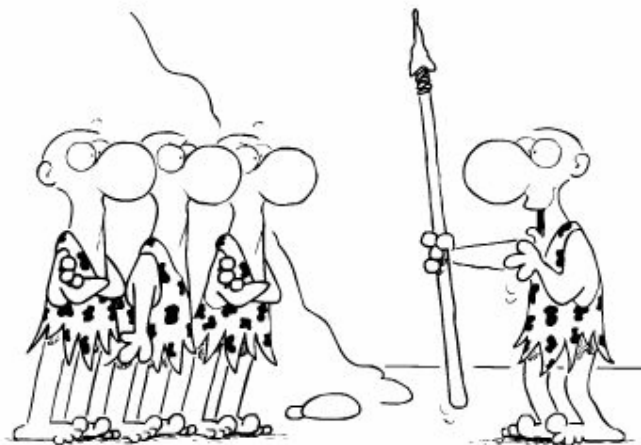


Nieuwe product-marktcombinaties in de thuiszorg

De ontwikkeling van een marketinginstrument om de kansen en risico's van nieuwe product-marktcombinaties in te schatten.



"The good thing about this product is that you may poke your customers with it if they don't buy!"

Lineke van Wijk (297909)

Afstudeerscriptie Zorgmanagement
Begeleider: Prof. Dr. R. Huijsman MBA
Meelezer: Drs. M. van Ineveld

Juni 2007

Voorwoord

*“Marketing gaat niet over het verkopen van producten,
maar over produceren wat de klant wil”
(Sam Burges)*

Voor u ligt mijn scriptie waarin verslag wordt gedaan van mijn onderzoek naar de marketingoriëntatie van thuiszorginstellingen in Nederland en de afwegingen die belangrijk zijn bij het introduceren van nieuwe product-marktcombinaties. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van de Master Zorgmanagement aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Middels dit voorwoord wil ik graag een aantal mensen bedanken:

Allereerst gaat mijn dank uit naar prof. Dr. Robbert Huijsman voor zijn kritische blik, motiverende woorden en aanstekelijke enthousiasme. Ook wil ik drs. M. van Ineveld bedanken voor het meelezerschap en begeleiding. Tevens bedank ik mijn medestudenten van strategische marketing in de gezondheidszorg: op naar een gezamenlijk artikel!

De uitvoering van de verschillende onderzoeken was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van verschillende thuiszorginstellingen, de geïnterviewde functionarissen en de experts die mij geholpen hebben bij het verzamelen van mijn resultaten. Hiervoor mijn dank.

Graag wil ik mijn vader en Jan bedanken voor hun kritische blik en heldere inzichten. Ook bedank ik hierbij mijn moeder, Ilse, Niels, Sanne, Ronnie, Anneke, Ineke en alle mensen uit mijn naaste omgeving voor de steun en het geduld in de afgelopen twee jaar.

Tenslotte wil ik Chantal bedanken omdat zij mij op de moeilijke momenten steeds weer in de ‘sneltrain’ wist te houden, waardoor we uiteindelijk op hetzelfde moment het eindstation hebben gehaald!

Ik wens iedereen veel leesplezier toe en ik hoop dat het 5x5PMC-instrument het doel waar zal maken!

Lineke van Wijk

Samenvatting

Met behulp van marktwerking heeft de Nederlandse overheid gereageerd op de verschillende ontwikkelingen die gaande zijn in de gezondheidszorg. Thuiszorginstellingen dienen zich te onderscheiden van anderen om zich te kunnen profileren. Marketing kan daarbij een rol spelen. In de Nederlandse thuiszorg staat marketing momenteel nog in de kinderschoenen. In een kwantitatief onderzoek naar de marketingoriëntatie scoort de Nederlandse thuiszorg gemiddeld zwak. Het invoeren van nieuwe product-marktcombinaties (PMC) is een mogelijkheid om je als instelling te profileren. Belangrijkste reden daarbij noemen de respondenten het behouden van de huidige klanten. Andere afwegingen zijn bijvoorbeeld het aantrekken van nieuwe klanten, het vergroten van het marktaandeel, het verbeteren van de marges en het voortblijven van concurrenten. Thuiszorginstellingen hebben wel een specifieke financieringsstructuur en een institutionele omgeving die afwijkt van de reguliere marktsectoren. Dit maakt marketing lastiger. Zo voelen thuiszorginstellingen een maatschappelijke verantwoordelijkheid, waardoor ze niet zomaar PMC kunnen elimineren. Dit zou gaten in de keten veroorzaken of nadelige gevolgen hebben voor de 'zwakkere' zorgbehoevende met een lage sociaal economische status. Ook de financiering van nieuwe PMC is moeilijker, gezien de afhankelijkheid van met name de AWBZ, de WMO en de verzekeraars. Thuiszorginstellingen hebben nog veel kansen ten aanzien van marketing. Zo zijn klanten nog maar amper gesegmenteerd, is marktonderzoek nog geen structureel ingebed onderzoek en zijn kostprijsberekeningen nog geen gewoonte.

In deze scriptie is een instrument ontwikkeld voor thuiszorginstellingen, waarmee de levensvatbaarheid van nieuwe PMC bepaald kan worden, alvorens ze op de markt te brengen.

Het instrument gaat uit van de vier perspectieven van de Balanced Score Card van Norton & Kaplan (klant, financieel, intern, groei- & leer). Daar is een vijfde perspectief aan toegevoegd, namelijk 'extern'. Vervolgens maakt het instrument gebruik van vijf fasen, te weten: analyse, ontwikkeling, testen, implementatie en evaluatie & control. Een vereiste bij het gebruik van dit instrument is dat er sprake moet zijn van een nader omschreven startpunt.

Uit het kwalitatieve onderzoek komt naar voren dat het aanboren van nieuwe markten nog in het beginstadium verkeert en dat segmentatie van klanten zich over het algemeen nog in de ideeënfase bevindt. Het instrument is dan ook getoetst aan de hand van een bestaand product in de thuiszorg, namelijk personenalarmering. Tevens is het instrument voorgelegd aan een tweetal experts. Dit heeft uiteindelijk geleid tot het "5x5PMC-instrument".

Met het 5x5PMC-instrument hebben thuiszorginstellingen een leidraad voor handen, waarmee ze de kansen en risico's van nieuwe PMC kunnen inschatten. Dit reduceert de mogelijkheid dat de instelling voor grote verrassingen komt te staan.

Summary

The Dutch government has reacted to the several health-care developments by introducing "market forces". Dutch Home-care institutions are expected to distinct themselves from their competitors to profile themselves. Marketing could play a role in that process. Marketing is currently a new concept in the Dutch government. A quantitative research has shown that the Dutch home-care institutions perform weakly on marketing-orientation. The introduction of new product-market combinations (PMC) is an opportunity for organizations to profile themselves. The most important reason is to keep your current customers. Other considerations are for example the recruitment of new customers, the expansion of the relative market share, the improvement of the turn of the market and staying ahead the competitors. Home care organizations have a specific financial structure and an institutional environment that diverges from regular markets. That makes marketing a lot more complicated. Home-care organizations also feel a social responsibility and therefore they can't just eliminate PMC. This could cause a chunk in the chain or negative consequences for the needs of the 'weak' health-care customers. The financial realisation of new PMC is also more difficult, because of the dependence from mostly the AWBZ, WMO and insurers. Marketing offers a lot of opportunities for home-care organizations. Customers are for example hardly segmented, market investigation is not a structural embedded thing and calculation of expenses are not usual.

In this essay an instrument is being developed for home-care organizations, which they can utilize to estimate the viability of new PMC, before releasing them on the market. This instrument is based on the four perspectives of the Balanced Score Card from Norton & Kaplan (customer, financial, internal, growth & learn). A fifth perspective is also added, which is called 'external powers'. Subsequently this instrument uses five phases: analysis, development, testing, implementation and evaluation & control. Requisition is a further defined starting point.

The results of qualitative research have shown that approaching new markets is in the initial phase and segmentation of customers, in general, is still in the idea phase. The instrument is therefore tested on the basis of an existing product in home-care: 'personalarming'. This instrument has also been proposed to two experts on this matter, which eventually resulted in the "5x5PMC-instrument".

The 5x5PMC-instrument is a guideline for home-care organizations, in which they can estimate their chances and risks of new PMC. That reduces the possibility of big (negative) surprises.

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
SUMMARY	4
1 INLEIDING	8
1.1 ALGEMEEN	8
1.2 PROBLEEMSTELLING.....	9
1.2.1 Doelstelling	9
1.2.2 Onderzoeksvragen.....	9
1.3 RELEVANTIE.....	10
1.4 OPBOUW VAN DEZE SCRIPTIE.....	11
2 MARKETING IN DE THUISZORG	13
2.1 DE NEDERLANDSE THUISZORG: TRENDS EN ONTWIKKELINGEN	13
2.1.1 De zorgmarkt.....	13
2.1.2 Wetgeving en financiering.....	14
2.2 ZORGMARKETING NADER GEDEFINIEERD.....	16
2.2.1 Definitie van marketing	16
2.2.2 Marketingoriëntatie.....	17
2.3 MARKETINGSTRATEGIEËN	18
2.3.1 Aantrekkelijkheid van de bedrijfstak	18
2.3.2 Marketingmix	20
2.4 CONCLUSIES MARKETING IN DE THUISZORG	20
3 PRODUCT-MARKTCOMBINATIES	21
3.1 PRODUCT-MARKTCOMBINATIES IN DE THUISZORG.....	21
3.2 DE (MARKETING) BALANCED SCORECARD.....	24
3.2.1 De BSC.....	24
3.2.2 De vier perspectieven van de (M-)BSC	26
3.3 HET KLANTPERSPECTIEF.....	28
3.3.1 Segmentatie	28
3.3.2 SERVQUAL.....	30
3.4 HET INTERNE PERSPECTIEF	31
3.4.1 Customer Relationship Management.....	32
3.4.2 Distributiemanagement	34
3.5 HET FINANCIËLE PERSPECTIEF	34
3.5.1 De BCG-matrix	34
3.5.2 De customer value map.....	36
3.6 HET GROEI- EN LEERPERSPECTIEF.....	38
3.6.1 Het ontwikkelen van nieuwe producten.....	38
3.6.2 Voorbeelden van nieuwe PMC in de thuiszorg.....	39
3.7 ONTBREKENDE PERSPECTIEVEN.....	40
3.8 CONCLUSIES PMC IN DE THUISZORG	40
4 ONDERZOEKSMETHODEN	42
4.1 KWANTITATIEF ONDERZOEK.....	42
4.1.1 Onderzoekspopulatie	42
4.1.2 Onderzoeksinstrument	42
4.1.3 Betrouwbaarheid en validiteit	43
4.2 KWALITATIEF ONDERZOEK	44
4.2.1 Onderzoekspopulatie	44
4.2.2 Onderzoeksinstrument	45
4.2.3 Betrouwbaarheid en validiteit	45
4.2.4 Data-analyse	47

5 RESULTATEN KWANTITATIEVE ONDERZOEK.....	48
5.1 ALGEMENE KENMERKEN	48
5.1.1 Respons.....	48
5.1.2 Geografische verdeling	48
5.1.3 Functionaris	49
5.1.4 Overig.....	49
5.2 DE MARKETINGORIËNTATIE.....	49
5.2.1 Score marketingoriëntatie	49
5.2.2 Dimensies van marketingoriëntatie	53
5.3 PRODUCT-MARKTCOMBINATIES	54
5.3.1 Wensen en behoeften van klanten en verwijzende partijen.....	54
5.3.2 Onderzoeken ten aanzien van nieuwe PMC	54
5.3.3 Functionarissen.....	55
5.3.4 Afwegingen bij PMC	56
5.4 CONCLUSIES KWANTITATIEVE ONDERZOEK.....	57
6 RESULTATEN KWALITATIEF ONDERZOEK.....	58
6.1 CASEBESCHRIJVING	58
6.2 ALGEMEEN	58
6.3 KLANTPERSPECTIEF	60
6.4 INTERN PERSPECTIEF	61
6.5 FINANCIËEL PERSPECTIEF	63
6.6 GROEI EN LEERPERSPECTIEF	64
6.7 EXTERN PERSPECTIEF	65
6.8 VERSCHILLEN/ OVEREENKOMSTEN SAMENGEVAT	66
6.9 CONCLUSIE KWALITATIEF ONDERZOEK	68
7 ONTWIKKELING VAN HET 5X5PMC-INSTRUMENT	69
7.1 HET 5X5PMC-INSTRUMENT	69
7.2 INVULLING VAN HET INSTRUMENT.....	70
7.2.1 Startpunt	70
7.2.2 Analysefase.....	71
7.2.3 Ontwikkelfase	71
7.2.4 Testfase.....	72
7.2.5 Implementatiefase.....	73
7.2.6 Evaluatie & control fase.....	74
7.3 HET UITEINDELIJKE 5X5PMC-INSTRUMENT	74
7.4 PRAKTIJKTOETSING VAN HET 5X5PMC-INSTRUMENT	76
7.4.1 Toetsing aan personenalarmering.....	76
7.4.2 Resultaten expertpanel	78
7.5 CONCLUSIE/ REFLECTIE 5X5PMC-INSTRUMENT	79
8 SLOTBESCHOUWING: CONCLUSIES, DISCUSSIE & AANBEVELINGEN.....	81
8.1 CONCLUSIES	81
8.1.1 Marketing in de thuiszorg.....	81
8.1.2 Product-marktcombinaties in de thuiszorg.....	81
8.1.3 Marketingtechnieken bij nieuwe product-marktcombinaties.....	82
8.1.4 Mate van marketing in de thuiszorg	83
8.1.5 Afwegingen bij de implementatie van een nieuw product.....	84
8.1.6 Bepalen van de levensvatbaarheid van nieuwe product-marktcombinaties	84
8.1.7 Slotconclusie.....	85
8.2 DISCUSSIE.....	86
8.2.1 Discussie onderzoeksmethode	86
8.2.2 Discussie externe invloeden	87
8.3 AANBEVELINGEN.....	88
8.3.1 Aanbevelingen vervolgonderzoek	88
8.3.2 Aanbevelingen richting thuiszorginstellingen	90

LITERATUUR.....	92
BIJLAGE 1: VRAGENLIJST KWANTITATIEVE ONDERZOEK.....	96
BIJLAGE 2: BEREKENING MARKETINGORIËNTATIE.....	105
BIJLAGE 3: TOPICLIJST KWALITATIEF ONDERZOEK.....	106
BIJLAGE 4: PERSONENALARMERING.....	109
BIJLAGE 5: INNOVATIE SCORECARD.....	111

1 Inleiding

1.1 Algemeen

De gezondheidszorg heeft te maken met verscheidene ontwikkelingen en trends. Volgens Bricon-Souf e.a. (2005:810) nemen de kosten voor gezondheidszorg in de meeste landen enorm toe. Volgens deze auteurs is 'improving home care as an alternative to classical hospitalization (...) one of the main challenges for the 21st century'. Ook de verschuiving naar meer chronische ziekten en de opkomst van nieuwe ziekten zoals AIDS en de toenemende resistentie tegen antibiotica (Zolkiewski, 2004:1012) zijn ontwikkelingen in de zorgsector. Randall & Williams (2006) schrijven dat 'industrialized countries have struggled with rising health care costs due in part to heightened public expectations, technological advances and demographic changes'.

Demografische ontwikkelingen hebben vooral te maken met de vergrijzing. Vanaf 1900 tot en met 2005 is het aantal 65-plussers in Nederland toegenomen van 0,3 naar 2,3 miljoen. Het aantal 80-plussers nam nog sterker toe, van 35.000 naar 573.000. Het aantal ouderen zal de komende decennia sterk blijven toenemen. Oorzaken zijn de stijging van de levensverwachting en het op leeftijd komen van de naoorlogse 'baby boomers' (1946-1970). Hierdoor zal na 2010 het aantal ouderen nog sterker stijgen dan daarvoor (Beer & Verweij, 2005).

Tenslotte leiden ontwikkelingen zoals de verdergaande extramuralisering, technologische ontwikkelingen (Peeters en Francke, 2006), de wens om langer zelfstandig te wonen, de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen, sociaal-economische ontwikkelingen en een toenemende mondigheid van de zorgvrager tot een opwaartse druk op de zorgvraag (Kösters 2002:23).

De Nederlandse overheid heeft als een van de reacties op bovenstaande ontwikkelingen getracht marktwerking te introduceren in de gezondheidszorg. Het doel van marktwerking is zorgaanbieders te prikkelen goede kwaliteit ('zorg op maat') tegen een scherpe prijs ('kostenbeheersing') te leveren (Leeuwen, 2005:3). Marktwerking heeft uiteraard gevolgen voor de diverse zorginstellingen. Marketing wordt bijvoorbeeld steeds belangrijker ter profilering ten opzichte van andere instellingen. In de thuiszorg speelt concurrentie een steeds prominentere rol. De thuiszorg moet meer vraaggericht werken en kijken of de huidige product-marktcombinaties nog voldoende toereikend zijn om te kunnen overleven in de toekomst. De overheid heeft een deel van de geldstroom voor de thuiszorg overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Hierdoor moet de thuiszorg meedoen aan aanbestedingen bij de gemeenten en zichzelf dus gaan verkopen. Ook individuele klanten kunnen zelf hun zorg inkopen via een Persoonsgebonden Budget (PGB). Maar in hoeverre is er nu sprake van marketing in de thuiszorg? Welke product-marktcombinaties zijn er in de thuiszorg en waar liggen mogelijkheden om deze op de markt te brengen? De kwaliteit en veiligheid van de zorg is ook een belangrijke kwestie waar thuiszorginstellingen mee te maken hebben, maar gezien de veelomvattendheid van dit onderwerp is besloten dit buiten de scope van deze scriptie te houden.

1.2 Probleemstelling

In de inleiding is een kort beeld geschetst van de ontwikkelingen waar de gezondheidszorg en specifiek de thuiszorg mee te maken heeft. In deze scriptie wordt er gekeken naar de rol die marketing speelt bij deze ontwikkelingen. Daarbij wordt er ingezoomd op de ontwikkeling van nieuwe product-marktcombinaties (PMC) en in hoeverre marketing mogelijkheden biedt om deze nieuwe PMC zo optimaal mogelijk op de markt te brengen. Deze paragraaf geeft inzicht in de probleemstelling die ten grondslag ligt aan deze scriptie en komt tot onderzoeksvragen waarmee de doelstelling van deze scriptie beantwoord zal worden.

1.2.1 Doelstelling

De doelstelling van deze scriptie is om te komen tot een instrument voor thuiszorginstellingen, met daarin de belangrijkste afwegingen waar thuiszorginstellingen aan moeten denken bij het zo optimaal mogelijk op de markt brengen van nieuwe PMC.

Hiervoor wordt eerst gekeken in hoeverre de thuiszorginstellingen in Nederland marketinggeoriënteerd zijn. Uit deze resultaten worden een aantal instellingen geselecteerd die het meest marketinggeoriënteerd zijn, zodat deze instellingen input kunnen leveren voor de afwegingen voor het te ontwikkelen instrument.

1.2.2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag die centraal staat in deze scriptie kan als volgt worden omschreven:

Welke overwegingen spelen een belangrijke rol voor thuiszorginstellingen bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?

Allereerst wordt er vanuit de (marketing)theorie en de praktische inzichten over de thuiszorg sector meer analytisch gekeken naar de concepten “zorgmarketing” en “product-marktcombinaties” met behulp van de volgende deelvragen:

1. Wat is marketing in de thuiszorg?
2. Hoe kunnen product-marktcombinaties in de thuiszorg worden gedefinieerd/ getypeerd?
3. Op welke wijze kunnen marketingtechnieken worden ingezet bij het behalen van zo optimaal mogelijke resultaten bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?

Als de conceptuele kaders beschikbaar zijn, kan de huidige situatie in de thuiszorg beter geanalyseerd worden vanuit de dagelijkse empirie, met de volgende deelvraag:

4. In hoeverre is er nu sprake van marketing in de thuiszorg?

Vervolgens wordt er meer gekeken naar de toekomst, waarin thuiszorginstellingen immers hun plaats op de markt moeten veroveren, behouden en uitbreiden. Daarbij wordt met name gekeken naar de mogelijkheden die vanuit de marketing ingezet kunnen worden m.b.t. nieuwe product-marktcombinaties:

5. Welke afwegingen worden er door de diverse stakeholders in de thuiszorg gemaakt om een nieuw product op de markt te brengen?

Tenslotte wordt geprobeerd alle verzamelde inzichten uit theorie en empirie om te zetten in een instrument waarmee in de toekomst de levensvatbaarheid van een nieuwe product-marktcombinatie op systematische wijze in beeld gebracht kan worden, zodat een thuiszorginstelling de mogelijkheden en risico's kent, alvorens een potentiële product-marktcombinatie werkelijk op te zetten:

6. Is er een instrument te ontwikkelen om de levensvatbaarheid van een nieuwe product-marktcombinatie te bepalen?

1.3 Relevantie

In onderstaande paragrafen wordt ingegaan op de wetenschappelijke, maatschappelijke en persoonlijke relevantie van deze scriptie.

Wetenschappelijke relevantie

Deze scriptie gaat in op de ontwikkeling van nieuwe product-marktcombinaties in de thuiszorg. Marketingaspecten spelen hierbij een belangrijke rol. Deze aspecten zijn voor de zorg echter nieuw, waardoor het gebruik ervan waarschijnlijk nog niet optimaal benut wordt. Doordat de thuiszorgsector te maken heeft met specifieke karakteristieken, die niet in het bedrijfsleven spelen, wordt er in deze scriptie gekeken hoe deze karakteristieken de marketingaspecten beïnvloeden. Er wordt onderzocht in hoeverre de Nederlandse thuiszorg momenteel marketinggeoriënteerd is. Tevens wordt er een instrument ontwikkeld, waarin de bestaande marketingconcepten uit het bedrijfsleven worden toegespitst op de thuiszorg.

Maatschappelijke relevantie

Marketing in de thuiszorg speelt een belangrijke rol bij het gericht aanbieden van producten en diensten aan specifiek onderscheiden markten. Het uitvoeren van het ideale marketingbeleid betekent dat er optimaal wordt ingespeeld op de wensen en behoeften van de klant door het gericht ontwikkelen en aanbieden van nieuwe product-marktcombinaties. Dit kan een belangrijke bijdrage leveren aan de kanteling van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg.

Persoonlijke relevantie

Zelf ben ik werkzaam in de thuiszorg waarbij ik merk dat de ingevoerde marktwerking en met name de aanbestedingen een grote impact hebben op de strategie van de instelling. Als gevolg van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning hebben instellingen bijvoorbeeld te maken met aanbestedingen. Ze

moeten zich nu profileren ten opzichte van anderen. Nieuwe product-marktcombinaties vormen hierbij een belangrijk aspect. Toch merk ik dat nieuwe producten niet altijd gestructureerd op de markt gezet worden. In het bedrijfsleven is er al langere tijd sprake van diverse marketingconcepten om dit beter te stroomlijnen. Ik vind het dan ook interessant om te onderzoeken in hoeverre de marketingconcepten van het bedrijfsleven toepasbaar zijn in de thuiszorgsector. Met name de mogelijkheden die marketing kan bieden om klanten beter van dienst te kunnen zijn is voor mij een motivatie. De uitdaging voor mij is niet alleen een wetenschappelijke scriptie te schrijven, maar ook een bijdrage te leveren aan het veranderproces in de thuiszorg door het ontwikkelen van een praktijkgericht instrument.

1.4 Opbouw van deze scriptie

Om een antwoord te geven op bovenstaande deelvragen en indirect op de hoofdvraag, is er gekozen voor de volgende structuren welke achtereenvolgens in deze scriptie behandeld worden:

1. **Literatuuronderzoek** (deelvraag 1 t/m 3)

Literatuuronderzoek is nodig om aan te geven welke definities gebruikt worden in deze scriptie, welke theorieën van belang zijn en om kaders te geven aan het verdere onderzoek.

2. **Kwantitatief onderzoek** (deelvraag 4)

Met behulp van kwantitatief onderzoek wordt onderzocht in hoeverre en nu sprake is van marketing in de thuiszorg. Dit onderzoek wordt in samenwerking met andere masterstudenten uitgevoerd. Zij zullen met dezelfde onderzoeksmethode kijken naar andere sectoren in de zorg (ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg).

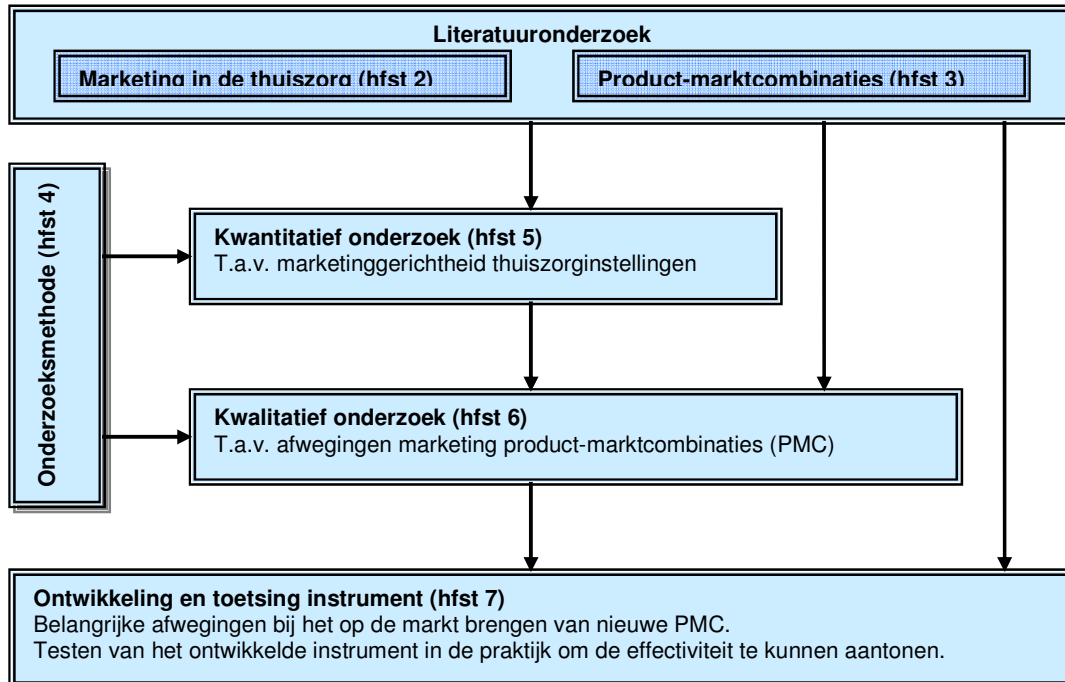
3. **Kwalitatief onderzoek** (deelvraag 5)

Dit onderzoek wordt uitgevoerd om te bepalen welke afwegingen er door verschillende stakeholders in de thuiszorg worden gemaakt bij de op de markt brengen van nieuwe producten.

4. **Ontwikkeling en toetsing instrument** (deelvraag 6)

Met behulp van de theorie en het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek wordt gekeken of het mogelijk is een instrument te creëren waarmee thuiszorginstellingen de levensvatbaarheid van nieuwe product-marktcombinaties kunnen bepalen. Het ontwikkelde instrument wordt vervolgens in de praktijk getoetst en voorgelegd aan een aantal experts om de effectiviteit te kunnen aantonen en aanbevelingen te kunnen geven aan thuiszorginstellingen.

In figuur 1.1 is deze opbouw schematisch weergegeven.



Figuur 1.1 Schematisch overzicht opbouw van scriptie

2 Marketing in de thuiszorg

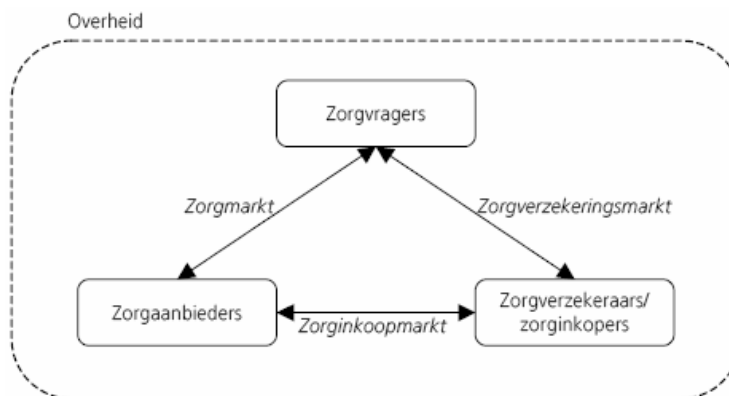
In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de eerste deelvraag: 'Wat is marketing in de thuiszorg?' Er wordt eerst gekeken naar de belangrijkste trends en ontwikkelingen waar de Nederlandse zorgmarkt mee te maken heeft. Daarbij komt ook de belangrijkste wet- en regelgeving, opgelegd door de overheid, voor de thuiszorg aan de orde. Dit bepaalt namelijk grotendeels de financiering. Vervolgens wordt er in paragraaf 2.2 nader ingegaan op zorgmarketing. Wat is het nu eigenlijk en hoe kan bepaald worden in hoeverre er momenteel sprake is van zorgmarketing in de thuiszorg? Vervolgens wordt er dieper ingegaan op een aantal theorieën die voortkomen uit de definiëring van zorgmarketing.

2.1 De Nederlandse thuiszorg: trends en ontwikkelingen

2.1.1 De zorgmarkt

De zorgmarkt heeft t.o.v. het bedrijfsleven een aantal specifieke kenmerken. Een belangrijk verschil met het bedrijfsleven is dat de zorgmarkt geen vrije markt is, maar een door de overheid gereguleerde markt. Dit betekent dat er regels zijn die de commerciële speelruimte van zorgaanbieders bepalen en beperken. Zo mogen zorginstellingen in principe geen winst maken, toetredingsdrempels zijn hoog en er zijn regels op grond waarvan de prijzen worden vastgesteld. Daarbij bepalen overheidsorganen de omvang van de zorgbehoefte van de klanten en hebben zorgkantoren en zorgverzekeraars een belangrijke rol omdat zij namens de overheid het grootste deel van de zorgmarkt verdelen door het afsluiten van raamcontracten met elkaar concurrerende zorgaanbieders. Verder kijkt de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ook naar de zorgsector om ervoor te zorgen dat er geen al te grote monopolistische zorgaanbieders ontstaan (Van Leeuwen, 2007:2).

De institutionele omgeving is ook duidelijk anders dan die van reguliere marktsectoren. Met name de verhoudingen tussen de belangrijkste groepen spelers in en om de zorgsector zijn hierbij relevant (zie figuur 2.1).



Figuur 2.1: partijen in en om de zorgsector (bron: Prince e.a. 2005)

In figuur 2.1 is te zien dat de structuur van de zorgsector in grote lijnen gekenmerkt wordt door het bestaan van een drietal markten, namelijk de zorgmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeringsmarkt.

Hierbij komt de specifieke financieringsstructuur naar voren. De zorgvragers betalen namelijk niet direct voor de verleende diensten van de zorgaanbieders. De zorgvragers zijn daarvoor verzekerd bij de zorgverzekeraars. De betaling voor de diensten van de zorgaanbieders geschiedt door de zorgverzekeraars/ zorginkopers, via de zorginkoopmarkt. Slechts in een beperkt aantal gevallen in de zorgsector is sprake van levering en betaling op één markt tussen zorgaanbieders en zorgvragers, zoals in het geval van persoonsgebonden budgetten (Prince e.a. 2005:11).

Er is een tendens naar meer vraaggestuurde zorg in plaats van aanbodgestuurde zorg. Mensen zijn hoger opgeleid en beter geïnformeerd en zijn daardoor beter in staat om hun eigen wensen en behoeften te articuleren en na te streven. Er is sprake van een toegenomen individualisme, een grotere mondigheid en daarbij ook een groei in welvaart. Mensen willen beter geïnformeerd worden over gezondheid, ziekte en behandelmogelijkheden en patiënten krijgen meer zelfvertrouwen binnen de hulpverleningsrelatie (Kraan, 2006:27). Patiënten accepteren de beperkingen van het zorgaanbod niet langer. Ze willen dat er meer rekening wordt gehouden met hun wensen en beperkingen (Hamel, 2001:2). Patiënten halen ook steeds meer informatie van het Internet en komen zodoende goed voorbereid bij een arts. Dit vraagt om een andere benadering van de zorg aan de patiënt.

2.1.2 Wetgeving en financiering

De Nederlandse thuiszorg heeft te maken met verschillende wet- en regelgeving die door de overheid wordt opgelegd. Deze wet- en regelgeving bepaalt ook in grote mate de financieringsstromen. Hieronder wordt een uiteenzetting gegeven van de meest belangrijke en invloedrijke wet- en regelgeving t.a.v. financiering in de thuiszorgsector.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Met uitzondering van de enkelvoudige huishoudelijke verzorging (sinds 1-1-07 via de WMO) is de thuiszorg AWBZ gefinancierd. De AWBZ is een volksverzekering met verstrekkingen in natura en sinds het persoonsgebonden budget (PGB) ook in geld. Het wordt uitgevoerd door het zorgkantoor. Het zorgkantoor is in zijn regio verantwoordelijk voor het contracteren van de benodigde thuiszorg. Daartoe maakt het zorgkantoor volume- en prijsafspraken met toegelaten zorginstellingen. Het zorgkantoor heeft jegens AWBZ-verzekerden een zorgplicht (Kösters, 2002:13). Om aanspraak te kunnen maken op thuiszorg of een PGB heeft een verzekerde een indicatie nodig van een onafhankelijk orgaan, het Centraal Indicatie Orgaan (CIZ).

Thuiszorgorganisaties leveren zes van de zeven zorgfuncties: persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling (en huishoudelijke verzorging via WMO). Dat alles zonder de combinatie met 'verblijf' als zevende functie. De omvang van de benodigde zorg wordt uitgedrukt in klassen, die aangeven in welke bandbreedte de cliënt aanspraak kan maken op een bepaalde functie (Boot & Knapen 2005:106).

Persoonsgebonden Budget

Verzekerden kunnen zelf kiezen voor een PGB (in plaats van de directe zorg in natura, ingekocht door zorgkantoor bij zorgaanbieders). De hoogte hiervan wordt door het zorgkantoor vastgesteld op basis van de indicatie. De zorg mag dan worden ingekocht bij om het even wie (bijv. buurvrouw, particuliere bureaus, toegelaten AWBZ-instellingen), mits er een overeenkomst wordt gesloten. De budgethouder geeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) opdracht om betalingen te doen aan de zorgverlener. De SVB betaalt uit en houdt eventuele sociale premies, loonbelasting en werkgeverslasten in. Wanneer er niet genoeg trekkingskracht meer is kan de budgethouder een vrijwillige storting doen bij de SVB (Kösters, 2002:14).

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Huishoudelijke verzorging (HV) vormt vanaf 1 januari 2007 niet langer een aparte functie in het kader van de AWBZ. Vanaf die datum kan hulp bij het huishouden worden verkregen via de gemeenten op basis van de WMO. Zorginstellingen die uitsluitend huishoudelijke verzorging leveren, vallen per 1 januari 2007 zelfs helemaal buiten de AWBZ en de Wet Tarieven Zorginstellingen (VWS, 2006).

De HV wordt verdeeld onder thuiszorginstellingen door de gemeente met behulp van aanbestedingen. Daarbij gelden de Europese regels voor aanbestedingen. Thuiszorginstellingen moeten daarbij offertes uitbrengen. De gemeente kiest daaruit een aantal instellingen die de HV in die gemeente mogen leveren. De overige thuiszorginstellingen verliezen hun aandeel in HV.

Volgens Deloitte (2006:21) breekt er met de WMO een nieuw tijdperk aan voor zowel gemeenten, zorgaanbieders als woningcorporaties. Degene die de beste strategische opties verkent en benut zal als een sterke speler uit het veld komen. Strategische planning is een kritische succesfactor. Voor aanbieders van zorg biedt de WMO de kans om de marktgerichte benadering ook daadwerkelijk tot stand te laten komen. Thuiszorgorganisaties kunnen een onderscheid maken in het aanbieden van goedkopere huishoudelijke hulp enerzijds en specialistische medische hulp anderzijds (Deloitte, 2006:25). Door de WMO ontstaan er meer potentiële aanbieders (te denken valt aan schoonmaakbedrijven die ook in de aanbestedingen meedoen). Het is voor een thuiszorginstelling dan ook belangrijk goede contacten op te bouwen met gemeenten, maar ook een goede naam te hebben bij (potentiële) klanten. Deze klanten krijgen steeds vaker zelf de keuze voorgelegd van welke instelling zij de zorgverlening willen ontvangen. Huishoudelijke verzorging (HV) is vaak ook de voorloper van meer specialistische zorg bij de klant. Zoals Kösters (2002:23) verwoord is huishoudelijke zorg de kurk waarop veel thuiszorgorganisaties drijven. Door al HV te leveren, is de kans groter dat de klant ook m.b.t. de andere zorgfuncties kiest voor dezelfde thuiszorgorganisatie; ofwel klantenbinding bewerkstelligen.

2.2 Zorgmarketing nader gedefinieerd

In deze paragraaf wordt het concept marketing in de zorg nader gedefinieerd. Ook wordt ingegaan op het door Kotler & Clarke (1987) ontwikkelde instrument om de marketingoriëntatie van organisaties te kunnen meten.

2.2.1 Definitie van marketing

Er zijn vele definities ten aanzien van marketing. In deze scriptie wordt uitgegaan van de definitie van Van Leeuwen (2005). Deze definitie is gebaseerd op de definitie van marketinggoeroe Philip Kotler (Kotler & Keller, 2006:31) en tevens onderschreven door de American Marketing Association (in Morgan, 1996:20).

Marketing is een ondernemingsfunctie die onvervulde behoeften en wensen opspoorst en definieert en hun omvang en winstpotentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte producten, diensten en programma's zijn om de gekozen deelmarkten te bedienen en een beroep doet op iedereen in de organisatie om mee te denken met de afnemer en hem van dienst te zijn (in Van Leeuwen, 2005:3).

Zorgmarketing betekent hierbij volgens Van Leeuwen (2005:4) het samenwerken in de zorgketen. De taak van 'marketing' bestaat dan uit het ontdekken en converteren van de wensen en behoeften van individuele cliënten tot winstmogelijkheden. Het doel van marketing is het scheppen van 'waarde' voor cliënten door superieure oplossingen aan te bieden, cliënten inkoopmoeite (tijd, geld, inspanning) te besparen en bij te dragen aan een hogere levensstandaard van de hele samenleving (maatschappelijk en duurzaam ondernemen).

Marketing dient wel centraal te worden aangestuurd. Een integrale, cliëntgerichte aanpak verdient veruit de voorkeur boven een versnipperde productgerichte aanpak. Het decentraliseren van de marketingfunctie laag in de zorgorganisatie zorgt er voor dat de productgerichte aanpak blijft bestaan (in tegenstelling tot de gewenste cliëntgerichte en vraaggestuurde dienstverlening) en dat commerciële inspanningen ongericht, inefficiënt en weinig effectief verlopen (Van Leeuwen, 2005:5).

Van Erp (1998:147) noemt een aantal hoofdpunten voor wat betreft de inhoud van marketing in de gezondheidszorg:

1. Marketing vereist dat de gezondheidszorg wordt gezien vanuit het gezichtspunt van de klanten. De klanten van gezondheidszorgorganisaties zijn de patiënt, ziektekostenverzekeraar, overheid, verwijzers en dergelijke.
2. Marketing omvat een aantal activiteiten en het opstellen van een marketingplan voor de afstemming en timing van deze activiteiten.
3. Marketing heeft een integrerende functie ten aanzien van andere bedrijfsfuncties.
4. Marketing vereist een zekere infrastructuur om effectief marketing toe te passen. Deze infrastructuur heeft betrekking op de organisatiestructuur, het informatiesysteem en de implementatie van de klantgerichtheid in de gehele organisatie.

Marketing in de zorg is de laatste jaren steeds meer in de belangstelling komen te staan. Deels heeft de marktwerking hieraan bijgedragen. Marktwerking en marketing worden echter nog wel eens door elkaar gehaald. Van Erp (1998:25) geeft aan dat marktwerking in de gezondheidszorg de regulering van vraag, aanbod en financiering betreft. Marktwerking creëert als het ware de condities voor effectief en doelmatig gedrag door de gezondheidszorgorganisatie. Marketing betreft volgens deze auteur de wijze waarop de gezondheidszorgorganisatie komt tot doelrealisering (continuïteit en effectieve functievervulling). Marktwerking is deels opgelegd door de overheid (instellingen moeten meer gaan concurreren) en marketing is daarbij een hulpmiddel waar instellingen zelf voor kunnen kiezen.

2.2.2 Marketingoriëntatie

Om te onderzoeken in hoeverre er momenteel sprake is van marketing in de thuiszorg, wordt er gekeken naar de marketingoriëntatie. Marketingoriëntatie wordt door Kotler & Clarke (1987:31) als volgt neergezet:

'A marketing orientation holds that the main task of the organization is to determine the needs and wants of target markets and to satisfy them through the design, communication, pricing and delivery of appropriate and competitively viable products and services.'

Dit vereist volgens Naidu & Narayana (1991:23) de volgende zaken:

1. Marktonderzoek om de wensen en behoeften van de doelmarkten te achterhalen;
2. Product/service planning om de servicemix te ontwerpen en ontwikkelen voor de doelmarkt;
3. Ontwikkeling van promotie/ reclame/ PR-strategieën om te communiceren met de doelmarkt;
4. Ontwikkeling van een passende prijsstrategie die zowel concurrerend als acceptabel/ geoorloofd is;
5. Ontwikkeling van een efficiënte distributie strategie om de services te leveren aan de doelmarkt.

Kotler & Clarke (1987) hebben daarbij een framework ontwikkeld om te kunnen meten in hoeverre organisaties marketing georiënteerd zijn. Ook Naidu & Narayana (1991) hebben deze vragenlijst gebruikt om te onderzoeken in hoeverre ziekenhuizen in de US marketing georiënteerd zijn. Homberg (2005) heeft deze vragenlijst vertaald in het Nederlands en gebruikt om de mate van marketingoriëntatie van Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) te meten. Deze vertaalde vragenlijst wordt gebruikt in het kwalitatieve onderzoek om de marketingoriëntatie van Nederlandse thuiszorginstellingen te kunnen bepalen teneinde deelvraag 3 te beantwoorden.

De vragenlijst betreffende marketingoriëntatie bestaat uit vijf dimensies:

1. **Consumenten filosofie.** Speelt het management op de markt en de wensen/ behoeften van de klant in bij het creëren van de plannen en activiteiten van de organisatie?
2. **Integrale marketingoriëntatie.** Is de organisatie voorzien van personeel om de marketing analyse, planning, implementatie en controle uit te voeren?
3. **Adequate marketinginformatie.** Ontvangt het management de juiste en kwalitatieve informatie die nodig is om effectieve marketing te bewerkstelligen?
4. **Strategische organisatie.** Genereert het management innovatieve strategieën en plannen om haar lange-termijn doelen te bereiken?

5. **Operationele efficiency.** Worden de marketingactiviteiten geselecteerd en uitgevoerd op een kosteneffectieve wijze?

Hoe marketinggeoriënteerder organisaties zijn, hoe meer ze voldoen aan de volgende drie karakteristieken: 'responsive' (voldoen aan de behoeften van de klant), 'adaptive' (ontwikkelen van strategische plannen en 'entrepreneurial' (ondernemend). De thuiszorginstellingen die in het kwantitatieve onderzoek hoog scoren, worden dan ook uitgenodigd om mee te werken aan het kwalitatieve onderzoeksdeel, waarbij gekeken wordt naar afwegingen die een rol spelen bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties.

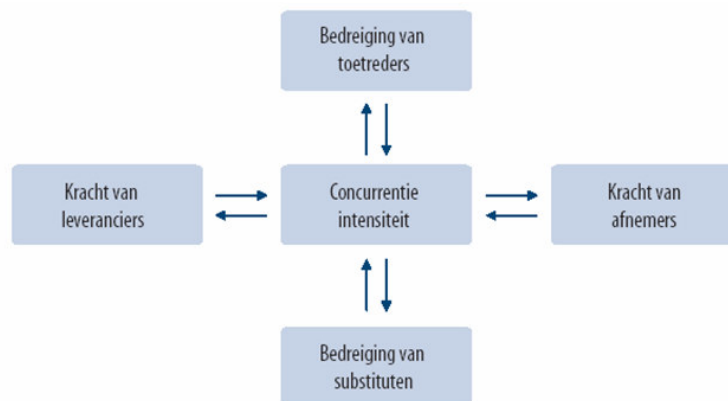
2.3 Marketingstrategieën

Er zijn verschillende marketingaspecten die belangrijk zijn voor de marketingstrategie van een organisatie. In deze paragraaf worden een aantal daarvan behandeld, namelijk het vijfkrachtenmodel van Porter en de bekende P's van de marketingmix. In het volgende hoofdstuk komen theorieën zoals segmentering, positionering, customer relationship management, distributiemanagement, etc. aan de orde. Deze splitsing heeft te maken met het conceptuele model welke in het volgende hoofdstuk wordt ontwikkeld.

2.3.1 Aantrekkelijkheid van de bedrijfstak

Zoals reeds vermeld in paragraaf 2.2.1 is het van belang om marketing te zien vanuit het perspectief van klanten. Omdat markten tegenwoordig zo concurrerend zijn, is het kennen van klanten echter niet langer voldoende. Bedrijven moeten ook de concurrenten scherp in de gaten houden en systemen ontwikkelen om continue kennis over hen te verzamelen (Kotler, 2003:217).

In zijn analyse van de concurrentieomgeving heeft Porter (in Kotler, 2003:218) vijf krachten vastgesteld die op lange termijn de inherente winstmogelijkheden in de markt of het marktsegment bepalen: concurrentie in de bedrijfstak, mogelijke nieuwkomers, substituten, afnemers en leveranciers. Deze krachten vormen samen het vijfkrachtenmodel (zie figuur 2.2).

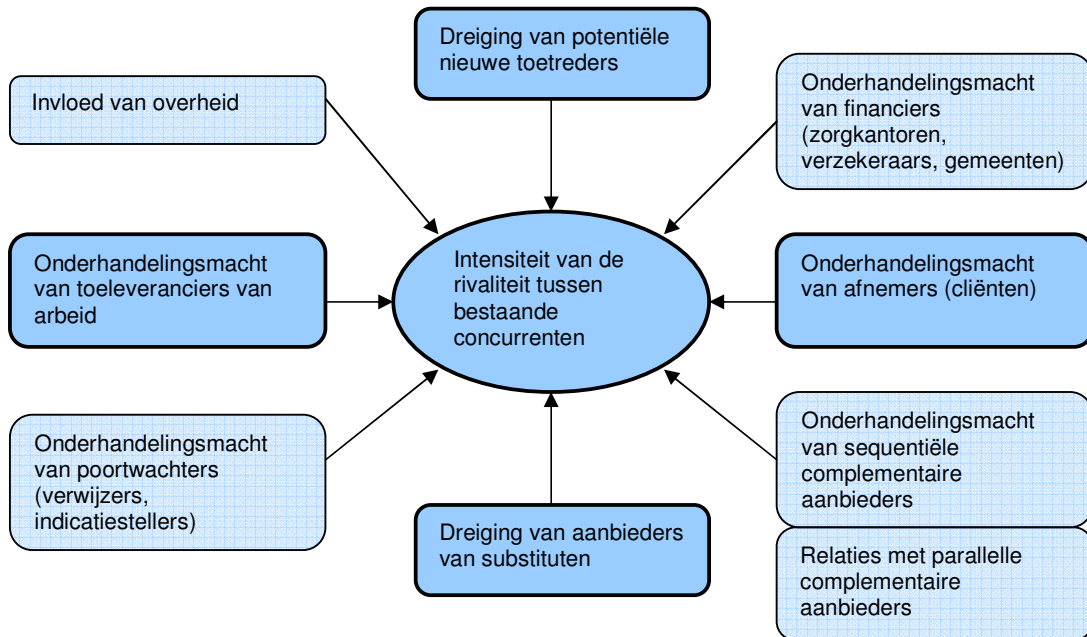


Figuur 2.2: het vijfkrachtenmodel van Porter

Breedveld e.a. (2006) hebben het vijfkrachtenmodel van Porter aangepast aan de specifieke situatie in de zorgsector. De zorg is namelijk een afwijkende markt ten aanzien van het bedrijfsleven, waar het vijfkrachtenmodel van Porter op gebaseerd is.

De vier krachten die volgens Breedveld e.a. (2005: 147-148) toegevoegd kunnen worden in de zorgsector zijn (zie figuur 2.3):

- De invloed van de overheid
- De relatie met leveranciers met gelijke producten/ diensten
- De rol van 'portiers'
- De financiers



Figuur 2.3: het Porter-plus model (Breedveld e.a. 2006)

In het model van Porter beïnvloedt de overheid de structuur indirect. Verscheidene auteurs zijn echter van mening dat de overheid een directe invloed heeft. Breedveld e.a. (2005:147) hebben de overheid dan ook als aparte kracht benoemd. Daarnaast is de markt voor de gezondheidszorg anders dan die in het bedrijfsleven. In de profit sector zijn het besluit tot consumptie, de consumptie zelf en de betaling ervan geconcentreerd in één persoon. In de zorg ligt dat bij drie verschillende actoren (zie ook paragraaf 2.1.1). Daarbij is het moeilijk om de beoordeling van de service in de thuiszorg helder te definiëren. Ook zijn verpleeghuizen en ziekenhuizen als kracht toegevoegd vanwege de doorverwijsfunctie die zij hebben ten opzichte van de thuiszorg. Tenslotte zijn verzekeringsmaatschappijen toegevoegd vanwege de rol die zij hebben bij de financiering van de thuiszorg (Breedveld e.a. 2005:148).

2.3.2 Marketingmix

De marketingmix bestaat uit het geheel aan marketinginstrumenten dat door de onderneming wordt ingezet om de marketingdoelstellingen in de doelmarkt te verwezenlijken (Kotler, 2003:18) en moet worden afgestemd op de markt danwel de doelgroep (Van Erp, 1998:127). Deze doelstellingen zijn door Jerry McCarthy rond 1960 geclassificeerd in de door Kotler populair gemaakte 4 P's: product, prijs, plaats & promotie. In het kader van zorgmarketing voor de thuiszorg heeft Van Leeuwen (2005:5) de 4 P's omgezet in de volgende 7 pijlers:

- Marktstrategie: op welke doelgroepen zijn wij actief?
- Klantstrategie: welke klantgroepen onderscheiden wij?
- Productstrategie: welke producten en diensten bieden wij aan?
- Contactstrategie: welke contactkanalen (distributiekkanalen) gebruiken we?
- Prijsstrategie: welke prijsmodellen en prijzen hanteren wij?
- Promotiestrategie: welke reclame en promotiecampagnes voeren we?
- Personeelsstrategie: welke kennis, kunde en vaardigheden hebben we hiervoor nodig?

Een 8^e pijler die toegevoegd kan worden is kwaliteitsstrategie. Veel thuiszorginstellingen zijn nu bezig met certificeringstrajecten zoals Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) om aan te kunnen tonen dat ze goede kwaliteit van zorg leveren. Ook gemeenten (WMO) en verzekeraars stellen een kwaliteitscertificaat steeds vaker als eis aan een instelling. Instellingen zonder kwaliteitscertificaat krijgen zelfs 2% mindering op het totale uurtarief van de zorginzet.

2.4 Conclusies marketing in de thuiszorg

De thuiszorgmarkt is momenteel een dynamische markt waar veel veranderingen gaande zijn. Thuiszorginstellingen hebben te maken met trends en ontwikkelingen als vergrijzing, hogere eisen van de klant en meer vraaggestuurde zorg. Daarnaast heeft de overheid de wet- en regelgeving aangepast om zo marktwerking te introduceren. Naast de geldstromen van de AWBZ, is er nu ook sprake van een PGB voor klanten en wordt huishoudelijke verzorging geleverd via de WMO. Thuiszorginstelling krijgen daardoor te maken met concurrentie en moeten zich gaan profileren om de huidige klanten te behouden en nieuwe klanten aan te trekken. Marketing is daarbij een belangrijk instrument. Ten aanzien van marketing is uitgegaan van de definitie van Van Leeuwen (gebaseerd op de definitie van Kotler). Om de huidige marketingoriëntatie van de thuiszorginstellingen te meten, kan gebruik gemaakt worden van de door Kotler & Clarke ontwikkelde vragenlijst. In hoofdstuk 4 wordt hier verder op ingegaan. Thuiszorginstellingen moeten bij marketing uitgaan van de klant. Daarbij dienen ze echter ook naar de concurrenten te kijken. In dit hoofdstuk zijn negen krachten onderscheiden die een instelling goed in kaart moet brengen en in de gaten dient te houden. Tenslotte is het voor een instelling belangrijk om de juiste marketingmix te creëren, waarbij in deze scriptie wordt uitgegaan van acht belangrijke pijlers.

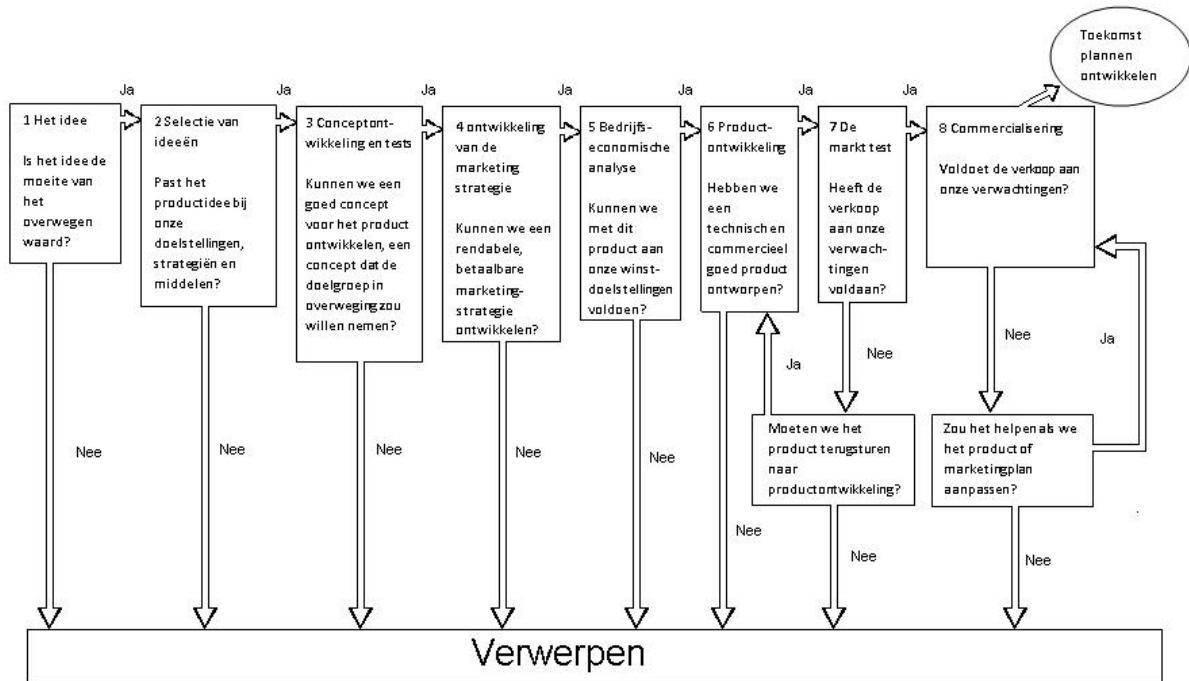
3 Product-marktcombinaties

Aantrekkelijke producten en diensten op het gebied van wonen, zorg en welzijn zijn een eerste vereiste voor het aantrekken van nieuwe cliënten, het behouden van bestaande cliënten, het versterken van de cliëntenbinding (“lock-in”), het verhogen van de cliënttevredenheid en het verhogen van de opbrengsten per cliënt (via “cross-selling”, “deep-selling” en “up-selling”). Daarnaast kan de kwaliteit van de verleende zorg aanzienlijk verbeterd worden door de invoering van nieuwe producten, diensten en serviceconcepten (Van Leeuwen, 2005:9). In dit hoofdstuk wordt gekeken wat product-marktcombinaties (PMC) nu eigenlijk zijn en wordt ingegaan op de ontwikkeling en marketing ervan. Hierbij worden de Balanced ScoreCard van Kaplan & Norton en de daaruit afgeleide Marketing Balanced ScoreCard als uitgangspunt gebruikt. Dit hoofdstuk geeft een antwoord op deelvraag 2 en 3 en eindigt met een conceptueel kader om het kwalitatieve onderzoeksdeel te structureren.

3.1 Product-marktcombinaties in de thuiszorg

Een product-marktcombinatie (PMC) is een eenheid met een eigen markt, die in staat is haar eigen strategie te formuleren. Het wordt in het bedrijfsleven ook wel aangeduid als een strategische business unit (SBU). Grotere ondernemingen bestaan al gauw uit tientallen van dergelijke aggregaties van producten en marktsegmenten die strategisch gelijke kenmerken vertonen (zoals producten die aan een zelfde groep klanten geleverd worden, of die in dezelfde behoefte voorzien). Het punt is dat deze zich vrijwel altijd in verschillende fasen van hun levenscyclus bevinden. Niet ieder bedrijfs onderdeel kan winst maken, cash opleveren en groeien. Daarbij zijn er ook activiteiten die aan het einde van hun levenscyclus zijn, geen winst meer opleveren en dus moeten worden geliquideerd of afgestoten.

Volgens Kotler (2003:273) bestaan er acht stappen in het proces van ontwikkelen van nieuwe producten, elk met eigen marketinguitdagingen en vragen die moeten worden beantwoord (zie figuur 3.1).



Figuur 3.1: Het ontwikkelproces voor nieuwe producten (Bron: Kotler, 2003:274)

1. Het genereren van ideeën

Volgens Von Hippel (in Kotler 2003:274) zijn de beste ideeën afkomstig van klanten die aangegeven hebben problemen met huidige producten te hebben. Hierbij kan m.i. echter de kanttekening geplaatst worden dat klanten niet snel geheel nieuwe producten zullen bedenken, maar dat ze altijd dichtbij het huidige product blijven.

2. Het selecteren van ideeën

In deze stap moeten de minder goede ideeën worden verworpen als de ontwikkelingskosten in de volgende stappen snel kunnen oplopen. Veelal wordt in deze fase een RRR-analyse ingezet: het 'resultaat', de 'resources' en het 'risico' van verschillende ideeën worden grafisch tegen elkaar afgezet. Ideeën die door deze selectie komen, gaan door naar de volgende fase.

3. Conceptontwikkeling en testen van het concept

In deze stap worden allereerst een aantal concepten opgesteld. Het concept met de beste vooruitzichten wordt uitgekozen en daarvoor wordt een plan voor de productpositionering gemaakt. Vervolgens wordt het uitgekozen concept getest bij potentiële afnemers.

4. Het ontwikkelen van de marketingstrategie

Er moet een driedelig marketingplan opgesteld worden. In het eerste deel wordt de doelgroep beschreven, de geplande productpositionering en de doelstellingen voor marktaandeel, omzet en winst voor de eerste jaren. In het tweede gedeelte worden de geplande prijs, de distributiestrategie en het marketingbudget voor het eerste jaar uiteengezet. In het derde deel worden de lange termijndoelen voor omzet en winst beschreven.

5. De bedrijfseconomische analyse

In deze fase beoordeelt het bedrijf de bedrijfseconomische aantrekkelijkheid van het product door omzet-, kosten- en winstvoorspellingen op te stellen en te bepalen of de cijfers in lijn zijn met de doelstellingen (maken van een 'business case').

6. De productontwikkeling

In deze fase worden de behoeften en wensen van de doelgroep vertaald in een werkend prototype. Vervolgens moet het prototype grondige functionele en klantentests ondergaan.

7. De markttest

Het nieuwe product wordt in een representatieve omgeving geïntroduceerd, om te kijken hoe groot de markt is en hoe klanten en dealers het product verwerken, gebruiken en waarderen.

8. Commercialisering

In deze laatste en tevens duurste fase wordt het product op de markt gebracht. Het bedrijf moet producten zoeken of zelf een productiefaciliteit bouwen. Men moet beslissingen nemen over timing, locaties, prospects in de markt en de introductiestrategie.

(Kotler, 2003:274)

Dit proces is ook goed toe te passen in de zorgsector. De zorgsector heeft ondanks de meer dienstverlenende vormen van producten wel te maken met bovengenoemde stappen. Van Leeuwen (2007:92) geeft ook aan dat de toenemende concurrentie zorgaanbieders dwingt om producten en diensten beter af te stemmen op de wensen en behoeften van (potentiële) zakelijke en particuliere klanten. Naast klantbehoud staat ook het aantrekken van nieuwe klanten en het aanboren van nieuwe inkomstenbronnen hoog op de agenda van veel zorginstellingen. Daarvoor zijn nieuwe innovatieve producten en diensten onmisbaar (Van Leeuwen, 2007:92).

Huidige PMC in de thuiszorg zijn met name te relateren aan de bekende diensten zoals verpleging, verzorging en huishoudelijke verzorging. Toch gaan steeds meer thuiszorginstellingen ook buiten de 'eigen markt' kijken en bijvoorbeeld PMC ontwikkelen in samenwerking met woningbouwverenigingen of ICT-bedrijven (domotica). De vraag is wel in hoeverre thuiszorginstellingen bij het ontwikkelen van nieuwe PMC gebruik maken van gestructureerde ontwikkelprocessen zoals hierboven omschreven door Kotler.

Nieuwe PMC dienen in relatie te staan met de strategie van de thuiszorginstelling. Ook moeten de PMC aansluiten op de interne processen en de wensen en behoeften van verschillende belangengroepen. Tenslotte dienen de nieuwe PMC ook winstgevend te zijn voor de instelling: niet alleen in de zin van geld, maar ook ten aanzien van bijvoorbeeld klantbehoud en tevredenheid van klanten. In de volgende paragraaf wordt daarom gekeken naar de mogelijkheden van de Balanced ScoreCard: een instrument dat volgens Mandour (2005:247) in staat is duidelijkheid te verschaffen over de financiële en niet-financiële bedrijfspresentaties voor de drie belangrijkste belangengroepen (financiers, klanten en werknemers).

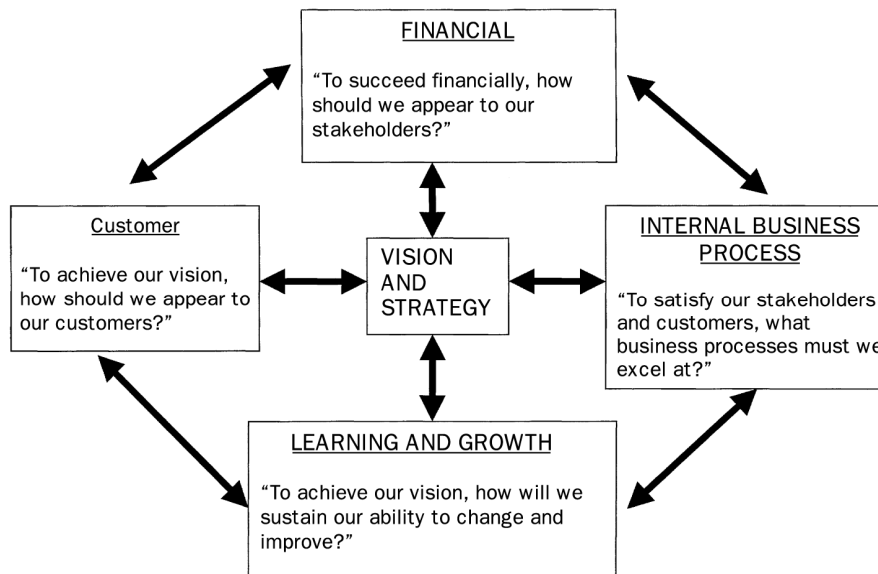
3.2 De (Marketing) Balanced ScoreCard

De Balanced ScoreCard (BSC) is een instrument voor bedrijven om hun strategische doelstellingen te vertalen in metingen en targets (acties). Bij het op de markt brengen van nieuwe producten spelen de dimensies van de BSC een belangrijke rol. Om te onderzoeken welke afwegingen thuiszorginstellingen maken om een nieuw product op de markt te brengen, wordt in deze scriptie dan ook gebruik gemaakt van de BSC als basis voor het te ontwikkelen instrument.

3.2.1 De BSC

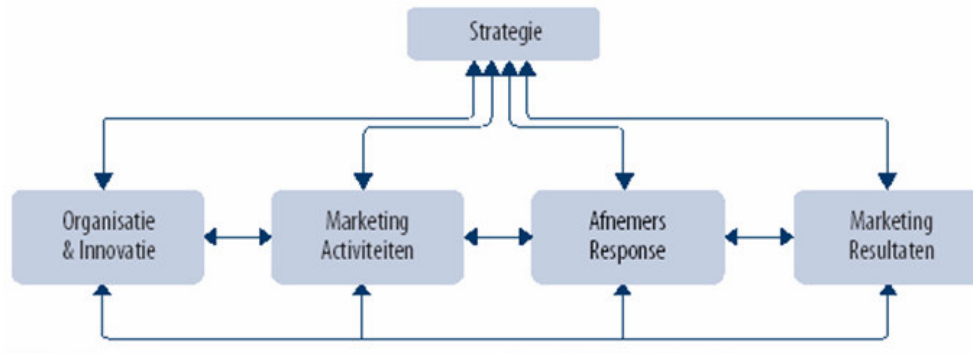
De methodiek van de BSC is te vergelijken met de meters op het dashboard in de ondernemingscockpit. Als de richting bekend is (de strategie), dan kan men door de metingen af te lezen de organisatie in de gewenste richting sturen. Op het dashboard zijn precies die metingen te vinden die kritiek zijn voor het sturen van een organisatie (Peelen e.a. 1999:13).

De BSC start dus bij de missie en visie van de organisatie en gaat vervolgens uit van vier perspectieven, te weten financieel, klant, intern en leer- en groeiperspectief (zie figuur 3.2).



Figuur 3.2: Balanced ScoreCard

De Marketing Balanced ScoreCard (M-BSC) is een afgeleide van de BSC (zie figuur 3.3). Daarbij wordt gebruik gemaakt van dezelfde perspectieven als de BSC, maar deze perspectieven worden op een 'marketingspecifieke wijze' ingevuld.



Figuur 3.3: Marketing Balanced ScoreCard

Voordat er verder gekeken wordt naar de vier perspectieven is het belangrijk dat de visie en de (marketing)strategie van de organisatie duidelijk en helder zijn geformuleerd. Dit bepaalt namelijk in belangrijke mate de kritische succesfactoren. Mandour (2005) adviseert daarbij om eerst een lange-termijn marketingstrategie vast te stellen voor een correcte invulling van de perspectieven. Treacy & Wiersema (1995:8) stellen daarbij dat geen enkel bedrijf vandaag de dag succes kan hebben door het iedere klant op alle fronten naar de zin te maken. In plaats daarvan moeten bedrijven proberen de unieke waarde te vinden die alleen zij kunnen bieden aan een met zorg uitgekozen markt. Daarbij onderscheiden deze auteurs drie waardedisciplines, namelijk:

- *Product leadership*. Hierbij tracht de onderneming in vergelijking met de concurrentie een superieur product te leveren. Zij beloven hun klanten impliciet de beste, allernieuwste producten en meer niet.
- *Operational excellence*. Ondernemingen met kostenleiderschap willen klanten op een gebruikersvriendelijke manier betrouwbare producten leveren tegen concurrerende prijzen. De impliciete belofte die zij hun klanten doen is eenvoudig: een lage prijs en koopgemak.
- *Customer intimacy*. Hierbij zijn afnemersoriëntatie, afnemersvredigheid, loyalty en customer service van kritiek belang voor het succes van een onderneming. Het gaat hierbij niet om eenmalige transacties, maar om het ontwikkelen van een goede klantrelatie. De impliciete belofte aan de klant is: we hebben de beste oplossing voor u en we helpen u waar we maar kunnen om een optimaal resultaat en/of een optimale waarde te verkrijgen bij alles wat u van ons koopt.

Daarbij benadrukken Treacy & Wiersema (1995:10) dat het kiezen van een waardediscipline niet hetzelfde is als kiezen van een strategisch doel. De keuze voor een waardediscipline heeft alles overheersende consequenties voor ieder daaropvolgend plan of besluit binnen de onderneming. Het beïnvloedt de hele organisatie, de bedrijfscultuur zowel als de organisatiestructuur. Het legt vast wat een bedrijf uiteindelijk doet en dus wat het is.

3.2.2 De vier perspectieven van de (M-)BSC

Hieronder wordt eerst een korte beschrijving gegeven van de vier perspectieven in de BSC en de afgeleide M-BSC. Vervolgens wordt er per perspectief gekeken naar verdere modellen en theorieën die een invulling kunnen geven van dat perspectief om nieuwe PMC in de thuiszorg goed op de markt te kunnen brengen.

Klantperspectief

De strategie voor inkomstengroei vereist volgens Kaplan & Norton (2004:50) een specifiek verkoopargument in het klantenperspectief dat beschrijft hoe de organisatie gedifferentieerde, duurzame waarde voor doelgroepsegmenten zal scheppen. Ofwel: hoe moeten we ons voordoen, zodat we de juiste klanten aantrekken (acquisitie), tevreden stellen en vasthouden? (Peelen, 1999:28).

Verkoopargumenten kunnen volgens Kaplan & Norton (2004:54) bijvoorbeeld zijn: het bieden van de beste koop of laagste totale kosten, productinnovatie en leiderschap, complete klantoplossingen, 'lock-in' (ofwel creëren van hoge omschakelkosten). Peelen (1999:32) geeft wel aan dat 'customer delightment' noodzakelijk is om uiteindelijk een band met de klanten op te bouwen, ofwel de verwachtingen van afnemers zullen overtroffen moeten worden. Hoeveel hangt af van de intensiteit van de concurrentie; hoe groter de concurrentiedruk, hoe belangrijker het realiseren van 'delightment' is voor het behouden van klanten.

Intern perspectief

Interne processen zijn verantwoordelijk voor twee essentiële componenten van de strategie van een organisatie: (1) interne processen produceren en leveren het verkoopargument voor de klant en (2) interne processen reduceren de kosten voor de productiviteitscomponent in het financiële perspectief. De vele interne processen zijn onder te verdelen in vier clusters:

- *Bedrijfsvoeringprocessen*: de primaire, dagelijkse processen waarmee bedrijven hun bestaande producten en diensten produceren en aan klanten leveren.
- *Klantenmanagementprocessen*: om de relatie met doelgroepklanten te verbreden en verdiepen.
- *Innovatieprocessen*: deze processen ontwikkelen nieuwe producten, processen en diensten en zorgen er vaak voor dat het bedrijf nieuwe markten en klantsegmenten kan aanboren.
- *Regelgevende en maatschappelijke processen*: hierdoor verwerft de organisatie het recht te opereren in de samenlevingen en landen waarin ze produceert en verkoopt.

Het denken in processen sluit nauw aan bij het waardedenken, waarin waarde wordt gecreëerd in processen die bestaan uit een serie opeenvolgende activiteiten die voor een interne of externe klant worden verricht (Peelen e.a. 1999:32). Deze auteurs onderscheiden bij marketing, gebaseerd op de indeling van Kaplan en Norton, de volgende processen:

- *Productontwikkeling*. Gericht op het ontwikkelen van een goed en/of dienst die voorziet in de wensen van de beoogde afnemer.

- *Merkmanagement.* Gericht op het uitbouwen van aansprekende merken waaronder goederen en diensten aan de doelgroep kunnen worden verkocht.
- *Customer management.* Gericht op het werven en vasthouden van klantrelaties; relaties waaraan goederen en diensten verkocht en geleverd worden en die zich aangetrokken voelen tot het merk.
- *Operational supply chain management.* Gericht op het uiteindelijk leveren en services van de klanten die transacties hebben afgesloten.
- *Sourcing.* Gericht op het structureel ontwikkelen van samenwerkingsrelaties met de geschikte toeleveranciers, zodat duurzaam en efficiënt de juiste materialen voor de productie van eindproducten worden verkregen.

Deze processen staan daarbij met elkaar in verbinding. In deze scriptie staat met name het proces productontwikkeling centraal. Gezien de onderlinge relaties en verbanden komen de andere onderdelen echter ook aan bod.

Financiële perspectief

Financiële doelstellingen hebben doorgaans betrekking op de winstgevendheid, die bijvoorbeeld gemeten wordt aan de hand van bedrijfsinkomsten en rendement op geïnvesteerd vermogen (ROI). De financiële prestatie van een bedrijf wordt verbeterd door twee primaire benaderingen: inkomstengroei en productiviteit. Naast de 'harde' financiële variabelen komen in de M-BSC ook de marketing succesmaatstaven als klantwaarde, merkwaarde en marktpositie aan bod.

Onderzoek van Bain Co. (in Peelen, 1999:22) heeft aangetoond dat de aan klantengroepen en individuele klanten toe te rekenen marketingkosten zullen dalen naarmate de relatie met de leverancier langer duurt. In de Bain Co. klantwaardeberekeningen wordt ook de marge meegerekend die een relatie binnenbrengt door als ambassadeur voor de organisatie nieuwe klanten aan te brengen. Merkwaarde is volgens Peelen (1999:25) de verzameling van associaties en gedrag van de consumenten en de leden van het distributiekanaal m.b.t. een merk, die leiden tot een groter marktaandeel en/of betere contributiemarges voor de merkhouders dan het geval zou zijn als het product merkloos zou worden verkocht. Dit grotere marktaandeel en/of deze betere contributiemarges leveren de merkhouders extra cash op. Vanwege de omvang van het onderwerp, wordt merkwaarde buiten scope van deze scriptie gehouden.

Groei- en leerperspectief

Dit perspectief beschrijft de immateriële activa van de organisatie en de rol ervan binnen de strategie, ofwel hoe bouwt de organisatie aan haar vermogen om nu en in de toekomst kwalitatief hoogwaardige prestaties te blijven leveren. De immateriële activa vallen uiteen in drie categorieën:

- *Menselijk kapitaal:* de beschikbaarheid van vaardigheden, talent en kennis die nodig zijn om de strategie te ondersteunen.
- *Informatiekapitaal:* de beschikbaarheid van informatiesystemen, netwerken en infrastructuur die nodig zijn om de strategie te ondersteunen.
- *Organisatiekapitaal:* de mogelijkheid van de organisatie om het veranderingsproces dat nodig is om de strategie uit te voeren te mobiliseren en te handhaven.

Toegesplitst op marketing gaat het bij de M-BSC om de mate waarin een marketingspecialisme is opgebouwd. Heeft men de expertise om marktkansen te signaleren en te vertalen naar winstgevende ondernemingskansen? In een marktgeoriënteerde onderneming is de juiste informatie over afnemersbehoeften en concurrentie continu, up-to-date en goed verspreid door het bedrijf beschikbaar, zodat het bedrijf marktgericht kan handelen bij zijn streven naar duurzaam economisch succes (Peelen e.a. 1999:35).

Samenhang tussen de vier perspectieven

Kaplan & Norton (2004:45) geven aan dat de doelstellingen in de vier perspectieven met elkaar zijn verbonden via oorzaak- en gevolgrelaties: financiële resultaten kunnen alleen worden bereikt als de doelgroepklanten tevreden zijn. Het verkoopargument voor de klant beschrijft hoe er transacties kunnen worden gegenereerd en hoe klantentrouw kan worden gerealiseerd. De interne processen maken en leveren het verkoopargument voor de klant. En immateriële activa die de interne processen ondersteunen leveren het fundament voor de strategie. Het afstemmen van doelstellingen in deze vier perspectieven is essentieel voor het scheppen van waarde en dientengevolge voor een gefocuste en intern consistente strategie (Kaplan & Norton, 2004:45).

In deze paragraaf is gekeken naar de BSC en de M-BSC. In de volgende paragrafen wordt dieper op de vier perspectieven van deze modellen ingegaan. Daarbij wordt gekeken naar deze perspectieven in het licht van de thuiszorgsector. Hierbij staat het op de markt brengen van nieuwe PMC in deze sector centraal.

3.3 Het klantperspectief

Om te kunnen bepalen hoe een thuiszorginstelling zich moet presenteren, zodat de juiste klanten worden aangetrokken, tevreden worden gesteld en worden vastgehouden is het vooral bij PMC belangrijk te bepalen welke doelgroepen de instelling wil bereiken. Segmentering en SERVQUAL zijn hiertoe een tweetal instrumenten. Het is hierbij wel van belang de strategische visie van de instelling en de daaraan gerelateerde doelstellingen van de PMC in ogenschouw te houden.

3.3.1 Segmentatie

Het is praktisch onmogelijk voor een instelling om alle klanten in een markt te bedienen. Ze moeten zich richten op een specifieke doelgroep: doelgroepmarketing. Dit betekent volgens Kotler (2003:247) dat marketeers drie dingen moeten doen:

1. Afzonderlijke klantgroepen waarnemen en profileren, en de klantgroepen waarvoor aparte producten of marketingmixen nodig zijn vaststellen (*segmentatie*)
2. Een of meer te benaderen segmenten uitkiezen (*targeting*)
3. De onderscheidende kenmerken van het product overbrengen aan de doelgroep (*positionering*).

Een veel gebruikte methode voor segmentatie is op basis van behoeften. Roger Best (In Kotler, 2003:250) heeft hiervoor een stappenplan opgesteld:

1. *Segmentatie op basis van behoeften*: Het groeperen van klanten in segmenten op basis van soortgelijke behoeften en productkenmerken, gewenst door consumenten om een bepaald consumptiegebrek op te vullen.
2. *Identificatie van segmenten*: Voor elk behoefte-segment moet worden vastgesteld welke demografische kenmerken en levensstijlen, en welk gebruiksgedrag het segment onderscheiden en identificeerbaar (bewerkbaar) maken.
3. *Aantrekkelijkheid van segment*: Op basis van eerder vastgestelde aantrekkelijkheidscriteria (zoals groei, intensiteit van concurrentie en toegankelijkheid) moet de algemene aantrekkelijkheid van elk segment worden vastgesteld.
4. *Winstgevendheid van segment*: De winstmogelijkheden voor elk segment vaststellen.
5. *Segmentpositionering*: Voor elk segment moet op basis van de unieke klantbehoeften en -kenmerken een 'waardepropositie' en een positioneringsstrategie op basis van product en prijs worden vastgesteld.
6. *De lakmoesproef*: Het opstellen van een 'segment storyboard' om de geschiktheid van de positioneringsstrategie van elk segment te testen.
7. *De marketingmixstrategie*: Het uitbreiden van de positioneringsstrategie naar alle aspecten van de marketingmix: product, prijs, plaats en promotie.

Uit het stappenplan van Best komt naar voren dat markten zijn samengesteld uit mensen die in een of meer opzichten van elkaar verschillen. Deze verschillen kunnen gebruikt worden voor marktsegmentatie. Daarbij is er niet één juiste manier. Veel andere gebruikte segmentatievariabelen zijn geografische variabelen (o.a. land, stad, klimaat), demografische variabelen (o.a. leeftijd, sekse, burgerlijke staat, inkomen, sociale klasse), psychografische variabelen (zoals levensstijl, hobby's, interesse) en gedragsvariabelen (verwachte voordelen, instelling t.o.v. product en productgebruik, technologische gerichtheid, prijsgevoeligheid etc.) (Van Erp, 1998:116 en Wood, 2006:88).

De segmenten moeten wel aan een aantal voorwaarden voldoen om effectief te zijn. Kotler (2003:251) noemt de volgende punten:

- *Meetbaar*. De koopkracht in, en de omvang en kenmerken van het segment moeten te meten zijn.
- *Substantieel*. De segmenten moeten groot en winstgevend zijn.
- *Toegankelijk*. De segmenten moeten goed te benaderen en te bedienen zijn.
- *Differentieerbaar*. De segmenten zijn wezenlijk te onderscheiden van andere segmenten en reageren op verschillende marketingmixen.
- *Bewerkbaar*. Effectieve programma's kunnen worden opgesteld om de segmenten te benaderen en te bedienen.

Zodra het bedrijf heeft vastgesteld welke mogelijke marktsegmenten er zijn, moet het elk segment beoordelen en beslissen hoeveel en welke segmenten het wil benaderen. Daarbij moet een bedrijf

volgens Kotler (2003:261) op twee dingen letten: de algehele aantrekkelijkheid van het segment en de doelstellingen en middelen van het bedrijf.

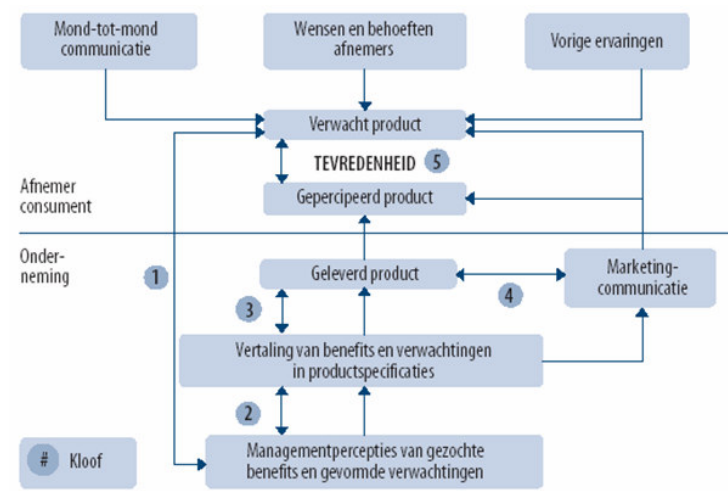
Nadat de doelgroep bekend is middels segmentering en *targeting*, dient de thuiszorginstelling aandacht te geven aan positionering. Positionering omvat volgens Kotler (2003:288) het ontwerpen van het bedrijfsaanbod en –imago om een onderscheidende plek in de markt te veroveren. Het eindresultaat van positionering is de succesvolle creatie van een marktgerichte waardepropositie, ofwel een overtuigende reden waarom de doelgroep het product zou moeten aanschaffen. Verhage & Cunningham (1984:206) geven hierbij aan dat het daarbij goed is om de boodschap te relateren aan bestaande merken of producten waarmee de consument al vertrouwd is. In de reclame betekent positionering dan ook: inspelen op de realiteit, de boodschap laten aansluiten op wat al leeft in de gedachtewereld van de klant en zo een positie daarin te veroveren. Twee reclame-experts, Ries & Trout (in Kotler, 2003:288) zien positionering als een ‘creatieve oefening met een product’.

‘Positionering begint met een product. Een artikel, een dienst, een bedrijf, een organisatie of zelfs een persoon...Positionering is echter niet datgene wat je met het product doet. Positionering is datgene wat je met je prospects doet. Je positioneert het product in het denken van de prospects.’

Prospects zijn hierbij ‘vermoedelijke kopers’. De positionering van een product kan ook ingedeeld worden volgens de drie waardedisciplines van Treacy & Wiersema. In een bedrijfstak kan een bedrijf ‘product leader’, ‘operationally excellent’ of ‘customer intimate’ proberen te worden (zie § 3.2.1).

3.3.2 SERVQUAL

In de zorgsector is er vaak sprake van producten in de vorm van dienstverlening. Daarbij is het van belang om te onderzoeken of de dienstverlening wel aansluit bij de wensen en behoeften van de klant. Een van de meest inzichtelijke modellen om de klanttevredenheid in kaart te brengen is het Service Quality Model (SERVQUAL) van Parasuraman, Zeithaml & Berry (figuur 3.4).



Figuur 3.4: SERVQUAL model

In dit model worden vijf kloven (*gaps*) geïdentificeerd die tot een teleurstellende dienstverlening kunnen leiden.

1. *De kloof tussen de klantverwachtingen en de zienswijze van het management.* Het management schat niet altijd goed in wat de klant wil. Belangrijkste oorzaken zijn inadequaat marktonderzoek, gebrek aan bottom-up communicatie, onvoldoende focus op de relatie (met klanten) en inadequaat klachtenmanagement.
2. *De kloof tussen de zienswijze van het management en de kwaliteitsstandaarden.* Het management kan de behoeften van de klant correct inschatten, maar geen gespecificeerde kwaliteitsstandaard vaststellen. Belangrijkste oorzaken zijn een slechte servicestructuur en de afwezigheid van klantgedreven standaarden.
3. *De kloof tussen de kwaliteitsstandaarden en de daadwerkelijke dienstverlening.* Personeel kan slecht opgeleid zijn of niet aan de standaard kunnen of willen voldoen. Er kan ook sprake zijn van conflicterende standaarden. Belangrijkste oorzaken zijn tekorten in 'human resource' beleid, conflicterende standaarden (bijvoorbeeld de tijd nemen voor de klant en hen tegelijkertijd snel van dienst willen zijn) en het niet kunnen matchen van vraag en aanbod.
4. *De kloof tussen de dienstverlening en de externe communicatie.* Klantverwachtingen worden beïnvloed door de communicatie uitingen van de organisatie. Belangrijke oorzaken zijn het teveel beloven aan de klant, inadequate horizontale communicatie (tussen de afdelingen) en een gebrek aan geïntegreerde service marketing communicatie.
5. *De kloof tussen de waargenomen dienstverlening en de verwachte dienstverlening.* Deze kloof ontstaat als de klant de kwaliteit van de dienstverlening verkeerd interpreteert. Dit is de zogenaamde 'klantenkloof' en is de basis voor de andere vier kloven. Elk bedrijf dat service van goede kwaliteit wil leveren moet dan ook beginnen met een helder begrip van haar klanten.

(Zeithaml e.a. 2006, Kotler, 2003)

Om een kwalitatief hoge dienstverlening te kunnen bieden moet de thuiszorginstelling proberen de vijf genoemde kloven ('gaps') zo veel mogelijk te minimaliseren (Kotler, 2003:340). Uitgangspunt hierbij is dat de service in al haar geledingen zo optimaal mogelijk moet aansluiten op de verwachtingen van de klant. Dit geldt dus ook voor PMC. Door een helder begrip te hebben van de klanten (bijvoorbeeld met behulp van segmentatie), zoals benoemd in *gap* vijf kan de thuiszorg haar nieuwe PMC daarop afstemmen. *Gap* vijf is de basis voor de andere *gaps*. De thuiszorg moet goed kijken naar de eerste vier *gaps* en proberen de nieuwe PMC zo optimaal mogelijk af te stemmen op de verwachtingen van de klant.

3.4 Het interne perspectief

De interne processen leveren het verkoopargument voor de klant en verbeteren processen en reduceren de kosten voor de productiviteitscomponent in het financiële perspectief. Customer relationship management en distributiemanagement zijn twee aspecten die hieraan kunnen bijdragen en worden in deze paragraaf dan ook dieper uitgewerkt.

3.4.1 Customer Relationship Management

Customer relationship management (CRM) speelt een steeds belangrijkere rol bij marketing in de zorg. Drucker (in Morgan, 1996:22) beweert dat: *“There is only one valid definition of business purpose: to create a satisfied customer. It is the customer who determines what the business is”*.

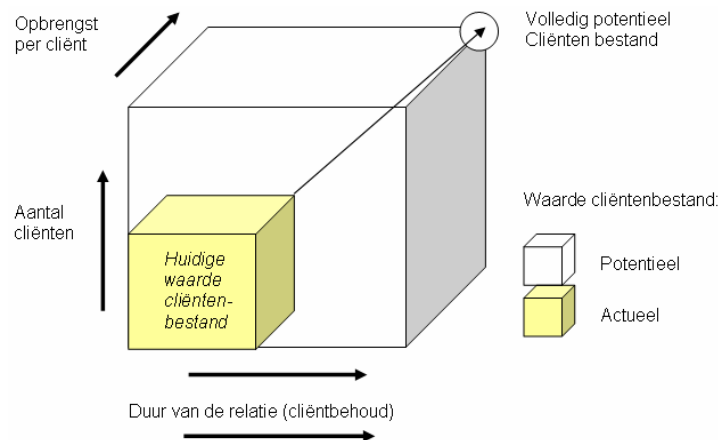
Om de toenemende concurrentie het hoofd te bieden en inkomsten zeker te stellen kiezen steeds meer zorginstellingen voor een cliëntgerichte bedrijfsaanpak en stelt men de ‘cliënt’ nog meer centraal in zijn doen en laten. Dit wordt ‘Customer Relationship Management’ (CRM) genoemd. Er wordt in deze scriptie uitgegaan van de definitie uit Van Leeuwen (2007:69):

CRM 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.

Het centraal stellen van de klant is ook een belangrijk uitgangspunt bij nieuwe PMC. De thuiszorg roept dat ze de ‘klant centraal zetten’. Voldoet de thuiszorg dan ook aan aspecten van CRM? Volgens Kotler (2002:104) start CRM met het opsporen van de doelgroep (definiëren van doelmarkten en werven van doelmarkten). Zie hiervoor ook het klantenperspectief. Vervolgens moet de instelling voldoen aan de behoefte van de doelgroep. Dit kan door het vertalen van de klantwaarde in haalbare voordelen voor de klant en het afstemmen van het marktaanbod op de keuzecontext van de klant. Tenslotte dient de thuiszorginstelling een relatie aan te gaan met de doelgroep. Dit kan door de juiste markt informatie te verwerven en inzichten te ontfemen aan klant informatie (Kotler, 2002:104).

Van Leeuwen (2007:69) geeft echter aan dat de weg naar een klantgerichte organisatie lang is en bezaaid met vele obstakels. Deze auteur meent dat de meeste zorgorganisaties van nature productgericht zijn ingesteld en de kennis, ervaring en deskundigheid missen om snel (want haastige spoed is geboden) de omslag te maken naar een klantgerichte en commercieel slagvaardige onderneming.

Met behulp van CRM kunnen belangrijke elementen ten aanzien van het behouden en werven van klanten en het (financiële) gedrag van de klanten worden verhoogd. Van Leeuwen (2007:75) heeft een zogenaamd waardeoptimalisatie model ontwikkeld. Dit model laat zien hoe de invoering van een CRM strategie tot grote omzet- en winststijgingen kan leiden (zie figuur 3.5).



Figuur 3.5: Waardeoptimalisatie model voor zorginstellingen (bron: Van Leeuwen, 2005:4)

Door de duur van de relatie te verhogen, het aantal klanten te vergroten en de opbrengst per klant te laten stijgen, kan de organisatie grote omzet- en winststijgingen creëren.

De invulling van het model geschiedt door het afvragen van een aantal belangrijke vragen zoals:

- Hoe lang blijven klanten gemiddeld bij ons? Wat levert het op als klanten langer bij ons blijven?
- Hoeveel nieuwe klanten trekken wij aan? Wat levert het op als het aantal nieuwe (winstgevende) klanten toeneemt?
- Hoeveel van hun budget besteden klanten bij ons en hoeveel bij onze concurrenten? Wat levert het op als klanten een groter deel van hun budget bij ons zouden besteden?
- Hoeveel kosten kunnen wij besparen door producten en diensten beter af te stemmen op de wensen en behoeften en/of waarde van onze (potentiële) klanten?

(Van Leeuwen, 2007:74).

Om tot enigszins betrouwbare schattingen te komen kan men testcampagnes, marktonderzoeken of benchmarks uitvoeren. Een belangrijke voorwaarde om via speciale marketingacties de cliëntenbinding te kunnen versterken en/ of de opbrengsten per cliënt te kunnen verhogen, is dat een thuiszorginstelling voldoende producten en diensten kan leveren die aansluiten op de wensen, behoeften en financiële mogelijkheden (koopkracht) van (potentiële) cliënten. Dit sluit aan op het SERVQUAL-model en de totale productenmix van de instelling. Belangrijk is dus te weten wat de klant wil en daarop in te spelen met je producten en diensten.

Een instelling moet zich niet alleen focussen op het werven van nieuwe klanten, maar zeker ook op het behouden van de huidige klanten. Kotler (2003:65) geeft aan dat een tevreden klant het bedrijf langer trouw blijft, meer koopt, zich positief uit over het bedrijf, minder aandacht schenkt aan concurrenten, minder gevoelig is voor lagere prijzen elders, een bron van goede ideeën is over producten en diensten, en minder duur om te bedienen dan nieuwe klanten (vanwege de routinematigheid die ontstaat). Het is volgens Kotler (2003:65) dan ook raadzaam om regelmatig de tevredenheid onder klanten te meten en om niet alleen aan de verwachtingen van de klanten tegemoet te komen, maar deze zelfs te overtreffen.

Het ontwikkelen en binnen de thuiszorg toepassen van adequate CRM-systemen is volgens PriceWaterhouseCoopers (2005:88), in het perspectief van toenemende concurrentie en het gericht bedienen van verschillende cliëntgroepen, een belangrijk instrument. Het kan als een van de belangrijkste management tools wordt beschouwd voor het borgen van de kwaliteit en de financiële performance door het gericht bedienen van gekozen product-marktcombinaties. Ook komt uit deze benchmark door PriceWaterhouseCoopers (2005) naar voren dat moderne CRM-systemen kunnen bijdragen aan een professionele afhandeling van klachten. Uit deze benchmark is namelijk gebleken dat klachtenmanagement een belangrijk instrument blijkt om de loyaliteit van klanten te behouden (zie ook het SERVQUAL model). Een niet goed afgehandelde klacht wordt onthouden en beïnvloedt nog geruime tijd later het cliëntoordeel.

Doordat CRM inzicht geeft in de klantengroep, kan klantenbinding gecreëerd worden. Dit kan bijvoorbeeld door een ledenservice. Uit onderzoek van Van Leeuwen (2007:79) blijkt dat 60% van de mensen die klant of lid is bij een thuiszorginstelling, bij een acute zorgvraag de eigen thuiszorginstelling inschakelt.

3.4.2 Distributiemanagement

Om de klant centraal te zetten is het ook nodig de kanalen waarmee de thuiszorginstelling de klant wil bereiken hierop af te stemmen. Distributiemanagement kan hierbij een rol spelen. Effectief distributiemanagement betekent volgens Kotler (2003:391) het vaststellen van de marketingsegmenten die het bedrijf wil bedienen en vervolgens per segment bepalen welke kanalen hiertoe het meest geschikt zijn. De distributiedoelstelling wordt door Van Erp (1998:132) dan ook omschreven als 'de zorg dat het juiste product in de juiste mate, op de juiste plaats en op de juiste tijd beschikbaar is om degenen die zich in de doelgroep bevinden in de gelegenheid te stellen het product te verkrijgen'. Toegepast op gezondheidsorganisaties heeft dit betrekking op patiëntenlogistiek, op verwijskanalen & verwijzers en op de locatie (Van Erp, 1998:132):

- *Patiëntenlogistiek.* Voor de patiënt zijn een snelle en betrouwbare levering van het zorgproduct, afgestemd op zijn behoefte en korte wachttijden van belang. Voor de leverancier van het zorgproduct is een effectief en efficiënt gebruik van de capaciteit en deskundigheid van belang.
- *Verwijskanalen & verwijzers.* Doel hierbij is dat patiënten naar de instelling komen. Voor de ontwikkeling van het distributiebeleid is het van belang dat de thuiszorginstelling informatie heeft over de wensen, behoeften, verwachtingen en ervaringen van de verwijzers. Dit kan gestalte krijgen door communicatie, direct marketing of samenwerking met verwijzers. CRM kan hierbij een rol spelen.
- *Locatie.* Bij de thuiszorg is de locatie over het algemeen bij de klant thuis. De medewerker speelt dus een belangrijke rol bij de distributie van PMC.

Zo dient er bij nieuwe PMC dus goed gekeken te worden naar de doelgroepsegmenten en vervolgens per segment naar de juiste kanalen om die doelgroepen optimaal te bereiken.

3.5 Het financiële perspectief

Bij het introduceren van nieuwe PMC moet er ook gekeken worden naar de omzet, marketingkosten, winstbijdrage, marktaandeel, klantwaarde en merkwaarde. Deels kan hierbij gebruik gemaakt worden van de Boston Consultancy Group-matrix (BCG-matrix). Ook is het belangrijk om nieuwe PMC na een bepaalde termijn te evalueren en het rendement op het geïnvesteerde vermogen (ROI) te bepalen. In deze paragraaf wordt allereerst de BCG-matrix besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de Customer Value Map, gezien de prijsbepaling die daarbij berekend kan worden.

3.5.1 De BCG-matrix

Door de PMC te classificeren op basis van het winstpotentieel kan beter bepaald worden welke marketingstrategie van toepassing is. Deze classificatie van producten kan met behulp van

portfolioanalyse. Steeds meer bedrijven gebruiken daarbij het portfoliomodel van de Boston Consulting Group. Dit is een instrument voor het samenstellen van een optimale combinatie van ondernemingsactiviteiten, waarbij het woord 'optimaal' vooral slaat op het criterium van het cash-flow evenwicht of de liquiditeit (Verhage & Cunningham, 1984:43).

De BCG-matrix is begin jaren zeventig ontwikkeld. In de BCG-matrix (zie figuur 3.6) worden producten of (functionele) bedrijfseenheden beoordeeld op een tweetal kenmerken; de marktgroei (verticale as) en het relatieve marktaandeel (horizontale as). De marktgroei geeft de jaarlijkse groei aan van de markt waarin het bedrijf actief is. Het relatieve marktaandeel verwijst naar het marktaandeel van het product of bedrijfseenheid in verhouding tot het aandeel van de grootste concurrent in het segment (Kotler, 2003:106).



Figuur 3.6: BCG-matrix

In de BCG-matrix wordt het onderscheid tussen een hoge en een lage marktgroei bepaald door de vraag of deze meer of minder dan 10% per jaar bedraagt. Hoe groot of hoe klein het marktaandeel van het product is in vergelijking met het overeenkomstige werkteerrein van de concurrentie wordt berekend door het eigen marktaandeel te delen door dat van de grootste concurrent. Een relatief marktaandeel van bijvoorbeeld 1,9 houdt in dat de SBU van het bedrijf marktleider is en bijna twee keer zoveel marktaandeel heeft als het op één na sterkste bedrijf (Verhage & Cunningham, 1984:44).

De techniek van de portfoliomatrix is volgens deze auteurs gebaseerd op de werking van het zogenaamde "experience effect": naarmate de omzet van een bedrijf stijgt, zullen de kosten van productie, marketing en distributie per eenheid product dalen in verhouding tot concurrenten met een geringere 'ervaring' in dat product. Dus: hoe groter het marktaandeel van het bedrijf, hoe hoger de winst in het algemeen is en daarmee de "cash-flow".

Op basis van de matrix kan een product of haar bedrijfseenheid zich in een van de vier volgende categorieën bevinden:

- *Cash cow*: hoog marktaandeel in een stabiele, volwassen markt. Deze opbrengsten dienen gebruikt te worden om in andere producten te investeren.

- *Star*: een hoog marktaandeel in een groeimarkt. Met gerichte investeringen dient men de voorsprong te behouden tot de markt volwassen wordt en dit een *cash cow* wordt.
- *Question mark*: een klein marktaandeel in een groeimarkt. Het is nog onzeker of dit een *star* of een *dog* zal worden.
- *Dog*: klein marktaandeel in een volwassen markt. Indien het bedrijf geen strategisch belang bij dit product heeft, dient zij haar af te stoten.

(Kotler, 2003:107 en Verhage & Cunningham, 1984:45)

Het ideale ontwikkelingspad voor een product loopt van *question mark*, via *star* naar *cash cow*. Sommige producten komen nooit verder dan *question mark*, en worden dan wellicht een *dog*, hetgeen voor het bedrijf in kwestie een kostbare aangelegenheid is. Gedurende het ideale ontwikkelingspad gaat de strategic business unit (SBU) of het product in plaats van geld kosten, geld opleveren. Dit geld wordt geïnvesteerd in een ander of nieuwe SBU/ product dat zich nog in het stadium *question mark* bevindt. Vanuit de matrix kan de strategie van de bedrijfsvoering worden bepaald. Enkele strategische keuzes die kunnen worden gemaakt op basis van een analyse conform de BCG-matrix zijn:

- Vasthouden (*star*)
- Oogsten (*cash cow*)
- Elimineren (*dog*)
- Bouwen (*question mark*)

(Kotler, 2003:107 en Verhage & Cunningham, 1984:45)

Nieuwe producten zijn dus te classificeren als *question marks*. Het is voor een organisatie van belang om ervoor te zorgen dat het *stars* of *cash cows* worden en dat de producten niet eindigen als *dogs*.

De BCG-matrix is dus een handig instrument om het financiële perspectief van de thuiszorginstelling in te vullen. De kritische succesfactoren op financieel gebied ten aanzien van de nieuwe PMC kunnen hiermee bepaald worden.

3.5.2 De customer value map

De customer value map is een instrument om de relatieve klantwaarde te bepalen door zowel het eigen aanbod als die van de belangrijkste concurrenten te beoordelen. Daarmee kan de juiste prijs bepaald worden. Volgens onderzoek van econoom Paul Ingenbleek is de prijs van nieuwe producten vaak lager dan noodzakelijk (in Mandour e.a. 2005:65). Voor elk product is er een ondergrens (de kosten) en een bovengrens (wat de klant bereid is te betalen), maar dat gebied daartussen wordt door weinig bedrijven geëxploreerd.

De relatieve klantwaarde wordt vastgesteld door de gepercipieerde voordelen (product- en serviceaspecten) en de gepercipieerde kosten (transactiekosten, levenscycluskosten en risico's) tegenover elkaar te zetten.

Het maken van een customer value map bestaat daartoe uit drie stappen:

1. *Bepalen van de gewogen kwaliteitsratio*

In deze stap wordt bepaald welke product- en serviceaspecten (SERVQUAL) de klanten belangrijk vinden en hoe belangrijk zij die vinden. Vervolgens wordt per kwaliteitsaspect voor de eigen organisatie en voor de concurrent een oordeel geveld over de prestaties (bijvoorbeeld m.b.v. rapportcijfers). Vervolgens dienen de scores per aspect gedeeld te worden door het marktgemiddelde per aspect. Hiermee wordt de kwaliteitsratio verkregen.

2. *Bepalen van de gewogen prijsratio*

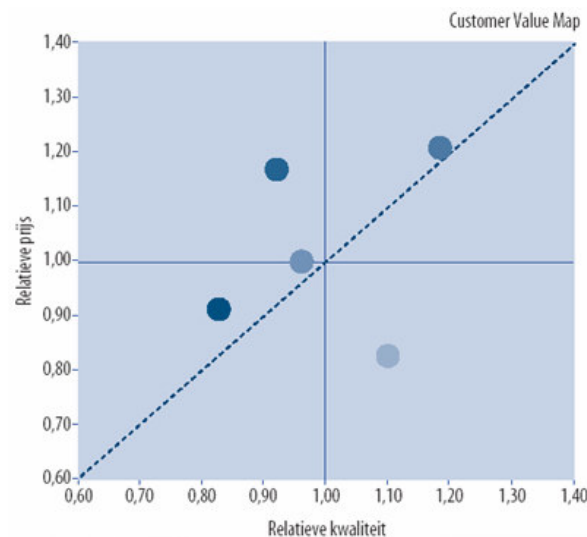
Hiermee wordt bepaald hoe tevreden klanten zijn over de offers (prijsaspecten) die zij moeten brengen voor het bezit van een product. Ook hierbij dienen de belangrijkste aspecten te worden gedefinieerd en moet de belangrijkheid per aspect worden bepaald. Ratio is op dezelfde wijze als bij stap één. Vervolgens moeten deze ratio's relatief gemaakt worden, omdat er anders een omgekeerd beeld van de werkelijkheid ontstaat. Immers, een lage prijs/prestatiescore duidt op een lage tevredenheid met de prijs- en kostenaspecten.

3. *Invullen van de customer value map*

Op de verticale as wordt de afwijking van de in de markt gemiddelde prijsprestatie weergegeven voor alle aanbieders. Op de horizontale as staan de relatieve kwaliteitsprestaties zoals deze door de afnemers wordt gepercipieerd.

(Mandour, 2005:66).

Bij aanbieders die het dichtst bij de "fair line" liggen (zie de stippellijn in figuur 3.7) hebben de klanten het idee dat zij een hoeveelheid offers brengen die goed overeenkomt met de voordelen die het product of de dienst hen biedt. Aanbieders die rechtsonder de lijn liggen kunnen een hogere prijs vragen voor de kwaliteit die zij bieden of enkele andere 'kosten'-aspecten verlagen (tenzij ze een agressieve groeistrategie hanteren om in een kort bestek zoveel mogelijk marktaandeel te winnen). Aanbieders verder van de "fair value line" rechtsonder hebben een slechte concurrentiepositie en moeten of kortingen invoeren of investeren in het verbeteren van bepaalde kwaliteitsaspecten.



Figuur 3.7 een ingevulde customer value map (de stippels zijn 5 aanbieders)

Om een juiste customer value map te verkrijgen is het wel belangrijk veel aandacht te besteden aan de keuze van zowel kwaliteits- als prijsaspecten en hun onderlinge wegingsfactoren. Ook is kennis van de prestaties van concurrenten vereist. Gedegen marktonderzoek en concurrentieonderzoek zijn dus een vereiste om de customer value map in te vullen (Mandour e.a. 2005).

In de zorgsector moet duidelijk gekeken worden naar de verschillende soorten klanten. Zo zijn de overheid en verzekeraars belangrijke klanten, gezien de financiering van diverse diensten. Daarnaast moet er vooral bij (nieuwe) diensten die niet direct door overheid en/of verzekeraars worden betaald, gekeken worden naar de klanten waaraan de dienst geleverd wordt. Zij krijgen ook steeds meer te maken met eigen bijdragen of PGB's, waardoor de prijs ook voor hen een grotere rol krijgt.

3.6 Het groei- en leerperspectief

Ten aanzien van nieuwe PMC gaat het in dit perspectief vooral om de mate waarin de thuiszorg kijkt naar verbeteringen en toekomstmogelijkheden door middel van ontwikkeling van nieuwe PMC. In hoeverre heeft de instelling de expertise om de marktkansen te signaleren en te vertalen in winstgevende PMC?

3.6.1 Het ontwikkelen van nieuwe producten

Veel thuiszorginstellingen kiezen voor een marktpositionering in de trant van 'voor zorg, wonen en welzijn', 'zorg dichtbij' of 'wij zorgen voor u'. Rondom deze thema's kunnen vanuit de wensen en behoeften van individuele cliënten, nieuwe producten en diensten ontwikkeld worden (Van Leeuwen, 2005:7).

Er zijn volgens Verhage & Cunningham (1984:251) vijf specifieke redenen die bedrijven aanzetten tot het introduceren van nieuwe producten:

- Omzet-groeidoelstellingen (vooral opportuun als de markt verzadigd is);
- Overcapaciteit in productie of distributie (nieuw product kan dan bijvoorbeeld de overhead kosten dekken);
- Concurrentie (concurrent vóór zijn of juist bijhouden);
- Compleet assortiment (volledigheid en bijkomend voordeel is stimulant van de verkoop van bestaande artikelen);
- Overheidsmaatregelen (bijvoorbeeld nieuwe eisen waar product aan moet voldoen).

Bij de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten is het belangrijk dat men uitgaat van eerder onderkende doelmarkten en klantgroepen (segmentatie). Het heeft bijvoorbeeld weinig zin om cliënten met een kleine beurs allerlei kostbare, aanvullende diensten aan te bieden die men toch niet kan betalen. Uit recent onderzoek (in Van Leeuwen, 2005:7) komt naar voren dat ouderen vooral kiezen voor zorgaanbieders die de meest aantrekkelijke woonmogelijkheden bieden. Aanvullende producten en diensten kunnen als breekijzer fungeren naar de markt om (op termijn) nieuwe zorgcliënten aan te trekken en de zorgproductie ook voor de toekomst veilig te stellen. Belangrijk volgens Van Leeuwen is

dat met nieuwe producten en diensten extra inkomsten gegenereerd worden en dat het niet, zoals nu nog vaak het geval is, alleen maar geld kost. Verder is het belangrijk dat ze onderdeel uitmaken van een integraal ‘zorgconcept’ om prijsconcurrentie op deelgebieden (bijvoorbeeld huishoudelijke zorg) tegen te gaan (Van Leeuwen, 2005:7). Tenslotte dienen de medewerkers voldoende bevoegd & bekwaam te zijn om de nieuwe PMC op de juiste wijze aan te bieden aan de klant. De medewerkers in de thuiszorg komen bij de klant thuis en zijn dus vaak de directe link tussen de klant en de thuiszorginstelling.

3.6.2 Voorbeelden van nieuwe PMC in de thuiszorg

In de thuiszorg zijn er nu ook een aantal nieuwe product-marktcombinaties in ontwikkeling. Zo noemt Van Leeuwen (2005:10) bijvoorbeeld al per deelgebied een aantal nieuwe producten en diensten die thuiszorginstellingen kunnen aanbieden aan (potentiële) klanten:

Wonen	Thuiszorg	Welzijn
▪ Woningonderhoud	▪ Professionele alarmopvolging	▪ Personenalarmering
▪ Woninginrichting	▪ Persoonsgebonden budget	▪ Domotica
▪ Tuinonderhoud	▪ Telemedicine	▪ Videosystemen
▪ Tuininrichting	▪ Thuiszorg-online	▪ Alarmen
▪ Verhuisservice	▪ Digitaal zorgdossier	▪ Welzijnsknop
▪ Verbouwingen	▪ Wachtlijstbemiddeling	▪ Vervoer op maat
▪ Energie	▪ Activiteitbewaking	▪ Vakantie op maat
▪ Telefoon, kabel	▪ Dagindelingprogramma	▪ Activiteitenbegeleiding
▪ Woonverzekeringen	▪ Herinneringsfunctie	▪ Administratieve hulp
	▪ Vakantie(thuis)zorg	▪ Documentregistratie en sleutelservice
	▪ Ledendiensten	▪ Technische hulp
	▪ Bedrijfsdiensten	▪ Fiscaal, juridisch, notarieel advies
	▪ Zorgverzekeringen	▪ Service- en gemaksdiensten aan huis

Tabel 3.8: mogelijke nieuwe producten en diensten in thuiszorg (Bron: Van Leeuwen, 2005:10)

Bij de oorspronkelijke marktdefinitie van thuiszorg gaat het om het leveren van zorgverlening (verpleging en verzorging) aan de klanten thuis. Nu wordt er door thuiszorginstellingen steeds meer buiten deze kaders gekeken. Het kan extra volume opleveren, omdat klanten door deze nieuwe diensten langer thuis kunnen blijven wonen. Het resultaat van dit proces is echter niet geheel te beheersen. De vraag blijft of dit klanten ertoe zal zetten langer zelfstandig thuis te blijven wonen en dus meer gebruik gaat maken van de thuiszorg.

Een uitdaging in de thuiszorg is volgens Van Leeuwen (2005:11) ook hoe instellingen geld kunnen verdienen aan al die aanvullende producten en diensten (of bijvoorbeeld kostendekkend de kwaliteit kunnen verhogen). Nu bieden de meeste thuiszorginstellingen een scala aan producten en diensten aan waar ze niets extra's aan over houden. Men treedt vooral als bemiddelaar op tussen leverancier

en cliënt waardoor 'ledenservice' steeds meer het karakter heeft gekregen van een 'weggeefservice'. De meeste instellingen hebben volgens deze auteur daarbij ook geen inzicht in de mate waarin al deze aanvullende producten en diensten door de cliënten worden afgenomen, hoe gewenst of noodzakelijk ze zijn, wat ze kosten en wat ze (kunnen) opleveren. Er worden steeds nieuwe diensten ingevoerd zonder te kijken naar normale bedrijfseconomische principes als kosten, opbrengsten en winstgevendheid (Van Leeuwen, 2005:11).

3.7 Ontbrekende perspectieven

In hoofdstuk 2 is er gesproken over de wet- en regelgeving, het Porter-plus model en de marketingmix. Deze drie onderdelen spelen ook een belangrijke rol bij het op de markt brengen van PMC. Deze onderdelen staan echter in relatie met de verschillende perspectieven die hierboven behandeld zijn en kunnen niet in één perspectief worden ondergebracht.

Om deze reden wordt m.b.v. het kwalitatieve onderzoek gekeken of er naast de huidige perspectieven een nieuw perspectief toegevoegd dient te worden ('extern') om alle afwegingen goed te kunnen onderbrengen in het te ontwikkelen instrument.

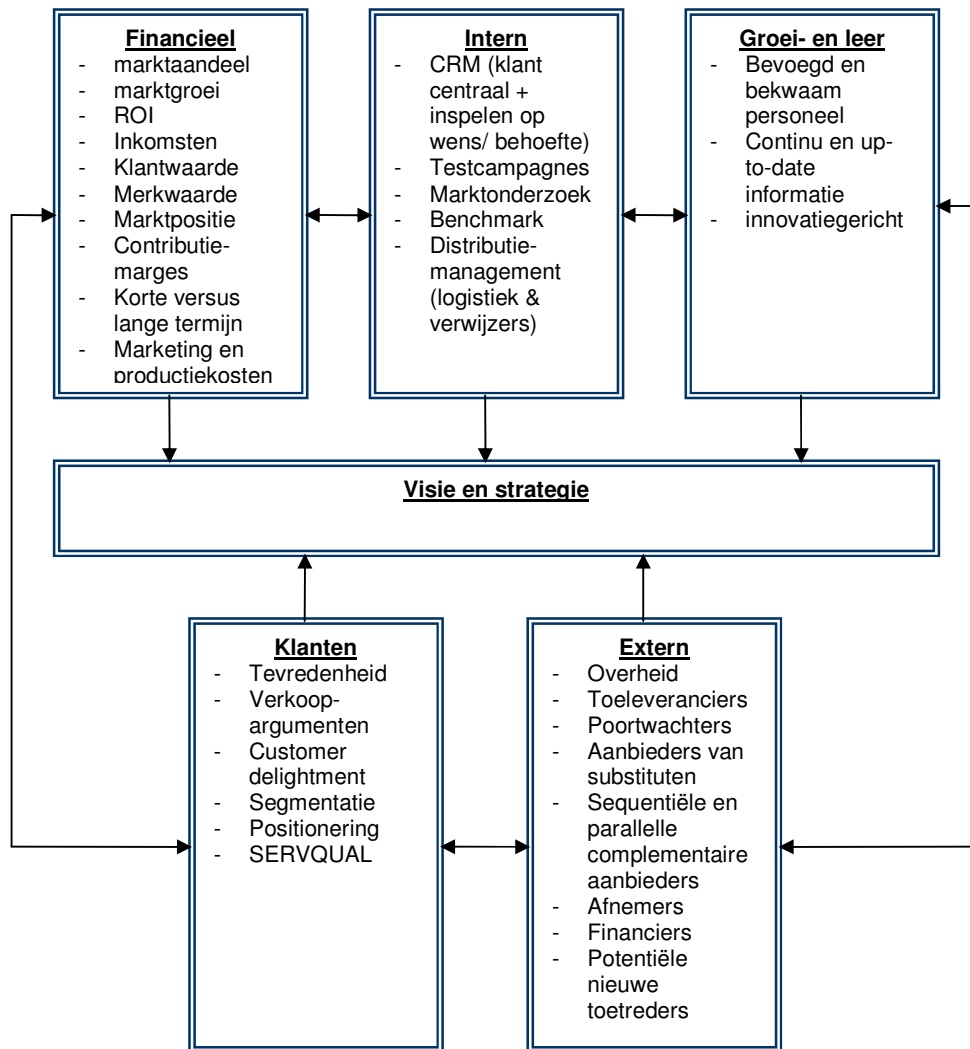
Extern: In de BSC en in de M-BSC worden de concurrenten niet expliciet benoemd. Zij spelen echter wel een belangrijke rol bij het slagen of falen van nieuwe PMC. Daarnaast is ook de overheid te onderscheiden, gezien de wet- en regelgeving die ze oplegt. De zorgmarkt steekt een stuk complexer in elkaar in vergelijking met het bedrijfsleven. Nieuwe PMC zijn niet alleen afhankelijk van de prijs die de directe klanten ervoor over hebben, maar moeten ook passen binnen de uitgebreide wet- en regelgeving zoals de overheid die opstelt. De prijs is daarbij vaak ook nog afhankelijk van financiers. Vandaar dat er met behulp van kwalitatief onderzoek onderzocht gaat worden of dit perspectief inderdaad apart toegevoegd dient te worden om het model te optimaliseren voor de introductie van nieuwe PMC in de thuiszorg.

3.8 Conclusies PMC in de thuiszorg

In dit hoofdstuk is gekeken naar de mogelijkheden van de BSC en de M-BSC als instrument om nieuwe PMC in de thuiszorg op de markt te brengen. Er is getracht de huidige perspectieven te verbreden met een aantal belangrijke marketingmodellen om alle aspecten goed te integreren. De verschillende perspectieven staan daarbij wel in onderlinge relatie met elkaar. Het CRM-systeem betekent dat de instelling de klant centraal zet. Dit betekent dat de interne processen zo in elkaar steken, dat de instelling optimaal kan inspelen op de verschillende klantsegmenten die ze bepaalt heeft. Ook heeft bijvoorbeeld onderzoek in het bedrijfsleven aangetoond dat er een sterke relatie bestaat tussen medewerkertevredenheid, klanttevredenheid en winstgevendheid. In dit verband wordt ook wel gesproken over de "Service Profit Chain". Des te meer tevreden medewerkers zijn, des te meer tevreden klanten zijn met alle positieve gevolgen van dien (Van Leeuwen, 2007:82). De winstgevendheid van een organisatie blijkt ook afhankelijk te zijn van de klantloyaliteit (Kotler,

2003:66). Volgens Van Leeuwen (2006) heeft Frederick Reichheld uitgebreid aangetoond dat een bedrijf dat er in slaagt om 5% meer klanten te behouden de winstgevendheid, afhankelijk van de branche, kan verhogen van 25 tot 95%! Bij het groei- en leerperspectief is het belangrijk dat de organisatie de expertise heeft om marktkansen te signaleren en te vertalen naar winstgevende ondernemingskansen. Dit heeft dus invloed op de wijze waarop de andere perspectieven worden ingevuld. Toch lijkt er nog één belangrijk perspectief te ontbreken, welke van invloed is op de vier voorgaande perspectieven, namelijk 'extern'. Met behulp van het kwalitatieve onderzoek wordt gekeken in hoeverre deze toegevoegd kan worden in het model (als vijfde perspectief).

Naar aanleiding van de vier perspectieven van de balanced score card (klant, intern, financieel en groei- & leer) en de toegevoegde theoretische modellen zoals in dit hoofdstuk besproken is er een conceptueel kader ontwikkeld (figuur 3.9). Aan dit kader is ook het vijfde perspectief (extern) toegevoegd. Aan de hand van onderzoek wordt getoetst in hoeverre het conceptuele kader een toegevoegde waarde heeft voor de ontwikkeling van marketing in de thuiszorg.



Figuur 3.9: Conceptueel model PMC-BSC

4 Onderzoeksmethoden

Om de verschillende deelvragen te kunnen beantwoorden zijn er twee onderzoeken gedaan. Allereerst een kwantitatief onderzoek en vervolgens een kwalitatief onderzoek. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie, de onderzoeksinstrumenten en de betrouwbaarheid en validiteit van beide onderzoeken.

4.1 Kwantitatief onderzoek

Het kwantitatieve onderzoek is uitgevoerd om een antwoord te krijgen op deelvraag 4: *'In hoeverre is er sprake van marketing in de thuiszorg?'* Hieronder wordt ingegaan op de onderzoekspopulatie, het gebruikte meetinstrument en de wijze waarmee er omgegaan is met de validiteit en betrouwbaarheid gedurende het onderzoek.

4.1.1 Onderzoekspopulatie

Zorg van de reguliere instellingen wordt grotendeels vergoed via de AWBZ. Particuliere zorg kan de klant alleen via een PGB vergoed krijgen. Aangenomen wordt dat de particuliere instellingen al meer gewend zijn aan marketing om klanten te trekken. Gezien de huidige ontwikkelingen en toekomstperspectieven is er in deze scriptie voor gekozen om juist de reguliere instellingen te onderzoeken. In hoeverre zijn zij nu marketinggeoriënteerd?

Alle reguliere instellingen (volgens het adressenbestand van Kennisring) zijn benaderd, zodat aangenomen kan worden dat de resultaten een realistisch beeld geven. Instellingen die onder één concern vallen en hetzelfde marketingbeleid voeren zijn daarbij als één instelling opgevat. Indien de verschillende instellingen onder één concern echter verschillende marketingstrategieën uitvoeren, zijn ze als aparte instellingen behandeld. Dit leverde een totaal aantal van 78 reguliere thuiszorginstellingen op.

4.1.2 Onderzoeksinstrument

Er is gebruik gemaakt van een gevalideerd instrument van Kotler & Clarke, dat de marketingoriëntatie meet van ziekenhuizen. Dit instrument is later aangepast door auteurs, zoals Naidu & Narayana (1991) en Naidu & Kleimenhagen (1992) en gebruikt voor onderzoek naar de marketingoriëntatie van Amerikaanse ziekenhuizen. Het instrument is vertaald naar het Nederlands door Homberg (2006). Zijn versie is gebruikt voor dit onderzoek, met een aantal kleine aanpassingen om de vragenlijst beter te laten aansluiten op de thuiszorgsector. Er is vervolgens een pilot uitgevoerd bij een aantal deskundigen om de vragenlijst zo duidelijk en helder mogelijk te krijgen, zodat interpretatiefouten ten aanzien van de vragen zoveel mogelijk uitgesloten zijn.

De uiteindelijke vragenlijst (zie bijlage 1) bestaat uit drie delen. Deel 1 gaat in op de karakteristieken van thuiszorginstellingen. Deel 2 bestaat uit de vragen ten aanzien van marketingoriëntatie. Deze set vragen is door meerdere studenten gebruikt in verschillende zorgsectoren. Het derde deel van de

vragenlijst gaat in op product-marktcombinaties. De resultaten hiervan zijn meegenomen als input voor het kwalitatieve onderzoek en bij de ontwikkeling van het uiteindelijke instrument.

4.1.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Bij het doen van onderzoek zijn er volgens Burns & Bush (2006:327) een tweetal respondentfouten te onderscheiden, namelijk opzettelijke fouten en onopzettelijke fouten. Opzettelijke fouten zijn bijvoorbeeld liegen en non-respons. Onopzettelijke fouten zijn misverstanden, gokken, verslapping van de aandacht, afleiding en vermoeidheid.

Om de opzettelijke fouten te minimaliseren is anonimiteit en vertrouwelijkheid van de resultaten gegarandeerd. Ook is er een incentive bedacht om de doelgroep te stimuleren mee te doen aan het onderzoek. Tenslotte is getracht de non-respons te verminderen. Non-respons wordt door Burns & Bush (2006:336) gedefinieerd als niet-deelname van potentiële respondenten aan een survey of het niet-beantwoorden van specifieke vragen in de vragenlijst. Er zijn allerlei redenen voor weigeringen om deel te nemen: de betrokkene heeft het te druk, heeft geen belangstelling voor het survey, iets in de stem of benadering door de interviewer staat hem niet aan of hij weigert gewoon altijd deel te nemen aan surveys. Een deel van het probleem van een weigering is dat de respondent er niet de tijd voor wil uittrekken of het als een inbreuk van de privacy beschouwt. De kans op weigering kun je volgens deze auteurs verkleinen door een incentive als blijk van waardering aan te bieden. Ook is de lengte van de vragenlijst van invloed (hoe korter, hoe beter).

Om de non-respons te verkleinen krijgen de respondenten als incentive hun eigen score, afgezet tegen de gemiddelde score op marketingoriëntatie retour. Daarbij krijgen ze het cijfer op de totale marketingscore en per dimensie van marketingoriëntatie. Ofwel een quick-scan ten aanzien van hun marketingoriëntatie.

Een tweede wijze waarmee getracht is de non-respons te verminderen is door de vragenlijst eerst telefonisch aan te kondigen. Vervolgens is de mail gestuurd met daarin een link naar de digitale vragenlijst. Na twee weken is er een herinnering gestuurd naar de non-respondenten. Bij een tweede belronde na vier weken is bij de non-respondenten de marketingmanager benaderd. Ook daarbij is na twee weken bij de non-respondenten een herinnering gestuurd.

Om de onopzettelijke respondentfouten te verminderen is er gebruik gemaakt van een goed geformuleerde en gevalideerde vragenlijst (zie § 4.1.2). Deze vragenlijst is reeds in meerdere onderzoeken gebruikt en door meerdere onderzoekers geanalyseerd. Ook is de vragenlijst zo kort mogelijk gehouden met een totaal van 25 vragen. De vragenlijst is digitaal verstuurd. Daarbij is wel gekeken naar de verdeling van de vragen per pagina, zodat er niet teveel vragen op één pagina staan. Dit maakt het geheel overzichtelijker voor de respondent. Bij moeilijkere woorden, of woorden die op meerdere wijzen geïnterpreteerd kunnen worden, is een uitleg gegeven. Dit woord is onderstreept in de vragenlijst. Zodra respondenten er met de muis overheen gaan, springt de uitleg van het woord in beeld. Ook is ieder deel van de vragenlijst geïntroduceerd met een korte inleiding over de vragen die gesteld gaan worden en de wijze waarop de respondent de vragen dient in te vullen.

Self-reporting bias is bij ieder onderzoek een lastig probleem en moeilijk tegen te gaan. Er moet vanuit worden gegaan dat de respondenten de vragen eerlijk invullen. De verkregen resultaten zijn met behulp van een statistisch programma (SPSS) verwerkt. Doordat meerdere studenten dezelfde vragenlijst hebben gebruikt en de resultaten ook met elkaar bespreken, is de kans op onderzoekersbias klein.

4.2 Kwalitatief onderzoek

Het kwalitatieve onderzoek is met behulp van een vijftal case studies uitgevoerd. Bij een case study gaat het volgens Swanborn (1996:29) om de bestudering van een sociaal verschijnsel door middel van het kiezen van:

- één voorbeeld, of enkele voorbeelden,
- die bestudeerd worden in hun natuurlijke omgeving,
- en wel gedurende een bepaalde periode,
- waarbij diverse databronnen worden gebruikt,
- en de onderzoeker gericht is op gedetailleerde beschrijving, interpretatie en verklaring, waarbij veel aandacht wordt gegeven aan de beschrijvingen, interpretaties en verklaringen die verschillende betrokkenen in het sociale proces verschaffen,
- en de verschillende zienswijzen met elkaar geconfronteerd worden,
- waarbij soms – als het veranderingsgericht onderzoek betreft – gepoogd wordt ‘de neuzen dezelfde kant op te krijgen’ teneinde aan een gewenste verandering een breed draagvlak te verschaffen.

Hierbij wordt er theoriegericht onderzoek gedaan, omdat het de bedoeling is aan de hand van de resultaten uitspraken te kunnen doen die op basis van de case te generaliseren zijn naar een grotere verzameling cases. In theoriegericht onderzoek heeft de onderzoeker tevens de vrijheid om het verschijnsel naar willekeur in te perken (Swanborn, 1996:36).

4.2.1 Onderzoekspopulatie

Voor de case studie zijn vijf thuiszorginstellingen geselecteerd op basis van de resultaten uit het kwantitatieve onderzoek. Daartussen zitten de drie instellingen met de hoogste score op marketing. Tevens is er gekozen voor een instelling uit de categorie matig (het gemiddelde) en één uit de categorie zwak. Deze keuze is gemaakt om een breed beeld te krijgen van de verschillende redenen en ideeën over nieuwe product-marktcombinaties. Het gaat uiteindelijk om de afwegingen die genomen worden bij het op de markt brengen van een nieuw product. Doordat er vijf cases zijn geselecteerd, met verschillende scores op marketingoriëntatie, neemt de kans op mogelijke generaliseerbaarheid van de gegevens toe.

Uit de vijf cases zijn verschillende functionarissen geselecteerd voor het interview. Gezien de tijdsdruk en de agenda's van de functionarissen is het niet bij elke instelling gelukt meerdere functionarissen te interviewen. In tabel 4.1 is per instelling te zien welke functionarissen zijn geïnterviewd.

	Instelling A	Instelling B	Instelling C	Instelling D	Instelling E
Bestuurssecretaris					E1
Divisiemanager				D1	
Manager PMC	A1				
Marketing manager	A2	B1	C1		E2
Financieel manager	A3	B2			
Lid cliëntenraad	A4				

Tabel 4.1: functionarissen per instelling

4.2.2 Onderzoeksinstrument

Om te onderzoeken welke afwegingen een rol spelen bij het introduceren van nieuwe producten, is er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder respondenten van de casestudies. Bij kwalitatief onderzoek wordt gebruik gemaakt van ongestructureerde dataverzamelmethode, zoals een open interview. Daardoor kan de onderzoeker flexibel inspelen op de onderzoekssituatie en de informatie die de respondenten geven (Baarda e.a. 2000:4).

Volgens Patton (1990: 280) zijn er drie vormen van kwalitatieve interviews:

- het informele gespreksinterview,
- de algemene interview benadering aan de hand van richtlijnen,
- het gestandaardiseerde open einde interview.

In deze scriptie is gebruik gemaakt worden van de derde vorm: het gestandaardiseerde open einde interview. Hierbij kan er aan de hand van een gestandaardiseerd open einde format dezelfde informatie bij meerdere respondenten worden verkregen. De vragen zijn gesteld aan de hand van een topiclijst (zie bijlage 3).

Ten aanzien van de vragen is er, gezien de diverse functionarissen, onderscheid gemaakt in 'algemene vragen', die aan alle respondenten worden voorgelegd en 'verdiepende vragen', die per functionaris kunnen verschillen en zoals de naam al aangeeft, dieper op een bepaald aspect ingaan.

4.2.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Of het resultaat van een case study generaliseerbaar is naar een domein hangt van de volgende overwegingen af:

- de (interne) validiteit van het resultaat. Deze hangt af van de kwaliteiten van het gedane onderzoek; van de homogeniteit van de resultaten; van het aantal datapunten en zeker van het aantal onderzochte cases; de plausibiliteit etc.;
- de complexiteit van de verzameling van relevante variabelen in verhouding tot de 'isoleerbaarheid' van het onderzochte verschijnsel;

- de overeenkomst op relevante variabelen tussen de case en het domein;
- de precisie van de te generaliseren uitspraak .

(Swanborn, 1996:70)

Een voordeel van een case study ten opzichte van andere onderzoeksmethoden is volgens Swanborn (2002:125) de rijkdom aan data. Door ook de respondenten te confronteren met de resultaten, kunnen verklaringen en interpretaties worden aangepast. Het is volgens Swanborn (1996:70) evident dat – door geringe aantal cases – statistische generalisering niet toegepast kan worden. Er zijn in dit onderzoek echter vijf cases geselecteerd. Het doel van het kwalitatieve onderzoek is het ontwikkelen van een instrument. Het gaat dus om het vinden van de beste ideeën. Daarnaast zijn de resultaten van de case studies (het uiteindelijke instrument) ook getoetst in de praktijk (zie hoofdstuk 7).

Om conclusies te kunnen trekken ten aanzien van de resultaten, is gebruik gemaakt van triangulatie. Er wordt aan de hand van verschillende methoden informatie verkregen, namelijk met behulp van het kwantitatieve onderzoek, de literatuur, de interviews, documentenanalyse (zie figuur 4.2), de toetsing van het uiteindelijke instrument en het voorleggen van het uiteindelijke instrument aan experts.

In figuur 4.2 is te zien welke documentatie er per instelling is gebruikt. Gezien de huidige concurrentiestrategieën waren niet alle instellingen bereid documenten zoals het strategische beleidsplan te laten inzien. Wel is bij vier instellingen het jaarverslag geanalyseerd. Om de resultaten van de interviews toch enigszins te kunnen vergelijken is er bij instelling E wel gekeken naar de externe communicatie uitingen, zoals folders en de website.

	Instelling A	Instelling B	Instelling C	Instelling D	Instelling E
Strategisch beleidsplan	+			+	
Jaarverslag	+	+	+	+	
Overige documentatie (o.a. folders, website)	+	+	+	+	+

Figuur 4.2: documentenanalyse

Om de betrouwbaarheid van de gegevens te vergroten is het belangrijk de in het onderzoek gehanteerde procedures te expliciteren en systematiseren, bijvoorbeeld door een gedegen uitgewerkt schriftelijk protocol voor de uitvoering en het handhaven van een apart databestand voor het verzamelde materiaal. Hierdoor kunnen anderen de conclusies van de onderzoeker verifiëren (Hutjes & Buuren, 1992:59). Er is daarom gewerkt met een topic lijst voor de interviews. Deze topiclijst is eerst voorgelegd bij een tweetal experts in de thuiszorg. Vervolgens zijn de vragen verfijnd en zijn mogelijk verkeerd interpreteerbare vragen aangepast. Uiteindelijk is er één topiclijst overgebleven, welke aan de verschillende functionarissen is voorgelegd (zie bijlage 3).

De interviews worden steeds door dezelfde onderzoeker afgelegd, zodat er geen verschillende onderzoekerinterpretaties kunnen ontstaan.

Door gebruik te maken van peer-debriefing worden de interpretaties van de onderzoeker gecontroleerd. Hierbij is gebruik gemaakt van medestudenten en docenten en van enkele marketingspecialisten. Om de validiteit van de gegevens nog beter te kunnen beoordelen zijn er ook steekproefsgewijs zogeheten 'member checks' uitgevoerd. Volgens Hutjes & Buuren (1992:57) worden gegevens en interpretaties daarbij voorgelegd aan betrokkenen om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid zoals de onderzoeker voor ogen staat, voor hen herkenbaar is. Uiteindelijk is er met de gegevens een instrument ontwikkeld om de levensvatbaarheid van nieuwe product-marktcombinaties te bepalen. Dit instrument is tenslotte getoetst bij een bestaande product-marktcombinatie in één van de cases en voorgelegd bij een tweetal experts. Expert 1 is een onafhankelijk adviseur op het gebied van marketing, organisatie en informatietechnologie. Expert 2 is directeur bij een landelijk opererende organisatie in de thuiszorg.

4.2.4 Data-analyse

De interviews zijn individueel of in tweetallen afgenomen. Zoals Hutjes & Buuren (1992:87) aangeven zijn er bij groepsinterviews een aantal bezwaren: dominante personen beïnvloeden dikwijls het groepsgebeuren en de individuele reacties van de deelnemers (het zogenaamde leadereffect). Bovendien gaat er van de groep vaak pressie uit tot conformering aan de ideeën van de meerderheid; en zeker in natuurlijk samengestelde groepen is niet iedereen geneigd het achterste van zijn tong te laten zien (sociaal wenselijk antwoorden). Ook kan het groepsinterview resulteren in sterk ongestructureerde en onvolledige informatie en kunnen organisatorische problemen en andere overwegingen leiden tot processen van zelfselectie bij de deelnemers, waardoor het uiteindelijke resultaat bepaald wordt door de specifieke samenstelling van de groep en veel van zijn realiteitswaarde verliest.

De resultaten van de diverse functionarissen zijn met elkaar vergeleken en er is gekeken of er bepaalde patronen te ontdekken zijn. Doordat er sprake is van een gestandaardiseerd open einde interview, is deze vergelijking gestructureerd verlopen. De resultaten zijn tevens vergeleken met de literatuur en de documentatie van de instellingen.

5 Resultaten kwantitatieve onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwantitatieve onderzoek besproken. Allereerst wordt ingegaan op de algemene kenmerken van de respondenten, vervolgens wordt de marketingoriëntatie behandeld en tenslotte wordt ingegaan op de resultaten ten aanzien van de vragen uit het derde deel van de vragen over product-marktcombinaties. Met dit hoofdstuk kan een antwoord worden gegeven op deelvraag 4: 'In hoeverre is er nu sprake van marketing in de thuiszorg?' Tevens worden de resultaten met betrekking tot PMC meegenomen bij de ontwikkeling van het instrument om de levensvatbaarheid van nieuwe PMC te bepalen.

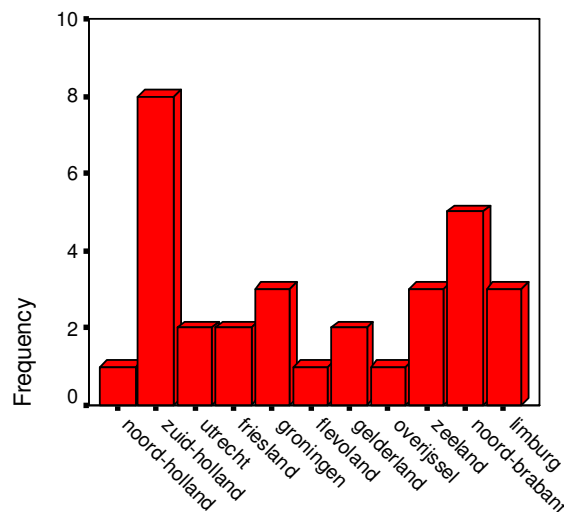
5.1 Algemene kenmerken

5.1.1 Respons

Er zijn in totaal 78 reguliere thuiszorginstellingen in Nederland benaderd om de vragenlijst in te vullen. Van deze 78 instellingen hebben 31 respondenten de vragenlijst ingevuld. Dit is een respons van 39,7%.

5.1.2 Geografische verdeling

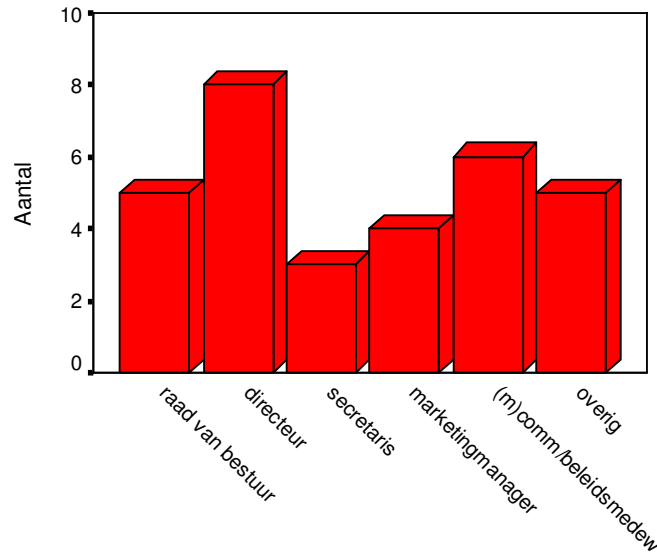
Vanwege de anonimiteit is alleen de provincie aangegeven en niet de exacte plaats. In histogram 5.1 is te zien dat de respondenten uit verschillende hoeken van Nederland komen. Dit levert geografisch gezien een mooie spreiding op. Alleen Drenthe is niet vertegenwoordigd. Van de 31 instellingen komen er 8 uit Zuid-Holland. Aangezien er in de Randstad over het algemeen meer thuiszorginstellingen zijn, komt dit overeen met de werkelijke verhoudingen. Wel moet opgemerkt worden dat er is uitgegaan van de provincie waar de instelling de meeste zorg levert. De veranderingen die momenteel op de markt spelen, zorgen ervoor dat de 'provinciale scheidingen' steeds verder vervagen.



Tabel 5.1: geografische verdeling in provincies

5.1.3 Functionaris

In histogram 5.2 is de verdeling te zien van het type functionaris die de vragenlijst heeft ingevuld. In eerste instantie zijn alleen de leden van de Raad van Bestuur benaderd. In een non-respondentie ronde zijn de marketingmanagers benaderd. Uit de tabel is af te lezen (klein aantal leden van RvB) dat de RvB de beantwoording van de vragenlijst in de meeste gevallen heeft overgelaten aan een andere functionaris in de instelling.



Histogram 5.2: functies respondenten

Tenslotte hebben 18 respondenten (58,1%) een marketingfunctionaris in dienst. De overige 13 instellingen hebben geen marketingfunctionaris (41,9%).

5.1.4 Overig

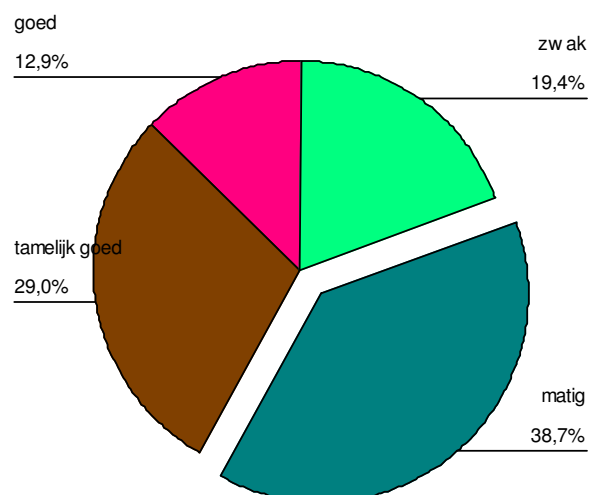
Er is verder gevraagd naar het aantal locaties waarop de thuiszorginstelling is gevestigd. Daarvan gaf 83,9% aan dat dit meer dan 5 is, ofwel het merendeel van de respondenten.

Op de vraag 'hoeveel cliënten heeft uw instelling per jaar gemiddeld' is door ongeveer eenderde een zeer laag aantal aangegeven (bijvoorbeeld 3,50 of 14,00). Door de onlogische cijfers is aangenomen dat deze vraag niet juist begrepen/ ingevuld is. Verdere analyses met deze vraag worden dan ook achterwege gelaten.

5.2 De marketingoriëntatie

5.2.1 Score marketingoriëntatie

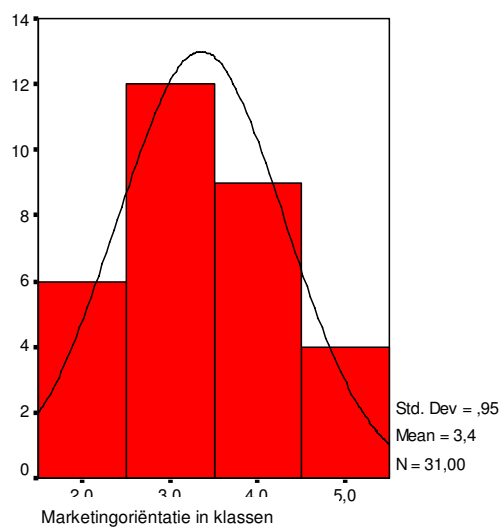
De gemiddelde score op marketingoriëntatie bij alle thuiszorginstelling is 15,05. Deze resultaten zijn onderverdeeld in een zestal klassen. Daarbij komt naar voren dat de gemiddelde score valt in klasse 3, ofwel matig (zie bijlage 2 voor de berekening).



Figuur 5.3: resultaten t.a.v. de marketingoriëntatie

Met de Kolmogorov-Smirnov toets (vanwege kleine steekproef) is gekeken of de waargenomen verdeling t.a.v. de marketingoriëntatie overeenkomt met een normale verdeling. Met een overschrijdingskans van 0,627 is er geen significante afwijking. De waargenomen verdeling wijkt dus niet significant af van de normale verdeling.

In histogram 5.4 is te zien dat de verdeling bij marketingoriëntatie overeenkomt met een normale verdeling.



Histogram 5.4: verdeling

Opvallend is dat de instellingen zichzelf niet als zwak georiënteerd zien. Op de vraag 'Welke stelling betreffende marktorientatie past het beste bij uw instelling?' kon de instelling kiezen voor drie opties:

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

De gemiddelde score hierbij is 2,32 met een SD van 0,541. Dit betekent dus dat men gemiddeld nog net in antwoord B zit, maar dat men neigt naar antwoord C. De totale marketingscore laat echter zien dat de meeste instellingen scoren op B, maar dan wel naar beneden afgerond (ofwel eerder richting A dan richting C).

Er is gekeken of er sprake is van een correlatie tussen deze stelling en de score op marketingoriëntatie. Daarbij geeft de Spearman correlatiecoëfficiënt aan dat er een positief ($R=0,356$) en significant ($\alpha=0,049$) verband is. Stijgt de score op de stelling, dan stijgt ook de marketingscore en andersom. Het is echter wel een zwak verband.

In tabel 5.5 is per stelling behorende bij de marketingoriëntatie het gemiddelde, de standaarddeviatie, de minimale score en de maximale score weergegeven.

Stelling*	Gem.	SD	Min.	Max.
In welke mate past uw instelling het zorgaanbod en diensten aan op de wensen en behoeften van de klant?	2,65	0,486	2	3
Richt uw instelling zich op het hele relatienetwerk bij het bepalen van de bedrijfsstrategie?	2,58	0,502	2	3
Hoe werft uw instelling nieuwe medewerkers?	1,59	0,682	1	3
In hoeverre maken de marketingactiviteiten deel uit van het plannings- en besluitvormingsproces van uw instelling?	2,19	0,543	1	3
Ontwikkelt uw instelling op systematische wijze nieuwe diensten en producten?	2,23	0,497	1	3
In welke mate worden marketingactiviteiten aangestuurd, gecommuniceerd naar medewerkers en gecontroleerd door de leiding van uw instelling?	2,23	0,669	1	3
In welke mate heeft uw instelling een marketinginformatiesysteem tot haar beschikking dat relevante, adequate en actuele informatie bevat?	1,42	0,564	1	3
In hoeverre kent uw instelling de verkooppotentie, de kosteneffectiviteit en de winstgevendheid van de verschillende marktsegmenten, klanten, regio's, producten en verkoopkanalen?	1,68	0,599	1	3
In hoeverre heeft uw instelling een marketingplan?	1,90	0,944	1	3
In hoeverre heeft uw instelling een adequate marketingstrategie?	1,87	0,885	1	3
In hoeverre wordt er in de marktstrategie van uw instelling rekening gehouden met onvoorziene veranderingen in de zorgmarkt?	2,00	0,516	1	3
Doet uw instelling onderzoek naar de resultaten van marketinginspanningen?	1,71	0,643	1	3
Kent u het rendement van de marketingactiviteiten van uw instelling?	1,45	0,506	1	2
Is uw instelling in staat om snel en adequaat te reageren op plotselinge veranderingen in de zorgmarkt?	2,19	0,654	1	3

* 1= nauwelijks/niet/zelden, 2=enigszins/in zekere mate, 3=meestal/altijd/vrijwel volledig

Tabel 5.5 Gemiddelde score per stelling t.a.v. marketingoriëntatie

In de tabel (5.5) is te zien dat er gemiddeld alleen op de twee stellingen 'In welke mate past uw instelling het zorgaanbod en diensten aan op de wensen en behoeften van de klant?' en 'Richt uw

instelling zich op het hele relatienetwerk bij het bepalen van de bedrijfsstrategie? goed gescoord wordt.

De stellingen *'In welke mate heeft uw instelling een marketinginformatiesysteem tot haar beschikking dat relevante, adequate en actuele informatie bevat?'* en *'Kent u het rendement van de marketingactiviteiten van uw instelling?'* scoren gemiddeld het slechts, ofwel nauwelijks/niet/zelden.

De overige stellingen (het grote merendeel) vallen gemiddeld in de optie 'enigszins/in zekere mate'.

Tabel 5.6 gaat in op de soorten marktonderzoek die thuiszorginstellingen uitvoeren.

Soort marktonderzoek*	Gem.	SD	Min.	Max.
Analyse zorgvraagontwikkeling	2,03	1,169	1	4
Analyse doelgroepen en product-marktcombinaties	1,74	0,930	1	4
Patiënttevredenheid	1,16	0,374	1	2
Concurrentie analyse	1,42	0,720	1	4
SWOT analyse	1,35	0,551	1	3
Effectiviteit van marketingactiviteiten	2,74	1,437	1	4

*1= minder dan 1 jaar geleden, 2= 1 tot 3 jaar geleden, 3= langer dan 3 jaar geleden, 4= nooit

Tabel 5.6: gemiddelde score marktonderzoeken

In tabel 5.6 is het laagste gemiddelde het beste. Patiënttevredenheid heeft een gemiddelde van 1,16 wat betekent dat er gemiddeld genomen minder dan 1 jaar geleden een onderzoek naar de patiënttevredenheid is uitgevoerd. Het maximum is 2, ofwel bij alle instellingen is in ieder geval de in de laatste drie jaar minimaal eenmaal een patiënttevredenheid onderzoek uitgevoerd. Ook de concurrentie analyse en SWOT analyse zijn gemiddeld gezien in het afgelopen jaar/ jaar daarvoor nog uitgevoerd (gemiddelde van respectievelijk 1,42 en 1,35). De 'zorgvraagontwikkeling' en 'analyse doelgroepen en PMC' zijn gemiddeld ergens tussen het afgelopen jaar en drie jaar geleden uitgevoerd. De effectiviteit van marketingactiviteiten scoort het slechts. Er is gemiddeld genomen de afgelopen drie jaar geen onderzoek naar gedaan.

Relatie marketingfunctionaris versus marketingoriëntatie

Met behulp van een T-toets is gekeken of er verschil is tussen de score op marketinggerichtheid en het wel of niet hebben van een marketingfunctionaris. De nulhypothese daarbij is dat er geen significant verschil is in marketingscore tussen instelling met een marketingfunctionaris en instellingen zonder een marketingfunctionaris. De alternatieve hypothese luidt dat instellingen met een marketingfunctionaris een significant hogere score hebben dan instellingen zonder marketingfunctionaris.

De Levene's toets geeft een F-waarde van 2,259 en een overschrijdingskans van 0,144 aan. Dit betekent dat er sprake is van gelijke varianties in beide populaties. De gemiddelde score van instellingen met een marketingfunctionaris is 3,7222 (klasse 4, ofwel tamelijk goed) en zonder marketingfunctionaris 2,8462 (klasse 3, ofwel matig). De t-waarde is 2,808 met een significantieniveau

van 0,009 (2-tailed). Gezien de alternatieve hypothese is er sprake van een eenzijdige toets. Het significantieniveau is dus 0,0045 en is dus kleiner dan 0,05 wat betekent dat de nulhypothese verworpen kan worden. Instellingen met een marketingfunctionaris scoren dus significant hoger op marketinggerichtheid dan instellingen zonder marketingfunctionaris.

5.2.2 Dimensies van marketingoriëntatie

Met behulp van factoranalyse is gekeken of de stellingen in de vijf dimensies (genoemd door Kotler e.a., zie paragraaf 2.2.2) vallen. Er ontstonden wel 5 categorieën, maar de stellingen vielen niet in de indeling zoals aangegeven in het gevalideerde instrument. Ook het weglaten van stellingen met een lagere betrouwbaarheid gaf geen goede dimensie-indeling. Oorzaak kan liggen in de kleine steekproef. Er zijn in totaal 31 ingevulde vragenlijsten en ook zijn er per dimensie maar hooguit drie stellingen. Er is daarom vanuit gegaan dat het instrument bij een hogere respons wel in de juiste dimensies valt. In verdere berekeningen is dan ook uitgegaan van de vijf dimensies.

Per dimensie is gekeken naar de gemiddelde score. Deze score is ingedeeld in drie antwoordcategorieën. In onderstaande tabel is te zien welke percentages er in de verschillende dimensies vallen. De antwoordcategorie met het hoogste percentage is vetgedrukt en onderstreept.

Dimensie	Gem.	SD	Niet, nauwelijks, zelden (in%)	Enigszins, in zekere mate (in%)	Meestal, altijd, vrijwel volledig (in%)
Klantfilosofie	1,10	0,597	12,9	<u>64,5</u>	22,6
Integrale marketingoriëntatie	1,13	0,670	16,1	<u>54,8</u>	29,0
Adequate marketingoriëntatie	0,68	0,653	41,9	<u>48,4</u>	9,7
Strategische oriëntatie	0,81	0,873	<u>48,4</u>	22,6	29,0
Operationele effectiviteit	0,48	0,626	<u>58,1</u>	35,5	6,5

Tabel 5.7: scores per marketingdimensie in klassen

In tabel 5.7 is te zien dat de dimensie klantfilosofie gemiddeld het hoogst scoort. Gemiddeld het laagst scoort de dimensie operationele efficiency. Adequate marketingoriëntatie heeft wel een lager gemiddelde dan strategische marketingoriëntatie, maar de verdeling bij strategische oriëntatie is groter. Qua percentage valt de meerderheid van de respondenten bij adequate marketingoriëntatie in de middelste antwoordcategorie, terwijl bij strategische oriëntatie het merendeel valt in de laagste antwoordcategorie.

Gezien de resultaten van de factoranalyse, is ervoor gekozen geen verdere berekeningen (zoals correlaties) te maken tussen de dimensies en andere variabelen.

5.3 Product-marktcombinaties

5.3.1 Wensen en behoeften van klanten en verwijzende partijen

In tabel 5.8 zijn de scores van de respondenten ten aanzien van de vraag "In welke mate verricht uw instelling onderzoek naar de wensen en behoeften van klanten en verwijzende partijen?" af te lezen. Daarbij is tevens het gemiddelde per item af te lezen en de correlatiecoëfficiënt ten aanzien van de marketingscore.

Doelgroep	Niet (in%)	Beperkt (in%)	Meestal (in%)	Altijd (in%)	Gemiddelde	Spearman's rho
Huidige klanten	0	38,7	29	32,3	2,94	0,524**
Potentiële klanten	12,9	58,1	22,6	6,5	2,23	0,587**
Mantelzorgers	12,9	71	16,1	0	2,03	0,171
Huisartsen	9,7	58,1	19,4	12,9	2,35	0,210
Gemeenten	0	45,2	38,7	16,1	2,71	0,390*
Ziekenhuizen	6,5	35,5	41,9	16,1	2,68	0,289
Verzekeraars	12,9	45,2	22,6	19,4	2,48	0,232

** Correlatie is significant bij een p-waarde kleiner dan 0,01

*Correlatie is significant bij een p-waarde kleiner dan 0,05

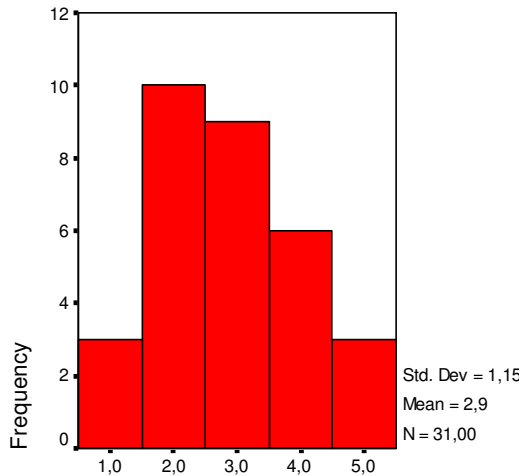
Tabel 5.8: onderzoek t.a.v. wensen en behoeften klanten en verwijzende partijen

Uit de tabel is op te maken dat er door de meeste respondenten wel onderzoek wordt gedaan naar de wensen en behoeften van de huidige klanten (61,3%). Ook de percentages bij ziekenhuizen (58%) en gemeenten (54,8%) ligt boven de 50%. De wensen en behoeften van mantelzorgers worden het slechts onderzocht (83,9% zelden of nooit). Opvallend is dat de wensen en behoeften van potentiële klanten door meer dan de helft van de respondenten niet wordt onderzocht (71% nooit of zelden).

De Spearman correlatiecoëfficiënt geeft aan dat er een positief ($R=0,524$) en significant ($\alpha=0,002$) verband is tussen de marketingoriëntatiescore en de mate van onderzoek naar de wensen en behoeften van huidige klanten. Ook is er een positief ($R=0,587$) en significant ($\alpha=0,001$) verband tussen de marketingoriëntatiescore en de mate van onderzoek naar de wensen en behoeften van potentiële klanten. Tenslotte is er ook een positief ($R=0,390$) en significant ($\alpha=0,030$) verband tussen de marketingoriëntatie score en de mate van onderzoek bij gemeenten. Deze score is wel iets zwakker. Het betekent dus dat instellingen met een hoge marketingoriëntatie score ook vaak een hogere score hebben op de stellingen t.a.v. potentiële klanten, huidige klanten en gemeenten.

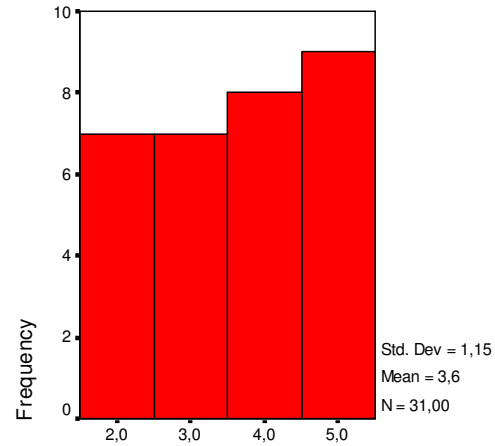
5.3.2 Onderzoeken ten aanzien van nieuwe PMC

In onderstaande histogrammen wordt aangegeven in welke mate nieuwe PMC worden getest en in hoeverre er wordt gekeken naar de kansen en risico's die nieuwe PMC met zich mee kunnen brengen.



1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=meestal, 5=altijd

Histogram 5.9: Testen van nieuwe PMC



1=nooit, 2=zelden, 3=soms, 4=meestal, 5=altijd

Histogram 5.10: Onderzoeken van kansen en risico's van nieuwe PMC

In histogram 5.9 is te zien dat nieuwe PMC over het algemeen zelden/ soms getest wordt (gemiddelde is 2,9). De gemiddelde score op de vraag "In hoeverre wordt er gekeken naar kansen en risico's van nieuwe PMC voordat ze op de markt worden gebracht" is 3,6 (zie histogram 5.10). Dit zit dus tussen 'soms' en 'meestal' in. Gezien de relatief lage scores op marktonderzoek naar de wensen en behoeften van klanten en verwijzende partijen lijken thuiszorginstellingen niet erg marketingbewust om te gaan met nieuwe PMC. Thuiszorginstellingen ontwikkelen iets, testen dat zelden/ soms en kijken af en toe nog wel naar de risico's, maar brengen het over het algemeen wel op de markt.

De Pearson correlatiecoëfficiënt geeft bij beide wel een redelijk tot sterk verband ten opzichte van de marketingscore. De stelling 'in hoeverre worden nieuwe PMC getest' heeft een positief ($R=0,525$) en significant ($\alpha=0,002$) verband. Ook de stelling "in hoeverre wordt er gekeken naar kansen en risico's" heeft een positief ($R=0,665$) en significant ($\alpha=0,000$) verband.

5.3.3 Functionarissen

Op de vraag: 'Welke functionarissen spelen in uw instelling een belangrijke rol bij het op de markt brengen van nieuwe PMC?' werd als volgt geantwoord.

Functionaris	Ja (in%)	Nee (in%)
Directeur	90,3	9,7
Marketingmanager/ medewerker	48,4	51,6
Communicatiemanager/ medewerker	58,1	41,9
Projectmanager/ medewerker	67,7	32,3
Financieel manager/ medewerker	51,6	48,4
Uitvoerende medewerkers uit de zorgverlening	64,5	35,5
Cliëntenraad	45,2	54,8

Tabel 5.11: mate waarin functionarissen een rol spelen bij het op de markt brengen van nieuwe PMC

Opvallend is dat de directeur als één van de belangrijkste functionarissen wordt gezien: staat met 90,3% hoog bovenaan. Vervolgens zijn projectmanagers en/of projectmedewerkers en uitvoerende medewerkers uit de zorgverlening belangrijk. De percentages bij de andere functionarissen zijn redelijk verdeeld, waarbij steeds ongeveer de helft het wel en de andere helft het geen belangrijke rol toebedeeld. Opvallend is dat de marketingmanager en/of marketingmedewerker maar bij 48,4% een rol speelt. Echter, zoals reeds vermeld, hebben maar 18 respondenten (58,1%) een marketingfunctionaris in dienst. De overige 13 instellingen hebben geen marketingfunctionaris (41,9%). Dit verklaart het relatief lage percentage.

Naast bovenstaande opties hadden de respondenten bij deze vraag de mogelijkheid zelf een functionaris in te vullen. Van deze mogelijkheid werd door 11 respondenten gebruik gemaakt. Zij vulden echter allemaal iets anders in, voorbeelden zijn verantwoordelijk lijnmanager, hoofd zorg, medewerkers zorgontwikkeling etc.

5.3.4 Afwegingen bij PMC

Belangrijke afwegingen bij het op de markt brengen van nieuwe producten zijn in tabel 5.12 in percentages weergegeven.

	Ze er on be lang rijk (in%)	On be lang rijk (in%)	Be lang rijk (in%)	Ze er be lang rijk (in%)	Gem.	Spearman's rho
Huidige klanten behouden	0	3,2	22,6	74,2	3,71	0,169
Nieuwe klanten aantrekken	0	0	19,4	80,6	3,81	0,546**
Uitbreiding geografisch gebied	3,2	19,4	51,6	25,8	3,00	0,467**
Concurrenten bijhouden	0	32,3	54,8	12,9	2,81	0,097
Concurrenten voorblijven	0	3,2	61,3	35,5	3,32	0,423*
Marktaandeel verhogen	0	9,7	41,9	48,4	3,39	0,305
Marges verbeteren	0	3,2	54,8	41,9	3,39	0,363*

** Correlatie is significant bij een p-waarde kleiner dan 0,01

*Correlatie is significant bij een p-waarde kleiner dan 0,05

Tabel 5.12: belangrijke afwegingen bij het op de markt brengen van nieuwe producten

In de tabel is te zien dat voor het merendeel van de respondenten de belangrijkste afwegingen het behouden van huidige klanten en het aantrekken van nieuwe klanten zijn. Ook het verhogen van het marktaandeel en het verbeteren van de marges scoren redelijk hoog. Uitbreiding van het geografische gebied, bijhouden van concurrenten en concurrenten voorblijven wordt door meer dan de helft van de respondenten belangrijk gevonden. Het gemiddelde op de stellingen ligt, behalve bij 'concurrenten bijhouden' tussen belangrijk en zeer belangrijk in.

Met behulp van de Spearman coëfficiënt is gekeken of er verbanden bestaan tussen de scores op de verschillende afwegingen en de score op marketingoriëntatie. In de tabel is te zien dat er bij de

afweging 'het aantrekken van nieuwe klanten' een positief ($R=0,546$) en significant ($\alpha=0,001$) verband bestaat, bij een $p<0,05$. Dit geldt ook voor de afweging 'uitbreiding geografisch gebied, waarbij het verband positief ($R=0,467$) en significant is ($\alpha=0,008$). Bij de afwegingen 'concurrenten voorblijven' en 'marges verbeteren' is er ook een significante waarde bij $p<0,01$. Bij 'concurrenten voorblijven' is $R=0,423$ en $\alpha=0,018$. Bij 'marges verbeteren' is $R=0,363$ en $\alpha=0,045$. Dit verband is bij beide afwegingen dus positief en significant, maar wel zwakker dan bij 'het behouden van huidige klanten' en 'uitbreiden geografisch gebied'.

5.4 Conclusies kwantitatieve onderzoek

De thuiszorginstellingen in Nederland scoren gemiddeld 'matig' op marketingoriëntatie. Daarbij blijken vooral de dimensies adequate marketingoriëntatie, strategische oriëntatie en operationele effectiviteit lager te scoren. Het belang van een marketingfunctionaris is ook nog niet overal bekend. Toch blijkt een marketingfunctionaris een significant, positief verband te hebben met de score op marketingoriëntatie. Bij huidige klanten, ziekenhuizen en gemeenten wordt door meer dan de helft van de respondenten (van de kwantitatieve vragenlijst) onderzoek gedaan naar de wensen en behoeften, terwijl die van mantelzorgers, verzekeraars, huisartsen en potentiële klanten door het merendeel beperkt worden onderzocht. Nieuwe PMC worden zelden tot soms getest voordat ze op de markt worden gebracht en ook worden kansen en risico's niet altijd in beeld gebracht. De belangrijkste afwegingen om nieuwe PMC op de markt te brengen zijn het behouden van huidige klanten en het aantrekken van nieuwe klanten. Ook het verhogen van het marktaandeel en het verbeteren van de marges blijken belangrijk argumenten te zijn. Uitbreiding van geografisch gebied, bijhouden van concurrenten en voorblijven van concurrenten worden ook door meer dan de helft van de respondenten als belangrijk aangegeven.

6 Resultaten kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het kwalitatief onderzoek beschreven. De beschrijvingen zijn geordend volgens de perspectieven van het conceptuele kader zoals opgesteld in hoofdstuk 4. Eerst zijn er een aantal algemene vragen gesteld aan de respondenten, eventueel in de vorm van stellingen. Vervolgens komen achtereenvolgens de perspectieven klant, intern, financieel, groei- en leer en tenslotte extern aan bod. Met de resultaten van dit hoofdstuk kan een antwoord worden gegeven op deelvraag 5: ‘Welke afwegingen worden er door de diverse stakeholders in de thuiszorg gemaakt om een nieuw product op de markt te brengen?’ Vanwege de anonimiteit zijn de functionarissen geciteerd aan de hand van de instelling (middels een letter) en de functie (middels een nummer). Dus respondent 1 van instelling A is weergegeven als (A1). In tabel 4.1 (zie § 4.2.1) is terug te vinden om welk soort functionaris het gaat.

6.1 Casebeschrijving

De cases zijn geselecteerd aan de hand van de resultaten uit het kwantitatieve onderzoek. De selectie van instelling C, instelling D en instelling E is gebaseerd op hun hoge score ten aanzien van marketingoriëntatie. Instelling A is geselecteerd omdat zij in de categorie ‘gemiddeld’ heeft gescoord. Instelling B is vervolgens gekozen om een brede spreiding te creëren ten aanzien van de verschillende categorieën waarin de thuiszorginstellingen scoorden. In tabel 6.1 zijn deze scores te zien. Vanwege de gegarandeerde anonimiteit worden er geen verdere kenmerken van de instellingen gegeven.

	Instelling A	Instelling B	Instelling C	Instelling D	Instelling E
Marketingscore (in cijfers)	15,33	8,17	25,00	23,00	22,00
Marketingscore (in categorie)	Matig	Zwak	Goed	Goed	Goed

Figuur 6.1: Scores van de vijf cases t.a.v. marketingoriëntatie

6.2 Algemeen

Marktwerving in de thuiszorg brengt volgens de respondenten zowel positieve als negatieve ontwikkelingen met zich mee. Een aantal respondenten uit zijn zorgen ten aanzien van de vangnetregeling voor de mensen met een lagere sociaal economische status (A1, A4). “Schrijnende gevallen kunnen nu tussen wal en schip vallen doordat de signaleringsfunctie vervalt [bij vervanging HV’ers door alfa-hulpverleners i.v.m. de WMO]” (B1, A4 en E2). “Ook hebben mensen jarenlang een vaste medewerker gehad en nu veranderd dat soms” (E2). Ook is instelling E wel geschrokken van de branchevreemden die nu toetreden, zoals de schoonmaakbedrijven. Positief is dat “mensen scherper zijn” (A2 en E2), er “nadrukkelijker gekeken wordt naar effectievere processen” (C1), en “zorginstellingen gaan nu in ieder geval kijken hoe ze goedkoper kunnen werken” (B1). “De prijs-

kwaliteitsverhouding wordt belangrijker, wie ben ik als organisatie, waar sta ik en wat wil ik?” (B2). “Vroeger waren we een monopolist (waarom zou je dan marketing toepassen), nu moet je harder schreeuwen hoe goed je bent” (E1). “Vanuit de klant is de WMO hartstikke slecht. De klant heeft met twee partijen/ financiers te maken. In de praktijk kun je van twee organisaties zorg krijgen. Dit leidt op den duur toch tot meer gezichten bij de klant” (A4). “Voor de klant die betaald [de gemeente] is het wel goed, want de prijs gaat omlaag” (E2). Ook de ontwikkeling van marketing heeft twee zijden. Enerzijds “dwingt het ons om na te denken: wat doen we nu eigenlijk, wat willen we leveren, op welke manier en met welke kwaliteit” (D1). Het moet ook wel “de markt vraagt erom, de klant vraagt erom, de gemeente vraagt erom” (E2). Anderzijds gaat er wel een “enorme sloot geld” heen (D1). Marketing is volgens E1 nog wel “een ondergeschoven kindje”. Instelling B heeft in 2006 geïnvesteerd in een marketingafdeling om de blik meer te richten op de markt (blijkt uit documentatie).

Investeren in innovatie is bij de een aantal respondenten één van de doelstellingen/ pijlers om nieuwe PMC te ontwikkelen “om de marktgroei te vergroten” (met name instelling A en C). Een andere reden is “entree in nieuwe gebieden” (D1) en “geld” (E2). Ook kunnen instellingen met nieuwe PMC beter tegemoet komen aan de wensen en behoeften van de klant. “Een aantal klanten heeft baat bij nieuwe producten zoals zorg via de tv. De trend is nu echter richten op ‘wellness’ en preventie en daar heeft de kwetsbare klant niet veel aan” (A4). Door nieuwe PMC te ontwikkelen kan een “gedifferentieerd aanbod gecreëerd worden en kunnen nieuwe klanten worden geworven, bijvoorbeeld door de particuliere markt te betreden” (D1). Bij instelling A komt dit ook tot uiting in de strategische doelen: het uitbreiden van het huidige pakket diensten, ook voor gezonde mensen.

De financiering is echter soms lastig. Thuiszorginstellingen hebben in principe nooit een commercieel oogmerk gehad en de marges op producten zijn niet erg groot omdat de prijzen nog grotendeels worden opgelegd door de overheid. “Er is nu ook nog te weinig communicatie tussen de verschillende divisies [thuiszorg/ maatschappelijk werk/ jeugdzorg etc.]. Nu wordt er vaak alleen gekeken naar het product en niet naar de behoefte van de klant. Substitutie krijgen we niet goed in beeld. Als je de huidige PMC goed in kaart hebt, pas dan kun je naar de witte vlekken gaan kijken/ nieuwe ontwikkelen” (B2). PMC worden volgens respondent A1 tevens ontwikkeld om “het verlies aan groei ergens anders terug te pakken: overleven van je organisatie”.

Instelling D kijkt bij de ontwikkeling van nieuwe PMC voor een deel naar marktonderzoek dat gedaan wordt naar bijvoorbeeld naamsbekendheid, voedings- en dieetvoorlichting en thuiszorgproducten. “Daar probeer je dingen uit te halen, wat kunnen wij verbeteren, wat missen de klanten” (D1). Daarnaast zijn er ook allerlei ontwikkelingen die landelijk spelen. Tevens blijkt uit de documentatie dat instelling D een vast stramien heeft van aandachtspunten die in kaart gebracht moeten worden bij nieuwe PMC. Bijvoorbeeld welke kansen en risico’s zijn er, welke instanties zijn specifiek bij deze PMC een concurrent, welke distributiekanaalen zetten we in en wat levert het de organisatie op?

De respondenten zijn allemaal wel van mening dat je klanten en medewerkers moet betrekken bij de ontwikkeling. Instelling E geeft daarbij aan dat je de medewerkers wel betreft, maar vraagt zich af of ze wel echt structureel inspraak hebben. “Ideeën ontstaan wel eens bottum-up, maar dit is incidenteel”

(E1). Echt nieuwe PMC kunnen klanten echter niet bedenken. Je moet zelf met iets komen en het vervolgens testen bij de klant. “Ouderen redeneren erg vanuit het bestaande aanbod. Je moet mensen losmaken van het aanbod, dan pas krijg je andere wensen. Bijvoorbeeld door het testen van nieuwe dingen bij klantenpanels” (A4). Daarbij deelt men de mening dat de medewerkers een belangrijke rol spelen. “De medewerkers zijn de ambassadeurs van de organisatie. Ze worden echter opgeleid om te zorgen. Ze gaan met het volle hart voor de patiënt. Ze kunnen moeilijk de link leggen tussen de behoefte van de klant en de producten die [de organisatie] heeft/ kan aanbieden. Dit moeten we gaan trainen. Pas dan krijg je een integraal aanbod. Het is voor de klant nu een groot moeilijk bos: waar moet ik zijn in de zorg?” (B1). “Wij hebben nu een consulent ingevoerd: dit is voor de klant een vast aanspreekpunt, waar de klant met vragen terecht kan, die om de zoveel tijd langskomt voor evaluatie en die kijkt welke wensen en behoeften er zijn” (E1). Ook instelling D werkt met zogenaamde zorgadviseurs. Dit betekent voor de klant één aanspreekpunt, die alle hulpvragen coördineert.

Aan de respondenten is ook gevraagd welke waarde van Treacy & Wiersema het meest van toepassing is: product leadership, operational excellence en customer intimacy. Respondent D1 geeft aan dat de organisatie in ieder geval niet kiest voor product leadership. “Wij zijn niet bij uitstek een innoverende organisatie. Daar moet je veel kapitaal voor hebben en continu veel in investeren” (D1). Instelling E deelt deze mening. De respondenten zijn het allemaal eens dat een instelling over het algemeen moet gaan voor customer intimacy. “Op de werkvloer moet je het product aanpassen aan de klantvraag” (A2). “Wij willen ‘eigenaar’ van de klant zijn, dus customer intimacy” (A3). “In de zorg is de vertrouwensband uiteindelijk wel hetgeen waar het ‘t eerst om gaat” (A4). Wel wordt aangegeven door een aantal respondenten dat het soort product en de soort klant ook van invloed is. “Bij HV zie je dat de uren nu verdeeld moeten worden met de concurrent en komt er druk op de tarieven. Tevens is er een verschuiving van HV naar alfahulp. Je moet dit haast wel operational excellence organiseren. Eigenlijk moet je per financier verschillend branden. Gemeente moet weten dat we voor een lage prijs werken, operational excellence. De klant wil puur de kwaliteit, ofwel customer intimacy” (B1). Ook respondent C1 geeft aan dat het erg aan het product ligt hoe je jezelf wilt positioneren. Maar “in deze branche zal de nadruk meer en meer komen te liggen op customer intimacy. Zorg is een ‘dissatisfier’ en de marges zijn klein. Prijzen worden vaak nog van bovenaf opgelegd” (C1). “Het is lastig om een eenduidige keuze te maken voor operational excellence of customer intimacy” (D1). Instelling E geeft aan dat bepaalde markten excellenter moeten opereren. De vraag is of je “de easy-jet van de zorg wil worden” (E2). “In de toekomst is er steeds meer verschraving van het zorgaanbod. Het moet efficiënter, minder kwaliteit, minder opgeleid personeel. Customer intimacy is dan in bepaalde delen van de markt niet haalbaar” (E1).

6.3 Klantperspectief

Segmentering staat in de thuiszorg nog in de kinderschoenen. Er is bij de instellingen wel gesegmenteerd naar ziektebeeld, maar dit is afhankelijk van de indicatie die de klant heeft. Instelling A

en B zijn wel van mening dat het zeker beter ontwikkeld moet worden. “je luistert dan beter naar je doelgroep” (A4). “Het is belangrijk dat je weet aan wie je welk product moet leveren” (A3). Instelling D is bezig met segmentatie: “bijvoorbeeld schoonmaak thuis bij particulieren, vakantie met zorg, particuliere zuster” (D1). Zit dus vooral op de behoefte van de klant (gedrag). Instelling D wil in de toekomst wel meer gaan segmenteren en denkt daarbij aan factoren als “lifestyle, interesses, geografisch gebied (wijk, postcodes) en cultuur” (E2). Instelling C heeft zijn klanten al wel verder doorgesegmenteerd. Daarbij zijn variabelen als gedrag (wat hebben ze gedaan in het verleden, welke producten hebben ze reeds afgenomen), zorgbehoefte, leefstijl, inkomen, etniciteit en leeftijd van belang. Nieuwe producten worden daar ook op afgestemd. Er worden zelfs speciale projecten voor opgestart. Ook focust instelling C in haar documentatie in op de individuele keuze van klanten. Deze instelling geeft tevens aan dat de diverse segmenten substantieel, toegankelijk, differentieerbaar en bewerkbaar zijn. “Meetbaar is in ontwikkeling en wordt steeds beter” (C1). Ook doen instelling C, D en E aan klantenbinding. Klanten binden maakt bijvoorbeeld deel uit van het motto van de marketinginstellingen van instelling D. Instelling C, D en E bieden allemaal een vorm van ledenservice aan hun klanten aan. “We hebben bijvoorbeeld een ledenpas. Deze pas biedt diverse ledenservices en kortingen op diverse producten en diensten, waaronder activiteiten die we organiseren, zoals quizen, theatervoorstellingen, dagtoertjes etc.” (C1). Of je de klanten er echt mee bindt is de vraag. “Een deel zal toch gewoon shoppen” (D1). Respondent E2 geeft aan dat je er veel meer uit kan halen, zoals spaarprogramma’s [langer lid is bijvoorbeeld hogere korting]. “Je gebruikt ook andere distributiekanaalen, zoals langsgaan bij hotels en vakantieparken. Voor de huidige klanten is het deels automatisme. Je bent jarenlang de grootste leverancier geweest in een bepaald gebied. Op zekere hoogte ben je verzekerd van een min of meer autonome toestroom” (D1). De andere instellingen worstelen nog met klantenbinding. Zo vindt respondent A2 klantenbinding uit marketingoogpunt minder belangrijk. “Overstappen geloof ik niet zo in in deze markt. Ouderen van nu zijn niet zo assertief, ze zijn gewend aan de medewerker die langskomt”. Toch blijkt uit de documenten van instelling A dat ze klanten in de toekomst meer willen gaan binden; ‘verleiden om voor ons te kiezen’. Respondent A4: “kwetsbare ouderen bindt je door goede zorg te leveren, dat is de beste marketing”. Ook respondent B1 vindt het een lastige. “Je wilt het liefst dat zwangeren lid van je worden [kraamzorg] en vervolgens in elke fase van de levenscyclus alle producten van je instelling afnemen. Dan moet je ook een aantrekkelijke inhoud van je pakket hebben. De thuiszorg heeft toch nog een oudbollig imago. Je hoeft ook geen lid meer te zijn om bijvoorbeeld hulpmiddelen te halen. Spagaat hoe je dat moet doen” (B1). “Een goed klantvolgsysteem is belangrijk. Nu staan ze ingeschreven bij verschillende takken van de instellingen, bijvoorbeeld diëtiek, maatschappelijk werk, thuiszorg etc. Deze takken weten het vaak niet van elkaar. Door een goed klantvolgsysteem kun je overzicht houden wat er rond de klant gebeurt” (A1).

6.4 Intern perspectief

Customer Relationship Management (CRM) is in ontwikkeling. Thuiszorginstellingen zien het belang ervan in. De ene instelling staat echter nog aan het begin, de andere is al in een verder stadium. “Het

gaat niet om het systeem, maar om de relatie. Wij proberen de wijkverpleegkundigen zo te faciliteren dat ze dit kunnen doen" (A2). "Het unieke van de thuiszorg is dat je achter de voordeur komt. De medewerker is de kracht van onze instelling. Zij komen bij de klant over de vloer en hebben de relatie met de klant. Dat ligt niet aan het beleid van de instelling" (A3). "Het is belangrijk om je eerst gewoon eens goed aan je afspraken te houden. Ofwel, kom op tijd, wees telefonisch goed bereikbaar, geef goede en heldere informatie" (A4). Respondent B1 spreekt van 3 soorten klanten, namelijk de klant zelf, de medewerker en de financier. De interne medewerkers worden volgens deze respondent met de beschikbare gelden voldoende benaderd. Van de klanten worden nu alleen puur de NAW-gegevens geregistreerd, zodat de financiering juist kan verlopen. "Dit noem ik geen CRM, er is geen registratie van behoeften, sociale wensen etc. De gegevens van verwijzers, gemeenten, zorgkantoren, andere ketenpartners etc. zouden eigenlijk in één centrale database moeten. Nu gaat iedereen er maar naartoe, veel contacten: het is een ratjetoe. Hier kan je alleen maar beleid op maken als iedereen het nut ervan inziet. Je kunt dan ook gaan achterhalen: wat wil die huisarts van ons? Het zijn nu allemaal beroepsgroepen in eigen hokjes. Iedereen wil het goed doen voor de klant, maar eigenlijk weten we niet goed van elkaar wat we doen. Het is een taak voor marketing om te blijven sturen deze behoeften te achterhalen." (B1) Ook qua CRM is instelling C iets verder. "Dit komt tot uiting door alle vormen van relatiebeheer die ingezet worden: streven naar 1 aanspreekpunt, een zorgadviseur die alles voor de klant regelt, de ledenpakketten met gerichte aanbiedingen. Echter, verdere professionalisering is nog aan de gang om de randvoorwaarden, onder andere ICT, voor een geslaagd CRM te realiseren" (C1). Instelling D doet haar best om CRM van de grond te krijgen. "Wij moeten nu verslagen maken van onze externe bezoeken. Dat proberen wij in een geautomatiseerd systeem te doen. Je probeert verwijzers te 'bewerken' door ze te bezoeken, goed te faciliteren, bij dingen te betrekken" (D1). Bij instelling E is wel een CRM-pakket ingevoerd. Verschillende afdelingen werken er ook al mee. Dit moet nog veel verder. "Accountstrategieën, contacten moet je eigenlijk allemaal vastleggen (ook met externe stakeholders). Systeemtechnisch is het klaar, het zit alleen nog niet in de cultuur. Nu weten we vaak onvoldoende van elkaar. Iedereen heeft zijn eigen contacten" (E2). "Je zou eigenlijk per stakeholder een strategie moeten uitzetten. Wat zijn nu je belangrijkste doelstellingen op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Processen verlopen langzaam, gaat stapje voor stapje" (E1).

De wensen en behoeften van klanten worden door de meeste instellingen wel gemeten, maar met de resultaten wordt niet altijd genoeg gedaan, aldus A4. Klanttevredenheidsonderzoeken worden bij instelling D en E in ieder geval wel gedaan. De meeste respondenten geven aan dat hun organisatie wel meedoet aan landelijke onderzoeken, zoals benchmarks. Daarnaast worden de medewerkers ingezet. Zo heeft instelling C zorgadviseurs die persoonlijk bij de klant thuis komen en instelling E heeft de reeds genoemde consultants. Instelling B doet exitgesprekken, maar geeft aan dat je dan al eigenlijk te laat bent. "Ik vind dat je eigenlijk een paar keer per jaar klantenpanels moet doen/schriftelijke enquêtes. Voor klantenpanels heb je ook goede moderators nodig die het panel kunnen leiden. Dit kost echter wel veel tijd en geld" (B1). Instelling A doet naast de benchmark ook aan klantenpanels, evaluaties van zorg en/of zorgplannen. "De medewerkers die bij de klant komen zouden moeten signaleren en doorgeven. Daar moeten we meer mee. Daar ligt de informatie, als

signalering en dergelijke" (A4). Bij nieuwe producten is scholing dan ook heel belangrijk: "het is een voorwaarde/ onderdeel van het implementatieplan" (A2). "Je komt als instelling ook deels achter de behoefte door simpelweg na te denken en te toetsen of er vraag is naar de bedachte activiteiten. Als er dan een significante vraag naar is, dan ga je kijken hoe het gefinancierd gaat worden. Marktonderzoek doen om te bekijken of klanten er een eigen bijdrage voor over hebben" (A3). "Bij nieuwe PMC moet je [qua medewerkers] vaak beginnen bij een select clubje, die snapt waarom je het doet, die de juiste attitude heeft en weet hoe je de klant moet benaderen. Er zijn ook echte zorgmensen [die vinden bijvoorbeeld de particuliere markt voor niet-zorgbehoevenden maar niks], wees daar alert op. Des te geprofessionaliseerder de medewerker, des te moeilijker het vaak is" (D1). Marketingcommunicatiemiddelen die bij de huidige klanten vooral worden ingezet zijn "folders, netwerken, bewerking huisartsen, advertenties, spotjes" (D1). Verkoopargumenten zijn bijvoorbeeld "continuïteit van levering, kwaliteit en van oudsher" (D1).

6.5 Financieel perspectief

De inzichtelijkheid van de verschillende producten en markten is niet overal even helder. Instelling C heeft een afdeling die dit precies berekent. "Diverse targets worden vooraf gesteld en dienen gehaald te worden" (C1). Instelling B en D hebben de meeste producten wel inzichtelijk (B2 en D1). Instelling B geeft in de documenten ook aan kostprijzen te hebben berekend voor elk product. Toch geeft B1 in het interview aan: "Het is echter maar net hoe de kosten worden meegenomen. Overhead wel allemaal mee berekenen of niet? Is lastig". "Echte kostprijsberekeningen doen we niet" (E1). "Gekeken naar de BCG-matrix was de thuiszorg altijd de *star*. Het wordt nu een beetje een *dog*. De prijzen en volumes staan onder druk. Er wordt anders geïndiceerd. Er zijn geen goede cijfers bekend om op dit moment de producten verlies- of winstgevend te noemen" (A3). Het elimineren van producten in de thuiszorgsector is ook lastig. Er wordt door alle respondenten aangegeven dat er sprake is van een maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarbij wordt gedoeld op de basiszorg. "De zogenaamde 'funproducten' is iets anders. Nieuwe domotica is vaak heel handig, maar niet noodzakelijk. Als het heel veel geld kost, moet je je wel afvragen of dit het waard is" (A4). "We hebben laatst wel bij een slecht lopend, nieuw product besloten de stekker eruit te trekken" (E1). Maar "je hebt ook verliesgevende producten omdat het goed is die in je assortimentopbouw te hebben" (E2).

Zo maak je met je producten soms ook deel uit van een keten. "Je kunt geen gat laten vallen in de keten. We zijn er voor iedereen. In de stad wonen mensen bij elkaar, dus minder reistijd. In dorpen vaak langere reistijd, waardoor je personeel duurder is en inefficiënter kan werken. Moet je daar dan maar geen zorg meer leveren? Je kunt in thuiszorg niet zomaar producten schrappen als je er geen winst (meer) mee maakt" (B1). "Bij verliesgevende producten gaan we in gesprek met de financiers (o.a. AWBZ). Tevens wordt er gekeken of we indirect met andere producten die we eraan kunnen verkopen wel rendabel kunnen zijn" (C1).

De financiering van nieuwe PMC is verschillend. Instelling A geeft aan dat ze "redelijk wat spek op de botten hebben van voorgaande jaren" (A2). Ook kunnen zij investeringen doen met de winst van andere PMC (A3). Verder is vooral het zorgkantoor een belangrijke financier. In de toekomst kan meer

gekeken worden naar verzekeraars, ook naar aanvullende verzekeringen en wat je daarbij kan aanbieden als thuiszorginstelling (A3 en E1). “Prijzen die klanten ergens voor over hebben moet je per product onderzoeken. Bied je het gratis aan, dan willen mensen het wel. Moeten ze ervoor betalen, dan is het een ander verhaal” (A4).

In tegenstelling tot de beleidsdoelen van instelling B (het blijven innoveren van de zorgverlening) blijkt uit de interviews dat de instelling weinig geld heeft om echt nieuwe PMC te ontwikkelen. “Wij hebben nooit een commercieel oogmerk gehad, dus er is ook geen geld voor opzij gezet. Je eigen mensen extra inzetten is ook te duur. Je moet dan fondsen gaan aanspreken of derde stromen genereren. Klanten zelf laten betalen, financiers zoeken, samenwerkingsverbanden aangaan. Dit zijn vaak lange, slopende projecten” (B1). “Het is niet zo dat de verliesgevende producten worden gefinancierd uit de winstgevende. Producten die minder opbrengen behoud je soms wel omdat je anders een gat in de keten hebt. Als je bijvoorbeeld HV gaat afstoten, verlies je een hele grote toegangspoort voor je overige zorg. Dus neem je genoeg met hele lage marges om toch je klanten te behouden die te zijner tijd de andere zorg gaan afnemen” (B2). Prijs die klanten over hebben voor producten is ook lastig te achterhalen volgens instelling B. “Klanten denken dat zorg gewoon verzekerd is. Ze willen niet graag voor zorg betalen. Dit gaat wel veranderen. Je ziet bijvoorbeeld bij zogenaamde straatjes in privé-klinieken dat mensen er minder tijd voor kwijt zijn en dus meerwaarde zien om ervoor te betalen. Maar mensen willen niet ziek zijn. Ze gaan er pas aan denken als ze er zelf mee te maken hebben” (B1).

Instelling C geeft aan dat het een vast onderdeel is bij het opzetten van nieuwe PMC om te bepalen welke prijs de klanten over hebben voor het product, bijvoorbeeld voor producten als de ledenpakketten en de welzijnsactiviteiten.

Instelling D geeft aan dat sommige producten wel gefinancierd worden uit winstgevende producten om ze op gang te krijgen. “Toch lever je op bijvoorbeeld technische producten puur verlies. Maar je hebt ze wel nodig om klanten te binden” (D1). “Onder de kostprijs werken is vaak een bewuste keuze om het product in de markt te krijgen” (D1). Echt elimineren van producten wordt wel geroepen, maar of het gebeurd is de vraag. “We proberen het wel, maar meestal betekent het dat we er gewoon geen actieve investeringen meer in doen” (D1).

Instelling E heeft voor elke divisie een eigen begroting met ruimte voor ontwikkeling. Het geld komt vaak wel van de winstgevende onderdelen. Private geldstromen worden ook belangrijker. “Wat willen klanten zelf betalen voor bepaalde producten” (E2). Daarnaast zijn er subsidies en wordt er veel gekeken naar financiering door gemeente en verzekeraar. Qua prijs geeft E2 aan dat het niet in de cultuur zit om teveel te verdienen. “We zijn voorzichtig, ook naar verzekeraar en zorgkantoor om een premium prijs te vragen” (E2).

6.6 Groei en leerperspectief

Er wordt door alle instellingen gekeken naar de toekomstperspectieven bij de ontwikkeling van nieuwe PMC. “Een voorbeeld is de extramuralisering. Doordat de klant van de toekomst langer thuis zal (willen) blijven wonen speel je daar op in. Daarnaast zie je ook dat zorg naar de achtergrond schuift

en dat PMC's meer gericht zijn op prettig leven. Hierbij worden combinaties gezocht met wonen, welzijn en ontmoeting" (C1). Dit blijkt ook uit het jaarverslag van deze instelling. Ook respondent B1 houdt de trendontwikkeling in de gaten "bijvoorbeeld via Centraal Bureau voor de Statistiek. Als men ouder wordt, krijgt men last van bepaalde ziektebeelden. Daar kun je op inspelen. Klanten blijven langer thuis wonen. Intramurale geldstromen lopen straks terug, daar ligt een enorme kans. Daar moet je op inspelen met personeel, met primaire processen, met een vernieuwd zorgaanbod. Straks heb je andere ouderen: hoger opgeleiden, meer kennis, opgegroeid met internet, zelfstandiger, kritischer etc." (B1). Instelling D is bezig met het betreden van de particuliere markt. "Er zijn mensen met voldoende geld die zelfs buiten de AWBZ willen betalen voor zorg, zoals een particuliere zuster of schoonmaakwerk" (D1). Ook blijkt uit documentatie dat instelling D nieuwe markten wil gaan betreden, zoals naast de particuliere markt het combineren van zorg en recreatie. Je moet volgens A3 wel keuzes maken als instelling: "Wil je de huidige klanten meer producten aanbieden, of met je huidige producten nieuwe markten gaan veroveren. Neem bijvoorbeeld een 'witte werkster'. Je kunt hiermee ook mensen benaderen die geen zorg behoeven, maar wel graag willen betalen om hun huis te laten schoonmaken. De vraag is wel of je medewerkers dit willen. Ze hebben nu een zorginstelling: schoonmaken om hulpbehoevenden te helpen. Bij mensen met genoeg geld, die geen zin hebben om schoon te maken, is werken heel anders" (A3). Ook instelling D geeft aan dat het wel speciale vaardigheden van de medewerkers vereist en dat dit niet voor iedereen is weggelegd. Respondent A4 vindt dat thuisinstellingen zich moeten houden bij hun core business. "Specialiseer je in alle vormen van zorg, maar ga je niet storten op andere markten (zoals bedrijfsleven). Neem reisorganisaties. Je kunt zelf reizen gaan organiseren voor ouderen, maar dat is niet je expertise. Je kunt veel beter aankloppen bij een reisorganisatie en jouw expertise aanbieden, als toevoeging aan hun huidige aanbod" (A4). Volgens respondent A1 kan er veel meer gekeken worden buiten de huidige grenzen: "Multifunctionele concepten. Ontmoetingsfuncties/ cursussen/ spreekuren/ samenwerking met andere disciplines". "Je kunt ook kijken naar de agrarische bedrijfsverzorging. Die hebben een uitzendbureau voor boeren. Als ze lid zijn en ze worden ziek, dan kunnen ze een 'uitzendboer' inhuren om het werk over te nemen. Dit is ook een vorm van klantenbinding" (A3). De kans op overstappen blijft volgens D1 echter altijd bestaan. "Er zijn natuurlijk legio aanbieders, die krenten weghalen. Andersom gebeurt het ook" (D1). Instelling E blijft zich wel echt op de zorgmarkt richten. "We willen geen andere markten gaan betreden met ons concept" (E2). Wel wordt aangegeven door E1 dat er gekeken kan worden naar samenwerking met derden, zoals woningcorporaties.

6.7 Extern perspectief

Door de WMO zijn veel thuiszorginstelling beter naar hun concurrenten gaan kijken, echter "de grootste concurrent die ken je wel" (B1). Ook geven alle respondenten aan dat de belangrijkste concurrenten in kaart zijn gebracht. De mate waarin er bij de ontwikkeling van nieuwe PMC naar concurrenten wordt gekeken is verschillend. De marketingactiviteiten van instelling D zijn met het oog op de WMO wel geïntensiveerd om klanten 'te vinden'. Respondent A1 geeft aan dat ze marktleider zijn en dat er in hun buurt niet zoveel gebeurt waar zij niet aan voldoen. Ze zouden meer op landelijk

niveau moeten gaan kijken. “De kleinere instellingen zetten zich vooral af tegen het ‘log en groot zijn’ van ons en spelen daar op in. Wij gaan echter niet als een gek na-apen, maar blijven achter onze eigen identiteit staan” (A2). Instelling C doet een concurrentiecheck bij nieuwe PMC en “schatten zo goed en kwaad als dat gaat in hoe belangrijke concurrenten zullen reageren op een product” (C1). Instelling E heeft per wijk de concurrenten digitaal in kaart gebracht. Instelling D leest bijvoorbeeld actief de advertenties en uitingen van concurrenten. Ook kijken ze bij nieuwe producten welke concurrenten ‘er wakker van liggen’. De mening van B1 is “dat iedere thuiszorginstelling hetzelfde doet. Iedereen zet de klant centraal. Ik geloof niet dat dat zo is. De grote vraag is hoe je de concurrent kan overtroeven, hoe je duurzaam concurrentievoordeel kunt behalen” (B1). Ook gaat instelling C in de documentatie in op mogelijkheden om zich te onderscheiden als WMO contractant. Instelling B wil zich ook door middel van haar producten en diensten positief onderscheiden van de concurrent.

Bij de WMO wordt wel in de gaten gehouden wie het gegund krijgt. “Je kunt daardoor ook kijken naar onderaannemers. Wij hadden een gunning in een nieuw gebied. Door gebruik te maken van een instelling uit dat gebied die het niet gegund had gekregen als onderaannemer, koop je een stuk marktaandeel” (A3). Ook instelling C kijkt naar de mogelijkheden van samenwerking: “in het kader van de WMO zijn we een samenwerkingsverband aangegaan met een andere thuiszorginstelling om aan de minimale markt volumes te voldoen om in de Europese mededinging mee te dingen” (C1). Instelling D geeft aan dat ze de samenwerking met concurrenten ook wel opzoeken bij nieuwe PMC. “Grote instellingen bedenken het. Wij kopen vervolgens de licentie en gaan het ook verkopen” (E2). “Bij grote organisaties zit er ook vaak een ander budget achter (ontwikkelingsbudget). Dat hebben wij gewoon onvoldoende, daar zijn we te klein voor” (E1).

Klanten stappen gezien de huidige mogelijkheden toch nog niet zo snel over. “Ze zijn vreselijk loyaal. Als ze overstappen heb je het verschrikkelijk bont gemaakt. Bekeken vanuit de WMO moet je banger zijn voor de gemeenteambtenaar die klanten naar andere organisaties stuurt, dan voor de klant zelf. Je zou je veel meer moeten richten op financiers en verwijzende partijen. Er zal echter wel verschil zijn in de Randstad en in de Achterhoek. In de Achterhoek zijn mensen veel trouwer aan wat ze van oudsher gewend zijn. Kinderen zullen wel sneller hun ouders laten overstappen. Zorg dus dat het contact met de kinderen ook goed is” (A4). Ook wordt er gekeken naar bijvoorbeeld verwijzers. Er is nu wel veel contact tussen ziekenhuis/ huisarts en medewerkers. Zowel instelling A als instelling B geven aan dat hier echter meer beleid op gemaakt moet worden: wat willen ze precies en hoe kunnen we elkaar daarin ondersteunen? “Je probeert natuurlijk wel allerlei informatie te verzamelen, maar je moet er ook niet al te veel verwachtingen van hebben”, aldus D1.

6.8 Verschillen/ overeenkomsten samengevat

In onderstaand schema zijn de verschillen en overeenkomsten tussen de vijf instelling samengevat weergegeven:

	Instelling A	Instelling B	Instelling C	Instelling D	Instelling E
Algemeen					
▪ Nieuwe PMC	Investeren in innovatie Marktgroei	Totaalpakket aan zorg	Investeren in innovatie Nieuwe klanten Meer afname huidige klanten	Entree in nieuwe gebieden Gedifferentieerd aanbod	Geld
▪ Ideeën nieuwe PMC	Klantenpanels Benchmark Top-down	CBS analyses	Behoeftedonderzoek	Marktonderzoek	M.n. top-down Nieuwe medewerkers
▪ Schakel	Wijkverpleegkundige + medewerkers	Medewerkers	Zorgadviseur + medewerkers	Medewerkers	Consulent + medewerkers
Klant					
▪ Segmentatie	Niet	Niet	Hoge mate	Zwak	Niet
▪ Ledenservice	Niet	Niet	Wel	Wel	Wel
Intern					
▪ CRM	Geen pakket: wijkverpleegkundige als ambassadeur	Geen pakket	Geen pakket: relatiebeheer (o.a. via zorgadviseur)	Verslagen van externe bezoeken in geautomatiseerd systeem	Wel een CRM-pakket, gebruik nog niet voldoende
▪ Tevredenheidsonderzoeken	Ja	Alleen exitgesprek	Ja	Ja	Ja
Financieel					
▪ Inzichtelijkheid producten	Geen harde cijfers	Ja	Ja	Ja	Niet echt
▪ Afstoten van producten	Bij uitzondering	Lastig: gat in keten	Eerst in gesprek met financiers	Geen actieve investeringen meer in dat product	Bij uitzondering
▪ Budget	Voldoende	Weinig	Voldoende	Niet voor grote innovaties	Ruimte voor ontwikkelingen
Groei- en leer					
▪ Toekomstperspectief	Veel mogelijkheden	Bij zorg blijven	Veel mogelijkheden	Particuliere markt	Bij zorg blijven
Extern					
▪ Concurrentie	Duidelijk in kaart	Duidelijk in kaart	Duidelijk in kaart	Duidelijk in kaart	Duidelijk in kaart

Figuur 6.2: verschillen/ overeenkomsten in schema

In schema 6.2 is terug te zien dat instelling C en D een hogere score hebben op marketingoriëntatie dan instelling B. Hoewel ook instelling E een hoge score behaalde op marketingoriëntatie, zit deze instelling samen met A tussen C-D en B in. De voornaamste reden om nieuwe PMC op de markt te brengen is naast het behouden van huidige klanten (meer afname), nieuwe klanten aan te trekken. Instelling A, C en D willen daarbij buiten hun core business kijken. Instelling B en D willen echt bij de

zorg blijven. Segmentatie van de klanten is bij instelling C al wel gebeurd. De andere instellingen hebben de plannen, maar het komt nog niet echt van de grond. Hetzelfde geldt voor CRM. Instelling C heeft ook hier het principe al wel doorgevoerd, alleen het technische systeem ontbreekt nog. Instelling E heeft het technische systeem, maar moet dit nog verder invullen. Instelling D heeft een deel van het CRM systeem in gebruik, namelijk gericht op de externe bezoeken. Instelling A en B zijn nog niet zover. De verschillende instellingen hebben verschillende ideeën over de financieringsmogelijkheden. Een aantal hebben nog budget opgespaard om innovatieve PMC mee te ontwikkelen, instelling B geeft aan weinig mogelijkheden te zien. Ook instelling E geeft aan dat er wel 'potjes' zijn, maar dat dit niet altijd voor nieuwe PMC wordt gebruikt. De toekomstperspectieven zijn voor twee instellingen duidelijk: bij de huidige core business blijven (B en E). Instelling A, C en D zijn momenteel aan het kijken naar mogelijkheden buiten de huidige 'grenzen'. De concurrentie speelt bij alle instellingen een grote rol.

6.9 Conclusie kwalitatief onderzoek

Marktwerving brengt zowel positieve als negatieve ontwikkelingen met zich mee. Marketing kost daarbij veel geld, maar zorgt er wel voor dat instellingen beter naar de wensen en behoeften van hun klanten kijken en daar ook op inspelen. Dat is ook een van de redenen om nieuwe PMC te ontwikkelen. Tevens spelen aspecten als geld, voortblijven van concurrenten, en een totaal productenpakket een rol. Marktonderzoeken zijn daarbij een vereiste, waar thuiszorginstellingen nog veel kansen bij hebben. De keuze voor een waardediscipline is nog niet zo makkelijk als Treacy & Wiersema stellen. Customer intimacy is van oudsher de meest gekozen waarde, maar gezien de marktontwikkelingen is voor bepaalde delen van de thuiszorg operational excellence ook een goede keuze. De klanten zijn over het algemeen nog niet gesegmenteerd. Om marketingstrategieën goed af te kunnen stemmen, is dat echter wel nodig. Klantenbinding is ook een onderwerp waar winst mee te behalen valt. CRM biedt bij bovengenoemde punten een houvast voor de instellingen. De specifieke financieringsstructuur maakt het voor de thuiszorg lastig om nieuwe PMC op de markt te brengen. Alleen grote instellingen kunnen daarbij echt innovatief zijn. De ontwikkelingen op de thuiszorgmarkt zorgen ervoor dat instellingen voortdurend vooruit moeten blijven kijken om te kunnen overleven. Daarbij moeten ook keuzes worden gemaakt: blijf je bij je huidige 'core business' of ga je andere markten op? Door de marktwerving is ook de concurrent een belangrijke speler geworden. Die moeten in de gaten worden gehouden. Ook dient er gekeken te worden naar mogelijkheden om een samenwerking aan te gaan met verwijzers en financiers zoals de gemeente.

7 Ontwikkeling van het 5x5PMC-instrument

In dit hoofdstuk wordt het 5x5PMC-instrument beschreven. Het instrument is ontwikkeld aan de hand van het theoretisch onderzoek en de resultaten van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek. Met dit instrument wordt thuiszorginstellingen een leidraad geboden, waarmee ze de levensvatbaarheid van nieuwe PMC kunnen inschatten alvorens ze op de markt te zetten. Het hoofdstuk begint met een 'lege' versie van het instrument. Vervolgens wordt er in paragraaf 2 een invulling gegeven aan de verschillende onderdelen waar het instrument uit bestaat. In paragraaf 3 is een weergave te vinden van het totale 5x5PMC-instrument. Het instrument is vervolgens getoetst in de praktijk aan de hand van het product personenalarmering en voorgelegd aan een tweetal marketingexperts in de thuiszorg. Deze resultaten worden in paragraaf 4 weergegeven. Het hoofdstuk eindigt met een reflectie op het ontwikkelde instrument.

7.1 Het 5x5PMC-instrument

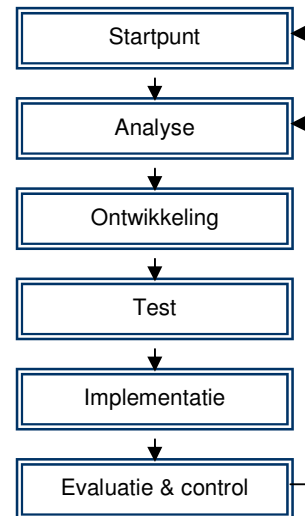
Om het instrument te gebruiken zijn een paar uitgangspunten noodzakelijk. Een thuiszorginstelling gaat bij nieuwe PMC uit van één vaste en één variabele factor (product of markt). Er zal niet snel een nieuw product op een nieuwe markt gezet worden. Om het instrument goed te gebruiken dient de zorginstelling eerst te bepalen wat de vaste en wat de variabele factor is:

- gaan we met bestaande producten een nieuwe markt aanboren of;
- gaan we nieuwe producten op de bestaande markt introduceren?

Na dit besluit doorloopt de instelling een vijftal fasen (zie figuur 7.1):

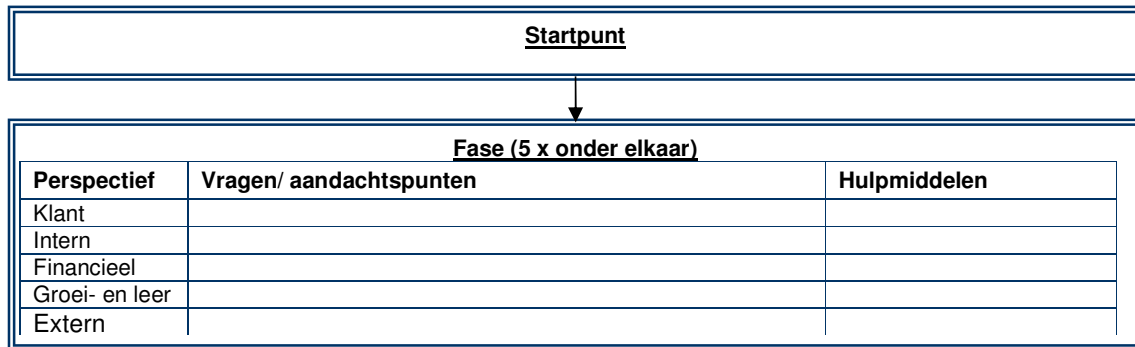
1. Analyse
2. Ontwikkeling
3. Test
4. Implementatie
5. Evaluatie & controle

Na de evaluatiefase komt de instelling weer terug bij het startpunt of de analysefase, omdat er uit de evaluatie altijd weer nieuwe verbeterpunten/ ideeën zullen komen (plan-do-check-act).



Figuur 7.1: de vijf fasen

Bij elke fase dient een thuiszorginstelling vervolgens rekening te houden met de vijf perspectieven zoals die in het theoretisch kader naar voren zijn gekozen. Dit zijn de vier perspectieven van de Balanced Score Card van Kaplan & Norton, te weten *klant*, *intern*, *financieel*, *groei- & leer* en het vijfde perspectief *extern*. Er zijn dus 5 fasen en 5 perspectieven waarmee een instelling rekening dient te houden bij het op de markt brengen van nieuwe PMC: ofwel het "5x5PMC-instrument". Het lege model ziet er dan als volgt uit (zie figuur 7.2):



Figuur 7.2: het lege 5x5PMC-instrument

7.2 Invulling van het instrument

Om een duidelijke invulling te geven aan het instrument wordt in iedere subparagraaf een fase behandeld. Aan bod komen respectievelijk startpunt, analysefase, ontwikkelfase, testfase, implementatiefase en evaluatie- & controlfase. Elke fasebespreking eindigt met een schematisch overzicht van de betreffende fase.

7.2.1 Startpunt

Allereerst is het belangrijk om helder te hebben vanuit welke missie, visie en waardediscipline (product leadership, operational excellence of customer intimacy) de instelling werkt. Daarbij moet ook helder zijn welke factor (product versus markt) de vaste en welke de variabele is. Vervolgens moet gekeken worden welke strategische doelstellingen de thuiszorginstelling heeft. Sluit de keuze voor een nieuw product of een nieuwe markt aan bij de missie, visie, waardediscipline en de strategische doelstellingen?

Gezien de huidige ontwikkelingen op de thuiszorgmarkt is het aan te raden aan om de markt te segmenteren en daaruit de belangrijkste segmenten te kiezen. Nieuwe PMC kunnen vervolgens specifiek voor die segmenten ontwikkeld worden, vanuit het oogpunt van vraaggestuurde zorg.

Ook is het verstandig de verschillende concurrenten in kaart te hebben. Dit kan namelijk invloed hebben op de nieuwe PMC.

Startpunt in schema:

▪ Missie & visie	→	is duidelijk!
▪ Waardediscipline totale thuiszorginstelling	→	is bepaald!
▪ Strategische doelstellingen thuiszorginstelling	→	zijn bepaald
▪ Verschillende (klant)segmenten	→	zijn omschreven (voor de totale zorginstelling)
▪ De belangrijkste concurrenten	→	zijn in kaart gebracht

Figuur 7.3: Startpunt 5x5PMC-instrument

7.2.2 Analysefase

De analysefase is bedoeld om te achterhalen wat de specifieke wensen en behoeften van de klanten zijn ten aanzien van de te ontwikkelen PMC. Dit kan bij een nieuw product voor een gehele markt (ouderenzorg), maar ook voor een deelsegment (bijvoorbeeld rijkere ouderen). Bij een nieuwe markt kan gekeken worden welke producten een instelling op die markt het beste kan wegzetten. Om te achterhalen waar behoefte aan is kan de instelling gebruik maken van de resultaten die volgen uit het CRM-systeem, uit tevredenheidsonderzoeken, vanuit de benchmark en vanuit andere marktonderzoeken. Ook moet er gekeken worden of het product/ de markt op hoofdlijnen past binnen de huidige bedrijfsvoering of dat er grote aanpassingen nodig zijn. Uiteraard zijn de financieringsmogelijkheden in deze fase bepalend. Zonder voldoende mogelijkheden hoeft de instelling niet verder te gaan naar de volgende fase. Tenslotte dient er gekeken te worden naar de concurrenten: zijn zij met dezelfde producten/ markten bezig of onderscheidt de instelling zich hiermee van andere thuiszorginstellingen? Hierbij wordt dus op product/ marktniveau gekeken naar de concurrenten. Indien er binnen de instelling onvoldoende draagvlak is om met een nieuwe PMC te starten (bijvoorbeeld te weinig budget) kan onderzocht worden of er een samenwerking mogelijk is met derden.

Analysefase in schema:

Klant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wat is de wens/ behoefte van de klant? ▪ Welke waardediscipline moet de PMC volgen t.a.v. marketing? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marktonderzoek ▪ Benchmark ▪ Tevredenheidsonderzoek
Intern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Past PMC in huidige bedrijfsvoering? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CRM-systeem: middelen en processen
Financieel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is er voldoende budget beschikbaar? ▪ Wat zijn de verwachte kosten en opbrengsten (cash & niet-cash)? ▪ Welke financieringsbronnen kunnen we aanboren? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigen vermogen ▪ Mogelijkheden tot subsidies/ afspraken met verzekeraars
Groei & Leer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voldoet PMC aan de toekomstperspectieven? ▪ Wat is de verwachte impact? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trendanalyse ▪ CRM: medewerkers en structuur
Extern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welke mogelijkheden zijn er tot samenwerking met derden? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrentie analyse op niveau van producten/ markten

Figuur 7.4: analysefase 5x5PMC-instrument

7.2.3 Ontwikkelfase

In deze fase staat de ontwikkeling van de PMC centraal. Allereerst is het belangrijk om de te ontwikkelen PMC goed af te stemmen op deelsegmenten die in de analysefase zijn bepaald. Ook moet de PMC aansluiten op de andere PMC's van de instelling, zodat deze PMC een meerwaarde heeft voor de totale productenmix. Vervolgens dient gekeken te worden in hoeverre de nieuwe PMC scholing vereist voor de medewerkers, of interne processen aangepast moeten worden, of de huidige distributiekanalen toereikend zijn etc. Alle kosten die in deze fase gemaakt worden (zoals ontwikkel- en onderzoekskosten) moeten goed worden bijgehouden. In deze fase worden de mogelijke samenwerkingsverbanden die uit de analysefase zijn voortgekomen, omgezet in duidelijke en heldere afspraken. Ook het doel van de samenwerking moet helder zijn, zoals bijvoorbeeld het creëren van schaalvoordelen of het beter kunnen bereiken van nieuwe markten. Door in deze fase al targets op te

stellen, kunnen in de toekomst realistische keuzes gemaakt worden ten aanzien van de voortzetting van de PMC. Bijvoorbeeld dat er X aantal klanten bereikt moet worden binnen Y aantal maanden. Indien de targets niet van tevoren bepaald zijn is het in een latere fase lastiger om een nieuwe PMC te elimineren. Uiteraard is het verstandig de marktontwikkelingen in de gaten te houden om te bepalen of de PMC nog aansluit op de vraag. Tenslotte moeten er, voordat de echte ontwikkeling van start gaat, afspraken gemaakt worden met bijvoorbeeld verzekeraars, gemeenten of andere financiers om het besteedbare budget helder te hebben.

Ontwikkelfase in schema

Klant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorziet de PMC in die aspecten die de klant belangrijk vindt? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultaten marktonderzoek
Intern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zijn de juiste distributiekkanalen aanwezig? ▪ Zijn de processen goed afgestemd op de PMC? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distributiemanagement ▪ Procesbeschrijvingen
Financieel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welke prijs/ kwaliteit verhouding willen we bereiken? ▪ Wat zijn de ontwikkel- en onderzoekskosten? ▪ Zijn er schaalvoordelen te behalen? ▪ Welke targets & grenzen stellen we aan de PMC? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kostprijsberekening ▪ Bijhouden van kengetallen
Groei & Leer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sluit de PMC nog aan op de vraag? ▪ In hoeverre moet het personeel geschoold worden? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marktonderzoek ▪ Scholing
Extern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afspraken maken met eventuele partners en/ of financiers? ▪ Sluit de PMC nog aan op de laatste wet- en regelgeving? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesprekken met partners/ financiers

Figuur 7.5: ontwikkelfase 5x5PMC-instrument

7.2.4 Testfase

De testfase is belangrijk om eventuele knelpunten of onvolkomenheden aan de PMC boven tafel te krijgen en te onderzoeken of de PMC inderdaad goed aansluit op de vraag van de klant. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van klantenpanels of een kleinschalige 'pilot' bij de doelgroep. Aan de hand van de testresultaten kan het bijvoorbeeld nodig zijn om de bedrijfsprocessen aan te passen of nieuwe distributiekkanalen in werking te stellen/ te creëren. In deze fase kan ook de uiteindelijke prijs worden bepaald: wat heeft de klant zelf over voor het product en zijn de overige kosten te financieren met eigen gelden en/of door de andere financiers? Ook kan er in deze fase een inschatting gemaakt worden van de mogelijke voorsprong/ voordeel die met de PMC te behalen is (t.o.v. concurrenten). Ofwel geven klanten een zodanige waardering aan de nieuwe PMC dat zij minder snel zullen overstappen naar de concurrent of juist eerder zullen overstappen naar deze instelling? Tenslotte is het in deze fase belangrijk om te pijlen wat de verwijzers van het product vinden. Voelen ze zich bedreigd (door de PMC) of moedigen ze de PMC juist aan? Dit heeft gevolgen voor de wijze waarop de verwijzers benaderd moeten worden in de volgende fase.

Testfase in schema

Klant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sluit de gepercipieerde PMC aan op de verwachte PMC? ▪ Welke mogelijkheden voor klantenbinding biedt de PMC? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pilot/ kleinschalige test bij klanten/ klantenpanels ▪ Customer Value Map ▪ Innovatie Score Card (zie bijlage 5)
Intern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zijn er aanpassingen nodig in de bedrijfsvoering (o.a. van processen)? ▪ Is de capaciteit toereikend? 	
Financieel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zijn alle verwachte kosten meegenomen in budget? ▪ Zijn er nog onvoorziene kosten naar voren gekomen? ▪ Welke prijs heeft de klant zelf over voor de PMC? 	
Groei & Leer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voldoet het aanbod aan de verwachting van de markt? ▪ Is de deskundigheid en kennis van de medewerkers voldoende toereikend? 	
Extern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is er met dit product voorsprong te behalen t.o.v. de concurrenten? ▪ Wat vinden verwijzers van de PMC? 	

Figuur 7.6: testfase 5x5PMC-instrument

7.2.5 Implementatiefase

De implementatiefase betekent het daadwerkelijk op de markt brengen van het product (of het aanboren van de nieuwe markt(en)). De strategie en de marketinginstrumenten dienen naadloos afgestemd te zijn op de verschillende doelsegmenten waarvoor de PMC bestemd is. De medewerkers moeten (bij)geschoold worden om optimaal bevoegd & bekwaam te zijn de PMC weg te zetten. Ook moeten de ondersteunende afdelingen goed ingespeeld zijn op de PMC (bijvoorbeeld het 'callcenter' en de ICT-afdeling). De prijs van de PMC moet voor alle betrokkenen helder zijn (dus kosten voor klant zelf, kosten voor instelling, kosten voor andere financiers). Ook is het aan te bevelen dat de instelling een duidelijke registratie bijhoudt van de winst die ze met de PMC behalen. Dit kan bijvoorbeeld door te kijken naar het aantal (huidige) klanten dat het nieuwe product afneemt, het aantal nieuwe klanten dat wordt verworven op basis van de PMC, het deel van het besteedbare budget dat klanten aan de PMC uitgeven en/of de kosten die bespaard worden door de PMC af te stemmen op de doelsegmenten. De concurrenten moeten in de gaten gehouden worden; in hoeverre zijn zij geïnteresseerd in de PMC? Zoeken ze de samenwerking of gaan ze in de aanval? Dit heeft namelijk ook invloed op de communicatie & public relations (PR). Wil de thuiszorginstelling de concurrentiestrijd aangaan of wil ze juist samenwerken/ de licentie van het product verkopen? Ook moeten in deze fase de (in)directe contacten met de verwijzers worden gelegd. Marketingcommunicatie is in deze fase een belangrijk hulpmiddel om de PMC aan te bieden aan de klant en ervoor te zorgen dat de klant op de hoogte is van de mogelijkheden van de PMC.

Implementatiefase in schema

Klant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is de positioneringsstrategie duidelijk? ▪ Is de marketingcommunicatie specifiek afgestemd op de verschillende doelsegment? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duidelijke positioneringsstrategie ▪ Juiste (afgestemde) communicatiemiddelen
Intern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is er een fit tussen de PMC en de huidige bedrijfsvoering? ▪ Is er een goede borging van de nieuwe PMC? ▪ Worden de juiste distributiekkanalen gebruikt? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klantvolgsysteem ▪ Plan-do-check-act ▪
Financieel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Is de prijs helder, weten klanten welke eigen bijdrage ze moeten betalen? ▪ Zijn de kosten en opbrengsten voor de instelling duidelijk? ▪ Is het huidige marktaandeel duidelijk? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meten van marktaandeel en marktgroei
Groei & Leer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Worden de resultaten gemeten? ▪ Zijn er maatstaven voor doorgaan of stoppen met PMC bepaald? ▪ Worden medewerkers gemotiveerd en bevoegd & bekwaam gehouden? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse immateriële kosten en opbrengsten ▪ Ondersteuning medewerkers
Extern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Worden concurrenten in de gaten gehouden? ▪ Worden de verwijzers goed op de hoogte gebracht? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toetredingsbarrières creëren

Figuur 7.7: Implementatiefase 5x5PMC-instrument

7.2.6 Evaluatie & control fase

Als de PMC geïntroduceerd is volgt er na een bepaalde periode een evaluatie: voldoet de PMC inderdaad aan de verwachtingen van de klant en de organisatie? Geschikte hulpmiddelen hiervoor zijn bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoeken en klachtenanalyse. Voldoet het instrument aan de toekomstverwachtingen? Is de loyaliteit van de huidige klanten door het product toegenomen of zijn er nieuwe klanten door aangetrokken? Aan de hand van de in eerdere fases opgestelde targets kan de instelling bepalen om de PMC te behouden, verder uit te breiden of te elimineren. Tenslotte moet in kaart gebracht worden welke concurrentievoordelen er behaald zijn met het product, ofwel hebben we een onderscheidend PMC op de markt gebracht? Zijn er nieuwe klanten aangetrokken, die eerst naar de concurrent zouden gaan?

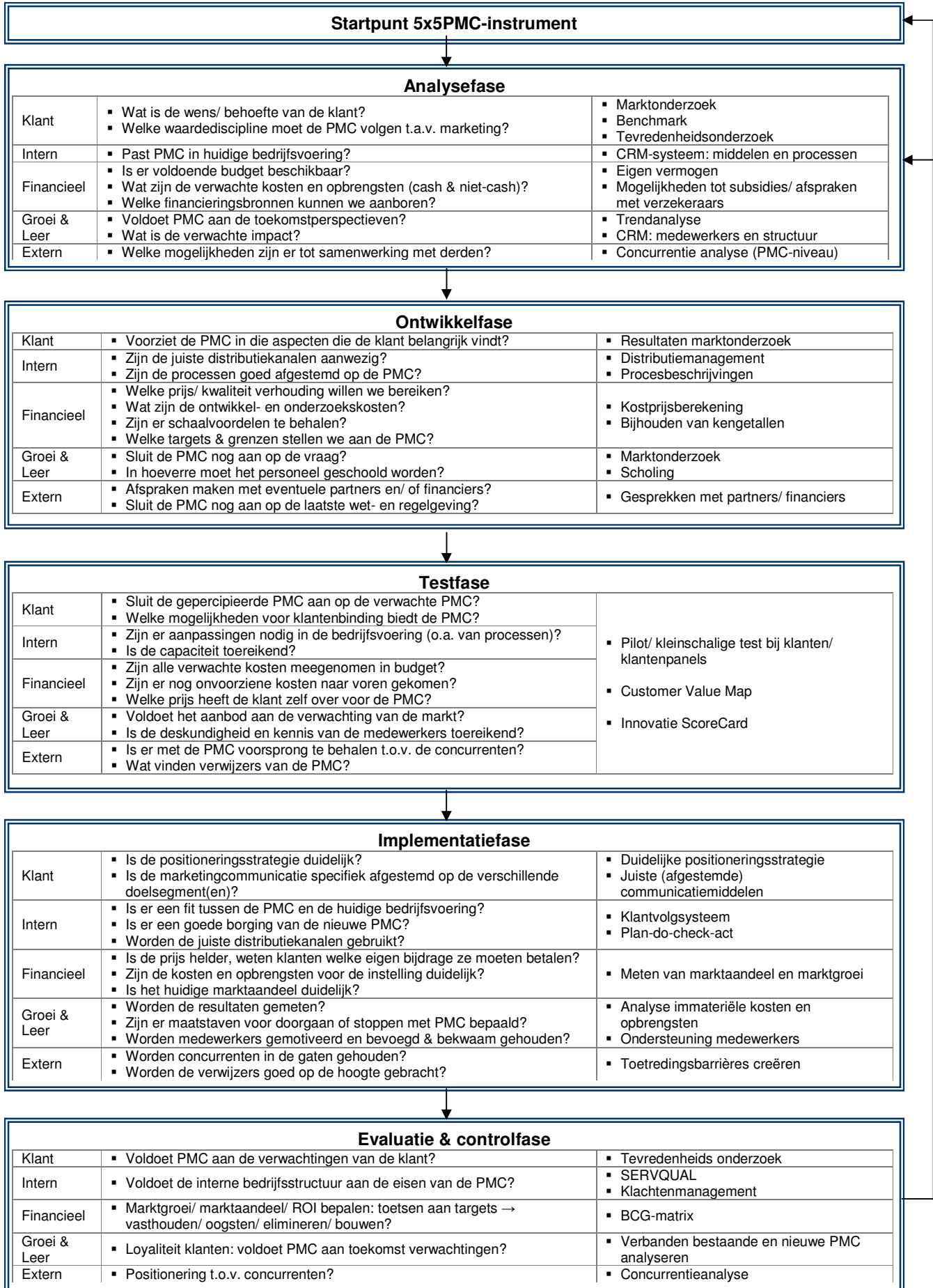
Evaluatie & control fase in schema

Klant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voldoet PMC aan de verwachtingen van de klant? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tevredenheidsonderzoek
Intern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voldoet de interne bedrijfsstructuur aan de eisen van de PMC? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SERVQUAL ▪ Klachtenmanagement
Financieel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marktgroei/ marktaandeel/ ROI bepalen: toetsen aan targets → vasthouden/ oogsten/ elimineren/ bouwen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BCG-matrix
Groei & Leer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Loyaliteit klanten: voldoet PMC aan toekomst verwachtingen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbanden bestaande en nieuwe PMC analyseren
Extern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positionering t.o.v. concurrenten? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrentieanalyse

Figuur 7.8: Evaluatie & controlfase 5x5PMC-instrument

7.3 Het uiteindelijke 5x5PMC-instrument

Het ontwikkelde 5x5PMC-instrument is op de volgende pagina weergegeven (figuur 7.9).



Figuur 7.9: het 5x5PMC-instrument

7.4 Praktijkttoetsing van het 5x5PMC-instrument

7.4.1 Toetsing aan personenalarmering

Uit het kwalitatieve onderzoek is naar voren gekomen dat het aanboren van nieuwe markten nog in een beginfase zit. Er is daarom uitgegaan van de volgende beginsituatie: “het introduceren van een vernieuwd product op de markt”. Hierbij is gekozen voor het product personenalarmering. Dit product is momenteel een onderdeel van de totale productenmix van instelling X en kan zonder indicatie worden afgenomen. Indien het binnen de indicatie valt, kan deze indicatie gezien worden als een financiële vergoeding voor die klant. Bij personenalarmering wordt een alarmeringstoestel in huis geplaatst. Bij dit alarmeringstoestel hoort een draadloos zendertje dat de klant bij zich draagt. Als er dan iets gebeurt, hoeft de klant alleen de alarmknop in te drukken om hulp in te roepen (zie voor meer informatie bijlage 4).

Tijdens het gesprek met de (toenmalige) productmanager van personenalarmering is onderzocht welke (marketing)problemen er ontstonden tijdens de ontwikkeling en introductie van het product. Tevens is besproken of de instelling deze problemen bij gebruikmaking van het 5x5PMC-instrument had kunnen zien aankomen en/of vóórkomen. De vijf fasen van het 5x5PMC-instrument zijn tijdens dit gesprek als leidraad aangehouden.

Startpunt

Het product personenalarmering sloot aan op de toenmalige missie en visie van de thuiszorginstelling. De productmanager gaf daarover aan dat “de medewerkers als ambassadeur werden gezien, dichtbij de klant (“high-touch”) en daarnaast wilde wij ons profileren op techniek (“high-tech”)”. Het doel van de instelling was om huidige en potentiële klanten te binden door het aanbieden van nieuwe producten voor (niet-)zorgbehoevende. Personenalarmering sloot aan op de waardediscipline ‘customer intimacy’. Het doel was naast het binden van (potentiële) klanten het verlenen van maatschappelijke zorg. “Bij alarmering waarschuwen we niet alleen een mantelzorger of familielid, maar er komt ook altijd een medewerker langs. Hiermee willen we optimale service verlenen en waarde toevoegen voor de klant”. Er was niet expliciet nagedacht over de doelgroep. Instelling X wilde met dit product de totale ouderendoelgroep bereiken, maar jongere mensen werden niet uitgesloten. Segmentatie van de klanten had zeker een meer gerichte (marketing)strategie kunnen opleveren. Nu werd het product gewoon aan iedereen op dezelfde manier aangeboden. De concurrenten waren nog niet in kaart gebracht: dit speelde op dat moment nog niet zo’n belangrijke rol. De productmanager geeft aan dat “er in deze tijden wel degelijk gekeken dient te worden naar de concurrenten. Wat doen zij, welke producten leveren zij en hoe kunnen wij de concurrent voorblijven?”

Analysefase

De productmanager van personenalarmering heeft wel gekeken wat klanten in de markt misten. “Ik miste wel de kengetallen vanuit de marketingafdeling. Ik wilde bijvoorbeeld weten hoeveel klanten er in aanmerking zouden komen voor personenalarmering. Dit kon ik niet baseren op harde cijfers. Dit vond ik een groot nadeel”. De ideeën ten aanzien van het product waren gebaseerd op interne

gesprekken en door analyse van de externe omgeving. De instelling wilde met personenalarmering de totale huidige doelgroep bereiken en daarbuiten: er was totaal geen sprake van segmentering. “We wilden vooral een goedkoop en toegankelijk product aanbieden, gericht op de klant. ‘Veiligheid’, ‘herkenbaarheid’ en ‘dichtbij de klant’ waren de kernwoorden”. De productmanager heeft ook beleid gemaakt om het product te kunnen starten. Ten tijde van de ontwikkeling van personenalarmering was er nog geen sprake van echte concurrentie tussen de instellingen. De instellingen hadden hun eigen marktaandeel en begaven zich niet in het gebied van anderen.

Ontwikkelfase

Bij personenalarmering is er gekeken welke kennis over het product geschoold moest worden bij de medewerkers om het te kunnen aanbieden aan de klanten. Eveneens is er gekeken naar de verwijzers: ook zij kunnen een rol spelen bij het kenbaar maken van het product bij (potentiële) klanten. Dit moet echter wel indirect, want verwijzers verkopen het product niet expliciet. Ook de thuiszorgwinkel is als distributiekanaal betrokken bij het product. De prijs/kwaliteitsverhouding werd bij personenalarmering niet expliciet gevolgd. Ze gingen voor zo goedkoop mogelijk, maar wel tegen voldoende kwaliteit: “In de zorg is de kwaliteit het belangrijkste, zeker bij nieuwe producten. Zodra er bij personenalarmering iets fout gaat, ook al ligt het aan de telefoonverbinding, dan staat het namelijk direct in de kranten (negatieve publiciteit)”. De kosten werden wel geschat door een kostprijsberekening te maken. Het verschil tussen de kostprijs en de marktprijs werd door de instelling zelf gefinancierd. Hierover zijn duidelijke afspraken gemaakt.

Testfase

Het product personenalarmering is niet technisch getest, omdat het een vernieuwing betrof van een bestaand product. Wel zijn de processen eromheen getest. “Zo is bijvoorbeeld wel getest of de naar ons toegetrokken facturering goed verliep”. Om het product op de markt te kunnen zetten moest instelling X wel onder de marktprijs gaan zitten, maar gezien de grote vraag werd besloten verder te gaan met het product.

“Een ander voorbeeld is mobiele personenalarmering. Daarbij hebben we wel een technische test uitgevoerd, onder andere bij de Cliëntenraad. Na de technische test bleek het apparaat niet veilig genoeg te zijn. Daarom hebben we besloten om dat product voorlopig nog niet op de markt te brengen”.

Implementatiefase

Personenalarmering werd neergezet onder het motto ‘zelfstandig thuis wonen met een veilig gevoel, ook als de medewerker niet aanwezig is’. Het product werd als aanvulling op de bestaande zorgproducten gepositioneerd. Klanten kunnen met personenalarmering altijd om hulp vragen door een simpele druk op de knop. De productmanager heeft zelf alle scholingen gegeven aan de medewerkers: “binnen een jaar heb ik alle medewerkers gezien en persoonlijk geschoold op het gebied van dit product”. Het marktaandeel was op grote lijnen duidelijk. Het product werd niet alleen weggezet bij huidige klanten, maar ook bij nieuwe klanten. Klanten die nog geen zorgafnemers waren

bij instelling X en zelfs bij klanten van andere zorgaanbieders (omdat die andere aanbieders het product niet hadden). De verwijzers zijn allemaal op de hoogte gebracht van het product, voornamelijk via directe communicatie. Maatstaven om door te gaan of te stoppen met het product waren van tevoren niet bepaald: “Dit ging eigenlijk onbewust tijdens het implementeren. Het bleek een succes, dus we gingen door”. Tijdens de implementatiefase moet niet alleen gekeken worden naar de juiste fit, ook de borging is volgens de projectmanager erg belangrijk: “zodra het project is afgelopen, moet het product goed zijn ingebed in de instelling”.

Evaluatie en controlofase

“De marktgroei van personenalarmering is zo’n 20%, dit is echter het enige harde cijfer; verdere verdieping/ kengetallen mis ik”. Dit is volgens de projectmanager een groot nadeel: “ik kan hierdoor weinig op cijfers gebaseerde uitspraken doen en aan de hand van die cijfers beslissingen nemen”. Gezien de marktgroei was personenalarmering echter een groot succes, dus eliminatie kwam niet ter sprake. Door het ontbreken van de kengetallen is niet te analyseren welk percentage van de huidige klanten is binnengekomen door het product personenalarmering. Ten tijde van de introductie van dit product speelde de concurrentie nog geen grote rol. “Indien er nu nieuwe producten op de markt gebracht gaan worden is dit echter wel een belangrijke factor om rekening mee te houden”, aldus de projectmanager.

7.4.2 Resultaten expertpanel

De volgende alinea’s gaan over de gesprekken met de experts. Tijdens deze gesprekken werd het instrument als geheel bekeken (‘helicopterview’), met eventuele nuanceringen per fase.

Expert 1

Expert 1 gaf aan dat “het heel belangrijk is om op aggregatieniveau goed vast te stellen wat product-marktcombinaties zijn”. Daarbij noemde deze expert in de thuiszorg “de zorgverlening aan ouderen” een PMC. Voordat er een nieuwe PMC gecreëerd kan worden dient een instelling “de omvang van de markt, kenmerken van de markt, concurrenten en toetredingsbarrières in kaart te brengen, te bepalen wat de cruciale succesfactoren zijn en wat de omvang van de markt is”. Expert 1 gaf tevens aan dat “de thuiszorg nu vooral bezig is met het kijken naar nieuwe producten en nog niet zozeer naar nieuwe markten”. Wel wordt er steeds meer gekeken naar de particuliere markt en de verpleeg- en verzorgingsmarkt. Daarbij wordt gekeken naar mogelijkheden om de huidige producten in die markten weg te zetten en koplopers kijken daarbij ook naar nieuwe producten waar de klant uit deze markt om vraagt.

De beperking van marktonderzoek met het doel nieuwe producten te ontwikkelen is volgens expert 1 dat “de klant niet met iets nieuws komt”. Zo gaf de expert het volgende voorbeeld: “als Ford klanten had gevraagd wat ze wilden, waren ze nooit op het idee van een auto gekomen, maar met een aangepaste versie van de bestaande huifkar. Toch blijkt achteraf dat de auto een product is dat de klant graag wil hebben. Je moet als instelling niet verwachten dat de klant aangeeft welk product ze

willen hebben: de instelling moet zelf aan de hand van marktonderzoek gaan nadenken over nieuwe producten waar de klant (onbewust) behoefte aan heeft”.

Onder het kopje ‘intern’ behoren volgens expert 1 “de medewerkers, de structuur, de middelen en de processen” (dit valt volgens de BSC echter deels ook onder leer- en groei). Het is belangrijk dat deze vier onderdelen geanalyseerd worden: in hoeverre sluit het nieuwe product hierop aan? “Bij de ontwikkelfase moeten deze onderdelen gerealiseerd worden en in de testfase moet gekeken worden of de aanpassingen werken in de systemen”. De kwaliteit wordt door expert 1 ook als belangrijk onderdeel genoemd: “Zodra een product kwalitatief niet voldoet is het gedoemd te mislukken, zeker in de zorg”.

In de implementatiefase gaat het om de daadwerkelijke uitrol van het nieuwe product. Hierbij kunnen verschillende marketinginstrumenten worden ingezet. Het is belangrijk om de juiste marketingmix te gebruiken. Daarbij is het voor het succes van het product belangrijk dat de verschillende betrokkenen (niet alleen de klant, maar ook bijvoorbeeld de financiers en de verwijzers) baat hebben bij het nieuwe product.

Ten aanzien van de fase evaluatie & control verwijst expert 1 naar de ‘Innovatie ScoreCard’ van Van Leeuwen (zie bijlage 5). In deze ScoreCard dient de organisatie het product af te zetten tegen een aantal succesfactoren. De Innovatie ScoreCard vermeldt er tien: klantvoordeel, aansluiting huidige gedrag, eenvoudig te gebruiken, probeerbaarheid, zichtbaarheid, snelle kritische massa, ‘proven technology’, communicatie op maat, gefaseerde invoering, voldoende budget (Van Leeuwen, 2007:90). Door de ScoreCard in te vullen kan een instelling evalueren in hoeverre het nieuwe product aansluit op genoemde succesfactoren vanuit de vraagzijde; ofwel is er sprake van een innoverend product dat aansluit op de wensen en behoeften van de klant? Tevens kunnen een aantal factoren al in een eerdere fase gebruikt worden om inschattingen te maken over het verwachte succes van het product. De positionering ten opzichte van de concurrenten moet vooral gericht zijn op het onderscheidend vermogen. Heeft de instelling door het nieuwe product bijvoorbeeld een relatieversterking met klanten en andere stakeholders kunnen bewerkstelligen?

Expert 2

Deze expert gaf aan dat de “rode draad van het instrument goed is”. Het instrument bevat de meest belangrijke aspecten om de kansen en risico’s van nieuwe PMC in te kunnen schatten. Helaas kon deze expert vanwege andere werkzaamheden geen verdere specifieke toelichting geven op de verschillende onderdelen van het instrument.

7.5 Conclusie/ reflectie 5x5PMC-instrument

Uit de toetsing blijkt dat het 5x5PMC-instrument de belangrijkste afwegingen voor thuiszorginstellingen bevat om rekening mee te houden bij nieuwe PMC. Er kwamen twee toevoegingen naar voren, namelijk de beginsituatie (nieuw product of nieuwe markt) en de borging van de PMC. Uit de onderzoeken en de toetsing van het instrument blijkt dat het perspectief ‘extern’ een goede toevoeging is aan de bestaande vier perspectieven van de BSC. Zeker door de

marktontwikkelingen, zoals de WMO, waardoor concurrentie een belangrijkere rol gaat spelen: niet alleen ten opzichte van die concurrenten zelf, maar ook ten aanzien van bijvoorbeeld de verwijzers. Uit het expertpanel kwam de tip om de Innovatie ScoreCard toe te voegen aan de evaluatie & controlfase. Deze ScoreCard is echter geplaatst bij de testfase. Door namelijk de geplande innovatieve dienstverlening met behulp van de Innovatie ScoreCard af te zetten tegen de succesfactoren, kan op voorhand een schatting gemaakt worden van de slaagkansen (Van Leeuwen, 2007:86).

Er kunnen nog wel een aantal kanttekeningen geplaatst worden bij het 5x5PMC-instrument:

Allereerst lopen de verschillende fasen in de praktijk niet altijd chronologisch. Er kan bijvoorbeeld enige overlap tussen de analysefase en de ontwikkelfase zitten. Zo kan het zijn dat een instelling al een idee heeft ten aanzien van een nieuw product en daar al met een derde partij mee bezig is. De ontwikkeling gaat dus al van start en ondertussen worden er analyses uitgevoerd t.o.v. bepaalde onderdelen die tijdens de ontwikkelfase ontdekt worden.

Ten tweede zijn niet alle perspectieven in elke fase even relevant. Het groei- en leerperspectief is qua toekomstgerichtheid met name belangrijk in de analysefase: ofwel kun je met deze PMC in de toekomst goede resultaten boeken? De concurrenten dienen tijdens het gehele traject in de gaten gehouden te worden. Maar als de concurrent niets weet van de plannen, is de echte voorsprong pas te meten als de nieuwe PMC geïmplementeerd is. De overige drie perspectieven, klant, intern en financieel) zijn wel in iedere fase even relevant.

Tenslotte zijn een aantal hulpmiddelen bij meerdere perspectieven relevant. Zo kan het tevredenheidsonderzoek ook geïntegreerd zijn in het CRM-systeem. Toch is dit juist na te streven, want door het klantperspectief te integreren in het interne (processen) perspectief, wordt de borging beter weggezet. In het instrument is wel de keuze gemaakt het hulpmiddel bij een specifiek perspectief te zetten, zodat er per fase in ieder geval aan gedacht wordt door de thuiszorginstelling, zonder dat er in één fase twee keer hetzelfde staat vermeld.

8 Slotbeschouwing: Conclusies, discussie & aanbevelingen

Dit hoofdstuk begint met de beantwoording van de verschillende deelvragen. Vervolgens wordt er een antwoord gegeven op de hoofdvraag die centraal staat in deze scriptie: *‘Welke overwegingen spelen een belangrijke rol voor thuiszorginstellingen bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?’* Vervolgens wordt ingegaan op de discussiepunten ten aanzien van de in deze scriptie gebruikte onderzoeksmethoden en het veld. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek in de toekomst en aan de verschillende functionarissen in het veld.

8.1 Conclusies

8.1.1 Marketing in de thuiszorg

De eerste deelvraag luidde: *‘wat is marketing in de thuiszorg?’* Naar aanleiding van bovenstaande literatuur kan daarop onderstaande conclusie worden beschreven.

De instroom van klanten voor thuiszorginstellingen is niet meer vanzelfsprekend. Door de vroegere wijze van bekostiging (lumpsum) en vanwege de wachtlijsten was het voor instellingen niet nodig om aandacht te besteden aan marketing (Kösters, 2002:24). Doordat de aanbieders nu afhankelijk zijn van de indicatiestelling door het CIZ, door de contracten met de gemeenten via de WMO en de PGB's waardoor klanten zelf zorg in kunnen kopen, is het voor aanbieders noodzakelijk om gericht aandacht te besteden aan de instroom van klanten. Klanten willen en kunnen steeds vaker zelf kiezen voor een instelling. Marketing speelt daarbij een steeds belangrijkere rol. Ten aanzien van marketing is uitgegaan van de definitie van Kotler (zie § 2.2.1). Met behulp van marketing worden de wensen en behoeften van klanten en andere externe stakeholders in kaart gebracht, om daar vervolgens zo goed mogelijk op in te kunnen spelen. Daarbij is er in de zorgsector sprake van een aantal specifieke kenmerken, die invloed hebben op marketing. Zo is er sprake van een door de overheid gereguleerde markt (waardoor er regels zijn die de commerciële speelruimte van zorgaanbieders bepalen en beperken), wijkt de institutionele omgeving af van die van reguliere marktsectoren en is er sprake van een specifieke financieringsstructuur. De externe verwijzers en financiers zijn dan ook een belangrijke ‘indirecte’ klant, waar zorgmarketing zich wel degelijk op moet richten om succesvolle resultaten te behalen. Bij een aantal thuiszorginstellingen wordt gewerkt met ledenservices. Daarbij blijkt dat leden inderdaad sneller geneigd zijn bij een zorgvraag de eigen thuiszorginstelling in te schakelen.

8.1.2 Product-marktcombinaties in de thuiszorg

De tweede deelvraag: *‘Hoe kunnen product-marktcombinaties in de thuiszorg worden gedefinieerd/getypeerd’* kan als volgt beantwoord worden:

Een product-marktcombinatie is een product die aan een zelfde groep klanten geleverd wordt, of in dezelfde behoefte voorziet. De huidige product-marktcombinaties in de thuiszorg zijn vooral te relateren aan de bekende diensten, zoals verpleging, verzorging en huishoudelijke verzorging. Door de veranderende wensen en behoeften van de klant en door een toenemende mate van concurrentie, zijn thuiszorginstellingen echter bezig met het verbreden van hun huidige producten/ diensten en markten. Aan de ene kant is er meer vraag naar specialisatie van de huidige zorgproducten en aan de

andere kant bieden instellingen steeds meer producten aan die buiten hun huidige core business vallen. De grenzen worden breder. Ook de ontwikkeling van domotica is een trend waar de thuiszorg zich mee bezig houdt. Door innovatieve producten te ontwikkelen, kunnen nieuwe markten worden aangeboord en zijn de huidige geografische grenzen minder belangrijk (denk aan zorg via de televisie). Onduidelijk is nog wat thuiszorginstellingen nu willen. Gaan ze de huidige doelgroep voorzien van nieuwe producten, of gaan ze met de huidige producten nieuwe doelgroepen bedienen? Thuiszorginstellingen zitten momenteel midden in dit vraagstuk. De huidige financiering maakt het geheel extra lastig. De thuiszorg is grotendeels afhankelijk van de AWBZ en de WMO en heeft te maken met gereguleerde prijzen, waardoor ze geen echte prijsstrategie kunnen hanteren. Ook willen klanten vaak nog niet nadenken over mogelijke thuiszorg die ze in de toekomst nodig zullen hebben. Ze willen niet ziek zijn en gaan er pas over nadenken als het ze overkomt. De maatschappelijke verantwoordelijkheid die thuiszorginstellingen voelen maakt ook dat thuiszorginstellingen niet snel zorgproducten/ diensten zullen elimineren. Het gaat dan meer om de zogenaamde 'funproducten', die niet uiterst noodzakelijk zijn bij de zorgverlening.

8.1.3 Marketingtechnieken bij nieuwe product-marktcombinaties

De derde deelvraag luidde: *'Op welke wijze kunnen marketingtechnieken worden ingezet bij het behalen van zo optimaal mogelijke resultaten bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?'*.

Een instelling dient volgens Van Leeuwen (2005:5) te kijken naar verschillende pijlers: marktstrategie, klantstrategie, productstrategie, contactstrategie, prijsstrategie, promotiestrategie en personeelsstrategie. De ideale marketingmix is echter per PMC verschillend. Je hebt te maken met verschillende financiers en verschillende afnemers (ook al is segmentatie nog in een beginstadium).

De klant wil puur de beste kwaliteit. Financiers willen echter naast goede kwaliteit ook de laagste prijs (denk aan de gemeenten). Er wordt wel gekeken naar trends en ontwikkelingen in de toekomst, maar de meeste thuiszorginstellingen weten nog niet goed hoe ze het beste kunnen reageren op deze ontwikkelingen: de juiste marketingmix is nog niet helder. Doelgroepen zijn aan het veranderen en klanten zijn doorgaans nog niet gesegmenteerd. Momenteel willen thuiszorginstellingen nog al hun producten en diensten aan alle klanten aanbieden (zolang het maar binnen de indicatie valt). De distributiekanaal zijn vooral de medewerkers. Medewerkers zien dit echter niet zo: zij leveren gewoon de zorg die gevraagd wordt. Toch wordt er wel door een aantal instellingen buiten de huidige distributiekanaal gekeken, bijvoorbeeld naar hotels, vakantieparken. Prijsstrategie is lastig gezien de gereguleerde marktwerking. Kostprijsberekeningen en het meten van ROI gebeurt eigenlijk niet. Thuiszorginstellingen hebben ook geen onderscheidende verkoopargumenten, terwijl dat juist een wijze kan zijn om inkomstengroei te bewerkstelligen. In de interviews kwam naar voren dat het personeel als een belangrijke factor wordt gezien: zij zijn de ambassadeurs van de organisatie. Toch blijkt dat medewerkers vaak geen link leggen tussen de behoefte van de klant en de vele producten/ diensten die de thuiszorginstelling aanbiedt. Van Leeuwen (2005:5) gaf aan dat marketing centraal aangestuurd dient te worden. Toch zijn de thuiszorginstellingen van mening dat de medewerkers 'achter de voordeur komen' en degenen zijn die een vertrouwensband ontwikkelen met de klant. Eén

respondent noemde de medewerker zelfs de marketeer van de organisatie. De versnippering blijkt wel doordat klanten nu soms te maken hebben met verschillende disciplines van één organisatie, terwijl ze dit niet van elkaar weten of niet goed op elkaar afstemmen. Er wordt ook te weinig gekeken naar de ideeën die klanten hebben ten aanzien van nieuwe PMC, terwijl onderzoek uitwijst dat daar de beste ideeën vandaan komen. Marktonderzoek, segmentering, meten van klanttevredenheid, CRM en andere marketingtechnieken zullen in de toekomst een steeds belangrijkere rol gaan spelen. Vanuit het perspectief van het SERVQUAL model blijkt dat thuiszorginstelling nog meerdere kloven moeten overbruggen. Om de meest optimale resultaten te behalen moet er volgens Treacy en Wiersema gekozen worden voor één van de drie waardedisciplines: product leadership, operational excellence of customer intimacy. Uit de interviews blijkt dat thuiszorginstellingen het lastig vinden een eenduidige keuze te maken. Dit komt doordat er in de thuiszorg sprake is van een andere markt dan in het bedrijfsleven. De specifieke financieringsstructuur maakt dat niet alleen klanten de 'zorgafnemers' kunnen zijn, maar ook de financiers, zoals de gemeenten en de overheid. Zij zijn degenen waarvan een thuiszorginstelling afhankelijk is als het gaat om financiering en gedeeltelijk bepalen zij ook de instroom via indicaties en gunningen. Ten aanzien van de 'zorgafnemers' is customer intimacy de meest gekozen optie. Ten aanzien van bijvoorbeeld de WMO of bepaalde (vaak nieuwe) PMC's kan operational excellence ook een goede keuze zijn. Product leadership vereist echt een constante investering en maar weinig thuiszorginstellingen kunnen dat op dit moment bewerkstelligen.

8.1.4 Mate van marketing in de thuiszorg

Naar aanleiding van het kwantitatieve onderzoek kan er een antwoord worden gegeven op de deelvraag: *'In hoeverre is er nu sprake van marketing in de thuiszorg?'*

De resultaten van de vragenlijst en de interviews laten zien dat de gemiddelde thuiszorginstelling nog niet optimaal voldoet aan de behoeften van de klant, nog niet voldoende bezig is met het ontwikkelen van strategische plannen en nog niet echt ondernemend genoemd kan worden. Dit is terug te vinden in de gemiddelde score op marketingoriëntatie, namelijk 'matig'. Instellingen hebben zelf echter het idee dat ze marketing al redelijk goed hebben doorgevoerd. De thuiszorginstellingen zijn vaak nog ad hoc bezig. Ze doen wel aan marketingactiviteiten, maar het rendement wordt nauwelijks gemeten. Een marketingsysteem met relevante, adequate en actuele informatie ontbreekt ook vaak nog. Wel worden er over het algemeen onderzoeken gedaan naar de wensen en behoeften van klanten. Uit de interviews blijkt echter dat er nog te weinig met de resultaten van die metingen wordt gedaan. Ook wordt er amper gesegmenteerd. Alle producten en diensten worden aangeboden aan de klant. Het is dan ook niet raar dat klanten soms door de bomen het bos niet meer zien. Een marketingfunctionaris blijkt een positief effect te hebben op de marketingoriëntatie. Dit kan verklaard worden door de aandacht die zo'n functionaris aan marketingaspecten geeft.

Thuiszorginstellingen scoren ook nog niet goed op strategische organisatie en operationele efficiency. Pas met de komst van de marktwerking zijn instellingen ook meer naar de lange termijn gaan kijken. Hoe kunnen ze de concurrenten overtroeven? Hoe kunnen ze de beste kwaliteit leveren tegen de laagste prijs? Met andere woorden: hoe kunnen ze overleven in de toekomst? Strategische planning

blijkt inderdaad een kritische succesfactor te zijn. De expertise om marktkansen te signaleren en te vertalen naar winstgevendende ondernemingskansen zit echter nog in een beginstadium.

8.1.5 Afwegingen bij de implementatie van een nieuw product

‘Welke afwegingen worden er door de diverse stakeholders in de thuiszorg gemaakt om een nieuw product op de markt te brengen?’ is de vijfde deelvraag in deze scriptie. Conclusies naar aanleiding van de interviews zijn hieronder weergegeven.

Verhage & Cunningham noemen omzet-groeidoelstelling, overcapaciteit in productie of distributie, concurrentie, compleet assortiment en overheidsmaatregelen als de belangrijkste redenen voor bedrijven om nieuwe producten te introduceren. Uit het kwantitatieve onderzoek komt ‘het aantrekken van nieuwe klanten’ als belangrijkste afweging naar voren. Ook ‘het behoud van huidige klanten’, ‘het verhogen van het marktaandeel’, ‘verbeteren van de marges’ en ‘concurrenten voorblijven’ scoren zijn volgens de respondenten belangrijk tot zeer belangrijk. Uit de interviews blijkt dan ook dat concurrentie een belangrijke factor is. Door de toenemende concurrentiedruk zijn thuiszorginstellingen steeds meer bezig om manieren te vinden zich te profileren en te onderscheiden van concurrenten. Investeren in innovatie is daarbij een veel voorkomende doelstelling, vaak ontbreekt het echter aan geld. Er wordt mondigesmaat geïnvesteerd in marktonderzoek om de wensen en behoeften duidelijk in beeld te krijgen. Ook komt in de interviews naar voren ook dat instellingen van mening zijn dat ze eerst zelf iets moeten ontwikkelen en pas in een latere fase moeten testen of het kansen met zich meebrengt. Toch blijkt uit de vragenlijst dat nieuwe PMC gemiddeld zelden tot soms getest worden. Men is zich er echter wel van bewust dat bijvoorbeeld klantenpanels hier een rol bij kunnen spelen. Geheel in lijn met de literatuur gaven de respondenten aan PMC te ontwikkelen om de juiste productenmix te kunnen aanbieden en om geen gaten in de keten te laten vallen. Dus om in de verschillende levensfasen, van geboorte tot sterfte, de juiste producten aan te bieden aan de klant. Een afweging die niet specifiek in de literatuur is genoemd is het bijhouden van trends en ontwikkelingen in de branche. Zo worden er bijvoorbeeld kansen gezien in de extramuralisering. Klanten willen langer thuis blijven wonen en daar wordt met de nieuwe domotica ook op ingespeeld. Ook staan thuiszorginstellingen aan de rand van een nieuwe fase: gaan ze nieuwe producten ontwikkelen voor de huidige doelgroep of gaan ze de huidige producten bij nieuwe doelgroepen aanbieden? De keuze is lastig, maar moet wel gemaakt worden om te kunnen overleven als organisatie: je kunt niet meer alles aanbieden aan iedereen.

8.1.6 Bepalen van de levensvatbaarheid van nieuwe product-marktcombinaties

De laatste deelvraag luidt: *‘Is er een instrument te ontwikkelen om de levensvatbaarheid van een nieuwe product-marktcombinatie te bepalen?’*

Aan de hand van de (Marketing-) Balanced ScoreCard, ofwel (M-)BSC, is er een conceptueel kader opgesteld met daarbij verschillende factoren die een rol spelen ten aanzien van de bepaling van de levensvatbaarheid van nieuwe PMC. Naar aanleiding van het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek kan geconcludeerd worden dat de perspectieven uit de Balanced ScoreCard en het toegevoegde perspectief ‘extern’ een goede weergave is voor thuiszorginstellingen om de levensvatbaarheid van

nieuwe PMC te bepalen. Aan de hand van de resultaten van de onderzoeken is het conceptuele model omgezet in het 5x5PMC-instrument. Dit instrument bevat alle belangrijke afwegingen waar thuiszorginstellingen aan moeten denken bij nieuwe producten. Dit instrument gaat uit van vijf stappen: analyse, ontwikkeling, testen, implementatie en evaluatie & control, waarbij elke stap de vijf perspectieven bevat met de belangrijke aandachtspunten en hulpmiddelen. Er dient daarbij wel een sprake te zijn van een bepaald startpunt (o.a. duidelijke visie en missie, keuze voor waardediscipline voor gehele thuiszorginstelling, strategische doelstellingen, klantsegmenten en duidelijk beeld van de concurrenten).

8.1.7 Slotconclusie

De hoofdvraag die in deze scriptie centraal staat is:

Welke overwegingen spelen een belangrijke rol voor thuiszorginstellingen bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?

De beantwoording van deze vraag is samengevat weergegeven in het 5x5PMC-instrument. Belangrijkste overweging om te starten met het ontwikkelen van nieuwe PMC is het aantrekken van nieuwe klanten. Ook proberen thuiszorginstellingen met behulp van nieuwe PMC de concurrentiestrijd aan te gaan (geografisch gebied uitbreiden, concurrenten voorblijven). De thuiszorg is steeds meer bezig met het overnemen van principes uit het bedrijfsleven om te overleven. Daar is marketing een onderdeel van. Op dit moment is de gemiddelde score op marketingoriëntatie nog zwak, maar waarschijnlijk liggen deze scores over een aantal jaar een stuk hoger. Segmentatie en marketing staan nog in de kinderschoenen, maar thuiszorginstellingen zien het nut in van gerichte marketingstrategieën om tegemoet te komen aan de individuele wensen en behoeften van de klant. Ook komt uit de onderzoeken in deze scriptie naar voren dat een aantal thuiszorginstellingen meer buiten hun huidige 'core business' gaat kijken. De particuliere markt wordt aantrekkelijker en ook samenwerking met bijvoorbeeld horeca en reisbureaus zijn denkbaar. Er worden producten ontwikkeld die buiten de huidige indicatiestelling vallen. Klanten hoeven dus niet altijd meer een indicatie te hebben om producten af te kunnen nemen van de thuiszorg.

Thuiszorginstellingen moeten een duidelijke keuze maken voor de (marketing)strategie die zij de komende jaren willen volgen. De ontwikkeling van nieuwe PMC moet uit deze strategie volgen en er vervolgens goed op aansluiten. Belangrijk bij nieuwe PMC is dat ze in relatie staan met de vijf perspectieven: *klant, intern, financieel, groei- & leer en extern*. Het 5x5PMC-instrument kan daarbij als leidraad dienen zodat in elke fase van de PMC de juiste aspecten aan bod komen, teneinde een succesvolle PMC op de markt te zetten.

8.2 Discussie

8.2.1 Discussie onderzoeksmethode

Selectie

De reguliere instellingen zijn geselecteerd aan de hand van het bestand van Kennisring. Er is aangenomen dat dit bestand kloppend is. Op de site wordt ook aangegeven dat de informatie op de website gegarandeerd onafhankelijk, actueel en betrouwbaar is. Er is wel gekeken of er veel verschil is met het adressenbestand via de telefoongids.nl. De telefoongids maakt echter geen onderscheid tussen particulier en regulier, waardoor er meer dan 1000 adressen tevoorschijn komen. Dit maakt vergelijkingen dan ook lastig. Dit kan betekenen dat een totaal van 78 reguliere instellingen niet geheel klopt met de werkelijkheid.

Ook is er in het kwantitatieve onderzoek bewust onderzoek gedaan bij reguliere instellingen. Toch kunnen particuliere thuiszorginstellingen verder zijn in marketing en andere (betere?) oplossingen en aanbevelingen hebben ten aanzien van de ontwikkeling van het instrument. Dit is echter een aanname, die niet theoretisch onderbouwd is.

Benadering

De reguliere thuiszorginstellingen zijn allereerst telefonisch benaderd. Daarbij was het de bedoeling om de vragenlijst persoonlijk via de telefoon aan te kondigen aan een lid van de Raad van Bestuur. Om deze functionarissen aan de lijn te krijgen zijn echter goede telemarketing technieken nodig. Dit heeft deels te maken met de functie van secretaresse, die getraind is om telefoontjes tegen te houden. Ook hebben deze functionarissen een druk tijdschema, waardoor het vaak voorkwam dat ze een overleg hadden op het moment waarop gebeld werd. Hierdoor moesten een aantal vragenlijsten onaangekondigd via de mail verstuurd worden. Bij de tweede telefonische ronde, waarbij de marketingmanager werd benaderd, werd tegen hetzelfde probleem aangelopen. De reminder via de mail bleek bij beide rondes nog wel een aantal extra respondenten op te leveren.

Vragenlijst

Meerdere respondenten hadden een onwaarschijnlijk antwoord ingevuld bij vraag 3. De vraag luidde: 'Hoeveel cliënten heeft uw instelling per jaar gemiddeld?' Daarbij hadden een aantal respondenten getallen onder de 50 ingevuld. Dit lijkt voor een reguliere thuiszorginstelling op jaarbasis een zeer onlogisch aantal. Zeker gezien het antwoord op de voorgaande vraag 'Op hoeveel locaties is uw instelling gevestigd' bij het merendeel boven de 5 locaties lag.

De stellingen behorende bij marketingoriëntatie vallen bij het uitvoeren van een factoranalyse niet in de door Kotler genoemde vijf dimensies. Dit kan veroorzaakt zijn door het lage aantal respondenten, maar kan ook betekenen dat het meetinstrument niet valide genoeg is. Nader onderzoek is gewenst.

Achtergrond respondenten

De achtergrond van de respondent die de vragenlijst heeft ingevuld kan van invloed zijn op de resultaten. Indien een respondent uit het bedrijfsleven komt, kan het zijn dat hij/zij een andere mening heeft omtrent de mate waarin de thuiszorginstelling voldoet aan marketingactiviteiten dan iemand met een medische achtergrond. Een respondent uit de zorg kan bijvoorbeeld sneller denken dat aan marketing wordt voldaan. Dit kan de totale marketingscore positief, dan wel negatief beïnvloeden.

Interviews

Een aantal interviews is op het laatste moment afgezegd. Daardoor zijn de resultaten afhankelijk van minder respondenten dan in eerste instantie de bedoeling was. Er trad echter steeds meer verzadiging op in de antwoorden, waardoor toch voldoende informatie verzameld is. Wel is er bij één respondent een telefonisch interview afgenomen en heeft één instelling de vragen schriftelijk beantwoord. Voordeel van de schriftelijke benadering is wel dat deze antwoorden door meerdere mensen in overleg zijn geformuleerd. Het gaat in het kwalitatieve onderzoek niet om hoe de instelling het nu doet, maar welke manier het beste is. Dus dan heeft onderling overleg geen nadelige invloed op de resultaten.

Helaas zijn de interviews alleen bij interne functionarissen van thuiszorginstellingen uitgevoerd. Door ook externe partijen te betrekken, kunnen de resultaten ook vanuit andere kaders worden bekeken. Dit was gezien de beperkte beschikbare tijd (van de onderzoeker, maar ook gezien de agenda's van eventuele respondenten) echter niet meer mogelijk.

8.2.2 Discussie externe invloeden

De inwerkingtreding van de WMO

De WMO is pas op 1 januari 2007 in werking getreden. Door de WMO zijn thuiszorginstellingen zich echter veel bewuster van marketing. Het onderzoek is in het voorjaar van 2007 uitgevoerd. De gemiddelde score op marketingoriëntatie is matig. Waarschijnlijk ligt deze score over een jaar een stuk hoger. Uit de interviews komt ook naar voren dat instellingen nu veel bewuster bezig zijn met het ontwikkelen van marketingactiviteiten. Door de marktwerking worden ze gedwongen hun concurrenten in de gaten te houden en zichzelf te positioneren en te onderscheiden. Het staat echter nog in de kinderschoenen. Er kan met de gebruikte vragenlijst geen verband worden gelegd tussen de mate van marketingoriëntatie en het wel of niet behalen van succesvolle resultaten (bijvoorbeeld bij de WMO gunningen).

Drukke tijden

De respondenten die zijn benaderd zitten allemaal in hoge functies. Op dit moment zijn er veel veranderingen gaande in de thuiszorgsector. De respondenten gaven niet altijd prioriteit aan de vragenlijst van dit onderzoek. Ze krijgen wekelijks verzoeken voor het invullen van een vragenlijst. Zo zijn er vanuit de opleiding al meerdere studenten die dezelfde personen benaderen voor hun eigen onderzoek. Daarbij komen ook nog eens de studenten van andere opleidingen en andere

universiteiten. Vervolgens zijn er ook nog diverse onderzoeksbureaus en landelijke instanties. Een aantal respondenten gaf dan ook als antwoord terug dat ze keuzes moesten maken en dit betekende dat ze deze vragenlijst niet konden/wilden invullen.

Ook kunnen potentiële respondenten het gevoel hebben dat ze bij een negatieve uitkomst afgerekend worden (door de onderzoeker, andere instellingen of juist intern door collega's). Het garanderen van anonimiteit kan daarbij alleen de 'afrekening' door andere instellingen wegnemen. Bijvoorbeeld een marketingfunctionaris kan bij een slechte score het idee hebben dat de directeur (die de resultaten waarschijnlijk ook wil zien) hem of haar dat kwalijk zal nemen. Duidelijk moet zijn dat dit een *gevoel kan zijn*. Eigenlijk moet het juist gezien worden als een verbetermogelijkheid.

Interviews

Doordat thuiszorginstellingen nog niet zo lang bezig zijn met marketing, zitten zij bij een aantal marketingactiviteiten nog in een beginstadium. Zo is er bijna nergens sprake van echte segmentatie van klanten (doelgroepmarketing) en worden kostprijsberekeningen nog niet standaard uitgevoerd. Tijdens de interviews kon hier dan ook niet verder over worden doorgevraagd. Zo is bijvoorbeeld gedegen marktonderzoek en concurrentieonderzoek een vereiste om de customer value map in te vullen. Thuiszorginstellingen blijken hier nog lang niet toe in staat te zijn.

8.3 Aanbevelingen

8.3.1 Aanbevelingen vervolgonderzoek

Selectie en benadering kwantitatief onderzoek

Er kan in vervolgonderzoek gekeken worden naar de marketingoriëntatie van particuliere instellingen. Lastig hierbij wel is dat het er heel veel zijn. Misschien moet juist gekozen worden voor een bepaald gebied en daar alle thuiszorginstellingen te benaderen. Dan kan ook een analyse gedaan worden ten aanzien van de mogelijke verschillen tussen regulier en particulier.

Bij vervolgonderzoek dienen de respondenten op een andere wijze benaderd te worden om de respons te kunnen verhogen. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar manieren om aan te sluiten met landelijke onderzoeksbureaus/ brancheverenigingen, zodat bestuurders sneller geneigd zijn 10 minuten van hun tijd te besteden aan het invullen van de vragenlijst. Hierdoor kan het aantal respondenten ook toenemen, waardoor gekeken kan worden of de stellingen ten aanzien van marketingoriëntatie nu wel in de vijf door Kotler genoemde dimensies vallen: ofwel bepalen of het meetinstrument wel valide is.

Aanpassing/ aanvulling vragenlijst kwantitatief onderzoek

In het vervolgonderzoek dient vraag 3 verhelderd te worden en is het aan te bevelen de antwoordmogelijkheid niet open te laten, maar de respondenten te dwingen een keuze te maken uit een vijftal klassen (lopende van 0 tot ongeveer 50.000).

Ook kunnen bij de karakteristieken van de instelling/ respondent twee aanvullende vragen worden toegevoegd:

1. Achtergrond respondent (bedrijfsleven, medisch etc.).
2. Heeft uw instelling meer of minder HV gegund gekregen dan voorheen werd geleverd?

Ad1. Door naar de achtergrond van de respondent te kijken, kunnen uitspraken gedaan worden of dit van invloed is op de marketingscore. Hebben respondenten met een bedrijfskundige achtergrond bijvoorbeeld een lagere score op marketing (vanwege de kritische terughoudendheid) en respondenten met een medische achtergrond een hogere score?

Ad2. Door te onderzoeken of de instellingen nu meer of minder HV dan voorheen leveren, kan geanalyseerd worden of er relaties/ verbanden bestaan tussen de score op marketingoriëntatie en het hebben van succes (of niet) ten aanzien van de WMO.

Interviews versus focusgroepen

Ten aanzien van de interviews kan er ook gekozen worden voor focusgroepen. Einddoel van de interviews is namelijk het genereren van tips en ideeën om marketing zo optimaal mogelijk in te zetten om nieuwe PMC te laten slagen. Hierbij kunnen de verschillende respondenten elkaar misschien stimuleren als ze gezamenlijk meedenken.

De afspraken voor de interviews dienen bij vervolgonderzoek ver van te voren gemaakt te worden. Er moet ruimte overblijven om eventuele uitval van interviews in te kunnen halen op een later tijdstip.

Respondenten interviews

Bij vervolgonderzoek kan er ook gekeken worden naar respondenten buiten de thuiszorginstellingen. Welke ideeën hebben huisartsen, verzekeraars, klanten (huidig en potentieel), mantelzorgers, ziekenhuizen, gemeenten etc. omtrent nieuwe PMC in de thuiszorg?

Marktontwikkelingen

Ook bieden de marktontwikkelingen mogelijkheden voor vervolgonderzoek. De WMO is nog maar een paar maanden in werking. Welke invloed heeft deze wet op de marketingoriëntatie van thuiszorginstellingen? Is de score volgend jaar beduidend hoger? En welke invloed heeft marktwerking op de mate waarin thuiszorginstellingen buiten de huidige grenzen van zorg gaan kijken? Gaan ze de concurrentie aan met bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven of zelfs met de reisbureaus (geheel verzorgde vakantie)?

Focus op specifieke marketingaspecten

Tenslotte kan er in vervolgonderzoek ook dieper op bepaalde aspecten van marketing worden ingezoomd: Hoe kunnen thuiszorginstellingen de klanten het beste segmenteren? Hoe kan het CRM-systeem van een thuiszorginstelling het beste worden weggezet? Aan welke producten heeft de klant het meeste behoefte?

8.3.2 Aanbevelingen richting thuiszorginstellingen

Deze scriptie is intern gericht op thuiszorginstellingen en hoe zij PMC op de markt kunnen brengen. De wijze waarop de externe omgeving hiermee om kan gaan is buiten de scope van de onderzoeken gehouden. Aanbevelingen kunnen dan ook alleen gegeven worden aan interne functionarissen van thuiszorginstellingen. Daarbij is gekozen de aanbevelingen te richten op de directeur/ Raad van Bestuur, de marketingfunctionaris en de cliëntenraad.

Allereerst is er wel een algemene aanbeveling aan thuiszorginstellingen, namelijk zich te gaan verdiepen in de mogelijkheden die marketing met zich meebrengt. De thuiszorg moet daarbij meer naar de lange termijn opbrengsten kijken. Het kost nu geld om te investeren in marketing, maar op de lange termijn kan het veel winst opleveren, zowel materieel als immaterieel. Door de huidige ontwikkelingen in de thuiszorg wordt profilering ten opzichte van de concurrent steeds belangrijker. Nieuwe PMC kunnen hier een bijdrage aan leveren. Door goed te luisteren naar de wensen en behoeften van de klant en daar ook echt op in te spelen, kunnen grote voorsprongen worden behaald.

Raad van Bestuur/ Directeur

Indien een thuiszorginstelling nog geen marketingfunctionaris in dienst heeft, is een eerste aanbeveling om dit te doen. Een marketingfunctionaris houdt zich niet alleen zelf bezig met marketing, maar kan de instelling ook stimuleren en helpen bij de cultuurverandering die schijnbaar nodig is in de zorgsector. Er dient geïnvesteerd te worden in marketing. Het uitvoeren van marktonderzoek, inzetten van personeel om marketingactiviteiten uit te voeren en het segmenteren van klanten, klanttevredenheidsonderzoeken e.d. kosten geld, maar eenmaal goed opgezet kan het grote voordelen opleveren. Niet alleen in de concurrentiepositie, maar ook bij de overlevingskans van de instelling. Uiteindelijk kan marketing ertoe leiden dat er beter ingespeeld wordt op de wensen en behoeften van de klant, waardoor de huidige klanten bij de instelling blijven en nieuwe klanten worden aangetrokken. Ook het maken van beleid en afspraken met financiers (zoals verzekeraars) dient op hoger niveau te worden uitgevoerd.

Marketingfunctionaris

Voor deze functionaris liggen er veel mogelijkheden en kansen. De thuiszorg staat aan het begin van marketingactiviteiten. De klanten moeten gesegmenteerd worden, zodat de marketingstrategieën daar specifiek op afgestemd kunnen worden. Diverse onderzoeken (klanttevredenheidsonderzoek/ marktonderzoek/ benchmark/ klachtenmanagement etc.) moeten structureel worden ingevoerd om de wensen en behoeften van klanten in kaart te brengen en er vervolgens op in te kunnen spelen. Het in deze scriptie ontwikkelde 5x5PMC-instrument geeft marketingfunctionarissen een leidraad om de kansen en risico's van nieuwe PMC te bepalen, voordat ze op de markt gebracht worden. Aanbeveling is dan ook om het 5x5PMC-instrument te hanteren bij nieuwe PMC.

Financieel manager

Aanbeveling aan de financieel manager van thuiszorginstellingen is om de huidige producten goed in kaart te brengen, kostprijsberekeningen te maken en de juiste prijs te bepalen. Daarbij biedt klantenbinding een mogelijkheid om winsten te behalen. Klanten die lid zijn via een ledenservice, zijn trouw aan de instelling en kloppen meestal bij die instelling aan zodra ze zorg nodig hebben. Ook wordt aanbevolen de financieringsmogelijkheden buiten de eigen instelling te analyseren. Er kan naar mijn mening veel budget gecreëerd worden door goede afspraken te maken met verzekeraars (basis- en aanvullende verzekering), verwijzers (o.a. ziekenhuis en huisarts) en subsidies (o.a. overheid, gemeente).

Cliëntenraad

Aanbeveling aan de cliëntenraad is om in samenwerking met de directeur/ RvB en de marketingfunctionaris te bekijken welke mogelijkheden er zijn om optimaal tegemoet te kunnen komen aan de wensen en behoeften van klanten. Ook wordt aanbevolen dat de cliëntenraad zich sterk blijft maken voor de mensen uit de lagere sociaal economisch klassen en dat thuiszorginstellingen zich maatschappelijk verantwoordelijk blijven voelen. De zorgmarkt leent zich goed voor marktwerking en marketing, maar de commerciële aspecten moeten wel klantvriendelijk blijven.

Literatuur

Beer, J. de. & Verweij, A. (2005). Wat zijn de belangrijkste verwachtingen voor de toekomst? [aangehaald op 10-4-07]. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Bereikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl>>Bevolking\ Vergrijzing.

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. 2005. *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Breedveld, E.J., Meijboom, B.R. & Roo, A.A., de. 2006. Labour supply in the home care industry: A case study in a Dutch region. *Health Policy* 76:144-155.

Bricon-Souf, N., Anceaux, F., Bennani, N., Dufresne, E. & Watbled, L. 2005. 'A distributed coordination platform for home care: analysis, framework and prototype.' *International Journal of Medical Informatics* 74:809-825.

Burns & Bush (2005). *Marketing research, update with SPSS 12.0*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Nederlandse vertaling, 2006. *Principes van marktonderzoek: toepassingen met SPSS*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.

Erp, L.G. van. 1998. *Zorg voor de markt. Marketing voor gezondheidszorgorganisaties*. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.

Hamel, J. 2001. De patiënt centraal. *ZM Magazine* 9:2-6.

Homberg, 2006. *Zelfstandige behandelcentra in de branding. 'Positioneren en profileren met een merk'*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Hutjes, J.M. & Buuren, J.A. 1992. *De gevalsstudie: strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom/ Open Universiteit.

Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 2004. *Strategy maps*. Boston: Harvard Business School Press. Nederlandse vertaling, 2004. *Strategie in kaart gebracht: concrete resultaten uit alle bedrijfsmiddelen*. Amsterdam: Business Contact.

Kösters, T.P. 2002. *Sectorstudie ondernemen in de thuiszorg. Vooral mensenwerk*. Utrecht: ING Medinet.

Kotler, P. & Clarke, R.N. 1987. *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Kotler, P., Jain, D.C. & Maesincee, S. 2002. *Marketing in beweging: een nieuwe kijk op winst, groei en vernieuwing*. Schoonhoven: Academic Service.

Kotler, P. 2003. *Framework for marketing management*. 2nd ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall. Nederlandse vertaling, 2004. *Marketing Management. De essentie*. Amsterdam: Pearson Prentice Hall.

Kotler, P. & Trias de Bres, F. 2004. *Laterale marketing: nieuwe technieken voor baanbrekende ideeën*. Utrecht: Het Spectrum.

Kotler, P. 2005. *According to Kotler: the world's foremost authority on marketing answers your questions*. New York: AMACOM. Nederlandse vertaling, 2005. *Philip Kotler's FAQs over marketing*. Schiedam: Scriptum.

Kotler, P. & Keller, K.L. 2006. *Marketing Management*. 12th Edition. New Delhi: Prentice-Hall Inc.

Kraan, W.G.M. van der. 2006. *Vraag naar vraagsturing. Een verkennend onderzoek naar de betekenis van vraagsturing in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Leeuwen, S. van. 2007. *Zorgmarketing in de praktijk. Succesvol invoeren van marketing in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.

Leeuwen, S. van. 2006. *Klantenbinding betekent klantondersteuning mét klantloyaliteit* [Internet]. Management Kennisbank, februari 2006 [aangehaald op 06-01-07]. Bereikbaar op <http://managementkennisbank.nl>

Leeuwen, S. van. 2005. *Succesvol plan van aanpak klantwerving en klantbehoud voor zorginstellingen met invoering van nieuwe zorgdiensten en zorgproducten* [Internet]. Management Kennisbank, januari 2005 [aangehaald op 06-01-07]. Bereikbaar op <http://managementkennisbank.nl>

Leeuwen, S. van. 2005. *Zorgmarketing noodzakelijk voor instellingen* [Internet]. Management Kennisbank, januari 2005 [aangehaald op 06-01-07]. Bereikbaar op <http://managementkennisbank.nl>.

Lega, F. 2006. *Developing a marketing function in public healthcare systems: A framework for action*. *Health Policy* 78:340-352.

Mandour, Y., Bekkers, M. & Waalewijn, P. 2005. *Een praktische kijk op marketing en strategiemodellen*. Academic Service.

Morgan, R.E. (1996). Conceptual foundations of marketing and marketing theory. *Management Decision* 34(10):19-26.

Naidu, G.M. & Narayana, C.L. 1991. How marketing orientated are hospitals in a declining market? *Journal of Health Care Marketing* 11(1):23-30.

Peelen, E., Waalewijn, P. & Wijnia, S. 1999. *Marketing balanced scorecard*. Deventer: Kluwer.

Peeters, J.M. & Francke, A.L. (2006) Waaruit bestaan de zorgvraag en het zorgaanbod? [aangehaald 10-4-07]. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. Bereikbaar op:[http://www.nationaalkompas.nl/Zorg/Verpleging en verzorging](http://www.nationaalkompas.nl/Zorg/Verpleging%20en%20verzorging).

PriceWaterhouseCoopers, 2005. Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004. Utrecht: PriceWaterhouseCoopers.

Prince, Y.M., Bruins, A. & Zeijden, P.Th. van der. 2005. *Ondernemen in de zorg*. Rapport EIM.

Randall, G.E. & Williams, A.P. 2006. 'Exploring limits to market-based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario'. *Social Science & Medicine* 62:1594-1604.

Robinson, M.K. & Kleiner, B.H. 1997. 'Competition and its implications for managing health care organizations.' *Health Manpower Management* 23(6):229-232.

Swanborn, P.G. 1996. *Case-study's: wat, wanneer en hoe?* Amsterdam: Boom.

Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vierde, geheel herziene druk. Amsterdam: Boom. [1991]

Treacy, M. & Wiersema, F. 1995. *The discipline of market leaders: choose your customers, narrow your focus, dominate your market*. Addison-Wesley Publishing Company. Nederlandse vertaling, 1995. *De discipline van marktleiders. Kies uw klanten, verklein uw focus, en domineer uw markt*. Schiedam: Scriptum.

Verhage, B. & Cunningham, W.H. 1984. *Grondslagen van het Marketing Management*. Leiden-Antwerpen: Stenfert Kroese B.V.

VWS 2006. Factsheet: Ontwikkelingen in de AWBZ 2007. [aangehaald 2-1-2007]. Bereikbaar op http://www.minvws.nl/images/ontwikkelingen-awbz-20071_tcm19-142289.pdf

Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D.D. Service Marketing. New York: NY 100200. In McGraw-Hill, International Edition 2006 (4th edition).

Zolkiewski, J. 2004. 'Marketization and the delivery of UK health services. Three case studies.' *Journal of Business Research* 57:1012-1020.

Bijlage 1: Vragenlijst kwantitatieve onderzoek

Geachte heer/ mevrouw,

Bedankt dat u deelneemt aan dit afstudeeronderzoek dat wordt uitgevoerd in het kader van de Master Zorgmanagement aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam).

De vragenlijst bestaat uit 25 vragen en zal ongeveer 10 minuten in beslag nemen.

De vragenlijst richt zich op de marketinggerichtheid van thuiszorginstellingen in Nederland en bestaat uit drie delen.

Deel 1 richt zich op de karakteristieken van uw instelling, deel 2 richt zich op de marketingoriëntatie van thuiszorginstellingen en deel 3 richt zich specifiek op (het ontwikkelen van) product/markt-combinaties.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan een score worden opgesteld betreffende de marketinggerichtheid van uw instelling, afgezet tegen de gemiddelde score van thuiszorginstellingen in Nederland. Enkele weken na het invullen van deze vragenlijst krijgt u uw score afgezet tegen deze gemiddelde score per e-mail toegestuurd. Hiermee heeft u een (gratis) quick-scan ten aanzien van uw marketinggerichtheid.

De door u verschaft informatie zal vertrouwelijk worden behandeld en niet herleidbaar worden neergeschreven in mijn scriptie. De door u verschaft informatie zal niet aan derden worden verstrekt of ingezien, tenzij u daar zelf toestemming voor hebt gegeven.

Hieronder kunt u uw inlognaam en wachtwoord invullen om toegang te krijgen tot de vragenlijst.
(hier is in de digitale versie een link toegevoegd)

Voor vragen kunt u mij of mijn medestudente mailen of bellen,
Drs. L.M. van Wijk (297909lw@student.eur.nl, 06-52442233)
S. Geijtenbeek (s.d.geijtenbeek@student.utwente.nl, 06-47687990)

Student 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.

Definitie marketing

Marketing is een ondernemingsfunctie die onvervulde behoeften en wensen opspoorst en definieert en hun omvang en (winst)potentieel meet, bepaalt welke doelmarkten de onderneming het beste kan bedienen, vaststelt wat de meest geschikte diensten en programma's zijn om de gekozen doelmarkten en belangen van de onderneming en relevante netwerkpartijen te bedienen, en een beroep doet op iedereen in de organisatie om de klant van dienst te zijn (gebaseerd op Kotler, 2003 en Leeuwen, 2005)

Deel 1**Karakteristieken instelling****1) Contactgegevens instelling en contactpersoon:**

Gegevens instelling

(i.v.m. terugkoppeling resultaten)

- Naam thuiszorginstelling:
- Uw naam:
- Uw functie:
- Sinds wanneer bent u bij deze instelling werkzaam?:
- Uw telefoonnummer:
- Uw emailadres:

2) Op hoeveel locaties is uw thuiszorginstelling gevestigd?

- 1
- 2
- 3
- 4
- >4

3) Hoeveel cliënten heeft uw instelling gemiddeld per jaar?**4) Is er in uw instelling een functionaris in dienst die zich specifiek met marketing bezighoudt?**

- Ja
- Nee

Deel 2**Marktoriëntatie van uw instelling**

De volgende vragen zijn gericht op de marktoriëntatie van uw instelling.

Geef bij deze vragen aan welk antwoord het meest aansluit bij de situatie van uw instelling.

Algemene marketingvraag**5) Welke stelling betreffende *bewuste marktoriëntatie*¹ past het beste bij uw instelling?**

- 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.

Klantenfilosofie**6) In welke mate past uw instelling het zorgaanbod en diensten aan op de wensen en behoeften van de klant?**

- 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 klanten, maar dat leidt zelden tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.
- C. Wij zoeken systematisch naar de wensen en behoeften van klanten. Dat leidt zo nu en dan tot aanpassing van het zorgaanbod en of nieuwe diensten.

7) Richt uw instelling 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.

¹ "Bewuste marktoriëntatie betekent hier dat uw instelling 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" .

8) Hoe werft uw instelling nieuwe medewerkers?

- A. De primaire verantwoordelijkheid voor het aantrekken en selecteren van medewerkers ligt bij de (zorg)managers.
- B. De medewerkers worden geworven op basis van specifieke kenmerken van onze instelling, zoals salaris, arbeidsvoorwaarden, attitude, imago, kennis, specifieke diensten, imago en of technische mogelijkheden.
- C. Wij hebben een systeem (methode) om te bepalen welk type medewerker past binnen onze instelling en geschikt is voor onze doelgroep (afzonderlijke groepen klanten).

Integrale marketingorganisatie**9) In hoeverre maken de marketingactiviteiten² deel uit van het plannings- en besluitvormingsproces van uw instelling?**

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

10) Ontwikkelt uw instelling op systematische wijze nieuwe diensten en producten?

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

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

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

Marketing informatiesysteem**12) In welke mate heeft uw instelling een marketinginformatiesysteem³ tot haar beschikking dat relevante, adequate en actuele informatie bevat?**

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

² Marketingactiviteiten zijn: marktonderzoek, adverteren, diensten/ producten ontwikkeling, merk- en communicatiebeleid, prijsbeleid en relatie- en distributiemanagement.

³ 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.

13) In hoeverre kent uw instelling de verkooppotentie, de kosteneffectiviteit en de winstgevendheid van de verschillende marktsegmenten⁴, klanten, regio's, producten en verkoopkanalen?

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

14) Wanneer heeft uw instelling voor het laatst de onderstaande onderzoeken uitgevoerd?

	Minder dan 1 jaar geleden	1 tot 3 jaar geleden	Langer dan 3 jaar geleden	Nooit
Analyse zorgvraagontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse doelgroepen en product- marktcombinaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klanttevredenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concurrentie analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SWOT ⁵ analyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effectiviteit van marketingactiviteiten ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strategische oriëntatie

15) In hoeverre heeft uw instelling een marketingplan⁶?

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

16) In hoeverre heeft uw instelling een adequate marketingstrategie⁷?

- 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.

⁴ Het groeperen van cliënten/ patiënten in segmenten op basis van soortgelijke behoeften en kenmerken, waarvoor producten en diensten worden ontwikkeld.

⁵ SWOT staat voor Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats van de eigen instelling.

⁶ 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.

⁷Een marketingstrategie is een strategie waarbij bedrijfsdoelstellingen, vaardigheden en middelen van de organisatie worden gecombineerd met veranderende markt mogelijkheden en de doelmarkten waarop de organisatie zich wil richten.

17) In hoeverre wordt er in de marktstrategie van uw instelling 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

18) Doet uw instelling onderzoek naar de resultaten van marketinginspanningen⁸?

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

19) Kent u het rendement⁹ van de marketingactiviteiten⁷ van uw instelling?

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

20) Is uw instelling in staat om snel en adequaat te reageren op plotselinge veranderingen¹⁰ in de zorgmarkt?

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

⁸ Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van uitgaven ten behoeve van marketingactiviteiten⁷.

⁹ Opbrengst van een economische activiteit.

¹⁰ Zoals wijzingen in wet- en regelgeving, nieuwe toetreders, veranderingen in de zorgvraag, etc.

Deel 3**Product-marktcombinaties**

In dit onderdeel wordt specifiek ingegaan op product-marktcombinaties in de thuiszorg.

21) In welke mate verricht uw instelling onderzoek naar de wensen en behoeften van klanten en verwijzende partijen?

	niet	beperkt	meestal	altijd
Huidige klanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potentiële klanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzekeraars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) In hoeverre worden nieuwe product-marktcombinaties getest bij de doelgroep voordat ze op de markt worden gebracht?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Meestal
- Altijd

23) In hoeverre wordt er gekeken naar de kansen en risico's van nieuwe product-marktcombinaties voordat ze op de markt worden gebracht?

- Nooit
- Zelden
- Soms
- Meestal
- Altijd

24) Welke functionarissen spelen in uw instelling een belangrijke rol bij het op de markt brengen van nieuwe product-marktcombinaties?

- Directeur
- Marketingmanager/ medewerker
- Communicatiemanager/ medewerker
- Projectmanager/ medewerker
- Financieel manager/ medewerker
- Uitvoerende medewerkers uit de zorgverlening

- Cliëntenraad
 Overig, namelijk.....

25) In welke mate zijn de volgende afwegingen belangrijk bij het op de markt brengen van nieuwe producten?

	Ze er on be lan gri jk	on be lan gri jk	be lan gri jk	Ze er be lan gri jk
Nieuwe klanten aantrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidige klanten behouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitbreiding geografisch werkgebied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concurrenten bijhouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concurrenten voorblijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktaandeel verhogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marges verbeteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einde van de vragenlijst

Hartelijk bedankt voor uw bijdrage aan mijn onderzoek.
U ontvangt zodra alle resultaten binnen zijn en de analyse plaats heeft gevonden uw resultaten afgezet tegen het gemiddelde via uw emailadres retour.

Na analyse van de gegevens is het mogelijk dat u benaderd wordt voor een nader vraaggesprek t.b.v. een kwalitatief onderzoek (betreffende product-marktcombinaties). Uw medewerking aan dit vraaggesprek zal uiteraard volledig op vrijwillige basis zijn.

De door u verstrekte gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld en niet door derden worden ingezien, tenzij u daar zelf toestemming voor heeft gegeven.

Voor vragen kunt u mij altijd mailen of bellen,

Hartelijk bedankt voor uw tijd en bijdrage!

Drs. L.M. van Wijk (297909lw@student.eur.nl, 06-52442233)

Student Master Zorgmanagement
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Bijlage 2: Berekening marketingoriëntatie

Score effectiviteit marketingoriëntatie

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

Vraag 14

	Minder dan 1 jaar	1 tot 3 jaar	Langer dan 3 jaar geleden	Nooit
Analyse zorgvraagontwikkeling	2	1	0	0
Doelmarkt analyse	2	1	0	0
Patiënttevredenheid	2	1	0	0
Concurrentie analyse	2	1	0	0
SWOT* analyse	2	1	0	0
Marketing effectiviteit	2	1	0	0
<i>Totaal</i>	A	B	C	D

Totaal A + B + C + D = som

Score vraag 24 = som/ 6

De volgende schaal geeft de mate van marketingoriëntatie weer van thuiszorginstellingen in Nederland. Deze wordt alleen berekend over de vragen, met betrekking tot de dimensies *Consumenten filosofie*, *Integrale marketingoriëntatie*, *Adequate marketinginformatie*, *Strategische oriëntatie*, *Operationele effectiviteit* (vraag 6 t/m 20).

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

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

Bijlage 3: Topiclijst kwalitatief onderzoek

Stellingen

1. Marketing is een vies woord in de thuiszorgsector.
2. Marktwerking brengt veel nieuwe kansen met zich mee t.a.v. PMC.

Algemeen

- Wat vindt u van de ontwikkeling van marketing in de thuiszorg?
- Heeft marktwerking volgens u een positieve/ negatieve bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van marketing in de sector?
- In hoeverre is uw instelling bezig met het ontwikkelen van nieuwe PMC?
- Wat is voor uw instelling de voornaamste reden om nieuwe PMC te ontwikkelen?
- Worden nieuwe PMC ontwikkelt n.a.v. onderzoek bij de klant of wordt er eerst een PMC ontwikkeld, waarna vervolgens wordt onderzocht in hoeverre de klant er behoefte aan heeft?
- Wie zijn er binnen de instelling betrokken bij de totstandkoming? En zijn er ook mensen van buiten de instelling betrokken?
- Welke waarde is het sterkst van toepassing in jullie instelling:
 - Bij *product leadership* tracht de onderneming in vergelijking met de concurrentie een superieur product te leveren.
 - Ondernemingen met een *operational excellence* willen klanten op een gebruikersvriendelijke manier betrouwbare producten leveren tegen concurrerende prijzen.
 - Bij *customer intimacy* zijn afnemersoriëntatie, afnemerstevredenheid, loyalty en customer service van kritiek belang voor het succes van een onderneming

Klant

Algemeen:

- In hoeverre is er sprake van segmentering van jullie klanten?
 - Is dat in kaart gebracht?
 - Welke factoren zijn daarbij van belang?
 - Worden nieuwe PMC daar op afgestemd?
- Worden marketingstrategieën afgestemd op de verschillende klant (segmenten)?
- Doen jullie aan klantenbinding? (bijv. ledenservice, kortingen etc.).

Verdiepend:

- In hoeverre zijn de klantensegmenten:
 - Meetbaar (koopkracht in, omvang en kenmerken)
 - Substantieel (segmenten zijn groot en winstgevend)
 - Toegankelijk (goed te benaderen en te bedienen)
 - Differentieerbaar (onderscheidend van andere segmenten en reageren op verschillende marketingmixen)

- Bewerkbaar (effectieve programma's kunnen opgesteld worden om ze te benaderen en te bedienen)
- In hoeverre wordt er aandacht gegeven aan de positionering van nieuwe PMC? Ofwel, welk soort verkoopargumenten worden er aan de klanten gegeven?

Intern

Algemeen:

- Doet uw instelling aan customer relationship management? (Ofwel staat de klant centraal/ worden relaties met individuele klanten aangegaan, onderhouden, gemaximaliseerd en indien onvoldoende rendabel: beëindigd?)
- Hoe komt dat tot uiting?
- Weten jullie wat de klant wil/ belangrijk vindt? Zo ja, hoe weten jullie dat?
- Welke marketingcommunicatiemiddelen worden meestal ingezet om nieuwe PMC te communiceren naar de klant?

Verdiepend:

- In hoeverre worden er klanttevredenheidsonderzoeken gedaan? Ook specifiek bij nieuwe PMC?
- Wat wordt er gedaan met klachten t.a.v. nieuwe PMC? In hoeverre wordt daar van te voren over nagedacht?
- In hoeverre wordt er gekeken naar verschillende kanalen om de nieuwe PMC aan de klant aan te bieden?
 - Wordt daarbij gekeken naar wachttijden/ levertijden/ capaciteiten/ doorverwijzingen etc.

Financieel

Algemeen:

- Is er bekend binnen de organisatie welke PMC nu winst en welke verlies opleveren?
- Is er in uw begroting ruimte om PMC te ontwikkelen? (komt geld van overheid, subsidies, van winstgevende PMC....)
- Wordt er onderzoek gedaan naar de prijs die klanten over hebben voor het product? (bijv reistijd, zelf materialen in huis moeten halen etc.).

Verdiepend:

- Wordt de marktgroei van nieuwe PMC gemeten?
- Wordt het marktaandeel (t.o.v. concurrenten) van nieuwe PMC gemeten?
- Worden PMC ook afgestoten als blijkt dat ze verliezen opleveren?
- Worden er in uw organisatie ook technische (=vaak dure) PMC ontwikkeld? Hoe worden die gefinancierd?
- In hoeverre spelen schaalvoordelen een rol?
- Hoe worden de prijzen van nieuwe PMC vastgesteld? (worden bijvoorbeeld ontwikkelkosten en onderzoekskosten doorberekend in de prijs).

- In hoeverre is de financiering en wet- en regelgeving in de zorg een belemmerende factor bij de ontwikkeling van nieuwe PMC?

Groei- en leer

Algemene vragen:

- In welke mate wordt er gekeken naar de toekomstperspectieven bij het ontwikkelen van nieuwe PMC?
- In hoeverre wordt er ook buiten de huidige grenzen van thuiszorg gekeken naar mogelijkheden?
- Wordt er bij nieuwe PMC ook gekeken naar de medewerkers die het product/ de dienst moeten 'verkoppen' / uitvoeren? (o.a. motivatie en bevoegd/ bekwaam)

Verdiepende vragen:

- In hoeverre speelt kwaliteit een rol bij de ontwikkeling van nieuwe PMC?
- Zijn de huidige klanten loyaal aan de instelling? Ofwel, welke kans is er dat zij overstappen op andere aanbieders gezien het aanbod?
- Stel de vraag naar het nieuwe product stijgt enorm, zijn er dan grenzen bepaald in omvang, capaciteit e.d.?
- In hoeverre wordt het personeel betrokken bij de ontwikkeling gezien de specifieke klantenkennis die zij hebben?

Externe krachten

Algemene vragen:

- Zijn de belangrijkste concurrenten van jullie organisatie in kaart gebracht?
- Wordt er bij de ontwikkeling van nieuwe PMC gekeken naar deze concurrenten? Bijv:
 - Waar zijn zij mee bezig?
 - In hoeverre kunnen zij een risico vormen voor de nieuwe PMC?
 - In hoeverre kunnen wij samenwerkingsverbanden aangaan t.b.v. PMC?

Verdiepende vragen:

- Hoe ervaart uw instelling de wet- en regelgeving van de overheid? Als nadelig of ook als kansen?
- In welke mate worden verwijzers betrokken bij de totstandkoming en de marketing van nieuwe PMC?
- Hoe gaan jullie om met potentiële toetreders op de markt? (barrières?)
- Welke rol spelen de financiers (overheid, verzekeraars, gemeenten, zorgkantoren) bij het marketingbeleid t.a.v. nieuwe PMC?

Bijlage 4: personenalarmering

Hieronder volgt een beschrijving van het product personenalarmering, zoals in de folder van instelling X staat vermeld.

Hulp binnen handbereik

Stel u woont alleen en er gebeurt iets. Een klein ongelukje. Of u wordt plotseling ziek. Met een betrouwbare personenalarmeringssysteem van instelling X is er altijd hulp binnen handbereik. Een simpele druk op de knop is voldoende om hulp in te roepen. Dat geeft een veilig gevoel.

Hoe werkt personenalarmering?

Bij u in huis wordt een alarmeringstoestel geplaatst. Een stopcontact en een telefoonaansluiting zijn voldoende. Bij het alarmeringstoestel hoort een draadloos zendertje met een alarmknop. Dit zendertje draagt u altijd bij u. Als er iets gebeurt, is een simpele druk op de alarmknop van het zendertje voldoende. U krijgt dan direct verbinding met een verpleegkundige van instelling X. Deze ziet via een computerscherm direct wie er hulp inroept, waar u woont en wat de bijzonderheden zijn. Als de verpleegkundige weet wat er gebeurd is, schakelt ze meteen de benodigde hulp in.

24-uur per dag

Instelling X is 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar. Uw alarm wordt dus altijd gehoord. In noodgevallen wordt meteen de huisarts of ambulancedienst gewaarschuwd. Anders komt een bekende kijken die u zelf heeft opgegeven. Dat kunnen kinderen of andere familieleden zijn, maar ook burens of vrienden. Zijn zij niet te bereiken dan komt een wijkverpleegkundige van instelling X.

Extra sleutels

Voor het geval dat u zelf niet in staat bent om de voordeur open te maken, krijgen de mensen die u opgeeft als contactpersoon een sleutel van uw huis. Ook instelling X krijgt een sleutel.

Betrouwbaar toestel

Het alarmeringstoestel is beveiligd tegen stroomuitval en storingen. Bovendien controleert het toestel uit zichzelf regelmatig of alles nog functioneert. Het draadloze zendertje is licht van gewicht (25 gram) en waterdicht. De zender heeft een bereik van 25 meter. Het alarmsignaal gaat door muren en deuren van de woning heen. Dus zelfs vanuit de tuin kunt u alarm slaan. Het personenalarmeringssysteem wordt compleet bij u geïnstalleerd en gebruiksklaar afgeleverd. Bovendien krijgt u een volledige instructie met proefalarm, zodat u precies weet hoe alles in z'n werk gaat.

Kosten

Aan het gebruik van personenalarmering zijn kosten verbonden. U betaalt eenmalige aansluitkosten en vervolgens vaste abonnementskosten. In een aantal gemeenten is het mogelijk subsidie te krijgen als bijlage in de kosten. Ook verschillende ziektekostenverzekeraars kennen een tegemoetkoming in de kosten. Instelling X kan bemiddelen voor een tegemoetkoming in de kosten. Wij helpen u graag!

Tevens wordt in de folder ingegaan op privacy, klachten en algemene leveringsvoorwaarden (echter niet van belang in deze bijlage)

Alle voordelen van personenalarmering op een rij:

- Hulp binnen handbereik
- Een simpele druk op de alarmknop is voldoende
- Contact via een spreek-luister-verbinding
- Deskundige afhandeling door verpleegkundigen
- 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar
- Professionele achterwacht van een wijkverpleegkundige
- Betrouwbare apparatuur (CE-goedkeuring)
- Voor iedereen die belangstelling heeft (geen medische indicatie nodig)
- Bemiddeling voor een tegemoetkoming in de kosten

Bijlage 5: Innovatie ScoreCard

De 'Innovatie ScoreCard' van Van Leeuwen (2007:90) kan gebruikt worden om waarderingen ten aanzien van het nieuwe product (de innovatie) precies vast te stellen en toe te kennen. Bij het 5x5PMC-instrument kan deze score kaart een toegevoegde waarde hebben bij de testfase: is de nieuwe PMC kansrijk/ succesvol? Of juist niet? Dit kan gevolgen hebben voor het besluit de PMC wel of niet te implementeren.

De beschreven succesfactoren hebben vooral te maken met de vraagzijde. Hieronder is een de Innovatie Score Card uitgelegd aan de hand van drie voorbeelden van innovaties in de zorg.

Succesfactoren	Voorbeelden van innovaties in de gezondheidszorg		
	Thuiszorg online	Domotica	Online voorlichting
Klantvoordeel	++++	++++	+++
Aansluiting huidig gedrag	+/-	+/-	+/-
Eenvoudig te gebruiken	++	+	++
Probeerbaarheid	---	---	+++
Zichtbaarheid	+	++	--
Snelle kritische massa	--	---	+++
Proven technology	+/-	+/-	+++
Communicatie op maat	+/-	+	+/-
Gefaseerde invoering	++	+	++
Voldoende budget	--	---	++
Resultaat	Kansrijk	Kansrijk	Succes