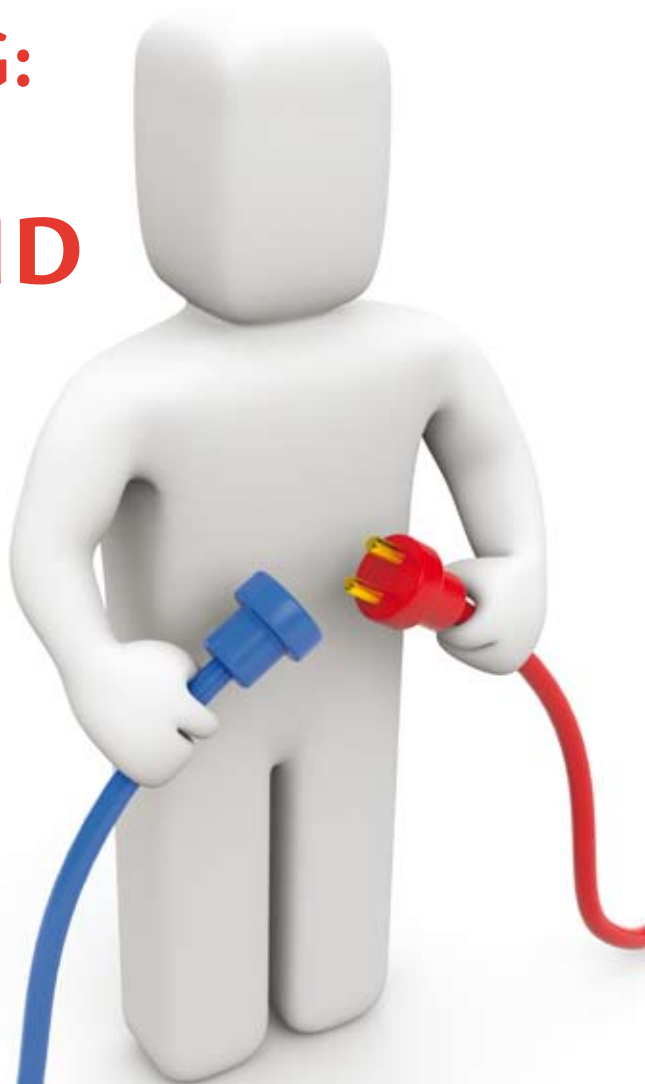


ZORGMARKETING: ZIEL EN ZAKELIJKHEID





**ZORGMARKETING:
ZIEL EN
ZAKELIJKHEID**



DE BALANS TUSSEN ZIEL EN ZAKELIJKHEID

2

De ziel

De gezondheidszorg is een prachtige sector om in te werken. Het gaat ergens over. Over kwetsbare mensen, hun gezondheid en welzijn. En over hun behoefte om gehoord, geholpen of geheeld te worden. In welke andere sector kun je voor een langere periode de wezenlijke zorgen van je klanten verlichten of zelfs verhelpen? Kun je lang, intensief en vertrouwelijk contact met je klanten hebben? En waar is elke dag weer anders, omdat ieder mens weer anders is? Kom daar eens om in het bankwezen of de bouw.

Zorg verlenen is een mooi vak. Het gros van de mensen die in zorgorganisaties werken heeft dat vak uit gedrevenheid gekozen. Die gedrevenheid is een krachtige stimulans voor ondernemerschap. Mensen die bezield zoeken naar mogelijkheden om hun patiënten of cliënten beter te helpen door nieuwe, betere diensten te ontwerpen, zijn de motor waarop ondernemende zorgorganisaties draaien.

De zakelijkheid

Met bezieling alleen kom je er niet. De kwaliteit van de zorg is gebaat bij een stevige dosis zakelijkheid. De zorgvraag is groot en divers. Uw organisatie kan niet op alle zorgvragen een antwoord hebben. De kwaliteit van de zorg zou dan onverantwoord laag worden; teveel versnipperd, te weinig inspeland op specifieke wensen en eisen, te weinig effectief. Om goede zorg te kunnen leveren moeten u keuzes maken. Keuzes gebaseerd op zakelijke afwegingen: waar is behoefte aan, waar zijn wij goed in en hoe kunnen we daartussen een verbinding maken?

Een ander argument dat pleit voor zakelijkheid is dat u werkt met schaarse maatschappelijke middelen. De financiële mogelijkheden zijn begrensd. Zorgorganisaties zijn het aan de samenleving verplicht om de aan hen toe vertrouwde middelen zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. De maatschappij verlangt terecht waar voor haar schaarse geld. Wat dat betreft moeten zorgorganisatie zich steeds meer gaan gedragen zoals elk ander bedrijf:

keuzes maken en strak sturen op de verhouding tussen kwaliteit en kosten. Als bezieling de motor is van ondernemende zorgorganisaties, dan is zakelijkheid nodig om die zorgorganisaties duurzaam op de weg te houden. Ondernemen in de zorg is zoeken naar de balans tussen ziel en zakelijkheid. Geen gemakkelijke, wel een uiterst boeiende en inspirerende opgave.

In balans

Ziel en zakelijkheid zijn in balans te brengen door gebruik te maken van de gereedschapskist van de zorgmarketing. Zorgmarketing neemt de patiënt of cliënt als vertrekpunt, verdiept zich in hem en bedenkt iets moois dat inspeelt op zijn behoeften. Met behulp van ander marketinggereedschap kan dat moois in een zakelijk verantwoord aanbod worden gegoten. Marketing levert u de instrumenten die nodig zijn om de balans te houden tussen ziel en zakelijkheid. Het geeft mensen tot laag in de organisatie handvatten voor maatschappelijk verantwoord ondernemerschap. Vervolgens moeten ze dat gereedschap natuurlijk nog wel ontdekken en leren gebruiken.

Dit boekje

Marketing is relatief nieuw voor de zorg. Wij, Shift Consultants, streven er naar om marketing tot een gewoon onderdeel te maken van het dagelijks denken en doen in zorgorganisaties. Wij willen uw organisatie leren om marketinginstrumenten te gebruiken, zodat u uw klanten en financiers blij kunt maken met uitstekende zorg tegen verantwoorde kosten.

Dat leerproces moet volgens ons in de praktijk plaatsvinden, 'learning by doing'. Wij zien onszelf daarbij als coach, aanjager, aandrager, bezieler en zakelijk geweten in het leerproces. Te vergelijken met de meesters uit de gildentijd die hun gezellen begeleiden naar het eigen meesterschap.

De afgelopen jaren hebben ondernemende zorgorganisaties al doende het nodige geleerd over marketing. Hopelijk heeft ons eerste boekje *Zo werkt zorgmarketing!* daar een bijdrage aan geleverd. Dit tweede boekje *Zorgmarketing: ziel & zakelijkheid* hebben wij geschreven voor ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen in de gehandicaptenzorg, revalidatiecentra, ggz-concerns et cetera, die op het gebied van zorgmarketing al een bepaald peil van kennis en kunde hebben bereikt. De hoofdstukken gaan over marketingthema's waarvan we weten dat ze actueel zijn en vragen oproepen. Bij het schrijven hebben we geput uit onze kennis en ervaringen in en buiten de zorg. Daar waar nodig, hebben we theoretische concepten als kapstok gebruikt.

Met dit boekje hopen wij uw organisatie weer een stap verder te helpen bij het vinden van de balans tussen ziel en zakelijkheid.

Prinsenbeek, februari 2009

Berry Schuur

Jacques Duijn

Joost Koemans



INHOUD

1.	<u>Bezield strategisch leiderschap</u>	8
2.	<u>De bagage van een bekwame zorgmarketeer</u>	14
3.	<u>Zorgmarketing voor zakelijke klanten</u>	20
4.	<u>Ondernemende zorgorganisaties hebben een prijsstrategie</u>	26
5.	<u>Geen fusie, maar franchise</u>	32
6.	<u>De communicatieve bestuurder in crisistijd</u>	38
7.	<u>Allochtonenmarketing: zin of onzin?</u>	44
8.	<u>Maak met arbeidsmarketing een aantrekkelijke organisatie</u>	50
9.	<u>Merkenstrategie: zekerheid bouwen in een turbulente markt</u>	56

BEZIELD STRATEGISCH LEIDERSCHAP



1. BEZIELD STRATEGISCH LEIDERSCHAP

Een goede strategie is een strategie die werkt in de praktijk. Voor sommige organisaties is strategieontwikkeling een twee- of driejaarlijks ritueel. Het resultaat is vaak een cosmetisch vernieuwd strategisch beleidsplan, dat zich inhoudelijk nauwelijks van het voorgaande plan onderscheidt en al evenmin heldere keuzes bevat. Dat werkt dus niet.

8

Kiezen en delen

Om goed te kunnen presteren, moet een organisatie keuzes maken. Wat zijn onze kernactiviteiten?

Hoe bieden wij onze klanten daarmee iets dat zich onderscheidt in waarde? Wat willen we de komende jaren bereiken? Hoe gaan we dat doen?

Kiezen is een essentieel onderdeel van strategieontwikkeling. Delen is minstens zo belangrijk om de strategie te laten werken. We hebben het dan over het delen van informatie, van opvattingen, visies, betekenissen en ambities binnen de organisatie. Een strategie als resultaat van een exclusief ritueel van heidagen voor bestuur, management en medische staf werkt niet. Zonder de inbreng van de kennis en ervaring van de mensen onder de top zal een strategie inhoudelijk rammelen. En, erger nog, zonder hun betrokkenheid zal de strategie niet van papier komen en in de bureaula blijven liggen. Zorgorganisaties bestaan uit professionals die een grote mate van

handelingsvrijheid nodig hebben om hun klanten goed te kunnen helpen. Een goede strategie geeft de kaders aan waarbinnen zij handelen. Dat zijn kaders die in de eerste plaats inspireren en pas daarna afbakenen. Alleen een gedeelde strategie zal in de praktijk het beoogde effect hebben.

Leiden en luisteren

Jaren geleden was 'strategie van onderop' een kortdurende hype. Het idee was simpel: betrek letterlijk iedereen, van bestuurder tot receptioniste, bij het uitdenken van de strategie en je krijgt de organisatie vanzelf op het goede spoor. In de praktijk bleek dit niet te werken. Het strategieproces kreeg trekken van de spreekwoordelijke Poolse landdag. Het zorgde voor veel saamhorigheid, maar leverde inhoudelijk een mager resultaat op. Logisch, want niet iedereen heeft de competenties in huis om strategische

lijnen uit te zetten. De verantwoordelijkheid voor strategieontwikkeling moet daarom liggen bij degenen die dergelijke competenties wel hebben: de Raad van Bestuur. Het leiderschap van de Raad van Bestuur komt tot uitdrukking in de wijze waarop zij het proces van strategieontwikkeling inricht en regisseert. Dat is spannend en soms knap lastig. Van leiders wordt zowel een eigen visie op de toekomst verwacht als een grote bereidheid om met anderen in dialoog te gaan over hún beeld van die toekomst. Het gaat om het vinden van een evenwicht tussen lijnen uitzetten en luisteren, tussen overtuigen en open laten. Waar het evenwicht gevonden wordt, is afhankelijk van de situatie waarin de organisatie verkeert, van de aanwezige competenties, maar zeker ook van de stijl en het 'Fingerspitzengefühl' van haar bestuurders. Met de inrichting van het strategisch proces zet een Raad van Bestuur persoonlijk de toon voor haar leiderschap.

Zo toont u leiderschap:

1. Laat de momenten van invloed zien

Mensen hebben behoefte aan houvast. Maak van de strategieontwikkeling daarom een project met helder omschreven procesfasen, concrete outputdoelstellingen en een afgebakende doorlooptijd. Zo kunnen uw mensen zien wat er moet gebeuren, waarom en in welke volgorde. Ook is dan zichtbaar welke tijdsinvestering gevraagd wordt en op welke momenten inbreng en invloed mogelijk zijn. Daardoor ontstaat focus, geconcentreerde energie en het gevoel van samenlijkkheid.

2. Breng er ziel in

Inspiratie geeft betrokkenheid en creativiteit; noodzakelijke energiebronnen voor de ontwikkeling van een strategie. Onze ervaring is dat negen van de tien mensen het inspirerend vinden om mee te denken over de toekomst van hun organisatie. Ze moeten dan wel het gevoel hebben dat het strategieproces ook de toekomst van hun eigen werk raakt. Inspiratie ligt voor het oprapen als je mensen laat zien dat de strategie over hun klanten, hun afdeling en hun bijdrage aan het geheel gaat. Daarnaast zijn er werkvormen te bedenken die voor extra inspiratie zorgen.

3. Gebruik geschikt gereedschap

Het is de kunst om de complexiteit van de omgeving en van de eigen organisatie begrijpelijk en daardoor beïnvloedbaar te maken. Daar bestaan handige hulpmiddelen voor; gereedschappen die helpen bij de analyse, die ordening aanbrengen, die taal aanreiken voor de dialoog, die helpen bij afwegingen en die keuzemogelijkheden openbaren. We hebben het over instrumenten zoals de bekende DEPEST analyse, portfolioanalyse, het 5-krachtenmodel van Porter, de SWOT analyse, de groeimatrix van Ansoff, het waardedisciplinemodel van Treacy en Wiersema enzovoorts. Strategieontwikkeling is ook een ambachtelijk proces met concrete stappen en werkzaamheden waarvoor handige gereedschappen zijn uitgevonden.

4. Mobiliseer wijsheid en eigenwijsheid

Informatie verzamelen en daaraan betekenis geven is een wezenlijk element van strategieontwikkeling. Het gaat om veel deelgebieden en invalshoeken. Alleen al daarom is het verstandig om niet alleen de top van de organisatie, maar ook veel anderen bij het proces te betrekken. Benut de kennis in de organisatie: zet de stafdiensten aan het werk voor de analyses op hun vakgebieden, laat lijnmedewerkers en management meedenken over trends in klantvragen en concurrentiedruk. Wijsheid is ook extern te vergaren. Bevraag klantengroepen, ketenpartners en financiers.

Wees niet bang voor het tegengeluid, maar ga er naar juist op zoek. Laat de eigenwijze mensen in uw organisatie en daarbuiten - degenen die het er niet mee eens zijn, die het altijd anders zien - aan het woord. Zij bevorderen het denken buiten de bekende kaders ('out of the box') dat zo noodzakelijk is om creativiteit los te maken en nieuwe mogelijkheden te ontdekken.

5. Doe meer met ongeveer

Bij de ontwikkeling van een strategie komen veel aspecten, invalshoeken en deelgebieden aan de orde. Dat betekent een berg informatie verzamelen en analyseren. Werkende weg ontstaat vaak het gevoel dat er nog teveel onduidelijk is, dat er nog meer informatie nodig is om verderop in het proces goede strategische keuzes te kunnen maken. Aanvullende analyses kunnen dan helpen, maar ook verlamd werken omdat zij het gevoel van onzekerheid aanwakkeren. De toekomst laat zich niet voorspellen. Strategie is juist bedoeld om die onzekerheid en de

daaruit voortvloeiende risico's hanteerbaar te maken. Blijf niet hangen in de analysefase, maar doe meer met 'ongeveer': met een inschatting van de grote lijnen. Het vraagt ervaring, Fingerspitzengefühl en leiderschap om te bepalen wanneer er voorlopig genoeg geanalyseerd is.

6. Durf ambitieus te zijn

Inspiratie is nodig om een goede strategie te ontwikkelen, maar een gevoel van uitdaging is onmisbaar om een strategie geïmplementeerd te krijgen. Vergelijk het maar met een sportwedstrijd. Als er voor een team geen uitdaging in zit, is het voor de spelers minder leuk, worden ze minder scherp en zijn de prestaties navenant. Een goede strategie is een collectieve uitdaging voor de mensen in uw organisatie. Ambitieuze doelen die nog net buiten het bereik van de huidige organisatie lijken te liggen, zijn spannend en aantrekkelijk. Ze stimuleren het teamgevoel, motiveren mensen om hun competenties te ontwikkelen en zich gezamenlijk in te zetten. Wanneer die doelen bereikt worden, kan iedereen terecht trots zijn op de geleverde prestatie. Durf dus de strategische doelstellingen op te rekken tot een uitdagend niveau.

7. Houd strategie levend

Een strategie moet leven, in de eerste plaats in de hoofden van de mensen in uw organisatie. Een aansprekend motto helpt daarbij. Managementinformatie over de strategische prestatie-indicatoren is daarvoor absoluut noodzakelijk. Alleen dan is de strategie een leidraad voor het denken en doen op weg naar de realisatie van de doelstellingen.

Een strategie behoort ook levend te zijn in de betekenis van niet statisch maar dynamisch, in ontwikkeling. Managementgoeroe Henri Mintzberg is daar duidelijk in. De daadwerkelijk uitgevoerde strategie bestaat maar gedeeltelijk uit de van tevoren weloverwogen gekozen strategie. Gaandeweg de planperiode vinden bijstellingen plaats. Ook ontstaan nieuwe elementen waarmee de opkomende strategie zich aftekent. Een deel van de oorspronkelijk beoogde strategie zal onuitgevoerd blijven omdat de omstandigheden zich anders hebben ontwikkeld dan was verwacht. Een levende strategie bevat dus een heldere hoofdlijn, maar geeft ook ruimte aan bijstellingen en opkomende lijnen. De wijze waarop een Raad van Bestuur de strategie levend houdt, kenmerkt haar stijl van leiderschap.



DE BAGAGE VAN EEN BEKWAME ZORGMARKETEER



2. DE BAGAGE VAN EEN BEKWAME ZORGMARKETEER

De marketeer heeft zijn intrede gedaan in zorgorganisaties. Soms heeft de bestuurssecretaris de portefeuille marketing erbij gekregen. Dan weer heet de manager Communicatie ineens manager Marketing & Communicatie. Meerdere zorgorganisaties hebben inmiddels de functie marketingmedewerker of marketingadviseur in het leven geroepen. Met het benoemen van verantwoordelijke functionarissen onderschrijft de organisatie het belang van marketing. Iemand de verantwoordelijkheid voor marketing geven is investeren in ondernemerschap. Maar, die ene zwaluw maakt nog geen zomer.

14

Bezint eer gij benoemt

We bespeuren een overeenkomst met de intrede van de kwaliteitfunctionaris decennia geleden. Met de benoeming van de eerste lichte kwaliteitsfunctionarissen kreeg het lijnmanagement niet meer, maar juist minder aandacht voor kwaliteit. 'Daarvoor hebben we toch een kwaliteitsfunctionaris' was een veelgehoorde uitspraak. Die valkuil ligt er ook voor de eerste lichte zorgmarketeers. We komen in onze adviespraktijk nogal wat marketeers tegen die worstelen om uit deze valkuil te blijven. We zien vaker dan ons lief is gedesillusioneerde zorgmarketeers een andere baan zoeken. Jammer, want dat afbreukrisico had kleiner gekund.

Waarom zorgmarketing anders is

In de zorg heeft de medewerker een doorslaggevende invloed op de geleverde kwaliteit en de tevredenheid van de klant. De 'p' van personeel is een essentiële marketingfactor. Het lijnmanagement dat deze factor aanstuurt (en weet te bezielen), heeft daardoor een grote marketingverantwoordelijkheid. In zorgorganisaties zijn marketingfunctionarissen de adviseurs en ondersteuners van het lijnmanagement. Dit verklaart waarom een productmanager van Heineken, Philips of Randstad eufemistisch uitgedrukt, even zal moeten wennen in een zorgorganisatie. Maar ook ervaren dienstenmarketeers moeten slikken als ze bij een zorgorganisatie komen werken. Om te beginnen omdat marketingfaciliteiten

en -budgetten niet vanzelfsprekend zijn. Vervolgens omdat de zorgconsument niet zelf betaalt en de verzekeraar mooie plannen in de wielen blijkt te kunnen rijden. Ook laten de zorgprofessionals zich vaak voorstaan op hun autonomie in plaats van op hun verbondenheid met de ondernemingsstrategie. En dan is ook spanningsveld tussen management, medisch specialisten en andere professionals voor de marketeer van buiten de zorg vaak een mijnenveld; een Waterloo voor onbesuisde 'Draufgänger'. Al met al is het bedje van een zorgmarketeer niet gespreid. Hij of zij moet zelf kwartier maken.

Zorgmarketeers moeten pionieren

De gemiddelde zorgmarketeer begint met niets anders dan een aanstelling en een bureau. De Raad van Bestuur heeft de functie in het leven geroepen, is van harte bereid om de nieuwe medewerker te steunen, maar heeft het te druk om als klankbord te dienen. De gemiddelde zorgmarketeer staat er alleen voor. Hij gaat op zoek naar bruikbare informatie. Marketingdata blijken niet aanwezig, niet actueel, niet correct of niet volledig. Dat wordt dus pionieren met externe en interne informatiebronnen. Marketingplannen voor dienst-marktcombinaties zijn in de gemiddelde zorgorganisatie nog nooit gemaakt. Het management weet niet hoe dat moet en heeft het eigenlijk te druk met andere zaken. De marketeer begint maar eens met een rondje kennismaken als eerste stap op de lange weg naar een samenwerkingsrelatie met de managers. De eerste vraag die spontaan op de marketeer afkomt heeft vrijwel zeker een hoog uitvoerend gehalte: 'Kun jij even een folder / beursstand /

aanbiedingsbrief / relatiegeschenk regelen?'

Het begin is er, maar van proactief adviseren is nog lang geen sprake. Gelukkig moet het strategisch beleidsplan vernieuwd worden en kan de marketeer een lobby beginnen bij de Raad van Bestuur om het deze keer anders aan te pakken. Zorgmarketing is pionieren, stap voor stap bouwen, stap voor stap de organisatie leren werken met marketinggereedschap. Dat moet de zorgmarketeer dan wel kunnen en leuk vinden.

De competentieset van uw zorgmarketeer

Uw zorgmarketeer moet meer in huis hebben dan zijn collega's uit het bedrijfsleven. Hij zit in een andere situatie en zal een ander gedragsrepertoire moeten hebben. Het model van de Amerikaanse antropoloog en bioloog Bateson helpt bij het ordenen van de competentieset die een capabele zorgmarketeer volgens ons moet hebben. Bateson onderscheidt vier niveaus die het functioneren van iemand bepalen. De competenties op de laagste twee niveaus - kennis & kunde en overtuigingen - kunnen worden aan- of afgeleerd. Competenties op de twee hogere niveaus - persoonlijkheid en drive - zijn aangeboren en kunnen hooguit worden aangescherpt. Dit onderscheid is voor u van belang in het werving- en selectieproces. Het bepaalt de 'maakbaarheid' van de marketingfunctionaris die u benoemt.

De competentieset van een capabele zorgmarketeer

Niveau 1: Kennis & kunde *(aan te leren)*

- ✓ Marketingkennis en – inzicht, vaardig in toepassen van de gereedschappen van de zorgmarketeer
- ✓ Veranderkundige kennis en inzichten, kunnen toepassen van veranderkundige instrumenten
- ✓ Kennis en inzichten op gebied van leren in organisaties
- ✓ Analytisch vermogen en vermogen om 'out of the box' te denken
- ✓ Vermogen om marketingdenken te verbinden met de dagelijkse praktijk van medewerkers en management en van daaruit samenwerkingsrelaties op te bouwen

Niveau 2: Overtuigingen *(min of meer aan te leren)*

- ✓ Overtuigd van het belang van de balans tussen ziel en zakelijkheid
- ✓ Er van overtuigd dat het altijd beter kan
- ✓ Er van overtuigd dat mensen kunnen leren

Niveau 3: Persoonlijkheid *(aan te scherpen)*

- ✓ Denken in mogelijkheden in plaats van in beperkingen
- ✓ Daadkracht en resultaatgerichtheid
- ✓ Volharding en lange termijn perspectief
- ✓ Flexibiliteit en humor

Niveau 4: Drive *(aangeboren)*

- ✓ De gedrevenheid (bezieling) om bij te dragen aan een ander, iets te betekenen voor een ander
Deze gedrevenheid legt de basis voor de dienstverlenende houding die een zorgmarketeer moet hebben. Het is dezelfde soort bezieling die de meeste managers en medewerkers in de zorg hebben. Deze gedeelde gedrevenheid is een uitstekende, zo niet onmisbare basis voor de samenwerking tussen zorgmarketeer en zijn interne klanten.



Kweek uw eigen zorgmarketeer

Goede zorgmarketeers zijn schaars. Op de arbeidsmarkt zult u nauwelijks loslopende zorgmarketeers tegenkomen. Er zijn wel marketingdeskundigen uit andere branches beschikbaar. Hen aantrekken is zeker een optie, maar blijf u realiseren dat zorgmarketing anders is dan gewone marketing. Een zorgmarketeer uit de eigen gelederen van de organisatie halen kan ook.

Houdt u er rekening mee dat zowel een extern aangehouden marketeer als iemand uit de eigen gelederen moet kunnen uitgroeien tot vakkundig zorgmarketeer. Daarvoor moet u ze zelf opkweken of op laten kweken. Let daarom scherp op de competenties die potentiële kandidaten wel en niet in huis hebben. Kennis, kunde en overtuigingen zijn meestal nog te ontwikkelen, maar persoonlijkheidskenmerken en niet te vergeten, de bezieling, moeten al aanwezig zijn. Vraag de afdeling P&O om de kandidaatmarketeers te testen. Gebruik de testuitslagen van degene die de functie krijgt om met hem een competentiegericht leerplan op te stellen. Laat uw man of vrouw regelmatig coachen door een ervaren zorgmarketeer. Het resultaat is een gedreven zorgmarketeer die het ondernemerschap in uw organisatie op een hoger niveau brengt.

ZORGMARKETING VOOR ZAKELIJKE KLANTEN





3. ZORGMARKETING VOOR ZAKELIJKE KLANTEN

De zakelijke klant is al jaren van invloed op de beslissingen die zorgorganisaties nemen. Zijn meest bekende rol is die van de financier. Tot voor kort was dat een rol met relatief weinig tekst, die op de achtergrond gespeeld werd. Maar die tijden zijn voorbij.

De zakelijke klant stapt uit de coulissen

De invloed van de zorgverzekeraar is enorm toegenomen. In de WMO is niet de zorgconsument, maar de gemeente de dominante gesprekspartner van de zorgaanbieder. Ook komen er nieuwe zakelijke klanten op het pad van zorgorganisaties, zoals werkgevers die contracten willen afsluiten met ziekenhuizen over de versnelde hulp aan hun geblesseerde medewerkers. Of collectieven van consumenten die geïnteresseerd zijn in op maat gesneden ggz - trajecten. Ook andere zorginstellingen die bijvoorbeeld de screening van patiënten, de sterilisatieafdeling of de keuken willen uitbesteden, kunnen zakelijke klanten worden. Zaken doen met zakelijke klanten vereist een andere manier van marketing bedrijven. Zorgorganisaties zullen ook vaardig moeten worden in deze zogenaamde business-to-business - 'B2B' – marketing.

B2B-marketing is een ander spel

Business-to-business marketing en consumenten marketing (B2C) hebben dezelfde fundamenteën in het zoeken naar de behoeften van de klant en het daarvoor ontwikkelen van een onderscheidend aanbod. Het instrumentarium is deels hetzelfde, maar deels ook anders. Dat heeft te maken met het onderscheid tussen zakelijke klanten en consumenten. Uw zakelijke klant is een organisatie. Die organisatie consumeert zelf geen zorg, zij koopt zorg in voor de mensen die zij vertegenwoordigt. De zakelijke klant heeft een zogenaamde afgeleide vraag. Dit maakt het koopproces anders, meestal complexer. Een consument kan relatief snel besluiten. Besluitvormingsprocessen van zakelijke klanten duren veel langer. De omvang van de transactie is dan ook groter en daarmee het risico van een verkeerde beslissing. Een consument kan meestal zonder veel kosten switchen van aanbieder. Voor een zakelijke klant zijn de overstapkosten meestal hoog.

Kenmerkende verschillen	B2C	B2B
Vraag	Voor eigen consumptie	Consumptie door anderen
Aantal potentiële klanten	Groot	Beperkt
Koopproces	Kort en eenvoudig	Lang en complex
Omvang transactie	Beperkt	Groot volume, groot bedrag
Risico	Beperkt	Mogelijk hoog
Overstapkosten	Laag	Hoog
Product	Standaard	Aangepast
Prijs	Vast	Onderhandelbaar
DMU (= Decision Making Unit)	Beperkt	Omvangrijk

Het product voor uw zakelijke klant is veelal op maat gesneden. Over de prijs moet worden onderhandeld. Mede daarom omvat het besluitvormend orgaan - 'decision making unit' (DMU) - bij een zakelijke klant meer mensen en meestal diverse hiërarchische niveaus.

De zakelijke klant is kenbaar

Een zorgorganisatie rekent vaak duizenden zorgconsumenten tot haar doelgroep. Het is onmogelijk om iedere potentiële zorgvrager te kennen en gericht te benaderen. Dientengevolge zijn zorgproducten relatief standaard en is de benadering van zorgconsumenten generiek.

Bij zakelijke afnemers is dit compleet anders. Het aantal potentiële zakelijke klanten is meestal beperkt. Dit maakt het in principe mogelijk om alle belangrijke zakelijke spelers te kennen, met alle voordelen van dien. Het aantal zorgverzekeraars is bekend, het aantal gemeenten in een regio ook, grote werkgevers en

collectieven zijn niet anoniem. Over deze organisaties is met behulp van openbare bronnen veel informatie boven water te halen. Daarmee kan u zich al een eerste beeld vormen van mogelijke behoeften en een gerichte benadering van de DMU bedenken in plaats van met hagel te schieten.

De klant helpen aan zijn succes

Omdat zakelijke klanten een afgeleide zorgvraag hebben, liggen hun primaire behoeften ook op een ander vlak. De primaire behoefte van een zorgverzekeraar is om het aantal polishouders hoog en de zorgkosten laag te houden. Gemeenten zijn primair bezig met het voorkomen van onvrede bij burgers. Zorg is voor deze organisaties één van de middelen die zij gebruiken om hun primaire doelen te bereiken. Een zorgaanbieder moet haar zakelijke klant dus helpen 'scoren' op de primaire doelen. Maar dat niet alleen. Zakelijke klanten zijn organisaties met hun eigen structuren, processen, gewoonten.

Verstoring daarvan, bijvoorbeeld door klagende polishouders of burgers, kost tijd en geld en vinden ze dus vervelend. Hoe beter een zorgleverancier aansluit op de organisatie van de zakelijke klant, hoe liever het hem is. Sterker nog, alleen goede zorg leveren is niet voldoende. Uw zakelijke klant eist aanvullende service die verstoringen in zijn organisatie voorkomt en die hem werk en dus geld bespaart. Dit vraagt maatwerk van uw organisatie.

Samen maatwerk ontwikkelen

Het product voor een zakelijke klant zal altijd op maat gesneden zijn. Gezien het volume dat de klant inkoopt, mag hij dat ook verwachten en zal hij dat zelfs afdwingen. Om dezelfde reden kan de zorgaanbieder het zich permitteren om te investeren in maatwerk. Dit kan de kern van de zorg betreffen. Denk aan verzekeraars die dwingend bepaalde medicijnen voorschrijven, alleen een bepaald merk heupprothese vergoeden of afspraken maken over een afgebakend aantal behandelingen.

Vaak zal het maatwerk betrekking hebben op de aanvullende dienstverlening. Die kan bestaan uit service aan de uiteindelijke zorgconsument. Denk aan voorrang bij consultafspraken of extra's gedurende de opname. Met andere dienstverlening kan de zorgaanbieder de organisatie van de zakelijke klant werk uit handen nemen. Denk aan facturering die naadloos aansluit op het systeem van de klant en aan toegespitste managementinformatie die de DMU - leden houvast geeft. Ook is het voorstelbaar dat een zorgorganisatie de klant werk bespaart door de tevredenheid van de zorgconsumenten te – laten - onderzoeken. Vergeet vooral niet om

na te denken over aanvullende dienstverlening die de zorgkosten verlaagt en de zakelijke klant direct of op termijn geld bespaart. De mogelijkheden om meerwaarde te bieden met aanvullende dienstverlening zijn legio. Laat de zakelijke klant daarover meedenken. Als uw klant meeontwikkelt, dan ziet hij ook wat de extra's kosten. Dat is van belang bij de prijsonderhandelingen. Bovendien, een klant die meedoet in de ontwikkeling van het aanbod investeert in de relatie met uw organisatie en raakt gecommitteerd.

Relatie, relatie, relatie

B2B-marketing is relatiemarketing. Uit onderzoek in het bedrijfsleven blijkt dat de kwaliteit van de relatie een doorslaggevende rol speelt bij aankoopprocessen. In een stevige zakelijke relatie kennen en respecteren de partners elkaars belang, kennen ze elkaars organisatie, is er wederzijds vertrouwen in beloften en afspraken en gunnen ze elkaar succes. Ook de inkopende organisatie is daarbij gebaat. Dankzij een goede relatie kan zij sneller handelen en loopt zij minder risico. Natuurlijk blijft de prijs een belangrijke factor. Goede zorgondernemers vertalen prijs overigens steeds in kosten en opbrengsten voor hun klant. Zij zien zakelijkheid als onmisbaar bestanddeel van de relatie met hun klanten. Wederzijdse kosten en opbrengsten zijn daarbinnen steeds onderwerp van gesprek.

Een zakelijke klant zal willen investeren in de relatie met zijn leverancier, tenzij hij het product van de leverancier beschouwt als 'commodity', gebruiksbaar. Kopieerpapier en koeriersdiensten zijn voorbeelden van dergelijke producten en diensten. Ze zijn voor

de inkopende organisatie niet belangrijk genoeg, nagenoeg overal verkrijgbaar en de leveranciers onderscheiden zich niet van elkaar. Mede daardoor vindt de organisatie het niet nodig om een uitgebreid beslissingsproces te doorlopen alvorens tot aanschaf over te gaan. Dan telt alleen de prijs. Investeren in de relatie met de aanbieder is er niet bij.

Zorg is in principe géén gebruikswaar. De huishoudelijke thuiszorg dreigt overigens wel in die richting af te drijven. Dat illustreert dat zorgaanbieders zich moeten blijven inspannen om (zakelijke) klanten van de meerwaarde van hun dienst te overtuigen.

Een stevig pleidooi voor accountmanagement

Een relatie opbouwen met een zakelijke klant kost energie en tijd. Het vraagt kunst- en vliegwerk om in samenspraak met de uitgebreide DMU te komen tot een geïntegreerd aanbod van zorg en aanvullende dienstverlening.

In het bedrijfsleven weten ze dit al langer dan vandaag. Daar is het zeer gebruikelijk om voor de grootste - potentiële - klanten accountmanagers te benoemen. Deze mensen zijn vrijgemaakt om zich te verdiepen in de organisatie van die klanten, te praten met de diverse leden van de DMU over hun wensen en eisen, hen creatieve voorstellen te doen en te verkopen. Een accountmanager is veel meer dan een vertegenwoordiger die de hele dag op pad is. Een groot deel van de tijd is de accountmanager bezig met zijn eigen organisatie. Binnen de kaders van zijn opdracht mobiliseert hij de diverse lijn- en stafafdelingen en regisseert hij de ontwikkeling van het maatwerk. Ook nadat het contract getekend is, blijft de accountmanager de verbindende schakel

tussen de klant en de eigen organisatie.

Zakelijke klanten worden steeds belangrijker voor zorgorganisaties. Het opbouwen van relaties met zulke klanten en het regisseren van de interne processen die nodig zijn om hen goed te bedienen, vergt specifieke competenties. Ook zorgorganisaties moeten volgens ons investeren in professioneel accountmanagement.

**ONDERNEMENDE ZORGORGANISATIES
HEBBEN EEN PRIJSSTRATEGIE**



4. ONDERNEMENDE ZORGORGANISATIES HEBBEN EEN PRIJSSTRATEGIE

Tot voor kort spraken we in de zorg nooit over prijzen. Wel over kostprijzen die te hoog waren, maar nog veel meer over tarieven die te laag waren. Het Centraal Orgaan voor de Tarieven in de Gezondheidszorg stelde die tarieven vast en dat was dat. Zorgondernemers konden niet onderhandelen met hun klanten over de prijs. De financiële prikkel om hun dienstverlening te verbeteren ontbrak. Maar verandert snel.

26

Van tarief naar prijs

De huishoudelijke verzorging is sinds 2007 overgegaan naar de WMO en wordt via gemeenten aanbesteed; een belangrijke factor daarbij is de prijs. Op dit moment organiseren de zorgverzekeraars aanbestedingen voor de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) van ziekenhuizen. Ook hiervan is de prijs onderhandelbaar. Voor een scala aan DBC's staan de prijzen inmiddels op internet (www.kiesbeter.nl).

Sinds 2005 kunnen kraamzorginstellingen via internetveilingen meedingen naar de klanten van Achmea en Menzis. Eind 2007 is de 100.000ste zorgvraag via Zorgveiling.nl geveild. Mede hierdoor is een prijzenslag ontstaan. Achmea heeft de veiling recentelijk beëindigd, maar inmiddels veilen ook enkele gemeenten hun WMO-zorg op deze manier. Ook de particuliere markt ontwikkelt zich. Vooral chronisch zieken en gehandicapten doen extra

uitgaven voor bijvoorbeeld geneesmiddelen zonder recept, hulpmiddelen en dieetkosten. Het bedrag dat zij hieraan hebben besteed is in negen jaar tijd verdubbeld. Steeds meer zorgconsumenten zijn dus best bereid bij te betalen voor aanvullende diensten. De aanbieder kan daarvoor zijn eigen prijs vaststellen.

Prijzenslag leidt tot nieuwe strategieën

Berichten over de gevolgen van deze prijsconcurrentie staan wekelijks in de krant. Prijzenslagen komen vooral voor in de thuiszorg en de kraamzorg. Kleine zorgondernemers – zorgbehandelcombinaties (ZBC's) en privéklinieken - specialiseren zich in een beperkte set ingrepen en bieden deze tegen een relatief lage prijs aan. Ze halen 'de krenten uit de pap'. Grotere zorgorganisaties die naast deze rendabele ingrepen óók verliesgevende behandelingen aanbieden, kunnen hun verliezen daardoor steeds minder compenseren.

Dit leidt tot een aantal verschillende strategieën. Sommige organisaties proberen verliesgevende klanten buiten de deur te houden. Het gaat dan bijvoorbeeld om thuiszorgcliënten op grote reisafstand, patiënten met dure medicijnen en klinische bevallingen. Enkele kleinere ziekenhuizen beperken hun aanbod tot laagcomplex, electieve verrichtingen met een voorspelbaar en planbaar karakter, zoals de behandeling van spataderen, liesbreuk, galblaas en cataract. Door daarin een hoog volume te realiseren – zogenaamde *focussed factory* -, weten ze hun kostprijs te verlagen. En steeds meer organisaties hanteren een prijsstrategie.

Voorbeelden van prijsstrategieën

Een ZBC voor overgewicht biedt als enige in de regio vier typen ingrepen in combinatie met een psychologisch, fysiek en diëtistisch behandeltraject van twee jaar. Concurrenten bieden alleen eenvoudigere operaties en minder succesvolle afvaltrajecten bestaande uit een combinatie van dieet, bewegen en medicijnen. De verzekeraar is bereid de ZBC een hogere prijs te betalen dan de concurrenten, mits de voorwaarden goed geregeld zijn. Dat wil zeggen: Intensive Care, complexe gevallen zelf goed oplossen en niet doorverwijzen (weer een nieuwe DBC!) en uitstekende behandelresultaten. De verzekeraar doet dat omdat met deze aanpak chronische ziekten en dus structurele kosten te voorkomen zijn.

Dit is een vorm van *premium pricing*: de betere of bekendere aanbieder kan een hoger dan gemiddelde prijs vragen omdat de klant een hogere tevredenheid aan het product verbindt of om een

hogere kwaliteitsperceptie bij de consument te laten ontstaan. In dit verband past een waarschuwing. Sommige aanbieders denken een hogere prijs te kunnen rechtvaardigen doordat ze hoger opgeleide medewerkers hebben, nieuwere apparatuur of een ziekenhuis als achterwacht. Daarvoor wil de verzekeraar echter geen hogere prijs betalen. Dat wil hij weer wel voor minder decubitus, ondervoeding, heropnames of achterblijvend kankerweefsel.

Verdiene aan de extra's

Chronisch zieken en gehandicapten zijn bereid extra uitgaven te doen voor geneesmiddelen zonder recept, hulpmiddelen, vervoerskosten voor geneeskundige hulp, dieetkosten, extra energiekosten en attenties voor mantelzorg. Gaan uw basisproducten vaak gepaard met dergelijke extra diensten, dan kunt u overwegen uw basisproduct relatief goedkoop aan te bieden en voor aanvullende diensten een opslag of extra betaling te vragen. Voorwaarde is wel dat u beschikt over aantrekkelijke en winstgevende aanvullende diensten. Deze prijsstrategie wordt ook wel *baitpricing* genoemd: een lage prijs voor de basisuitvoering en bijbetalen voor een luxer model of extra's. Deze prijsstrategie is meermaals gehanteerd bij de aanbesteding voor huishoudelijke verzorging. Zorgorganisaties meenden dat cliënten via de verliesgevende huishoudelijke verzorging zouden doorstromen naar de meer rendabele persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding of verpleging. Dit bleek in werkelijkheid echter fors tegen te vallen, met financiële tekorten als gevolg.

Concurrenten de markt uit prijzen

Heeft uw concurrent financiële noden en wilt u uw positie ten opzichte van die concurrent versterken, dan kunt u uw prijzen drastisch verlagen. Dit heet een *penetratieprijstrategie*, *put-out pricing* of zelfs *stay-out pricing*. Deze strategie werkt alleen als de prijs voor uw klanten van belang is, als u over een lage kostprijs of een financiële buffer beschikt en over kennis van uw concurrent. Deze prijsstrategie kwam nogal eens voor in de eerste rondes van aanbestedingen voor huishoudelijke verzorging.

Opslag, prestige of gelijke prijzen

Een veelgebruikte prijsstrategie in de zorg is de *kostprijs plus* methode, waarbij de kostprijs wordt verhoogd met een vast opslagpercentage. Dit percentage kan bijvoorbeeld afhangen van het gewenste rendement op de investeringen volgens het principe van *return pricing*. Deze strategie gaat voorbij aan de waarde die het product heeft voor de klant, maar is daarentegen wel eenvoudig te hanteren. Andere prijsstrategieën zijn *prestige pricing* - de luxere producten worden veel duurder dan de basismodellen - en *me-too-pricing*, het vermijden van prijsconflicten door te kiezen voor vergelijkbare prijzen.

Segmenten

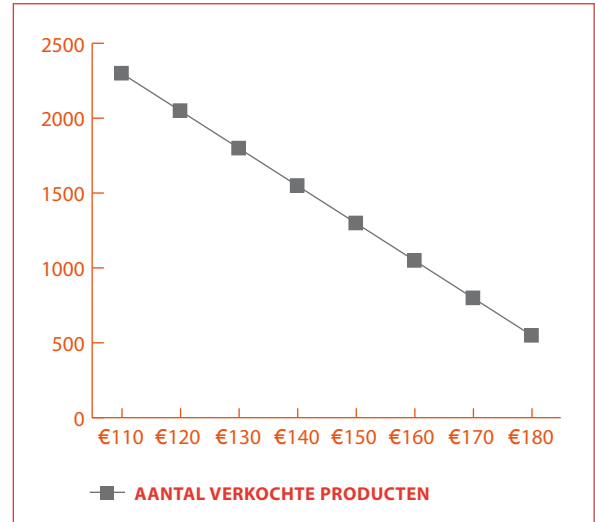
De zorg kent verschillende klantengroepen, van zorgverzekeraars en zorgkantoren en gemeenten tot patiënten en werkgevers. De behoeften van deze klantengroepen verschillen onderling sterk. Zelfs binnen één klantengroep kunnen op grond van inkomen, leeftijd en schaal van de organisatie verschillende behoeften bestaan en daarmee een

verschillende gevoeligheid voor de factor prijs. Een landelijk werkende verzekeraar wil het liefst in elke regio hetzelfde product tegen dezelfde prijs bieden, terwijl een regionale verzekeraar meer oog heeft voor regionale ketenafspraken. Ouders van verstandelijk beperkte kinderen kiezen eerder voor een PGB dan voor zorg in natura. Segmentering schept mogelijkheden om uw product in verschillende varianten aan te bieden en ook verschillende vraagprijzen te bedingen.

De perfecte prijs

Hoe komt u nu tot een prijs voor uw producten? De perfecte prijs voor uw diensten is niet via een eenvoudig rekenmodel te bepalen. De prijs hangt af van wat uw organisatie wil zijn, van de eigenschappen

FIGUUR 1: Relatie tussen de hoogte van de prijs en de verkochte hoeveelheid



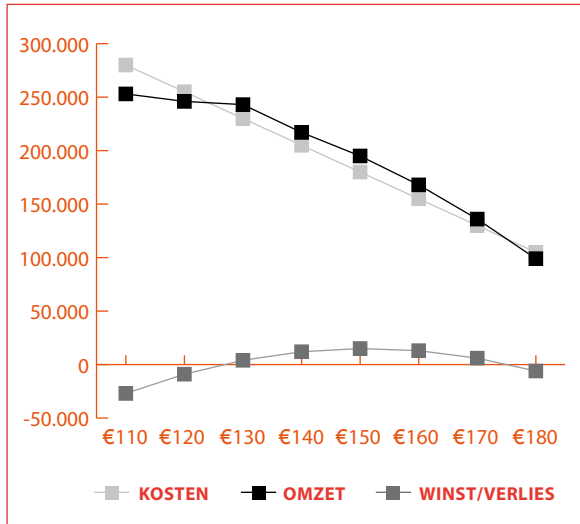
van uw dienstverlening, van de middelen waarover u beschikt, van uw concurrentiepositie, et cetera. U moet hierbij de volgende stappen doorlopen:

1. Bepaal de kostprijs, met onderscheid in de vaste en variabele kosten en in directe en indirecte kosten. Daarmee brengt u in beeld in hoeverre een grotere productieomvang leidt tot een lagere kostprijs. Vergeet de investeringen niet!
2. Doe markt- en behoefteonderzoek. Hoe groot is de markt? Een grotere markt geeft meer kans op schaalvoordelen en een lagere kostprijs. Welke meerwaarde heeft het product voor de klant en waarvoor is deze bereid meer te betalen? Bereken bijvoorbeeld welke kostenbesparingen de verzekeraar kan realiseren met uw product, of welke servicevoordelen voor zijn verzekerden.

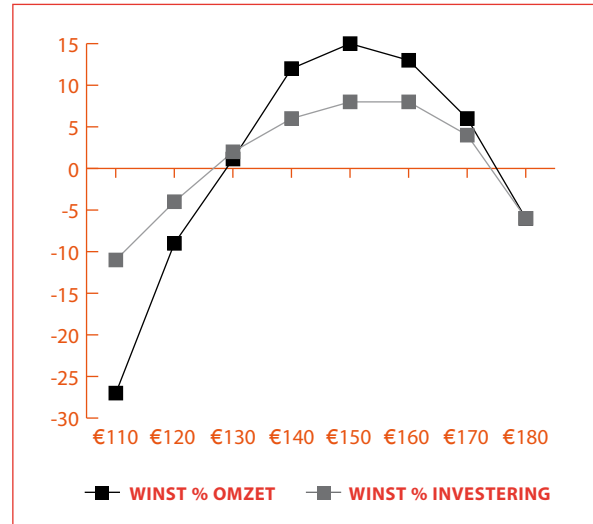
Met het behoefteonderzoek kunt u een scenario opstellen voor de relatie tussen de prijs en het aantal verkochte producten (zie figuur 1).

3. Bouw uw *businesscase*: bepaal de verwachte winst, de winst - *return on investment*- en de lange termijn exploitatie. Hou daarbij rekening met scenario's voor de vraagontwikkeling - via marktonderzoek -, de kostenontwikkeling én de prijs. Bij welk volume speelt u quitte (zie figuur 2) en is dat aantal haalbaar gezien uw marktanalyse? Ongetwijfeld kunt u kiezen tussen verschillende investeringsplannen: met welk plan realiseert u het hoogste rendement, hoe lang duurt het voordat u uw investering heeft terugverdiend (zie figuur 3)? Met deze aanpak bepaalt u uw perfecte prijs.

FIGUUR 2: Relatie tussen de hoogte van de prijs en de omzet, kosten en winst



FIGUUR 3: Relatie tussen de hoogte van de prijs en het rendement



GEEN FUSIE, MAAR FRANCHISE



5. GEEN FUSIE, MAAR FRANCHISE

Uw product of dienst staat als een huis. De kwaliteit van uw zorg- en dienstverlening is bovengemiddeld, in uw organisatie is veel expertise opgebouwd en u heeft mogelijkheden om te investeren. Natuurlijk wilt u dat meer klanten hiervan gebruik kunnen maken. Helaas is verdere groei binnen uw regio beperkt. U bent al verreweg de grootste speler in de regio, en de markt groeit maar beperkt. Daarnaast zijn de verzekeraars onwillig. Wel ziet u in andere regio's interessante groeimogelijkheden.

32

U kunt natuurlijk fuseren en uw dienst delen met een voormalige concurrent. Profiteren uw klanten daarvan? Houdt u daarmee de kwaliteiten van uw organisatie op orde? Leidt dat tot voldoende beweging of juist tot een periode van stilstand?

De voordelen van franchise

U kunt ook in zee gaan met een aantal franchise-nemers met een hart voor de zorg. Deze zorgondernemers beschikken over kennis van de lokale markt en hebben een regionaal netwerk. Zij zetten een nieuwe organisatie op in een andere regio volgens de principes van uw product en met gebruikmaking van de ondernemerskansen die zij ruiken. Daardoor kunnen meer klanten uw product gebruiken zonder dat de schaal van uw organisatie - *span of control* -

fundamenteel toeneemt. De franchisenemer zorgt zelf voor een startkapitaal.

Op uw beurt voorziet u deze franchisenemers van een manier van werken, waarvan u allang de kwaliteit heeft bewezen. U organiseert alle *backoffice* activiteiten, zoals de financiën, administratie, marketing en communicatie, vastgoed, personeelsbeleid. Want daar is uw organisatie goed in. Natuurlijk houdt u een vinger aan de pols waar het gaat om kwaliteit van zorg, bejegening en ook de uitstraling van het pand, bijvoorbeeld door *mystery guests*, klanttevredenheidmetingen en trainingen. Eventueel koopt of huurt u een geschikte locatie voor uw franchisenemer. U ontvangt maandelijks een bepaald bedrag voor de ondersteuning die uw organisatie biedt.

Voordelen voor de franchisegever

1. Gebruik maken van lokaal ondernemerschap i.p.v. een 'filiaalhouder'
2. Kwaliteiten van de organisatie (product, know how) met beperkte investering toch grootschalig in de markt zetten
3. Eenvoudige aansturing i.p.v. uitgebreid filiaalsysteem

Voordelen voor de franchise~~ner~~mer

1. Grotere kans van slagen en betere resultaten dan als zelfstandig ondernemer
2. Gebruik maken van een bewezen concept en een sterk merk
3. Doen waar je goed in bent en wat je leuk vindt
4. Geen grote investeringen

Franchisegevers in de Nederlandse zorg

In Nederland zijn er, voor zover ons bekend, acht organisaties die een franchiseformule aanbieden.

Vier daarvan behoren tot één organisatie:

1. de Drie Notenboomen, met de Thomashuizen - 54 kleinschalige woonvoorzieningen voor zes à acht mensen met een verstandelijke beperking -, Zuster Floor met één locatie, de Herbergier met drie locaties en Impresario met twee vestigingen;
2. Corona Wonen met vooralsnog één locatie;
3. Indigo, dat in gebruik is bij 450 huisartsen;
4. PsyQ met 19 vestigingen;
5. Mentaal beter Cure met 18 praktijken;

6. het Oogzorgnetwerk, bestaande uit enkele franchiseemers;
7. Onze Saar Thuiszorg, dat actief is in vier gemeenten;
8. Symphony Gezondheidscentra met drie centra.

Franchiseformules geven goede resultaten

Startende franchiseondernemers gaan volgens onderzoek van de Kamer van Koophandel minder vaak failliet dan ondernemers die compleet zelfstandig beginnen. Uit ander onderzoek blijkt dat franchiseondernemers een slagingskans hebben van 90 procent. Ook realiseren ondernemers in franchiseverband gemiddeld betere resultaten dan niet-samenwerkende zelfstandige ondernemers. Het aantal franchisevestigingen is in 25 jaar tijd zes maal zo groot geworden. In 2005 waren er in Nederland naar schatting bijna 500 franchiseorganisaties actief. Hierbij waren in totaal 21.400 zelfstandige franchisevestigingen aangesloten. Vooral in de zakelijke dienstverlening is momenteel een forse groei zichtbaar. Uit publicaties blijkt dat ook de komende jaren een voortgaande groei wordt verwacht, zowel wat betreft het aantal franchisegevers als het aantal vestigingen.

Bedrijf	Franchise vestigingen	Totaal vestigingen
Albert Heijn	201	ruim 750
Blokker	119	588
Hema	136	401
Bruna	341	371
McDonald's	225	243
Bakker Bart	185	187
Monuta uitvaart	18	158

Maar ze kunnen ook failliet

Mislukte franchises in de zorg zijn ook bekend. Zo is Kraamzorg Nederland, dat in 2004 veertig vestigingen had, failliet gegaan in 2005. Thuis Amsterdam was een organisatie voor zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers) in de thuiszorg. Hun activiteiten zijn door financiële problemen bij de moederorganisatie Amsterdam Thuiszorg in 2007 stopgezet. En begin 2008 ging Zuster Anne, een samenwerkingsverband van 35 kleinere thuiszorginstellingen, failliet.

Valkuilen voor franchiseformules

Om een franchiseformule in de Nederlandse 'zorgmarkt' te zetten moet u wel een aantal hindernissen nemen. Neem bijvoorbeeld de grote vrijheid van de zorgprofessional: dat past niet bij een franchisecultuur, met haar focus op klantgerichtheid, strakke afspraken en kostenefficiënt werken. Daarnaast willen maar weinig zorgaanbieders een franchise 'nemen', omdat ze bang zijn de eigen identiteit te verliezen aan de franchisegever. Verder maken zorgorganisaties en zorgverzekeraars op regionaal niveau productieafspraken, wat niet past bij een landelijk werkende franchisegever. En tenslotte is het ondernemerschap in de zorg nog steeds niet voldoende: vind maar eens een franchisenemer die de zorg kent en zich realiseert, dat verlies van klanten, reputatie of markt leidt tot verlies van inkomen en baan.

Drie tips voor het ontwikkelen van een franchiseformule

Een franchiseformule is vaak gebaseerd op een uniek product of productieproces zoals Bakker Bart of McDonald's. In de zorg zijn er niet veel unieke producten of productieprocessen. Daardoor is een formule eenvoudig te kopiëren en is het lastig om onderscheidend vermogen te creëren. Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld behandelingen waarvoor veel kennis en ervaring noodzakelijk is en gewerkt moet worden volgens evidence based protocollen zoals bij PsyQ, of die veel investeringen in technologie vragen. Daarom ligt het voor de hand dat gespecialiseerde onderdelen van ziekenhuizen zich op termijn afscheiden in een franchiseformule, bijvoorbeeld Bariatrie, maar ook de CSA of Dialyse.

Andere franchiseformules zoals Albert Heijn of Blokker steunen op een sterk merk en een stevige reputatie. Ook in de zorg kennen we dergelijke merken, bijvoorbeeld de Maartenskliniek in Nijmegen of Stichting Humanitas Rotterdam. Zij zouden als franchise niet misstaan in andere regio's.

Het ontwikkelen van een franchiseformule is niet eenvoudig. Vandaar de volgende tips:

1. Bepaal allereerst de inhoud van uw franchise: gaat het om een unieke werkwijze, een sterk merk, een onderscheidend product? Is hier geen sprake van, dan maakt u als franchisegever weinig kans.
2. Zorg dat uw unieke franchiseformule dermate ontwikkeld is, dat uw franchisenemers deze zondermeer kunnen inzetten. Leg afspraken over de manier van werken, de aankleding van de locatie, PR&communicatie, de bereikbaarheid, het opleiden van medewerkers, de bejegening

et cetera vast. Zorg ervoor dat die afspraken dermate hard zijn dat de kernkwaliteit van de franchise niet kan verwateren. Controleer als franchisegever regelmatig op omzet, kwaliteit, tevredenheid en lokale reputatie.

3. Bescherm de formule zodanig dat andere partijen deze niet zomaar kunnen kopiëren. Het mag bijvoorbeeld niet zo zijn dat uw franchisenemers na afloop van het contract voor zichzelf kunnen beginnen met úw formule. Die bescherming moet niet alleen een juridische vorm krijgen, maar ook een inhoudelijke. Denk aan het continu verbeteren van de werkwijzen, kennis, bejegening en cultuur door middel van het werven en opleiden van medewerkers. Denk ook aan technische ondersteuning in de vorm van software, gebouwen en apparatuur. En werk ook aan het sterke merk door middel van marketing en communicatie (zie daarvoor ook hoofdstuk 9 over merkenstrategie).

Beschikt uw organisatie over een uniek product of productieproces en is ook het merk vrij sterk? Overweeg dan eens een franchise uit te geven in plaats van te fuseren. Is het omgekeerde het geval en heeft een andere organisatie dat sterke product en merk, wordt dan franchisenemer in plaats van overgenomen te worden.



DE COMMUNICATIEVE BESTUURDER IN CRISISTIJD



6. DE COMMUNICATIEVE BESTUURDER IN CRISISTIJD

Als u gaat ondernemen in de zorg, dan is de reputatie van uw organisatie het fundament waar u op staat. Een goede reputatie is één van de meest waardevolle bezittingen van een zorgorganisatie. Zonder goede reputatie, geen vertrouwen. Zonder vertrouwen, geen klanten. Maar reputatie komt te voet en gaat te paard. Wanneer slaat het paard op hol? En zien we vervolgens een goede reputatie achter de horizon verdwijnen?

38

Het begint vaak met een incident. Daarop volgt een crisis die leidt tot reputatieverlies. Hoe blijft u als zorgbestuurder die eindverantwoordelijk is voor de reputatie communicatief overeind in een crisis? Wat betekent een crisis voor de positie en geloofwaardigheid van uw organisatie en van uzelf? Wat kunt u beter wel en beter niet doen?

Van incident naar crisis

Een zware financiële tegenvaller, zieke cliënten door het falen van hygiëne, kwaliteitsverlies door nijpend personeelstekort, een patiëntenstop; een incident is altijd de aanleiding voor een crisis, maar in de meeste gevallen is het daarvan niet de oorzaak. Een crisis ontstaat pas wanneer de opwinding over het incident escaleert. Dan komt het vertrouwen in het handelen van de zorgorganisatie in het geding. We zien drie escalatietreden:

Escalatie, eerste trede: Bijkomende zaken worden in verband gebracht met het incident waar het om ging, bijvoorbeeld: de financiële positie van de zorgorganisatie in de afgelopen jaren, het vertrek van niet goed presterende managers en bestuurders met een vertrekvergoeding, een jarenlange slechte verhouding tussen bestuurder en zorgprofessionals. Een crisis kan een veelkoppig monster zijn.

Escalatie, tweede trede: Verschillende - interne en externe - belangengroepen gaan zich mengen in het gesprek over het incident en de 'bijkomende zaken': patiënten- en consumentenorganisaties, vakbonden, gemeenten, de provincie.

Escalatie, derde trede: De pers gaat over de crisis berichten en de media gaan elkaar versterken, liefst met het weergeven van de meningen van vele

Crisis is een gegeven

Het gaat er bij de communicatie in crisistijd niet om de werkelijkheid geweld aan te doen, wel om via goede communicatieve maatregelen de ongewenste gevolgen van de crisis voor de reputatie van de organisatie en de bestuurder te beperken. Een goed crisiscommunicatieplan beschouwt de crisis als een gegeven en heeft verregaande transparantie over de crisis als uitgangspunt.

belanghebbenden. Uw positie en geloofwaardigheid zijn vanaf de eerste minuut in het geding. Menig bestuurder binnen en buiten de zorg is na de derde escalatietrede gesneuveld.

Wees erop bedacht

De voorbereiding van een crisissituatie is lastig als er nog geen wolkje aan de hemel is. Dan ontbreekt het gevoel van urgentie. Toch verzucht bijna iedere zorgorganisatie in tijden van crisis: 'hadden we ons maar beter geprepareerd.' Want:

- ✓ waar is die lijst met belangrijke media en e-mailadressen van belanghebbenden en samenwerkingspartners?
- ✓ waarom is het alweer bijna twee jaar geleden dat ik de burgemeester van mijn gemeente of de gedeputeerde sprak?
- ✓ waar is al die historische informatie in onze organisatie gebleven, als een journalist ze met één druk op de knop of greep in de dossierkast te pakken heeft?

Als bestuurder is het zaak om ervoor te zorgen dat alles is voorbereid op een crisis. Op het moment dat de crisis uitbreekt wilt u uw handen vrij hebben voor de inhoud van de boodschappen en zich niet bezighouden met of ergeren aan een incomplete voorbereiding. Van die voorbereiding heeft een bestuurder vooral voordeel in het *Golden Hour*, de eerste uren van een crisis, met name op het cruciale en stressvolle ogenblik dat alle communicatie in gang wordt gezet.

Waar moet u als eindverantwoordelijke bij die voorbereiding aan denken?

1. Zorg dat u het krachtenveld rond uw organisatie goed kent, en sterker nog: dat u permanent de **relatie** onderhoudt **met de belangrijkste stakeholders**, ook met het publiek bestuur - burgemeester, wethouder en ambtelijke top, gedeputeerde en waar nodig ministerie. In een crisis zijn vertrouwen en geloofwaardigheid onmiddellijk in het geding. Zonder een bestaande goede relatie verliezen de stakeholders het vertrouwen gemakkelijk.
2. Zet u persoonlijk in voor een **crisiscommunicatieplan** dat onderdeel uitmaakt van het bredere crisisplan. Cruciale elementen van het crisiscommunicatieplan zijn: organisatie van de communicatie, interne communicatie, voorlichting van patiënten of cliënten en het publiek, en contacten met de media. En regel ook de afronding van de crisis, met interne en externe 'nazorg': dank aan betrokkenen, informeren van relevante doelgroepen en evaluatie.

Tip: heb u **Google Alerts** al ingeschakeld? Wees de eerste die het weet als er iets over uw organisatie op Internet wordt gepubliceerd. Geef uw trefwoord op bij Google en u krijgt per e-mail onmiddellijk een bericht als er informatie op internet wordt geplaatst met de naam van uw organisatie erin.

3. **Oefen.** Dat gebeurt in zorgorganisaties helaas nog veel te weinig. Simuleer een crisis en kijk of alles werkt volgens het boekje. Oefenen is de enige manier om fouten uit het proces te krijgen.

Vertrouwen terugwinnen

Na de eerste analyse van de crisis, - 'wat is er aan de hand?'- moet de bestuurder zo snel mogelijk overschakelen op de vraag 'wat staat er op het spel?' Van u als bestuurder mag verwacht worden dat u ook over de crisis heen kijkt naar behoud en herstel van de reputatie van uw organisatie en de continuïteit van de zorg- en dienstverlening. In de meeste crisissen in de gezondheidszorg gaat het om het vertrouwen in kwalitatief goede zorg en de geloofwaardigheid van de bestuurder.

Waardoor er tegenwoordig sneller een crisis ontstaat

Waarom is er in de afgelopen jaren zoveel aandacht voor zaken die 'misgaan' in de gezondheidszorg? Dat heeft drie oorzaken die hoog op de lijst van trends in de huidige samenleving staan:

1. De prioriteit die burgers, overheid en media geven aan het maximaliseren van de **veiligheid**. De samenleving lijkt steeds angstiger geworden. Alles wat de veiligheid in het gedrang brengt of dreigt te brengen kan – tijdelijk - in het middelpunt van de maatschappelijke belangstelling komen te staan. Voorbeelden: voedselveiligheid, kans op besmettingen, werken volgens protocollen of niet, maar ook de bouwkundige veiligheid van gebouwen.
2. De roep om maximale **transparantie**. De digitalisering zorgt ervoor dat informatie bekend wordt met de snelheid van het licht. Dat leidt tot een gerechtvaardigde, en steeds verdergaande druk op maximale openheid van de zorgorganisatie.
3. De sterker wordende vraag om directe **sancties tegen verantwoordelijken**. Bestuurders en managers hebben weinig manoeuvreerruimte in tijden van crisis omdat elke uitspraak of handeling de crisis kan versterken.

Het gaat om de perceptie van de buitenwereld

De crux van communicatie tijdens een crisis is de perceptie van uw verschillende doelgroepen vertalen naar een communicatiestrategie. Deze perceptie wijkt vrijwel altijd af van de zienswijze van u en van andere direct betrokkenen binnen de organisatie.

Een voorbeeld. Binnen de forensische psychiatrie en in het bijzonder in de tbs-klinieken is iedereen overtuigd van het goede werk dat daar verricht wordt. Dat zien zij dagelijks aan de vooruitgang die vele patiënten boeken en het terugbrengen van recidive met een factor 4 ten opzichte van de reguliere gevangenis. En toch is elk incident op dit moment aanleiding tot enorme politieke en publieke verontwaardiging. Crisiscommunicatie vertrekt daarom vooral vanuit de vraag 'hoe wordt dit in de buitenwereld ervaren en ontvangen?' en niet vanuit het idee 'ja maar, we doen het toch goed!'

Ander voorbeeld: in de AWBZ-sector zijn de meeste organisaties ervan overtuigd dat zij het maximale halen uit het beschikbare budget en dat zij het daarmee goed doen. Burgers, enkele politieke partijen en veel media zien dat anders. Volgens hen springen de organisaties slordig om met gemeenschapsgeld omdat zij 'veel te veel managers in dienst hebben' en 'om de haverklap niet functionerende managers en bestuurders met veel geld laten vertrekken'. Elk incident in zo'n omgeving van tegengestelde meningen is een potentiële crisis.

Crisisbeheersing: het managen van percepties

De grootste fout die u kunt maken is het negeren of kleineren van de perceptie van de spelers in de binnen- en buitenwereld. Als mensen bang zijn, dan moeten de boodschappen die u uitstuurt starten met begrip voor hun angst, voordat u ingaat op het werkelijke risico. Als mensen twijfelen aan de betrouwbaarheid van uw organisatie, dan starten uw boodschappen met begrip voor hun twijfel, voordat u gaat uitleggen dat u maatregelen neemt om het vertrouwen terug te winnen.

Als u uitgaat van de vraag wat er op het spel staat en welke handelwijze van de bestuurder daarbij hoort, dan kan het volgende u van pas komen bij het toetsen van uw communicatief handelen, maar ook concreet bij het formuleren van uw boodschap:

- ✓ **Begrip** tonen: laat zien dat u begrijpt hoe de binnen- en de buitenwereld de ontstane situatie ervaart;
- ✓ **Norm** aangeven: hoe ziet u de ontstane situatie, wat is volgens u acceptabel en wat niet?
- ✓ De **feiten** weergeven: wat is er daadwerkelijk aan de hand?
- ✓ De **maatregelen** uitleggen: wat bent u aan het doen om de crisis het hoofd te bieden en herhaling te voorkomen?

Lees de krant, kijk naar de televisie en zie hoe vaak de eerste twee stappen worden overgeslagen.

ALLOCHTONENMARKETING: ZIN OF ONZIN?



7. ALLOCHTONENMARKETING: ZIN OF ONZIN?

De Nederlandse bevolking bestaat voor circa 20 procent uit allochtonen. Dat aandeel is groeiende. In sommige grote steden bestaat de bevolking al voor de helft uit allochtonen. Opvallend vaak komen we zorgorganisaties tegen die 'iets willen met de allochtonenmarkt', vooral in de grotere steden. Allochtonen zijn ondervertegenwoordigd in hun klantenbestand en onder hun medewerkers. Ze willen groeien door de allochtonenmarkt aan te boren. Dus worden projecten opgestart. Helaas valt het succes vaak tegen.

44

De pot met goud

Sommige zorgorganisaties steken veel energie in allochtonenmarketing, terwijl de stroom nieuwe klanten of medewerkers uit kringen van allochtone Nederlanders beperkt blijft. Hoe kan dat? Is de allochtonenmarkt in werkelijkheid niet de gedroomde de pot met goud? Zijn de projecten verkeerd opgezet? Waarschijnlijk moeten allebei de vragen met 'ja' beantwoord worden. In dit hoofdstuk gaan we in op de marketing voor de allochtone zorgvrager. In het volgende hoofdstuk komt de allochtone medewerker aan bod.

De allochtoon bestaat niet

De groep allochtonen in Nederland is verre van homogeen, want ze omvat bijna 200 verschillende nationaliteiten. De Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en de Chinezen zijn de grootste groepen, maar ook deze

groepen zijn niet homogeen te noemen. Onder Surinamers bijvoorbeeld vinden we zowel Afro-Surinamers, als Hindoestanen, Javanen, Chinezen en Indianen. Iedere subgroep heeft voor een deel een eigen cultuur. De culturele verschillen tussen allochtone bevolkingsgroepen zijn minstens zo groot als tussen allochtonen en autochtonen. En om het nog ingewikkelder te maken spelen de verschillen tussen de generaties ook nog een rol. De generatie die in Nederland is geboren, opgegroeid en opgeleid staat weer anders in het leven dan haar ouders. Hun cultuur bevat veel meer Nederlandse elementen. Daarmee is de grote allochtone doelgroep versplinterd in vele subculturele groepen. Marketing die exclusief gericht is op zo'n specifieke doelgroep heeft weinig zin, tenzij de organisatie een nichespeler wil zijn. Des te meer zin heeft interculturele marketing: marketing voor een diversiteit aan culturele doelgroepen.

Interculturele marketing: een kwestie van insluiting

In de Verenigde Staten plegen organisaties economisch zelfmoord als ze geen rekening houden met culturele diversiteit. Organisaties die dat wel doen, trekken beduidend meer klanten uit etnische doelgroepen dan anderen. Het is daarbij de kunst om etnische doelgroepen aan te trekken, zonder andere etnische doelgroepen af te stoten. Het omarmen van meer, onderling verschillende etnische doelgroepen wordt 'inclusie' of 'insluiting' genoemd. Bij inclusie wordt de marketingmix zodanig ontwikkeld dat rekening wordt gehouden met de verschillen in behoeften tussen culturele groepen. Tot het aanbod en de benadering kunnen mensen met verschillende culturele achtergronden zich aangetrokken voelen. Ze ervaren dat het aanbod expliciet ook op hen is gericht, dat ze niet worden buitengesloten maar worden erkend als doelgroep van de aanbieder. Zorgorganisaties die zich op diverse culturele doelgroepen tegelijk richten en inclusie nastreven, zullen hun marketingmix intercultureel moeten maken. Voor bepaalde zorgdiensten is dat redelijk eenvoudig. Voor andere diensten vraagt het veel meer inspanning om het aanbod goed toe te snijden op de culturele verschillen tussen doelgroepen.

Hoe ver moet je gaan?

Brancheorganisatie Actiz definieert interculturalisatie als 'het proces waarin een organisatie haar zorg- en dienstverlening afstemt op de culturele diversiteit van haar klanten en medewerkers'. Maar wat moet een organisatie daar voor doen? Hoe ver moet u gaan om zorg- en dienstverlening te interculturaliseren?

Ontwikkelt u een ander product? Zorgt u voor een andere vorm van communicatie? Kiest u een andere prijs of locatie? Neemt u ander personeel aan? Gaat u over op een andere structuur, cultuur en stijl van leidinggeven? Dat hangt van uw situatie af. Zo hebben zorgorganisaties in Rotterdam meer culturele diversiteit onder hun klanten dan hun collega's op Texel. Maar niet alleen het adherentiegebied bepaalt in hoeverre uw zorgorganisatie rekening zou moeten houden met interculturele verschillen, ook de aard van de zorgdienst speelt een rol:

- ✓ Als het om kraamzorg gaat, hebben de meeste allochtone vrouwen geen andere behoeften dan hun autochtone zusters. Inclusie is dan eenvoudig te bereiken door ook niet-blanke modellen te gebruiken in het foldermateriaal.
- ✓ De zorg voor ouderen is in veel culturen een familieplicht. Familieparticipatie moet dus een structurele plaats krijgen in de organisatie van een verpleeghuis voor verschillende culturen. Daarnaast zijn eten en drinken, feesten en rituelen, levensbeschouwing en religie, gemeenschappelijkheid en privacy belangrijke aspecten in het leven van ouderen. Het interculturele verpleeghuis zal daarop een rijke variëteit aan keuzemogelijkheden en voorzieningen moeten creëren. En dan hebben we het nog niet gehad over specifieke gezondheidsproblemen en opvattingen over wat goede zorg en behandeling is in bepaalde culturen. Daar zal de verpleeghuisarts op ingespeeld moeten zijn.
- ✓ Op geestelijke ongezondheid ligt in bepaalde culturen een taboe. Een ggz-aanbieder zal ver moeten gaan om mensen uit die doelgroepen

binnen te krijgen. De ontwikkeling van een discreet, vertrouwelijk gegarandeerd e-mental health aanbod via internet is dan een mogelijkheid.

Het adherentiegebied en de aard van de zorgdienst bepalen hoe ver een zorgorganisatie moet gaan om allochtone doelgroepen te includeren. Met toegespitst marktonderzoek ontdekt u de culturele verschillen waarmee u in de marketingmix en uw organisatie rekening moet houden.

Op zoek naar de relevante verschillen

Over de behoeften van allochtone doelgroepen op het gebied van de zorg is nog weinig bruikbare informatie bekend. Zorgorganisaties die meer allochtone doelgroepen willen trekken, zullen zelf op onderzoek uit moeten. Eerst zullen ze de omvang en samenstelling van de allochtone bevolking in het adherentiegebied moeten analyseren. Vervolgens zullen ze via buurthuis of gebedshuis gesprekken met vertegenwoordigers van culturele groepen moeten regelen. Samenwerking met belangenorganisaties kan van grote waarde zijn. Maar pas op dat u niet afhankelijk wordt van belangenbehartigers. Zelf in dialoog gaan met potentiële klanten om hun behoeften in kaart te brengen, is uiteindelijk de beste vorm van marktonderzoek. Betrek daar ook de familie van die mensen bij. In niet-westerse culturen is de verantwoordelijkheid van het familieverband vaak vele malen groter dan in onze geïndividualiseerde Nederlandse cultuur, zeker op het gebied van zorg. De dialoog zal uitgebreid en blijvend moeten zijn. Een keten van gesprekken is nodig om vertrouwen

te wekken in de goede bedoelingen van de zorgaanbieder, op zoek te gaan naar de behoeften van de potentiële klanten en vervolgens gezamenlijk te denken over de passende marketingmix. De potentiële klant en zijn familie zijn te beschouwen als medeontwikkelaar van het zorgaanbod.



Cultuursensitiviteit als summum van vraaggericht werken

Het begint met bewustzijn. Een zorgorganisatie die mensen met een allochtone achtergrond meer en beter wil bedienen, moet zich eerst bewust zijn van mogelijke culturele verschillen en de betekenis daarvan voor de eigen bedrijfsvoering. Dan komt de wens om bekwaam te worden in het opsporen van de cruciale verschillen en in de vertaling daarvan in een interculturele marketingmix.

Dat vraagt om competentieontwikkeling, een leer- en verandertraject. Dat proces begint in de top van uw organisatie. Het management speelt er een cruciale rol in, maar het is volkomen zinloos als er niet gewerkt wordt aan de competenties van de medewerkers die de zorg verlenen. Dit alles gebeurt in voortdurende, soms ronduit ingewikkelde dialoog met klanten en hun familie. Het laat zich raden dat we een projectaanpak adviseren om de eerste stappen te zetten.

Wat is het rendement van deze investering? Het lonkend perspectief bestaat uit meer tevreden klanten met een allochtone achtergrond en competente medewerkers met veel verschillende achtergronden. Maar daar blijft het niet bij. Cultuursensitief werken, zoeken naar behoeften en deze in samenspraak vertalen naar een aanbod, is in wezen vraaggericht werken volgens het boekje. Cultuursensitieve zorgorganisaties zijn veel beter in vraaggericht werken en hebben daardoor ook meer tevreden klanten uit de autochtone hoek.

Stap voor stap naar interculturele marketing in de praktijk

1. Initiatief (mede) door Raad van Bestuur
2. Demografische analyse adherentiegebied
3. Demografische analyse huidige klantenbestand
4. Interne dialoog over ervaringen van interculturele verschillen en reflectie over de betekenis daarvan op de eigen organisatie
5. Kiezen van pilot dienst-marktcombinatie
6. Start dialoog met potentiële klanten en hun familie
7. Ontwikkelen interculturele marketingmix voor pilot dienst-marktcombinatie
8. Trainen management en medewerkers in competenties nodig voor cultuursensitiviteit
9. Eerste realisatie ontwikkelde marketingmix, continue dialoog tussen zorg- en dienstverleners, klanten, hun familie
10. Oplossen praktische en principiële problemen
11. Evaluatie pilotproject, lessen trekken voor de gehele organisatie
12. Evaluatie en doorontwikkeling marketingmix pilot dienst- marktcombinatie

A group of 3D rendered human figures, mostly white and one red, standing in a line. The figures are stylized and lack facial features. The red figure is on the right side of the frame, while the others are white. The background is a plain, light color.

MAAK MET ARBEIDSMARKETING EEN
AANTREKKELIJKE ORGANISATIE



8. MAAK MET ARBEIDSMARKETING EEN AANTREKKELIJKE ORGANISATIE

Ontgroening en vergrijzing, twee begrippen die als Bassie & Adriaan steevast in één adem genoemd worden. Tenminste als het over de markt voor zorgpersoneel gaat. Vergrijzing & ontgroening vormen helaas een verre van komisch duo. De zorgvraag wordt alsmaar groter. Het aantal mensen dat zorg kan of wil verlenen wordt alsmaar kleiner. De spanning tussen vraag en aanbod loopt op.

50

Wie de mensen heeft, heeft de markt

Open deur 1: Als we niks doen knalt het systeem uit elkaar.

Open deur 2: De knelpunten vragen om een landelijke aanpak.

Open deur 3: Daar kan de individuele zorgorganisatie niet op wachten, want de spanning is nu al pijnlijk voelbaar.

Dus moet u nu nadenken over manieren om meer zorg te leveren met minder mensen. Tegelijkertijd moet u een slimme manier vinden om uw organisatie aantrekkelijk te maken voor (nieuwe én huidige) werknemers. Want wie de mensen heeft, heeft de zorgmarkt. Hoe kunt u met de gereedschapskist van de marketing meer mensen op de arbeidsmarkt aantrekken en tegelijk de mensen die al bij uw organisatie werken binnenhouden?

Van aanbodoriëntatie naar vraagoriëntatie

Marketing begint met het opsporen van behoeften en ontwikkelt vervolgens een onderscheidend aanbod dat geënt is op die behoeften. Marketing betekent dus oriëntatie op de vraag.

Weet u voldoende over de behoeften van uw potentiële medewerkers? Speelt uw organisatie in op die behoeften? Ervaren de mensen die al bij uw organisatie in dienst zijn dat ook zo? En is dat onderscheidend ten opzichte van de werkgevers die met u concurreren om de gunst van medewerkers? Weinig organisaties kunnen naar eer en geweten op al deze vragen 'ja' antwoorden. Nog minder organisaties kunnen dat antwoord met bewijzen staven. Als het om de arbeidsmarkt en hun eigen medewerkers gaat, hebben de meeste werkgevers nog teveel een aanbodoriëntatie.

Wat wil de medewerker?

Een vrije interpretatie van de bekende behoeften-pyramide van Maslow biedt een kapstok voor het categoriseren van de behoeften van de werkende mens. Mensen werken om:

- ✓ Inkomen te genereren
- ✓ Daarbij een bepaalde mate van zekerheid en gemak te ervaren
- ✓ Bij een groep te horen
- ✓ Erkenning en waardering te krijgen
- ✓ Zichzelf te ontplooien

Hoewel vrijwel iedere medewerker bovenstaande behoeften heeft, hoeven niet al die behoeften even zwaar te wegen. Voor sommige groepen medewerkers is het horen bij een groep veel belangrijker dan zelfontplooiing. Andere groepen kiezen juist voor de organisatie waar ze de meeste erkenning en waardering denken te krijgen. Kenmerken zoals leeftijd, opleiding, gezinssituatie en culturele achtergrond beïnvloeden welke behoeften in de reeks dominant zijn.

Arbeidsvoorwaarden zijn een hygiënische factor

Met de geboden arbeidsvoorwaarden speelt een werkgever in op de eerste twee behoeften: inkomen en zekerheid en gemak. Slechts voor een beperkt deel van de beroepsbevolking zijn de arbeidsvoorwaarden doorslaggevend. Medewerkers die 'alleen voor het geld' komen, zijn niet blijvend te motiveren. Zodra een andere werkgever meer biedt, vertrekken ze. Zeker in de zorg, met zijn centraal geregelde primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, kan een werkgever zich nauwelijks onderscheiden op dit aspect.

Wel kan de werkgever sterker inspelen op de behoefte aan zekerheid en gemak. Flexibele arbeidstijden zijn voor medewerkers met schoolgaande kinderen vaak van doorslaggevend belang, net als een beperkte reistijd. Echter alle zorgorganisaties bieden flexibele werktijden en er liggen vrijwel altijd verschillende zorginstellingen binnen redelijke reisafstand. Arbeidsvoorwaarden zijn door dit alles een soort 'hygiënische factor' geworden: de normen liggen vast en een zorgorganisatie kan zich er niet positief mee onderscheiden, wel negatief.

Onderscheidend aantrekkelijk zijn

Aantrekkelijke organisaties onderscheiden zich doordat zij beter dan andere werkgevers inspelen op de behoeften van medewerkers om bij een groep te horen, erkenning en waardering te krijgen en zichzelf te ontplooien. Dit is niet makkelijk te realiseren. Het raakt vrijwel alle aspecten van de organisatie, van strategie tot cultuur, van managementstijl tot ondersteunende systemen.

Een organisatie waar mensen bij willen horen:

- ✓ heeft een aansprekende missie en uitdagende strategie
- ✓ heeft een bijpassende, onderscheidende externe uitstraling en congruente interne cultuur
- ✓ bestaat uit overzichtelijke teams in de vorm van divisies, diensten, locaties of afdelingen waarin mensen elkaar kennen en zich met elkaar verbonden voelen.

Erkenning en waardering krijgen medewerkers als:

- ✓ hun team een herkenbare bijdrage levert aan herkenbare interne of externe klanten
- ✓ zij een herkenbare bijdrage leveren aan hun team
- ✓ er voor die bijdragen systematisch aandacht is van de klanten, collega's, de 'baas', maar ook in managementinformatie en rapportages
- ✓ de organisatie net zo goed voor hen zorgt als zij voor hun klanten zorgen.

Aantrekkelijke zelfontplooiing vereist:

- ✓ aandacht van de organisatie voor de persoonlijke waarden en doelstellingen van de individuele medewerker
- ✓ dat ontplooiing vertaald wordt in groei vanaf het eigen niveau van de medewerker (steeds iets meer kunnen)
- ✓ dat de direct leidinggevende gecommitteerd is aan het persoonlijk leertraject en dit met coaching en faciliteiten ondersteunt.

Segmenteren en positioneren op de arbeidsmarkt

Uw organisatie kiest de doelgroepen die zij als klant wil hebben en ontwikkelt voor hen een marketingmix. Op dezelfde manier kunt u de arbeidsmarkt segmenteren. Dat doet u natuurlijk al op de criteria opleiding en werkervaring. Wij pleiten er voor om daarnaast en daarbinnen te segmenteren op het belang van de eerder beschreven behoeften. Kies de segmenten waaruit u bij voorkeur medewerkers wilt halen en houden. Positioneer uw organisatie met een arbeidsmarketingmix die inspeelt op de dominante behoeften in deze segmenten. Een herkenbare

positionering is een eerste voorwaarde voor een aantrekkelijke organisatie. Zo zijn er ondernemingen die met een aanbod van 'up or out' of 'grow or go' expliciet appelleren aan de groep waarvoor zelfontplooiing een dominante behoefte is. McKinsey is daar een bekend voorbeeld van. Er bestaan legio organisaties die juist geen jobhoppers zoeken, maar mensen die zich voor langere tijd willen binden. Deze organisaties zullen zich positioneren op de behoefte 'erbij horen'. De politie, NS, KLM en Rabobank zijn hier voorbeelden van.

Overigens is er nog een complicerende factor. Binnen een organisatie van enige omvang bestaan meerdere functiegroepen. Het kan nodig zijn om te differentiëren in wat de organisatie de verschillende functiegroepen aanbiedt. Als een thuiszorgorganisatie huishoudelijke hulpen zoekt, is een aanbod gericht op zelfontplooiing minder voor de hand liggend. Heeft dezelfde organisatie dringend fris bloed nodig in haar contingent leidinggevend, dan valt een dergelijke voorstel wel te overwegen.

Het allochtonensegment

De samenstelling van het medewerkersbestand is bij de meeste zorgorganisaties nog geen spiegel van de samenstelling van de bevolking in het adherentiegebied. Allochtonen zijn getalsmatig ondervertegenwoordigd. Het aantrekken van meer allochtonen wordt gezien als één van de oplossingen voor personeelstekorten. Echter, dé allochtoon bestaat niet. De allochtone bevolking bestaat uit een scala aan culturele subsubgroepen, ieder met eigen waarden, normen en gebruiken.

Motivaction International deed uitgebreid onderzoek

naar de burgerschapsstijlen en waardenoriëntatie onder Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen in Nederland. Dit leidde tot een indeling in vijf segmenten, dwars door de etnische grenzen heen. Zo onderscheidt Motivaction onder andere de 'statusgerichte carrièremakers' van de 'moderne statuszoekers'. Mensen in het eerste segment willen presteren, carrière maken en in een hogere inkomensklasse komen. De moderne statuszoekers willen van hun werkgever vooral zekerheid en regelmaat. Ze hebben veel minder behoefte aan zelfontplooiing. Segmenteren op behoeften is dus belangrijk, ook als het gaat om het werven en behouden van medewerkers met een allochtone achtergrond. Maar daarmee is de kous nog niet af. Deze mensen binden zich alleen als zij zich thuis voelen in uw organisatie, als de samenwerkingsprocessen en vooral de managementstijl niet indruisen tegen hun waarden en normen. Om dit te bereiken zal uw organisatie cultuursensitief gemaakt moeten worden. Zie ook hoofdstuk 7.

P&O en marketing: een slimme symbiose

Is dit hoofdstuk een coup van de afdeling Marketing, een poging om de arbeidsmarkt te veroveren ten koste van P&O? Integendeel, de expertise van P&O is onmisbaar bij het bepalen en implementeren van de strategie gericht op het aantrekken en behouden van de juiste medewerkers. Het hele HRM- instrumentarium en alle gereedschappen voor organisatieontwikkeling zijn nodig om een organisatie aantrekkelijk te maken voor zittende en potentiële medewerkers. Wel kan marketing iets

toevoegen aan P&O. Laat marketing dus meehelpen bij het onderzoeken van de arbeidsmarkt. Gebruik de SWOT analyse – de 'job SWOT' - om uw positie als werkgever in beeld te brengen. Laat een marketeer meedenken over de arbeidsmarktstrategie en over de wijze waarop de propositie voor de externe en interne doelgroepen vorm kan krijgen. Stel concrete doelen voor het aantal nieuwe mensen dat u wilt aantrekken en ook voor het aantal mensen dat u wilt behouden. Wij pleiten voor een intensieve samenwerking tussen de disciplines P&O en marketing, met als lonkend perspectief een duurzaam aantrekkelijke organisatie.

**MERKENSTRATEGIE: ZEKERHEID BOUWEN
IN EEN TURBULENTE MARKT**



9. MERKENSTRATEGIE: ZEKERHEID BOUWEN IN EEN TURBULENTE MARKT

Een actuele vraag: hoe profileer ik mijn organisatie en de diensten die wij leveren zó, dat wij ons positief onderscheiden van anderen? De toenemende concurrentie maakt een opvallend en onderscheidend merk (of meer merken natuurlijk) ook in de zorg belangrijker dan ooit tevoren. Veel zorgorganisaties kunnen in de toekomst niet meer uit de voeten met hun organisatiename als enige merknaam. Andere organisaties komen door fusie of nauwe samenwerking voor de vraag te staan welke merken moeten blijven, welke verdwijnen en welke nieuwe merken er ontwikkeld moeten worden.

56

Merken hebben zich in de afgelopen decennia sterk ontwikkeld. Waren het eerder 'gewone handelsmerken', omdat een beestje een naam moet hebben, nu zien we overal om ons heen dat merken ook een belangrijke organiserende functie hebben.

Merk en koopbeslissing

Welke krant koopt u in de kiosk? Wat wordt uw volgende auto? Welke bank vertrouwt u uw geld toe? Vanuit de klant gezien zijn merken de kortste weg naar een (koop)beslissing zonder iedere keer alle voor- en nadelen van een keuze tegen elkaar te hoeven afwegen. Dit gaat met name op in markten waarin dienstverlening domineert, zoals de markt

van zorg en welzijn. Immers: een dienst kun je niet even uitproberen. Die wordt 'ingekocht' op het vertrouwen dat de dienstverlener uitstraalt.

Zorg loopt achter

Merkbewustzijn en de gerichte ontwikkeling van merkstrategieën loopt in de zorg enorm achter op wat je bijvoorbeeld in de dienstensector ziet. De belangrijkste factoren daarin zijn:

1. Zorgmerken zijn 'grijs'

Organisaties in de zorg hebben nog te weinig gedaan aan een onderscheidende positionering. Zelden maken zorgorganisaties elke dag weer

duidelijk waar zij voor staan. En dan bedoelen we niet in hun aanbod, maar in opbrengst voor de patiënt/cliënt. Omdat het menselijke brein uit zichzelf doorlopend aan het selecteren is, moet die positionering naar buiten worden gebracht met maximaal drie unieke en onderscheidende kenmerken. Zorgorganisaties die hier mee bezig zijn of op daar op korte termijn mee beginnen, creëren een enorme voorsprong op andere aanbieders.

2. Zorgmerken zijn 'overstretched'

Veel zorgorganisaties opereren onder een al jaren bestaande organisatiennaam. Zij bergen daarmee een te grote variëteit aan diensten in zich en richten zich op de meest uiteenlopende groepen potentiële patiënten of cliënten. Dat houdt geen merk op den duur vol. Het merk raakt 'overstretched' en heeft geen focus meer. Geen focus in een helder en samenhangend pakket aan diensten en producten. Geen focus in een welomschreven en herkenbare doelgroep. Noem dit maar 'het V&D-effect': wat kun je daar kopen? Ja, eigenlijk alles. Maar waar ga je er speciaal voor heen...? Als je goed oplet, zie je dat V&D zich momenteel ontwikkelt naar aanbieder van 'vloerruimte' voor internationaal bekende en aansprekende merken.

Op weg naar meer merken

Het uitgangspunt 'merknaam = organisatiennaam' is vooral geschikt voor de zorgorganisaties die een 'niche' bedienen. Zij brengen een behoorlijk homogeen aanbod naar een helder omkaderde

groep klanten. Dat geldt bijvoorbeeld voor de St. Maartenskliniek, het Oogziekenhuis Rotterdam, de Thomashuizen.

De vraag die elke zorgorganisatie zich dus moet stellen, is: vormen ons aanbod én onze cliënt-/patiëntgroepen een duidelijke eenheid, die met één merk bediend kunnen worden? Of zijn er onderdelen die beter onder een aparte merknaam naar de 'zorgmarkt' gebracht kunnen worden? Vooral bij nieuwe zelfstandige behandelcentra zien wij deze differentiatie in verschillende merken terug.

Hoe merken te organiseren?

'Eén organisatie, meer merken'. Dat is de toekomst die voor veel zorgorganisaties in het verschiet ligt. Dat past ook bij de veelgehoorde wens om grootschalig efficiënt te organiseren en kleinschalig herkenbare zorg te verlenen. Dat brengt ons op de twee vragen:

1. Hoe stellen wij ons merkportfolio (totaal van de merken die de organisatie voert) samen?

Centraal in het ideale merk staat coherentie. Alles moet met alles samenhangen. Het ideale merk richt zich met een onderling sterk samenhangend diensten- en productenpakket op een welomschreven en in de markt af te bakenen doelgroep. Zoals elk tijdschrift, elke autofabrikant en elke bank weet wat zijn lezers, rijders en rekeninghouders bezighoudt, zo zou dat ook voor het zorgmerk moeten gelden.

Voor de samenstelling van uw merkportfolio moet u in uw eigen organisatie dus op zoek naar de gebieden van coherentie. Grote verschillen tussen doelgroepen of tussen velden van dienstverlening

moeten bijna automatisch tot de overweging leiden om meer merken in het leven te roepen. U zult daarbij ook zien dat uw coherente merk vrij natuurlijk past bij één ideale marktstrategie. Het ene merk maakt topproducten of diensten, een ander merk streeft naar kostenleiderschap en een derde merk stelt alles in het werk om maatwerk voor de cliënt of patiënt te leveren.

2. Hoe gaan wij ons merkportfolio managen?

De meest geschikte vorm om uw diverse merken te managen is om ze te organiseren als een relatief autonoom opererende eenheid binnen een overkoepelende organisatie. Dit is nodig om de juiste mensen aan het merk te kunnen binden en om voor het merk een focus te ontwikkelen die nodig is om de markt tegemoet te treden: *'living the brand'*. De wijze van aansturen van uw merk of het geheel aan merken hangt af van de onderlinge relaties tussen de merken.

Monolithische merkenstrategie

De monolithische vorm (één centraal merk voor een veelheid van diensten en producten; model Shell) komt op dit moment nog het meest voor in de Nederlandse zorg. In die constructie behoort de sturing van het merk tot het domein van de Raad van Bestuur. Dat betekent dat de Raad van Bestuur de merkverantwoordelijken direct aanstuurt.

Endorsed merkenstrategie

De markt kan ook vragen om veel meer differentiatie en (niet één, maar) meer aansprekende submerken die staan voor aantrekkelijke diensten onder

één hoofdmerk (model: Achmea). Naarmate de submerken meer zelfstandige bewegingsvrijheid krijgen, verdwijnt de noodzaak voor sterke centrale sturing op marketing en communicatie. Dat betekent dat de zwaardere beslissingen over marketing- en communicatievraagstukken verschuiven van de agenda van de Raad van Bestuur naar de agenda van het 'merkmanagement'. De uitvoering van marketing- en communicatieactiviteiten kunnen (binnen de submerken) met een grote mate van zelfstandigheid worden uitgevoerd.

Daarnaast blijft het op het niveau van het hoofdmerk uiteraard noodzakelijk dat merk te laden via de inzet van gerichte marketing- en communicatieactiviteiten.

Branded merkenstrategie

De organisatievorm waarin onder één holding verschillende merken gevoerd worden met een autonome positie voor de merken (model: Unilever) is in opkomst in de Nederlandse gezondheidszorg. Het stelt zorgorganisaties in staat om op verschillende terreinen en met uiteenlopende doelgroepen een dienstverleningsrelatie aan te gaan met steeds een helder op de doelgroep toegesneden merk. De communicatie en marketing voor een autonoom merk ligt geheel in handen van de eindverantwoordelijke van het merk. In een organisatie met een branded merkenstrategie bestaat geen centrale afdeling meer voor marketing en communicatie. Er zijn hoogstens enkele functionarissen die activiteiten voor de holding ontplooiën, zoals relatiebeheer en interne en externe communicatie voor holdingactiviteiten.

Kiezen voor zekerheid

Zorgorganisaties die hun merkenstrategie serieus nemen en bereid zijn die strategie doorlopend te toetsen aan de markt en aan hun eigen missie kiezen voor zekerheid. De zekerheid dat hun diensten op langere termijn herkenbaar naar de markt gebracht kunnen worden en de zekerheid dat de marketing- en de communicatie-euro op de meest effectieve manier wordt uitgegeven.

Zorgmarketing: ziel & zakelijkheid is een uitgave van
Shift Consultants bv, adviseurs voor zorgondernemers.

Tekst

Shift Consultants: Joost Koemans, Jacques Duijn, Berry Schuur
*Hoofdstuk 7 is tot stand gekomen met inbreng van Jan Booij, voorzitter van het
European Network on Intercultural Elderly Care (ENIEC) en organisatieadviseur
op het gebied van interculturalisatie en managementvraagstukken.*

Vormgeving

D-studio.nl, Utrecht

Druk

Drukkerij van Midden, Benschop

Contact

Shift Consultants BV
Beeksestraat 49
4841 GA Prinsenbeek
telefoon: 076 888 26 76
info@shiftconsultants.nl
www.shiftconsultants.nl

