkrachtenanalyse) en Kotler (marketingmix) gebruikt. Om tot theorievorming over de diverse niveaus van marketing te komen is diverse vakliteratuur bestudeerd en zijn landelijke marketingexperts geraadpleegd. **Resultaten:** *Macro:* De overheid heeft een grote invloed op het (marketing)beleid dat thuiszorgorganisaties voeren. Diverse wet- en regelgeving zorgen ervoor dat ze een beperkte speelruimte hebben om te concurreren. Het is bijvoorbeeld bijna onmogelijk om te concurreren op prijs, mede door de vaste eigen bijdrage. *Meso:* de rol van de brancheorganisatie is voornamelijk die van beleidsondersteuner, ook op het gebied van marketing. Men is een aantal jaar geleden wel gestart met de actieve promotie van thuiszorg als branche, bezuinigingen maakte voortzetting hiervan onmogelijk. De brancheorganisatie ziet het als zijn belangrijkste taak om de onderhandelingen met het ministerie en de vakbonden op een goede manier te volbrengen. *Micro:* Het marketingbeleid richt zich het grootste gedeelte van de tijd op verwijzers en cliënten. Binnen de laatstgenoemde groep wordt vaak onderscheid gemaakt in particuliere en geïndiceerde cliënten. De grens tussen partners, substituten en concurrenten is diffuus. Het aantal nieuwe toetreders is klein. De invulling van de marketingmix wordt eveneens bepaald door invloeden van bovenaf. Zo worden de prijzen en producten (functies) centraal vastgesteld. Op het gebied van promotie ligt de nadruk op het adverteren, ook het hebben van een goed imago en bijbehorende PR wordt steeds belangrijker. Het personeel is voor alle respondenten de spil van hun organisatie. **Conclusies en aanbevelingen:** Thuiszorgorganisaties zijn op verschillende manieren bezig met het voeren van een marketingbeleid. Tevens is er veel variatie in formalisatie van dit beleid. De invloed van wet- en regelgeving is groot bij het ontwerpen van een marketingbeleid. Zo behoudt de overheid invloed binnen de markt door de functies vast te leggen en prijzen via het CTG af te spreken. Door deze overheidsregulering is het is voor ambitieuze organisaties onmogelijk om hun marketingbeleid in de volle breedte te gaan ontwikkelen. De kwaliteit van zorg mag bij het ontwikkelen van een marketingstrategie niet uit het oog worden verloren, teneinde het imago van de instelling hoog te houden. In het licht van de aankomende WMO is het tevens belangrijk dat de organisaties hun contacten met de gemeenten aanhalen. Relatiemanagement als onderdeel van het bredere marketingbeleid is daarom cruciaal. Een kritische blik op de prijs van de diverse producten en de toegevoegde waarde van producten voor klanten is nodig. De gemeente zal gaan proberen zo goedkoop mogelijk zorg in te kopen.

Summary

Background: This thesis' subject is the marketing on different levels (organisation and branch organisation) within home health care. Also taken into account are the governmental influences on the designing of marketing policies. The concept of marketing is relatively new within home health care. It has only started to be of any importance since the introduction of competition in the home health care market. This development will most likely be enforced by the introduction of yet another law: the WMO. This research is the finishing of the Master of Healthcare Management at the Erasmus University in Rotterdam. **Method:** This is a qualitative research to explore the marketing efforts made by organisations. To do so, interviews were held with different key players and documents from the organisation were studied. To analyse the interviews two marketing models were used: the 'five forces analysis' by Porter and the 'marketing mix' by Kotler. To form a theory about the levels in marketing, professional literature is studied and national experts on marketing were consulted. **Results:** *Macro:* At this level the major influence that the national government has on the organisational marketing policies is explained. Different forms of legislation limits them to compete with other organisations. The price of various products, for example, is restricted by the fixed contributions collected by the government. *Meso:* The branches are mainly supportive when it comes to the forming of policies; this also applies to the marketing policy. A few years ago, the branch organisations started with the active promotion of home health care as a product. The government made them cut down their expenses, so these efforts were suspended. The most important task of these organisations is the collective bargaining with government and unions about the labour agreements. *Micro:* The largest part of the marketing policies is directed against the referrers and clients. Within the latter a distinction between private clients and clients with an indication is made. There is a very thin line between partners, substitutes and competitors. The numbers of new organisations that enter the home care market is small. Another part of the marketing policy that is determined by influences from outside the organisation is the marketing mix. The products and process of these products (functions) are fixed on a national level. The instrument that is most used for promotion is advertisement, but it is also essential to the organisation to have a good image and to invest in PR. Another important instrument to secure the image of the organisation and the quality of care is personnel. **Conclusions and recommendations:** Home health care organisations are working on their marketing strategies in different ways. There is a lot of variation in the amount of formalisation of this policy. Legislation at different levels has a major influence on the design of the policy. As mentioned before, the products are standardized and the prices are centrally fixed by the CTG. Because of these limitations it is impossible for ambitious organisations to fully exploit their marketing strategy. Whatever strategy is chosen, the image of the organisation depends on the quality of care. Because of the new legislation (WMO) it becomes vital for the organisations to make contacts with municipalities in which they are active. Relationship management as a part of the marketing policy is therefore crucial. The price of the products has to be revised critically, each product must have added value for clients. Local governments will try to purchase home care on a low-budget basis.

Inhoudsopgave

Voorwoord	ii
Samenvatting.....	iii
Summary	iv
Inhoudsopgave.....	v
Hoofdstuk 1 Inleiding.....	1
1.1 Marketing binnen de thuiszorg	1
1.2 Aanleiding van het onderzoek	1
1.3 Relevantie van het onderzoek.....	2
1.4 Doelstelling en deelvragen	2
1.4.1 Doelstelling.....	2
1.4.2 Deelvragen	3
1.5 Afbakening van het onderzoek.....	3
1.5.1 Macroniveau	3
1.5.2 Mesoniveau	4
1.5.3 Microniveau	4
1.6 Leeswijzer	5
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader.....	6
2.1 Marketing.....	6
2.2 Marketing in de (thuis)zorg.....	7
2.2.1 Marketingmanagement.....	7
2.2.2 Marketing en de zorg.....	7
2.3 Marketing overstijgt organisatieniveau	10
2.4 Thuiszorg: begripsbepaling	12
2.4.1 Organisatie van thuiszorg in Nederland	12
2.4.1 Brancheverenigingen in de thuiszorgsector	13
2.4.2 Verkenning thuiszorgmarkt West Noord-Brabant.....	14
2.5 Overheidsbeleid en de invloed op het marketingbeleid van organisaties	15
2.6 Modellen en hypothesen	16
2.6.1 Porter's vijfkrachtenanalyse	17
2.6.2 Marketing mix	18
2.6.3 Ansoff's matrix.....	19
2.7 Conclusie.....	20
Hoofdstuk 3 Methoden.....	21
3.1 Methoden per deelvraag	21
3.2 Betrouwbaarheid en validiteit	23
3.3 Casusselectie	23

Hoofdstuk 4 Resultaten	25
4.1 Macroniveau	25
4.1.1 Visie RVZ op marketing en de thuiszorg	25
4.1.2 Visie brancheorganisaties op macromarketing.....	27
4.1.3 Visie thuiszorgorganisaties op macromarketing	28
4.1.4 Visie experts	28
4.2 Mesoniveau	32
4.2.1 Marketing volgens de brancheorganisaties	32
4.2.2 Marketingmix in de branche	33
4.2.3 Vijfkrachtenanalyse in de branche.....	35
4.2.4 Zuster Anne®	36
4.2.4 Visie thuiszorgorganisaties.....	36
4.3 Microniveau	37
4.3.1 Vijfkrachtenanalyse	38
4.3.2 De marketingmix	41
4.3.3 Ziekenhuizen	46
4.4 Conclusie.....	48
4.4.1 Macroniveau	48
4.4.2 Mesoniveau	48
4.4.3 Microniveau	48
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	50
5.1 Conclusie.....	50
5.2 Discussie	53
5.2.1 Discussie over onderzoeksmethoden	53
5.2.2 Discussie over de praktijk.....	54
Hoofdstuk 6 Aanbevelingen	56
6.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek.....	56
6.2 Aanbevelingen voor de praktijk	57
Referenties.....	59
Bijlagen	62
Bijlage 1 COROP-gebieden in Nederland	63
Bijlage 2 Overzicht gemeenten COROP-regio 33 met dorpskernen	64
Bijlage 3 Verschillen reguliere en zorgmarketing	65
Bijlage 4 Berekening eigen bijdrage thuiszorg	66
Bijlage 5 Topiclijst interview thuiszorgorganisaties	67
Bijlage 6 Lijst met afkortingen	69

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk zal het onderwerp van deze thesis, marketing in de thuiszorgbranche, worden geïntroduceerd. Tevens wordt ingegaan op de aanleiding, relevantie en afbakening van het onderzoek.

1.1 Marketing binnen de thuiszorg

Een van de meest gehoorde misvattingen over marketing is dat het niets meer behelst dan adverteren (Morgan, 1996). Marketing is echter een veel bredere discipline, die erop gericht is problemen van potentiële en huidige cliënten te onderkennen, erop te anticiperen en beter op te lossen dan de concurrenten. Het is een discipline die omgaat met behoeften, verwachtingen en percepties en dat met het oog op het bereiken van uitstekende resultaten. Goede marketing stelt de klant centraal; Wie zijn onze klanten en waar ligt onze kracht? (Willemse, 2002). Dit alles met oog op het bereiken van een gunstig resultaat, zowel voor de klant als voor de organisatie (Oyen, 2005). Samenvattend gaat marketing over het vinden en binden van klanten. In het begin van de 20^e eeuw begonnen steeds meer organisaties het nut van marketing in te zien. Relaties met de klant en leveranciers werden steeds complexer. Vanaf de jaren vijftig was marketing de belangrijkste pijler waar organisaties op rustten, een tevreden klant was het doel (Morgan, 1996).

Binnen de zorgsector was het tot voor kort niet gebruikelijk een marketingbeleid te voeren, men zag geen noodzaak daartoe; de zorgmarkt was een volkomen aanbodgeruleerd systeem. De vraag was altijd groter dan het aanbod, er was geen noodzaak om cliënten of patiënten te werven. Veel organisaties hebben pas sinds de ingevoerde marktwerking de noodzaak van het voeren van een goed marketingbeleid ontdekt. Binnen de thuiszorgsector is deze marktwerking actueel geworden door veranderingen in de wetgeving. Hierdoor werd het voor nieuwe aanbieders eenvoudiger om toe te treden tot de thuiszorgmarkt, thuiszorgorganisaties werden gedwongen om efficiënter en doelmatiger te gaan werken. Willen zij overleven onder toenemende concurrentie dan zullen zij zichzelf op de markt moeten gaan profileren.

1.2 Aanleiding van het onderzoek

Het onderzoek naar de stand van zaken op marketinggebied binnen de thuiszorg wordt verricht in het kader van het afstuderen voor de Master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam. Mijn interesse voor marketing werd gewekt door het ontvangen van een promotiefolder van een nieuwe particuliere tak van de thuiszorgorganisatie waar ik werk. Het leek aannemelijk dat de organisatie zich in het nauw zag gedreven door de aankomende wet- en regelgeving. Hierdoor ging ik mij afvragen of er een strategie was opgezet om een marketingbeleid te voeren en zo ja, waaruit dit beleid bestond. De aanleiding voor het bekijken van marketing op een hoger dan organisationeel niveau was de herinnering aan de reclamespotjes van een aantal jaar geleden om het gebruik van thuiszorg te stimuleren. Hierbij rees de vraag of er binnen de sector thuiszorg sprake was van een marketingbeleid op een ander niveau dan de gebruikelijke definitie van marketing (op organisatieniveau) zoals op brancheniveau. Obstakels leken er te over: wie bepaalt dit overkoepelende beleid en hoe zorgt men ervoor dat het beleid op elkaar is afgestemd.

1.3 Relevantie van het onderzoek

Door te kijken naar het marketingbeleid op branche- en overheidsniveau zou dit onderzoek kunnen bijdragen aan nieuwe theorievorming rond het begrip marketing binnen de zorg. Tevens is in dit onderzoek in kaart gebracht hoe de verschillende organisaties op strategisch niveau reageren op de veranderingen in wetgeving. Het onderzoek richt zich op de COROP-regio 33: West Noord-Brabant. De indeling van Nederland in 40 COROP-gebieden is omstreeks 1970 ontworpen door de Coördinatie Commissie Regionaal Onderzoeksprogramma, waaraan de indeling haar naam dankt. COROP-gebieden zijn optelbaar tot provincies (bijlage 2). Regio 33 bestaat uit een dertiental gemeenten, welke zijn weergegeven in bijlage 3. In deze tabel is ook aangegeven hoe groot de gemeenten waren op 1 januari 2006. Vanwege de afgebakende regio geeft dit onderzoek slechts een inzicht in de inspanningen op het gebied van marketing binnen de thuiszorgsector in deze regio. Het onderzoek zou relevant kunnen zijn voor vergelijkbare regio's in Nederland.

1.4 Doelstelling en deelvragen

In deze paragraaf wordt allereerst het doel van dit onderzoek weergegeven. Vervolgens worden, meer in detail, de deelvragen gepresenteerd.

1.4.1 Doelstelling

In dit onderzoek wordt een poging gedaan om de lezer meer inzicht te verschaffen in de inspanningen van thuiszorgorganisaties in westelijk Noord-Brabant op het gebied van marketing. Tevens wordt hierbij het spanningsveld in beeld gebracht dat ontstaat als het gaat om marketing op mesoniveau en macroniveau, dit om een beter beeld te krijgen van de rol die de brancheorganisaties en overheid spelen bij de promotie van professionele thuiszorg. Vervolgens zullen de marketingstrategieën van een aantal thuiszorgorganisaties worden geanalyseerd. Tevens zal een beschrijving plaatsvinden van segmentering van de afnemers in de thuiszorg. Door deze analyse krijgt men inzicht in de manier waarop binnen de organisaties wordt omgegaan met het begrip marketing. Hierbij wordt een vergelijking gemaakt tussen klassieke en nieuwe aanbieders en tussen klassieke en nieuwe producten in de thuiszorgmarkt, waardoor men inzicht krijgt in de verschillen tussen deze organisaties.

1.4.2 Deelvragen

De deelvragen zijn ingedeeld naar de drie niveau's waarop het marketingbeleid wordt geanalyseerd.

- 1 Op welke manier is de thuiszorgmarkt in COROP-regio 33 (West Noord-Brabant) te omschrijven?
- 2 Wat houden de concepten micro-, meso- en macromarketing in (binnen de thuiszorgsector)?

Macroniveau

- 3 Op welke wijze heeft het overheidsbeleid invloed op het marketingbeleid van thuiszorginstellingen?
- 4 In hoeverre en op welke manier vindt er op macroniveau marketing plaats op het gebied van thuiszorg?

Mesoniveau

- 5 In hoeverre en op welke manier vindt er binnen de thuiszorgsector op mesoniveau marketing plaats?

Microniveau

- 6 Wat is er tot nu toe bekend over effectieve (micro)marketingstrategieën binnen de zorg en meer specifiek binnen de thuiszorg?
- 7 Uit welke onderdelen bestaat de marketingstrategie en segmentatie van cliënten op microniveau?
- 8 Zijn er verschillen in strategie tussen klassieke en nieuwe aanbieders op de thuiszorgmarkt en aanbieders van klassieke en nieuwe diensten?

1.5 Afbakening van het onderzoek

De resultaten van dit onderzoek zijn in drie niveau's opgedeeld, hieronder wordt het onderzoek aan de hand van deze niveau's afgebakend.

1.5.1 Macroniveau

Omdat het onderzoek zich op verschillende niveaus richt, heeft de selectie van respondenten ook op diverse niveau's plaatsgevonden. Over marketing op macroniveau, het beleid van de overheid wordt gesproken met dhr. Kasdorp, projectleider bij de RvZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). Om tot een goede theorievorming over de concepten van macro-, meso- en micromarketing te komen zijn de volgende experts geïnterviewd:

- ♦ Prof.dr. F. Buntinx (Universiteit Maastricht)
- ♦ Prof. dr. A. Meijer (Universiteit Maastricht)
- ♦ Drs. L.A.M. Boonekamp (Compliance consultancy)
- ♦ Dhr. G.S.M. van Leeuwen (Indora, Klantfoqus)

1.5.2 Mesoniveau

Op mesoniveau zijn de twee belangrijkste brancheorganisaties binnen de thuiszorg benaderd, hier is bij elke organisatie één respondent geïnterviewd.

- ♦ **BTN**; Branchebelang Thuiszorg Nederland is een organisatie waarvan zorgaanbieders in de thuis- en kraamzorg lid kunnen worden. In 1997 is BTN door het ministerie van VWS representatief verklaard. De leden komen vooral uit de groep van nieuwe aanbieders op de markt. (www.branchebelang-thuiszorg.nl)
- ♦ **Z-org**; De brancheorganisatie van zorgondernemers die een breed scala aan zorg bieden, zoals verpleging en verzorging, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus), voedingsvoorzorging, preventie, uitleen van hulpmiddelen en welzijnsdiensten. Z-org is de opvolger van de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg). De leden van deze brancheorganisatie komen vooral uit de groep van oud-reguliere organisaties. (www.thuiszorg.nl)

1.5.3 Microniveau

Het onderzoek beperkt zich op microniveau tot een beschrijving van de thuiszorgmarkt en een verkenning van de marketinginspanningen in COROP-regio 33: West Noord-Brabant (bijlagen 2 en 3). Er zijn verschillende voordelen van deze afbakening. Zo zijn de omgevingsfactoren (bijvoorbeeld demografie en economie) vergelijkbaar voor de verschillende organisaties. Ook is de regio geografisch gezien eenvoudig toegankelijk, want de onderzoeker is op de hoogte van de ontwikkelingen in de regio. Hierdoor is het eenvoudiger om in te gaan op diverse onderwerpen tijdens de interviews. Als nadeel kan genoemd worden dat het onderzoek, vanwege de specifieke kenmerken van de regio (hierbij valt te denken aan cultuur en demografische samenstelling), minder representatief is voor de rest van Nederland. Binnen deze regio zijn een zevental organisaties geselecteerd:

- ♦ *Organisatie A*; traditionele gezinszorg; lid van Z-org
- ♦ *Organisatie B*; intramurale instelling, verzorgd nu ook thuiszorg; lid van Arcares
- ♦ *Organisatie C*; voormalige kruisvereniging; lid van Z-org
- ♦ *Organisatie D*; van huis uit particuliere thuiszorgorganisatie; lid van BTN
- ♦ *Organisatie E*; kleine, van huis uit particuliere thuiszorgorganisatie; lid van BTN
- ♦ *Organisatie F*; intramurale instelling, verzorgd nu ook thuiszorg; lid van Arcares
- ♦ *Organisatie G*; particuliere zorg, dochteronderneming van plaatselijke kruisvereniging

Met deze selectie beperkt het onderzoek zich tot thuiszorgorganisaties die zich (ook) richten op seniorenzorg, niet alléén kraamzorg. Tevens zijn organisaties uitgesloten die alleen het product HVZ (huishoudelijke verzorging) leveren. Dit is gedaan om de bedrijven uit te filteren die zich enkel op het schoonmaakwerk richten, het betreft hier duidelijk echte *zorginstellingen*. Tevens zijn thuiszorgorganisaties die zich specifiek op gehandicapten richten, uitgesloten. Reden hiervoor is, dat dit onderzoek zich in het bijzonder wil richten op seniorenzorg. De organisaties zijn geselecteerd aan de hand van de indeling van de typologie van de thuiszorgmarkt in West-Brabant zoals die te vinden is in paragraaf 2.4.2. Binnen elke groep zijn, voor zover mogelijk, een tweetal organisaties geselecteerd. Binnen alle organisaties wordt met de belangrijkste sleutelfiguren gesproken, zowel op staf- als op lijnniveau, afhankelijk waar de kennis binnen de organisatie aanwezig is. Er worden gesprekken gehouden teneinde inzicht te krijgen in de manier waarop de organisatie bezig is met marketing. Het gaat hierbij vooral om de operationele onderdelen van het

beleid, aan de hand van de marketingmix, zoals beschreven in Kotler. Verder wordt ook een beeld gegeven van het strategisch beleid aan de hand van de theorie van Porter.

Aanvullend op de thuiszorginstellingen zijn de drie ziekenhuizen in de regio benaderd, hiervan waren er twee bereid mee te werken aan het onderzoek:

- ♦ Amphia ziekenhuis in Breda; keten- en transferzorg
- ♦ Lievensberg ziekenhuis in Bergen op Zoom; keten- en transferzorg

1.6 Leeswijzer

In het hierop volgende hoofdstuk 2 wordt een uiteenzetting gegeven van de theoretische achtergronden van de doelstelling en deelvragen. Ook is in dit hoofdstuk een korte beschrijving opgenomen van de thuiszorgbranche in Nederland. Er volgt een bespreking van de marketingtheorieën waarmee in dit onderzoek gewerkt wordt. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 een uitleg gegeven van de diverse methoden die gebruikt zijn om het onderzoek te verrichten. In hoofdstuk 4 zullen de resultaten van de interviews met respondenten gepresenteerd worden, gecategoriseerd naar de onderwerpen die in het theoretische kader naar voren komen. Hoofdstuk 5 geeft een conclusie over het gehele onderzoek en bespreekt de resultaten en de methoden van onderzoek. Tot slot worden in het laatste hoofdstuk een aantal aanbevelingen gegeven aan zorginstellingen die worstelen met het marketingvraagstuk. Ook worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek, dat zich op dit onderwerp richt.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Het theoretisch kader dat in dit hoofdstuk wordt beschreven dient als achtergrond voor het onderzoek. Aan de hand van het kader zijn de interviews opgesteld en worden de antwoorden gecategoriseerd.

2.1 Marketing

“Marketing is the process by which companies create value for customers and build strong customer relationships in order to capture value from customers in return”
(Kotler & Armstrong, 2005).

Deze omschrijving is een moderne benadering van het concept marketing. Het legt de nadruk op het creëren van relaties met de klant, waar voorheen sterk de focus lag op de organisatie die het marketingbeleid voerde. De ‘dictionary of marketing terms’ (1985) omschrijft het als volgt:

“The process of planning and executing the conception, pricing, promotion and distribution of ideas, goods and services to create exchanges that satisfy individual and organisational goals.”

Omdat in dit onderzoek voornamelijk beschreven zal worden hoe organisaties invulling geven aan hun marketingbeleid, wordt deze tweede definitie als uitgangspunt voor dit onderzoek gebruikt. Deze omschrijving is echter ontwikkeld voor de goederenbranches. Al langere tijd wordt in de literatuur een onderscheid gemaakt in marketing van goederen en van diensten. Wat het directe verschil is, kan het best worden weergegeven door een citaat van Gummesson (1987): *“Services are something which can be bought and sold, but which you can not drop on your foot”*. Diensten zijn niet tastbaar, niet overdraagbaar en bovendien is de kwaliteit niet objectief waar te nemen. Op het verschil tussen diensten-, goederen- en zorgmarketing wordt in paragraaf 2.2.1 ingegaan. Omdat in deze studie een analyse wordt gemaakt van de inhoud van het marketingbeleid én de totstandkoming ervan, is besloten om de twee verschillende definities te integreren. Hierbij beperkt de definitie zich niet tot het niveau van de organisatie, maar houdt het ruimte om breder naar marketing te kijken

“Marketing is het proces van het plannen en uitvoeren van opvattingen over en prijs, promotie en distributie van ideeën, goederen en diensten om ruilrelaties te bewerkstelligen, waardoor zowel aan individuele als aan institutionele doelen wordt voldaan. Hierdoor creëren instituties meerwaarde voor cliënten en bouwen zij een band met cliënten op, waardoor er waardering vanuit cliënten ontstaat.”

2.2 Marketing in de (thuis)zorg

Binnen de marketingliteratuur zijn twee vormen van schrijven over marketing te onderscheiden: de manier waarop het marketingbeleid wordt opgezet door een organisatie (marketingmanagement) en de inhoud van het marketingbeleid. Deze wordt voor een deel bepaald door de positie die de gezondheidszorg inneemt in onze maatschappij. Het tweede deel van deze paragraaf gaat over de inhoud van het marketingbeleid.

2.2.1 Marketingmanagement

Er zijn veel theorieën over de manier waarop men een goed marketingbeleid dient op te zetten. In deze studie wordt uitgegaan van het proces van marketingbepaling zoals beschreven in het boek *Marketing voor de non-profitsector* van Oyen en de Schuyteneer (2005). Het marketingbeleid dient deel uit te maken van het totale strategische beleid van een organisatie. Het is erop gericht de problemen van potentiële klanten te onderkennen, erop te anticiperen en beter op te lossen dan de concurrenten. In de praktijk blijkt echter dat de organisatie geen goed beeld heeft van de problemen en potentiële behoeften van hun klanten. Het geven van een concrete en effectieve invulling aan het marketingconcept vereist het ontwikkelen van een visie op de activiteit van een organisatie. Er zijn vijf stappen te onderscheiden in het proces van beleidsbepaling:

1. Marktonderzoek
2. Segmentering, doelmarktplanning en positionering.
3. Marketingmix
4. Implementatie van de strategie
5. Evaluatie en terugkoppeling

Marketing kan binnen de veranderende omgeving van de thuiszorgorganisaties een strategisch middel zijn om een voorsprong te nemen op de concurrenten die sinds de opkomst van marktwerking talrijker zijn geworden (Oyen, 2005). In het bijzonder stap 2, de segmentatie van de doelgroepen, is een belangrijke stap in het marketingproces. Aan de hand van deze segmentatie kan een specifiek marketingbeleid worden ontworpen. Ook kan worden besloten om een aanvullend, overkoepelend beleid voor alle segmenten te voeren. Er zijn verschillende manieren om een doelgroep te segmenteren. Zo kan men geografisch, demografisch, gedragsmatig of psychografisch (sociale status, leefstijl) segmenteren. In dit onderzoek zal een analyse worden gemaakt van de manier waarop de geselecteerde organisaties hun doelgroepen segmenteren (Kotler, 1987).

2.2.2 Marketing en de zorg

De Nederlandse maatschappij is traditioneel erg gevoelig voor veranderingen in de zorgsector die de solidariteit aantasten. De indringendheid van de behoefte aan zorg is hier debet aan. Langzaam worden er echter steeds meer wijzigingen doorgevoerd die ervoor zorgen dat de zorgmarkt zich meer als een 'gewone' markt gaat gedragen. Hierbij valt te denken aan de ingevoerde no-claim korting en eigen bijdragen bij de zorgverzekeringen. Deze maatregelen riepen telkens weerstand op. Dat de markt voor gezondheidszorg niet zou zijn als elke markt, is een terugkerend argument van de tegenstanders van deze maatregelen. Dit argument is tot op zekere hoogte waar. Er zijn een aantal belangrijke verschillen te noemen tussen de reguliere (diensten)markt en de markt voor gezondheidszorg. Wellicht het belangrijkste verschil is dat

binnen de zorgsector rekening moet worden gehouden met een maatschappij, waarin een aantal ethische vraagstukken spelen (Lapré & Rutten, 2001). Hierbij valt te denken aan de in onze maatschappij overheersende gedachte dat het ontvangen van goede zorg een recht is en dat solidariteit daarbij een grote rol speelt. Twee andere belangrijke verschillen die hier genoemd worden zijn onzekerheid en asymmetrie. Er is onzekerheid over het tijdstip van de behoefte aan gezondheidszorg, maar ook over de aard en omvang ervan. In hoeverre er sprake zal zijn van een hoge effectiviteit is ook twijfelachtig. De term 'asymmetrie' slaat op de ongelijkheid in kennis, informatie en als gevolg daarvan machtspositie van vrager en aanbieder van zorg. Deze twee begrippen kan men ook terug vinden in andere branches (bijvoorbeeld asymmetrie in verzekeringsbranche en onzekerheid bij financiële adviezen). In de zorg domineren zij echter nog meer de markt. Andere verschillen tussen zorg en reguliere markt zijn de uitschakeling van het prijsmechanisme door inmenging van de overheid en verzekeringen, aanbieders met tegenstrijdige belangen en moral hazard.

Het is daarom nog maar de vraag of een concept als marketing, volledig geaccepteerd binnen andere markten, zonder meer kan worden toegepast in de zorgsector. In de jaren '60 en '70 is deze discussie gevoerd met als centrale stelling: *'that marketing was in essence about the process of exchanging mutually satisfactory values between two or more parties and that such mutually satisfying exchanges are not just the prerogative of profit-seeking organisations.'* Het is inmiddels over het algemeen geaccepteerd dat marketing toegepast kan en zou moeten worden binnen de gezondheidssector, mits dit op een ethisch verantwoorde wijze gebeurt. Dit valt ook te concluderen uit het toenemende aantal zorgorganisaties, dat zich duidelijk profileert op de markt (Crommentuyn, 2006). Echter, een rechtlijnige omzetting van traditionele product marketing benaderingen is niet ethisch en zal ook niet werken (Willcocks & Conway, 1998). Van Leeuwen en Stigter (2006) hebben een tiental verschillen benoemd tussen marketing binnen het bedrijfsleven en binnen de zorgsector (bijlage 5). In essentie stellen deze auteurs dat de markt voor zorg anders werkt dan een reguliere markt. Oorzaken hiervan zijn de overheidsbemoediging, ethische vraagstukken en hoge eisen van de cliënt.

Het is van groot belang dat marketeers zich beseffen dat marketingtechnieken die binnen het bedrijfsleven effect hebben, niet automatisch werken in de zorgsector. Beckham geeft in zijn artikel een overzicht van de marketinginspanningen binnen de gezondheidszorg van de afgelopen 20 jaar. Hij beschrijft strategieën die effect sorteren en strategieën die dat in mindere mate doen. Een aantal voorbeelden van strategieën met een positief effect staan vermeld in box 2.1.

1. Positionering; instellingen moeten laten zien waar ze staan binnen de markt, wat ze te bieden hebben en blijven doen waar ze goed in zijn. De instellingen die van *low tech* naar *high tech* omschakelden kregen het meest terug.
2. Nieuwe diensten verlenen; als je iets niet aanbiedt, kan men het ook niet kopen!
3. Directe interactie met de markt. Men dient op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen en de veranderende wensen van de cliënt.
4. Groeimarkten signaleren en aanpakken. Dit heeft de instelling niet altijd zelf in de hand. Het kan het geluk hebben dat ze gesitueerd is in een buurt, waar veel oudere mensen komen wonen (in het geval van thuiszorgorganisaties). Een groot deel hangt echter af van signalering, zoek waar de klant zit.
5. Zoek markten die momenteel geen gebruik van de diensten maken (*missionary work*)
6. Verwijzers zijn belangrijk om aan te spreken, men moet weten waar de cliënten vandaan komen (door wie zijn ze verwezen).
7. Customer relations en service excellence; het is belangrijk om goede service te leveren, zodat de tevreden klant via mond-tot-mond reclame nieuwe klanten wint. De waarden die klanten het sterkst waarderen en koppelen aan kwaliteit zijn betrouwbaarheid en consistentie.

Box 2.1 Effectieve marketingstrategieën voor de zorg

Een aantal voorbeelden van technieken die binnen de zorg minder goed bleken te werken zijn: Branding, “we care” campagnes en strategieën met adverteren als belangrijkste speerpunt (Beckham, 2001).

In de Nederlandse literatuur zijn geen wetenschappelijke onderzoeken terug te vinden over het voeren van een goed marketingbeleid binnen de zorg. Wel wordt een scala aan adviezen gegeven waar een organisatie aan zou moeten voldoen, willen zij op een goede manier met marketing beginnen. Marketing begint op strategisch niveau: wie zijn onze klanten? Waar ligt onze kracht? Als deze vragen zijn beantwoord kan een invulling aan het marketingbeleid worden gegeven. Marketing moet in eerste instantie gericht zijn op verwijzers en betalers. Voorwaarde is echter wel dat het imago van een organisatie goed is. Reclame maken is niet passend, publicaties in de lokale pers des te beter. Een thuiszorginstelling kan bovendien gebruik maken van de huisbezoeken die de medewerkers afleggen. Op een bewuste manier met marketing omgaan, kan de omzet verhogen. Dit blijkt uit voorbeelden als Parnassia, een psycho-medisch centrum dat een agressieve en effectieve marketingcampagne heeft gevoerd (Gibbels, 2004).

2.3 Marketing overstijgt organisatieniveau

Over het algemeen doelt men, als men het over marketing heeft, op het beleid van een organisatie. Omdat binnen de zorgmarkt op een hoger niveau (macroniveau) in de samenleving ook een aantal krachten spelen die het marketingbeleid beïnvloeden, zou het relevant zijn om marketing op diverse niveaus te definiëren. Macromarketing wordt al lange tijd gebruikt als begrip in de marketingliteratuur. Er zijn echter onduidelijkheden over de betekenis van de term. In 1977 omschreef Bartels het als volgt:

“Increasing use of the term ‘macromarketing’ presents marketing scholars a challenge that is both semantic and conceptual, namely to define the term. If meaning can be given to it, a useful word will have been added to the marketing vocabulary and a rich field of study and management brought to view. The semantic problem is the ambiguous use of the term.”

Deze constatering wordt bevestigd door nadere bestudering van marketingliteratuur. Diverse auteurs geven verschillende betekenissen aan het woord macromarketing. Zo heeft het begrip lange tijd betekend, dat diverse organisaties samenwerkten op het gebied van marketing. Later werd in deze definitie ook het aspect van sociale marketing geïntegreerd. Dit is een marketingtheorie die de institutionele omgeving van de organisaties bij de beleidsvorming betreft. Dholakia en Nason (1984) benadrukken in hun artikel nog eens dat macromarketing kampt met problemen omtrent de definitie van het begrip en specificaties van het domein van macromarketing. Een belangrijk kenmerk van macromarketing is dat het een stapje verder gaat dan de focus op het managen van marketing zoals tot op heden veelal wordt beschreven in de literatuur. Ook komt in dit artikel naar voren dat het voorvoegsel 'macro' de volgende vraag doet rijzen: “*macro; in welke zin van het woord?*” Er is consensus over het feit dat het een entiteit betreft die groter is dan een organisatie of firma. Dholakia en Nason definiëren drie stromen onderzoek op het gebied van macromarketing: macro-effecten, macro-systemen en macro-beleid. Macro-effecten hebben betrekking op de gevolgen die micromarketing activiteiten hebben op grotere (macro) schaal. Meestal zijn deze secundaire gevolgen van marketing onbedoeld. Het is wel van belang om deze effecten te meten om er in volgende beleidsplannen rekening mee te houden. Macrosystemen (vergelijk ook: Assael verderop in deze paragraaf) zijn in onderzoek betrokken om het gedrag en de structuur van marketing systemen vanuit een maatschappelijk perspectief te zien. Macro-beleid zijn antwoorden van overheden op bestaande of verwachte macro-effecten. In de Westerse wereld heeft de overheid een passieve en controlerende rol. Bescherming van bepaalde doelgroepen en beperkingen opgelegd kunnen bedoeld zijn om de effecten van marketing te veranderen (Dholakia & Nason, 1984). Vooral deze laatste stroming lijkt erg goed toepasbaar op de (thuis)zorgmarkt, vanwege de invloedrijke instituties waar de gezondheidszorg mee te maken heeft.

Een andere auteur op dit gebied is Zif (1980). Hij beschrijft hoe de theorieën uit de micromarketing kunnen worden gebruikt binnen de macromarketing. Hij definieert macromarketing als: ‘*marketing of goods and services for complete sectors of the economy*’. Als voorbeeld wordt hier de promotie van het drinken van melk (*‘got milk?’*) genoemd. Dit zou betekenen, dat macromarketing op de branche als geheel slaat.

De eigenlijke betekenis van macro is ‘*vergroting of een eenheid van grotere omvang dan waar normaliter over wordt gesproken*’ (Bartels & Jenkins, 1977). Hieruit kan men de volgende omschrijving afleiden: Micromarketing is het hoe en waarom marketingprocessen worden

gemanaged binnen organisaties zoals dat nu gebeurt. Management op het niveau van individuele firma's, operationele marketingactiviteiten. Macromarketing is het functioneren van het marketingmechanisme, zowel als determinant als een gevolg van de economische en sociale omgeving. De optimalisering van het nut van de marketingprocessen, buiten het microsysteem.

In aanvulling op de theorievorming omtrent macromarketing beschrijft Assael (1985) de term '*the macromarketing system*': bij het ontwikkelen van marketingplannen dienen managers rekening te houden met de omgevingsfactoren die vraag en aanbod creëren en de hulpmiddelen die de organisatie benut, beïnvloeden. Deze omgevingsinvloeden zijn onderdeel van een breder macromarketing systeem. In het centrum van dit systeem staat de consument. De daarop volgende kring bestaat uit de componenten van de marketingstrategie (de vijf P's, verder beschreven in paragraaf 2.6.2). Deze worden bepaald door de organisatie. Het derde element in het systeem zijn de faciliterende instituten. Als voorbeeld worden de distributiekkanalen van promotie (zoals krant en tv) genoemd. De laatste kring is de externe marketing omgeving. Deze bestaat uit krachten welke niet beheerst kunnen worden door de marketing managers. Dit zijn bijvoorbeeld de economie, technologie, wetgeving en sociale en culturele normen.

De traditionele gezondheidszorgmarkt is van nature een *micro institution*. Het is gericht op de individuele consument die de beslissing maakt om zorg af te nemen en de zorgverleners, over welke zorg aan te bieden. Dit mechanisme werkt echter niet rechtlijnig in de gezondheidszorg, vanwege de bemoeienis van derden (verzekeraars, overheid). Vervolgens doet Macstravic (1983) een voorspelling dat de gezondheidszorgmarkt in de toekomst een markt van *macro institutions* zal worden. Zorgaanbieders zullen gaan fuseren tot grote conglomeraties en zorgvragers verenigen zich bij collectieve verzekeringen, die zorg voor hen gaat inkopen.

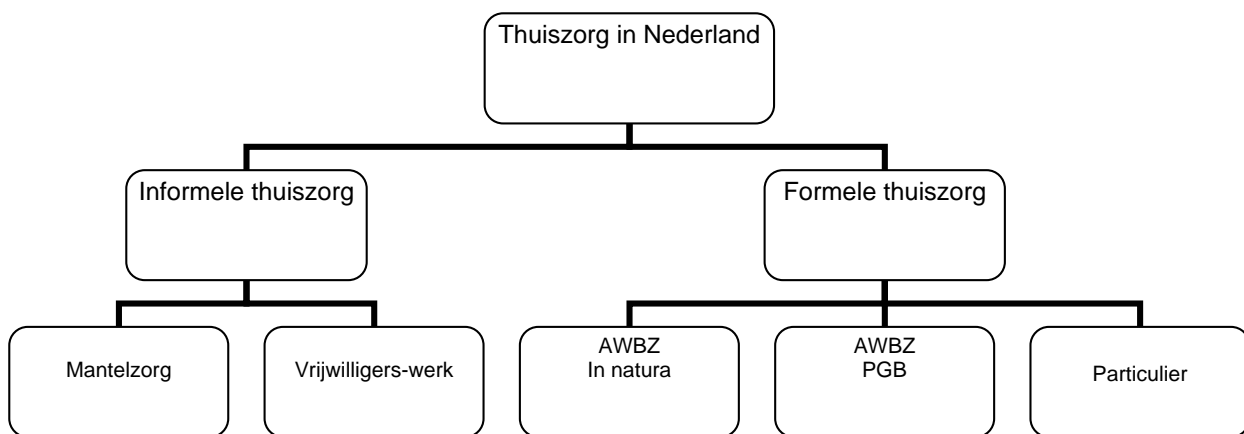
In de conclusie zal worden gekomen tot een einddefinitie van macromarketing. Dit wordt gedaan aan de hand van de voorgaande literatuur, de gesprekken met experts en respondenten uit het veld.

2.4 Thuiszorg: begripsbepaling

In deze paragraaf wordt in het kort een overzicht gegeven van de manier waarop de Nederlandse thuiszorg is georganiseerd. Tevens wordt hierbij een omschrijving van de brancheorganisaties binnen deze sector gegeven. Tot wordt de thuiszorgmarkt in de onderzochte regio, West Noord-Brabant, beschreven.

2.4.1 Organisatie van thuiszorg in Nederland

Thuiszorg is een veelomvattend begrip. Het is daarom belangrijk om een goed overzicht te hebben van de verschillende definities die in dit onderzoek worden gebruikt om een bepaalde vorm van thuiszorg te omschrijven (zie figuur 2.1). Op deze manier is verwarring over termen te voorkomen. We maken onderscheid in informele en formele thuiszorg. Het wezenlijke verschil tussen beide is dat formele thuiszorg via officiële kanalen betaald wordt. Hierbij zijn drie manieren van betaling mogelijk.



Figuur 2.1 Indeling van thuiszorg in Nederland

De eerste twee manieren hebben als overeenkomst dat ze (momenteel nog) worden vergoed uit de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Dit kan gebeuren op basis van uitkering in natura, maar men kan ook kiezen voor het ontvangen van een PGB (Persoons Gebonden Budget), waarmee men vervolgens zelf zorg kan inkopen. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding uit de AWBZ, is een indicatiebesluit nodig van een onafhankelijk indicatieorgaan. De organisatie van deze indicatieorganen valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Sinds 1 januari 2005 is het CIZ (Centraal Indicatieorgaan Zorg), voorheen RIO (Regionaal Indicatie Orgaan), aangewezen als indicatieorgaan. De betalingen vanuit de AWBZ lopen via de verschillende Zorgkantoren, welke in handen zijn van verzekeraars. De overige inkomsten wordt betaald door eigen bijdragen van de cliënten (afhankelijk van het inkomen van de cliënt) en subsidies van de overheid. Ongeveer 40% van de betalingen uit de AWBZ bestaat uit vergoedingen voor de functie HVZ. Persoonlijke verzorging beslaat 24% en verpleging 16%. Dit zijn grote hoeveelheden, aangezien opname (slechts) 20% beslaat. In Nederland werd in 2004 in totaal 79.568 uur verpleging en verzorging geleverd door de thuiszorginstellingen.

De derde mogelijkheid van betaling binnen formele zorg is om als particulier, met eigen geld, zorg in te kopen. Hierdoor is men vrij om zelf te kiezen hoeveel en welke zorg men bij wie

inkoopt. Dit kan zijn bij een professionele thuiszorginstelling, maar dat hoeft niet. Deze wijze van betaling biedt dus veel vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kiezen. De ervaring leert echter dat deze laatste (dure!) constructie weinig voorkomt vanwege het geringe aantal personen, dat dit kan of wil betalen.

Naast formele thuiszorg, bestaat een belangrijk deel van de zorg die aan huis wordt geleverd uit informele thuiszorg. Deze kán geregeld zijn door thuiszorgorganisaties (die vrijwilligers in dienst hebben of organiseren) of door de SVT (Stichting Vrijwillige Thuiszorg), maar het gros van de informele thuiszorgers bestaat uit familieleden of bekenden die de zorg verlenen. Deze zorg valt onder de noemer mantelzorg. In Nederland zijn in totaal 3.750.000 mantelzorgers van 18 jaar en ouder actief, veel van hen helpen slechts gedurende een korte periode met de zorg van een familielid, kennis of vriend (1.400.000 mantelzorgers verzorgden korter dan drie maanden minder dan 8 uur per week een behoeftige). Een kleinere groep mantelzorgers neemt de zorg van een persoon voor langere tijd volledig op zich (750.000 mensen namen voor langer dan drie maanden de zorg van meer dan 8 uur per week op zich). (Timmermans, 2003)

2.4.1 Brancheverenigingen in de thuiszorgsector

Binnen de thuiszorgsector zijn een aantal brancheverenigingen actief. De bekendste vereniging is Z-org, voorheen de LVT. Dit was de vertegenwoordiger van de meer traditionele thuiszorgorganisaties, ontstaan uit de voormalige gezinsverzorging en kruiswerk. Zij behartigt de belangen van ruim negentig zorgondernemers. Per 1 juli 2006 gaat Z-org samen met Arcares (de brancheorganisatie voor intramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg) samen verder onder de naam ActiZ. Een fusie lag voor de hand vanwege de ontwikkelingen in de zorg de afgelopen jaren. Het aantal gezamenlijke leden van Arcares en Z-org nam al enkele jaren toe door de vele vormen van samenwerking tussen thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Meer dan de helft van de leden van Z-org heeft ook verpleeg- en verzorgingshuizen of andere combinaties van wonen en zorg binnen de organisatie. Ketenzorg en allerlei nieuwe zorgvormen leiden bovendien tot vervagende grenzen tussen de branches. ActiZ vertegenwoordigt straks 632 zorgondernemers, die zorg verlenen aan jaarlijks rond de 2 miljoen cliënten van jong tot oud. De leden van Z-org hebben nu nog een gezamenlijk marktaandeel van ca. 90% van de verpleging en verzorging thuis, rond de 70% van de kraamzorg en 100% van de jeugdgezondheidszorg van 0 tot 4 jaar. Binnen de onderzochte regio zijn lid: Zorgthuys, Thuiszorg West-Brabant, Thuiszorg Breda, Stichting de Markenlanden en Kruiswerk Mark en Maas.

Een andere grote branchevereniging is BTN. Zij vertegenwoordigen een grote groep nieuwere thuiszorginstellingen, die van oorsprong veelal particuliere zorg verleenden. De laatste jaren is de grens tussen leden van Z-org en BTN vervaagd, doordat steeds meer van de BTN-leden een AWBZ-erkenning kregen. Binnen de regio zijn lid: BoZZ (brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners), DAT (De Algemene Thuiszorg), Huispitaal en The Flexcompany. Naast deze twee grote organisaties zijn er nog andere, kleinere brancheorganisaties in de thuiszorgsector. Zo behartigt SPOT (Samenwerkende Particuliere Organisaties Thuiszorg) de belangen van particuliere initiatieven in de thuis- en kraamzorg. Lid zijn: VEDI en Zorgburo STIP.

2.4.2 Verkenning thuiszorgmarkt West Noord-Brabant

Binnen de COROP-regio West Noord-Brabant (regio 33) zijn de thuiszorgleveranciers in vier verschillende soorten aanbieders onder te verdelen:

1. Traditionele thuiszorgorganisaties (oud-regulieren); Vanuit de voormalige kruisverenigingen en gezinsverzorging zijn de traditionele thuiszorgorganisaties ontstaan. Voorbeelden van deze organisaties zijn Thuiszorg West-Brabant (kruiswerk) en Zorgthuys (voormalige gezinsverzorging). Tot voor kort waren dit ook meestal de organisaties die vanuit de overheid waren aangewezen om AWBZ-geïndiceerde zorg te leveren. Met de openstelling van de AWBZ in 2003 veranderde dit. Hierdoor kregen ook nieuwe organisaties kans om zich op de AWBZ-markt te begeven. Onder deze instellingen zijn, zoals reeds te lezen viel in vorige paragraaf, veel leden van Z-org.

2. Nieuwe thuiszorgorganisaties; Deze organisaties zijn vaak gestart met kleinschalige particuliere zorg en na de openstelling van de AWBZ verder gegroeid. De grens tussen 1 en 2 is inmiddels vervaagd, omdat veel traditionele organisaties zowel particulieren, als PGBers en AWBZ-geïndiceerde cliënten als doelgroep hebben. Voorbeelden hiervan zijn thuiszorgorganisaties als The Flexcompany en Zorggroep Zuid-Nederland. Onder deze organisaties bevinden zich de meeste leden van BTN. Ook zijn er een aantal kleine particuliere bureaus, met lokaal aanbod. Vaak zijn dit de zogenaamde ZZP'ers (Zelfstandige Zonder Personeel). Meestal betreft dit verpleegkundigen die zorg op maat leveren, op particuliere basis. Er zijn op landelijk en provinciaal niveau een aantal bureaus actief die bemiddelen tussen cliënt en aanbieders van zorg, deze zijn dan niet bij deze bureaus in dienst. Voor de regio West Noord-Brabant is ook een steunpunt Privazorg opgezet, ATZW (Advies Thuiszorg Zuidwest) genaamd.

3. Intramurale V&V(verpleging en verzorgings)-instellingen: Er zijn verschillende instellingen die na de ontschotting van de AWBZ zijn begonnen met het leveren van thuiszorg aan hun doelgroep. Het meest voorkomend zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen die een thuiszorg tak opnemen in de organisatie. Voorbeelden zijn Savenlanden en Groenhuysen. Over het algemeen zijn deze intramurale instellingen aangesloten bij Arcares, de branchevereniging voor zorgorganisaties. Er zijn echter ook andere initiatieven. Zo is er de NSWAC (Nederlandse Stichting Woon- en Activiteitencentra) die in Bergen op Zoom, Breda en Roosendaal tot voor kort enkel een woonvoorziening bood aan geestelijk of lichamelijke gehandicapten, maar nu ook voor deze groep mensen ambulante zorg verleent. Zij leveren in principe alleen zorg aan senioren wanneer deze lichamelijk of geestelijk gehandicapt zijn.

4. Ziekenhuizen verzorgen met samenwerkende thuiszorgorganisaties ketenzorg. In de onderzochte regio zijn drie ziekenhuizen actief. Het Fransiscus ziekenhuis in Roosendaal heeft een specifieke CVA-ketenzorg opgezet. Ook in Breda (Amphia Ziekenhuis) is men vanaf 2003 bezig met een georganiseerde ketenzorg onder de naam De Annevillegroep. Ook het derde ziekenhuis in de regio, Ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom, is bezig met het ontwikkelen van ketenzorg.

Deze onderverdeling is zo bepalend voor enkele onderdelen van het marketingbeleid dat in het hoofdstuk 'Resultaten' een beschrijving zal worden gemaakt aan de hand van deze typologie.

2.5 Overheidsbeleid en de invloed op het marketingbeleid van organisaties

Het overheidsbeleid betreffende de thuiszorgbranche heeft in de afgelopen jaren een aantal enorme veranderingen ondergaan. Het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) spreekt inmiddels niet meer van thuiszorg, maar drukt zich uit in de zeven functies binnen de AWBZ, die zowel intra- als extramuraal kunnen worden aangeboden. De laatste jaren is het beleid steeds geweest om betalingen uit de AWBZ over te hevelen naar andere wetgeving. In dit onderzoek wordt geen uitgebreide uiteenzetting van het overheidsbeleid gegeven, maar zal wel worden beschreven op welke manier het beleid van de overheid invloed heeft op de beleidsvoering van de thuiszorginstellingen.

Overheden hebben op diverse manieren invloed op het marketingbeleid in en van de thuiszorgbranche. Lange tijd was het overheidsbeleid gericht op beheersing. De oud-reguliere organisaties genoten een beschermde positie, omdat de overheid bepaalde wie AWBZ-zorg mocht leveren. Er was geen noodzaak tot het voeren van een marketingbeleid, de klanten stroomden vanzelf toe. Doordat er op den duur veel meer mensen gebruik gingen maken van thuiszorg, werden de wachtlijsten te lang en er waren maatregelen nodig. De overheid besloot in 2001 dat ook andere organisaties zich op de thuiszorgmarkt mochten gaan begeven. Ze hadden nog steeds wel goedkeuring nodig om financiering uit de AWBZ te mogen ontvangen.

De verschillende facetten van het marketingbeleid in beschouwing nemend (zoals verder uitgelegd in paragraaf 2.6.2) wordt duidelijk dat de overheid op veel punten een belangrijke invloed heeft op thuiszorgorganisaties. Zo wordt de prijs van AWBZ-geïndiceerde zorg vastgelegd in de zorgafspraken bij het ministerie. Ook de eigen bijdrage voor thuiszorg is, afhankelijk van het inkomen, vastgesteld door de overheid. Bij het samenstellen van de productcombinaties blijven er op het AWBZ-geïndiceerde deel van de zorg weinig variaties mogelijk. Er is immers vastgelegd hoe het CIZ moet indiceren en op welke functies dit kan. De belangrijkste invloed heeft de overheid door het maken van wet- en regelgeving. De overheid kan op deze wijze de vraag van cliënten en patiënten sturen. Per 1 januari 2003 zijn nog een aantal veranderingen doorgevoerd in deze wetgeving, om de AWBZ te moderniseren. De ontschotting van de AWBZ is een onderdeel van deze modernisering, AWBZ-aanbieders krijgen de ruimte om op elkaars werkerterrein zorg te leveren. Dit leidde tot felle concurrentie en een verhoogde noodzaak om een actief marketingbeleid te voeren. Indicatie vond niet langer plaats op basis van instelling, maar op functie: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

Een verdere uitkleding van de betalingen uit de AWBZ is inmiddels in gang gezet. De AWBZ wordt daarbij teruggebracht tot de kern: alleen de onverzekerbare zorg (zoals langdurige opname in een instelling) en een aantal echte zorgfuncties die bij mensen thuis geboden worden, worden straks nog uit de AWBZ vergoed. Alle functies die niet direct met zorg te maken hebben, zullen uit de volksverzekering verdwijnen. Een belangrijke ontwikkeling hierbij is de invoering van de nieuwe WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Door de invoering van deze wet verschuift de verantwoordelijkheid voor bekostiging van huishoudelijke zorg van de AWBZ naar de gemeentelijke loketten. Elke gemeente mag zelf bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren, zij heeft immers beter zicht op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. Het wordt dus voor thuiszorgorganisaties belangrijk om een goed contact te houden met de gemeenten die in hun verzorgingsgebied liggen, als onderdeel van het marketingbeleid. Dit is echter niet het enige obstakel dat na invoering van de WMO overwonnen zal moeten worden.

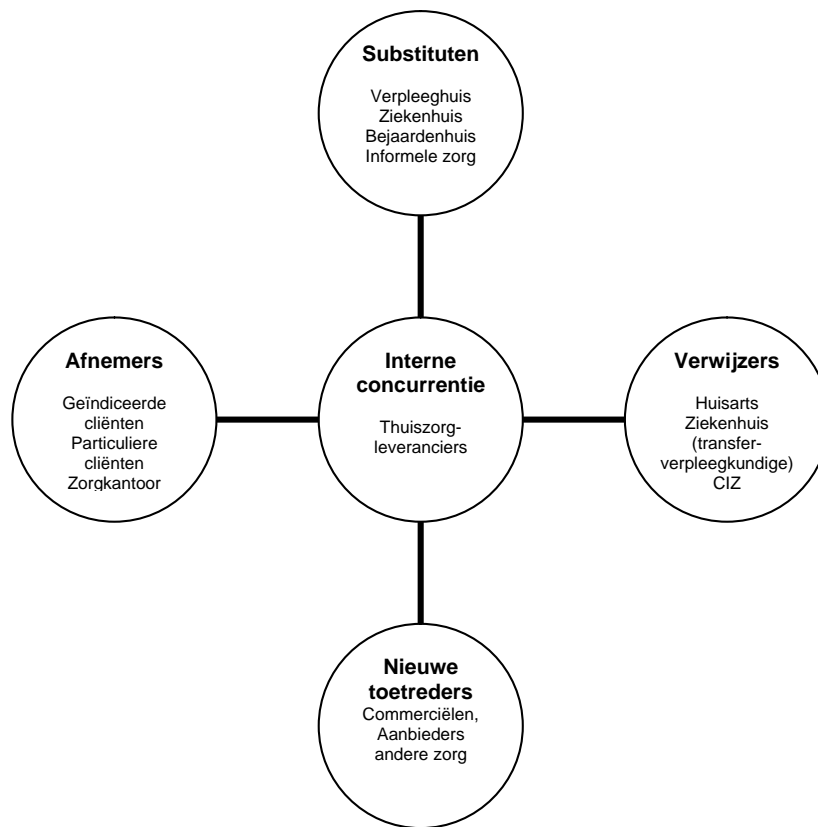
Het ligt in de lijn der verwachting dat er door de verschuiving in betaling, minder huishoudelijke hulp vergoed zal worden en dat dus veel cliënten van thuiszorgorganisaties de zorg op zullen zeggen. Om te overleven moeten deze thuiszorgorganisaties een breder dienstenpakket gaan leveren. Gevolg hiervan is, dat er ook nieuwe klanten moeten worden aangetrokken. Dit is gewoonlijk niet dezelfde groep cliënten als waarvoor van oudsher diensten werden geleverd. Zo is de traditionele thuiszorg vooral gericht op ouderen of gehandicapten die het huishouden niet meer aankunnen of hulp nodig hebben bij de persoonlijke verzorging. De nieuwe diensten richten zich bijvoorbeeld meer op jongere, werkende vrouwen die minder tijd voor het huishouden hebben, of meer tijd willen om bijvoorbeeld voor de kinderen te zorgen. Met het ontstaan van nieuwe diensten ontstaan nieuwe doelgroepen en vanzelfsprekend heeft dit ook gevolgen voor de marketingstrategie van de organisaties.

2.6 Modellen en hypothesen

De interviews bij de thuiszorgorganisaties zijn afgenomen aan de hand van een topiclijst (bijlage 5), gebaseerd op de modellen van Porter en Kotler, deze worden in de volgende paragrafen beschreven. Voor dat aan deze modellen invulling gegeven kan worden is het echter van belang om het strategisch beleid helder te hebben. Zo kan men ervoor kiezen om kostenleider te zijn of men streeft ernaar om een zo innovatief mogelijk product op de markt te zetten. Deze strategie bepaalt men aan de hand van de sectoromgeving. De volgende paragraaf beschrijft de analyse van Porter. Deze kan worden gebruikt om deze omgeving te analyseren.

2.6.1 Porter's vijfkrachtenanalyse

Alvorens de marketingmix (paragraaf 2.6.2) samen te stellen is het zaak om de organisatieomgeving in kaart te hebben. Het model van Porter gaat ervan uit dat organisaties per definitie met elkaar concurreren:



Figuur 2.3 Porter's vijfkrachtenanalyse voor de dienstensector

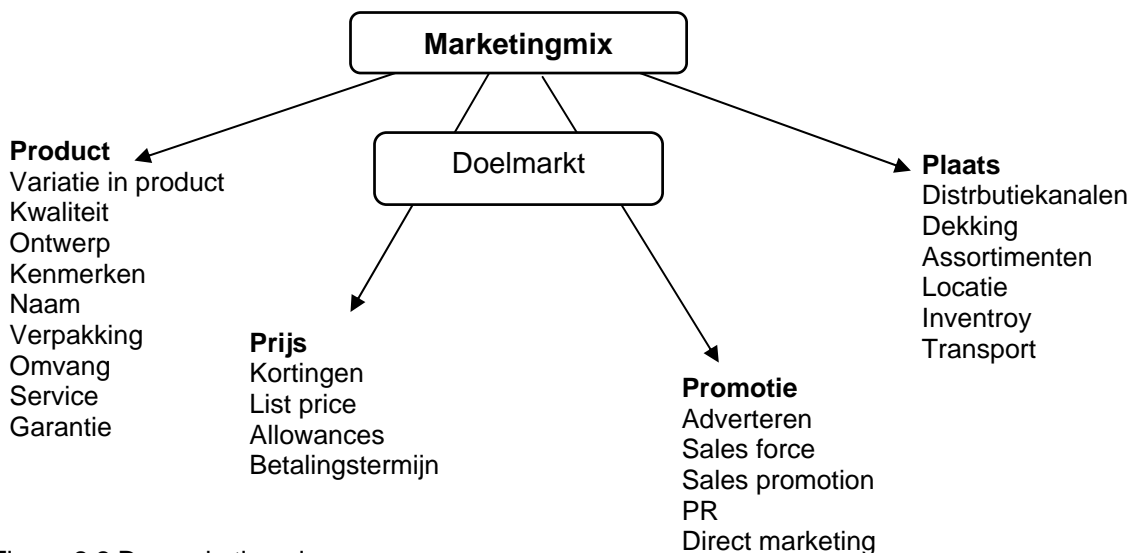
samenwerking, zoals dat tussen instellingen in de non-profitsector gebruikelijk is wordt niet als een voor de hand liggende optie gezien. Porter geeft een instrument voor de analyse van de zorgsector, met oog op de ingevoerde marktwerking. Een sector bestaat uit een groep van organisaties die diensten leveren die vanuit het gezichtspunt van de afnemer substitueert van elkaar zijn. De reden hiervan is dat zij op een alternatieve wijze in de behoeften van gebruikers of financiers voorzien. De potentiële nieuwkomers kunnen een bedreiging vormen voor de organisatie en haar concurrenten en partners. Deze zullen dan ook proberen het de nieuwkomers zo moeilijk mogelijk te maken door het opwerpen van barrières, deze barrières zijn in de zorgsector gepasseerd op reputatie, imago en vertrouwen. Vooral de oordelen van verwijzers zijn hierbij belangrijk. Tevens kan de overheid barrières opwerpen om de kwaliteit van diensten te bewaken door het voeren van een erkenningsbeleid. De dreiging die van klanten uitgaat, hangt samen met de positie van de klant ten opzichte van de organisatie en haar concurrenten of partners. Zo kunnen gebruikers gedwongen zijn diensten af te nemen of slechts de keuze hebben uit een gering aantal alternatieven. De overstapkosten kunnen binnen de zorg niet alleen financieel, maar zeker ook emotioneel hoog zijn. De intensiteit van de concurrentie of samenwerking tussen instellingen hangt samen met het verschil in grootte en status van de instellingen. Het is van

belang duidelijk te maken waar het eigen arsenaal van dienstverlening zich onderscheidt van dat van de concurrent. Er kan nog aan een zesde speler binnen het veld worden gedacht: de belangengroep, zoals een cliëntenraad (Joldersma, 2003). Aan de hand van de analyse kunnen uitspraken gedaan worden over de aantrekkelijkheid en daarmee de structurele rentabiliteit van de bedrijfstak en de positie van de eigen onderneming binnen deze bedrijfstak. Het is een startpunt voor strategiebepaling (Mandour et al, 2005). Binnen de verschillende krachten in het speelveld kunnen vervolgens weer subdoelgroepen worden gemaakt waarop het marketingbeleid gericht kan worden.

Nadat een Porteranalyse is gemaakt kan het marketingbeleid op operationeel niveau invulling krijgen door het samenstellen van de marketingmix.

2.6.2 Marketing mix

Om de marketingstrategieën van de instellingen op operationeel niveau te beschrijven, wordt de theorie van McCarthy gebruikt. McCarthy heeft alle marketinginstrumenten geïnclassificeerd in vier brede groepen, worden de vier P's genoemd (zie figuur 2.2). Deze vier zijn product, prijs, promotie en plaats (Kotler, 1987). In de dienstenmarketing wordt een vijfde P een belangrijke plaats toebedeeld. Het betreft de P van personeel. Binnen de dienstenmarketing is een belangrijk onderdeel van het beleid, namelijk de dienstverlening door het personeel (Oyen, 2005).



Figuur 2.2 De marketingmix

Er zijn diverse mogelijkheden om marketingstrategieën vorm te geven aan de hand van deze P's. Een product kan op verschillende manieren worden aangepast om het beter in de markt te plaatsen. Zo kan de productlijn worden uitgebreid, de kwaliteit kan verbeterd worden (kwaliteitsbeleid) of er kan branding plaatsvinden. Ook de prijs kan op diverse manieren worden ingezet als onderdeel van het marketingbeleid strategie, bijvoorbeeld door het geven van kortingen. Men kan op een aantal verschillende wijzen de prijs van een product bepalen. De meest gebruikte manieren zijn de kostengeoriënteerde prijs en de concurrentiegeoriënteerde prijs. De vraag is echter in hoeverre deze P geschikt is voor het marketingbeleid van de thuiszorgorganisaties. De prijs die cliënten voor thuiszorg betalen (subjectieve prijs) is immers centraal vastgelegd door de standaard eigen bijdrage. Promotie is een van de meest in het oog springende onderdelen van een marketingstrategie. Deze P kan ingevuld worden door te adverteren, PR (Public Relations), persoonlijke verkoop of het veranderen van de huisstijl. Tot slot

is de laatste P, de plaats, is in dit onderzoek wellicht een min of meer overbodig onderdeel, de naam thuiszorg zegt immers al dat de plaats thuis is. Een mogelijkheid zou echter kunnen zijn dat bij intramurale instellingen een groter deel van de activiteiten binnen de muren wordt gebracht.

2.6.3 Ansoff's matrix

In dit onderzoek wordt de Ansoff matrix gebruikt om onderscheid aan te brengen in organisaties, in tegenstelling tot het oorspronkelijke doel om de strategie van een organisatie te verklaren (hierbij werd organisatie vervangen door markt). In totaal zijn vier soorten organisaties te onderscheiden (tabel 2.1).

<i>Organisatie</i>	<i>Product</i>	
	Bestaand	Nieuw
Bestaand	1	2
Nieuw	3	4

Tabel 2.1 Ansoff matrix

1 Bestaande thuiszorgorganisaties, bestaande producten; Het gaat hier om de organisaties die zich blijven richten op de bestaande functies zoals die zijn vastgelegd.

2 Bestaande organisaties, nieuwe producten; Bestaande organisaties gaan nieuwe producten in een door hen al bediende markt zetten.

3 Nieuwe organisaties, bestaande producten; nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt, gaan de vastgelegde functies aanbieden.

4 Nieuwe organisaties, nieuwe producten; nieuwe toetreders op de thuiszorgmarkt vinden nieuwe producten om af te zetten.

Vraag is hierbij in hoeverre de organisaties die thuiszorg aanbieden in deze matrix te plaatsen zijn en in hoeverre zij verschillen van marketingstrategie.

2.7 Conclusie

In dit hoofdstuk werd het theoretisch kader beschreven waarbinnen het onderzoek zal plaatsvinden. Het eerste deel beschrijft de marketingtermen waarmee verder in deze thesis zal worden gewerkt. *“Marketing is het proces van het plannen en uitvoeren van opvattingen over en prijs, promotie en distributie van ideeën, goederen en diensten om ruilrelaties te bewerkstelligen, waardoor zowel aan individuele als aan institutionele doelen wordt voldaan. Hierdoor creëren instituties meerwaarde voor cliënten en bouwen zij een band met cliënten op, waardoor er waardering vanuit cliënten ontstaat.”* Dit is een samenvoeging van twee verschillende definities van marketing. Een vanuit de studie van marketingmanagement, de ander vanuit de inhoud van het marketingbeleid. De zorg neemt een aparte positie in binnen de marketingliteratuur. Binnen de zorgmarkt zijn beperkingen waardoor de reguliere marketingtermen niet direct kunnen worden vertaald naar de zorg. Er is diverse literatuur gevonden over macromarketing. Over het algemeen kan worden gezegd dat macromarketing de marketing is op een niveau, hoger dan dat er normaal over wordt gepraat. De thuiszorgmarkt in West-Brabant bestaat uit oud-reguliere en nieuwe thuiszorgorganisaties en intramurale instellingen. Ook ziekenhuizen blijken een belangrijke rol te spelen. De belangrijkste brancheorganisaties binnen de thuiszorgsector zijn BTN (nieuwe thuiszorgaanbieders) en Z-org (oud-regulieren). De overheid heeft altijd veel invloed gehad op de marketinginspanningen van de organisaties. Er is veel wet- en regelgeving waaraan de organisaties zich dienen te houden en ook wordt de prijs op andere manieren gestuurd, bijvoorbeeld door de hoogte van de eigen bijdrage.

Tot slot werden de modellen beschreven, aan de hand waarvan de interviews en analyses van beleidsdocumenten plaats zullen vinden. Als eerste wordt het algemeen strategisch beleid van een organisatie beschreven, de vijfkrachtenanalyse van Porter wordt gebruikt voor een omgevingsanalyse. Vervolgens wordt de marketingmix gebruikt om de marketinginspanningen op operationeel niveau te omschrijven. Tot slot is de matrix van Ansoff zodanig aangepast dat deze in dit onderzoek kan dienen als vergelijkingsmatrix voor de diverse organisaties. In volgend hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de exacte methoden van het onderzoek, deze zijn geordend per deelvraag, zoals te vinden in paragraaf 1.4.2.

Hoofdstuk 3 Methoden

Dit onderzoek naar marketinginspanningen bij thuiszorgleveranciers heeft een kwalitatief en explorerend karakter. Het doel is om een verkenning te maken van de marketinginspanningen die thuiszorgorganisaties verrichten. Voor dit onderzoeksdesign is gekozen, vanwege de onbekendheid binnen de zorg met het fenomeen marketing. In dit onderzoek gaat het erom, de relevante aspecten van het proces van beleidsbepaling in kaart te brengen en de diverse interacties binnen het krachtenveld bloot te leggen. Het derde hoofdstuk van deze thesis geeft een overzicht van de verschillende methoden die in het onderzoek zijn gebruikt om de verschillende deelvragen te beantwoorden. Tevens wordt ingegaan op de maatregelen die zijn getroffen om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te verhogen. Tot slot wordt een korte casusbeschrijving gegeven van de organisaties die zijn betrokken bij dit onderzoek.

3.1 Methoden per deelvraag

1. *Op welke manier is de thuiszorgmarkt in COROP-regio 33 (West Noord-Brabant) te omschrijven?* Aan het zorgkantoor wordt een gevraagd om de lijst van thuiszorgaanbieders binnen de afgebakende regio (zie paragraaf 1.3) te overleggen. Zij zijn immers degene die AWBZ-natura cliënten toewijzen aan de verschillende thuiszorginstellingen. Om geen particuliere zorginstellingen zonder AWBZ-erkenning uit te sluiten wordt ook de hulpgeroep op de site van *Per saldo* geraadpleegd (www.pgb.nl). Vervolgens wordt de tot dan toe bestaande lijst van thuiszorgaanbieders aan de respondenten voorgelegd met de vraag of zij nog aanvullingen hebben op deze lijst. Door deze triangulatie wordt dit een zo compleet mogelijk overzicht.

2. *Wat houden de concepten micro-, meso- en macromarketing in (binnen de thuiszorgsector)?* Aan de hand van literatuuronderzoek (trefwoord “macromarketing” en “marketing zorg” binnen database PubMed en OnlineContents) kan een verdere uitwerking van de concepten micro-, meso- en macromarketing worden gemaakt. Hiervoor zal de sneeuwbal methode worden gebruikt, naar aanleiding van referenties in gevonden artikelen wordt verder op het onderwerp doorgezocht. Ook wordt in diverse literatuur over marketing gezocht op trefwoord “macromarketing” in het register. Hierbij is het de bedoeling een overzicht te geven van de verschillende visies van auteurs op dit onderwerp. Aan de hand hiervan kan later, na de interviews, een conclusie worden getrokken over wat deze begrippen binnen de thuiszorg concreet betekenen. Tevens worden gesprekken gevoerd met diverse experts. Deze gesprekken hebben de vorm van ongestructureerde gesprekken, dit zijn brainstormsessies om tot opheldering over de theorieën te komen. Zo is een tweetal docenten aan universiteit Maastricht (Dhr. Buntinx en dhr. Meijer) benaderd. Met hen is voor de gesprekken met respondenten een oriënterend gesprek gevoerd om tot een eerste conceptdefiniëring te komen. Adviseur en voormalig universitair docente Mevr. Boonekamp is verder bevroegd over het begrip macromarketing. Om het onderzoek af te ronden en tot een slotconclusie te komen over de begrippen macro- en micromarketing wordt dhr. van Leeuwen geïnterviewd. Dit gesprek zal plaatshebben na de gesprekken met alle respondenten, om tot een reflectie van het geheel te komen.

3. *Op welke wijze heeft het overheidsbeleid invloed op het marketingbeleid van thuiszorginstellingen?* Literatuuronderzoek over de wetgeving en overige instituties kan een goed beeld geven van de veranderingen. De site van het ministerie van VWS geeft een goed overzicht

van de ontwikkelingen, verder zoeken binnen PubMed, OnlineContents en Google “modernisering AWBZ”, “ontschotting AWBZ” en “WMO”. Ook sites van andere overheidsinstellingen, als de RVZ en de site over de invoering van de WMO (www.invoeringwmo.nl) kunnen hierbij nuttige informatie opleveren. Op de site www.ouderenbeleid.nl is veel informatie over het overheidsbeleid te vinden. Aanvullende informatie wordt verkregen door aan de sleutelfiguren binnen de brancheorganisatie en instellingen te vragen naar hun ervaringen met de wetgeving. Tevens wordt met een persoon op macroniveau (Dhr. Kasdorp) in dit geval bij de RvZ gesproken om beter inzicht te krijgen in het overheidsbeleid betreffende thuiszorg.

4. *In hoeverre en op welke manier vindt er op macroniveau marketing plaats op het gebied van thuiszorg?* Interview met sleutelfiguur bij de overheid afnemen (beleidsmedewerkers, communicatie) om de strategieën van deze speler in het veld te achterhalen. De vorm die hierbij gebruikt gaat worden is die van halfgestructureerd interview. Het is de bedoeling om twee sleutelfiguren binnen het ministerie van VWS te interviewen, te denken valt aan beleidsmedewerkers. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat zij het meest inzicht hebben in het gevoerde (marketing)beleid. Verder is het van belang tijdens deze interviews te achterhalen wat de sturende rol is van de overheid bij de marketing van AWBZ-gefinancierde instellingen. Verder wordt in de gesprekken met de verschillende respondenten op organisationeel- en brancheniveau gevraagd wat hun mening is over het overheidsbeleid en de rol die overheden spelen bij marketing van thuiszorg.

5. *In hoeverre en op welke manier vindt er binnen de thuiszorgsector op mesoniveau marketing plaats?* Om deze deelvraag te beantwoorden worden interviews met sleutelfiguren bij de brancheorganisaties afgenomen om de strategieën van deze speler in het veld te achterhalen. Hierbij kan men denken aan de nieuwe organisatie Z-org en de BTN. Wederom wordt hier door middel van halfgestructureerde interviews de dataverzameling gedaan. Bij BTN wordt met een bestuurder gesproken, bij Z-org met het hoofd marketing en communicatie. De betrouwbaarheid wordt hier verhoogd door member checks: terugkoppeling van de getranscribeerde gesprekken te mailen naar de respondent. Hierbij bestaat er voor de respondent ruimte om eventuele op- en aanmerkingen te maken op de tekst. De interviews zullen worden geanalyseerd door de transcripties op te delen in segmenten en vervolgens te analyseren. De respondenten binnen de geselecteerde thuiszorgorganisaties worden tenslotte ondervraagd over hun ervaringen met het marketen van thuiszorg op brancheniveau.

6. *Wat is er tot nu toe bekend over effectieve (micro)marketingstrategieën binnen de zorg en meer specifiek binnen de thuiszorg?* Literatuuronderzoek kan een beeld geven van de huidige stand van zaken betreffende marketing in de zorgsector. Zoeken binnen PubMed, OnlineContents en Emerald op trefwoorden “marketing care”, “marketing zorg” en “effectieve strategie marketing”. Diverse boeken over servicemarketing en marketing binnen de zorg zullen worden geraadpleegd.

7. *Uit welke onderdelen bestaat de marketingstrategie en segmentatie van cliënten op microniveau? (a.h.v. theorieën van Kotler, Porter)* Via gesprekken met sleutelfiguren binnen de thuiszorgorganisaties (leden RvB, communicatie en PR-medewerkers, medewerkers afdeling marketing: zowel beleidsbepalend als uitvoerend) kan worden achterhaald uit welke onderdelen de marketingstrategie bestaat. Bij de selectie van deze organisaties zouden de brancheorganisaties een rol kunnen spelen. De organisaties worden mede geselecteerd aan de hand van de

thuiszorgmarkt in West Noord-Brabant en de Ansoff matrix. Geprobeerd zal worden, om uit elk van de vier kwadranten tenminste een organisatie te selecteren. Wederom wordt hier door middel van halfgestructureerde interviews de dataverzameling gedaan. De topiclijst die bij deze interviews is gebruikt is in deze thesis te vinden als bijlage 7. Achteraf zal wederom een member check plaatsvinden. Doel is om bij elke van de geselecteerde organisaties met de sleutelfiguur te spreken, welke het meeste inzicht heeft in het gevoerde marketingbeleid. Dit kan dus iemand in een staf- of lijnfunctie zijn.

8. *Zijn er verschillen in marketingstrategie tussen klassieke en nieuwe aanbieders op de thuiszorgmarkt en aanbieders van klassieke en nieuwe diensten?* Aan de hand van de resultaten van de interviews met respondenten en na de analyse van verschillende beleids- en communicatiedocumenten worden de organisaties ingedeeld in de Ansoff-matrix. Hierna wordt een vergelijking gemaakt van hun verschillen en overeenkomsten op het gebied van marketinginspanningen.

3.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid te verhogen is gekozen om te werken met de triangulatie methode. Informatie over het marketingbeleid wordt zowel uit interviews met respondenten als uit diverse beleidsstukken (jaarverslagen en communicatiemateriaal van de organisaties) verzameld. Ook wordt een derde bron gebruikt, namelijk de bestudering van vakliteratuur. Dit is bedoeld om verder inzicht te krijgen in de theorieën over marketing. Voor een betrouwbare weergave van de resultaten, worden citaten uit de interviews gebruikt om het geheel te verduidelijken.

Om de validiteit van de interviews te garanderen moet de selectie bestaan uit representatieve personen. Er is daarom gekozen om de persoon te interviewen die het meeste inzicht heeft in de marketingideeën, ongeacht zijn of haar positie binnen de organisatie. Het onderzoek wordt representatiever naarmate meer personen betrokken worden in het onderzoek. Omdat dit onderzoek een meer explorerend karakter heeft, is gekozen voor een grotere hoeveelheid aan instellingen en het bevragen van één respondent binnen deze organisaties. De interne validiteit is door het doen van member checks en triangulatie verhoogd. Het is de vraag in hoeverre het onderzoek extern valide is. Wellicht zouden de uitkomsten van de studie kunnen worden doorgetrokken naar vergelijkbare gebieden binnen Nederland. Te denken valt aan gebieden met vergelijkbaar inwoneraantal en demografische opbouw. Via het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) is gezocht naar vergelijkbare COROP-regio's, op het gebied van inwoneraantal, demografische druk en stedelijkheid. Volgende gebieden kwamen het meest overeen: Zuid-Limburg, Noordoost-Noord-Brabant en Arnhem/Nijmegen. De bevindingen over macromarketing en mogelijk deels ook mesomarketing hebben wellicht wel meer generalisatiemogelijkheden, omdat hiervoor landelijk opererende experts zijn geïnterviewd; voor micromarketing zijn de bevindingen meer gebonden aan de gekozen regio.

3.3 Casusselectie

Aan de hand van de thuiszorgtypologie zoals deze is beschreven in paragraaf 2.4.2 is de volgende casusselectie gemaakt:

♦ Organisatie A is een Oud-reguliere thuiszorgorganisatie (Gezinsverzorging); Sinds 2002 onderdeel van overkoepelende stichting I. Deze stichting omvat een zestal verzorgingshuizen, een

verpleeghuis en diverse steunpunten en kinderopvang in de kernen Steenberg, Zevenbergen, Moerdijk, Haldeberge, Etten-leur, Breda, Zundert en Drimmelen. Bij de thuiszorgafdeling werken 1.019 mensen, samen leveren zij 578.683 uur thuiszorg, 44% is HVZ, 13% alfahulp.

- ♦ Organisatie B is een van huis uit intramurale zorginstelling met drie (woon)zorgcentra en drie serviceflats. Sinds 2003 bezig met het opzetten van de thuiszorg. In 2003 waren 662 mensen in dienst, waarvan 52 in de thuiszorg (25,78 FTE's). Deze organisatie wil intra- en extramuraal zorg leveren in de regio Bergen op Zoom. Onlangs heeft de gehele organisatie een nieuwe naam en huisstijl gekregen.

- ♦ Organisatie C is een oud-reguliere thuiszorgorganisatie (voormalige Kruisvereniging); Zij maken samen met deze voormalige kruisvereniging, die nu dienst doet als vereniging voor welzijnsproducten, en de thuiszorgwinkel onderdeel uit van een zorgspectrum. Bij de thuiszorgafdeling werken 1.200 medewerkers, 500 alfahulpverleners en 200 vrijwilligers, samen leveren zij thuiszorg in de regio Breda en Oosterhout

- ♦ Organisatie D is een relatief nieuwe, voorheen particuliere aanbieder op de thuiszorgmarkt, er is ook een kraamzorgtak. Sinds 10 jaar hebben zij een AWBZ-erkenning. Zij leveren in totaal aan 900 cliënten thuiszorg in de een grote regio: van Bergen op Zoom, Roosendaal, Zevenbergen, tot aan Breda, Tilburg, Oosterhout en zelfs in de Kempen en Eindhoven

- ♦ Organisatie E is ook een nieuwe speler op de thuiszorgmarkt. Voorheen leverden zij alleen particuliere zorg, sinds drie jaar zijn zij ook AWBZ-erkend. Voor de erkenning werkten zij voornamelijk voor de omliggende organisaties, om wachtlijsten te verkleinen. Hier werken ongeveer 100 mensen. Zij leveren thuiszorg en kraamzorg in de regio Roosendaal.

- ♦ Organisatie F is een intramurale zorginstelling, zij zijn al jaren een aanbieder van zorg- en dienstverlening gericht op senioren in Etten-Leur, Rijsbergen en Zundert. Officieel zijn zij sinds 1996 actief in de extramurale zorg, maar zijn pas vorig jaar begonnen met het actief werven van nieuwe klanten.

- ♦ Organisatie G is een nieuwe particuliere tak van oud-reguliere thuiszorgorganisatie H (Kruisvereniging). De doelgroep is niet enkel senioren, maar ook tweeverdieners die op zoek zijn naar ondersteuning bij hun huishouding uit oogpunt van luxe. Zij bieden twee vormen van ondersteuning aan: zorg en gemakdiensten.

In het speelveld waarin deze organisaties zich bevinden, wordt regelmatig samengewerkt of geconcurrereerd met andere instellingen. Omdat deze instellingen regelmatig genoemd worden in de citaten van de respondenten, hebben zij zelf ook codes gekregen:

- ♦ Organisatie H: Een oud-reguliere thuiszorgorganisatie (Kruisvereniging).

- ♦ Organisatie I: Een overkoepelende (van huis uit intramurale) organisatie waar A onderdeel van uit maakt.

- ♦ Organisatie J: Grote, oud-reguliere thuiszorgorganisatie (Kruisvereniging).

Voorts is gesproken met de twee grootste brancheorganisaties binnen de thuiszorg, BTN en Z-org en met twee regionale ziekenhuizen; Ziekenhuis Lievensberg in Bergen op Zoom en het Amphibia Ziekenhuis in Breda.

Hoofdstuk 4 Resultaten

Macromarketing heeft, zoals in paragraaf 2.4 is omschreven, in de loop der jaren verschillende betekenissen gehad. Tijdens dit onderzoek wordt geprobeerd om aan de hand van de interviews met de diverse sleutelfiguren een definitie van macromarketing binnen de thuiszorgsector te geven. Ter aanvulling wordt een mesoniveau geïntroduceerd dat zich tussen het macro- en microniveau beweegt. Ook wordt in dit hoofdstuk een overzicht gegeven van de marketinginspanningen op organisatieniveau binnen de regio. In de eerste paragraaf wordt een poging gedaan tot een definitie van marketing op het macroniveau te komen.

4.1 Macroniveau

In deze paragraaf worden de resultaten gepresenteerd, die betrekking hebben op de marketing op macroniveau. Zowel de mening van de respondent op macroniveau, als uit de organisaties en de experts worden hieronder gepresenteerd

4.1.1 Visie RVZ op marketing en de thuiszorg

Als respondent vanuit de overheid is gekozen om te spreken met dhr. Kasdorp. Er is gesproken over een aantal manieren waarop de overheid probeert om invloed uit te oefenen op de zorgmarkt. In onderstaande paragrafen is een korte weergave van het gesprek gegeven.

♦ Invloed van de overheid

“Er zijn allerlei regelingen vanuit de overheid die ongetwijfeld invloed uitoefenen op de zorgvraag van mensen”. Deze regelingen kunnen verschillende vormen aannemen: “Financiële incentives zijn belangrijk, zoals de eigen bijdrage. Toen deze werd verhoogd, waren er mensen die zeiden: ik kan vanwege mijn lage inkomen geen gebruik meer maken van de thuiszorg”. Er zijn nog meer manieren waarop de overheid de vraag naar een bepaalde vorm van zorg kan sturen: “iets wat ook kan, is een monopolie creëren, maar dat is dus niet zo. Dat was wellicht wel zo door de manier waarop de verstrekking in elkaar zit. Kijk, vroeger had je recht op verpleeghuiszorg en dat is alleen bij een verpleeghuis te krijgen. Dus dat beperkte het aantal spelers in de markt, wat dat betreft is er nu meer concurrentie mogelijk, door indicatie op functie”. Deze verandering in indicatiestelling heeft wel geleid tot een vervaging tussen de verschillende zorgsectoren. Het is maar de vraag in hoeverre de thuiszorg als sector op zich nog bestaat. Onlangs werd door de RVZ nog een belangrijk advies uitgebracht aan het ministerie van VWS:

De AWBZ moet verdwijnen om plaats te maken voor enerzijds een medische verzekering - dus de basisverzekering inclusief de langdurige zorg - anderzijds door gemeenten georganiseerde maatschappelijke ondersteuning van mensen die op deze langdurige zorg zijn aangewezen. Langdurige zorg zal worden aangeboden vanuit cliëntgerichte wijkcentra. De huisarts, de thuiszorg, en het maatschappelijke werk moeten volledig anders worden ingericht. Er moeten laagdrempelige, cliëntgerichte wijkcentra komen, die zowel de medisch-verpleegkundige als de maatschappelijk zorg en ondersteuning bieden. Zorgverzekeraars en gemeenten financieren deze centra gezamenlijk (www.RvZ.net)

♦ Thuiszorg als sector

“Thuiszorg levert zes van die zeven functies. Maar die functies mogen ook door andere instellingen worden geleverd. Er is geen monopolie meer bij de instellingen. Zorgverzekeraars kunnen die functies bij verschillende instellingen kunnen inkopen, dat betekent dat je niet meer een heel duidelijk afgeschermd sector bent met een monopolie. De thuiszorginstellingen voelen dat zelf ook zo, de koepel van thuiszorg fuseert nu met de koepel van de verpleeghuizen”. Hoewel deze ontwikkelingen in hoog tempo gaan, bestaat momenteel bij de cliënten van zorginstellingen deze scheiding nog wel heel duidelijk. *“Waar vroeger de thuiszorgsector kampte met een slecht imago (zie ook paragraaf 4.2.1 en 4.2.4) zou men kunnen zeggen dat dit nu verbeterd is. Nu kampen intramurale instellingen met een slecht imago. Denk aan pyjamadagen, vervuiling van cliënten, toiletpapier zelf betalen, enzovoort”.* Op dit gebied zou dus wel door de branche aan het imago gewerkt kunnen worden. Ondanks dat er veel wordt samengewerkt en afgesproken tussen de branches, is ook op het niveau van organisaties marketing een mogelijkheid: *“Misschien gaan er weer nieuwe taakafbakeningen komen, maar die zijn nog niet klaar. Dit kan voor een deel door afspraken, maar ook door concurrentie. Dan betekent dat er toch iets van marketing nodig is”.* Hoewel respondent dhr. Kasdorp hier wel een kanttekening heeft:

♦ Marktwerking

“Door de schaarste op de thuiszorgmarkt moet je het woord markt met een korrel zout nemen, ik zal niet zeggen dat marketing geen enkele zin heeft, maar de betekenis is beperkt”. Waarschijnlijk is een deel van het probleem dat de ingevoerde marktwerking niet goed uit verf is gekomen. Dit heeft verschillende oorzaken: *“Door de wijze van introductie, door het feit dat thuiszorginstellingen de concurrentie zoveel mogelijk hebben proberen in te dammen. Ook het conservatieve karakter van de thuiszorgcliënt kan meespelen”.* Een andere belangrijke factor bij de beperkte marktwerking is de bekostiging: *“De erkenning dat instellingen winst zouden mogen maken vond BTN erg belangrijk. De lobby van oud-regulieren heeft dit lange tijd kunnen tegenhouden. Je kunt wel zeggen je mag winst oogmerk hebben, of je winst kunt maken is de vraag. Dit omdat de tarieven aan regels gebonden zijn en het maximum zo gesteld wordt dat je daar niet echt winst mee maakt”.* Deze prijsplafonds hebben nog een consequentie voor de markt: *“Wat ook meespeelt is dat er een markt wordt verondersteld dat je met elkaar kunt concurreren op kwaliteit en op prijs. Er is echter een financieel plafond gemaakt en verzekeraars moeten dat plafond beheren. Prijsconcurrentie: forget it. Echte marktwerking: nee... Als de prijs niet uitmaakt, dan speelt verschil in kwaliteit en reputatie een rol. En ook: voor welke ‘welzijns’ diensten moet je nog meer betalen”.* De uitkleding van de AWBZ is een logische stap: *“Je ziet dat de solidariteit op een ongelooflijke manier opgeblazen is. Als je nagaat welke kleine groep profiteert en welke grote groep dat moet opbrengen is de solidariteit zwaarder gaan drukken op de samenleving”.*

♦ Marketing op verschillende niveaus

Dhr. Kasdorp komt tot de volgende definities van de verschillende concepten binnen dit onderzoek: *Op microniveau is marketing dan het directe contact met de klant. Hoe kun je mensen aan je binden het hun zo gemakkelijk mogelijk maken, dat je een goede naam hebt en houdt. Dat mensen vertrouwen in je hebben en daarmee in feite ook de kwaliteit en effectiviteit verbeteren. Voorbeeld daarvan is om zo veel mogelijk dezelfde mensen bij iemand thuis laten komen.* Bij het noemen van mesomarketing denkt respondent aan het volgende: *“Dan denk ik vooral aan de zorginkopers, dus richting verzekeraar. Nu is er dat nog maar een, maar dat kunnen er meer worden. Deze markt wordt dynamischer. Ook dan gaat het om reputatie, maar dan gaat het ook*

om prijs". Tot slot wordt belangenbehartiging als marketing op het macroniveau beschouwd: *"Een landelijke markt voor diensten is er niet. Aan de andere kant, zolang er wet- en regelgeving is, reguleert die mede binnen welke marges je beslissingen en keuzes maakt. Zowel zorgverzekeraars als cliënten. Macromarketing is dan het hoog houden van de reputatie, zorgen dat je voldoende kunt lobbyen, invloed houden op de overheid. Dat de tarieven in het kader van de CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) gunstig worden vastgesteld. Dit is een taak van de brancheorganisatie, maar wellicht komen er heel grote conglomeraten die dat zelf kunnen aan doen"*. In deze definitie schemert de definitie van macromarketing van Macstravic (1983) door. Ook hij spreekt over conglomeraten van instellingen, die uiteindelijk de lobby van brancheverenigingen kunnen overnemen. Het microniveau wordt beschouwd als de directe interactie tussen cliënt en zorgverlener. In deze studie werd deze interactie eerder behandeld onder het kopje 'personeel' in de marketingmix.

4.1.2 Visie brancheorganisaties op macromarketing

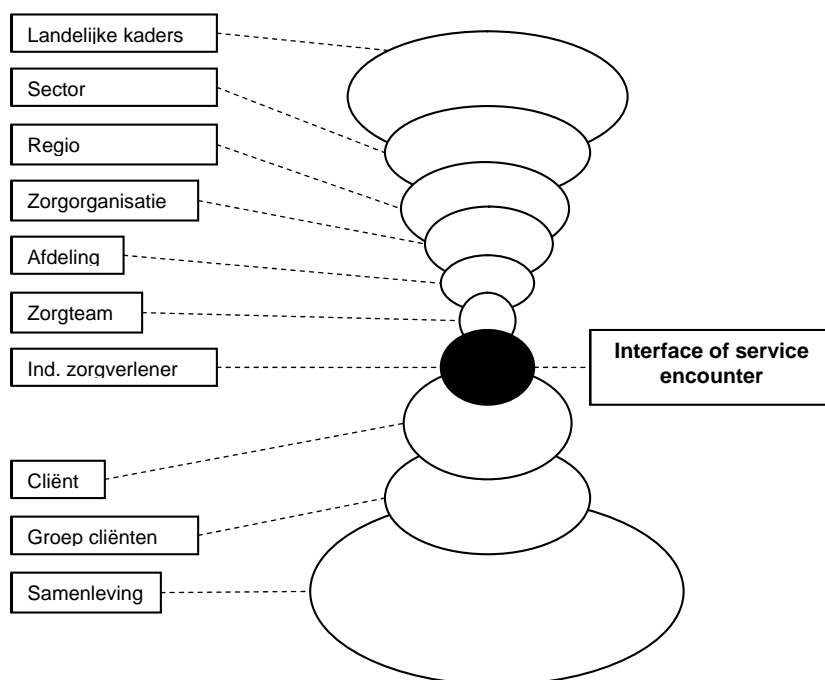
Uit de gesprekken met de beide brancheorganisaties komt naar voren dat een groot deel van het beleid dat gevoerd wordt, afhankelijk is van het overheidsbeleid. Zo liggen de functies en de prijzen van de AWBZ-gefinancierde zorg al vast. Respondent P1 is van mening dat de overheid zichzelf op dit punt tegenwerkt. *"Wat gebeurt, is dat de AWBZ-pot te veel geld opgesoupeerd heeft. Nu zijn de AWBZ-middelen zodanig georganiseerd dat er meer zorg geleverd kan worden met dezelfde middelen, een onderdeel hiervan is de ingevoerde marktwerking"* (P1). Vervolgens noemt de respondent een belangrijk knelpunt, waar de leden van BTN mee worstelen: *"Er wordt markt nagestreefd, maar het systeem waar het overheid voor kiest kan dat niet mogelijk maken, omdat er toch inkopers bij zorgkantoren zitten. Je moet of alles loslaten of je moet het verder centraliseren. Nu wordt er gekozen voor marktwerking, maar ze laten niet alles los"* (P1). De brancheorganisaties moeten via onderhandelingen proberen om zo gunstige mogelijke voorwaarden af te dwingen. Zoals al eerder tijdens het gesprek van de dhr. Kasdorp naar voren kwam, is er (nog) geen volledig vrije markt voor thuiszorg. Bij respondent P1 heerst tevens de mening dat de overheid zich te veel bemoeit met de beleidsvoering van de thuiszorgorganisaties: *"Je moet niet de illusie hebben door bepaalde zaken op macroniveau te regelen, dat het op microniveau gebeurt. Wij hebben de volgende insteek: als je het op microniveau doet komt het vanzelf op macroniveau terecht. Met elkaar convenanten afsluiten over hoe het zou moeten is geen garantie dat het uitgevoerd wordt"* (P1). BTN is de vereniging waar veelal de nieuwe thuiszorgorganisaties lid van zijn. Van huis uit zijn dit de meer ondernemende en concurrerende instellingen. Dit kan de houding tegenover de overheid verklaren. Z-org ziet daarentegen meer in de onderhandeling. *"Onze kerntaak is belangenbehartiging en beïnvloeding van wet- en regelgeving. Dan moet je denken aan de hele financiering van alle thuiszorgfuncties. De WMO is bijvoorbeeld ook een groot dossier voor ons, daar proberen we de belangen van onze leden te behartigen. We proberen te achterhalen wat voor onze leden belangrijke randvoorwaarden zijn"* (Q1). In het kort wordt macromarketing door de respondenten vanuit de brancheorganisaties beschouwd als het sturen van de zorgvraag door de overheid en het maken van wet- en regelgeving waardoor de leden van de brancheorganisaties worden beïnvloed.

4.1.3 Visie thuiszorgorganisaties op macromarketing

De thuiszorgorganisaties zijn unaniem in hun mening over het macrobeleid: de overheid kiest een lijn in het beleid, de organisaties moeten vervolgens hierop inspelen. De overheid stuurt vooral door wet- en regelgeving. *“Het accent ligt nu heel erg op extramuralisering. Een voorbeeld hiervan is het bouwbeleid van de gemeente. Die willen niet meer dat er serviceflats gebouwd worden. Tegelijkertijd is het overheidsbeleid erop gericht om de hoeveelheid zorg die we afnemen in te krimpen en om mantelzorgers een grotere rol in het proces te geven”* (B2). Ook de aankomende WMO heeft invloed op het strategisch beleid en dus ook op de marketingactiviteiten. Zo is organisatie G opgericht in reactie op de huidige wetgeving. *“De overheid gaat steeds minder uitgeven via de AWBZ en legt meer verantwoordelijkheid bij de burger zelf. Als je als organisatie voor 80% van de AWBZ afhankelijk bent, moet je niet gaan wachten tot je geen klanten meer krijgt toegewezen. Nu hebben we nog tijd om een commercieel bedrijf op te zetten en daar ben je niet gehouden aan allerlei afspraken die de overheid maakt”* (G1). Hieruit klinkt ook weer door dat de controle vanuit de overheid op de thuiszorgmarkt nog steeds erg groot is. Wat vooral wordt genoemd dat de (subjectieve) prijs van thuiszorg steeds hoger is geworden. *“Het past ook in het kader van de WMO dat de gemeenten op een gegeven moment drempels gaan leggen: is je inkomen een of twee keer modaal, dan regel je zelf de huishoudelijke ondersteuning maar”* (A1). Waar organisatie G zich probeert te onttrekken aan de invloed van gemeente en landelijke overheid, ziet respondent E1 dat heel anders, zij gaan hun marketingbeleid deels richten op de gemeente. *“Wij gaan contact zoeken met de gemeente. We zitten in elf gemeenten, dus we moeten gaan kijken of we wel in elke gemeente moeten blijven. Zeker met de HVZ”* (E1). Concluderend kan men zeggen dat de overheid via wet- en regelgeving de vraag van de cliënt probeert te sturen. Momenteel is dit beleid voor de thuiszorgorganisaties redelijk gunstig, meer extramuraal aanbieden is al jaren een speerpunt. Aan de andere kant kan men zeggen dat de overheid steeds minder gaat vergoeden, en er dus een dalende vraag te verwachten is, vanwege de stijging van prijzen. *“De overheid zorgt voor toenemende randvoorwaarden op kwaliteitseisen, hierdoor nemen de administratieve verplichtingen toe. Dit jaagt ons weer op extra kosten. Bovendien ben ik bang dat een deel van de AWBZ naar zorgverzekeraars gaat, dat zorgt ervoor dat je daar weer mee moet gaan onderhandelen”* (C2). De organisaties die thuiszorg leveren zien macromarketing als de regels waaraan zij moeten voldoen, willen zij goede zorg leveren en aan alle kwalificaties die de overheid stelt voldoen. Deze regels gelden voor alle thuiszorginstellingen.

4.1.4 Visie experts

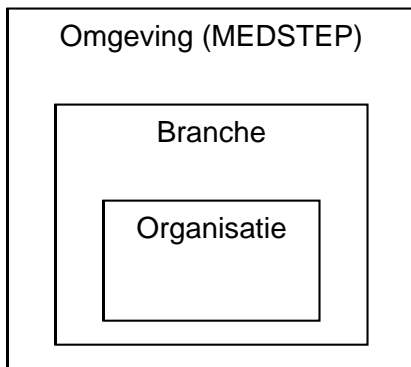
In het interview met de heren Buntinx en Meijer aan de Universiteit van Maastricht komt duidelijk hun visie op de verschillende vormen van marketing naar voren. Dhr. Buntinx formuleert het als volgt: *“Als je naar het microniveau kijkt, daar zit de directe interactie met de klant. Waarbij het dus gaat om individueel de behoeften van de klanten te onderkennen en daar verder op in te spelen”*. Respondent vervolgt: *“Op het organisatieniveau gaat het er dan om dat je die interface (tussen cliënt en medewerker) in staat stelt om dat te doen en dat je van tevoren een aantal keuzes hebt gemaakt over welke klanten te bedienen: wat is mijn doelgroep en zijn kenmerken, wat zijn de verwachtingen en de wensen”*. De visie op micromarketing is vergelijkbaar met de definitie die dhr. Kasdorp bij micromarketing noemde. Op een hoger niveau onderscheidt respondent dhr. Buntinx: *“Het brancheniveau is dan de verzameling van al die organisaties. En dan het macroniveau met de overheid waar dan die hele sector gefaciliteerd wordt, en waar je te maken krijgt met vraagsturing, die er maatschappelijk is”*. Figuur 4.1 is een weergave van deze niveau's.



Figuur 4.1 © W.Buntinx, Universiteit Maastricht

Dhr. Meijer ziet marketing op macroniveau als beïnvloeding door de overheid: *"Op macroniveau kun je kijken naar de grenzen van zorg, welzijn, wonen en leven: de verschillende aspecten waar de overheid zich mee bemoeit. Waar liggen de grenzen? De overheid is marketingachtig bezig tussen componenten van de samenleving, bij de WMO gaan scheidingen plaatsvinden tussen wonen en zorgen en aan de andere kant worden schotten weggehaald om betere aansluiting te geven"*. Deze omschrijving van de verschillende vormen van marketing komt overeen met de omschrijving die dhr. Kasdorp eerder heeft geformuleerd.

In het korte gesprek met mevrouw Boonekamp heeft zij haar visie gegeven op het concept marketing op een hoger niveau. Macromarketing werd door haar gezien als een omschrijving van de organisatieomgeving. Deze omgeving omvat alle instellingen die invloed uitoefenen op de sector thuiszorg. Zo zijn er demografische ontwikkelingen, maatschappelijke ontwikkelingen, en politieke ontwikkelingen. Als spelers binnen dit veld worden zorgverzekeraars, belangenverenigingen, vakbonden, koepelorganisaties en overheid genoemd. Zij geeft aan dat het niet eenvoudig is om binnen de thuiszorgsector op een hoger niveau marketing te bedrijven, omdat thuiszorg niet meer los van de andere vormen van zorg is te zien. Sinds de invoering van de AWBZ-functies hebben de thuiszorginstellingen immers niet meer het alleenrecht op het leveren van thuiszorg. Dit idee wordt nog eens versterkt door de recente fusie tussen Arcares en Z-org.



Figuur 4.2 Niveau's in marketing

De heer van Leeuwen ziet in principe niet zo heel veel in de term macromarketing “Ik heb niet zo heel veel met de definitie macromarketing. Mensen bedenken die term en verzinnen

vervolgens wat het moet betekenen. Ik kan me er echter wel iets bij voorstellen. Wat ik normaal gesproken onder macroniveau zou verstaan is de omgevingsanalyse, met de wettelijke en demografische ontwikkelingen die van toepassing zijn op de branche en de organisatie”. De definitie van macromarketing zou dan de volgende zijn:

“Alle ontwikkelingen in de organisatieomgeving die direct of indirecte invloed hebben op het marketingbeleid en/of marketingresultaten. Dus alles wat invloed heeft op het marketingbeleid en marketingresultaten op meso- en microniveau”. Hiermee wordt macromarketing gedefinieerd als een factor die marketing op een lager niveau in meer of mindere mate nodig maakt. Naast de overheid rekent hij hier ook andere ontwikkelingen in de maatschappij toe die invloed hebben op de organisaties: *“Normaal is dat een omgevingsanalyse, de MEDSTEP, zeg maar. Die kan op een hele branche van toepassing zijn of op de individuele organisaties”.* Op mesoniveau kunnen de brancheorganisaties een rol spelen bij de marketinginspanningen van organisaties, dit komt momenteel echter niet echt van de grond. Dhr van Leeuwen beschrijft dat er al eens gesprekken zijn geweest met Z-org om tot een marketingplatform te komen, maar dat deze gestrand zijn. *“De branche krijgt dat nooit goed van de grond, ze praten teveel. Dat is de makke van brancheorganisaties, het is een noodzakelijk kwaad voor de leden maar echt toegevoegde waarde hebben ze niet”.* Uit deze woorden kan men concluderen dat dhr. Van Leeuwen van mening is dat branches een grotere rol zouden kunnen spelen bij het marketingbeleid dan ze nu doen.

Op microniveau staat de organisatie centraal. Deze moet de strategie van de organisatie bepalen en vervolgens invulling aan dat beleid geven. *“Het aantal cliënten zal afnemen, organisaties moeten hier op in spelen door een strategisch beleid te kiezen”.* Zo kan men ervoor kiezen om het product HVZ als een kostleider op de markt te zetten. *“Als je HVZ als kostenleider op de markt wilt zetten, moet je dat dan onder dezelfde naam doen? Dat moet je dus niet doen. Albert Heijn kwaliteit, Aldi minder, als AH morgen gaat doen wat Aldi doet, levert AH dan nog steeds kwaliteit?”* Hierbij is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen de verschillende groepen van klanten. *“De particuliere klant en de PGB klant maken op geheel andere manier een keuze voor zorg als de traditionele AWBZ-klant”.* Dit onderscheid in particuliere en AWBZ-natura klant komt vaker terug in deze thesis. De keuze die de organisatie maakt, wordt mede bepaald door de ontwikkelingen op meso en macroniveau. *“Het mesoniveau is de basis van de strategische keuze”.* Het hele systeem wordt dus gekenmerkt door wisselwerkingen. De organisaties zijn voor hun strategie afhankelijk van de branche. De branche en de organisaties zijn weer afhankelijk van de overheid en andere ontwikkelingen op macroniveau.

Over de thuiszorg als sector zegt dhr. van Leeuwen het volgende: *“Thuiszorgorganisaties zijn er. Of ze nou meer diensten aanbieden of niet, ze zijn er! De verwachting is dat de*

thuiszorgorganisaties in de traditionele vorm in de toekomst niet meer bestaan, maar dat zal nog enige tijd in beslag nemen”.

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk zal het begrip marketing worden geïntroduceerd op een niveau tussen de organisatie en de macro-omgeving in. De brancheorganisaties spelen hierbij een belangrijke rol, zij vertegenwoordigen een deel van de thuiszorgorganisaties.

4.2 Mesoniveau

De twee grootste brancheorganisaties, Z-org en BTN, hebben een ondersteunende rol bij het vormen van het beleid van hun lidorganisaties, dit geldt ook voor het marketingbeleid. In deze paragraaf wordt eerst uiteengezet hoe zij beide omgaan met het begrip marketing. Hierbij wordt de indeling aan de hand van twee modellen aangehouden, zoals deze eerder is beschreven in paragraaf 2.6.1 en 2.6.2. Vervolgens geven de thuiszorgorganisaties hun visie op de rol van de brancheorganisaties. Tijdens de gesprekken is een nieuw initiatief op marketinggebied naar voren gekomen (Zuster Anne), dat in een aparte paragraaf (4.2.2) behandeld wordt. Tevens wordt in deze paragraaf de visie van de thuiszorgorganisaties op de activiteiten van de brancheorganisaties gegeven.

4.2.1 Marketing volgens de brancheorganisaties

Als het gaat om marketing hebben de brancheorganisaties ieder hun eigen visie. Logischerwijs is het zo, dat de instellingen die aangesloten zijn bij BTN van oorsprong organisaties zijn die meer ervaring hebben met het voeren van een marketingbeleid, zij moesten immers altijd opboksen tegen de oud-regulieren. *“Omdat onze lidorganisaties vaak vanuit een particulier initiatief zijn ontwikkeld en voorheen geen AWBZ-erkenning hadden, moesten zij zich dus op de particuliere cliënt richten. Dat is een heel andere denkwijze, deze cliënt is heel kritisch. Hij maakt een prijsvergelijking, maar ook een inhoudelijke vergelijking en die gaat combinaties maken. Hij is bewuster bezig met het inkopen van zorg” (P1).* Uit dit citaat komt een constatering naar voren die eerder al door dhr. Kasdorp werd gedaan. De overheid heeft er lange tijd voor gezorgd dat bepaalde instellingen een monopolie hadden op het leveren van thuiszorg. Ondanks de nadruk op eigen ondernemerschap van de organisaties, ondersteunt BTN hun leden wel bij het voeren van een goed beleid: *“Wij willen zonder het ondernemerschap van de individuele ondernemer af te pakken, zo maximaal mogelijk randvoorwaarden creëren. Onderdeel daarvan is administratieve lastenverlichting. Maar ook mensen laten denken in scenario's. Als er dit gebeurt dan ga je die kant op, maar stel dat morgen dat gebeurt wat doe je dan? Daar zijn onze leden veel sterker in dan bij Z-org” (P1).* De belangrijkste taak van de brancheorganisaties ziet respondent P1 weggelegd in netwerkmarketing. Hiermee wordt bedoeld op het overleggen en onderhandelen met VWS en andere branches, op macroniveau. Door deze netwerkmarketing van de branches, wordt op macroniveau het beleid beïnvloed (beschreven door dhr. Kasdorp in paragraaf 4.1). Hiermee is de koppeling gemaakt tussen macro- en mesomarketing. Waar op mesoniveau alleen de lidorganisaties bij hun brancheorganisatie vertegenwoordigd zijn, komen deze op macroniveau allemaal bijeen.

Z-org ziet het ondersteunen bij het marketingbeleid meer dan BTN als een activiteit van de organisatie, maar zoekt hiervoor nog een goede invulling. Het is moeilijk om alle leden te ondersteunen, omdat er leden zijn met overlappende verzorgingsgebieden. *“We hebben meer dan 100 leden, die zijn allemaal autonoom. Met een eigen communicatie- en marketingbeleid, een eigen merk. Wat kun je daar dan nog over heen leggen?” (Q1).* Dit citaat geeft een belangrijk probleem weer binnen het opzetten van een overkoepelend marketingbeleid. Spreekt men wel altijd namens alle leden? Wellicht kan een deel van de leden zich niet vinden in het algemene beeld dat wordt neergezet over de thuiszorg. Z-org heeft in het verleden (2002-2003), toen de brancheorganisatie nog LVT heette, wel geprobeerd om het imago van de thuiszorg als sector te verbeteren. Dit heeft men gedaan door een campagne, met spotjes op tv (met 'tante' Loes Luca en Theo van de thuiszorg), posters in ABRI's en advertenties in tijdschriften (www.thuiszorg.nl). Deze

campagne heeft echter maar een jaar gedraaid. *“Omdat we toen in de bezuinigingstijd terecht kwamen. Toen was het geld op en dan kan je natuurlijk ook niet op tv gaan zitten. Nou, daar zijn we mee gestopt ... maar goed, het is profilering van de branche”* (Q1). Meer informatie over deze campagne wordt gegeven in paragraaf 4.2.2: Promotie.

Momenteel is Z-org op een andere, minder massale, manier bezig met marketing. Zij probeert de leden zo goed mogelijk te ondersteunen bij het zelf ontwikkelen van een marketingbeleid. Zij wil hierbij *“Nooit de rol overnemen van een marketingadviesbureau, maar we proberen de leden daarin wel te faciliteren door het geven van een shortlist van marketingadviesbureaus. En we gaan kijken of we een masterclass zorgmarketing kunnen gaan opzetten. We zijn ook bezig met de oprichting van een marketingplatform”* (Q1). In dit marketingplatform zouden marketingmensen uit het veld bijeen kunnen komen. Probleem bij het opzetten van dit platform is dat concurrerende leden met aangrenzende of zelfs overlappende verzorgingsgebieden, niet snel over met elkaar over strategie zullen spreken. Hiermee is gelijk de zwakke plek van marketing op een hoger niveau bloot gelegd: wat is de toegevoegde waarde van overkoepelende marketing als iedere organisatie een eigen route wil uit stippelen? Echter, voor de organisaties die onwetend zijn over het opzetten van een marketingbeleid, zou het goed kunnen zijn te leren van anderen (wellicht elders in het land). Een meer commerciële ingestelde organisatie als BTN gelooft meer in het individuele ondernemerschap van de organisaties.

4.2.2 Marketingmix in de branche

Binnen de brancheorganisaties leven uitgesproken ideeën over de invulling van de marketingmix door de lidorganisaties.

♦ Product

Uit de gesprekken met beide brancheorganisaties kwam naar voren dat de meeste thuiszorginstellingen zich beperken tot de binnen de AWBZ vastgelegde functies. Wel wordt aangegeven dat een breder assortiment tot de mogelijkheden behoort. Dit zou een sterkere positie binnen de markt kunnen opleveren. Vanuit de brancheorganisaties wordt daar verder echter niet veel aan gedaan. Op het gebied van kwaliteitsbeleid voor de producten hebben beide organisaties de stap gezet om een keurmerk te ontwikkelen voor hun leden. De respondent van Z-org vertelt: *“Wij hebben geprobeerd een keurmerk te ontwikkelen, maar dat is nooit zo goed uit de verf gekomen vind ik zelf. Vanuit het marketingdenken hebben we in 2003 een discussie gevoerd met de leden over het keurmerk. Waar we tegen aanliepen is de spanning tussen de regionale profilering en het overkoepelende merk”* (Q1). Uiteindelijk is keurmerk er toch gekomen: ieder lid van Z-org moet aan bepaalde kwalificaties voldoen. Ook BTN heeft een meer gestandaardiseerd kwaliteitskeurmerk ontwikkeld. Binnen BTN is een uniforme kwaliteitsnorm ontwikkeld, die na het doorlopen van het certificeringproces, leidt tot het keurmerk. De normen ISO 9001: 2000 en HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) zijn in opdracht van BTN aangevuld tot een uniek geheel. BTN heeft daar concepten over vraaggestuurde zorg en het continu verbeteren van de zorgverlening aan toegevoegd. Die concepten hebben geresulteerd in een “gedragscode” en een management controlesysteem. Een aantal leden van BTN hebben inmiddels al het keurmerk op zak, alle andere leden worden geacht binnen twee jaar het certificeringtraject doorlopen te hebben (www.branchebelang-thuiszorg.nl)

♦ Prijs

Binnen het beleid over de prijs bestaat een onderverdeling van cliënten: het ene segment bestaat uit de natura-cliënt, de andere uit de particuliere of PGB-cliënt. De natura-cliënt betaalt een vastgestelde maandelijkse bijdrage aan het CAK (Centraal Administratie Kantoor) en deze verrekent vervolgens de prijs die de thuiszorgorganisaties vragen. Nu zijn deze tarieven per functie ook nog eens vastgelegd door het CTG *“De prijs: het zijn tarieven door de overheid vastgesteld”* (Q1). Zoals al eerder aan de orde werd gesteld door dhr. Kasdorp, zijn financiële incentives een middel van de overheid om de vraag naar thuiszorg te reguleren. Hier heeft de brancheorganisatie tot taak zo goed mogelijke randvoorwaarden te scheppen over deze prijs en hierover te onderhandelen met de overheid: *“Van de invoering en verhoging van de eigen bijdrage hebben we natuurlijk wat gezegd, daar waren we het niet mee eens”* (Q1). De particuliere- en PGB-prijs is een manier om je te profileren binnen de markt door een scherpere prijs/kwaliteit verhouding aan te bieden dan de concurrent. *“En de particuliere prijs wordt vastgesteld op basis met onderhandeling met de klant. Dus je kunt niet zeggen dat de prijzen van onze leden per definitie hoger zijn... sterker nog, ik denk dat de BTN-leden over het algemeen een lagere prijs hanteren dan oud-regulieren”* (P1). Reden hiervan is, dat een nieuwe speler op de particuliere en PGB-markt geen groot marktaandeel zal krijgen, als hij hogere prijzen rekent dan de oud-regulieren, die vaak een grotere naamsbekendheid hebben. *“De particuliere cliënt is heel kritisch en maakt zeker een prijsvergelijking”* (P1).

♦ Promotie

Promotie wordt door de brancheverenigingen voor het grootste gedeelte gezien als een zaak van de organisaties zelf. Zeker respondent P1 is van mening dat je dat deel van het ondernemen niet bij de organisaties weg moet halen. Wat BTN wel doet is een andere vorm van het promoten van de organisatie en haar leden: *“Dat is het feit dat wij natuurlijk vertegenwoordigers zijn van onze leden. Wij zijn vertegenwoordigers bij VWS, ZN en de vakbonden. Ik spreek regelmatig op congressen namens BTN en je wordt ook uitgenodigd voor allerlei rondetafel bijeenkomsten.”* (P1) Op deze manier probeert BTN hun leden, maar ook de thuiszorgbranche een goed imago te bezorgen. Ook Z-org is bezig met het imago van de branche. *“Op thema’s proberen we in de PR-sfeer met free publicity aan het publiek duidelijk te maken wat er aan ontwikkelingen plaatsvindt”* (Q1). Ook is de toenmalige LVT bezig geweest met het verbeteren van het imago van de branche, door middel van de massamediale campagne waar in paragraaf 4.2.1 al over werd gesproken. Ook hier komt weer het probleem om de hoek kijken, dat het erg moeilijk is om als branche te spreken voor al je leden. *“Bijvoorbeeld in het 2^o spotje van de campagne speelde Theo van de thuiszorg en die gedroeg zich op een bepaalde manier. Stel nou dat jij de volgende dag bij een klant komt en je ben onaardig, je helpt hem of haar niet goed, of je bent niet aardig. Dan kan deze cliënt zeggen: in dat spotje doet u dat wel, even heel simpel gesteld”* (Q1). Conclusie: de brancheorganisaties willen zorgen voor een goed imago van hun leden. Verder laten zij de promotie over aan de individuele organisaties.

♦ Plaats

Over de plaats van de levering van thuiszorg is men eenduidig: *“En de plaats, dat is natuurlijk thuis”* (Q1). Het is aan de leden om te bepalen op welke manier er beleid plaats vindt om de afname van het product laagdrempelig te maken en om het product te distribueren.

♦ Personeel

Een belangrijke functie van de branches is vertegenwoordiger te zijn van de leden bij de CAO-onderhandelingen met bonden en VWS. *“Een van de kerntaken van onze brancheorganisatie is het afsluiten van de CAO voor de sector thuiszorg, we zijn dus werkgeversorganisatie”* (Q1). Binnen de CAO zijn arbeidsvoorwaarden zoals salaris geregeld. Door hiervan een goed raamwerk te maken, kunnen de brancheorganisaties er dus voor zorgen dat het voor de leden makkelijker is om personeel te werven en goede arbeidsvoorwaarden te creëren. *“Maar onze leden zijn zelf verantwoordelijk voor het personeel, ik kan daar niks mee”* (Q1).

4.2.3 Vijfkrachtenanalyse in de branche

Binnen het model van Porter zijn de brancheorganisaties het er over eens, dat de nadruk bij het maken van marketingbeleid zou moeten liggen bij verwijzers. *“Daar zit je crux. Die zijn het belangrijkste, je moet ervoor zorgen dat je hier bekend bent”* (P1). Wat door respondent P1 als een obstakel wordt gezien, is dat de oud-regulieren vaak een vinger in de pap hebben bij deze verwijzers. *“In de ziekenhuizen zijn dit de transferverpleegkundigen, maar ook bij het CIZ werken ook vaak mensen die bij thuiszorginstellingen vandaan komen, dus dat is heel persoonlijk bepaald. En dan kun je nog zo’n mooi beleid hebben, maar zodra er iemand is die constant doorverwijst naar een bepaalde partij, dan heb je toch een probleem”* (P1). Respondent Q1 erkent dat deze constructies voorkomen. Omdat de leden van Z-org veelal degenen zijn die zo’n nauw contact hebben met de huisarts of de transfer in het ziekenhuis, zien zij dit eerder als een kans dan als een bedreiging. *“We zitten ook in gezondheidszorgcentra met fysiotherapie en huisarts. De huisarts als verwijzer hebben we nodig. Als er iemand komt die naar een thuiszorgorganisatie moet is het wel leuk als hij een van onze leden kiest. Maar dat doen de organisatie zelf ook. Die hebben als doelgroep van het beleid huisartsen: als er iemand thuiszorg nodig heeft, stuur ze dan naar mij”* (Q1). Hier zit ook een knelpunt in het beleid van de overheid: *“Eigenlijk wil je ketenzorg leveren, zodat de cliënt altijd snel geholpen wordt. Als je dan allemaal schotjes op gaat werpen, dan wordt het wel lastig. Ons doel is dan ook, om schotten weg te halen”* (Q1). Deze intentie tot ketenzorg kan betekenen dat er samen moet worden gewerkt met concurrenten of substituten.

Zo gaat Z-org samenwerken met Arcares om beter overleg te bewerkstelligen tussen intramuraal en extramuraal. *“We gaan een nieuwe brancheorganisatie oprichten, eigenlijk gaan we fuseren.”* (Q1). De instellingen die als substituut van thuiszorg zouden kunnen worden gezien, worden eerder gezien als aanvulling dan als potentiële concurrent. Als voorbeeld worden de ziekenhuizen genoemd. *“Dat is geen concurrentie, want wij nemen nooit ziekenhuiszorg over. Er is sowieso samenwerking met alle andere branches, er wordt bijvoorbeeld veel samengewerkt en gefuseerd met de gehandicaptensector en ook met ziekenhuizen en mantelzorg blijven we gewoon samenwerken (...) wij zijn er in aanvulling op mantelzorg”* (Q1). Respondent P1 geeft aan dat ook de leden van BTN nieuwe doelgroepen proberen te bereiken: *“Onze leden zijn wel bezig met aanpalende markten? Bijvoorbeeld GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) is een belangrijke markt nu. Hoe kunnen we de GGZ-markt gaan bedienen?”* (P1). Als reden voor de geringe concurrentie met mantelzorg noemt respondent Q1 de volgende: *“Er komen steeds meer zorgvragers, mede door de vergrijzing. Dat kunnen we helemaal niet meer aan met de georganiseerde zorg”* (Q1). Vanuit BTN worden substituten meer als concurrenten gezien, maar respondent P1 ziet geen directe bedreiging. *“Substituten houdt je altijd, maar de dreiging wordt steeds minder. Mantelzorg is wel een hele belangrijk substituut., de insteek is om toch steeds korter in ziekenhuis en verpleeghuis te zijn. Ook het bejaardenhuis komt pas op steeds latere leeftijd aan de orde. Nieuwe*

toetreders, daar is een beetje de groei uit. Je ziet wel dat huidige aanbieders zich wat anders gaan positioneren. Bijvoorbeeld iemand die intramuraal deed nu ook extramuraal gaat” (P1). Uit deze citaten kan de conclusie worden getrokken, dat er over het algemeen veel wordt samengewerkt met substituten en dat concurrentie niet zo fel is. Sommige spelers in het veld van de thuiszorgsector vervullen meerdere rollen. Zo is het ziekenhuis dus een verwijzer, maar wordt het ook genoemd als substituut van thuiszorg.

Een andere belangrijke speler in het model van Porter zijn de afnemers. Hier wordt dan gesproken over de cliënten, hoewel het mogelijk zou kunnen zijn dat bijvoorbeeld het Zorgkantoor als afnemer wordt beschouwd. De cliënt wordt door beide brancheorganisaties de belangrijkste partij voor de organisaties genoemd. Het is echter niet eenvoudig om zich direct op hen te richten, vanwege de verwijzers die een extra schakel in de keten vormen. Echter, de rol van de brancheorganisatie is dan toch vooral om de thuiszorg een goed imago te geven, vooral richting cliënt. *“Als ik dus naar marketing van de sector zou kijken, vanuit de brancheorganisatie, dan richt die zich op afnemers. Dat gaat dan vooral via de massamedia, de spotjes met Loes Luca richtte zich op afnemers ” (Q1).*

4.2.4 Zuster Anne®

Zuster Anne is een nieuw initiatief in de thuiszorgsector. Zuster Anne is het eerste landelijke consumentenmerk in de thuiszorgsector. In 2006 wordt het toegevoegd aan een alliantie en partnerprogramma van hoogwaardige, zelfstandige thuis- en kraamzorg-instellingen. Doel is verder het marktaandeel van de aangesloten thuiszorgpartners te vergroten, de dienstverlening te verbreden en uiteindelijk samen een acceleratie in marktwerking te realiseren. De thuiszorg in Nederland moet toegankelijker en innovatiever worden (www.zusteranne.nl). De brancheorganisaties zijn op de hoogte van de activiteiten van Zuster Anne, maar zien geen bedreiging in de oprichting van deze stichting. *“Zuster Anne is natuurlijk het eerste marketinginitiatief op macroniveau, die landelijke dekking wil nastreven dus dat is nieuw. Of het van de grond gaat komen is afhankelijk van hoeveel mensen er meegaan. De lancering is ook uitgesteld, al een paar keer. Ik moet zeggen dat ik er niet onwelwillend tegenover sta, en ik zal het volgen. Ja het is marktwerking, en ik sta altijd open voor marktwerking. Dus als blijkt dat dit aanslaat dan ja.... Er zit in ieder geval een bepaalde gedachte achter” (P1). Ook Z-org is bekend met het fenomeen: *“Wat je nu ziet is Zuster Anne, dat is ook vrij actiematig, ze hebben een centraal telefoonnummer. Maar daar zit wel achter dat ze iets hebben gezocht waardoor mensen een snelle ingang hebben (Q1).**

4.2.4 Visie thuiszorgorganisaties

De verschillende geselecteerde thuiszorgorganisaties zijn ofwel lid van van BTN of Z-org, ofwel van Arcares. De meningen over hun beleid lopen niet ver uiteen, over het algemeen voelen de thuiszorgorganisaties zich ondersteund in hun bedrijfsvoering. Organisatie B en F zijn lid van Arcares, de intramurale brancheorganisatie. Zij ondervinden hierdoor moeilijkheden om ondersteuning te krijgen, als het gaat om thuiszorgactiviteiten. *“Dat is een handicap; we hebben moeite om aan de goede informatie te komen, als je Arcares belt weten ze van niks, Z-org zegt: u bent geen lid, dus we vertellen u niks” (F1). Deze respondent is daarom erg blij met de aankomende fusie tussen Z-org en Arcares. *“Met die samenwerking ben ik heel blij, dat is een mooi vooruitzicht” (F1). Een ander bijkomend probleem voor de intramuraal is dat zij onder een andere CAO vallen dan de thuiszorgorganisaties. *“De CAO staat ook niet zo heel erg goed aangeschreven. En dat is met name in de thuiszorg een probleem omdat de CAO thuiszorg vele***

malen beter is dan de CAO V&V. Maar mijn medewerkers vallen onder de CAO V&V” (B2). De leden van Z-org, organisaties A en C, zijn erg te spreken over de inspanningen van de branche om te ondersteunen bij het bepalen van een marketingbeleid. Zo roemt respondent A1 de eerder genoemde marketinginspanningen die de toenmalige LVT op marketinggebied deed. “Elke week stond er negatief nieuws over de thuiszorg in de Telegraaf. Wij merkten dat we moeilijker personeel konden krijgen, mensen kozen niet meer voor de thuiszorg. Er ontstond negatieve beeldvorming. De toenmalige directeur van de LVT is heel knap geweest in het weer opnieuw op de kaart zetten van de Nederlandse thuiszorg” (A1). Ook voelt deze respondent zich ondersteund door de brancheorganisatie: “Z-org ondersteunt ons met heel directe vragen met een heel directe informatie mailing” (A1). Ook organisatie C heeft baat bij het lidmaatschap van Z-org, al heeft respondent C2 nog niet veel gemerkt van de inspanningen op het gebied van marketing: “Wat we vooral merken is het alert communiceren van ontwikkelingen, bijvoorbeeld betreffende aanbesteding. Op marketinggebied doen zij niet veel” (C2).

Tot slot zijn twee van de onderzochte organisaties lid van BTN. Hoewel zij, zoals respondent P1 eerder verklaarde, meer op eigen benen staan voelen zij zich toch ondersteund door de brancheorganisatie. *“We krijgen informatie van BTN over de ontwikkelingen betreffende de WMO. We worden daarin ondersteund en hebben regelmatig bijeenkomsten waarin je je plan van aanpak kan gaan maken, dat is heel praktisch. Ook als er dingen veranderen in de AWBZ die voor ons consequenties hebben, houden ze ons op de hoogte” (D1)* Maar ook veranderingen in de markt komen via de brancheorganisatie tot de leden: *“Ook geven zij aan dat er bijvoorbeeld nieuwe aanbieders zijn” (D1).* Respondent E1 beaamt dit: *“Ik krijg vrij regelmatig informatie van ze toegestuurd en ten aanzien van de WMO zijn bijeenkomsten gepland, over de aanbesteding bij gemeente en dergelijke” (E1).* Concluderend kan worden gesteld dat de rol van de brancheorganisaties (op het gebied van marketing) voor de leden een ondersteunende is.

4.3 Microniveau

Thuiszorgorganisaties in de onderzochte regio zijn wel degelijk bezig met het opzetten van een marketingbeleid, of hebben dat al gedaan. In dit onderzoek is slechts een uitzondering naar voren gekomen. Het betreft organisatie E, een kleinschalige instelling die graag klein wil blijven en klanten aantrekt via mond-tot-mond reclame. Echter, er zijn grote verschillen in de mate van formalisatie waarmee het marketingbeleid is vastgelegd. Een deel van de organisaties heeft bijvoorbeeld geen strategisch beleid waar het marketingbeleid vanuit kan gaan, anderen hebben dit wel. Ook heeft een aantal organisaties een marketingbureau ingehuurd om advies in te winnen, zoals organisatie B: *“Dus daar heeft een ontwerpbureau zich mee bezig gehouden. Die hebben het logo ontwikkeld en de kleuren erbij natuurlijk” (B2).* Ook organisatie A heeft hulp van buitenaf ingeroepen: *“We zijn net begonnen met een adviesbureau, die ons gaat helpen om een marketingbeleid op te zetten. We hebben net de eerste presentatie gehad over hoe zij dat willen gaan doen. Er komt een SWOT analyse, een PEST, enzovoort” (A1).* Andere organisaties doen wat hen zelf het beste lijkt: *“We zijn afgelopen najaar gestart met het maken van een marketingplan, ik samen met mijn collega-manager” (D1).*

Hieronder wordt aan de hand van de eerder beschreven modellen een omschrijving gegeven van het gevoerde marketingbeleid van de organisaties. Omdat ziekenhuizen een dusdanig speciale positie innemen in het speelveld van thuiszorgaanbieders, wordt hun visie in een aparte paragraaf behandeld. Voor deze constructie is tevens gekozen vanwege de afwijkingen

in opzet van de resultaten van de interviews. Er waren slechts twee van de benaderde organisaties niet bereid om mee te werken aan het onderzoek; het betreft een zorgorganisatie voor intra- en extramurale zorg en een ziekenhuis.

4.3.1 Vijfkrachtenanalyse

Verwijzers en cliënten zijn de belangrijkste doelgroepen van het (marketing)beleid van organisaties. Zoals al aangegeven in paragraaf 4.2 is de grens tussen substituu, concurrent en partner (of verwijzer) erg vaag in deze casuïstiek. Waar eerst een samenwerkingsverband was, kan dit worden opgeschort en wordt men ineens concurrent van elkaar.

♦ Verwijzers

Over het algemeen ligt de marketingfocus, voornamelijk voor AWBZ-cliënten, bij de verwijzers. Deze groep cliënten hebben een indicatie van het CIZ en een toewijzing van het Zorgkantoor nodig om de zorg vergoed te krijgen. Een goede band opbouwen met deze instellingen, huisartsen en ziekenhuis is van essentieel belang om voldoende cliënten toegespeeld te krijgen. Dit is voor de reguliere thuiszorginstellingen makkelijker dan voor de nieuwe thuiszorgorganisaties en intramurale aanbieders, omdat zij nog geen positie in het netwerk van zorgaanbieders in de regio verworven hebben. Zo is organisatie F al wel bezig met een beleid gericht op de huisarts en ziekenhuis, maar loopt tegen een aantal obstakels aan. *“Het gaat om een stukje imago, maar dat duurt even, dat is geduld hebben. We hebben er al wel wat aan gedaan, bijvoorbeeld brochures verspreid, maar ik denk dat die bij huisartsen in het ronde archief verdwijnen”* (F1). Ook de andere intramurale instelling heeft moeite om voet aan de grond te krijgen: *“Je moet bij de verwijzers zijn, want die hebben in principe een onafhankelijke positie, maar zij kunnen wel zeggen; als ik u was, dan zou ik naar instelling X gaan. Het lastige is alleen, dat zij in deze regio heel lastig te benaderen zijn”* (B1). Vanuit de nieuwe organisaties op de thuiszorgmarkt komen geluiden dat de verwijzers lastig te benaderen zijn. In het bijzonder de transferverpleegkundigen in het ziekenhuis zijn niet altijd objectief, want vaak in dienst van een oud-reguliere thuiszorgorganisatie *“Waar wij last van hebben is dat dit mensen in dienst zijn van een organisatie en dan geldt: wiens brood men eet, diens taal men spreekt”* (D1). Dit is afhankelijk van de onderlinge relatie tussen thuiszorgorganisatie en ziekenhuis. Zo is organisatie E volop aanwezig in het ziekenhuis in de regio, terwijl zij toch een nieuwe aanbieder is. *“Met de ziekenhuizen hebben wij ook transferafspraken mee. In het ziekenhuis verderop zitten we dan weer niet in de transferafspraken, maar daar hebben we regelmatig contact mee en daar liggen onze folders”* (E). Bij andere (oud-reguliere) instellingen klinkt een veel positiever beeld door van de verwijzers, zij hebben vaak een goed contact met hen. Zij geven aan dat het belangrijk is om een goed netwerk op te bouwen met huisartsen en andere verwijzers, een goed imago te krijgen bij hen en contact te houden. *“Wij participeren overal in de zorgketten, ook krijg je te maken met het CIZ: men moet een indicatie voor de zorg hebben. Daar vraagt men altijd naar welke organisatie de aanvraag toe moet. Heel veel mensen kennen organisatie A en kiezen voor ons. En we hebben een goede relatie met de huisartsen, met de ziekenhuizen zijn we aan het opbouwen via die transferpunten”* (A1). Bijkomend voordeel voor deze organisatie is, dat zij de A-status hebben gekregen van het Zorgkantoor, dat wil zeggen dat cliënten die bij het CIZ geen voorkeur aangegeven, als eerste worden opgegeven bij deze instelling. Ook de moederorganisatie van instelling G, een oud-reguliere instelling, voert een beleid dat erop gericht is om de verwijzers zoveel mogelijk dicht naar de organisatie toe te halen. *“Het belangrijkste is dat de verwijzers ons kennen en dat we persoonlijk contact hebben, dat een van onze medewerkers direct contact heeft*

met de verwijzer. Neem bijvoorbeeld de huisarts, huisartsengroep en de praktijkassistenten; zij moeten de wijkverpleegkundige kennen. Dat is dan vaak het beste aanspreekpunt, is er dan ergens een geval waar zorg geregeld moet worden, hoeven ze haar maar te bellen” (G1).

♦ Afnemers

Onder afnemers worden door de organisaties de directe cliënten beschouwd die de zorg ontvangen. Organisaties die zich meer richten op particuliere cliënten, zijn actiever bezig met het benaderen van de cliënt zelf. Organisatie D geeft aan, zich in de toekomst meer op de groep particuliere en PGB-clieënten te gaan richten: *“We merken dat er steeds minder geïndiceerd wordt, dus je zal wel moeten. Wij merken ook dat wij daar door onze achtergrond wat makkelijker op in springen. Mensen die een PGB hebben, die bellen ons vaak op, en dan zeggen ze: bij die andere organisatie deden ze zo moeilijk, daar kon het niet” (D1).* Ook de intramurale instellingen, die voorheen nooit thuiszorg leverden zijn actief met het werven van nieuwe cliënten en het zorgen voor naamsbekendheid. *“In 2005 in juni hebben we een uitgebreide PR-campagne gehad en hebben we gezegd: u kunt bij ons terecht voor thuiszorg ” (F1).* Bij organisatie B speelde nog eens extra, dat zij gestart is met thuiszorg en tegelijkertijd een nieuwe naam heeft gekregen, waarmee zij het hele zorgconcept op de markt wil gaan zetten. Hierbij merkt respondent B1 het volgende op: *“De gemiddelde cliënt denkt bij thuiszorg niet aan een specifieke organisatie, de thuiszorg is een algemeenheid, men denkt dat het een initiatief van de overheid is” (B1).* Organisatie B probeert dit te veranderen: *“Wij richten ons primair op de afnemers, dus op de huidige en potentiële cliënten. Als het gaat om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk cliënten voor mij gaan kiezen, dan moet je enerzijds je potentiële cliënten zelf benaderen en er tegelijkertijd voor zorgen dat je naamsbekendheid krijgt” (B1).* Het beleid van deze organisatie is erop gericht om naamsbekendheid te verkrijgen, van daaruit kan dan verder worden gewerkt. Zij geeft wel aan dat er ook naar de afnemers gekeken zou moeten worden, maar dat dit vanuit de intramurale positie ingewikkeld is. Uitschieter op dit gebied is organisatie G, een volledig particuliere afdeling, waar het marketingbeleid volledig op de afnemers, de cliënten is gericht. Zij besteedt zelf geen aandacht aan verwijzers.

♦ Segmentering

De meeste organisaties hebben een onderverdeling in hun beleid gemaakt voor specifieke segmenten, Organisatie A en E doen dit niet. Organisatie B heeft wel degelijk een doelgroepenbeleid: *“Je hebt de bulk van reguliere klanten die geïndiceerd wordt en daar zorg in nature voor afneemt. Je hebt mensen die met een PGB aan de slag gaan, die vragen natuurlijk wel een andere benadering. Maar we zijn ook andere subdoelgroepen aan het definiëren, zoals bijvoorbeeld allochtonenzorg” (B1).* Ook organisatie D hanteert deze groepen, en heeft er nog aan toegevoegd. *“De gehandicapten, daar gaan we ons ook meer op richten en ook op GGZ-klanten. In het bijzonder daar gaan we iets doen voor de beslissers, dus de groep 55+. We gaan een brochure maken met als aansprektitel: zoekt u zorg voor uw vader/moeder/tante?” (D1).* Ook respondent A1 noemt de kinderen van de huidige generatie hulpbehoevende als belangrijke doelgroep: *“Want gaat, mooi nieuw woord, gaat ons vader of moeder niet pantoffelen? Dus, rondzwerven 's nachts. Die maakten zich zorgen en zouden liever zien dat hun ouders naar een verzorgingshuis gaan, terwijl zij per se niet willen” (A1).* Respondent F1 geeft aan dat ook nieuwe doelgroepen worden benaderd: *“In eerste instantie hebben wij deskundigheid op het gebied van ouderen. Dat is eigenlijk wel onze hoofddoelgroep, maar we richten ons ook op chronische zieken of verstandelijk gehandicapten. Voor de laatstgenoemde hebben we ook een apart team, in*

samenwerking met een instelling voor verstandelijke gehandicapten” (F1). Organisaties C heeft vergelijkbare doelgroepen als eerdergenoemde organisaties, maar deelt cliënten ook in op andere kenmerken. “Dat doen we door die doelgroepen in blokken te verdelen. En dan kijken we naar wijken, leeftijd, gezinssamenstelling en SES (Sociaal Economische Status). Als je constateert dat in een bepaalde wijk er heel veel onveiligheid is, zou alarmering daar een fantastisch product zijn” (C1). Uit deze citaten kan de conclusie worden getrokken dat de meeste thuiszorginstellingen hebben nagedacht over verschillende doelgroepen en hoe deze moeten worden opgedeeld in segmenten. De meest voorkomende segmenten zijn natura-clieñten, particuliere cliëñten en allochtonen.

♦ Substituten

Over het algemeen is het beleid bij thuiszorginstellingen, dat er wordt samengewerkt met het grootste deel van de substituten en voor een deel wordt geconcurrerd. Als eerste substituuñ wordt de vrijwillige-of mantelzorg genoemd. Hiermee wordt intensief samengewerkt, zowel door de intramurale instellingen als door de oud-reguliere (*“Er is hier steunpunt mantelzorg, waar we mee samenwerken” (F1).*) en nieuwe thuiszorgorganisaties. (*“Wij werken samen met mantelzorg en informele zorg, daar zitten we ook in overleg mee elke maand” (E1).*) Zoals respondent Q1 al eerder vertelde in paragraaf 4.2 zien thuiszorginstellingen hun werk als een aanvulling op de mantelzorg die er vaak al is.

Als tweede substituuñ voor thuiszorg wordt verpleeghuiszorg genoemd. Veel van de respondenten zijn van mening dat ook hier geen vervanging mogelijk is, mensen zijn of te slecht om thuis te blijven en dan komen ze intramuraal, of ze blijven thuis. Het wordt niet gezien als een bewuste keuze van de mensen. *“Want op een gegeven moment is het gewoon op thuis en moet iemand naar een verzorgingshuis of een verpleeghuis. Ik zie dat absoluut niet als concurrentie. Mensen hebben een keuze daarin of ze naar een verpleeghuis willen of niet. Voor sommige mensen is het gewoon beter ” (E1).* De laatste tijd worden veel fusies aangegaan met de verpleeg- en verzorgingshuizen, om betere ketenzorg te kunnen leveren. *“Als het over substituten gaat, dan zou je kunnen zeggen: we zorgen voor een keten in dit gebied, dus werken we samen met substituten” (A1).* Organisaties C heeft onlangs een intentie tot fusie getekend met een verzorgings- en verpleeghuis, die per 1 juni op bestuurlijk niveau voltooid moet zijn. Ook wordt aangegeven dat vanuit de overheid gestimuleerd wordt om steeds meer extramuraal te gaan. Hier werd eerder al op ingegaan onder de noemer macromarketing (paragraaf 4.1).

♦ Concurrenten

Thuiszorgaanbieders met hetzelfde verzorgingsgebied, worden over het algemeen beschouwd als concurrenten. Aan de andere kant zijn er ook aanvullende afspraken over samenwerking. De intramurale instellingen hebben meer concurrenten, omdat zij meer vormen van zorg leveren. Een mooi voorbeeld van het dynamische speelveld van de organisaties wordt gegeven door respondent A1: *“Organisatie J is een concurrent, maar we hadden een historische verdeling afgesproken, zij doen de verpleging en de instabiele verzorging en bemoeien zich niet met de HVZ. Wij zijn de oude gezinszorginstelling, van vroeger” (A1).* Dit heeft een aantal gevolgen voor de zorgverlening: *“Wij hebben geen verpleging in de wijk en zijn ons gaan specialiseren in die HVZ, ook met de afdeling welzijn , producten als alarmering, maaltijd, clusterdienst en steunpunten. Nu zijn we ons aan het specialiseren in dagverzorging voor mensen met een CVA en mensen die slechtziend of blind zijn” (A1).* Hierbij wordt weer samengewerkt met concurrenten: *“Dat doen we samen met organisatie H, ze zijn concurrenten maar we werken ook*

samen en met J hebben we samen nachtzorg opgezet" (A1). Deze omschrijving geeft een goed voorbeeld van de taakafbakening die dhr. Kasdorp eerder in paragraaf 4.1 beschreef. Deze afspraken tussen organisaties met hetzelfde verzorgingsgebied zijn een manier om op de toegenomen marktwerking in te spelen. Er is echter niet altijd sprake van harmonieuze samenwerking, respondent A1 vervolgt: *"Nu willen zij ook HVZ leveren en dan zie je dat we af en toe rivaliseren met elkaar, maar toch tot nu toe altijd in goede verhouding. Ook organisatie H, C en D zijn concurrent. Dan zijn er nog de verzorging- en verpleeghuizen, als ze gaan extramuraliseren dan zijn ze concurrent. In de nabije regio hebben we het opgelost doordat te gaan fuseren met een verpleeghuis, maar in de andere regio's we hebben ook met F te maken"*(A1). Respondent D ziet, ondanks het voornemen om zich meer op de particuliere markt te gaan richten toch concurrentie in de oud-reguliere organisaties. *"Omdat een mens nog gemakkelijk in het keurslijf van een geïndiceerde wordt gestopt. En op de particuliere markt zijn er de andere, de kleinere organisaties die daar ook wel wat slagvaardig op inspelen. Organisatie E, bijvoorbeeld"* (D1). De ondertoon die constant aanwezig is, is die van afkeer van concurreren. Respondent F verwoordt het als volgt: *"Het is ook niet zo dat er constant haat en rijd is maar je opereert wel in dezelfde markt. Wat voor alle organisaties geldt, als je klanten hebt, kan je je personeel in dienst houden."* Het is moeilijk voor thuiszorgorganisaties om tegelijkertijd te concurreren en goede ketenzorg te leveren.

♦ Nieuwe toetreders

Over nieuwe toetreders wordt over het algemeen hetzelfde gedacht: een nieuwe toetreders is een nieuwe concurrent. Hoewel de intramurale instellingen ook nieuw zijn op de thuiszorgmarkt beschouwen zij zich niet direct als een nieuwe toetreders. *"Wat je ziet, is dat die particuliere markt relatief klein blijft en dat begrijp ik soms niet helemaal. Je ziet toch dat de groep kapitaalkrachtige ouderen in rap tempo toeneemt. Ik denk ook dat de generatie die wel particulier zorg gaat inkopen, er eigenlijk nog aan moet komen"* (B1). Respondent D1 beaamt dit: *"Omdat een mens nog gemakkelijk in het keurslijf van een geïndiceerde wordt gestopt"* (D1). Het is opmerkelijk om te horen, dat de nieuwe toetreders in deze regio eigenlijk geen voet aan de grond krijgen binnen de thuiszorgmarkt.

4.3.2 De marketingmix

Aan de onderdelen van de marketingmix wordt op verschillende manieren invulling gegeven door de thuiszorginstellingen. Op veel punten komt het strategische beleid overeen, vaak omdat de organisaties worden beperkt door wet- en regelgeving.

♦ Prijs

Prijs is binnen de thuiszorg een complexe factor in de marketingmix. De prijs voor AWBZ-gefinancierde zorg is vastgelegd door het CTG (PGBers krijgen 80% van dit bedrag). Thuiszorgaanbieders kunnen natuurlijk wel onder deze prijs gaan zitten, maar hierdoor verandert de subjectieve prijs voor de cliënt niet. Het bedrag dat de cliënt zelf werkelijk betaalt is de eigen bijdrage, deze wordt verrekend via het CAK (bijlage 6). In tegenstelling tot wat respondent P1 vaststelde in paragraaf 4.2, wordt de particuliere prijs niet vastgesteld in overleg met de cliënt. Organisaties proberen hun prijs af te stemmen op die van de concurrent: *"Bij de particuliere zorg kijk je kritisch naar de prijs waarvoor je het product aanbiedt, dan kijken we bijvoorbeeld op internet wat anderen doen. Soms ga je onder die prijs zitten en soms zit je er boven (B1)"*, maar ze kijken toch vooral naar de kostprijs en de hoogte van het PGB. *"Wat betreft de natura-zorg die je levert, worden tarieven afgesproken met het CTG en het zorgkantoor. Daar heb je inderdaad weinig*

marge om een eigen tarief door te berekenen, maar wat natuurlijk momenteel speelt is kostprijsberekening. Het wordt dus steeds belangrijker welk tarief wij daar tegenover stellen" (B1). Organisatie A, E en F hebben een vergelijkbaar prijsbeleid: "Aan PGBers berekenen wij de kostprijs met een kleine marge, we willen er wel iets aan verdienen, maar blijven wel binnen het budget zitten wat de PGBer krijgt" (A1). Organisatie E heeft weliswaar geen particuliere cliënten, maar wel een aantal PGBers. "De PGB-clients trekken we mee in de tarieven, zodat je er iets aan over houdt om dit hier (backoffice) nog te betalen" (E1). Ook organisaties F berekent op deze manier de particuliere prijs, de respondent gaf hier aan wel prijsvergelijkingen te willen maken met de concurrent, maar geen informatie over prijzen te kunnen vinden. Zij werken met een voordeelpas, het is een vorm van abonnement waarbij de houders van deze pas korting krijgen (of het alleenrecht hebben) op de welzijnsproducten. Organisatie A, D en C zijn organisaties die aangeven kostleiders te willen zijn. Organisatie C heeft per product gespecificeerd welke strategie daarvoor gevoerd wordt. "We hebben onze producten ingedeeld in strategie. Bij HVZ, kraamzorg en kinderdagverblijven willen we het kostenleiderschap in gang zetten. Dit zijn de producten met het grootste volume. Hiervoor is wel een cultuuromslag nodig" (C2). Organisatie D voert dit beleid op alle producten. "We gaan scherp zitten, maar geven wel aan wat voor kwaliteit je krijgt. We proberen voor een zo laag mogelijke prijs particuliere zorg te leveren, in de HVZ zijn wij dit jaar weer omlaag gegaan met de prijs"(D). Organisatie A is van plan om in reactie op de WMO een goedkopere en uitgekledede vorm van thuiszorg te gaan leveren. "Ik overweeg om een BV te gaan beginnen, waarin we met heel lage kosten gaan werken om de goedkoopste te zijn, een prijsvechter. Goed en goedkoop. Dit wordt dan een B-label, waarbij mensen er van op aan kunnen dat hun huis wordt bijgehouden, maar verder geen signalering, geen begeleiding, geen andere dingen. Terwijl we ook ons A-label houden met de service die mensen van ons gewend zijn" (A1). Enige uitzondering op het leveren van een goed product tegen een scherpe prijs is organisatie G, zij geven aan dat in principe de prijs van het product niet van belang is voor hun cliënten. "Dat is niet relevant, we verkopen gemak aan mensen, vrije tijd, dus daar hebben we het vooral over, over dat gevoel. Prijs is altijd een van de laatste vragen waar wij het met klanten over hebben, zo van: en o ja, wat kost het eigenlijk?" (G). Organisatie F werkt met een voordeelpas voor de welzijnsproducten. Onder deze welzijnsproducten vallen intramuraal maaltijd gebruiken, maaltijdbezorging, alarmopvolging, wasverzorging, boodschappenservice, partyservice (intramurale ruimte), verenigingen en evenementen (bloemschikken, modeshows). Hiervoor worden per product extra kosten bovenop het maandelijkse abonnementbedrag van 5 euro gerekend. Dit is een manier om, ondanks de vastgelegde tarieven, op prijs te concurreren. Organisatie C heeft overigens een vergelijkbaar systeem, ondergebracht in de oude kruisvereniging.

♦ Product

De meeste organisaties leveren zes van de zeven AWBZ-functies (verblijf ontbreekt), de intramurale instellingen leveren alle zeven. Huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Vaak is er nog een breed scala aan aanvullende producten, om de cliënt nog beter tot dienst te zijn, waarvoor wel geldt: "Maar dat moet de cliënt dan weer particulier betalen, die betaalt al genoeg" (E1). Het assortiment diensten varieert per organisatie, het leveren van producten die niet onder de noemer 'zorg' vallen, wordt hierbij niet geschuwd. Vaak worden deze 'welzijns'producten opgezet in samenwerking met andere organisaties. Zo heeft organisatie A door middel van een samenwerking met intramurale instelling in de regio meer opties om verschillende producten te

leveren. Overkoepelende organisatie I levert zijn diensten aan in drie onderdelen. Als eerste is er de afdeling thuiszorg; naast de standaard functies levert deze tak ook dagverzorging en vervoer van en naar de dagverzorging. Ook is in samenwerking met organisatie H en J avond/weekendhulp, nachtzorg en slaap/waakdiensten opgezet. Ten tweede is er een cluster kinderopvang en tot slot een onderdeel welzijn: hieronder vallen maatschappelijk werk (schuldhulpverlening, algemeen maatschappelijk werk en bureau sociaal raadslieden), sociaal cultureel werk (steunpunten in de wijk) en ouderenwerk (maaltijden, alarmering, klussendienst en een taxiservice).

Zoals eerder genoemd onder het kopje 'Prijis', hebben proberen organisaties C en F door middel van een abonnementsysteem geprobeerd om klanten aan zich te binden en tegelijkertijd meerdere producten af te nemen (cross-selling). *"Iedere afdeling binnen ons zorgspectrum heeft de opdracht dat onderzocht moet worden wat een klant nodig heeft. Onderzoek wat hij al heeft en denk met hem mee, in de zin van cross-selling; waar we mee kunnen ondersteunen waar hij eventueel dingen binnen of buiten de organisatie kan halen"* (C1).

Organisatie G is opgedeeld in twee verschillende onderdelen: thuismanagement en zorgmanagement. Thuismanagement bestaat uit huishoudelijk werk (koken, schoonmaken, boodschappen), kinderbegeleiding en servicediensten (makelaarsfunctie). Binnen zorgmanagement vallen de zes eerder genoemde functies op particuliere basis. *"Wat we vooral willen doen met thuismanagement is dat te richten op een specifieke doelgroep: drukke tweeverdieners bieden wij het hele pakket aan diensten aan te bieden, dus schoonmaken, boodschappen halen, wassen, strijken, het is een luxe product wat je inkoopt"* (G). Hierbij wordt met extra service geprobeerd om meer klanten te binden.

Een onderdeel van een productstrategie waar veel organisaties gebruik van maken is het kwaliteitsbeleid. *"Zo'n systeem als Cliënt en Kwaliteit, om er achter te komen hoe de cliënten nou echt over ons denken, wat vinden ze nou vreselijk irritant?"* (D1). Naast organisatie D heeft ook respondent F1 aangegeven van dit instrument om kwaliteit te verbeteren gebruik te maken. Naast diensten leveren de thuiszorgorganisaties ook goederen. Veelal zijn zij eigenaar van een thuiszorgwinkel in de wijk. Hierdoor vindt ook cross-selling plaats.

♦ Plaats

Op het eerste gezicht valt er niet veel te zeggen over de plaats van thuiszorg, maar zo rechtlijnig is niet. Door op diverse plaatsen aanwezig te zijn, zorgen de organisaties ervoor dat meer mensen kennis maken met de producten. Tevens zijn er een aantal tussenvormen tussen thuis wonen of intramuraal verblijven. Zo zijn er woonzorgcombinaties (wozoco's), de voormalige serviceflats en aanleunwoningen. Ook steunpunten in de wijk kunnen een aanvulling zijn op het bestaande assortiment thuiszorgproducten. *"Wat betreft welzijnsvoorzieningen: als je een aantal van die lichte producten levert, zoals maaltijden, alarmering, clusterdienst dan komen vanzelf de andere hulpvragen van thuiszorg naar je toe. Dit geldt ook voor de steunpunten met aanleunwoningen, meestal doen we daar ook dagverzorging voor ouderen. Dat is ook zo'n product waar je mensen mee langer thuis houdt. Als mensen daar komen binnen vallen, dan krijg je vanzelf de vraag naar thuiszorg"* (A1). Intramurale instellingen kunnen baat hebben bij het feit dat zij op verschillende plaatsen woonruimte verhuren. Als deze mensen thuiszorg nodig hebben, nemen zij dit verplicht af bij de verhurende thuiszorgorganisatie *"Waar eerst allemaal verpleeg- en verzorgingshuizen waren, zijn de laatste jaren ook steeds meer zelfstandige huurders een appartement gaan huren. Hierbij nemen ze wel of geen zorg af van de thuiszorg, al naar gelang de indicatie die ze hebben"* (F1). Deze constructie had nog wel wat voeten in de aarde: *"Omdat je er*

wel van uitgaat dat mensen ook zorg van jou afnemen. Er is ook een rechtszaak over geweest, of mensen die huren in een complex nog gewoon keuzevrijheid hebben van zorgaanbieder. Die uitspraak is geweest, dat het verzorgingshuis mag zeggen dat op het moment dat iemand in een complex een woning huurt, ook zorg moet afnemen bij deze instelling" (F1). Deze uitspraak van de rechter kan wellicht ook worden gezien als een poging om de vraag naar thuiszorg te sturen. In dit geval hebben intramurale instellingen daar baat bij. Respondent F1 vervolgt over de reden van deze uitspraak: "Doordat je in het complex woont kan men gebruik maken van allerlei faciliteiten waar kosten mee gemoeid zijn. iedereen is het in principe eens met de keuzevrijheid. Wij zeggen dan: op het moment dat je kiest voor wonen in ons complex hoort daar ook onze zorg bij" (F1). Concluderend kan men zeggen, dat plaats een optie kan zijn om te gebruiken in het marketingbeleid, door op verschillende plaatsen aanwezig te zijn en op deze manier klanten te binden.

♦ Promotie

Over het algemeen gebruiken de thuiszorgorganisaties verschillende strategieën om hun producten te promoten. Zowel adverteren, PR maar ook direct marketing komen aan bod. Voor de twee intramurale aanbieders is het allereerst van belang om meer naamsbekendheid te krijgen door het voeren van goede PR, zij zijn immers nieuw op de thuiszorgmarkt. "Omdat we een nieuwe huisstijl kregen was het belangrijk om eerst het merk in de markt te zetten. Thuiszorg moet daar op een gegeven moment in mee gaan lopen. Als mensen vertrouwen in een organisatie hebben, zullen ze daar eerder naar toe gaan" (B2). Organisatie B gebruikt hiervoor verschillende instrumenten: "We zijn bezig met een nieuwe lijn brochures. Ook gebruiken we banieren, free publicity, persberichten, alle mogelijke manieren. En het is binnenkort open dag in de serviceflats. Daar zijn wij dan ook weer bij, je moet vooral aanwezig zijn. We adverteren in de seniorenwijzer, Plusmagazine, alle ouderenmagazines en voor de open dag doen we een grote campagne in BN de Stem en de bodes" (B1). Organisatie F is vorig jaar begonnen met het op de kaart zetten van zijn thuiszorgafdeling: "Wij hebben huis-aan-huis een kaart verspreid, die konden mensen retourneren en daar hebben we contact mee opgenomen en huisbezoeken gepland. We hebben advertenties in de bodes en de Stem gehad. Voor een organisatiebrede bekendheid is het goed dat we met de verhuizing van de oudbouw naar de nieuwbouw in de krant staan. Of we organiseren activiteiten met de dag van de ouderen of open dagen" (F1). Ook de andere organisaties organiseren verschillende activiteiten om nieuwe klanten te werven. "In de BN/de Stem proberen we van wervingsadvertenties iets moois te maken zodat we opvallen. We zijn een paar jaar geleden begonnen met aan het eind van het jaar al onze klanten en medewerkers fijne feestdagen toe te wensen, dat deden we daarvoor ook nooit. Op dit moment hoeven we nauwelijks meer te werven, het komt je gewoon toegerold, de aanvragen en het personeel ook. Wij moeten het vooral hebben van mond-tot-mond reclame" (A1). Organisatie A heeft hierbij nog een ander voordeel: "Op dit moment hebben wij de A-status gekregen van het Zorgkantoor, diegene die de A-status hebben, krijgen de aanvraag zonder voorkeur. Dit levert ons op het moment veel nieuwe aanvragen op. Wij hadden gemiddeld per dag 4,5 nieuwe aanvragen. Dat waren we gewend, die is gestegen naar 9 per dag. Van die stijging zijn 2,5 aanvragen zonder voorkeur" (A1). Ook organisatie D grijpt verschillende mogelijkheden aan om meer naamsbekendheid te krijgen: "We hebben besloten om per 1 april beide bedrijven (kraamzorg en thuiszorg) onder de naam Organisatie D in de markt te laten treden. Dus hebben we ook gelijk een persbericht vrijdag rondgestuurd, we bestaan 10 jaar dus we hebben iets te melden. We hebben een borstvoedingscertificaat behaald, dat gaat van de week de krant in." (D1). Iedere adverteerplek

wordt weloverwogen ingevuld: *“We kijken heel kritisch wat doen we qua adverteren, een advertentie kan 150 euro kosten maar als dat twee klanten oplevert, hebben we hem er al uit. Maar we gaan geen dure in de BN/de Stem zetten” (D1)* Hier loopt organisatie D wel tegen een obstakel aan: *“Ons werkgebied is wel groot. Bergen op Zoom tot Eindhoven, dat is wel wat lastig voor je plannen. Wat we ook doen qua promotie is bijvoorbeeld iemand die kraamzorg of thuiszorg heeft gehad van ons, die zegt ik breng een nieuwe klant, een cadeaubon. We hebben ons eigen blad en al onze cliënten krijgen in april een heel leuk mokje voor onder de senseo met ons logo erop” (D1)* Organisaties G voert een agressiever promotiebeleid: *“Wij adverteren, meestal met een advertorial, in bladeren die onze doelgroep belangrijk vinden. Dan moet je denken aan lifestylebladen, zoals Issue, Megazine, dat soort bladen. Wat we daarnaast doen is direct mail. Wij kennen onze doelgroep, we weten waar zij wonen en dan gaan we heel gericht schrijven om mensen te laten weten dat dit er is. Wij doen heel veel via Internet” (G1)*. Verder probeert organisatie G ook de business markt te bedienen: *“We zien ook dat er bedrijven zijn die hun medewerkers meer ruimte willen geven. We hebben contracten afgesloten met OZ zorgverzekeringen, hierdoor kunnen medewerkers van OZ gebruik maken van onze diensten, tegen een gereduceerde prijs. Hiermee kun je mensen faciliteren zodat ze rust op hun werk hebben, en dat ze meer uren gaan werken of dat ze gezonder blijven” (G1)*. Wederom is de vreemde eend in de bijt organisatie E: *“Adverteren, dat doen wij op het moment niet. Als we personeelsadvertenties zetten of adverteren voor de kraamzorg, dan vermelden we er wel bij dat we ook thuiszorg leveren. Maar daar blijft het op dit moment wel een beetje bij” (E1)*. Kortom: adverteren is het belangrijkste promotie-instrument voor organisaties.

♦ Personeel

Personeel is voor alle organisaties het belangrijkste instrument om het imago van hun organisatie goed te houden. Respondent D1 verwoordt het zeer treffend: *“Medewerkers zijn ambassadeurs. Zij zijn ons gezicht en het is daarbij belangrijk feeling te houden over hoe de cliënten over ons denken” (D1)*. Respondent C heeft het volgende motto: *“Interne marketing: willen we buiten winnen, zullen we binnen moeten beginnen. Hoe maak je je personeel bewust van welke producten de klant nodig heeft, hoe gaat hij in op de klantvraag, daar train je hem in. Wat heb ik in huis, maar ook breder, mijn organisatie. We maken een catalogus voor iedere klant of verzorgende en daarin kan hij kijken wat we allemaal te bieden hebben” (C1)*. Personeelstevredenheid wordt ook gezien als onderdeel van het imago van de organisaties. *“De medewerkertevredenheid staat voor mij op één lijn met cliënttevredenheid. Ik ben jaren geleden begonnen om ook daarin te investeren. Dat gaat dan over opleidingen en bejegening. Op verjaardagsfeestjes wordt verteld dat wij een goede werkgever zijn. Zo krijgen de medewerkers van mij een etentje aangeboden op de dag van de thuiszorg. Een eindejaarsetentje, een goed kerstpakket, mensen mogen een opleiding volgen, ik investeer daarin” (A1)*. De reden van dit beleid is duidelijk: *“Een tevreden medewerker levert tevreden klanten op. Ik heb altijd waarde aan gehecht dat er geluisterd werd naar mensen. Ik doe dan iets langer over het proces van besluitvorming, maar dan heb ik wel een groter draagvlak en dat vind ik heel erg belangrijk” (A1)*. Ook organisatie B ziet personeel als een manier om de organisatie te onderscheiden van de anderen. *“Het personeelsbeleid dat je voert, het HRM-beleid zal steeds belangrijker worden. Het zal je onderscheiden, want dat maakt of het jou lukt om voldoende personeel aan te trekken” (B1)*. Organisatie G heeft de strengste toelatingseisen voor personeel: *“Er kunnen alleen maar mensen naar klanten toe die van tevoren gescreend worden. Op basis van de verlangens van klanten selecteren wij in ons personeelsbestand een aantal medewerkers. Die mensen kunnen gaan zich voorstellen bij zo’n klant en die kiest dan. Wat*

belangrijk is, is een stukje uitstraling van de mensen, past dat bij de doelgroep? En dan moet je dus echt selectief zijn” (G1). Dit beleid is het gevolg van het maatwerk wat deze organisatie pretendeert te leveren. Om de link te maken met het marketingbeleid op diverse niveau's, wordt hier in het kort nog terug gekomen op de uitspraak van dhr. Buntinx in paragraaf 4.1.1. Hierin wordt beschreven dat marketing op microniveau kan worden gezien als de directe relatie tussen zorgverlener en cliënt (bijlage 1). Deze definitie is in overeenstemming met de in deze paragraaf omschreven activiteiten die vallen onder de noemer interne marketing en de vijfde P van de marketingmix, personeel.

4.3.3 Ziekenhuizen

Omdat ziekenhuizen een speciale positie innemen in het speelveld van thuiszorgaanbieders, wordt hun visie in een aparte paragraaf behandeld. Er zijn interviews gehouden met twee ziekenhuizen binnen de regio: het Amphia ziekenhuis in Breda en Ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom.

♦ Amphia Ziekenhuis

De Annevillegroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders in de regio Breda. De samenwerking is gericht op ontwikkeling en verbetering van de ketenzorg en krijgt vooral gestalte binnen concrete projecten. Deze vinden momenteel plaats rondom drie patiëntcategorieën: decubitus (doorligproblematiek), stroke service (beroerte) en palliatieve terminale zorg. De Annevillegroep is ontstaan in 2003. Naast het Amphia ziekenhuis bestaat deze groep uit diverse verpleeghuizen, revalidatiecentra, de huisartsenkring West-Brabant en organisaties I (waarvan A onderdeel uitmaakt), F, C, J en D. Naast deze samenwerking op het gebied van ketenzorg is er een andere ontwikkeling gaande binnen het ziekenhuis, waar thuiszorgorganisaties te maken mee aan krijgen. *“Gedurende een jaar of negen hebben wij hier een transferverpleegkundige die worden betaald door de thuiszorgorganisatie. Maar niet door alle thuiszorgorganisaties, door twee thuiszorgorganisatie, namelijk C en J. De thuiszorg betaalde die mensen, omdat er eigenlijk een open einde financiering was. Dat is nu niet meer zo” (R1).* Maar de aankomende veranderingen hebben ook een dieperliggende oorzaak: *“Daarnaast is ook qua commercialisering binnen de thuiszorg veel veranderd en deze werkwijze past daar niet binnen. De transfer heeft invloed op waar een patiënt in de thuiszorg zou kunnen komen, dat ruikt dus naar een stukje belangenverstrengeling” (R1).* Het proces van transfer van ziekenhuis naar thuis, verloopt momenteel erg omslachtig: *“De verpleegkundige van de afdeling maakt een inschatting van de vraag naar thuiszorg, vervolgens doet zij een zorgoverdracht naar de transferverpleegkundige. Zij maakt een aanvraagformulier dat naar het CIZ gaat. Het CIZ indiceert, gaat vervolgens naar het zorgkantoor, die toewijzing regelt en uiteindelijk naar de thuiszorginstelling die de thuiszorg gaat leveren” (R1).* Binnen het Amphia is een proces in gang gezet om dit te veranderen en efficiënter en patiëntvriendelijker te laten verlopen: *“De verpleegkundige op de afdeling, krijgt een aanmeldingsmodule op haar afdelingscomputer. En die aanmeldingsmodule die gaat meteen naar het CIZ, met een kopie aan de thuiszorginstelling die bij veel patiënten er al is. Of, als dat niet zo is, waar voorkeur voor is uitgesproken. Het CIZ geeft garanties af dat ze binnen twee dagen een indicatie afgeeft en dus kan thuiszorg alvast gaan organiseren” (R1).* Dit traject geldt voor de chronische en de acute patiëntgroepen, dit zou gezien kunnen worden als een segmentatie van de doelgroepen. Een derde segment zijn de electieve patiënten: zij zijn vooraf op de hoogte van opname en dus gaat alles een stukje sneller. *“Wij hebben het voorbereidingsplein, daar zit bijvoorbeeld een anesthesist die medicatie beoordeelt en*

beoordeelt of er nog een ECG gemaakt moet worden. Dat voorbereidingsplein geeft gelijk door wanneer de patiënt kan worden opgenomen. In principe geven zij ook aan, hoeveel dagen dat gaat duren, dan kan nog voor opname thuiszorg geregeld zijn” (R1). Een van de belangrijkste spelers die in dit traject niet genoemd wordt, is het zorgkantoor. “Het zorgkantoor komt er alleen nog aan te pas als een patiënt volstrekt nieuw is en geen keuze maakt voor een bepaalde organisatie. Dan komt een deel van het proces te vervallen en gaat het zorgkantoor de thuiszorg inschakelen. Maar ook zij hebben garanties afgegeven over de toewijzing: deze zal binnen een dag binnen moeten zijn” (R1). Over het stukje marketing van dit nieuwe product transferzorg is respondent R1 helder: “Daar hebben wij een aantal communicatiemiddelen voor. Als er echt een belangrijke verandering is, kunnen wij het natuurlijk via de pers communiceren, maar ook via de huisartsen of via de thuiszorg instellingen, daar zijn wel wat mogelijkheden voor” (R1). Respondent R1 sluit niet uit, dat het ziekenhuis in de toekomst een voorkeur zal krijgen voor een aanbieder en deze voorkeur dan ook zal uitspreken: *Het zorgkantoor kan roepen wat ze willen, maar als wij goed zaken kunnen doen en kwalitatief hoogwaardige zorg krijgen aangeboden van een thuiszorginstelling hier in de regio, kan ik me niet voorstellen dat het Amphia daar niks mee doet. Het mag eigenlijk niet, maar je kunt op een gegeven moment zeggen: Als u het niet weet, wij weten het wel. Dit zal alleen gebeuren als er duidelijk grote kwalitatieve verschillen zijn” (R1).*

♦ Ziekenhuis Lievensberg

In tegenstelling tot het Amphia ziekenhuis voert het Ziekenhuis Lievensberg wel een transferbeleid met één voorkeursaanbieder van thuiszorg, namelijk organisatie H. Binnen het transferproject zijn drie patiëntgroepen te onderscheiden: Longpatiënten, hartfalenpatiënten en patiënten met een onder- en/of bovenbeenamputatie. Voor deze groepen is bewust gekozen: “Omdat deze patiënten toch over het algemeen een lange ligduur hebben en wij het ook een doelgroep vinden waarvoor thuiszorg echt iets kan betekenen. De opnameduur kan verkort worden en het is voor de patiënten veel prettiger om zo snel mogelijk naar huis te kunnen gaan mét de nodige hulp die geboden kan worden door de thuiszorg. Het zijn ook met name oudere mensen in deze groep” (S1). Om deze groep zo snel mogelijk de transfer naar thuisomgeving te laten maken, is een plan opgesteld: “We hebben ook een beschrijving gemaakt van het proces. Wat is er allemaal nodig, wat doe je van te voren, wie doet er wat? We hebben iedere keer met dit plan gewerkt en dat ook telkens bijgesteld. Eens in de maand hadden we dan overleg, namen we het van te voren even door: klopt het nog of moeten er nog dingen afgestemd worden op elkaar? En dan wordt per dag aangegeven wat er moet worden gedaan: 7 dagen voor ontslag doen we dit, enz” (S1). Ook vindt regelmatig een evaluatie plaats: “Met de plan-do-check-act cyclus: We hebben omschreven wat het onderwerp is, dus dat is het verminderen van de opname van patiënten. We hebben gekeken naar een de huidige situatie, wat zijn de knelpunten, wat is de gewenste situatie? Dan ga je een doelstelling formuleren door middel van de SMART methode en dan ga je over tot de planning: Hoe ga je het allemaal doen” (S1). De doelstelling is meervoudig: “Onze gewenste situatie is om de begeleiding van de patiënten in de thuiszorg volledig op elkaar af te stemmen en dat de werkafspraken daadwerkelijk vastliggen, zowel in het ziekenhuis als thuis. Ook dat de 1^e en 2^{de} lijnszorg op elkaar zijn afgestemd en dat de verantwoordelijkheden van diverse disciplines en begeleiding zijn vastgesteld. Dat is in het kort onze gewenste situatie. We hopen eigenlijk dat we voor de hartfalenpatiënten 5% vermindering hebben in de patiëntenopnames. Ons streven is ook om bij overname van de andere afdeling al een ontslagdatum af te spreken” (S1). Deze transfer is in samenwerking met organisatie H opgezet. “Er is verder geen samenwerking met andere thuiszorgorganisaties, maar de patiënt kan natuurlijk

kiezen. De patiënt kan ook een andere zorgorganisatie kiezen, dat recht dat hebben ze” (S1). Om het product ketenzorg te promoten wordt de PR-afdeling van het ziekenhuis ingeschakeld. ”De PR is hier wel al over ingeschakeld. We willen er toch iets leuks van maken, iets herkenbaars, zo van: Lievensberg werkt hier ook aan mee. We gaan er bijvoorbeeld een artikel aan wijden“ (S1).

4.4 Conclusie

In deze paragraaf wordt in het kort weergegeven wat de belangrijkste resultaten van de interviews zijn.

4.4.1 Macroniveau

Zowel de respondent op macroniveau als de respondenten op meso- en microniveau gaven aan dat de rol van de overheid die van een kaderscheppend orgaan is. Door diverse maatregelen maakt de overheid het moeilijker of makkelijker voor de organisaties om klanten te aan te trekken en te behouden en aan marketing te doen. Zo kunnen financiële prikkels als het verhogen van de eigen bijdrage invloed hebben op de vraag naar thuiszorg. Ook de toewijzing van de AWBZ-erkenningen kan een rol spelen bij het verkrijgen van marktaandeel. Het effect van de marketingstrategieën van de diverse thuiszorgorganisaties wordt mede bepaald door de wijze waarop de thuiszorgmarkt functioneert. Met betrekking hiertoe wordt door dhr. Kasdorp opgemerkt dat deze niet optimaal functioneert. Diverse manieren waarop de overheid invloed uitoefent op de branche zorgen hiervoor. Zo is prijsconcurrentie binnen de sector niet goed mogelijk. Na gesprekken met de verschillende experts wordt tevens tot een invulling van de begrippen macro-, meso- en micromarketing gekomen.

4.4.2 Mesoniveau

Bij de brancheorganisaties ligt de nadruk op het faciliteren van de lidorganisaties bij het opzetten van het marketingbeleid. Dit doen zij door de nodige ondersteuning te bieden op het gebied van advies en plannen van aanpak. Hier is een verschil aan te geven tussen de twee brancheorganisaties die in het kader van dit onderzoek zijn benaderd. Zo is BTN een brancheorganisatie die uitgaat van het eigen ondernemerschap van de organisaties. Z-org wil haar leden meer begeleiden bij hun gevoerde beleid en ook een overkoepelende promotie van de thuiszorg doen. Hierbij rijzen verschillende problemen: Hoe ga je om met organisaties die allebei lid, maar misschien wel concurrent van elkaar zijn. Ook kan afstemming een knelpunt zijn: hoe kom je tot één overkoepelend beleid dat geldt voor alle leden? De belangrijkste rol voor de brancheorganisaties ligt in het onderhandelen met overheidsinstanties om voor hun lidorganisaties zo gunstig mogelijke randvoorwaarden te scheppen.

4.4.3 Microniveau

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat thuiszorgorganisaties wel degelijk bezig zijn met het opzetten van een marketingbeleid, of dat al gedaan hebben. De mate waarin dit beleid op papier is vastgelegd, verschilt echter nogal. Het marketingbeleid richt zich het grootste gedeelte van de tijd op verwijzers en cliënten. Laatstgenoemde groep wordt vaak onderverdeeld in particuliere en geïndiceerde cliënten. Particulieren worden veelal rechtstreeks benaderd, geïndiceerde cliënten worden via de verwijzers naar de organisaties toe getrokken. De grens tussen partners, substituten en concurrenten is diffuus. In sommige gevallen zijn thuiszorgorganisaties concurrent van elkaar, in andere gevallen wordt weer samengewerkt om een

kwitatief betere dienst te leveren. Over het algemeen is de concurrentie wel toegenomen in de afgelopen jaren. De ziekenhuizen zijn ieder op zijn manier druk met de transferafspraken. Waar het Amphia Ziekenhuis ervoor kiest om zo breed mogelijk afspraken te maken en de patiënt de keus te laten, heeft Ziekenhuis Lievensberg afspraken gemaakt met één aanbieder van thuiszorg. De invulling van de marketingmix wordt eveneens gedomineerd door invloeden van bovenaf. Zo worden de prijzen en producten centraal vastgesteld. Hiervan kan uiteraard worden afgeweken, maar de aarzeling om dit te doen is groot. Wel kan worden vastgesteld dat aanvullend op de functies een scala aan welzijnsdiensten worden aangeboden. Op het gebied van promotie ligt de nadruk op het adverteren in regionale bodes, ook het hebben van een goed imago en bijbehorende PR wordt steeds belangrijker. Het personeel is voor alle respondenten de spil van hun organisatie. Zij leveren de dienst en moeten zorgen voor een goede kwaliteit, zodat de organisaties een goede naam behouden.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

Aan de in het vorige hoofdstuk beschreven resultaten is een aantal algemene conclusies te verbinden. Zij worden in dit hoofdstuk gepresenteerd aan de hand van de eerder opgestelde deelvragen. Tevens worden de conclusies ter discussie gesteld door reflectie op de onderzoeksmethoden en de empirie.

5.1 Conclusie

Op welke manier is de thuiszorgmarkt in COROP-regio 33 te omschrijven?

Globaal gezegd is de thuiszorgmarkt binnen deze regio in een viertal soorten organisaties op te delen: Als eerste wordt een groot gedeelte van de AWBZ-markt bediend door de traditionele thuiszorgorganisaties, deze zijn ontstaan vanuit de voormalige kruisverenigingen en gezinsverzorging. Na de openstelling van de AWBZ hebben diverse particulier ingestelde organisaties een erkenning van de overheid gekregen en leveren sindsdien ook AWBZ-zorg. Dit is de tweede soort organisatie op de thuiszorgmarkt. De grens tussen deze twee is vervaagd, omdat veel traditionele organisaties zowel particulieren, als PGBers als AWBZ-geïndiceerde cliënten als doelgroep heeft. Opvallend is, dat de particuliere markt in West Noord-Brabant klein blijft. Zoals naar voren kwam in paragraaf 4.3.1, zijn er weinig (nieuwe) toetreders die de particuliere markt bedienen. Reden hiervoor kan zijn dat beperkende wet- en regelgeving van kracht is voor alle aanbieders. Zo is de CAO thuiszorg algemeen bindend verklaard voor de particulieren en dus ook voor schoonmaakbedrijven die thuiszorg willen gaan aanbieden. Dit kan ze ervan weerhouden de (voor hen) nieuwe markt te betreden. Ook de huidige thuiszorginstellingen geven aan dat zij weinig particuliere klanten hebben. Particuliere zorg is veelal erg duur en men kiest liever voor de vertrouwde wegen van indicatie en toewijzing via CIZ en Zorgkantoor. Sinds kort zijn de meeste intramurale instellingen ook thuiszorg gaan leveren. Deze instellingen kunnen orden beschouwd als de derde groep thuiszorgleveranciers. Een vierde belangrijke speler in het thuiszorgveld zijn de ziekenhuizen. Door de transferactiviteiten hebben zij veel invloed op de vraag naar thuiszorg vanuit de patiënt. Landelijk bezien valt een vijfde groep thuiszorgleveranciers te onderscheiden: de kleine, particuliere bureaus.

Wat houden de concepten micro-, meso- en macromarketing in (binnen de thuiszorgsector)?

Uitgaande van de definitie van marketing, zoals deze is gegeven in paragraaf 2.1, is na alle gesprekken met experts en sleutelfiguren in het veld in dit onderzoek tot de volgende definiëring gekomen: Micromarketing is de manier waarop aan het concept marketing invulling wordt gegeven binnen een (thuiszorg)organisatie, hierbij kan de indeling gebruikt worden zoals deze is omschreven in hoofdstuk 4. Belangrijk onderdeel van deze strategie is het personeel. Zij zijn ambassadeurs van de organisatie, die de wensen van de klant het best kunnen onderkennen. Mesomarketing kan worden omschreven als de manier waarop aan het concept marketing invulling wordt gegeven door overkoepelende organisaties die een deel van de sector vertegenwoordigen, zoals brancheverenigingen. De rol van deze organisaties is ondersteunend op het micromarketingbeleid, het faciliteren van de marketinginspanningen van hun leden en onderhandelingen bij overheidsinstellingen als CTG en VWS. Tot slot is het macroniveau vooral een kader, waarbinnen de zorgvraag door de overheid en andere instituties, zoals de rechterlijke macht en vertegenwoordigende partijen als cliëntenraden en vakbonden, wordt gestuurd. Het overheidsbeleid is hier een onderdeel van. Beperkingen die zijn opgelegd vanuit de overheid

kunnen bedoeld zijn om de effecten van marketing te veranderen en om bepaalde doelgroepen te beschermen. In dit verband wordt ook wel gesproken over solidariteit. Macromarketing is de invloed die de diverse instituten (overheid, vertegenwoordigers) uitoefenen op de manier waarop op meso- en microniveau marketing wordt bedreven.

Op welke wijze heeft het overheidsbeleid invloed op het marketingbeleid van thuiszorginstellingen?

Er zijn verschillende manieren waarop de overheid invloed uitoefent op de individuele thuiszorgorganisaties. Zo stuurt de overheid de vraag naar verschillende vormen van zorg door het invoeren van een eigen bijdrage, strengere indicatie-eisen voor thuiszorg of bijvoorbeeld door het voeren van een bouwbeleid, waardoor intramurale instellingen geremd worden in hun groei. Ook het stimuleren van mantelzorg kan een effect hebben op de vraag naar thuiszorg. Door de huidige veranderingen in de wetgeving, wordt het onzeker of de functie huishoudelijke verzorging (HVZ) in de toekomst nog volledig vergoed zal worden. Deze functie zal niet langer onder de AWBZ vallen, maar wordt overgeheveld naar de WMO. Hierbij komt de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de WMO bij gemeenten te liggen. Bestaande productieafspraken zullen hierdoor worden herzien. Een andere ontwikkeling die steeds sterker gaat spelen is de toenemende concurrentie op de thuiszorgmarkt. Waar de overheid voorheen een streng toelatingsbeleid voor de AWBZ had, is nu de vraag hoe de gemeenten hiermee om zullen gaan. De verwachting is dat voor de functie HVZ meer concurrenten op de markt zullen komen, die een uitgeklede vorm van HVZ zullen gaan leveren. Door een versoepeling van het toelatingsbeleid van verzekeraars op de thuiszorgmarkt, zodat ook hier concurrentie ontstaat en met hen onderhandelingen over prijs kunnen worden gevoerd.

In hoeverre en op welke manier vindt er op macroniveau marketing plaats, betreffende thuiszorg?

Als de definitie van marketing als zodanig wordt overgenomen uit deelvraag 2, betekent dit dat op het macroniveau diverse ontwikkelingen in de omgeving van een organisatie zijn, welke invloed uitoefenen op de organisatie en haar marketingbeleid. Voorbeelden hiervan zijn demografische, sociaal-economische en politieke ontwikkelingen. Veel van deze invloeden kunnen niet direct door de organisaties of overkoepelende organisaties worden beïnvloed. Waar dat wel kan, bij de politieke ontwikkelingen, is lobbyen een noodzakelijk kwaad. Deze vorm van marketing wordt door de branche ook wel belangenbehartiging of netwerkmarketing genoemd.

In hoeverre en op welke manier vindt er in de thuiszorgsector op mesoniveau marketing plaats?

De rol van de brancheorganisaties is hoofdzakelijk ondersteunend en faciliterend. De belangrijkste taken van de bevroegde brancheorganisaties zijn als eerste het optreden als werkgeversvereniging; in deze hoedanigheid nemen zij deel aan de CAO onderhandelingen met bonden en overheid. De tweede rol die de brancheorganisatie vervult is die van formele overlegpartner bij de overheid, politiek en officiële organen in de gezondheidszorg. Tot slot ondersteunen de organisaties hun leden bij de bedrijfsvoering. Dit geldt voor alle beleidsonderdelen, ook voor het marketingbeleid. Er zijn belangrijke verschillen tussen de twee grootste brancheorganisaties; BTN is een brancheorganisatie die voornamelijk nieuwe thuiszorginstellingen als lid heeft. Zij hebben meer ervaring met het voeren van een marketingbeleid. BTN biedt daarom met name ondersteuning op het gebied van administratieve lastenverlichting en ontwikkelingen in de wetgeving. Als brancheorganisatie heeft zij een goede reputatie opgebouwd binnen het speelveld van de sector. Z-org heeft in het verleden, toen nog als LVT, wel een overkoepelend marketingbeleid gevoerd in de vorm van een reclamecampagne om

het imago van de thuiszorg te verbeteren. Z-org heeft de intentie tot meer begeleiding bij het voeren van marketingmanagement, voorbeeld hiervan is het oprichten van een marketingplatform. Algemeen probleem bij deze marketinginspanningen is de moeilijkheid om een overlappend concept over alle individuele leden heen te leggen en het feit dat leden van Z-org concurrenten van elkaar zijn geworden. Vraag is ook in hoeverre deze ontwikkelingen zich zullen voortzetten na de fusie met Arcares, aangezien de grenzen binnen de instellingen vervagen, en het onderscheid tussen intra- en extramuraal gaat vervagen.

Wat is er tot nu toe bekend over effectieve (micro)marketingstrategieën binnen de zorg en meer specifiek binnen de thuiszorg?

Er is in Nederland weinig tot geen onderzoek verricht naar effectieve marketingstrategieën binnen de zorg. Wel worden in de literatuur een scala aan adviezen gegeven over hoe men het marketingbeleid het beste kan invullen. Het belangrijkste advies is dat hieruit naar voren komt is de volgende: Ga niet mee in de massa, zorg ervoor dat de organisatie zich onderscheidt van andere thuiszorgorganisaties. Het beleid moet zich focussen op de sterke punten van de instelling. Tevens dient er een solide basis te zijn voor men met marketing aan de slag kan. Het advies is om strategisch beleid en marktonderzoek als uitgangspunt te nemen en het marketingbeleid hierop te baseren.

Uit welke onderdelen bestaat de marketingstrategie en segmentatie van cliënten op microniveau?

De marketingstrategieën behelzen voor de meeste instellingen ongeveer hetzelfde. Voor AWBZ-cliënten is men voor een groot deel afhankelijk van de verwijzers. Het beleid is er dan ook op gericht om een goed contact met deze personen en instellingen te onderhouden. De cliënt zelf wordt ook benaderd, op verschillende manieren. Zo wordt geprobeerd om cliënten te binden met een aantrekkelijke productlijn. Het gaat hier voornamelijk om welzijnsproducten (buiten de vastgelegde functies) waar cliënten op particuliere basis voor betalen. Ook naar de prijs wordt kritisch gekeken, hierbij is voornamelijk van belang om de zorg voor de cliënt betaalbaar te houden of zelfs kostenleider (vooral bij functie HVZ) te zijn. Op het gebied van promotie worden verschillende acties ondernomen, meestal bestaat dit uit PR, advertorials in regionale bodes, direct marketing en ook het personeel wordt ingezet om producten van de organisatie aan te prijzen. De segmentatie van doelgroepen vindt plaats op verschillende manieren. De overheersende indeling is die van particuliere cliënten versus AWBZ-natura cliënten (soms additioneel nog gehandicapte en chronische zieke cliënten). Dit is een indeling op gedragsmatig niveau. Aanvullend formuleren de meeste instellingen nog een aantal demografische kenmerken, waarop zij een specifiek doelgroepen beleid voeren. Hierbij valt te denken aan allochtone zorgvragers en kinderen van cliënten.

Zijn er verschillen in strategie tussen klassieke en nieuwe aanbieders op de thuiszorgmarkt en aanbieders van klassieke en nieuwe diensten?

Ten eerste moet worden gezegd dat het niet eenvoudig is om de organisaties in te delen aan de hand van de matrix van Ansoff. De organisaties die nieuw zijn op de thuiszorgmarkt, hebben vaak een link met een organisatie die al gevestigd was. Echte nieuwe organisaties zijn in dit onderzoek niet gevonden. Bovendien is het moeilijk om te bepalen wat in de thuiszorgmarkt nieuwe producten zijn. Naast de zes functies worden over het algemeen aanvullende welzijnsproducten aangeboden, maar echt revolutionaire ontwikkelingen zijn in de onderzochte regio niet te vinden. Een meer relevante variabele om thuiszorgorganisaties te segmenteren dan

de product-markt combinatie van Ansoff is wellicht de doelgroep die een organisatie met haar producten aanspreekt. Zo voeren de intramurale instellingen (met als doelgroepen: personen met de indicatie 'verblijf' en de reguliere thuiszorg cliënten) een ander marketingbeleid dan de oud-reguliere thuiszorgorganisaties (richt zich voornamelijk op de historische relaties met verwijzers). Hun beleid verschilt ook van de nieuwe thuiszorgaanbieders (particuliere klanten vragen een directere benadering).

5.2 Discussie

In deze paragraaf zal met een kritische blik naar de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksmethoden en de respondenten uit het veld worden gekeken.

5.2.1 Discussie over onderzoeksmethoden

Deze thesis is een verslag van een onderzoek naar sociale verschijnselen binnen de samenleving. Daarom moet worden vastgesteld dat dit onderzoek slechts een momentopname is. De ontwikkelingen in de thuiszorgsector voltrekken zich in hoog tempo. Ook zijn sociale verschijnselen zijn veelal ingewikkelder dan in deze thesis weergegeven. Deze moet dan ook worden gezien als een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. Zoals al eerder beschreven in paragraaf 2.2.2 is het niet mogelijk om marketingtheorieën uit de bedrijfssector rechtlijnig te kopiëren naar de zorgsector. Voor de zorgsector zijn echter nog geen specifieke marketinginstrumenten ontworpen. Hierdoor is het onderzoek noodgedwongen uitgegaan van instrumenten uit bestaande marketingliteratuur, veelal gebaseerd op de bedrijfssector. Het model van Porter kende (met name op brancheniveau) een aantal beperkingen. De belangrijke speler in het krachtenveld bij de branches (de overheid) ontbreekt in dit model. Met hen wordt onderhandeld over de randvoorwaarden waar organisaties rekening mee moeten houden in hun marketingbeleid, de CAO's, wet- en regelgeving, enz. Het feit dat het model niet voldeed, leverde tijdens de gesprekken geen grote problemen op, daar het halfgestructureerde interviews waren, waarbij gemakkelijk kon worden uitgewijd naar een ander onderwerp. Ook bleek de Ansoff-matrix niet geschikt om de organisaties in deze studie te ordenen. Daarom is besloten om per onderwerp een pragmatische indeling te kiezen.

Omdat deze studie zich richt op een afgebakende regio, kent het onderzoek beperkingen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Er zijn wel vergelijkbare gebieden te vinden in Nederland als men kijkt naar verstedelijking, demografische opbouw en inwoneraantal. Echter, deze gebieden verschillen op andere punten weer veel van de onderzochte regio. Zo kent de vergelijkbare regio Zuid-Limburg een compleet andere cultuur en wellicht is de thuiszorgmarkt daar van oudsher anders opgezet. De resultaten zoals beschreven in hoofdstuk 4.3 zullen dus alleen valide zijn voor de regio West Noord-Brabant. De brancheorganisaties en overheid werken regio-overstijgend, de resultaten op meso- en macrogebied zijn beter generaliseerbaar voor heel Nederland.

Het diepte-interview bleek een goede methode zijn om meer inzicht in het perspectief van respondent te verkrijgen en om de redeneringen van individuen te analyseren. Het interview heeft echter ook een aantal nadelen. Zo is in dit onderzoek van elke organisatie slechts één respondent bevraagd. Hoewel dit bij de meeste organisaties wel de persoon bleek die het meeste inzicht had in de marketinginspanningen, zou dit een incompleet of vertekend beeld kunnen geven. Het is de vraag in hoeverre de mening van de ene persoon representatief is voor de hele instelling. Ook kunnen de resultaten van een interview worden beïnvloed door diverse individuele factoren. Zo

kan de setting waarin het interview plaatsvindt en de interviewer een stempel op het gesprek drukken. Ook kan het geheugen van de respondent hem of haar in de steek laten, waardoor het interview minder valide wordt. Hoewel het verwerken van de interviews met grote zorgvuldigheid is gedaan, is voor de analyse niet met een computerprogramma als Kwalitan of Atlas Ti gewerkt. Vanwege het geringe aantal interviews per casus zou dit niet rendabel zijn geweest. Het onderzoek verliest hierdoor helaas wel aan detail en mogelijk betrouwbaarheid. Tijdens dit onderzoek zijn een aantal onderzoeksinstrumenten gebruikt, zoals besproken in hoofdstuk 3, die ieder hun eigen voordelen maar ook hun beperkingen kennen.

Voor het vaststellen van het strategisch beleid is naast de interviews gebruik gemaakt van verschillende beleidsdocumenten. Zeker om inzicht te krijgen in de manier waarop men een marketingbeleid invult is dit een zeer effectieve methode. Het betreft hier echter vaak gekleurde informatie. Organisaties zullen immers niet zo snel negatieve bevindingen over zichzelf in een promotiefolder of extern jaarverslag zetten. Hierdoor kan informatie vertekend zijn en kan een positiever, beter beeld ontstaan van de marketinginspanningen van de organisatie en de organisatie in het algemeen. Dit is gedeeltelijk ondervangen door de interviews, waar verder werd ingegaan op verschillende aspecten die ook in de documenten naar voren komen. Hier kan ook de bekendheid van de onderzoeker met het onderwerp van pas komen, kritisch doorvragen is hierdoor beter mogelijk. Het bekend zijn van de onderzoeker met de (organisatie)omgeving waarbinnen het onderzoek plaatsvindt, kan worden gezien als een voordeel, vanwege de betere mogelijkheid om door te vragen. Dit kan echter ook leiden tot intersubjectiviteit. Het kennen van de context kan leiden tot een vertekend beeld, waarbij vooroordelen een rol kunnen spelen. De uitspraken van respondenten worden hierdoor wellicht gestuurd. Al met al is geprobeerd om een zo objectief mogelijke blik het veld te bekijken. Door de structurering van de interviews zijn in ieder geval elke keer de zelfde vragen gesteld.

5.2.2 Discussie over de praktijk

Het was niet eenvoudig om een sleutelfiguur op het macroniveau bereid te vinden om te participeren in het onderzoek. In eerste instantie werd geprobeerd om beleidsmedewerkers van het ministerie van VWS te interviewen. Na een aantal weken proberen, liep dit echter op niks uit. Uiteindelijk is besloten om een aan de overheid gelieerde instelling te benaderen over het macrobeleid. Hier is gekozen voor de RvZ, het orgaan dat de regering adviseert over het beleid betreffende volksgezondheid en zorg. De visie die de respondent naar voren brengt is wellicht de visie van de RvZ, maar dit is niet per definitie het beleid van de overheid. Het is tevens opmerkelijk te noemen dat voor het ministerie van VWS de thuiszorg niet meer bestaat en er dus ook geen specifiek aanspreekpunt is over dit onderwerp.

De oorspronkelijke bedoeling was om binnen de brancheorganisaties meerdere respondenten te benaderen. Tijdens het gesprek bij BTN bleek echter, dat de respondent met wie gesproken werd waarschijnlijk het meeste inzicht had in het beleid van organisaties en de branche, dat het niet nuttig leek om verdere respondenten te benaderen. Z-org zat op het moment van interviewen juist in het fusietraject met Arcares en had daardoor, begrijpelijkerwijs, geen tijd om een tweede respondent beschikbaar te stellen voor een interview. Wellicht is het beeld dat nu vanuit de brancheorganisaties is gegeven een te persoonlijke visie van de respondenten. Ondanks het geringe aantal respondenten per brancheorganisatie is toch een helder en inzichtelijk beeld verkregen van het beleid van de beide brancheorganisaties. Ander gevolg van eerdergenoemde fusie, die per 1 juli 2006 definitief wordt, is dat het beleid betreffende marketing van de sector sinds die tijd waarschijnlijk veranderd is. De grens tussen organisaties voor thuiszorg en intramurale zorg

is aan het vervagen. In dit onderzoek is er toch voor gekozen om de thuiszorg als aparte tak van sport te benaderen, wellicht is dit gedeeltelijk onterecht.

Hoewel van tevoren een bepaalde indeling is vastgesteld, waarbinnen organisaties zouden worden gezocht, is deze methode achteraf meer te karakteriseren als *convenience sampling*. De bereidheid van de organisaties om mee te werken was groot. Het leek daarom een goed idee om een breder onderzoek te doen, dan een dieper onderzoek. De verschillende thuiszorgorganisaties die deelnamen aan dit onderzoek verdienen een compliment voor hun snelle en doeltreffende medewerking. Van de acht benaderde organisaties is er slechts een geweest waarbij het niet gelukt is een afspraak te maken. De overige organisaties en de ziekenhuizen waar wel mee gesproken is, waren allemaal zeer bereid een stukje strategisch beleid prijs te geven. De formalisatie van het (marketing)beleid van de verschillende organisaties gebeurt, is echter wel verschillend. Waar de ene instelling een strategisch beleidsplan op papier heeft staan en hier zelfs een marketingplan aan heeft gekoppeld, is de andere organisatie dusdanig klein dat er geen extern jaarverslag was om in te zien. Dit zorgt ervoor dat de betrouwbaarheid van de informatie die gegeven is tijdens de interviews nogal variabel is. De vraag is ook in hoeverre het gevoerde beleid van de instellingen strategisch van aard is. In tegenstelling tot wat in dit onderzoek is aangenomen, wordt in de thuiszorgbranche nog veel samengewerkt tussen verschillende instellingen en is veel van het beleid gebaseerd op historische samenwerkingsverbanden of afspraken tussen organisaties. Veel van de marketinginspanningen worden verricht omdat organisaties denken dat ze er goed aan doen, maar hard bewijs hiervoor bestaat er niet. Er is veel onzekerheid over de toekomst van de thuiszorg, dit maakt het lastig om een doordachte marketingstrategie op te zetten. Omdat de onderzoeksopzet kwalitatief explorerend was, bleek dit alles in dit geval geen onoverkomelijke bezwaren op te leveren.

Een gevolg van deze onderzoeksopzet zou wel kunnen zijn dat respondenten sociaal wenselijke antwoorden geven. Dit zou betekenen dat het beeld wat in deze thesis wordt geschetst een te positieve indruk geeft van de stand van zaken rond het marketingvraagstuk. Hoewel hiervoor uit de interviews geen aanwijzingen voor naar voren komen en er voor respondenten geen direct belang bij is, mag deze mogelijkheid niet worden uitgesloten. De triangulatie vond plaats aan de hand van diverse beleids- en communicatiedocumenten. Zoals al eerder werd aangegeven in paragraaf 5.1 zijn ook deze documenten wellicht positiever gekleurd dan in de realiteit.

Hoofdstuk 6 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek op het gebied van marketing en een aantal aanbevelingen voor de praktijk om beter in te kunnen spelen op het fenomeen marketing.

6.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Zoals de marketing binnen de zorgsector nog in de kinderschoenen staan, zo ontbreekt ook gedegen wetenschappelijk onderzoek naar dit onderwerp. Er is weinig tot niets bekend over de thuiszorgmarkt en haar cliënten. Een van de belangrijkste vragen die beantwoord zal moeten worden door toekomstig onderzoek is bijvoorbeeld: Hoe en wanneer maken cliënten keuzes? Het beslissingsproces van een thuiszorgcliënt zal op gedetailleerder niveau in kaart moeten worden gebracht dan nu het geval is. Wanneer maakt de cliënt een keuze en aan de hand van welke informatie doet hij dit? Wat in dit onderzoek al even naar voren kwam, is de invloed van de overheid op de vraag naar bepaalde vormen van zorg. Onderzoek zal moeten uitwijzen in welke mate de overheidsinterventies leiden tot de gewenste zorgvraag. In de anglo-saksische literatuur zijn al wel onderzoeken terug te vinden over het keuzeprocess bij het afnemen van zorg. Omdat het Nederlandse zorgsysteem anders is opgebouwd dan het Amerikaanse, is aanvullend onderzoek nodig.

Een ander belangrijk onderwerp voor onderzoekers zal het ontwerpen van een effectieve marketingstrategie voor zorginstellingen zijn. Hierbij moet rekening worden gehouden met de beperkingen die de thuiszorgmarkt kent. Als de markt voor thuiszorg een aantal jaren is open gesteld en als er een nieuw evenwicht is gevonden, kan worden onderzocht hoe dit evenwicht tot stand is gekomen: Wie zijn de winnaars? Welke strategieën hebben geleid tot het binnen halen van veel klanten? Het belangrijkste onderwerp wat hier zal moeten worden bekeken is het feit of het al dan niet voldoende is om een goed imago te hebben bij verwijzers en cliënten om een groot klantenbestand te behouden.

Dé demografische ontwikkeling die de thuiszorgvraag op korte en op lange termijn zal gaan beïnvloeden, is de vergrijzing. Uit de vele onderzoeken over dit onderwerp komt naar voren dat de zogenaamde grijze druk (de verhouding tussen het aantal personen van 65 jaar of ouder en het aantal personen in de 'productieve' leeftijdsgroep van 20-64 jaar) de komende decennia sterk zal toenemen. Of deze vergrijzing even snel zal stijgen als de vraag naar thuiszorg, valt te betwijfelen. Ook andere ontwikkelingen hebben hierop invloed. Zo wordt er momenteel nog amper gebruik gemaakt van de mogelijkheid om particulier of via een PGB zorg in te kopen. De verwachting is, dat de groep ouderen die deze constructie wel zal gaan gebruiken, zal groeien. Ook is de vraag naar thuiszorg vanuit diverse groepen allochtone ouderen nog relatief gering, de vraag is of deze zal stijgen of niet. Hier ligt dus een taak weggelegd voor onderzoekers.

6.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Een begrijpelijke reactie op de definitie van macromarketing zoals deze in deze thesis is geformuleerd zou kunnen zijn: externe ontwikkelingen, daar kunnen wij geen invloed op uitoefenen. Dit is voor een deel waar, want demografische en sociaal-economische ontwikkelingen kunnen door individuele organisaties niet worden gestuurd. Ook de overheid heeft hierop maar in zeer beperkte mate invloed. Echter, zoals al eerder in deze thesis naar voren kwam, kan via relatiemarketing en belangenbehartiging door overkoepelende organisaties veel worden bereikt. Wat wellicht in de toekomst een belangrijk speerpunt zou kunnen zijn, is dat de overheid een duidelijke keuze zal moeten maken tussen marktwerking en overheidscontrole. Momenteel durft de overheid niet echt een kant te kiezen en houdt ze vast aan de CTG-tarieven en zorgkantoren. Wellicht gaat een en ander veranderen door de WMO.

De overheid kan een belangrijke rol spelen bij de keuze voor thuiszorginstelling die de cliënt moet maken. Door het uitvoeren van een benchmark houdt zij de informatie beschikbaar voor kiezers. Wat hierbij een belangrijk onderdeel van de communicatie naar de cliënten toe zal zijn, is het profileren van de individuele thuiszorgorganisatie. Veel cliënten weten niet dat er aparte thuiszorginstellingen bestaan, maar denken dat 'thuiszorg' een overheidsinitiatief is.

De brancheorganisaties zouden bij het marketen van de thuiszorg een belangrijke rol kunnen spelen. Zij ondersteunen op dit moment hun leden al op verschillende manieren, de positieve reacties vanuit de instellingen geven aan dat dit beleid moet worden voortgezet en wellicht wel uitgebreid. Gezocht moet worden naar manieren om een ondanks de onderliggende tegenstellingen toch alle leden te ondersteunen bij het voeren van een marketingbeleid. Zo valt te denken aan het op grotere schaal in kaart brengen van de thuiszorgcliënt. Door marktonderzoek kan tot in groot detail worden uitgezocht hoe de markt er per regio uitziet. Verder zal het vanuit het oogpunt van kwaliteit belangrijk blijven om de instellingen te blijven controleren op het verzorgen van kwalitatief hoogstaande zorg. Wellicht zou het goed zijn om, in samenwerking met een opleidingsinstituut, een opleiding tot zorgmanager te gaan opzetten. Hierbij kan men zich dan specifiek richten op de thuiszorgsector. Dit jaar wordt in Tilburg gestart met de opleiding Bachelor Commerciële Economie: Health Care & Medical Marketing Studies. De brancheorganisaties kunnen hier wellicht in samenwerking met deze hogeschool afstudeerplekken aanbieden om zich van een goede instroom van de juist opgeleide mensen te verzekeren. In de eigen opleiding Master Zorgmanagement van het iBMG zou ook meer aandacht aan het onderwerp marketing en de thuiszorgsector gegeven kunnen worden.

Het is voor thuiszorginstellingen onvermijdbaar om te gaan nadenken over het voeren van een marketingbeleid, als zij zich willen handhaven in de huidige markt of willen groeien. Wat van belang is, is dat de marketingstrategie aansluit op het algemeen strategisch beleid. Als eerste moet men hier de vraag voor beantwoorden: 'Wie is onze cliënt?'. Vanuit deze vraagstelling kunnen verschillende doelmarkten onderkend worden, zoals de particuliere markt. In het kader van een goede marketingstrategie zal het belangrijk worden om tot goede afspraken met gemeenten te komen, om toestroom van nieuwe cliënten via dit kanaal te waarborgen. Gemeenten zelf zijn echter niet erg toegankelijk om tot afspraken te komen. Het is echter voor instellingen van groot belang om te laten zien dat zij de juiste instelling zijn voor de gemeenten om zaken mee te doen. Wat organisaties met een groot verzorgingsgebied (van een aantal gemeenten) zich kunnen afvragen is het volgende: "Blijven we wel in alle gemeenten zorg leveren?" Wellicht is het veel gunstiger om met gemeente X tot afspraken te komen, dan met gemeente Y.

Binnen de particuliere markt hoeft men zich door de modernisering van de AWBZ niet meer te beperken tot de traditionele doelgroep, nieuwe markten kunnen worden gezocht. Via marktonderzoek, kunnen deze particuliere doelmarkten bepaald worden. Aanvullende producten en diensten kunnen als breekijzer fungeren naar de markt om (op termijn) nieuwe zorgcliënten aan te trekken en de zorgproductie ook voor de toekomst veilig te stellen. Door uniforme aanbiedingen en een overvloed aan marketingboodschappen wordt het voor zorginstellingen steeds moeilijker om de aandacht te trekken van (potentiële) cliënten. Het antwoord hierop is een meer cliëntgerichte benadering door te werken met klantgroepen.

Het is echter nooit voldoende om alleen een goed marketingbeleid te hebben. Zeker zo belangrijk is het leveren van kwalitatief hoge zorg aan de cliënt. Dit is alleen mogelijk als zowel horizontaal (met andere thuiszorginstellingen) als verticaal (zoals met ziekenhuizen, om tot een goede keten te komen) wordt samengewerkt met andere instellingen. Ook dient gezorgd te worden voor een goed kwaliteitsbeleid, waar de meeste instellingen uit dit onderzoek overigens al mee bezig zijn. Ook op het gebied van kwaliteit kan de overheid een belangrijke rol spelen. Zij zijn degene die moeten zorgen voor inspectie van de geleverde zorg. Verder zijn alle zorgmedewerkers gezamenlijk een kritieke succesfactor. Zij moeten immers dagelijks waarmaken wat de organisatie belooft. Het is daarom voor organisaties van levensbelang dat zij investeren in het aantrekken en behouden van gemotiveerd, hoogopgeleid personeel. Dit personeel dient een rol te vervullen in het communicatie- of marketingbeleid. Zij dragen de visie van de instelling uit.

Zorginstellingen moeten weten wat de exacte kostprijs is van hun producten en diensten. Op basis van de kostprijs, de vraag uit de markt, de eigen concurrentiepositie en het vereiste rendement dienen aantrekkelijke verkoopprijzen vastgesteld te worden. Hierbij kunnen verschillende prijsmodellen gehanteerd worden, al naar gelang de doelmarkt en klantgroep. Naast de verkoopprijs spelen ook andere 'kosten' een rol voor de cliënt, zoals de tijd en inspanning die men kwijt is om een product of dienst af te nemen. Des te minder inkoop tijd en inspanningen cliënten hoeven te leveren, des te sneller is men geneigd om tot aanschaf over te gaan. De prijs/kwaliteit-verhouding wordt een belangrijk aspect binnen het beleid.

Referenties

- Assael, H. (1985). *Marketing management: strategy and action*. Boston Mass: Kent.
- Baker, J. (1987). *The marketing book*. London: Heineman.
- Bartels, R. & Jenkins, R.L. (1977). Macromarketing, *Journal of Marketing*, (41:4), 13-20.
- Beckham, D. (2001). A look back at some strategies that worked- and some that didn't. *Health Forum Journal*, (44:4), 37-41.
- Benett, P.D. (Ed.). (1995). *Dictionary of marketing terms*. Chicago: American Marketing Association.
- Blok, de C., Meijboom, B., Luijkx, K., Akker, van den P en Brinkhof, D. (2005). Vormgeven aan vraaggerichte ouderenzorg, *ZM Magazine* (9:1), 1-6.
- Bolton, P. en Mira, M. (2001). Marketing government-sponsored primary care services. *Marketing health services*, (21:4), 42-43.
- Crommentuyn, R. (2006). Geen grijze bal gehakt: marketingstrategieën vinden voorzichtig hun weg in de zorg. *Medisch contact* (20:3), 14-15.
- Dholakia, N. en Nason, R.W. (1984). Research issues in Macro-marketing: a blueprint for progress. *European Journal of Marketing*, (18:1), 41-55.
- Gibbels, M. (2004). Marketing in de zorg: wees geen grauwe aardappel. *Zorgvisie*, (8:3), 14-15.
- Holbrook, M.B. (1999). Higher than the bottom line: reflections on some recent macromarketing literature. *Journal of Macromarketing*, (19:1), 48-74.
- Joldersma, F., Mouwen, C.A.M., Otto, M.M., Geurts, J.L.A. (2003). *Strategisch management van non-profitorganisaties*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Kotler, P.J. & Clarke, R.N. (1987). *Marketing for health care organisations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kotler, P.J. & Keller, K.L. (2005). *Marketing management*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Lapré, R., Rutten, F. & Schut, E. (2001). *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarsse: Elsevier Gezondheidszorg.
- Leeuwen, van S. (2005). Zorgmarketing: nieuwe uitdaging voor zorg, *ZM Magazine* (9:1), 20-23.

- Leeuwen, van S. & Stigter, T. (2006). Zorgmarketing is een bijzondere vorm van marketing, *Zorgspecial 2*, 4-9.
- Mandour, Y., Bekkers, M. & Waalewijn, P. (2005). *Een praktische kijk op marketing- en strategiemodellen*. Den Haag: Sdu uitgevers.
- Morgan, R.E. (1996). Conceptual foundations of marketing and marketing theory. *Management decision*, (34:10), 19-26.
- Moschis, G.P., Bellenger, D.N. en Curasi, C.F. (2003). Before targeting the elderly market, find out how they make healthcare choices, *Marketing health services*, (23:1), 17-21.
- Mathijssen, S.W. & Winkel, E.G.J. (2005). *Informatie in verandering: een inventarisatie van de veranderingen in de informatievoorziening*, Utrecht: Prismant.
- Oyen, F.G.P.H. & Schuyteneer, de G.F.A. (2005). *Marketing voor de zorg; een praktische handleiding: het marketingconcept als hulpmiddel voor strategieontwikkeling*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Scholten, C. & Klaver, de P. (2004). Vraagsturing in de thuiszorg: U vraagt, wij draaien? *Basis, Themanummer Zorg*.
- MacStravic, S. (1983). Macro-marketing in health care. *Hospital and health services administration*, (28:3), 54-57.
- Weiss, R. (2002). Tales from the marketing front. *Marketing Health Services*, (22:2), 12-13.
- Willcocks, S. & Conway, T. (1998). Strategic marketing and clinical management in health care: a possible way forward. *Journal of Management in Medicine*, (12:2), 120-134.
- Willemsens, C. (2005). Thuiszorginstellingen moeten strategische keuzes maken: scenario's voor huishoudelijke zorg. *Zorgvisie*, (8), 30-31.
- Zif, J. (1980). A managerial approach to macromarketing. *Journal of marketing*, (44:1), 36-45.

Geraadpleegde internetsites:

<http://www.annevillegroep.nl> (ketenzorgproject Amphia Ziekenhuis, Breda)

<http://www.arcares.nl> (brancheorganisatie verpleging & verzorging, Utrecht)

<http://www.branchebelang-thuiszorg.nl> (brancheorganisatie thuiszorg Nederland, Oosterhout)

<http://www.cak-bz.nl> (Centraal Administratie Kantoor, Den Haag)

<http://www.cbs.nl> (Centraal Bureau Statistiek, Heerlen)

<http://www.ciz.nl> (Centrum Indicatiestelling Zorg, Driebergen)

<http://www.ctgzorg.nl> (College Tarieven Gezondheidszorg, Utrecht)

<http://www.invoeringwmo.nl> (VNG en VVs informatiesite over de WMO)

<http://www.minvws.nl> (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn, Sport. Den Haag)

<http://www.pgb.nl/hulpgids.php> (PGB-hulp)

<http://www.rivm.nl> (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu, Bilthoven)

<http://www.RvZ.nl> (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer)

<http://www.scp.nl> (Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag)

<http://www.thuiszorg.nl> (Site van Z-org, Bunnik)

<http://www.thuiszorg-gids.nl> (gids met zorginstellingen, Zutphen)

<http://www.zorgkantoor-wb-zhe.nl> (Zorgkantoor AWBZ)

<http://www.zorgwelbrabant.nl> (overzicht zorg van GGD en provincie, 's Hertogenbosch)

De afbeelding op het titelblad is afkomstig van de site van de SP, dossier thuiszorg

<http://www.sp.nl/service/dossiers/thuiszorg>

Voorts zijn de sites van deelnemende thuiszorgorganisaties geraadpleegd. Om privacyredenen worden deze hier niet weergegeven.

Bijlagen

Bijlage 1 COROP-gebieden van Nederland

Bijlage 2 Overzicht gemeenten COROP-regio 33 met dorpskernen

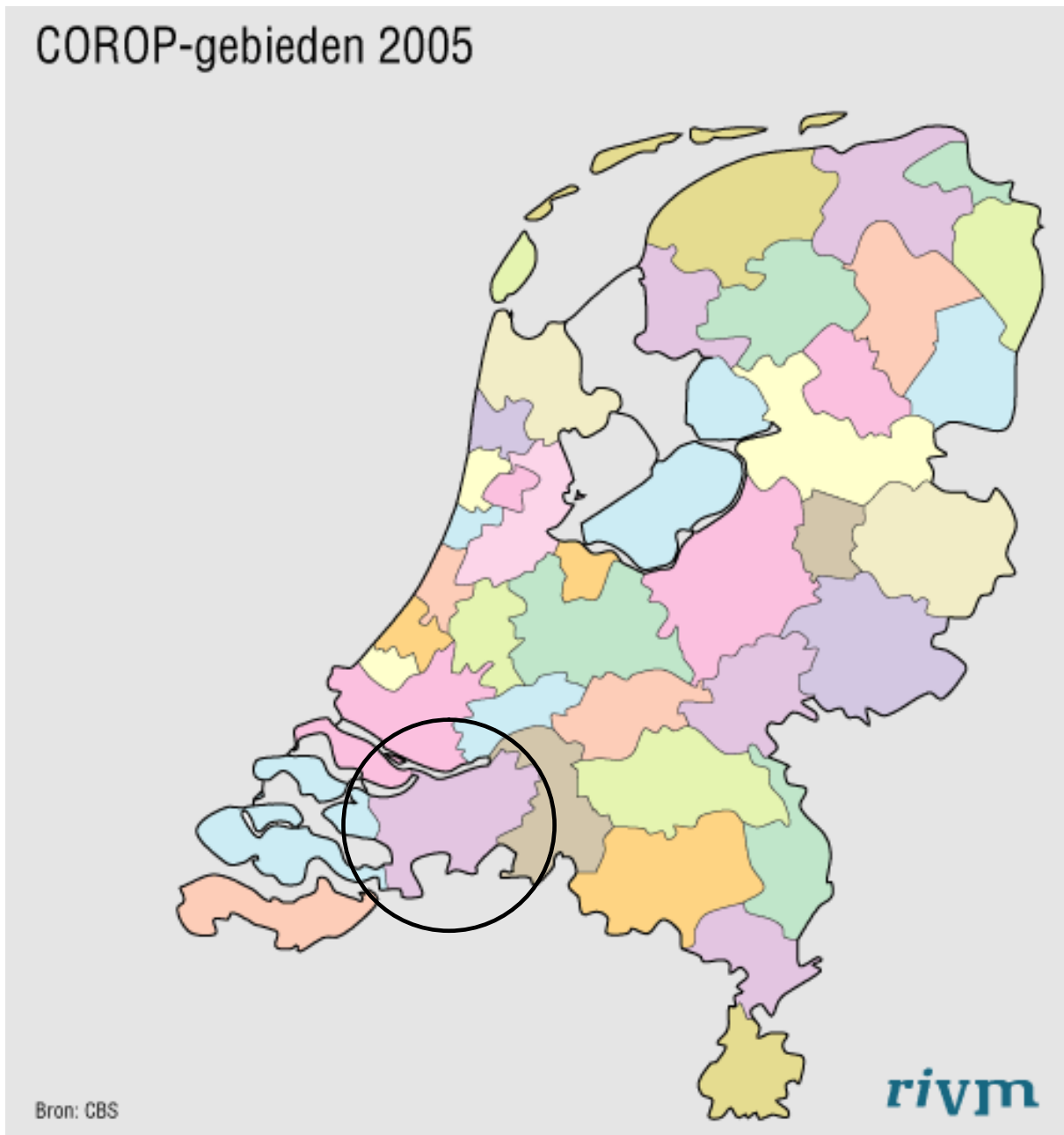
Bijlage 3 Verschillen reguliere en zorgmarketing

Bijlage 4 Berekening eigen bijdrage thuiszorg

Bijlage 5 Topicijst interviews thuiszorgorganisaties

Bijlage 6 Lijst van afkortingen

Bijlage 1 COROP-gebieden in Nederland



COROP-gebieden in Nederland, omcirkeld is nummer 33 (RIVM, 2006)

Bijlage 2 Overzicht gemeenten COROP-regio 33 met dorpskernen

	Gemeente	Inwoneraantal	Dorpskernen
1	Bergen op Zoom	65.769	Bergen op Zoom Halsteren Jankenberg Klutsdorp Lepelstraat Nieuw-Borgvliet Nieuwe Molen Noordgeest Oude Molen Schans, De Vrederust Waterkant Zuidgeest
2	Breda	169.845	Bavel Belcrum Boeimeer Bolberg Breda Effen Eikberg Gageldonk Ginneken Haagse-Beemden Heusdenhout Heuvel Hoeveneind IJpelaarseind; Lies; Lijndonk; Moleneind; Overakker Princenhage Prinsenbeek; Rith; Tervoort; Teteringen; Ulvenhout; Westrik
3	Drimmelen	26.588	Drie Hoefijzers; Drimmelen; Gaete; Helkant; Hooge Zwaluwe; Lage Zwaluwe; Made; Oud-Drimmelen; Schuddebeurs; Strikberg; Stuivezand; Terheijden; Wagenberg; Zonzeelsche Polder
4	Etten-Leur	40.356	Atterlaken; Bremberg; Etten-Leur; Grauwe Polder; Haansberg; Hil Klappenberg; Sander; Slagveld; Vaartkant; Vosdonk; Westpolder
5	Geertruidenberg	20.855	Dombosch; Geertruidenberg; Hooipolder; Laan, De; Raamsdonk; Raamsdonksveer; Statendam
6	Halderberge	29.432	Bosshoofd Gastelsveer Halderberge Heul Hoeven Hof, Achter het; Kruisstraat Kuivezand Nieuw Gastel; Oud Gastel; Oudenbosch; Oudland; Schans Seppe Stampersgat Stoof Velletri
7	Moerdijk	36.713	Achterdijk Barlaque Binnen-Moerdijk Bovensluis Calishoek Driehoek Fijnaart Groote Polder Hazeldonk Heijningen Helwijk Hoekske Kade Klundert Krauwelgorsse Polder Kreek Kwartier Langeweg Lochtenburg Moerdijk Nieuwemolen Noordhoek Noordschans Oranjeoord Oudemolen Pelikaan Roodevaart Stadse Dijk Standdaarbuiten Tonnekreek Willemstad Zandberg Zevenbergen Zevenbergschen Hoek Zevenhuizen Zwingelspaan
8	Oosterhout	52.877	Aalst, Ter Dorst Eind van den Hout Heistraat Hout, Den Oosteind Oosterheide Oosterhout Seters Steelhoven Steenoven Vrachelen Warande
9	Roosendaal	77.663	Akker Boeiink Borteldonk Brembosch Bulkenaar Everland Haiink Hazelaar Heerle Hulsdonk Kalsdonk Kortendijk Kroeven, De Langdonk Moerstraten Nispen Oostlaar Pindorp Roosendaal Tolberg Vinkenbroek Vroenhout Wouw Wouwse Plantage Zoomvliet
10	Rucphen	22.435	Achterhoek Berk Brand Dood, De Langendijk Munnikenheide Oosteind Rucphen Schijf Sint Willebrord Sprundel Vorensende Zegge
11	Steenbergen	23.361	Blauwe Sluis Bocht, De Boompjes Boompjesdijk Dinteloord Dintelsas Heen, De Heenske Polders Hogendijk Kladder Koevering Kruisland Nieuw-Vossemeer Notendaal Pelsendijk Prinland Rolaf Steenbergen Welberg Zwarte Ruiter
12	Woensdrecht	21.149	Aanwas Calfven Eiland Hoogerheide Huijbergen Ossendrecht Overberg Putte Staartsche Duinen Woensdrecht Zandfort
13	Zundert	20.763	Achtmaal Bredschot Buis, De Diunt Driehoek Hazeldonk Hulsdonk Kaarschot Klein-Oekel Klein-Zundert Moeren, De Oekel Ostaaijen Raamberg Rijsbergen Stuivezand Tiggelt Wernhout Wildert Zundert
	<i>Totaal</i>	<i>607.806</i>	

(CBS, 2006)

Bijlage 3 Verschillen reguliere en zorgmarketing

- 1 Zorgmarkt is een gereguleerde markt; er zijn regels voor de commerciële speelruimte van zorgaanbieders. Zo mogen zij bijvoorbeeld geen winst maken. Verder is de invloed van de overheid via het Zorgkantoor, zorgverzekeraars en verschillende organen (CIZ en CTG) groot. Deze spelregels bepalen voor een groot deel de (on)mogelijkheden op zorgmarketinggebied.
- 2 Zorgsector is een gedifferentieerde markt; de verschillende deelsectoren hebben ieder zijn eigen kenmerken. Iedere sector vraagt om een eigen marketingaanpak.
- 3 Mate van marktwerking verschilt per deelsector; de thuiszorgsector is al sterker in beweging dan bijvoorbeeld ziekenhuizen, waar 10% van de prijzen is vrijgegeven (B-segment).
- 4 Zorgmarkt bestaat uit een zakelijke en een particuliere markt; de zakelijke markt, ook wel B2B (business to business) genoemd vertoont veel verschillen tussen de zorgsector en bedrijfsleven. Zo ziet het bedrijfsleven de zakelijke en consumentenmarkt doorgaans als twee gescheiden afzetmarkten. Echte zakelijke levering van zorg (bijvoorbeeld een ziekenhuis dat verpleegdagen aan een bedrijf verkoopt) zien we in de praktijk nog niet.
In het zakelijke segment, B2C (business to consumer) vinden we het zorgkantoor, verzekeraars, gemeenten, ketenpartners en verwijzers. Er wordt door instellingen dan ook een tweesporenbeleid gevoerd: raamcontracten afsluiten met het zakelijke segment, en de consument bewegen om voor hen te kiezen wanneer een behoefte aan zorg ontstaat.
- 5 Cliënt bepaalt de kwaliteit van de dienst; perceptie wordt naast de eerder genoemde vijf P's en proces als een zevende p genoemd
- 6 Cliënt kent vele gedaantes; er zijn zakelijke klanten (organisaties), particuliere klanten (consumenten), binnen de laatstgenoemde variëren de klanten van moeders met peuters tot ouderen in de laatste levensfase. In veel gevallen is de cliënt niet degene die de keuze voor zorg maakt.
- 7 Prijzen en vergoedingen zijn beperkt beïnvloedbaar; het CTG bepaalt grotendeels de tarieven en budgetten van de zorg die zorginstellingen leveren. Verder heeft de zorg te maken met de publieke opinie, prijzen kunnen niet te hoog worden, zonder dat men er tegen protesteert. Ook wordt voor de zorg vaak aileen een eigen bijdrage betaald, dit is de waargenomen prijs voor de cliënt.
- 8 Zorg is van iedereen; cliëntenraden en patiëntenverenigingen nemen een belangrijke plaats in. Vaak zijn hun taken wettelijk vastgelegd. Daardoor zijn het belangrijke spelers waarmee terdege rekening gehouden moet worden.
- 9 Besturen versus ondernemen; Zorginstellingen veranderen van budgetgestuurde bestuursorganen tot opbrengstgerichte ondernemingen. Waar voorheen bestuurders nodig waren is er nu een vraag naar ondernemers.
- 10 Zorgmarketing is een veranderingsproces; het zal nog wel even duren voordat de meeste zorginstellingen gewend zijn om marketingbeleid te voeren.

(van Leeuwen en Stigter, 2006)

Bijlage 4 Berekening eigen bijdrage thuiszorg

De eigen bijdrage wordt bepaald door de overheid en is afhankelijk van het verzamelinkomen van cliënt en partner. De eigen bijdrage bedraagt minimaal € 16,40 per periode (=4 weken) en maximaal € 12,00 per uur tot een maximum € 544.20 per periode. Voor de particuliere cliënt en de PGBers geldt natuurlijk wel dat er onder of boven de prijs kan gewerkt worden en dus strategisch kan worden geprijsd.

Verzamel-inkomen	Uren per periode	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
=13.919 euro		16,40	16,40	16,40	16,40	16,40	16,40	16,40	16,40	16,40	16,40
15.000 euro		28,88	28,88	28,88	28,88	28,88	28,88	28,88	28,88	28,88	28,88
16000 euro		40,42	40,42	40,42	40,42	40,42	40,42	40,42	40,42	40,42	40,42
17000 euro		48,00	51,95	51,95	51,95	51,95	51,95	51,95	51,95	51,95	51,95
18000 euro		48,00	63,49	63,49	63,49	63,49	63,49	63,49	63,49	63,49	63,49
19000 euro		48,00	75,03	75,03	75,03	75,03	75,03	75,03	75,03	75,03	75,03
20000 euro		48,00	86,75	86,75	86,75	86,75	86,75	86,75	86,75	86,75	86,75
22500 euro		48,00	96,00	115,42	115,42	115,42	115,42	115,42	115,42	115,42	115,42
25000 euro		48,00	96,00	144,00	144,26	144,26	144,26	144,26	144,26	144,26	144,26
27500 euro		48,00	96,00	144,00	173,11	173,11	173,11	173,11	173,11	173,11	173,11
30000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	201,95	201,95	201,95	201,95	201,95	201,95
35000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	240,00	259,65	259,65	259,65	259,65	259,65
40000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	240,00	288,00	317,34	317,34	317,34	317,34
45000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	240,00	288,00	336,00	345,03	375,03	375,03
50000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	240,00	288,00	336,00	384,00	432,00	432,72
=55.000 euro		48,00	96,00	144,00	192,00	240,00	288,00	336,00	384,00	432,00	480,00

(www.cak.nl)

1. Zoek in de linkerkolom het verzamelinkomen uit 2004 van u en uw eventuele partner bij elkaar opgeteld. Zit uw inkomen er niet bij? Neem dan het inkomen dat het meest in de buurt ligt. Eventueel neemt u voor de zekerheid een inkomen dat hoger is, dan komt u niet voor verrassingen te staan. Let op: dit zijn geen vaste tabellen, maar geven slechts een indicatie van wat u zult gaan betalen.
2. Zoek het aantal uren zorg op dat u per week ontvangt. Het bijbehorende aantal uren per periode staat eronder vermeld.
3. Het vakje waar de verticale rij (uw inkomen) en horizontale kolom (uw uren) elkaar kruisen, is het door u te betalen bedrag.

Bijlage 5 Topiclijst interview thuiszorgorganisaties

Introductie

- Bedanken voor de medewerking aan het interview.
- Voorstellen: naam, volgen Master ZOMA aan EU te Rotterdam.
- Onderwerp interview introduceren
- Voicerecorder uitleggen, toestemming vragen
- Uitleggen hoe interview wordt uitgewerkt
- Tijdsduur interview (ongeveer een uur).
- Zijn er nog onduidelijkheden of vragen?
- Recorder aan!

Persoonlijke gegevens

- Naam
- Functie binnen de organisatie

Globaal beeld organisatie

- Hoe is de organisatie gestructureerd?
- Welke activiteiten vinden plaats binnen de organisatie?
- Wat zijn de doelstellingen (missie, visie)?

Marketing binnen organisatie

- Hoe heeft de organisatie gereageerd op de veranderingen in wetgeving?
- Welke scenario's ziet de geïnterviewde voor de komende jaren?
- Hoe is het proces van creëren van marketingbeleid verlopen?
 - o Porter (vijfkrachten analyse) voorleggen
 - Op welke kracht richt de organisatie zich met marketing
 - Welk substituuat is het belangrijkste
 - Welke concurrent is het belangrijkste
 - Welke verwijzers worden benaderd?
- Hoe is gesegmenteerd: doelgroepen marketing?
- Wie zijn de verantwoordelijken voor marketingbeleid?
- Inhoud marketingbeleid
 - o Marketingmix voorleggen
 - Prijs
 - Product
 - Personeel
 - Plaats
 - Promotie
- Invloed van overheid of branche op het vormen van een marketingbeleid

Afsluiting

- Korte samenvatting geven van mijn indrukken.
- Hebt u nog vragen of wilt u iets aanvullen?
- Anonimiteit bespreken, afspraak maken over terugkoppeling
- Mag ik bellen als ik vragen heb?

- Voicerecorder uitzetten.
- Nogmaals bedanken voor medewerking.

Bijlage 6 Lijst met afkortingen

ATZW	Advies Thuiszorg Zuid-West
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BoZZ	Brancheorganisatie voor zelfstandige zorgverleners)
BTN	Branchebelang Thuiszorg Nederland
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIZ	Centraal Indicatieorgaan Zorg
COROP	Coördinatie Commissie Regionaal Onderzoeksprogramma
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DAT	De Algemene Thuiszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatiemodel Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HVZ	Huishoudelijke Verzorging
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NSWAC	Nederlandse Stichting Woon- en Activiteitencentra
PGB	Persoons Gebonden Budget
PR	Public Relations
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RvZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SES	Sociaal Economische Status
SPOT	Samenwerkende Particuliere Organisaties Thuiszorg
SVT	Stichting Vrijwillige Thuiszorg
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
V&V	Verpleging en Verzorging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Z-org	Brancheorganisatie van zorgondernemers

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.