

MASTER

Marktsegmentatie algemene ziekenhuizen

Kusmic, I.J.M.

Award date:
1991

[Link to publication](#)

Disclaimer

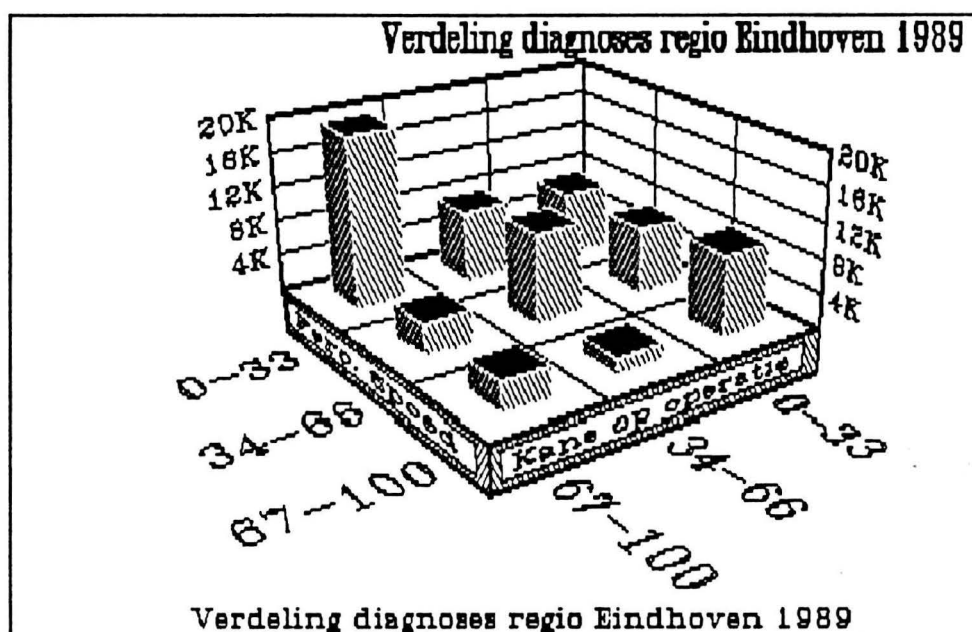
This document contains a student thesis (bachelor's or master's), as authored by a student at Eindhoven University of Technology. Student theses are made available in the TU/e repository upon obtaining the required degree. The grade received is not published on the document as presented in the repository. The required complexity or quality of research of student theses may vary by program, and the required minimum study period may vary in duration.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain

MARKTSEGMENTATIE ALGEMENE ZIEKENHUIZEN



This report deals with the developments which are changing the current positions of the general Hospitals. For a number of reasons the use of marketing by the hospitals is necessary. The way marketing can be used and how the market of hospitals can be measured, forecasted en segmented is described.

Afstudeerverslag I.J.M. Kusmic
Technische Universiteit Eindhoven
Afstudeerbedrijf: Nationaal Ziekenhuisinstituut Utrecht
Utrecht, maart 1991

This report deals with the development which are changing the current positions of the general Hospitals. For a number of reasons the use of marketing by the hospitals is necessary. The way marketing can be used and how the market of hospitals can be measured, forecasted en segmented is described.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave

Voorwoord

Summary

Hoofdstuk 1: Inleiding	1
1.1. De huidige positie van ziekenhuizen vanuit marketing oogpunt	1
1.2. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg	1
1.2.1. Van Dekker naar Simons	2
1.2.2. De nota "Werken aan zorgvernieuwing"	2
1.2.3. Implicaties W.a.z-nota	3
1.2.4. Het rapport van Montfort	4
1.2.5. Autonome ontwikkelingen	5
1.3. Concurrentie	6
Hoofdstuk 2: Theoretische beschouwing marketing	7
Inleiding	7
2.1. Marketing	7
2.2. Marketing voor diensten	7
2.3. Marketing voor nonprofit-organisaties	8
Hoofdstuk 3: De noodzaak van marketing	10
3.1. Reden voor marketing in ziekenhuizen	10
3.2. Gevolgen zonder marketing	10
Hoofdstuk 4: Het onderzoek	15
4.1. Afbakening probleemgebied	15
4.2. Formulering probleemstelling	15
4.3. Beperkingen voor marketing in Ziekenhuizen	16
4.4. Opzet van het onderzoek	16
4.5. Onderzoeksmethoden	17
4.6. Gebruikte gegevens	18
Hoofdstuk 5: Meten en voorspellen van de markt	19
5.1. De structuur van de markt	19
5.2. Definitie van de markt	19
5.3. Het meten van de markt	21
5.4. Het voorspellen van de markt	21
Hoofdstuk 6: Segmentatie	24
6.1. Inleiding	24
6.2. Beschrijving produktaspecten van ziekenhuizen	25
6.3. Redenen voor segmentatie	26
6.4. Segmentatie van de markt	27
6.4.1. Segmentatie in scenario 1	27
6.4.2. Segmentatie in scenario 2	29
6.4.3. Segmentatie in scenario 4	31
Hoofdstuk 7: Casus Diaconessenhuis	33
7.1. Inleiding	33
7.2. De huidige markt van het Diaconessenhuis	33
7.3. De toekomstige markt van het Diaconessenhuis	33
7.4. Segmentatie	39
7.5. Conclusies en aanbevelingen Diaconessenhuis	55
Hoofdstuk 8: Conclusies en aanbevelingen afstudeerverslag	57

8.1. Conclusies afstudeeronderzoek	57
8.2. Aanbevelingen	59
Literatuurlijst	61
Bijlage 1: Nzi/Nzr	63
Bijlage 2: Marketing op strategisch, tactisch en operationeel niveau.	64
Bijlage 3: Marketing bij een omroepstichting	65
Bijlage 4: Informatiebronnen voor het verslag	67
Bijlage 5: Cijfermateriaal Diaconessenhuis	70
Bijlage 6: Berekeningen afstand	76
Bijlage 7: Analyse van specialismen Diaconessenhuis	79
Bijlage 8: Woordenlijst	89
Bijlage 9: Lijst met afkortingen	90

Voorwoord.

Voor U ligt het verslag betreffende mijn afstudeeronderzoek bij het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi, bijlage 1) te Utrecht. Deze afstudeerstage is ter afsluiting van de studie bedrijfskunde aan de Technische Universiteit te Eindhoven (TUE). Het onderwerp van deze stage is "Marktsegmentering in algemene ziekenhuizen". Tijdens deze stage maak ik deel uit van de projectgroep "Marketing en marktsegmentering in algemene en psychiatrische ziekenhuizen". Deze projectgroep staat onder leiding van de heer Ir. G.J. van Lammeren, die tevens mijn begeleider is. De projectgroep wordt ondersteund door een stuurgroep. Deze stuurgroep bestaat uit een aantal managers van algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Redenen voor het NZi voor het starten van een project gericht op het segmenteren van de markt van patiënten vormen de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Met name de plannen van de commissie Dekker en meer recent de plannen van staatssecretaris Simons zullen tot gevolg hebben dat een ziekenhuis zich moet gaan bezinnen op de manier waarop tegen de markt van patiënten wordt aangekeken. Wat is de markt van een ziekenhuis en hoe wordt er mee omgegaan is een belangrijke vraag. Het doel van het project is om een instrument te ontwikkelen waarmee het directies van ziekenhuizen hun markt kunnen beschrijven en analyseren. Verder moet het voor de ziekenhuis-directies mogelijk worden om hun eigen marktpositie te beoordelen, een keuze te maken voor bepaalde segmenten en deze vervolgens te sturen en te beheersen.

Gedurende dit afstuderen word ik door de TUE begeleid door Dr. Ing. Verzellenberg van de vakgroep organisatiekunde (eerste begeleider) en Prof. Dr. van der Hart van de vakgroep bedrijfseconomie (tweede begeleider). Ir. Kirkels van de vakgroep KBS treedt op als beoordelaar. Bij het tot stand komen van dit verslag zijn de adviezen, de hulp en de kritieken van zeer groot belang geweest.

Verder heb ik kennis mogen maken met de gezondheidszorg door een "stage" van drie weken in het Maastrandziekenhuis te Sittard. Tijdens deze stage heb ik bezoeken gebracht aan een aantal afdelingen en diensten in dit ziekenhuis.

Ik wil hierbij dan ook alle bovengenoemde personen en instanties hartelijk danken.

In verband met de vertrouwelijkheid van de informatie zal de casus van het Diaconessenhuis (hoofdstuk 7 en bijlage 5) niet openbaar gemaakt kunnen worden.

Leesaanwijzing: De structuur van het verslag is als volgt: De ontwikkelingen in de gezondheidszorg worden beschreven in hoofdstuk 1. Na de theoretische beschouwing van marketing (hoofdstuk 2) volgt in hoofdstuk 3 waarom het gebruik van marketing noodzakelijk is. In hoofdstuk 4 staat de onderzoeksopzet. De eerste stap van het maken van een marketingplan is het definiëren, meten en voorspellen van de markt (hoofdstuk 5). De segmentatie volgt daarop en staat beschreven in hoofdstuk 6. De beschreven methoden zijn uitgevoerd voor het Diaconessenhuis in Eindhoven (hoofdstuk 7). De conclusies en aanbevelingen staan beschreven in hoofdstuk 8.

Naar de literatuur wordt verwezen door middel van de cijfers tussen de haakjes, met daarachter het paginanummer, waar de verwijzing gevonden kan worden. Vaktechnische termen worden uitgelegd in bijlage 8. Afkortingen staan in bijlage 9.

SUMMARY

Developments.

This investigation deals with the use of marketing in general hospitals. The main item is: How can hospitals analyze their markets.

Nowadays the orientation of hospitals can be described as a **product-orientation**. Hospitals consider their task to supply a service of which they believe it's good for their customers. Hospitals don't think yet in terms of fulfilling the needs and desires of the target-market by offering an optimal marketing-mix. By a number of developments hospitals will have to leave their philosophy. These developments are:

- Possibilities for choosing between hospitals by assurance companies is proposed in de memorial of the government "Werken aan zorgvernieuwing". Assurance companies are no longer obliged to have a contract with all hospitals. This means hospitals have to compete to get contracts with the assurance-companies.
- The memorial "Werken aan zorgvernieuwing" also proposes to compensate functions instead of the supply units which supply the function. A function can be defined as cure and care related to diagnoses. This means that hospitals can expect competition with other institutions like home care and private medical specialists.
- More expensive and specialistic technologies and equipment are coming into existence. It will be very difficult for the hospitals to have all these technologies and equipment available in the future.
- By increasing of the number of older people, the needs will change in the coming years. Older people have a need for more care and they have more chronicle problems. This will change the product market combinations of the hospitals.

Hospitals have to be able to describe it's services in terms of the cost price. Besides this, they have to know their markets. The use of marketing is a propriate mean for this.

Scenes for the future.

In the future there is a number of scenes possible. In each of these scenes, the use of marketing will be different.

	Market situation	
	Market mechanism	No market mechanism
Reaction hospitals		
Specialisation of the hospitals	Scene 1	Scene 3 (not probably)
Wide package of services	Scene 2	Scene 4

In **scene 1** there the market mechanism will be created. The hospitals will react on this with a specialisation. The use of marketing is directed towards the choice of a certain market segment. The hospitals have to know the markets and the needs of the markets very well. The hospital is protected competition by specialisation. A hospital supplies an unique package of services. If a hospital doesn't use marketing, wrong product market combinations will be chosen.

Scene 2 is the scene in which market-mechanism is created. Hospitals remain supplying a wide set of services. The use of marketing is directed towards attracting and maintaining patients. Price, place, promotion and personnel become very important, because all hospitals supply in fact the same wide set of services. If marketing is not used in this scene, hospitals will not have enough patients.

Scene 3 is the scene in which hospitals specialise without market-mechanism. This scene is not probably, because the existing finance-system there is no stimulus to eject activities. There is no need to consider this scene.

Scene 4 is the scene without market mechanism and hospitals remain supplying a wide set of services. This scene is near the current situation in the health-care. The use of marketing is directed towards a coordination between the needs in the market and the market-offer. The hospitals analyze wether their services fit the needs of their markets. Not using marketing lead to the situation the needs will not optimal be fulfilled.

The first step in a marketing-plan is the situation analysis. In this analyze is described how the market can be measured, predicted and segmented.

The current market exists of three levels. The first level is the potential market. The potential market includes all people of the area which is covered.

A number of people will indeed use one or more times the services of a hospital in the area. The total number of services used is de served market. The total number of services of the own hospital is the penetrated market.

The future market can be estimated on the following variables:

- the size of the population in the area.
- the distribution of the age classes
- the intake coefficient

These variables have been investigated and based on this investigation an estimation has been made.

The segmentation of the market is related with the reasons for segmentation. A different way of segmentation will be usable in each scene.

In **scene 1** (market mechanism and specialisation) segmentation serves the choice of a target market. Possible segments in this scene are:

- Diagnose or group of diagnoses. If a hospital chooses for a diagnose or group of diagnoses, quality improvement can be achieved by specialisation. Besides this, efficiency improvement will be achieved by a large number of similar patients.
- Segmentation of patients based on operation/no operation an urgent/not urgent

		NO OPERATION	OPERATION
INTAKE-INDICATION	NOT URGENT	"CARE HOSPITAL" Segment 1	"OPERATION CLINIC" Segment 2
	URGENT	"FIRST AID" Segment 3	"TRAUMA-CENTRE" Segment 4

Each segment requires a different organisation.

- Segmentation of diagnoses which have the same possibility of operation and the same percentage of urgent patients. A hospital can chose for patients with equal chances and percentages.

In **scene 2** (market mechanism and a wide set of services) segmentation is done to analyze the demand per segment. There will be no choice for segments.

These bases are possible in this scene:

- The bases as mentioned in scene 1

- Distribution of diagnoses with equal chances on operation and equal percentage of sudden intakes. Diagnoses with equal chances and percentages are a segment.
- A segmentation of patients on urgent/not urgent and sudden intake/ no sudden intake:

		INTAKE	
		SUDDEN	NOT SUDDEN
INDICATION	URGENT	SEGMENT 1	SEGMENT 2
	NOT URGENT	SEGMENT 3	SEGMENT 4

In segment 2 and 3 the needs are not the same as the service.

- Geographical segmentation. If the relation between the market-share in a town and the distance from that town to the hospital is made, hospitals can analyze in which towns they have a high or a low market-share. This can be an indication for the degree family doctors send patients to the hospital.
- Origin and destination of patients from institutions. This shows where the patient come from and where they go to after leaving the hospital. By segmenting this way, hospitals will know their patients flows.

Scene 3 (no market mechanism an specialisation) is not probably.

In scene 4 there is no market mechanism and hospitals have a wide set of services. Market-segmentation is meant to analyze weather the services fulfil the needs of the patients. in this scene the next bases for segmentation can be used:

- The segments as mentioned in scene 1 and 2.
- Segmentation of patients to kind of the specialists they used.

HOOFDSTUK 1

INLEIDING

Inleiding

In hoofdstuk 1 wordt de huidige positie van ziekenhuizen vanuit marketing-oogpunt beschreven. Daarna worden een aantal ontwikkelingen beschreven die deze positie kunnen veranderen.

1.1.

De huidige positie van ziekenhuizen vanuit marketing oogpunt.

Er zijn een aantal oriëntaties die organisaties kunnen hebben aangaande hun marketing-filosofie (1, blz 13-28):

- de produktie-oriëntatie
- de produkt-oriëntatie
- de verkoop-oriëntatie
- de marketing-oriëntatie
- de sociale marketing-oriëntatie

Een eerste oriëntatie is de **produktie-oriëntatie**. Deze oriëntatie houdt in dat als belangrijkste taak van de organisatie wordt gezien het streven naar efficiency in productie. Ziekenhuizen hebben nooit met deze oriëntatie gewerkt.

Een andere oriëntatie is de **produkt-oriëntatie**. Het leveren van een produkt of dienst waarvan de organisatie denkt dat die goed is voor de klant wordt als belangrijkste taak gezien..

De **verkoop-oriëntatie** houdt in dat de organisatie vindt dat het haar belangrijkste taak is om het de vraag te stimuleren bij de klanten. Meer moderne opvattingen zijn de marketing-oriëntatie en de sociale marketing-oriëntatie.

De **marketing-oriëntatie** houdt in dat het de hoofdtak van de organisatie is om de behoeften en wensen van de doelmarkten te onderzoeken, en deze te vervullen door het juiste produkt (of dienst), plaats, promotie en prijs.

Bij de **maatschappelijke marketing-oriëntatie** wordt er uitgegaan van dezelfde taak, maar daarbij wordt er ook nog gekeken naar het welzijn van de klant, de maatschappij en eigen organisatie op de lange termijn.

De maatschappelijke marketing-oriëntatie heeft als voordelen dat de organisatie probeert aan de behoeften van de klant te voldoen, er rekening wordt gehouden met het welzijn van de klant en maatschappij (gezondheid, milieu, financieel etc.) Het is dan ook de meest wenselijke filosofie.

Een ziekenhuis verkeert op dit moment voornamelijk in de fase van de produkt-oriëntatie (2). Het bieden van "cure" (behandeling) en "care" (verzorging) moet zo optimaal mogelijk gebeuren. Naast de produkt-oriëntatie treft men ook de verkoop-oriëntatie aan. Omdat de medisch specialisten hun inkomen gerelateerd zien aan hun "produktie", hebben zij er belang bij dat zij voldoende patiënten kunnen behandelen.

Vanuit deze twee oriëntaties wordt er door directies en specialisten naar de markt gekeken. Deze markt wordt nog niet onderscheiden in een aantal segmenten. Het dienstenpakket dat wordt aangeboden is heel breed. In plaats van doelmarkten te onderscheiden en te bedienen wordt nu de regio als de markt beschouwd. Men ziet het als de taak van een ziekenhuis om de regio zo goed mogelijk te bedienen. De organisatie is opgebouwd uit een aantal specialismen en georganiseerd rond een aantal van die specialismen.

1.2.

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

In de ziekenhuizen heeft men te maken met externe invloeden die hun weerslag hebben op de interne organisatie. Met name de rapporten van de commissie Dekker, het plan Simons (3) en het rapport van de commissie van Montfort (4) zullen invloed hebben op de gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er autonome ontwikkelingen zoals demografische en technologische ontwikkelingen die de positie van de ziekenhuizen veranderen. In de navolgende paragrafen zal beschreven worden

waaruit de plannen en ontwikkelingen bestaan en welke invloed zij kunnen hebben voor de invoering van marketing in de gezondheidszorg.

1.2.1.

Van Dekker naar Simons (5)

In maart 1987 bracht de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie Dekker) haar advies uit over de herstructurering in de Nederlandse gezondheidszorg. De kernelementen van dit advies zijn:

- 1 een vergroting van de doelmatigheid door een beperkte marktwerking.
- 2 een vergroting van de samenhang tussen de verschillende compartimenten in de gezondheidszorg.

In het plan Dekker moet de gewenste marktwerking verkregen worden door naast een verplichte basisverzekering ook een vrijwillige verzekering in te voeren. De verplichte verzekering bevat 85% van de verstrekkingen, de vrijwillige verzekering 15%. Doordat de prijs van die 15% wordt bepaald door de marktprijs in de onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen moeten ziekenhuizen hun kostprijs gaan berekenen. De verzekeraars zullen onderling moeten gaan concurreren. Ze zullen hierdoor alleen tegen bepaalde prijzen contracten afsluiten met de ziekenhuizen. Dit kan een marktwerking opleveren tussen de ziekenhuizen.

Plan Dekker heeft veel kritiek ondervonden. De punten van kritiek betroffen:

- 1 de mogelijke risico-selectie van patiënten door verzekeraars.
- 2 door het plan van Dekker zou de solvabiliteitsreserve van de verzekeraars te laag worden.
- 3 er werd getwijfeld aan de effectiviteit van de marktwerking.
- 4 de collectieve lasten zouden te veel stijgen, waardoor men in een opwaartse spiraal van lonen en prijzen zou geraken.

Door deze kritiek is in het huidige regeringsbeleid een aangepast plan ontwikkeld: Het plan Simons (3).

1.2.2.

De nota Werken Aan Zorgvernieuwing (3) (Plan Simons)

De nota Werken aan zorgvernieuwing (W.A.Z.-nota) is een nota inzake de stelselwijziging zorgvernieuwing. Deze nota (ook bekend als "Plan Simons") bevat een actie-programma voor het beleid van de zorgsector in de jaren negentig. In deze nota worden een aantal aspecten beschreven, met het globale beleid hiervoor en het actieprogramma. De aspecten die aan bod komen zijn:

- preventie.
- zorg.
- patiënten/consumenten.
- medisch-ethische kwesties.
- stelselvernieuwing in de zorgsector
- werkdruk, arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarkt.
- financiële aspecten.

De aspecten zorg, patiënten/consumenten en stelselvernieuwing in de zorgsector zijn vanuit marketing-oogpunt erg interessant. De beschrijving van deze aspecten is hieronder dan ook meer uitgebreid.

1 Preventie (3, blz 7-15)

Het beleid van de overheid moet er op gericht zijn om de vraag naar geneeskundige hulp zoveel mogelijk te voorkomen. Dit kan door preventie op verschillende terreinen. Deze preventie is vooral gericht op het bevorderen van gezondheid, bijvoorbeeld door het alcohol en tabakverbruik te verminderen, het promoten van gezonde voeding en het voorkomen van infectieziekten. Het gebruik van schadelijke stoffen en geneesmiddelen moet wettelijk geregeld worden.

2 Zorg (3, blz 36-41)

In de nota wordt het onderscheid tussen genezing (cure) en verzorging (care) gemaakt. Aan de afstemming tussen deze twee aspecten moet een groot belang gehecht worden. Dit kan bijvoorbeeld door het opheffen van de schotten tussen de eerste en tweede lijn, het ontwikkelen van technologieën die voor de thuiszorg gebruikt kunnen worden die vroeger alleen in de ziekenhuizen beschikbaar

waren. Het streven is om zorg die thuis kan plaatsvinden daar ook te laten gebeuren, met name voor de ouderen en de gehandicapten.

De vraag naar gezondheidszorg verandert door de veranderende samenstelling van de bevolking. Door de vergrijzing is er een verschuiving van de ziektepatronen te zien. Ook het aanbod verandert door de steeds verder gaande ontwikkelingen op technologisch gebied.

Door de maatregelen op het gebied van de beddenreductie en de invoering van een functiegericht budgetstelsel zijn de ziekenhuizen in een aantal gevallen gedwongen tot fusies.

3 Patiënt/consument (3, blz 36-41)

In Nederland is ongeveer 60 % van de mensen verzekerd in het ziekenfonds. De rest is verzekerd bij een particuliere verzekering. De particulier verzekerde kan beschouwd worden als consument, omdat hij keuzemogelijkheden heeft tussen verzekeraars, aanvullende pakketten, specialisten en huisartsen. De ziekenfonds-verzekerde kan alleen kiezen tussen specialisten en eenmalig tussen huisartsen.

In het plan Simons gaat het onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringen verdwijnen.

Vrijwel iedereen is gebruiker van de voorzieningen. De doelstellingen binnen het plan Simons zijn er dan ook op gericht om de rechtspositie van die patiënt (die steeds kritischer wordt) te versterken, een betere klachtenbehandeling te bevorderen, medezeggenschap te vergroten en de voorlichting te verbeteren.

4 Medisch-Ethische kwesties (3, blz 42-46).

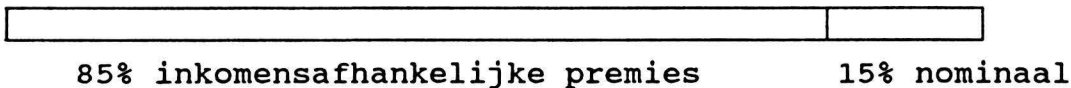
Door de schaarste die er heerst bij het leveren van medische diensten is het noodzakelijk een prioriteiten-regeling te ontwikkelen. Deze regeling kan bijvoorbeeld betrekking hebben op orgaantransplantaties of bepaalde operaties.

Andere zaken waar aandacht aan wordt besteed zijn medische experimenten, erfelijkheidsonderzoek, kunstmatige bevruchting en draagmoederschap en tenslotte euthanasie.

5 Stelselvernieuwing in de zorgsector.(3, blz 47-52)

Er wordt gestreefd naar één verzekering voor iedereen. De achterliggende pijlers zijn de sociale en de bedrijfsmatige. De sociale pijlers bestaan uit de acceptatieplicht voor verzekeraars, ongeacht risico van de verzekerde. De bedrijfsmatige pijlers hebben betrekking op de invoering van marktwerking en de vergroting van de doelmatigheid. In het plan Simons moet de regelgeving vereenvoudigd worden zodat het aanbod aan medische producten minder gereguleerd wordt. Deze deregulering houdt onder meer in dat de erkenningen en het verbod om winststreven afgeschaft worden. De vraag wordt meer gereguleerd door een beperkte marktwerking.

Het verplichte deel van de verzekering bestaat uit twee delen: 85% van het verplichte deel wordt gefinancierd door inkomensafhankelijke premies en de overige 15% door nominale premies en eigen betaling. De nominale premie wordt dus niet geacht tot de collectieve lasten te behoren en zal geïnd worden door een centrale kas.



Ook de grenzen tussen intra en extra-murale instellingen vervagen. Een gevolg hiervan is dat niet meer de voorzieningen vergoed zullen gaan worden, maar de functies (zie blz 10) die door de voorzieningen heenlopen.

Ten gevolge van het terugtrekken van de overheid zal er meer vrijheid ontstaan voor de partijen in het veld. Door deze deregulering kunnen de aanbieders van zorg meer invloed uitoefenen op de plaatselijke capaciteit. De zorgverzekeraars kunnen meer invloed uitoefenen op kwaliteit, volume, prijs en zorgverlening.

1.2.3.

Implicaties van de nota werken aan zorgvernieuwing

De relatie consument-verzekeraar.

In het voorgestelde stelsel kan de nominale premie (15% van het pakket) per verzekeraar verschillen. Wel is er een maximum-prijs. Ook zijn er verschillen mogelijk in het pakket dat wordt aangeboden. Binnen het pakket kunnen de patiënten een eigen risico kiezen. Doordat de verzekeraars de plicht hebben om iedereen te accepteren ontstaat er een keuzevrijheid voor de consumenten. Hun invloed

neemt dus aanzienlijk toe. De keuzevrijheid houdt in dat er een marktwerking ontstaat tussen de verzekeraars. Er zal aan kostenbeheersing gedaan moeten worden.

De relatie verzekeraar-aanbieder van zorg.

De verzekeraar is het in het plan niet verplicht met alle aanbieders een overeenkomst te sluiten. De beide partijen hebben de vrijheid om over de produkt-prijsverhouding te onderhandelen. Er zal dus volgens Simons een marktwerking ontstaan tussen de ziekenhuizen. Een verzekeraar zal uit concurrentie-overwegingen proberen een zo goedkoop mogelijk pakket aan te bieden. Hierbij zal naar de efficiency van de ziekenhuizen worden gekeken en alleen de ziekenhuizen met de gunstigste produkt-prijsverhouding zullen worden gecontracteerd.

De relatie aanbieder van zorg-consument.

Door de keuzemogelijkheid tussen verschillende verzekeringspakketten en verzekeraars kan de patiënt kiezen tussen verschillende vrijheidsgraden met betrekking tot de keuze van ziekenhuizen. Daarnaast wordt de rechtspositie verbeterd en moet de patiënt meer zeggenschap krijgen.

Punten van kritiek op het plan Simons.

Het is twijfelachtig of de gewenste marktwerking inderdaad verkregen wordt door de plannen. Het is de vraag of de nominale premie van 15% voldoende is voor het ontstaan voor een marktwerking. Daarnaast is er een afname van het aantal ziektekosten-verzekeraars en ziekenhuizen. Zie tabel 1.1.: Daarbij komt dat de wachtlijsten lang zijn (6).

	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Aantal zorgverzekeraars	48	46	43	39	36	26
Aantal alg. ziekenhuizen	142	140	131	128	nb	nb

Tabel 1.1. Aantallen zorgverzekeraars (voorheen ziekenfondsen) en ziekenhuizen. (Bron VNZ, Afdeling BSA Nzi)

Door deze ontwikkelingen is het niet onmogelijk dat er bepaalde prijsafspraken tussen ziekenhuizen en tussen verzekeraars zullen komen. Bovendien is de keuzemogelijkheid van de patiënten ten gevolge van de grote wachtlijsten toch niet zo groot.

1.2.4. Het rapport van Montfort (4)

Het rapport van Montfort handelt over de verandering van de relatie tussen management en specialisten. Deze verandering is het gevolg door de verschuiving van een ziekenhuis van een facilitair bedrijf naar zorgverleningsorganisatie. De kernactiviteiten zullen zijn: diagnose en behandeling. Er zijn invloeden waardoor de ziekenhuis-organisatie de interne structuur zal moeten aanpassen. Deze externe ontwikkelingen zijn de budgetfinanciering, de functieverdeling tussen ziekenhuizen, de veranderende samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Hierdoor moet er gestreefd worden naar een goede samenwerking tussen specialisten en ziekenhuis. In de huidige samenwerkingsvorm tussen de twee partijen is het zo dat het management zich op strategisch, tactisch en operationeel niveau bezighoudt met het organisatorische gedeelte. De specialisten en de medische staf houden zich op deze drie niveaus bezig met het medische gedeelte. Zij hebben in de regel dan ook geen lijn-verantwoordelijkheid. Door de ontwikkelingen zoals die hiervoor zijn genoemd zijn, bepaalt het organisatorische gedeelte in steeds grotere mate het medische terrein. Hierbij kan gedacht worden aan financiële aspecten die bepaalde medische behandelingen onmogelijk maken. Het dualistische samenwerkingsmodel zoals dat tot nu toe functioneerde, wordt dus niet meer adequaat geacht voor het besturen van een ziekenhuis.

De organisatie-structuur van een ziekenhuis zal patiënt-gericht moeten worden. Er zal optimale zorg geleverd moeten gaan worden tegen acceptabele kosten. Dit is mogelijk door een ontwikkeling in de richting van werkeenheden die gericht zijn op de zorgverlening van een of meer patiënten-groepen.

Dit zal aansluiten bij een betere afstemming tussen de behoeften van patiënten en de aangeboden zorg. Deze ontwikkeling zal bestaan uit de verandering van een dienstenstructuur naar een patiëntenstructuur (van produktgericht naar klantgericht). Binnen de eenheden zullen de specialisten ook management-taken uitvoeren omdat deze een kader scheppen waarbinnen hun operationele taken vallen. De verantwoordelijkheden van de medisch specialisten zullen bestaan uit de volgende zaken:

- diagnostiek en behandeling van de individuele patiënten
- medisch beleid inzake patiënten-categorieën
- management van de werkeenheden
- ziekenhuisbeleid en management

1.2.5.

Autonome ontwikkelingen.

Naast de ontwikkelingen en plannen zoals die geschetst zijn in de voorgaande paragrafen, zijn er autonome ontwikkelingen die invloed hebben op de gezondheidszorg. De belangrijkste ontwikkelingen zijn:

- een kritischer wordende patiënt/consument
- de vergrijzing
- technologische ontwikkelingen

Een eerste ontwikkeling is dat de patiënt/consument steeds kritischer wordt. Hiervan is ook melding gemaakt in de W.A.Z.-nota. Dit speelt niet alleen in de gezondheidszorg, maar in de hele maatschappij. Door de steeds hogere gemiddelde opleiding heeft de consument een beeld van hoe de geleverde dienst er uit zou moeten zien, of althans een aantal aspecten daarvan. Daarnaast is de gehele maatschappij steeds verder gedemocratiseerd, waardoor de patiënt ook binnen het ziekenhuis mondiger wordt.

Een tweede ontwikkeling is de vergrijzing in Nederland. In tabel 1.2 staat hoe de bevolkingsopbouw in 1989, 1995 en 2000 is.

Leeftijd	1989		1995		2000	
0-14 jaar	2709453	18,3%	2794315	18,2%	2905467	18,5%
15-24 jaar	2427751	14,9%	2039364	13,3%	1839814	11,7%
25-39 jaar	3616433	22,2%	3799139	24,8%	3744612	23,8%
40-64 jaar	4173244	25,6%	4633458	30,2%	5055455	32,2%
65-79 jaar	1458546	8,9%	1557735	10,2%	1650350	10,5%
ouder	418345	2,6%	488742	3,2%	518289	3,3%

Tabel 1.2. De verwachte leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking. (Bron: afd BSA, NZI te Utrecht)

Door deze vergrijzing zal niet alleen de vraag toenemen, maar ook de vraag veranderen (3, pag 16). Oudere mensen zijn niet alleen vaker hulpbehoevend, maar hebben ook meer last van chronische gezondheidsproblemen. Hierop zal binnen de gezondheidszorg moeten worden ingespeeld, om aan de behoeften te kunnen blijven doen.

Door nieuwe technieken staat de positie van het ziekenhuis ook ter discussie. Voorbeelden zijn NMR-apparatuur, niersteenvergruizers en kijkoperaties. Veel zaken die vroeger een lange opname vereisten kunnen tegenwoordig in dagbehandeling of poliklinisch worden verholpen. Het beleid van de overheid en verzekeraars is er op gericht zo veel mogelijk extra-muraal te behandelen, omdat dit niet de hoge verblijfskosten in een ziekenhuis met zich mee brengt. Dit uit zich in een vermindering van het aantal opnamen en in een afname van de gemiddelde verblijfsduur.

	1984	1985	1986	1987	1988
Aantal opnamen * 1000	1366	1360	1320	1292	1293
Aantal verpleegdagen * 1000	16591	16188	15445	14804	14533
Gemiddelde verpl.duur	12,1	11.9	11.7	11.5	11.2
Aantal dagverpl.dagen *1000	165	203	240	274	302
Aantal polikliniekbez *1000	17478	17707	17649	17507	17588
Aantal eerste polibez *1000	3565	3894	4061	4467	4894

Tabel 1.3.: De produktie van algemene ziekenhuizen in Nederland (bron:Nationaal Ziekenhuisinstituut,(7, pag 21)

13. Concurrentie.

In de voorgaande paragrafen zijn de volgende ontwikkelingen beschreven:

- een keuzemogelijkheid voor de verzekeraars tussen de ziekenhuizen.
- het vergoeden van functies in plaats van de voorzieningen waar die functies geleverd worden.
- steeds duurder en specialistischer wordende technieken apparatuur.
- een veranderende consument.

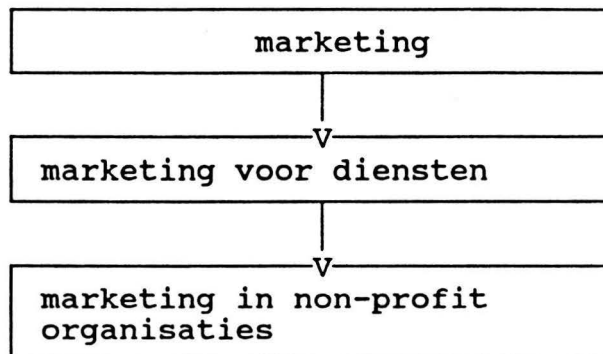
Deze ontwikkelingen kunnen een beperkte concurrentie tot gevolg hebben. Omdat voor een functie een bepaald bedrag (de marktprijs) vergoed zal gaan worden, zal een ziekenhuis de kostprijs van een functie moeten kennen. De gemiddelde kostprijs kan niet hoger zijn dan de marktprijs. Daarom zullen de ziekenhuizen hun produkt moeten kennen en kunnen beschrijven in termen van kosten. Zij kunnen hun kostprijs drukken door het interne proces goed te beheersen en daarbij voldoende grote patiënten-aantallen te halen. Dit om hun vaste kosten te goed te maken. Daarbij zal de prijs van een functie concurrerend moeten zijn, omdat er anders weinig of geen contracten met verzekeraars afgesloten kunnen worden. Ziekenhuizen zullen hun markt, produkten en concurrenten moeten geen analyseren. Marketing lijkt hiervoor een geschikt middel.

De vraag blijft of de verwachte marktwerking tussen ziekenhuizen inderdaad zal ontstaan. Door de afname van het aantal ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars en de grote wachtlijsten is dit twijfelachtig.

HOOFDSTUK 2 THEORETISCHE BESCHOUWING VAN MARKETING

Inleiding

In dit hoofdstuk komt marketing naar voren in drie onderdelen. Figuur 2.1.:



Figuur 2.1.: De opbouw van hoofdstuk 2.

2.1. Marketing

Marketing is het sociale en managementproces waardoor individuen en groepen verkrijgen wat ze nodig hebben door het creëren en ruilen van produkten en waarden met anderen.(1, pag 3)

Marketing kan een middel zijn om strategische keuzen te maken. Marketing bestaat uit analyse, planning en control. Deze activiteiten kunnen op strategisch, tactisch en operationeel worden uitgevoerd.(8)

Maar ook op tactisch en operationeel niveau kan marketing een bijdrage leveren aan de doelmatigheid van de organisatie (zie bijlage 2).

2.2. Marketing voor diensten.

Er zijn een aantal verschilpunten tussen diensten en produkten. De belangrijkste verschilpunten zijn:

- 1 Er vindt geen eigendomsoverdracht plaats. Dit betekent dat de afnemer alleen kan beoordelen op basis van de naam van de producent of na de consumptie (9, pag 318-320, 10, pag 32-34)
- 2 Diensten zijn niet op voorraad te produceren. De capaciteit is vergankelijk. (9 pag 318-320, 10, pag 32-34) Met name de niet benutte personele capaciteit is voor altijd verloren.
- 3 De kwaliteit is variabel. Doordat het leveren van diensten mensenwerk is, kan de dienst door allerlei incidenten van kwaliteit verschillen. Omdat de kwaliteit van de dienst pas na consumptie beoordeeld kan worden, zal de kwaliteit voorspeld worden op basis van criteria zoals reputatie van de leverancier, ervaring, opleiding etc (10, pag 32-34).
- 4 Diensten zijn meestal niet octrooibaar. Hierdoor is er bij innovatie slechts een tijdelijk marktvoordeel. Een blijvend marktvoordeel kan alleen verkregen worden door continue innovatie (10, pag 32-34).
- 5 Productie en verkoop lopen simultaan(9 pag 318-320).
- 6 De consument participeert in het productieproces (10, pag 32-34). Hierdoor beïnvloedt de consument het productieproces en de kwaliteit ervan.
- 7 Diensten zijn erg arbeidsintensief (10, pag 32-34). De factor arbeid is vaak niet te automatiseren (advocatuur, onderwijs). Anderen diensten zijn echter zeer goed te automatiseren (geldautomaat i.p.v. bankbalie)
- 8 Diensten zijn niet tastbaar (9, pag 318-320, 10, pag 32-34).

Het verschil tussen produkten en diensten is niet altijd even scherp. Zo kan de nadruk liggen op een dienst, maar de dienst gaat gepaard met een produkt. Er zijn dus allerlei tussenvormen mogelijk.

De vijf P's (produkt, plaats, promotie, prijs en personeel) kunnen als volgt worden ingevuld:

Produkt:

Het produkt is niet tastbaar. De kwaliteit kan hierdoor moeilijk beoordeeld worden. De kwaliteit heeft 3 aspecten (10, pag 40):

- Technische kwaliteit: Het concrete resultaat van de dienst.
- Functionele kwaliteit: De wijze waarop de dienstverlening plaats vindt.
- Corporate image: Het imago speelt een belangrijke rol omdat technische en functionele kwaliteit niet altijd zijn te beoordelen.

Daarnaast zijn er aspecten zoals de vergankelijkheid van de capaciteit (diensten kunnen niet op voorraad gehouden worden), de participatie van de cliënt in het productieproces en de arbeidsintensiteit.

Prijs:

Bij het prijsbeleid zijn er weinig verschillen te constateren in vergelijking met de marketing voor produkten (10, pag 41). Zo is het prijsbeleid er op gericht om een optimale bezetting van de beschikbare capaciteit te verkrijgen. Produkten kunnen wel op voorraad worden gelegd in tijden van onderbezetting, maar dit brengt kosten met zich mee. Dit doet het verschil grotendeels teniet.

Promotie:

De moeilijkheid met promotie ontstaat doordat het produkt niet tastbaar is. Het is dus veel lastiger een beeld over te dragen. Daarom is promotie gericht op zaken als sfeer, het gebouw waar de dienstverlening plaatsvindt etc. Hoe beter de dienstverlening is geconcretiseerd, des te meer deze vatbaar wordt voor de traditionele marketing (10, pag 40).

Plaats:

In plaats van de distributie van de produkten is er bij de dienstverlening sprake van distributie van het produktiesysteem. De vestigingsplaats is dan ook van groot belang (10, pag 41).

Personeel:

De factor personeel is een belangrijk marketinginstrument bij de dienstverlening. De klant komt rechtstreeks in contact met het personeel. Het personeel bepaalt dan ook voor een groot deel het imago van de organisatie (10, pag 45).

Een onderdeel van de marketing voor dienstverlening is de marketing voor professionele dienstverlening. Deze diensten zijn adviserend of dienststoplossend van aard. Hierbij kan gedacht worden aan medisch specialisten, advocaten en organisatie-adviseurs. Kenmerkend voor de professionele dienstverlening zijn:

- Het produkt is eigenlijk: Onzekerheidsreductie.
- De verkoper en producent zijn in een persoon verenigd
- Het doorzien van het fundamentele (bedrijfs)probleem is essentieel.

Belangrijk voor de professionele dienstverlening is het probleemoplossend vermogen, de wisselwerking tussen cliënt en producent, het vertrouwen in de producent en hiermee samenhangend het imago (10, pag 42).

2.3.

Marketing voor non-profitorganisaties.

De voornaamste verschillen tussen organisatie zonder winstoogmerk en met winstoogmerk zijn:

- Het ontbreken van het winstcriterium als signaal van de doelgroep of de markt naar de organisatie. Hierdoor bestaat het gevaar van vervreemding van de doelgroep.
- De non-profitorganisaties hebben vaak een beperking wat betreft de keuze van doelen en strategieën.
- De geldstroom komt in hoofdzaak uit andere bronnen dan cliënten (verzekeraars, overheid)
- De professionele specialisten hebben een dominante invloed. Het management staat minder in aanzien dan in de profit-sector.

- Meer invloed van de politiek.
- Er is geen typische bedrijfseconomische achtergrond.

Er is geen prijssignaal. Dit noodzaakt tot het instellen van een andere effectiviteitsmeting. Van der Hart geeft twee mogelijkheden hiervoor (10, pag 65-70):

- 1 De oordeelsmeting. Het ondervragen van (een gedeelte van) de doelgroep over de geleverde dienst.
- 2 De outputmeting. Hierbij wordt de output van een organisatie gemeten. Voor ziekenhuizen kan dit bestaan uit aantal bedden, aantal verpleegdagen, aantal operaties of aantal maaltijden.

De regulerende functie van de marktwerking kan bij de non-profitorganisaties vervangen worden door bovengenoemde metingen.

In bijlage 3 staat beschreven hoe er bij de TROS aan marketing wordt gedaan. Hiervoor is gekozen vanwege de overeenkomsten tussen de marktpositie van ziekenhuizen en omroepstichtingen. Deze overeenkomsten zijn:

- beiden leveren diensten.
- het betreft de non-profit sector.
- er is sprake van een zogenaamde driehoeksruil.
- er is sterke bemoeienis van de overheid.

Zowel ziekenhuizen als ook de TROS willen de gehele markt bedienen. Er wordt niet gekozen voor één doelgroep. De TROS segmenteert de markt, om per segment te kijken of de geleverde dienst aansluit bij de behoefte. Dit gebeurt bij de ziekenhuizen (nog) niet. Het imago van de professionals (medische specialisten of TV-sterren) bepalen het imago van de organisatie.

In het volgende hoofdstuk wordt beschreven waarom marketing voor ziekenhuizen gebruikt kan worden en welke ontwikkelingen het noodzakelijk maken.

In het onderzoek zal rekening worden gehouden met de kenmerken van marketing voor non-profitorganisaties zoals die zijn beschreven in dit hoofdstuk.

HOOFDSTUK 3 DE NOODZAAK VAN MARKETING.

3.1.

Redenen voor het gebruik van marketing in ziekenhuizen.

Door de genoemde ontwikkelingen en plannen (hoofdstuk 1) zijn er enkele factoren te noemen die het gebruik van marketing in ziekenhuizen noodzakelijk maken. Genoemd kunnen worden:

- keuzemogelijkheid voor de verzekeraars tussen de ziekenhuizen.
- het vergoeden van functies in plaats van de voorzieningen waar die functies geleverd worden.
- steeds duurder en specialistischer wordende technieken apparatuur.
- een veranderende consument.

Keuzemogelijkheid verzekeraars tussen ziekenhuizen

De verzekeraars zullen een grotere invloed gaan krijgen. Ze hebben niet meer de plicht om met alle aanbieders van zorg een contract af te sluiten. De patiënten kunnen volgens het plan Simons een prijssignaal geven aan de verzekeraars. De verzekeraars zullen een keuze gaan maken met welke instellingen zij voor welke diensten een contract af sluiten. De prijs/kwaliteitverhouding zal binnen de gezondheidszorg steeds belangrijker worden. De overheid streeft naar een deregulering van het aanbod en een regulering van de vraag. Dit moet gebeuren door meer marktwerking. De consument zal dus keuzemogelijkheden krijgen, net zoals de verzekeraars. De ziekenhuizen zullen dus (indirect) gedwongen worden om een pakket te leveren dat voldoet aan de behoefte tegen een gewenste prijs. Hiervoor is kennis van de markt, de concurrentie en de consumenten nodig. Marketing is hiervoor een geschikt middel.

Het vergoeden van functies in plaats van voorzieningen.

In de toekomst zullen mogelijk alleen functies vergoed gaan worden, los van de voorzieningen waar die functies geleverd worden. Onder het begrip functie kan worden verstaan: Diagnostiek, therapie, verpleging en verzorging, los van de voorzieningen waar die functie plaats vindt. Dit gaat in de richting van een Diagnose related groups(DRG) benadering.

Dit kan betekenen dat er voor een functie een bepaald bedrag wordt vergoed, ongeacht waar die functie geleverd wordt. Op deze manier worden ziekenhuizen gedwongen om te kijken welke diensten zij nog kunnen leveren, uitgaande van de marktprijs. De hoogte van de marktprijs wordt bepaald door wat de verzekeraars bereid zijn te betalen. Er kan dus een concurrentie ontstaan met andere soorten instellingen, bijvoorbeeld thuiszorg.

De ziekenhuizen zullen voldoende grote produktie-aantallen moeten halen, om de vaste kosten (apparatuur, kennis, faciliteiten) te kunnen terugverdienen. Ziekenhuizen zullen dus naar de markt moeten kijken. Er zal beoordeeld moeten worden welke segmenten interessant zijn en welke niet, ook op termijn. Dit kan door het toepassen van de marketing-principes.

Steeds duurder en specialistischer wordende technieken en apparatuur.

Door de ontwikkeling van de medische technieken is er steeds meer medisch mogelijk. De technieken en apparatuur worden steeds specialistischer. Voorbeelden hiervan zijn CT-Scanning, NMR-apparatuur, orgaantransplantaties en lasertechnieken. Doordat deze technieken en de daarbij behorende apparatuur grote investeringen vergen, kan er een minimaal aantal patiënten nodig zijn om rendabel te zijn. Waarschijnlijk zullen ziekenhuizen een keuze moeten maken tussen een aantal van deze technieken, daarbij kijkend naar de markt en naar de kwaliteit van het eigen ziekenhuis.

Een veranderende consument.

Door de vergrijzing zal er niet alleen een toename van de vraag ontstaan maar tevens een verandering van die vraag. Zo is er een toename van het aantal chronische patiënten ontstaan. Dit maakt een heroriëntering en een aanpassing van het beleid in de gezondheidszorg noodzakelijk. Met name de produktmarktcombinaties zullen veranderen.

3.2.

Gevolgen zonder marketing.

De financiële kosten en opbrengsten van marketing zijn niet tegen elkaar af te wegen. Een globale kostenberekening voor dit rapport geeft een indicatie wat het ongeveer kost om een situatie-analyse te maken:

fl 7000,- voor het verkrijgen van de gegevens van de SIG

9 maanden werk a fl 900,- = fl 7200,-

reiskosten en overige kosten: ongeveer fl 800,-

Dit is totaal fl 15000,-

De opbrengsten zijn afhankelijk van de ontwikkelingen en niet in geld uit te drukken. Daarom zal in deze paragraaf geanalyseerd worden wat de gevolgen kunnen zijn indien er niet aan marketing gedaan gaat worden. Dit is de zogenaamde raming ongewijzigd beleid.

Mogelijke ontwikkelingsrichtingen

In de literatuur (11) worden twee ontwikkelingsrichtingen voor de gezondheidszorg in Nederland genoemd, namelijk:

- het ontvlechtingsscenario.
- het netwerk- of concentratiescenario

Deze twee ontwikkelingsrichtingen zijn elkaars tegenpolen. Het zijn twee extremen die in hun zuivere vorm in de toekomst bijna niet voor zullen komen.

De kans is echter groot dat allerlei mengvormen zullen ontstaan.

Het ontvlechtingsscenario wordt gekenmerkt door ondermeer:

- een einde aan het vanzelfsprekende integratieproces van medische specialisten in de ziekenhuisorganisatie.
- een grote verscheidenheid aan zorg- en medische functies verspreid over diverse lokaties.
- innovatie door concurrentie.

In marketing-termen betekent dit dat het ontvlechtingsscenario gekenmerkt wordt door specialisatie en kiezen voor de core-business.

Het concentratie-scenario wordt gekenmerkt door ondermeer:

- verdergaande integratie van medische specialisten in de ziekenhuisorganisatie.
- zorg- en medische functies geconcentreerd op een lokatie.
- innovatie door samenwerking. (Synergie)

In marketingtermen betekent dit dat dit scenario wordt gekenmerkt door een dienst-gedifferentieerde marketing. Dit is een vorm van marketing waarbij de organisatie meerdere diensten levert aan de totale markt (9, pag 233). Dit scenario wordt verder het differentiatie-scenario genoemd. Voor deze naam is gekozen i.v.m. met de term "dienstgedifferentieerde marketing "

Specialisatie-scenario	Differentiatie-scenario
Innovatie door concurreren	Innovatie door interne samenwerking
Functies ontvlochten (verspreid over diverse lokaties)	Functies geconcentreerd
Het gekozen marktsegment zo goed mogelijk bedienen	Het verzorgingsgebied zo goed mogelijk bedienen
Organisatie v.h.werk afgestemd op aard van het gekozen segment	Diverse organisatievormen bij elkaar
Care en cure waar mogelijk afzonderlijk	Care en cure samen
Niche-strategie	Expansie-strategie

Tabel 3.1: Mogelijke ontwikkelingsrichtingen.

(Opmerking: Algemene ziekenhuizen staan op dit moment dichter bij het differentiatie-scenario dan bij het specialisatie-scenario.)

In tabel 3.1 zijn in trefwoorden enkele kenmerkende verschillen tussen het specialisatie-scenario (ontvlechting) en differentiatie-scenario (concentratie) genoemd.

Als eerste kan bekeken worden of er een marktwerking zal ontstaan met een toenemende macht voor verzekeraars en patiënten.

Binnen deze twee mogelijkheden (wel of geen marktwerking) kan in principe zowel het specialisatie-scenario als het differentiatie-scenario van toepassing zijn. Dit geeft dus vier mogelijkheden. Dit is weergegeven in tabel 3.2:

	Marktsituatie	
Reactie ziekenhuizen	Marktwerking	Geen marktwerking
Specialisatie v.d. ziekenhuizen	Scenario 1	Scenario 3 (niet waarschijnlijk)
Differentiatie vd ziekenhuizen	Scenario 2	Scenario 4

Tabel 3.2.: Mogelijke scenario's in de gezondheidszorg.

De mogelijke scenario's zijn extremen. Mengvormen zijn waarschijnlijk.

In **Scenario 1** is er sprake van het ontstaan marktwerking. De meeste ziekenhuizen zullen in dit scenario kiezen voor een of enkele produkt-marktcombinaties. een produkt/marktcombinatie kan gedefinieerd worden als een bepaald dienstenaanbod voor een bepaalde markt. Belangrijke aspecten van het marketing-beleid zijn het analyseren van de markt, segmenteren, kiezen voor bepaalde produkt-marktcombinaties. Innovatie is belangrijk om de positie van het ziekenhuis veilig te stellen.

Deze innovatie moet gebaseerd zijn op de behoefte van de markt. Naast de ontwikkelingen op de markt is het produkt hier van groot belang. **Het niet doen aan marketing betekent dat er verkeerde produktmarktcombinaties gekozen kunnen worden.**

In **scenario 2** is er ook sprake van een marktwerking. De ziekenhuizen moeten een voldoende grote produktie halen. Daarbij willen de ziekenhuizen een breed pakket blijven leveren. Dit heeft tot gevolg dat er alleen voldoende grote produktie-aantallen gehaald kunnen worden als het verzorgingsgebied groot genoeg is. Dit kan tot gevolg hebben dat ziekenhuizen hun gebied willen uitbreiden ten koste van andere ziekenhuizen. Omdat het dienstenpakket niet wezenlijk verschilt, zal plaats, prijs, promotie en personeel hier extra van belang zijn. De herkomst van patiënten is hierbij zeer belangrijk. Het gebruik van marketing is er vooral op gericht op het aantrekken van nieuwe patiënten en het houden van de "huidige" patiënten. **Indien er door een organisatie in dit scenario niet aan marketing wordt gedaan heeft de organisatie geen of weinig zicht op de patiënten-stromen. De aantallen patiënten zullen lager zijn doordat de marketingmix niet optimaal zal zijn.**

Scenario 3 is de scenario waarbij de ziekenhuizen gaan kiezen voor een of enkele segmenten zonder dat er een marktwerking ontstaat. Dit scenario is niet waarschijnlijk. Bij het huidige financierings-systeem is er geen prikkel aanwezig om bepaalde segmenten af te stoten en andere te versterken. De ziekenhuisdirecties willen bij het huidige financieringssysteem hun brede dienstenpakket handhaven. Zij zien het als hun taak om het gehele verzorgingsgebied zo volledig mogelijk te bedienen.

Scenario 4 is een scenario die niet ver af staat van de huidige scenario in de gezondheidszorg. Er is geen marktwerking en het aanbod wordt gereguleerd door de overheid. Bovendien willen de ziekenhuizen een breed pakket blijven leveren. In dit scenario zijn de produktie-aantallen alleen een budget-parameter. In dit geval is kan marketing helpen de kwaliteit te verbeteren. Door het samenstellen van de marketing-mix op de verschillende segmenten, kan de behoefte van de doelmarkt beter worden vervuld. Marketing vervult dan de zelfde functie als een prijssignaal bij winstbedrijven. De organisatie moet zelf analyseren of de geleverde dienst aansluit bij de behoefte van de doelmarkt (10, pag 65). **Zonder het gebruik van marketing bestaat het gevaar van een vervreemding van de doelgroep.**

In het kort:

Scenario	marktwerking	specialisatie	gevolgen zonder marketing
scenario 1	ja	ja	verkeerde pmc's
scenario 2	ja	nee	geen zicht op patiënten-stromen
scenario 3	nee	ja	niet waarschijnlijk
scenario 4	nee	nee	vervreemding van de doelgroep

Tabel 3.3: In het kort de scenario's en de gevolgen zonder marketing.

Enkele kanttekeningen bij de scenario's

In paragraaf 1.2.3. is al gesteld dat het twijfelachtig is dat de beoogde marktwerking tussen ziekenhuizen zal gaan ontstaan. Er is wel een ander soort marktwerking en concurrentie mogelijk. Doordat de functies vergoed gaan worden, los van de voorzieningen, kan er een concurrentie ontstaan tussen intra- en extramurale instellingen. Gedacht kan worden aan thuiszorg in plaats van een ziekenhuisopname, of een specialist die buiten het ziekenhuis zaken in dagbehandeling gaat doen. Omdat het in dit geval moeilijk is om het brede dienstenpakket te blijven leveren, lijkt een specialisatie van

ziekenhuizen waarschijnlijk. Er is dan sprake van scenario 1. Mocht het plan Simons niet doorgevoerd worden, dan is er sprake van scenario 4.

Nadeel specialisatie

Bij een specialisatie zullen de ziekenhuizen bekijken in hoeverre de produktmarktcombinaties winstgevend kunnen zijn. Zeldzame of moeilijke patiënten kunnen mogelijk niet in hun regio of omgeving geholpen worden. Dit nadeel kan verholpen worden door een aangepaste vergoeding voor deze patiënten-categorieën of verplichte verdeling van deze categorieën over de ziekenhuizen in een regio. De overheid heeft hierin een taak, omdat zonder een regelgeving of aangepaste vergoeding mogelijk geen van de ziekenhuizen zal kiezen voor moeilijke of zeldzame patiënten-categorieën.

HOOFDSTUK 4 HET ONDERZOEK.

4.1.

Afbakening probleemgebied.

In paragraaf 3.1. is beschreven welke ontwikkelingen het gebruik van marketing in de ziekenhuizen noodzakelijk maken. In dit onderzoek wordt bestudeerd welke rol marketing in de ziekenhuizen kan gaan betekenen en de wijze waarop ziekenhuizen marketing kunnen gebruiken.

De projectgroep "marketing voor algemene en psychiatrische ziekenhuizen" van het Nzi houdt zich bezig met zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen. Binnen dit afstudeeronderzoek is gekozen voor de algemene ziekenhuizen, omdat diagnose en bijbehorend produkt beter zijn te definiëren.

Ziekenhuizen hebben te maken met een groot aantal relevante belangengroepen, waarvoor men een beleid moet hebben. Te denken valt aan ziektekostenverzekeraars, overheid, eerste lijn, specialisten, vrijwilligers, personeel, omwonenden, patiënten etc. Binnen dit project en ook in mijn onderzoek wordt alleen uitgegaan van de klinische patiënten. Het bestaansrecht van ziekenhuizen wordt ontleend aan de patiënten. Er wordt alleen over de klinische patiënten geregistreerd.

De doorverwijzers (huisartsen, verpleeghuizen etc.) worden beschouwd als intermediair. Zij hebben een grote invloed op de keuze van de patiënt, wat betreft het ziekenhuis. Bij een markt-analyse is dus ook de positie van het ziekenhuis ten opzichte van de doorverwijzers van belang. De doorverwijzers worden dus niet als consument van een ziekenhuis beschouwd. Wel wordt er aandacht besteed aan de doorverwijzers, met name in hoofdstuk 6 en 7.

4.2.

Formulering van de probleemstelling.

Ziekenhuizen zijn non-profitorganisaties. Het doel van de ziekenhuizen is het leveren van verzorging en behandeling aan de regio. Doordat er (nog) geen marktwerking is in de gezondheidszorg wordt er niet of nauwelijks gekeken naar de markt in termen van markt-aantrekkelijkheid en de positie van de ziekenhuisorganisatie op die markt. Omdat er mogelijk een beperkte marktwerking in de gezondheidszorg zal ontstaan, wordt in dit verslag een methode voor marktsegmentering ontwikkeld. Om tot een marketingplan te komen moet eerst een interne en externe analyse worden gemaakt. De probleemstelling voor mijn afstudeer-onderzoek luidt:

Hoe kan een situatieanalyse van de markt van een ziekenhuis gemaakt worden? Onder situatieanalyse wordt achtereenvolgens verstaan: Het meten en voorspellen van de markt, het segmenteren van de markt en de positie van de organisatie binnen de segmenten bepalen.

De situatieanalyse is de eerste fase in het maken van een marketingplan. Na de analyse volgen de planning, implementatie en beheersing van de marketingactiviteiten (zie bijlage 2). Deze achterliggende stappen zullen niet worden gedaan in dit onderzoek.

De probleemstelling brengt enkele deelvragen met zich mee.

Deze deelvragen zijn:

- 1 Wat moet verstaan worden onder de markt van een algemeen ziekenhuis?**
- 2 Hoe kan de markt van een algemeen kwantitatief worden weergegeven?**
- 3 Hoe kan de toekomstige markt van een algemeen ziekenhuis worden voorspeld?**

Omdat de markt niet homogeen is, zal de markt gesegmenteerd moeten worden.

- 4 Welke bases zijn er het best bruikbaar om de markt te segmenteren?**
- 5 Welke produkt-aspecten behoren bij die segmenten en hoe kunnen deze produktaspecten gedefinieerd worden?**

Om dat een organisatie vaak niet alleen opereert op een (deel)markt is het goed ook te kijken naar andere organisaties die een soortgelijke dienst/product leveren. Dit roept de volgende vraag op:

6 Hoe kan de concurrentiepositie van de organisatie ten aanzien van de gekozen produkt-/marktcombinaties het beste worden bepaald?

Bij deze onderzoeksvragen zal er gekeken worden wat de mogelijkheden en beperkingen van marketing zijn voor de gezondheidszorg. De gevolgde methoden zullen worden getoetst bij het Diaconessenhuis te Eindhoven.

Het eindresultaat van het afstudeeronderzoek moet een methode opleveren waarmee een ziekenhuis-directie haar eigen marktpositie kan analyseren.

4.3.

Beperkingen voor marketing in de ziekenhuizen.

Marketing in ziekenhuizen vereist een aangepast soort marketing. Hiervoor zijn een aantal redenen: Deze sector kent in sterke mate bemoeienissen van de overheid. Een ziekenhuis ontvangt een bepaald budget op basis van een aantal parameters. De belangrijkste parameters zijn het aantal bedden, het aantal specialisten en het afgesproken aantal behandelingen en verpleegdagen. De eerste twee parameters zijn niet te veranderen op korte termijn. Als een ziekenhuis nu meer produceert dan het afgesproken aantal behandelingen schiet het budget tekort. Het jaar daarna vindt dan wel een correctie plaats, maar door die extra productie wordt een ziekenhuis dus eigenlijk financieel benadeeld. Dit is een wezenlijk verschil met de profit-sector waar meer productie meer winst tot gevolg heeft.

De medische ethiek schrijft voor dat de gevraagde hulp altijd en zo goed mogelijk moet worden geleverd. Dit heeft tot gevolg dat er vaak niet gedacht wordt aan een kosten/baten-analyse, het versterken of afstoten van bepaalde produkt-marktcombinaties of efficiency.

Medische specialisten zijn in de meeste gevallen zelfstandig gevestigd in maatschappen. In plaats van een professionele organisatie (12) is er hier veel meer sprake van een samenwerkingsverband. Hierdoor wordt het beleid niet alleen bepaald worden door het management van de ziekenhuizen, maar moet er overleg worden gepleegd met de specialisten. Het management staat in de regel ook in minder aanzien dan bij de winstbedrijven. Het is zelfs mogelijk dat in de toekomst de specialisten gaan participeren in het management (4). Dit maakt de het besturen van een ziekenhuis-organisatie veel complexer.

Door het huidige vergoedingssysteem is een ziekenhuis niet vrij de marketing-mix te bepalen. De moeilijke diagnose-groepen brengen minder vergoeding op dan zij kosten.

Het publiek is niet gewend aan marketing-activiteiten van ziekenhuizen. Mogelijk wordt het als niet gewenst beschouwd.

Patiënten en huisartsen hebben er belang bij dat een ziekenhuis een zo breed mogelijk dienstenpakket heeft, zodat men zich maar op een ziekenhuis hoeft te richten.

Marketing in de gezondheidszorg is een betrekkelijk nieuw onderwerp, waarvan vaak het nut nog niet wordt ingezien. Men associeert het met reclame of agressieve verkooptechnieken en het wordt dan ook niet ethisch gevonden.

4.4.

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit een aantal fasen. Deze fasen zijn:

- 1 De literatuurstudie over marketing in de gezondheidszorg (13) en ontwikkelingen in de gezondheidszorg.
- 2 Afbakening van het probleemgebied en maken van een onderzoeksopzet.

- 3 Schatting van de ziekenhuismarkt, zowel huidig als toekomstig.
- 4 Segmentatie van de ziekenhuismarkt.
- 5 In beeld brengen van de positie van een ziekenhuis op de verschillende segmenten.

De rapportage van het onderzoek gebeurt door middel van een verslag over de literatuurstudie (bijzondere opdracht Technisch Universiteit Eindhoven), een voordracht en een verslag over het eindresultaat. Dit is het afstudeerverslag.

De literatuurstudie.

Het maken van de literatuurstudie is bedoeld om inzicht te krijgen in de gezondheidszorg, marketing voor non-profitorganisaties en segmentatie.

Ten tweede heeft de literatuurstudie tot doel om de projectgroep te informeren over de bestaande literatuur op dit gebied voorzover zij die nog niet kende. Als laatste is de literatuurstudie bedoeld om de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te bestuderen.

Voor de literatuurstudie wordt verwezen naar de bijzondere opdracht.

Afbakening probleem en maken van een onderzoeksopzet.

Het duidelijk en scherp definiëren van het probleem is zeer belangrijk voor het verdere verloop van het onderzoek. Het resultaat van deze fase moet een heldere eenduidige probleemstelling zijn.

Schatting van de ziekenhuismarkt.

Als eerste moet er een definitie gegeven worden van wat de markt van een ziekenhuis is. Vervolgens moet de markt kwantitatief worden weergegeven. Een vraag die hierop volgt is hoe de markt zich ontwikkelen. Er moeten schattingen gemaakt worden hoe de markt er in de (nabije) toekomst uit zullen gaan zien.

Segmentatie van de ziekenhuismarkt.

Bij de segmentatie van de markt wordt het onderscheid gemaakt tussen het kiezen voor segmenten als strategische keuze (zie paragraaf 3.3.) en het vormen en analyseren van segmenten. De strategische keuze voor segmentatie hangt af van de ontwikkelingen. Voor de strategische keuze gemaakt kan worden moet er eerst enige zekerheid bestaan over hoe de situatie zich ontwikkelt, met name op het gebied van de financiering. Binnen dit onderzoek worden er verschillende segmenten gevormd en geanalyseerd. Deze segmenten kunnen gebruikt worden afhankelijk van de ontwikkelingen en de strategie die het management wil volgen.

Analyse van de marktpositie van een ziekenhuis.

Na de vorming van de segmenten wordt geanalyseerd hoe de positie van het ziekenhuis binnen die segmenten is. Dit is een interne analyse. Daarbij wordt ook geanalyseerd hoe de markt zich ontwikkeld, evenals de concurrenten.

4.5.

Onderzoeksmethoden

In het onderzoek worden verschillende onderzoeksmethoden gebruikt. Deze methoden zijn:

- 1 Een literatuurstudie: Deze literatuurstudie betreft literatuur over marketing, marketing in de gezondheidszorg, de gezondheidszorg in Nederland en ontwikkelingen in de gezondheidszorg
- 2 Interviews: Dit zijn open interviews met leden van het projectteam van het NZi en management en specialisten van het Diaconessenhuis te Eindhoven.
- 3 Desk-research: De methoden om tot segmentaties te komen zijn ontwikkeld met behulp van gegevens van de SIG (zie paragraaf 4.6). Dit gedeelte van het onderzoek is desk-research geweest op basis van de marktgegevens. Deze gegevens zijn verwerkt per computer.

Verder komen er nog ideeën en informatie voort uit de gesprekken en vergaderingen van de projectgroep en de stuurgroep.

De gegevens van het bestand van de SIG/LMR bevat alle gegevens van de markt van de regio Eindhoven. Dit is gecombineerd met de gegevens van de afdeling BSA van het NZi.

Andere onderzoeksmethoden, zoals enquêtes en zelf meten, zijn niet gebruikt vanwege de beperkte tijd van het afstuderen en de hoge kosten.

4.6.

Gebruikte gegevens.

Binnen dit project zal er uitgegaan moeten worden van de gegevens zoals die reeds bestaan omdat:

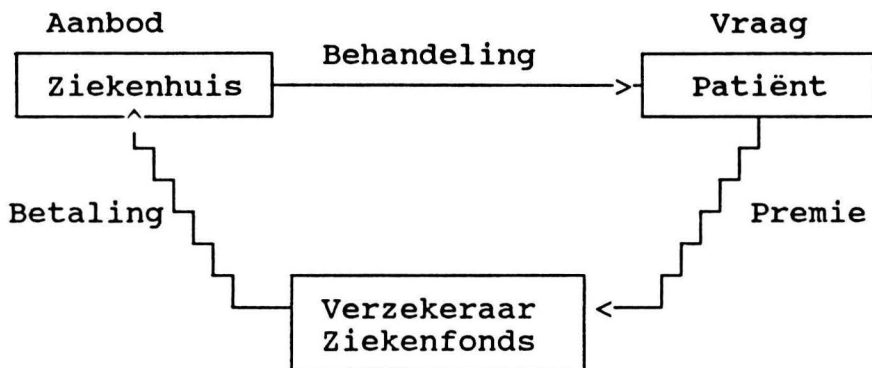
- 1 De LMR heeft een database met onder andere alle patiënt-gegevens van Eindhoven. Een steekproef over deze gegeven kan dus nooit een even betrouwbaar beeld geven.
- 2 Een tweede aspect is het kosten-aspect. De kosten per ondervraagde patiënt kunnen oplopen tot enkele guldens. Deze kosten bestaan dan uit: Porto, papier en druk-kosten, enveloppe, en verwerking van de respons.
- 3 Door de geheimhoudingsplicht van de medici en de weerstand van het publiek tegen ondervragingen over medische zaken is het niet haalbaar om interviews/enquêtes te houden met (ex)-patiënten. Bovendien is het onmogelijk om aan adressen etc. van patiënten te komen. De geheimhouding van persoonlijke gegevens wordt gewaarborgd door de wet persoonsregistratie.

Om zelf een steekproef te gaan houden is dus niet haalbaar. Daarom is besloten om alleen gebruik te maken van de gegevens zoals die al bestaan bij de medische registratie. Voor een gedetailleerde beschrijving van de gebruikte gegevens wordt verwezen naar bijlage 4.

HOOFDSTUK 5 METEN EN VOORSPELLEN VAN DE MARKT.

5.1. Structuur van de markt.

Ziekenhuizen hebben te maken met een consumenten-markt. De dienstverlening wordt geleverd aan de patiënten (consumenten). Het afwijkende van "gewone" transacties is dat de betaling vrijwel altijd geschiedt door een derde partij: De verzekeraars. Dit zijn niet de klanten van de organisatie, maar wel een belanghebbende partij, die naast hun eigen belang ook het belang van de patiënten kunnen verdedigen. De ruiltransactie is een zogenaamde driehoeksruil, omdat er naast de leverancier (ziekenhuis) en consument (patiënt) ook nog een "betaler" is, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de ziekenfondsen (14).



Figuur 5.1: Het koopproces.

In deze scriptie wordt verder niet ingegaan op de rol van de verzekeraars. De patiënt wordt beschouwd als de afnemer van de diensten van het ziekenhuis. De verzekeraars worden beschouwd als de betaler van de dienst. De samenstelling van het dienstenpakket moet dus bepaald zijn door de behoeften van de patiënt.

In principe is iedereen vrij om te kiezen waar en door wie de dienst geleverd wordt, maar vaak kent de patiënt zijn behoefte niet of nauwelijks. Zo zal er vaak voor hem gekozen worden door de doorverwijzers. Dit kunnen huisartsen zijn, of de thuisverpleging. In principe zou iedereen van elk ziekenhuis gebruik kunnen maken, maar in de praktijk komt het er op neer dat in verreweg de meeste gevallen naar een ziekenhuis in de eigen regio. Een ziekenhuis heeft een bepaald verzorgingsgebied, het adhaerentiegebied. Dit adhaerentiegebied is een budget-parameter, dat wil zeggen dat het budget van een ziekenhuis mede bepaald wordt door de grootte van het adhaerentiegebied. Het is tevens een indicatie voor de klinische markt. Het adhaerentiegebied geeft namelijk weer waar de patiënten vandaan komen en welke "marktaandeelen" een ziekenhuis heeft binnen de gebieden, maar zegt niets over de aard van de markt.

5.2. Definitie van de markt

Iedere organisatie die iets aanbiedt om een met het doel een ruiltransactie aan te gaan bevindt zich op een markt.

Om tot een exacte beschrijving van de markt te komen, worden hieronder de definitie gehanteerd zoals die staan in "Marketing management" van P. Kotler. De markt kan als volgt gedefinieerd worden (1, pag 258):

Een markt is de verzameling huidige en potentiële consumenten van een marktaanbod

Voor een ziekenhuis zijn de huidige consumenten de patiënten die gebruik maken van het ziekenhuis, als daartoe de behoefte bestaat. Potentiële consumenten zijn mensen die geen gebruik maken van het

ziekenhuis omdat zij geen behandeling of verzorging nodig hebben op dat moment, of omdat zij gebruik maken van een ander ziekenhuis.

Binnen de totale markt kan de "potentiële markt" onderscheiden worden. De potentiële markt kan als volgt gedefinieerd worden:

De potentiële markt is de verzameling consumenten die een bepaalde interesse hebben in een bepaald marktaanbod.

Aangenomen kan worden dat (vrijwel) iedereen geïnteresseerd is in gezondheidszorg-voorzieningen. Indien er behoefte bestaat aan een behandeling of verzorging moet er een beroep gedaan kunnen worden op een ziekenhuis. Omdat het bezoek van aan een ziekenhuis sterk regio-gebonden is, is de consument vrijwel alleen geïnteresseerd in ziekenhuizen in de eigen regio. Het verzorgingsgebied kan gedefinieerd worden als de potentiële markt. De potentiële markt wordt dus uitgedrukt in een aantal **inwoners!**

Binnen deze potentiële markt bevindt zich de bediende markt.

Het gedeelte van deze markt dat het ziekenhuis probeert te bereiken is de bediende markt. Deze term is wat ongelukkig gekozen omdat deze ten onrechte de indruk wekt dat de markt reeds bediend is.

De bediende markt is dat gedeelte van de potentiële markt waarvoor de organisatie moeite doet om de consumenten aan te trekken en te bedienen.

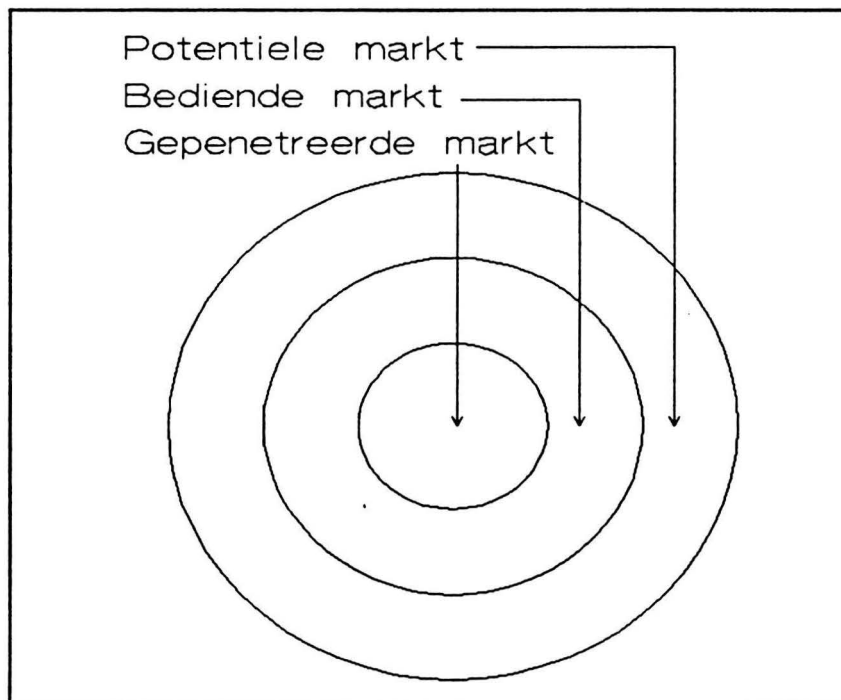
De bediende markt is de verzameling patiënten die door een van de specialismen van het ziekenhuis geholpen kunnen worden. De bediende markt wordt dus uitgedrukt in een aantal **ziekenhuisbezoeken**. Omdat het mogelijk is dat bepaalde mensen een aantal malen per jaar een ziekenhuis bezoekt, kan de bediende markt qua aantal groter zijn dan de potentiële markt.

Binnen de bediende markt ligt de gepenetreerde markt.

De gepenetreerde markt is de verzameling consumenten die tegenwoordig gebruik maken van het produkt van het ziekenhuis.

De gepenetreerde markt wordt dus ook uitgedrukt in een **aantal bezoeken**. Onder het begrip tegenwoordig wordt bedoeld: in de gemeten tijdsduur, dus bijvoorbeeld het laatste jaar.

Figuur 5.2. toont de genoemde markten.



Figuur 5.2.: De markten van een ziekenhuis

5.3.

Het meten van de markt.

De huidige markt kan relatief eenvoudig gemeten worden.

De potentiële markt kan de gezondheidsregio of het primaire verzorgingsgebied zijn. De grootte van de potentiële markt is gelijk aan het aantal inwoners van de regio of het gebied. Deze bevolkingsgegevens kunnen bij een gemeente of uit publikaties worden verkregen. Ook een verdeling naar leeftijdsopbouw en geslacht is hierbij verkrijgbaar.

De bediende markt is onder te verdelen in drie klassen:

- poliklinische patiënten.
- dagbehandeling patiënten.
- klinische patiënten.

Alle patiënten die door een van de aanwezige specialismen geholpen kunnen worden, kunnen beschouwd worden als de bediende markt. Zo zullen reuma-patiënten niet tot de bediende markt horen van een ziekenhuis dat het specialisme reumatologie niet in huis heeft.

Cijfers die een weergave geven van de bediende markt kunnen verkregen worden uit:

- De jaarverslagen van de ziekenhuizen.
- De jaarlijkse publikatie "LMR-rayongrootte"(Bijlage 4)

De gepenetreerde markt is de verzameling patiënten die feitelijk van een ziekenhuis gebruik maakt. Hiervan heeft elk ziekenhuis een registratie.

5.4.

Het voorspellen van de markt.

In de literatuur (1, pag 271-273) worden enkele methoden genoemd om de markt te voorspellen. Deze methoden zijn:

- Schatting op basis van plannen van de consument.
- Schatting van tussenpersonen.
- Schatting op basis van tijdseries
- Statistische vraag-analyse.

Schatting op basis van plannen van de consument.

De grootte van de vraag is niet te schatten op basis van plannen van de consument, immers hij kan vrijwel niet voorspellen of hij al dan niet de behoefte heeft aan een behandeling. Wel kan gekeken worden naar de voorkeur van de patiënt voor een ziekenhuis, indien er gekozen moet worden. De vraag blijft in hoeverre de patiënt of de doorverwijzer de keuze maakt.

Op basis van gedrag is de vraag wel te schatten. Factoren als roken, ongezond eten, roekeloos gedrag etc. beïnvloeden de kans op ziekenhuis-bezoek wel. Dit is echter het gebied van de epidemiologie. In dit onderzoek is hier niet verder op in gegaan omdat van het gedrag van de consument niets geregistreerd staat bekend is.

Schatting op basis van tussenpersonen.

In veel gevallen zal een doorverwijzer een keuze maken voor de patiënt, wat betreft het ziekenhuis. Een doorverwijzer kan een huisarts zijn, een verpleeghuis, een revalidatiecentrum, een inrichting enz. Door de doorverwijzers in een regio te peilen kan een schatting verkregen worden van de toekomstige aantallen patiënten.

Schatting op basis van tijdseries.

Een tijdserie-analyse wordt gemaakt op basis van de vraag in het verleden en kan gesplitst worden in vier componenten:

1 Een trend: Dit geeft het basisniveau en de graad van verandering weer van de marktgrootte. Deze trend kan berekend worden door middel van een regressie analyse op basis van de vraag in het verleden. Door de gevonden lijn te extrapoleren kan een trend worden berekend.

2 Een cyclus: Dit is een periodieke schommeling in het gebruik van de voorzieningen. Hiervan lijkt geen sprake te zijn getuige de volgende tabel:

	1984	1985	1986	1987	1988
Aantal opnamen (*1000)	1366	1360	1320	1292	1293
Aantal dagverpl. (*1000)	165	203	240	274	302
Eerste Polibezoek (*1000)	3565	3894	4061	4467	4894

Tabel 5.1: De productiegegevens van de algemene ziekenhuizen in Nederland, bron Nationaal Ziekenhuisinstituut (7, pag 21).

(Voor de polikliniekbezoeken wordt uitgegaan van de eerste polikliniekbezoeken. Dit gebeurt omdat herhaalbezoeken het gevolg zijn van het behandelingspatroon. Het betreft dan toch dezelfde patiënt)

3 Seizoensinvloed: Dit is een consistent patroon van veranderingen van de vraag binnen het jaar. Hierbij kan gedacht worden aan seizoenen, maanden, vakanties etc. Seizoensinvloeden hebben grote invloed op de planning en het gebruik van capaciteit.

4 Incidenten: Bij incidenten kan gedacht worden aan "toevallige" gebeurtenissen zoals ongelukken, rellen etc. Deze incidenten maken de overige componenten minder duidelijk en kunnen niet voorspeld worden. Wel kan er rekening worden gehouden met een gemiddeld aantal incidenten.

De componenten 3 en 4 zijn voornamelijk van belang voor de capaciteitsplanning. Component 1 en 2 zijn voornamelijk van belang voor het strategisch beleid met betrekking tot de produkt-markt-combinaties.

Statistische vraaganalyse.

Deze analyse bestaat uit een aantal statistische procedures die bedoeld zijn om factoren te onderkennen die de vraag bepalen. Genoemd kunnen worden:

- de omvang van de bevolking.
- de leeftijdsverdeling
- aantal klinische opnamen per 100.000 inwoners, aantal polikliniekbezoeken en dagbehandelingen per 100.000 inwoners.

	Productie/10.000 inwoners				
	1984	1985	1986	1987	1988
Klinisch	945	936	903	878	873
Poli bez.	12092	12187	12076	11897	11880
Dagverpl	114	140	164	186	204

Tabel 5.2. De opname-coëfficiënt voor klinische opnamen (Bron Nationaal Ziekenhuisinstituut(7, pag 21))

Het voorspellingsmodel:

Als eerste zou de vraag voorspeld kunnen worden op basis van de grootte van de bevolking.

Het model wordt dan: $Q(x) = A_x * C$

Waarin $Q(x)$ is de verwachte vraag in jaar X , A_x is de grootte van de bevolking in jaar X en C is de opname-coëfficiënt.

Omdat niet alleen het bevolkingsaantal verandert, maar ook de samenstelling van de bevolking, moet er een splitsing worden gemaakt naar leeftijdsklasse. De opname-coëfficiënt per klasse verschilt, omdat oudere mensen relatief vaker behoefte hebben aan zorg dan jongeren. Door de vergrijzing zijn er dus meer oudere mensen, waardoor de vraag stijgt.

Het model wordt dan:

$$Q(x) = \sum A_{xi} * C_i$$

Waarin:

A_{xi} = De grootte van de leeftijdscategorie i in jaar x
 C_i = Opname-coëfficiënt in leeftijdscategorie i

De laatste jaren is er een afname waar te nemen in van de opname-coëfficiënt voor klinische opnamen en polikliniekbezoeken, en een toename van het aantal eerste-polikliniekbezoeken en dagbehandelingen per 10.000 inwoners.

De vraag in jaar X kan dan omschreven worden als:

$$Q(x) = \sum (A_{xi} * (C_i + \delta_x))$$

Waarin

$Q(x)$ = De verwachte vraag in jaar x
 A_{xi} = De grootte van leeftijdscategorie i in jaar x
 C_i = Opname-coëfficiënt in leeftijdscategorie i .
 δ_x = Verandering opname-coëfficiënt van 1988 tot jaar x

De factor δ_x kan berekend worden door de jaarlijkse toename/afname van de opname-coëfficiënt te berekenen en deze te vermenigvuldigen met het verschil tussen jaartal x en 1988.

Voorbeeld: Stel de opname-coëfficiënt daalt jaarlijks met 20 per 10.000 inwoners. Voor 1995 is δ dan $1995-1988 = 7 * -20 = -140$

Beperkingen van het model

In dit model is dus de aanname gemaakt dat de verandering van de opname-coëfficiënten lineair doorzet. De medische techniek moet zich dan blijven ontwikkelen zoals die de afgelopen jaren gedaan heeft. Kan in de toekomst niet meer gedaan worden in dagbehandelingen dan is er een stijging te verwachten van de klinische vraag door de vergrijzing.

HOOFDSTUK 6 SEGMENTATIE.

6.1 Inleiding

De segmenten kunnen op vele manieren worden samengesteld. Aan de hand van variabelen (bases voor segmentatie) wordt de markt onderverdeeld. Bases voor segmentatie zijn in te delen in 4 categorieën. Zo kunnen de meetprocedures voor de bases:

- A Objectief gemeten worden
- B Afgeleid zijn

De consument-karakteristieken kunnen:

- A Algemeen zijn
- B Situatie-specifiek zijn

Deze combinaties zijn in matrix gezet de volgende:

		CONSUMENT KARAKTERISTIEKEN	
		ALGEMEEN	SITUATIE-SPECIFIEK
M E E T P R O C E D U R E S	OBJECTIEF	Demografisch (leeftijd, geslacht, woonplaats etc) Socio-economische factoren	Consumptiepatroon Merkentrouw Koop-situaties
	AFGELEID	Persoonlijkheid Leefstijl	Attitudes Perceptie en voorkeur

Tabel 6.1: Een classificatie voor segmentatie-bases.(Bron Frank, Massy and Wind, 15 pag 27))

In de literatuur zijn nog legio andere bases voor segmentatie te vinden. De belangrijkste zijn:

Kotler(1, pag 287): Geografisch (regio, stadsgrootte), Demografisch (leeftijd, geslacht, familie-grootte, nationaliteit, beroep, opleiding, geloof, ras), Psychografisch (sociale klasse, leefstijl, persoonlijkheid) Gedragsbeschrijvend (koop-gelegenheid, behoefte, gebruikersstatus, mate van gebruik, mate van trouw, mate van bekendheid, attitude)

In de literatuur over de gezondheidszorg treft men de volgende bases aan:

Braaksma(16): Verdeelt de markt naar specialismen, bijvoorbeeld, cardiologie-patiënten, gynaecologie-patiënten etc.

Van Es(17): Ongevalsepatiënten, patiënten die volgens de huisarts een behandeling moeten ondergaan, patiënten bij wie vooral diagnostische problemen bestaan en patiënten met een chronische aandoening.

Van Lammeren(18, 19): Segmenteer op basis van diagnose of diagnosegroepen. Deze diagnosegroepen kunnen geclusterd worden op basis van de kans op operatie en percentage spoedopnamen. De problemen van de patiënten worden gepresenteerd in de concepten van de hulpverleners.

De segmentatie van Braaksma is een produkt-georiënteerde segmentatie. De criteria van Kotler en Frank, Massy and Wind zijn niet toegepast op de gezondheidszorg. Van Lammeren en Van Es gaan

uit van patiëntkenmerken, in plaats van algemene consument-kenmerken. Wat opvalt is dat de segmenten van van Lammeren en van van Es een bepaalde overeenkomst hebben. Ongevalspatiënten zullen vooral met spoed en operatie worden opgenomen. Diagnostische patiënten hebben in het algemeen geen operatie nodig en ook geen spoedopname. De overige patiënten kan men elk van de segmenten tegenkomen.

Bij een segmentatie is men vrij om bases te kiezen. Er moet wel zo gekozen worden dat de segmenten aan de volgende eisen moeten voldoen:

- 1 Het segment moet meetbaar zijn. Er moeten voldoende gegevens van dat segment te achterhalen zijn (9 pag 251, 15 pag 27-28).
- 2 Het segment moet toegankelijk zijn voor de organisatie. Het ziekenhuis moet de patiënten waar het zich op richt ook kunnen bereiken (9 pag 251, 15 pag 27-28).
- 3 Het segment moet groot genoeg zijn om tot winst te kunnen leiden (9 pag 251, 15 pag 27-28). Voor ziekenhuizen betekent dit: Groot genoeg om het ziekenhuis bestaansrecht te geven.
- 4 De behoefte binnen de segmenten moeten homogeen zijn (15 pag 27-28). (zie paragraaf 6.2)

6.2.

Beschrijving van het produktaspecten van ziekenhuizen.

Ziekenhuizen leveren een complex produkt. Omdat het produkt een dienst is, is het niet tastbaar. Om het produkt te beschrijven, moet er dus uitgegaan worden van aspecten van het produkt. Van der Hart noemt als aspecten (2, pag 425):

Logistiek, informatie aan patiënt, specialisme, additionele zorg, hotelfunctie en bezoek.

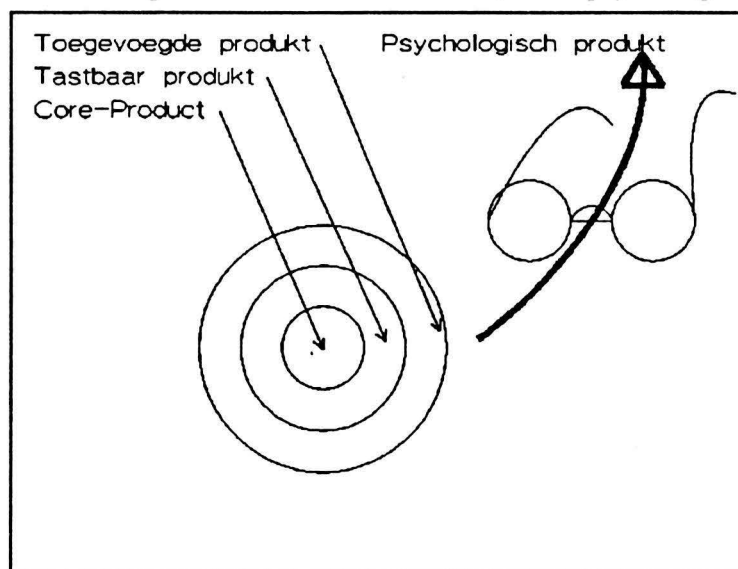
Binnen een produkt of dienst kunnen verschillende niveaus worden onderscheiden (1 pag 446, 9 pag 331, 20 pag 26-27). Deze niveaus zijn:

- core-product
- tastbaar produkt
- toegevoegd produkt
- psychologisch produkt

Het eerste niveau is het "core-product". Dit is de functie van het produkt. De patiënt komt niet voor een operatie, een injectie of een aantal verpleegdagen, maar voor genezing, verzorging, geruststelling of vermindering van lijden.

Hoe deze functie ingevuld wordt, is het tastbare produkt zijn. Dit kan bestaan uit een operatie, behandeling, verpleging etc.

Het toegevoegde produkt bestaat uit zaken als imago, sfeer van het ziekenhuis, communicatie met de patiënt, wachttijd etc. Hoe de patiënt dit alles waarneemt, is het psychologische produkt. Zie figuur 6.1:



Afbeelding 6.1: Het produkt van een ziekenhuis

Omdat binnen dit onderzoek uitgegaan moet worden van gegevens zoals die geregistreerd staan (zie pag 18), wordt het produkt omschreven aan de hand van de volgende aspecten :

- spoed opname/geen spoedopname
- opname specialisme
- overige specialismen
- operaties
- verpleegduur
- diagnose
- ontslag

Deze aspecten van het produkt vormen het tastbare produkt.

Het produkt moet aansluiten bij de behoeften van de patiënt (sociale marketing-oriëntatie). De moeilijkheid in de gezondheidszorg is dat de patiënt zijn behoeften niet altijd kent. De manier waarop de behoeften worden ingevuld (is tastbare produkt) wordt beslist door de specialist. De patiënt kent meestal wel zijn behoefte op het niveau van het "core-produkt". Zo zal hij (of zijn doorverwijzer) weten dat hij behoefte heeft aan een behandeling om pijn te verlichten, een verzorging etc. Hoe die behoefte wordt vertaald naar behandeling of verzorging beslist de specialist. De patiënt kent wel weer zijn behoefte op het niveau van het toegevoegde produkt. Zo zal hij een oordeel hebben over de wachttijd, verpleging, behandelingscommunicatie etc. Zie tabel 6.2.

Wie bepaalt de behoefte:			
Produkt-niveau:	Patiënt	Doorverwijzer	Specialist
Core-product	*	*	*
Tastbaar produkt			*
Toegevoegd produkt	*		

Tabel 6.2: Wie bepaalt de behoefte van de patiënt?

6.3. Redenen voor segmentatie.

In hoofdstuk 3 zijn vier mogelijke scenario's voor de marktsituatie binnen de gezondheidszorg beschreven.

Deze scenario's zijn:

- 1: Het scenario waarin een marktwerking ontstaat, waarop de ziekenhuizen reageren met een specialisatie (= target-marketing)
- 2: Het scenario waarin een marktwerking ontstaat maar de ziekenhuizen een breed dienstenpakket willen blijven leveren (= dienstgedifferentieerde marketing)
- 3: Het scenario waarin de gezondheidszorg gereguleerd blijft en er een specialisatie ontstaat. Dit is geen waarschijnlijke situatie, omdat er geen prikkel aanwezig om bepaalde activiteiten af te stoten. Dit scenario zal dan ook buiten beschouwing worden gelaten.
- 4: Het scenario waarin de gezondheidszorg gereguleerd blijft en de ziekenhuizen een breed dienstenpakket blijven leveren.

Scenario 1 (marktwerking en specialisatie)

In de situatie waarin er een marktwerking is en de ziekenhuizen kiezen voor een corebusiness, moet de markt gesegmenteerd worden. De ziekenhuizen hebben een of enkele produkten voor een doelgroep. Doordat de organisatie zich richt op die doelgroep kan er dus optimaal aan de behoeften

van die doelgroep worden voldaan. Hierdoor staat het ziekenhuis sterker dan ziekenhuizen die geen onderscheid maken tussen de segmenten. Dit levert dus een concurrentievoordeel op voor de organisatie.

De voordelen van een segmentatie zijn dus:

- een betere afstemming van prijs, produkt promotie, plaats en personeel op de behoeften van de patiënt.
- een betere positie om verandering in de markt te onderkennen.
- het afschermen van de concurrentie door een unieke produkt/marktcombinatie.
- kwaliteitsverbetering

Scenario 2 (marktwerking en differentiatie)

In de situatie waarin er marktwerking ontstaat en de ziekenhuizen blijven kiezen voor een breed dienstenpakket is het segmenteren van de markt een zinvolle methode om verschuivingen te analyseren. In deze situatie is de segmentatie sterk probleem gericht. Vragen met betrekking tot de samenstelling van de patiëntenpopulatie kunnen geanalyseerd worden (bijvoorbeeld, waarom komen er in dit ziekenhuis zo weinig ouderen, patiënten met diagnose X, langdurige patiënten, of patiënten uit gemeente Z?). Door eventuele verschillen tussen de werkelijke aantallen en verwachte aantallen op te sporen kan een ziekenhuis de marketingmix op die segmenten aanpassen, zodat er beter aan de behoefte van de patiënten voldaan kan worden. Voordelen van segmentatie zijn:

- een betere afstemming van prijs, produkt promotie, plaats en personeel op de behoeften van de patiënt.
- zicht op patiënten-stromen
- kwaliteitsverbetering

Scenario 3:(geen marktwerking en wel specialisatie)

Niet waarschijnlijk (zie blz 13)

Scenario 4 (geen marktwerking en differentiatie)

Deze situatie staat dicht bij de huidige situatie van ziekenhuizen. Omdat er geen prijssignaal is, bestaat de kans dat de ziekenhuizen diensten leveren die niet aansluiten bij de behoefte van de markt (vgl 8). Door segmenten te onderscheiden, de behoeften binnen de segmenten te onderzoeken en de marketingmix daar op aan te passen, kan een ziekenhuis beter aan de behoeften van de markt voldoen. De ziekenhuizen nemen dan de klant als uitgangspunt in plaats van het produkt of de verkoop daarvan. In dit scenario kan marketing gebruikt worden als een instrument om te analyseren of de organisatie haar functie vervult. Voordelen van segmentatie zijn:

- een betere afstemming van prijs, produkt promotie, plaats en personeel op de behoeften van de patiënt.
- zicht op patiënten-stromen
- kwaliteitsverbetering

6.4.

Segmentatie van de markt.

De markt kan op vele manieren gesegmenteerd worden, echter een goede segmentatie sluit aan bij de behoeften van de patiënt (zie paragraaf 26). De keuze voor de segmentatie zal in de verschillende scenario verschillen.

6.4.1.

Segmentatie in scenario 1

In scenario 1 gaat het om de keuze van produkt-marktcombinaties van een ziekenhuis. Hierbij kan gedacht worden aan een ziekenhuis dat kiest voor patiënten die geopereerd moeten worden. De ziekenhuizen kiezen een bepaald segment van de markt en een daarbij behorende dienst. Dit is een strategische keuze. De organisatie, de middelen, mensen en de marketingmix van een ziekenhuis worden afgestemd op het gekozen segment. Dit moet het ziekenhuis een concurrentievoordeel opleveren (niche-strategie). Met name het produkt, of aspecten daarvan, moet uniek zijn, omdat anders de bereidheid van de patiënten om het dichtstbijzijnde ziekenhuis niet te nemen niet groot is. Enkele segmenten in dit scenario zijn:

- diagnose of diagnosegroep

- acute/niet-acute patiënten met wel/geen operatie.
- diagnoses op basis van acuut/operatie
- overige

Diagnose of diagnosegroep.(18, 19)

Een ziekenhuis kan kiezen voor een diagnose of diagnosegroep. Het voordeel van deze segmentatie is dat een ziekenhuis gespecialiseerd is in een patiënten-groep. Hierdoor kan een behandeling meer kwaliteit hebben, kunnen er grotere produktie-aantallen gehaald worden door een betere bezetting van personeel en middelen. Een nadeel kan zijn dat de plaats waar de dienst plaatsvindt mogelijk voor de patiënt niet meer optimaal is. Men heeft niet meer alles in het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Daarnaast kan opgemerkt worden dat de diagnose het einde van het proces is. Mogelijk zou er gesegmenteerd kunnen worden op klachten-patronen

Acute hulp/Operatie

Een patiënt kan al dan niet een behoefte hebben aan acute hulp. (acute hulpverlening is een medische indicatie). De behoefte kan ingevuld worden door een operatie of een andere behandeling. Dit gecombineerd in een matrix geeft 4 segmenten:

		GEEN OPERATIE	WEL OPERATIE
Opname -indicatie	NIET ACUUT	"Care ziekenhuis" Segment 1	"Operatiekliniek" Segment 2
	ACUUT	"Eerste hulp" Segment 3	"Trauma-centrum" Segment 4

Tabel 6.3: Segmentatie op basis van opname-indicatie en operatie.

Een voordeel van deze segmentatie is dat de organisatie gemakkelijk aangepast kan worden aan het gekozen segment.

Segment 1 bestaat uit patiënten die komen voor een diagnose-stelling of een niet-acute behandeling. Deze patiënten zijn dus planbaar. Het ziekenhuis heeft dus geen uitgebreide operatie-faciliteiten nodig, en ook geen Eerste Hulp. Door de grote planbaarheid is er een relatief hoge bezettingsgraad te behalen, met weinig verlies van capaciteit. Er zijn dus geen extra bedden en mensen nodig voor mogelijke spoedgevallen. De organisatie zou omschreven kunnen worden als een soort **care ziekenhuis**.

Segment 2 bestaat uit patiënten die ook planbaar zijn, maar die geopereerd moeten worden. Cok hier kan een hoge bezettingsgraad gehaald worden, met een strak operatieplan. Er kan zelfs gedacht worden aan het clusteren van gelijksoortige operaties om verliezen door "omsteltijden" te voorkomen. Deze organisatievorm kan omschreven worden als een **operatiekliniek**.

Segment 3 bestaat uit patiënten die met spoed hulp nodig hebben, maar niet geopereerd hoeven te worden. Het feit dat er met spoed opgenomen wordt, houdt in dat dit niet planbaar is. Er zal dus altijd overcapaciteit moeten zijn. Bovendien moeten de patiënten intensief bewaakt worden. De organisatievorm van het ziekenhuis kan omschreven worden als een **eerste hulp**.

Segment 4 bestaat uit patiënten die acuut hulp nodig hebben en die geopereerd moeten worden. De bijbehorende organisatievorm is een soort **traumacentrum**. Er zal overcapaciteit moeten zijn, zowel wat bedden betreft als ook in de operatiekamer. Ook de plaats en het vervoer er naar toe is hierbij van extra belang.

Het voordeel van deze segmentatie is dat ziekenhuizen die zich op segment 1 en 2 specialiseren een vrij stabiele planning kunnen maken. Ziekenhuizen gericht op segment 3 en 4 hebben dit niet, maar zij zijn berekend op spoedgevallen. De benodigde faciliteiten kunnen efficiënter worden gebruikt en de totale overcapaciteit is minder dan dat de ziekenhuizen elk afzonderlijk overcapaciteit moeten reserveren. Een nadeel van deze segmentatie is dat er een groot verschil is tussen de diagnoses en behandelwijzen van de patiënten in de segmenten.

3 Diagnoses op basis van acute opname en operatie

Om het nadeel van de mogelijkheden 1 en 2 te voorkomen, kunnen de patiënten met een bepaalde diagnose ingedeeld worden op percentage acuut en kans op operatie. De volgende matrix ontstaat dan:

		KANS OP OPERATIEF AANGRIJPEN		
		<33%	34-66%	>66%
PERCENTAGE ACUUT	<33%	SEGMENT 1	SEGMENT 2	SEGMENT 3
	34-66%	SEGMENT 4	SEGMENT 5	SEGMENT 6
	>66%	SEGMENT 7	SEGMENT 8	SEGMENT 9

Tabel 6.4: Segmentatie op basis van diagnoses verdeeld naar kans op operatie en percentage acuut.

Dit wordt bekeken voor diagnoses. Eerst moet bekeken worden welke diagnoses in welke van de negen segmenten zitten en daarna moeten de patiënten van de diagnosegroepen gesommeerd worden. Indien de diagnose X in 1989 bij 100 mensen wordt geconstateerd, waarvan er 56 de opname-indicatie acuut hebben, en 95 worden geopereerd dan is het percentage acuut 56% en de kans op operatie 95%. Alle mensen met diagnose X komen dan in segment 6. Het voordeel van deze segmentatie is dat de segmenten uit een beperkt aantal diagnoses of diagnose-groepen bestaan. Hierop kan een ziekenhuis zijn organisatie inrichten.

4 Andere mogelijkheden zijn segmentatie op basis van leeftijd of verpleegduur. Nadeel van deze segmentatie is dat de patiënten-categorieën niet homogeen zijn. Zo zullen er grote verschillen zijn tussen oudere mensen of tussen mensen met een lange verpleegduur. Het sociale aspect kan bij deze segmentatie wel een voordeel zijn.

6.4.2.

Segmentatie in scenario 2.

In scenario 2 (marktwerking en een breed dienstenpakket) dient een segmentatie als analyse. Een ziekenhuis kiest in deze situatie niet voor een core-business. Wel moeten er voldoende grote productie-aantallen moet gehaald worden om prijsconcurrerend te kunnen zijn. Een segmentatie kan gebruikt worden om te analyseren of de werkelijke patiëntengroepen overeenkomen met de verwachte of gewenste patiëntengroepen. In dit scenario zijn de volgende mogelijkheden voor segmentatie:

- mogelijkheden zoals genoemd in scenario 1
- een verdeling van diagnoses op spoed en operatie
- een verdeling van patiënten naar spoed en acuut
- geografische herkomst
- herkomst en bestemming van instelling

Een verdeling van diagnoses naar spoed en operatie

In plaats van de opname-indicatie *acuut* (medische noodzaak tot snelle opname) kan ook de variabele *spoed* worden genomen. Spoed houdt in dat er een opname heeft plaatsgevonden die anders is dan volgens de normale administratieve procedures. Voor een analyse in een bestaande situatie is een spoedopname een gegeven, er wordt immers niet gekozen, alleen geanalyseerd. Zo ontstaat de "Van Lammeren-matrix (18, 19):

		KANS OP OPERATIEF AANGRIJPEN		
		<33%	34-66%	>66%
PERCENTAGE SPOED	<33%	SEGMENT 1*	SEGMENT 2*	SEGMENT 3*
	34-66%	SEGMENT 4*	SEGMENT 5*	SEGMENT 6*
	>66%	SEGMENT 7*	SEGMENT 8*	SEGMENT 9*

Tabel 6.5: Segmentatie op basis van diagnoses verdeeld naar kans op operatie en percentage spoed.

Het verschil tussen deze segmentatie en de segmentatie in scenario 1 ontstaat doordat er patiënten met spoed worden opgenomen die niet de medische indicatie acuut hebben en omgekeerd. Dit is in de volgende matrix te zien:

Segmentatie op basis van acuut/niet acuut en spoed/geen spoed

		OPNAME	
		SPOED	GEEN SPOED
INDICATIE	ACUUT	SEGMENT 1	SEGMENT 2
	NIET ACUUT	SEGMENT 3	SEGMENT 4

Tabel 6.6. Segmentatie op basis van spoedopnamen en operatie.

Segment 1 en 4 zijn in principe patiënten die een produkt (spoedopname of geen spoedopname) krijgen waar zij behoefte aan hebben (opname-indicatie). Segment 2 bestaat uit patiënten die wel de behoefte hebben aan een spoedopname omdat de medische indicatie acuut hulp is, maar dit niet krijgen. Dit is strijdig met de marketing-oriëntatie! Segment 3 bestaat uit patiënten die niet acuut zijn, maar wel een spoedopname krijgen. Alleen in gevallen van onzekerheid over de aard van de ziekte kan een spoedopname gewenst zijn. Misschien zal een patiënt wel blij zijn met een snelle opname, ondanks dat daar niet direct een noodzaak voor is, maar een spoedopname brengt hogere kosten met zich mee. Hierdoor voldoet een spoedopname niet aan de sociale marketing-oriëntatie. Het is misschien wel wat de patiënt wil, maar het is strijdig met het belang van de maatschappij in het geheel. Deze matrix kan gebruikt worden om intern te sturen om een afstemming te krijgen tussen produkt en behoefte.

Geografische herkomst

Omdat er in dit scenario een marktwerking is, moet het ziekenhuis voldoende patiënten krijgen om prijsconcurrerend te zijn. Het ziekenhuis is niet gespecialiseerd en levert dus een breed dienstenpakket dat niet wezenlijk verschilt van het pakket van een ander ziekenhuis. Om toch voldoende patiënten te krijgen zal het ziekenhuis het verzorgingsgebied moeten uitbreiden. De plaats van herkomst van patiënten wordt hierdoor erg belangrijk. Er moet dus gesegmenteerd worden op basis van de plaats. Dit kan op twee manieren worden opgevat. Ten eerste kan de geografische plaats worden gekozen als basis voor segmentatie. Per gemeente kan het marktaandeel worden berekend en vergeleken met het verwachte aandeel. Het verwachte aandeel kan geschat door middel van lineaire regressie. Het

marktaandeel in een gemeente wordt dan afgezet tegen de afstand van die gemeente tot het ziekenhuis. De berekende regressie-lijn geeft de relatie van het marktaandeel een de afstand. Gemeenten die een onder die regressie-lijn liggen, hebben een lager marktaandeel dan verwacht kan worden. De weinige doorverwijzing van een huisarts zou een van oorzaken kunnen zijn.

Herkomst en bestemming van instelling

De herkomst en bestemming van de patiënten kan als segmentatie-basis worden genomen. De plaats van herkomst is dan het kanaal waarlangs de patiënt naar het ziekenhuis is gekomen. De bestemming is de instantie of plaats waar na de patiënt toe gaat na ontslag uit het ziekenhuis. Zie matrix 6.7:

		BESTEMMING						
		HUIS	ANDER ZHS	REVALI DATIE	ANDERE INR.	PSYCH INR	VERPLHUIS	ELDERS
H E R K O M S T	EIGEN EHBO							
	EIG. POLI							
	RECHTSTR.							
	POLI, EHBO ANDER ZHS							
	ANDER ZHS							
	REVALIDATIE							
	PSYCH INR.							
	VERPLEEGHS.							
	ANDERE INR							
OVERIG								

Tabel 6.7: Segmentatie op basis van herkomst en bestemming van patiënten.

Met deze matrix kan geanalyseerd worden welke segmenten te weinig vertegenwoordigd zijn en welke segmenten te "vol" zijn. Met de doorverwijzers kunnen afspraken gemaakt worden over de op te nemen patiënten, met de "afnemers" kunnen de op te nemen aantallen worden afgesproken. Dit kan een bijdrage zijn voor de oplossing van de "verkeerde bedden" problematiek, waar patiënten te lang in een ziekenhuis blijven omdat er in een verpleeghuis geen plaats is. Met deze segmentatie kan het ziekenhuis sturen op haar markt.

6.4.3.

Segmentatie in scenario 4.

In scenario 4 (geen marktwerking en een breed dienstenpakket) moet een ziekenhuis zelf bekijken of zij inderdaad aan de behoeften van haar markt doet. Er is geen prijssignaal van de markt naar het ziekenhuis. Het ziekenhuis kan per segment kijken of de toeloop naar het ziekenhuis boven, onder of gelijk aan de verwachting is. Mogelijkheden zijn:

- de onder scenario 1 en 2 genoemde bases
- specialismen

Specialismen

Een mogelijkheid is een analyse per specialisme (16). Per specialisme worden de volgende kengetallen berekend:

MARKT:

ORGANISATIE

Grootte

Marktaandeel

Groei van de markt

Groei marktaandeel

Marktaandeel tov de grootste concurrent

Door deze grootheden tegen elkaar af te zetten in een matrix ontstaat een beeld van de markt en de positie van het ziekenhuis op die markt.

Dit is te zien in bijlage 7.

In verband met de vertrouwelijkheid van de gegevens kan hoofdstuk 7 niet openbaar gemaakt worden.

HOOFDSTUK 8

8.1.

Conclusies afstudeeronderzoek.

De belangrijkste conclusies van het afstudeeronderzoek zijn:

- Ontwikkelingen die de positie van het ziekenhuis veranderen
- Drie mogelijke toekomstscenario's
- Per scenario een ander marketing-beleid
- Een schatting van de markt
- Segmentatie is afhankelijk van het scenario

Ontwikkelingen die de positie van het ziekenhuis veranderen

Er zijn ontwikkelingen die de marktpositie van de algemene ziekenhuizen veranderen. Door de keuze mogelijkheid van verzekeraars tussen ziekenhuizen, kan er een bepaalde concurrentie optreden tussen de ziekenhuizen. Door de functie-gerichte budgettering kan er een concurrentie ontstaan tussen ziekenhuizen en extra-murale instellingen. Door de steeds verdergaande specialisatie van kennis en apparatuur (en de groter wordende investeringen, zal het voor de ziekenhuizen steeds moeilijker worden om een volledig, breed dienstenpakket te blijven leveren.

Drie mogelijke toekomstscenario's

Door deze ontwikkelingen zijn er 3 toekomstscenario's denkbaar. Als de verwachte marktwerking inderdaad ontstaat, kunnen de ziekenhuizen reageren door een specialisatie. De kans hierop is groter naarmate de marktwerking groter is. Dit is **scenario 1**. Een tweede mogelijkheid is dat er marktwerking ontstaat en dat ziekenhuizen een breed dienstenpakket blijven leveren. Dit is **scenario 2**. Het scenario waarbij er geen marktwerking ontstaat en de ziekenhuizen zich specialiseren (**scenario 3**) is niet waarschijnlijk. **Scenario 4** is het scenario waarbij er geen marktwerking ontstaat. Ziekenhuizen hebben dan geen prikkel om bepaalde activiteiten af te stoten. Zij zullen dus een breed dienstenpakket blijven leveren.

Per scenario een ander marketing-beleid

Binnen elk van de drie scenario's zal de nadruk op andere aspecten van het marketingbeleid komen te liggen. In **scenario 1** (marktwerking en specialisatie) ligt de nadruk van het marketing beleid op het kiezen van bepaalde segmenten. De aantrekkelijkheid van de markt zal beoordeeld moeten worden en door de specialisatie wil het ziekenhuis zich afschermen tegen concurrentie. De markt en de concurrentie zullen continue geanalyseerd moeten worden.

In **scenario 2** (marktwerking en een breed dienstenpakket) ligt de nadruk van het marketingbeleid op expansie. De ziekenhuizen concurreren met een breed dienstenpakket. Om per aangeboden dienst voldoende patiënten te verkrijgen, zal het beleid erop gericht zijn om huidige markt te behouden en nieuwe patiënten aantrekken. In dit scenario zijn prijs, promotie, plaat en personeel extra van belang. **Scenario 3** (geen marktwerking en specialisatie) is niet waarschijnlijk.

Scenario 4 (geen marktwerking en breed dienstenpakket) is een scenario dat niet ver af staat van de huidige situatie. Marketing kan gebruikt worden om een betere afstemming te verkrijgen tussen de behoeften van de markt en het aangeboden dienstenpakket.

Om tijdig op de veranderende omgeving te kunnen reageren, moeten de algemene ziekenhuizen tijdig beginnen met het opstellen van hun marketing beleid.

Een schatting van de markt

De eerste stap in het maken van het marketingbeleid is de situatie-analyse. Als eerste kan de markt worden gemeten en voorspeld.

De markt bestaat uit 3 niveaus:

- de potentiële markt: dit zijn de inwoners van het verzorgingsgebied. De grootte van het inwonersaantal van het verzorgingsgebied kan opgevraagd worden bij de gemeente of het CBS.
- de bediende markt: dit is het totaal aantal bezoeken in de regio bij de specialisten die het ziekenhuis in huis heeft. Gegevens hierover zijn te vinden uit de jaarlijkse publicaties die de ziekenhuizen van de SIG ontvangen.
- de gepenetreerde markt: dit zijn het aantal bezoeken aan het eigen ziekenhuis. Hiervan heeft elk ziekenhuis een eigen registratie.

De toekomstige markt kan geschat worden op basis van:

- bevolkingsgrootte in de regio.
- de verdeling van de inwoners over de verschillende leeftijdscategorieën
- de afname van het aantal klinische opnamen, de toename van het aantal eerste polikliniekbezoeken en de toename van het aantal dagbehandelingen.

Segmentatie is afhankelijk van het scenario

Een tweede stap in de situatie-analyse is de segmentatie. De bases voor segmentatie worden bepaald door het scenario. In ieder scenario zullen andere eisen gesteld worden aan de segmentatie.

In **scenario 1** wordt er gesegmenteerd met het doel om tot segmenten te komen waarvoor een ziekenhuis kan kiezen. Er wordt immers gespecialiseerd. Mogelijke keuzen kunnen zijn

- Diagnose of diagnosegroepen: hierdoor kan kwaliteitsverbetering ontstaan doordat een ziekenhuis dezelfde soorten patiënten heeft. Een tweede voordeel is dat er veel gelijksoortige patiënten komen, waardoor er grotere produktie-aantallen gehaald kunnen worden. Dit werkt kostprijsverlagend.
- Een segmentatie van patiënten op acuut/niet acuut en operatie/geen operatie. Dit levert 4 segmenten op. Het eerste segment (niet acuut/geen operatie) bestaat uit planbare patiënten die geen operatie nodig hebben. Ziekenhuizen die dit segment bedienen kunnen worden omschreven als een soort **verpleeghuis**. Het tweede segment (niet acuut/wel operatie) bevat planbare operatiepatiënten. De organisatie zou omschreven kunnen worden als **operatiekliniek**. Het derde segment (acuut en geen operatie) kan bediend worden door een **eerste hulp**. Het laatste segment (acuut en operatie) past bij een **traumacentrum**.

Een voordeel van deze segmentatie is dat per segment één organisatievorm nodig is.

- Een verdeling van diagnosegroepen op kans op operatie en percentage acuut. Hierdoor worden gelijksoortige diagnosegroepen geclusterd. Dit levert een specialisatie op in die diagnosegroepen -> betere kwaliteit en efficiency. Daarnaast kan ook de organisatie van het ziekenhuis beter worden afgestemd op een beperkt aantal diagnosegroepen.

In **scenario 2** (marktwerking en een breed dienstenpakket) moeten de ziekenhuizen voldoende patiënten trekken. Om een goed zicht te hebben op de patiënten-stromen, moet de markt gesegmenteerd worden. Per segment kan geanalyseerd worden of er voldoende patiënten naar het ziekenhuis komen. Segmentatie dient hier dus als analyse.

Mogelijke bases voor segmentatie zijn:

- de onder scenario 1 genoemde bases.
- een verdeling van diagnoses naar percentage **spoed** en kans op operatie.
- Een verdeling van patiënten op acuut/niet acuut en spoed/geen spoed. Dit levert 4 segmenten op. Het eerste segment (spoed en acuut) zijn de patiënten die acuut hulp nodig hebben en met spoed worden opgenomen. Het tweede segment (acuut en geen spoedopname) zijn de patiënten die wel de behoefte hebben aan acute hulp, maar die niet krijgen, bijv wegens capaciteitsgebrek. Het derde segment (niet acuut, wel spoedopname) zijn de patiënten die een spoedopname krijgen, zonder dat hier direct een medische noodzaak voor is. Het vierde segment (niet acuut en geen spoedopname) zijn de patiënten die niet acuut zijn en ook geen spoedopnamen krijgen. Segment 2 en 3 zijn segmenten die zo klein mogelijk moeten zijn, omdat het produkt (soort opname) niet aansluit bij de behoefte
- Een verdeling van patiënten naar geografische herkomst. Omdat de ziekenhuizen voldoende patiënten moeten krijgen, is het erg belangrijk om de herkomst van de patiënten continue te analyseren. Is het marktaandeel in een bepaalde gemeente erg laag, dan moet de oorzaak daarvoor gezocht worden. Het kan zijn dat de doorverwijzers in die gemeente niet genoeg doorverwijzen naar het ziekenhuis.
- Een verdeling van patiënten naar herkomst en bestemming wat betreft instelling. Hierbij kan per doorverwijzer geanalyseerd worden wat het marktaandeel is.

Scenario 3 (geen marktwerking en specialisatie) is niet waarschijnlijk.

In **scenario 4** (geen marktwerking en een breed dienstenpakket) moet het ziekenhuis zelf analyseren of het geboden dienstenpakket aansluit bij de behoefte van de markt. Mogelijke bases voor segmentatie zijn:

- de onder 1 en 2 genoemde basis.
- een analyse van de specialismen. Per specialisme kunnen de volgende grootheden berekend worden:

DE MARKT
 Marktgrootte
 Groei van de markt

EIGEN ZIEKENHUIS
 Marktaandeel
 Groei marktaandeel
 Aandeel tov de grootste concurrent

Deze grootheden kunnen gecombineerd worden in verschillende matrixen. Dit geeft een beeld van de marktpositie van het ziekenhuis.

In het kort:

BASES VOOR SEGMENTATIE	OMGEVING		
	SCENARIO 1	SCENARIO 2	SCENARIO 4
diagnose of diagnosegroep	*	*	*
segmentatie van patiënten op acuut/niet acuut en operatie/geen operatie	*	*	*
verdeling van diagnosegroepen op kans op operatie en percentage acuut	*	*	*
een verdeling van diagnoses naar percentage spoed en kans op operatie.		*	*
een verdeling van patiënten op acuut/niet acuut en spoed/geen spoed.		*	*
een verdeling van patiënten naar geografische herkomst.		*	*
een verdeling van patiënten naar herkomst en bestemming van instelling		*	*
een verdeling van patiënten naar specialisme			*

8.2 Aanbevelingen

De aanbevelingen van dit afstudeeronderzoek zijn:

- Ziekenhuizen moeten een beleid hebben voor de 3 scenario's
- Tijdig beginnen met het maken van een situatie-analyse
- Registreren van het interne proces is noodzakelijk.
- Huidige informatiesysteem moet worden aangepast voor het gebruik van marketing

Ziekenhuizen moeten een beleid hebben voor de 3 scenario's

Het is op dit moment moeilijk te voorspellen welk van de drie scenario's zal doorzetten. Omdat de positie van de algemene ziekenhuizen in elk van de drie scenario's anders zal zijn, is het noodzakelijk dat de ziekenhuizen een beleid hebben voor elk van de drie scenario's.

Tijdig beginnen met het maken van een situatie-analyse.

Het beleid van de ziekenhuizen moet gebaseerd zijn op ontwikkelingen van de markt en de marktpositie. Pas als de ziekenhuizen hun markt en marktpositie kennen, kunnen er verantwoorde keuzes gemaakt worden. Daarnaast kan een situatie-analyse helpen om de kwaliteit en doelmatigheid van het ziekenhuis te vergroten.

Registreren van het interne proces is noodzakelijk.

Omdat er in de toekomst mogelijk een functie-gerichte budgettering zal ontstaan, zullen de ziekenhuizen de kostprijs van hun dienstenpakket moeten kennen. Dit betekent dat zij voor iedere functie hun interne proces kennen. Hiervoor moeten zij registreren.

Huidige informatiesysteem moet worden aangepast voor het gebruik van marketing.

De huidige medische registratie is niet geschikt voor het gebruik van marketing. Tekortkomingen zijn:

- De informatie is vaak niet meer actueel. De jaarlijkse uitgaven van de SIG/LMR komen pas binnen in het laatste kwartaal van het volgende jaar.
- Er zijn te weinig gegevens van de patiënten bekend. (inkomen, herkomst, sociale klasse, leefwijze)
- Het interne proces is niet beschreven
- Bepaalde zaken binnen de registratie zijn facultatief. Dit geeft een onvolledige beeld van de markt.

LITERATUURLIJST

- 1) P. Kotler, Marketing Management, Prentice Hall, New Jersey 1988, sixth edition.
- 2) H.W.C. van der Hart, Marktpositie ziekenhuizen kan beter, marketing vergt systematisch beleid bij opbouw netwerk externe relaties, artikel in "Het Ziekenhuis", juni 1985, blz 423-425
- 3) Werken aan zorgvernieuwing, Actieprogramma voor de zorgsector in de jaren negentig, Ministerie van W.V.C., mei 1990.
- 4) Management participatie van medische specialisten algemene ziekenhuizen, commissie medische specialist en ziekenhuisorganisatie, NZR, LSV, NZI, Utrecht 1990.
- 5) P.B. Boorsma en M. de Bruine, feiten en ficties rond de plannen Dekker, Dees en Simons, artikel in "ESB", 11-7-1991, blz 633-636
- 6) J.J.G. Lorscheijd en O.P. Takx, Enquête toont: wachtlijsten niet alleen voor dure ingrepen, Artikel in "Het Ziekenhuis", maart 1990, blz 182.
- 7) De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1989, Nationaal Ziekenhuisinstituut, Utrecht 1989.
- 8) H.W.C. van der Hart, Marketing: de afstand tussen theorie en praktijk overbruggen, artikel in Harvard Holland Review, no 12, herfst 1987, blz 111-118.
- 9) P. Kotler en R. Clarke, Marketing for health care organisations, Prentice Hall Inc., New Jersey 1987.
- 10) H.W.C. van der Hart, Leveren zonder prijssignaal, Proefschrift ter verkrijging van de graad Doctor aan de TUE, uitgave in eigen beheer, Nuenen 1983.
- 11) Het ziekenhuis in de 21e eeuw, scenarioreport N.Z.i. Utrecht mei 1990.
- 12) H. Mintzberg, Structures in fives: Designing effective organisations, London Prentice Hall, 1983.
- 13) I.J.M. Kusmic, marketing in de gezondheidszorg, Bijzondere opdracht Technische Universiteit Eindhoven, oktober 1990.
- 14) A.P.W.P. van Montfort, omgevingsanalyse: op zoek naar strategische kansen en bedreigingen voor het ziekenhuis, rede uitgesproken op congres VSB/NZI in Rhenen 9 december 1987
- 15) R.E. Frank, W.F. Massy and Y. Wind, Market segmentation, Prentice Hall, 1972.
- 16) J.T.Braaksma, van confectie naar maatwerk, Over functieontwikkeling van het ziekenhuis, Rede uitgesproken op Congres VSB en NZI in Rhenen 9 december 1987.
- 17) J.C. van Es, Tussen eerste en tweede lijn, Medisch Contact nr, februari 1985 blz 224-227.
- 18) G.J. van Lammeren, Marketing is kiezen, Inleiding gehouden aan K.U.B., Nationaal Ziekenhuisinstituut, november 1988
- 19) G.J. van Lammeren, The Core Business of a general Hospital, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1990. Paper presented at the annual conference of the European Health-care Management Association from 12-15 June at the Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds.
- 20) A.J. Koopmans en G.A.W. van der Zaal, Denken in produktniveau's; integratie van bestaande modellen, tijdschrift voor marketing, januari 1990, blz 26-27

- 21) R. Verbrugge, Markontwikkeling en produktlevenscyclus in de ziekenhuizen, artikel in het ziekenhuis september 1988 blz 724-726
- 22) Gebruikershandboek LMR, geen bron bekend.

BIJLAGE 1

NZI/NZR.(Naar introductieboekje NZi/NZr)

Zowel het Nationaal Ziekenhuisinstituut als de Nationale Ziekenhuisraad zijn gevestigd in het Ziekenhuiscentrum aan de Oudlaan in Utrecht. Daarbij zijn nog een aantal kleinere organisaties hier gevestigd. De NZr heeft de volgende functies:

- Het beoordelen van beleid van de intramurale gezondheidsinstellingen.
- Het geven van management-hulp.
- Het stimuleren van zorgvernieuwing.
- Het onderhouden van externe contacten met bijv overheid, verzekeraars.

Tot 1967 waren er twee ziekenhuisorganisaties, een katholieke en een niet-katholieke. Deze zijn toen gefuseerd tot de NZr.

In 1968 zijn de economische diensten van deze instellingen gefuseerd. Dit werd het NZi. Het NZi heeft de volgende functies:

- Informatiebeleid.
- Technisch en bouwkundig advies geven.
- Organisatieadviezen geven.
- Statistieken bijhouden.
- Documentatie bijhouden.

De NZr vertegenwoordigt de Nederlandse ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verpleegtehuizen voor gehandicapten. Er werken ongeveer 200 mensen. De NZr is actief in overleg op landelijk en provinciaal niveau. De organisatie bestaat uit 4 secties die een eigen bestuur hebben.

Deze secties komen overeen met de genoemde instellingen die vertegenwoordigt worden. De besturen van de secties worden door hun leden gekozen.

De belangrijkste overlegpartner van de NZr is de overheid met name het ministerie van welzijn, volksgezondheid en cultuur (WVC)

Ook voert men overleg met het Centraal Orgaan tarieven in de Gezondheidszorg (COTG).

Het NZi wordt geleid door een directeur die wordt bijgestaan door een management-team. Verder hebben de 4 secties hun eigen secretariaten. Er zijn nog vier beleidsafdelingen:

- Kwaliteit van zorg en onderwijs.
- Economische zaken.
- Sociale zaken.

De stafafdelingen zijn juridische zaken en public relations.

Verder is er de redactie van "het Ziekenhuis" , de afdeling financiële zaken, financiële administratie, algemene zaken en de personeelszaken.

Het NZi doet toegepast wetenschappelijk onderzoek. Dit betreft:

- Onderzoeksvoorstellen door NZr instellingen en overheid.
- Advisering.
- Verzorgen van opleidingen.
- Informatiebeleid.
- Het houden van een landelijke bibliotheek.

Het bestuur bestaat uit negen leden die benoemd zijn door de NZr. Er is een directeur die wordt bijgestaan door een beleidsteam. De organisatie is opgedeeld in een aantal basisgroepen. Deze zijn:

- Management, organisatie en planning.
- Management ondersteuning en bedrijfsvoering.
- Financiering en verdeelsystemen.
- Beleidsinformatie en statistiek.
- Kwaliteit van zorg.

Daarnaast zijn er enkele dienstverlenende afdelingen..

BIJLAGE 2

MARKETING OP STRATEGISCH, TACTISCH EN OPERATIONEEL NIVEAU.

Enkele voorbeelden van marketingactiviteiten op strategisch, tactisch en operationeel niveau.

Op strategisch niveau:

- 1 Situatieanalyse
- 2 Resource analyse: Organisatie sterke en zwakke punten.
- 3 Doelstellingen formuleren. Haalbare en te meten doelstellingen.
- 4 Strategie formuleren: kiezen voor een produktportfolio en produkt-markt-strategie
- 5 Organisatie-ontwerp
- 6 Systeem-ontwerp

Marketingstrategie:

- 1 Selectie van doelmarkten
 - Produkt/marktconcentratie: 1 produkt voor 1 markt
 - Produkt-specialisatie: 1 produkt voor alle markten
 - Marktspecialisatie: 1 markt bedienen.
 - Selectieve specialisatie: bepaalde produkten voor bepaalde markten.
- 2 Competatieve positionering: Het ontwikkelen en bekend maken van belangrijke verschillen tussen de organisatie en de concurrenten op de zelfde doelmarkt.
- 3 Marketingmix samenstellen.

Marketing op tactisch niveau:

- Bepalen marketing-mix.
- Verzamelen marktinformatie
- Ontwikkelen een voorlichting of promotie-campagne.
- Veranderingen aanbrengen aan de dienst.
- Prijsbeleid.
- Ontwikkeling programma's voor marketinghouding personeel.

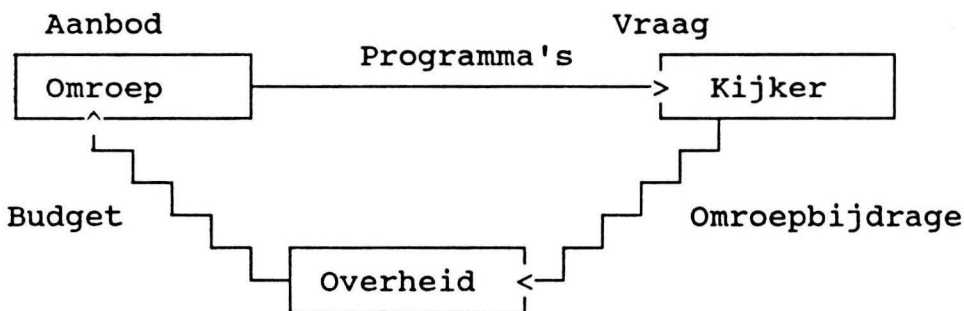
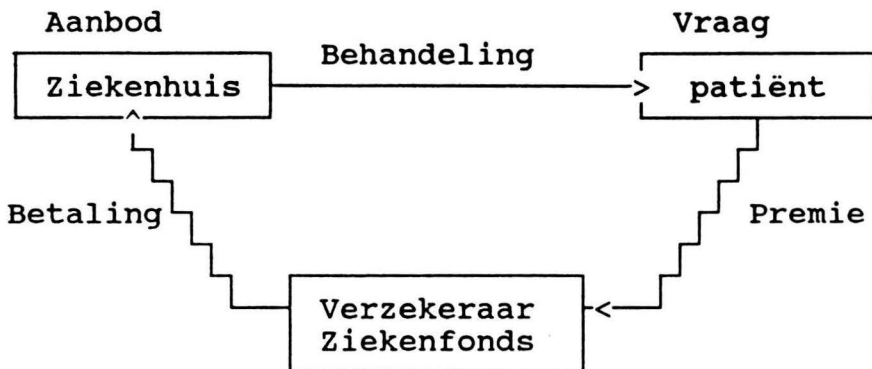
Marketing op operationeel niveau:

- Relatie patiënt-personeel.
- afspraken met doorverwijzers.
- Voorlichting geven.
- Aanpassingen in 5 marketing P's.
- Klachten behandeling.
- Service verlenen.

BIJLAGE 3 MARKETING BIJ EEN OMROEPSTICHTING.(DE TROS)

Er zijn een aantal overeenkomsten te zien tussen de (markt)situatie waarin een ziekenhuis en een omroepstichting zich bevinden. De belangrijkste overeenkomsten zijn:

- 1) Beide leveren diensten == =>
 - Geen tastbaar produkt.
 - Produkt hangt sterk samen met aanbieder.
 - Imago is belangrijk.
- 2) Non profit: Budget zo doelmatig mogelijk besteden. Er mag geen winst gemaakt worden. Een beter aanbod van diensten kan de organisatie zelfs geld kosten.
- 3) De ruiltransacties zijn indirect:



Hierdoor is er geen direct prijssignaal van consument naar aanbieder van de diensten.

4) Sterke bemoeienis van de overheid: Overheid bepaalt volume van het aanbod (zendtijd of aantal bedden, specialisten).

Daarom lijkt een vergelijk interessant, te meer omdat het "marktdenken" in de omroep-branche verder ontwikkeld is dan in de zorgsector. Om een vergelijk te kunnen maken heb ik een interview gehad met Paul de Man, hoofd in- en externe betrekkingen van de TROS. Omdat omroepstichtingen geen budgetten mogen hebben voor marketing-activiteiten is er gekozen voor een afdeling in- en externe betrekkingen.

De doelstellingen van de TROS zijn driedig:

- 1 Streven naar een maximum aantal leden.
- 2 Leveren van programma's met hoge kijk en luistercijfers
- 3 Hoge omroepvoorkeurscijfers (bepaald op steekproef onder de bevolking)

Om deze doelstellingen te verwezenlijken wil de TROS een zo breed mogelijk publiek bereiken. Door zich op een doelmarkt te richten kunnen geen hoge kijk en luistercijfers behaald worden. Bovendien is het aanbod van programma's wettelijk geregeld. Zo moet er 25% van de zendtijd aan informatie besteed worden, 5% aan educatie, 25% aan amusement en 20% aan cultuur. Daarbij moet nog eens 25% eigen produkt zijn. In marketing-termen betekent dit dat er een breed dienstenpakket geleverd moet worden.

Het feit dat de hele markt bediend wordt met een breed dienstenpakket houdt niet in dat de markt beschouwd wordt als een homogeen geheel. Elk van de programma's is voor een bepaalde doelmarkt bestemd. Deze doelmarkten worden beschreven aan de hand van de volgende criteria:

- Leeftijd
- Geslacht
- Sociale klasse
- Geloof

Bovendien wordt er aan de hand van de reacties van de provinciale commissies gevraagd wat de achterban in die provincie van de programmering vond. Na het uitzenden van een programma komen de kijk en luistercijfers binnen. Deze cijfers bestaan uit een kijkdichtheid (aantal mensen dat gekeken of geluisterd heeft), een waardering (gemiddeld rapportcijfer dat de kijkers gaven) en een marktaandeel (percentage kijkers dat heeft afgestemd op het programma). Deze cijfers worden uitgesplitst naar de criteria zoals die hierboven genoemd zijn. Indien blijkt dat een programma slecht scoort bij de doelmarkt waar het voor bestemd was dan wordt het programma aangepast.

Bij het maken van een programma wordt er eerst een programmaformule ontwikkeld. Bij een testpubliek wordt bekeken welke mensen het programma leuk vinden. Op basis hiervan wordt er een doelmarkt voor het programma gekozen. Het totale programmapakket wordt zo samengesteld dat zoveel mogelijk doelmarkten bediend worden.

Naast de kijkcijfers speelt ook het omroepvoorkeurncijfer een belangrijke rol. Dit omroepvoorkeurncijfer wordt bepaald op basis van een jaarlijkse steekproef waarin aan de bevolking gevraagd wordt welke omroep de voorkeur geniet.

Op tactisch niveau spelen een vijftal zaken:

- 1 Persactiviteiten
- 2 Promotie
- 3 Continuïteiten
- 4 Programmablad
- 5 Publiek

Deze zaken zijn er met name op gericht om het imago van de TROS te bepalen. Gekozen is voor een imago dat gebaseerd is op de populariteit van de TV-sterren. Het imago legt dan ook de nadruk op het zelf maken van de programma's. Om dit imago uit te dragen worden er persberichten uitgestuurd en conferenties gehouden, diverse promotiecampagnes gehouden, ligt er veel nadruk op continuïteiten (dit is alles wat uitgezonden wordt dat niet tot het programma behoort), het programmablad en publieksactiviteiten zoals provinciale raden, uitnodigen in studio etc.

BIJLAGE 4: Informatie bronnen gebruikt voor het verslag

Ziekenhuizen houden een registratie bij van patiënt-gegevens. Nadat een patiënt is ontslagen, worden de gegevens van die patiënt verwerkt. De gegevens worden na elk kalenderjaar opgestuurd naar de Landelijke Medische Registratie (LMR), die een database onderhoudt met de gegevens van alle ziekenhuizen in Nederland.

In de ziekenhuizen worden de ontslag-formulieren in de computer gebracht en worden een maal per jaar verzonden naar de LMR. In het gebruikershandboek LMR staat wat er geregistreerd wordt op een ontslag-formulier (23). Op basis van deze gegevens krijgen ziekenhuizen per jaar verslagen waarin de statistieken van het ziekenhuis worden gepubliceerd.

Een tweede bron van gegevens is het SIG jaarboek ziekenhuizen, kliniek en dagverpleging. Deze statistieken zijn geaggregeerd voor heel Nederland. In deze publikatie staan algemene gegevens over aantallen patiënten operaties etc. Verder staan er in het SIG jaarboek gegevens over de ziekenhuizen en patiënt-gegevens gesorteerd naar specialisme. Deze publikatie verschijnt elk jaar.

De gegevens in de "intramurale gezondheidszorg in cijfers" (7) zijn nog verder geaggregeerd. Hierin staan, ook weer geaggregeerd voor heel Nederland gegevens over voorzieningen in de intramurale gezondheidszorg, het gebruik van die voorzieningen, het personeel en de kosten van de gezondheidszorg.

Als laatste bron van gegevens kunnen de bestanden van de afdeling Beleid, Statistiek en Automatisering (BSA) van het NZi genoemd worden. Deze bestanden zijn gebaseerd op gegevens van de SIG/LMR. Deze bestanden bevatten de productiecijfers per specialisme per ziekenhuis. Verder zijn er nog bestanden over aantal specialisten per ziekenhuis en gegevens over de bevolkingsopbouw in Nederland.

De moeilijkheid van deze informatie is dat ze geaggregeerd is. De informatie heeft betrekking op de productiecijfers van heel Nederland. Hieruit zijn niet meer de cijfers van de gezondheidsregio Eindhoven te "distilleren". Dit is echter wel noodzakelijk voor het project, daar de markt van het Diaconessenhuis in Eindhoven wordt geanalyseerd. Een tweede moeilijkheid is dat deze gegevens zijn geaggregeerd per variabele. Dit maakt een dwarsdoorsnede voor een vergelijking onmogelijk. Zo is wel het percentage mensen met spoed te achterhalen, en ook het aantal mensen met diagnose X. Maar het is met behulp van de bestaande publikaties niet meer te achterhalen hoeveel mensen met diagnose X met spoed zijn opgenomen. Deze cross-sectionele vergelijkingen kunnen bij het segmenteren van de markt noodzakelijk zijn. Daarom is besloten om bij de SIG/LMR een bestand te kopen met anonieme patiënt-gegevens. Deze gegevens zijn op patiënt-niveau. Dit is het laagst mogelijke aggregatieniveau, zodat in dit onderzoek de gewenste aggregaties zelf gedaan kunnen worden door het projectteam.

Het bestand bestaat ten eerste uit alle opnamen in de regio Eindhoven. Dit betreft het Catherina-ziekenhuis, het Diaconessenhuis, het Sint-Joseph ziekenhuis, allen te Eindhoven, het streekziekenhuis Helmond/Deurne en het Sint-Anna ziekenhuis te Geldrop. Ten tweede bevat dit bestand de opnamen van inwoners uit de deze regio die buiten de regio zijn opgenomen. Het bestand omvat de gegevens van 1985 en 1989, om eventuele ontwikkelingen te kunnen onderscheiden. Om het onderscheid te kunnen maken tussen "toevallige" afwijkingen en structurele ontwikkelingen (bijvoorbeeld door middel van regressie-analyse) zijn er echter gegevens nodig van meer jaren. Omdat dit financieel niet haalbaar bleek, moest er genoegen worden genomen met de informatie uit deze twee jaren. Het risico dat toevallige afwijkingen in de aantallen als structureel worden aangenomen en dat bepaalde structurele ontwikkelingen niet worden onderkend is dus niet uit te sluiten.

Publikaties van de LMR voor ziekenhuizen.

Het SIG-Jaarboek

Het SIG-Jaarboek bevat geaggregeerde gegevens voor alle ziekenhuizen in Nederland. Men gaat uit van een driecijferige code die de hoofddiagnose aangeeft. Er wordt per hoofddiagnose het volgende gesommeerd:

- Totaal
- Aantal mannen
- Aantal vrouwen
- Aantal jonger dan 15
- Aantal ouder dan 65

- Overleden
- Gem. verpleegduur

LMR- Rayongrootte

Hierin staan 4 tabellen. Deze tabellen zijn verdeeld over twee boeken. Tabel 1 geeft een weergave van het totaal aantal opnames per stad per specialisme en voor de hele regio.

Tabel 2 geeft totaal aantal inwoners, gebruikte bedden per 1000 inwoners en % gebruikte bedden in het ziekenhuis.

Tabel 3 geeft het aantal gebruikte bedden per specialisme en per plaats.

Tabel 4 geeft een weergave van de aantallen per diagnose per plaats, de adhaerentie en het percentage binnen het gebied.

LMR- Regio en verwachtingscijfers

In deze tabel zijn de hoofddiagnosen gegroepeerd tot enkele samenhangende clusters. Vervolgens is dan voor de regio het totaal aantal gevallen, het verwachte aantal, het werkelijke aantal bedden en het verwachte aantal. Deze gegevens staan genoemd voor het Diaconessenhuis en voor de overige ziekenhuizen uit de regio. De overige ziekenhuizen worden alleen gesommeerd weergegeven.

LMR- Trendrapport.

Dit rapport geeft een overzicht van de gegevens van het Diaconessenhuis afgezet tegen het landelijk gemiddelde. Per specialisme worden de volgende gegevens bijgehouden:

- Beddengebruik
- Gemiddelde verpleegduur
- Aantal bezette bedden
- Opname aandeel
- Frequentie van hoofddiagnose
- Verpleegduur per hoofddiagnose
- Zeldzaamheid diagnose
- Gewone hoofddiagnose vergeleken met landelijk

LMR - Kerngegevens

Dit rapport bestaat uit een aantal tabellen. Per tabel worden de volgende gegevens bijgehouden:

- Aantal patiënten
- Idem in 0/00
- Het verwachte aantal in 0/00
- Aantal verpleegdagen
- Idem in 0/00
- Gemiddelde verpleegduur
- Verwachte verpleegduur
- Aantal mannen
- Aantal vrouwen
- Jonger dan 14
- Ouder dan 65
- Geopereerd
- Overleden
- gemiddeld aantal per dag ontslagen

A1 Deze gegevens worden bijgehouden voor het Diaconessenhuis totaal.

A2 Deze tabel bevat de dag van opname, spoedopname, herkomst en indicatie

- A3 Ontslaggegevens, waar naar toe, overleden, dag waarop en maand
- A4 Naar diagnose
- A5 Operatie gegevens per dag en per diagnose, en soort operatie
- A6 Gegevens voor bevallingen

LMR- Zoeksystemen.

Voor iedere patiënt uit het diaconessenhuis wordt, gesorteerd op diagnose, bijdiagnosen, operatie, andere operaties, operateur, operatiedag, patholoog-anatoom, opnamespecialist, medebehandelaar, consult, leeftijd patiënt, geslacht, gemeente, huisarts, opnamedatum, verpleegduur, spoed, afdeling en ontslagwijze bijgehouden. Deze gegevens zijn alleen handmatig te verkrijgen, ze zijn niet gesorteerd op enige wijze. Men kan dus niet als een databestand deze gegevens opvragen.

In verband met de vertrouwelijkheid van de gegevens kan bijlage 5 niet openbaar gemaakt worden.

BIJLAGE 7

ANALYSE VAN SPECIALISMEN DIACONESSENHUIS

In het volgende stuk vindt men een analyse van de marktpositie van het Diaconessenhuis te Eindhoven. Deze analyse is gedeeltelijk gedaan volgens de methode die de Dr J.Braaksma en Drs E.Bakker hebben laten zien op het congres "marktstrategie voor instellingen van gezondheidszorg" op 9 december 1987 te Rhenen.

Een van de belangrijkste verschillen met de methode zoals als ik hem heb uitgevoerd en de oorspronkelijke methode is dat ik de gemiddelde groei per jaar heb genomen in plaats van de toename/afname van het aantal patiënten in jaar 5 ten opzichte van jaar 0. Dit om statistische afwijkingen te voorkomen. Bovendien heb ik slechts de cijfers tot mijn beschikking over de jaren 1985 tot en met 1988. Dit zijn slechts 4 jaar, zodat de eventuele groei of afname ook niet te vergelijken is met die over 5 jaar.

Verder heb ik nog gebruik gemaakt van een andere matrixen. Deze matrix geeft de groei van de markt aan, afgezet tegen het marktaandeel tov de grootste concurrent. Een laatste verschil is dat ik een onderscheid heb gemaakt tussen klinische productie en poliklinische eerste bezoeken.

Enkele definities:

Groei van de markt: De groei van de markt is al volgt uit gerekend: Door middel van "regressie-analyse" is de "optimale" lijn getrokken door de aantal patiënten in de jaren 1985 tot en met 1988 in de regio Eindhoven. De steilheid van deze lijn geeft de jaarlijkse verandering van het aantal patiënten weer. Deze stijtheid is gedeeld door het gemiddelde aantal patiënten over de vier jaren en in procenten uitgedrukt.

Groei van het Diaconessenhuis: Zie groei van de markt. Voor het aantal patiënten is nu alleen het aantal patiënten van het Diaconessenhuis genomen.

Aandeel ten opzichte van de grootste concurrent: Aantal patiënten van het Diaconessenhuis in 1988 gedeeld door het aantal patiënten van het grootste andere ziekenhuis uitgedrukt in procenten. In de bijlage staat welk ziekenhuis het grootste is en het relatieve aandeel van dat ziekenhuis.

Groei aandeel Diaconessenhuis: Gemiddelde groei van het marktaandeel over de 4 jaren gedeeld door het gemiddelde marktaandeel over de tijdsperiode.

Marktgrootte: Aantal bezoeken van patiënten in 1988 aan een van de ziekenhuizen in de regio Eindhoven.

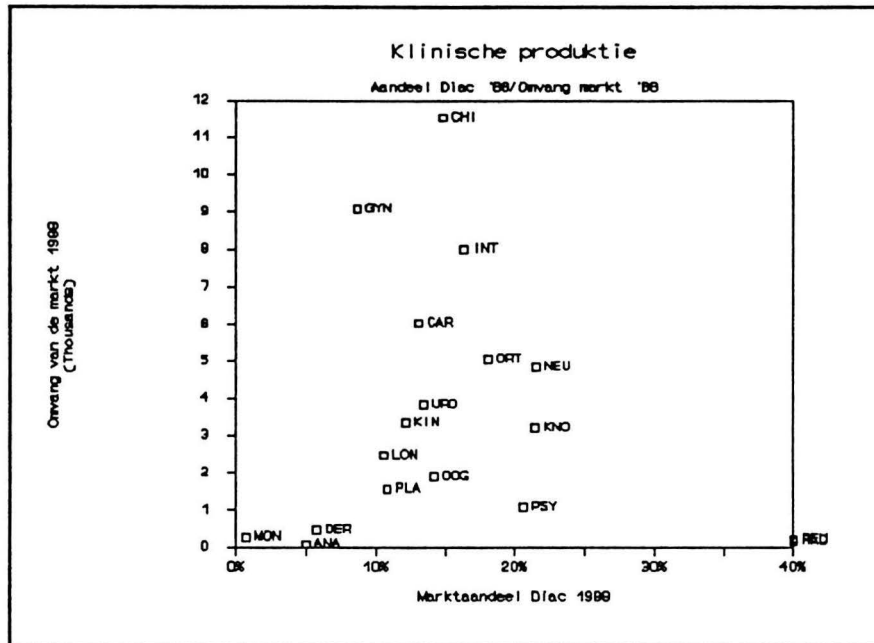
Afkortingen:

ANA	Anaesthesiologie
CAR	Cardiologie
CHI	Chirurgie
DER	Dermatologie
GYN	Gynaecologie
INT	Interne geneeskunde
KIN	Kindergeneeskunde
KNO	Keel-,neus-, en oor-ziekten
LON	Longziekten
MON	Mondheekunde
NEU	Neurologie
OOG	Oogheekunde
ORT	Orthopedie
PLA	Plastische chirurgie
PSY	Psychiatrie
PUL	Cardio/Pulmon
REU	Reumatologie
URO	Urologie

Klinische produktie.

In vrijwel alle specialismen heeft het Diaconessenhuis geen extreem groot aandeel van het totale patiënten-aantal. Vrijwel alle specialismen krijgen tussen de 10 en de 20 procent van de patiënten. Dermatologie, anaesthesiologie en mondheekunde komen zelfs niet boven de 6 procent uit. Cardiologie, interne geneeskunde, gynaecologie en chirurgie zijn de grootste specialismen in de regio. Vrijwel alle reuma-patiënten komen naar het Diaconessenhuis. Dit is geen grote markt, maar deze is wel vrijwel helemaal

in handen van het Diaconessenhuis. Echt extreem sterke specialismen (de rechter-bovenhoek in de figuur) heeft het ziekenhuis niet.(zie figuur 1)

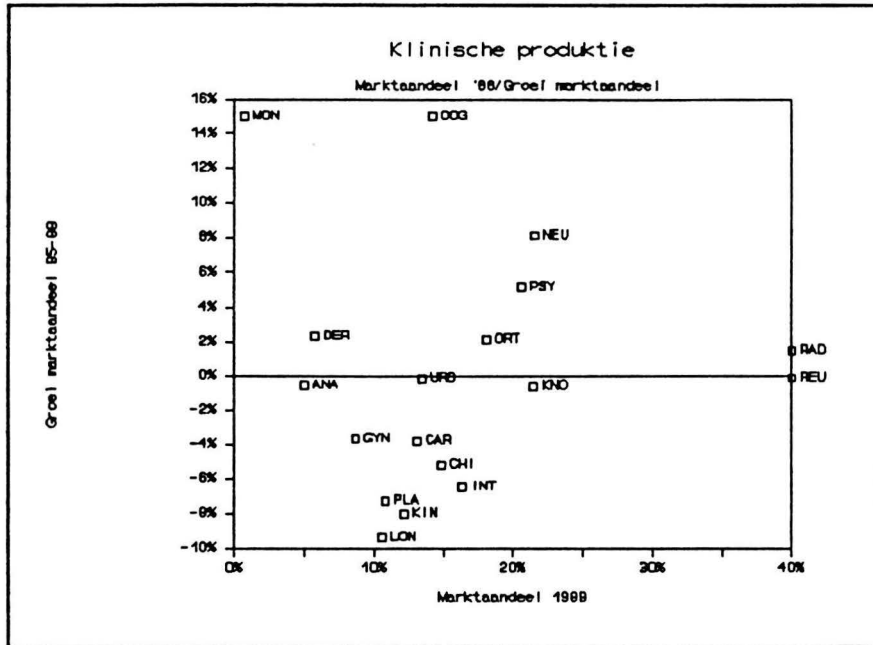


Figuur 1: De grootte van de markt afgezet tegen het marktaandeel van het Diaconessenhuis, gemeten naar aantal opnamen.

Als er naar de toekomst gekeken wordt is het verstandig om te kijken naar de grootte van het marktaandeel en hoe zich dat ontwikkelt. Het markt aandeel is in principe onafhankelijk van de groei van de markt. Dit houdt in dat bij een dalende markt het marktaandeel best kan stijgen en omgekeerd. Specialismen die zich boven de horizontale lijn bevinden krijgen naar alle waarschijnlijkheid een groter aandeel, de specialismen die eronder zitten verliezen aan aandeel.

In figuur 2 kan men zien dat voor de meeste specialisme het marktaandeel niet groter is dan 20% en dat dit marktaandeel bij de meeste specialismen afneemt. Uitzonderingen zijn reumatologie, dat haar grote aandeel behoudt, mondheekunde en oogheekunde die sterk groeien en neurologie, psychiatrie, orthopedie en dermatologie die licht groeien. Voor de overige specialismen neemt het marktaandeel af of blijft het ongeveer gelijk.

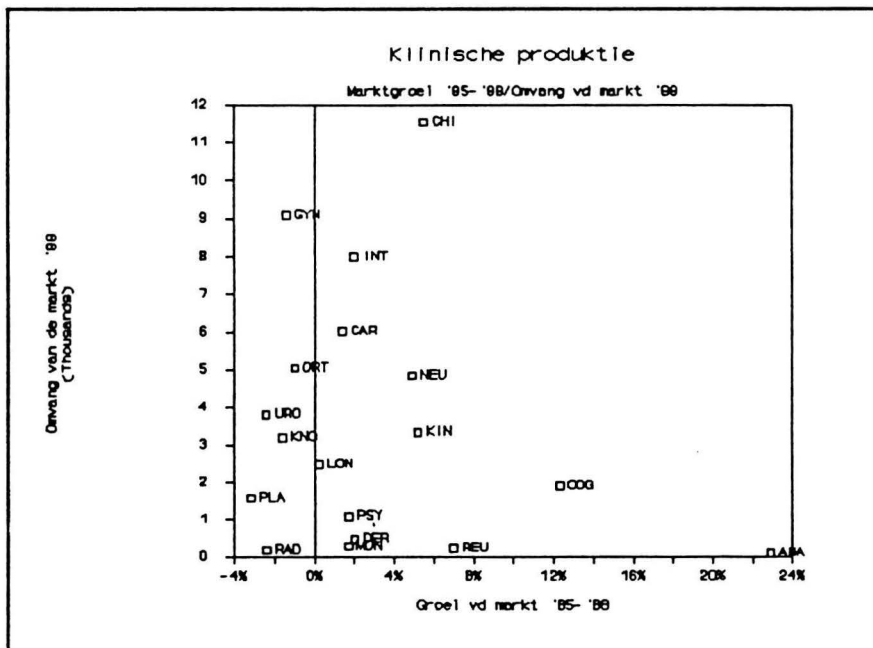
OPM.: Linksonder in de figuur zijn PLA en KIN niet goed van elkaar te onderscheiden.



Figuur 2
Hoe wijzigen de marktaandelen van het Diaconessenhuis?

Een aspect waar de organisatie geen of weinig invloed op uit kan oefenen is de omgeving. Vaak is het dan ook noodzakelijk om die omgeving goed te analyseren. Een indicatie voor de marktaantrekkelijkheid is de groei van de markt en de grootte van deze markt. Een aantrekkelijke markt groeit snel en is groot. Een onaantrekkelijke markt is klein en neemt af in grootte. Als deze twee aspecten in een figuur tegen elkaar worden afgezet kan men zien welke markten aantrekkelijk zijn en welke niet. Hoe meer rechtsboven een specialisme zich bevindt hoe beter. Specialismen die linksonder liggen zijn niet zo interessant. (zie figuur 3)

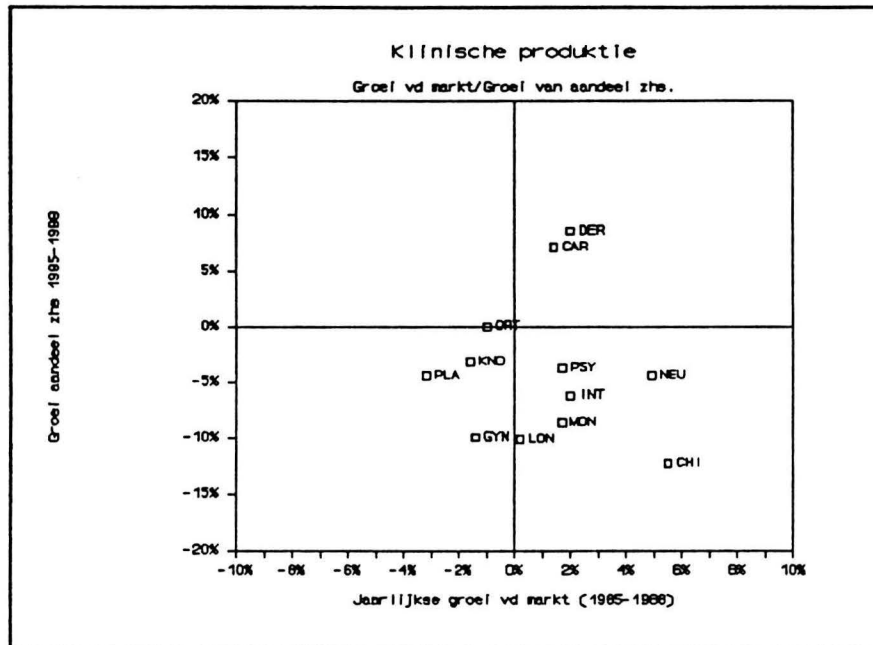
OPM.:Onderaan zijn DER en MON niet goed te onderscheiden.



Figuur 3: De markt van de regio Eindhoven.

Op cijfermatige basis is het verstandig zich te concentreren op de markten die groeien. Markten die stabiel zijn, zijn vaak al verdeeld over de verschillende organisaties. Markten die afnemen zijn vaak helemaal niet zo interessant, zeker als er geen ommekeer verwacht mag worden. Die kunnen wellicht het beste worden afgebouwd. In figuur 4 zien we de groei van de markt afgezet tegen de groei van het eigen aandeel. Voor de specialismen die boven de diagonale lijn liggen kan men concluderen dat er wat meer groei in het eigen aandeel zou moeten zijn. De specialismen onder de lijn behoeven wat minder aandacht.

OPM.:KIN, PLA en URO zijn in de figuur niet goed te onderscheiden.



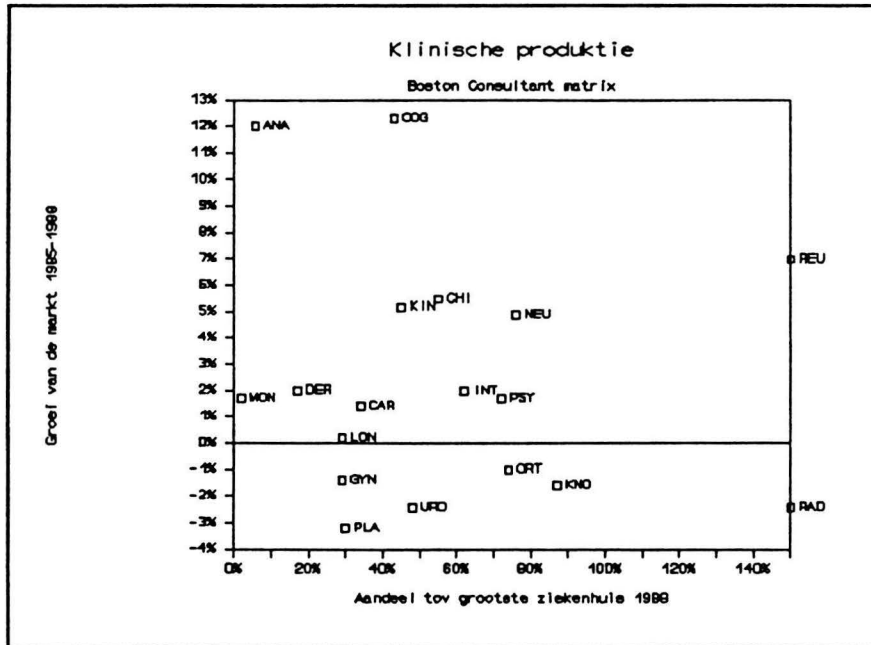
Figuur 4: Waar liggen de aandachtsgebieden van het Diaconesenhuis?

Een laatste methode is een methode die de groei van de markt afzet tegen het relatieve marktaandeel tov de grootste concurrent. Deze gaat uit van de produktlevenscyclus van de geboden diensten. Men kan vier fasen onderscheiden (1 pag 41-42):

Fase	Relatieve aandeel	Marktgroei	Actie
ontstaan	klein	groot	groter aandeel krijgen
groei	groot	groot	aandeel behouden
rijping	groot	klein	niets
verval	klein	klein	afstoten

De fasen zoals hier genoemd komen overeen met de vier vakken in de matrix.

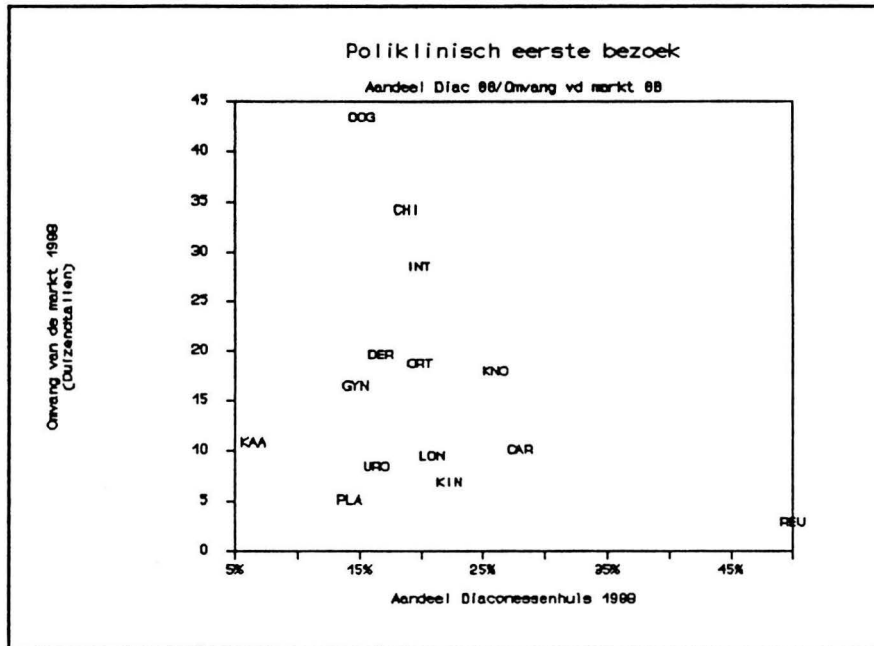
Wat meteen opvalt is dat er geen specialismen in fase 2 te vinden zijn. Deze methode lijkt niet zo geschikt voor ziekenhuizen, omdat vrijwel alle specialismen volgens de theorie afgestoten zouden moeten worden. (zie figuur 5)



Figuur 5: De Boston Consultant matrix.

Poliklinisch eerste bezoeken.

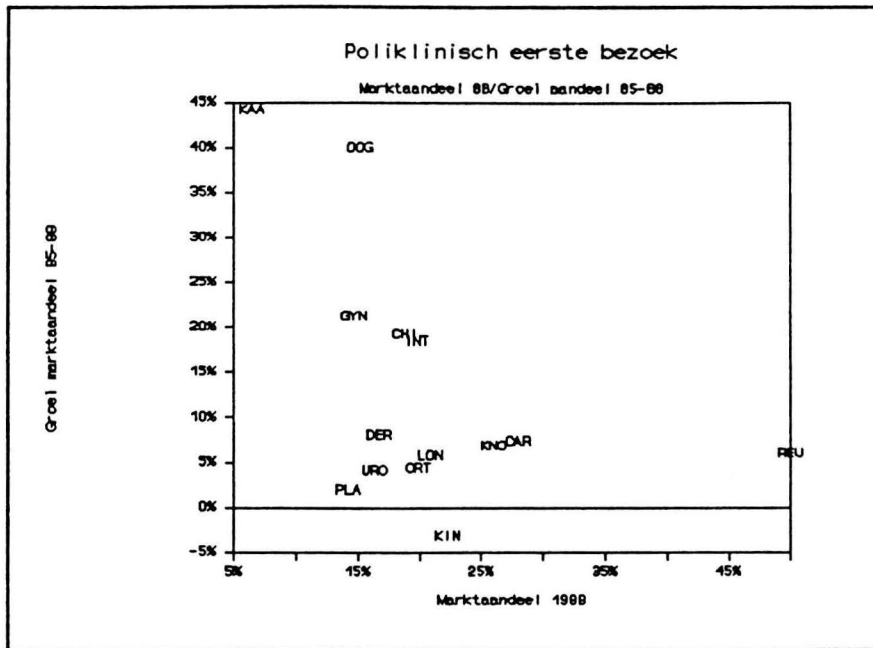
De marktpositie van het Diaconessenhuis. Ook hier heeft het Diaconessenhuis alleen een extreem groot marktaandeel bij reumatologie. De grote markten zijn oogheelkunde, chirurgie en interne geneeskunde. De overige markten zijn kleiner van omvang en het Diaconessenhuis heeft nergens (behalve reumatologie) een aandeel van meer dan 30%. Ook hier treft men geen grote specialismen aan met een groot marktaandeel voor het Diaconessenhuis.(zie figuur 6)



Figuur 6: De grootte van de markt afgezet tegen het marktaandeel van het Diaconessenhuis, gemeten naar aantal eerste bezoeken.

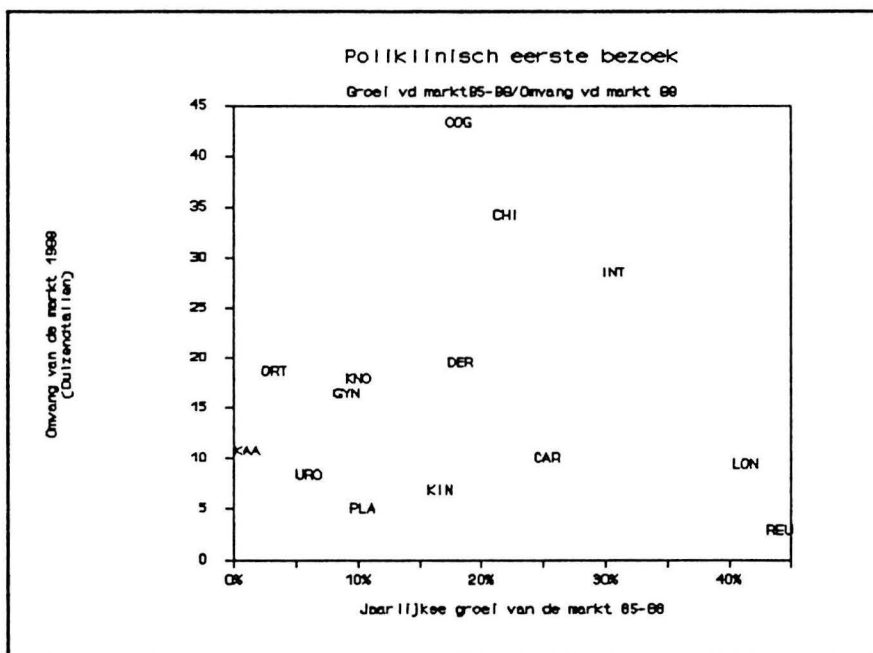
Figuur 7 laat een overwegend gunstige situatie zien. Bij alle specialismen op kindergeneeskunde na is er een groei te zien van het marktaandeel. Vrijwel alle specialismen hebben een marktaandeel van tussen de 10 en 30%, alle reumatologie is groter(90 %). Als deze ontwikkeling zich door zet dan mag in de toekomst een groter marktaandeel voor de meeste specialismen worden verwacht.

OPM.: Van links naar rechts staan URO, DER, ORT, LON, KNO en CAR.



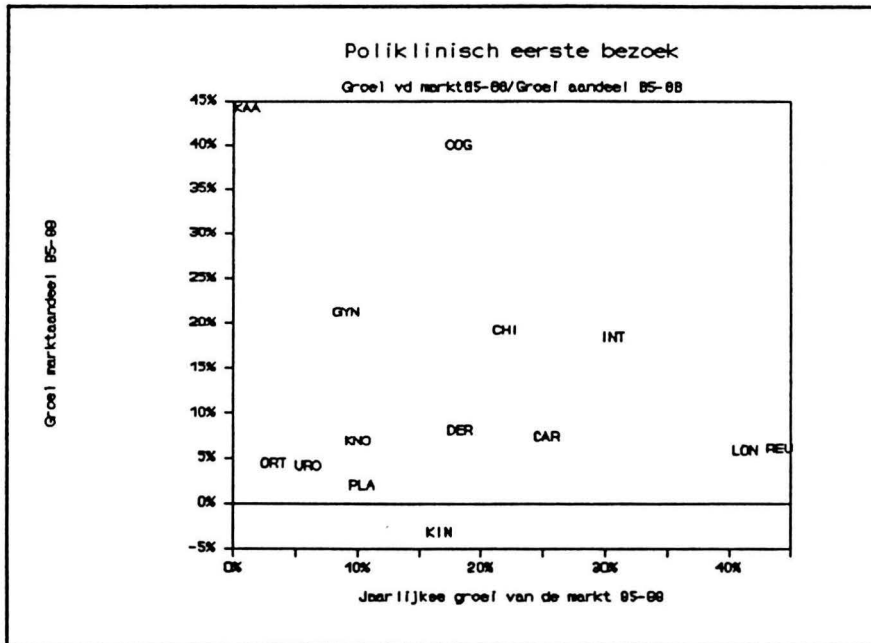
Figuur 7: Hoe wijzigen de marktaandelen van het Diaconessenhuis?

Ook figuur 8 laat een gunstig beeld zien. Alle specialismen vertonen een groei, velen zelfs een van meer dan 10% per jaar. Wat opvalt is dat interne geneeskunde, chirurgie en oogheelkunde groot van omvang zijn en ook een sterke groei vertonen. Longziekten en reumatologie groeien zelfs meer dan 40% per jaar.



Figuur 8: De markt van de regio Eindhoven.

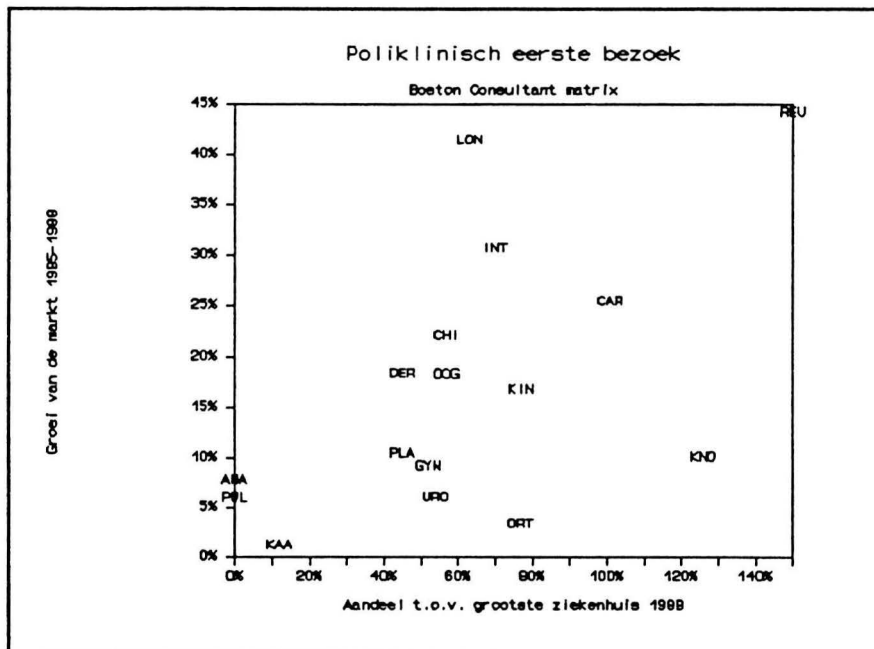
Ook het Diaconessenhuis doet het goed gezien het aantal eerste bezoeken. Op kindergeneeskunde na groeit het aandeel overall, bij vijf specialismen zelfs meer dan 10%. Het kan echter wenselijk zijn om bij het zeer sterk groeiende specialisme longziekten een grotere groei van het marktaandeel proberen te krijgen. (zie figuur 9)



Figuur 9: Waar liggen de aandachtsgebieden van het Diaconessenhuis?

In figuur 10 zien we dat de specialismen reumatologie, cardiologie en KNO zeer sterk staan. De specialismen in gedeelte 1 van de grafiek zijn de zogenaamde kanshebbers. Om ook een sterke positie te krijgen zal het aandeel van het Diaconessenhuis tov de grootste echter moeten toenemen.

OPM.: URO en OOG zijn niet goed van elkaar te onderscheiden.



Figuur 10: De Boston Consultant matrix.

Wie is de marktleider (1988)?

De volgende tabel geeft aan welk ziekenhuis in 1988 marktleider is. Het percentage geeft het aandeel van het betreffende ziekenhuis aan in verhouding tot het tweede ziekenhuis. Als een ziekenhuis een marktaandeel heeft van 30%, het tweede ziekenhuis een aandeel van 20%, dan is het aandeel ten opzichte van de tweede grootste 150%.

Afkortingen:

Diac	Diaconessenhuis
Cat	Catherina
Helm	Helmond/ Deurne
ST.A	St-Anna ziekenhuis
ST.J	Sint Joseph ziekenhuis

Klinische produktie

Specialisme	ziekenhuis	aandeel tov de tweede
	grootste	
Anaesthesiologie	Cat	1775%
Cardiologie	Cat	166%
Chirurgie	ST.A	131%
Dermatologie	Helm	116%
Gynaecologie	Helm	119%
Interne geneeskunde	Cat	136%
Kindergeneeskunde	Cat	109%
Keel-,neus-, en oor-ziekten	ST.A	102%
Longziekten	Cat	160%
Mondheelkunde	Cat	122%
Neurologie	Cat	132%
Oogheelkunde	ST.A	121%
Orthopedie	Cat	109%
Plastische chirurgie	Cat	114%
Psychiatrie	St.J	139%
Cardio/Pulmon	Cat	Enige ziekenhuis
Reumatologie	Diac	21300%
Urologie	Cat	102%

Poliklinisch eerste bezoek

Specialisme	ziekenhuis	aandeel tov de tweede
	grootste	
Anaesthesiologie	Cat	Enige ziekenhuis
Cardiologie	Cat	101%
Chirurgie	Helm	112%
Dermatologie	Cat	129%
Gynaecologie	Helm	128%
Interne geneeskunde	Cat	126%
Kindergeneeskunde	Helm	130%
Keel-,neus-, en oor-ziekten	Diak	126%
Longziekten	Cat	157%
Mondheelkunde	Cat	250%
Neurologie	NB	NB
Oogheelkunde	Helm	101%

Orthopedie
Plastische chirurgie
Cardio/Pulmon
Reumatologie
Urologie

Helm
ST.A
Cat
Diac
Cat

129%
105%
Enige ziekenhuis
849%
163%

BIJLAGE 8 WOORDENLIJST

Groei van de markt: Jaarlijkse toename van aantal patiënten berekend op basis van lineaire regressie, gedeeld door de grootte van de markt.

Groei marktaandeel: Jaarlijkse toename van het marktaandeel berekend op basis van lineaire regressie, gedeeld door de grootte van de markt.

Marketing: Marketing is het proces van analyse, planning, invoering en beheersing van zorgvuldig geformuleerde programma's die ontworpen zijn om vrijwillige ruiltransacties van waarde met doelmarkten tot stand te laten komen om de organisatie-doelen te realiseren. Het is voornamelijk gebaseerd op het ontwerpen van het organisatie-aanbod in termen van de behoeften en wensen van de doelmarkt en op het gebruiken van een effectieve prijs, communicatie en distributie om de markt te informeren, te motiveren en te bedienen.

Spoedopname: Opname anders dan de normale procedure. In de regel is dit een opname die gebeurt binnen 24 na de eerste symptomen.

Urgent: Zie acuut.

Acuut: Opname-indicatie waarbij onmiddellijk moet worden opgenomen om hulp te bieden

Functie: Diagnostiek, therapie, verpleging of verzorging, los van de voorzieningen waar die functie plaats vindt

Eerste lijn: Huisartsen, thuisverpleging alle doorverwijzers

Tweede lijn: Het ziekenhuis, verpleeghuis of inrichting.

Medebehandelaars: Specialisten die in het proces van behandeling betrokken zijn.

Produktmarktcombinatie: een produkt met een bijbehorende markt.

Segmentatie: Clustering van patiënten, die in enig opzicht homogeen zijn.

Segment: Resultaat van segmentatie.

Extra afstand: Het verschil in afstand tussen een gemeenten naar dichtstbijzijnde ziekenhuis en een gemeente naar een ander ziekenhuis.

Dienstgedifferentieerde marketing: Vorm van marketing waarbij een breed dienstenpakket aan de gehele markt wordt aangeboden.

Differentiatie-scenario: Scenario waarbij een breed dienstenpakket wordt aangeboden door de ziekenhuizen aan de hele markt.

Specialisatie: Proces waarbij een organisatie zich gaat toelagen op een of enkele aspecten.

Target-marketing: Vorm van marketing waarbij een marketingmix aan een segment wordt aangeboden.

Potentiële markt: Dit is de verzameling consumenten die een bepaalde interesse hebben in een bepaald marktaanbod. Voor ziekenhuizen is dit het aantal inwoners van het verzorgingsgebied.

Bediende markt: Dit is het gedeelte van de potentiële markt waarvoor het ziekenhuis moeite doet om de consumenten aan te trekken. Voor ziekenhuizen is dit het totaal aantal bezoeken in de regio die door het ziekenhuis bediend zouden kunnen worden.

Gepenetreerde markt: Dit is het verzameling consumenten die feitelijk gebruik maken van het eigen ziekenhuis. Dit is het totaal aantal bezoeken dat in een periode gebracht is aan het ziekenhuis.

BIJLAGE 9

LIJST MET AFKORTINGEN

NZI	Nationaal ziekenhuisinstituut
LMR	Landelijke medische registratie
BSA	Afdeling beleid, statistiek en automatisering (van het NZi)
NZR	Nationale ziekenhuisraad
ANA	Anaesthesiologie
CAR	Cardiologie
CHI	Chirurgie
DER	Dermatologie
GYN	Gynaecologie
INT	Interne geneeskunde
KIN	Kindergeneeskunde
KNO	Keel-,neus-, en oor-ziekten
LON	Longziekten
MON	Mondheelkunde
NEU	Neurologie
OOG	Oogheelkunde
ORT	Orthopedie
PLA	Plastische chirurgie
PSY	Psychiatrie
PUL	Cardio/Pulmon
REU	Reumatologie
URO	Urologie
Diac	Diaconessenhuis
Cat	CatherinaZiekenhuis
Helm	Streekziekenhuis Helmond/ Deurne
ST.A	St-Anna ziekenhuis
ST.J	Sint Joseph ziekenhuis