

EHBO²
(Eerste Hulp Bij Ontwikkelen en Organiseren)
van Marketing- en Stakeholderstrategieën voor zbc's.

Christel Heijmans (145950)

Rotterdam, 16 juli 2007

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg,
Erasmus Medisch Centrum
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement

Afstudeerbegeleider: Prof. Dr. R. Huijsman MBA

Meelezer: M. Stoffer Msc



Voorwoord

Een van de laatste hobbels die je als student moet nemen, voordat je een bul mag ontvangen, is het schrijven van een afstudeerscriptie. Gelukkig werd mij een trendy thema aangereikt: 'Marketing in de gezondheidszorg' en had ik de mogelijkheid om dit los te laten op een groep ondernemende en relatief jonge organisaties in de zorg, namelijk zelfstandige behandelcentra (zbc's). Met deze instellingen voor medisch specialistische zorg heb ik, als zorginkoper bij Achmea Zorg, beroepsmatig affiniteit. Daarnaast hebben zbc's mijn persoonlijke interesse gewekt, omdat zij doorgaans een goedkope, snelle en klantvriendelijke werkwijze hebben, die een verfrissend en prikkelend effect heeft op de zittende garde.

Het is een goed gebruik om iedereen te bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan deze scriptie. Op de eerste plaats natuurlijk alle directeuren en (marketing)managers van zbc's, die bereid waren om de vragenlijsten in te vullen en tijd vrij te maken voor de interviews. Zonder u was er immers geen onderzoek.

Een aantal personen wil ik in het bijzonder noemen:

Jan, jij hebt me het zetje in de rug gegeven om BMG weer op te pakken. Je hebt me eveneens studiefaciliteiten geboden. Ik heb veel van je relatiegerichte aanpak geleerd en wens je alle succes toe bij BPI. Gerben, Arnoud en Mat, jullie missie als 'aanjagers' is voltooid, de scriptie is ingeleverd! Ik hoop dat jullie een supertijd blijven houden bij de Achmea-groep en bij PsyQ. We houden zeker contact! Robbert, dank voor je kritische, enthousiaste en zeer flexibele scriptiebegeleiding. Je hebt een prettige rol hebt gehad in het bewaken van het kwaliteitsniveau van de scriptie en hebt me veel bijgebracht op het gebied van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Tevens heb je Jeroen en mij de kans gegeven om te publiceren in het tijdschrift ZM Magazine. Ik wens je veel plezier en succes als directeur bij Zorg Consult Nederland. Jeroen, tijdens ons gezamenlijke deelonderzoek was jij mijn maatje waarmee ik kon sparren over ons gekozen thema. Dankzij jouw technische kwaliteiten hebben we onze vragenlijst op een 'moderne' wijze aan kunnen bieden aan de respondenten, en op een zeer efficiënte wijze onze data kunnen verzamelen. Ger en Lucie, ik wil jullie bedanken voor het delen van jullie expertise op het gebied van zbc's en (zorg)marketing. Ton, jouw praktische tips over de vragenlijst heb ik zeer gewaardeerd. Ik ben je dankbaar voor de tijd die je hiervoor hebt vrijgemaakt. Ilse, Mark, Linda, Arjan, Tamar, Rene, Martijn, Martine, Shelly en Dewi, ik houd jullie aan de belofte om de komende tijd allemaal leuke dingen samen te doen. Lieve ouders, jullie hebben altijd gezorgd voor een warm en liefdevol nest, waarbinnen jullie dochters konden studeren om 'later' op eigen benen te kunnen staan. Jullie aanpak is voor mij het goede voorbeeld! Lieve Bob, je hebt me alle rust en ruimte gegeven. We kunnen weer samen gaan klussen in huis en ons verder gaan voorbereiden op de komst van onze baby.

Samenvatting

Zelfstandig behandelcentra (zbc's) zijn relatief jonge spelers op de medisch specialistische zorgmarkt. Deze markt is in verandering door de introductie van marktwerking vanuit de overheid. Dit kan ertoe leiden dat zbc's op termijn niet meer automatisch verzekerd zijn van voldoende klanten en klantverwijzers om hun dienstenaanbod op peil te houden. Er kan immers ook voor de concurrent gekozen worden. Dit maakt het voor zbc's van belang om zich te bezinnen op hun identiteit, omgeving en hun toekomst, zodat zij een duurzaam onderscheidend vermogen kunnen creëren. Dit impliceert aandacht voor marketing. Zbc's dienen in toenemende mate externe stakeholders te beïnvloeden ten gunste van hun centrum. In dit onderzoek is gekeken welke concepten uit de strategische marketing zbc's hierbij kunnen helpen. Hiervoor is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, en kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Hieruit is gebleken dat de strategische marketingconceptie zbc's kan ondersteunen bij het richten op lange termijn relaties met belangengroepen binnen en buiten de organisatie. Zo valt er voor tenminste tweederde van de zbc's winst op het terrein van marketing te behalen. Belangrijke verbeterpunten voor de gemeenschappelijke zbc's zijn het verzamelen van adequate marketinginformatie en het inzetten van innovatieve marketingstrategieën en -plannen. Om dit te bereiken dient men deze managementfilosofie te accepteren en hiernaar te handelen. Daarbij staat het management van zbc's voor de uitdaging om het thema bij haar professionals op de agenda te krijgen.

Daarnaast biedt de stakeholdermanagementbenadering zbc's eveneens handvatten om op termijn verzekerd te zijn van voldoende afzet. Deze filosofie is hier ingezet als aanvulling op de strategische marketingconceptie. Op deze wijze wordt eveneens rekening gehouden met de politiek-maatschappelijke context van strategievorming. Het kan zbc's helpen om het samenspel van stakeholderrelaties beter te leren begrijpen. Sleutelstakeholders kunnen immers het waardescheppende vermogen van een zbc versterken. In dit onderzoek is vastgesteld dat het merendeel van de Nederlandse zbc's zich vooral dient te richten op de stakeholdersgroepen huisartsen, patiënten en verzekeraars. Andere mogelijk relevante partijen zijn patiëntenverenigingen, (maatschappen uit) ziekenhuizen en andere zbc's. Van deze stakeholdersgroepen zijn grove diagnoses gesteld en zijn suggesties gedaan voor bijpassende generieke strategieën volgens de Stakeholdermanagementtheorie.

Tot slot is geconstateerd dat het toepassen van de stakeholderbenadering individuele zbc's kan bijstaan bij meer geplande strategievorming richting klanten en klantverwijzers. De resultaten laten zien dat een deel van de stappen uit de benadering door de zbc's doorgelopen wordt en dat er veel herkenning is bij de onderzochte zbc's. Toch lijken stakeholderstrategieën veelal intuïtief gekozen en is geen resultante van het gestructureerd samenvatten en wegen van verschillende factoren uit de stakeholderliteratuur, het vervolgens stellen van een stakeholderdiagnose en het bepalen van de bijbehorende generieke stakeholderstrategie. Daarnaast lijkt de toegevoegde waarde van het model te zitten in het wijzen van zbc's op de mogelijke relaties tussen de stakeholders onderling in het netwerk. Hierdoor kan eventueel voorkomen worden dat coalities tussen deze partijen over het hoofd worden gezien ten gunste danwel nadele van het zbc.

Executive summary

Independent treatment centres (zbc's) are relative young participants on the medical specialist care market. This market is changing through the introduction market forces by the government. This can lead to the fact that zbc's in time will no longer secure sufficient customers and care production to keep up their service offer. As one can also choose for the competition. Therefore it is important for the zbc's to reflect their identity, their surrounding and their future, so they can create a lasting and distinctive position. This implies attention for marketing. Zbc's should increasingly influence external stakeholders in favour of their centre. This research, using literature examination, quantitative and qualitative methods, has examined which concepts of strategic marketing can help the zbc's to achieve this. From this emerged that strategic marketing can support the zbc's in achieving long term relationships with pressure groups in and outside of the organization. At least two-third of the zbc's can gain from this type of marketing. Important improvements for joint zbc's are collecting adequate marketing information and launching innovative marketing strategies and plans. To reach this, the management philosophy has to be accepted and one should also act upon it. Therefore the management of zbc's face the challenge to get this theme at the agenda's of her professionals.

The stakeholder management approach gives the zbc's control to assure themselves in time of sufficient production. This philosophy has been presented as replenishment to strategic marketing. This way the political and social context of the strategy formation can also be accounted for. It can help the zbc's to better understand the play of stakeholder relations. As key stake holders can increase the value capacity of the zbc's. This research has illustrated that most of the Dutch zbc's have to concentrate to stakeholder groups such as family doctors, patients and insurance companies. Other possible relevant parties are patient associations, hospital partnerships and other zbc's. Profound diagnoses and suggestions according to the Stakeholder management theory have been made of these stakeholder groups.

In conclusion the implementation of the stakeholder approach, especially for individual zbc's, can contribute to strategic plans towards customers and customer appointers. The results show that a part of steps of the approach are followed by the zbc's and that there is much recognition at the studied zbc's. Despite these results, the stakeholder strategies are often chosen instinctively and are not the result of structured planning and measuring of several factors from the stakeholder literature, the making of the stake holder diagnoses and setting the appropriate stakeholder strategy. Furthermore the added value of the model appears to be in showing the zbc's the possible relations between the mutual stakeholders in the network. This way, coalitions between parties in favour of or in disadvantage for the zbc's can be prevented.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding	8
1.1. Aanleiding voor het onderzoek	8
1.2. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie.....	11
1.3. Doelstelling, probleemstelling en deelvragen.....	11
1.4. Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2. Methoden van onderzoek	13
2.1. Het onderzoeksontwerp.....	13
2.2. De onderzoeksmethode	14
2.2.1. Fase I: Literatuurstudie	14
2.2.2. Fase II: Kwantitatief onderzoek	15
2.2.3. Fase III: Kwalitatief onderzoek	17
Hoofdstuk 3. Zbc's: een eerste marktverkenning	20
3.1. Definitie zelfstandig behandelcentrum (zbc).....	20
3.2. De ontstaansgeschiedenis van zbc's.....	20
3.3. Karakteristieken van zbc's	22
3.4. Het krachtenveld van zbc's	24
3.5. Conclusies	30
Hoofdstuk 4. Concepten uit de strategische marketing	32
4.1. Marketing als managementfilosofie	32
4.2. Van marketing als filosofie naar implementatie.....	33
4.2.1. Marktoriëntatie bij gezondheidsorganisaties (ziekenhuizen) in de VS.....	33
4.2.2. Het belang van marketing (marktoriëntatie) voor zorginstellingen.....	34
4.2.3. Kenmerken die bijdragen aan de effectiviteit van marktoriëntatie	35
4.3. Het marketingplanningsproces	35
4.3.1. Strategisch definiëren van de missie en marktdefinitie	36
4.3.2. Het analyseren van de externe en interne omgeving	36
4.3.3. Organisatiedoelstellingen en –strategieën bepalen.....	37
4.3.4. Marketingdoelstellingen en –strategieën bepalen.....	37
4.3.5. Marketingplan en implementatie	38
4.3.6. Marketingcontrole en evaluatie	38
4.4. Conclusies	38
Scriptie EHBO ² van Marketing- en Stakeholdersstrategieën voor zbc's.	5

Hoofdstuk 5. Theoretische concepten ten behoeve van klantwerving en -binding.	40
5.1. Noodzaak van werven, binden en behouden van klanten.....	40
5.2. Salesmanagement	40
5.2. Accountmanagement (relatiemanagement)	41
5.3. Customer Relationship Management (CRM)	42
5.4. Relatiemarketing	43
5.5. Conclusies	44
Hoofdstuk 6. Stakeholdermanagement als theoretisch concept.....	45
6.1. Stakeholders	45
6.2. Stakeholders van een zorginstelling	45
6.3. Het strategisch stakeholdermanagementmodel.....	46
6.4. Niveaus van strategisch stakeholdermanagement	47
6.5. De strategische stakeholdermanagementaanpak.....	48
6.6. Het belang van stakeholdermanagement voor zorginstellingen	50
6.7. Conclusies	51
Hoofdstuk 7. Analyse en resultaten kwantitatief onderzoek.....	52
7.1. Resultaten en analyse marktorientatie zbc's.....	52
7.1.1. Respons	52
7.1.2. Karakteristieken van de respondenten.....	52
7.1.3. Uitkomst Marktorientatie	58
7.1.4. Verbanden tussen de karakteristieken en marktorientatie	59
7.2. Stakeholdermanagement	60
7.2.1. Relevante stakeholders	61
7.2.2. Relevante stakeholders: potentiële dreiging of samenwerking.....	61
7.2.3. Diagnose stakeholders en bijbehorende generieke strategieën.....	63
7.2.4. Onderzoek, strategievorming, activiteitenplanning en rendementsmeting.....	64
7.3. Conclusies	66
Hoofdstuk 8. Resultaten en analyse kwalitatief onderzoek	68
8.1. Selectie van de respondenten.....	68
8.2. Beeld van de respondenten en de zbc's.....	69
8.3. Marketingplanning en concurrentiestrategieën.....	72
8.4. Stakeholdermanagementstrategieën.....	75
8.5. Conclusies	83

Hoofdstuk 9. Conclusies, discussie en aanbevelingen	87
9.1. Conclusies deelvragen en probleemstelling	87
9.1.1. Conclusies uit het literatuuronderzoek	87
9.1.2. Conclusies uit het kwantitatieve onderzoek	89
9.1.3. Conclusies uit het kwalitatieve onderzoek	90
9.1.4. Antwoord op de probleemstelling	91
9.2. Discussie	92
9.2.1. De onderzoeksmethode van het kwantitatieve onderzoek	92
9.2.2. Het onderzoeksveld van het kwantitatieve onderzoek.....	93
9.2.3. De onderzoeksmethode van het kwalitatieve onderzoek	94
9.2.4. Het onderzoeksveld van het kwalitatieve onderzoek.....	95
9.3. Aanbevelingen.....	95
9.3.1. Suggesties voor vervolgonderzoek	95
9.3.2. Aanbevelingen voor het veld.....	97
Referenties	99
Bijlage 1. Respondentenlijst waar de vragenlijst naar is verzonden.....	103
Bijlage 2. Expertpanel	105
Bijlage 3. Brief en vragenlijst marktoriëntatie zbc's.....	107
Bijlage 4. Berekening marktoriëntatiescore	118
Bijlage 5. Brief met terugkoppeling marktoriëntatiescore aan zbc's.....	119
Bijlage 6. Vragenlijst casestudies.....	122

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1. Aanleiding voor het onderzoek

Praktijkgeluiden: Hoe kom ik als zelfstandig behandelcentrum aan klanten?

Tijdens gesprekken, die ik als zorginkoper voer met nieuwe en bestaande zelfstandige behandelcentra (zbc's), komt met enige regelmaat het wel en wee van klantenwerving naar voren. Een deel van de zbc's geeft aan, dat zij zoeken naar wegen om (winstgevende) klanten te bereiken. Direct via bijvoorbeeld Internet of indirect via het beïnvloeden van externe verwijzende partijen. Huisartsen, echter, lijken eerder te verwijzen naar aanbieders waar zij al een langdurige relatie mee hebben opgebouwd en staan niet altijd open voor nieuwe aanbieders. Daarnaast lijken zorgverzekeraars verschillende visies te hebben ten aanzien van het fenomeen zbc's, waardoor het verkrijgen van een overeenkomst bij een aantal van hen moeizaam of niet van de grond komt, laat staan bemiddeling van verzekerden.

In tegenstelling tot bovengeschetste situaties zijn er ook zbc's die vertellen dat zij niet aan actieve klantenwerving (hoeven) doen, omdat zij als aanbieder op een strategische locatie zijn gevestigd en/of zich richten op een deelgebied (specialisme) waarvoor wachtlijsten bestaan. Zo liet een manager van een zbc op het gebied van oogheelkunde weten, dat zijn organisatie zich bewust heeft gevestigd boven een brillenwinkel en nauwe contacten onderhoudt met de daar werkzame opticiens en optometristen. Over en weer versterken zij elkaars belangen door klanten naar elkaar toe te sturen. Zo ontvangt het zbc mensen die voor een cataract of een laserbehandeling komen, en krijgt de brillenzaak die klanten doorverwezen die niet voor een laserbehandeling in aanmerking komen. Een ander zbc geeft aan bemiddelingsafspraken gemaakt te hebben met zijn regionale zorgverzekeraar over een DBC¹ waar wachtlijsten voor bestaan. Het centrum biedt de leveringsgarantie dat verzekerden die door de verzekeraar bemiddeld worden binnen 5 dagen worden gezien en dat er binnen 10 werkdagen wordt gestart met de behandeling. Tevens worden managementrapportages aangeleverd over de geleverde kwaliteit en inzage geboden in visitatierapporten van de Inspectie van Volksgezondheid en beroepsverenigingen. "En dit alles tegen een schappelijke prijs die een stuk lager ligt dan wat ziekenhuizen vragen" aldus de specialist. Een manager van een ander centrum vertelt dat hij het merendeel van de klanten dankt aan de goede relatie met huisartsen in de buurt. Enthousiast vertelt hij over open dagen, die zij voor huisartsen houden en nascholingen die zij hen aanbieden op het gebied van dermatologie. Op deze manier kunnen de huisartsen een deel van hun patiënten zelf beter behandelen en verzorgen zij een goede voorselectie voordat zij patiënten naar hen doorsturen. Weer anderen laten weten dat zij, via mond-tot-mond reclame, een bepaalde doelgroep aan zich hebben weten te binden, waardoor zij verzekerd lijken van een toestroom van nieuwe klanten. Zij zijn van mening dat goede kwaliteit zichzelf verkoopt.

¹ DBC = Diagnose Behandel Combinatie

Aandacht voor marketing bij zbc's

Bovenstaande praktijkgeluiden hebben alles te maken met vraagstukken die tot het gebied van “de marketing” behoren. De vraag is daarbij in hoeverre zbc's de bedrijfsfunctie marketing inzetten? Een afgeleide vraag is vervolgens welke partijen (klanten en klantverwijzers) zij dienen te beïnvloeden zodat deze, direct of indirect, een bijdrage leveren aan het werven van nieuwe klanten en/of het binden van bestaande klanten. Alvorens dieper op dit thema en de probleemstelling van dit onderzoek in te gaan, wordt de context beschreven van de (veranderende) gezondheidszorg en het effect dat dit heeft op het krachtenveld van zbc's.

Marktwerking in de gezondheidszorg

De Nederlandse zorgmarkt kenmerkt zich nu nog vooral als een netwerk van met elkaar verbonden en onderling afhankelijke partijen (Boonekamp 1994). Deze gesloten netwerken (RVZ 2003) zijn van oudsher corporatistisch van aard en gaan uit van overleg, samenspraak en coöperatie. Daar bovenop heeft Den Haag de afgelopen decennia behoorlijk hiërarchisch gestuurd en heeft er veel zelfsturing plaatsgevonden door beroepsgroepen.

In deze context kan de Nederlandse gezondheidszorg gezien worden als een markt, waarbinnen publiekprivate vermenging plaats vindt, maar waar nog beperkt sprake is van marktwerking. Toch is deze zorgmarkt, in navolging van andere overheidssectoren als het openbaar vervoer, de telefoniemarkt en de energiemarkt, aan de beurt om een omslag te maken naar meer marktwerking. De overheid heeft immers geconstateerd dat het huidige zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten en verzekerden tegemoet komt (VWS 2001, 2005). Door marktprikkels in te voeren en concurrentie te bevorderen, worden partijen aanzet tot doelmatiger handelen en het realiseren van betere kwaliteit en innovatie in de zorg. Dit moet onder meer de mogelijkheid vergroten voor patiënten om te kiezen tussen aanbieders of om invloed uit te oefenen op het product- c.q. dienstenaanbod.

De door VWS (2005) ingevoerde marktprikkels zijn onder meer:

- de introductie van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) bekostigingssystematiek, waarbinnen verzekeraars en aanbieders vrij over de prijzen van de DBC's in het B-segment mogen onderhandelen;
- het vervallen van de contracteerplicht voor het B-segment door het wetsvoorstel Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (HOZ);
- de wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG-ExPres) waardoor het mogelijk is om voor bepaalde DBC's een prestatie zonder tarief vast te stellen en experimenten op het terrein van prijsonderhandelingen gestart kunnen worden;
- de vervanging van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), die het voor nieuwe aanbieders onder meer makkelijker moet maken om toe te treden op de zorgmarkt;
- de invoering van de nieuwe zorgverzekeringwet per 1 januari 2006, waardoor het verschil tussen ziekenfonds en particulier verdwijnt;
- de Wet Marktordering Gezondheidszorg, waardoor CTG/ZAio als Zorgautoriteit een stimulerende rol krijgt ten aanzien van markten in de zorg en toezicht houdt op prijsvorming en prijsregulering.

Andere trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Naast deze (juridische) veranderingen, geïnitieerd door VWS zijn er andere ontwikkelingen en trends in de gezondheidszorg zichtbaar, waar zbc's in hun aanbod rekening mee dienen te houden. In het rapport van VWS 'zorg met toekomst' (2001) wordt onder meer genoemd:

- de vergrijzing van de bevolking als meest voorspelbare *demografische* ontwikkeling. Ook is een toename te verwachten in onder meer het aantal allochtonen, alleenstaanden en oudere moeders. Dit zal resulteren in veranderingen in de zorgvraag, waar zorgaanbieders op dienen in te spelen.
- de welvaarts groei en individualisering als relevante *maatschappelijke* trends. Mede hierdoor worden consumenten mondiger en stellen in toenemende mate eisen aan de gezondheidszorg. Zij zien de gezondheidszorg niet meer als een gunst, maar wensen zelf keuzes te maken als het gaat om de behandelaar, het tijdstip, de plaats en inhoud van het contact, de specifieke verzekeraar en het type zorgverzekering.
- *technologische en wetenschappelijke* ontwikkelingen. Deze leiden ertoe dat er meer ziektes behandeld kunnen worden en daarmee het zorgvolume en de gezonde levensverwachting kunnen toenemen. Ook zal de kwaliteit van de zorg beter en transparanter worden, door het gebruik van informatie- en communicatietechnologie. Daarnaast zullen nieuwe technische mogelijkheden, organisatorische veranderingen teweeg brengen, wat leidt tot een klantvriendelijk zorgaanbod.
- Bovengenoemde technologische ontwikkelingen hebben *economische* implicaties. Naar verwachting zullen hiermee de zorguitgaven stijgen. Verder zullen trends als internationalisering, liberalisering en Europese integratie in de toekomst leiden tot een grotere mobiliteit van goederen, diensten en productiefactoren (arbeidskrachten) en meer concurrentie.

Een complex krachtenveld voor zbc's

De bestaande gesloten netwerken met onderlinge afhankelijkheden tussen diverse partijen, de introductie van marktwerking en andere trends en ontwikkelingen in de zorgsector zorgen voor een complex krachtenveld voor zbc's. Dit kan ertoe leiden dat zbc's op termijn niet meer automatisch verzekerd zijn van voldoende klanten. Als klanten en verwijzers kunnen kiezen, kunnen ze ook voor de concurrent kiezen. De tijden veranderen en zorginstellingen moeten in toenemende mate ondernemen om te overleven (Van Harten en Schuring 2003, Kotler en Clarke 1987). Het maken van heldere strategische keuzes, uitgewerkt in concrete actieplannen wordt daarmee noodzakelijker om klanten te vinden, binden en te behouden (Brandsma en Raemakers 2005). Zbc's zullen zich moeten bezinnen op hun identiteit ("Wie zijn we en wat kunnen we?"), hun omgeving ("Wat gebeurt er om ons heen en hoe kunnen we inspelen op de veranderende markt?") en hun toekomst ("Wat willen we en welke strategieën kunnen wij hanteren?") om zo een duurzaam onderscheidend vermogen te creëren. Marketing is binnen deze strategievorming een essentieel onderdeel. In het bijzonder dienen zbc's in te spelen op de individuele behoefte van de patiënt en te trachten een voorkeurspositie te realiseren bij belangrijke klantverwijzers.

Dit klinkt aannemelijk, maar voor veel zorgorganisaties is marketing een nieuwe uitdaging, waarvoor op dit moment de juiste deskundigheid ontbreekt (Van Leeuwen 2005). Daarnaast lijkt een deel van hen een sceptische houding aan te nemen tegenover marktwerking en marketing. Veelal worden deze begrippen geassocieerd met commercie en agressieve verkoopmethoden. Volgens Boonekamp (2006) gaat marketing in de gezondheidszorg gebukt onder een achterhaald imago, dat nog stamt uit de jaren vijftig. Kenmerkend voor de zorg is dat sprake is van professionele organisaties waar de strategieontwikkeling zelden top-down plaatsvindt en waar professionals ‘weten’ wat goed is voor de klant.

De redeneringen uit deze paragraaf leiden tot de volgende wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie, doelstelling, probleemstelling en deelvragen ten behoeve van dit afstudeeronderzoek.

1.2. Wetenschappelijke en maatschappelijke relevantie

In de literatuur is nog betrekkelijk weinig bekend over het gebruik van marketing in de Nederlandse gezondheidszorg, laat staan over de mogelijke toepassingen hiervan door en voor zbc's. Om kennis op te doen kan een uitstap gemaakt worden naar strategische marketing- en managementconcepten uit het bedrijfsleven. Ook kan worden geleerd van literatuur over de Amerikaanse gezondheidszorg. Marketing is daar al veel langer een essentieel onderdeel van de strategie van zorgorganisaties. Dit is mede te verklaren doordat de gezondheidsmarkt daar een ander, meer competitief karakter kent. De vraag is echter in hoeverre deze concepten direct toepasbaar zijn op de zorgmarkt van Nederlandse zbc's. Deze markt is immers een markt met specifieke eigenschappen die nog sterk afwijkt van een commerciële markt: denk aan de eerdergenoemde weerstand tegen marketing, maar ook het overwegend dienstverlenende karakter van zorg. De diensten die geleverd worden zijn veelal ontastbaar, heterogeen, interactief en vergankelijk, wat ertoe leidt dat het in de praktijk vaak neerkomt op het managen van verwachtingen en ervaringen van de klanten en klantverwijzers. Dit onderzoek wil een bijdrage leveren in het vertalen van strategische marketing (management)concepten naar de zorgmarkt van zbc's. Daarnaast heeft dit onderzoek een praktische relevantie, omdat het zbc's inzicht kan verschaffen in deze concepten. Dit kan hen hulp bieden bij het bepalen van strategieën en actieplannen richting klanten en verwijzers om zich staande te houden in de veranderende omgeving. Door de juiste partijen te managen wordt immers de kans vergroot om “de handel” op de langere termijn te verzekeren.

1.3. Doelstelling, probleemstelling en deelvragen.

De doelstelling van dit onderzoek is het verschaffen van inzicht in marketingconcepten, die zbc's kunnen ondersteunen bij de strategievorming richting klanten en klantverwijzers. Hierdoor kan worden bijgedragen aan het proces van klantwerving, -binding en -behoud. Dit zal resulteren in enkele aanbevelingen op het gebied van strategische marketing bij zelfstandige behandelcentra in Nederland. Om dit doel te bereiken is voor het onderzoek de volgende probleemstelling geformuleerd:

Hoe kunnen concepten uit de strategische marketing zbc's helpen bij de werving en binding van klanten en klantverwijzers?

Om deze probleemstelling te beantwoorden zijn per fase de volgende deelvragen geformuleerd:

Fase 1: Literatuurstudie

1. Wat is de ontstaansgeschiedenis van zbc's? Hoe zijn zij te onderscheiden/typeren in de markt en hoe ziet hun krachtenveld er uit?
2. Welke theoretische concepten biedt de literatuur om te beoordelen in hoeverre zbc's marketing inzetten (lees: marktgericht zijn)?
3. Welke theoretische concepten biedt strategische marketing ten aanzien van het werven en binden van klanten en klantverwijzers?
4. Welke theoretische concepten biedt strategische marketing ten aanzien van managen en beïnvloeden van klanten en verwijzers?

Fase 2: Verkennende fase, kwantitatief onderzoek

5. Hoe marketinggericht zijn de huidige Nederlandse zbc's?
6. Wat zijn voor zbc's de belangrijkste stakeholders, die bijdragen aan het werven, binden en behouden van klanten?
7. Hoe zijn deze stakeholders te typeren volgens de stakeholdermanagementtheorie?
8. Welke strategieën dienen zbc's vervolgens te hanteren bij de typen stakeholders volgens de stakeholdermanagementtheorie.

Fase 3: Verdiepende fase, kwalitatief onderzoek

9. In welke context vindt strategievorming plaats?
10. Hoe positioneren zbc's zich in de markt en welke concurrentiestrategieën worden daarbij gehanteerd?
11. Hoe werkt men in de praktijk stakeholdermanagementstrategieën uit en hoe interfereert dit met de concepten uit de literatuur?
12. Welke conclusies en aanbevelingen kunnen worden gedaan?

1.4. Leeswijzer

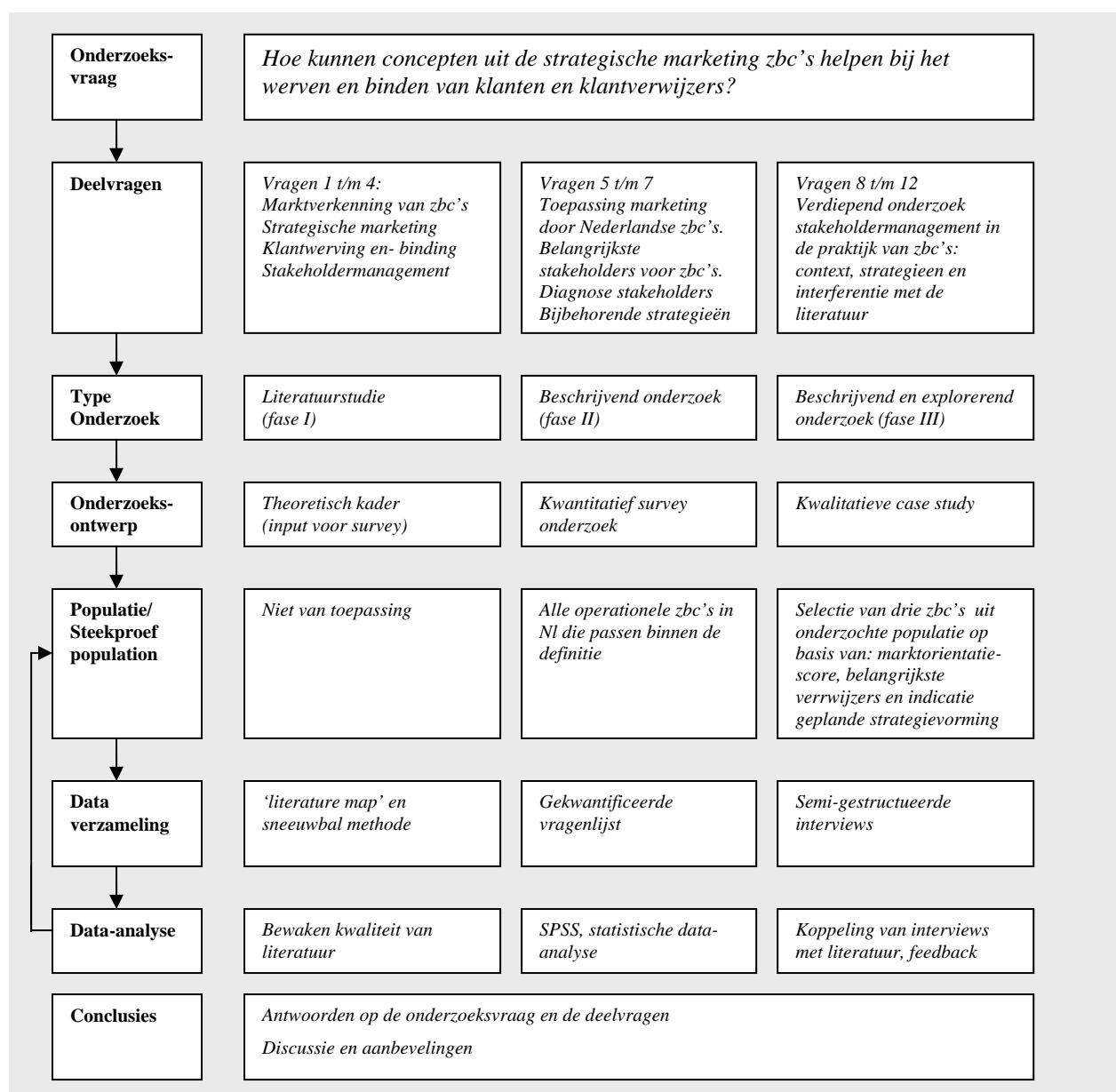
In hoofdstuk 2 worden de methoden van het onderzoek en de verantwoording voor de opzet behandeld. In de hoofdstukken 3 tot en met 6 worden de resultaten uit de literatuurstudie behandeld. Daarbij wordt een eerste verkenning van de markt van de zbc's gedaan en wordt aandacht geschonken aan concepten op het gebied van strategische marketing, klantwerving en klantbehoud en stakeholdermanagement. Hoofdstuk 7 gaat in op de analyses en de resultaten van het kwantitatieve onderzoek. Hiermee wordt beantwoord hoe marktgericht de Nederlandse zbc's zijn en van welke groepen stakeholders zij het meest afhankelijk zijn als het gaat om klantwerving, -binding en -behoud. In hoofdstuk 8 worden de analyses en resultaten van het kwalitatieve onderzoek gepresenteerd. Hierbij wordt dieper ingegaan op de context van het stakeholdermanagementproces, gehanteerde strategieën en de relaties met de literatuur. In hoofdstuk 9 worden de onderzoeksconclusies besproken en is ruimte voor discussie en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methodiek van het onderzoek uiteengezet. Achtereenvolgens worden het onderzoeksontwerp en de onderzoeksmethode behandeld.

2.1. Het onderzoeksontwerp

Bij empirisch onderzoek kan onderscheid gemaakt worden in twee vormen onderzoek: kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek geeft het soortelijke aan, de eigenschap. Kwantitatief onderzoek staat voor de mate waarin deze eigenschap voorkomt (Wester 1987). In deze scriptie is gekozen voor een combinatie van beide onderzoeksvormen. Het onderzoek is in drie fasen uitgevoerd: literatuuronderzoek, een verkennende fase door kwantitatief onderzoek en een verdiepende fase met behulp van kwalitatief onderzoek. Het karakter van het gehele onderzoek is beschrijvend en explorerend van aard.



Figuur 2.1 Onderzoeksvoorstel (gebaseerd op Baarda en de Goede, 1997)

Fase 1: Literatuurstudie

Op basis van een literatuurstudie wordt inzicht verkregen in concepten uit de strategische marketing. Hierbij ligt het accent op strategische marketingconcepten als marktoriëntatie, marketingmanagement en stakeholdermanagement. Ook wordt literatuur verzameld over zbc's. Onder meer typologieën, omvang, specialismen, type zorg en ontstaansgeschiedenis. Relevante variabelen uit de literatuur worden vervolgens verder uitgewerkt in conceptuele modellen. Hieraan worden de geformuleerde deelvragen getoetst en waar nodig bijgesteld.

Fase 2: Verkennende fase, kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek is beschrijvend van aard. Het gaat er om een systematische beschrijving en catalogisering van gevallen te geven (Baarda e.a.1990). Dit onderzoek heeft als doelstellingen: het verkennen van het veld, inzicht krijgen in de mate van marktoriëntatie bij zbc's, het bepalen van de belangrijkste stakeholders voor zbc's en het mogelijk maken van een (theoriegedreven) selectie van casussen voor de derde fase (best practices).

Fase 3: Verdiepende fase, kwalitatief onderzoek

Dit deel van het onderzoek heeft zowel een beschrijvend als explorerend karakter. Omdat het gekozen onderzoeksthema betrekkelijk 'nieuw' is voor de gezondheidszorg, is er geen duidelijke theorie vooraf en zijn er geen scherp geformuleerde hypothesen voorhanden. Deze onderzoeksfase is gericht op het systematisch ontwikkelen van een theorie of formulering van hypothesen. Het gaat hierbij om een beschrijving van kenmerken en de onderlinge samenhang tussen kenmerken te verklaren (Baarda e.a. 1998). Het onderzoek moet antwoord geven op de verdiepingsvragen. Gezien de beperkte tijd en omvang van dit onderzoek is gekozen voor een drietal casestudies.

2.2. De onderzoeksmethode

In deze paragraaf wordt de onderzoeksmethode van de drie onderzoeksfasen toegelicht.

2.2.1. Fase 1: Literatuurstudie

Een literatuurstudie is noodzakelijk voor het formuleren van het theoretische kader. Hiervoor zijn boeken, tijdschriften en artikelen gezocht, met behulp van digitale databanken als 'Online contents', 'Pica online', 'UB' en 'PubMed'. Ook is via Internet gezocht naar relevante publicaties over marketing. Ten aanzien van literatuur over zbc's is specifiek gekeken bij publicaties van VWS, de inspectie van Volksgezondheid (IGZ) de Raad voor Volksgezondheid (RVZ), de NRPK (Nederlandse Raad van Particuliere Klinieken), het Bouwcollege en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ). Om gericht te zoeken is een lijst met zoektermen opgesteld. Deze lijst is tussentijds aangepast, naar gelang er meer nieuwe zoektermen uit de literatuur naar voren kwamen. Ook is de sneeuwbalmethode gehanteerd (verwijzingen in boeken en artikelen naar andere auteurs). Het literatuuronderzoek richt zich vooral op literatuur van ná 1980, omdat ongeveer vanaf dat jaar steeds meer literatuur is verschenen over marketing in de gezondheidszorg, voornamelijk in het buitenland (USA) (Boonekamp 2005).

2.2.2. Fase II: Kwantitatief onderzoek

Onderzoekspopulatie

Er is voor gekozen om zoveel mogelijk zbc's te betrekken in het onderzoek vanwege de grote variatie in zbc's (typen specialismen, aantal specialismen uitgedrukt in fte's, de samenstelling van het dienstenaanbod, de levensduur van de organisatie, het aantal vestigingen, mogelijke organisatorische relaties met derden en de geografische spreiding etc).

Volgens ZN (2005) zijn tot november 2005 113 zbc-vergunningen in Nederland afgegeven. Deze lijst is uitgangspunt geweest voor het benaderen van de respondenten. Van deze lijst bleek een deel inmiddels opgeheven, nog niet operationeel of kon geen contact verkregen worden. Enkele zbc's hebben het verzoek tot deelname afgewezen. Uiteindelijk is de vragenlijst naar 86 zbc's gestuurd. Hierbij moet worden vermeld dat een aantal zbc's onderdeel vormt van één organisatie, bestaande uit meerdere locaties. Per locatie diende echter in 2005 een vergunning te worden afgegeven. Omdat deze zbc's doorgaans hetzelfde beleid voeren en dezelfde contactpersonen c.q. management hebben, worden zij beschouwd als één organisatie en daarmee als één respondent. Het totale aantal benaderde respondenten komt daarmee neer op 64 (zie bijlage 1). Met deze respondenten is telefonisch contact geweest, waarbij namen van collega-zorginkopers bij Achmea Zorg als kruiwagens hebben gefungeerd. Tijdens het telefonische onderhoud is het doel van het onderzoek toegelicht en gevraagd naar de persoon die de externe contacten met derden (verzekeraars, huisartsen etc.) onderhoudt. Zodoende is een selectie ontstaan van personen, die een vorm van relatiebeheer in zijn/haar portefeuille hebben. Aan deze mensen is de vragenlijst verzonden.

Betrouwbaarheid en validiteit

Er is gekozen voor het gebruik van gestructureerde vragenlijsten. Het voordeel hiervan is dat op eenvoudige wijze antwoorden te verzamelen zijn voor de data-analyse. Er is rekening gehouden met de beperkingen van deze methode. Zo is selectiebias of vertekening door selectie teruggedrongen door zoveel mogelijk zbc's in het onderzoek op te nemen. Omdat het bij een beschrijvend cross-sectional onderzoek beperkt mogelijk is om een generaliserende uitspraak te doen, is hier rekening mee gehouden bij de statistische analyses. Ook dient de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst in ogenschouw genomen te worden. Gezien de beperkte beschikbare tijd van het onderzoek, was het niet mogelijk om de vragenlijst uitputtend te valideren. Al bestaat hierbij het risico dat de vragen en de gecodeerde antwoordmogelijkheden niet adequaat genoeg meten in hoeverre zbc's marktgericht zijn. Dit is deels ondervangen, doordat is uitgegaan van een gevalideerde vragenlijst. Doordat de diverse instrumenten uit de literatuur letterlijk zijn vertaald in het Nederlands, door de afzonderlijke onderzoekers, is de validiteit vergroot. Ook is een pilot gedaan om vast te stellen of de gevraagde gegevens eenvoudig zijn te verzamelen, hoe de vragen geïnterpreteerd kunnen worden en welke beperkingen van de vragenlijst verder zijn ervaren. Tot slot zijn maatregelen genomen om de respons te verhogen.

Dataverzameling: de vragenlijst

De vragenlijst is cross-sectional uitgevoerd, wat inhoudt dat de data op één moment in de tijd zijn verzameld. De vragenlijst bestaat uit drie delen. Deel I bevat onafhankelijke variabelen uit de literatuur, die inzicht geven in de karakteristieken van zbc's, zoals het zorgaanbod, specialismen en fte's specialisten (zie hoofdstuk 6). Deel II betreft vragen, gebaseerd op een gevalideerd instrument ontwikkeld door Kotler en Clarke (zie hoofdstuk 3) over markt-oriëntatie bij zorginstellingen. Sommige vragen zijn aangevuld met, of vervangen door nieuwe inzichten uit instrumenten van andere auteurs. In deel III staan verkennende vragen over merken- en communicatiebeleid (zie scriptie J. Homberg "Zbc's in de Branding" 2006) en stakeholdermanagement (zie hoofdstuk 4 en 5).

Expertpanel

De conceptvragenlijst is voorgelegd aan een expertpanel (zie bijlage 2). Op hun aanwijzingen is het concept aangepast ten behoeve van de validiteit en aansluiting op de praktijk. Gedane wijzigingen lagen vooral in de wijze van formulering (te lange zinnen en multi-interpretabel) en de toepasbaarheid op de Nederlandse zbc's. Het expertpanel is geselecteerd op basis van bewezen deskundigheid en op basis van verworven contacten.

Pilot

De vragenlijst is tevens voorgelegd aan een bestuurder van een zbc. Zijn ervaringen en een aantal adviezen met betrekking tot de vragenlijst zijn ter harte genomen. Deze pilot bleek een belangrijk instrument om vast te stellen of de gevraagde gegevens eenvoudig te verzamelen waren en welke beperkingen werden ervaren. De definitieve vragenlijst is opgenomen in bijlage 3.

NetQuestionnaires

De vragenlijst is met behulp van het programma NetQuestionnaires omgezet naar een digitale vragenlijst. Deze vragenlijst is per e-mail verstuurd naar de respondenten, die van tevoren telefonisch hun medewerking hadden toegezegd. Zij ontvingen een inlognaam en een wachtwoord. Om bias in de antwoorden van het onderzoek te voorkomen, zijn de vragen met betrekking tot de marketingoriëntatie (deel II) in willekeurige volgorde aangeleverd. Tot slot zijn de gegevens, met behulp van Questionnaires, gekoppeld aan de ruwe data. Zodat de individuele marktorientatiescores na afloop konden worden teruggekoppeld.

Maatregelen om de respons te verhogen.

Om de respons te bevorderen zijn de volgende maatregelen genomen:

- tijdens werkbezoeken zijn de respondenten uit mijn werkgebied mondeling geïnformeerd over het onderzoek en is persoonlijk verzocht deel te nemen;
- aan de overige respondenten is vooraf telefonische gevraagd deel te nemen en hun mailadres op te geven;

- het benaderen van de respondenten werd begeleid door een aanbevelingsbrief in naam van Prof. Dr. R. Huijsman MBA (opleidingsdirecteur instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam);
- de respondenten kregen één maand de tijd om de vragenlijst in te vullen;
- in de responsperiode is twee maal via de mail gerappelleerd, is twee maal een verlenging van één week geboden. Waar mogelijk zijn de resterende respondenten nagebeld.
- de respondenten is toegezegd dat zij, na het invullen van de vragenlijst, de marketingscore van hun zbc ontvangen, afgezet tegen de gemiddelde marketingscore, zodat zij zichzelf konden vergelijken. Ook is vermeld dat zij de analyse en resultaten ontvangen en een exemplaar van de scriptie(s).
- in de mail bij de vragenlijst is een vooraankondiging gedaan voor het kwalitatieve onderzoeksdeel.

Methode van data-analyse

De onderzoeksresultaten zijn gecategoriseerd en geanalyseerd met behulp van het computerprogramma SPSS. Hiervoor is van tevoren een analysemodel ontworpen. Tevens is gebruik gemaakt van Excel om de marktoriëntatiescores te bepalen (zie bijlage 4).

2.2.3. Fase III: Kwalitatief onderzoek

Omwille van de tijd is er voor gekozen om het kwalitatieve onderzoek bij slechts drie zbc's te verrichten. Dit type onderzoek is te omschrijven als een casestudie, waarbij een of enkele gevallen van een sociaal verschijnsel intensief wordt bestudeerd (Bowling 2002). In meer pragmatische zin kan een casestudie dienen om sociale problemen/ situaties te signaleren, te analyseren en te interpreteren.

Onderzoekspopulatie

De drie zbc's (respondenten) voor de casestudie, werden theoriegedreven geselecteerd op basis van de beste resultaten van de marktoriëntatiescore (alleen zbc's met een goede of uitstekende score werden geselecteerd). Dit is gedaan vanuit de aanname dat er een relatie ligt tussen een effectieve marktoriëntatie en de relatie met stakeholders (Loubeau en Jantzen 1998). Op deze wijze wordt bijgedragen aan het vergroten van het leerrendement per case. Vervolgens is geselecteerd op de drie externe stakeholdersgroepen, die over het algemeen genomen het meest belangrijk werden ervaren door zbc's ten behoeve van het werven, binden en behouden van klanten: namelijk patiënten, huisartsen en verzekeraars. Dit om de herkenbaarheid voor de zbc's te vergroten en drie invalshoeken te kunnen bekijken.

Op basis van inzichten uit het model van Blair en Fottler (1990) werden de hoogste scores geselecteerd. De volgende selectiecriteria zijn daarin gevolgd.

- de ervaren afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van huisartsen, verzekeraars of patiënten;

- aanwezigheid van een marketingstrategie ten aanzien van een van deze stakeholdergroepen;
- mate van onderzoek naar de wensen en belangen van deze stakeholdergroep;
- mate waarin de strategie ten aanzien van deze stakeholdergroep is uitgewerkt in een concreet actieplan;
- mate waarin het rendement van strategie en/of actieplan ten aanzien van de stakeholdergroep wordt gemeten.

Dataverzameling

Interviews waren, naast de literatuurbronnen, de meest primaire bronnen van informatie voor dit onderzoek. De interviews zijn semi-structureerd. Hiervan is het voordeel dat de informatie gericht verkregen kan worden. Een punt van aandacht hierbij was het vinden van een balans tussen het sturen van de interviews en het stellen van open vragen, zodat efficiënt met de benodigde tijd omgegaan kon worden maar er geen relevante informatie verloren werd. Daarnaast werd ingehaakt op nieuwe relevante thema's die ter sprake kwamen. De interviews zijn afgenomen met behulp van een bandrecorder. Hiervoor is vooraf toestemming gevraagd waarbij anonimiteit is toegezegd. Van de opnames zijn transcripties gemaakt. Wanneer relevante documenten (businessplannen, marketingplannen of jaarverslagen) aanwezig waren, dan werden deze bij de geïnterviewde respondent opgevraagd, met als reden de beperkte interviewtijd zo efficiënt mogelijk te gebruiken.

Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gewaarborgd, doordat de interviews letterlijk uitgewerkt zijn. Op deze manier kunnen de transcripties door beoordelaars worden ingezien. Een systematische wijze van zoeken naar waarnemingen en informatie die in dezelfde richting wijzen, of juist in de tegenovergestelde richting, vormen een versterkend patroon en is noodzakelijk voor een aanvaardbare interpretatie (Maso en Smaling 1998). Een goede mogelijkheid hiertoe is datatriangulatie, waarbij meerdere methoden en/of databronnen worden gecombineerd. Datatriangulatie werd in dit onderzoek toegepast door zowel gebruik te maken van literatuur als van documenten en interviews. Deze zijn met elkaar geconfronteerd en vergeleken. Bevindingen zijn ondersteund met citaten uit de interviews om de betrouwbaarheid te verhogen.

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

Data-analyse

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

De interviews zijn in eerste instantie letterlijk uitgeschreven. Uit deze tekst is vervolgens de niet relevante informatie geschrapt. Daarna is de overgebleven relevante tekst opgesplitst in fragmenten. Deze zijn vervolgens gelabeld. Hieruit is een selectie gemaakt. Daarna zijn de labels geordend volgens de topics uit de vragenlijst (zie bijlage 6). Hiervan zijn drie casussen gemaakt. Vervolgens heeft een 'horizontale' analyse door de cases heen plaatsgevonden, waarbij per topic de overeenkomsten en de verschillen zijn beschreven. Uiteindelijk is hierdoor de empirie met de theorie geconfronteerd en zijn tot slot conclusies getrokken.

Hoofdstuk 3. Zbc's: een eerste marktverkenning

Dit hoofdstuk geeft antwoord op deelvraag één. Allereerst worden de definitie en de ontstaansgeschiedenis van zbc's weergegeven. In de daaropvolgende paragraaf is aandacht voor de verschillende karakteristieken van zbc's. Vervolgens wordt ingegaan op het krachtenveld waarin zbc's zich staande dienen te houden.

3.1. Definitie zelfstandig behandelcentrum (zbc)

Onder een zbc wordt in dit onderzoek verstaan: een instelling als een organisatorisch verband (een zorginhoudelijk samenwerkingsverband tussen twee of meer medisch specialisten), dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste, tweede of derde lid WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen 2006), dat zorg verleent in het A-segment² en of B-segment³ (al dan niet met verblijf) en haar zorgactiviteiten eventueel heeft uitgebreid in het C-segment⁴. Het betreft hier een instelling die krachtens 'Beleidsregels ex artikel 4 WTZi' (staatscourant B 2005) onder subcategorie van 'medisch specialistische zorg' wordt aangeduid als 'zelfstandig behandelcentrum'.

3.2. De ontstaansgeschiedenis van zbc's

Privé-klinieken als bedreiging

Eind jaren '80 ontwikkelden zich in Nederland de eerste private initiatieven in zorg, in de vorm van privéklinieken. Tot die tijd was elke vorm van private zorg door de overheid verboden (Knoors 2000). In eerste instantie werden deze initiatieven beschouwd als een gevaar voor het reguliere systeem. Zij waren niet beheersbaar door de overheid, omdat zij niet onder de bestaande wet en regelgeving vielen en concurrerend zouden werken ten opzichte van de reguliere zorg door het creëren van extra aanbod. Dit zou leiden tot hogere zorguitgaven. Verder voorzag de overheid problemen ten aanzien van principes van gelijke toegankelijkheid, solidariteit en tweedeling in de zorg. Privéklinieken werden immers geassocieerd met luxe, slechts voor een beperkte groep van de bevolking toegankelijke, zorg.

Van gedogen naar mogen

Een omslag ontstond met de toename van de wachtlijsten en wachttijden. Het systeem van aanbodregulering kwam onder druk te staan door de dubbele vergrijzing, de complexere wordende en toenemende zorgvraag en inefficiënties in zorgprocessen (Knoors 2000). Na een periode van een gedoogbeleid, waarin de overheid deze klinieken wel toestond maar zoveel mogelijk probeerde te beperken, ontstond een nieuwe opvatting: privéklinieken zouden een rol kunnen vervullen in het oplossen van wachtlijsten. Variërend van 'luis in de pels' tot het toevoegen van extra capaciteit waar nodig. Wachtlijsten deden zich vooral voor bij planbare, niet acute zorg. Dit sloot aan bij de geleverde zorg door een aantal klinieken.

² A-segment: de Diagnose Behandel Combinaties, waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld.

³ B-segment: de Diagnose Behandel Combinaties, waarvan de prijs door onderhandeling tussen zorgverzekeraars en aanbieders medische specialistische zorg tot stand komt

⁴ C-segment: de Diagnose Behandel Combinaties, waar alleen een vergoeding tegenover staat, indien de cliënt/patiënt daarvoor verzekerd is, in de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar.

Zo ontstond in 1998 een wettelijk kader voor (een deel van) de privéklinieken. Klinieken die voldeden aan de voorwaarden van de 'Regeling Zbc' konden in aanmerking komen voor een erkenning als zelfstandig behandel centrum (zbc) onder de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV). Onder zbc's werd verstaan: 'organisatorische verbanden die strekken tot het verlenen van medisch specialistische zorg als waarop ingevolge de ziekenfondswet aanspraak bestaat'.

Van noodzakelijk kwaad naar nuttig goed

In 2003 werd door de minister gesteld dat de bijdrage van zbc's aan het verkorten van wachttijsten en wachttijden positief moest worden gewaardeerd. Tevens werd erkend dat zij een belangrijke bijdrage leverden aan de toename van de dynamiek op de markt voor ziekenhuiszorg (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2003, VWS 2003). Deze gewijzigde visie is te verklaren in het licht van de discussie rondom de stelselwijziging waar men meer speelruimte voor nieuw zorgaanbod beoogde. Medio 2003 is de uit 1998 daterende regelgeving ten aanzien van zbc's vereenvoudigd en versoepeld. Voorheen beperkende eisen; als wachttijstreductie, een samenwerkingsovereenkomst met een ziekenhuis en passend binnen de visie (behoefte) van de regionale zorgverzekeraar, werden afgeschaft en de aanvraagprocedure voor een vergunning werd versoepeld (Knoors 2004). Hiermee werd een aantal barrières voor nieuwe toetreders geslecht. Zbc's werden door de overheid erkende klinieken, die verzekerde zorg volgens de Ziekenfondswet (Zfw) boden. Zij moesten een organisatorisch verband zonder winstoogmerk vormen. Hun functie lag vooral in de planbare (niet-acute) zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen (het zogenaamde 24-uurs criterium). 'Organisatorisch verband' betekende dat twee of meer specialisten onderling moesten samenwerken en gericht moesten zijn op zorgverlening. Eenmanspraktijken vielen hier niet onder. Al het andere dan zbc's werd beschouwd als privékliniek.

Van zbc naar instelling voor medisch specialistische zorg

Met de invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) per 1 januari 2006, kregen zbc's met een aantal wijzigingen te maken (College Bouwcollege Ziekenhuisvoorzieningen 2006b, WTZi 2006, NVZ 2006). De officiële naam wijzigde in "instelling voor medisch specialistische zorg" (imsz). Dit is tevens de officiële aanduiding voor academische, algemene en categorale ziekenhuizen. Onder de WTZi worden twee typen instellingen voor medisch-specialistische zorg onderscheiden. Type 1 levert poliklinische zorg in het A-segment en poliklinische en klinische zorg in het B-segment (uitbreiding van het 24-uurscriterium). Dit type valt niet meer onder het bouwregime, maar is toelatingsplichtig voor zover zorg wordt geleverd op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Type 2 levert alle voorkomende zorg en valt voor bepaalde typen zorg wel onder het bouwregime. Verder zijn voor beide typen transparantie-eisen met betrekking tot de verslaglegging van werkzaamheden en de organisatie wettelijk vastgelegd. Het verbod op het maken van winst blijft voorlopig bestaan, in die zin dat winst uit de exploitatie van de instelling niet uitgekeerd mag worden aan eventueel aanwezige aandeelhouders. Instellingen (de zogenaamde privéklinieken) die zorg leveren uit het derde compartiment (C-segment) vallen niet onder het bouwregime. Zij zijn evenmin toelatingsplichtig en mogen wel winst

uitkeren aan derden, mits zij géén zorg leveren die wordt vergoed op grond van de Zvw of de AWBZ.

3.3. Karakteristieken van zbc's

Jaar van oprichting en aantallen zbc's

Zoals eerder beschreven dateren de eerste private klinieken uit 1998. In 2000 zijn circa 45 van de ongeveer 110 privéklinieken omgezet in zbc's. Een deel van deze zbc's (8) werd binnen een paar jaar weer opgeheven door het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd van één of meer specialisten of de onrendabele exploitatie van het zbc. Na de versoepeling van de regelgeving rondom zbc's werden in 2003 door het Bouwcollege in totaal 14 vergunningen afgegeven voor de oprichting en exploitatie van nieuwe zbc's. Het totale aantal zbc's per 1 januari 2004 kwam hiermee op 51. Per 1 januari 2005 lag het aantal zbc's volgens het RIVM (Roedig 2005) op 79. Een deel van deze aanvragen had betrekking op centra die voorheen alleen derde compartimentzorg verleenden (de 'échte' privé-klinieken) maar ook voornemens waren zich op de markt van de tweede compartimentzorg te storten. De lijst van Zorgverzekeraars Nederland (2005) telde in november 2005 113 afgegeven vergunningen. Hiervan is een deel weer opgeheven of nog niet operationeel als zbc. Er gaan geruchten in de markt (door adviseurs en bestuurders van zbc's) dat het aantal zbc's de komende jaren zal toenemen. Een groot aantal ziekenhuizen lijkt plannen te hebben om een zbc te starten en de toegangs-drempels nemen af met de invoering van de WTZi.

Zorgaanbod

Volgens Knoors (2004) richten zbc's zich vooral op de electieve (planbare) medisch specialistische zorg, die minder complex is en de patiënten daarop selecteert. Patiënten worden grondig op de risico's van een ingreep doorgelicht en bij een te hoog risico niet geaccepteerd. Zbc's lijken daarmee vooral die zorg te bieden, die in een afzonderlijke setting kostentechnisch efficiënt kan worden weggezet. Deze selectie van routinematige behandelingen en ingrepen wordt ingegeven doordat de tariefstelling 'ontspoord' is. De te declareren tarieven komen niet meer overeen met de kosten. Alleen die verrichtingen worden geselecteerd waarop een zodanige winst te behalen valt, dat de kosten van infra-structuur en ruimtegebruik, nog goed kunnen worden gedekt bij een voldoende hoge productie. Deze kosten worden immers nog niet volledig vergoed in de huidige systematiek. Uit stukken van het Bouwcollege (2006a) en Gramser e.a. (2005) blijkt dat de diversiteit in zorg, die zbc's leveren, toeneemt: van onderzoek (bijvoorbeeld MRI-onderzoek) tot operatieve ingrepen. Naast eenvoudige routine behandelingen (als kijkoperaties en behandeling van spataderen) vindt eveneens hooggespecialiseerde zorg plaats en/of één type zorg voor begrensde patiëntencategorieën (zoals klinieken voor hyperbare geneeskunde, incontinentie, prenatale echo's, vruchtbaarheid of kaakchirurgie).

Specialismen

Zbc's kunnen volgens Knoors (2004) monodisciplinair of multidisciplinair ingericht zijn. Monodisciplinair wil zeggen dat de zorg wordt aangeboden vanuit één specialisme. Terwijl

multidisciplinaire zbc's over meerdere specialismen beschikken. In tabel 3.1 is de toenmalige verdeling van het aantal specialismen over de zbc's weergegeven.

Aantal specialismen	Aantal zbc's (N=51)
1	18
2	20
3	5
4 of meer	8

Tabel 3.1 Verdeling aantal specialismen over zbc's per 1 januari 2004

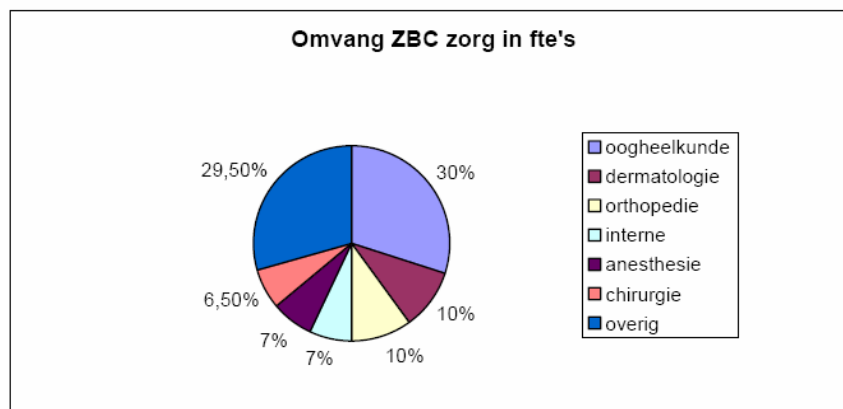
Specialismen, waarop monodisciplinaire zbc's zich destijds overwegend richtten, waren oogheelkunde, dermatologie, cardiologie en orthopedie. In de zbc's met 2 of 3 specialismen waren meestal of alleen snijdende (in combinatie met een anesthesist) of alleen beschouwende specialismen aanwezig. Zbc's met meer dan 4 specialismen beschikten doorgaans over zowel snijdende als beschouwende specialismen. Zij waren qua zorgaanbod goed te vergelijken met een reguliere buitenpolikliniek (met dagverpleging) van een ziekenhuis.

Specialistenaantallen uitgedrukt in fte's

Het aantal specialisten per zbc kan sterk verschillen. In januari 2004 was een spreiding te zien variërend van minder dan 1 fte (verdeeld over minimaal twee specialisten) tot meer dan 3 fte's aanwezige specialisten. Het merendeel (60%) lag tussen de 1 en 3 fte's.

Omvang zbc zorg in relatie tot ziekenhuiszorg

In de per 1 januari 2004 bestaande 51 zbc's waren in totaal ruim 111 fte's specialisten werkzaam. Hiervan was circa 30% (32,8 fte's) oogarts, 10% (11,6 fte) dermatoloog, 10% (11 fte) orthopeed, 7% (8,2 fte) internist, 7% (8,1 fte) anesthesist en 6,5% (7,4 fte) chirurg. De overige 29,5% (32,4 fte) betroffen specialisten afkomstig uit 13 andere disciplines.



Figuur 3.2 Omvang zbc zorg in fte's per 1 januari 2004

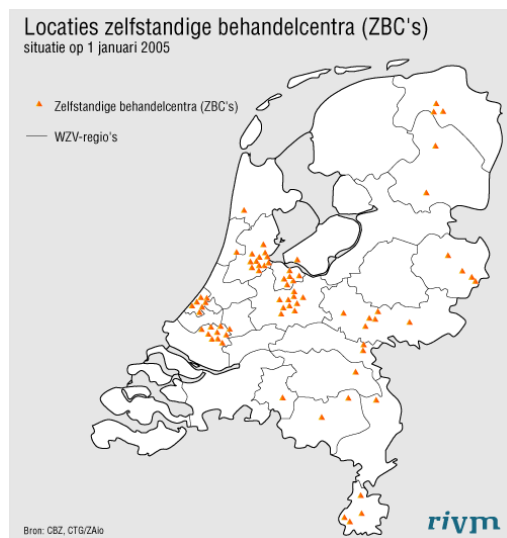
De totale omvang van het aantal fte's in zbc's kwam in 2004 overeen met circa 1,2% van het totale aantal in de ziekenhuiszorg werkzame specialisten (9.039 fte's).

Ook al is het aantal zbc's in 2004 en 2005 toegenomen, toch kan geconcludeerd worden dat de omvang van geleverde medisch specialistische zorg door zbc's nog zeer beperkt is, in

relatie tot de ziekenhuiszorg. Volgens Knoors (2004) en de VVAA (2006) is dit niet verwonderlijk. Het is een gevolg van het, in vergelijking met ziekenhuizen, aanbieden van een relatief beperkt deel van het zorgaanbod. Het merendeel van de in de zbc's werkzame specialisten doet dit in aanvulling op hun werkzaamheden in een ziekenhuis. Zij vinden het belangrijk om in het ziekenhuis het vak in de volle omvang te blijven uitoefenen. Slechts een klein deel (6%) van de specialisten werkte in 2004 fulltime in een zbc, de rest had een parttime dienstverband. Een andere reden voor het geringe aantal fte's is volgens de VVAA (2006), dat zbc's betrekkelijk nieuwe organisaties zijn. De carrièerekeuze voor een dergelijke instelling is nog niet zoveel gemaakt. Opvallend is dat jongere artsen sterk geloven in de groei van zbc's, terwijl zij er zelf nog nauwelijks werkzaam zijn. Een belangrijke reden hiervoor is dat privéklinieken en zbc's in de opleiding tot medisch specialist niet aan bod komen en de jongeren er dus niet mee in aanraking komen.

Geografische ligging

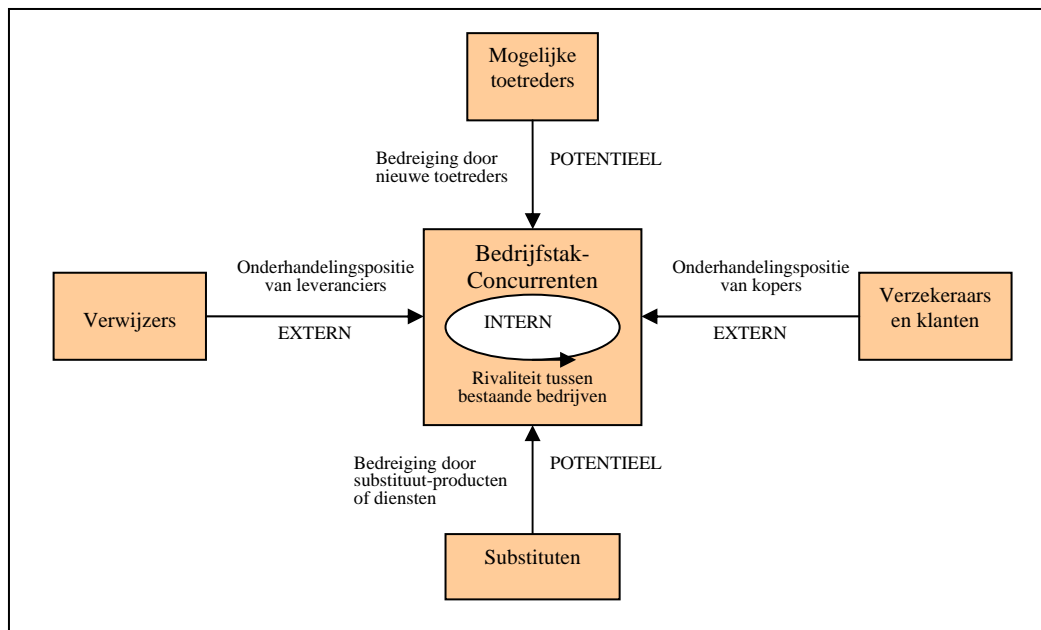
De Nederlandse zbc's zijn niet evenwichtig verspreid over het land. Volgens het RIVM (Roedig 2005) was per 1 januari 2005 het merendeel van de zbc's gelegen in en rondom de vier grote steden: Rotterdam, Amsterdam, Utrecht en Den Haag (zie figuur 3.3.).



Figuur 3.3 Locaties zbc's in Nederland, bron: RIVM 2005

3.4. Het krachtenveld van zbc's

Om het krachtenveld van zbc's te analyseren is gebruik gemaakt van het analysemodel van Porter (Johnson & Scoles 1993). Hij benoemt in zijn model vijf concurrentiekrachten (zie figuur 3.4.). Deze krachten bepalen de winstgevendheid en concurrentie voor organisaties binnen een bedrijfstak, omdat deze de prijzen, kosten en benodigde investeringen van organisaties beïnvloeden. Volgens het model kan een winstmarge verdwijnen door onderlinge concurrentiestrijd of afvloeien naar leveranciers, kopers, nieuwe toetreders en substituten. Of dit daadwerkelijk gebeurt, wordt bepaald door de kenmerken van de bedrijfstakstructuur. Meestal is de bedrijfstakstructuur relatief stabiel, maar deze kan in de toekomst, veranderen zodra de bedrijfstak zich ontwikkelt.



Figuur 3.4 Het vijfkrachtenmodel van Porter

De dreiging van substituu-producten

De winstmogelijkheden in de bedrijfstak worden bepaald door de maximale prijs die afnemers bereid zijn te betalen. De hoogte van deze maximale prijs hangt samen met de beschikbaarheid van substituu-producten. Als deze niet beschikbaar zijn kan de afnemer niet kiezen en is eerder bereid om hogere prijzen te betalen. Dit geldt eveneens wanneer de overstap naar een substituu hoge kosten met zich meebrengt.

Sommige door andere aanbieders geleverde zorg (ziekenhuizen, extramuraal werkende specialisten, privéklinieken, eerstelijns zorgaanbieders etc.) kunnen worden gezien als substituu voor producten (diensten) geleverd door zbc's. In de literatuur is echter geen informatie gevonden die een indicatie kan geven over de omvang van beschikbare substituten, evenmin wat de bereidheid is van afnemers om over te stappen naar deze producten.

De dreiging van potentiële nieuwe toetreders

De mate waarin nieuwe toetreders bedreigend zijn voor de bedrijfstak wordt voor een deel bepaald door de aanwezigheid of afwezigheid van toetredingsbelemmeringen. Als er geen belemmeringen zijn, is er sprake van een betwistbare markt die nieuwkomers aantrekt.

Bestaande toetredingsbelemmeringen voor nieuwkomende aanbieders van medische specialistische zorg liggen op het gebied van klinische medische specialistische zorg. Zo geldt voor type 1 msz, het verbod om 24-uurs zorg te verlenen in het A-segment. Hierdoor kunnen zij niet volledig concurreren met ziekenhuizen voor specifieke DBC's. Indien een aanbieder toch klinische zorg in het A-segment wil leveren dient het een toelating met bouw aan te vragen voor een specifiek specialisme. Deze toelating met bouw kan zonder nacalculatie afgegeven worden, zodat de bouwprioriteitenlijst niet van toepassing is, maar de aanbieder loopt dan wel risico over de investering. Dit maakt dat nieuwe aanbieders (waaronder zbc's) worden gehinderd, doordat zij geen gegarandeerde kapitaallastenvergoeding kunnen doorberekenen aan verzekeraars, zoals ziekenhuizen dit wel kunnen (VNO-NCW 2003,

Knors 2004). Dit leidt ertoe dat nieuwkomers zich slechts kunnen richten op het bieden van die zorg, die in een afzonderlijke setting kostentechnisch efficiënt kan worden weggezet. Andere financiële belemmeringen om toe te treden (VNO-NCW, 2003 en Gramser e.a. 2005) zijn het verbod op winst oogmerk en de onzekerheid over een contract met de verzekeraars. Dit kan het aantrekken van externe financiers beperken. Zij zullen alleen maar risicodragend vermogen ter beschikking stellen als er zekerheid c.q. rendementsvooruitzichten zijn voor de te financieren organisatie. Het kunnen maken van winst en/of een mogelijk faillissement bepaalt het rendementsvooruitzicht.

Daarnaast lijkt het gebrek aan juridische kennis een relevante toetredingsdrempel voor het tot stand komen van zbc's en privéklinieken (VVAA 2006). De oprichting van een zbc en de tarifiering van de zorgproducten worden omgeven door een complex woud aan regels dat regelmatig aan verandering onderhevig is. Volgens het onderzoek van de VVAA vinden respondenten, met plannen om een zbc of privékliniek te starten, dat er een gebrek is aan voldoende adviseurs om een dergelijk initiatief op vakkundige en snelle wijze door dit woud te loodsen (bijvoorbeeld bij het indienen van een toelatingsaanvraag).

Toch zijn er, met de komst van de WTZi, ook een aantal barrières geslecht voor toetreding tot de markt van medisch specialistische zorg (College Bouw Ziekenhuizen 2006b). Zo is het voor type 1 instellingen voor medisch specialistische zorg niet meer nodig om een bouwaanvraag in te dienen en is voor het leveren van zorg uit het zogenaamde C-segment helemaal geen toelating meer nodig. Het 24-uurs criterium voor het B-segment is tevens opgerekt. Type 1 instellingen mogen voor dit deel van de zorg ook verblijf bieden langer dan 24 uur. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het totale B-segment slechts 10% bestrijkt van de totale medisch specialistische zorg. Het percentage van het totale B-segment dat door niet ziekenhuizen (lees: zbc's en extramuraal werkend specialisten) wordt geleverd is niet bekend, maar afgeleid van de beperkte omvang die deze aanbieders hebben in relatie tot de ziekenhuiszorg is dit aandeel zeer laag.

De onderhandelingskracht van afnemers (klanten en verzekeraars)

De onderhandelingskracht van afnemers is afhankelijk van de concentratiegraad van de afnemers, de dreiging met achterwaartse verticale integratie, de mate van productdifferentiatie en het belang van het product van de afnemer. De onderhandelingskracht is groot bij de aanwezigheid van een hoge concentratiegraad, een grote dreiging van achterwaartse verticale integratie, een geringe productdifferentiatie en een gering belang van het product.

De patiënt/consument speelt op dit moment (nog) geen dominante rol in de markt (VWS 2001, Gramser en anderen 2005, NVZ 2005). Hij weet nog onvoldoende wat hem te wachten staat en 'stent' nog te weinig met de voeten. Toch verwacht het NVZ (2005) dat deze voorheen wat afwachtende, volgzaam patiënt, steeds meer een actief kiezende, kritische zorgconsument zal worden. Hij wordt hierin gesteund door een toenemend opleidingsniveau en het beschikbaar komen van meer informatie over de prijs en kwaliteit van het zorgaanbod (denk aan de AD Top 100, de Elsevier, publicaties van de Consumentenbond en het toenemende gebruik van Internet, om informatie te genereren) evenals een licht toenemende koopkracht. Patiënten zullen hun positie verstevigen door invloed uit te oefenen via

consumentenorganisaties, cliëntenverenigingen, (werkgevers)collectiviteiten en de media. Deze groeperingen kunnen vervolgens druk uitoefenen op zorgverzekeraars en zorgverwijzers. Zij zullen daarbij inzetten op klantgerichtheid, reistijd en wachttijden (Ecorys 2003). Patienten hechten veel waarde aan een “one-stop-systeem”, waarbij zij binnen één dag onderzoeken ondergaan, alsmede diagnoses en behandelvoorstellen ontvangen.

Ten aanzien van de inkoop van zorg heeft een verschuiving plaatsgevonden van de overheid naar de zorgverzekeraars. Hierbij wentelt de overheid de aanspraak op collectieve middelen voor een deel af op de zorgverzekeraars. Verzekeraars lopen hierdoor meer risico. Naar verwachting wordt dit risico door zorgverzekeraars afgeschoven op de aanbieders of de verzekerden (Van der Kwartel 2005). Zij zullen daarom alle mogelijke middelen gebruiken om de laagst mogelijke prijzen te bedingen bij zorgaanbieders. In principe staan hen hierbij twee typen instrumenten ter beschikking: Zij kunnen gebruik maken van vergelijkingsinformatie (bijvoorbeeld prijsvergelijkingen uit de dbc-systematiek⁵ en andere benchmarkgegevens) en/of het rechtstreeks inzetten van stuurinstrumenten (bijvoorbeeld: open inschrijvingen voor het verkrijgen van zorgcontracten, wachtlijstbemiddeling, zelf participeren in of het opzetten van medisch specialistische voorzieningen, kiezen voor preferente aanbieders).

Verzekeraars zijn zich in toenemende mate aan het samenbundelen en fuseren, wat leidt tot een toenemende machtspositie. Ten aanzien van zbc's hebben verzekeraars formeel de keus om geen overeenkomst te sluiten met een zbc. Dit lijkt samen te hangen met de visie van de individuele verzekeraars. Zo hebben enkele verzekeraars niet altijd behoefte om een contract af te sluiten, omdat ze daardoor wellicht een stukje volume verliezen in het ziekenhuis, terwijl ze toch voor de vaste kosten moeten betalen via het sluittarief. Anderzijds zijn er ook verzekeraars die juist meer samenwerkingsovereenkomsten willen aangaan met zbc's. Zij zijn van mening dat zij hiermee tegemoet komen aan de groeiende behoefte van verzekerden aan adequate zorg. Verzekerden kunnen direct profiteren van de voordelen die efficiency maatregelen in de zorgverlening kunnen opleveren; zoals kortere wachttijden, direct geholpen worden en hoogstaande medische kwaliteit door gebruik van innovatieve technieken (Nieuwsbank. 2004).

Formeel hebben verzekeraars de keus om geen overeenkomst aan te gaan met type 1 msz. Toch blijkt de afhankelijkheid van een contract met een verzekeraar beperkt. In het amendement Schippers is bepaald dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de polis niet zo laag mag worden vastgesteld, dat dit de keuze van consumenten wezenlijk belemmert (Tweede Kamer der Staten Generaal. 2005).

⁵ De dbc-systematiek zal op termijn meer inzicht gaan bieden in de zorgvraag (door typering en registratie), zorgprofielen (koppeling met geregistreerde activiteiten) en inzicht in de kosten van een DBC (kostprijs per activiteit; uitgesplitst in kostendeel en honorarium van specialisten). Vooral de vrij onderhandelbare DBC's (het B-segment) stellen de zorgverzekeraars op termijn meer in staat kwaliteit en prijs van de zorgaanbieders op productniveau met elkaar te vergelijken.

Ook Gramser (2005) schat in, dat verzekeraars het op korte termijn niet aandurven om patiënten te laten opdraaien voor de extra kosten en inspanning, als zij geen contract hebben met de aanbieder van hun voorkeur. Men kiest dan liever voor de concurrentie binnen de groep van verzekeraars en het nu reeds grimmige gevecht om de markt van verzekerden, dan een risicovolle en complexe poging meer concurrentie tussen aanbieders te bevorderen, wat per saldo zelfs verzekerden kan kosten (wanneer zij het niet-verzekerde prijsverschil zelf moeten betalen).

De onderhandelingskracht van verwijzers klanten en medewerkers arbeid (leveranciers)

De onderhandelingskracht van de verwijzers wordt door dezelfde determinanten bepaald als de onderhandelingskracht van de afnemers. De beoordeling van de determinanten van de verwijzers is tegengesteld aan de beoordeling van de determinanten van de afnemers.

Huisartsen en specialisten lijken belangrijke leveranciers voor zbc's. Zij kunnen hun invloed aanwenden om de keuze van de klant voor een bepaalde aanbieder te sturen. Zij stellen de diagnose en dienen voor het merendeel van de behandelingen een verwijzing mee te geven. Uit de enquête van Ecorys (1993) blijkt dat voor 25% van het totale aantal opnames en poliklinische behandelingen de keuze voor een zorgaanbieder is gemaakt door de huisarts of specialist zonder invloed van de zorgvrager zelf. In eenderde van de gevallen wordt de keuze voor een zorgaanbieder door de zorgvragers in overleg met de huisarts of specialist bepaald. Vooral lager opgeleide consumenten en consumenten met lichte aandoeningen volgen sneller het advies van de huisarts op.

Uit onderzoek bij ziekenhuizen blijkt dat er een tekort aan schaars gekwalificeerd personeel bestaat (Jeurissen e.a. 2003). Dit leidt ertoe dat er op de medisch specialistische zorgmarkt (de toeleverancier van arbeid) vooral concurrentie op 'human capital' (op professionals) plaatsvindt. Zbc's ervaren dat specialisten er doorgaans voor kiezen om slechts parttime verbonden te willen zijn aan hun organisatie. De resttijd zijn zij verbonden aan een ziekenhuis, omdat hen dit verzekert van een vast inkomen (Knoors 2003, VVAA 2006). Daarnaast neemt een deel van de vrijgevestigde medisch specialisten deel in de lumpsum. Zijn (meer-)inkomsten bij het zbc worden verrekend met de lumpsum van het ziekenhuis waar hij werkt. Wanneer een specialist geen vrijwaring krijgt van het ziekenhuis, waarin hij werkzaam is, of van de zorgverzekeraar uit het gebied, gaat hij er qua inkomsten niet op vooruit als hij eveneens in een zbc gaat werken. Dit werkt in het nadeel van de zbc's. Verder lijken jonge artsen geen plannen te hebben om op korte termijn in een zbc te gaan werken. Zij willen eerst ervaring opdoen in een ziekenhuis. Zowel academische als topklinische ziekenhuizen proberen (top)specialisten aan zich te binden, waardoor men in dezelfde vijver vist. Aangenomen kan worden dat dit eveneens voor zbc's geldt. Voor topklinische ziekenhuizen liggen er tal van mogelijkheden tot binding van specialisten, bijvoorbeeld waar het gaat om arbeidsvoorwaarden en inkomen (Jeurissen e.a. 2003). Als het echter gaat om academische inbedding, status en multidisciplinair werken dan heeft de academische setting nog steeds een hoge aantrekkingskracht voor medici door onderzoek en opleiding. Voor zbc's liggen de kansen in de waardering van de werksfeer. Uit een enquête door de VVAA (2006)

blijkt, dat medische specialisten het werken in een zbc als prettig ervaren (nog prettiger dan vooraf gedacht) door de grote vrijheid die het geeft, de betrokkenheid bij de bedrijfsvoering, de mindere besteding aan overleg en de mogelijkheid om meer aandacht voor de patiënt te hebben. Dit wordt zowel erkend door specialismen die wel en niet in zbc's werkzaam zijn. Allen waarderen werken in een ziekenhuis lager. Daarnaast zijn er plannen om de lumpsum in 2008 te laten vervallen. Hiermee kan het voor specialisten aantrekkelijker worden om in een zbc deel te nemen en daarmee voor zbc's makkelijker worden om specialisten aan te trekken.

Interne concurrentie binnen de bedrijfstak

De felheid van de interne concurrentie wordt bepaald door structurele kenmerken, als de concentratiegraad, de mate van productdifferentiatie, de groei van de vraag, de conjunctuurgevoeligheid en kostenstructuur, de omvang van investeringen in capaciteitsaanpassingen, de mate van overcapaciteit en toetredingsdrempels.
De belangrijkste gedragskenmerken van ondernemingen zijn: samenwerkingsbereidheid en mate van onzekerheid.

Uit de eerder beschreven karakteristieken van zbc's kan worden geconcludeerd, dat de concentratiegraad van zbc's laag is en dat het aanbod divers van aard is en veelal gedifferentieerd: van routine-ingrepen tot hooggespecialiseerde zorg. De literatuur geeft geen aanwijzingen dat er sprake is van felle concurrentie tussen zbc's. Als deze er al mocht zijn, dan zal dit naar alle waarschijnlijkheid op het gebied van veel voorkomende specialismen als orthopedische ingrepen, oogoperaties, plastische chirurgie en dermatologie (Knoors 2004). Ditzelfde geldt voor privé-klinieken als mogelijke concurrent voor sommige zbc's. Zij begeven zich op de niet verzekerde zorgmarkt, die de patiënt zelf bekostigt of soms wordt deze vergoed binnen de aanvullende verzekeringen. Volgens Kingma (2004) richten zij zich doorgaans op cosmetische chirurgie (als liposuctie en rimpelbehandelingen met laser) al dan niet aangevuld met plastische chirurgie (bijvoorbeeld borstverkleiningen) en oogheelkundige zorg (refractiechirurgie en lensimplantaties).

Ziekenhuizen vormen daarentegen wel een belangrijke bedreiging (concurrent) voor zbc's, omdat zij nog een sterke positie op de markt hebben ten gevolge van de capaciteitsplanning. Veel lokale ziekenhuizen hebben nog een regionaal monopolie op het gebied van medisch specialistische zorg. Daarnaast is de omvang van de zbc's, in relatie tot de ziekenhuiszorg nog zeer beperkt (Knoors 2004), wat de marktmacht van ziekenhuizen ten goede komt. Zo hebben ziekenhuizen meer klantcontacten dan zbc's, wat hen vervolgens meer kansen biedt om een vaste klantenkring op te bouwen. Ditzelfde geldt voor bestaande contacten met verwijzers en verzekeraars (Van Harten en Schuring 2003, RVZ 2003).

Verder is er sprake van een concurrentievoorsprong van ziekenhuizen op de zbc's doordat zij voorzieningen voor complexere aandoeningen en nazorg kunnen leveren. Deze bredere range van producten wordt vervolgens voor een belangrijk deel bekostigd via budgetsystematiek en de daaruit voortvloeiende verpleegtarieven (VVAA 2005, VNO-NCW 2003, NMA 2004). De afschrijvingstermijnen die daarbij worden gehanteerd zijn erg lang en niet marktconform. Hierdoor worden kosten naar de toekomst verschoven en geven de kapitaallasten geen economisch realistisch beeld. Zbc's kennen geen budget en daarmee geen gegarandeerde

vergoeding van de kapitaallasten. Al is in de maximumtarieven voor zbc's wel een kapitaallastencomponent opgenomen (NMA 2004).

Hierbij bestaat bij ziekenhuizen het risico van kruissubsidiëring, tussen bestaande ziekenhuisfaciliteiten, die al betaald zijn (VNO-NCW 2003, VWS 2005). Dit geldt vooral ten aanzien van derde compartimentbehandelingen omdat de betrokken artsen, onder de kostprijs, gebruik kunnen maken van de ziekenhuisfaciliteiten (OK's, instrumenten, hulpmiddelen en zelfs het personeel. Deze artsen lopen verder geen enkel investeringsrisico (VNO-NCW 2003). Deze ongelijkheid zal voorlopig blijven zolang de 'vrije' deelmarkt (het zogenaamde B-segment) niet substantieel uitgebreid wordt met dbc-producten, die ook in zbc's kunnen worden uitgeoefend (Knoors 2004).

De samenwerkingsbereidheid van ziekenhuizen met zbc's lijkt vooralsnog laag. Volgens VWS (2003) weigeren ziekenhuizen, met enige regelmaat, een samenwerkingsovereenkomst met een zbc aan te gaan als het gaat om nazorg. Daarnaast constateert de Nederlandse Zorgautoriteit (2004) dat ziekenhuizen zelf zbc's gaan oprichten. Hoe zbc's en ziekenhuizen zich gaan verhouden in de toekomst hangt (gedeeltelijk) samen met de mate waarin deze partijen erin slagen een sterke onderhandelingspositie te bemachtigen met de partijen (als verzekeraars, huisartsen en patiënten met hun belangenorganisaties) die op de betreffende deelmarkt actief zijn. Naar verwachting wordt de komende 10 tot 15 jaar een aanzienlijke toename van de vraag naar medisch specialistische zorg verwacht. Tegelijkertijd verschuift echter de samenstelling van de vraag. Zowel het aantal chronische aandoeningen als het aantal ouderdomsgerelateerde slijtageaandoeningen (zoals staar en versleten heup) zal gaan toenemen. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2006a) is van mening dat het algemene (basis) ziekenhuis de ruggengraat blijft van de zorginfrastructuur, zeker in dunbevolkte gebieden. Daarnaast zal, door de introductie van marktwerking, de differentiatie in verschijningsvormen voor medisch specialistische zorg verder toenemen omdat het op genezing gerichte (medische) ziekenhuismodel niet toegesneden lijkt op langdurige zorg en begeleiding. Er zal volgens het Bouwcollege een toename te verwachten zijn in de vorm van klinieken (zbc's) die zich op deelmarkten richten. Deze organisatie van de zorg, volgens het 'focused factory' concept, richt zich op een beperkte productenmix. Hierdoor wordt de doorstroming, efficiency en klantgerichtheid bevorderd. Echter 'Focused factories' kunnen gerealiseerd worden binnen de muren van een algemeen ziekenhuis en in zelfstandige klinieken. In het laatste geval wordt gesproken van profielziekenhuizen of focusklinieken.

3.5. Conclusies

Zelfstandige behandelcentra zijn zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden tussen twee of meer medisch specialisten. Zij verlenen zorg in het A-segment en of B-segment en hebben hun zorgactiviteiten eventueel uitgebreid in het C-segment. Zbc's zijn onder meer te onderscheiden in leeftijd, het aantal locaties, hun geografische ligging, het type zorgaanbod dat zij leveren, het type specialisme dat zij aanbieden en in grootte.

Zbc's hebben zich de afgelopen jaren ontwikkeld van gedoogde tot erkende en nuttige instellingen voor medisch specialistische zorg, door het leveren van een aanvulling op de ziekenhuiszorg en hun bijdrage aan wachtlijstvermindering voor bepaalde ingrepen.

De groeipotentie van zbc's in de Nederlandse zorgmarkt wordt bevorderd door ontwikkelingen in de vraagkant en de intrede van de marktwerking. Dit leidt ertoe dat er meer behoefte ontstaat aan dit type zorgorganisatie, gericht op het focused factory concept. Al kan niet geconcludeerd worden dat het aantal zbc's explosief is gestegen. Dit is mede te danken aan diverse financiële en juridische toetredingsdrempels waar nieuwe aanbieders mee te maken hebben.

Het is cruciaal dat zbc's zich op de juiste deelmarkten richten en de juiste partijen aan zich weten te binden in het krachtenveld. Zoals de steeds mondiger wordende patiënt die naar verwachting zijn krachten gaat bundelen via patiëntenverenigingen, verzekeraars en werkgeversorganisaties. Andere partijen zijn de fuserende verzekeraars die er verschillende visies op na houden als het gaat om het al dan niet contracteren van van zbc's. Dit leidt tot onzekerheid voor de toekomst. Tevens kampen zbc's met de machtspositie van huisartsen en verwijzende specialisten. Zij kunnen hun invloed aanwenden om de patient te bewegen voor een andere aanbieder te kiezen. Concurrentie lijkt vooral plaats te vinden tussen ziekenhuizen en zbc's. Daarbij draait het onder meer om human kapitaal (het aantrekken van specialisten) en het binden van klanten middels klantcontacten. Daarnaast kunnen de ziekenhuizen een bedreigende partij vormen voor zbc's doordat zij reeds onderdeel zijn van bestaande netwerken en zich (nog) kunnen verschuilen achter de budgetteringssystematiek.

Hoofdstuk 4. Concepten uit de strategische marketing

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende interpretaties van het begrip marketing. Eerst wordt marketing als filosofie omschreven, waarbij concepten als strategische marketingconceptie en marktoriëntatie aan de orde komen. Daarna wordt ingegaan op de ervaringen met marktoriëntatie bij Amerikaanse zorginstellingen en het nut van en de voorwaarden bij een goede marktoriëntatie. Vervolgens wordt aandacht geschonken aan marketing als verzameling van activiteiten en de planning van het strategische marketing-proces. Hiermee wordt toegeschreven naar een antwoord op deelvraag twee: welke theoretische concepten biedt de literatuur om te beoordelen in hoeverre zbc's marketinggericht zijn?

4.1. Marketing als managementfilosofie

In de inleiding is gesteld dat zbc's zich in het licht van de veranderende markt moeten bezinnen op hun identiteit, hun omgeving en hun toekomst, zodat zij een duurzaam onderscheidend vermogen kunnen creëren. Dit impliceert aandacht voor marketing. Er zijn verschillende percepties (visies/filosofieën) over marketing in de literatuur terug te vinden. Afhankelijk van de visie die het management van een organisatie heeft op marketing, zal zij keuzes maken voor het denken en handelen. In de loop van deze decennia heeft de marketing als managementfilosofie zich op de volgende wijze ontwikkeld (Leeflang en Van Rooy 1995, Verhage 1995, Kotler 2004, Boonekamp 2005):

- *Productieconceptie*: klanten zullen producten prefereren die beschikbaar en leverbaar zijn. De focus van het management ligt op efficiency en distributie om klanten te trekken en te houden.
- *Productconceptie*: klanten zijn gericht op het product, vooral op de beste kwaliteit voor hun geld. De focus van het management ligt op kwaliteitsverbetering om klanten te trekken en te houden.
- *Verkoopconceptie*: klanten kopen geen of onvoldoende producten van een organisatie, tenzij de belangstelling wordt bevorderd. De focus van het management ligt op opzetten van een sterke verkoopafdeling om klanten te trekken en te houden.
- *Marketingconceptie*: de wensen en verlangens van afnemers op de markt, of deelmarkt (doelgroepen) staan centraal. De focus van het management ligt op het goed definiëren van de markt, het vaststellen van de wensen en behoeften van de klant en coördineren van alle op de klant gerichte activiteiten via geïntegreerde marketing. Dit resulteert vervolgens in winst door de klant tevreden te stellen.

Figuur 4.1 De ontwikkeling van marketing als managementfilosofie

Bij de strategische marketingconceptie richt men zich volgens diverse auteurs (Leeflang en van Rooy 1995, Verhage 1995, Kotler 2004) op het realiseren van verdedigbare concurrentievoordelen voor producten en diensten ('waarden') op markten. Daarnaast zijn de voordelen gebaseerd op gerealiseerde of te realiseren lange termijn belangen van afnemers. Deze kunnen op hun beurt weer gerealiseerd worden door relaties op te bouwen met voor de organisatie belangrijke belangengroepen binnen en buiten de organisatie, op een zodanige wijze dat een ruil van 'waarden' kan plaatsvinden. Hiervoor dienen organisaties initiatieven te nemen en te onderhandelen, waarbij men de tot stand gebrachte relaties moet onderhouden.

4.2. Van marketing als filosofie naar implementatie: marktoriëntatie

Wanneer organisaties de strategische marketingconceptie als managementfilosofie accepteren en hanteren, veronderstelt dit vervolgens, dat zij zich in hun denken en handelen richten op lange termijnrelaties met consumenten, concurrenten en andere belangengroepen binnen en buiten de organisatie (Narver & Slater 1990). Door informatie uit de markt te halen en deze te verspreiden binnen de organisatie kan men de markt ‘leren begrijpen’ en hierop inspelen (Leeflang en van Rooy 1995). Het implementeren van deze gedachte wordt marktoriëntatie (market orientation) of marketingoriëntatie (marketing orientation) genoemd. In de literatuur worden ook wel het begrip marktgerichtheid (market driven) als synoniem gebruikt. Dit duidt meer op een handelend optreden, waarbij de nadruk ligt op het ontplooiën van activiteiten. Om een concurrentievoordeel te creëren en te behouden is een market orientation alleen dus niet voldoende. Een onderneming zal ook market driven moeten zijn om op basis van de vergaarde kennis daadwerkelijk marktgerichte activiteiten te ontplooiën (Leeflang en van Rooy 1995). Hiervoor kan zij gebruik maken van een marketingplanning zoals beschreven in paragraaf 4.3.

Marktoriëntatie (marktgerichtheid) kan gezien worden als de operationalisering van de marketingconceptie. Hierdoor wordt duidelijk wat een organisatie zou moeten doen om zijn doelstellingen te realiseren. Naar de mening van Leeflang en van Rooy (1995) en Narver en Slater (1990) bestaat het begrip marktoriëntatie uit tenminste drie gedragscomponenten:

1. *Afnemergericht denken (consumer orientation)*: doet de organisatie redelijke beloften en houdt zij zich daaraan, worden afnemers als individuen behandeld, wordt door middel van concreet marktonderzoek nagegaan wat de wensen en meningen van de doelgroep zijn en zo ja heeft dat gevolgen voor het handelen in de organisatie? Enzovoorts;
2. *Concurrentiegericht denken (competitor orientation)*: bezit de organisatie veel informatie over afzonderlijke concurrenten, wordt die informatie systematisch geanalyseerd en gedistribueerd door de hele organisatie, weet de organisatie wanneer ze moet reageren op acties van concurrenten, en hoe zij zich van de concurrenten kan onderscheiden? Enzovoorts;
3. *Interfunctioneel denken (interfunctional orientation)*: deelt men in de organisatie de informatie met elkaar, worden de strategieën voor de diverse functionele gebieden geïntegreerd, worden er gezamenlijke besluiten genomen, is men in de gehele organisatie echt geïnteresseerd in de klanten? Enzovoorts.

Figuur 4.2 De drie componenten van marktoriëntatie

4.2.1. Marktoriëntatie bij gezondheidsorganisaties (ziekenhuizen) in de VS

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

Volgens deze definitie is marketing niet alleen het proces, product of de verkoop, maar meer een systeem. Het is een geïntegreerde besluitvormingsactiviteit die allerlei functies omvat, variërend van marktonderzoek en productontwikkeling tot het evalueren van concurrenten en doelmarkten om zo organisatiedoelen te realiseren. Het marketingconcept stelt dat een organisatie, wil het zijn doelstellingen verwezenlijken, effectiever moet zijn dan de concurrentie bij het onderzoeken, creëren, leveren en communiceren van klantwaarde in de gekozen segmenten. Marketingoriëntatie wordt dan ook wel gezien als de motor om de

effectiviteit van de organisatie te faciliteren (Kotler en Clarke 1987, Kotler 2004, Naidu en Narayana 1991 en White 2001). Kotler en Clarke (1987) hanteren een andere indeling dan van Leeflang en Van Rooij (1995) en Narver en Slater (1990). Zij zijn van mening dat er vijf aspecten te onderscheiden zijn in de marketingoriëntatie van organisaties: de consumentenfilosofie, de integrale marketingoriëntatie, adequate marketinginformatie, strategische oriëntatie en operationele effectiviteit.

- *Consumenten filosofie.* Erkent de organisatie de noodzaak om de wensen en behoeften van doelmarkt(en) van klanten te onderzoeken; om hier vervolgens een effectief marketingplan op te zetten? In hoeverre houdt de instelling rekening met wensen van de klant?
- *Integrale marketingoriëntatie.* Is de organisatie voorzien van personeel dat zich bezig houdt met marketinganalyses, -planning, -implementatie en -controle? Werken de functies van de instelling nauw samen om de belangen van de klant en de doelmarkt te dienen?
- *Adequate marketinginformatie.* Geeft het marketinginformatiesysteem nauwkeurige, kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie over de ontwikkeling van de markt ten aanzien van onder meer klanten, prospects en concurrenten?
- *Strategische oriëntatie.* Heeft het management duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen ontwikkeld (marketingactiviteiten) om de gestelde marketingdoelen te kunnen bereiken?
- *Operationele effectiviteit.* Beschikt de organisatie over beoordelings- en controlemaatregelen van marketingactiviteiten, om te onderzoeken of deze activiteiten (kosten)effectief worden ingezet?

Figuur 4.3 De vijf aspecten van marktorientatie volgens Kotler en Clarke (1987)

Elk van deze aspecten kan worden gemeten volgens een door Kotler en Clarke (1987) ontwikkelde Market Audit. Dit gevalideerde instrument is gericht op de marktorientatie van Amerikaanse ziekenhuizen. Later hebben andere auteurs, als Naidu en Narayana (1991), Naidu, Kleimenhagen en Pillari (1992) en White (2001), het instrument aangepast en gebruikt in hun onderzoeken naar de marktorientatie van Amerikaanse ziekenhuizen.

4.2.2. Het belang van marketing (marktorientatie) voor zorginstellingen

In het Amerikaanse bedrijfsleven heeft onderzoek bevestigd, dat een hoge marktorientatie een positieve invloed heeft op bedrijfsresultaten als relatieve winstgevendheid, Return on Investments, relatieve grootte, relatieve groei, en relatief marktaandeel (Deshpande en Farley 1998, Naver & Slater 1990). Andere aangetoonde voordelen van een marktgerichte organisatie zijn een hogere job-satisfaction, commitment aan de organisatie van het personeel en een groter vertrouwen van het personeel in het management. Verder heeft dit personeel kwaliteit en service hoog in het vaandel staan, en vertonen zij een sterke naar buiten gerichte oriëntatie (Kohli & Jaworski 1990). Daarnaast is er volgens Deshpande en Farley (1998) een relatie tussen een hoge klanttevredenheid en marktgerichtheid. Een marktgerichte organisatie kan, door voortdurend aan de verwachtingen van de klant te voldoen, een hoge klantloyaliteit bereiken. Aangezien het aantrekken van een nieuwe klant ongeveer vijf keer zo veel kost als het behouden van een huidige klant (Kotler 2004), spreekt het voordeel hier voor zichzelf. Uit de studies van Kotler (1987), Naidu en Narayana (1991), Naidu, Kleimenhagen en Pillari (1992), Franzak en Little (1993) en White (2001) blijkt dat een goede marketingoriëntatie ook bij Amerikaanse ziekenhuizen bijdraagt aan het succes in een competitieve omgeving. Andersom heeft onderzoek aangetoond dat zorginstellingen, die niet marketing georiënteerd zijn, significant minder succesvolle prestaties behalen. Deze aanname wordt bevestigd in een benchmarkonderzoek dat volgens Brandsma en Raemakers (2005) in 2004 en 2005 is gedaan

door zorgverzekeraars in Nederland. Hieruit blijkt dat succesvolle zorgondernemingen te herkennen zijn aan de volgende zeven succesfactoren:

1. Marketing is een geïntegreerd onderdeel van de organisatiestructuur;
2. De marketingverantwoording is herkenbaar in de directie aanwezig;
3. Het marketingplan is input voor de businessplannen in plaats van omgekeerd;
4. Er is structureel inzicht in de markt en in de concurrentie;
5. Marketing wordt bedreven om onderscheidend te zijn in plaats van volgend;
6. Er is een strikt topdown beleid om marketingprocessen en performance transparant in te richten;
7. De bedrijfsstrategie is leidend voor marketingkeuzes.

Figuur 3.4 Zeven succesfactoren voor zorgondernemingen volgens Brandsma en Raemakers (2005)

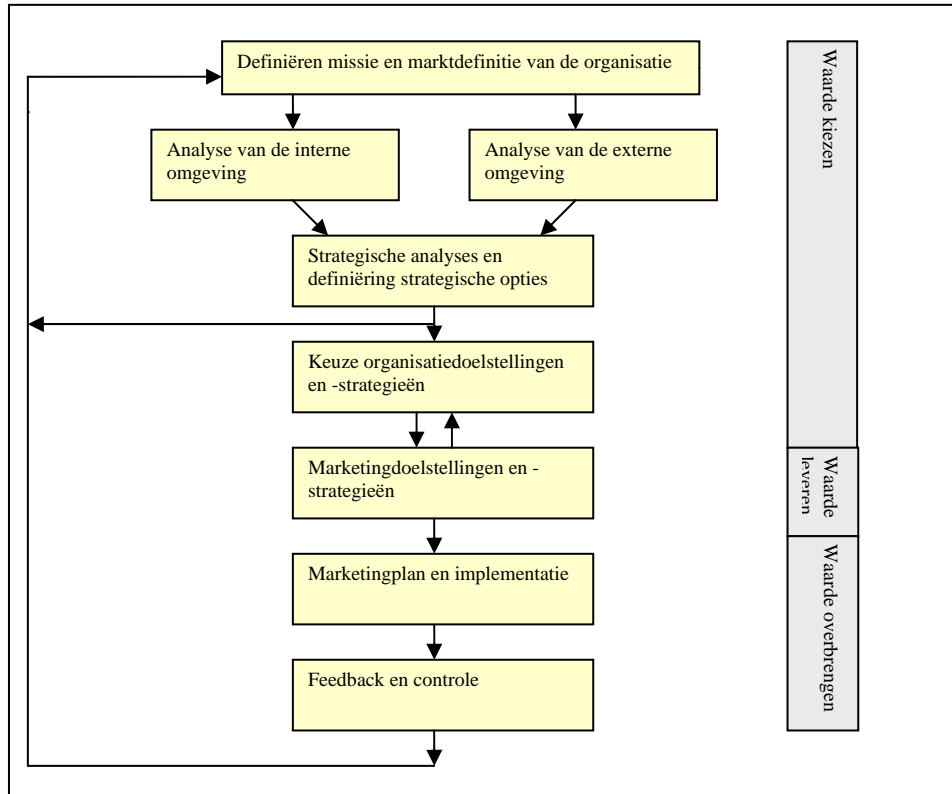
4.2.3. Kenmerken die bijdragen aan de effectiviteit van marktorientatie

In studies zijn enkele kenmerken weergegeven die bijdragen aan de effectiviteit van marketingoriëntatie. Zo heeft een goede marktorientatie, volgens Naidu en Narayana (1991) en Verhage (2001) alleen kans van slagen indien er daadwerkelijke steun is van het (top)management. De directeur zelf hoeft niet noodzakelijk een marketingachtergrond te hebben, maar dient er wel voor te zorgen dat de persoon die leiding heeft in de marketingfunctie van de organisaties, nauw samenwerkt met alle onderdelen van de organisatie. Loubeau en Jantzen (1998) concludeerden in hun onderzoek, dat zorginstellingen een effectievere marktorientatie hebben, naarmate zij sterkere relaties hebben met stakeholders, als verwijzers en verzekeraars. Hieruit valt op te maken dat relatiemarketing een belangrijk onderdeel is van marketingoriëntatie. Verder stellen Naidu, Kleimnagen en Pillari (1992), dat er een relatie is tussen de mate van marktorientatie in zorginstellingen en de grootte van de instelling: hoe meer bedden de instelling heeft hoe sterker de instelling marketing georiënteerd is. Zaremba en Ogilvie (1992) tonen tenslotte aan, dat innovatieve zorginstellingen meer marketing georiënteerd zijn dan niet-innovatieve zorginstellingen. Innovatieve zorginstellingen zijn eerder geneigd marketinginformatie en marktonderzoek te gebruiken in hun beslissingen en blijken tevens beter in het communiceren van de marketingfunctie.

4.3. Het marketingplanningsproces

Eerder in dit hoofdstuk is gesteld dat, behalve acceptatie en implementatie (marktorientatie) van marketing als managementfilosofie, organisaties ook daadwerkelijk marketingactiviteiten dienen in te zetten (market driven). Vanuit deze optiek kan marketing ook gedefinieerd worden als een verzameling van activiteiten, gericht op ruil van waarden (Leeflang en van Rooij 1995, Boonekamp 2005, Alsem 2000). Deze ruil van waarden zijn doorgaans diensten in de zorg. Zij dienen ten minste plaats te vinden tussen één organisatie en één of meer belangengroepen (leveranciers, intermediairs of afnemers) in de externe omgeving van de organisatie. Deze marketingactiviteiten worden verricht op basis van informatie, en wel zo dat zij kunnen bijdragen aan het behalen van de doelstellingen van de organisatie, rekening houdend met de interne en externe omgeving. Deze marketingactiviteiten worden uitgevoerd volgens een marketingplan. Om hiertoe te komen dient een aantal stappen in een planningsproces doorlopen te worden (zie figuur 4.5). Elk van deze stappen draagt bij aan de waardecreatie van de dienst(en) aan klanten. Eerst wordt de te leveren waarde gekozen (markt-

segmentatie, kiezen doelgroep en omschrijven waardepropositie). Daarna wordt de waarde geleverd door beslissingen te nemen over de marketingmix (als productkenmerken, prijzen en distributiemethoden). Tot slot wordt de waarde overgebracht aan de klant en overige stakeholders (met behulp van promotie, reclame en andere middelen).



Figuur 3.5 Het strategische marketingplanningsproces

4.3.1. Strategisch definiëren van de missie en marktdefinitie

De missie van een organisatie is een globale, lange termijn aanduiding van de doelstellingen van de organisatie (Kotler 2004, Leeflang en van Rooij 1995, Alsem 2000, Verhage 2005). Ofwel het definiëren van de markt: “What business are we in?” Een goede missie dient gericht te zijn op een beperkt aantal doelen. Zij benadrukt de belangrijkste normen en waarden van een organisatie en zegt iets over de concurrentiereikwijdte van het bedrijf: zoals de bedrijfstak waarin het bedrijf actief is, het product en – toepassingen, kerncompetenties, het marktsegment, het verticale bereik en het geografische bereik (Kotler 2004).

4.3.2. Het analyseren van de externe en interne omgeving

Nadat de markt is gedefinieerd vindt een situatietanalyse plaats: een analyse van de organisatie zelf (interne analyse) en een van de omgeving van de organisatie (externe analyse) (Kotler 2004, Leeflang en van Rooij 1995, Alsem 2000, Verhage 1995). Het belangrijkste doel is vast te stellen wat de eigen sterke en zwakke punten zijn (strengths en weaknesses) en de te verwachten kansen en bedreigingen (opportunities en threats). In de interne analyse worden de resultaten van de tot dan gevolgde strategie geëvalueerd en bijgesteld. Voor de externe analyse zijn diverse instrumenten beschikbaar (Kotler 2004, Leeflang en van Rooij 1995, Alsem 2000). De bedrijfstakanalyse dient om inzicht te krijgen in de aantrekkelijkheid van de

markt en scenario's te definiëren over macro-omgevingsfactoren. Een afnemersanalyse dient er toe het gedrag van de afnemers te analyseren en inzicht te verkrijgen in hun kenmerken, behoeften en percepties. Een distributieanalyse geeft inzicht in de distributiestructuur en het gedrag van distribuanten. Tot slot biedt een concurrentieanalyse houvast in het gedrag van concurrenten.

4.3.3. Organisatiedoelstellingen en –strategieën bepalen

De resultaten uit de interne en externe analyse kunnen met elkaar in relatie worden gebracht en geanalyseerd met behulp van strategische hulpmiddelen (Kotler 2004, Leeflang en van Rooij 1995, Alsem 2000, Verhage 1995). Denk aan de SWOT-analyse, portfolioanalyse, PIMS-studies en marketinginformatiesystemen. Op basis hiervan worden organisatiedoelstellingen en -strategieën geformuleerd. De doelstellingen geven aan wat de organisatie wil bereiken, de strategie beschrijft de tactiek die moet worden gebruikt om de doelstellingen te halen. Effectieve doelstellingen zijn hiërarchisch geschikt, haalbaar en consistent. De focus bij een organisatiestrategie is volgens Leeflang en van Rooij (1995) vast te stellen *waar* men gaat concurreren (markten, posities en perioden). Organisaties moeten daarbij een aantal zaken in overweging nemen: zoeken naar een balans tussen winst op de korte termijn en groei op de lange termijn, penetratie van bestaande markten versus ontwikkelingen van nieuwe markten, kiezen tussen winstdoelstellingen en andere doelstellingen en tussen snelle groei en risicobeperking.

4.3.4. Marketingdoelstellingen en –strategieën bepalen

Marketingdoelstellingen dienen afgeleid te zijn van de organisatiedoelstellingen. In tegenstelling tot de organisatiestrategie is het aandachtsgebied bij de marketingstrategie vast te stellen *hoe* men gaat concurreren (Leeflang en van Rooij 1995). Dit betreft de keuze van het verdedigbare concurrentievoordeel inclusief positionering, doelgroepbepaling en segmentatie en vaststellingen van de doelstellingen ten behoeve van de inzet van marktinstrumenten. De concurrentiestrategieën van Porter (Johnson en Scholes 1993) kunnen daarbij van dienst zijn. Porter stelt dat er drie generieke strategieën zijn, die een goed startpunt vormen voor strategisch denken: kostenleiderschap, differentiatie en focus. Zij zijn gebaseerd op de concurrentievoordelen die een organisatie kan bezitten. Een vergelijkbare insteek hanteren Treacy en Wiersema (Van Leeuwen 2003). Zij onderscheiden de operational excellence focus, de customer intimacy focus en de product leadership focus (figuur 4.2):

- *Operational excellence focus*: De organisatie levert betrouwbare producten en diensten tegen concurrerende prijzen met zo weinig mogelijk ongemak voor de klant. Dit wordt gerealiseerd door het optimaliseren van bedrijfsprocessen, het reduceren van transactiekosten en het minimaliseren van de overhead.
- *Product leadership focus*: De organisatie innoveert voortdurend op basis van creativiteit en brengt regelmatig nieuwe innovatieve producten en diensten op de markt. Daarbij gaat het om flexibele productie, focus op het innoverende vermogen van de organisatie en het verkorten van productietijden en time-to-market.
- *Customer intimacy focus*: De organisatie richt zich op het voortdurend aanpassen van het aanbod aan de wensen van de individuele klant. Belangrijk bij deze strategie is het voortdurend investeren in klantenbinding (customer loyalty), het sturen op klantwaarde (customer lifetime value) en doen van een gedifferentieerd aanbod op maat (mass customization).

Figuur 4.2 Concurrentiestrategieën volgens Treacy en Wiersema (Bron: van Leeuwen 2003)

Zowel Porter, Treacy en Wiersma (van Leeuwen 2003) en Boonekamp (2005) stellen dat een organisatie, die leidend wil zijn in haar markt, moet uitblinken in een van deze drie strategieën, terwijl de andere twee op niveau moeten zijn. Als voor operational excellence wordt gekozen, moet immers tevens aan productontwikkeling en relatiebeheer gedaan worden. Terwijl in het geval van customer intimacy ook de operationele processen op orde moeten zijn.

4.3.5. Marketingplan en implementatie

De marketingstrategie wordt vervolgens uitgewerkt in concrete plannen voor het komende jaar. Hierin staan beslissingen met betrekking tot de vier marktinstrumenten (de vier P's) Product, Prijs, Plaats (distributie) en Promotie Kotler 2004, Leeflang en van Rooij 1995, Alsem 2000, Verhage 1995). Dit is de zogenaamde marketingmix. In de dienstverlening is het gebruikelijk om hier de drie P's van Personeel, Presentatie en Processen aan toe te voegen (van den Heuvel 1999, Kotler 2004). Deze beslissingen, de resultaten van de situatieanalyse en de doelstellingen en strategieën worden samengevat in een marketingplan voor het komende jaar. Vervolgens dient dit plan geïmplementeerd te worden.

4.3.6. Marketingcontrole en evaluatie

Tijdens het implementeren van het marketingplan moeten de resultaten in de gaten gehouden worden en start de controletaak. Het marketingplan fungeert daarmee niet alleen als hulpmiddel voor de coördinatie, maar ook als controle-instrument (Verhage 1995, Kotler 2004, Alsem 2000). Controle houdt globaal in dat de geboekte resultaten worden vergeleken met de verwachte resultaten uit het plan. Tegelijkertijd dienen nieuwe ontwikkelingen in de interne en externe omgeving gevolgd te worden. Sommige omgevingen zijn redelijk stabiel en wijzigen nauwelijks, andere veranderen snel en zijn onvoorspelbaar. Het plan dient voortdurend aangepast te worden aan wijzigingen in de organisatie (bijvoorbeeld een verbetering van de techniek) of erbuiten (de introductie van een nieuwe behandeling). Marketingplanning is dan ook een continu proces.

4.4. Conclusies

Om de marketinggerichtheid van zbc's te meten, dient een visie op marketing bepaald te worden. In dit onderzoek is gekozen voor de filosofie van de strategische marketingconceptie. Hierbij richt men zich op het realiseren van verdedigbare concurrentievoordelen voor producten en diensten ('waarden') op markten. Daarbij zijn de voordelen gebaseerd op de lange termijnbelangen van afnemers. Deze belangen worden gerealiseerd door relaties op te bouwen met belangrijke belangengroepen binnen en buiten de organisatie zodat een ruil van 'waarden' kan plaatsvinden. Deze ruil van 'waarden' is een voortdurend proces van wederzijdse beïnvloeding in een tweezijdige relatie.

Implementatie van de strategische marketingconceptie leidt tot marketinggerichtheid, ook wel marktoriëntatie genoemd. Literatuur toont aan dat een hoge marktoriëntatie een kritische succesfactor is bij de bedrijfsvoering van Amerikaanse ziekenhuizen. Het heeft een positieve invloed op onder meer de winstgevendheid, het marktaandeel, de patiënttevredenheid en de medewerkertevredenheid. Ook in Nederland wordt dit erkend voor zorginstellingen. Deze

aannames kunnen worden doorgetrokken naar de Nederlandse zbc's, die in toenemende mate te maken krijgen met een competitieve omgeving door de intrede van marktwerking. Hieruit kan worden gesuggereerd dat de voordelen van een goede marktorientatie ook op hen van toepassing zijn. Andersom kan voor zbc's de aanname worden gedaan, dat wanneer zij niet marketing georiënteerd zijn, zij op termijn minder succesvolle prestaties behalen. Een goede implementatie van marketing is daarmee een van de lange termijn succesfactoren voor zbc's. Om de marktorientatie (marketinggerichtheid) van de Nederlandse zbc's te meten, kan het instrument van Kotler en Clarke worden ingezet, aangevuld met inzichten van andere auteurs. Dit instrument dient ten minste in te gaan op vijf belangrijke aspecten: de consumentenfilosofie, de integrale marketingoriëntatie, adequate marketinginformatie, strategische oriëntatie en operationele effectiviteit.

Behalve marketinggericht zullen zbc's ook market driven moeten zijn. Dat wil zeggen dat zij eveneens daadwerkelijk marktgerichte activiteiten moeten ontplooiën. Hiervoor dienen zij een aantal stappen uit het marketingplanningsproces te doorlopen. Onder meer het analyseren van de marktmogelijkheden, het onderzoeken en kiezen van doelmarkten, het ontwikkelen van marketingstrategieën, het plannen van marketingprogramma's en het organiseren, implementeren en beheren van de marketingactiviteiten. Een marketingplan is daarbij een van de belangrijkste uitkomsten van het marketingproces. Zo wordt bijgedragen aan waardecreatie van klanten met als uitkomst winstgevendheid en groei voor individuele zbc's.

Hoofdstuk 5. Theoretische concepten ten behoeve van klantwerving en -binding.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op theoretische concepten die de marketingliteratuur biedt ten behoeve van het werven en behouden van klanten en klantverwijzers. Daarmee wordt antwoord gegeven op deelvraag drie.

5.1. Noodzaak van werven, binden en behouden van klanten

Het hebben van klanten vormt het bestaansrecht van vele organisaties. Zij zullen nieuwe klanten moeten werven om te groeien en het klantverloop op te vullen. Een gemiddelde organisatie verliest volgens Rustenburg (1998) jaarlijks ongeveer tien procent van haar klanten door overlijden, faillissementen, concurrentie, fusering en verhuizen. Daarnaast kunnen klanten ook kiezen voor concurrerende aanbieders, die soortgelijke producten of diensten aanbieden. Dit maakt duidelijk dat acquisitie van klanten nodig is. Toch wordt er in de marketingliteratuur geregeld op gewezen dat bedrijven zich meer dienen te richten op het behouden en verbeteren van bestaande klantrelaties dan op het werven van nieuwe klanten. Dit omdat het werven van klanten vier à vijfmaal zoveel kosten dan het behouden van een klant (Kotler 2003, Kotler 2004, Rustenburg e.a. 1998, Verra 1994, Leeftang en van Rooy 1995, Jackson en Hisrich 1996, Payne 1995).

5.2. Salesmanagement

Zoeken binnen de marketingliteratuur naar concepten ten behoeve van klantwerving, -binding en -behoud levert enorm veel hits op. Doorgaans betreft het hier boeken of artikelen die zich richten op de harde verkooppraktijk van salesmanagers op microniveau. Hierbij is sprake van een operationele uitwerking van de verkooporiëntatie (zie figuur 4.1. uit hoofdstuk 4). De aandacht gaat hierbij uit naar het klaarstomen van personen voor het salesmanagement binnen de interne omgeving van (grote) bedrijven. Salesmanagement is een verzameling van managementactiviteiten, die analyse, planning, uitwerking en controle inhouden, primair gericht op het realiseren van de verkoopdoelstellingen van een organisatie (Rustenburg 1998). Het betreft hier de traditionele manier van verkopen: na een tijd van onderhandelen en informatieoverdracht vindt uitwisseling plaats van geld tegen goederen of diensten. Na het doorlopen van de stappen uit het marketingplanningsproces (zie paragraaf 4.3) schrijft men een verkoopplan, afgeleid van het marketingplan (Rustenburg 1998, Verra 1994, Jackson en Hisrich 1996). Hierin zijn de salesprognoses opgenomen, die met behulp van kwantitatieve en/of kwalitatieve voorspellingsmethoden tot stand zijn gekozen.

- *Voorspellingsmethoden zonder direct beschikbare kwantitatieve gegevens*: expertonderzoek, Delphimethode, analogie (refereerproduct), experiment en marktonderzoek (Markow-, Parfitt- en Collinsanalyses en distributiekenngetallen).
- *Voorspellingsmethoden op basis van kwantitatieve gegevens*: prognose op tijdreeksen, voorspellen met het voortschrijdende gemiddelde of op basis van exponential smoothing.
- *Voorspelling op basis van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens*: causale modellen, trend-impactanalyse, analyse van het afnemerskoopproces en beïnvloeding van de orderkans.

Figuur 5.1 Voorspellingsmethoden

Voor de implementatie van dit verkoopplan reikt de salesliteratuur operationele hulpmiddelen aan om klanten te werven en te behouden: onder meer contactmethodieken, structureel acquireren, teleselling (bijvoorbeeld via een callcenter) of klachtenafhandeling.

- *Contactmethodieken*: om klanten te acquireren kan een organisatie kiezen voor onder meer: netwerken, nieuwsbrieven, adverteren, brochures, cold selling, beurzen, seminars, direct mail en gimmicks. Een contactevaluatiemodel kan helpen een keuze te maken.
- *Structureel acquireren*: hierbij clustert men eerst de eigen klanten (naar omzet, producten/diensten, bedrijfstak) en analyseert men deze. Ditzelfde doet men met een groep nieuwe klanten in een bestaand segment, gevolgd door klanten uit een nieuw segment.
- *Teleselling*: dit omvat het vinden, bewerken, verkopen en onderhouden van klanten via de telefoon. Bijvoorbeeld bestandscreening en updaten, personaliseren, orders noteren, informeren, klantenbehandeling, relatieonderhoud, afspraken maken, offertes opvolging, acties aankondigen, telefonisch verkopen etc.
- *Klachtenafhandeling*: dit kan organisaties helpen bij het stimuleren van klantentrouw, verkrijgen van inzicht in voorkomende problemen en feedback geven voor product/diensten aanpassingen, het opbouwen/onderhouden en herstellen van relaties en het verbeteren van het algemene bedrijfsimago.

Figuur 5.2 Instrumenten ten behoeve van werving, binding en behoud van klanten volgens de salesaanpak

5.2. Accountmanagement (relatiemanagement)

Naast of in plaats van verkoopmanagement kunnen organisaties kiezen voor account- c.q. relatiemanagement. Ook dit is een vorm van micromarketing. Daarbij staat niet langer de transactie (het binnenhalen van de klant) centraal maar de relatie met de afnemer (Verra 1994, Payne e.a. 1995, Kotler 2004). De toegevoegde waarde is dat men hierbij meer aandacht heeft voor de sociale context waarin relaties zich bevinden. De salesaanpak suggereert immers een anonieme relatie tussen de aanbieder en zijn klant, zonder dat oog is voor bijvoorbeeld (bedrijfs)culturen waarin men zich bevindt en de atmosfeer (mate van samenwerking en de gevoelsmatige afstand), die wordt veroorzaakt door de onderlinge machtsposities. Een relatie ontstaat doordat de verkoper en zijn organisatie zich kwalificeren als ten minste betrouwbaar, afspraken nakomend, technisch vakkundig, geïnteresseerd in de klant en bereid ‘vuil werk’ te doen. Door ‘vrienden’ te maken kan een gunningeffect bereikt worden. De resultante van het marketingplanningsproces is een accountplan als uitwerking van het marketingplan. De techniek die wordt gehanteerd bij accountmanagement is het customer rating system: het indelen van klanten in klantencategorieën, bijvoorbeeld in A-, B- en C-klanten (Rustenburg 1998, Verra 1994). Om accounts te selecteren en te beoordelen bestaan drie methoden: de account gerelateerde selectiemethode, de relatie gerelateerde selectiemethode en de product-dienst gerelateerde selectiemethode.

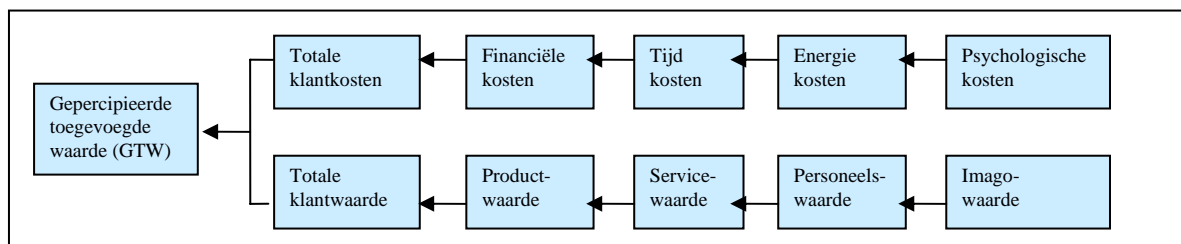
- *De account gerelateerde selectiemethode*, hierbij wordt de marktpositie van de (potentiële) klant in haar eigen concurrentieveld beoordeeld (aantal werknemers, marktaandeel, omzetontwikkeling, winstontwikkeling, imago, financiële positie, geografische spreiding, innovatievermogen etc.)
- *De relatie gerelateerde selectiemethode*, hierbij wordt de relatie met de klant geëvalueerd (huidige omzet, omzetspotentieel, omzetgroei, winstbijdrage, loyaliteit, tevredenheid etc.)
- *De product-dienstoriëntatie*: hierbij worden specifieke product- en dienstaspecten meegenomen in de beoordeling (soort producten, orderomvang, inkooprisico's, tijdshorizon, servicebehoefte, prijsgevoeligheid etc.)

Tabel 5.3 Methoden om accounts te selecteren en beoordelen

Afhankelijk van de omvang van een account zal een ‘zwaarder’ type accountmanagement worden in gezet. Vervolgens dienen contactmomenten georganiseerd te worden om de relatie aan te gaan en te verstevigen.

5.3. Customer Relationship Management (CRM)

Een vorm van relatiemanagement dat zich in het bedrijfsleven momenteel ontwikkelt, maar ook in zorg zijn debuut maakt, is Customer Relationship Management (CRM). Dit is een bedrijfsstrategie, die zich richt op het realiseren van bedrijfsdoelstellingen en het creëren van duurzaam concurrentievoordeel door relaties met individuele klanten aan te gaan, te onderhouden, te maximaliseren en –indien onvoldoende rendabel– te beëindigen (van Leeuwen 2003, Kotler 2004). CRM is daarmee een concept dat zowel op mesoniveau (als concurrentiestrategie: zie paragraaf 4.3.3) als microniveau kan worden ingezet. CRM gaat er vanuit dat de winstgevendheid van een bedrijf in belangrijke mate afhangt van de waarde die het kan creëren voor zijn klanten. Klanten zullen bij een toenemend en soortgelijk diensten-aanbod ‘kopen’ van die organisatie, die in hun ogen de hoogste gepercipieerde toegevoegde waarde kan leveren (zie figuur 5.4). Dit is het verschil tussen de totale klantwaarde (de waargenomen financiële waarde van alle economische, functionele en psychologische voordelen die klanten van het aanbod verwachten) en de totale klantkosten (de kosten die de klant verwacht te moeten maken voor het beoordelen, verkrijgen, gebruiken en eventueel van de hand doen van het aanbod).



Figuur 5.4 Factoren die de waarde van het aanbod voor de klant bepalen

Of de koper tevreden is over het product of de dienstverlening is afhankelijk van de feitelijke prestaties in relatie tot de oorspronkelijke verwachtingen van de klant. Als prestaties achterblijven, leidt dit tot ontevredenheid. Echter overtreffen deze prestaties, dan is de klant tevreden of aangenaam verrast. De sleutel bij klantbehoud is daarmee klanttevredenheid. Een zeer tevreden klant blijft een organisatie langer trouw, koopt meer, uit zich positief over het bedrijf, schenkt minder aandacht aan concurrenten, is minder gevoelig voor lagere prijzen elders, is een bron van goede ideeën over producten en diensten, en is minder duur om te bedienen dan nieuwe klanten, vanwege de routinematigheid die ontstaat (Kotler 2003, Leeflang en van Rooy 1995, Verhage 1995, Verra 1994, Van Leeuwen 2003).

Dit betekent voor organisaties dat zij een balans moeten vinden tussen de beloften die zij uitspreken (externe marketing), de mogelijkheid om de belofte waar te maken (interne marketing) en het feitelijk waarmaken van de belofte (interactieve marketing) (Kotler 2004, Boonekamp 2006). Te hoge verwachtingen leiden tot teleurstellingen, te lage verwachtingen leiden er toe dat weinig klanten zich tot het aanbod aangetrokken voelen. Een hoge mate van klanttevredenheid draagt bij aan een relationele voorkeur voor een product, merk of onderneming. Ook kan dit leiden tot een emotionele band.

Dit leidt er toe dat het voor organisaties belangrijk is om het klantverloop en het oordeel van de klant (de aantrekkelijkheid van het dienstenaanbod) te meten. Dit kan variëren van het stimuleren van klanten om klachten kenbaar te maken tot het continu samenwerken met klanten. Kotler (2004) onderscheidt vijf niveaus van investering in klantrelaties:

- *Elementaire marketing*: het product verkopen.
- *Reactieve marketing*: het product verkopen en klanten stimuleren om eventuele vragen, opmerkingen en klachten kenbaar te maken.
- *Verantwoordelijke marketing*: contact met de klant opnemen na de verkoop, om te controleren of men tevreden is, of men suggesties voor verbetering heeft, of te achterhalen of men op enigerlei wijze teleurgesteld is.
- *Pro-actieve marketing*: periodiek contact opnemen met de klant, om te vernemen of alles naar wens is en om hem te informeren over nieuwe producten of toepassingen.
- *Partnership marketing*: continu samenwerken met klanten om naar wegen te zoeken om optimaal op hun behoeften en wensen in te spelen.

Figuur 5.5 Vijf niveaus om te investeren in klantrelaties

Om klanten te binden kunnen organisaties drie waardegenererende methoden gebruiken: financiële voordelen bieden (vaste klantenprogramma's), sociale voordelen bieden (individualiseren door bijvoorbeeld een vaste contactpersoon aan te wijzen) of structurele verbanden aangaan (denk aan lange termijn contracten, lagere prijzen voor herhalingsaankopen of bieden van onderhoudsdiensten) (Kotler 2004). Klanttevredenheid kan voor organisaties zowel een middel als een doel zijn. Daarbij draait het niet alleen om het maximaliseren van de klanttevredenheid an sich, maar om het bereiken van een zodanig niveau van klanttevredenheid dat de organisatie in staat is om de organisatiedoelstellingen (winst) te realiseren. Om die reden is het van belang dat organisaties berekenen welke klanten winstgevend zijn. Een klant-product winstgevendheidsanalyse kan daarin ondersteunen.

5.4. Relatiemarketing

Het verschil tussen relatiemanagement (accountmanagement) en relatiemarketing is dat nu niet de persoonlijke relatie voorop staat maar het aangaan, opbouwen en onderhouden van *institutionele* relaties met klanten maar *ook* met andere relevante partijen (Kotler 1994, Leeflang en van Rooy, Verra 1994, Payne e.a.1995). Dit maakt relatiemarketing een concept op het niveau van de markt of de bedrijfstak. Relatiemarketing moet ervoor zorgdragen dat de klantenstroom op langere termijn verzekerd wordt. Het resulteert in sterke economische, technische en sociale banden tussen partijen (Kotler 1994, Leeflang en van Rooy, Verra 1994) en bespaart tijd en kosten van transacties. Maar het biedt ook andere voordelen voor organisaties als vertrouwen, transparantie en een goed imago. De ultieme uitkomst van relatiemarketing is het opbouwen van een marketingnetwerk. Een marketingnetwerk bestaat uit een onderneming en haar stakeholders (belanghebbenden zoals klanten, werknemers, leveranciers, distributeurs en dergelijke), met wie zij wederzijds waardevolle samenwerkingsrelaties heeft opgebouwd. Concurrentie geschiedt steeds minder tussen afzonderlijke ondernemingen en steeds meer tussen marketingnetwerken. Het bedrijf dat deel uitmaakt van het beste netwerk realiseert ook de beste resultaten. Deze stakeholders zijn minder goed beheersbaar dan op microniveau. Zij kan hen wel, afhankelijk van haar grootte, in meer of mindere mate beïnvloeden. Denk aan concurrenten, tussenschakels in de distributie, (potentiële) afnemer, toeleveranciers, brancheorganisaties en publieksorganisaties.

Een beperking van dit gedachtegoed is dat deze weinig handvatten biedt wanneer de klant een relatie niet wil aangaan. In de inleiding is immers gesteld, dat partijen in de zorg dikwijls tot elkaar veroordeeld zijn en zich bevinden in een netwerk van afhankelijkheidsrelaties. Ook hiervoor dient aandacht te zijn. Voor deze leemte kan (strategisch) stakeholdermanagement een handvat bieden. Hierover gaat hoofdstuk 6.

5.5. Conclusies

Klantwerving, binding en behoud raakt de kern van een zbc. Afhankelijk van de visie die het zbc-management heeft op het marketingproces kan gekozen worden voor werving- en bindingsinstrumenten. Bij salesmanagement als gedachtegoed zal een zbc sec haar diensten verkopen aan afnemers, bij voorkeur op basis van een verkoopplan en verkoopprognoses.

Voor het acquireren of binden van klanten kan gebruik gemaakt worden van contactmethodieken, structureel acquireren, teleselling of klachtenafhandeling.

Echter de vraag is of zaken doen volgens deze 'hit en run' methode past binnen de zorg of dat zbc's zich niet meer dienen te richten op de wensen en behoefte van (individuele) afnemers om de concurrent voor te blijven. Concepten uit het 'account-management' (waaronder CRM) kunnen zbc's wellicht beter van dienst zijn. Hiermee verschuift de aandacht van het binnenhalen van orders naar het aangaan van klantrelaties die over langere periodes uitstrekken en daarmee meer zekerheid verschaffen voor de langere termijn. Hierbij is het onder meer van belang om de juiste accounts (klantgroepen) te selecteren en vast te houden zodat bedrijfsdoelstellingen worden behaald. De kunst is hier 'klantwaarde' te scheppen, de klanttevredenheid van (winstgevende) klanten te optimaliseren en daarmee een hoge klantloyaliteit te realiseren. Onderzoek naar wensen en belangen van klanten kan zbc's helpen bij het bepalen van acties om klanten te behouden of weer terug te winnen. Om klanten te binden kunnen zbc's financiële en sociale voordelen bieden en structurele verbanden aangaan. Zbc's kunnen hun positie nog sterker verstevigen door eveneens lange termijnrelaties met andere belanghebbenden (als huisartsen, ziekenhuizen, verzekeraars, patiëntenorganisaties, gemeenten en dergelijke) aan te gaan. Deze wijze van optreden wordt relatiemarketing genoemd. Hierbij staat de institutionele relatie tussen het zbc en de wederzijds afhankelijke partijen centraal. Het impliceert een wederzijdse investering van mensen, geld, techniek en emotie (wederzijdse verwachtingen en commitment) en leidt daardoor tot sterke verbanden. Andere voordelen zijn kosten- en tijdsbesparing, vertrouwen, transparantie en een goed imago. Door het uiteindelijk creëren van een netwerk(keten) kan een zbc zijn concurrenten vóór zijn, en via diverse kanalen zijn klanten winnen, binden en houden. Om deze partijen op een meer strategische wijze te selecteren en te beïnvloeden kan stakeholdermanagement ondersteunen. De aanname in dit onderzoek is dat zbc's eerst met behulp van stakeholdermanagement (wederzijds afhankelijke) partijen in kaart dienen te brengen en zicht te krijgen op hun wensen en verwachtingen. Pas dan kunnen zbc's trachten de belangen van de belangrijkste partijen om te buigen in het voordeel van de organisatie, waaronder het werven en binden van klanten op de langere termijn.

Hoofdstuk 6. Stakeholdermanagement als theoretisch concept

Een uitstap naar stakeholdermanagement kan een meer strategisch perspectief bieden op het selecteren en beïnvloeden van klanten en verwijzers (deelvraag vier) dan de concepten die in het voorgaande hoofdstuk zijn aangereikt. Eerst wordt ingegaan op de definitie van stakeholdermanagement, vervolgens komen het analytische kader, het toepassingsgebied en de praktijkbenadering aan de orde. Hierdoor wordt een verbinding gelegd tussen het macro- en het microperspectief van deze managementtheorie. Tot slot wordt de relevantie van deze benadering voor zbc's onderbouwd.

6.1. Stakeholders

Volgens Freeman (1984) zijn stakeholders: partijen die direct of indirect door de organisatie worden beïnvloed, of de organisatie kunnen beïnvloeden. Blair en Fottler (1990) voegen hieraan toe dat stakeholders (individueen, groepen of organisaties) een organisatie zullen beïnvloeden omdat zij belang hebben bij de besluiten en activiteiten van de organisatie. Dit impliceert een (eenzijdige) afhankelijkheidsrelatie. Volgens Johnson en Scoles (1993) en Polonsky e.a. (2001) is deze afhankelijkheidsrelatie wederzijds: de organisatie is op haar beurt ook afhankelijk van deze individuen of groepen voor het bereiken van haar doelen.

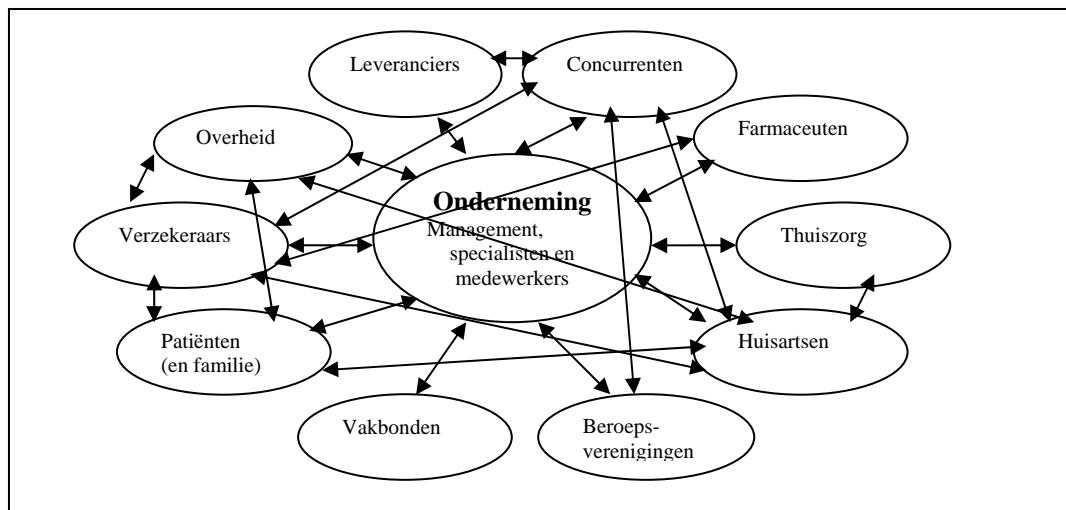
6.2. Stakeholders van een zorginstelling

Stakeholders van een zorginstelling kunnen volgens Blair en Fottler (1990) gecategoriseerd worden in drie groepen; interne stakeholders, interface stakeholders en externe stakeholders. .

Interne stakeholders: zijn voornamelijk werkzaam binnen de grenzen van de organisatie, als management (medisch, algemeen of bijvoorbeeld financieel gericht) en andere medewerkers (onder meer professionals en ondersteunend personeel)
Interface stakeholders: opereren zowel binnen als buiten de organisatie zoals medische staf (al dan niet gedeeld met andere instellingen), instellingsgebonden toezichthouders, aandeelhouders of subsidieverstrekkers en moederorganisaties;
Externe stakeholders: hebben verschillende rollen richting de organisatie als het leveren van input, het concurreren ermee of een specifiek belang. Denk aan onder meer leveranciers, concurrenten, ketenorganisaties (als farmaceuten en thuiszorg-organisaties), overheden (gemeentelijk, provinciaal, landelijk), wetenschappelijke beroepsverenigingen, vakbonden, patiënten (privaat/publiek, familie), financiers (verzekeraars) en de media.

Figuur 6.1 Categorieën stakeholders

Deze stakeholders bevinden zich onderling in een netwerk van afhankelijkheidsrelaties (Blair en Fottler (1990) Boonekamp (1994, 2006)). In figuur 5.2 is een voorbeeld gegeven van een zorgonderneming en haar netwerk. Een wijziging in de relatie tussen een instelling en een van haar stakeholders kan daarmee consequenties hebben voor de relatie die zij heeft opgebouwd met andere stakeholders. Bijvoorbeeld het niet meer contracteren van de instelling door de zorgverzekeraar, heeft effect op de vergoeding die de patiënt ontvangt. Dit kan ertoe leiden dat deze gaat kiezen voor een andere zorgverlener. Ook positieve ervaringen door patiënten met de zorginstelling kunnen leiden tot beïnvloeding van huisartsen als verwijzers en resulteren in een toenemende patiëntenstroom.

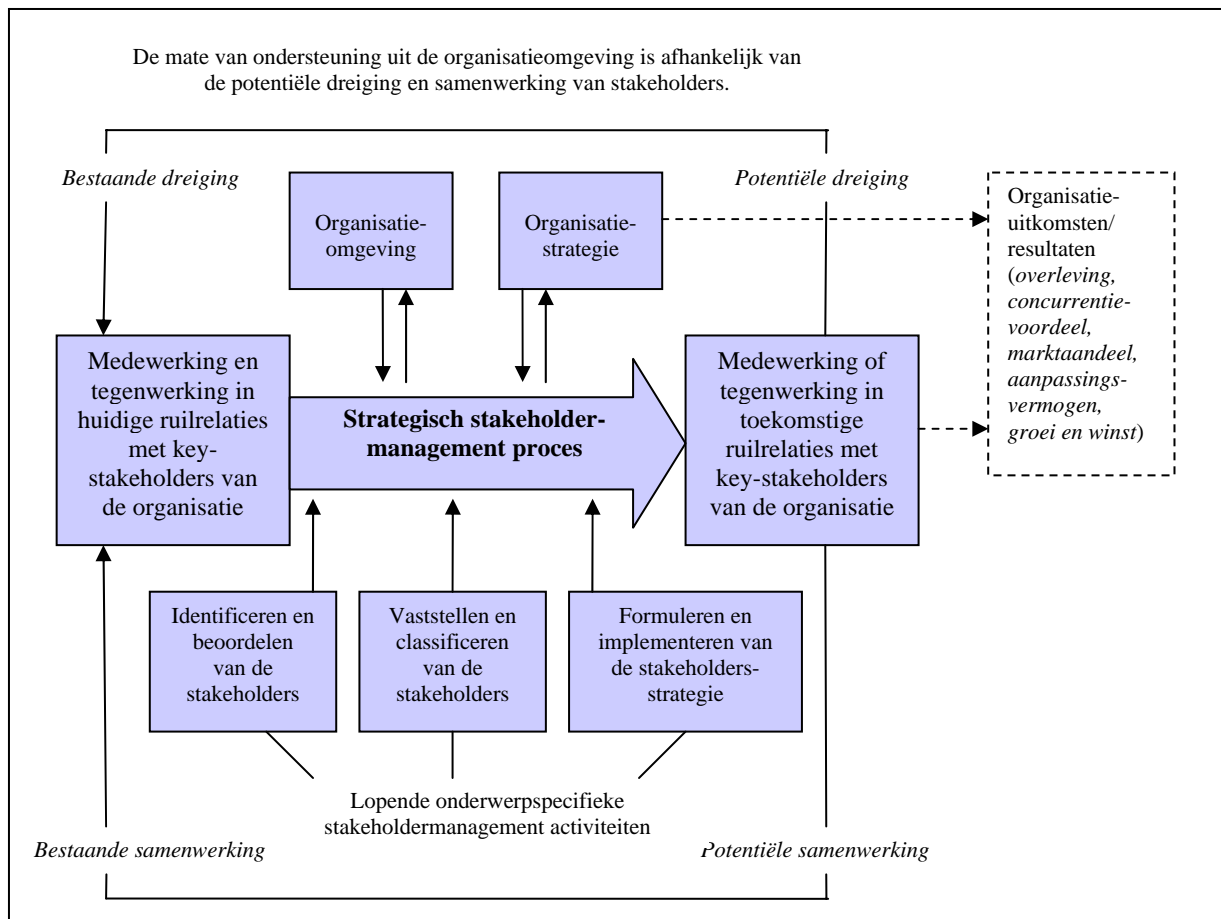


Figuur 6.2 Een zorgonderneming en haar stakeholders in een netwerk van afhankelijkheidsrelaties

Stakeholdermanagement kan helpen om op een systematische wijze de wensen en verwachtingen van de diverse stakeholders gelijk te richten aan de strategieën van de organisatie. Zodat de diverse belangen, zoveel als mogelijk, congruent worden aan elkaar. Zo kan een maximum aan voordeel worden behaald en een minimum aan schade aan de organisatie worden toegebracht, door de onderlinge afhankelijkheid (Blair en Fottler 1990, Polonsky e.a. 2001, Van den Bosch 1996).

6.3. Het strategisch stakeholdermanagementmodel

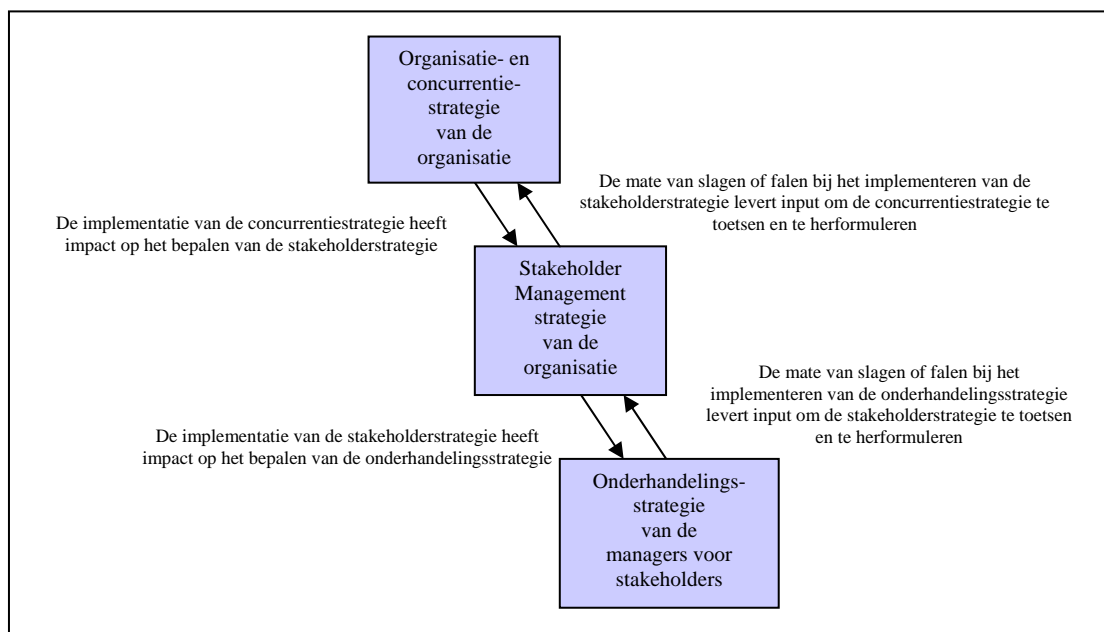
Freeman (1984) heeft de basis gelegd voor een stakeholdermanagementmodel. Vervolgens is dit concept door Blair en Fottler (1990) aangescherpt met nieuw ontwikkelde concepten en uitgetest op een aantal Amerikaanse ziekenhuizen (zie figuur 6.3). Allereerst is het voor organisatie van belang om te weten hoe de omgeving eruit ziet, wie de stakeholders van de organisatie zijn en wat hun wensen en belangen zijn. Organisaties zullen moeten inschatten in welke mate stakeholders daadwerkelijk geïnteresseerd zijn in de missie, visie, doelen en strategieën van de organisatie en in hoeverre zij hierop invloed willen uitoefenen. Dit heeft effect op de huidige dreiging of kansen voor samenwerking danwel tegenwerking van deze stakeholders. Daarbij dient men zich te realiseren dat niet alle stakeholders op dezelfde wijze te categoriseren zijn. Er zijn verschillen tussen 'groepen' stakeholders, maar ook binnen één 'groep' stakeholders is mogelijk verscheidenheid in opstelling. Tegelijkertijd is het van belang om diverse factoren (als machtspositie, inzetten van machtsinstrumenten, of vormen van coalities met of tegen de organisatie) in ogenschouw te nemen, ten gevolge van wijzigingen in bijvoorbeeld maatschappelijke, technologische en demografische ontwikkelingen. Organisaties dienen dit te onderzoeken om in te schatten wat de toekomstige bedreigingen of kansen zijn voor samenwerking danwel tegenwerking van hun belangrijkste (key)stakeholders. Op basis daarvan kunnen beïnvloedingsstrategieën worden bepaald en geïmplementeerd die er uiteindelijk toe moeten leiden dat de (gelijkblijvende of wijzigende) organisatiedoelstellingen zoveel mogelijk worden behaald (Blair en Fottler 1990, Polonsky e.a. 2001, Van den Bosch 1996).



Figuur 6.3 Het strategische stakeholdermanagement proces

6.4. Niveaus van strategisch stakeholdermanagement

Stakeholdermanagement kan volgens Blair en Fottler (1990) worden toegepast op drie strategische (analyse) niveaus van de organisatie: macro-, meso- en microniveau



Figuur 6.4 Niveaus binnen stakeholdermanagement

Bij macroniveau ligt de nadruk op de organisatie- en concurrentiestrategieën. Bij het meso-niveau gaan de aandacht uit naar stakeholdermanagementstrategieën, terwijl het microniveau zich richt op het niveau van onderhandelingen en crisismanagement. Van den Bosch (1996) en Freeman (1984) noemen deze niveaus het belangenniveau, het procesniveau en het transactionele niveau. Voor het ‘rational level’ is het vooral van belang om te weten wie belangrijke stakeholders zijn en wat hun belangen zijn. Bij het ‘process level’ gaat het over de organisatorische kant van het managen van stakeholders. Terwijl het ‘transactional level’ zich bezig houdt met de inhoud van de onderhandelingen. In dit onderzoek zal de nadruk worden gelegd op de eerste twee niveaus.

6.5. De strategische stakeholdermanagementaanpak

Blair en Fottler hebben getracht een aanpak te ontwikkelen die beter inpasbaar is in de dagelijkse activiteiten van managers ten behoeve van het behalen van strategische organisatiedoelen. Managers zijn dikwijls geneigd om intuïtief te handelen in complexe en onderlinge verstrengelde omgevingen (Mintzberg 1994, Blair en Fottler 1990). Hierdoor ontstaan ‘emergent’ (zelfontwikkelde) strategieën. Dit zijn strategieën die zonder (of ondanks) duidelijke bedoelingen ontstaan. Zij lijken soms voort te komen uit informele processen, zijn doorgaans vaag, meestal interactief en vooral gericht op de synthese van afzonderlijke elementen. De stakeholderbenadering van Blair en Fottler wil juist een brug slaan van zelfontwikkelende strategieën naar een meer geplande strategieontwikkeling. Blair en Fottler (1990) hebben een aantal stappen uitgewerkt die zij “the strategic approach to stakeholder-management” noemen. Deze stappen die een organisatie kan doorlopen om stakeholders (strategisch) te benaderen zijn:

1. Integreren van concurrentie- en stakeholder management strategieën
2. Het verrichten van een diagnose van de belangrijkste stakeholders wat betreft medewerking (kansen) en bedreigingen
3. “Mapping” van de diverse “soorten” stakeholders
4. Algemene strategieën formuleren voor stakeholdermanagement
5. Formuleren van specifieke strategieën om diverse problemen het hoofd te bieden
6. Het bepalen van de verantwoordelijkheden van het management ten opzichte van de diverse stakeholders
7. Het monitoren van het gedrag van de stakeholders en de diagnose en strategieën aanpassen, indien nodig, bij wijzigingen in de koers van de stakeholders

Figuur 6.5 Stappen binnen het stakeholdermodel van Fottler en Blair

Het managen van stakeholders is geen op zichzelf staande activiteit. Vanwege de eerdere aanname, dat een stakeholder belang heeft bij alle beslissingen en activiteiten van een organisatie, dienen de beïnvloedingsstrategieën voor stakeholders gelinkt te zijn aan de algemene organisatiestrategie en concurrentiestrategieën (stap 1). Stakeholdermanagement is daarmee niet alleen onderdeel van marketing - al is dit wel de focus binnen dit onderzoek - maar ook van strategisch management, HRM, PR en communicatie, risicomanagement, financieel management, informatiemanagement en logistiek management. Organisaties doen er goed aan om alle stakeholders te identificeren die relevant zijn voor de organisatie, deze te classificeren en te bepalen in hoeverre zij sleutelstakeholders zijn (stap 2). Hiervoor dient een lijst met factoren te worden opgesteld, en kan door middel van een score in kaart worden

gebracht of stakeholder meewerkt of tegenwerkt. Dit kan in een overzicht met plussen en minnen uiteen worden gezet (zie tabel 6.6).

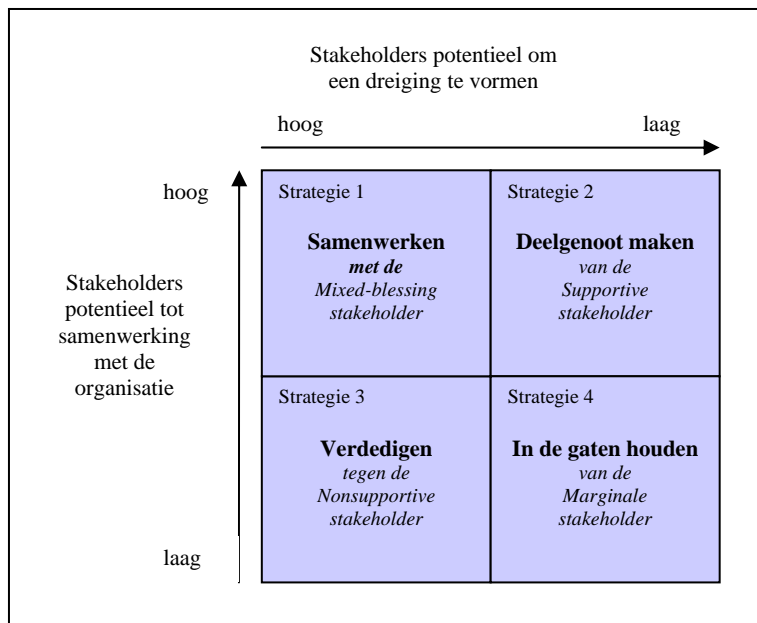
<i>Factor</i>	<i>Toename of afname mogelijkheid tegenwerking</i>	<i>Toename of afname mogelijkheid medewerking</i>
Stakeholder beschikt over relevante (machts)middelen	Neemt toe (+)	Neemt toe (+)
Stakeholder beschikt niet over (machts)middelen	Neemt af (-)	Neemt toe/neemt af (+/-)
Stakeholder heeft meer macht dan het zbc	Neemt toe (+)	Neemt toe/neemt af (+/-)
Stakeholder is even machtig als het zbc	Neemt toe/neemt af (+/-)	Neemt toe/neemt af (+/-)
Stakeholder is minder machtig dan het zbc	Neemt af (-)	Neemt toe (+)
Stakeholder zal waarschijnlijk actie ondernemen ten gunste van het zbc	Neemt af (-)	Neemt toe (+)
Stakeholder zal waarschijnlijk actie ondernemen ten nadele van het zbc	Neemt toe (+)	Neemt af (-)
Stakeholder zal waarschijnlijk geen enkele actie ondernemen	Neemt af (-)	Neemt af (-)
Stakeholder zal waarschijnlijk een coalitie vormen met andere stakeholders	Neemt toe (+)	Neemt toe/neemt af (+/-)
Stakeholder zal waarschijnlijk een coalitie vormen met het zbc	Neemt af (-)	Neemt toe (+)
Stakeholder zal waarschijnlijk geen enkele vorm van coalitie aannemen	Neemt af (-)	Neemt af (-)
<i>Samenvatting en stellen diagnose</i>	<i>Hoge of lage potentiële tegenwerking</i>	<i>Hoge of lage potentiële medewerking</i>

Tabel 6.6 Factoren die de kans op samenwerking dan wel tegenwerking bevorderen of verminderen

In het algemeen kan worden gesteld dat naarmate een stakeholder meer afhankelijk is van een zbc zijn medewerking zal toenemen. Indien een zbc echter afhankelijk is van de stakeholder, zal de invloed van de stakeholder op het beleid toenemen. Er zijn echter geen vastomlijnde stelregels, die de positie die een stakeholder over een bepaald onderwerp zal innemen, zal beschrijven. De manager moet in feite bij elke strategische beslissing bij welke hij afhankelijk is van zijn stakeholders, de factoren in kaart brengen om zo een inschatting te maken van de wijze waarop de stakeholder op de plannen zal reageren. Aan de hand van de overwegingen en factoren, die van belang zijn voor de medewerking of tegenwerking van een stakeholder, kan men volgens Blair en Fottler (1990) vier typen stakeholders classificeren (stap 3) door een simpele vorm van mapping: mixed blessing stakeholders, supportive stakeholders, nonsupportive stakeholders en marginale stakeholders.

Na het classificeren van de diverse stakeholders is het van belang om te weten hoe het management met deze stakeholders kan omgaan (stap 4). Er zijn vier generieke stakeholdermanagementstrategieën te onderscheiden: samenwerking (collaborate), deelgenoot maken (involve), verdediging (defend) of in de gaten houden (monitor).

Soms is het nodig om ten aanzien van een specifiek probleem een specifieke strategie te ontwikkelen. In dat geval kan men gebruikmaken van dezelfde “mapping” technieken om in te schatten, hoe men bepaalde stakeholders moet benaderen (stap 5). Afhankelijk van het probleem, dan wel de beleidsintentie kan men aan de hand van de casus bepalen wie “vriend of vijand” is voor de opstelling.



Figuur 6.7 Generieke stakeholdermanagementstrategieën

Vervolgens dient te worden vastgesteld wie vanuit de organisatie verantwoordelijk is voor het onderhouden van de relaties met de stakeholders (stap 6). Zo kan men er bijvoorbeeld voor kiezen om de directie of het management de relatie met de verzekeraars te laten onderhouden en via de specialist de contacten te laten lopen richting patiënten, huisartsen en ziekenhuizen. Tot slot dient de organisatie het gedrag van de stakeholders te monitoren (stap 7). Bij wijzigingen in de koers van de stakeholders dient zij de diagnose en de strategie aan te passen. Deze benadering is een continu proces. Ter ondersteuning van dit proces bieden Blair en Fottler (1990) in hun boek een toolkit waarin mappingsmethoden en topiclijsten zijn opgenomen om stakeholders te identificeren en te beoordelen. Ook geven zij instructies hoe keystoneholders vervolgens kunnen worden geclassificeerd, bijpassende generieke strategieën kunnen worden bepaald en hoe deze vervolgens geïmplementeerd kunnen worden.

6.6. Het belang van stakeholdermanagement voor zorginstellingen

Volgens Blair en Fottler (1990), Freeman (1984), Van den Bosch (1996) en Polonsky e.a. (2001) is het actief beoordelen en managen van stakeholders een vereiste om te overleven als organisatie in een toenemende competitieve omgeving. Doordat de omgeving verandert, veranderen ook rollen en verhoudingen. Zoals eerder in de inleiding is aangegeven wordt de klant in de zorg kritischer en krijgt hij meer keuzemogelijkheden. Het missen van een belangrijke key-stakeholder kan daarbij het verschil uitmaken tussen succes en falen bij het werven en behouden van patiënten. Denk aan huisartsen die patiënten verwijzen naar andere aanbieders of verzekeraars die weigeren een overeenkomst te sluiten, waardoor de patiënt geen vergoeding krijgt en mogelijk overstapt naar een andere zorgaanbieder. Dat strategieontwikkeling, voor het tevreden stellen van belangrijke stakeholders belangrijk is, wordt bevestigd door adviesbureau Arthur D. Little (Kotler 2004). Het stelt zelfs dat dit één van de succesfactoren is van high-performance bedrijven. Dit zijn bedrijven die er in slagen om hun doelstellingen op het gebied van klantwaarde en klanttevredenheid te verwezenlijken.

6.7. Conclusies

Organisaties in de gezondheidszorg, waaronder zbc's, participeren in een netwerk van onderling verbonden stakeholders, die samen het waardescheppende vermogen van een zbc creëren, onderhouden en versterken. Voor dit onderzoek geldt als aanname dat een zbc op de lange duur levensvatbaar is en succes boekt in het werven, binden en behouden van klanten, wanneer zij met het gehele netwerk van stakeholders relaties kan aanknopen en onderhouden. Een relatie suggereert continuïteit en kan in potentie leiden tot samenwerking of tegenwerking. Stakeholdermanagement is een belangrijke aanvulling op de huidige marketingliteratuur, die doorgaans meer aandacht heeft voor de middelen of de positie in de bedrijfstak en minder voor de politiek maatschappelijke omgeving waarin zbc's zich bevinden. Het stakeholdermanagementmodel en de zeven stappen in de stakeholderbenadering van Blair en Fottler (1990) kunnen helpen om te onderzoeken wie de sleutelstakeholders zijn van een zbc en hun belangen en behoeften. Door diverse factoren te wegen kunnen zbc's schatten in hoeverre er sprake is van een kans tot samenwerking dan wel een potentiële dreiging van deze partijen. Hierop kunnen vervolgens beïnvloedingsstrategieën worden bepaald en geïmplementeerd, die uiteindelijk ertoe moet leiden dat de organisatiedoelstellingen zoveel mogelijk worden behaald. Elementen uit de toolkit die Blair en Fottler aanbieden kunnen worden opgenomen in de vragenlijst ten behoeve van het kwalitatieve onderzoek om stakeholders te identificeren, beoordelen en classificeren, hiervoor generieke strategieën te bepalen en deze vervolgens te implementeren. De definitieve vragenlijst is weergegeven in bijlage 7.

Hoofdstuk 7. Analyse en resultaten kwantitatief onderzoek

7.1. Resultaten en analyse marktoriëntatie zbc's

In deze paragraaf worden de analyse en resultaten van het kwantitatieve onderzoek weergegeven. Allereerst worden de respons en de karakteristieken van de respondenten besproken. Vervolgens komen de uitkomsten met betrekking tot de marktoriëntatie aan de orde (deelvraag 5). Tevens is de samenhang onderzocht tussen enkele karakteristieken en de marktoriëntatiescores.

7.1.1. Respons

In dit onderzoek zijn 64 respondenten aangeschreven die samen 86 zbc's vertegenwoordigen. Het totale aantal respondenten dat de vragenlijst heeft ingevuld is 41. Deze representeren samen 65 zbc's (locaties). De respons van de respondenten is daarmee 64% en de respons van het aantal deelnemende zbc's 75,6% (ten opzichte van 86 zbc's). De 65 zbc's (die de 41 respondenten vertegenwoordigen) is 62,5% van het in november 2005 bekende aantal operationele zbc's in Nederland. De uitvallers zijn overwegend afkomstig uit Groningen, Flevoland en Utrecht.

7.1.2. Karakteristieken van de respondenten

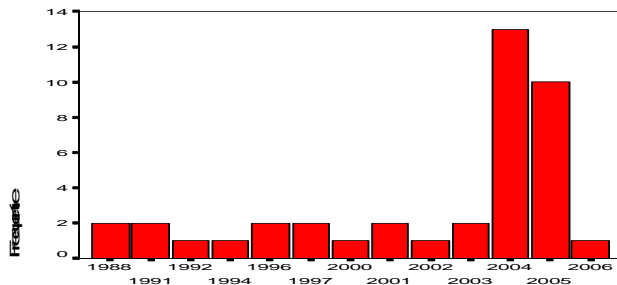
Functies respondenten

De vragenlijst is in 75% (30 respondenten) van de gevallen ingevuld door een lid van het bestuur van het zbc. Het betrof hier de functies van algemeen directeur, financieel directeur, commercieel directeur, manager (arts), secretaris en voorzitter. In drie gevallen (10%) is de vragenlijst ingevuld door een PR-, marketing- of communicatiefunctionaris. In de overige situaties betrof het diverse functies als medisch specialist, administrateur en adviseur. Uit deze bevindingen is op te maken dat de vragenlijst in de meerderheid is ingevuld door een respondent die direct bij het beleid van de organisatie is betrokken, dan wel een functie heeft die gelieerd is aan marketingactiviteiten. Dit vergroot de kans dat de resultaten uit dit onderzoek een betrouwbaar beeld geven van de marktoriëntatie van zbc's.

Jaar van oprichting

Omdat een zbc op meerdere locaties gevestigd kan zijn, is gevraagd naar het jaar van oprichting van de eerste locatie; om zo een beeld te krijgen van de leeftijd van zbc's en de mate van groei in deze markt. Het resultaat is weergegeven in grafiek 7.1. Hieruit is op te maken dat het langst bestaande zbc in 1988 is opgericht. Van 1988 t/m 2003 is de aanwas van nieuwe zbc's per jaar vrij constant gebleven, met ongeveer 5%. In 2004 en 2005 is het aantal nieuwe zbc's gestegen met 25 tot 30% per jaar ofwel een aantal van 13 en 11 zbc's in 2004 en 2005. Dit ligt geheel in de lijn van de verruiming van de 'Regeling Zelfstandige Behandelcentra' (1999), die in 2003 tot stand is gekomen en andere wetgeving die in de loop van de jaren is veranderd. Door deze veranderende wetgeving werd het voor nieuwe initiatiefnemers eenvoudiger om een zbc op te richten. Over 2006 kon nog geen uitspraak worden gedaan, omdat ten tijde van dit onderzoek slechts vijf maanden van 2006 waren

verstreken. Bovendien is uitgegaan van de zbc-lijst van ZN uit november 2005. Wel kan verwacht worden dat de groei van het aantal nieuwe initiatieven door zal zetten, aangezien in januari 2006 de WTZi en de Zorgverzekeringswet is ingevoerd. Hierdoor zijn de mogelijkheden tot het ontplooiën van nieuwe initiatieven verder verruimd.

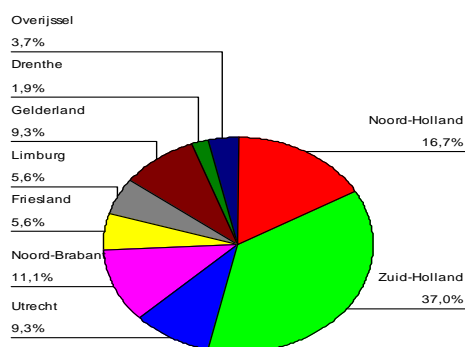


Grafiek 7.1 Frequentie oprichting zbc, N=40 (1 missing value)

Aantal locaties en geografische ligging

Gemiddeld genomen hebben de respondenten 1,6 locaties (N=41). Het aantal locaties varieert hierbij van 1 tot 5. Het merendeel van de zbc's is gehuisvest op één locatie (63,4%), gevolgd door 19,5% op twee locaties, 14,6% op drie locaties en 2,4% op vijf locaties. Het totale aantal locaties van de zbc's in dit onderzoek komt neer op 65.

In figuur 7.2 is aangegeven hoe deze over de provincies in Nederland zijn verdeeld. Hieruit valt op te maken dat het grootste deel van de respondenten (74,1%), zich bevinden in de provincies Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Brabant.



Figuur 7.2 Verdeling van zbc locaties over Nederland, ingedeeld naar provincie (N=41)

Dit is mogelijk te verklaren doordat deze provincies de meest dichtbevolkte gebieden van Nederland zijn en daardoor een groot adherentiegebied vormen. Het is denkbaar dat deze provincies tevens de belangrijkste concurrentiegebieden vormen, waar marketing en een prominentere rol heeft. Nader onderzoek zou hier meer uitsluitsel over moeten geven.

Adherentiegebied

De onderzochte respondenten begeven zich voornamelijk in de provincies Zuid Holland (70%), Utrecht (41%), Noord-Holland (28%), Gelderland (28%) en Noord-Brabant (23%).

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

Tabel 7.3 Adherentiegebied zbc's (N=41)

Veel zbc's uit Noord-Holland en Zuid-Holland richten zich bij het werven van klanten op alle provincies in Nederland. Zbc's uit Utrecht richten zich voornamelijk op de provincies Utrecht, Zuid-Holland en Gelderland terwijl de zbc's uit Noord-Brabant vooral klanten bedienen uit Zuid-Holland, Utrecht en Noord-Brabant. De zbc's in Limburg richten zich alleen op hun eigen provincie. Er is niet onderzocht in hoeverre de Limburgse zbc's zich tevens oriënteren op de Duitse en/of Belgische zorgmarkt.

Type geleverde zorg

Zbc's bieden veelal meerdere soorten specialismen aan. Uit tabel 7.4 blijkt dat de specialismen dermatologie (35%), chirurgie (28%), plastisch chirurgie (23%) oogheelkunde (20%) en anesthesie (20%) het meest frequent door de respondenten worden aangeboden. Ten opzichte van 2004 (Knors 2004) kan geconstateerd worden dat er een bredere spreiding is ontstaan in typen specialismen. Vooral specialismen chirurgie en orthopedie hebben een toevlucht genomen. De 'overige specialismen' betreffen onder meer klinische chemie, infertiliteit, hyperbare zuurstoftherapie, kinder- en jeugdpsychiatrie en proctologie. Als aandeel in de totale aangeboden zorg vormen dermatologie en chirurgie de grootste groep. De combinatie van anesthesie als ondersteunend specialisme gecombineerd met een ander specialisme leidt tot het resultaat dat van de totaal geboden zorg 79% niet snijdende specialismen betreft, ofwel beschouwende specialismen.

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

Longgeneeskunde	3 %
Kindergeneeskunde	3 %
Allergologie	3 %
Neurochirurgie	0 %

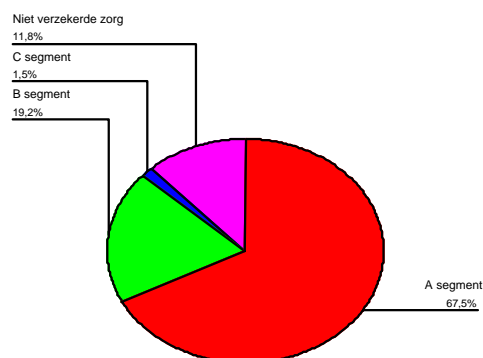
Tabel 7.4 Typen specialismen in zbc's (N=41)

Naast het onderscheid in specialismen is ook onderscheid gemaakt in de zorgsegmenten; het zogenaamde A-, B- en C-segment en het deel niet verzekerde zorg (N=41). Uit figuur 7.5 blijkt dat de 42,7% van de respondenten zorg aanbiedt in het A-segment. Het B-segment heeft ook een groot aandeel met 31,7%, niet verzekerde zorg en het C-segment volgen met respectievelijk 17,1% en 8,5%.



Figuur 7.5 Verdeling zorgsegment geleverd door zbc's (N=41)

Afgevraagd kan worden of deze vraag juist of duidelijk genoeg gesteld is, aangezien 17,1% van de respondenten aangeeft niet verzekerde zorg te leveren. Zbc's, die een stichting als rechtspersoon kennen, mogen formeel alleen verzekerde zorg leveren. Niet verzekerde zorg dient te worden ondergebracht onder een NV of BV. De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat het respondentenbestand instellingen bevat die niet of slechts ten dele kunnen worden aangemerkt als een zbc. Twee van deze zbc's leveren voor 95 tot 100% niet-verzekerde zorg. In figuur 7.6 is weergegeven hoeveel zorg zbc's verhoudingsgewijs per segment aanbieden (gemeten in percentage aangeboden zorg per zorgsegment). Hieruit blijkt dat 67% van alle aangeboden zorg het A-segment betreft. Het B-segment beslaat 19,2%, het C-segment 1,5% en niet verzekerde zorg 11,8%.



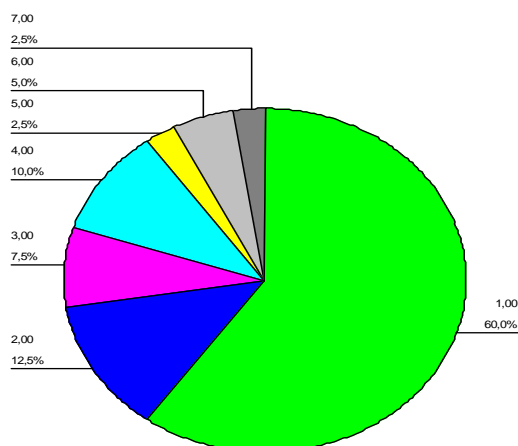
Figuur 7.6 Verhoudingsgewijze verdeling van aangeboden zorgaanbod per segment door zbc's (N=41)

In tabel 7.7 (N= 41) zijn de specialismen onderverdeeld naar zorgsegment. Hieruit is op te maken dat (plastisch) chirurgie, gynaecologie, dermatologie, oogheelkunde en anesthesie verhoudingsgewijs in bijna alle segmenten voor een belangrijk deel voorkomen. Ook valt op dat in segment A en segment B de meeste specialismen zijn vertegenwoordigd.

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

Tabel 7.7 Specialismen onderverdeeld naar zorgsegment (N=41)

In figuur 7.8 is weergegeven welk percentage van de respondenten monodisciplinair is en welke percentage multidisciplinair. Eén specialisme is monodisciplinair. Meer dan één specialisme is multidisciplinair. Hiervoor is het specialisme anesthesiologie niet meegerekend omdat dit doorgaans geen poortspecialisme is, maar een ondersteunend specialisme voor snijdende specialismen. Hieruit is op te maken dat 60% van de respondenten monodisciplinair werkt en 40% multidisciplinair. Zo'n 20% van de respondenten biedt meer dan 3 typen specialismen aan.

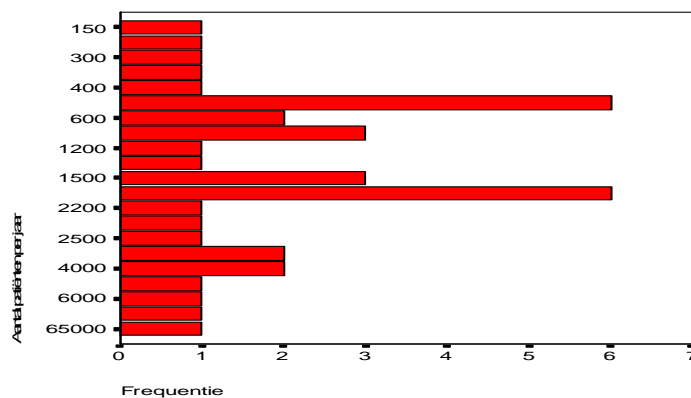


Figuur 7.8 Verdeling van aantal specialismen over de zbc's, weergegeven in percentage (N=41)

Omvang van zbc's in fte's en patiëntenaantallen

De omvang c.q. de grootte van het zbc kan worden ingeschat met behulp van het aantal werkzame specialisten (uitgedrukt in fte's) en het aantal patiënten. Uit de resultaten (N=41) blijkt dat in 18% van de gevallen 0-1 fte specialisten werkzaam is, in 52% 1-2 fte, 15% tussen de 2-3 fte en in 15% is meer dan 3 fte aan specialisten werkzaam. Het gemiddelde aantal specialisten uitgedrukt in fte's is 2,3.

Het gemiddelde aantal patiënten (ongeacht het aantal contacten) is per jaar 3671 (standaard deviatie van 4579), hierbij moet vermeld worden dat het minimum (150) en maximum (65000) ver uit elkaar ligt (zie frequentietabel 7.9). Dit levert geen normale verdeling op.



Grafiek 7.9 Frequentieverdeling patiëntenaantallen per zbc-locatie (N=38, missing value=3)

Door de grote verschillen tussen het minimum en maximum wordt het gemiddelde en de standaard deviatie sterk omhoog getrokken. Ook wanneer de uitschieter van 6500 wordt weggelaten is er geen sprake van een normale verdeling. De grote verschillen in aantallen zijn te verklaren doordat een aantal respondenten meerdere locaties hebben en meer fte's dan andere respondenten. De vragenlijst is namelijk door een respondent voor meerdere locaties tegelijk ingevuld. Navraag in de praktijk leverde op dat er onduidelijkheid bestaat over het feit of het om bezoekersaantallen (consulten) gaat of om patiëntenaantallen. Deze onduidelijkheid kan er toe geleid hebben dat de respondent (en mogelijk ook andere zbc's) een verkeerd getal hebben ingevuld.

Organisatorisch verband met andere partijen

Doordat een aantal respondenten meerdere locaties heeft en vraag 4: 'maakt uw zbc organisatorisch deel uit van andere partij?' niet duidelijk genoeg gesteld is, zijn er problemen ontstaan bij de interpretatie van deze vraag. Voor sommige respondenten was het onduidelijk wat een organisatorisch verband precies inhield. Van een aantal respondenten is bekend dat zij een organisatorisch verband hebben met derden (privé-kliniek, ziekenhuis of andere zbc's in geval van meerdere locaties), maar dit werd niet als zodanig ingevuld. Hier rijst de vraag of een respondent meerdere keren aangeschreven had moeten worden om de vragenlijst per locatie in te vullen. Deze vraag had beter geformuleerd kunnen worden of achterwege gelaten. Voor verdere analyse wordt deze vraag niet meer gebruikt.

Aanwezigheid marketingfunctionaris

Bij 48,8% van de respondenten is geen marketingfunctionaris werkzaam terwijl bij 48,8 % van de zbc's dat wel het geval is (N=41, missing value=1).

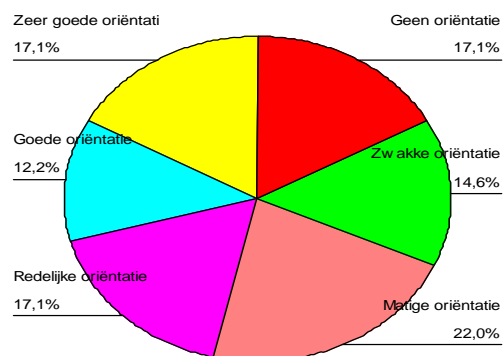
7.1.3. Uitkomst Marktoriëntatie

De gemiddelde marktoriëntatiescore van de respondenten bedraagt 15,83 punten (standaard deviatie is 8,73 zie tabel 7.10). Volgens de score (zie bijlage 4) wordt dit gewaardeerd als een matige marktoriëntatie.

Gemiddelde totaalscore	Std. Deviatie	Minimum score	Maximum score
15,83 punten	8,73	2,16 punten	30,16 punten

Tabel 7.10 Gemiddelde marketingscore

Dit is bij lange na nog niet voldoende, aangezien een goede marktoriëntatie een score heeft vanaf 21,33 punten. Slechts eenderde van de respondenten heeft een goede of zeer goede marktoriëntatie. De marktoriëntatiescores variëren van 2,16 tot 30,16 punten. In figuur 7.11 is weergegeven hoe de scores van de respondenten zijn verdeeld.



Figuur 7.11 Schaalscore van respondenten op marktoriëntatie, uitgedrukt in percentages

Voor veel zbc's (70%) is dus nog aanzienlijke winst te behalen wat betreft de marktoriëntatie. Dit houdt niet in dat pas bij een goede marktoriëntatie door organisaties succesvolle resultaten worden behaald. Een hogere marketingoriëntatie draagt wel bij aan een grotere kans daartoe.

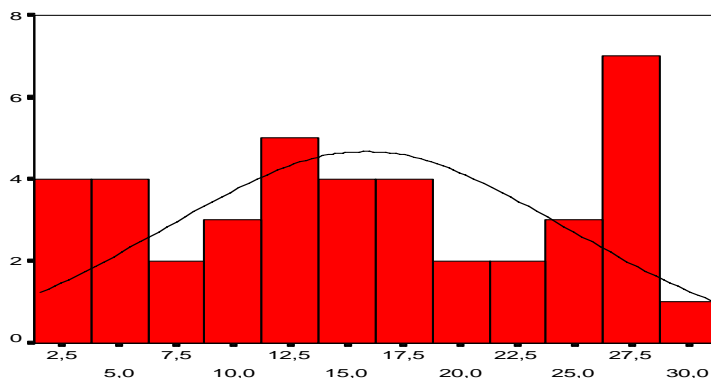
Uit analyse van de deelscores (zie tabel 7.12) blijkt dat de respondenten het laagst scoren op deelaspect adequate marketinginformatie en deelaspect strategische oriëntatie (dit zijn gemiddelden die lager liggen dan de helft van de maximale deelscore). De score op het deelaspect marketinginformatie varieert van 0 tot 5,5 punten. De score op het deelaspect strategische oriëntatie varieert van 0 tot 6 punten.

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

Tabel 7.12 Gemiddelde scores per deelaspect van marktoriëntatie

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

Op basis van Kolmogrov-Smirnov toets (Asymp. Sig. (2-tailed) $p = 0,657$; bij H_0 : normale verdeling), is vast te stellen dat de verdeling van de scores (marktoriëntatie) normaal verdeeld is. Wel is opvallend dat er enkele uitschieters zijn (zie grafiek 7.13).



Grafiek 7.13 Frequentieverdeling marktoriëntatiescores

7.1.4. Verbanden tussen de karakteristieken en marktoriëntatie

In deze paragraaf wordt ingegaan op causale verbanden tussen karakteristieken van de respondenten en de mate van marktoriëntatie. Er kunnen geen sterke significante verbanden worden gelegd vanwege het geringe aantal respondenten. Het is mogelijk dat hierbij andere karakteristieken een rol spelen, die niet uit de literatuur waren op te maken. Dit zal in de toekomst nader onderzocht moeten worden.

Type zorg in relatie tot marktoriëntatie.

Naar verwachting zou het leveren van zorg uit het C-segment (of niet verzekerde zorg) een hogere marktoriëntatie hebben, omdat dit type zorg een meer commerciële setting kent. Hiervoor is echter geen enkele verband verkregen uit de analyse. Ook is er geen verband gevonden tussen het A- of B-segment met marktoriëntatie. Het type specialisme heeft evenmin verband met marktoriëntatie.

Locatie, adherentiegebied en marktoriëntatie

Ook de locatie of het adherentiegebied van zbc's heeft geen relatie met marktoriëntatie.

Grootte van zbc organisatie en marktoriëntatie

Uit onderzoek van o.a. Naidu en Narayana (1991) blijkt dat er een verband bestaat tussen de grootte van een ziekenhuis en de mate van marktoriëntatie. Hoe meer bedden het ziekenhuis heeft hoe sterker het ziekenhuis marktgeoriënteerd is. Omdat er maar beperkt zbc's zijn met beddencapaciteit is voor andere variabelen gekozen om de grootte van een zbc aan te duiden. Gekozen is voor variabelen als aantal locaties, fte's specialisten en aantal patiënten per jaar. Uit de analyse (crosstabs, regressieanalyse) blijkt er geen significant verband te zijn tussen de gehanteerde variabelen (locaties, fte's en aantal patiënten per jaar) en marktoriëntatie (p-waarden van 0.494 tot 0.767, R^2 van 0.1). Het zou kunnen dat de grootte van een zbc niet bepalend is voor de mate waarin zbc's marktgeoriënteerd zijn. Ook is het mogelijk dat andere variabelen meer geschikt zijn om dit te bepalen. Te denken valt aan de omzet of het totale aantal medewerkers.

De aanwezigheid van een marketingfunctionaris en marktoriëntatie

Uit onderzoek van o.a. Naidu en Narayana (1991) is gebleken dat er positief verband bestaat tussen de aanwezigheid van een marketingfunctionaris en de marketingoriëntatie. Een marketingfunctionaris leidt volgens hen tot een hogere marketingoriëntatie. Hiervoor is de logische verklaring dat een marketingfunctionaris bewust wordt ingezet om marketingbeleid te ontwikkelen en uit te voeren. De aanwezigheid van een marketingfunctionaris garandeert echter niet in alle gevallen een hoge marktoriëntatie, omdat deze functionaris voor de effectiviteit wel betrokken moet zijn bij het beleid van de organisatie. Het meten van de marktoriëntatie houdt hier rekening mee, door het deelaspect integrale marketing. Uit kruistabel 7.14 valt op te maken dat er een verband lijkt te bestaan tussen het werkzaam zijn van een marketingfunctionaris en de marketingoriëntatie van de ondervraagde zbc's ($X_2 = 18,01$; $p = 0,003$). Het verband tussen de marketingfunctionaris en marktoriëntatie lijkt overeen te komen met de theorie (zie hoofdstuk 4). Naarmate een zbc meer marktgeoriënteerd is, heeft men vaker een marketingfunctionaris in dienst. Het is echter niet mogelijk om het causale verband te trekken, dat het aantrekken van een marketingfunctionaris automatisch leidt tot hogere marketingoriëntatie.

Schaalscore marktoriëntatie	Aantal cases (N=41)	Marketingfunctionaris aanwezig
Geen marktoriëntatie	7	1 (14,3%)
Zwakke marktoriëntatie	6	1 (16,7%)
Matige marktoriëntatie	9	2 (22,2%)
Redelijke marktoriëntatie	7	5 (71,4%)
Goede marktoriëntatie	5	5 (100%)
Zeer goede marktoriëntatie	7	6 (85,7%)

Tabel 7.14 Kruistabel van marketingfunctionaris en marktoriëntatie

7.2. Stakeholdermanagement

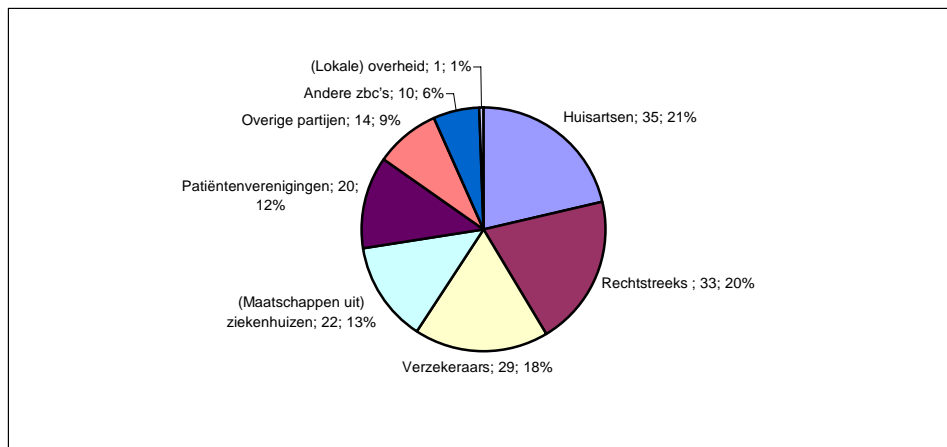
In deze paragraaf wordt ingegaan op de bevindingen ten aanzien van stakeholdermanagement bij stakeholders (groepen) van zbc's. Hierbij is onderzocht wie de belangrijkste stakeholders

van zbc's zijn als het gaat om werven, binden en behouden van klanten (deelvraag 6). Vervolgens is nagegaan hoe de belangrijkste stakeholders te typeren zijn volgens de stakeholdermanagementtheorie (deelvraag 7) en wat de bijbehorende generieke strategieën zijn op basis van het stakeholdermodel van Blair en Fottler (1990). Uiteindelijk is gekeken in hoeverre zbc's voor deze stakeholders strategieën bepaald hebben, en of zij deze hebben uitgewerkt in concrete actieplannen. Tot slot is bekeken in hoeverre zbc's het rendement meten van deze strategieën en activiteitenplannen.

7.2.1. Relevante stakeholders

Klanten en verwijzende stakeholders

Om een indruk te krijgen van de belangrijkste (gemeenschappelijke) stakeholders van zbc's, voor het werven en behouden van klanten, is onder meer gevraagd naar de wijze waarop afnemers bij hun organisatie terecht komen. De 40 respondenten (missing value = 1) gaven in totaal 166 stakeholders aan. Deze zijn vervolgens verdeeld naar de groepen: rechtstreeks (87,5%), huisartsen (87%), verzekeraars (72,5%), (maatschappen uit) ziekenhuizen (55%), patiëntenorganisaties (50%) overige partijen, waaronder bedrijfsartsen, zangpedagogen, fysiotherapeuten en beroepsverenigingen (35), andere zbc's (25%) en de (lokale) overheid (2,5%). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er een redelijke variëteit is in verwijzende stakeholders waar een zbc's rekening mee dient te houden (zie figuur 7.17).



Figuur 7.15 Klantverwijzende stakeholders (N=166) van zbc's

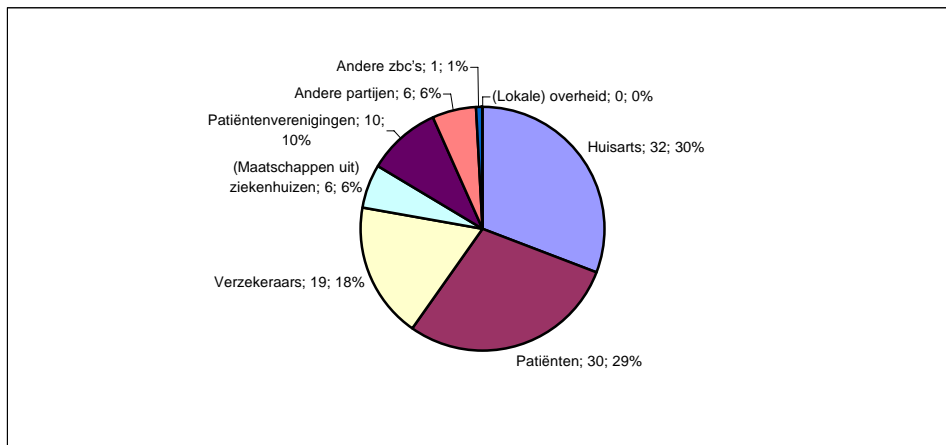
7.2.2. Relevante stakeholders: potentiële dreiging of samenwerking

Stakeholders potentieel om een bedreiging te vormen

Om in te schatten hoeveel invloed deze stakeholders hebben (potentieel om een bedreiging te vormen) op zbc's, in het proces van werven en behouden van klanten, is gevraagd in welke mate de zbc's zich afhankelijk voelen ten opzichte deze partijen (zie figuur 7.18).

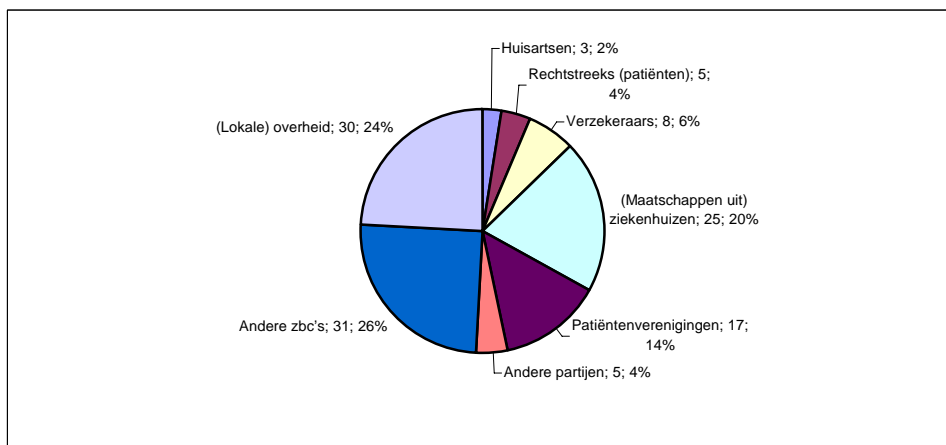
De respondenten (N=40, missing value=1) gaven aan dat hun organisaties redelijk of zeer afhankelijk zijn van 140 stakeholders voor het werven, binden en behouden van klanten. Deze stakeholders zijn onder te verdelen in de groepen: huisartsen (80%), patiënten (75%),

verzekeraars (47,5%), patiëntenorganisaties (50%), (maatschappen uit) ziekenhuizen (15%), overige partijen (15%) andere zbc's (25%) en de (lokale) overheid (2,5%).



Figuur 7.16 Ervaren afhankelijkheid van stakeholders (N=140) door zbc's

Daarentegen geven de respondenten (N=40, missing value=1) aan redelijk tot zeer onafhankelijk te zijn van diverse stakeholders (N=124) voor klantwerving en behoud. Deze verdeling ziet er als volgt uit: andere zbc's (77,5%), de (lokale) overheid (75%), (maatschappen uit) de ziekenhuizen (62,5%), verzekeraars (20%), patiënten (12,5%), overige partijen (10%) en huisartsen (7,5%).

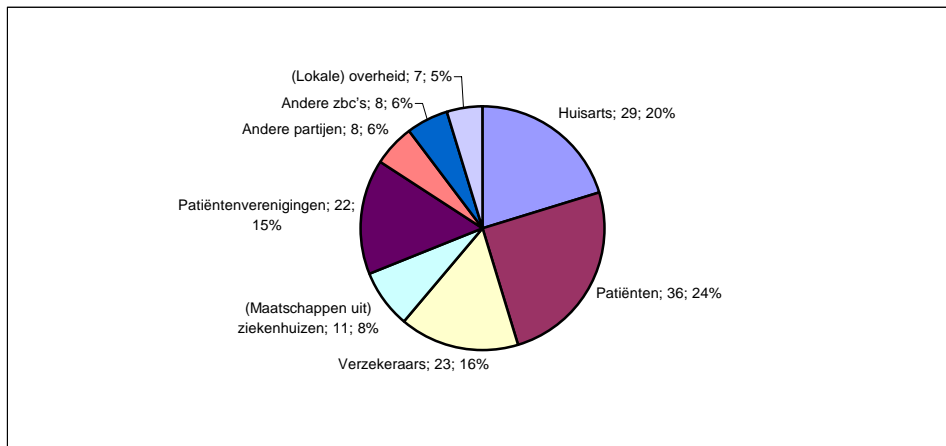


Figuur 7.17 Ervaren onafhankelijkheid (N=124) ten aanzien van verwijzers en klanten bij zbc's

Stakeholders potentieel om samen te werken met de zbc's.

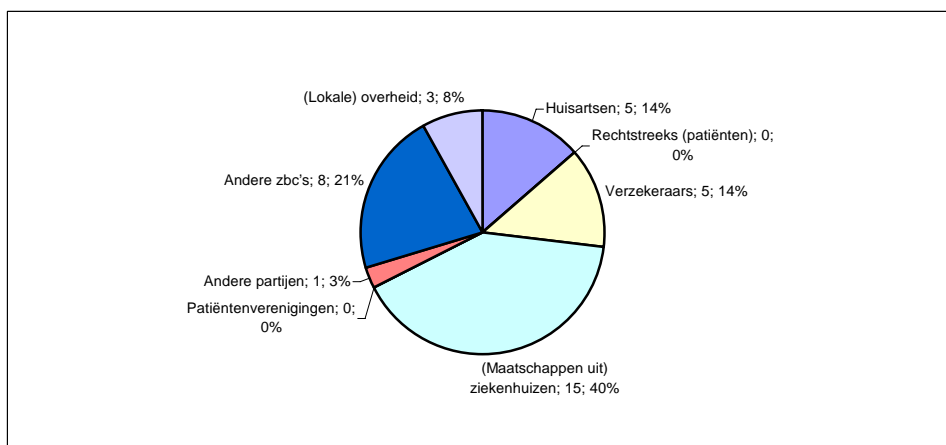
Vervolgens is onderzocht wat het potentieel is van stakeholders om samen te werken met zbc's. Dit is nagegaan door de vraag in hoeverre zbc's medewerking dan wel tegenwerking ervaren van deze partijen om bij te dragen aan klantwerving en -behoud.

Zbc's ervaren redelijke dan wel volledige medewerking van patiënten (36) en huisartsen (29). Bij verzekeraars (23) en patiëntenverenigingen (22) wordt dit door ruim de helft van de zbc's ervaren. Voor ziekenhuizen (11), andere partijen (8), andere zbc's (8) en de lokale overheid (7) ligt dit percentage een stuk lager (zie figuur 7.18).



Figuur 7.18 Ervaren medewerking bij verwijzers en klanten van zbc's

Zbc's ervaren redelijke dan wel volledige tegenwerking van (maatschappen) uit ziekenhuizen (14), andere zbc's (8), huisartsen (5), verzekeraars (5) de (locale) overheid (3) en van overige partijen (1). Geen enkele respondent ervaart tegenwerking van patiënten en patiëntenverenigingen.



Figuur 7.19 Ervaren tegenwerking bij verwijzers en klanten van zbc's

7.2.3. Diagnose stakeholders en bijbehorende generieke strategieën.

Mapping van de verschillende stakeholders

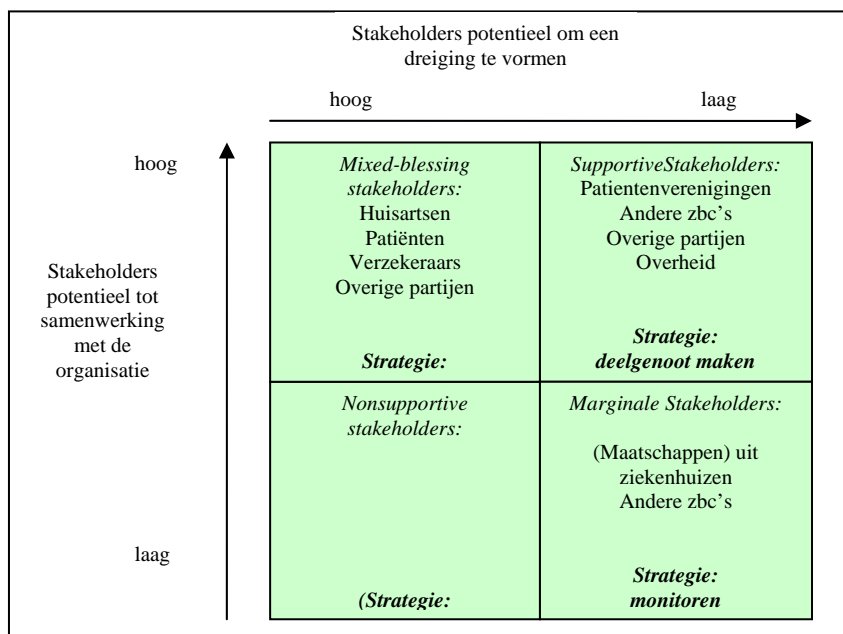
Na deze grove analyse op basis van ervaringen (belevingen) van zbc's kan de potentie van stakeholders, om een bedreiging te vormen, worden afgezet ten opzichte van de potentie van stakeholders om samen te werken. Dit leidt tot de algemene constatering dat de stakeholdersgroepen huisartsen, patiënten, verzekeraars en een deel van de overige partijen (fysiotherapeuten, bedrijfsartsen of zangpedagogen) door de meeste zbc's gezien worden als "mixed-blessing" stakeholders. Zbc's voelen zich in belangrijke mate afhankelijk van hen en het merendeel van deze stakeholders lijkt zijn of haar medewerking te verlenen bij het verwijzen en behouden van klanten. (Maatschappen uit) ziekenhuizen en een deel van de andere zbc's worden vooral beschouwd als "marginale stakeholders". De respondenten geven aan minder afhankelijk van hen te zijn en er wordt meer tegenwerking dan medewerking ervaren. Patiëntenverenigingen, de overheid en een deel van de overige partijen en andere

zbc's vallen voornamelijk in de categorie supportive stakeholders. De afhankelijkheid van deze partijen is relatief laag en medewerking wordt ervaren (zie tabel 7.20).

Stakeholders	Afhankelijk	onafhankelijk	medewerking	tegenwerking	Diagnose
Huisartsen	80%	7,5%	72,5%	12,5%	Mixed-blessing stakeholders
Rechtstreeks (patiënten)	75%	12,5%	90%	0%	Mixed-blessing stakeholders
Verzekeraars	47,5%	20%	57,5%	12,5%	Mixed-blessing stakeholders
(Maatschappen uit) ziekenhuizen	15%	62,5%	27,5%	37,5%	Marginale stakeholders
Overige partijen	15%	12,5%	20%	2,5%	Mixed-blessing stakeholders/ Supportive stakeholders
Andere zbc's	2,5%	77,5%	20%	20%	Supportive stakeholders/ Marginale stakeholders
Patiëntenverenigingen	25%	42,5%	55%	0%	Supportive stakeholders
(Lokale) overheid	0%	75%	17,5%	7,5%	Supportive stakeholders

Tabel 7.20 mapping van de verschillende stakeholders

Volgens Fottler en Blair (1990) zou de strategie voor zbc's bij mixed-blessing stakeholders als huisartsen, patiënten, verzekeraars en een aantal overige partijen gericht moeten zijn op samenwerking. Ten aanzien van patiëntenverenigingen, andere zbc's, een aantal overige partijen en de overheid zouden zbc's er goed aan doen om deze stakeholders deelgenoot te maken. Maatschappen uit ziekenhuizen en andere zbc's dienen daarentegen in de gaten gehouden te worden (zie figuur 7.21).



Figuur 7.21 Diagnose stakeholders en generieke stakeholderstrategieën

7.2.4. Onderzoek, strategievorming, activiteitenplanning en rendementsmeting.

Systematisch onderzoek naar stakeholders.

Volgens de literatuur is het van belang om te onderzoeken wat de wensen, verwachtingen en belangen van de diverse stakeholders zijn. Zodat de diverse belangen, van de stakeholders en van de zbc's, zoveel als mogelijk congruent worden aan elkaar. Zo kan een maximum aan

voordeel worden behaald en een minimum aan schade aan de organisatie worden toegebracht, door de onderlinge afhankelijkheid. Navraag leverde op dat het merendeel van de respondenten (82,5%) geregeld onderzoek doet naar patiënten. Eenderde van de zbc's doet eveneens onderzoek naar huisartsen. Onderzoek naar andere externe stakeholdersgroepen vindt beduidend minder plaats: verzekeraars (15%), ziekenhuizen (15%), overige partijen (12,5%), patiëntenverenigingen (7,5%) en de (lokale) overheid (2,5%).

Stakeholders	Aantal cases (N=40, missing value=1)	Percentage
Huisarts	14	35%
Patiënten	33	82,5%
Verzekeraars	6	15%
(Maatschappen uit) ziekenhuizen	6	15%
Patiëntenverenigingen	3	7,5%
Andere partijen	5	12,5%
Andere zbc's	3	7,5%
(Lokale) overheid	1	2,5%

Tabel 7.22 Systematisch onderzoek naar verwijzers en klanten bij zbc's

Aanwezigheid beïnvloedingstrategieën en concrete actieplannen

Van de bevraagde respondenten geeft ongeveer tweederde aan dat zij één of meerdere strategieën hebben om bovengenoemde partijen te beïnvloeden, met als doel dat zij klanten naar hun organisatie verwijzen of bijdragen aan klantbehoud. Eenderde van de zbc's zegt geen beïnvloedingstrategie te hebben.

Beïnvloedingstrategie	Aantal cases (N=40, missing value = 1)	Percentage
Ja	26	65%
Nee	14	35%

Tabel 7.23 Beïnvloedingstrategie voor verwijzers en klanten van zbc's

50% van de zbc's heeft actieplannen ontwikkeld voor de groep patiënten, gevolgd door huisartsen (35%) en verzekeraars (31,3%). Eenvijfde van de zbc's heeft eveneens actieplannen voor (maatschappen) uit ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. Richting overige partijen en andere zbc's geldt dit voor 10% van de zbc's. In het geval van de (lokale) overheid heeft 7,5% een concreet actieplan opgesteld.

Stakeholders	Aantal cases (N=40, missing value = 1)	Percentage
Huisarts	14	35%
Patiënten	20	50%
Verzekeraars	12	31,3%
(Maatschappen uit) ziekenhuizen	8	20%
Patiëntenverenigingen	7	17,5%
Andere partijen	4	10%
Andere zbc's	4	10%
(Lokale) overheid	3	7,5%

Tabel 7.24 Beïnvloedingstrategie uitgewerkt in concrete actieplannen

Metten van het rendement van de strategie en/of actieplannen.

De helft van de zbc's meet het rendement van de gevoerde strategie en actieplannen ten aanzien van patiënten. Voor huisartsen en verzekeraars is dit ongeveer eenderde van de respondenten, gevolgd door overige partijen (17,5%) en (maatschappen uit) ziekenhuizen

(12,5%). Ten aanzien van patiëntenverenigingen, andere zbc's en de lokale overheid wordt door 7,5% van de zbc's het rendement gemeten van de ondernomen strategie en actieplannen.

Stakeholders	Aantal cases (N=40, missing value = 1)	Percentage
Huisarts	14	35%
Patiënten	20	50%
Verzekeraars	12	31,3%
(Maatschappen uit) ziekenhuizen	5	12,5%
Patiëntenverenigingen	3	7,5%
Andere partijen	7	17,5%
Andere zbc's	3	7,5%
(Lokale) overheid	3	7,5%

Tabel 7.25 Meten rendement van strategie en actieplannen

Relatie tussen de beïnvloedingsstrategie van de zbc's en de generieke strategieën.

De respondenten is gevraagd om de strategie, richting de diverse partijen, aan te geven met een paar steekwoorden. Deze onderzoeksmethode bleek niet geschikt. Het bleek niet mogelijk om een relatie te leggen tussen de door een zbc gekozen strategie en de vier generieke strategieën van Blair en Fottler. Tijdens de casestudies zal hier dieper op in worden gegaan.

7.3. Conclusies

Als antwoord op de deelvraag in hoeverre de Nederlandse zbc's marketinggericht (marktgeoriënteerd) zijn, kan worden geconcludeerd dat dit slechts in beperkte mate het geval is. Gemiddeld blijken zbc's een marktorientatie te hebben van 15,83 punten. Dit komt overeen met een "matige" waardering. Slechts 30% van de zbc's heeft een goede marktorientatie. Van die 30% heeft 17,1% een zeer goede marktorientatie. Door de zbc's wordt het laagst gescoord op de aspecten 'adequate marketinginformatie' en 'strategische oriëntatie'. Gemiddeld genomen blijkt dat veel zbc's (65%) beperkt tot weinig kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie tot hun beschikking hebben, over ontwikkelingen van de zorgmarkt. Tevens blijkt dat een groot deel van hen (eveneens 65%) beperkt tot onvoldoende duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen heeft ontwikkeld om marketingdoelen te bereiken. Voor veel zbc's (70%) is op dit terrein nog veel winst te behalen. Dit houdt niet in dat pas bij een goede marktorientatie door zbc's succesvolle resultaten worden behaald. Een hogere marktorientatie draagt wel bij aan een grotere kans daartoe. Mogelijk zien zbc's het nut nog niet van marketing of is marketing nog van ondergeschikt belang. Ook is het mogelijk dat de zorgmarkt nog niet voldoende is ontwikkeld om marketing te hanteren danwel dat deze bedrijfsfunctie in de Nederlandse gezondheidszorg profijteloos is. Een nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre andere sectoren van de gezondheidszorg marktgeoriënteerd zijn en welke ontwikkelingen hierin plaatsvinden. Ook zou onderzoek gedaan moeten worden naar de factoren die marketing in de gezondheidszorg bevorderen dan wel beperken. Dit kan bijdragen aan het verder ontwikkelen van strategische marketing in de zorg en specifiek een positieve bijdrage leveren in het verder ontwikkelen van de Nederlandse zbc's.

Op de vraag welke stakeholders als relevant worden beschouwd door zbc's, ten aanzien van het werven, binden en behouden van klanten, kan geantwoord worden dat dit voornamelijk de groepen huisartsen, patiënten en verzekeraars zijn. Daarnaast kunnen ook andere partijen een

belangrijke rol spelen als patiëntenverenigingen, (maatschappen uit) ziekenhuizen, andere zbc's en overige partijen.

Huisartsen, patiënten, verzekeraars en sommige 'overige' partijen behoren tot de categorie mixed-blessing stakeholders. Zbc's voelen zich in belangrijke mate afhankelijk van hen en het merendeel van deze stakeholders lijkt zijn medewerking te verlenen bij het verwijzen en binden van klanten. Dit leidt ertoe dat zbc's dienen te zoeken naar vormen van samenwerking (collaboratie) met deze stakeholders. Om deze partijen voor zich te winnen, dienen zbc's hen iets aan te bieden om de kans dat zij een bedreiging vormen te verkleinen. (Maatschappen uit) ziekenhuizen en een deel van de andere zbc's kunnen vooral worden beschouwd als "marginale stakeholders". Respondenten geven aan minder afhankelijk van hen te zijn en er wordt meer tegenwerking dan medewerking ervaren. Zbc's zullen deze groepen nauwlettend moeten volgen om ervoor te zorgen dat zij op termijn geen hindermacht gaan vormen.

Patiëntenverenigingen, de overheid, een deel van de overige partijen en andere zbc's kunnen worden gezien als supportive stakeholders. Al is de afhankelijkheid van deze partijen relatief laag, zbc's ervaren de nodige medewerking als het gaat om het werven, binden en behouden van klanten. Dit maakt het voor zbc's zinvol om deze groepen stakeholders deelgenoot te maken tijdens de strategievorming.

Bij deze uitspraken dient te worden opgemerkt dat bovenstaande diagnoses en bijbehorende strategieën grofweg voor de gehele respondentengroep zijn getrokken. Voor een individuele zbc kan de diagnose verschillen en daarmee de strategie. Het is daarom van belang dat de zbc's, ieder voor zich, een analyse maken van de belangrijkste stakeholders. Vervolgens kunnen zij de mappingsmethode toepassen en een bijbehorende strategie hanteren. Daarbij is het relevant om, naast de beleving van respondenten, diverse genoemde factoren uit te literatuur te onderzoeken en te wegen.

Tot slot kan uit het onderzoek worden afgeleid dat zbc's zich voornamelijk lijken te richten op de directe afnemers van hun zorg: de patiënten. 82,5% van de zbc's doet onderzoek naar hun belangen, wensen en tevredenheid en de helft van de zbc's heeft voor patiënten een gerichte beïnvloedingsstrategie uitgewerkt in actieplannen en meet hiervan het rendement. Zbc's verrichten beduidend minder systematisch onderzoek naar andere externe stakeholders. Zo doet onder meer 35% van de zbc's onderzoek naar huisartsen en 15% naar verzekeraars en ziekenhuizen. Wanneer het gaat om het hanteren van een duidelijke beïnvloedingsstrategie, uitgewerkt in activiteitenplannen, geeft 35% van de zbc's aan dit voor huisartsen te hebben bepaald, 31,3% voor verzekeraars en 20% voor (maatschappen) uit ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. Hieruit kan niet geconcludeerd worden dat het overgrote deel van de zbc's niet aan strategievorming doet. Het is eerder aannemelijk dat bij deze zbc's sprake is van 'emergent' (zelfontwikkelde) strategieën. Deze conclusie zou aansluiten bij de oproep van Blair en Fottler om de stakeholderbenadering toe te passen en de opmars te maken naar een meer geplande strategieontwikkeling. Dit kan hen helpen om op een meer systematische wijze klanten en klantverwijzers te selecteren, werven, binden en behouden. Dit komt uiteindelijk ten goede aan het behalen van de organisatiedoelstellingen alsmede het bedrijfsresultaat.

Hoofdstuk 8. Resultaten en analyse kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het kwalitatieve onderzoek beschreven. Allereerst wordt ingegaan op de wijze van selectie van de drie cases (zbc's) voor het kwalitatieve onderzoeksdeel. Vervolgens wordt ingegaan op de analyse en resultaten van het kwalitatieve onderzoek. Uiteindelijk worden conclusies getrokken en een antwoord geformuleerd op de deelvragen, behorende bij dit onderzoek.

8.1. Selectie van de respondenten

Voor het kwalitatieve onderzoek zijn drie cases geselecteerd. Omdat al eerder een kwantitatief onderzoek is uitgevoerd is gekozen voor een klein kwalitatief onderzoek. Deze beperkt zich tot een drietal cases. Al is het voor een zorgvuldige en uitvoerige beschrijving en analyse van de probleemstelling aan te raden om meer dan drie cases te selecteren. De selectie heeft plaatsgevonden op basis van de resultaten van het kwantitatieve onderzoek en uitgangspunten uit de literatuur. Zo concludeerden Loubeau en Jantzen (1998) in hun onderzoek dat er een relatie is tussen de marktoriëntatiescore en het hebben van sterkere relaties met stakeholders, als verwijzers en verzekeraars. Om deze reden kwamen alleen zbc's voor selectie in aanmerking die ten minste een goede marktoriëntatiescore hebben behaald. Vervolgens zijn alleen zbc's geselecteerd die aangaven onderzoek te doen naar belangen, wensen en tevredenheid van de drie belangrijkste stakeholders voor zbc's ten behoeve van het werven, binden en behouden van klanten: namelijk patiënten, huisartsen en verzekeraars. Tot slot dienen de zbc's voor deze stakeholders gerichte beïnvloedingsstrategieën uitgewerkt te hebben in actieplannen en hiervan het rendement te meten. De gedachte hierachter is dat de kans toeneemt dat er bij de geselecteerde zbc's sprake is van geplande strategievorming, dat door selectie van de drie stakeholders de herkenbaarheid voor andere zbc's wordt vergroot en dat daarmee het leerrendement verhoogd wordt. Op basis van de volgende criteria zijn de respondenten geselecteerd:

1. Een goede of zeer goede marktoriëntatiescore
2. Mate waarin onderzoek is gedaan naar de wensen en belangen van de stakeholdersgroepen huisartsen, patiënten of verzekeraars: goed of zeer goed.
3. Aanwezigheid van beïnvloedingsstrategieën ten aanzien van de stakeholders huisartsen, patiënten of verzekeraars.
4. Mate waarin de strategieën ten aanzien van een van deze stakeholdersgroepen is uitgewerkt in een concreet actieplan: goed of zeer goed.
5. Mate waarin het rendement van strategie en/of actieplan ten aanzien van deze stakeholdersgroepen wordt gemeten: goed of zeer goed.

Uiteindelijk kwamen 5 zbc's in aanmerking voor het kwalitatieve onderzoek. Vervolgens heeft overleg plaatsgevonden met J. Homberg, medestudent tijdens het kwantitatieve onderzoek. Dit was noodzakelijk omdat J. Homberg eveneens een drietal casestudies ging uitvoeren onder dezelfde respondentengroep, met als thema merkenbeleid en –communicatie. Deze afstemming leidde tot de keuze voor een drietal respondenten. Zij waren direct bereid om een interview te geven over het thema stakeholdermanagement.

8.2. Beeld van de respondenten en de zbc's

In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de respondenten en hun mening over het onderwerp 'Marketing bij zbc's'. Ook wordt ingegaan op de ontstaansgeschiedenis van de zbc's en hun karakteristieken.

De respondenten

De respondenten hebben alledrie een directiefunctie bij een zelfstandig behandelcentrum. Dhr. X werkt sinds één jaar in het zbc, dhr. Y sinds vijf jaar en dhr. Z sinds anderhalf jaar. Ten aanzien van de resultaten van het kwantitatieve onderzoeksdeel hebben de zbc's van X en Y een goede marktoriëntatiescore behaald en Z een uitstekende marktoriëntatie. Alledrie zijn zij afkomstig van het bedrijfsleven, variërend van zelfstandig ondernemer tot het uitoefenen van (strategische) marketingfuncties. Allen zijn zowel op financieel als op management gebied geschoold. Y en X hebben eveneens stevige (internationale) marketingstudies behaald. Y heeft inmiddels vele jaren ervaring met zorg, waaronder een aantal jaren als Marketing en Salesdirecteur binnen de farmaceutische industrie. X werkt sinds een aantal jaren in de zorgsector waaronder de preventiemarkt; terwijl voor Z de gezondheidszorg een betrekkelijk nieuw terrein is.

	X	Y	Z
<i>Functie</i>	Commercieel directeur	Algemeen Directeur	Bestuurssecretaris
<i>Zbc</i>	A	B	C
<i>Werkzaam in het zbc sinds</i>	2005	1998	2005
<i>Marktoriëntatiescore</i>	23,83 punten: goede marktoriëntatie	28,66 punten: zeer goede marktoriëntatie	26,33 punten: goede marktoriëntatie
<i>Achtergrond</i>	Bedrijfsleven	Bedrijfsleven	Bedrijfsleven
<i>Opleiding</i>	Economie en management (HBO) BC International Business.	Bedrijfseconomie (WO), NIMA C International Marketing	Diverse technische, financiële en managementopleidingen
<i>Werkervaring in zorg</i>	Aantal jaren	Meerdere jaren	Sinds 2 jaar

Tabel 8.2 Beeld van de respondenten

Respondenten over marketing bij zbc's.

De respondenten zeggen "marketing bij zbc's" een goed, leuk en interessant onderzoeksthema te vinden. Door allen wordt vooral de noodzaak van marketing bij zbc's benadrukt. Er wordt verwezen naar wijzigingen in de sturingsfilosofie van de (terugtrekkende) overheid en maatregelen die zij neemt (als het afschaffen van de lumpsum) ten behoeve van de invoering van marktwerking. Marktwerking heeft volgens allen gevolgen voor het speelveld binnen de zorg, waarbij zij concluderen dat zbc's zich steeds meer als ondernemers dienen te gedragen om te overleven. Zie onderstaand citaat van dhr Y:

"Dat past natuurlijk 100% in het beleid van Hoogervorst en de terugtrekkende overheid. En zorgaanbieders moeten natuurlijk ook, nu de overheid zich steeds meer terugtrekt, steeds meer marketing bedrijven om ervoor te zorgen dat zij boven water blijven."

X en Y benoemen daarbij dat een goed netwerk(keten) essentieel is om concurrenten vóór te zijn. Zbc's moeten daarom oog hebben voor (wijzigende) belangen, doelen en positionering

van andere marktpartijen (stakeholders) als huisartsen, ziekenhuizen en verzekeraars. En ook trachten deze om te buigen ten gunste van hun organisatie.

“Zeker als je dit relateert aan zorginkooporganisaties van bijvoorbeeld grote zorgverzekeraars. Je zit niet meer met één, maar met tien merken aan tafel. Dus die jongens moeten zich natuurlijk heel goed profileren. Zij moeten natuurlijk een duidelijk profiel hebben, segmenteren, hun doelgroep bepalen, marketingstrategieën loslaten en moeten operationeel natuurlijk heel goed georganiseerd zijn. Dus marketing en zbc's: als je het vijf jaar geleden had gevraagd, had iedereen gezegd: nou jongen je hebt een rare voorstelling van zaken. Maar anno 2006 is dat natuurlijk gewoon een heel goede zaak.”

De respondenten benoemen alledrie ongevraagd dat, bij het plannen en implementeren van marketing, rekening gehouden moet worden met de bestaande cultuur van professionals (interne stakeholders). Medische specialisten zijn vooral op de inhoud van hun werk gericht en willen zich doorgaans niet bezig houden met commerciële activiteiten als marketing en verkoop. Daarvoor zijn zij niet in de zorg gaan werken en ook niet opgeleid. X en Y zijn van mening dat marketing vooral topdown moet worden geregisseerd. Zij betrekken hun medische specialisten vooral bij die marketingonderdelen, waarvan zij het belang herkennen en er plezier aan beleven. Als voorbeeld wordt genoemd: spreken op een inhoudelijk congres en het onderhouden van contacten met patiënten, huisartsen en specialisten.

“Wat ik de afgelopen jaren ‘en generale’ van specialisten heb geleerd is dat je hen niet te veel administratie moet geven. Zij moeten hun ding kunnen doen en niet te veel na hoeven denken over allerlei protocollen en dergelijke. Dat moet je hapklaar voor ze neer leggen en dan loopt het. Als ze moeten nadenken over zaken als contacten met huisartsen ‘want dan krijg ik meer patiënten binnen’, nou dat gaat er dan nog net wel in. Maar als je nog een stap verder gaat, dan houdt het heel snel op. Dat is gewoon in de jaren erin gegroeid”

Z is zoekende naar een manier om marketing bij zijn medische specialisten onder de aandacht te brengen. Hij geeft aan dat de voortgang op dit gebied wordt vertraagd door zijn medische professionals. In tegenstelling tot de bovengenoemde directeuren heeft hij voor een bottom-up benadering gekozen door marketingtaken vooral bij de medisch specialisten neer te leggen.

“In deze branche, elke branche, ben je afhankelijk van je productmanagement. Een productmanager is verantwoordelijk voor een gedeelte van de marketing van een product. Dat zijn bij ons dus de medische specialisten. Daar kom je op het punt dat het wel belangrijk is, maar het altijd als laatste in het rijtje zit. We hebben nu al heel lang een plan om huisartsenseminars te gaan organiseren maar dat schuiven we iedere keer door. Dit speelt vooral bij andere ondernemingen waar de productmanager niet in het productieproces zit. Bij ons zitten de mensen natuurlijk ook nog in het productieproces. Ik heb te weinig medische achtergrond om daar iets van te kunnen bakken”.

Verder stellen X en Y dat je als organisatie rekening moet houden met de ethische implicaties van marketing in de zorg. Als een zbc een te commercieel imago uitdraagt (door bijvoorbeeld de samenwerking te zoeken met farmaceuten) of dingen doet die echt “not done” zijn in zorgland (als het materieel belonen voor verwijzingen), dan kan dit op lange termijn leiden tot gezichtsverlies bij diverse partijen. Dit gaat ten koste van een betrouwbare en dus lange termijn relatie. X heeft hier het afgelopen jaar ervaring mee opgedaan en heeft besloten dit geen tweede keer te doen (zie onderstaande citaten).

“Een huisarts stelde mij ooit op de golfbaan voor dat ik hem vijf golfballen zou geven, voor iedere patiënt die hij mij doorverwijst. Ik zeg: “Je bent gek geworden, zo werkt het leven niet. Je moet insturen omdat onze kwaliteit zo goed is, omdat we het goed voor elkaar hebben, niet voor golfballen. Als je golfballen wilt hebben dan moet je maar een farmaceut bellen”. In principe zouden we dit uit de BV kunnen doen, maar dan leg je jezelf om. Voor een lange termijn relatie zijn golfballen niet haalbaar.”

“Het congres met Pfizer is slecht gevallen. Je verbindt je aan een farmaceut en zijn stramien. Je merkt aan de DHV dat ze hier niet kapot van zijn. Zij zien liever rechtstreeks een inhoudelijk congres door ons zelf georganiseerd en niet gesponsord. De huisartsenverenigingen zijn hier erg bewust op. Denk aan de richtlijnen uit 2005 en 2006 rondom alle spiegeltes en kraaltjes van de farmaceuten. Onze specialisten willen dit niet meer. Bij een congres moet het om de inhoud gaan en de accreditatiepunten, niet de spiegels, kralen en etentjes.”

Z is momenteel in gesprek met een organisatie uit de farmaceutische industrie om gezamenlijk een seminar te organiseren voor huisartsen. Kennelijk voorziet hij geen belemmeringen in de reacties uit zijn omgeving. Eén van zijn motieven tot samenwerking is het beperkte budget dat deze jonge organisatie tot haar beschikking heeft.

Ook beide andere directeuren benoemen het spanningsveld tussen marketinguitgaven en de opbrengsten die deze activiteiten genereren.

De ontstaansgeschiedenis van de zbc's

Het initiatief tot het oprichten van het zbc is bij het A en B genomen door een medische specialist. Bij C is dit gebeurd door een medische specialist samen met een zelfstandige ondernemer uit het bedrijfsleven. De motieven voor oprichting van een eigen organisatie hebben volgens de respondenten te maken met het opvullen van een leemte in het reguliere zorgaanbod en/of het verbeteren van de bestaande zorg. Onder meer het vergroten van de toegankelijkheid (inspelen op wachtlijsten, de onevenredige geografische spreiding van het aanbod en de onbekendheid met een bepaalde behandelvorm) en het verbeteren van de kwaliteit van het zorgaanbod door een nichestrategie (meer service, betere medische resultaten, integrale aanpak en klantvriendelijker). Bij de initiatiefnemers leken ook persoonlijke motieven een rol te spelen om een zbc te starten door het ervaren van onvoldoende ruimte binnen de (ziekenhuis)setting, waar zij eerder werkzaam waren, om hun ideeën vorm te geven (zelf aan het roer willen zitten en beslissingen willen nemen over personeel, organisatievorm, operatietechnieken, onderzoek etc). Dit wordt gecamoufleerd door opmerkingen dat ziekenhuizen weinig vernieuwend zijn of achterlopen op andere landen. Ziekenhuizen worden door hen gezien als zeer bureaucratisch ('in hokjes denkend'), weinig daadkrachtig en onvoldoende medisch deskundig.

Karakteristieken van de zbc's

Van de drie zbc's bestaat het B het langst (1998), gevolgd door de A klinieken (2001) en het C (2005). Alledrie hebben zij meer dan één vestiging in of nabij grotere steden. A en C richten zich op één bepaald snijdend specialisme (Q en S). Zij verrichten behandelingen in zowel het A- als het B-segment. B biedt het specialisme R. Dit aanbod valt onder het A-segment. In A zijn 4 medische specialisten werkzaam, gevolgd door het B en het C waar respectievelijk 3 en 1 fte medisch specialisten werkzaam zijn. De patiënten-aantallen liggen uiteen, van 4000, 500 tot 190, en zijn niet vergelijkbaar door de verschillen in type specialisme, de patiëntencasemix en het jaar van oprichting. A biedt diensten die zowel een korte als wat langere behandelingstermijn hebben. Dit varieert van eenmalige consulten tot behandelingstrajecten van een paar dagen, weken of maanden. B heeft overwegend langere behandelingstrajecten van een paar weken tot aantal maanden; terwijl C momenteel vooral eenmalige behandelvormen kent die maximaal een paar weken duren.

<i>Zbc</i>	A	B	C
<i>Motieven voor oprichting</i>	Wachtlijsten, verbeteren kwaliteit (service en medische uitkomsten) en doorlooptijd	Gelijke toegankelijkheid, verbeteren kwaliteit (service en snellere en betere medische uitkomsten)	Verbeteren kwaliteit (medische uitkomsten) en doorloopsnelheid

<i>Oprichtingsjaar</i>	2001	1997	2005
<i>Aantal locaties</i>	4	2	2
<i>Geografische ligging</i>	-	-	-
<i>Type specialisme</i>	Q	R	S
<i>Fte specialisten</i>	4	3	1
<i>Zorgsegment</i>	A en B	A	A en B
<i>Aantal patiënten per jaar</i>	4000	500	190

Tabel 8.3 Beeld van de zbc's

8.3. Marketingplanning en concurrentiestrategieën.

In deze paragraaf worden de stappen van het marketingplanningsproces doorlopen. Hierdoor ontstaat ondermeer inzicht in de wijze waarop de zbc's zich positioneren in de markt en welke concurrentiestrategieën zij hierbij hanteren.

Planningsproces

Allen zeggen de interne omgeving te hebben geanalyseerd in relatie tot de externe omgeving en op basis van deze uitkomsten hun missie en organisatiedoelstellingen te hebben bepaald. Bij het B en A, heeft dit vervolgens geresulteerd in een marketingplan. C heeft geen marketingplannen ontwikkeld per locatie, maar heeft gekozen voor een paragraaf 'promotie' in het Businessplan. Allen verrichten vervolgens marketingactiviteiten en toetsen (ad hoc of structureel) of zij hiermee hun organisatiedoelstellingen behalen.

Van de drie organisaties lijkt bij het B het planningsproces het meest continu doorgevoerd te zijn in alle lagen van de organisatie.

"Wij maken een SWOT-analyse. Hebben een duidelijke missie en zorgvisie en een marketingplan. En marketingdoelstellingen hebben wij natuurlijk ook. We hebben natuurlijk een heel groot netwerk en ook heel veel marktinformatie. Ik weet precies vanaf 1997 met hoeveel procent de markt ieder jaar autonoom groeide en hoeveel procent door marktspanningen kwam. We weten ook precies met welke instrument we de markt kunnen versnellen. Dat helpt me af en toe om pas op de plaats te maken. Omdat we gewoon capaciteitsgebrek hebben. Dat begrijp je. Je kunt het ook remmen. We doen natuurlijk ook aan databasemarketing en segmenteren zoveel mogelijk."

Bij A is het planningsproces nog volop in ontwikkeling en vormt nog niet op alle onderdelen een cyclisch proces. De organisatie wil een omslag maken van emergent (marketing)strategieën naar meer geplande strategievorming.

"Gedeeltelijk, er is een marketingplanning, maar deze is nooit helemaal volledig uitgekristalliseerd. Doordat er zoveel ontwikkelingen in de markt zijn, is het continu aanpassen. Ik probeer activiteiten op redelijk korte termijn te houden om snel te kunnen schakelen. We doen één keer per half jaar onderzoek, we hebben een marketingplan en een missie."

C heeft een duidelijke eerste aanzet gedaan om tot een planningsproces te komen. In de tactische en operationele uitvoering lijkt zij echter terug te vallen op emergent strategieën.

"Nee, onder een strategische marketingplanning versta je waarschijnlijk het op langere termijn uitzetten van acties richting de markt. Nee, dat hebben we niet. Er zijn wel een aantal dingen die we doen, maar niet erg strategisch gericht."

Missie en visie

Allen hebben een duidelijke missie, waarin zij aangeven dat zij medisch specialistische zorg verlenen op bepaald deelgebied. Voor A gaat de aandacht uit naar goede en snelle Q-zorg. Zij wil dit waarmaken door een totaalpakket op maat aan te bieden aan de patiënt van moment van binnenkomst tot en met het natraject. Hierdoor draagt zij bij aan het beter dagelijks

functioneren van patiënten. Voor het B ligt de nadruk op de meest effectieve en veilige manier van R-zorg, zodat dat deze vorm van zorg voor iedereen toegankelijk en beschikbaar is. Zij wil dit bereiken door de zorg in meerdere centra aan te bieden en een goede voorlichting te geven aan artsen en patiënten. C wil aantoonbaar betere kwaliteit (in termen van medische uitkomsten) leveren dan het reguliere zorgaanbod op het gebied van S-zorg. Daarvoor streeft zij naar meerdere werklocaties, waarbij de samenwerking met academische ziekenhuizen (ontwikkelingen en onderzoek) en regionale ziekenhuizen (voor klinische achterwacht) wordt gezocht.

Organisatiedoelstellingen

Allerdrie benoemen zij als doelstelling dat zij de ambitie hebben om nationale speler te worden, door vestigingen te openen in andere delen van het land (marktverbreding). Tevens noemt Z uitbreiding van het zorgaanbod (productontwikkeling), door de diagnoses in dagbehandeling te verruimen. Ook X en Y benoemen tijdens de interviews verruiming van het productaanbod, al hebben zij dit niet als organisatiedoelstelling geformuleerd in hun plannen. Y wil aantonen dat er meerdere indicaties voor R-zorg geschikt zijn. A wil inspelen op de verruiming van het 24-uurs criterium in het B-segment en een focus op Q-zorg aanbrengen en waardoor zij ook andere doelgroepen aan zich wil binden. Allen refereren in de gesprekken aan betere capaciteitsbenutting of capaciteitsuitbreiding. B heeft dit als enige in een doelstelling vastgelegd: namelijk het verhogen van de efficiency binnen de organisatie.

Positionering

A ziet voor zichzelf een plek tussen het ziekenhuisaanbod en privéklinieken in. Ten opzichte van de ziekenhuizen wil zij minimaal dezelfde deskundigheid uitstralen, maar dan met meer service, kwaliteit en snelheid (sneller dan de Treeknormen en zonder wachtlijsten). Zij wil echter niet de luxe chique setting uitstralen van een privékliniek, omdat dit drempelverhogend zou werken voor patiënten. B ziet voor zichzelf de functie van een buitenpolikliniek van de academische ziekenhuizen. Zij springt in op een deel van de markt, waar tot op heden nauwelijks aandacht voor geweest is binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Dit maakt dat deze behandelvorm weinig bekend is (en slecht toegankelijk) bij patiënten. C wil zich neerzetten als gespecialiseerd centrum op het gebied van S-zorg. Dit wil zij bereiken door een factory focus (een zorgsstraat voor vooraf bepaalde diagnoses) en een centrumeffect (vaste locaties met vaste teams). Zij wil uitblinken in medische resultaten, door nieuwe (endoscopische) technieken. Volgens Z lopen de Nederlandse ziekenhuizen op dit gebied achter in vergelijking met andere Europese landen.

Generieke concurrentiestrategieën

Aan de zbc's is gevraagd welke generieke concurrentiestrategie zij hanteren uitgaande van de theorie van Treacy en Wiersema. De generieke strategie van B is volgens eigen zeggen de Customer Intimacy Focus. Zij past haar aanbod voortdurend aan op de wensen van de klant (individueel maatwerk), investeert in klantenbinding en stuurt op klantwaarde. De volgende citaten illustreren deze focus.

“Onze focus zit op uitstekende patiëntenkwaliteit. De patiënt staat centraal in alle vestigingen en daar is de hele organisatie om heen gebouwd. Of het nu gaat om brochures, om informatievoorziening in het algemeen, of om uitleg. Of de taxiboer die het wel eens laat afweten, nou die zijn bij ons klaar hoor. We hanteren kaarten, twee keer een gele kaart is een rode kaart. En één keer een rode kaart wil zeggen: de zorgverzekeraar krijgt een brief en de taxiboer krijgt een brief. En dan nog één keer een rode kaart en de taxiboer ligt eruit. Patiënten laten we niet wachten. Dus echt alles is opgebouwd om de patiënt heen, tot en met de enquêteformulieren na afloop toe”. “Om zo voor iedereen een aanbod op maat te hebben.”

De generieke strategie van het C is Productleadership. Zij wil koploper zijn in medische resultaten op het gebied van S-zorg (poliklinisch of in dagbehandeling). De innovatie zit in de werkwijze van de organisatie (focused factory en het centrum effect), de wijze van opereren (endoscopisch) volgens de richtlijnen van Vereniging P en op basis van “Evidence Based” medicine, en de uitkomst van de medische resultaten.

“Door met een ervaren homogeen team te werken en steeds dezelfde operaties uit te voeren in eenzelfde setting. Dit is in de praktijk het Centrum Effect. Dit in combinatie met moderne technieken en een goede postoperatieve begeleiding zorgt ervoor dat de behandeling drastisch verbeterd”.

X benadrukt dat alledrie de generieke strategieën op orde moeten zijn om goed te functioneren als organisatie en in te spelen op uiteenlopende belangen van diverse stakeholders. Zij kiest niet voor één basisstrategie.

“We zijn eigenlijk alledrie”

Marketingdoelstellingen

De marketingdoelstellingen van A richten zich vooral op het realiseren van korte termijn groei op de huidige twee locaties. Hiervoor heeft de respondent drie ijkpunten bepaald die met elkaar samenhangen en goed meetbaar zijn: een x aantal nieuwe patiënten binnenhalen, een x aantal uitgevoerde operatieve ingrepen en het aan zich binden van een x aantal nieuwe verwijzers.

De marketingdoelstellingen van B richten zich op de korte, middellange en lange termijn. Zij zijn een verdere concretisering van de organisatiedoelstellingen, missie en visie, namelijk het betrekken van een vleugel in ...in 2007, het openen van een nieuwe vestiging in ... (2008) en het zich vestigen in of nabijte (2010). Daarnaast zet zij diverse marketing-instrumenten in, om de capaciteit in de huidige vestigingen optimaal te benutten. Zij streeft naar overcapaciteit, waarmee de volgende vestigingen gevuld kunnen worden. Tot slot spant zij zich in om ervoor te zorgen dat R-zorg onderdeel wordt van het curriculum van geneeskunde opleidingen.

C heeft als korte termijn marketingdoelstelling bepaald tweehonderd behandelingen in en honderd behandelingen in

<i>Zbc</i>	A	B	C
<i>Missie</i>	Het leveren van kwalitatief goede en snelle zorg op het gebied van Q-zorg	Het uitvoeren van R-zorg op de meest effectieve en veilige manier, zodat dat deze vorm van zorg voor iedereen toegankelijk en beschikbaar is	Het aantoonbaar leveren van betere S-zorg (kwaliteit) voor de patiënt, dan in reguliere zorg wordt geboden.
<i>Visie</i>	Het aanbieden van een totaalpakket op maat, van het moment dat patiënten binnen komen tot en met het natraject,	Ondervangen van ongelijkheid in zorg door te streven naar meerdere centra en door het geven van voorlichting aan	Op verschillende plekken in Nederland actief zijn waarbij de samenwerking met academische en regionale ziekenhuizen

	onder een snelle doorlooptijd. Hierdoor wordt bijgedragen aan het beter dagelijks functioneren van patiënten	artsen en patiënten	wordt gezocht voor de inhoud van zorg (ontwikkelingen en onderzoek) en klinische achterwacht
<i>Organisatie-doelstellingen</i>	Uitbreiding aantal locaties (+5)	Uitbreiding aantal locaties (+3) Vergroten van de efficiency (max. capaciteitsbenutting)	Uitbreiding aantal locaties (+?) Uitbreiding van het aantal te behandelen diagnoses
<i>Marktpositie</i>	Tussen ziekenhuizen en privéklinieken in	Aanvulling op academische ziekenhuiszorg: als buitenpoli	State-of-art kliniek (poliklinisch of in dagbehandeling)
<i>Concurrentiestrategie</i>	Niet expliciet bepaald	Customer Intimacy focus	Productleadership
<i>Marketingdoelstellingen</i>	Een x aantal nieuwe patiënten. Een x aantal uitgevoerde operatieve ingrepen. Het binden van een x aantal nieuwe verwijzers.	In 2007 locatie te ... In 2008 locatie te ... In 2010 locatie te ... Capaciteit creëren R-zorg in curriculum van geneeskundeopleiding	Een x aantal behandelingen uitgevoerd per locatie

Tabel 8.4 Planningsproces en positionering door de zbc's

8.4. Stakeholdermanagementstrategieën.

In deze paragraaf wordt nagegaan welke (sleutel)stakeholders voor de zbc's van belang zijn om doelstellingen, ten behoeve van klantwerving en klantbehoud, te behalen. Tevens komt onderzoek naar belangen en wensen van deze stakeholders aan de orde. Ook wordt gekeken naar de mate waarin potentiële tegenwerking danwel medewerking van deze stakeholders te verwachten is, aan de hand van factoren uit de literatuur. Tot slot komen de gehanteerde stakeholderstrategieën aan bod.

Identificeren van sleutelstakeholders voor het behalen van marketingdoelstellingen

X geeft aan, dat A rekening houdt met het hele relatienetwerk tijdens de strategievorming.

“Ik denk dat wij met alle stakeholders rekening houden. Ik zeg altijd, het is een driehoekje, als je er één niet hebt, dan kun je ermee ophouden. We hebben ze allemaal nodig.

De belangrijkste externe stakeholdersgroepen die de esponent benoemd om de (marketing)doelstellingen te behalen zijn de patiënten als rechtstreekse afnemers van de zorg, huisartsen als directe verwijzers (waaronder hun belangenvereniging) en zorgverzekeraars als verwijzers en contractpartijen. Daarnaast zijn [REDACTED] eveneens belangrijke samenwerkingspartijen, in de zin van indirecte verwijzers.

B geeft eveneens aan zich te richten op het hele relatienetwerk bij het bepalen van strategieën. Stakeholders zijn volgens hem alle partijen die belang hebben bij zijn organisatie.

“Marketing is eigenlijk het zoeken naar de meest effectieve manier om je boodschap over te brengen en je klanten te mobiliseren om dingen te laten doen die jij graag zou willen. En tal van instellingen die niet aan onze instelling gerelateerd zijn, maar wel belang hebben bij het functioneren van de toko. Dus waar kun je overlap vinden met elkaar.”

In dit netwerk bevinden zich de patiënt (verkrijgen van zorg), patientenverenigingen (als belangenorganisatie), medisch specialisten (als verwijzers), zorgverzekeraars (voor de betaalovereenkomsten), Zorgverzekeraars Nederland (als belangenorganisatie), de landelijke overheid, waaronder CTG en CVZ (stellen van normen voor te leveren en te vergoeden zorg in beleidsregels en tarieven), het ministerie van Sociale Zaken, banken (kredietverstrekking) en de inspectie (toezicht kwaliteit). De belangrijkste stakeholders voor het behalen van de marketingdoelstellingen van het B zijn patiënten, medisch specialisten (uit de ziekenhuizen) en zorgverzekeraars.

Z geeft aan dat het C rekening moeten houden met veel stakeholders. Zoals de klant (als eindgebruiker), de maatschappen van ziekenhuizen (voor de achterwachtfunctie), Academisch ziekenhuis ■ (voor wetenschappelijk onderzoek), huisartsen (als klantverwijzers), ziekenhuizen en diagnostische centra (voor aanvullende diagnostiek en eventuele klinische opnames), alle zorgverzekeraars (voor zorgcontracten), Bedrijf ■ (voor IT faciliteiten) en de bank (voor kredietfaciliteiten). Tevens benadrukt hij dat er per stakeholdersgroep diverse marketingtools gebruikt dienen te worden om elke afzonderlijke groep zo efficiënt mogelijk te benaderen.

“Kijk, om te bepalen wat de juiste marketingstrategie is voor onze organisatie, moeten we kijken wie de klanten en opdrachtgevers zijn, de Decision Making Unit. Wie neemt de beslissing om tot kopen over te gaan. Is dit de patiënt, verwijzers of de zorgverzekeraar? De patiënt is eindgebruiker van ons product. Maar deze is niet financieel verantwoordelijk. Dat is het terrein van de verzekeraar. Verder wordt in bijna negen van de tien gevallen door de huisarts bepaald waar een eventuele behandeling gaat plaatsvinden en niet door de patiënt.”

Ondanks eerder genoemd citaat geeft de respondent later aan, zich voornamelijk te richten op de stakeholdersgroepen patiënten om hun marketingdoelstellingen te halen en in tweede instantie op huisartsen en verzekeraars.

De belangrijkste partij voor ons is de patiënt, via internet, en in mindere mate huisartsen en verzekeraars.

Gezien de beperkte tijd van de interviews was het niet mogelijk om alle stakeholderrelaties van de zbc's uit te diepen en de daarbij behorende strategieën door te nemen. Daarom is vooraf (op basis van de scores uit het kwantitatieve onderzoek) per respondent één stakeholdergroep geselecteerd, die tijdens het interview is besproken. Voor het A is dit de groep huisartsen, voor het B de verzekeraars en voor C de patiënten.

Zbc	A	B	C
<i>Visie stakeholder-management</i>	Richt zich op het aangaan en onderhouden van relaties uit het hele netwerk (directe en indirecte spelers)	Richt zich op het aangaan en onderhouden van relaties uit het hele netwerk (directe en indirecte spelers)	Houdt rekening met spelers uit het netwerk, maar richt zich primair op de patiënt
<i>Steutelstakeholders-groepen voor behalen marketingdoelstellingen</i>	Patiënten, huisartsen, verzekeraars, fysiotherapeuten en manueel therapeuten	Patiënten, medisch specialisten (uit de ziekenhuizen) en verzekeraars	Patiënten, huisartsen en verzekeraars
<i>Focus steutel-stakeholder o.b.v. kwantitatief onderzoek</i>	Huisartsen	Verzekeraars	Patiënten

Tabel 8.5 Keystakeholders van de zbc's

Onderzochte belangen en wensen van sleutelstakeholders

Belangen van huisartsen zijn volgens X te achterhalen. Hij heeft dit niet letterlijk in de praktijk onderzocht, maar doet de aanname dat de kwaliteit en snelheid van het zbc ook uitstraalt op het imago van de huisarts. De wensen van huisartsen zijn wel onderzocht tijdens gesprekken met de huisartsenkring. Hieruit blijkt dat huisartsen prijs stellen op een goede (schriftelijke) terugrapportage over de behandeling. Deze dient volledig, duidelijk en snel te zijn. Daarnaast willen zij de specialist goed kunnen bereiken voor nadere toelichting of advies over Q-zorg. Andere zekerheden die huisartsen zoeken is de toezegging dat de kwaliteit geborgd is en dat het centrum voor patiënten goed bereikbaar is.

“In plaats A leg ik het gewoon op tafel: Wat moet ik doen zodat jullie meer patiënten naar ons verwijzen? Communicatie, kwaliteit en bereikbaarheid van de specialisten komen direct naar boven”.

In zijn algemeenheid hebben verzekeraars belang bij het realiseren van besparingen op verrichtingen bij patiënten volgens Y. Daardoor kunnen kosten door verzekeraars worden geminimaliseerd en winst gemaximaliseerd. Verder zijn de belangen van verzekeraars volgens de respondent afhankelijk van de contactpersoon en diens positie binnen de organisatie. Tijdens gesprekken worden deze met enige regelmaat verkend. Hieruit blijkt dat er op diverse aggregatieniveau's diverse (zakelijke en persoonlijke) belangen spelen. Wensen die verzekeraars hebben zijn niet specifiek aan bod geweest tijdens het interview. Wel liet Y zich ontvallen dat verzekeraars graag kwalitatieve en kwantitatieve gegevens ontvangen van zbc's, waardoor zij informatie kunnen vergelijken tussen aanbieders.

“Ik denk dat de belangen variëren per contactpersoon. Guus van Montfort heeft de zorg voor de hele organisatie, waaronder het winnen van klanten. En zorgen dat ze een nog grotere marktpartij worden, ook internationaal. Spreek ik jullie medisch adviseur John van den Berg, dan is dat is vestzakbroekzak. Bij een probleem met een patiënt bespreken we hoe we dit zullen aanpakken. John is erg patiënt- en medisch inhoudelijk gericht. Spreek ik jou, dan kun je me alles vertellen over contracten en kleppen we over een tarief.

Het belang van patiënten is volgens Z het verkrijgen van snelle en kwalitatief goede zorg. Daarbij geeft hij aan dat dit moeilijk meetbaar is voor patiënten. Het is daarom volgens hem belangrijk als organisatie om enerzijds zelf de kwaliteit (in termen van medische uitkomsten) te meten op basis van objectieve criteria en anderzijds de subjectieve patiëntwaardering te toetsen. De patiënttevredenheid is volgens hem afhankelijk van een goede voorlichting en het neerleggen van een reële verwachting. Vervolgens is het de kunst om aan deze verwachting te voldoen.

“Patiënten halen hun tevredenheid uit een niet meetbare ervaring. Het beeld dat de patiënten hebben is gebaseerd op standaardvoorlichting van onze zijde. Ik zou bijna zeggen, als je niet dood gaat, is het positief. Klanttevredenheid ontstaat als de klant krijgt wat hij hebben wil en dat kan steeds verschillend zijn. Een klant is tevreden als je hem levert wat hij gevraagd heeft, niet als hij het beste krijgt. De snelheid meten we niet bij de patiënt, die meten we altijd zelf. Goed is een subjectief verhaal. Snel is gericht op de termijn van de behandeling en goed dat je een goede behandeling krijgt. Het ‘goede’ meten wij ook zelf aan de hand van de resultaten: recidieven, calamiteiten en post operatieve pijn. En de andere kant is dan het gevoel. Wij vragen hoe de patiënt ons vond, de kennismaking, de website, de termijn van afspraken en de termijn van de behandeling, de manier van informatieverstrekking, de ontvangst, de behandeling door de specialist, of iemand meer of minder pijn heeft gehad en wat facilitaire zaken zoals de ontvangstruimte”.

Patiënttevredenheidsonderzoek vindt bij C structureel plaats. Zes weken na de behandeling wordt een enquête toegezonden.

Zbc	A	B	C
<i>Belangen stakeholders</i>	Huisartsen kunnen deze zorg zelf niet leveren en het imago van snelle en goede levering door het zbc straalt af op de huisarts als onderdeel van de van keten	Winstmaximalisatie Belang per contactpersoon verschillend (variërend van directie, inkoper tot contactpersoon van zorgbemiddeling of declaratieservice).	Verkrijgen van goede en snelle medisch specialistische zorg
<i>Wensen stakeholders</i>	Goede en snelle communicatie (juiste snelle en volledige rapportages) Telefonisch goed bereikbaar. Goede kwaliteit. Goede fysieke bereikbaarheid voor patiënten	Transparantie: kwantitatieve en kwalitatieve gegevens	Aansluiting van het aanbod op de vraag. Nakomen belofte. Een goede bejegening en zo min mogelijk pijnklachten

Tabel 8.6. Onderzoek naar belangen en wensen van key-stakeholders

Middelen en machtspositie

X is van mening dat A zeer afhankelijk is van huisartsen omdat zij de patiënt kunnen beïnvloeden in hun keuze voor een specifieke zorgaanbieder. Hij kan deze uitspraak staven door onderzoeken, die hij heeft gedaan, waaruit blijkt hoeveel patiënten door huisartsen worden verwezen.

“Als we een huisarts mee hebben, dan levert ons dat ongelofelijk veel nieuwe patiënten op. Zo heeft een huisarts gemiddeld 2500 patiënten ingeschreven. Een op de vier klachten van een patiënt is Q-zorg. Op basis daarvan hebben we gezegd dat we voor één fte specialist ongeveer vijftientig verwijzers nodig hebben om maximaal de poli te kunnen draaien. Daar kun je op bouwen, daarom kun je een doelstelling creëren.”

Huisartsen hebben door dit verwijzingsmiddel veel invloed op het A volgens X. Daarbij maakt hij de kanttekening dat hun machtspositie ook samenhangt met factoren als de mate waarin zij zich collectief organiseren (solo, HOED, gezondheidscentrum, Hagro of Kring) en het geografische gebied waarin huisartsen zijn gevestigd (de afstand tot het zbc). Zo neemt de machtspositie van huisartsen toe naarmate hun concentratiegraad groter is en zij dichter in de buurt van het zbc zitten.

“Ik geloof erin, dat de huisarts hier heel erg veel invloed heeft. Als middel hebben zij de mogelijkheid om niet meer door te verwijzen. Tijdens die overleggen met DHV is het puur van mond tot mond. Als de DHV gaat rondbazuinen dat het hier niet goed werkt, denk ik dat we de tent kunnen sluiten”

Ook speelt de leeftijd van het zbc hierbij een rol. De invloed van huisartsen neemt af naarmate een zbc ergens langer zit. Dit heeft alles te maken met het neerzetten van een goed imago volgens X. Bij een goed imago neemt het vertrouwen in een zbc toe. De afhankelijkheid van individuele huisartsen neemt dan af omdat er in de tussentijd relaties zijn opgebouwd met andere huisartsen, met hun belangenorganisatie en met andere stakeholders in het veld. Daarom is het volgens hem vooral in de startfase erg belangrijk om meteen een goed imago neer te zetten. Als hierin wordt gefaald, is het heel moeilijk om dit te herstellen en weer een relatie op te bouwen met huisartsen en andere partijen. X heeft geen onderzoek gedaan naar de toekomstige machtspositie van huisartsen. Wel vermoedt hij dat hun machtspositie toeneemt, naarmate er meer zorgaanbieders op de markt komen.

In het proces voor het verkrijgen van nieuwe klanten of binden van huidige klanten hebben zorgverzekeraars slechts een beperkte rol volgens Y. Zij zijn voorwaarde scheppende partijen, in de zin van vergoeding van de behandeling aan de patiënt. Dit maakt het sluiten van overeenkomsten met verzekeraars relevant voor B. Dit is tevens het voornaamste middel dat verzekeraars in handen hebben. Daarnaast kunnen verzekeraars interessant zijn voor B bij financiering van aanvullend onderzoek. Het kunnen inzetten van financiële middelen is daarmee een tweede instrument.

“Op het moment dat we geen contracten sluiten dan houdt het betrekkelijk snel op. Daarom heb ik ervoor gezorgd dat we per 1 januari onder de basisverzekering vallen. We vallen nu onder het standaard pakket en zijn nu in lengte van tijden niet meer weg te denken. En dat is natuurlijk heel prettig. De zorgverzekeraar heeft nog wel altijd de keuze om het met ons te doen of niet te doen. Tenzij iemand op een bepaald moment een bepaalde brainwave krijgt en zegt hier heb een zak met geld en ga dit eens uitzoeken.”

Andere instrumenten die verzekeraars hebben om hun invloed aan te wenden richting zbc's zijn eerder hypothetisch dan reëel volgens Y. Hij doelt hierbij op het collectief (via Zorgverzekeraars Nederland) beïnvloeden van overheidsorganen (CTG) met als doel wijzigen van wet-en regelgeving. Door verdergaande samenwerkingsvormen (toenemende concentratie) kunnen verzekeraars eveneens hun machtspositie vergroten tegenover het zbc.

Een verzekeraar zou natuurlijk samen met andere verzekeraars iets bij ZN kunnen aankaarten of een alliantie kunnen sluiten met andere verzekeraars. Er is wekelijks overleg bij ZN. Zij zouden bij een overleg van het CTG kunnen besluiten: "we zijn destijds rechtsaf gegaan, maar we willen alsnog linksaf met elkaar, en laten we eens kijken met hoeveel stemmen we kunnen winnen".

Op de vraag of verzekeraars meer macht hebben dan het B, antwoordt Y dat dit moeilijk te zeggen is. De machtspositie van verzekeraars hangt volgens hem nauw samen met de door de overheid vastgestelde wet- en regelgeving. Hij licht dit toe met een stuk historie. [REDACTED]

[REDACTED] Dit leidde ertoe dat verzekeraars ook geen contracten meer konden sluiten. Het vergde vervolgens een fikse lobbyactie richting de koepelorganisaties ZN/CTG/CVZ. Dit vond plaats in een periode waar de overheid gericht was op het stimuleren van verrichtingen in zbc's. Met de invoering van de basisverzekering is de machtspositie van verzekeraars volgens Y afgenomen. Deze beperkt deze zich vooral tot het wel of niet sluiten van individuele overeenkomsten. Waarbij het volgens hem maar de vraag is of verzekeraars het aandurven om geen contracten te sluiten, in de concurrentieslag tussen verzekeraars om verzekerden. Daarnaast heeft het Amendement Schippers ertoe geleid dat de keuzevrijheid van verzekerden is toegenomen. Verzekeraars moeten in hun polissen aangeven hoe zij omgaan met vergoedingen in het geval van niet contracteren van een aanbieder.

"De invloed tegenwoordig van zorgverzekeraar is een stuk kleiner. We vallen nu ook onder de basisverzekering. Sluit je bijvoorbeeld als Achmea geen contract, dan heb je als zorgverzekeraar een probleem. De patiënt heeft er wel recht op."

Patiënten hebben alleen veel invloed bij het maken van hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder volgens Z. Zij kunnen immers ook kiezen voor de concurrent. Wanneer zij eenmaal hun keuze hebben gemaakt, dan is hun machtspositie gering. Ze hebben geen invloed op het behalen van hun resultaten, de manier van werken of het productieproces van het zbc.

Als ze niet komen, hebben ze veel invloed. Voor de rest hebben ze geen invloed.

Hij vindt dat de zorgmarkt daarin verschilt van het bedrijfsleven, waar klanten worden betrokken bij het ontwikkelen van nieuwe producten en het in de markt zetten hiervan. Dit is in de zorg lastig, volgens Z, omdat het voor patiënten moeilijk te beoordelen is of een ingreep correct is uitgevoerd. Hij is van mening dat de invloed van patiënten op individuele zbc's wel groter wordt in de toekomst. Zij worden mondiger en zullen steeds meer gaan shoppen. Hierbij zullen zij in toenemende mate gaan kijken naar wachttijden en bejegeningaspecten van de aanbieders. Ook worden zij geprikkeld door de media die negatieve publiciteit verspreiden over ziekenhuizen en zbc's. In hoeverre patiënten zich hierdoor laten leiden is hem niet bekend.

"De mens in zijn algemeenheid kijkt anders naar de zorg. Dat is een proces dat langzaam verloopt. Dat is niet of nauwelijks te onderzoeken. We vragen wel heel veel aan onze patiënten, bijvoorbeeld hoe komt u bij ons? Wat we nog niet hebben gevraagd is waarom men op internet is gaan zoeken. Of het is naar aanleiding van een huisartsenbezoek of dat men geen vertrouwen in het ziekenhuis heeft. Maar men wordt kritischer."

Het voornaamste instrument dat patiënten hebben om hun invloed aan te wenden is het beïnvloeden van andere stakeholders als verzekeraars, potentiële klanten en de media.

"We hebben het risico dat ze de verzekeraar gaan berichten. Negatieve uitstraling in de relatiekring:"Je moet daar niet naar toe gaan." En het zoeken naar publiciteit. Dat hebben we gelukkig allemaal nog niet meegemaakt"

Acties richting het zbc en coalitievorming

X labelt zijn bestaande relaties met huisartsen in de regio Haaglanden redelijk stabiel en positief. Hij wijdt dit aan de termijn dat zij daar werkzaam zijn en het goede imago en de relaties die zij in de afgelopen jaren met de huisartsen en hun Kring hebben opgebouwd.

“In de regio redelijk stabiel. Ze kennen ons hier. De huisartsen zijn er over ons te spreken. Hier hebben we geen wachtlijsten. Wij garanderen het eerste poliklinische consult binnen vijf werkdagen. Negen van de tien keer zijn we sneller dan de patiënt. Je moet voor de grap eens bij onze balie gaan staan. Op de vraag of zij maandag al kunnen zegt iemand dan: “dat kan niet want dan moet ik naar mijn schoonmoeder.” Initieel winnen we daar de meeste patiënten mee.”

In de regio ... is de relatie kritischer. Daar kan de prille relatie nog twee kanten op bewegen, al denkt hij dat B zich daar positief kan profileren door bestaande wachtlijsten.

X schat in dat huisartsen in toenemende mate actie zullen ondernemen (verwijzen) ten gunste van B. Niet verwijzen lijkt alleen te gebeuren bij complexe problematiek die ook niet bij het zbc terecht zou moeten komen. Dit is volgens de respondent alleen maar prettig voor B moeten zij ‘nee’ verkopen richting patiënten. Hij heeft eerder het idee dat de invloed van huisartsen in hun voordeel wordt aangewend.

De respondent heeft geen onderzoek gedaan naar mogelijke coalitievorming tussen de huisartsen en andere stakeholders. Hij richt zich vooral op de relatie die hij zelf met zijn stakeholders opbouwt.

Y labelt zijn huidige relaties met verzekeraars vooral uitmuntend stabiel en erg positief. Hij heeft met bijna alle verzekeraars contracten gesloten en voorziet dat verzekeraars deze relatie blijven continueren in de toekomst. Hij is van mening dat hij bij ZN en bij diverse verzekeraars de toegevoegde waarde van R-zorg heeft kunnen aantonen met behulp van praktijkvoorbeelden. Hij illustreert dit met een casus van een patiënt die succesvol is behandeld door het B, nadat andere langere zorgtrajecten niet mochten baten. De aanpak van het B leidt volgens de respondent aantoonbaar tot schadelastreductie voor verzekeraars. In de toekomst wordt dit bewijs volgens hem alleen nog maar sterker op basis van wetenschappelijk onderzoek.

“We zijn bezig met een onderzoek met de faculteit van het [REDACTED], die zich bezig houdt met gezondheidszorg, om uit te vogelen, hoeveel van dit soort mensen er rond lopen, die 16 jaar zorg hebben geconsumeerd en wat dat dan gekost heeft ten opzichte van R-zorg”.

De relatie tussen zbc's, als het B, en zorgverzekeraars zal volgens de respondent op termijn gaan schuiven. Van operationele, losse, transacties gerichte relaties naar meer strategische (netwerk- c.q. keten-) relaties. Waarbij mogelijk ook diverse vormen van voorwaartse of achterwaartse integratie kunnen ontstaan.

“Nou het lijkt erop nu we in de basisverzekering zitten dat we met elkaar in rustiger vaarwater terecht zijn gekomen. En dat leidt ertoe dat er nu meer ruimte is voor innovatief beleid. Vroeger was het eigenlijk heel operationeel gericht en nu is het heel strategisch gericht. En wie weet komt er op een gegeven moment een zorgverzekeraar om de hoek die zegt, jongens jullie zijn zo goed bezig dat we jullie dusdanige toegevoegde waarde vinden hebben dat we jullie willen kopen. Want verzekeraars kopen natuurlijk ook zorgaanbieders. Bedoel als je naar Achmea kijkt die heeft natuurlijk ook een heel eigen beleid, Health Care Centers, het kopen van zorgverzekeraars, samenwerking met Staalbankiers. Dus jullie willen ook in de keten vooruit.”

Y schat in dat er geen coalitievorming zal ontstaan tussen verzekeraars en andere stakeholders die nadelig zou kunnen uitpakken voor B Mede doordat het B zelf allianties is aangegaan met andere voor verzekeraars relevante stakeholders, als bijvoorbeeld de academische centra. Hierdoor weert hij mogelijke invloedrijke coalities af.

De ervaringen van patiënten met het C zijn erg positief volgens Z. Een nadeel dat C ervaart is, dat de relaties met patiënten maar van korte duur zijn, door de keuzes die C heeft gemaakt in het zorgaanbod. Patiënten komen doorgaans voor een eenmalig behandeltraject. Om die reden wil men het zorgaanbod gaan uitbreiden met ██████, omdat het daarbij aannemelijker is dat zij een langduriger relatie kunnen opbouwen met patiënten. Dit door bijvoorbeeld abonnementen af te geven.

“Patiënten waarderen ons met een acht”.

“████████ is bijvoorbeeld een éénmalig iets waarvan je niet ziek bent en het is niet chronisch. Daar is een patiëntenvereniging niet aan de orde”.

Z schat in dat patiënten geen acties zullen ondernemen ten nadele van C. Hij ervaart eerder dat patiënten C promoten in hun kennissenkring via mond-tot-mond reclame. Hierdoor heeft het C onverwacht een specifieke doelgroep aan zich weten te binden, namelijk ...patiënten. De respondent heeft geen onderzoek gedaan naar mogelijke coalitievorming tussen patiënten en andere stakeholders. Hij richt zich vooral op de relatie die hij zelf met zijn stakeholders opbouwt.

In tabel 8.7 zijn de factoren samengevat, die leiden tot toename of afname in een mogelijke tegenwerking danwel medewerking met de sleutelstakeholders.

Zbc	A	B	C
<i>Algemene machtspositie van sleutelstakeholders ten opzichte van het zbc</i>	De huisartsen hebben als collectiviteit meer macht dan het zbc. De machtspositie van individuele huisartsen is afhankelijk van de regionale concentratiegraad, geografische ligging en de leeftijd van het zbc. In de toekomst neemt de machtspositie mogelijk verder toe bij toenemend zorgaanbod	Het is onduidelijk of verzekeraars meer of minder macht hebben dan het zbc. Als collectiviteit zijn zij zeker invloedrijk. Hun positie is afhankelijk van wet- en regelgeving. De positie van individuele verzekeraars lijkt vooralsnog af te nemen in de toekomst.	De machtspositie van patiënten lijkt groter dan het zbc in de fase waarin zij de keuze voor een aanbieder bepalen. Daarna neemt hun machtspositie af en lijkt het zbc machtiger. De machtspositie van patiënten neemt naar alle waarschijnlijkheid toe door kennisvergroting.
<i>Machtsmiddelen</i>	Huisartsen beschikken over relevante machtsmiddelen, namelijk: Niet meer verwijzen of verwijzen naar andere partijen, het beïnvloeden van de keuze van de patiënt en het imago van het zbc in een slecht daglicht stellen: via belangenorganisatie (DHV/Kring) waardoor mogelijk andere huisartsen ook niet meer gaan verwijzen.	Verzekeraars beschikken over relevante machtsmiddelen, namelijk: Keuze om wel of geen overeenkomst te sluiten, het toekennen van onderzoeksgelden (hypothetisch: via ZN beïnvloeden van wet- en regelgeving)	Patiënten beschikken over relevante machtsmiddelen, namelijk: Kiezen voor de concurrent, Beïnvloeden van het relatienetwerk als verzekeraars en potentiële klanten en het via de media ‘stemmen met de voeten’.
<i>Acties ten opzichte van het zbc</i>	Naar alle waarschijnlijkheid zullen de huisartsen in toenemende mate actie ondernemen ten gunste van het zbc door meer te verwijzen.	Verzekeraars zullen waarschijnlijk acties ondernemen in de zin van het sluiten van overeenkomsten (en mogelijk bijdragen aan onderzoek)	Het merendeel van de patiënten zal waarschijnlijk geen enkele actie ondernemen. Een aantal van hen zal acties ondernemen ten gunste van het zbc's door mond-tot-mondreclame.
<i>Coalitievorming</i>	Of huisartsen coalities zullen vormen is niet bekend. Dit is niet onderzocht door het zbc.	Zorgverzekeraars zullen naar verwachting op korte termijn geen enkele vorm van coalitie aannemen, op de langere termijn kan sprake zijn van vormen van voorwaartse en achterwaartse integratie.	Of patiënten coalities gaan vormen is niet bekend. Dit is niet onderzocht door het zbc.

Tabel 8.7 Factoren die de kans op samenwerking dan wel tegenwerking bevorderen of verminderen met sleutelstakeholders

Algemene en specifieke stakeholderstrategieën

B hanteert samenwerking als algemene strategie richting de huisartsen om klanten te werven, binden en behouden. Hiertoe heeft zij de huisartsen geselecteerd op basis van geografische variabelen. De achterliggende gedachte hierbij is dat deze doelgroep zowel communicatief als distributief (ten behoeve van regionale patiëntverwijzingen) goed bereikbaar is. Dit leidt tot een afgebakend postcodegebied om op te 'marketen'. Binnen de huisartsgroep is tevens oog voor de concentratiegraad van huisartsen. Een verdere selectie is volgens B niet nodig.

“De huisarts is de gatekeeper naar ons toe, onderdeel van de keten. We zien de huisarts als een samenwerkingsverband”. In principe is elke huisarts even belangrijk. Wat we wel doen is meer focus leggen op bijvoorbeeld HOED praktijken, waarin meerdere huisartsen zitten, omdat er meer fte zit. Dus logischerwijs dat je dan meer patiënten krijgt. Het is niet zo dat we meer effort steken in huisartsen die meer doorsturen. We selecteren dus op geografische segmentatie”.

In het verleden heeft X getracht een positioneringstrategie te hanteren met de merknaam B. Dit sloeg echter niet aan, omdat huisartsen zich niet leken te identificeren met de kliniek maar bleken te kiezen voor de naam van een specialist en het daaraan gekoppelde imago.

Vervolgens heeft men ervoor gekozen om zich te focussen op subspecialisaties binnen Q-zorg als positioneringstrategie. Bij het aantrekken van nieuwe specialisten mikt A erop dat deze groepen verwijzende huisartsen meebrengen. Dit is een bijkomend netwerkeffect. Al kan niet geconcludeerd worden dat dit een specifieke netwerkstrategie is, die zich specifiek richt op de huisartsen. Verder hanteert men een distributie-, communicatie- en promotiestrategie als onderdeel van de marketingmix. De combinatie van activiteiten kan gezien worden als een 'pushpull' strategie: men richt zich enerzijds op de huisarts en duwt het aanbod aan Q-zorg door dit verkoopbevorderende kanaal (pushstrategie). Anderzijds richt men zich eveneens op de patiënt en 'trekt' men deze diensten door het distributiekanaal van huisartsen doordat patiënten naar deze diensten vragen bij de huisarts.

Y kiest voor samenwerking met die verzekeringsmaatschappijen die een substantieel aantal verzekerden bedienen, die eager zijn naar onderzoek en innovatie, en die hem terwille zijn om zijn doelstellingen te realiseren als het op de kaart zetten van R-zorg. Daarnaast hanteert hij specifieke strategieën per stakeholder, afhankelijk van het issue dat hij aan wil pakken.

“Dat is bij elke situatie anders. Als ik snel iets wil bereiken dan pak ik de grote verzekeraars. Die schrijf ik een brief, een paar telefoontjes erachter aan en dan heb ik een ja of een nee. Dan schiet ik op. De kleintjes komen er wel achteraan. Wil ik iets kleiner uitzoeken dat doe ik met kleinere verzekeraars.”

Tevens gaat het zbc allianties aan met andere voor verzekeraars relevante stakeholders (als bijvoorbeeld de academische centra). Op deze wijze vergroot het zbc zijn marktpositie richting de verzekeraars doordat het topreferente imago van deze centra op zijn organisatie afstraalt. Verder kan het zbc's zich verschuilen achter zijn grote broers wanneer dit nodig mocht zijn. Hij illustreert dit met het volgende citaat.

“Voor mij een positieve manier en voor de zorgverzekeraar ook op een positieve manier. Kijk de zorgverzekeraar komt met een contract daar staat in kwaliteitsindicatoren, er wordt gesproken over efficiency, over veiligheid, Bigregistraties, nou de hele flikkerse boel komt erin voor. Jij bedenkt dit niet, niemand bedenkt dit, dat heeft een keer iemand bedacht in het contract. Maar er zijn zorgverzekeraars die zeggen nou meneer Y we hebben al die punten van u nog niet gehad. Dan is het interessant om te weten dat wij bij het [REDACTED] horen en dezelfde insteek hanteren qua kwaliteit en doelmatigheid. Wij zijn ook topreferente zorg. Universitaire centra hebben ook medical audits, zoals dat heet, waarbij we gespecialiseerde afdelingen van die centra met ons mee laten kijken. Dat duurt ongeveer een week. Enorme vragenlijsten onder al het personeel en alle blinde vlekken worden eruit gehaald bij ons. Dus doelmatigheid en efficiency, ja ik denk dat we elkaar richting de zorgverzekeraars versterken.”

“Ik realiseer me heel goed dat een universitair ziekenhuis een contact is waar jullie als verzekeraar een contract mee moeten hebben en die moet je te vriend houden, zoveel als dat kan. Guus is geen goede maatjes met [REDACTED] maar andere medewerkers van Achmea wel. Jij of jouw collega wel. Als ik problemen met de zorgverzekeraar zou hebben dat heb ik ook de contactpersoon binnen het [REDACTED] die dit voor mij kan oplossen. Dus dat werkt allemaal heel prima”.

Eén verzekeraar heeft ervoor gekozen om het B niet te contracteren. Voor deze stakeholder heeft hij twee specifieke verdedigingsstrategieën: het beïnvloeden van patiënten door middel van informatie op de website en het uitlokken van een proefproces. Daarbij zoekt hij de steun van andere relevante stakeholders.

“Die komt met stip op onze website om patiënten te waarschuwen, daar moet je geen contract mee afsluiten”

“ We hebben hier een mediacircus klaar liggen voor [REDACTED]. Een patiënt wordt onze testcase en krijgt hier de verrichtingen. De nota gaat naar [REDACTED] En wij wachten af hoelang [REDACTED] zijn poot stijf kan houden om niet te betalen als het een basisverstrekking is. Dit doe ik overigens met ZN. Die zijn ook benieuwd. Ja, dat is een speldenknopje, maar ik vind het bereninteressant om te weten en ZN ook. In theorie weten we het wel.”

C lijkt geen generieke stakeholderstrategie te voeren richting haar patiënten.

“Wij hebben geen algemene strategie voor onze klanten”.

Zij selecteert haar patiënten op basis van uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Er is hier sprake van een segmentatiestrategie op basis van de meest voorkomende gevallen per leeftijdsgroep. Het marktsegment is verschillend per activiteit.

“ [REDACTED] ”

Sleutelstakeholders binnen de groep worden niet gekozen. Alle patiënten zijn even belangrijk.

Wel is oog voor individuele patiënten die meer patiënten kunnen opleveren.

“Er zijn wel individuen waar wij belang bij kunnen hebben. Zo hebben wij bijvoorbeeld de [REDACTED] [REDACTED] geopereerd terwijl we daar in gesprek zijn. We hebben [REDACTED] geopereerd. Dan is het niet om een groep te beïnvloeden maar bijvoorbeeld een grote werkgever kan belangrijk zijn.”

Zbc	A	B	C
Algemene strategie	Samenwerken	Samenwerken (met de sleutelstakeholders)	geen
Specifieke strategieën	Benoemt diverse niveaus van strategiebepaling (strategisch, tactisch en operationeel) waaronder segmentatiestrategieën, positioneringstrategieën, en operationele tot distributie-, communicatie- en promotiestrategieën als onderdeel van de marketingmix	Benadrukt een situationele aanpak variërend van deelgenoot maken tot verdedigen afhankelijk van het issue of het gedrag van een stakeholder.	

8.5. Conclusies

Achtereenvolgens worden in deze paragraaf conclusies getrokken over de context waarbinnen de strategievorming plaatsvindt. Vervolgens wordt ingegaan op de concurrentiestrategieën en stakeholder strategieën van de zbc's. Daarbij wordt tevens een link gelegd met de literatuur.

De context waarbinnen strategievorming plaatsvindt

Uit bovenstaande analyse kan worden geconcludeerd dat alle respondenten behorende bij de casussen uit het bedrijfsleven komen. Zij zijn alledrie zowel op financieel- als op managementgebied geschoold. Twee van hen hebben eveneens marketingstudies doorlopen.

Hun organisaties zijn relatief jong en klein en zijn ontstaan vanuit een persoonlijke visie van één of twee personen (doorgaans medische specialisten), die kansen zagen om tekortkomingen in de medische specialistische zorgmarkt aan te pakken. De gekozen organisatiestructuren lijken eenvoudig en plat. Er zijn geen stafafdelingen en er is relatief weinig personeel. De besluitvorming rondom en de uitvoering van strategische marketing ligt bij de directie. Alle directies hebben te maken met de cultuur van medische specialisten. Dit maakt dat zij ervoor moeten waken dat strategieontwikkeling en onderwerpen als marketing niet pas op de laatste plaats komen.

Kenmerkend voor de context waarbinnen strategievorming plaatsvindt, is dat de omgeving in verandering is. Daarbij is de aanname dat deze toeneemt qua complexiteit en dynamiek; onder meer door maatregelen die de overheid neemt om marktwerking te stimuleren. Dit heeft er bij de respondenten toe geleid dat zij een zekere mate van urgentie ervaren om bewuster aan de slag te gaan met positioneringvraagstukken. Verder valt op dat zij zich in een (externe) omgeving bevinden waar “marketing” niet past binnen de cultuur en hiermee rekening gehouden dient te worden.

Meer uniforme beschrijvingen zijn van de context niet te geven. Inhoudelijk zijn de casussen zeer diffuus en uniek. Zij hebben elk hun specifieke eigenschappen (specialisme, dienstenmix, deelmarkt, gebied etc) en bevinden zich in een uniek (lokaal) krachtenveld. Wel is het mogelijk een verder beschrijving op te bouwen met behulp van een aantal vaste concepten en elementen uit de strategische marketing (o.m.m. het planningsproces waaronder concurrentiestrategieën) en de stakeholdermanagementtheorie. Daarnaast kan een indicatie gegeven worden van de herkenbaarheid en toepasbaarheid van de concepten en elementen.

Positionering en gekozen concurrentiestrategieën

Allerdrie de casussen zijn gericht op een specifiek en klein plekje in de markt (nichestrategie). Tevens valt op dat zij vooral lokaal georganiseerd zijn. Ook al hebben zij allen de ambitie om landelijke speler te worden. Allen willen beter (sneller, kwalitatief beter of klantvriendelijker) zijn dan de ziekenhuizen. De wijze van positionering in de markt is bij de drie casussen verschillend en niet vergelijkbaar. Ditzelfde geldt voor de inhoudelijke keuze van de concurrentiestrategieën. Dit is het gevolg van de eerdergenoemde uniciteit van de diverse casussen. Wel kan geconcludeerd worden dat de theorie van Treacy en Wiersema goed hanteerbaar is voor analyse van de praktijksituaties. Opvallend is dat, bij twee van de drie casussen, het uitgangspunt van deze theorie ter harte wordt genomen: namelijk kiezen voor één bepaalde basisstrategie. Op grond hiervan willen zij uitmunten in het leveren van een soort waarde aan hun klanten. Bij de andere casus is men ervan overtuigd dat alle dimensies even belangrijk zijn en wordt niet voor één basisstrategie gekozen. Volgens de literatuur lopen zij het risico om “stuck in the middle” te komen zitten en niet op een leiderspositie te komen. Dit kan negatieve consequenties hebben voor het waarborgen van de reputatie en succes op te lange termijn.

Stakeholdermanagementstrategieën en de interferentie met concepten uit de literatuur

Alledrie de casussen hebben te maken met lokale netwerken (krachtenvelden) waarbinnen zij zich staande moeten houden c.q. een voorkeurspositie moeten zien te bereiken.

Twee van de drie respondenten geven aan zich expliciet te richten op het aangaan en het onderhouden van relaties uit hun netwerk en oog te hebben voor de belangen en wensen van de stakeholders. De derde respondent zegt enigszins rekening te houden met de diverse spelers, maar zich vooral te richten op één stakeholdersgroep. Opvallend is dat hij in tegenstelling tot de andere twee respondenten in het interview geen specifieke of generieke strategie kan benoemen voor deze ene stakeholdersgroep.

Allen proberen op hun eigen manier grip te krijgen op hun lokale netwerken. Dit proces verloopt niet een-op-een met de stappen uit de stakeholdersbenadering van Fottler en Blair.

Ook voor de stakeholdermanagementstrategieën geldt, dat de casussen niet inhoudelijk vergelijkbaar zijn doordat er geen uniformiteit is in de beschrijving van de situaties. Zo kent iedere casus een uniek complex web aan relaties en is voor elke casus een verschillende belangengroep gekozen om uit te werken. Toch bleken de stappen uit deze stakeholdermanagementtheorie een handig handvat om de verschillende situaties te analyseren. Zo geven alledrie de respondenten direct aan welke stakeholders relevant zijn voor de organisatie (identificatieproces) voor het werven en binden van klanten. Ook kunnen zij hierbij meteen schetsen welke stakeholders hierin een sleutelrol vervullen. In alledrie de gevallen heeft men een logische redenering/prioritering van deze sleutelstakeholders of basis van criteria (bijv. geografische ligging, grootte of leeftijd). Door tenminste twee respondenten wordt onderzocht wat de belangen zijn van deze sleutelstakeholders. Allen doen aan een bepaalde vorm van onderzoek naar de wensen van deze stakeholders.

Bij het doornemen van de factoren die door de stakeholdertheorie worden aangereikt om de stakeholders te classificeren wordt de nodige herkenning geconstateerd. Een aantal elementen lijkt vanzelfsprekend terwijl andere factoren uitnodigen tot enthousiasme en/of het stellen van verdiepingsvragen. Zo lijken allen in hun overweging mee te nemen over welke relevante machtsmiddelen de sleutelstakeholders beschikken. Tevens hebben zij allen een idee van de invloed die deze stakeholders zouden kunnen uitoefenen ten opzichte van hun organisatie. Al leidt dit niet in alle gevallen tot een duidelijk beeld of de stakeholdersgroep daarmee meer, minder of evenveel macht heeft als het zbc. Ook kunnen zij alledrie een indicatie geven van de ontwikkeling van deze machtsposities in de toekomst, al wordt dit door geen van hen gestaafd met onderzoeksmateriaal. Verder hebben zij een idee in hoeverre de stakeholders acties zullen inzetten ten gunste of nadele van het zbc.

Wanneer het gaat om de relatie tussen de stakeholders en andere belangrijke stakeholders in het netwerk, valt op dat de respondenten (met uitzondering van één) hier geen aandacht aan schenken. Zij richten zich vooral op de losse wederzijdse een-op-een relatie met de stakeholder en bekijken dit niet in een breder netwerkperspectief. Hierdoor wordt ook geen zicht verkregen op mogelijke coalities tussen de stakeholders en de stakeholders onderling ten gunste/nadele van hun eigen organisatie. Het risico hierbij is dat het eerdere beeld dat de

respondenten hebben van hun stakeholder, namelijk de mate waarin zij acties zullen inzetten ten gunste of nadele van het zbc, er anders uit zou kunnen zien.

Uit geen van de antwoorden blijkt dat de respondenten een stakeholderdiagnose stellen door de verschillende factoren samen te vatten en te wegen. Het lijkt vooral een intuïtieve keuze of een stakeholder mee zal werken of tegen zal werken, gebaseerd op ervaring. Zo wordt evenmin een typologie aangebracht van de diverse stakeholders. Toch benoemen twee van de drie respondenten een duidelijke generieke strategie richting de stakeholders. Beiden hebben eveneens specifieke strategieën om met specifieke problemen om te gaan. In de uitwerking valt op dat de respondent de term stakeholderstrategie breed interpreteren. Er zijn vooral verschillen in agregatieniveaus: variërend van stakeholderstrategieën, tot concurrentieverminderende strategieën tot specifieke marketingstrategieën als segmentatiestrategieën, positioneringstrategieën en operationele/tactische beslissingen ten aanzien van de marketingmix.

Hoofdstuk 9. Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de probleemstelling: *Hoe kunnen concepten uit de strategische marketing en stakeholdermanagement zbc's helpen bij het werven en behouden van klanten?* Vervolgens vindt discussie plaats over de gehanteerde onderzoeksmethode en het onderzoeksveld. Tot slot worden aanbevelingen gedaan richting het veld en suggesties voor vervolgonderzoek.

9.1. Conclusies deelvragen en probleemstelling

In deze paragraaf worden de belangrijkste conclusies ten aanzien van de deelvragen op een rij gezet. Achtereenvolgend worden de bevindingen van het literatuuronderzoek, het kwantitatieve onderzoek en het kwalitatieve onderzoek behandeld.

9.1.1. Conclusies uit het literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek is nagegaan wat een zbc is, welke verschillen er tussen zbc's bestaan, hoe zij zijn ontstaan en hoe hun krachtveld eruit ziet. Vervolgens is onderzocht wel theoretische concepten de literatuur biedt om na te gaan in hoeverre (zorg)organisaties op marketing gericht zijn. Daarna zijn strategische marketingconcepten bestudeerd ten aanzien van het werven en binden van klanten en klantverwijzers. Tot slot is onderzocht welke concepten kunnen bijdragen aan het beïnvloeden van klanten en klantverwijzers.

Zbc's: ontstaansgeschiedenis, onderscheidende factoren en het krachtenveld.

Geconstateerd is dat zelfstandige behandelcentra zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden zijn tussen twee of meer medisch specialisten. Zij verlenen medisch specialistische zorg in het A-segment en of B-segment en hebben hun zorgactiviteiten eventueel uitgebreid in het C-segment. Zij zijn onder meer te onderscheiden in het aantal locaties, hun geografische ligging, het type zorgaanbod, het type specialisme en in grootte. De eerste zbc's stammen uit 1998 en komen voort uit de toenmalige privé-klinieken. De jaren erna hebben zij zich ontwikkeld van gedoogde tot erkende en nuttige instellingen voor medisch specialistische zorg. Onder meer door het leveren van een bijdrage aan het verkorten van wachtlijsten en het stimuleren van de dynamiek op de medisch specialistische zorgmarkt. Deze omslag is te verklaren in het licht van de discussie rondom de stelselwijziging waarmee de overheid meer speelruimte voor nieuw zorgaanbod beoogt. Het aantal zbc's is sinds 2003 toegenomen. Toch blijft het totale aandeel van zbc's op de medisch specialistische zorgmarkt gering. De groeipotentie voor zbc's lijkt gunstig door ontwikkelingen in de vraagkant en de intrede van de marktwerking. Dit leidt ertoe dat er meer behoefte ontstaat aan een type zorgorganisatie, gericht op het focused factory concept. Deze zorgvorm kan evenwel worden aangeboden door de ziekenhuizen. Zij hebben echter een sterkere marktpositie dan zbc's en een concurrentievoorsprong door het verschil in bekostigingssystematiek, het mogen leveren van klinische zorg in het A-segment en hun huidige participatie in bestaande netwerken met verwijzers, klanten en verzekeraars. Juist daarom is het voor zbc's cruciaal dat zij zich op de juiste deelmarkten gaan richten en de juiste partijen aan zich weten te binden in het krachtenveld. Zoals de steeds mondiger wordende patiënt die naar verwachting zijn krachten gaat bundelen

via onder meer patiëntenverenigingen en werkgeversorganisaties. Andere relevante partijen zijn de fuserende verzekeraars, die er verschillende visies op na houden als het gaat om het al dan niet contracteren van zbc's, en verwijzers als huisartsen en specialisten. Zij kunnen hun invloed aanwenden om de patiënt te bewegen voor een zbc te kiezen.

Theoretische concepten ten behoeve van marketinggerichtheid/marktoriëntatie

Bovengenoemde constatering uit het krachtenveld pleiten ervoor dat zbc's "Marketing" (gaan) bedrijven. Zij moeten zich bezinnen op hun identiteit, hun omgeving en hun toekomst om zo een duurzaam onderscheidend vermogen te creëren. Het maken van heldere strategische keuzes wordt daarmee noodzakelijker om klanten en klantverwijzers te vinden, binden en behouden. De literatuur biedt een aantal theoretische concepten om na te gaan in hoeverre (zorg)organisaties op marketing gericht zijn (marktgeoriënteerd). In dit onderzoek is gekozen voor de filosofie van de strategische marketingconceptie. Implementatie van dit concept leidt tot marketinggerichtheid. Vastgesteld is dat het instrument van Kotler en Clarke, kan helpen bij het verkrijgen van inzichten in de mate van marktoriëntatie bij de Nederlandse zbc's. Hierbij wordt ingegaan op vijf aspecten: de consumentenfilosofie, de integrale marketing-oriëntatie, adequate marketinginformatie, strategische oriëntatie en operationele effectiviteit.

Strategische marketingconcepten ten aanzien van werven en binden van klanten en klantverwijzers

Vervolgens is geconstateerd dat de marketingliteratuur een breed scala aan concepten aanreikt voor het werven en binden van klanten. Opvallend is dat het merendeel van deze concepten niet strategisch van aard is en weinig aansluit op de vraagstelling van dit onderzoek. Doorgaans betreft het hier operationele sales- en acquisitiemethoden gericht op de korte termijn of concepten uit het 'accountmanagement'. Beiden gaan nauwelijks tot niet in op het creëren van een netwerk(keten) voor de lange termijn. Terwijl een zbc hiermee zijn concurrenten vóór kan zijn, en via diverse kanalen zijn klanten kan winnen, binden en behouden, zoals het concept van de relatiemarketing voorschrijft. In de literatuur is echter geen passend model gevonden van relatiemarketing. Dit heeft geleid tot een uitstap richting de stakeholdermanagementtheorie. Met het strategische stakeholdermanagementconcept kunnen de belangrijkste partijen uit het netwerk in kaart worden gebracht en wordt zicht verkregen op hun wensen en verwachtingen. Pas dan kunnen zbc's trachten de belangen van de belangrijkste partijen om te buigen in het voordeel van de organisatie, waaronder het werven en binden van klanten op de langere termijn.

Strategische marketingconcepten ten aanzien van het selecteren en beïnvloeden van klanten en klantverwijzers

Geconcludeerd is dat het strategische stakeholdermanagementconcept een belangrijke aanvulling kan geven op de huidige marketingliteratuur. Dit omdat hier niet alleen aandacht is voor de middelen of de positie in de bedrijfstak maar vooral ook voor de politiek-maatschappelijke omgeving waarin zbc's zich bevinden. Dit concept is uitgewerkt in een

model met zeven stappen door Blair en Fottler (1990). Het model kan helpen onderzoeken wie de sleutelstakeholders zijn van een zbc en hun belangen en behoeften. Door diverse factoren te wegen kunnen zbc's schatten in hoeverre er sprake is van een kans tot samenwerking danwel een potentiële dreiging van partijen uit het netwerk. Hierop kunnen vervolgens beïnvloedingsstrategieën worden bepaald en geïmplementeerd, die uiteindelijk ertoe moet leiden dat de organisatiedoelstellingen zoveel mogelijk worden behaald, waaronder het werven, binden en behouden van klanten.

9.1.2. Conclusies uit het kwantitatieve onderzoek

In het kwantitatieve onderzoek is nagegaan hoe marktgeoriënteerd de huidige Nederlandse zbc's zijn. Tevens is onderzocht wat de belangrijkste (gemeenschappelijke) stakeholders zijn voor zbc's voor het werven en binden van klanten. Ook is gekeken hoe deze stakeholders te typeren zijn volgens de stakeholderliteratuur. Tot slot is nagegaan welke strategieën zbc's dienen te voeren bij de diverse stakeholders, volgens de literatuur.

Marktgerichtheid van zbc's

Uit de praktijkresultaten blijkt dat het merendeel van de Nederlandse zbc's niet erg gericht is op marketing. Gemiddeld behaalt men de score matig. Slechts eenderde van hen is goed of zeer goed marktgeoriënteerd. Voor veel zbc's is op dit terrein nog veel winst te behalen. Zbc's zouden er volgens de literatuur goed aan doen om de strategische marketingconceptie te implementeren in hun organisatie. Dat wil zeggen dat zij inzetten op een duidelijke consumenten filosofie, marketing een integraal onderdeel maken van de organisatie, adequate marktinformatie verzamelen, strategisch goed oriënteren en nagaan of hun activiteiten operationeel effectief worden ingezet. Vooral aan de deelaspecten adequate marketinginformatie en strategische oriëntatie lijkt het te schorten. Deze aspecten kunnen zbc's helpen een groter marktaandeel en toenemende patiënttevredenheid te realiseren. Tevens draagt dit bij aan een hogere winstgevendheid en grotere medewerkertevredenheid.

Belangrijke stakeholders voor zbc's ten aanzien van klantwerving en -binding

Doorgaans blijken de stakeholdersgroepen huisartsen, patiënten, verzekeraars en (maatschappen uit) ziekenhuizen bepalend te zijn voor het werven en behouden van klanten. Ook andere partijen als patiëntenorganisaties, andere zbc's en bijvoorbeeld fysiotherapeuten en bedrijfsartsen kunnen hierin een rol spelen.

Typologie stakeholders

Huisartsen, patiënten en verzekeraars worden door de meeste zbc's gezien als "mixed blessing" stakeholders. Zbc's zijn in belangrijke mate afhankelijk van hen en het merendeel van de huisartsen en patiënten verleent zijn of haar medewerking bij het verwijzen en behouden van klanten. De (Maatschappen uit) ziekenhuizen kunnen vooral worden beschouwd als "marginale stakeholders". Zbc's geven aan minder afhankelijk van hen te zijn en er wordt meer tegenwerking dan medewerking ervaren. Patiëntenverenigingen vallen voornamelijk in de categorie supportive stakeholders. De afhankelijkheid van deze partijen is

relatief laag en medewerking wordt ervaren. Overige partijen kunnen betiteld worden als mixed blessing of supportive stakeholders. Terwijl andere zbc's kunnen worden gecategoriseerd als "supportive" stakeholders of "marginale stakeholders". De overheid wordt vooral gezien als een supportive stakeholder.

Strategieën richting de stakeholders

Volgens Fottler en Blair (1990) zou de strategie voor zbc's bij mixed-blessing stakeholders als huisartsen, patiënten, verzekeraars en een aantal overige partijen gericht moeten zijn op samenwerking. Ten aanzien van patiëntenverenigingen, andere zbc's en een aantal overige partijen (de supportive stakeholders) zouden zbc's er goed aan doen om deze partijen deelgenoot te maken. Maatschappen uit ziekenhuizen en andere zbc's (marginale stakeholders) dienen daarentegen in de gaten gehouden te worden. Daarnaast zijn er zbc's die een verdedigingsstrategie dienen te voeren richting huisartsen en verzekeraars, wanneer zij zich opstellen als non-supportive stakeholders.

9.1.3. Conclusies uit het kwalitatieve onderzoek

In het kwalitatieve onderzoek is onderzocht binnen welke context strategievorming plaatsvindt. Vervolgens is gekeken naar de wijze waarop de ondervraagde zbc's zich in de markt positioneren en welke concurrentiestrategieën zij daarbij hanteren. Daarna is nagegaan hoe de zbc's stakeholdermanagementstrategieën uitwerken in de praktijk en hoe dit interfereert met concepten uit de literatuur.

De context waarbinnen strategievorming plaatsvindt

De onderzochte zbc's hebben gemeen dat zij zich in een veranderende omgeving bevinden die toeneemt in complexiteit en dynamiek. Zij bevinden zich in een markt waar "Marketing" niet past binnen de cultuur maar waar deze bedrijfsfunctie wel noodzakelijker wordt om een plekje te veroveren en te overleven. Alle casussen bestaan tevens uit relatief jonge (startende) organisaties, die zijn opgericht door (tenminste) een medisch specialist. De besluitvorming rondom en de uitvoering van strategische marketing ligt bij de directie. In alledrie de gevallen wordt deze (mede) ingevuld door een bestuurder uit het bedrijfsleven met een financiële danwel (marketing)management achtergrond.

Positionering en gekozen concurrentiestrategieën

De zbc's richten zich allen op een specifiek en klein (lokaal) plekje in de markt (nichestrategie). Ook hebben zij alledrie de ambitie om landelijke speler te worden en beter te zijn dan de ziekenhuizen. Uniek aan de casussen is dat zij inhoudelijk hebben gekozen voor een ander medisch specialisme. Het locale krachtenveld is eveneens uniek. Dit maakt de wijze van positionering in de markt bij de drie organisaties verschillend. Ditzelfde geldt voor de inhoudelijke keuze van de concurrentiestrategieën. Bij twee casussen wordt één basisconcurrentiestrategie gehanteerd op grond waarvan zij willen uitblinken. Dit is conform het gedachtegoed van Treacy en Wiersema. Bij de andere casus wordt geen onderscheid gemaakt tussen de drie dimensies, waardoor zij het risico lopen om tussen wal en schip te

vallen en niet op een leiderspositie te komen. Dit kan negatieve consequenties hebben voor het waarborgen van de reputatie en succes op de lange termijn.

Stakeholdermanagementstrategieën in de praktijk en de interferentie met concepten uit de literatuur

Eén van de respondenten geeft aan geen gerichte stakeholderstrategie te hanteren. De andere twee respondenten benoemen wel een duidelijke generieke stakeholderstrategie voor de geselecteerde stakeholders. Beiden hebben eveneens specifieke strategieën om met specifieke problemen om te gaan. In de uitwerking valt op dat de respondenten de term stakeholderstrategie op verschillende manieren (niveaus) interpreteren, variërend van stakeholderstrategieën, tot concurrentieverminderende strategieën tot specifieke marketingstrategieën als segmentatiestrategieën, positioneringstrategieën en operationele/tactische beslissingen ten aanzien van de marketingmix. De casussen zijn diffuus als het gaat om de tot standkoming van stakeholderstrategieën. De vraag is in hoeverre dit te maken heeft met het niet willen prijsgeven van strategische informatie. Al worden niet alle stappen uit de stakeholdersbenadering van Fottler en Blair doorlopen, toch bleek dit model handig om de verschillende situaties te analyseren. Het identificatieproces van de stakeholders had duidelijke overeenkomsten met de methodiek uit de literatuur. Bij het classificatieproces werd een hoop herkenning geconstateerd. Echter de factoren uit de literatuur werden maar voor een deel meegenomen in de overweging, zoals relevante machtsmiddelen van stakeholders en de invloed van stakeholders nu en in de toekomst. Deze bewering werd niet in alle gevallen gestaafd met onderzoeksmateriaal. Alle respondenten hebben redelijk in beeld in hoeverre de stakeholders acties zullen inzetten ten gunste of nadele van het zbc. Het is opvallend dat de respondenten (met uitzondering van één) geen aandacht schenken aan de relatie tussen de stakeholders en andere belangrijke stakeholders in het netwerk. Hierdoor kunnen mogelijke coalities tussen deze partijen over het hoofd worden gezien ten gunste danwel nadele van hun eigen organisatie. In tegenstelling tot wat de literatuur voorschrijft stellen de respondenten uiteindelijk een stakeholderdiagnose op basis van intuïtie en ervaring. Het is geen resultante van het gestructureerd samenvatten en wegen van verschillende factoren uit de literatuur en het vervolgens stellen van een stakeholderdiagnose en het bepalen van de bijbehorende generieke stakeholderstrategie.

9.1.4. Antwoord op de probleemstelling

Op de vraag, hoe concepten uit de strategische marketing en stakeholdermanagement zbc's kunnen helpen bij het werven en behouden van klanten en klantverwijzers, wordt in deze paragraaf een antwoord gegeven.

Zbc's bevinden zich op een markt waar in een snel tempo een omslag wordt gemaakt naar een vrije(re) markt. De introductie van marktwerking kan ertoe leiden dat zbc's niet meer automatisch verzekerd zijn van voldoende (bestaande en nieuwe) klanten en klantverwijzers om hun dienstenaanbod op peil te houden. Klanten en klantverwijzers kunnen immers ook voor de concurrent kiezen. Met behulp van concepten uit de strategische marketing kunnen

zbc's de markt beter leren begrijpen en hierop inspelen door middel van geplande strategieën die leiden tot een verdedigbaar concurrentievoordeel.

Een eerste stap hierin is het inzetten of verbeteren van de huidige bedrijfsdiscipline marketing. Dit geldt tenminste voor tweederde van de Nederlandse zbc's die matig marketinggeoriënteerd zijn. Deze zbc's dienen meer aandacht te hebben voor adequate marketinginformatie, als goede, voldoende en tijdige informatie ten aanzien van prospects en klanten. Ook dient het management duidelijke innovatieve marketingstrategieën en plannen te ontwikkelen (marketingactiviteiten) om de gestelde marketingdoelen te kunnen bereiken. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van de resultaten van het onderzoek in combinatie met de inzichten van goeroes uit de strategische marketingliteratuur als Kotler en Clarke (zie hoofdstuk 4).

Een tweede stap is een invuloefening volgens de stakeholdertechniek van Blair en Fottler (zie hoofdstuk 6). Dit lijkt in de praktijk een handig concept om de afhankelijkheid van het zbc van interne en externe stakeholders in kaart te brengen als het gaat om werven en behouden van klanten en klantverwijzers. Deze benadering kan enerzijds leiden tot een meer geplande dan intuïtieve strategievorming en is anderzijds een aanvulling op het bovengenoemde proces waarbij vooral oog is voor de positionering en concurrentiestrategievorming van organisaties in een bepaalde bedrijfstak. Door elementen uit de stakeholdermanagementtheorie toe te voegen wordt eveneens rekening gehouden met een ander aspect van strategievorming, namelijk de politiek-maatschappelijke context. Op deze manier wordt getracht een brug te slaan tussen belangen van de organisatie, de klant en andere relevante relaties uit het netwerk. Om op termijn verzekerd te zijn van voldoende afzet is het van belang voor zbc's om het samenspel van stakeholderrelaties te leren begrijpen. Deze stakeholders kunnen immers het waardescheppende vermogen van een zbc creëren, onderhouden en versterken. Naarmate een zbc beter in staat is om met het gehele netwerk van stakeholders relaties aan te knopen en te onderhouden, neemt de levensvatbaarheid toe, evenals het boeken van succes in het werven, binden en behouden van klanten.

9.2. Discussie

In deze paragraaf worden de onderzoeksmethoden en het onderzoeksveld van beide onderzoeken bediscussieerd.

9.2.1. De onderzoeksmethode van het kwantitatieve onderzoek

Marketing Audit

De Marketing Audit van Kotler en Clarke is van oorsprong een gevalideerd instrument dat zichzelf bewezen heeft. Echter het instrument is specifiek ontwikkeld voor de Amerikaanse ziekenhuizen en niet voor kleine behandelcentra uit de Nederlandse zorgmarkt. Ook al is het instrument door beide onderzoekers onafhankelijk vertaald en verkort weergegeven, de mogelijkheid bestaat dat hierbij informatie verloren is gegaan. Daarnaast zijn de vragenlijsten ingevuld door de centra zelf, waardoor de kans bestaat dat er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. Een manier om dit in de toekomst te voorkomen is de vragenlijst in te laten vullen door de onderzoekers en tevens andere bronnen te raadplegen als documenten en

meerdere geïnterviewden per zbc. Hiermee wordt eveneens ten dele het risico ondervangen van interpretatieverschillen en vertekende antwoordmogelijkheden door respondenten die geen of beperkte kennis van marketing hebben.

Vragenlijst

Ondanks een zorgvuldige voorbereiding bleken niet alle vragen over karakteristieken en marktorientatie duidelijk voor de respondenten. Een aantal werd zelfs als bedreigend of niet relevant beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn de vragen over het aantal patiënten per jaar en een organisatorisch verband met derden. Hierdoor zijn niet alle vragen naar juistheid ingevuld en/of ontbreken gegevens. Dit kan leiden tot een vertekening van de resultaten.

Wanneer de pilot van de vragenlijst was uitgebreid met meerdere testcases had dit mogelijk voorkomen kunnen worden

Vanwege de beperkte beschikbare tijd en door de flinke omvang van het onderzoek moest een afweging gemaakt worden tussen de hoeveelheid vragen over karakteristieken, markt-oriëntatie, merkenbeleid en stakeholdermanagement. Er is omwille van de respons gekozen voor een niet al te lange vragenlijst. Hierdoor is het risico genomen dat dit ten koste is gegaan van de validiteit van het beperkt aantal vragen op de deelonderwerpen merkenbeleid en stakeholdermanagement.

Verder hadden de vragen over stakeholdermanagement zorgvuldiger gekozen en geformuleerd kunnen worden wanneer het theoretische kader al was afgerond en goedgekeurd. Dit was niet het geval. Wellicht was hierdoor nog meer aandacht geweest voor het operationaliseren van de diverse factoren die bepalend zijn voor de diagnose van de diverse stakeholdersgroepen.

9.2.2. Het onderzoeksveld van het kwantitatieve onderzoek

Selectiebias

Het inzetten van mijn werkcontacten heeft er mogelijk toe geleid dat er selectiebias is opgetreden. Verhoudingsgewijs is een hogere respons verkregen in regio's waar ik veel werkcontacten heb, ten opzichte van regio's waarin dit niet het geval is. Als gevolg hiervan kan een scheef beeld zijn ontstaan van de onderzoeksresultaten.

Respondentenbestand

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

Meerdere locaties

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

9.2.3. De onderzoeksmethode van het kwalitatieve onderzoek

Het Stakeholdermanagementmodel

Ook voor het stakeholdermodel geldt dat hij is ontwikkeld voor de Amerikaanse ziekenhuizen en niet voor kleine behandelcentra uit de Nederlandse zorgmarkt. In tegenstelling tot het kwantitatieve onderzoek zijn de vragen met betrekking tot stakeholdermanagement niet afkomstig uit een gevalideerd meetinstrument. Zij zijn een resultante van het uitwerken van de zeven stappen van het model van Blair en Fottler met behulp van de door hen ontwikkelde managementtools. Dit resulteerde in een vragenlijst waarmee zeer globaal inzicht verkregen werd in de wijze waarop de "koploper-zbc's" stakeholdermanagement toepassen. Onderdelen van het model leken eerder vragen dan antwoorden op te leveren. Zo bleek het in de praktijk lastig om zicht te krijgen in hoeverre er sprake is van integratie tussen concurrentie- en stakeholdermanagementstrategieën. De interviews leverden slechts het beeld op in hoeverre er (al dan niet) sprake is van een gekozen concurrentiestrategie. Daarnaast waren de factoren wat algemeen om een weging te bepalen en daarmee een diagnose te stellen voor de stakeholdersgroep. De vraag in hoeverre een stakeholder meer of minder macht heeft dan het zbc was voor geen van de respondenten eenduidig te beantwoorden. Dit maakte de relatie tussen de diagnose en de generieke strategie ook wat troebel.

Semi-gestructureerde vragenlijst

De vragenlijst bleek te uitgebreid om te behandelen in een uur durend interview; al namen alle respondenten langer de tijd dan afgesproken voor het gesprek. Om die reden is ervoor gekozen om een deel van de vragen over te slaan. Het betrof hier de vragen die betrekking hadden op het implementeren van de stakeholderstrategieën, de contactpersonen namens de organisatie voor de diverse stakeholders en het rendement van de ingezette stakeholderstrategieën. Dit had mogelijk voorkomen kunnen worden door een proefinterview.

Verder waren de resultaten mogelijk makkelijker vergelijkbaar geweest, wanneer was gekozen voor één stakeholdergroep om te onderzoeken bij de respondenten. Hier is niet voor gekozen om juist diverse invalshoeken te kunnen belichten.

9.2.4. Het onderzoeksveld van het kwalitatieve onderzoek

Respondenten

Het kwalitatieve onderzoeksdeel is bij drie respondenten afgenomen. Dit is een selectie geweest uit het kwantitatieve onderzoek en vertegenwoordigt de ‘best practices’ op het gebied van marktoriëntatie bij zbc’s. Hierdoor is het niet mogelijk om generieke uitspraken te doen over alle zbc’s in Nederland op het gebied van stakeholdermanagement. Het geeft hooguit een indicatie van de manier waarop stakeholdermanagement door deze partijen wordt ingezet. Tevens kan gesteld worden dat de externe validiteit van dit onderzoek beperkt is. De interviews zijn afgenomen bij de directeurs van de zbc’s. Zij hebben allen een financiële danwel management achtergrond, eventueel aangevuld met een marketingopleiding. Dit zou ertoe kunnen leiden dat de antwoorden gekleurd zijn. Hoe de medisch specialistische bestuurders erover denken is niet bekend. Het zou een aardige invalshoek zijn om mee te nemen in eventueel vervolgonderzoek.

9.3. Aanbevelingen

In deze paragraaf worden suggesties gedaan ten behoeve van vervolgonderzoek. Ook worden de nodige aanbevelingen voor het veld meegegeven.

9.3.1. Suggesties voor vervolgonderzoek

Zowel uit de inleiding als uit het kwalitatieve onderzoek is gebleken dat zorgpersoneel, met name medisch specialisten, een sceptische houding aanneemt tegenover marktwerking en marketing. Veelal worden deze begrippen geassocieerd met agressieve verkoopmethoden en commercie (waaronder reclame en het uitsluiten van doelgroepen in verband met financiële motieven). Dit kan leiden tot ethische dilemma’s voor de specialist. Het is aan te bevelen om dit achterhaalde imago eens op te poetsen. Een nader onderzoek naar de cultuuraspecten kan leiden tot nieuwe inzichten en tools op het gebied van “marketing-verandermanagement”. Hiermee wordt bedoeld dat het managers kan helpen om marketing als thema op te kaart te krijgen; ofwel overwinnen van weerstanden en het stimuleren en ondersteunen van professionals op dit gebied.

Daarnaast is het van belang om, in zijn algemeenheid, meer zicht te krijgen op de nut en noodzaak van marketing in de zorg, en bij zbc’s in het bijzonder. In het Amerikaanse bedrijfsleven heeft onderzoek bevestigd, dat een hoge marktoriëntatie onder meer een positieve invloed heeft op bedrijfsresultaten als relatieve winstgevendheid, Return on Investments, relatieve grootte, groei en marktaandeel, een hogere job-satisfaction, commitment aan de organisatie van het personeel en een groter vertrouwen van het personeel in het management. Bij Amerikaanse ziekenhuizen is aangetoond dat een hoge marktoriëntatie bijdraagt aan het succes in een competitieve omgeving. Andersom heeft

Amerikaans onderzoek aangetoond dat zorginstellingen, die niet marketinggeoriënteerd zijn, significant minder succesvolle prestaties behalen. Het is de moeite waard om te onderzoeken of deze relaties eveneens opgaan voor Nederlandse zorgorganisaties (waaronder zbc's) in de Nederlandse zorgmarkt. Dit kan ertoe bijdragen dat al dan niet wordt bewezen dat investeren in marketing daadwerkelijk wat oplevert in termen van 'harde' bedrijfsresultaten (als overleving, concurrentievoordeel, marktaandeel, aanpassingsvermogen, groei en winst) en wat 'zachtere' bedrijfsresultaten (patiënttevredenheid, personeeltevredenheid, kwaliteit van zorg etc.). In dit onderzoek is uitgegaan van de aannames dat de markt verandert en de concurrentie toeneemt, wat het voor organisatie noodzakelijk maakt om zich te positioneren en profileren. Dit dient nader bekeken te worden. Al suggereren de indicatoren uit het benchmarkonderzoek door ZN in Nederland dan marketing, als geïntegreerde bedrijfsfunctie, leidt tot succesvolle zorgorganisaties (zie paragraaf 4).

Ten aanzien van de ontwikkeling van het stakeholdermanagementconcept kan eveneens een dergelijke suggestie worden gedaan. Door met name Amerikaanse (VS) wetenschappelijke literatuur is algemeen erkend, dat het succes van een organisatie in hoge mate wordt bepaald door de onderlinge band van partijen (stakeholders) die bij een organisatie betrokken zijn. Toch dient de kanttekening te worden gemaakt, dat de strategische consequenties van de stakeholdertheorie van Freeman (de grondlegger van het stakeholdermanagementmodel) nooit ten volle zijn erkend door wetenschappers; al is dit model in de Verenigde Staten algemeen bekend en wordt de gedachte aanvaard als kenschets van de hedendaagse bedrijfsorganisatie. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen in hoeverre het actief beoordelen en managen van stakeholders een vereiste is om te overleven als Nederlandse zorginstelling (waaronder zbc's) in een toenemende competitieve omgeving.

Verder kan worden gesteld dat de stakeholderbenaderingsmethode een descriptief model is, met een zevental stappen, die organisaties kunnen doorlopen om stakeholders te identificeren, diagnosticeren, "mappen" en hiervoor strategieën te bepalen. Het model biedt echter onvoldoende handvatten om na te gaan waar zorgorganisaties staan ten opzichte van stakeholdermanagement. Hebben zij alleen aandacht voor stakeholdermanagement op het moment dat er een crisis dreigt of is er sprake van een zeer pro-actieve (preventieve) houding. Een nadere uitwerking van het model in bijvoorbeeld schalen (bijvoorbeeld de mate van intensiteit) zou een mogelijke verfijning kunnen zijn van de aanpak van Blair en Fottler. Daarbij zouden zelfs specifiekere factoren per stakeholdersgroep benoemd kunnen worden. Hier ligt nog ruimte voor nader onderzoek.

Een laatste voorstel is om de mate van marktoriëntatie ook te onderzoeken bij andere aanbieders van (medisch specialistische) zorg. Denk aan de ziekenhuizen, extramuraal werkende specialismen en privéklinieken. Benchmarken op brancheniveau levert zorgverleners en managers mogelijk interesse spiegelinformatie op van elkaars best practices en maakt verbeteracties mogelijk.

9.3.2. Aanbevelingen voor het veld

De eerste aanbeveling richting de directies van zbc's zou zijn: accepteer de strategische marketingconceptie en bouw een marktgeoriënteerde organisatie! Zorg dat u als bestuurder weet wat er leeft in de markt en wat uw klanten, klantverwijzers en concurrenten beweegt. Marketing dient een geïntegreerd onderdeel van uw organisatie te zijn en niet iets van alleen de marketingafdeling of het management. De bedrijfsstrategie dient daarbij leidend te zijn voor uw marketingkeuzes. Ontwikkel daarbij een concurrentiestrategie, die is afgeleid van de missie, visie, kansen en bedreigingen en sterkten en zwakten van de organisatie en van uw stakeholderrelaties. Zorg daarbij dat u als directie voldoende kennis, vaardigheden en ervaring hebt, op het gebied van marketing; of laat u adviseren/ondersteunen door marketeers, communicatieadviseurs of autoriteiten bij onder meer het verzamelen van marktinformatie, het ontwikkelen van voldoende innovatieve (stakeholder)strategieën en het formuleren en implementeren van marketingplannen. Hierbij is het wellicht de moeite waard om een beroep te doen op uw brancheorganisatie (zoals Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)) of organisatieadviesbureaus op dit gebied. Tevens kunt u gebruik maken van intercollegiale toetsing; ofwel ervaringen en ideeën uitwisselen met collega bestuurders. Dit is mogelijk een goedkopere oplossing die geschikt is voor kleinere (jonge) zbc's, die de balans moeten opmaken tussen investeren in marketing(functionarissen) en het mogelijke rendement dat dit voor hun organisatie oplevert. Indien u hebt meegewerkt aan dit onderzoek, dan biedt u dit de kans om uw score nader onder de loep te nemen en de resultaten met uw collega's door te nemen. Tot slot dient u als bestuurder marketing topdown in te voeren. Daarbij dient u draagvlak in uw organisatie te creëren. Met name professionals dienen overtuigd te zijn van het nut van marketing en stakeholdermanagement en in te zien dat er voor hen wat te winnen valt in plaats van een extra belasting.

Aan de ZKN zou de aanbeveling zijn om deze handschoen op te pakken en zelfstandige behandelcentra (en privé-klinieken) te ondersteunen door bijvoorbeeld het organiseren van workshops rondom dit thema. Een hogere concentratiegraad kan immers leiden tot kostenverdeling. Anders, wanneer u het niet doet, nemen adviesbureaus het wel van u over. Het is ook in uw belang om uw leden nog meer op de kaart te zetten bij verzekeraars, verwijzers en patiënten(organisaties). Vooral bij de laatste groep werden deze organisaties nogal eens (ten onrechte) geassocieerd met luxe zorg. Een gezamenlijk imago-offensief kan helpen om deze lacune op te vullen en knelpunten uit het verleden (als het negatieve inspectierapport uit 2003 over onvoldoende waarborgen voor kwaliteit en veiligheid in 'snijdende'privé-klinieken) van tafel te vegen. Daarnaast sluit dit thema uitstekend aan bij het laatst door u ontwikkelde keurmerk voor particuliere klinieken.

Een advies aan de medische specialisten zou zijn: wijs de onderwerpen marketing en stakeholdermanagement niet direct af maar verdiep u in deze thema's. Voor u verandert er immers veel de komende tijd; zoals het mogelijk verdwijnen van de lumpsum in 2008, de uitbreiding van het B-segment en de maatstafconcurrentie. Deze wijzigingen leiden tot inkomensonzekerheden en betekenen dat u zich eveneens moet gaan herpositioneren als

leverancier van arbeid. Daarnaast kunnen deze thema's voor u ook kansen bieden op de arbeidsmarkt, maar ook in termen van kwaliteit van zorg en patiëntwaarde en –tevredenheid.

Voor bestuurders van de ziekenhuizen gelden in grote lijnen dezelfde adviezen als voor bestuurders van zbc's. Marktwerking zal ook van u vragen dat u zich meer als ondernemer dient te gedragen, omdat naar verwachting de differentiatie in verschijningsvorming voor medisch specialistische zorg verder zullen toenemen. Ook u zult voor marketingvraagstukken komen te staan; als richten op deelmarkten (volgens het focused factory concept binnen de muren van het ziekenhuis) of het sec profileren als basisziekenhuis. Dit vraagt ook van u een duidelijke visie, missie, doelen, informatieverzameling, een concurrentieanalyse en –strategie, een stakeholderanalyse en -strategievorming. Daarnaast hebben bovengenoemde veranderingen, waar de medisch specialisten zich mee geconfronteerd zien, ook effect op uw organisatie. Ook u dient uw professionals bij dit proces te betrekken, om zo draagvlak te creëren en uw belangen veilig te stellen.

Referenties

- Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede. 1997. *Basisboek methoden en technieken*. Leiden: Stenfert Kroese
- Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede. 1998. *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Leiden: Stenfert Kroese
- Blair, J.D. en M.D. Fottler. 1990 *Challenges in Health Care Management, Strategic Perspectives for Managing Key Stakeholders*. Jossey-Bass Publishers. San Fransico/Oxford.
- Blair, J.D. 1996. e.a., *The problematic fit of diagnosis and strategy for medical group stakeholders*, in: Health Care Management Review, Aspen Publishers Inc.
- Boonekamp, L.C.M. 1993. *Naar nieuwe relaties in de Nederlandse gezondheidszorg; een strategische marktvisie*, in: Acta Hopitalia, blz. 45 ev.,
- Boonekamp, L.C.M. 1993. *Hoe marktgericht is uw organisatie?* Gezondheidszorg & Management. Nummer 7/8 juli.
- Boonekamp, L.C.M. 1994. *Marketing for Health-care Organizations: An Introduction to Network Management*. Journal of Management in Medicine. Vol 8 5:11-24.
- Boonekamp, L.C.M. 2006. *Sessie strategische zorgmarketing*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg. 24-03-2006.
- Bosch, F. van den. 1996. *Stakeholders en management: een casestudie*. Holland/Belgium Management Review. Nr. 47: 24-31
- Brandsma, P. en H. Raemakers. 2005. *Sheets Zorgmarketing: een unieke cursus over marketing in de gezondheidszorg*. Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2003. *Signaleringsrapport 'Het zelfstandig behandelcentrum: van noodzakelijk kwaad tot nuttig goed?' Een nieuw beoordelingskader*. Utrecht.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2006a. *Jaarverslag 2005 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen*. [Internet] <http://www.bouwcollege.nl> [aangehaald op 08-05-06].
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen. 2006b. *Zelfstandige behandelcentra onder de Wet Toelating Zorginstellingen*. [Internet] <http://www.bouwcollege.nl> [aangehaald op 09-05-06].
- Creswell, J.W. 2003. *Research design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. second edition, London: Sage Publications.
- CTG/Zaio. 2006. *Monitor Ziekenhuiszorg. Analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment in 2006*. . [Internet] <http://www.ctgzaio.nl> [aangehaald op 09-09-06].
- Deshpande R. en J.U. Farley. 1998. *Measuring Market Orientation: Generalization and Synthesis*. Journal of Market-Focused Management 2:213-232
- Erp, L.G. van. 1989 *Marketing in de gezondheidszorg: patiëntgericht management*. De Tijdstroom bv. Lochem

- Gramser, H., A. van Ballegoyen, P. van Felius en S. de Waal. 2005. *Zijn de Nederlandse ziekenhuizen klaar voor de liberalisering? Stand van zaken 2005*. Public Space. Center On Strategies For Public And Civil Entrepreneurs. Utrecht.
- Harten, W. van en R. Schuring. 2003. *Ondernemers in de zorg*. Koninklijke Van Gorcum B.V. Assen.
- Heuvel, J. van den 1999. *Dienstenmarketing*, Wolters-Noordhoff BV Groningen, tweede druk.
- Jenkins, M. 1997. *The customer centred strategy: thinking strategically about your customers*. Pitman Publishing
- Jeurissen, P.P.T., E.G. Brummelman en M.C.E. van Heurck. 2003. *Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg*. Zoetermeer.
- Johnson, G en K. Scholes. 1993. *Exploring corporate strategy*. Prentice Hall Europe. Hertfordshire.
- Kingma, J.H. 2004. *Kwaliteit en veiligheid in particuliere klinieken voor de somatische zorg*. Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Den Haag. IGZ 04-64.
- Kohli, K. en B. Jaworski. 1990. *Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Managerial Implications*. Journal of Marketing 4:1-18 .
- Knoors, E.G.M., E.L.Vrijland en L.A.M. van Zenderen. 2000. 'Van gedogen naar mogen: de regelgeving voor privé-klinieken en zelfstandige behandelcentra'. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (8): 482-497.
- Knoors, E.G.M. 2004. *Zelfstandige behandelcentra: booming business of modegril?* Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Kotler, P. en R.W. Clarke. 1987. *Marketing for Healthcare Organizations*. Prentice-Hall Internationals, Inc.. Upper Saddle River. New Jersey.
- Kotler, P. 1997. *Marketing Management, Analysis, Implementation, and Control*. Northwestern University. Prentice Hall International, Inc.. Upper Saddle River. New Jersey.
- Kotler, P. 2004. *Marketing Management, de essentie* (Nederlandse editie). Northwestern University. Prentice Hall International, Inc.. Upper Saddle River. New Jersey.
- Kwartel, A.J.J. van der en L.J.R. Vandermeulen. 2005. *Van aanbodplanning naar Vraagsturing*. Prismant; afdeling beleidsonderzoek. [Internet] <http://www.rvz.nl> [aangehaald op 10-05-06].
- Leeflang, P. S. en F. van Rooy. 1995. *Leerboek marketing*. Educatieve Partners Nederland B.V. Houten.
- Leijten, D.J. en C.Lucas. 2005. *Sheets Congres: ZBC en privé-kliniek*. Studiecentrum voor Bedrijf en Overheid.
- Loubeau, P. en R. Jantzen. 1998. *The effect of Managed Care on hospital Marketing Orientation*. Journal of Health Care Management volume 43 3:229-241.
- Mintzberg, H. 1994. *Mintzberg over Management: de wereld van onze organisaties*. Nederlandse uitgave. L.J. Veen B.V. Amsterdam/Antwerpen.

- Narver, J.C. & S.F. Slater. 1990. *The effect of a Market Orientation on Business Profitability*. Journal of Marketing 10:20-35.
- Naidu, G.M. en C.L. Narayana. 1991. *How Marketing Oriented Are Hospitals in a Declining Market?* Journal of Health Care Marketing. 1:23-30
- Naidu, G.M., A.Kleimenhagen, and G.D. Pillari. 1992. *Organization of marketing in U.S. hospitals: An emperical investigation*. Health Care Management Review. 4:29-43
- Nieuwsbank. 2004. Geen wachtlijsten meer voor liesbreuk- en spataderoperaties. [Internet] <http://www.nieuwsbank.nl/inp/2004/10/13/R127.htm> [aangehaald op 09-06-2006]
- NMA. 2004. *Visiedocument Concurrentie Ziekenhuissector*. [Internet] <http://www.nmanet.nl> [aangehaald op 10-11-06].
- Nobels, C. 2005. Prijsconcurrentie tussen ziekenhuis en ZBC, Een onderzoek naar de mededingingsrechtelijke gevolgen van prijsconcurrentie door de invoering van de DBC-bekostigingssystematiek op een specifieke productmarkt voor de relatie tussen algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Doctoraalscriptie
- NVZ. 2006. *Wet toelating zorginstellingen: Zelfstandig behandelcentrum bestaat niet meer*. NVZ nieuws. 9:2. Utrecht.
- Ogilvie, R. G. en K. Groeneboom. 1993. *Industriële Marketing, Planning & Strategie*. Stenfert Kroese. Educatieve Partners Nederland, Leiden.
- Oyen, F. G. P. H. en G. F. A. De Schuyteneer. 2002. *Marketing voor de zorg: een praktische handleiding: het marketingconcept als hulpmiddel voor strategieontwikkeling*. Elsevier gezondheidszorg: Maarssen.
- Payne, A., M. Christopher, M. C Clark en H. Peck. 1995. *Relationship Marketing for competitive Advantage*. Butterworth-Heinemann Ltd. Oxford.
- Polonsky M.J., S.W. Schuppisser en S. Beldona. 2002. *A Stakeholder Perspective for Analyzing Marketing Relationships*. Journal of Market-Focused Management. 5. 109-126
- Post, J., L. Preston en S. Sachs. 2003. *De verlengde onderneming aansturen – het nieuwe stakeholder-perspectief*. Holland Management Review. Nr. 88:22-37
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2003. *Anticiperen op Marktwerking*. Quantes. Den Haag. [Internet} <http://www.rvz.net>. [aangehaald op 09-05-06].
- Roedig. A. 2005. *Locaties zelfstandige behandelcentra 2005*. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. RIVM. Bilthoven. [Internet]. RIVM, 04-12-2005. Bereikbaar op <http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\ Ziekenhuiszorg\ Zelfstandige behandelcentra.
- Rustenburg, G., R. van Hoften en A.J. Steenbeek. 1998. *Salesmanagement*. Educatieve Partners Nederland B.V. Houten.
- Stuurgroep toekomstig Bestuur en Topmanagement ziekenhuizen. 1995. *Vernieuwd Besturen*. (publicatienummer STBTZ-2005-04) in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). GVO.Veenendaal
- Verhage. B.J. 1995. *Grondslagen van de marketing*. Educatieve Partners Nederland B.V. Houten.

- Tweede Kamer der Staten Generaal. 2005. *Verslag van een schriftelijk overleg, vergaderjaar 2004-2005, 28 994, nr 23*. Den Haag. [Internet] <http://www.njb.nl/NJB/mem/wetv/tko405> [aangehaald op 10-11-2006].
- VNO-NCW. 2003. *Reactie op het Consultatiedocument "Concurrentie in de ziekenhuissector"* Zaak 3128.
- Vries, W. de, J.D.P. Kasper en P.J.C. van Helsdingen. 1997. *Dienstenmarketing*. Educatieve Partners Nederland B.V. Houten.
- VVAA. 2006. *Medisch Specialisten over privé-klinieken en ZBC's: Enquêteresultaten*. [Internet] <http://www.vvaa.nl/> [aangehaald op 05-06-06].
- VWS. 1998. 'Regeling Zelfstandige Behandelcentra.' *Staatscourant* 1998 nr. 30:9
- VWS. 2001. *Vraag aan bod, Hoofddijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. [Internet] <http://www.minvws.nl> [aangehaald op 20-12-05].
- VWS. 2003. *Aanbiedingsbrief bij beantwoording schriftelijke vragen zbc's*. Den Haag. [Internet] <http://www.minvws.nl> [aangehaald op 20-12-05]
- VWS. 2001. *Zorg met toekomst: Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg*. Den Haag. [Internet]. <http://www.minvws.nl> [aangehaald op 18-04-06].
- VWS. 2004. *Beleid..... WTZi (titel nog opschrijven)*.
- VWS. 2005 *Liberalisering Electieve Zorg*. Den Haag. Kenmerk: CZ/IZ/2526374
- Wester, F. 1991. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg. Coutinho.
- White, K. R. en J. M. Thompson. 2001. *Hospital Marketing Orientation and Managed Care Processes: Are They Coordinated?* *Journal of Healthcare Management* 5:327-336
- WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) 2006. *Wetgeving gezondheidszorg*. [Internet] <http://www.wetten.overheid.nl> [aangehaald 08-03-2006].
- Zorgverzekeraars Nederland. 2005. *Overzicht van Zelfstandige Behandelcentra's* [Internet] <http://www.zn.nl/actueel/leeszaal/ZBC/zbc.asp> [aangehaald op 25-11-2005].

Bijlage 1. Respondentenlijst waar de vragenlijst naar is verzonden

	Plaats	Provincie	Naam zbc
1	Alkmaar	Noord-Holland	Stichting Flebologisch Centrum Oosterwal
2	Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Dermatologie Praktijk Eendenburg/Nanninga
3	Capelle a/d IJssel	Zuid-Holland	Stichting ZBC De Terp
4	Assen	Drenthe	Braamkliniek
5	Spijkenisse	Zuid-Holland	Stichting Professor Henneman Kliniek
6	Bilthoven	Utrecht	Stichting Medisch Centrum Bilthoven
7	Bilthoven	Utrecht	Stichting Bergman Kliniek
8	Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Medisch Centrum Regentesse
9	Geleen	Limburg	Stichting Oogvisie Zuid-Limburg
10	Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Kliniek Lange Voorhout
11	Hilversum	Noord-Holland	Stichting Oogheelkunde Zonnestraal
12	Vlaardingen en Heerenveen	Zuid-Holland en Friesland	Kliniek Holystaete Vlaardingen en Heerenveen
13	Rijswijk en Warmond	Zuid-Holland	Stichting Oogheelkunde Rijswijk
14	Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Polikliniek de Blaak
15	Hilversum	Noord-Holland	KNO het Gooi en Omstreken
16	Rijswijk	Zuid-Holland	Stichting Kliniek Groot Haaglanden
17	Utrecht	Utrecht	Stichting Visie Centrum voor Oogheelkundige Zorg
18	Valkenburg a/d Geul	Limburg	Stichting Askleipion
19	Hilversum	Noord-Holland	Stichting ZBC Paulus van Loo KNO
20	Vianen	Zuid-Holland	Stichting Poliklinisch Medisch Centrum Vianen
21	Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Diagnostisch Centrum Amsterdam
22	Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogzorg Opticus
23	Amsterdam	Noord-Holland	Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Amsterdam
24	Bunnik	Utrecht	Stichting Medisch centrum Rhijnauwen
25	Vlaardingen en Heerenveen	Zuid-Holland en Friesland	Hernia Instituut Nederland
26	Bosch en Duin	Utrecht	Zelfstandig behandelcentrum Bosch en Duin BV
27	Amsterdam, Den Bosch en Rotterdam	Noord-Holland, Zuid-Holland en Noord-Brabant	MRI Centrum Amsterdam, Den Bosch en Rotterdam
28	Rotterdam en Amsterdam	Zuid-Holland en Noord-Holland	Stichting Oogzorg Rotterdam en Stichting Oogzorg Amsterdam
29	De Mortel	Noord-Brabant	ZBC Stichting Geertgen
30	Arnhem	Gelderland	Stichting Gewicht op Maat
31	Hilversum	Noord-Holland	ZBC Multicare
32	Landsmeer	Noord-Holland	Stichting Cardiologie Landsmeer
33	Maastricht	Limburg	Stichting Dokter Kolbach Kliniek
34	Almelo	Overijssel	Stichting Diagnostisch Centrum van het Bewegingsapparaat "Het Scheepvaarthuis"
35	Utrecht	Utrecht	Stichting Pulmonaal
36	Groningen	Groningen	Stichting Zorgaanbod Hanzekliniek
37	Groningen	Groningen	Hartman Stichting
38	Leiden	Zuid-Holland	Stichting Medisch Centrum voor Geboorteregeling
39	Tilburg	Noord-Brabant	Bergmankliniek
40	Groningen	Groningen	St. Oogheelkundig Medisch Centrum Groningen
41	Zeist	Utrecht	Stichting Alant Vrouw
42	Almere	Flevoland	Stichting Dialysezorg Nederland
43	Mill	Noord-Brabant	Stichting ViaSana
44	Rotterdam	Zuid-Holland	Huidkliniek Zuid
45	Utrecht	Utrecht	Stichting Kindertherapeuticum Utrecht
46	Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Haaglanden Kliniek
47	Eindhoven,	Noord-Brabant,	Stichting Veldhuis Klinieken

	Rotterdam, Hilversum en Enschede	Zuid-Holland, Noord-Holland en Overijssel	
48	Den Haag, Utrecht en Nijmegen	Zuid-Holland, Utrecht en Gelderland	Stichting Mauritsklinieken
49	Bilthoven en Amsterdam	Utrecht en Noord-Holland	Stichting Oogheelkundig Centrum Midden-Nederland, Kliniek de Lairese en St. Internistenpraktijk Berg en Bosch
50	Haarlem, Rotterdam en Rozendaal	Noord-Holland, Zuid-Holland en Noord-Brabant	Stichting Oogheelkundig Medisch Centrum Kennemerland, Kliniek Zestienhoven en Stichting Kliniek Klein Rosendaal
51	Rotterdam, Velp en Hoogeveen	Zuid-Holland, Gelderland en Drenthe	Stichting Instituut voor Hyperbare Geneeskunde
52	Hatterum	Gelderland	ZBC Veluwe kliniek
53	Hengelo en Almelo	Overijssel	Stichting Zorgservices Twente
54	Arnhem	Gelderland	Stichting Andros
55	Heelsum	Gelderland	Stichting Cardiologie Heelsum
56	Utrecht	Utrecht	Stichting Dermis poliklinieken
57	Leiderdorp	Zuid-Holland	Nederlands Proctologisch en Bekkenbodembodem Centrum
58	Rotterdam	Zuid-Holland	Stichting Melles Hoornvlieskliniek
59	Ede	Gelderland	Stichting Psoriasisdagbehandelingscentrum Midden-Nederland
60	Zwijndrecht	Zuid-Holland	Stichting HZCR
61	Velp	Gelderland	Stichting Middellaankliniek (o.m. Sagakliniek)
62	Den Haag	Zuid-Holland	Stichting Zelfstandig Behandelcentrum Medisch Centrum Scheveningen
63	Heerenveen	Friesland	Stichting Incontinentie en Bekkenbodembodemzorg
64	Utrecht	Utrecht	Stichting Medisch Centrum Biltstraat

Bijlage 2. Expertpanel

Mw. drs. L. Boonekamp; deskundige op het gebied van marketing in de gezondheidszorg

Dhr. G.J. Jager; deskundige op het gebied van zbc's.

Profiel L. Boonekamp

L. Boonekamp werkt sinds 1 januari 2002 bij Compliance Consult als senior adviseur en partner. Daarvoor was zij directeur bij Avisé zorgadvies, organisatieadviseur in een academisch ziekenhuis, innovator zorgprojecten in een instelling voor verstandelijke gehandicapten en gedurende 10 jaar docent en onderzoeker bij Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daar heeft zij het vak Strategische Marketing voor de Gezondheidszorg mede opgezet. Nog steeds geeft zij postdoctoraal onderwijs in dit vak, onder andere bij de Universiteit van Tilburg en het Centrum voor Management Development van de Erasmus Universiteit.

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

Profiel G.J. Jager

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

Bestuurlijke functies:

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

Bijlage 3. Brief en vragenlijst marktorientatie zbc's

Geachte heer/ mevrouw,

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

Vraag: In hoeverre is uw zbc marktgeoriënteerd?

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

De vragenlijst

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

Resultaten

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

Aanvullende interviews.

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

Deelname is vertrouwelijk

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

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

Met vriendelijke groet,

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

Studenten Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Deel 1

Karakteristieken zbc's

1) Contactgegevens zbc en contactpersoon:

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

2) Wat is het jaar van oprichting van uw zbc⁶?

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

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

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

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anesthesie | <input type="checkbox"/> Kaakchirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopedie |
| <input type="checkbox"/> Allergologie | <input type="checkbox"/> Kindergeneeskunde | <input type="checkbox"/> Plastisch chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> KNO | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Longgeneeskunde | <input type="checkbox"/> Reumatologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Gynaecologie | <input type="checkbox"/> Neurologie | |
| <input type="checkbox"/> Interne geneeskunde | <input type="checkbox"/> Oogheeskunde | |
| <input type="checkbox"/> Overig, namelijk | <input type="text"/> | |

⁶ In geval van meerdere locaties vult u de datum in van de eerst opgerichte locatie.

6) Wat is het aantal specialisten berekend in FTE's⁷, in uw zbc?

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

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

-

8) Welk percentage van het geleverde zorgaanbod bestaat uit:

Gemeten in % aantal patiënten (geef een schatting).

- A-segment⁸ %
- B-segment⁹ %
- C-segment¹⁰ %
- Niet verzekerde zorg %

9) Wat is het voornaamste adherentiegebied¹¹ van uw zbc? (meerdere antwoorden mogelijk)

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

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

- Ja
- Nee

Deel 2

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

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

⁷ Fulltime Equivalent

⁸ De DBC's waarvoor **maximumprijzen** zijn vastgesteld.

⁹ De DBC's waarvan de prijs door **onderhandeling** tussen zorgverzekeraars en zbc tot stand komt.

¹⁰ De DBC's waarvoor alleen een vergoeding tegenover staat indien de cliënt/ patiënt daarvoor verzekerd in de zogenaamde aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar.

¹¹ Het gebied waar uw cliënten/ patiënten van afkomstig zijn.

Algemene marketingvraag

- 11) Welke stelling betreffende *bewuste marktoriëntatie*¹² past het beste bij uw zbc?
- A. Marktoriëntatie heeft bij ons weinig prioriteit en wordt nauwelijks doorgevoerd.
 - B. Marktoriëntatie is enigszins belangrijk en wordt zo nu en dan toegepast.
 - C. Marktoriëntatie is belangrijk en is (vrijwel) volledig doorgevoerd.

Cliënt/ Klantenfilosofie

- 12) In welke mate past uw zbc het zorgaanbod en diensten aan op de wensen en behoeften van de klant/cliënt?
- A. Wij richten ons op de bestaande wensen en behoefte van onze doelgroep, immers de behoefte is bekend en verandert niet.
 - B. Wij zoeken naar de wensen en behoeften van cliënten/klanten, maar dat leidt zelden tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.
 - C. Wij zoeken systematisch naar de wensen en behoeften van cliënten/klanten. Dat leidt zo nu en dan tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.
- 13) Richt uw zbc zich op het hele relatienetwerk (leveranciers, verkoopkanalen, concurrenten, klanten, overheid, omgeving etc.) bij het bepalen van de bedrijfsstrategie?
- A. Nee, wij richten ons voornamelijk op het bedienen van de directe klanten.
 - B. In zekere mate. Wij houden rekening met de andere kanalen (relaties), maar de meeste energie steken wij in het bedienen van de huidige klanten.
 - C. Ja. Wij richten ons op het hele relatienetwerk.
- 14) Hoe werft uw zbc medische professionals?
- A. De primaire verantwoordelijkheid voor het aantrekken en selecteren van medische professionals ligt bij de medische staf.
 - B. De medische professionals worden geworven op basis van specifieke kenmerken van onze zbc, zoals salaris, arbeidsvoorwaarden, attitude, imago, kennis, specifieke diensten, imago en of technische mogelijkheden.
 - C. Wij hebben een systeem (methode) om te bepalen welk type medische specialist past binnen onze zbc en geschikt is voor onze doelgroep (afzonderlijke groepen cliënten/ patiënten).

Integrale marketingorganisatie

- 15) In hoeverre maken de marketingactiviteiten¹³ deel uit van het plannings- en besluitvormingsproces van uw zbc?
- A. Nauwelijks.
 - B. Enigszins.
 - C. (Vrijwel) volledig.

¹² “*Bewuste marktoriëntatie betekent hier dat uw zbc er op gericht is om bewust de wensen en behoeften van doelmarkten (afzonderlijke groepen cliënten/ patiënten) te bepalen en deze doelmarkten tevreden stelt door relatiebeheer en het ontwerpen, communiceren, leveren van kwalitatief goede en competitieve (onderscheidende) producten en diensten*” .

¹³ Marketingactiviteiten zijn: marktonderzoek, adverteren, diensten/ producten ontwikkeling, merk- en communicatiebeleid, prijsbeleid en relatie- en distributiemanagement.

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

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

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

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

Marketing informatiesysteem

18) In welke mate heeft uw zbc een marketinginformatiesysteem¹⁴ tot haar beschikking dat relevante, adequate en actuele informatie bevat?

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

19) In hoeverre kent uw zbc de verkooppotentie, de kosteneffectiviteit en de winstgevendheid van de verschillende marktsegmenten¹⁵, klanten, regio's, producten en verkoopkanalen?

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

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

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

Marktonderzoek	(Nog) uitgevoerd	niet jaar	Minder dan 1 jaar	1 tot 3 jaar geleden	Langer dan 3 jaar geleden
Analyse zorgvraagontwikkeling					
Analyse doelgroepen en productmarkt - combinaties					
Patiënttevredenheid					
Concurrentie analyse					
SWOT ¹⁶ analyse					
Effectiviteit van					

¹⁴ Een marketinginformatiesysteem is het verzamelen, analyseren, beoordelen en verspreiden van kennis over de wensen, behoeften en handelwijzen van klanten, ontwikkelingen in de markt en de concurrentiepositie etc. Deze kennis wordt op een systematische wijze verzameld en opgeslagen (zoals papier of geautomatiseerd), zodat deze kennis gebruikt kan worden voor analyse, planning, implementatie en controle van marketingactiviteiten⁷.

¹⁵ Het groeperen van cliënten/ patiënten in segmenten op basis van soortgelijke behoeften en kenmerken, waarvoor producten en diensten worden ontwikkeld.

¹⁶ SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats van het eigen zbc.

marketingactiviteiten ⁷				
<i>Een ander onderzoek namelijk</i>				
.....				
.....				

Strategische oriëntatie

21) In hoeverre heeft uw zbc een marketingplan¹⁷?

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

22) In hoeverre heeft uw zbc een adequate marketingstrategie¹⁸?

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

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

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

Operationele efficiency

24) Doet uw zbc onderzoek naar de resultaten van marketinginspanningen¹⁹?

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

25) Kent u het rendement²⁰ van de marketingactiviteiten⁷ van uw zbc?

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

¹⁷ Een marketingplan is een plan waarin staat beschreven op welke doelmarkten en segmenten de instelling zich richt en welke (marketing)activiteiten⁷ worden ondernomen om die doelmarkten en segmenten zo goed mogelijk te bedienen.

¹⁸ Een marketingstrategie is een strategie waarbij bedrijfsdoelstellingen, vaardigheden en middelen van de organisatie worden gecombineerd met veranderende marktmogelijkheden en de doelmarkten waarop de organisatie zich wil richten.

¹⁹ Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van uitgaven ten behoeve van marketingactiviteiten⁷.

²⁰ Opbrengst van een economische activiteit.

26) Is uw zbc in staat om snel en adequaat te reageren op plotselinge veranderingen²¹ in de zorgmarkt?

A. Nee of in zeer beperkte mate.

B. Enigszins.

C. In grote mate tot goed.

Deel 3

De volgende vragen zijn gericht op een verdieping betreffende **merk- en communicatiebeleid** en **relatiemanagement**. **Omcirkel het antwoord dat het beste aansluit bij de situatie van uw zbc.**

Verdiepende vragen merken en communicatie

Algemeen

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

Nee Ja

28) In welke mate meet uw zbc het rendement van de investeringen in merk²²- en communicatiebeleid?

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

Relatienetwerk

29) In hoeverre is merk¹⁷ - en communicatiebeleid belangrijk voor uw relatiemanagement²³?

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

Kernwaarden en identiteit

30) In hoeverre komt de 'merknaam' (naam zbc) van uw zbc overeen met de kernwaarden²⁴ en identiteit van uw zbc?

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

²¹ Zoals wijzingen in wet- en regelgeving, nieuwe toetreders, veranderingen in de zorgvraag, etc.

²² Merk is een naam, begrip, teken, symbool (logo, handelsmerk) of ontwerp, of een combinatie hiervan, bedoeld om de producten of diensten te identificeren en om deze te onderscheiden van die van concurrenten.

²³ Het onderhouden van relaties met ondermeer verwijzers, verzekeraars, overheid, consumenten (bond), banken, politiek etc.)?

²⁴ Kernwaarden vormen de essentiële en duurzame grondbeginselen (ideologie) waar uw zbc in gelooft. Ze fungeren als leidende principes voor communicatie van de identiteit (kenmerk, 'karakter') van uw zbc.

31) In hoeverre komt de huisstijl/ logo van uw zbc overeen met de kernwaarden²⁵ en identiteit van uw zbc?

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

(Merk)imago

32) In welke mate beschikt uw zbc over kennis betreffende het (merk)imago²⁶?

1	2	3	4	5
Geen kennis		Neutraal		Veel kennis

33) Hoe oordeelt u over de sterkte²⁷ van het merk(imago)²¹ van uw zbc?

1	2	3	4	5
Zwak imago		Neutraal		Uitstekend imago

Communicatie

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

1	2	3	4	5
Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd

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

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

²⁵ Kernwaarden vormen de essentiële en duurzame grondbeginselen (ideologie) waar uw zbc in gelooft. Ze fungeren als leidende principes voor communicatie van de identiteit (kenmerk, ‘karakter’) van uw zbc.

²⁶ Het beeld dat de publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk heeft van uw zbc. De mate waarin het zbc wordt beoordeeld en geïnterpreteerd, de mate waarin publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk zich kunnen identificeren met het zbc en in hoeverre het zbc voldoet aan de behoeften, verlangens en waarden van de publieke opinie/ klanten/ cliënten/ relatiernetwerk.

²⁷ Sterkte in de zin dat doelstellingen van uw zbc worden bereikt.

Effectiviteit

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

1	2	3	4	5
Geen rendement		Neutraal		Veel rendement

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

1	2	3	4	5
Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Vaak

Verdiepende vragen relatiemanagement.

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

- Rechtstreeks
- Via huisartsen
- Via verzekeraars
- Via andere zbc's
- Via (maatschappen/specialisten) de ziekenhuizen
- Via de media
- Via de (lokale) overheid
- Via patiëntenverenigingen/ belangenorganisaties
- Via andere partijen²⁸, namelijk

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

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

²⁸ Bijvoorbeeld andere hulpverleners, type organisaties.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Slot

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

Nee Ja

EINDE VAN DE VRAGENLIJST

De door u verschaft informatie zal vertrouwelijk worden behandeld.

De informatie zal niet door derden worden ingezien.

Voor vragen kunt u ons mailen of bellen.

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

Jeroen Homberg (jeroen@homberg.net / 06-13897227)

Christel Heijmans (christel.heijmans@hetnet.nl / 0186 - 624014)

Studenten Master Zorgmanagement

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam

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

Bijlage 4. Berekening marktorientatiescore

Per marktorientatieaspect (Consumenten filosofie, Integrale marketingoriëntatie, Adequate marketinginformatie, Strategische oriëntatie en Operationele effectiviteit) zijn een aantal vragen gesteld. De vragen kunnen worden gewaardeerd met een score van 0, 1 of 2 punten.

Score effectiviteit marktorientatie

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

De som van de punten werden weergegeven in een schaal en geeft de mate van marketingoriëntatie weer van zelfstandige behandelcentra (per aspect en in het totaal).

Voor vraag 24 geldt de volgende berekeningswijze:

Vraag 24

Marktonderzoek	Wordt niet uitgevoerd	Minder dan 1 jaar	1 tot 3 jaar	Langer dan 3 jaar geleden
Analyse zorgvraagontwikkeling	0	2	1	0
Doelmarkt analyse	0	2	1	0
Patiënttevredenheid	0	2	1	0
Concurrentie analyse	0	2	1	0
SWOT* analyse	0	2	1	0
Marketing effectiviteit	0	2	1	0
<i>Een ander onderzoek namelijk,</i>				
.....	0	2	1	0
Totaal	A	B	C	D

Totalen A + B + C + D = sum

Score vraag 24 => sum/ 7 (6)

Deze wijze van scoreberekening is gebaseerd op modellen van Kotler en Clarke (1987), Naidu en Narayana (1991) en White (2001). Hoe hoger de score hoe groter de marktorientatie is van het zbc. De bepaling en de puntenwaardering zijn als volgt.

Puntenschaal	Waardering
0 - 5,33 punten	Geen marktorientatie
5,33 - 10,66 punten	Zwakke marktorientatie
10,66 - 16 punten	Matige marktorientatie
16 - 21,33 punten	Redelijke marktorientatie
21,33 - 26,66 punten	Goede marktorientatie
26,66 - 32 punten	Erg goede marktorientatie

Bijlage 5. Brief met terugkoppeling marktoriëntatiescore aan zbc's

Geachte heer/ mevrouw,

U heeft onlangs onze vragenlijst ingevuld in het kader van ons afstudeeronderzoek van de Master Zorgmanagement aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam).

In hoeverre is uw zbc marktgeoriënteerd?

Dit was onze gezamenlijke onderzoeksvraag aan u. In bijlage 1 vindt u de 'marktoriëntatiescore' van uw zbc, afgezet tegen de gemiddelde score van alle deelnemende zbc's in Nederland (geanonimiseerd).

Hieronder vindt u een toelichting op de opbouw van onze vragenlijst en de door ons gehanteerde definitie van marktoriëntatie.

De vragenlijst

De vragenlijst is opgebouwd uit drie delen.

1. In het eerste deel van onze vragenlijst hebben wij variabelen opgenomen die meer inzicht geven in de karakteristieken van zbc's; zoals wel of geen organisatorische samenwerking met derden, het adherentiegebied, de grootte van het zbc, de soorten specialismen, en het type zorgaanbod.
2. Het tweede deel van de vragenlijst is afgeleid van een gevalideerd instrument dat door Kotler en Clarke (1987) is ontwikkeld om de marketingoriëntatie van ziekenhuizen te meten. Later hebben andere auteurs het instrument aangepast en gebruikt in hun onderzoek naar de marketingoriëntatie van Amerikaanse (VS) ziekenhuizen. De vragen uit ons onderzoek zijn hiervan afgeleid. Uw marktoriëntatiescore vloeit hieruit voort.
3. Het derde deel van de vragenlijst dient als basis voor onze individuele scripties. Hierbij richt Jeroen zich op het merk-en communicatiebeleid van zbc's en Christel op stakeholdermanagement van zbc's. Naar aanleiding van de resultaten zal een beperkt aantal zbc's worden benaderd om deel te nemen aan een kwalitatieve casestudie.

Wat houdt marktoriëntatie in?

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

Volgens hen is marketing niet alleen het proces, product of verkoop, maar omvat het een veel breder perspectief. Het houdt zich bezig met marktonderzoek, wensen en behoeften van doelmarkten, het strategisch inzetten van de marketingmix, het verstevigen van de concurrentiepositie en het realiseren van organisatiedoelen.

Zij stellen dat een zorgorganisatie, wil het zijn doelstellingen verwezenlijken, effectiever moet zijn dan de concurrentie bij het onderzoeken, creëren, leveren en communiceren van klantwaarde in de gekozen segmenten.

De marketingoriëntatie van zorgorganisaties kan worden onderzocht door na te gaan in welke mate vijf belangrijke aspecten terugkomen in het gevoerde marketingbeleid.

Deze aspecten zijn:

1. *Consumenten filosofie*. Erkent de instelling de noodzaak om de wensen en behoeften van doelmarkt(en) en consumenten te onderzoeken? Om hier vervolgens een effectief marketingplan op te zetten.
2. *Integrale marketingoriëntatie*. Is de instelling voorzien van personeel dat zich bezig houdt met marketinganalyses, -planning, -implementatie en -controle? En werken de functies van de instelling samen om de belangen van de klant en de doelmarkt te dienen?
3. *Adequate marketinginformatie*. Geeft het marketinginformatiesysteem nauwkeurige, kwalitatief goede, voldoende en tijdige informatie over de ontwikkeling van de markt ten aanzien van onder meer klanten, prospects en concurrenten?
4. *Strategische oriëntatie*. Heeft het management duidelijke (innovatieve) marketingstrategieën en plannen ontwikkeld om de marketingdoelen te kunnen bereiken?
5. *Operationele effectiviteit*. Beschikt de zorginstelling over beoordelings- en controlemaatregelen van marketingactiviteiten, om te onderzoeken of deze activiteiten (kosten)effectief worden ingezet?

Per aspect zijn een aantal vragen aan u gesteld. De vragen kunnen worden gewaardeerd met een score van 0, 1 of 2 punten. De som van de punten wordt weergegeven in een schaal en geeft de mate van marketingoriëntatie weer van zelfstandige behandelcentra. Deze wijze van scoreberekening hebben wij gebaseerd op modellen van Kotler en Clarke (1987), Naidu en Narayana (1991) en White (2001).

0 - 5,33 punten	Geen marktoriëntatie
5,33 - 10,66 punten	Zwakke marktoriëntatie
10,66 - 16 punten	Matige marktoriëntatie
16 - 21,33 punten	Redelijke marktoriëntatie
21,33 - 26,66 punten	Goede marktoriëntatie
26,66 - 32 punten	Erg goede marktoriëntatie

Analyse en resultaten.

Binnen een aantal weken ontvangt u, indien u dat heeft aangegeven, een (digitale) versie van de analyse en de resultaten van het gezamenlijke onderzoek. Hierin worden de items uit het eerste deel van de vragenlijst meegenomen en relaties uit de literatuur. Uiteraard is het ook mogelijk om een (digitale versie) van onze individuele scripties te krijgen.

Voor nu hopen wij u voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

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

Studenten Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Bijlage 1. Uw marktorientatiescore afgezet tegen de gemiddelde marketingscore van de deelnemende zbc's.

In ons onderzoek zijn 64 respondenten benaderd die samen 86 zbc's vertegenwoordigen. Het aantal uiteindelijk deelgenomen respondenten is 40. Deze vertegenwoordigen samen 63 zbc's. De respons van het aantal respondenten is daarmee 62,5% en de respons van het aantal deelnemende zbc's is 73,3%.

De gemiddelde score is:	Std Deviatie	Waardering:
16,13 punten	8,6	Redelijke marktorientatie ²⁹

De marketingscores variëren van 2,16 tot 30,16 punten.

De gemiddelde subscores zijn:	Std Deviatie	Marketingaspect
3,52 punten	1,81	Consumenten filosofie
3,55 punten	1,83	Integrale marketingoriëntatie
2,30 punten	1,75	Adequate marketinginformatie
2,50 punten	2,04	Strategische oriëntatie
3,10 punten	1,74	Operationele efficiency

De maximale score van per onderdeel was 6 punten. De overige twee punten konden gescoord worden op basis van een algemene vraag over marketing.

Zbc: <naam zbc>

Uw totale score is:	Waardering:
<...> punten	<.....>

Uw subscores zijn:	Marketingaspect
<...> punten	Consumenten filosofie
<...> punten	Integrale marketingoriëntatie
<...> punten	Adequate marketinginformatie
<...> punten	Strategische oriëntatie
<...> punten	Operationele efficiency

<...> punten	Algemene vraag
--------------	----------------

²⁹ Na het rondzenden van de scores, ontvingen wij nog een ingevulde vragenlijst van een zbc. Hiermee kwam de gemiddelde marketingscore uit op **15,83 punten**, wat een waardering van een **matige marktorientatie** opleverde.

Bijlage 6. Vragenlijst casestudies.

Vorbereiding:

- Doornemen uitkomsten kwantitatief onderzoek en score.
- Vragen naar beschikbare documentatie van het zbc: businessplan of marketingplan.
- Vooraf toestemming bandopname en waarborgen anonimiteit

Deel I: Verkrijgen algemeen beeld van het zbc c.q. de respondent.

- Wat is uw functie binnen het zbc en hoelang bent u hier werkzaam?
- Wat vond u van uw resultaten uit de kwantitatieve vragenlijst?
- Wat vindt u van het thema 'marketing en zbc's'?
- Hoelang bestaat het zbc en hoe is het ontstaan?

Deel II: Positionering van de zbc's

- Heeft uw zbc een strategische marketingplanning, Zo ja hoe ziet deze eruit?
- Hoe luidt de missie van uw zbc?
 - o Wat zijn uw normen en waarden?
 - o In welke bedrijfstak bent u actief?
 - o Welke producten/diensten levert u?
 - o Op welk marktsegment richt u zich?
 - o Welke geografisch gebied bestrijkt u?
- Wat zijn de organisatiedoelstellingen die uw zbc zich gesteld heeft?
- Hoe positioneert u zich als zbc richting uw concurrenten? (klantfocus, kostenfocus of innovatiefocus als concurrentiestrategie)
- Wat zijn de marketingdoelstellingen die u zich daarbij gesteld heeft?

Deel III: Stakeholdermanagement

Stap 1 Integratie concurrentie - stakeholder strategie

- Welke externe partijen zijn voor u belangrijk om uw (marketing)doelstellingen (m.b.t. klantenwerving en behoud) te halen?

(vervolgens inzoomen op één stakeholdergroep: patiënten, huisartsen of verzekeraars o.b.v. vraag en uitkomst kwantitatief onderzoek)

Stap 2 Vaststellen sleutel-stakeholders binnen de groep

- Zijn alle stakeholders uit deze groep even belangrijk voor u om uw marketingdoelstellingen te halen?
- Zo nee, hoe prioriteert (selecteert) u deze stakeholders en waarop is dit gebaseerd?
- Wie hebben er binnen deze groep een sleutelrol en waarom?

Stakeholder	Sleutelpartij	Reden
1	Ja/nee	
2	Ja/nee	

3	Ja/nee	
4	Ja/nee	
5	Ja/nee	

Stap 3 Mapping van de verschillende sleutel-stakeholders binnen de groep

- Hoeveel invloed hebben deze stakeholders binnen de groep op uw zbc als het gaat om het behalen van uw marketing doelstellingen?
- Neemt deze invloed toe, af of blijft deze hetzelfde per stakeholder binnen de groep?
- Waarop baseert u dit?

'sleutel' stakeholder	Invloed/machtsniveau	macht
1	Erg veel/veel/gemiddeld/weinig/erg weinig	Toename/gelijk/afname
2	Erg veel/veel/gemiddeld/weinig/erg weinig	Toename/gelijk/afname
3	Erg veel/veel/gemiddeld/weinig/erg weinig	Toename/gelijk/afname
4	Erg veel/veel/gemiddeld/weinig/erg weinig	Toename/gelijk/afname
5	Erg veel/veel/gemiddeld/weinig/erg weinig	Toename/gelijk/afname

- Welke middelen kunnen zij hanteren om deze invloed aan te wenden?
- In hoeverre wenden zij deze middelen ook daadwerkelijk aan?
- Waaruit blijkt dit? En wat betekent dit voor uw zbc?

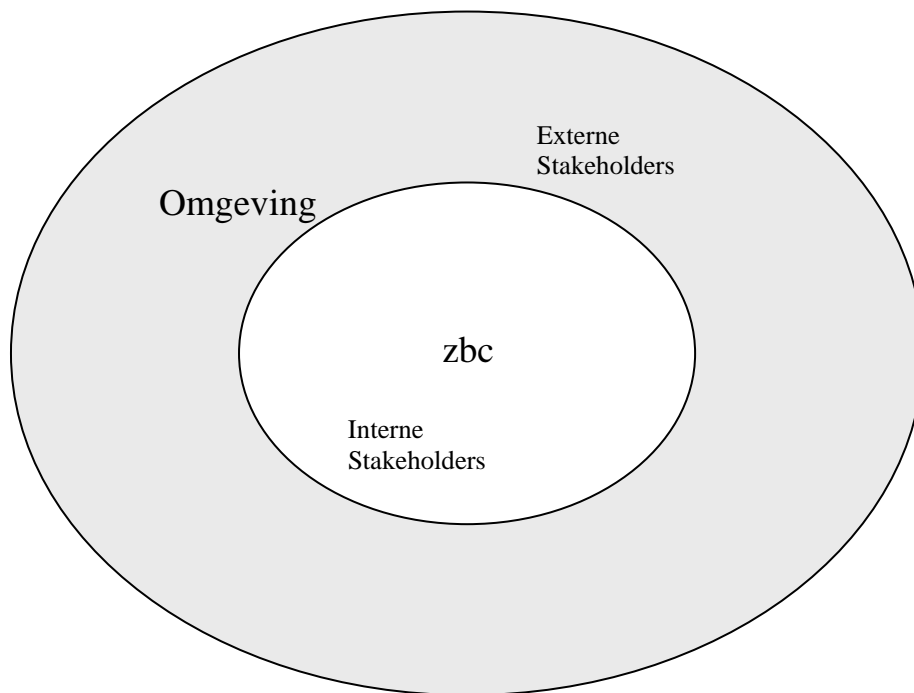
'sleutel' stakeholder	Welke machtsmiddelen
1	
2	
3	
4	
5	

- Welke doelstellingen/belangen en wensen hebben deze stakeholders?
- In hoeverre onderzoekt u deze doelstellingen/belangen?
- Hoe pakt u dit aan?

'sleutel' stakeholder	Doelstelling/Belang
1	
2	
3	
4	
5	

- Hoe stabiel is uw relatie met de stakeholders uit de groep? toelichting
- Hoe positief is uw relatie met de stakeholders uit de groep? toelichting
- Zijn er aanwijzingen dat uw relatie met deze stakeholders verandert (ten goede/nadele)?
- In hoeverre hebben deze stakeholders relaties met de door u in stap 1 genoemde andere belangrijke stakeholders en uw concurrenten?
- Hoe stabiel en positief zijn deze relaties?
- Welke invloed heeft dit op uw relatie met deze stakeholder?
- Verwacht u wijzigingen in de samenwerking tussen deze relaties? Positief of negatief?

- Wat betekent dit dan vervolgens voor uw zbc?



Stap 4 Algemene strategieën van het zbc voor de sleutel-stakeholders binnen de groep

- Welke algemene strategie hanteert uw zbc richting deze stakeholdersgroep?
- Is deze toepasbaar op alle stakeholders uit de groep?
- Wat zijn de voordelen van deze strategie?
- Wat zijn de nadelen van deze strategie?

Stap 5 Specifieke strategieën van het zbc voor de sleutel-stakeholders binnen de groep

- Zijn er stakeholders binnen de groep waarbij u specifieke problemen ervaart?
- Hoe gaat u hiermee om?

Stap 6. Implementatie en relatieonderhoud.

- Heeft u uw strategie uitgewerkt in een concreet actie/implementatieplan?
- Hoe ziet dit eruit?
- Zijn alle benodigde middelen aanwezig?
- Welke activiteiten/middelen zet u in? Wanneer en hoe vaak?
- Wat zijn de belangrijkste (kritieke) factoren die de implementatie beïnvloeden?
- Hoe gaat u hiermee om?
- Wie onderhoudt de relaties met de stakeholders uit deze groep?

- Waarom is voor deze persoon gekozen?
- Heeft deze persoon de mogelijkheden en zeggenschap om de activiteiten te implementeren?

- ***Stap 7 Monitoren, evaluatie en bijstellen.***
- In hoeverre worden met deze acties en de strategie uw marketingdoelstellingen behaald?
- In hoeverre kent u het rendement van investeringen (tijd, geld etc) richting deze stakeholders?
- Hoe en hoe vaak meet u dit?
- In hoeverre zijn er wijzigingen geweest in de koers van deze stakeholders en heeft u uw strategieën en acties moeten aanpassen?
- Wat zou er beter kunnen?

Gezamenlijk invullen schema:

Afsluitend:

- Wat vond u van het interview? Heeft u nog vragen of suggesties?
- Ontbrak er nog iets in de vragen?

Dank voor het interview en mogelijkheid bieden om scriptie te ontvangen.