

IS DE TIJD RIJP VOOR MacZORG?

*Over de toepassing van franchising voor kleinschalig aangeboden maar
groots georganiseerde zorg.*

R. Meijer en C.C. Koenders-de Rijke



Inhoud

	Voorwoord	5
	Inleiding	6
1.	De ontwikkeling van franchise	8
1.1	De definitie van franchise	8
1.2	De geschiedenis van franchise	9
1.3	De ontwikkeling van franchise in de tijd	9
1.4	Vormen van franchise	10
1.5	Hoe wordt het franchiseconcept gehanteerd	11
2.	Clïëntwaarden heden ten dage	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Structuur van de zorgmarkt	14
2.3	Clïëntwaarde nader beschouwd	15
2.3.1	De cliënt als eindgebruiker	16
2.3.2	De waardepropositie	17
2.3.3	Beeldvorming van de cliënt	20
2.3.4	Prijzen en kosten	20
2.3.5	Waardebepaling	21
2.3.6	Het koopproces	22
2.3.7	Relatieopbouw	22
2.4	Samenvatting en conclusie	23
3.	Grootschalig ondernemen in de zorg: een nadere verkenning van de begrippen en doelstellingen	26
3.1	Inleiding	26
3.2	Grootschaligheid nader beschouwd	27
3.2.1	Schaalvergroting van organisaties	28
3.2.2	Drivers achter de schaalvergroting	30
3.2.3.	Doorgaande concentratie: een illustratie	33
3.3	Ondernemen nader beschouwd	34
3.4	De toegevoegde waarde van een groep of groepshoofd	36
3.5	Theoretische besturingsconcepten	37
3.5.1	De divisiestructuur	38
3.5.2	De unit organisatie	39
3.5.3	De netwerk organisatie	40
3.5.4	Ontwikkelingsfases van een organisatie	40
3.6	Samenvatting en conclusies	41

4.	Zorgorganisaties en franchise	43
4.1	Inleiding	43
4.2	Voorwaarden voor een succesvolle franchise	44
4.2.1	Selecteren van de juiste branche/sector	44
4.2.2	Sterke kanten van franchise	45
4.2.3	Zwakke kanten van franchise	46
4.2.4	Het gevoerde bedrijfsconcept	47
4.2.5	Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)	47
4.2.6	Ondersteuning van Franchisenemers	48
4.2.7	Geografische strategie	48
4.2.8	Prijsstelling van de franchiseformule (voor FNs)	49
4.2.9	Groeistrategie voor uitbreiding van de franchiseformule	49
4.2.10	Juridische en institutionele aspecten van franchise	50
4.2.11	Werving en selectie van en leidinggeven aan FNs	51
4.3	De combinatie franchise en zorg	52
4.3.1	Selecteren van de juiste branche/sector	52
4.3.2	Sterke kanten van franchise	54
4.3.3	Zwakke kanten van franchise	55
4.3.4	Het gevoerde bedrijfsconcept	56
4.3.5	Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)	57
4.3.6	Geografische strategie	57
4.3.7	Werving en selectie van en het leidinggeven aan FNs	58
4.4	Samenvatting en conclusies	58
5.	Bestaande franchise formules in de zorg nader beschouwd	60
5.1	Inleiding	60
5.2	Huidige franchiseformules in de zorg	61
5.2.1	De Drie Notenboomen (3NB)	61
5.2.2.	PsyQ	61
5.2.3	TIGRA	62
5.2.4	Emcart	62
5.2.5	Support & co	62
5.2.6	Martha Flora Huizen	63
5.3	De praktijk nader beschouwd	63
5.3.1	Het selecteren van de juiste branche/sector	63
5.3.2	Sterke kanten van franchise	63
5.3.3.	Zwakke kanten van franchise	64
5.3.4	Het gevoerde bedrijfsconcept	64
5.3.5	Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)	65
5.3.6	Geografische strategie	65
5.3.7	Effectieve werving en selectie en het leidinggeven aan franchisenemers	65
5.4	Het alternatief Buurtzorg nader beschouwd	66
5.9	Samenvatting en conclusies	66

6.	Slotbeschouwing: franchise het ei van Columbus voor de zorg?	68
6.1	Inleiding	68
6.2	Wat is franchise en wat zijn de kenmerken van succesvolle franchise formules	68
6.3	Welke sterke en zwakke kanten zijn verbonden aan franchise	69
6.4	Welk sturingsmodel ligt ten grondslag aan een franchiseorganisatie	71
6.5	Op welke wijze kan franchise bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënt in de zorgsector.	72
6.6	Welke barrières zijn te onderkennen voor de invoering van een franchiseformule in de zorgsector	74
6.7	Algemene conclusies vanuit de theorie ten aanzien van de toepassing van franchise in de zorg	75
6.8	Algemene conclusies vanuit de praktijk ten aanzien van de toepassing van franchise in de zorg	76
6.9	Is franchise dan het ei van Columbus voor de zorg	77
7.	Literatuur	79
Bijlage 1	Kenmerken van succesvolle franchise formules	80
1.1	Inleiding	80
1.2	Selecteer de juiste bedrijfstak	80
1.3	De voordelen van franchise	81
1.4	Franchise: de nadelen	82
1.5	Is het bedrijfsconcept geschikt voor franchise	83
1.6	Adopteer de juiste franchise voorwaarden om franchise te managen	84
1.7	Vind de juiste strategie om FNs te ondersteunen en assisteren	85
1.8	Ontwikkel de juiste geografische strategie	86
1.9	Bepaal de juiste prijs aan franchisenemers	87
1.10	Ontwikkel de juiste strategie voor de uitbreiding van franchise eenheden	87
1.11	Begrijp de juridische en institutionele omgeving van franchise	88
1.12	Doe de werving en selectie van en het leidinggeven aan franchisenemers op een effectieve wijze	89

Voorwoord

Deze thesis gaat over de mogelijke toepassingen van franchise voor de zorgsector. De zorgsector wordt geconfronteerd met de invoering van marktwerking en met schaalvergroting bij gelijktijdige wens tot lokaal en cliëntgericht acteren en ondernemerschap. Wij denken dat franchise een goed antwoord kan bieden op deze ontwikkelingen en hebben dit in deze thesis nader onderbouwd.

Deze thesis vormt daarmee het slotstuk van onze MBA-Health opleiding bij het Erasmus CvdZ en markeert daarmee het einde van een voor ons inspirerende studieperiode waarin onze studiedoelstellingen ruimschoots zijn gehaald.

Een aantal mensen willen wij in het bijzonder bedanken voor de stimulerende ondersteuning en support. Allereerst een woord van dank voor Prof Dr. Aad de Roo die ons heeft geïnspireerd en begeleid bij de tot standkoming van deze thesis.

Daarnaast een speciaal woord van dank voor de organisaties die ons welwillend hebben ontvangen en ons deelgenoot hebben gemaakt van hun visie, ideeën en concepten rondom franchise.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar de schrijvers van een aantal andere thesis die voor ons mede gediend hebben als startpunt voor deze thesis waarmee verder verdieping en uitwerking voor ons mogelijk is geworden.

Tot slot veel dank voor onze gezinnen die ons de ruimte en de tijd hebben geboden om deze studie en daarmee deze thesis af te ronden!

Wij hopen dat deze thesis ook voor anderen in de zorg mede inspiratie biedt om de voor de zorg gewenste omslag naar voor onze klanten waardevol ondernemerschap tot stand te brengen. Het werken aan deze thesis heeft ons in ieder geval in dat denken geïnspireerd en graag sluiten we deze thesis dan af met het volgende citaat van Reve:

Er is een ideaal dat groots is, en een werkelijkheid die vaak een zinkput is. Het ideaal moet de richtsnoer blijven. Ik vind niet dat de zinkput, omdat hij in zovele levens de werkelijkheid is, daarom norm mag zijn.

Raymond Meijer en Corina Koenders- de Rijke, april 2009

Inleiding

Aanleiding tot de thesis

De zorgsector wordt in de afgelopen jaren door een aantal ontwikkelingen gekenmerkt:

1. de fundamentele stelselwijziging die een overgang van budgetfinanciering naar output financiering behelst;
2. de invoering van (gereguleerde) marktwerking
3. het van overheidswege willen realiseren van kostenbeheersing die veelal leiden tot bezuinigingen.

Deze ontwikkelingen staan met elkaar op gespannen voet. Waar bijvoorbeeld marktwerking zou moeten leiden tot het centraal stellen van de zorgvrager en diens wensen leiden de financiële parameters ertoe dat de zorg juist verschaalt.

Organisaties in de zorg staan gezien dit alles onder druk. Antwoorden op de genoemde ontwikkelingen worden verschillend geformuleerd. Van het als kleine instelling behouden van zijn bestaanspositie tot de fusiegolven welke gerealiseerd worden in de meest kleurrijke varianten. Enerzijds zijn er aldus kleine zorgorganisaties die hun uiterste best doen om op hun schaal en met bestuursgeneralisten te voldoen aan het geheel aan eisen welke gesteld worden aan de moderne bedrijfsvoering van de zorgsector. Aan de andere zijde ontstaan brede zorgconcerns met een opeenstapeling van organisaties. Met het stapelen van organisaties en daarbij de systemen, structuren, culturen, personeel en managementstijlen onder een nieuwe strategie, lijken de gemaakte organisatie diagnoses hoopvol en toekomstbestendig. Met de grote verscheidenheid aan uitkomsten wordt de uitdaging gezocht en is het uitgangspunt dat de synergie vooral bedrijfsvoordelen met zich mee gaat nemen.

De huidige werkelijkheid leert echter dat veel kleine zorgorganisaties en grote zorgconcerns momenteel verliesgevend zijn, waarbij oorzaken mede worden gezocht in een grillige en niet consistente overheid en abrupt doorgevoerde bezuinigingsmaatregelen. Voor een gezonde bedrijfsvoering lijken andere competenties nodig dan momenteel veelal aanwezig. Zorgconcerns zien zich daarnaast geconfronteerd met moeilijk realiseerbare synergievoordelen getuige ook het uiteenvallen van het zorgconcern Meavita.

De vraag doet zich voor op welke wijze organisaties (het beste) kunnen worden ingericht om een succesvolle bedrijfsvoering in de huidige omstandigheden te bewerkstelligen waarmee de waardepropositie voor de cliënt op het gewenste peil wordt gebracht danwel gehouden. Dit is geen zorgspecifiek vraagstuk, maar doet zich ook voor in het bedrijfsleven.

Kleine zorgorganisaties zien zich daarbij geconfronteerd met het gegeven dat zij geen duurzame stevige onderhandelingspositie hebben ten opzichte van de belangrijkste financiers. Hun omvang is dusdanig dat zij geen schaalvoordelen voor het ondersteunend apparaat kunnen realiseren, en financieel gezien zijn zij veelal niet afdoende in staat tot effectieve marketing. Wel hebben zij bewezen in staat te zijn tot zorg op maat, dicht bij de cliënt en in aansluiting op diens behoeften. Grote zorgorganisaties zien zich echter geconfronteerd met de vraag op welke wijze de organisatie nog effectief bestuurd kan worden. Bureaucratie ligt op de loer, het bieden van daadwerkelijk kleinschalige zorg blijkt in de praktijk lastig realiseerbaar. Maar al te vaak leidt het interne “gedoe” af van de zorgverlening voor de cliënt.

Bij het nadenken over een andere wijze van inrichten van organisaties blijkt in het bedrijfsleven in een aantal gevallen franchise een zeer succesvolle formule. In de zorg wordt franchise nog slechts bescheiden toegepast.

Vraagstelling

De volgende vraag doet zich dan ook voor: kan franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak, teneinde de waardepropositie voor de cliënt te verhogen?

Deze vraag zal worden beantwoord met behulp van de volgende onderliggende vragen:

- a. wat is franchise en wat zijn de kenmerken van succesvolle franchise formules;
- b. welke sterke en zwakke kanten zijn verbonden aan een franchiseformule;
- c. welk sturingsconcept ligt ten grondslag aan franchise;
- d. op welke wijze kan franchise bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënt (zijnde de zorgvrager);
- e. welke barrières zijn te onderkennen voor de invoering van een franchiseformule in de zorgsector;

De vraag is aldus: is franchise het ei van Columbus voor de zorgsector.

Aanpak en Leeswijzer

De uitwerking van bovengenoemde vraagstelling vindt plaats in deze thesis.

In hoofdstuk 1 wordt kort het ontstaan van franchise evenals de belangrijkste kenmerken van franchise uitgewerkt. In hoofdstuk 2 wordt een uitwerking gegeven aan de gewenste waardepropositie van een zorgaanbieder naar zijn cliënt en op welke wijze deze vorm kan worden gegeven. De cliënten vormen immers het ultieme bestaansrecht van een organisatie en de organisatie dient dus op hun behoeften te zijn afgestemd. In hoofdstuk 3 wordt, geredeneerd vanuit het tot stand brengen van de gewenste waardepropositie, nader ingegaan op de mogelijke aanleidingen voor franchise. Aanleiding voor de verkenning van de mogelijkheden van franchise zijn: het bieden van een antwoord op schaalvergroting en ondernemerschap, gecombineerd met een mogelijkheid tot snelle en verantwoorde uitbouw van een nieuwe organisatie in een op zich verzadigde markt. Aldus vormt hoofdstuk 1 tot en met 3 het fundament voor het theoretische kader.

In hoofdstuk 4 wordt het theoretische kader voor de tot standkoming van een succesvolle franchise organisatie nader uitgewerkt en worden de kritische voorwaarden voor een succesvolle toepassing van franchise getoetst aan de bijzonderheden van de zorgsector ten opzichte van het algemene bedrijfsleven.

Middels literatuurstudie en interviews heeft een verkenning en analyse van bestaande toepassingen van franchise in de zorg plaats gevonden. De resultaten hiervan zijn weergegeven in hoofdstuk 5, dat dan ook eindigt met die elementen die voor de zorg aandachtspunten zijn bij de realisatie van een succesvolle franchiseformule. Als afronding wordt in hoofdstuk 6 een nadere beschouwing gegeven over de toepasbaarheid van franchise voor de zorg, de aanbevelingen welke wij daarbij doen evenals de conclusies die uit deze thesis kunnen worden getrokken.

1. De ontwikkeling van franchise

Alvorens nader in te gaan op de toepasbaarheid van franchise voor de zorg zal in dit hoofdstuk het ontstaan van franchise nader worden toegelicht, zodat in de volgende hoofdstukken een helder referentiekader aanwezig is.

1.1 De definitie van franchise

De Nederlandse Franchise Vereniging (NFV) hanteert de volgende definitie voor franchise: *"Franchise is een hechte vorm van samenwerking tussen juridisch zelfstandige ondernemers, de franchisegever (FG) en de franchisenemer (FN), die onder gebruikmaking van een gemeenschappelijke naam en met een uniforme uitstraling producten en diensten aanbieden aan afnemers.*



Wil een samenwerkingsformule zich terecht sieren met het predicaat "franchise", dan zal aan alle in de definities genoemde elementen voldaan moeten worden. In bijna alle sectoren, detailhandel, persoonlijke en zakelijke dienstverlening, horeca en vervoersdiensten, komt franchise voor. Als commerciële samenwerkingsvorm neemt franchise in populariteit toe en de afgelopen tien jaar is het aantal franchisevestigingen zelfs meer dan verdubbeld.

Bezemer geeft met het beschrijven van de meest kenmerkende elementen van franchise een meer pragmatische invulling van het begrip franchise. Deze kenmerken zijn:

- Het gebruik van een handelsnaam of handelsmerk.
- De FN maakt onder bepaalde voorwaarden gebruik van het bedrijfsconcept. De FG is eigenaar van de naam of het merk en heeft de complete knowhow in bezit en is bereid deze ter beschikking te stellen aan de FN.
- Min of meer duurzame relatie tussen FG en FN.
- Duidelijk omschreven regels voor beide partijen die meestal schriftelijk in een overeenkomst worden vastgelegd.
- Juridische en economische zelfstandigheid van FG en individuele FNs.
- Deze zelfstandigheid betekent niet onafhankelijkheid; beide partijen zijn contractueel met elkaar verbonden.
- Betaling van FN aan FG, bestaande uit:
 - Entreefee
 - Royalty's; bestaat vaak uit een percentage van de omzet, ook wel variabele fee of franchisefee.
 - Advertising fees
 - En in geval van product franchise veelal een marge op de goederen.

1.2 De geschiedenis van franchise

De term “franchise” komt niet uit de Verenigde Staten van Amerika. In de twaalfde eeuw wordt voor het eerst de term aangetroffen in Anglo-Normandische wetten. Het heeft hier de betekenis: “niet horig zijn aan”. De naam franchise betekent "to enfranchise" ofwel “te bevrijden van slavernij”.

Franchise zoals we het vandaag de dag kennen, werd ontwikkeld door Isaac Singer in 1858 met zijn Singer Sewing Centre (naaimachines). De firma Singer richtte een eerste netwerk op voor de verdeling en het onderhoud van naaimachines, dat steunde op een samenwerking met onafhankelijke wederverkopers. General Motors kende aan zijn FNs een exclusief gebied toe waarbinnen zij de voertuigen mochten verkopen. In Europa lanceerde een Franse firma een nationaal netwerk voor de verspreiding van breiwol van het merk Pinguin.

Franchise groeide in Amerika uit tot momenteel zo'n 1500 bedrijven met 316.000 business units. Het concept is met de groei en bloei van de babyboom generatie tot ongekende populariteit gestegen vanaf de jaren vijftig. Een beraming gaat al uit van meer dan 50 procent marktaandeel van alle verkopen. Voorspellingen gaan er van uit dat de meest succesvolle franchise bedrijven over vijftientig jaar meer dan 50.000 ondernemingen hebben.

1.3 De ontwikkeling van franchise in de tijd

Na WO II noopte de opkrabbende economie tot samenwerking van bedrijven. Enkele voorbeelden van franchiseketens die vlak na de Tweede Wereldoorlog zijn ontstaan en die in Nederland nog steeds succesvol op de markt aanwezig zijn:

- Bruna, opgericht 1868, FG sinds 1949
- Febo, opgericht 1941, FG sinds 1960
- Hema, FG sinds 1958.

Na de tweede wereldoorlog kan men in Nederland een sterke toename van het aantal franchiseorganisaties en het aantal vestigingen per organisatie constateren.

Tabel 1 geeft een beeld van de stand van zaken in “franchiseland” zoals deze in 2003 is bereikt. Opvallend hierbij is de afname van het aantal FGs binnen de detailhandel en non-food; een daling van 213 naar 175 organisaties. Het aantal franchiseorganisaties in de dienstverlening laat hier een sterke toename zien; in een jaar tijd een stijging van 115 naar 126 FGs. Deze toename resulteert in het ontstaan van een totaal eigen wereld.

Tabel 1 Franchise in Nederland 2002-2003

	Aantal franchisegevers		Aantal vestigingen van franchisenemers		Aantal medewerkers (incl. parttimers) in dienst bij franchisenemers		Omzet franchise vestigingen incl. BTW in miljoen €	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Detailhandel food	66	68	2.900	3.200	50.000	55.000	4.700	4.400
Detailhandel non-food	213	175	9.500	8.500	60.000	60.000	7.000	8.000
Dienstverlening	115	126	4.400	4.600	29.000	31.000	1.900	2.200
Horeca	40	40	1.200	1.200	31.000	22.000	1.000	700
Overig	0	28	0	800	0	9.000	0	800
Totaal	434	437	18.000	18.300	170.000	177.000	14.600	16.100

Bron: N.F.V. juni 2005.

Met de toename van het aantal franchise organisaties ontstaat regelgeving en een veelheid aan publicaties ten aanzien van franchise. In Europa bestaat de Europese erecoode voor FGs, waarin regelgeving is geformuleerd voor het gedrag en de informatieverstrekking in de precontractuele fase. In de VS zijn al universitaire opleidingen ontwikkeld die zich specifiek richten op het fenomeen franchise. In Nederland ziet men sinds enige jaren de FUN, de Franchise Universiteit Nederland. Een vereniging als de Nederlandse Franchise Vereniging is duidelijk een gevolg van deze sterke toename. Beroepsgroepen zijn zich in deze periode gaan specialiseren in franchise bijvoorbeeld juristen (Ludwig/Van Dam advocaten in Rotterdam) en organisatieadviesbureaus.

1.4 Vormen van franchise

In de loop der tijd is er een ontwikkeling in de soort franchisevorm. Historisch is er een ontwikkeling van Product-distribution franchise of Conventionele franchise die uiteindelijk uitgroeit naar Business format franchise, of Moderne franchise. Voor de beeldvorming volgt hier een korte beschrijving van deze vormen van franchise:

1. Product-distribution franchise of conventionele franchise. Dit is de oudste vorm van franchise. Met deze vorm ontwikkelt de FG een merknaam en verleent hiervoor licenties aan de FNs. Kern van het model is handel in fysieke goederen
2. Business format franchise, of moderne franchise. Hierbij krijgen de FNs een totaal bedrijfsconcept ter beschikking. De bedrijfsvoering van de merknaam en het operationele bedrijfssysteem wordt door de FN gecontracteerd van de FG. Deze vorm is na de WOII tot ontwikkeling gekomen. Voorbeelden zijn McDonald's, Cosmo Hairstyling en De Hypotheker.

In marktstrategieën wordt franchise vooral beschreven als een middel om snel en breed een aantal units van een bepaalde keten op te zetten. Dit is gelegen in het feit dat een doordacht bedrijfsconcept snel kan worden gekopieerd naar een andere regio waarmee snelle expansie mogelijkheden ontstaan. De nieuwe FN kan zich direct richten op zijn cliënten omdat de formule aan zich al volledig doordacht is en ondersteund wordt vanuit de FG.

De meeste FGs hebben naast de uitgegeven franchiselicenties aan zelfstandig ondernemers ook een aantal filialen in eigen beheer. Deze filialen worden door werknemers in loondienst gerund. De filialen zijn op hun beurt weer in een rayonstructuur, regiostructuur en/of landenstructuur opgenomen, die van grootte kunnen verschillen.

Feitelijk is de franchiseformule daarmee een manier van organiseren, waarbij er sprake kan zijn van snelle groei. Franchise biedt echter ook de mogelijkheid aan organisaties om met een lage overhead en minder bureaucratie, een platte organisatie met lage kosten te realiseren. De FG stelt een bepaalde formule, zorg- of dienstverleningsconcept beschikbaar aan de franchisenemende ondernemers. Deze kunnen daar vervolgens mee aan de slag. Aldus biedt deze besturingsvorm ook veel mogelijkheden voor bestaande organisaties.

Er komen drie vormen van franchise voor:

1. Allereerst FGs met louter zelfstandigen als FN.
2. Ten tweede FGs met vooral door henzelf gerunde filialen en personeel in loondienst als filialen.
3. De derde vorm is een mix van eigen filialen en filialen door zelfstandig ondernemers geëxploiteerd.

De derde vorm, hybride genoemd, komt het meest voor. Bij deze vorm is de penetratiesnelheid het grootste, omdat de zelfstandig ondernemers een belangrijk deel van het werk doen bij de totstandkoming van een filiaal, weliswaar vaak met behulp van de FG. Hierdoor vergroot de FG het capaciteitentableau in de markt en kan zodoende meer filialen realiseren dan hij op eigen kracht zou kunnen, zeker als er lokale kennis en netwerken opgebouwd moeten worden. In het boek *Franchise Organisations* van Jeffrey Bradach wordt uitvoerig ingegaan op het hanteren van deze vormen en onderzoekt de auteur voornamelijk de hybride vorm.

1.5 Hoe wordt het franchiseconcept gehanteerd

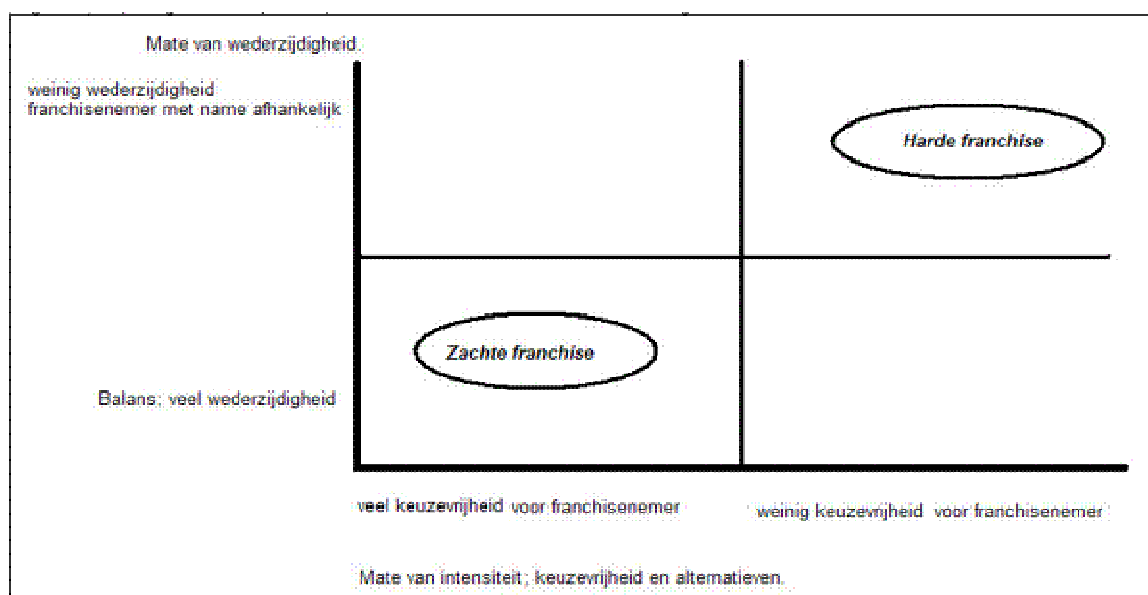
In de relatie FG - FN zijn verschillende gradaties te onderkennen. In alle gevallen is er sprake van het gebruik van een merk of brand, de levering van producten of diensten, gemeenschappelijke marktbenadering, c.q. gelijkvormige marketing. Zonder het voorgaande is er immers geen sprake van meerwaarde voor de ondernemer en voor de klant. De ondersteuning van de FG is bedoeld om de FN werk uit handen te nemen en hem gebruik te laten maken van een bepaalde schaalgrootte. In een franchisecontract regelen FG en FN wat zij over en weer van elkaar kunnen en mogen verwachten, de vrijheidsgraad van de FN en de franchisefee (de vergoeding voor diensten en het gebruik van het merk). Sommige FGs schrijven het volledige bedrijfsconcept voor, waarbij de FN alleen maar bezig is met omzet, groei, rendement en marge. In andere gevallen is de FN een ondernemer die keuzes kan maken tussen zelf doen, laten doen door de keten of zelfs extern bij een derde partij uitbesteden. Schaalgrootte is voor zowel FG als FN essentieel. Hiermee kunnen immers de kosten gedrukt worden en een breed tableau aan ondersteuning gerealiseerd worden. Veel zaken die de FG biedt zou de FN als individuele ondernemer nooit voor elkaar krijgen.

De FN krijgt als ondernemer een vliegende start omdat veel zaken al geregeld zijn en de keten van alles en nog wat biedt om een en ander waar te maken. Dat begint uiteraard op productniveau (de inhoud van de formule), maar waaiert heel breed uit naar (verplichte) ondersteuning op het gebied van financiën, ICT, vastgoed, de geldmarkt, promotie enz. De FN

maakt aldus gebruik van centraal, en veelal niet geheel vrijblijvend georganiseerde ondersteuning. Bij de geldmarkt is het duidelijk dat een draagkrachtige formulebeheerder makkelijker geld krijgt dan een kleine lokale ondernemer. Een bewezen bedrijfsconcept kan daar bij helpen. Ook bij vastgoed en de keuze van locaties die vaak succesbepalend zijn, is de steun van de franchiseketen van groot belang voor de FN. Overigens wordt de invloed van de FG hierdoor groter. In de praktijk blijkt de vastgoedpositie en de locatie van cruciaal belang en wil de FG meestal het eigendom of de zeggenschap over het vastgoed om te voorkomen dat een FN kan overstappen naar een ander merk of kan uitstappen en zelf verder gaan.

De FG en FN hebben elkaar nodig om het concept verder uit te werken en uit te bouwen. Anders dan bij filiaalhouders in loondienst zijn de FNs steeds bezig met het optimaliseren van hun bedrijf. Met hun lokaal marktgevoel, creativiteit en netwerk en uiteraard ondernemerschap, kijken ze hoe de formule aangepast en uitgebreid kan worden. Deze ideeën wisselen ze uit met de FG die op zijn beurt een breed scala aan ontwikkel- en proefsites heeft, die vervolgens wellicht ook elders toe te passen zijn.

Een FG kan kiezen voor een 'harde franchise' waarbij er duidelijke afspraken worden gemaakt over de bedrijfsvoering (het Total Business Concept) en 'zachte franchise' waarbij er meer vrijheid en invloed is op de bedrijfsvoering door de FN en afspraken vrijblijvender zijn (zie onderstaand schema).



De FG verplicht zich tot inwijding van de FN in het algemene bedrijfsconcept en tot ondersteuning bij de bedrijfsvoering, vaak op basis van een verplichte scholing. Voor de FN betekent de overeenkomst niet alleen steun, maar ook vaak een gedwongen winkelnering, zowel voor wat betreft de portfolio (producten/diensten) als bijvoorbeeld ICT gerelateerde zaken. Er lijkt soms weinig ruimte te zijn om af te wijken van het bedrijfsconcept, zowel geografisch (een regio/buurt wordt toegewezen), maar ook om elders aanvullend in te kopen.

Een collectief handboek is gebruikelijk; dit leidt de businessunits door dagelijkse problemen en biedt helderheid over wat de FG verwacht, variërend van het genoemde Total Business Concept, tot aan gedragscode, kleding, inrichting van de organisatie, verwachtingen over netwerken en lokale en regionale marketingactiviteiten.

2. Cliëntwaarden heden ten dage

2.1 Inleiding

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 biedt franchise een samenwerkingsvorm om te komen tot de succesvolle uitvoering van een bedrijfsconcept. In deze thesis gaat het over franchise in de zorg. In de zorgsector wordt momenteel toenemend het cliëntperspectief gezien als sleutel tot strategisch succes. Veel zorgorganisaties maken daarmee een kanteling van intern en/of aanbod gericht werken naar cliënt gericht werken, ofwel de omslag van een uitvoeringsorganisatie naar een clientgerichte onderneming. In dit hoofdstuk wordt invulling gegeven aan het begrip cliëntperspectief in de zorg, teneinde vast te stellen welke eisen en voorwaarden dit perspectief aan succesvolle toepassing van franchise in de zorg stelt.

Franchise is een manier van organiseren en zegt dus vooral iets over de interne organisatie van de (zorg)aanbieder. Zoals later in deze thesis zal worden uiteengezet zijn er een belangrijk aantal voordelen verbonden aan een franchiseformule. Deze (theoretische) voordelen behelzen niet a-priori het bieden van een betere waardepropositie voor de cliënt.

Als de cliënt het uitgangspunt is, moet er met het toepassen van een ander bedrijfsconcept wel meerwaarde vanuit gaan voor de cliënt. Een franchiseformule biedt dergelijke voordelen en wel om het volgende:

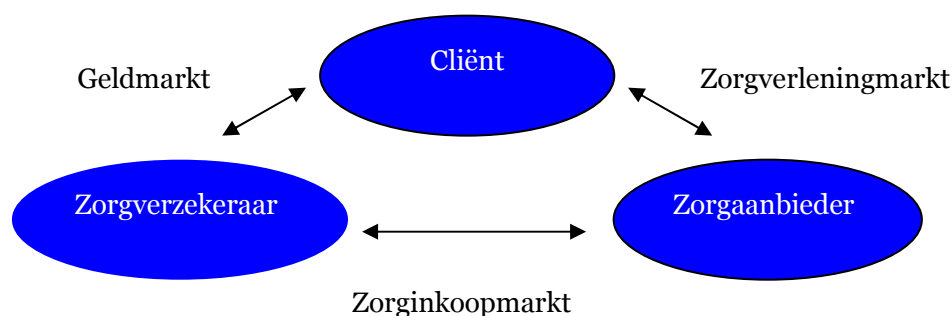
1. de huidige structuur van de *zorgmarkt* is imperfect (zie ook 2.2). Dit betekent dat een zorgaanbieder zich moet richten op twee cliënten: de zorgbetaler en de zorgontvanger. Binnen het franchise concept zijn deze cliënten goed te scheiden en afzonderlijk te benaderen: de FG zorgt voor de contacten met de verzekeraars/gemeenten terwijl de FN zich kan concentreren op het bieden van de juiste zorg doorspekt met de juiste customer intimacy. Daarnaast biedt franchise de mogelijkheid om een model te ontwikkelen waarbij de nadelen van de huidige structuur wordt doorbroken door betaling geheel door de zorgvrager te doen plaats vinden, die daartoe zelf binnen het huidige verzekeringstelsel middelen kan genereren. Dit alles kan ook zonder franchise, maar franchise maakt het mogelijk dit in business- concept vorm goed uit te rollen.
2. door te werken vanuit kleinere units, die echt zelfstandig verantwoordelijk zijn en waarbij naast intrinsieke prikkels ook financiële prikkels zijn aangebracht wordt de organisatie meer geprikkeld om de zorg daadwerkelijk af te stemmen op haar cliënten. Dit kan ook zonder franchise, maar franchise biedt de mogelijkheid om andere, sterkere prikkels in te bouwen.
3. uit het oogpunt van het bouwen aan een vertrouwenswekkend bedrijfsconcept en merk biedt franchise voordelen. Een voor een specifieke doelgroep ontwikkeld bedrijfsconcept kan goed in de markt worden gepositioneerd en worden uitgerold.

Met de voorgaande uitgangspunten als basis zal in dit hoofdstuk nader worden gekeken naar de drivers van cliëntwaarde om tot slot vast te kunnen stellen hoe de cliëntwaarde tot stand komt en waarmee bij de inrichting van een franchiseformule rekening moet worden gehouden om de verbetering van de waardepropositie voor de cliënt ook echt te realiseren. Alvorens dat te doen

zal in de volgende paragraaf allereerst nader worden gekeken naar de structuur van de zorgmarkt gezien de invloed die daarvan uitgaat op het bieden van een juiste waardepropositie voor de cliënt.

2.2 Structuur van de zorgmarkt

Het denken over de waardepropositie voor de cliënt wordt in belangrijke mate gekleurd door de structuur van de zorgmarkt. De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten, die met elkaar een driehoek vormen:



Deze markten verschillen in welke waarde wordt gecreëerd, in de prijs die er voor moet worden betaald, in keuzevrijheid en in concurrentie. Deze driehoek laat zien dat de zorgsector geen perfecte markt is. De cliënt betaalt zelf geen directe prijs voor de ontvangen zorg, de prijs wordt indirect via de verzekering betaald.

Er is geen enkele marktsector waar de regie namens de cliënt of overheid bij een verzekeraar ligt. In andere sectoren zijn cliënten het noodzakelijke tegenwicht voor leveranciers. Een markt wordt gestuurd door de voorkeuren en keuzes van de cliënt. Op dit moment werkt deze logica in de zorg nog niet afdoende. Voor een goede marktwerking moet een cliënt erachter kunnen komen wat 'de beste koop' is. De gezondheidsmarkt is hiervoor (nog) niet overzichtelijk en transparant genoeg. In dit licht bezien is het logisch dat er door de overheid momenteel zo veel initiatieven worden genomen om de cliënt beter te informeren en mondiger te maken.

De positie van de burger in de zorgmarkt is dubbelzinnig: die van cliënt en verzekerde. Tot de zorgverzekeraar verhoudt de burger zich als consument en tot de zorgverlener als cliënt. Met de zorgverlener wordt persoonlijk contact gewaardeerd. Een dergelijke band voelen cliënten niet met de verzekeraar. In de gezondheidsmarkt wordt wel verwacht dat de kiezende burger via zijn keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar op grote lijnen de regie gaat voeren. De vraag is, of dit ook zo gaat werken. Het is namelijk een groot verschil of je vanuit de waarden als consument naar de zorg kijkt of vanuit de waarden als cliënt.

De kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kunnen (en moeten) nog steeds aanzienlijk worden verbeterd. De cliënt heeft recht op de beste zorg tegen een betaalbare premie. De politiek heeft kostenbeheersing nu als centrale doelstelling. Om dit alles te bereiken is marktwerking ingevoerd. Het gaat dan om deregulering, transparantie, keuzevrijheid, concurrentie en afrekenen op prestaties. Regisseur van dit spel is de zorgverzekeraar. Hij is de belangenbehartiger van de verzekerde/cliënt en moet voor de minister (en uit eigen belang) zorgen voor kostenbeheersing, bezuiniging en betere kwaliteit. Kostenbeheersing en

marktwerking gaan niet vanzelfsprekend hand in hand, hierin schuilt een belangrijk knelpunt in het huidige overheidsbeleid.

Als in dit hoofdstuk wordt gesproken over de cliënt betreft het de zorgvrager/zorgontvanger, dit is (nog) niet hetzelfde als de betaler van de zorg, de zorgverzekeraar c.a. Daar waar relevant zal de rol van die laatste nader worden benoemd.

2.3 Cliëntwaarde nader beschouwd

Van Merode & van Raak beschrijven dat de meeste Nederlandse gezondheidszorgorganisaties in de jaren '90 werden gekenmerkt als een op functionele leest geschoeide organisatie en een professionele bureaucratie. De professionele bureaucratie hield in dat de belangrijkste beslissingen op inhoudelijk gebied werden genomen door de professionals en er sprake was van een relatief gedecentraliseerde beslissingsstructuur. Voor niet-inhoudelijke beslissingen was de beslissingsstructuur relatief gecentraliseerd.

Sindsdien is vaak de indruk gewekt dat er veel is veranderd: gezondheidszorgorganisaties zeggen te kantelen, het personeel te flexibiliseren en de beslissingsstructuur te decentraliseren. In het bijzonder wordt gesteld dat de machtsverhoudingen tussen cliënt en zorgaanbieder zijn verschoven. Al enige jaren geleden werd onderkend dat de cliënt te weinig macht had in zijn of haar relatie met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon bepalen welke zorg werd verleend en niet de cliënt. De zorgaanbieder was machtig en de cliënt was de afhankelijke, ondergeschikte partij.

Om het machtsverschil te reduceren is onder meer besloten het persoonsgebonden budget in te voeren, waarmee de cliënt binnen bepaalde regels, zelf zorg kan inkopen bij de (zorg)aanbieder van voorkeur. De cliënt bepaalt dan wie welke zorg verleent. Bovendien is de invloed toegenomen van de cliëntenverenigingen die de cliënt vertegenwoordigen. Een belangrijke ontwikkeling in dit verband is ook de introductie van de basisverzekering. De cliënt heeft meer of minder bewust een keuze gemaakt voor een zorgverzekeraar¹.

Of er daadwerkelijk meer sprake is van decentralisatie, en het reduceren van het machtsverschil tussen cliënt en zorgaanbieder, ten opzichte van vijftien jaar geleden, valt te betwijfelen. Duidelijk is in ieder geval wel dat een deel van de macht is verschoven naar de zorginkopers (in casus verzekeraars en gemeenten). Zoals al eerder is opgemerkt zal de uitkomst voor de cliënt moeten zijn dat de zorgaanbieder 'meerwaarde' biedt en de uitkomst voor de zorgaanbieder zal moeten zijn dat de cliënt diensten blijft afnemen (op de korte termijn) en steeds weer opnieuw (op de lange termijn). De rol van de zorginkoper zou dan in een verlengde moeten liggen van zijn cliënten maar die belangen lopen niet altijd synchroon. Om die meerwaarde te kunnen bereiken zal voor de zorgaanbieder duidelijk moeten zijn:

1. Op grond waarvan een cliënt bepaalt om zorgdiensten te gebruiken en af te nemen
2. Welke elementen de totstandkoming en bestendiging van de cliëntrelatie bepalen.
3. Hoe uit de cliëntrelatie concurrentie voordeel kan worden behaald.

¹ Ook zorgverzekeraars gaan over tot differentiatie teneinde in hun aanbod beter bij cliënt wensen te kunnen aansluiten. Een goed voorbeeld hiervan is de introductie van de Zekur polis van Unive.

In de volgende subparagrafen zal nader worden ingegaan op die elementen die gezamenlijk de kant van de cliëntwaarde bepalen. Het gaat dan achtereenvolgens om:

1. de positie van de cliënt als eindgebruiker
2. het definiëren van een passende waardepropositie
3. de beeldvorming bij de cliënt
4. prijzen en kosten
5. waardebepaling
6. het koopproces
7. de relatieopbouw

2.3.1 De cliënt als eindgebruiker

Alvorens in te gaan op de motieven van een cliënt om zorgdiensten af te nemen, dient de zorgaanbieder voor zichzelf bepaald te hebben op welke cliëntgroepen hij zich wil gaan richten. In algemene zin is het voor de zorgaanbieder niet mogelijk om een echt één op één afgestemd aanbod te creëren. De enorme investeringen die hiervoor nodig zullen zijn kunnen nooit het gewenste rendement opleveren. Een cliëntgroep benadering is vanuit bedrijfseconomisch oogpunt voor de meeste zorgaanbieders dan ook de beste aanpak, waarbij het dan wel de kunst is bij de cliënt de perceptie van persoonlijk op maat toegesneden zorg op te roepen. Er dient dus een heldere omschrijving te zijn van de doelgroep(en). Als er onduidelijkheid is over de doelgroep(en) van cliënten is het gevaar groot dat met allerlei cliënten ‘zaken worden gedaan’ met als gevolg dat veel verschillende ‘soorten’ cliënten, met kleine aantallen per ‘soort’, bediend moeten worden. Dit leidt tot het realiseren van kleine marges, veel overhead, veel cliëntenverloop en een inefficiënte bedrijfsvoering als uitkomst (Doyle).

Om te kunnen bepalen welke cliëntgroepen lifetime value creëren voor de reguliere zorgaanbieders zijn een viertal criteria richtinggevend, te weten (Doyle);

1. de *strategic importance* waaraan drie dimensievragen gekoppeld zijn;
 - a. zijn cliënten bereid om diensten af te nemen welke deel uitmaken van de core-business van de zorgaanbieder,
 - b. hebben de cliënten die diensten willen afnemen bij de zorgaanbieder een vraag die leidt tot een groei in de afzet van meer diensten in de toekomst,
 - c. bevinden zich binnen de doelgroep van cliënten ook opinieleiders die potentiële nieuwe cliënten kunnen bewegen om diensten af te nemen bij de zorgaanbieder.
2. de *customer profitability* waarmee bedoeld wordt dat cliënten voor de zorgaanbieder rekenen meebrengen die leiden tot het creëren van een winstmarge voor de zorgaanbieder, waarbij opgemerkt wordt dat customer profitability niet het synoniem is voor grote cliëntengroepen.
3. de *customer significance* waarmee bedoeld wordt welke cliënten welk deel van de opbrengsten voor de zorgaanbieder genereren. Ook hier geldt dat een kleine groep cliënten een significant groot deel van de inkomsten voor een aanbieder kan genereren.
4. de *customer loyalty* waarmee bedoeld wordt dat die cliëntengroep geïdentificeerd moet worden die bereid is een lange termijn relatie aan te gaan met de zorgaanbieder.

In het bedrijfsleven worden verschillende methodieken toegepast om tot cliëntgroepen te komen. Deze cliëntgroepen vormen vervolgens de basis voor een gedifferentieerde aanpak van (potentiële) cliënten op het gebied van marketing, communicatie, dienstverlening en service.

Het op passende wijze definiëren van de cliëntgroepen is van groot belang. Het stelt de organisatie in staat om op adequate wijze een passend aanbod te creëren en daar haar service in alle aspecten op te richten. In de praktijk blijkt dat het daadwerkelijk kiezen voor cliëntgroepen maar slechts beperkt wordt toegepast. Grote organisaties maken daarin geen duidelijke keuzes maar gaan voor een generiek aanbod. Een eenduidig formule management dat veelal ten grondslag ligt aan franchiseketens is een voorbeeld van de wijze waarop dit kan worden ingevuld. Bij de uitwerking van franchise zal hier nader bij stil worden gestaan.

2.3.2 De waardepropositie

De cliënt, als consument in de (commerciële) kopersmarkt van tegenwoordig, wordt steeds meer volwassen als cliënt: de cliënt van tegenwoordig is beter geïnformeerd, mondiger en heeft een redelijk idee van zijn wensen en heeft daarbij vele alternatieven om uit te kiezen. De huidige cliënt maakt zijn keuze niet alleen (meer) puur op het verwerven van een product maar ook op het verkrijgen van een aankoop- en gebruiksadvies. De zorgaanbieder die erin slaagt goed duidelijk te maken aan de cliënt wat de meerwaarde en het onderscheid is van het aangeboden product / de dienst / de dienstverlening ten opzichte van de andere zorgaanbieders in de markt (value proposition), heeft vaak de preferentie van de cliënt en een onderscheidend vermogen in de markt (Wiersema).

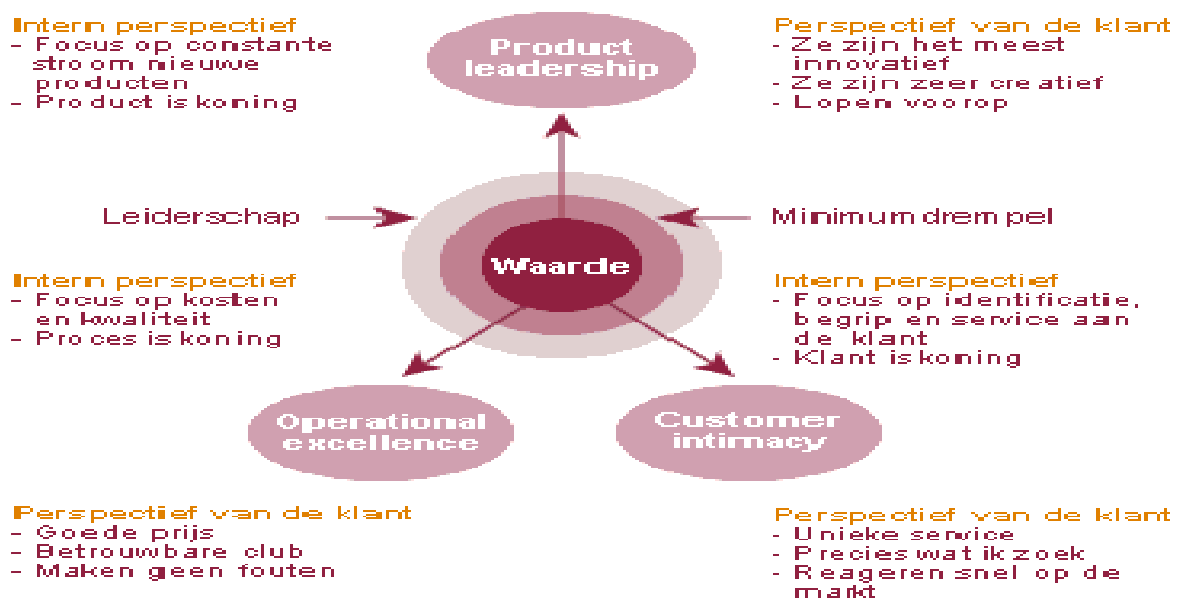
Om de cliënt in staat te stellen een keuze te maken binnen de dienstenmarkt en te streven naar het hebben van een onderscheidend vermogen in de markt, moet de reguliere zorgaanbieder aan de potentiële cliënt een *waardepropositie* kunnen presenteren. Dit kan de zorgaanbieder realiseren door de cliënt een aantrekkelijke combinatie van waarden te leveren, te realiseren door (Treacy & Wiersema):

1. een expliciete belofte aan de cliënt aangaande de (kost)prijs, met de garantie voor het leveren van een (basis)kwaliteit en een (basis)prestatie, het aanbieden van verschillende en daadwerkelijk beschikbare keuzemogelijkheden en aan-/inkoopgemak.
2. het door de waardepropositie bepaalde werkmodel, bestaande uit die combinatie van werkprocessen, managementsystemen, bedrijfsstructuur en -cultuur die de zorgaanbieder in staat stelt de waardepropositie in te lossen. Dit operationele model is het middel voor het instellen en verhogen van de cliënt verwachtingen.
3. om de waardepropositie vorm te geven zijn drie strategische keuzerichtingen te onderscheiden die leiden tot het creëren van waarde voor de cliënt, te weten:
 - a) *kostenleiderschap* (operational excellence): de zorgaanbieder die volgens deze discipline te werk gaat, houdt zich in eerste instantie niet bezig met innovaties of de één op één relatie met de cliënt, maar biedt diensten en producten aan tegen een aantrekkelijk lage prijs in de markt en aan een breed publiek. De impliciete belofte is: een lage prijs en koopgemak. Anders gezegd gaat het hier om het reduceren van de operationele kosten om te komen tot prijsvoordeel. De voorsprong op de concurrentie ontstaat uit een continue focus op procesverbetering.
 - b) *productleiderschap* (best product): de zorgaanbieder concentreert zich op het aanbieden van grensverleggende nieuwe producten en belooft de cliënt impliciet de beste, allernieuwste diensten en producten. De prijs van de dienst of het product is voor het productleiderschap van ondergeschikt belang. Productleiders concurreren op productprestatie. Anders gezegd; het product is het uitgangspunt. Dat moet het beste in zijn soort zijn. Cliënten zijn dan bereid daarvoor meer te betalen. Continue innovatie en een snelle time to market waarborgen een blijvende voorsprong op de

concurrentie. Ze garanderen ook een blijvende behoeftevervulling bij de cliëntengroep.

- c) *cliëntpartnerschap* (customer intimacy): de zorgaanbieder richt zich specifiek op wat de cliënt wil (de specifieke cliëntbehoefte), op het ontwikkelen van een goede cliëntrelatie, vergaren van kennis over de cliënt en is in staat de behoeften van de cliënt te herkennen. De impliciete belofte van de zorgaanbieder is dat de beste oplossing voor de cliënt beschikbaar is en hulp wordt geboden om deze ook te verkrijgen. Anders gezegd de relatie met de cliënt wordt als het meest waardevol beschouwd. De cliënt wordt bediend met producten, diensten en andere toegevoegde waarde. Deze voorzien zo precies mogelijk in de behoefte van de cliënt. En wel op het moment en de plaats dat deze behoefte ontstaat. Kennis van de cliënt is cruciaal en stuurt de dialoog. Door een service op maat ontstaat een verbondenheid tussen cliënt en zorgaanbieder. In de zorg geldt de vertrouwensrelatie als voorbeeld van customer intimacy.

Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:



Kiezen voor een van de waardedisciplines betekent niet dat de andere verwaarloosd mogen worden. Volgens Treacy en Wiersema moet voldaan worden aan de volgende 4 wetten:

1. Uitblinken in 1 waardediscipline;
2. Presteren in de overige dimensies op een drempelniveau (de minimum drempel);
3. Voortdurend waarde toevoegen, zodat men de beste kan blijven (het tonen van leiderschap);
4. Een besturingsmodel ontwerpen dat volledig ten dienste staat bij de gekozen waardediscipline.

Het is in algemene zin noodzakelijk te kiezen tussen één van deze drie basisstrategieën. Niet kiezen, behelst het risico op enig moment "stuck in the middle" te geraken. Dit is een stuurloze situatie voor een organisatie. Er is immers geen focus. Op basis van de gekozen focus kan de

strategie verder inhoud krijgen. Als een zorgaanbieder zich wenst te profileren in de markt zal het zichzelf de vraag moeten stellen wat nagestreefd wordt: operationeel voorop lopen, vooraanstaand worden op het gebied van de aangeboden dienst of de cliëntrelatie centraal stellen. Feitelijk zijn deze drie vragen niet los van elkaar te zien en haken allen in op de vragen die een cliënt zich stelt voorafgaand aan het te nemen besluit om een dienst of een product af te nemen bij de zorgaanbieder.

In termen van allerlei relevante aspecten van de te leveren producten en diensten zijn de volgende consequenties mogelijk:

- bij *operational excellence* is te denken aan:
 - o laagste prijs
 - o hoogste leverbetrouwbaarheid
 - o uitmuntend logistiek management
 - o beperkt assortiment
- bij *product leadership* is te denken aan:
 - o technologische vernieuwing
 - o product- of dienstinnovaties
 - o snelle time to market
 - o kennis delen en leren ten behoeve van product- of dienstontwikkeling
- bij *customer intimacy* is te denken aan:
 - o massa customisation
 - o één op één-marketing
 - o Partnerships
 - o Cliënt Relationship Management (CRM)

In de zorg kan het haast niet anders dan dat een organisatie kiest voor customer intimacy. Strategische beleidsplannen van meerdere instellingen bevestigen dit beeld. Dat is ook niet verwonderlijk: in de zorg gaat het om het (wel)zijn van mensen die onderdeel zijn van een dienstverlenend proces. Daarbij dient de directe relatie met de cliënt in het proces centraal te staan. De minimum drempel van kwaliteit ligt hoog en maakt onderscheidend vermogen op dat vlak lastig. Onderscheidend vermogen wordt daarmee voor een belangrijk deel bepaald door de relatie en de *ervaren* kwaliteit van zorg. Daarbij dient wel een combinatie focus te worden gemaakt: gegeven de customer intimacy ligt dan de nadruk op operational excellence of op product leadership.

Een franchise organisatie kan een belangrijke bijdrage leveren aan het ontwikkelen van een passende waardepropositie. Zo is het opbouwen van een CRM systeem van groot belang, de FG kan dat in de kern ontwikkelen en aanbieden aan de FNs. Door de keuze voor een uniform bedrijfsmodel wordt bijgedragen aan de drempelwaarden op het gebied van operational excellence. De omvang van de franchise organisatie maakt dat centraal ingezet kan worden op innovatie waarmee ook die drempelwaarde adequaat wordt vervuld. Aldus is de FN in staat om daadwerkelijk en voorzien van de nodige ondersteunende elementen, invulling te geven aan de customer intimacy.

2.3.3 Beeldvorming van de cliënt

Aan de hand van de door de cliënt verwachte en waargenomen dienstverlening ontstaat bij de cliënt een beeld (*total image*) over de betreffende zorgaanbieder (de Vries, van Helsdingen, Kasper). Het total image bestaat uit verschillende deelimages. De zorgaanbieder kan, afhankelijk van het gewenste beeld dat bij de cliënt dient te ontstaan van (en over) de zorgaanbieder, deelimages accentueren en zo het total image vormen (zoals de aanbieder graag ‘door de ogen van de cliënt’ gezien wil worden). De cliënt gebruikt vooral het total image om zich een beeld te vormen van de behoeften die door het gebruik van het merk / zorgdienst kunnen worden vervuld.

Het total image is opgebouwd uit de volgende zes deelimages:

1. *intrinsiek-image*: het resultaat van alle indrukken, ervaringen, kennis, verwachtingen en gevoelens van mensen over een zorgproduct of zorgdienst als gevolg van de (fysieke) presentatie van dat product / dienst.
2. *merkimage*: het centrale uitgangspunt, de merknaam. De cliënt heeft associaties bij een merknaam en vooral voor de kenmerken die producten hebben die een dergelijke merknaam dragen. Bij diensten, die niet fysiek gepresenteerd kunnen worden, neemt het corporate-image veelal de plaats in van de specifieke merknaam.
3. *corporate-image*: de optelsom van alle indrukken die cliënten hebben over de zorgorganisatie.
4. *productgroep-image*: beeldvorming waarbij de productgroep centraal staat en onder de aandacht gebracht wordt bij het brede publiek vanuit alle zorgorganisaties samen.
5. *store-image*: is de beoordeling door de cliënt van het dienstverleningsproces gekoppeld aan een specifieke locatie.
6. *koopproces-image*: is het beeld dat de cliënt heeft van hoe moeilijk of makkelijk het is om als cliënt met de zorgaanbieder tot afspraken te komen over de geïndiceerde / gewenste / gevraagde diensten en de dienstverlening.

In de zorg is tot heden het merkimage van beperkte toegevoegde waarde. De cliënt heeft geen of zeer beperkte associaties bij een merknaam van de zorgaanbieder. Gezien de toenemende cliëntemancipatie kan het bieden van een merk meerwaarde hebben om aldus de cliënt te ondersteunen in zijn keuze proces. Daarnaast wordt er in de zorg veelal nog onvoldoende aandacht geschonken aan het corporate-image. Echter in het huidige bestel kan een duidelijk total image ook van toegevoegde waarde zijn richting de verzekeraars/gemeenten die daarmee een duidelijk concept kunnen kiezen.

2.3.4 Prijzen en kosten

Als cliënten diensten kopen bij een zorgaanbieder zal de cliënt, afhankelijk van het soort diensten dat wordt afgenomen, hiervoor een prijs (in financiële zin) betalen en kosten (ook in niet financiële zin) maken. Omdat binnen de reguliere zorg prijssignalen als marktmechanisme voor de zorgvrager minimaal tot niet aanwezig zijn (Breedveld), zijn vooral de niet materiële kosten voor de zorgcliënt van belang bij het aangaan van een relatie met een zorgaanbieder. Over prijzen en kosten merkt Grönroos op; *net price is a cost component which is perceived in the short run, whereas other cost components are perceived in the long run as the relationship unfolds...these additional costs are called relationship costs.*

Relationship costs (Grönroos) zijn bijkomende kosten voor de cliënt die boven op de financiële prijs komen die door de cliënt wordt betaald. Deze kosten voor de cliënt komen voort uit (of zijn te herleiden tot) het feit dat de cliënt een relatie aangaat met de zorgaanbieder.

Voor de cliënt die een relatie aangaat met een zorgaanbieder is het vanuit het lange termijn perspectief van de cliënt van belang om niet alleen na te gaan welke prijs (net price) betaald moet worden voor een zorgdienst (i.c. de hoogte van de eigen bijdrage per uur voor zorg-in-natura / de PGB-uurprijs), maar ook om vast te stellen welke de bijkomende investeringen (relationship costs) zijn.

De cliënt zal bereid zijn een hogere totaal prijs te betalen (i.c. over meer uren zorgverlening een eigen bijdrage willen betalen) als de zorgaanbieder erin slaagt, robuust op maat en gerelateerd aan een langer termijn perspectief voor de cliënt, een zorgarrangement samen te stellen waar de betreffende cliënt de (meer)waarde van kan zien. Dan pas zal de cliënt ook bereid zijn voor een dergelijke zorg(verlening) een hogere totaal prijs te betalen waarbij wordt opgemerkt dat zowel de cliënt als de zorgaanbieder hiervan profijt hebben. De cliënt heeft namelijk minder kosten voor het onderhouden van de relatie met de zorgaanbieder en hoeft niet te investeren in het zoeken naar en het aanvragen van nieuwe, aanvullende zorgverlening.

De (reguliere) zorgaanbieder heeft binnen het huidige financiële bestel geen mogelijkheden om boven de prijs (zijnde het maximum Nza-tarief voor een zorgproduct) zorg aan te bieden. Wel kan de (reguliere) zorgaanbieder een betere marge creëren op de kostprijs. Deze betere marge kan ontstaan door de productiekosten omlaag te brengen, omdat minder geïnvesteerd hoeft te worden in het voortdurend opnieuw werven van cliënten en het ontwikkelen van additionele zorgproducten.

De cliënten hebben in het huidige financiële bestel slechts beperkt financiële prikkels. Deze bevindt zich primair in de keuze van de verzekeringspolis, waarmee een keuze voor de dekking wordt gemaakt. Inhoudelijk begint zich een differentiatie van de polissen af te tekenen waarmee er vanuit die invalshoek een financiële prikkel ontstaat. Doordat die financiële prikkel voor de geboden zorg nog maar beperkt aanwezig is, zijn de bijkomende “kosten” (waaronder begrepen de inspanningen) en opbrengsten voor de cliënt relevant. De prijs an sich is dan niet de doorslaggevende factor maar wel de extra moeite of inspanning die de cliënt moet verrichten voordat hij zorg kan genieten evenals het extra gemak of opbrengst (bijvoorbeeld aanvullende informatie) zullen de doorslag geven. Ook al is het op dit moment voor de cliënt nog een genietermarkt, blijft de prijsstelling wel een belangrijk uitgangspunt voor de verzekeraars en de gemeenten en moet als waarde element niet worden onderschat. De verzekeraar en de gemeente maken een deel van de keuzes voor hun cliënten door het samenstellen van een bepaald keuzemenu of assortiment waaruit zijn cliënten (en de cliënten van de zorgaanbieders) kunnen kiezen.

2.3.5 Waardebepaling

Vanuit het perspectief van de cliënt koopt de cliënt geen diensten of producten. Zij kopen feitelijk gebruikersgemak / oplossingen (benefits) en hebben over de aanschaf hiervan, verwachtingen (Grönroos). Het door de cliënt waargenomen gebruikersgemak (na aanschaf van een dienst of een product) is aan te duiden als een door de *gebruiker waargenomen dienstverlening* die voor die cliënt waarde heeft. De cliënt zoekt voor zijn problemen een oplossing. Daarom is het van belang dat een zorgaanbieder geen dienst of product aanbiedt

maar een oplossing voor het probleem van de cliënt. Hoe de cliënt deze ‘oplossing’ krijgt (als resultaat van het ontwikkelen van de waardepropositie door de zorgaanbieder) en welke waarde hiermee geleverd wordt voor de cliënt, is afhankelijk van de manier waarop en de mate waarin de cliënt waarde toekent aan de dienst van de zorgaanbieder; the customers’ own value-generating proces.

Kennis van de behoeften, de wensen, de waardesystemen en de waardebepalingprocessen van de cliënt is van vitaal belang voor de zorgaanbieder om oplossingen voor cliëntproblemen zodanig aan te bieden dat deze oplossingen matchen met de cliëntverwachting (customer expectation) en leiden tot cliënttevredenheid (customer satisfaction) (Doyle).

Bij de cliëntverwachting wordt opgemerkt dat deze wordt beïnvloed door de externe sociale omgeving van de cliënt en aan veranderingen onderhevig is. Het is al eerder aangeduid dat het voor een zorgaanbieder risicovol en praktisch nagenoeg niet haalbaar is om voor iedere individuele cliënt een individuele oplossing te bieden. Het is wel de verwachting van de cliënt om een ‘oplossing-op-maat’ te krijgen. Om de ‘oplossing-op-maat’ te bieden en tevens de risico’s te beperken, die kunnen leiden tot een ineffektieve en inefficiënte bedrijfsvoering, is het noodzakelijk dat aanbieders kiezen voor cliëntengroepen, indelingen naar cliëntsegmenten en cliëntprofielen. De cliënt gedraagt zich daarbij als een consument en richt zich preferent op het verkrijgen en/of gebruiken van producten-op-maat / diensten-op-maat / service-op-maat.

2.3.6 Het koopproces

Al naar gelang er sprake is van uitgebreid probleemoplossend aankoopgedrag, beperkt probleemoplossend aankoopgedrag of routinematig aankoopgedrag, zal de structuur en omvang van het ‘koopproces’ verschillen. Bij uitgebreid probleemoplossend aankoopgedrag zullen vijf fasen van het koopproces worden doorlopen namelijk de fase van: probleemherkenning, het zoeken naar informatie, de evaluatie van alternatieven, de feitelijke koop en de evaluatie van de koop (Zeithaml & Bitner).

Bij routinematig aankoopgedrag zijn vaak alleen de laatste twee fasen van belang. Aangezien bij diensten het kenmerk ontastbaarheid van wezenlijk belang is en productie en consumptie veelal samenvallen, verloopt het koopproces van zorgdiensten volgens een drietal fasen te weten:

1. de *pre-consumptiefase*, die de fasen van de probleemherkenning, het zoeken naar informatie, de evaluatie van de alternatieven en de beslissing omvat;
2. de *consumptiefase*, die overeenkomt met de vierde fase, met dit verschil dat het prosumerschap (het gelijktijdig consument en producent zijn) van de dienstverlening veelal een bepaalde mate van participatie vereist van de consument;
3. de *post-consumptiefase*, die medebepalend is voor de tevredenheid of ontevredenheid van de consument over de totale dienstverlening (de vijfde fase).

2.3.7 Relatieopbouw

Omdat het voor de cliënt van een dienst moeilijk is om vooraf informatie te verzamelen over de dienst is het gebruik ervan in wezen vergelijkbaar met het aangaan van een relatie tussen dienstverlener en cliënt. In feite is het intensief doorlopen van de eerste fase van het ‘koopproces’ vaak ook aanleiding om de relatielevenscyclus op te starten (de Vries, van Helsdingen, Kasper).

Zoals eerder opgemerkt is een lange termijn relatie met de cliënt kritisch voor het succes van de zorgaanbieder en vraagt de cliënt vraaggestuurde diensten-op-maat. Door het aangaan van een (zorg)contract met de cliënt als zorgaanbieder of het aanbieden van een (zorg)abonnement wordt een relatie tussen cliënt en aanbieder wederzijds bekrachtigd en ontstaat een geformaliseerde relatie (met een transactie) die uiteindelijk kan resulteren in een verlenging van de relatielevenscyclus (de Vries & Goud).

Dit impliceert wel dat de zorgaanbieder naast de aandacht voor transacties ook moet focussen op het investeren in en onderhouden van relaties met hun cliënt. Dit benadrukt het belang van customer intimacy voor de zorg. De intensiteit, diepgang en uitgebreidheid daarvan is dan bepalend voor het onderscheidend vermogen.

Voor de zorg (als persoonlijke dienstverlening) geldt dat als de cliënt en de zorgaanbieder besluiten hun relatie door een transactie te formaliseren én de cliënt formaliseert deze relatie vrijwillig (bijvoorbeeld door het aangaan van een zorgcontract of het afsluiten van een zorgabonnement) ontstaat het begin van een mogelijke relatielevenscyclus die uiteindelijk een vorm van loyaliteit gaat meedragen. Loyaliteit heeft betekenis voor zowel de cliënt als de zorgaanbieder. De cliënt ontvangt voor loyaliteit aan de zorgaanbieder benefits. Voor de zorgaanbieder betekent het hebben van loyale cliënten stabiliteit in de cliëntenpopulatie en in de omzet. Hiermee onderscheidt de sector zich van een organisatie die is gericht op het bieden van commodity diensten, of leveringen van commodity goederen.

Dit alles onderstreept eens te meer het gestelde in paragraaf 2.3.2 met betrekking tot de waardepropositie: het zal in de zorg altijd gaan om de customer intimacy. De wijze waarop deze wordt ingevuld (en met welke keuze: operational excellence of product leadership) bepaalt de waarde van de relatie en daarmee van de zorg voor de cliënt.

2.4 Samenvatting en conclusie

Kern van de vraagstelling van deze thesis is kan franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak teneinde aldus de waardepropositie voor de cliënten te verhogen. Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden dient duidelijk te zijn waaruit de waardepropositie van een cliënt bestaat en op welke wijze die kan worden verhoogd,

In dit hoofdstuk is dan ook de positie van de cliënt als eindgebruiker van de zorgaanbieder aan de orde gesteld. Vanuit de positie van zowel de cliënt als vanuit de positie van de zorgaanbieder, is beschreven welke betekenis de cliënt heeft voor de zorgaanbieder, en omgekeerd. Hierbij is ingegaan op hoe de cliënt als eindgebruiker het zorgaanbod van de zorgaanbieder percipieert, en hoe de cliëntpreferentie beïnvloed kan worden door de zorgaanbieder.

Om de cliënt in staat te stellen een keuze te maken binnen de (zorg)markt en vanuit het streven van de zorgaanbieder voor het hebben van een onderscheidend vermogen in de markt, moet de zorgaanbieder aan de potentiële cliënt een waardepropositie kunnen presenteren. Het creëren van waarde door de zorgaanbieder komt tot uiting in de zorgverlening (naar proces en inhoud). Deze zorgverlening kan door de cliënt worden gewaardeerd door de resultaten van de zorgverlening te beoordelen. Hoe de cliënt de zorgverlening ervaart en beoordeelt is mede

afhankelijk van het beeld dat de cliënt van de zorgaanbieder heeft en van het merkbeeld dat de zorgaanbieder in de markt heeft opgebouwd.

Om de juiste waardepropositie te kunnen maken voor de cliënt is derhalve vanuit meerdere perspectieven excellente kennis van de cliënt nodig. Dit betekent dat de organisatie echt cliëntgericht moet zijn en duidelijke keuzes dient te maken in zijn propositie. Deze keuzes omvatten de keuze voor een focus op bepaalde zorgdiensten dan wel cliëntgroepen. Alles voor iedereen op een wijze die door de cliënt als maatwerk wordt ervaren is nagenoeg niet mogelijk.

Het maken van de juiste waardepropositie wordt daarbij gehinderd door de huidige driehoekstructuur in de zorgmarkt tussen verzekeraar, aanbieder en cliënt. De cliënt is niet direct de financier van de zorg. Het feit dat de financiële prikkel nog grotendeels ontbreekt voor de cliënt, maakt dat de cliënt maar beperkt in beweging is. Des te belangrijker is het om goed te weten wat deze “genieters” beweegt om hen de gewenste keuzes te laten maken. Dit betekent dan ook dat er duidelijk 2 waardeproposities moeten zijn: één voor de cliënt en één voor de verzekeraar/gemeente die in combinatie tot een tevreden cliënt moeten leiden.

Er kan namelijk niet a-priori van worden uitgegaan dat de zorgverzekeraar de belangen van verzekerden, cliënten en samenleving vanzelfsprekend dient. Michael Porter stelt dat in de Verenigde Staten concurrentie heeft geleid tot hogere kosten en lagere kwaliteit. Porter betoogt dat concurrentie moet plaatsvinden op het niveau van de zorg zelf en niet op dat van zorgverzekeraars of aanbieders: het gaat immers om de kwaliteitprijsverhouding van het zorgproduct. Concurrentie op andere niveaus leidt tot verschuiving in plaats van vermindering van kosten en is gebaseerd op macht (van zorgverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders of andersom) en stimuleert risicoselectie. Het beperkt ook de keuzevrijheid van cliënten, biedt de verkeerde incentives en legt meer de nadruk op kostenvermindering dan op kwaliteitsverbetering en innovatie.

Voor de zorgaanbieder geldt dus dat een duidelijke keuze voor een doelgroep moet worden gemaakt, welke wordt uitgedragen middels een doordachte formule voor die doelgroep. Middels die formule moet de meerwaarde en het onderscheid, de waardepropositie, voor de cliënt duidelijk gemaakt worden.

Bij het inrichten van de waardepropositie is het van belang duidelijk de strategische keuze richting te bepalen. In algemene zin betekent dit een keuze voor kostenleiderschap, productleiderschap of customer intimacy. Treacy & Wiesema geven aan dat hierbij aan de volgende regels moet worden voldaan:

1. Uitblinken in 1 waardediscipline
2. Presteren in de overige dimensies op een drempelniveau (de minimum drempel)
3. Voortdurend waarde toevoegen, zodat men de beste kan blijven (het tonen van leiderschap)
4. Een besturingsmodel ontwerpen dat volledig ten dienste staat bij de gekozen waardediscipline

Zorg vereist als geen andere markt een strategie van customer intimacy immers het gaat om zorg voor mensen die zelf onderdeel zijn van het proces. De directe relatie bepaalt daarmee voor een belangrijk deel (de kracht van) de waardepropositie. Dit wordt versterkt door het feit dat de zorggenieter maar beperkt financiële prikkels heeft op dit moment. Hierbij is het dan wel van

belang waarmee deze customer intimacy wordt gerealiseerd: met een lage prijs (naar de zorgbetaler) of door het beste product (naar de zorggenieter)!

Verwachtingen management, is in deze situatie van groot belang omdat kwaliteit immers het meest nauwkeurig te definiëren is als de uitkomst tussen ervaren en verwachte dienstverlening. Beeldvorming bij de cliënten en het werken aan een vertrouwensrelatie zijn van groot belang. Een aanpak gericht op customer intimacy vraagt om maatgericht werken en wordt daardoor het best gefaciliteerd door kleinschalig en op maat geboden zorg. Maatgericht- en kleinschalig werken lijkt aan de huidige en toekomstige vraag van de cliënt te voldoen. De aldus geleverde zorg dient daarbij wel betaalbaar te blijven en vereist derhalve van een zorgaanbieder dat deze dit op een bedrijfseconomisch verantwoorde wijze doet.

De waardepropositie voor de cliënt komt pas echt effectief tot stand als een zorgaanbieder naast zijn focus op customer intimacy de juiste combinatie aangaat met productleiderschap of kostenleiderschap. Dit gebaseerd met een focus naar cliëntgroepen leidt in principe tot passende en betaalbare zorg.

Franchise is een organisatieprincipe die in zich bergt dat een duidelijke formule wordt ontwikkeld voor een specifieke cliëntengroep. Kennis van de cliënten en de relatie met de cliënten zijn daarbij cruciaal voor het opbouwen van een krachtige en succesvolle franchise organisatie. Dit vertaalt zich in een duidelijke positionering naar de zorgvrager maar ook naar de zorgverzekeraar e/o gemeente. Het neerzetten van een duidelijke propositie, ondersteund door een sterk merk en een uniform uitvoeringsmodel biedt een goed antwoord hierop en wordt krachtig ondersteund door het franchise concept.

Bij de bestudering van de toepassing van franchise in de zorg zal nadrukkelijk worden getoetst in hoeverre de aanwezige franchise organisaties dit voordeel weten te realiseren.

3. Grootschalig ondernemen in de zorg: een nadere verkenning van de begrippen en doelstellingen

3.1 Inleiding

Marktwerving in de zorg is een beladen begrip waar lang niet altijd consensus over bestaat. Dat er op enigerlei wijze meer marktwerving komt is duidelijk, maar tevens is duidelijk dat dit niet een retail-achtige marktwerving kan of zal zijn. VWS schrijft hierover het volgende:

VWS wil meer concurrentie in de zorg. Concurrentie tussen zorgaanbieders dwingt en motiveert zorginstellingen om de beste kwaliteit zorg te leveren.

In het nieuwe zorgstelsel staat de cliënt centraal, spelen marktprikkels een grotere rol en treedt de overheid steeds verder terug. Samenwerking tussen marktpartijen is hierbij van groot belang

Als gevolg van de toenemende marktwerving en als gevolg van de concentratie aan de zijde van zorgverzekeraars is een zorgaanbieder zich meer en meer bewust van zijn positie in de markt en de voordelen van schaalvergroting. Er is in de zorg dan ook al geruime tijd een fusieproces gaande waarbij zowel horizontaal (gelijksoortige zorgaanbieders) als verticaal (andersoortige zorgaanbieders) wordt gefuseerd.

Zorgaanbieders vormen steeds grotere conglomeraten of sluiten allianties om een stevigere marktpositie, countervailing power ten opzichte van de verzekeraars e/o gemeentes en meer financiële draagkracht te creëren. De zorgaanbieder speelt hiermee in op de toenemende marktwerving in de zorg. Ook het streven naar een compleet zorgaanbod en het aantrekken van goede professionals is een argument voor schaalvergroting. De samenwerkingsinitiatieven tussen ziekenhuizen, thuiszorg en ouderenzorg zijn er op gericht om de gehele keten van zorg die een cliënt moet doorlopen integraal aan te kunnen bieden. Het proces van schaalvergroting zal de komende jaren naar verwachting aanhouden. Een aantal instellingen heeft al aangegeven een fusie voor te bereiden. Vooral onder ziekenhuizen hangt de potentiële consolidatieslag in belangrijke mate van verdere liberalisering af. Vrijere prijsvorming brengt doorgaans een grotere marktdynamiek te weeg, zoals ook nu al zichtbaar is voor delen van de AWBZ zorg.

Uit het voorgaande komen de twee elementen toenemende schaalvergroting en een toenemende marktdynamiek naar voren. Dit laatste element vraagt een meer ondernemende bedrijfsvoering. In het licht van deze thesis zal een succesvolle toepassing van franchise een helder antwoord op beide ontwikkelingen moeten bieden. Kan franchise als organisatievorm een bijdrage leveren aan grootschalig georganiseerde maar kleinschalig aangeboden zorg waarbij een onderscheidende waardepropositie voor de cliënt tot stand wordt gebracht.

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de begrippen grootschaligheid en marktwerving. Er wordt vanuit de theorie een beschouwing gegeven over de meerwaarde welke een grote organisatie moet bieden om meerwaarde te bieden aan een veelvoud van kleinschalige onafhankelijke zorgaanbieders. Onderdeel van deze beschouwing is een analyse van besturingsconcepten. Voor een deel is franchise namelijk niets meer of minder dan een alternatief besturingsconcept.

3.2 Grootschaligheid nader beschouwd

Indien wordt gesproken over grootschaligheid in de zorg is het van belang goed te definiëren over welke grootschaligheid het gaat: grootschaligheid van de organisatie van de zorg of grootschaligheid van de zorgorganisatie.

Waar het de grootschaligheid van de organisatie van de zorg betreft tekent zich heden ten dage een redelijke consensus af. Het bieden van de daadwerkelijke zorg dient zoveel mogelijk voorzien van de ‘couleur locale’ kleinschalig plaats te vinden. De term kleinschaligheid wordt dan vooral gebruikt als een aanduiding van de organisatie van de zorg. In de praktijk is de ombouw van grootschalige gehandicapteninstellingen tot kleinschalige woon/leefunits zichtbaar, niet zelden geïntegreerd in reguliere woonwijken, het opzetten van kleinschalige woonvoorzieningen van VVT zorg, de opzet van wijkteams etc. In al deze voorbeelden gaat het om de omvang van het zichtbare aanbod. Dit zegt echter niet per definitie iets over de omvang van de organisatie die achter de geboden zorg schuilt gaat. De bewegingen in de care zijn niet identiek aan die in de cure. In de cure ontstaan naast de grote ziekenhuizen (die ook meer en meer gaan clusteren) organisaties gericht op specifieke behandelingen in de vorm van ZBC's en dergelijke. In een aantal gevallen hebben die de vorm van een keten van lokale organisaties die zich aan de cliënt presenteren

De omvang van het aanbieden van de zorg is nadrukkelijk niet het onderwerp van deze thesis. Die omvang is ook niet generiek te bepalen, maar hangt af van de aard van de zorg en de specifieke omstandigheden. Uitgangspunt in deze thesis is dat de daadwerkelijke zorg kleinschalig (lees: op voor de cliënt herkenbare schaal) en op maat wordt geboden, zonder hier nu uitvoerig bij de bepaling van wat kleinschalig exact is in te gaan.

Deze thesis gaat nadrukkelijk wel over de omvang van zorgorganisaties en de vraag op welke wijze franchise een antwoord kan bieden voor een grootschalige organisatie om in kleinschalige, cliënt gerichte en op maatgeboden zorg te voorzien.

Kan in een grootschalige organisatie met toepassing van een franchiseformule voorzien worden in de aansluiting op de lokale gevarieerde markten met hun eigen kenmerken.

Feitelijk gaat het daarbij om het vraagstuk van multinationals, voor de zorg beter “multilocals” genoemd. De opgave is om landelijk te werken vanuit een gemeenschappelijk bedrijfsmodel dat verenigd dient te zijn met een bedrijfsmodel dat aansluit op de lokale verschillen van cliënt groepen maar ook van de arbeidsmarkt. In dit hoofdstuk zal om die reden nog nader worden stilgestaan bij de problematiek van multilocals.

3.2.1 Schaalvergroting van organisaties

In het algemeen zijn er een aantal redenen aan te geven waarom organisaties samenwerkingsrelaties met elkaar aan gaan. Oliver benoemt de volgende:

- Noodzaak: door wettelijke bepalingen of verplichtingen samenwerken;
- Asymmetrie: uit machtsverhoudingen verbanden met anderen aangaan;
- Reciprociteit: samenwerken om gezamenlijke doelen te kunnen bereiken;
- Efficiëntie: relaties aangaan om de efficiency te verbeteren;
- Stabiliteit: door een onstabiele omgeving stabiele relaties aan willen gaan;
- Legitimiteit: relaties met anderen aangaan om acties te kunnen legitimeren.

Deze verschillende redenen sluiten elkaar niet uit. Er kunnen meerdere redenen zijn waarom organisaties gaan samenwerken. De genoemde factoren roepen veel herkenning op als ze worden gerelateerd aan de schaalvergrotingsbeweging binnen de Nederlandse gezondheidszorg.

Van der Lugt benoemt als argumenten:

De zorgaanbieder wil een sterkere positie innemen, een zorgketen vormgeven, gespecialiseerde zorg bieden, meer innovatiekracht ontwikkelen, efficiëntievoordelen boeken en zijn inkoopkracht versterken. Ook wil hij investeringen in administratieve systemen kunnen doen die vanwege nieuwe financieringsvormen, de toenemende vraag naar transparantie en de opkomende marktwerking noodzakelijk zijn. Tenslotte wil hij meer carrièremogelijkheden bieden aan zijn medewerkers. De argumenten die genoemd worden zijn volgens van der Lugt terug te brengen tot drie kernmotieven: de strategische positionering, de zorginhoud en de bedrijfsvoering.

Schaalvergroting van organisaties kan plaats vinden door interne groei (op eigen kracht) en externe groei. Dit is groei welke bereikt wordt door een vorm van binding (fusie, samenwerking etc.). De groei van een zorgaanbieder kenmerkt zich nog vaak door fusies en samenwerking, niet zelden door bestuurlijke fusies. Groei op eigen kracht vindt wel plaats, maar is tot heden niet de grootste driver achter schaalvergroting in de zorg. Met de introductie van marktwerking en het loslaten van de contracteringsplicht is wel een aantal nieuwe organisaties ontstaan die op eigen kracht groeien (Buurtzorg Nederland, De Thomashuizen etc.). In deze organisaties ontstaat dus een andere dynamiek. Terwijl bij bestaande organisaties het orderingsprincipe een issue is (hoe te organiseren), zie je dat bij de nieuwe organisaties het veeleer gaat om hoe verdere groei tot stand kan worden gebracht.

De fusiegolven in het bedrijfsleven kunnen schematisch als volgt worden weergegeven²:

Periode	Naam	Kenmerken	Motieven
1895-1905	The Great Movement	Samengaan van kleine directe concurrenten (vaak meerdere ondernemingen tegelijk) gericht op massaproductie van standaardproducten	• beperken concurrentie • monopolievorming • behalen schaalvoordelen
1920-1929	Zichtbare Hand	Overnames door grote bedrijven, gericht op zichtbaarheid in de markt en beheersing van totale bedrijfskolom	• vergroten marktaandeel • beheersen totale bedrijfskolom (verticale integratie) • synergie-effecten • internationalisering
1950-1970	Big is Beautiful	Na beurscrash (1929) en WOII hernieuwde ideologie dat horizontale en verticale integratie oplossing is voor organisatorische problemen.	• spreiding van risico's • toegang tot kapitaalmarkt • diversificatie • optimaal benutten van management en marketingcapaciteit
1983- ?	Merger Mania	Gerichte acquisitie; strategisch gedrag gericht op internationalisering	• 'waarde creëren' • koop en verkoop van bedrijven onderdeel van core-business

De fusiegolven in de zorg zijn hiermee niet volledig te spiegelen. De zorg kent zijn oorsprong in particulier initiatief, veelal georganiseerd vanuit de verschillende levensbeschouwelijke zuilen. Dit resulteerde eind jaren 70 in een groot aantal lokale kruisverenigingen, organisaties voor gezinszorg en zelfstandige intramurale instellingen voor de Care en Cure. Eind jaren '70/begin jaren '80 begint de fusiegolf in de zorg. Deze vangt aan met de fusies van kruisverenigingen en de organisaties van gezinszorg en kennen een verhoging van de efficiency als voornaamste motief. Een tweede fusiegolf ontstaat vooral in de thuiszorg en is gericht op het realiseren van ketenzorg. Een derde fusiegolf ontstond teneinde ketenzorg te realiseren tussen thuiszorg en intramurale ouderenzorg.

In de zelfde periode is een sterke concentratie zichtbaar aan de kant van de ziekenhuizen, het aantal algemene ziekenhuizen is in de periode 1970-2001 gehalveerd.

Als gevolg van de concentratie aan de kant van de verzekeraars en de introductie van marktwerking ontstaat er een nieuwe fusiebeweging waarmee grotere conglomeraten tot stand komen die zich geconfronteerd zien met de vraag hoe kleinschalig geboden zorg grootschalig te organiseren is.

De volgende conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot de fusiebewegingen in de zorg:

- fusie bewegingen binnen de zorg liggen nog sterk op het vlak van beperken van concurrentie, behalen van schaalvoordelen en het vormen van countervailing power voor verzekeraars e/o zorgkantoren,

² Uit: tussen servet en tafellaken

- daar waar fusies/groei in het bedrijfsleven niet zelden ontstaan vanuit het perspectief van de concurrentiepositie (en dus bepaald wordt door de propositie naar de cliënt) is in de zorg de schaalvergroting voor een belangrijk deel beïnvloed door overheidsbeleid,
- door het feit dat de zorg bestaat uit een zorgmarkt, een zorgverzekeringsmarkt en een zorginkoop markt staat het belang van de zorgvrager (helaas) niet automatisch centraal in het strategisch handelen bij de groei van organisaties.

De overheid stimuleert de ontwikkeling van een echte markt, zij het met kleine stapjes, maar het einddoel is daarmee wel duidelijk. Zorgorganisaties dienen mede daarom vooral meer cliëntgericht te worden, ook in hun groeistrategieën. Nadrukkelijk zal in de volgende hoofdstukken de franchiseformule aan deze basis vereiste worden getoetst.

3.2.2 Drivers achter de schaalvergroting

In 3.2.1 is geschetst hoe de schaalvergroting in het bedrijfsleven en in de zorg is verlopen. Bij schaalvergroting, zowel in de profit als in de non-profit sector, worden motieven aangegeven die ontleend worden aan algemene principes of wetmatigheden uit de economie en econometrie. Zo schrijft de bedrijfs- en gezondheidseconoom, De Gooijer stellig dat de 'absolute omvang van de productiefactoren (kapitaal en arbeid) leidt tot voordelen voor het grootbedrijf. Zo heeft het grootbedrijf meer mogelijkheden tot arbeidsverdeling waarvoor werknemers zich op onderdelen kunnen specialiseren, ten gevolge waarvan de productie kan worden opgevoerd'. Waar de Gooijer over spreekt is het principe van 'economies of scale'.

In de literatuur (o.a. Fergusson, Sheldon en Posnett), wordt een vijftal economische wetmatigheden genoemd, die bij de motivering van schaalvergroting een belangrijke rol spelen.

(1) Economies of scale

Bij dit principe gaat het er om dat een grotere schaal leidt tot meer efficiëntie en kostenbesparing door meer mogelijkheden voor arbeidsdeling en specialisatie, meer routinevorming, goedkopere inkoop, en grotere volumes van verrichtingen die op meer efficiëntere wijze kunnen worden uitgevoerd. Bedrijfseconomisch gezien zou dit principe ook in de dienstverlening en dus ook in de gezondheidszorg moeten gelden. Dit gaat echter niet in algemene zin op, immers zorg is qua locatie veelal niet of slechts beperkt opschaalbaar. Thuiszorg vindt plaats bij de cliënt zelf, bevallingen dienen thuis of dicht bij huis te kunnen gebeuren etc. Dit betekent dat voor de zorg de schaalvoordelen niet zozeer zullen liggen in de uitvoering zelf als wel in de aansturing en ondersteuning daarvan.

(2) Economies of scope

Bij dit principe wordt er van uit gegaan dat er voor de organisatie voordelen te behalen zijn als het dienstenpakket van de organisatie wordt verbreed. De term economies of scope kan beter omschreven worden als 'de diversiteit van het dienstenaanbod' (Meloan e.a.). Tevens wordt in de literatuur regelmatig economies of scope ruimer opgevat in de zin van in de organisatie verspreid uitgevoerde (gelijksoortige of ongelijksoortige) activiteiten binnen een (groter) organisatieonderdeel. Het punt van economies of scope is een relevant punt binnen de zorg. Ziekenhuizen zijn hiervan een voorbeeld bij uitstek maar ook voor de zorg geldt dat door het aanbieden van meer soorten zorg (aan dezelfde cliëntgroep) kan leiden tot voordelen uit hoofde van ketenvorming. Dit zijn economische voordelen maar tevens ook belangrijke voordelen voor de cliënt die voorzien wordt van een vloeiend zorgpalet (one stop shopping) in plaats van diverse zorgaanbieders met ieder hun eigen insteek.

(3) Law of diminishing returns

De 'wet van de afnemende meeropbrengst' stelt dat er een optimale combinatie van productiefactoren bestaat, waarbij de gemiddelde productiviteit het hoogst is en de gemiddelde variabele kosten per eenheid product het laagst zijn. Er is dus een optimale situatie te bereiken. Wordt de capaciteit verder verhoogd dan stijgen de gemiddelde kosten per eenheid. Deze wetmatigheid stelt in feite een beperking aan de economies of scale; er is een moment waarop het economisch schaalvoordeel omslaat in diseconomies of scale.

Het lijkt aannemelijk dat dit punt in de zorg sneller wordt bereikt dan in fysieke productie processen. Dit is gelegen in het feit dat iedere zorghandeling in zich zelf uniek is, en geen "lopende band" proces. Het voorkomen van rigiditeit in de zorgverlening (die daarmee geen recht doet aan de uniciteit van de cliënt) is een belangrijk aandachtspunt.

(4) Economies of quality

Er is ook de veronderstelling dat schaalvergroting leidt tot schaalvoordelen op het terrein van kwaliteit van het productieproces en producten. Dit zou te maken hebben met het feit dat grotere organisaties beter in staat zijn deskundigheid aan te trekken en zich dus beter kunnen specialiseren en professionaliseren. (Meijer en Van Zijp). Of de wet van de afnemende meeropbrengst ook van toepassing is op de kwaliteit en er dus bij een sterke schaalvergroting sprake is van diseconomies of quality laten alle auteurs onbesproken. Wel wordt veelvuldig aangegeven dat te grote organisaties makkelijk prooi worden van bureaucratisering en daardoor kosten ineffectiever kunnen gaan opereren (Van der Lee; Koudijs).

Voor de zorg is het punt van economies of quality een belangrijk punt, waarvoor schaalvergroting sterk dienend kan zijn. Best working practices kunnen uitgewerkt worden, er kan onderling van elkaar geleerd worden maar het gevaar van bureaucratisering is levensgroot aanwezig. Zorg moet uiteindelijk wel op de cliënt toegesneden blijven, en niet zijn gebaseerd op protocollen alleen.

(5) Economies of power

Het vijfde principe kan beknopt worden omschreven als 'Big is powerful'. Wie groot is heeft meer macht en kan een sterkere positie innemen, vooral in onderhandelingen met externe stakeholders. Men staat als grotere organisatie sterker ten opzichte van financiers, leveranciers en afnemers van diensten.

Bovenstaande 5 principes zijn inhoudelijk van verschillende orde, maar komen sterk overeen in het feit dat ze leiden naar schaalvergroting. De wet van de afnemende meeropbrengst - theoretisch toepasbaar op de vier andere principes - biedt een rem aan ongebreidelde schaalvergroting. Anders gezegd: op basis van deze wetmatigheid zou er voor een organisatie in een specifieke situatie een optimum aan schaalgrootte vastgesteld moeten kunnen worden. Dit optimum kan op verschillende domeinen echter op een andere schaalgrootte liggen. De keuze welk domein(en) daarbij dominant zou moeten zijn is afhankelijk van strategische opties die een organisatie voorstaat, en daarmee onderdeel van strategisch beleid.

Voor de zorg gelden deze principes even zo. Zoals uit de vorige paragraaf al bleek verloopt de schaalvergroting in de zorg niet geheel zoals deze in het algemene bedrijfsleven is verlopen en in zekere zin staat de schaalvergroting van de zorg naar onze mening aan het begin van wat gaat komen. De nadruk ligt in sterke zin op economies of power en economies of scale. Het bewerkstelligen van deze voordelen blijkt in de zorgsector nog geen sinecure. Dit is gelegen in de kenmerken van de zorgsector qua aard van de dienstverlening. Deze maakt dat principes niet

een op een kunnen worden overgenomen. Het heeft ook veel te maken met de zorgcultuur, het tot stand brengen van fusies door bestuurlijke fusies, het niet benoemen van overnames en deze dus ook niet als dusdanig uit te voeren. Hier ligt een kans voor een andere samenwerkingsvorm, waarbij later zal blijken of franchise daarvoor afdoende mogelijkheden biedt.

Om voor de zorg nog iets meer handvaten te geven aan de drivers voor schaalvergroting is het zogenaamde P5 model nuttig. Wanneer een combinatie wordt gemaakt van de eerder genoemde 5 principes en de vele in de literatuur genoemde voordelen van schaalvergroting kan gerangschikt naar de 5P's het volgende overzicht worden gemaakt.

5 P's	Principes	Motieven bij schaalvergroting: (veronderstelde) voordelen schaalvergroting
<i>Primair proces/product</i>	Economies of quality Professionaliteit	• breder dienstenpakket • meer innovatieve mogelijkheden • meer specialisatie • meer deskundigheid • meer (professionele) routine • beter inspelen op (wettelijke) kwaliteitseisen • betere ondersteunende diensten voor het primair proces
<i>Personeel</i>		• flexibele inzet personeel • ontplooiingsmogelijkheden personeel: interne loopbaan, jobrotation • multifunctioneel werken • mogelijkheid van superspecialismen
<i>Poen</i>	Economies of scale Economies of scope	• relatief kleinere voorraadbehoefte • goedkopere inkoop • besparing op overheadkosten • doelmatigheid • mogelijkheden voorinvestering • betere financiële controle • beter betaald management
<i>Positie</i>	Economies of power	• marktpositie (countervailing power) • professionalisering management en bestuur: integrale bestuurbaarheid • meer (strategische) macht
<i>Politiek</i>	Economies of power	• meer PR mogelijkheden • Calimero-effect ('wij zijn te klein om zelfstandig te overleven') • beter imago • 'band wagon merger' ('iedereen doet het, wij kunnen niet achter blijven') • status ('reputation enhancement') • beter inspelen op overheidsbeleid • beter inspelen op wet- en regelgeving • schaalvergroting/ fusie als 'redding' organisatie • volgen maatschappelijke trend

3.2.3. Doorgaande concentratie: een illustratie

Ter illustratie van de concentratieontwikkelingen volgt bijgaand de samenvatting aangaande de top 100 zoals verwoord door Zorgvisie. De grootste zorginstellingen blijven groeien. Maar naast de traditionele fusies komen ook alternatieve samenwerkingsverbanden op. Dat blijkt uit de top-100 van grootste zorgaanbieders die PricewaterhouseCoopers over 2007 heeft samengesteld voor vakblad Zorgvisie.

Aan de bovenkant zijn de academische ziekenhuizen gegroeid. Nummer één in de lijst – het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam – heeft zijn koppositie verstevigd met een omzet van bijna 932 miljoen euro (2006: 833 miljoen euro). De ondergrens van de top-100 ligt op een omzet van bijna 114 miljoen tegen bijna 105 miljoen euro het jaar daarvoor.

Het grootste zorgconcern anno 2008 is Espria, maar deze is in deze ranglijst nog niet vertegenwoordigd. De politiek heeft de fusie van Evean, Philadelphia Zorg en de corporatie Woonzorg Nederland getracht tegen te houden, maar de samenwerking tussen deze drie reuzen is een gegeven. Evean, dat in 2007 is gefuseerd met GGZ Drenthe, is een bestuurlijke fusie aangegaan met gehandicaptenorganisatie Philadelphia Zorg en vormt de nieuwe organisatie Espria. Espria is op haar beurt een personele unie aangegaan met Woonzorg Nederland zodat het bestuur en de raad van commissarissen identiek zijn. De combinatie van activiteiten is goed voor een omzet van 1,4 miljard euro, 38.000 medewerkers en 225.000 cliënten.

Tegenover de opmars van de megaconcerns staat de metamorfose die oude landelijke samenwerkingsverbanden doormaken. De Open Ankh (omzet 837 miljoen euro) is omgevormd tot een coöperatie. De Zonnehuis Groep (ruim 209 miljoen euro) heeft de banden tussen de aangesloten instellingen losser gemaakt en Carante (518 miljoen euro) is bezig met een heroriëntatie.

Bij Zorgcoöperatie Nederland, de opvolger van De Open Ankh, zijn momenteel elf instellingen in de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging aangesloten. Over twee jaar zullen dat er naar verwachting een stuk of vijftien zijn. De aangesloten leden bepalen hun eigen zorgbeleid; voor centrale diensten, bijvoorbeeld op het gebied van ICT, kunnen ze aankloppen bij het bureau van de coöperatie. Ook kunnen ze hun vastgoed inbrengen, maar dat is niet verplicht. De zelfstandigheid van de leden is in de nieuwe opzet groter dan in het samenwerkingsverband van De Open Ankh.

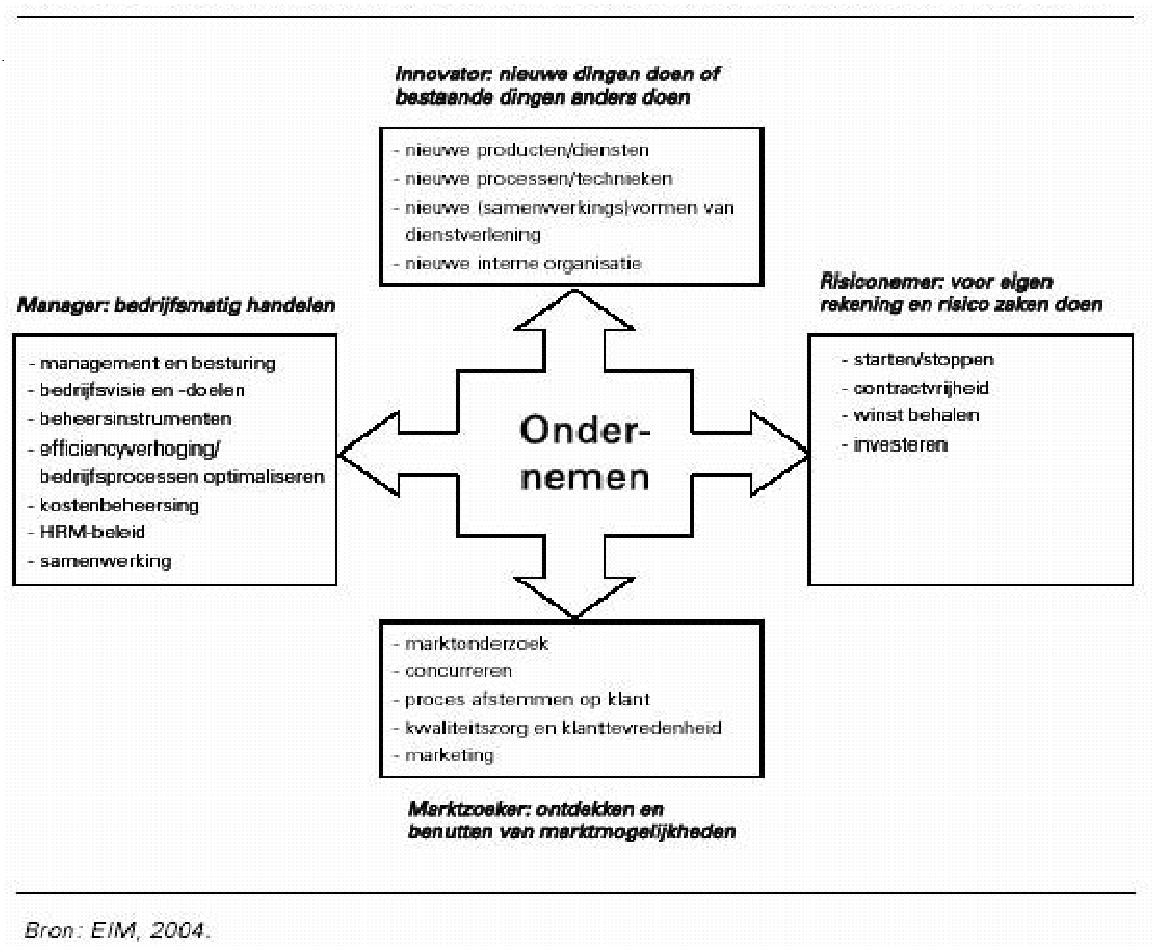
Dat is ook het geval bij de Zonnehuis Groep die ouderenzorg aanbiedt. Voorheen moest iedere aangesloten instelling voor een beslissing over het vastgoed en de financiering aankloppen bij de centrale organisatie. Dat maakte het niet gemakkelijk om lokaal samen te werken met andere partijen. In de nieuwe opzet is iedere organisatie financieel zelfstandig. De samenwerking vindt zorginhoudelijk plaats via gezamenlijke innovatieprojecten, een kenniscentrum en door opleidingen.

Uit deze samenvatting valt in ieder geval af te leiden dat de groei van zorgorganisaties zich onverminderd voortzet. De wijze waarop deze groei tot stand komt is divers, evenals de uiteindelijke samenwerkingsvorm.

3.3 Ondernemen nader beschouwd

Er wordt vaak gesproken over de wenselijkheid van ondernemen in de zorg. Het is dan van belang eerst stil te staan bij wat precies wordt bedoeld met de term ondernemen.

Door het EIM is in 2005 een onderzoek verricht naar ondernemen in de zorg, dit rapport biedt een aantal goede aanknopingspunten.



In dit rapport wordt geconcludeerd dat de vier ondernemersrollen in de zorgsector nog onvoldoende zijn ingevuld en niet in balans zijn met elkaar. De meeste invulling wordt gegeven aan de rol van manager, de minste aan risiconemer. Daartussen bevindt zich de marktzouker en innovatierol. Vooral die laatste twee rollen zouden door een zorgaanbieder momenteel al beter ingevuld kunnen worden, zeker gezien de groeiende en veranderende marktvraag. De rol van risiconemer is daarmee nog onderbelicht. Het nemen van verantwoorde risico's is echter wel iets dat bij ondernemen hoort.

De zware nadruk op de managers rol wordt veelal verklaard uit de van overheidswege onder druk staande financiering, waardoor de nadruk sterk gelegd wordt op mogelijkheden om productiviteit en efficiency in de zorg te verhogen. Dit is echter een rol die in het particuliere bedrijfsleven als normaal onderdeel van de dagelijkse bedrijfsvoering wordt beschouwd (een basis vereiste om te overleven, waarvan het vervullen niet meer dan normaal is). Op deze basis vereiste komen de echte concurrentievoordelen. Door de sterke aandacht voor de managers rol gedraagt de zorg zich meer (of nog steeds) als een uitvoeringsorganisatie in plaats van als een zelfstandige en verantwoordelijke onderneming.

Een onderneming in de zorg dient zich al geruime tijd bewust te zijn van het gegeven dat gezocht wordt naar een meer optimale prijs/prestatie verhouding en dient daar vanuit zichzelf naar op zoek te zijn: het is beter te anticiperen dan te reageren. Daarnaast zou gezien het maatschappelijke karakter deze wens er ook moeten zijn. Niet vanuit de overheidsdruk maar vanuit de wens om de middelen zo optimaal mogelijk in te zetten en zo zoveel mogelijk goede zorg te kunnen bieden.

In de laatste jaren is naar ons idee de nadruk op de managers rol nog onverminderd aanwezig maar is wel meer en meer de innovator rol in ontwikkeling. Deze innovaties liggen dan voor een deel nog wel intern en niet op het vlak van de zorg zelf.

De rol van marktzoeker is een lastige gezien de huidige structuur (zie 2.2) van de zorgmarkt. Lastig betekent echter niet dat die rol niet vervuld moet worden.

De belangrijkste gap ligt bij de invulling van de rol als risiconemer. De zorg kent een lange traditie van not for profit (zelfs non profit) in de sector. In deze traditie (bovendien met veel beroepen die in een Rijnlands model zijn opgeleid) is winstgevend denken en werken slecht geaccepteerd. Ondernemen is echter onvermijdelijk ook het nemen van risico's. De huidige systemen en culturen zijn daar in de gezondheidszorg (nog) niet echt op (in)gericht. Ondernemerschap staat in de praktijk dus synoniem voor het verkennen en oprekken van grenzen en het nemen van risico, investeringen doen en mogelijk ook desinvesteringen. Het snel reageren op externe prikkels bij bedreigingen, maar nog meer bij kansen, kenmerken de echte ondernemer. Deze rol past van de vier rollen het minst bij de bestaande cultuur van zorgorganisaties en op dit vlak is dus een belangrijke verandering gewenst. Ondernemerschap is nodig, niet omdat dit zonnodig bij marktwerking hoort maar wel omdat ondernemerschap en concurrentie prikkels in zich hebben om cliëntwaarde te scheppen (de waardepropositie uit hoofdstuk 2) .

Is rendement voor organisaties een eerste hobbel die genomen dient te worden dan is het nog meer beladen om van rendement in de zorg te komen tot inkomen. Een ondernemer en zijn eventuele aandeelhouders zijn uiteraard geïnteresseerd in het uiteindelijk rendement en dus hun inkomen. Er komt dus een sterke en rechtstreekse prikkel tussen prestatie en beloning. Een ondernemer zal kijken of hij ten eigen bate bepaalde kosten dus achterwege zou kunnen laten.

In de afhankelijkheidsbenadering van cliënten en met een sterk altruïstische omgeving zal dit een grote omslag vergen voordat er sprake kan zijn van echt ondernemerschap. Deze omslag wordt niet door iedereen wenselijk geacht, getuige ook de huidige politieke discussies en voor zover deze al wel wenselijk wordt geacht is het de vraag hoe ver die omslag dan moet gaan. Naar onze mening is niet zozeer de winstvraag het issue als wel het potentieel geacht aanwezige risico van oneigenlijke bestemming van zorggelden.

Overigens dient hierbij bedacht te worden dat voor bepaalde onderdelen binnen de zorgsector al sprake is van winst, dan wel prestatiegerelateerde inkomens. Denk aan de hulpmiddelensector (eerste participaties vanuit Private Equity zijn een feit), specialisten, Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) etc. Dit brengt een aantal issues met zich mee die een goede discussie rechtvaardigen. Het taboe dat er geen winst mag worden gemaakt moet worden doorbroken, er vanuit gaande dat dit winst denken bijdraagt aan een inhoudelijke verbetering van de zorg tegen per saldo lagere lasten.

3.4 De toegevoegde waarde van een groep of groepshoofd

In de vorige paragrafen is verkend langs welke wegen en met welke doelstellingen grote zorgorganisaties zijn ontstaan. Alvorens nader te gaan kijken naar de specifieke inhoud van een franchiseformule, als mogelijk antwoord op de schaalvergroting van zorgorganisaties en de noodzaak tot ondernemen, zal nader worden gezien op welke vlakken de moederorganisatie of de groep nu eigenlijk waarde dient toe te voegen. Immers indien zij geen waarde toevoegt ontbreekt het bestaansrecht van de groep of het groepshoofd.

Gezien het voorgaande is het de vraag op welke wijze het concern daadwerkelijk waarde gaat toevoegen aan de samenwerkende kernwerkmaatschappijen (hoofd SBU 's). Door Johnson & Scholes wordt een drietal "value adding activities" onderkend:

1. **envisioning**: het realiseren van een glasheldere missie op corporate niveau. Deze visie is de leidraad voor de groepsonderdelen om hun handelen in het licht van de organisatie brede performance te doen plaats vinden. Hierbij geldt dat alle activiteiten van de moeder in het licht van deze visie moeten zijn en blijvend gefocust en dat deze visie helder is gecommuniceerd naar de stakeholders en de organisatie.
2. een tweede rol is die van **coach en ondersteuner**. Deze rol is zowel gericht op de individuele unit als op het bewerkstelligen van synergie,
3. een derde rol is die van **interventiekracht** in de (leiding van de) strategische businessunits (SBU), teneinde de performance van de SBU te verbeteren dan wel de SBU strategie te verbeteren.
4. een laatste rol is weggelegd voor de corporate organisatie in het bieden van **centrale diensten en hulpmiddelen** (shared service centra, expertise centra etc.).

De tegenhanger van dergelijke waardevermeerderende activiteiten is uiteraard dat een holding ook eenvoudig waarde kan vernietigen. De volgende zaken moeten dan ook vermeden worden:

1. toename van management kosten
2. het doen ontstaan van bureaucratische complexiteit
3. niet transparante financiële verantwoording waarmee zwaktes (lees niet renderende eenheden) worden verhuld.

In het verlengde hiervan geven Goold & Campbell 3 ideaaltypen voor het centrum van de organisatie:

1. strategische planning: centrum is de masterplanner, de units zijn primair uitvoerend
2. financieel toezicht: centrum is vooral aandeelhouder/bankier
3. strategische controle: het centrum is hierbij de strategic shaper en houdt zich bezig met overall strategy/key policies, middelenverdeling over onderdelen en performance assessment over onderdelen

Iedere organisatievorm brengt voors en tegens met zich mee. Franchise bevindt zich tussen strategische planning en strategische controle in. Bij de uitwerking zal de toegevoegde waarde met franchise worden getoetst aan de voors en tegens van deze ideaaltypen voor het centrum.

3.5 Theoretische besturingsconcepten

Over het algemeen geldt dat grote organisaties complexer te besturen zijn dan kleine. Er zijn echter veel factoren die van invloed zijn op de complexiteit. Als 'groot' een vermenigvuldiging is in de zin van meer van hetzelfde leveren, zal de besturing anders zijn dan wanneer 'groot' gepaard gaat met een groter assortiment van diensten/producten en een grotere variëteit aan cliënten.

Het effectief besturen en inrichten van de organisatie is in de gezondheidszorg de laatste jaren een expliciet vraagstuk. In de praktijk is te zien dat veel organisaties een kanteling hebben gemaakt van het hiërarchisch denken naar het taakautonome denken. Het creëren van decentraal resultaat verantwoordelijke eenheden (RVE 's), in combinatie met het principe van integraal management is hierbij een dominant criterium in het ontwerpen van organisaties geworden.

Deze beweging sluit aan bij de ontwikkelingen in het organisatie denken, zoals deze ook in de managementliteratuur terug te vinden zijn. Bij schaalvergroting neemt de complexiteit van de besturing toe, zeker als er sprake is van verdergaande differentiatie en specialisatie. Enerzijds moet de organisatie 'beheersbaar' blijven, anderzijds zijn de synergie en identificatie van medewerkers en cliënten van belang.

Een ander aspect dat eisen stelt aan de besturing van organisaties is de dynamiek van de omgeving. Met schaalvergroting kan ook de complexiteit van het externe netwerk toenemen, evenals de omgevingsonzekerheid als gevolg van niet-beïnvloedbare en deels onvoorspelbare ontwikkelingen. Een centraal gestuurde organisatie met een functionele ordening is, zeker bij toenemende schaalgrootte, moeilijk in staat om in te spelen op een snel veranderende omgeving zoals in de gezondheidszorg de laatste jaren in het bijzonder aan de orde is. Hierbij speelt de pluriformiteit van de lokale markten een belangrijke rol.

Een, tegen deze achtergrond, veelvuldig gehanteerd adagium is dan: 'van centraal naar decentraal', vergezeld van het motto: 'decentraal wat kan, centraal wat moet'.

Het gevaar bij vergaande decentralisatie en deconcentratie is dat binding en integratie verloren gaan en er als het ware 'los zand' ontstaat. Dat betekent dat bij toename van schaalgrootte en complexiteit en toename van omgevingsonzekerheid er een bandbreedte is voor effectieve besturing in combinatie met de vereiste flexibiliteit.

In algemene zin ontstaat hiermee de vraag hoe grote zorgorganisaties, ofwel de multilocals, gestructureerd dienen te worden. Grote organisaties dienen te balanceren tussen twee dimensies: global coördination en local independence & responsiveness. Voor multilocals (vrij vertaald vanuit de ideaaltypes voor multinationals) gelden de volgende ideaaltypen:

1. globale product onderneming (concern met landelijke dekking met product gespecialiseerde divisies die landelijk leveren)
2. filialen: kopieën van het moederbedrijf
3. zelfstandige dochters
4. bovenlokale onderneming

Typend voor het laatste ideaaltype is het benutten van de sterktes uit de andere modellen:

- landelijk benutten van competenties
- aansluiting op lokaal gebeuren

- organisatiebrede leerprocessen

Qua structuur ontstaan dan lokaal werkende, gespecialiseerde units waarbij iedere unit een bron van kennis is voor de ander. Netwerkmanagement is essentieel. Zie hier een typering die naar verwachting heel goed bereikt kan worden middels franchise, hetgeen in het vervolg nader onderzocht zal worden.

Het is daarmee dan de vraag op welke wijze de sturing het beste kan worden vormgegeven. De belangrijkste concepten in deze zijn:

- de divisiestructuur
- de unitorganisatie
- de netwerkorganisatie

3.5.1 De divisiestructuur

Door Mintzberg zijn een aantal basisconfiguraties onderscheiden die als volgt schematisch kunnen worden weergegeven:

Structurele configuratie	Primair coördinatie-mechanisme	Basisdeel van de organisatie	Besluitvormings-structuur
<i>Simple structure</i>	Directe supervisie	Strategische top	Verticale en horizontale centralisatie
<i>Machine-bureaucratie</i>	Standaardisatie van het werk	Technostructuur	Beperkte horizontale decentralisatie
<i>Professionele bureaucratie</i>	Standaardisatie van vaardigheden en kundigheden	Uitvoerend deel	Verticale en horizontale decentralisatie
<i>Divisiestructuur</i>	Standaardisatie van output	Middle management	Beperkte verticale decentralisatie
<i>Adhocracy</i>	Wederzijdse aanpassing	Ondersteunende afdelingen	Selectieve decentralisatie

In de zorg is veelal sprake van een divisiestructuur van grotere organisatieverbanden. Het gaat daarbij om een stelsel van semi-zelfstandige eenheden met elkaar verbonden door een centraal bestuurlijke structuur. De eenheden worden doorgaans divisies genoemd en het centrale bestuur het hoofdkantoor. De divisies bedienen aparte markten en hebben zeggenschap over de uitvoerende taken die daarvoor noodzakelijk zijn.

Het hoofdkantoor beheerst vooral de prestaties. De coördinatie tussen hoofdkantoor en divisies wordt op deze manier vooral teruggebracht tot standaardisering van de bedrijfsresultaten (het kwartaalcijferdenken). De uiterste vorm hiervan is het conglomeraat waarbij de onderneming weinig belangstelling heeft voor andere dan financiële relaties tussen haar diverse onderdelen.

Mintzberg signaleert het ontstaan van de divisiestructuur in de gezondheidszorg als hij schrijft: 'De centrale bestuurders, die geen kans meer zien om alle instanties en afdelingen rechtstreeks te beheersen, gunnen hun managers een aanzienlijke hoeveelheid zelfstandigheid en trachten vervolgens door beheersing van planning en prestaties enige grip te houden op hun resultaten.' Vervolgens schetst hij de grote valkuil bij het toepassen van deze configuratie in de gezondheidszorg, namelijk dat veel van de doelstellingen die in de gezondheidszorg van belang

zijn zich gewoonweg niet lenen voor meting. Daar komt bij dat voor hem nog helemaal niet zo evident is waarom instellingen allemaal zo enorm groot moeten zijn. Hij stelt dat nog nooit onwrikbaar is komen vast te staan naar welke kant de weegschaal zal doorslaan als men de betrokkenheid en persoonlijke dienstverlening die de 'menselijke maat' biedt afweegt tegen de kostenbesparing door de 'schaalvergrotingseffecten'.

Hij suggereert dat het beter zou zijn de eenheden op een andere manier in de hand te houden. Bijvoorbeeld door managers te selecteren die de gewenste waarden weerspiegelen of hen met deze waarden te indoctrineren om ze vervolgens vrijelijk te laten managen, waardoor de beheersing feitelijk meer normatief dan kwantitatief is. De structuur wordt daarmee een hybride van de gediversifieerde- en de zendingsorganisatie door het leggen van een laag ideologische energie.

Een van de andere bekende Mintzberg configuraties is natuurlijk de professionele organisatie die in de gezondheidszorg lange tijd een dominante plek heeft ingenomen. Kenmerken hiervan zijn de gerichtheid op stabiliteit, voorspelbaarheid, routine en de professie (het vak of discipline) als voornaamste oriëntatiepunt. Naar onze mening komt deze vorm in de zorg, althans in de grote organisaties, steeds minder voor.

3.5.2 De unit organisatie

In het verlengde van de divisie organisatie ligt een organisatie die steunt op unit management. Wissema (1996) introduceert unit management als een managementstijl en een organisatievorm gericht op het decentraliseren van het ondernemerschap binnen een organisatie en het optimaliseren van de synergie.

Het wordt toegepast in ondernemingen die tegelijkertijd hun concurrentiekracht en hun winstgevendheid willen vergroten in situaties van zich versnellende externe veranderingen en/of grote interne complexiteit.

Het wordt bereikt door een integrale business verantwoordelijkheid voor bepaalde product/marktcombinaties toe te kennen aan zogenaamde businessunits. Deze units rapporteren rechtstreeks aan het topmanagement

Het concept van unit management is gebaseerd op vijf principes:

- Decentralisatie van integrale business verantwoordelijkheden
- Cliënt gestuurd organisatieontwerp
- Intern ondernemerschap door deregulering
- Decentralisatie van operationele bevoegdheden
- Synergie door strategisch management, ondernemingscultuur en het concept 'lerende organisatie'

Unit management is aldus de synthese tussen de voordelen van de zelfstandigheid van de kleine unit en de synergie van de grotere organisatie.

3.5.3 De netwerk organisatie

Vanaf de tweede helft van de jaren negentig wordt ook in de gezondheidszorg de keerzijde van de voorafgaande schaalvergrotingsgolf zichtbaar. Er ontstaan megaorganisaties die, nadat ze veel tijd hebben besteed aan het overbruggen van cultuurverschillen, log zijn en in tegenstelling tot hun aanvankelijke inzet, juist niet in staat zijn tot het snel inspelen op de veranderende vraag van de zorgmarkt.

Het grootste verschil tussen de meer traditionele besturingsconcepten en het netwerkconcept betreft het omgaan met hiërarchie en positiemacht. De top heeft in een netwerkomgeving een andere managementfocus. Directe aansturing van de verschillende bedrijfsonderdelen via een systeem van boven- en onderschikking is niet meer het voornaamste gezichtspunt. De voornaamste taak is het bevorderen van onderlinge synergie. Kenmerkend voor deze benadering is dat kennis overal in de organisatie benut moet kunnen worden en medewerkers in verschillende lagen kunnen functioneren, terwijl dat niet bepaald of belemmerd mag worden door hun 'toevallige' positie in de hiërarchische geordende bedrijfssysteemiaag.

Voor zover ons bekend wordt het netwerk als organisatieconcept (nog) niet echt toegepast binnen de gezondheidszorg, zeker niet bij de organisaties met een wat grotere omvang. Een aantal kenmerken van het denken in netwerken zijn echter wel herkenbaar maar dan meer als onderdeel van de managementstijl of werkwijze bij aanvang van samenwerkingstrajecten of meer projectmatig opgezette innoverende initiatieven. Franchise ligt als organisatievorm dicht tegen een netwerk organisatie aan.

3.5.4 Ontwikkelingsfases van een organisatie

Als organisaties in algemene zin worden gezien valt een aantal ontwikkelingsfases te onderkennen. Lievegoed onderscheidt daarbij:

- de pioniersfase
- de bureaucratiseringfase
- de integratiefase

In de integratiefase staat missiegerichtheid centraal. Er is een duidelijke focus en missiegerichtheid met daarbinnen veel vrijheid om intelligent zelfstandig te handelen en keuzes te maken. Er zijn geen "best way" voorschriften maar er zijn doelstellingen met een bepaalde marge voor eigen initiatief en mogelijkheden tot zelfcontrole. Er is dan ook sprake van permanente opleidingsactiviteiten om de nieuwe verantwoordelijkheden te kunnen dragen.

Na de pioniersfase komt de fase waarin de nadruk komt te liggen op organisatie, standaardisatie, beheersing en rationalisatie van processen. Dit leidt veelal tot een toenemende bureaucratie ofwel de bureaucratiseringfase. Dit behelst het zoeken naar meer gestructureerde organisatievormen, of het nu divisiestructuur, professionele bureaucratie of unitstructuur is.

Dat gezegd hebbende is het belangrijk te onderkennen dat het Angelsaksische management concept met zijn nadruk op standaardisatie en de planning & control cyclus niet zelden leidt tot het vastzetten van de organisatie in de bureaucratiseringfase. Het Rijnlandse model met zijn nadruk op het delen van de gemeenschappelijke visie, taakvolwassenheid, decentralisatie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden vertoont veel kenmerken van een concept in de integratie fase.

Met betrekking tot de zorg kan worden geconstateerd dat veel van de grote organisaties in de bureaucratiseringfase zijn beland. Hier moeten ze uiteindelijk doorheen om de integratiefase te bereiken. Om die te bereiken is ondernemerschap gecombineerd met een andere organisatiewijze nodig.

3.6 Samenvatting en conclusies

De vraagstelling van deze thesis is: kan franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak teneinde aldus de waardepropositie voor de cliënten te verhogen?

In dit hoofdstuk zijn wij dan ook nader ingegaan op het begrip schaalvergroting van organisaties. Belangrijk daarbij is het onderscheid tussen kleinschaligheid van het zorgaanbod (een “**must**”, en voor deze thesis een gegeven) en de omvang van organisaties.

De achtergrond van het ontstaan van grootschalige organisaties zijn verkend. De belangrijkste drivers voor schaalvergroting zijn:

- economies of scale
- economies of scope
- economies of quality
- economies of power

De risico's uit schaalvergroting komen naar voren in de law of diminishing returns (afnemende meerwaarde). Geconstateerd is dat schaalvergroting in de zorg nog grotendeels in de kinderschoenen staat. Economies of power worden ten dele gerealiseerd maar de overige voordelen komen nog maar beperkt tot stand, terwijl de nadelen van grote organisaties veelal al wel manifest zijn. Voor een deel ontstaan die nadelen doordat organisaties in een bureaucratische spiraal terecht zijn gekomen die moeilijk doorbroken lijkt te worden. De ontwikkeling in de zorg is daarmee ook anders dan die in het bedrijfsleven, waarbij schaalvergroting zich over een langere tijd heeft voorgedaan en de voordelen in de tijd geleidelijk werden gerealiseerd en opgebouwd. Feitelijk moet de zorgsector dit decennia lange proces sneller en slimmer doorlopen om succesvol zorg te kunnen blijven bieden.

Aldus bezien is het de vraag hoe de zorg de aan schaalgrootte verbonden voordelen wel kan bereiken terwijl de aan schaalvergroting verbonden nadelen zo veel mogelijk worden vermeden danwel gemitigeerd.

Het realiseren van deze schaalvoordelen en het stimuleren van de ontwikkeling van de waardepropositie wordt onder meer mogelijk gemaakt door ondernemerschap. Succesvol ondernemerschap vereist dat organisaties zich richten haar cliënten. Omvang wordt daarmee altijd in het licht van het cliëntperspectief geplaatst en is geen autonoom doel op zich. Het bereiken van schaalvoordelen verstevigt de concurrentiepositie en maakt dat een betere waardepropositie tot stand kan worden gebracht. Daarnaast hangt het ondernemerschap ook sterk samen met marktwerking in algemene zin. Marktwerking, in welke vorm dan ook, heeft zijn intrede gedaan in de zorg en zal daar niet zomaar verdwijnen. Zorgorganisaties

ontwikkelen zich daarmee van uitvoeringsorganisaties naar zorgondernemingen die zelf risico dragend zijn. Om deze risico's te dragen is een vorm van risico management vereist.

Toepassing van franchise behelst onder meer dat de maximale stimulans van het ondernemerschap wordt bereikt door autonome, zelfstandige en risico dragende FNs. Ondernemerschap gaat gepaard met het nemen van afgewogen risico's. Juist op dat punt kan franchise een waardevol systeem zijn omdat risico's nadrukkelijk over meerdere partijen worden gespreid. Franchise kan daarmee worden gezien als een vorm van risicospreiding

Ondernemerschap en het nemen van risico's zijn nog niet verweven in de genen van de zorgorganisaties. Het nader introduceren van deze elementen, ten nutte van de toegevoegde waarde voor de cliënten, kan op een goede wijze worden gefaciliteerd met franchise.

Naast het ondernemerschap is het toepassen van de juiste organisatievorm van belang voor het bereiken van de voordelen van een grootschalig verband. Dit behelst in ieder geval een organisatievorm die meer netwerkachtige en unit gerichte kenmerken heeft dan de huidige traditionele organisatievormen.

Een franchiseformule kan hier een goede oplossing voor bieden. Franchise biedt een organisatievorm die bestaat uit een FG en meerdere, zelfstandige, FNs. Franchise heeft daarmee de mogelijkheid in zich om met meerdere kleinschalige units toch een grootschalig verband te creëren. Franchise is een vorm van organiseren die een goed antwoord kan geven op kleinschalig aangeboden zorg die ingebed is in een grote organisatie waarmee schaalvoordelen kunnen worden behaald. De franchise organisatie is in zijn karakter een mengvorm van de unit organisatie en de netwerk organisatie.

Uit het oogpunt van customer intimacy speelt de professional een duidelijke rol. De kunst is deze in de juiste configuratie in te bedden, en dus niet in een professionele bureaucratie te geraken maar in een combinatie van een netwerk- of unit organisatie. Franchise kan hier een juist antwoord op bieden.

Bij de beschouwing van de huidige franchise initiatieven in de zorg zal worden gezien in hoeverre franchise bijdraagt aan het bereiken van ondernemerschap, alsmede het bereiken van schaalvoordelen, dit alles in het licht van het bieden van een goede waardepropositie aan de cliënt.

4. Zorgorganisaties en franchise

4.1 Inleiding

De centrale vraag van deze thesis is of franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage kan leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak teneinde aldus de waardepropositie voor de cliënt te verhogen?

Teneinde deze vraag op de juiste wijze te kunnen beantwoorden is in de voorgaande hoofdstukken achtereenvolgens ingegaan op

1. het ontstaan en de achtergrond van franchise,
2. de inhoud en het belang van een waardepropositie voor de cliënt en de wijze waarop dit kan worden bereikt,
3. de voor- en nadelen van schaalvergroting en ondernemerschap en de wijze waarop deze elementen kunnen bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënten.

Na het onderzoeken van deze elementen, het fundament voor de beantwoording van de vraagstelling, zal in dit hoofdstuk de theorie over franchise concepten nader worden verkend teneinde de voorwaarden om te komen tot succesvolle toepassing van franchise te kunnen vaststellen. Vervolgens zullen de voorwaarden voor de succesvolle toepassing van een franchise worden gespiegeld aan de zorgsector om te bezien waar de bijzondere omstandigheden van deze sector leiden tot aanvullende voorwaarden voor de realisatie van een succesvolle franchiseformule in de zorg.

De gezondheidszorg in Nederland is een branche waar franchise tot voor kort weinig tot niet werd toegepast. De laatste jaren zijn er verschillende initiatieven en ontwikkelingen waar te nemen in de gezondheidszorg, waarbij franchise gebruikt is of gaat worden. Dit gegeven levert aanvullende vragen op over wanneer, waarom en hoe franchise binnen de gezondheidszorg is toegepast en of dit succesvol is verlopen.

Alvorens in hoofdstuk 5 in te gaan op de huidige franchise initiatieven zal in dit hoofdstuk vanuit de theorie de 11 voorwaarden voor een succesvolle franchise nader uitgewerkt worden. Nadat deze uitwerking heeft plaatsgevonden zal een analyse plaatsvinden van de mogelijkheden en beperkingen van de zorgsector om aan deze eisen te voldoen. Tevens zal de relevantie van deze eisen voor de zorgsector worden bepaald en zal worden beoordeeld of er aanvullende eisen zijn voor de succesvolle toepassing van franchise voor de zorg.

In hoofdstuk 5 zullen vervolgens een aantal van de huidige franchise initiatieven in de zorg nader worden onderzocht, waarbij de inzichten van dit hoofdstuk mede richtinggevend zullen zijn.

4.2 Voorwaarden voor een succesvolle franchise

Franchise als samenwerkingsvorm kan pas toegepast worden als duidelijk is wanneer, waarom en hoe franchise succesvol kan zijn. Franchise is een bijzondere juridische vorm van organisatie, waarin de ontwikkeling van een bedrijfsconcept en het tot uitvoering brengen ervan door twee afzonderlijke rechtspersonen worden uitgevoerd namelijk; de FG, die de merknaam en het bedrijfsconcept bepaalt, en de FN, die het product of de dienst onder die naam levert.

Shane geeft aan dat er in algemene zin 11 voorwaarden te onderkennen zijn welke een bedrijf dient te volgen om succesvol in franchise³ te zijn:

1. Het selecteren van de juiste branche/sector
2. Het begrijpen van de sterke kanten van franchise
3. Het oog hebben voor de zwakke kanten van franchise
4. De geschiktheid van het bedrijfsconcept voor franchise
5. Het ontwikkelen van de juiste voorwaarden om een franchiseformule te managen
6. Het bepalen van de juiste strategie om FNs te ondersteunen en assisteren
7. Het ontwikkelen van de juiste geografische strategie ten aanzien van de FNs
8. De juiste prijs aan franchisenemers
9. De juiste groeistrategie
10. Adequaat rekening houden met de juridische en institutionele omgeving van franchise
11. Het effectief werven en selecteren en leiding geven aan FNs .

De praktijk laat zien dat franchise in bepaalde sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg (sector VVT/GGZ/VGZ /1^{ste} lijn) toegepast wordt.

4.2.1 Selecteren van de juiste branche/sector

De ene branche/sector is geschikter dan de ander voor het creëren van franchiseketens. Onderzoek in Canada toont aan dat bijna 56% van alle FGs zijn geconcentreerd in de top 10 branches voor franchise: fast food, restaurants, onderdelenretail in de automobielsector, onderhoud en reiniging, bouw en renovatie, detailhandel (en dan vooral de niet gangbare product ranges), levensmiddelen detailhandel, gezondheid en fitness, kinderopvang, en huisvesting.

Shane identificeert *negen branche kenmerken* welke franchise toepasbaar maken;

1. Productie en distributie vinden plaats in gelimiteerde geografische markten
2. Fysieke locaties zijn behulpzaam en ondersteunend in het bedienen van cliënten
3. Lokale marktkennis is van groot belang voor de prestaties
4. Lokale vrijheid van handelen door het management heeft een groot voordeel
5. De reputatie van de merknaam is een waardevol concurrerend voordeel
6. Een hoog niveau van standaardisatie en codificatie van het proces om het product of dienst te ontwikkelen en af te leveren kan worden toegepast of is al van toepassing
7. De werkzaamheden zijn arbeidsintensief

³ Bijlage 1 bevat een uitgebreide samenvatting van de theorie rondom de 11 voorwaarden voor succesvolle franchise.

8. Businessunits zijn niet kostbaar of risicovol om te realiseren
9. De inspanningen van een unitmanager zijn moeilijk meetbaar en af te zetten tegen hun prestaties.

4.2.2 Sterke kanten van franchise

Franchise als bedrijfsconcept is een nuttig model voor het klantgericht opereren, het vormgeven van ketens, een adequate marktbediening en het genereren van goede rendementen. Goede rendementen zijn nodig om de continuïteit van de organisatie te verzekeren, de investeringen met een redelijke marge terug te verdienen en deze ten goede laten komen aan de doorontwikkeling van de organisatie (innovatie!) en beloning naar de medewerkers.

Franchise heeft een aantal sterke kanten te weten:

1. Franchise heeft mechanismen voor de selectie van FNs en het creëren van prikkels voor FNs in zich. Door de vergoeding van een FN afhankelijk te maken van zijn eigen inzet en mogelijkheden, ondersteunt franchise een zelfselectie van mensen met de juiste vaardigheden en motivatie om het bedrijf winstgevend te doen draaien. Van FNs wordt gevraagd om weloverwogen op meerdere terreinen een evenwichtige prestatie neer te zetten, waartoe ze met financiële prikkels en prikkels van zelfstandigheid worden gestimuleerd.
2. Franchise biedt een efficiënt mechanisme voor het verkrijgen van mensen en financiële middelen voor een snelle en stevige groei. Voor veel bedrijven is snelle groei belangrijk, want het ondersteunt (kosten effectieve) promotie van de merknaam van het bedrijf. Het biedt mogelijkheden voor grootschalige inkoop van producten dan wel werving van personeel, het verlaagt de gemiddelde kosten van de ontwikkeling van essentiële activa en staat bedrijven toe goede locaties aan te trekken. Franchise maakt het mogelijk voor bedrijven om snel en goedkoop kapitaal te verwerven, omdat de grote kosten voor de ontwikkeling van het bedrijfsconcept door de FNs gedragen worden (door de franchise fees). De FG kan een faciliterende rol vervullen voor de FN om te voorzien in zijn kapitaalbehoefte. Franchise staat bedrijven toe om zich te specialiseren in de verkoop en uit het managen van het verlenen van vergunningen en FNs om te specialiseren in de winst van een product of dienst naar de klant.

In een franchiseformule kan ook voor potentiële medewerkers de aantrekkelijkheid helder worden gevisualiseerd. Tot slot is het voor een franchise organisatie meestal eenvoudiger om financiering te verkrijgen. Dit is gelegen in twee oorzaken:

- a. de risico's zijn gespreid (over de FG en de FNs) in plaats van in een groot volume geconcentreerd bij één organisatie
 - b. een franchise organisatie kan het succes aantonen met de eerste eigen filialen. Financiering van een bewezen concept met een sterke partner is altijd eenvoudiger dan stand alone financiering.
3. Franchise verstrekt een aantrekkelijk financieel model, welke opbrengsten genereert tegen relatief lage risico's. Het heeft een mechanisme waarbij de risico's worden gedeeld bij het creëren van nieuwe units aan FNs. Het helpt de FG om grote variatie in inkomsten te minimaliseren door de vergoedingen te regelen via een percentage van de verkoop, welke stabiel is dan een percentage van de winst. Franchise genereert een

hoog rendement op investeringen. Omdat FGs lagere kosten kennen dan bedrijven welke opereren met eigen filialen, kunnen ze een hogere winst per filiaal genereren dan verticaal geïntegreerde ketens. Gegeven de lage voorinvesteringskosten voor FGs – het meeste geïnvesteerde kapitaal voor het oprichten van filialen wordt voorzien door FNs – zullen FGs (relatief) een hoger rendement op hun geïnvesteerd kapitaal krijgen dan reguliere organisaties. Voor FNs is er het voordeel van een eigen ondernemerschap met uitzicht op mooie rendementen. De FN hoeft niet te investeren in de ontwikkeling of het uittesten van een model en kan dus met minder risico's ondernemen.

4.2.3 Zwakke kanten van franchise

Voor niets gaat de zon op en dus zijn naast de sterke kanten van franchise ook zwakke kanten verbonden aan de franchiseformule.

1. Een belangrijk eerste nadeel is de aanwezigheid van potentieel tegenstrijdige doelen tussen FG en FN. De FG ontvangt inkomsten over de totale verkoop van de franchise keten en de FN maakt alleen winst over de totaalverkoop van zijn businessunit. De FG streeft naar lagere prijzen en hogere verkoop volumes dan de FN. De FG wil een hogere dichtheid van businessunits in een geografisch gebied dan de FN. De meerwaarde van deelname aan die ene franchiseketen vermindert als de FN meer ervaren wordt. Dit veroorzaakt conflicten met de FGs welke eenzelfde niveau van royalty tarieven willen blijven vragen.
2. Ten tweede kleven aan de franchiseformule nadelen in het verlengde van het eerste punt zoals daar zijn:
 - FNs ervaren een stimulans om te parasiteren op de inspanningen van andere FNs voor het hoog houden van de merknaam van het systeem, ofwel een FN kan achterover leunen en profiteren van de successen van de franchise organisatie als geheel.
 - FGs zijn bezorgd over het feit dat de FN opportunistisch de afspraken opnieuw wil onderhandelen binnen het contract.
 - FNs investeren mogelijk onvoldoende in hun organisatie en geven wellicht voorkeur aan korte termijn resultaten in plaats van lange termijn
 - Franchise is een slechte bedrijfstak als het gaat om het beschermen of patenteren van intellectueel eigendom, zoals bedrijfsgeheimen.
3. Iedere sector vereist een mate van innovatie om op de lange termijn succesvol te zijn en te blijven. Het is in algemene zin moeilijk om te komen tot vernieuwing en verandering, zowel bij grote organisaties alsook in franchiseorganisaties. Kunnen bepaalde veranderingen in een concern nog worden opgelegd, in een franchise formule is dat minder eenvoudig. Het gebruik van contracten om de relaties te sturen tussen FG en FN maken het lastig om structuur- en beleidsveranderingen door te voeren. Ook is het lastig om nieuwe producten of processen te adopteren welke niet bekend en gespecificeerd zijn in de destijds getekende overeenkomst. Onvoldoende informatie over de klantwensen in de franchise locaties, gecombineerd met een gebrek aan autoriteit naar de FN, betekenen dat het de FG aan informatie ontbreekt welke nodig is om te innoveren. Tevens zijn er problemen om de ontwikkelde innovaties van de FG te adopteren.

4. Tot slot is een mogelijk nadeel een lagere absolute winst met franchise in vergelijking tot het in eigendom hebben van een businessunit binnen een concern. De voorinvestering welke verbonden is aan het tot stand komen van een franchise systeem, staat niet in verhouding en leidt niet tot een kosten effectieve ondernemingsvorm als een bedrijf maar een handvol FNs kent. Franchise genereert lagere winsten per FN in vergelijking tot een keten van businessunits in eigendom. Dit maakt het mogelijk voor bedrijven om meer geld te verdienen door businessunits in eigen beheer te voeren dan te franchisen.

4.2.4 Het gevoerde bedrijfsconcept

Niet ieder bedrijfsconcept leent zich voor een franchiseformule. Factoren die een bedrijfsconcept geschikt maken voor franchise zijn:

1. Het bedrijfsconcept is gebaseerd op een waardevol systeem voor het verlenen van diensten of realiseren van transacties met een beperkte set aan bedrijfsregels. Belangrijke elementen hierbij zijn het beschikken over een goed uitgedacht bedrijfsconcept, dat de neerslag is van een doorlopen leercurve, dat door standaardisatie en werkprocessen een voorsprong op de concurrentie geeft en beschikt over een merknaam met aantrekkingskracht op eindgebruikers.
2. Het bedrijfsconcept dient overdraagbaar naar anderen te zijn in geschreven vorm en dient gereduceerd te zijn tot een helder beschreven set aan regels en procedures. Daarbij moet het concept in korte tijd aan te leren zijn.
3. Er sprake is van voldoende potentiële kopers voor het bedrijfsconcept, waarbij het voor de potentiële FN absoluut de moeite waard is om een voorinvestering te doen in de kosten om de franchiseformule op te zetten. Doordat er maar een klein percentage van de populatie geïnteresseerd is in het kopen van een franchise licentie, waarbij je kritisch wil selecteren onder de potentiële FNs, moet het bedrijfsconcept toegankelijk zijn voor FNs zonder veel opleiding, branchekennis of investeringskapitaal. Anders zal je simpelweg niet genoeg potentiële FNs vinden.

Als aan deze voorwaarden is voldaan en FNs na aftrek van hun franchise bijdragen een fatsoenlijk rendement op hun investering van tijd en geld in het systeem hebben, is er sprake van een waardevolle formule om te verkopen (vermarkten).

4.2.5 Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)

Om een franchiseformule succesvol te kunnen exploiteren dienen een aantal zaken voorwaardelijk, middels overeenkomsten, te worden geregeld. Hierbij dient er aan de volgende onderwerpen adequaat aandacht te worden besteed.

1. Actieve of passieve franchise; De FG kan van de FN verlangen om zijn bedrijf direct aan te sturen of toestemming verlenen om passief eigenaar van zijn bedrijf te zijn. In dit laatste geval huurt de FN medewerkers in voor het managen van de franchise-unit. Passief eigenaarschap wordt veel toegepast, maar het is geen zuivere benadering van franchise immers passief eigenaarschap ondermijnd de fundamentele prikkels van franchise voor een FN. Passief eigendom is alleen succesvol wanneer het wordt gebruikt

als een manier om getalenteerde FNs gelijktijdig te laten opereren in meervoudige units.

2. Mechanismen om te garanderen dat FNs zich gedragen naar het beste belang voor de gehele franchise organisatie. Als één van de risico's is beschreven dat een FN niet afdoende voor het organisatiebelang van de FG gaat, maar meer gericht is op zijn eigen onderneming. Om dit te beperken moet de FG overeenkomsten sluiten waarin gedragsregels beschreven staan en waar tevens zorgvuldig omschreven staat wat de verantwoordelijkheden en verplichtingen van FNs zijn en wat er gebeurt als de verplichtingen niet nagekomen worden.
3. De termijn van het franchise contract. Geen enkele franchise organisatie is er bij gebaat om frequent te moeten wisselen van FNs in bepaalde periodes. Zowel de branche- als de bedrijfsstrategie is van invloed op de duur van het contract, waarbij de uitkomst gebaseerd is op een evenwichtig oordeel.
4. Adequaat aandacht voor marketing en advertising. De FG dient de juiste voorwaarden tot adverteren te creëren, waarbij de ontwikkeling van de merknaam van de formule centraal staat.

4.2.6 Ondersteuning van Franchisenemers

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3.4 zijn er een aantal onderwerpen waarop een concern nadrukkelijk waarde kan toevoegen. Toegespitst op franchise organisaties gaat het om de volgende categorieën van ondersteuning en assistentie.

1. Het aanbieden van opleidingen in de bedrijfsvoering.
2. Ondersteunen met diensten als administratie, informatievoorziening e.d.
3. Onroerend goed diensten
4. (assistentie bij) Financiering

Er dient een optimaal evenwicht te zijn tussen het aanbod van centrale diensten en de kosten welke deze met zich meedragen. Afhankelijk van de doelstellingen en de Ausgangssituation zal een bepaald onderdeel van de ondersteuning meer of minder aandacht krijgen of behoeven.

4.2.7 Geografische strategie

Er vanuit gaande dat de franchise organisatie wenst te komen tot een geografische marktdkking zijn een aantal elementen voor de bepaling van de geografische strategie van belang. De FG dient te bepalen of hij wil overgaan tot de toepassing van multiunit franchise, waarbij de FG meer dan één geografisch gebied aan een specifieke FN verkoopt.

Bij het bepalen van de geografische strategie is een van de issues of de bestaande FNs mogen uitbreiden in hun territorium. Over het algemeen is dit een verstandige strategie, omdat dit de FNs voorziet van een stimulans om zich te houden aan de regels van de formule. Het vermindert de kosten voor bijkomende franchise units, en minimaliseert uitbreidingsproblemen. Een en ander dient te worden gezien in relatie tot het toekennen van een exclusief gebied aan een FN. Dit laatste is vooral bij nieuwe systemen een succesvolle strategie. Het vermindert parasiteren, maakt FNs minder bezorgd over marktverzadiging en minimaliseert de concurrentie binnen het systeem.

4.2.8 Prijsstelling van de franchiseformule (voor FNs)

Voor een succesvolle franchise dient de juiste prijs voor de franchiseformule vastgesteld te worden. Als de formule te hoog gewaardeerd is, zal dit geen FNs aantrekken. Als het te laag geprijsd is ontstaan er waarschijnlijk problemen, omdat de ontwikkelingskosten niet betaald kunnen worden.

De twee belangrijkste dimensies voor prijsstelling van de franchiseformule zijn:

1. Het instaptarief van de franchiseformule; Deze franchisevergoeding bedraagt een éénmalige betaling welke voldaan wordt door de FN aan de FG in de periode tot aan het einde waarin de franchiseovereenkomst verlopen is. Dit is om de gemaakte kosten van de FG te compenseren in het helpen opstarten van de FN. Gemiddeld vertegenwoordigt de franchisevergoeding 8% van het totale bedrag welke betaald wordt door de FN aan de FG gedurende de gehele looptijd van de overeenkomst. De franchisevergoeding wordt hoger als het systeem in een sector opereert met hogere marges, met een sterkere merknaam reputatie, een uitgebreider geografisch gebied, meer service ondersteuning verleent en een langere contractuele looptijd vertegenwoordigt. Succesvolle FGs verhogen in de tijd de franchisevergoeding slechts met een percentage van de inflatie.
2. De doorlopende franchise vergoedingen; De opbrengst gerelateerde afdrachten vertegenwoordigen de belangrijkste inkomstenbron voor de FG. Deze vergoedingen zijn ontworpen om FGs een winst te betalen en om te streven naar verdere ontwikkeling van het systeem. De meeste FGs vragen vergoedingen als percentage van de opbrengsten omdat deze een betere continuïteit bieden dan vergoedingen als percentage van de meer (dan de omzet) fluctuerende winst. De aandelen in de opbrengst zijn afhankelijk van de specifieke franchiseformule, de positie die deze inneemt in de markt en de gerelateerde omzet volumes.

4.2.9 Groeistrategie voor uitbreiding van de franchiseformule

Franchise neigt in bedrijven plaats te vinden waarbij expansie niet vanuit één plaats kan plaatsvinden, maar verplicht tot toevoeging van nieuwe afzetmogelijkheden.

Een eerste stap voor een succesvolle franchise expansie strategie is na te denken op welk moment in de levenscyclus van een organisatie franchise kan worden ingevoerd. Het juiste moment ligt over het algemeen na een aantal jaren waarin het bedrijf volwassen is geworden en de kinderziekten uit het bedrijfssysteem zijn gehaald. De juiste timing varieert per branche.

Een tweede aspect voor een succesvolle expansie strategie betreft de besluitvorming in het aantal franchise filialen welke in eigendom worden gehouden. Hoewel de meeste FGs viervijfde van hun franchise-units franchisen, varieert de hoeveelheid FNs in franchise ketens significant over de levensduur van een franchiseformule. Voordat begonnen wordt met franchise is het aanbevelenswaardig om een aantal eigen franchise units te hebben. Met het eigenaarschap daarvan geeft de FG een krachtig en geloofwaardig signaal af betreffende de waarde van zijn formule naar FNs. In de groei jaren van franchise verdient het de voorkeur de filialen in eigendom stabiel te houden en nieuwe units exclusief te realiseren middels franchise. Deze benadering voorziet om de voordelen van franchise optimaal te benutten voor de groei van het bedrijfsconcept. Het in stand houden van een aantal filialen in eigen beheer is van belang, aangezien deze een waardevolle kweekvijver voor de ontwikkeling van nieuwe producten en

diensten kunnen zijn en tevens kunnen deze filialen input geven om na te denken over de juiste wijze van aansturing van de franchise-units. Daarbij kunnen deze franchise-units dienen om potentiële FNs met hun personeel te trainen.

Als het systeem gerijpt en volgroeid is, zou de FG een aantal franchise-units moeten opkopen. Franchise-units in eigen beheer leveren niet zelden namelijk meer winst dan ze genereren als aangesloten FNs. Het ligt voor de hand om de franchise units welke geografisch het verste weg liggen van het hoofdkantoor of in een omgeving met een lage bevolkingsdichtheid altijd te franchisen, want deze zijn het duurst om te monitoren.

Tot slot als wordt gestart met franchise is het geografisch concentreren van de franchise-units een juiste strategie. Dit faciliteert de mogelijkheid om FNs te monitoren en kwaliteitscontroles te doen. Tevens faciliteert de concentratie de ontwikkeling van schaalgrootte wat weer gunstig uitpakt voor lokaal adverteren en vermindering van kosten om de merknaam te positioneren.

4.2.10 Juridische en institutionele aspecten van franchise

Franchise is in Amerika een bij wet geregelde wijze van bedrijfsvoering. Sinds 1979 heeft de Federale Handelscommissie van alle FGs geëist informatie over franchise aan kandidaat-FNs te verstrekken alvorens tot ondertekening van de franchiseovereenkomst over te gaan. Dit standaard openbaar document, het Uniforme Franchise Aanbod Circulaire (UFAC), bevat 23 items die een FG dient te beschrijven.

Voor Europa geldt dat er sprake is van een minder strikt gereguleerde bedrijfsvorm: Bijna 30 jaar geleden heeft de Europese Franchise Federatie (de overkoepelende organisatie van alle nationale franchiseverenigingen in Europa) de Europese Erecode betreffende franchise opgesteld. Deze Erecode geeft de voorwaarden van fair gedrag voor organisaties en personen die bij franchise zijn betrokken. Alle franchiseorganisaties in Nederland die zijn aangesloten bij de Nederlandse Franchise Vereniging (NFV) hebben zich verplicht deze Erecode na te leven.

De NFV is de overkoepelende belangenorganisatie van FGs in Nederland. Hoofddoelstelling van de vereniging is het bevorderen van een gezonde en evenwichtige ontwikkeling van franchise. De NFV is opgericht in 1972 en is lid van de Europese Franchise Federatie en de World Franchise Council.

De Erecode geeft eigenlijk alleen de minimum eisen aan waaraan een goede franchise moet voldoen. Vooral is daarbij gedacht aan de mensen die willen toetreden tot de franchise organisatie: wat mogen zij tenminste verwachten aan informatie en ondersteuning? 10 jaar geleden is er een aanvulling op de Erecode verschenen, die nog eens precies opsomt welke "volledige en correcte schriftelijke informatie" een aspirant-FN voor het sluiten van de bindende overeenkomst mag verwachten.

In de Erecode staat niet dat sprake moet zijn van een formule die aantoonbare voordelen biedt aan alle betrokken ondernemingen, dus zowel de FNs als de FG. De formule staat of valt bij de marketing. De formule moet krachtig zijn, onderscheidend en kostenvoordelen bieden. De kracht van de formule komt tot uitdrukking in de hogere omzet (per vierkante meter, per verkoper, per euro voorraad etc.) en tot uitdrukking in de kostenvoordelen.

Naast deze erecode, die dus alleen verplicht is bij lidmaatschap van de NFV, de Nederlandse Franchise Vereniging, geldt normaal ondernemingsrecht en mededingingsrecht in Nederland.

Franchise is juridisch gezien een vorm van verticale samenwerking tussen zelfstandige ondernemers / bedrijven. Vooral het samenwerkingsaspect heeft nogal wat juridische gevolgen, immers samenwerking tussen bedrijven is uiteraard geoorloofd en zelfs toe te juichen, maar mag in beginsel niet leiden tot concurrentiebeperkende afspraken. Zowel de Nederlandse Mededingingswet als de Europese mededingingsregels zijn van toepassing. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij de inrichting van een franchise organisatie.

4.2.11 Werving en selectie van en leidinggeven aan FNs

Een ketting is zo sterk als haar zwakste schakel. Het beschikken over de juiste FNs is dan ook van groot belang. In de werving van FNs zijn de volgende factoren van belang.

1. Begrijpen waarom mensen een franchise willen runnen en het aanbieden van datgene wat men graag wil exploiteren. Mensen kopen een franchise-unit om toegang te krijgen tot een bewezen systeem wat geld genereert. Daarom dient een FG met een winstgevend bedrijfsconcept te komen, waaronder een handleiding over hoe de bedrijfsvoering plaats dient te vinden, training, voortdurende assistentie en een merknaam. De kans op deze bedrijfsvoering dient zodanig te zijn dat de continue winststroom groter is dan de FNs zouden verdienen in een alternatieve werkgelegenheid. Dit dient tevens adequaat gedocumenteerd te zijn.
2. Het ontwerpen van een professionele wervingsformule en criteria voor selectie.

Het managen van FNs is een belangrijk onderdeel voor het succes van de FG. Het managen is niet gemakkelijk, maar er zijn vier basisactiviteiten welke de effectiviteit van het proces versterken:

1. Het minimaliseren van de mogelijke conflicten tussen FG en FNs
2. Het zorgen dat de franchiseregeling voorziet in een financieel voordeel voor de FN
3. Het duidelijk communiceren over de plichten van een FN
4. Het voorzichtig en gepast controleren van het gedrag van de FN.

Deze basisactiviteiten zijn reguliere management taken en kunnen in een franchise omgeving dus zeker niet worden vergeten.

4.3 De combinatie franchise en zorg

In paragraaf 4.2 is er vanuit de theorie gekeken naar de 11 voorwaarden welke van toepassing zijn om tot een succesvolle franchise te komen, te weten.

1. Het selecteren van de juiste branche/sector
2. Het begrijpen van de sterke kanten van franchise
3. Het oog hebben voor de zwakke kanten van franchise
4. De geschiktheid van het bedrijfsconcept voor franchise
5. Het ontwikkelen van de juiste voorwaarden om een franchiseformule te managen
6. Het bepalen van de juiste strategie om FNs te ondersteunen en assisteren
7. Het ontwikkelen van de juiste geografische strategie ten aanzien van de FNs
8. De juiste prijs aan franchisenemers.
9. De juiste groeistrategie
10. Adequaat rekening houden met de juridische en institutionele omgeving van franchise
11. Het effectief werven en selecteren en leiding geven aan FNs .

In deze paragraaf wordt de vertaalslag van deze criteria naar de zorgsector gemaakt om te onderkennen onder welke voorwaarden franchise succesvol toepasbaar is voor deze sector. Daartoe wordt de zorgsector getoetst aan deze criteria maar wordt tevens gezien op welke wijze aanvullende criteria gelden om franchise succesvol te kunnen toepassen in de zorg. Deze vertaalslag is gedaan voor die criteria die voor de zorg echt tot een andere of aanvullende analyse leiden dan franchise in algemene zin. Om die reden wordt niet op alle 11 genoemde voorwaarden ingegaan.

4.3.1 Selecteren van de juiste branche/sector

De geschiktheid van de zorgsector voor toepassing van franchise kan worden bepaald aan de hand van de volgende 9 criteria:

1. Productie en distributie vinden plaats in gelimiteerde geografische markten
2. Fysieke locaties zijn behulpzaam en ondersteunend in het bedienen van cliënten
3. Lokale marktkennis is van groot belang voor de prestaties
4. Lokale vrijheid van handelen door het management heeft een groot voordeel
5. De reputatie van de merknaam is een waardevol concurrerend voordeel
6. Een hoog niveau van standaardisatie en codificatie van het proces om het product of dienst te ontwikkelen en af te leveren kan worden toegepast danwel is al van toepassing
7. De werkzaamheden zijn arbeidsintensief
8. Businessunits zijn niet kostbaar of risicovol om te realiseren
9. De inspanningen van een unitmanager zijn moeilijk meetbaar en af te zetten tegen hun prestaties.

Met behulp van deze criteria ontstaat het volgende beeld voor de zorg:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Huisarts, tandarts, c.a.	+	+	+	+	+/-	+	+	+	+
Thuiszorg	+	+/-	+	+	+/-	+	+	+	+
Ziekenhuiszorg	+	+	-	+	+/-	+	+	-	+
Intramurale ouderenzorg	+	+	+	+	+/-	+	+	+/-	+
Geestelijke gezondheidszorg	+	+	+	+	+/-	+	+	+/-	+
Gehandicaptenzorg	+	+	-	+	+/-	+	+	+/-	+
Zorg ondersteunend (apotheek, Hulpmiddelen e.d.)	+	+	-	+	+	+	+	+	+

Tabel 2 Criteria voor toepassing van franchise in de zorg

Note:

- + de deelsector voldoet aan dit criteria
- de deelsector voldoet niet aan dit criteria
- +/- de deelsector is op dit criteria neutraal (on)geschikt

Ter kanttekening van het voorgaande schema het volgende:

- Aangezien de zorg persoonsgebonden is, is er met uitzondering van de laatste categorie geen onderscheid tussen productie en distributie, deze vallen vrijwel samen.
- Bij kennis van lokale markten is deze vooral geïnterpreteerd als kennis van de beoogde cliëntengroepen en dit toegespitst op de lokale situatie in het aanwezige zorgaanbod.
- Kennis van de merknaam is op dit moment nog geen groot voordeel. Het ligt in de lijn der logica dat dit belang zal toenemen. Voor cliënten kan daarmee snel een vertrouwenwekkende keuze worden gecreëerd vanuit de aan het merk ontleende keuze.

Op basis van het bovenstaande schema wordt duidelijk dat, om tot franchise in de zorg te kunnen komen, er veranderingen dienen plaats te vinden in de algehele wijze van organiseren zoals:

1. Er dient een betere positionering in de geografische markten plaats te vinden.
2. De fysieke aanwezigheid zal nog duidelijker lokaal ingevuld dienen te worden, afgestemd op de lokale omstandigheden.
3. Het lokale management dient meer handelingsvrijheid te krijgen.
4. Er dient gebruik te worden gemaakt van een groepsmerknaam en niet van losse zorglocaties onder eigen presentatie en merknaam.
5. Het opbouwen van de groepsmerknaam moet worden ondersteund.
6. Standaardisatie van processen dient te worden verhoogd in plaats van alle units vrijheid te geven in eigen proces inrichting en beschrijving.

Bij dit alles blijft afstemming op de specifieke behoeften van de cliënt van belang, maar dat is het extra dat de zorgverlener inbrengt en wat het echte verschil maakt (immers: customer intimacy). De basis is echter wel identiek en kwalitatief gegarandeerd.

Naarmate de units meer investeringen vergen (criteria nummer 8), zoals bij een ziekenhuis of een verzorgingshuis in de sfeer van vastgoed wordt de toepasbaarheid beperkter. Een ziekenhuis heeft wel de mogelijkheden in zich om een keten van (kleinschalige) ziekenhuizen te

vormen. Met het scheiden van wonen en zorg kunnen verzorging- en verpleeghuizen zich ook omvormen naar kleinschalige eenheden, waarmee de investeringsbehoefte voor het vastgoed daalt.

De benoemde 9 branchekenmerken zijn aldus goed toe te passen op de gezondheidszorg en geconcludeerd kan worden dat de zorg in algemene zin zich leent voor de toepassing van franchise initiatieven. Deze conclusie wordt ook ondersteund door de eerste franchise initiatieven op dat gebied in de zorg. Binnen de zorgsector is het verschil vanuit deze voorwaarden vooral de kapitaal intensiteit die maakt dat het minder toepasbaar is voor algemene ziekenhuizen. Voor ZBC's is het echter meer dan toepasbaar. De scheiding van wonen en zorg maakt dat de kapitaal intensiteit voor de zorgverlener kan dalen (immers wonen niet meer automatisch vanuit de zorgaanbieder, maar kan ook vanuit woningcorporaties e.d.). Al met al zijn er daarmee weinig omstandigheden die maken dat het voor een specifieke deel van de zorg niet toepasbaar is. Als dat voor een van de elementen wel het geval is zal dat specifiek worden benoemd.

4.3.2 Sterke kanten van franchise

Sterke kanten van franchise zijn het bieden van goede prikkels voor FNs om te komen tot ondernemerschap, ingevuld met een adequate bedrijfsvoering, het bieden van mogelijkheden voor snelle uitrol en groei, alsmede het creëren van een aantrekkelijk financieel model dit alles uitgaand van lokaal, kleinschalig aangeboden zorg.

In de gezondheidszorg is er veelal een sterke scheiding tussen de professional en het management. Waar de professional zich vooral op de zorgverlening en het kwaliteitsniveau daarvan bekommert is de manager meer gericht op de bedrijfsvoering. Van een FN in de zorg wordt nadrukkelijk gevraagd om deze beide elementen afdoende op een bedrijfseconomisch verantwoorde manier in te vullen. Dit betekent feitelijk de introductie van een vorm van prestatieafspraken en -beloning. In de gezondheidszorg behelst het introduceren van prestatieafspraken en -beloning een cultuur omslag. In de huidige organisatie vormen van de zorg zijn er veelal onvoldoende prikkels om managers zich als ondernemer te laten gedragen.

Snelle groei is tot heden niet een algemene drijfveer binnen de gezondheidszorg. Wel spreekt men de ambitie uit om de voordelen van schaalvergroting te benutten in gedeelde ondersteunende diensten. Tot op heden worden de voordelen van schaalvergroting in concerns als bijvoorbeeld Espria, Parnassia Bavo Groep, Viataal niet afdoende gerealiseerd. Het recente uiteenvallen van Meavita is eveneens een voorbeeld van het niet afdoende realiseren van schaalvoordelen. Daarnaast wordt er onvoldoende expertise georganiseerd op centraal niveau. Er wordt centraal nog veel te nadrukkelijk direct gestuurd en men is onvoldoende ondersteunend naar de businessunits. Businessunits voelen veel ruimte om zich te bemoeien met het gevoerde concept en hebben minder focus op de cliënt.

In het licht van de toenemende marktwerking wordt het steeds belangrijker om een landelijk opererende zorgaanbieder te kunnen zijn. Dit vereenvoudigt de contractering voor de verzekeraars en brengt helderheid (ofwel reduceert onzekerheid) voor de zorggenieters. Van daaruit geredeneerd zal franchise ook gehanteerd kunnen worden als middel om dergelijke zorgketens relatief snel en effectief te kunnen opbouwen. Het hebben van een bepaalde omvang maakt ook dat dekking van overhead kosten kan worden gegenereerd. Het opbouwen van een

nieuwe organisatie is zo een mooi alternatief als tegenhanger voor de meer traditioneel ontstane zorgconcerns en het kan een alternatief werkmodel zijn voor deze concerns.

Een van de issues waar in de zorg momenteel tegen aangelopen wordt, is het aantrekken van afdoende financiële middelen. Dit issue ontstaat door onder druk staande rendementen, veranderende financiering, met name ten aanzien van vastgoed waar de zorgonderneming nu zelf risico's gaat lopen, alsmede omslag van voorfacturering en financiering naar betaling achteraf. Dit probleem wordt verergerd door de huidige kredietcrisis, waarbij banken in algemene zin minder snel en makkelijk leningen verstrekken en veel nadrukkelijker de risico's van financieringen willen borgen. De franchiseformule kan onder bepaalde voorwaarden financiering eenvoudiger maken: risico's zijn meer gespreid en door de overwegend lagere investeringen kan relatief een hoger rendement (percentage) worden bereikt. Overigens is het doorvertalen van de bedrijfsrisico's ook nodig om de kosten van de decentralisatie qua zorg organisatie te kunnen compenseren.

In de gezondheidszorg wordt nog weinig gewerkt met algemene, beproefde winstgevende bedrijfsconcepten. Daarbij is men erg terughoudend in het opstarten van nieuwe units. De sector is nog niet afdoende gewend aan het omgaan met financiële risico's. Dit hangt samen met de wijze waarop ondernemersrollen op dit moment in de zorg worden ingevuld.

Dit alles overziend zijn er voor de zorg significante mogelijkheden om te profiteren van de voordelen die franchise kan bieden. Om dit te kunnen realiseren is wel op onderdelen een cultuurverandering noodzakelijk, dit is wellicht eenvoudiger voor nieuwe organisaties dan voor bestaande organisaties. Daar staat tegenover dat een bestaande organisatie al beschikt over een behoorlijke cliëntenbasis. De voors en tegens van de beide mogelijkheden (opstarten of omvormen) dienen bij een mogelijke uitrol van franchise nadrukkelijk te worden afgewogen.

4.3.3 Zwakke kanten van franchise

Als zwakke kanten van franchise gelden in algemene zin de mogelijk tegenstrijdige belangen tussen FG en FN, danwel tussen de FNs onderling, de obstakels voor het doorvoeren van veranderingen alsmede de mogelijkerwijs lagere rendementen in geval van franchise in vergelijking tot het exploiteren van eigen filialen.

Er is een redelijke transparantie in de gezondheidszorg als het gaat om de tarieven welke ontvangen worden door de contractant van de verzekeraar/zorgkantoor. Contractering met verzekeraars zal logischerwijs plaats vinden op het niveau van de FG. Dit betekent dat er slechts beperkt spanning zal zijn ten aanzien van de prijzen. Het uiteindelijke macro- ofwel regionale volume waarin een gedeelte door de FG gecontracteerd wordt levert wel een risico. Gaan FNs een te hoog volume draaien zullen er afspraken over vergoedingen dienen plaats te vinden. Aandachtspunt daarbij is hoe de doorcontractering naar FNs verloopt en hoe de vertaling naar onderaannemerschap in deze is.

De blijvende meerwaarde van de FG dient duidelijk waarneembaar te zijn. Dit betekent dat aan de belangen en verwachtingen van de FN ruimschoots tegemoet gekomen dient te worden hetgeen tot uitdrukking moet komen in het (al dan niet centraal gestuurde) franchisecontract. Met andere woorden: de kosten/baten verhouding voor de FN moet nadrukkelijk zijn geborgd.

Bij franchise in de zorg is de vraag in hoeverre de FN aan cliënten kan komen bepalend voor de inspanningen en kosten die de FN wil dragen in het hoog houden van de merknaam. De voordelen voor de franchiseformule moeten duidelijk zijn om de inspanningen die hiervoor in 4.2.3 beschreven zijn te voorkomen.

Gezondheidszorg heeft overigens weinig te vrezen als het gaat om de bescherming of het patenteren van het intellectueel eigendom.

De gezondheidszorg vormt geen uitzondering als het gaat om de veranderbereidheid van de businessunits. Men kan veel diensten moeilijk omschrijven en benoemen en vindt het lastig om volgens een opgelegde uniforme procesgang te werken. Als men een goed resultaat weet te behalen met de eigen eenheid is de bereidheid om daarin te innoveren waarschijnlijk niet groot.

Binnen de gezondheidszorg zal er kritisch gekeken worden naar de voorinvestering welke gepleegd dient te worden en de terugverdientijd. Daarbij dient er al snel van een bepaalde omvang sprake te zijn om investeringskosten uiteindelijk terugverdiend te krijgen en de franchise fees op een acceptabel niveau te handhaven.

Het is tot slot maar de vraag of met franchise in de gezondheidszorg de absolute winst lager is dan het hebben van de businessunits in eigendom.

Geen van de nadelen is een absoluut gegeven, het zijn veeleer aandachtspunten van belang bij het opzetten en managen van de franchiseformule in de zorg. De genoemde mogelijke nadelen zullen in de uitwerking van de franchiseformule nadrukkelijk moeten leiden tot afspraken (gedragsregels) in de franchiseovereenkomst. Evenals bij de voordelen gaat het hier om risico's die zich kunnen voordoen en die bij de opzet van de franchise formule voor de zorg zo veel mogelijk moeten worden afgedekt. De mogelijke nadelen hebben een sterke relatie met de bedrijfscultuur. De huidige zorgcultuur spoort niet met de ondernemende, risicoverdelende cultuur die gepaard gaat met franchise. De vigerende cultuur in de zorg is geen afrekencultuur zoals gewoon binnen een Angelsaksisch model (wat franchise is), maar is meer een Rijnlands model. Concrete uitwerking zal dan ook aandacht moeten geven aan de vraag of gegeven de vigerende cultuur organisaties kunnen worden omgevormd of dat alleen het vormen van een nieuwe organisatie (met instroom vanuit de bestaande organisaties) soelaas biedt. Overigens doen vergelijkbare issues zich voor indien een organisatie volgens een unit model werkt, het voordeel van franchise is dan wel dat het volgens een uitgeschreven en doordacht bedrijfsconcept gaat waarin FNs zich door ondertekening van het franchise contract verbinden.

4.3.4 Het gevoerde bedrijfsconcept

Niet ieder bedrijfsconcept is geschikt voor franchise, dit wordt vooral bepaald door:

1. is het concept gebaseerd op een waardevol systeem voor het verlenen van diensten met een beperkte set aan bedrijfsregels
2. is het concept helder overdraagbaar
3. zijn er voldoende potentiële FNs.

Als deze voorwaarden in ogenschouw worden genomen vormt zich de vraag of de zorg met een juist bedrijfsconcept te franchisen is. Aan de eerste twee voorwaarden kan zeker worden voldaan in de zorg.

Het derde punt ligt voor de zorg in algemene zin anders. Anders dan in puur bedrijfsmatige sectoren komt in de zorg ook een stuk bevlogenheid en professionaliteit om de hoek kijken. Potentiële FNs zullen daarmee niet alleen geïnteresseerd zijn in de te behalen rendementen maar veel meer in het onder eigen regie (met eigen autonomie) tot stand kunnen brengen van zorg die duidelijk meerwaarde genereert voor hun cliënten en waarbij zij zich als zorgverlener ook in hun element voelen. Zij zullen vooral ook kijken naar intrinsieke rendementen die het voeren van een franchise unit brengt ten opzichte van een regulier dienstverband in de zorg.

Uit het succes van Buurtzorg Nederland blijkt de meerwaarde van die intrinsieke rendementen overduidelijk. De franchiseformule (c.q. het Total Businessconcept) zal hier dan ook een duidelijk antwoord op moeten bieden.

Overigens geldt dit ook voor de FG die niet alleen primair gefocust is op de rendementen, maar ook op het tot stand brengen (of mogelijk houden) van goede, betaalbare zorg en daarmee een antwoord kan geven op de huidige verschraling.

Voor de zorgsector is een franchiseformule dan ook pas geschikt als aan deze aanvullende voorwaarden worden voldaan.

4.3.5 Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)

In algemene zin moeten er een aantal zaken geregeld worden (met name in de franchise contracten) wil een franchise formule met succes kunnen worden toegepast. De zorg vormt geen uitzondering op deze criteria.

Een bijzonder element wordt echter wel gevormd in de marketing en het adverteren. Bij een uitrol van de franchise keten neemt dit altijd een belangrijke plaats in. Het is van belang dat dit voor de zorg op passende wijze gebeurt, onderscheidend op customer intimacy en kwaliteit. Daarbij geldt dat dit op velerlei wijze kan plaatsvinden, vergelijk hierbij de enorme ontwikkeling en groei van Buurtzorg Nederland (iedereen kent het, maar niet door plat adverteren!).

4.3.6 Geografische strategie

Bij toepassing van de geografische strategie op de zorg doen zich een aantal specifieke vragen voor:

- welke dekking wil de organisatie met welk doel bereiken. Bij een werkend bedrijfsconcept is het in het voordeel van cliënten als het landelijk beschikbaar is. Dit heeft ook voordelen in de contractering voor verzekeraars. De strategie hieromtrent dient nadrukkelijk te worden bepaald.
- hoe wordt de dekking bereikt, wat bepaalt de geografische verdeling: gemeente grenzen, stadsdelen, provincies etc.

De uitwerking hiervan is een belangrijk aandachtspunt in de zorg door de driehoeksstructuur van de zorgmarkt. Deze is veel specifiekere dan buiten de zorg het geval is. De zorgaanbieder zal als FG de geografische strategie goed uitgewerkt moeten hebben en daarbij de mogelijkheden voor het vestigen in nieuwe gebieden minstens afgestemd te hebben met de verzekeraar/gemeente.

Zo brengt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (met de gemeentelijke indeling) wellicht een andere geografische strategie met zich mee ten opzichte van de zorg uit het basispakket (verzekeraar gerelateerd). Het onderkennen van die verschillen en het aanbrengen van de juiste structuur daarin is van belang voor passende groei.

4.3.7 Werving en selectie van en het leidinggeven aan FNs

Een ketting is zo sterk als haar zwakste schakel. Het beschikken over de juiste FNs is zoals beschreven in 4.2.11 van wezenlijk belang. Eerder in deze thesis is geconcludeerd dat het ondernemerschap nog niet in de genen van de zorg is verankerd. Tegelijkertijd heeft franchise behoefte aan FNs die zich nadrukkelijk wel ondernemend opstellen, in houding en gedrag. De vraag doet zich dan voor of er voldoende potentiële FNs te vinden zullen zijn. De huidige cultuur is meer Rijnlands van aard en mist “afreken” elementen die wel verankerd zijn in Angelsaksische bedrijfsmodellen zoals franchise.

In de zorg is de huidige cultuur overwegend dat de intrinsieke motivatie groter is dan de financiële motivatie. Anders gezegd is de motivatie om goede zorg te bieden groter dan de motivatie om veel geld te verdienen. Dit betekent dat om FNs succesvol te doen zijn die intrinsieke kracht moet worden behouden en gefaciliteerd. Daarnaast dient de FN te worden opgeleid en ondersteund om ook de ondernemersrol te gaan waarderen en zich afdoende kwaliteiten eigen te maken om de bedrijfseconomische aspecten op de juiste wijze in te vullen.

4.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is nader ingegaan op de theoretische voorwaarden voor een succesvolle toepassing van franchiseformules en hoe dit zich verhoudt tot de zorgsector.

Als voorwaarden voor een succesvolle toepassing van franchise gelden:

1. Het selecteren van de juiste branche/sector
2. Het begrijpen van de sterke kanten van franchise
3. Het oog hebben voor de zwakke kanten van franchise
4. De geschiktheid van het bedrijfsconcept voor franchise
5. Het ontwikkelen van de juiste voorwaarden om een franchiseformule te managen
6. Het bepalen van de juiste strategie om FNs te ondersteunen en assisteren
7. Het ontwikkelen van de juiste geografische strategie ten aanzien van de FNs
8. De juiste prijs van de franchiseformule.
9. De juiste groeistrategie
10. Adequaat rekening houden met de juridische en institutionele omgeving van franchise
11. Het effectief werven en selecteren en leiding geven aan FNs

Deze voorwaarden zijn ook van toepassing op de zorg en voor een deel gelden ze ook onverkort. Er zijn een aantal omstandigheden in de zorg waar echter nadrukkelijk rekening mee moet worden gehouden.

Meer dan ooit is het van belang dat afstemming op de lokale doelgroep (cliëntengroep) optimaal wordt opgezet teneinde tot de juiste waardepropositie voor de cliënt te komen. Dit behelst goede regionale positionering, lokale aanwezigheid met voldoende speelruimte voor lokaal

management, binnen de paraplu van het merk en de gekozen strategie. Dit is realiseerbaar in iedere structuur maar franchise leent zich daar meer dan gemiddeld voor gezien de lokale verantwoordelijkheden en risico's: het locale ondernemerschap. De relatie met de cliënt (in het licht van de noodzakelijke customer intimacy) moet ondanks de huidige structuur van de zorgmarkt centraal worden gesteld. Succesvolle toepassing van franchise staat of valt met het op juiste wijze brengen van een duidelijke waardepropositie die voor de cliënten meerwaarde heeft ten opzichte van de traditioneel georganiseerde aanbieders.

Er zijn voor de zorg significante mogelijkheden om te profiteren van de voordelen die franchise kan bieden. Een van de peilers onder franchise is de integrale verantwoordelijkheid van FNs die zich ook op financieel vlak direct doet gelden. Hiermee wordt een krachtige resultaatgerichte prikkel geïntroduceerd. Professionals worden daarmee niet alleen kwalitatief maar ook kwantitatief geprikkeld. Voor de gemiddelde medewerker in de zorg behelst dit een behoorlijke cultuuromslag. Dit zal zich naar verwachting ook vertalen in mogelijke krapte ten aanzien van de beschikbaarheid van geschikte kandidaten voor het FN-schap.

Het realiseren van de cultuuromslag is wellicht eenvoudiger voor nieuwe organisaties dan voor bestaande organisaties. Daar staat tegenover dat een bestaande organisatie al beschikt over een behoorlijke cliëntenbasis. De voors en tegens van de beide mogelijkheden (opstarten of omvormen) dienen bij een mogelijke uitrol van franchise nadrukkelijk te worden afgewogen.

5. Bestaande franchise formules in de zorg nader beschouwd

5.1 Inleiding

Franchise is heden ten dage opgenomen in het zorglandschap zij het in zeer beperkte mate.

De centrale vraagstelling van deze thesis is: kan franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak teneinde aldus de waarde propositie voor de cliënten te verhogen?

Teneinde deze vraag op de juiste wijze te kunnen beantwoorden is in de voorgaande hoofdstukken achtereenvolgens ingegaan op

1. het ontstaan en de achtergrond van franchise,
2. de inhoud en het belang van een waardepropositie voor de cliënten en de wijze waarop dit kan worden bereikt,
3. de voor- en nadelen van schaalvergroting en ondernemerschap en de wijze waarop deze elementen kunnen bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënten
4. de voorwaarden voor de succesvolle toepassing van franchise in de zorg.

Hoofdstuk 4 is afgesloten met de conclusie dat franchise succesvol in de zorg kan worden toegepast. Alvorens in het laatste hoofdstuk de beantwoording van de centrale vraagstelling uit te werken, zal in dit hoofdstuk eerst nader worden ingegaan op de huidige toepassing van franchiseformules in de zorg. De verdieping is gehaald door met een aantal franchise organisaties in de zorg interviews te houden.

Tevens hebben wij gesproken met Buurtzorg Nederland. Doel is om nader te bezien waar een snelgroeiende organisatie als Buurtzorg tegen aanloopt gezien hun snelle groei cq. omvang en wat franchise in deze zou kunnen betekenen.

In dit hoofdstuk zal kort worden ingegaan op de aard van de geïnterviewde instellingen en de belangrijkste leer- en aandachtspunten in het kader van de thesis die uit de gehouden interviews kunnen worden gedestilleerd.

5.2 Huidige franchiseformules in de zorg

Franchise is inmiddels geen onbekende factor meer in de zorg. Er zijn vandaag de dag al een aantal organisaties actief middels een franchiseformule. Een aantal voorbeelden:

5.2.1 De Drie Notenboomen (3NB)

Thomashuizen Nederland, Herbergier Nederland, Impresario Nederland en ZusterFloor Nederland maken samen deel uit van de landelijke franchiseorganisatie De Drie Notenboomen. De Drie Notenboomen ontwikkelt vernieuwende formules in de zorg. Deze formules bestaan uit kleinschalige woonvormen en dagbestedingcentra voor mensen met een beperking. Belangrijk uitgangspunt binnen deze formules is dat de kwaliteit van leven van de klanten voorop staat. Warmte, aandacht en betrokkenheid zijn hierbij belangrijke aspecten. Uitgangspunt is dat elke formule de zorg beter, leuker en ook goedkoper maakt.

De 3NB heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld tot een echte franchise organisatie. De directe aanleiding tot het eerste Thomashuis was de concrete zorgbehoefte van de zoon van de oprichter. Indien dit feit wordt geabstraheerd zijn de volgende doelstellingen voor het oprichten van deze zorgorganisatie te noemen:

1. Het geloof en overtuiging dat de zorg inhoudelijk anders moest en anders kan, de zorg dient beter aan te sluiten op de behoeften van de cliënt
2. Het uitgangspunt dat overhead en bureaucratie in de zorg moet en kan worden beperkt.

Op basis van deze uitgangspunten is gekozen voor een franchiseformule vanuit de overtuiging dat via dit bedrijfsconcept en het daarin aanwezige ondernemerschap de doelstellingen zoals hierboven beschreven het beste kunnen worden bereikt.

De Herbergier Arnhem is de eerste FN van de nieuwe formule van de 3NB. Ook voor de Herbergier geldt, net als voor de Thomashuizen, dat de formule in de praktijk met de eerste FNs wordt ontwikkeld. Dit lijkt na ruim één jaar al op een goed werkbaar formule waarbij al werkend de formule verder wordt uitgebouwd en verbeterd.

5.2.2. PsyQ

Het beste voorbeeld uit de psychiatrie is PsyQ. PsyQ definieert franchise als een model dat decentraal ondernemerschap combineert met centraal formulemanagement. PsyQ is in 2002 ontstaan uit de Parnassia Bavo Groep en heeft nu vestigingen in 13 plaatsen in Nederland.

PsyQ is een samenwerkingsverband van een viertal GGZ organisaties in Nederland te weten Lentis, Mondriaan, Parnassia Bavo Groep en RiaggZuid. PsyQ is vanuit Parnassia ontstaan vanuit een omvangrijk Business Process Redesign traject waarbij onder meer de organisatie werd omgevormd van generieke GGZ aanbieder naar een divisie structuur. Voor een van die divisies is een nieuw bedrijfsconcept gevormd: PsyQ.

5.2.3 TIGRA

TIGRA is de grootste landelijke onafhankelijke franchiseorganisatie voor arbeid en gezondheid en biedt een volledig uitgewerkt en beproefd concept. TIGRA kent hiervoor 2 concepten te weten 2 concepten TIGRA Gezondheidsmanagement en TIGRA Fysiotherapie. TIGRA begon in 1995 in het Noorden met een tiental vestigingen. De formule TIGRA Gezondheidsmanagement is in 1995 ontstaan doordat er ondermeer met de oprichting van arbodiensten in 1994 een nieuwe markt ontstond op het terrein van sociale zekerheid. Reguliere zorg/fysiotherapie was niet 'geschikt' als interventie/reïntegratie van werknemers in bedrijven en TIGRA is daar met haar concept op ingesprongen. TIGRA Fysiotherapie is 5 jaar geleden ontstaan vanuit de driver inkoopkracht te creëren en inkoopvolume te kunnen organiseren. Inmiddels kent de organisatie ruim veertig vestigingen in Nederland. "Core business" is het bewegingsapparaat in brede zin. Gezondheidsmanagement, preventie, arbo-curatieve en multidisciplinaire programma's behoren standaard tot de mogelijkheden. Het bedrijfsconcept heeft zich uitgekristalliseerd en bewezen als een wenselijke en toekomstbestendige formule.

5.2.4 Emcart

Emcart richt zich, samen met een 11-tal (thuis-)zorgorganisaties verspreid over geheel Nederland, op de verkoop, verhuur, uitleen en distributie van medische- en revalidatiehulpmiddelen in het consumentenbereik. Daar waar zorgvragende consumenten nu zelf mogen kiezen, wordt door de keten van thuiszorgwinkels een fijnmazig netwerk van winkellocaties geboden. De winkels zijn voorzien van uitgebreide assortimenten –waaruit men ook daadwerkelijk kan kiezen- en beantwoorden aan de hedendaagse consumenteneisen van klant-, servicegerichtheid en professionaliteit.

Bestudering van de Emcart organisatie maakt duidelijk dat franchise gekozen is in een momentum in de tijd, waarbij franchise voor het bedrijfsconcept de meest geëigende keuze was. Het bedrijfsconcept dient in de loop der tijd op basis van actuele ontwikkelingen steeds te worden getoetst en mogelijkerwijs te worden bijgesteld.

5.2.5 Support & co

Binnen de Zorgcoöperatie Nederland (ZCN) wordt ook gewerkt met een franchise concept. In de afzonderlijke BV 'Support&Co' worden particuliere ondernemers op een franchiseachtige wijze ondersteund bij de opzet van een kleinschalige onderneming waar mensen met een beperking kunnen wonen, al dan niet gecombineerd met dagbesteding en/of logeren. Lunchrooms, restaurants of buurtsupers (inmiddels een zestal) worden ondersteund door Support&Co. Zij bieden dus hulp bij de oprichting en begeleiding van commerciële en maatschappelijke ondernemingen. Zij helpen particuliere ondernemers bij de bedrijfsvoering of via franchise een zelfstandige onderneming op te zetten, waarbij mensen met een beperking als 'meewerkers' functioneren. Het doel is om mensen die nu nauwelijks kansen hebben op de arbeidsmarkt, aan zinvolle dagbesteding in een normale werkomgeving te helpen. Feitelijk is dit geen echte franchise organisatie maar is het meer een methode om nieuwe initiatieven te ondersteunen, alhoewel het concept wel elementen van franchise in zich heeft.

5.2.6 Martha Flora Huizen

Tot slot van de praktijk voorbeelden de Martha Flora huizen die op initiatief van Anne-Mei The en Marco Ouwehand worden opgericht. In zo'n huis gaan 30 tot 40 dementerenden wonen. Het zorgconcept is gebaseerd op 5 peilers: individuele zorg, medewerkers, familie, medische zorg en omgeving en gebouw. Aan medewerkers worden hoge toelatingseisen gesteld, want daardoor wordt de kwaliteit bepaald. Belangrijk zijn: inlevingsvermogen, attitude en bejegening. Iedereen volgt de speciale Martha Flora opleiding. Er wordt gewerkt met een drie tot vier dubbele bezetting ten opzichte van de 'gewone' verpleeghuizen. Dat betekent dat cliënten vermogend dienen te zijn om het verblijf en de ondersteuning te kunnen betalen. Met zorgverzekeraars wordt onderhandeld over een speciale verzekering hiervoor. Dit initiatief is nog zeer recent.

5.3 De praktijk nader beschouwd

Teneinde de huidige initiatieven nader te onderzoeken zijn interviews gehouden met de Drie Notenboomen (zowel met de FG als een van de FN), PsyQ, Tigra en Emcart. Support en Co is afgevallen gezien het feit dat het geen echte franchise is en Martha Flora gezien het nog beginnende stadium van de formule en de specifieke doelgroep.

Op basis van de gehouden interviews wordt in het hiernavolgende uitgegaan van de in hoofdstuk 4 beschreven voorwaarden om te komen tot een succesvolle franchise. Per onderscheiden deelgebieden zijn de volgende leer- en aandachtspunten te onderkennen.

5.3.1 Het selecteren van de juiste branche/sector

Alle geïnterviewde organisaties bevonden zich in de zorg en hebben binnen de zorg op enig moment een ander bedrijfsmodel ingevoerd. De keuze voor de sector was daarmee al gemaakt.

De Nederlands Franchise Vereniging is van mening dat de zorg, met haar behoefte aan lokale dienstverlening, uitermate geschikt is voor de toepassing van franchise.

In algemene zin geldt wel dat de organisatievorm van de zorg, stichtingen met snel wisselende zorgbestuurders, de opzet van franchise bemoeilijken. Franchise vraagt om zorgondernemers. Huidige zorgorganisaties zeggen ondernemend te zijn, maar zijn onvoldoende bekend met het échte ondernemerschap. Uitrol van franchise vraagt om een stabiel en ondernemend leiderschap.

5.3.2 Sterke kanten van franchise

Een aantal aanbieders is erin geslaagd de zorgmarkt terug te brengen tot twee partijen: de cliënt en de zorgaanbieder. De cliënt is verantwoordelijk voor de betaling van de overeengekomen zorg via een PGB of andere uitkeringen. De klassieke driehoek verzekeraar, cliënt en aanbieder is hiermee doorbroken. De zorgaanbieder kan niet anders dan direct de daadwerkelijke zorg afstemmen op de behoeften van de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Het doorbreken van de klassieke driehoek maakt dat de kracht van franchise, de lokale cliëntgerichte ondernemer, goed tot zijn recht kan komen.

De praktijk bewijst het nut van het werken met ondernemerschap waardoor prikkels ontstaan om cliëntgericht en bedrijfseconomisch te werken.

Door de omvang van de zorgorganisatie van de FN, de rechtstreekse betrokkenheid bij de zorg en de korte lijnen blijkt de tevredenheid van de werknemers hoger dan in grote organisaties.

Bij een aantal van de bezochte organisaties blijkt de toepassing van franchise in vergelijking met de traditionele organisaties significant goedkoper, zonder dat dit ten koste gaat van de cliënt, het personeel dan wel de kwaliteit.

5.3.3. Zwakke kanten van franchise

De klassieke bescherming vanuit de overheid voor de kwaliteit van de geboden zorg is niet automatisch aanwezig. Dit heeft er zeker niet toe geleid dat deze kwaliteit is aangetast, in tegendeel. De kwaliteit bleek geborgd in de (middels het ondernemerschap aangewakkerde) sterke focus op de cliënt.

Grootschalige uitrol wordt, zeker in het huidige economisch klimaat, gehinderd door de (beperkte) beschikbaarheid van potentiële FNs. Dit is niet in de laatste plaats gelegen aan de huidige cultuur in de zorgwereld, die een belangrijke bron zou moeten zijn voor potentiële FNs maar dat zeker niet altijd is.

Er zijn risico's verbonden aan franchise als bedrijfsconcept ten aanzien van de continuïteit (wat als de FN failliet gaat of een loopje met de kwaliteit neemt). Het is de vraag of deze risico's in alle gevallen voldoende zijn afgedekt door de FG. De indruk is wel dat de FGs hierop sterk sturen en aldus de continuïteit en kwaliteit afdoende beheersen.

5.3.4 Het gevoerde bedrijfsconcept

De geïnterviewde organisaties zijn veelal bewust overgegaan tot de vorming van een franchise organisatie. Duidelijk werd wel dat franchise voor hen een middel was om hun missie en doelen te realiseren en dat in de loop der tijd de formule, of het concept om wisselende redenen is bijgesteld en franchise in een aantal gevallen ook weer los is gelaten omdat naar verwachting een andere wijze van organiseren op dat moment de organisatiedoelen beter ondersteunt.

Franchise is een manier om een bepaald concept ofwel bepaalde diensten te distribueren, het is geen doel op zich. Het is dus van belang in de loop der tijd goed te blijven focussen op de meerwaarde van de gekozen distributiewijze en deze waar nodig bij te stellen

In een aantal casussen is de franchise toepassing voor de FNs niet hun core-business maar hebben daarnaast veelal ook andere activiteiten. Een dergelijke combinatie maakt de uitrol van een franchiseformule lastig, en beperkt de "hardheid" van de formule. De focus is niet altijd de gewenste, waarbij een aantal FNs de formule passief uitvoeren.

5.3.5 Franchise voorwaarden (om een franchiseformule succesvol te managen)

Bij de invoering van een nieuw zorgconcept via franchise moet het culturele aspect niet worden onderschat. Dit betekent dat op tijd moet worden gestart met het creëren van draagvlak, onder meer middels change agents (de personen of groep van personen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de verandering).

Duidelijk is de noodzaak om vooraf te discussiëren over de aard van de franchiseformule: is er sprake van een harde of zachte franchise. Dit dient bij aanvang vast te staan om een heldere uitrol mogelijk te maken.

Het is tevens zaak de inhoud van het bedrijfsconcept duidelijk te positioneren en als uitgangspunt te hanteren en niet eenzijdig te stelen op een enkel voordeel.

Het blijkt in de praktijk raadzaam om ter toetsing en innovatie van de formule en aantal units in eigen beheer te hebben. De meerwaarde van een formule moet continue bewezen, bijgesteld en ontwikkeld worden om een voortdurende win-win situatie te blijven creëren voor de FG en FNs.

5.3.6 Geografische strategie

Franchise bleek een uitgelezen concept om vanuit een bewezen eigen basis (eigen filialen) verdere uitrol tot een landelijke dekking te faciliteren. Daarbij bleek dan tevens dat de dekking ook nodig was om de kosten voor onderhoud van het bedrijfsconcept voor de FG te onderhouden en innovatie te doen plaats vinden.

5.3.7 Effectieve werving en selectie en het leidinggeven aan franchisenemers

Nagenoeg alle geïnterviewden hebben geïnvesteerd in het ondersteunen en trainen van potentiële zorgondernemers in hun vaardigheden door via een uitgewerkt opleidingsprogramma tot eigen ondernemerschap te komen.

Het feit dat er nog geen beproefd bedrijfsconcept is, maakt het lastig om nieuwe FNs te vinden. Van zorgmensen wordt een behoorlijke switch gevraagd (van loondienst medewerker naar zorgondernemer) en de risico's zijn substantieel. Het kunnen aantonen van een werkend bedrijfsconcept in eigen beheer zou hierbij een groot en belangrijk voordeel zijn.

De haalbaarheid van de toepassing van franchise staat of valt met de beschikbaarheid van (potentieel) afdoende FNs; dit is een punt van aandacht dat vooraf dan ook grondig dient te worden onderzocht.

Het belang van een goed selectiebeleid ten aanzien van FNs is evident. Een FG dient een duidelijk selectietraject te voeren, waarbij het ondernemerschap en het willen en kunnen voeren van de voorgestelde formule een 'must' is.

5.4 Het alternatief Buurtzorg nader beschouwd

Buurtzorg Nederland is een landelijk opererende organisatie voor zorg thuis. Het bestaat uit kleinschalige, relatief zelfstandig opererende Buurtzorgteams. Deze buurtteams leveren zorg thuis aan oudere mensen en mensen met beperkingen, handicaps of (chronische) ziekten. In AWBZ-termen betreft het de producten verpleging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding. Buurtzorg richt zich niet op huishoudelijke verzorging maar zorgt daar waar wenselijk wel voor een goede samenwerking.

Buurtzorg onderscheidt zich in de sector door het werken met professionals in kleine teams ondersteund door een hoogwaardige backoffice (op basis van internettechnologie). Buurtzorg organiseert de zorgverlening lokaal en kleinschalig in buurten en pakt de bedrijfsvoering grootschalig en efficiënt aan volgens de Buurtzorgformule.

Buurtzorg is een alternatief waar de noodzaak van kleinschalige zorg gecombineerd is met de voordelen van schaalvergroting. Het is een bedrijfsconcept dat Mass-customisation als uitgangspunt heeft.

De volgende leerpunten kunnen worden geconstateerd vanuit bestudering van Buurtzorg:

1. De kracht van een collectief geformuleerd en breed gedragen ambitie, doelstelling en uitvoeringsconcept bepaalt het succes van een formule;
2. De hoge mate van autonomie van buurtteams en het daarmee samenhangend gestelde vertrouwen van de organisatie in de buurtteams;
3. De gestandaardiseerde en geprotocolleerde formule waarin de kaders staan beschreven en de juiste ondersteuning wordt geboden, waarop een team kwalitatief en naar wettelijke vereisten kan opereren. De formule is breed gedragen en eenvoudig toepasbaar;
4. De (wervings)kracht van de formule, waardoor teams zich zelf melden en intrinsiek aangesproken voelen. Dit betekent dat er brede toegang tot potentiële teams is (en dat in tijden van dreigende personele schaarste).

Alleen maar goed nieuws dus? Ten dele wel maar het valt te verwachten dat er bij de huidige organisatie grenzen aan de groei ontstaan die nopen tot een andere interne organisatie. In dat vacuüm kan franchise wellicht een nader antwoord bieden, in hoofdstuk 6 zal daar nog nader op in worden gegaan.

5.9 Samenvatting en conclusies

Zoals uit dit hoofdstuk blijkt is het aantal franchiseorganisaties binnen de zorg op dit moment nog beperkt. De totstandkoming van de bestudeerde franchiseorganisaties lijkt daarnaast in een aantal gevallen min of meer toevallig. Het is duidelijk dat bij de opbouw en ontwikkeling van franchise organisaties een leercurve wordt doorlopen. Deze leercurve is bij ieder van de bestudeerde organisaties waarneembaar en blijkt ook sterk beïnvloed door de externe ontwikkelingen (niet in het laatst op het gebied van financiering) welke zich in de loop der tijd voordoen. Als de organisaties worden geanalyseerd blijkt dan ook dat er slechts in één enkel geval sprake is van toepassing van een zuivere franchiseformule welke de beschreven theoretische voorwaarden met zich meedraagt.

In hoofdstuk 4 is ingegaan op de factoren welke bijdragen aan het succesvol implementeren van een franchiseformule. Als deze criteria worden langsgelopen en worden gespiegeld aan de gehouden interviews ontstaat het volgende beeld:

1. Het selecteren van de juiste sector en het bepalen van de geschiktheid van het bedrijfsconcept voor franchise. Uit de gehouden interviews en de bestudeerde organisaties blijkt dat de zorg in zijn essentie geschikt is voor franchise. Duidelijk is wel dat implementatie van een franchiseformule gebaat is met FNs wiens kernactiviteiten overwegend de franchise activiteiten zijn. In de zorg zijn organisaties met een breed palet aan activiteiten gebruikelijk. Franchise vraagt aldus om meer specialisatie en focus, waarbij een zorgorganisatie wellicht moet afwijken om meerdere franchise formules onder één centrale koepel te voeren (zie 3NB).
2. Het begrijpen van de sterke en zwakke kanten van franchise: de onderzochte organisaties zijn zich hier zeer van bewust. Het benutten van de sterktes en het beperken van de zwaktes wordt onder meer vormgegeven door het scheppen van de juiste voorwaarden zoals:
 - a. Het belang van een duidelijk en helder bedrijfsconcept (Total business concept) op het moment van starten van de franchiseorganisatie. Deze dient bij voorkeur te zijn gevalideerd in een aantal filialen onder eigen beheer;
 - b. Het belang van heldere afspraken verankerd in het bedrijfsconcept en verwerkt in de franchiseovereenkomst.
3. Het effectief werven van en selecteren en leiding geven aan FNs
 - a. De werving en selectie van de FNs is cruciaal.
 - b. Duidelijk is de noodzaak tot het investeren in een goede opleiding en instructie van de FNs
 - c. De gerichte aansturing en ondersteuning van de FN-ers.

Buurtzorg lijkt zich te ontwikkelen naar een unit- en netwerkmachtige organisatiestructuur en is geen franchise organisatie, maar het interview onderstreept bovenstaande leerpunten. In hoofdstuk 6 zal nader stil worden gestaan bij de vraag of de Buurtzorgformule zich leent voor franchise.

6. Slotbeschouwing: franchise het ei van Columbus voor de zorg?

6.1 Inleiding

In de inleiding van deze thesis hebben wij de volgende vraagstelling centraal gesteld:

Kan franchise in de zorg, mits op de juiste wijze toegepast, een bijdrage leveren aan het minimaliseren van de nadelen van een grootschalige organisatie en aan het realiseren van de voordelen van een kleinschalige aanpak teneinde aldus de waarde propositie voor de cliënten te verhogen?

Deze vraag is beantwoord met behulp van de volgende onderliggende vragen:

- a. wat is franchise en wat zijn de kenmerken van succesvolle franchise formules;
- b. welke sterke en zwakke kanten zijn verbonden aan een franchiseformule;
- c. welk sturingsconcept ligt ten grondslag aan franchise;
- d. op welke wijze kan franchise bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënt (zijnde de zorgvrager);
- e. welke barrières zijn te onderkennen voor de invoering van een franchise model in de zorgsector;

De vraag is aldus: *is franchise het ei van Columbus* voor de zorgsector.

In dit hoofdstuk zal met behulp van de inhoud van de voorgaande hoofdstukken op de onderscheiden vragen nader worden ingegaan waarmee dus uiteindelijk zal worden vastgesteld franchise succesvol kan worden toegepast in de zorg.

6.2 Wat is franchise en wat zijn de kenmerken van succesvolle franchise formules

In hoofdstuk 1 is een antwoord gegeven op wat franchise is en in hoofdstuk 4 zijn de kenmerken voor een succesvolle franchiseformule beschreven en gespiegeld aan de gezondheidszorg.

Franchise is een hechte vorm van samenwerking tussen juridisch zelfstandige ondernemers, de franchisegever (FG) en de franchisenemer (FN), die onder gebruikmaking van een gemeenschappelijke naam en met een uniforme uitstraling producten en diensten aanbieden aan afnemers.

Voor een succesvolle franchiseformule is het van belang om rekening te houden met de 11 voorwaarden welke een organisatie dient te volgen om succesvol in franchise te zijn.

1. Het selecteren van de juiste branche/sector
2. Het begrijpen van de sterke kanten van franchise
3. Het oog hebben voor de zwakke kanten van franchise
4. De geschiktheid van het bedrijfsconcept voor franchise
5. Het ontwikkelen van de juiste voorwaarden om de franchiseformule te managen
6. Het bepalen van de juiste strategie om FNs te ondersteunen en te assisteren

7. Het ontwikkelen van de juiste geografische strategie ten aanzien van de FNs
8. De juiste prijs van de franchiseformule naar FNs.
9. De juiste groeistrategie
10. Adequaat rekening houden met de juridische en institutionele omgeving van franchise
11. Het effectief werven en selecteren en leiding geven aan FNs .

Deze voorwaarden zijn ook van toepassing op de zorg en voor een deel gelden ze ook onverkort. Er zijn een aantal omstandigheden in de zorg waar echter nadrukkelijk rekening mee moet worden gehouden.

Meer dan ooit geldt voor de zorg het belang van optimale afstemming naar de lokale doelgroep (cliëntengroep). Dit behelst een bedrijfsconcept onder een gekozen merknaam met een goede regionale positionering en lokale aanwezigheid met voldoende bewegingsvrijheid voor het management.

Dit is realiseerbaar vanuit iedere organisatie structuur maar een franchiseformule leent zich daar meer dan gemiddeld voor, gezien de lokale verantwoordelijkheden en de risico's vorm gegeven middels het lokale ondernemerschap.

Er zijn voor de zorg significante mogelijkheden om te profiteren van de voordelen die franchise kan bieden. Een van de peilers onder franchise is de integrale verantwoordelijkheid van FNs die zich tevens op financieel vlak direct doet gelden. Hiermee wordt een krachtige resultaatgerichte prikkel geïntroduceerd. Professionals worden daarmee niet alleen kwalitatief maar ook kwantitatief geprikkeld. Voor de gemiddelde medewerker in de zorg behelst dit een behoorlijke cultuuromslag. Dit zal zich naar verwachting ook vertalen in mogelijke krapte ten aanzien van beschikbaarheid van geschikte kandidaten voor het FN-schap.

Het realiseren van de cultuuromslag is wellicht eenvoudiger voor nieuwe organisaties dan voor bestaande organisaties. Daar staat tegenover dat een bestaande organisatie al beschikt over een behoorlijke clientèle. De voor- en nadelen van beide mogelijkheden (opstarten of omvormen) dienen bij een mogelijke uitrol van franchise nadrukkelijk te worden afgewogen.

6.3 Welke sterke en zwakke kanten zijn verbonden aan franchise

De sterke kanten verbonden aan een franchiseformule zijn niet volledig gelijk voor de FG en de FN.

Voor de FN zijn de volgende sterke kanten te onderkennen:

1. Eigen ondernemerschap met een beproefd concept waarmee sneller dan op eigen kracht de ondernemingsdoelen en passende revenuen kunnen worden gerealiseerd;
2. Het gebruik maken van centrale ondersteuning en de mogelijkheid tot uitwisseling van kennis en expertise met andere FNs en de FG;
3. Investeren in een franchise onderneming betekent een kant-en-klare commerciële formule waarvan het bestaansrecht is bewezen. De stap naar ondernemerschap is minder groot dan wanneer los van een bestaande formule wordt gestart;
4. De FN is bovendien gegarandeerd zelfstandig van de FG, zowel op juridisch als economisch vlak. Dat wil zeggen dat beiden belang hebben bij het succes of de

- mislukking van de onderneming. Op deze manier bestaat er een sterke samenwerking tussen FG en FN om de onderneming vooruit te helpen en dezelfde successen te halen;
5. Continue ontwikkeling van de formule en het merk door de FG maakt dat de FN zich volledig op zijn cliënten kan richten.

De sterke kanten voor de FG zijn niet gelijk en zijn in essentie:

1. de mogelijkheid om op efficiënte wijze snel tot uitrol van een onderzocht en bewezen bedrijfsconcept te komen;
2. de mogelijkheid tot het spreiden van risico's, de FG is niet de enige die risico's neemt maar wentelt een deel daarvan af op de FNs;
3. de mogelijkheid van expansie en daarmee bediening van een geografisch sluitende cliëntenportefeuille op een wijze die de risico's van multinationals op het gebied van bureaucratie, logheid en traagheid minimaliseert;
4. de mogelijkheid om efficiënt verdere innovatie te bereiken.

Uiteraard zijn er ook zwakke kanten verbonden aan de toepassing van een franchiseformule.

Voor de FN gaat het dan om:

1. Een FN is gehouden bepaalde fees te voldoen aan de FG. Deze kosten zou de FN niet noodzakelijkerwijs zelf ook (en in de zelfde mate) hebben gemaakt.
2. Het risico op imago schade, aangebracht door minder positieve FNs;
3. Het risico dat de FG aan het einde van de contract periode het contract niet verlengt;
4. Afhankelijkheid van de FG: in de opstartfase besteedt hij wellicht teveel tijd aan de uitrol van het bedrijfsconcept in plaats van aan onderhoud en innovatie daarvan;
5. Een tekort aan financiële middelen bij de FG zet de onderneming van de FN onder druk.

Ook voor de FG zijn zwakke kanten te onderkennen:

1. De FN zal zich te allen tijde afvragen of hij het ook zonder de FG zou kunnen. Dit betekent dat er continue discussie zal zijn over de hoogte van de fee en het geen daar tegenover staat;
2. Het risico dat ervaren FNs uittreden en voor zich zelf gaan beginnen.

Transparantie en duidelijke afspraken kunnen een deel van de bezwaren mitigeren waarmee het concept an sich bijzonder aantrekkelijk is voor zowel FGs als FNs.

Gezien de issues bij grotere zorgconcerns ten aanzien van sturing en beheersing van overhead houden deze zwakke kanten juist prikkels in zich om die nadelen met het voeren van een franchise organisatie te voorkomen.

6.4 Welk sturingsmodel ligt ten grondslag aan een franchiseorganisatie

In hoofdstuk 3 zijn wij nader ingegaan op het begrip schaalvergroting van organisaties. Belangrijk is daarbij het onderscheid tussen kleinschaligheid van het zorgaanbod (een “**must**”, en voor deze thesis een gegeven) en de omvang van organisaties.

De achtergrond van het ontstaan van grootschalige organisaties is verkend. De mogelijkerwijs te behalen schaalvoordelen, zoals daar zijn economies of scale, scope, quality and power hebben in het bedrijfsleven geleid tot fusiegolven, waarbij deze voordelen opeenvolgend zijn behaald of werden beoogd. Geconstateerd is dat schaalvergroting in de zorg nog grotendeels in de kinderschoenen staat. Het is hierbij van belang vast te stellen dat de zorg geen massaproductie is die eenvoudig op één locatie als massaproces kan worden uitgevoerd. Het automatische gevolg van deze bedrijfstypologie is dat niet a priori dezelfde voordelen op dezelfde wijze als in het bedrijfsleven kunnen worden gehaald. De voordelen zijn in potentie echter wel degelijk aanwezig. Om deze te behalen zijn in het bedrijfsleven leercurves doorlopen, de zorg staat in deze nog aan het begin van haar leercurve. Doordat opschaling van organisaties al wel heeft plaats gevonden zijn nog lang niet alle mogelijke schaalvoordelen van deze grote organisaties momenteel behaald, terwijl de nadelen van deze grote organisaties veelal al wel manifest zijn. Voor een deel ontstaan die nadelen doordat organisaties in een bureaucratische spiraal terecht zijn gekomen die moeilijk doorbroken lijkt te kunnen worden.

De vraag dient zich dan ook aan hoe die voordelen wel bereikt kunnen worden en de nadelen zo veel mogelijk kunnen worden gemitigeerd. Dit zal in ieder geval gepaard dienen te gaan met een andere organisatievorm die meer netwerkachtige en unit gerichte kenmerken heeft. Een franchiseformule kan onder bepaalde omstandigheden hier een goede oplossing voor bieden. Franchise biedt een organisatievorm die bestaat uit een FG en meerdere, zelfstandige, FNs. Franchise heeft daarmee de mogelijkheid in zich om met meerdere kleinschalige units toch een grootschalig verband te creëren.

Franchise is een vorm van organiseren die een goed antwoord geeft op kleinschalig aangeboden zorg, welke is ingebed in een grote organisatie en waardoor schaalvoordelen kunnen worden behaald. Uit het oogpunt van de juiste customer intimacy speelt de professional een duidelijke rol. De kunst is deze in de juiste configuratie in te bedden, en dus niet in een professionele bureaucratie te geraken maar te komen tot een combinatie van een netwerk- of unitorganisatie. Deze configuratie komt bij franchise tot stand, waarbij de professional naast zijn gedegen vakinhoud ook een aantal bedrijfseconomische vaardigheden eigen moet maken.

Naast schaalvergroting en haar drivers is het relevant om het belang van verdergaand ondernemerschap te onderkennen. Marktwerving, in welke vorm dan ook, heeft zijn intrede gedaan in de zorg en zal daar niet zomaar verdwijnen. Zorgorganisaties ontwikkelen zich daarmee van uitvoeringsorganisaties naar zorgondernemers die zelf risicodragend zijn. Om deze risico's te dragen is een vorm van risico management vereist.

Specifiek voor franchise geldt de maximale stimulans van het ondernemerschap dat wordt bereikt door autonome, zelfstandige en risico dragende FNs. Ondernemerschap gaat gepaard met het afgewogen nemen van risico's. Juist op dat punt is franchise een waardevolle formule, omdat risico's nadrukkelijk over meerdere partijen worden gespreid. Franchise kan daarmee worden gezien als een vorm van risicospreiding en combineert aldus spreiding van krachten

met scheiding van risico's, maar wel in een setting waarbij de krachten zijn gebundeld voor het gezamenlijke doel.

De kern van het besturingsmodel bij franchise is dat de organisatie dusdanig is ingericht dat de verantwoordelijkheid voor de cliënt en het product veel gemakkelijker en dichter bij de uitvoering geborgd wordt. Het gaat dan om een organisatie met een platte structuur waar de FNs weten wat er speelt in de uitvoering van de zorg bij zijn cliënten. De continue wens (vanuit de cliëntwensen en de concurrentiedruk) tot innoveren en verbeteren leidt tot permanent verandermanagement. Feitelijk dient verandermanagement in het besturingsmodel te zijn verweven. Verandering en verbetering zijn een integraal onderdeel van het reguliere werk en dus ook van het normale dagelijkse management geworden.

Het beoogde besturingsmodel in het voorgaande wordt gekenmerkt door een uitgekende balans tussen centrale aansturing en eigen verantwoordelijkheid. De organisaties waarbij dit het best lijkt te lukken zijn coöperaties en in franchiseformules. Telkens is sprake van een juiste mix van ondernemerschap, gezamenlijke kracht, van autonomie en centrale sturing.

Het voorgaande kan mét maar ook zonder franchise worden gerealiseerd. Grote organisaties kunnen dit besturingsmodel bereiken door de organisatie op te knippen in kleinschalige eenheden met een eigen resultaatverantwoordelijkheid waarbij 'de centrale directie' of 'het hoofdkantoor' of 'de holding' klein en slagvaardig wordt gehouden. Verder zal er vooral naar alle teams in de organisatie een duidelijke verantwoordelijkheid voor het bedrijfsresultaat en de cliënttevredenheid moeten liggen. Aldus is het besturingsmodel geen klassieke divisiestructuur maar kent het meer een netwerkachtige unitorganisatie waarin vorengenoemde doelstellingen worden bereikt. In de huidige cultuur waarbij het aanspreken op prestatie niet vanzelfsprekend is, is een dergelijk kanteling een opgave van formaat. Invoering van een nieuw model vraagt een investering, maar kan tevens zorgen voor een vliegwieleffect.

6.5 Op welke wijze kan franchise bijdragen aan het verhogen van de waardepropositie voor de cliënt in de zorgsector.

In hoofdstuk 2 is de positie van de cliënt als eindgebruiker van de zorgaanbieder aan de orde gesteld. Vanuit de positie van zowel de zorgcliënt als de zorgaanbieder is beschreven welke betekenis de cliënt heeft voor de zorgaanbieder, en omgekeerd. Hierbij is ingegaan op hoe de cliënt als eindgebruiker het zorgaanbod van de zorgaanbieder percipieert, en hoe de cliëntpreferentie beïnvloed kan worden door de zorgaanbieder.

Om de cliënt in staat te stellen een keuze te maken binnen de zorgmarkt en te streven naar het hebben van een onderscheidend vermogen in de markt, moet de zorgaanbieder aan de potentiële cliënt een waardepropositie kunnen presenteren. Het creëren van waarde door de zorgaanbieder komt tot uiting in de zorgverlening (naar proces en inhoud). Deze zorgverlening kan door de cliënt worden gewaardeerd door de resultaten van de zorgverlening te beoordelen. Hoe de cliënt de zorgverlening ervaart en beoordeelt is mede afhankelijk van het beeld dat de cliënt van de zorgaanbieder heeft en van het merkbeeld dat de zorgaanbieder in de markt heeft opgebouwd.

Om de juiste waardepropositie te kunnen maken voor de cliënt is derhalve vanuit meerdere perspectieven excellente kennis van de cliënt nodig. Dit betekent dat de organisatie echt

cliëntgericht moet zijn en duidelijke keuzes dient te maken in zijn propositie. Deze keuzes omvatten de keuze voor een focus op bepaalde zorgdiensten dan wel cliëntgroepen. Alles voor iedereen op een wijze die door de cliënt als maatwerk wordt ervaren is nagenoeg niet mogelijk, 'you can't be everything to all people'.

Het maken van de juiste waardepropositie wordt daarbij gehinderd door de huidige driehoekstructuur in de markt tussen verzekeraar, aanbieder en cliënt. De cliënt is niet direct de financier van de zorg. Het feit dat de financiële prikkel nog grotendeels ontbreekt voor de cliënt, maakt dat de cliënt maar beperkt in beweging is. Des te belangrijker is het om goed te weten wat deze "genieters" beweegt om hen de gewenste keuzes te laten maken. Dit betekent volgens ons dan ook dat er duidelijk 2 waardeproposities moeten zijn: één voor de cliënt en één voor de verzekeraar/gemeente welke in combinatie tot tevreden cliënten moeten leiden.

In algemene zin geldt voor reguliere ondernemingen dat een keuze moet worden gemaakt tussen kostenleiderschap, productleiderschap, of customer intimacy. Zorg vereist gezien de persoonlijkheid van de geboden diensten als geen andere markt een strategie van customer intimacy maar die individualiteit moet wel zichtbaar gemaakt worden. Men dient zich er bovendien van bewust te zijn dat het begrip cliënt breder gedefinieerd moet worden dan het leidend voorwerp en dat het meewerkend voorwerp in de persoon van echtgenoten en of kinderen daar met hun eigen ideeën en wensen ook onder gerekend moeten worden.

Verwachtingen management, is in deze situatie van groot belang. Immers kwaliteit is het strakst te definiëren als de uitkomst tussen ervaren en verwachte dienstverlening. Beeldvorming bij de cliënten en het werken aan relatieopbouw zijn van groot belang. Een aanpak gericht op customer intimacy vraagt om maatgericht werken en wordt daardoor het best gefaciliteerd door kleinschalig en op maat geboden zorg. Maatgericht- en kleinschalig werken lijkt aan de huidige en toekomstige vraag van de cliënt te voldoen. De aldus geleverde zorg dient daarbij wel betaalbaar te blijven en vereist derhalve van een zorgaanbieder dat deze dit op een bedrijfseconomisch verantwoorde wijze doet.

In onze beleving is de cliënt derhalve pas echt goed af als een zorgaanbieder naast zijn focus op customer intimacy de juiste combinatie aangaat met productleiderschap of kostenleiderschap. Ongeacht de keuze dient wel op beide terreinen een minimale drempelwaarde te worden geboden. De gekozen focus, gecombineerd met een focus van cliëntgroepen leidt in principe tot passende en betaalbare zorg.

Franchise levert een model dat in zijn uitvoering middels locale en zelfstandige units voorwaarden scheppend is voor het creëren van lokaal customer intimacy, gegeven de centraal gemaakte keuzes ten aanzien van kostenleiderschap of productleiderschap. Deze keuzes worden ook vanuit de centrale organisatie gefaciliteerd door het uitgedachte bedrijfsconcept en de bijbehorende hulpmiddelen. De lokale ondernemer kan en zal zich daarbij richten op het vervullen van de lokale cliënt belangen, omdat dat uiteindelijk de enige waarborg en mogelijkheid is voor een lokaal succesvolle onderneming. Aldus biedt franchise excellente mogelijkheden voor het verhogen van de waardecreatie vanuit het perspectief van de zorgvrager.

6.6 Welke barrières zijn te onderkennen voor de invoering van een franchiseformule in de zorgsector

Naast de vele voordelen welke een franchiseorganisatie met zich meedraagt zijn er voor de gezondheidszorg ook barrières te onderkennen bij de toepassing van franchise in de zorg.

1. Het ombuigen van de bestaande cultuur in de zorg.

De oude culturen dienen allereerst omgebogen te worden, en een nieuwe cultuur moet worden gevestigd. De laatste 15 jaar is overwegend alle regelruimte van medewerkers dichtgeregeld. De zorg bevindt zich in een innige omstrengeling met de wet- en regelgeving en geeft weinig regelruimte en bewegingsvrijheid aan de basis waar de uitvoering van de zorg plaatsvindt. De visie en ambitie dienen weer op het niveau van de uitvoering gevoeld en normaal gevonden te worden. Het bestuur dient een missie en visie neer te zetten die op alle niveaus in de organisatie gevoeld en herkend wordt en handvaten voor het handelen biedt.

Het vertrouwen in de eigen medewerkers dient weer als uitgangspunt genomen te worden, waarbij de organisatie deze medewerkers faciliterend bij hun zorgproces dient bij te staan.

2. De huidige structuur van de zorgmarkt

De driehoeksrelatie welke zich in de zorgmarkt voordoet belemmert een juiste marktwerking en geeft verkeerde prikkels. Genieters van de zorg kunnen met het betalen van de dienstverlening zich bewust worden van de daadwerkelijke kosten die de zorgconsumptie met zich meedraagt. De zorgaanbieder is gehouden aan de spelregels van de zorgverzekeraar. Deze bepaalt (als betaler) de regels en het speelveld. Franchise kan daarbij behulpzaam zijn als de FG optreedt naar de verzekeraar en de FN naar de cliënten. Een mogelijke uitwerking kan zijn dat de zorgaanbieder zich positioneert als FG, waarbij de verzekeraars zich kunnen verzamelen in een franchisevereniging en van daaruit bepalen of er naar eer en geweten gewerkt wordt door de FG. De FNs hebben een rechtstreeks contact met de cliënten en het directe netwerk rondom de cliënt.

3. Standaardisatie in de hulpmiddelen.

In de centrale ondersteuning van de huidige zorgorganisaties is waar te nemen dat er in álles ondersteuning wordt geboden, vanuit meerdere systemen, diverse procesgangen en een breed palet aan kwaliteitsstandaarden (HKZ/ISO/MIK-V/INK).

Met een variëteit aan software programma's welke weer onder verschillende besturingssystemen gedraaid kunnen worden is bij grote zorgorganisaties niet zelden een groter dan gewenst ondersteunend apparaat ontstaan dat nodig is om dit voor de uitvoerende eenheden nog een beetje werkbaar te maken.

Dit staat nog ver af van de mogelijkheid om vanuit één gekozen gestandaardiseerd systeem de organisatie-units te faciliteren. De afdracht van de organisatie-units voor de ondersteunende diensten zal graag gedaan worden als deze naar redelijkheid wordt teruggebracht. Dit vereist het afdwingen van standaardisatie wat in de praktijk bij bestaande concerns een lastig punt lijkt te zijn en uiteraard heeft dat weer alles te maken met de culturele barriere (zei hierboven).

6.7 Algemene conclusies vanuit de theorie ten aanzien van de toepassing van franchise in de zorg

Vanuit de theorie levert franchise een organisatiewijze om tot een snelle uitrol van een bepaald bedrijfsconcept te komen. Franchise kent haar ontstaan dan ook in organisaties die erop gericht waren snel tot distributie op grote schaal te komen van bepaalde fysieke goederen. Deze retail formules zijn nog steeds de sterkste formules (denk aan Blokker, C1000, MacDonalds).

De zorgmarkt is an sich verzadigd. Toch is het hiervoor genoemde nut wel relevant. Om tot de noodzakelijk geachte vernieuwing in de zorg te komen is het van belang om een volledig ontworpen en getest alternatief ook snel uit te rollen. Zo'n uitrol heeft voordelen voor de verzekeraars/gemeenten maar ook voor de FG in verband met het behalen van een verantwoorde exploitatie. Dit kan dan alleen gepaard gaan met personeel van bestaande organisaties, immers anders is er geen afdoende beschikbaarheid. Daar schuilt wel een belangrijk punt: de cultuur binnen een franchiseorganisatie is wezenlijk anders dan die binnen de meeste huidige zorgorganisaties. Dit is een barrière maar ook een voordeel: in een nieuw concept ontstaat eerder een nieuwe cultuur dan middels het omvormen van een bestaande organisatie.

Naast een middel voor snelle groei is franchise wel degelijk een alternatieve manier om een grote organisatie dusdanig in te richten dat er efficiënt een daadwerkelijk cliëntgericht zorgaanbod wordt gerealiseerd.

Een belangrijk bijkomend voordeel is de spreiding van risico's. Zorg in algemene zin en ondernemen in de zorg in het bijzonder gaat meer en meer gepaard met behoorlijke risico's. Middels franchise kunnen deze risico's worden gespreid over FG en FN. Daarmee zijn ze beter beheersbaar maar is er ook op meer niveaus een prikkel om deze te beheersen en de investeringen terug te verdienen.

Het voorgaande is met name intern geredeneerd vanuit de organisaties. Zoals in hoofdstuk 2 al uitgewerkt is het van belang dat de zorg daadwerkelijk de omslag maakt naar cliëntgericht werken. Het hebben van een duidelijke formule, gericht op bepaalde cliëntengroepen, helpt om de waardepropositie krachtig cliëntgericht te maken. Meerdere formules helpen om maatwerk te leveren voor de verschillende cliëntengroepen, middels de FNs wordt dit nader op maat gemaakt naar de lokale omstandigheden.

Het hebben van een uniform merk is hierbij relevant. Het helpt de onzekerheid voor de cliënten te reduceren. In de huidige zorgmarkt, waar de financiële prikkel voor cliënten nog vaak ontbreekt, is dit een belangrijk voordeel. Een dergelijk merk biedt ook voordelen voor landelijke contractering maar heeft als nadeel dat het afbreukrisico daarmee eveneens toeneemt.

Dit alles overziend is het dus wel duidelijk dat franchise vanuit deze optiek een belangrijke bijdrage kan leveren om tot een klantgericht aanbod te komen.

6.8 Algemene conclusies vanuit de praktijk ten aanzien van de toepassing van franchise in de zorg

Middels interviews is gesproken met een aantal van de huidige franchise organisaties in de zorg. Dit leidt tot een aantal conclusies:

Franchise is nog niet volop doorgedrongen in het hart van de zorg: wel zijn de eerste initiatieven in de cure en in de care aanwezig. De reden daarvan is helder: franchise is gebaat bij een duidelijke cliënt-leverancier relatie. Franchise faciliteert het doen van een juiste waardepropositie voor die cliënten. De huidige zorgmarkt kent een bijzondere driehoek tussen genieter, betaler en uitvoerder. Niet voor niets wordt door de DrieNotebomen de verzekeraar omzeild. Daarnaast zie je franchise organisaties met zorggerelateerde activiteiten: arbo/re-integratie diensten (buiten de basisverzekering), hulpmiddelen (via gemeenten) e.d. Dit zijn de terreinen waar marktwerking al langer evident is en de financiering ook minder complex verloopt.

Er zijn (nog) geen voorbeelden van bestaande organisaties die zich op grote schaal ombuigen tot een franchiseorganisatie. Dit is ook een lastig punt. Franchise vereist een meer ondernemende cultuur dan nu veelal gebruikelijk is binnen de zorg.

Franchise is gebaat bij een helder bedrijfsconcept dat behoorlijk strikt wordt toegepast. Harde franchise biedt daarbij niet zelden voordelen. Dit betekent dat bepaalde zaken dwingend worden opgelegd, waarbij vervolgens binnen deze kaders de locale regelruimte zo groot mogelijk wordt gemaakt. Het dwingend voorschrijven van een concept is zeker geen traditie binnen de cultuur van veel zorgorganisaties.

De voorbeelden geven aan dat de FG gebaat is bij FNs die overwegend de franchiseformule uitbaten. Een andere formule geeft dus ook andere FNs. Meerdere soorten zorg kunnen dan vanuit meerdere formules komen die wel onder het dak van één FG kunnen huizen. Samenwerking wordt dan opgezet als regulier business to business (B2B) relaties zonder ingewikkelde samenwerkingsrelaties.

Bij franchise is er sprake van herverdeling van de macht, een deel van de macht verschuift van FG naar FN en geeft daarmee dus nieuwe besturingsvraagstukken.

Een belangrijke vraag in het geheel is het issue ten aanzien van de mogelijkheid voor FG en FN om winst te maken. Een FG kan als stichting georganiseerd zijn maar dit is niet voor de hand liggend en zeker een FN zal veeleer de vorm van een BV aannemen. Dat betekent dat er aan de aandeelhouder uitkeerbare resultaten ontstaan. Zolang de zorg per saldo beter en goedkoper wordt zou dit geen issue moeten zijn. De kernvraag die hier achter schuilt, is of het wenselijk is dat in de zorg winst mag worden gemaakt. Deels is dit een theoretisch vraagstuk: er wordt al veel winst gemaakt, denk aan de zbc's, honoraria van artsen en specialisten, nu al aanwezige particuliere initiatieven. Het is te idealistisch om te veronderstellen dat intrinsieke motivatie alleen genoeg is voor mensen die in de zorg werken. Wat wel voorkomen moet worden zijn onwenselijk hoge beloningsniveaus danwel onoorbaar hoge winst uitkeringen. Het uitwerken van deze stelling is een thesis op zich.

Een van de geïnterviewden stelde dat een cliënt afhankelijk gemaakt wordt van de zorg, waarmee hem feitelijke participatie wordt ontnomen. Als de mondigheid en kracht van de cliënten toeneemt (en de overheid stimuleert dit) ontstaat een duidelijk speelveld. De keuzebereidheid van cliënten komt echter niet eenvoudig op gang! Ter illustratie daarvan hieronder dan ook een recent krantenartikel.

Leeuwarder courant, 11 februari 2009: De meeste patiënten (80 procent) willen zelf helemaal niet een ziekenhuis of een specialist kiezen, maar hebben liever dat de huisarts hen verwijst. Een kwart wil zelfs dat de huisarts voor hen beslist. Dat concludeert huisarts Annette Berendsen (57) uit Leeuwarden, die woensdag in Groningen promoveert tot doctor in de medische wetenschappen.

Beleidsmakers verwachten te veel van de publicatie van kwaliteitsgegevens in de zorg, stelt Berendsen. Zorgverzekeraars en politieke beleidsmakers verwachten dat mensen op basis van die cijfers een bewuste keuze maken voor een arts of kliniek, ook al is die verder weg. Maar volgens Berendsen let hooguit 6 procent van de patiënten op die prestatiegegevens en laat slechts 3 procent zijn keus ervan afhangen.

6.9 Is franchise dan het ei van Columbus voor de zorg

Mits juist toegepast is franchise voor de zorg volgens ons een uitstekend alternatief voor het grootschalig organiseren van cliëntgerichte zorg en het snel uitrollen van een bedrijfsconcept daarvoor.

Binnen de gezondheidszorg moeten zorgaanbieders werken aan bedrijfsconcepten die een duidelijke meerwaarde voor de cliënt (zijnde ten principale de verzekerde) met zich meedragen.

Als een bedrijfsconcept succesvol is en een duidelijk rendement voor zowel cliënt, verzekeraar en zorgaanbieder met zich meedraagt kan het bedrijf ervoor kiezen deze succesformule te franchisen. Franchisen biedt de organisatie dan de mogelijkheid om het bedrijfsconcept relatief snel uit te rollen, waarbij de risico's zijn gespreid. Aan de andere kant biedt het (bevlogen) zorgverleners de kans om voor eigen rekening en risico hun zorg te verlenen ondersteund door een bewezen concept. Door het werken met risicodragende FNs wordt de lokale cliëntgerichtheid geborgd terwijl tegelijkertijd de franchiseformule de mogelijkheid biedt om de centrale overhead te beperken.

De gezondheidszorg kent nog weinig échte zorgondernemers. Hier is vanuit het verleden en heden weinig áppel op gedaan. Het voeren van een hybride franchiseorganisatie met zuivere FNs en eigen filialen biedt de mogelijkheid om potentiële FNs in de praktijk te vormen. Het voeren van een dergelijke organisatie is daarmee naar onze mening in het bijzonder aan te bevelen.

In de zorg is het zelfs aan te raden om van start te gaan als FN. Je start namelijk met een beproefd concept en weet vooraf redelijk goed waar je aan toe bent. Het biedt daarmee een professional de mogelijkheid om op een bedrijfseconomisch verantwoorde manier zijn professie uit te oefenen zonder daarbij meer dan strikt noodzakelijk te worden gehinderd door centrale regels en procedures. Het culturele aspect is hierbij nog wel van cruciaal belang. Dit zal vooral

bij bestaande organisaties een issue zijn als deze zich dient om te vormen naar een ander bedrijfsconcept welke vanuit een harde franchise ingezet zal worden. Nieuwe organisaties zijn niet belast met deze cultuur en kunnen vanuit een juiste werving en selectie de juiste medewerkers naar zich toe organiseren. De beschikbaarheid van voldoende FNs is dan wel een punt van aandacht. Bij franchise staat ondernemerschap centraal maar niet iedereen is ondernemer! De sleutel zal hem dan mede liggen in het prikkelen van jonge mensen tot ondernemerschap, aldus ontwikkel je ondernemerspotentieel. Anders is het gebrek aan ondernemerschap een grens.

Buurtzorg heeft met een onderscheidend bedrijfsconcept en vanuit een collectieve visie invulling gegeven aan een nieuwe organisatie waarin naar hun filosofie de bést mogelijke thuiszorg wordt gerealiseerd. Het bewijs is geleverd door in ruim 2 jaar tijd naar 10 naar 1000 enthousiaste medewerkers gegroeid te zijn die ongeveer 3500 tevreden cliënten van zorg voorzien vanuit 100 teams verspreid in Nederland. Een en ander is gerealiseerd in een netwerkachtige en unit gestuurde organisatie, werkend met een standaard formule. Wij zijn van mening dat Buurtzorg Nederland met dit Total Business concept een keuze kan maken om de succesformule te franchisen om zo verdere groei succesvol en beheerst te kunnen realiseren. Voor zover wij het kunnen beoordelen voldoet het bedrijfsconcept aan de voorwaarden voor een succesvolle franchise.

Naar onze mening is het cruciaal dat zorgorganisaties veranderen tot echte clientgerichte ondernemers. Hierbij is het van belang dat er autonomie van handelen is laag in de organisatie, waarbij geborgd moet zijn dat dit handelen ten dienste staat van de centrale missie en visie. Het is zeer de vraag of bestaande organisaties deze omslag goed kunnen maken. De wenselijke omslag is gelegen in het denken en doen van leiding en medewerkers. Aldus is niet franchise het ei van columbus voor de zorg, clientgericht ondernemend werken is dit wel en franchise kan dit faciliteren. Franchise is daarmee tevens een goed middel om snel tot de uitrol van een nieuwe formule te komen waarin dit nieuwe handelen centraal staat.

Uit dit alles kan dus niet worden gesteld dat franchise de oplossing is maar wel een oplossing die belangrijke meerwaarde kan bieden aan zorgondernemers. Het is een organisatiemodel dat verdere toepassing verdient om vanuit die ervaringen verder mee te bouwen aan een toekomstbestendig, efficiënt en effectief zorglandschap. Toepassing van dit organisatiemodel kan een belangrijke bijdrage leveren aan de vereiste cultuuromslag in de zorg. Hierbij is het dan van belang dat in de opleidingen aandacht geschonken wordt aan ondernemerschap waarmee een nieuwe bedrijfstak cultuur en instroom met de juiste competenties wordt geïnitieerd.

7. Literatuur

Bezemer, J.C.	Franchising, een uitdagend vak
Bouten en van Kampen	Grootschalig regisseren, kleinschalig organiseren
Brouwer/Moerman	Angelsaksen versus Rijnlanders
Bradach, Jeffrey L.	Franchise organisations
Breedveld, E.J.	Thuiszorg in bedrijf: herstructurering van de thuiszorgbranche tussen 1987 en 1997, IVA Tilburg, Tilburg, 2003
Dols, P	Cliëntwaarde gewaardeerd (afstudeerthesis TIAS 2004)
Doyle, P.	Value-Based Marketing: marketing strategies for corporate growth and shareholder value, Wiley, Chichester, 2000.
Fergusson, Sheldon & Posnett	Concentration and choices in Healthcare
Gooijer	Vernieuwingsdrang en schaalomvang
Grönroos, C	Service Management and Marketing
ING	Beweging in beeld: branche studie gezondheidszorg
Johnson & Scholes	Exploring Corporate Strategy
Koudijs	Schaalvergroting en fusiemodellen in de ouderenzorg (zorgvisie)
Leeuwen. S. van	Zorgmarketing in de praktijk
Man, A. de	Baas in Andermans Zaak (afstudeerthesis NCOI Business School 2006)
Meijer en van Zijp	Zorgorganisaties op maat
Meloen e.a.	De toekomst van het algemene ziekenhuis
Olthof, D	Tussen servet en tafellaken (afstudeerthesis Tias)
Schaft, I	Op weg naar een betere positie (afstudeerthesis MBA-H-2008)
Scott A. Shane	From Icecream to the Internet
Strikwerda, J	Van unit management naar multidimensionele organisaties
Treacy, M. en Wiersema, F.	De discipline van marktleiders: Kies uw cliënten, verklein uw focus, en domineer uw markt
Van der Lee	Ziekenhuis fusies: procesgang en resultaten
Van Merode & van, Raak	Beheersing in de zorg; leerboek over beheersingsvraagstukken binnen zorginstellingen en zorgketens
Vries, W. de, Goud, A.P.J.	Strategische dienstverlening: 20 modellen ter ondersteuning
Vries, W. de, Helsdingen van, P.J.C., Kasper, J.D.P.	Dienstenmarketing Management
Wiersema, F	The new market leaders; who's winning and how in the battle for customers
Zeithaml, V.A., Bitner, M.J.	Services marketing: integrating customer focus across the firm

Bijlage 1 Kenmerken van succesvolle franchise formules

1.1 Inleiding

Succesvolle franchisegevers benaderen franchise anders, niet omdat hun mensen slimmer of verschillend zijn in vergelijking met andere bedrijven maar, omdat ze geleerd hebben wanneer, waarom en hoe franchise succesvol kan zijn.

Franchise is een bijzondere samenwerkingsvorm, waarin de ontwikkeling van een bedrijfsconcept en het tot uitvoering brengen ervan door twee afzonderlijke rechtspersonen worden uitgevoerd namelijk; de FG, die bepaalt de handelsnaam en het business concept, en de FN, die levert het product of de dienst onder die naam. De grootste groep van franchiseondernemingen betreft produkt franchising, die niet gepaard gaan met het aanbieden van een besturingssysteem voor een Total Business concept tesamen met de handelsnaam.

Shane beschrijft dat in algemene zin er *11 voorwaarden* zijn te onderkennen welke een ondernemer dient te onderkennen om succesvol in franchise te zijn:

1. Selecteer de juiste bedrijfstak
2. Begrijp de voordelen van franchise
3. Heb aandacht voor de nadelen van franchise
4. Stel vast dat het bedrijfsconcept geschikt is voor franchise
5. Adopteer de juiste voorwaarden om het franchise systeem te managen
6. Vind de juiste strategie om te ondersteunen en assisteren
7. Ontwikkel de juiste geografische strategie
8. Zorg voor een juiste pricing van het franchise systeem.
9. Ontwikkel de juiste groeistrategie
10. Begrijp de juridische en institutionele omgeving van franchise
11. Doe de werving en selectie van en leiding aan op een effectieve wijze

In deze bijlage wordt een uitwerking van deze voorwaardeen weergegeven, voor een nadere uiteenzetting wordt verwezen naar het boek van Shane.

1.2 Selecteer de juiste bedrijfstak

Sommige branches zijn gewoon beter geschikt dan andere voor het creëren van franchiseketens. Onderzoek in Canada toont aan dat bijna 56% van alle franchise ondernemingen zijn geconcentreerd in de volgende top 10 van branches:

Fast food, restaurants, onderdelenretail in de automobielsector, onderhoud en reiniging, bouw en renovatie, detailhandel (en dan vooral de niet gangbare product ranges), levensmiddelen detailhandel, gezondheid en fitness, kinderopvang, en huisvesting.

In dit onderzoek bleek dat in enkele sectoren, zoals kantoren voor belastingaangiften, drukwerk en kopiëren, en gespecialiseerde levensmiddelenkleinhandel, nu het merendeel van alle bedrijven is georganiseerd middels franchise.

Shane identificeert *negenen branche kenmerken* welke franchise toepasbaar maken;

1. Productie en distributie vinden plaats in gelimiteerde geografische markten
2. Fysieke locaties zijn behulpzaam en ondersteunend in het bedienen van cliënten
3. Lokale marktkennis is van groot belang voor de prestaties
4. Lokale vrijheid van handelen door het management heeft een groot voordeel
5. De reputatie van de merknaam is een waardevol concurrerend voordeel
6. Een hoog niveau van standaardisatie en codificatie van het proces om het product of dienst te ontwikkelen en af te leveren kan worden toegepast danwel is al van toepassing
7. De werkzaamheden zijn arbeidsintensief
8. Business units zijn niet kostbaar of risicovol om te realiseren
9. De inspanningen van een unitmanager zijn moeilijk meetbaar en af te zetten tegen hun prestaties.

1.3 De voordelen van franchise

Franchise is een nuttig samenwerkingsmodel voor het genereren van goede rendementen. De voordelen van franchise verlopen via 2 assen: er ontstaat een natuurlijke selectie van ondernemers die in staat zijn zelfstandig een unit te runnen, en deze unit eigenaren hebben een winstprikkel om hun performance te verbeteren.

De *drie* voordelen van franchise zijn;

1. Verzorgen van betere mechanismen voor de selectie van en het creëren van prikkels voor FNs.
 - Franchise is een doelmatig mechanisme om problemen te voorkomen als gevolg van negatieve selectie en het afschuiven van verantwoordelijkheden. Door de vergoeding van de FN afhankelijk te maken van zijn eigen inzet en mogelijkheden, ondersteunt franchise een zelfselectie van mensen met de juiste vaardigheden en motivatie om een bedrijf winstgevend te doen draaien;
 - Franchise minimaliseert het afschuiven van verantwoordelijkheden door FN's door hun vergoedingen direct afhankelijk te maken van hun arbeidsethos. Het gevolg hiervan is dat FNs harder willen werken dan managers in loondienst om omzet te genereren. Zij zijn voorzichtiger en gecontroleerder in het maken van kosten en het maakt hun innovatiever.
2. Het biedt een efficiënt mechanisme voor het verkrijgen van menselijke en financiële middelen en tevens voor een snelle en stevige groei.
 - Een snelle groei is belangrijk voor veel bedrijven, want het ondersteunt (de kosten van effectieve) promotie van de merknaam van het bedrijf. Het biedt mogelijkheden voor grootschalige inkoop van producten dan wel werving van personeel, het verlaagt de gemiddelde kosten van de ontwikkeling van essentiële activa en staat bedrijven toe om aantrekkelijke geografische locaties aan te trekken;
 - Franchise maakt het mogelijk voor bedrijven om snel en goedkoop kapitaal te verwerven, omdat de grote kosten voor de ontwikkeling van de businessformule door de FNs gedragen worden (middels de franchise fees) en het geen informatie asymmetrie problemen kent op de markt voor (durf)kapitaal. Note met de informatie asymmetrie

problemen wordt gedoeld op de discrepantie tussen de visie op de business opportuniteiten tussen de ondernemer en de kapitaalverschaffer

- De FG kan een faciliterende rol vervullen voor de FN om te voorzien in zijn kapitaalbehoefte. Franchise staat bedrijven toe om te specialiseren in de verkoop en managen van het verlenen van concessies en FNs om te specialiseren in de winst van een product of dienst naar eindgebruikers.
3. Franchise verstrekt een lucratief financieel model, welke opbrengsten genereert tegen relatief lage risico's.
- Franchise levert een winstgevend financieel model, waarbij hoge opbrengsten gegenereerd kunnen worden tegen relatief lage risico's. Het heeft een mechanisme waarbij de hoge risico's worden afgewenteld bij het creëren van nieuwe units aan een andere partij. Daarbij ontstaat de mogelijkheid om te ondernemen in de meest lucratieve units;
 - Franchise helpt de FG om grote variatie in inkomsten te minimaliseren door de vergoedingen te regelen via een percentage van de verkoop, welke stabiel is dan een percentage van de winst. Verder is het ondersteunend in het gebruik van geografische diversificatie als strategie voor risico management;
 - Franchise genereert een hoog rendement op investeringen. Omdat FGs lagere kosten kennen dan bedrijven welke opereren met eigen business units, kunnen ze een hogere winst per business unit genereren dan verticaal geïntegreerde ketens;
 - Gegeven de lage voorinvesteringskosten voor de FG – het meeste geïnvesteerde kapitaal voor het oprichten van business units wordt voorzien door FNs- zullen FGs (relatief) een hoger rendement op hun geïnvesteerd kapitaal krijgen dan reguliere organisaties.

1.4 Franchise: de nadelen

Voor niets gaat de zon op en dus zijn aan de voordelen van franchise uiteraard ook nadelen verbonden.

De nadelige *punten* van franchise zijn volgens Shane;

1. Tegenstrijdige doelen tussen FG en FN door;
 - ontvangen inkomsten over de totale verkoop van de franchise keten en maken winst over de totaalverkoop van hun business unit;
 - streven FG naar lagere prijzen en hogere verkoop volumes dan FNs;
 - FG willen een hogere dichtheid van business units in een geografisch gebied dan de FN;
 - FNs zijn vaak niet bereid om mee te gaan in collectieve acties, omdat ze onvoldoende profiteren van dat beleid;
 - De meerwaarde van deelname aan die ene franchiseketen vermindert als de FN meer ervaren wordt. Dit veroorzaakt conflicten met FGs welke eenzelfde niveau van royalty tarieven willen blijven vragen.
2. Problemen met transactiekosten, zoals parasiteren, welke zich voordoet in franchise en niet binnen bedrijfsketens in eigendom;
 - FNs ervaren een stimulans om te parasiteren op de inspanningen van andere FNs voor het hoog houden van de merknaam van het systeem;

- FNs zijn bezorgd over het feit dat de FG opportunistisch de afspraken opnieuw wil onderhandelen binnen het contract, nadat de FN geïnvesteerd heeft in systeem specifieke goederen en passende franchisegever winsten;
 - FNs investeren mogelijk onvoldoende in hun organisatie in vergelijking met het niveau van verscheidene aandeelhouders voor business units in eigendom;
 - Franchise is een slechte bedrijfstak als het gaat om het beschermen of patenteren van intellectueel eigendom, zoals bedrijfsgeheimen.
3. Moeilijk om te komen tot vernieuwing en verandering in franchise
 - Het gebruik van contracten om relaties te besturen tussen FG en FN maken het lastig om structuur- en beleidsveranderingen door te voeren;
 - Ook is het lastig om nieuwe producten of processen te adopteren welke niet bekend en gespecificeerd zijn in de destijds getekende overeenkomst;
 - Onvoldoende informatie over de cliëntwensen in de franchise locaties, gecombineerd met een gebrek aan autoriteit naar de FN betekenen dat het de FG ontbreekt aan informatie welke nodig is om te innoveren. Tevens zijn er problemen om de ontwikkelde innovaties van de FNs te adopteren.
 4. Lagere absolute winst met franchise in vergelijking tot het in eigendom hebben van een businessunitketen
 - De voorinvestering welke verbonden is aan het tot stand komen van een franchise systeem, staat niet in verhouding en leidt niet tot een kosten effectieve ondernemingsvorm als een bedrijf maar een handvol FNs kent.
 - Franchise genereert lagere winsten in vergelijking tot een keten van business units in eigendom. Dit maakt het mogelijk voor bedrijven om meer geld te verdienen door business units in eigen beheer te voeren dan te franchisen.

Geen van de nadelen is een absoluut gegeven. Evenals bij de voordelen gaat het hier om risico's die zich kunnen voordoen en die bij opzet van de franchiseformule zo veel mogelijk moeten worden afgedekt.

1.5 Is het bedrijfsconcept geschikt voor franchise

Niet ieder businessconcept leent zich voor franchiseorganisatie. De *drie factoren* die een concept volgens Shane geschikt maken voor franchise zijn;

1. Franchise is gebaseerd op een waardevol systeem voor het realiseren van transacties met een beperkte set aan bedrijfsregels. Belangrijke elementen hierbij zijn:
 - Het beschikken over een uitgedacht bedrijfsconcept, betekent dat het kopen van dit concept door een potentiële FN beter is dan een bedrijf vanuit het niets op te starten;
 - De waarde van het bedrijf komt door de leercurve welke doorlopen is in de bedrijfsvoering van de business gedurende een periode en het hebben uitgedacht van de noodzakelijke producten en processen om de klant te bedienen in de branche;
 - Het ontwikkelde systeem is gestandaardiseerd en biedt een voorsprong in het gebruik ervan ten opzichte van de concurrentie;
 - Een merknaam kan een voordeel hebben op het moment dat de naam aantrekkingskracht heeft op eindgebruikers.

2. Het franchise concept is overdraagbaar aan anderen in geschreven vorm
 - Je kunt een businessconcept franchisen als deze eenvoudig overdraagbaar is naar nieuwe FNs;
 - Het concept dient te worden gereduceerd tot een beschreven set aan regels en procedures;
 - Het concept moet in korte tijd aan te leren zijn aan anderen zonder dat deze ervaring in de business hoeven te hebben
3. Er dient sprake te zijn van voldoende potentiële kopers van het concept, waarbij het de moeite waard is om een voorinvestering te doen in de kosten om franchise op te zetten.
 - Doordat er maar een klein percentage van de populatie geïnteresseerd is in het kopen van een franchise licentie, waarbij selectie onder de potentiële FNs van belang is, moet franchise toegankelijk zijn voor FNs zonder veel opleiding, branche kennis of investeringskapitaal. Anders zullen er simpelweg niet genoeg potentiële FNs te vinden zijn.

Als aan deze voorwaarden is voldaan en FNs hebben na aftrek van hun franchise bijdragen een fatsoenlijk rendement op hun investering van tijd en geld in het systeem, dan is er sprake van een waardevol systeem om te verkopen.

1.6 Adopteer de juiste franchise voorwaarden om franchise te managen

Teneinde een franchise concept succesvol te kunnen exploiteren dient volgens Shane een aantal zaken voorwaardelijk, middels overeenkomsten, te worden geregeld. Hierbij dient aan de volgende onderwerpen adequaat aandacht te worden besteed.

1. Actieve of passieve franchise
 - De FG kan van de FN verlangen om zijn bedrijf direct aan te sturen of toestemming verlenen aan een FN om passief eigenaar van zijn bedrijf te zijn. In dit laatste geval huurt de FN medewerkers in voor het managen van de franchise units.
 - Passief eigenaarschap wordt veel toegepast, maar het is geen zuivere benadering van franchise immers passief eigenaarschap ondermijnt de fundamentele prikkels van franchise voor een FN;
 - Passief eigendom is alleen dan succesvol wanneer het wordt gebruikt als een manier om getalenteerde FNs gelijktijdig te laten opereren in meervoudige eenheden.
2. Mechanismen om te garanderen dat FNs zich gedragen naar het beste belang voor de gehele franchise organisatie.

Als een van de nadelen is beschreven het risico dat de FN niet afdoende voor het organisatiebelang van de FG gaan, maar meer gericht zijn op hun eigen onderneming. Om dit zoveel mogelijk te beperken kan middels de volgende elementen hier nader sturing aan worden geven.

- De FG moet FNs overeenkomsten voorschrijven waarin de gedragsregels beschreven staan;
- FGs beschrijven contracten zorgvuldig met de verantwoordelijkheden en verplichtingen van FNs en wat er gebeurt als de verplichtingen niet nagekomen worden;

- Omdat beëindiging kostbaar en moeilijk is, maken geslaagde FGs ook gebruik van andere instrumenten om FNs gedrag te controleren, zoals het specificeren van de afkomst van goederen;
- Het bindend voorschrijven van leveranciers tegen centraal onderhandelde voorwaarden;
- Een andere manier om het gedrag van FNs te controleren is door exclusieve gedragsclausules op te nemen in het franchisecontract, waarbij afgesproken wordt om alleen de merkproducten en diensten van de FG te verkopen. Dit verzekert het feit dat investeringen van de FNs aan de opbouw van de merknaam tegemoet komen;
- Het verschaffen van teveel winst aan FNs wat fungeert als een prikkel om te voldoen aan de voorwaarden van de FG, met het risico dat via beëindiging zij deze waardevolle stroom aan winst verliezen.

Belangrijk is de termijn van het franchise contract. Geen enkele franchise organisatie is er bij gebaat om frequent te moeten wisselen van FNs in bepaalde periodes. Zowel de branche- als de bedrijfsstrategie beïnvloedt de lengte van het contract, waarbij de uitkomst is gebaseerd op een evenwichtig oordeel.

3. Marketing en reclame regelingen

- de FG dient op een juiste wijze marketing en reclame te organiseren, waarbij de ontwikkeling van de merknaam van het systeem centraal staat.
- FNs moeten bijdragen aan een nationaal fonds voor adverteren, om onderinvesteren in de merknaam en parasiteren te voorkomen.
- Als het systeem hoofdzakelijk een lokale aangelegenheid is, is het zaak gezamenlijke inspanningen als aanvulling en ondersteuning van plaatselijk reclame in te richten.

1.7 Vind de juiste strategie om FNs te ondersteunen en assisteren

In Franchise organisaties gaat het volgens Shane in principe om vier categorieën van ondersteuning en assistentie te weten:

1. Training
 - Aanbieden van een vooropleiding in de bedrijfsvoering;
 - Omdat training duur is moet er een evenwichtige hoeveelheid, locatie en tijdstip van training plaatsvinden.
2. Voortdurende ondersteuning met diensten, zoals centrale gegevensverwerking en voorraadcontrole
 - Er dient een optimaal evenwicht te zijn tussen het aanbod van centrale diensten en de kosten welke deze met zich meedragen;
 - In beginsel kan er beter geconcentreerd worden op de verkoop van franchise licenties en het oprichten van de merknaam. De dienstverlening kan dan in een latere fase geadopteerd worden als het systeem groter en meer volwassen is.
3. Onroerend goed diensten (is van toepassing voor de overgrote meerderheid van de franchiseketens die fysieke locaties hebben)

- Ondersteuning bij terreinselectie helpt om de juiste locaties te identificeren en controle op de juiste FNs te houden;
- Bijstand in lease onderhandelingen geven een extra bron van inkomsten en een instrument om het gedrag van FNs te beheersen.

4. Financiering

- Overwogen dient te worden of FNs ondersteund dienen te worden met direct of indirecte financiering;
- De kosten van indirecte financiering zijn niet erg hoog en de voordelen zijn aanzienlijk voor FGs en FNs;
- Directe financiering is ongunstiger want het ondermijnt de voordelen van zelfselectie in het identificeren van getalenteerde FNs.

1.8 Ontwikkel de juiste geografische strategie

Er vanuit gaande dat de franchise organisatie wenst te komen tot een geografisch gezien complete marktdekking is volgens Shane een aantal elementen voor de bepaling van de geografische strategie van belang:

1. Multi unit franchise

De FG dient te bepalen of zij wenst over te gaan tot de toepassing van multiunit franchise, dat is de verkoop van meer dan 1 geografisch perceel aan een specifieke FN. Er zijn 3 vormen van multiunit franchise te onderscheiden:

- Master franchise; dit is een arrangement waarin de FG de rechten op een gedeelte van de voorinvestering van een FN verkoopt aan een master-franchisenemer met daarbij een doorlopende beloning voor de werving en selectie, training en ondersteuning van FNs. Dit versterkt de groei en reduceert conflicten tussen FG en FNs voortkomend uit de toevoegingen van franchise units van het systeem. Het faciliteert het opkopen van franchise units en levert een efficiënte manier om partners te vinden met lokale marktkennis. Master franchise is meestal geen goede strategie vanwege beperkte kwaliteitscontrole, het ondermijnt de prikkels voor de FN, het verergert de problemen van het selecteren van de verkeerde partners en schept onrealistische ontwikkelingsplannen met de verkeerde motieven;
- Gebiedsontwikkeling; dit levert een FN de rechten om een toegewezen gebied verder te ontwikkelen met het doel meerdere franchise units te beheren. Voordelen hiervan zijn dat parasitisme wordt voorkomen, het reduceert het aantal FNs welke je dient te selecteren en het ondersteunt het bereiken van schaalgrootte en kennisoverdracht. Deze voordelen gaan ten koste van de eigendom prikkels door het mogelijk afschuiven op het niveau van de FN en door een verhoogde franchise macht;
- Subfranchise; een strategie waarbij een FG de rechten verkoopt aan een FN tot het wederverkopen van zijn franchise rechten aan nieuwe FNs. Naast het resultaat van de snelle groei van het systeem komen er nadelen zoals conflicten over ontwikkelschema van het systeem, verminderde invloed op onderhandelingspartners en een kleinere groep van gekwalificeerde kopers.

Bij het bepalen van de geografische strategie is een van de onderwerpen de vraag of de bestaande FNs mogen uitbreiden in hun territorium. Over het algemeen is dit een verstandige strategie, omdat dit de FN voorziet van een stimulans om zich te houden aan de regels van het systeem. Het vermindert de kosten voor bijkomende franchise units, en minimaliseert uitbreidingsproblemen. Een en ander dient te worden gezien in relatie tot het toekennen van een exclusief gebied aan een FN. Dit laatste is vooral bij nieuwe systemen een succesvolle strategie. Het vermindert parasiteren, maakt minder bezorgd over marktverzadiging en minimaliseert de concurrentie binnen het systeem.

1.9 Bepaal de juiste prijs aan franchisenemers

Om succesvol te zijn er een juiste prijsstelling voor het franchise systeem te worden bepaald. Als je het systeem te hoog waardeert zal dit geen FNs aantrekken. Als je het te laag prijst kom je waarschijnlijk in de problemen, omdat de ontwikkelingskosten van het systeem niet betaald kunnen worden.

De twee belangrijkste onderdelen van de prijsstelling van deelname aan een franchise zijn:

1. Het instaptarief van franchise

De franchisevergoeding bedraagt een eenmalige betaling welke voldaan wordt door de FN aan de FG in de periode tot aan het einde waarin de franchiseovereenkomst verlopen is. Dit is om de gemaakte kosten van de FG te compenseren in het helpen opstarten van de FN. De franchisevergoeding wordt hoger als het systeem in een branche opereert met hogere marges, met een sterkere merknaam reputatie, een uitgebreider geografisch gebied, meer service ondersteuning verleent en een langere contractuele looptijd vertegenwoordigt. Succesvolle FGs verhogen in de tijd de franchisevergoeding slechts met een percentage van de inflatie.

2. De doorlopende aandelen in de opbrengst van franchise

De veelal opbrengst gerelateerde afdrachten vertegenwoordigen de belangrijkste inkomstenbron voor de FG. Deze royaltytarieven zijn ontworpen om een winst te betalen en om te streven naar verdere ontwikkeling van het systeem. De meeste FGs vragen royalty's ten laste van de bruto verkoop omzet omdat royalty's over de verkoop een betere continuïteit bieden dan royalty's op winst. Ze zijn gemakkelijker te controleren en hebben een verminderd risico voor FGs dan royalty's over winst. De aandelen in de opbrengst zullen hoger zijn als;

- De branche opereert in een markt met hogere marges;
- Als de hogere omzetvolumes halen;
- Als jouw contributies voor het succes van het systeem hoger zijn;
- Als het systeem gebaseerd is op een sterke merknaam;
- Of het een beproefd systeem is, ofwel al jarenlang succesvol is

1.10 Ontwikkel de juiste strategie voor de uitbreiding van franchise eenheden

Franchise neigt in bedrijven plaats te vinden waarbij expansie niet vanuit één plaats kan plaatsvinden, maar verplicht tot toevoeging van nieuwe afzetmogelijkheden. De winstuitkering welke de FG verdient met franchise hangt grotendeels af van hoe snel en effectief een FG weet uit te breiden met een aantal plaatsen waar FNs cliënten kan bedienen.

1. De 1ste stap voor een succesvolle franchise expansie strategie is na te denken op welk moment in de levenscyclus van een onderneming wordt begonnen met franchise. Het juiste moment ligt over het algemeen na een aantal jaren waarin het bedrijf volwassen is geworden en de kinderziektes uit het bedrijfssysteem zijn gehaald. De juiste timing varieert per branche.
2. De 2de stap voor een succesvolle expansie strategie betreft de besluitvorming aangaande het aantal franchise eenheden welke in eigendom gehouden worden. Hoewel de meeste FGs viervijfde van hun franchise units franchisen, varieert de hoeveelheid FNs in franchise ketens significant over de levensduur van een franchise systeem. Alvorens te starten met franchise is het aanbevelenswaardig om als FG een aantal eigen franchise eenheden te hebben. Met het eigenaarschap daarvan geeft de FG een krachtig en geloofwaardig signaal af betreffende de waarde van zijn units voor FNs. In de groei jaren van franchise is het zaak de eenheden in eigendom stabiel te houden en nieuwe units exclusief te franchisen. Deze benadering dient om de voordelen van franchise optimaal te benutten voor de groei van het bedrijf. Het is echter wel van belang enkele franchise units in eigen beheer houden, want deze leveren een waardevolle kweekvijver voor de ontwikkeling van nieuwe producten en diensten en geven de inputs om na te denken over de juiste wijze van aansturing van de franchise eenheden. Daarbij kunnen deze franchise eenheden dienen om potentiële FNs met hun personeel te trainen.
3. Als de franchise eenheden gerijpt en volgroeid zijn, ligt het voor de hand dat de FG een aantal franchise eenheden opkoopt. Franchise eenheden in eigen beheer leveren niet zelden namelijk meer winst dan ze genereren als aangesloten FN. De franchise eenheden welke geografisch het verste weg liggen van het hoofdkantoor of in een omgeving met een lage bevolkingsdichtheid worden logischerwijs blijven bemand door FNs, want deze units zijn het duurst om te monitoren.
4. Bij aanvang van franchise is het concentreren van de franchise eenheden een juiste strategie. Dit faciliteert de mogelijkheid om franchisenemers te monitoren en kwaliteitscontroles te doen. Tevens faciliteert de concentratie de ontwikkeling van schaalgrootte wat weer gunstig uitpakt voor lokaal adverteren en vermindering van kosten om de merknaam te positioneren.

1.11 Begrijp de juridische en institutionele omgeving van franchise

Franchise is een wettelijk geregelde methode van bedrijfsvoering. Sinds 1979 heeft de Federale Handelscommissie van alle FGs geëist om informatie over franchise aan kandidaat FNs te verstrekken alvorens tot ondertekening van de franchiseovereenkomst over te gaan. Dit standaard openbaar document, het Uniforme Franchise Aanbod Circulaire (UFAC), bevat 23 items die beschreven dienen te worden.

Voor Europa geldt dat er sprake is van een minder strikt gereguleerde bedrijfsvorm. Bijna 30 jaar geleden heeft de Europese Franchise Federatie (de overkoepelende organisatie van alle nationale franchiseverenigingen in Europa) de Europese Erecode betreffende Franchise opgesteld. Deze Erecode geeft de voorwaarden van fair gedrag voor organisaties en personen die bij franchise zijn betrokkenen. Alle franchiseorganisaties in Nederland die zijn aangesloten bij de Nederlandse Franchise Vereniging (NFV) hebben zich verplicht deze Erecode na te leven.

De NFV is de overkoepelende belangenorganisatie in Nederland. Hoofddoelstelling van de vereniging is het bevorderen van een gezonde en evenwichtige ontwikkeling van franchise. De NFV is opgericht in 1972 en is lid van de Europese Franchise Federatie en de World Franchise Council.

De Erecode geeft de minimum eisen aan waaraan een goede franchise moet voldoen. Vooral is daarbij gedacht aan de mensen die willen toetreden tot de franchiseorganisatie: wat mag je verwachten aan informatie en ondersteuning? Zo'n 10 jaar geleden is er een aanvulling op de Erecode verschenen, die nog eens precies opsomt welke "volledige en correcte schriftelijke informatie" een aspirant-FN voor het sluiten van de bindende overeenkomst mag verwachten.

In de Erecode staat niet dat sprake moet zijn van een formule die aantoonbare voordelen biedt aan alle betrokken ondernemingen. De formule staat of valt bij de marketing. De formule moet krachtig zijn, onderscheidend en kostenvoordelen bieden. De kracht van de formule komt tot uitdrukking in de hogere omzet (per vierkante meter, per verkoper, per gulden voorraad etc.). De kracht van de formule komt ook tot uitdrukking in de kostenvoordelen.

Naast deze erecode, die dus alleen verplicht is bij lidmaatschap van de NFV, de Nederlandse Franchise Vereniging, geldt normaal ondernemingsrecht en mededingrecht in Nederland.

Franchise is juridisch gezien een vorm van verticale samenwerking tussen zelfstandige ondernemers / bedrijven. Het samenwerkingsaspect heeft nogal wat juridische gevolgen, immers samenwerking tussen bedrijven is uiteraard geoorloofd en zelfs toe te juichen, maar mag in beginsel niet leiden tot concurrentiebeperkende afspraken. Zowel de Nederlandse Mededingingswet als de Europese mededingingsregels - o.a. de Europese groepsvrijstelling voor verticale overeenkomsten (block exemption regulation) - zijn van toepassing. Dit is een belangrijk aandachtspunt bij de inrichting van een franchise organisatie

1.12 Doe de werving en selectie van en het leidinggeven aan franchisenemers op een effectieve wijze

Een ketting is zo sterk als haar zwakste schakel. Het beschikken over de juiste FNs is dan ook van groot belang. In de werving van FNs zijn twee factoren vooral van belang:

1. Begrijpen waarom mensen een franchise willen runnen en het aanbieden van datgene dat men graag wil exploiteren. Mensen kopen een franchise-unit om toegang te krijgen tot een bewezen systeem dat geld genereert. Daarom dient er sprake te zijn van een lucratief bedrijfsconcept, een handleiding over hoe de bedrijfsvoering plaats dient te vinden, training, voortdurende assistentie en een merknaam. De kansen met deze bedrijfsvoering dienen zodanig te zijn dat de continue winststroom groter is dan hetgeen de FNs zouden verdienen in een alternatieve werkgelegenheid.
2. Het ontwerpen van een professionele wervingsformule. Om franchise effectief te verkopen ligt het voor de hand een verkoop team te formeren met veel ervaring in de verkoop van bedrijfsmogelijkheden. Het verkoopteam dient te weten hoe ze kandidaten moeten kwalificeren, bezwaren kunnen overbruggen en een deal kunnen sluiten. Dit verkoopteam dient weer toegerust te worden met de juiste documentatie en prikkels. Effectieve werving en selectie van franchisenemers houdt branche ervaring in, opstart ervaring, voldoen aan vermogenseisen en het juiste psychologisch profiel.