

Uit de kinderschoenen!



Marktgericht strategisch beleid van kinderziekenhuizen: een vergelijkende studie over positionering van kinderziekenhuizen in Nederland en Amerika

April 2009

Afstudeerthesis van drs. Betty Rikken en drs. Michel Rudolphie in het kader van de
opleiding MBA Health
Erasmus centrum voor management development in de zorg (CMDz)
Erasmus Universiteit Rotterdam

Onder begeleiding van
drs. Lucie Boonekamp

Onder verantwoording van
Prof. Dr. Aad de Roo
Prof. Dr. Jan Moen
Dr. Elly Breedveld

Voorwoord

Deze thesis is een afsluiting van een intensieve en leerzame periode van twee jaar waarbij we de opgedane kennis hebben kunnen toepassen op een zeer actueel onderwerp. Tijdens het schrijven en bediscussiëren van het positioneringvraagstuk over kinderziekenhuizen werden we diverse keren geconfronteerd met artikelen uit dagbladen en documentaires op de televisie. Actueler kan het niet.

Zet een bedrijfsleider van een kinderziekenhuis en een marketeer uit het bedrijfsleven bij elkaar, dan krijg je eindeloze discussies, meningen, stellingen en suggesties. Alleen al deze interacties zijn zo waardevol dat je bijna ieder jaar een thesis zou moeten schrijven. Dit gevoel was ook duidelijk herkenbaar tijdens de diverse colleges in het afgelopen twee jaar. Mede door de inspirerende begeleiding van de diverse programmamakers en sprekers hebben we de opleiding als zeer waardevol beleefd. We hebben inspirerende nieuwe bagage verzameld die value based zal zijn voor onze verdere ontwikkeling in werk en carrière.

Een woord van dank gaat uit naar onze thesis begeleidster Lucie Boonenkamp. Haar positieve maar kritische wijze van stimuleren heeft ons op bepaalde momenten net dat zetje gegeven om weer boven ons zelf uit te stijgen. Lucie hartelijk bedankt.

De programmamakers Aad de Roo, Jan Moen en Elly Breedveld hebben elk op eigen wijze impact gehad op het toe-eigenen van nieuwe ideeën en inzichten die toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Hartelijk dank.

Een woord van dank aan de diverse geïnterviewden die ons een inkijkje hebben gegeven in hun organisatie en gedachtegoed. Dit heeft ons inzicht in de bedrijfstak en de actuele ontwikkelingen daarbinnen verdiept. Het heeft een waardevolle bijdrage geleverd aan onze discussie. Veel dank.

Last, but zeker not least: heel veel dank aan het thuisfront dat vele dagen en nachten en vooral in het weekend ons gezelschap heeft moeten missen. Jullie steun is onmisbaar gebleken!!!

Nijmegen – Bikbergen, april 2009
Betty Rikken - Michel T. Rudolphie

Inhoudsopgave

	Voorwoord	2
1	Inleiding	3
1.1.	Aanleiding en achtergrond	3
1.2.	Vraagstelling	6
1.3.	Plan van aanpak	7
1.4.	Dataverzameling	7
1.5.	Leeswijzer	8
2	Kinderziekenhuizen in de Nederlandse zorgmarkt	9
2.1.	Omgevingsanalyse	9
2.2.	Bedrijfstakanalyse Kinderziekenhuizen	11
	Conclusies	20
2.3.	Bevindingen uit het veldwerk	21
	Conclusies	24
3	Kinderziekenhuizen in de Amerikaanse zorgmarkt	25
3.1.	Omgevingsanalyse	25
3.2.	Bedrijfstakanalyse Kinderziekenhuizen	29
	Conclusies	33
3.3.	Bevindingen uit het veldwerk	34
	Conclusies	37
4	Duurzaam positioneren	39
4.1.	Positionering	39
4.2.	Positioneren op klantgerichtheid	40
4.3.	Duurzaam concurrentie voordeel	44
4.4.	Toepassen van value based competitie	46
4.5.	Conclusies	48
5	De casus Nijmegen	49
5.1.	Inleiding	49
5.2.	Positioneren op klantgerichtheid	50
5.3.	Valued based competitie	50
5.4.	Conclusies	57
6	Conclusies en aanbevelingen	59
	Literatuur	63
	Over de auteurs	65
Bijlage 1	Vragenlijst voor interviews	66
Bijlage 2	Instanties en lijst van geïnterviewden	68
Bijlage 3	Uitgewerkt verslag van veldonderzoek	69

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en achtergrond

Na een aanloop van enkele decennia heeft de afgelopen drie jaar de marktwerking in de zorg haar intrede gedaan in Nederland. Onder het adagium van gereguleerde marktwerking en maatschappelijk ondernemerschap is een aantal marktprincipes geïntroduceerd, dat erop gericht is de vraag van de patiënt sturend te laten zijn.

In de ziekenhuisbranche betekent dit dat er een geleidelijke overgang plaatsvindt naar een vrije markt waarin ziekenhuizen concurreren op prijs en kwaliteit. De overheid trekt zich voorzichtig terug, maar blijft ambivalent in haar houding. Beheersing van de totale kosten voor gezondheidszorg en de toegankelijkheid van de zorg voor iedereen blijven in het Nederlandse beleid belangrijke uitgangspunten. Tot op heden wordt de vrije prijsvorming door de overheid dan ook voorzichtig en mondjesmaat geïntroduceerd en zien we ook bij ziekenhuizen een ambivalente houding. Het aandeel van de ziekenhuiszorg waarvoor vrije prijsvorming geldt, is in 2009 opgehoogd naar 34% van de totale ziekenhuiszorg (zgn. B segment binnen de DBC structuur). De ontwikkeling naar integrale prestatiebekostiging zal de komende jaren zeker doorzetten.

In welke vorm en in welk tempo de ziekenhuissector zich tot een echt vrije markt zal ontwikkelen is onzeker.

Feit is wel dat de marktontwikkelingen en de gevolgen daarvan steeds zichtbaarder worden: de wereld van de ziekenhuiszorg is in verandering en alle ziekenhuizen in Nederland stellen zich momenteel de vraag hoe zich in hierin te bewegen. Er worden nieuwe samenwerkingsvormen gezocht (zowel voorwaartse als achterwaartse integraties zoals tussen ziekenhuizen maar ook tussen ziekenhuis / ziektekosten verzekeraar en ziekenhuis en v & v organisaties). Vanuit ziekenhuizen of door individuele specialisten worden zorgondernemingen opgericht waarin speciale, commercieel interessante zorgactiviteiten worden ondergebracht. Tevens zoeken ziekenhuizen samenwerking in kostenreductie (gezamenlijke inkoopcombinaties, gezamenlijke laboratoria).

De academische ziekenhuizen nemen hierin een bijzondere positie in. Naast de financiering voor zgn. basiszorg ontvangen academische ziekenhuizen geld voor opleiding, onderwijs en onderzoek, voor een aantal vergunningsgebonden functies én voor hun academische taakstelling. De academische ziekenhuizen kampen allemaal met het dilemma zich wel of niet en op welke wijze op de concurrentiemarkt voor basiszorg te begeven. De wijze waarop de zorg op dit moment in academische ziekenhuizen georganiseerd is maakt het moeilijk om de prijsconcurrentie op de basiszorg in de vrije markt aan te gaan. Deze zorg is in de academische ziekenhuizen veel duurder.

Bovendien beschouwen de academische ziekenhuizen en zeker de daar werkzame professionals dit niet als hun core business, waardoor motivatie voor “het productiewerk” ontbreekt. Het verlaten van deze markt is echter ook een riskante optie, omdat hiermee marktaandeel én een onmisbaar deel van de inkomsten verloren kan gaan.

De algemene stelling¹ is dat de introductie van de gereguleerde marktwerking in de zorg niet ten koste mag gaan van de bijzondere functies van de Universitair

¹ Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, uitgave ministerie OCW & VWS, 2007

Medische Centra (UMC's). De activiteiten die hen onderscheiden van algemene ziekenhuizen zijn wetenschappelijk onderwijs en onderzoek, innovatie en topreferente zorg. Deze bijzondere functies moeten ook in de toekomst voldoende gewaarborgd zijn. Tegelijkertijd moeten de UMC's vanwege de marktwerking op bepaalde terreinen concurreren met andere aanbieders van medisch specialistische zorg. De overheid wil goed in de gaten houden dat waar UMC's en overige aanbieders van medisch-specialistische zorg vergelijkbaar zijn, en dus met elkaar concurreren, zij dat onder gelijke voorwaarden doen.

De overheid bemoeit zich aan de ene kant dus minder met de organisatie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars: aanbod van zorg en de bekostiging daarvan zijn in beginsel een verantwoordelijkheid van de marktpartijen. Aan de andere kant bestaat de angst dat als de bijzondere functies van de UMC's geheel aan de vrije markt worden overgelaten, het publiekelijk belang van voldoende aanbod en kwaliteit van deze functies niet voldoende gewaarborgd zijn. Bepaalde dure en heel gespecialiseerde zorg en innovatie en ontwikkeling van zorg zouden in een marktsituatie in de knel komen, vanwege de hoge investeringen die hiermee gepaard gaan en daardoor niet direct rendabel zijn.

Een dilemma dus.

Bovenstaande ontwikkelingen leiden tot een aantal reeds zichtbare verschuivingen in de markt:

- STZ² ziekenhuizen manifesteren zich op een aantal gebieden van expertiseczorg nadrukkelijk als concurrent van de UMC's
- UMC's betreden de markt van gestandaardiseerde zorg om in het zogenaamde B segment (de in het DBC³ vrijgegeven prijzen segment) de concurrentie met algemene ziekenhuizen aan te gaan.
- Concurrentie op de arbeidsmarkt om de topprofessionals binnen te halen neemt toe (creëren van zgn. Centers of Excellence)
- Tendens naar concentratie van gespecialiseerde behandelingen in beperkt aantal centra.

Ook academische kinderziekenhuizen, behorende tot de UMC's, hebben hiermee te maken. Het grootste deel van de subspecialistische zorg en alle topreferente zorg voor kinderen in Nederland, zoals gedefinieerd door het NFU⁴, is geconcentreerd in acht Universitaire Medische Centra.

De gespecialiseerde zorg voor kinderen heeft de afgelopen decennia een sterke ontwikkeling doorgemaakt. De ontwikkeling van het vak heeft geleid tot een toename van zeer specialistische kennis, een groei van behandelingsmogelijkheden en een sterk verbeterde kans op overleven bij vele aandoeningen.

Het succes van de vooruitgang leidt tot een spanning tussen de mogelijkheden van deze hoogspecialistische complexe zorg voor patiëntengroepen met een klein volume, en de betaalbaarheid daarvan.

Op dit moment zijn de opbrengsten niet kostendekkend en dringt zich de vraag op hoeveel van deze dure voorzieningen in Nederland nodig of wenselijk zijn om deze

² STZ: Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

³ Diagnose Behandel Combinatie

⁴ Nederlandse Federatie van Universitair medische Centra

zorg goed te leveren. Op dit moment bieden alle acht academische ziekenhuizen academische zorg voor kinderen aan, waarbij ziekenhuizen wel verschillende zwaartepunten hebben, maar waar nauwelijks expliciete keuzes gemaakt zijn om activiteiten af te stoten. M.a.w. ieder ziekenhuis wil een volledig aanbod kunnen bieden.

Een andere relevante ontwikkeling is dat de informatievoorziening over de behandelingen in de ziekenhuizen steeds toegankelijker wordt. Enerzijds moet de zorgaanbieder meer inzicht geven in zijn prestaties, anderzijds is de gebruiker steeds beter geïnformeerd door onder andere internet en kiest men bewuster waar en hoe men behandeld wil worden. Dit maakt het minder vanzelfsprekend dat patiënten automatisch naar het dicht bijzijnde ziekenhuis komen.

Onder druk van de financiële uitdagingen, de toenemende concurrentie en de publieke opinie worden de ziekenhuizen gedwongen tot betaalbare zorg van hoge kwaliteit, waarbij deze ook nog transparant gemaakt wordt.

Deze ontwikkelingen vragen om een nieuwe oriëntatie van de kinderziekenhuizen, waarbij positionering en strategische zorgmarketing van cruciaal belang is. In deze thesis exploreren wij de mogelijkheden hiertoe.

Omdat marktwerking in de zorg in Nederland nog in de kinderschoenen staat, kijken wij in deze thesis niet alleen naar de Nederlandse markt maar ook naar de Amerikaanse situatie, waar positionering en strategisch marktdenken binnen de gezondheidszorg veel dieper verankerd is.

1.2. Vraagstelling

Wij constateerden dat op dit moment alle academische kindercentra worstelen met het spanningsveld tussen de mogelijkheden van hoogspecialistische complexe zorg voor patiëntengroepen met een klein volume, de betaalbaarheid daarvan en de kwaliteit. Wil je als aanbieder in deze branche een duurzame positie behouden of verwerven, dan vraagt dit om een passend antwoord. Wij hopen hier in deze thesis een bijdrage aan te leveren. Dit brengt ons tot de volgende vraagstelling voor deze thesis:

Hoe verwerf je een duurzame positie als kinderziekenhuis in de Nederlandse zorgmarkt?

Ter beantwoording hiervan zijn de volgende afgeleide vraagstellingen geformuleerd:

- Wat zijn de marktontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland en in de VS?
- Zijn er lessen te leren van de wijze waarop kinderziekenhuizen in de VS zich in de markt positioneren?
- Welke strategische keuzes kunnen de positie versterken en bieden onderscheidend vermogen?
- Wat zijn de kritische succesfactoren voor een duurzame positionering?
- Zijn er nieuwe relevante internationale inzichten over de ontwikkeling van ziekenhuiszorg voor kinderen?
- Bestaat er een optimaal product portfolio model?

1.3. Plan van aanpak

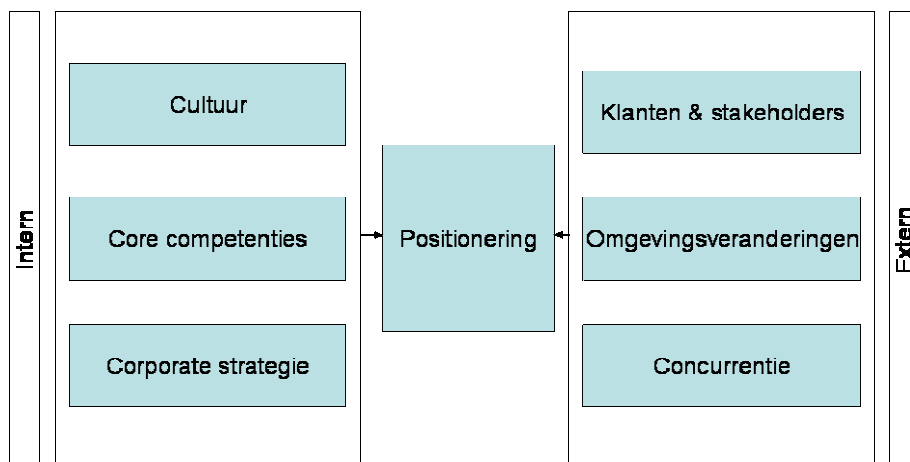
Het plan van aanpak hebben we als volgt geformuleerd:

- Literatuurstudie naar de trends en kenmerken van marktwerking in de academische ziekenhuiszorg in Nederland en Amerika
- Literatuurstudie naar omgevingsanalyse en bedrijfstakanalyses voor kinderziekenhuizen in Nederland en Amerika
- Literatuurstudie naar positioneren van organisaties en concurrentie analyses en de betekenis voor academische centra
- Open interviews met bestuurders van kinderziekenhuizen in Nederland en Amerika met als doel inzicht te krijgen in de huidige en toekomstige ontwikkeling van positionering van hun kinderziekenhuis
- Open interviews met ondernemers en positioneringdeskundigen met als doel inzicht te krijgen in het positioneringvraagstuk
- Uitwerken van een praktijkcasus met als doel een verbinding te maken tussen de gekozen positioneringstrategie en de meest recente wetenschappelijke inzichten op dit terrein.

1.4. Dataverzameling en verwerking

Deze thesis heeft een verkennend karakter in zowel de vraagstelling als in de wijze van dataverzameling. Het accent ligt met name op documentenanalyse en het gebruik van open interviews waardoor deze thesis kwalitatief van aard is.

De open interviews waren gestructureerd van aard en er is gebruik gemaakt van het zgn. 6C-model⁵. Dit model biedt een kapstok om de organisaties op alle voor positionering relevante aspecten en de samenhang daartussen door te lichten.



Figuur 1.1

Zes dimensies uit figuur 1.1. vormen het fundament voor het ontwikkelen van de strategie en staan zodoende centraal in de analysefase. Binnen de organisatie kijken we naar de corporate strategie, de kerncompetenties en de cultuur van de organisatie. Buiten de organisatie moeten we kijken naar de stakeholders, de trends- en ontwikkelingen en de concurrentie. De dimensies zijn samengevat in het zogenaamde 6C-Model.

⁵ Bekkum, Tibor van, *Analyze this*; Positioneringsgroep Hilversum, 2005

De interviews met de deskundigen waren semi-gestructureerd waarbij meestal werd begonnen met het onderwerp van deze thesis waarna de discussie ontstond over de effecten van positionering van ziekenhuizen in het algemeen en die van kinderziekenhuizen in het bijzonder.

1.5. Leeswijzer

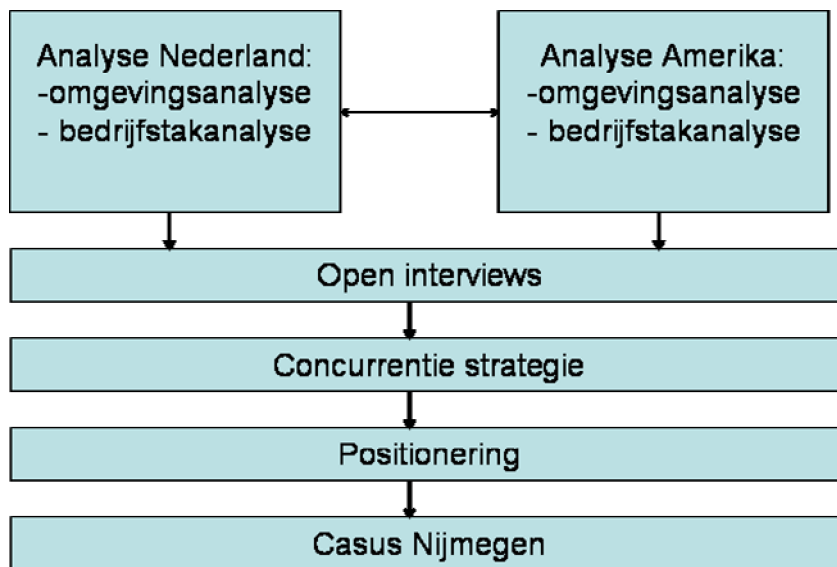
In hoofdstuk 2 en 3 zullen wij achtereenvolgens de ontwikkelingen in de bedrijfstak van de ziekenhuiszorg voor kinderen in Nederland en de VS in kaart brengen. Daarbij maken wij gebruik van een omgevingsanalyse en een bedrijfstakanalyse op basis van het vijfkrachtenmodel van Porter⁶. We sluiten hoofdstuk 2 en 3 af met conclusies over de gehanteerde basisstrategieën en een vergelijking tussen de Amerikaanse en Nederlandse situatie.

De bevindingen uit voorgaande hoofdstukken zullen we in hoofdstuk 4 toetsen aan theoretische positioneringstrategie kaders.

In hoofdstuk 5 zullen we, gerelateerd aan de actualiteit, verschillende scenario's voor een marktgericht beleid van het kinderziekenhuis in Nijmegen uitwerken.

De thesis wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen aan de hand van de eerder genoemde vraagstellingen.

Schematische ziet het er als volgt uit:



Schema 1.1

⁶ Porter, M. Competitive Advantage, Free Press New York, 1985.

2. Kinderziekenhuizen in de Nederlandse zorgmarkt

In dit hoofdstuk geven we een korte schets van de sociaal-economische, politieke, sociaal-culturele en technische ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving, die van invloed zijn op de ontwikkelingen in de ziekenhuismarkt. Vervolgens maken wij gerelateerd aan deze omgevingsanalyse een bedrijfstakanalyse van de ziekenhuiszorg voor kinderen. Deze analyse zullen we vervolgens verdiepen aan de hand van de resultaten van interviews met 4 kinderziekenhuizen.

2.1. Omgevingsanalyse

2.1.2 Politiek

Gezondheidszorg is wereldwijd een onderwerp dat altijd hoog op de politieke agenda staat. Marktwerving in de zorg blijft politiek een gevoelig thema. Waar enkele jaren geleden na decennia van aarzeling de politieke keuze tot introductie van marktwerving in de zorg is gemaakt, staan op dit moment vooral de negatieve effecten van de marktwerving in de zorg in de publieke aandacht en daarmee ook op de politieke agenda: zorginstellingen die failliet gaan, zorg die niet meer geleverd kan worden, falend management, slechte kwaliteit van zorg etc.

De financiële crisis, waarbij “de vrije markt” wereldwijd een andere klank gekregen heeft, geeft nieuwe voeding aan de vraag hoever de overheid zich wel/niet terug moet trekken uit de regulering van de gezondheidszorg.

Dit zou kunnen leiden tot een vertraging van verdere uitbreiding van de vrije prijsvorming. De al jaren durende onzekerheid over de wijze waarop ziekenhuizen hun inkomsten in de nabije toekomst kunnen genereren, belemmert ziekenhuisbesturen bij het maken van strategische keuzes en doen van investeringen.

Voor de academische ziekenhuizen zal er ook bij verdere uitbreiding van de marktwerving sterke afhankelijkheid blijven van politieke beslissingen. Er is sprake van een grote politieke invloed op het verlenen van vergunningen voor bijzondere activiteiten en het beschikbaar stellen van academische budgetten. Het intrekken of toekennen van dergelijke vergunningen heeft grote invloed op de bedrijfsvoering van deze ziekenhuizen. Hier vindt sterke marktsturing plaats vanuit Den Haag.

2.1.3 Economisch

In het laatste kwartaal van 2008 is de wereld in een financiële crisis terechtgekomen. Inmiddels kunnen we concluderen dat dit leidt tot een economische crisis⁷. De gevolgen hiervan zullen ook in de zorg merkbaar worden. De zorgsector is vanuit haar aard relatief ongevoelig voor conjunctuurgolven, maar op het moment dat de druk op de collectieve lasten toeneemt als gevolg van een stijgende werkloosheid, wordt de druk op het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg vergroot. Nu al gaat een derde van de collectieve lasten naar de gezondheidszorg en de kans is groot dat de zorguitgaven in absolute zin blijven zullen blijven stijgen.

De kans bestaat dat de overheid actiever gaat ingrijpen om de kosten te beperken en mogelijk teruggrijpt naar oude systemen van budgettering.

Bijkomend probleem is dat externe financiering ook in de zorg een stuk lastiger is geworden. Financiers zijn uitermate terughoudend om kredieten te verlenen en alleen daar waar een sluitend businessplan voorhanden is worden investeringskredieten verstrekt.

⁷ Kredietcrisis zet zorgmarkt op scherp, Zorgmarkt nr 1-2, jaargang 3, jan/febr 2009

Juist in een tijd waarin de financiële risico's van ziekenhuizen a.g.v. de afschaffing van het bouwregime, de liberalisering van de ziekenhuismarkt en de introductie van de integrale bekostiging veel groter zijn geworden, waar bekend is dat ziekenhuizen bedrijven zijn met minimale marges (met een historisch lage rentabiliteit van 0 tot 1%), en waar er onduidelijkheid bestaat over het eindmodel van de ziekenhuisbekostiging, levert dit grote problemen op en blijken veel ziekenhuizen niet in staat om kapitaal aan te trekken.

Anderzijds biedt de kritische houding van financiers ziekenhuizen de mogelijkheid om positief te onderscheiden door wel een goed businessplan in te dienen. Ook kan deze tijd van recessie kansen bieden om tot aantrekkelijke prijsstellingen voor bouwplannen te komen, gezien de behoefte van bedrijven aan bouwopdrachten.

Een ander positief te verwachten effect van de economische crisis is dat de krapte op de arbeidsmarkt minder wordt. De zorg wordt in tijden van economische crisis een aantrekkelijke werkgever. De crisis biedt dan ook kansen om nieuw personeel te werven. De uitdaging ligt er in om deze te behouden op het moment dat de economie en de arbeidsmarkt weer aantrekken.

2.1.4 Sociaal cultureel

Het Sociaal Cultureel Planbureau noemt vijf belangrijke maatschappelijke trends die zich in de Nederlandse samenleving manifesteren, de vijf i's⁸.

- Individualisering: mensen zien zich als ontwerpers en uitvoerders van hun eigen leven, op basis van keuzes die ze zelf hebben gemaakt.
- Informatisering: informatie- en communicatietechnologie heeft een steeds grotere invloed op ons leven
- Internationalisering: grenzen van tijd en ruimte vervagen; de invloed van buiten op de eigen samenleving neemt toe en verschillen tussen samenlevingen nemen af.
- Informalisering: verhoudingen en contacten worden informeler; er is minder hiërarchie en meer gelijkwaardigheid in de omgang
- Intensivering: op steeds meer gebieden van het leven wordt de betekenis van de belevingscomponent sterker en individueler

Dit zijn belangrijke trends die direct van invloed zijn op ontwikkelingen in de gezondheidszorg en vragen om een antwoord vanuit de zorgaanbieders. Het proces van individualisering voedt thema's als vraagsturing en eigen verantwoordelijkheid. Informatisering vertaalt zich o.a. in de ontwikkeling van telemedecine, het EPD en het vergaren van informatie via internet. Internationalisering leidt tot ruimere mogelijkheden voor grensoverschrijdende zorg, zowel door aanbieders als zorgvragers.

De informalisering beïnvloedt de verhouding tussen zorgverlener en patiënt en vraagt goede communicatieve vaardigheden van de zorgverlener. Intensivering leidt ertoe dat de belevingskwaliteit een belangrijke rol gaat spelen bij de bouw, inrichting en serviceconcepten van ziekenhuizen.

Deze vijf trends hebben één ding gemeen: ze dragen ertoe bij dat de zorgvrager meer en meer in de lead zal zijn. De zorgvrager ontwikkelt zich tot een assertieve, zelfsturende burger die steeds beter geëquipeerd is om zich goed te informeren en zelf zijn/haar keuzes te maken.

⁸ Sociaal Cultureel Planbureau, Het zestiende Sociaal Cultureel rapport, Den Haag, 2004

2.1.4 Technische ontwikkelingen

Technische ontwikkelingen zijn zeker voor de academische ziekenhuiszorg cruciaal en het ontwikkelen en implementeren van dergelijke nieuwe toepassingen is een van de core-activiteiten van de academische ziekenhuizen. Medisch technologische ontwikkelingen maken voortdurend nieuwe behandelingen mogelijk en leiden tot veranderingen in zorgprocessen, behaalde resultaten en gerealiseerde kosten.

Technische ontwikkelingen die het afgelopen decennium tot grote veranderingen in de zorg hebben geleid, zijn bijv. de minimaal invasieve operatietechnieken, ontwikkelingen in de prenatale diagnostiek en de genentechnologie.

Nieuwe mogelijkheden en de daarmee samenhangende kosten in verhouding tot het gerealiseerde resultaat leiden met regelmaat tot discussie over kosteneffectiviteit en kwaliteit van leven.

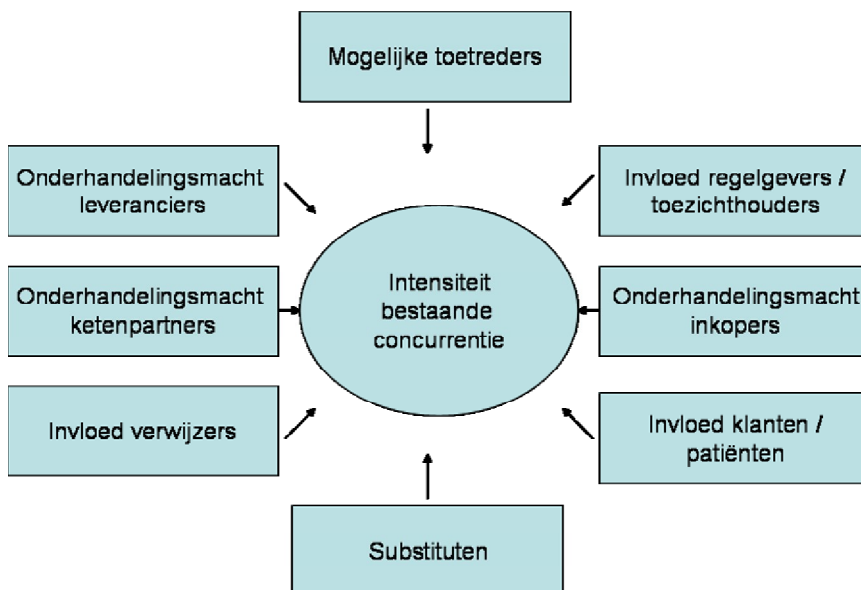
De voortschrijdende medisch technische kennis leidt in de academische setting vaak tot enerzijds een zo hoge mate van gespecialiseerde kennis dat er een unieke marktpositie ontstaat, anderzijds tot zo hoge investeringskosten dat financiering problematisch is.

De ontwikkelingen in communicatietechnologie hebben de wereld veel kleiner gemaakt. De beschikbaarheid van informatie en de mogelijkheid van telemedecine leidt tot nieuwe mogelijkheden om de markt te benaderen en doorbreekt de traditionele locale en regionale marktindeling. De zorgmarkt is nationaal en zelfs internationaal.

2.2. Bedrijfstakanalyse Kinderziekenhuizen in Nederland

2.2.1 Inleiding

In deze paragraaf maken wij een analyse van de externe partijen en krachten die de zorgaanbieders in deze bedrijfstak beïnvloeden. Wij gebruiken hierbij het bedrijfstak analysemodel van Porter, dat in onderstaande figuur schematisch is weergegeven in een bewerking voor de zorgsector⁹.



Figuur 2.1.

⁹ Engelsen, B., C. van Beek, G. Blijham, Marketing voor zorgverleners, Houten 2007.

2.2.2 Macro-omgeving

De kindergeneeskundige en kinderchirurgische zorg in de Nederlandse ziekenhuizen is voor een belangrijk deel geconcentreerd in de acht academische ziekenhuizen. Het betreft een relatief kleine bedrijfstak waarbij een nauwe regionale samenwerking bestaat met de kinderartsen in de periferie. Specifiek voor de kindergeneeskunde in vergelijking met bijvoorbeeld de interne geneeskunde is dat deelspecialismen geheel geconcentreerd zijn in de universitaire centra. Kindercardiologie, -nefrologie, -oncologie e.a. specialisaties zijn niet voorhanden in de periferie. Daar zijn voornamelijk algemeen kinderartsen werkzaam. Ongeveer de helft van alle Nederlandse kinderartsen is in de academische ziekenhuizen werkzaam.

Van deze 8 centra zijn er vijf geconcentreerd in de Randstad, waarvan 2 in Amsterdam.

Op een bevolking van 17 miljoen mensen zijn op dit moment dus 8 academische kindercentra, d.w.z 1 per 2,1 miljoen.

Ter illustratie is onderstaand de spreiding van de centra over Nederland aangegeven.



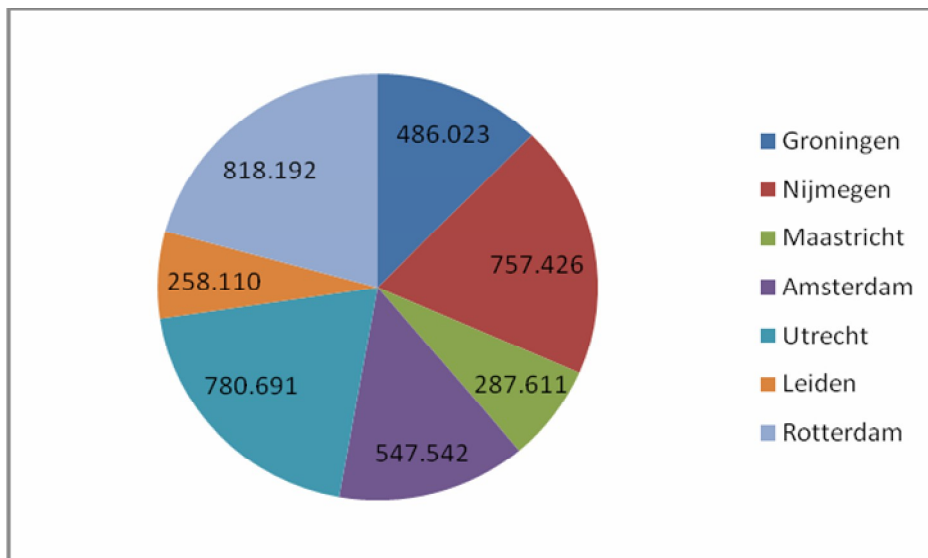
Figuur 2.2. Regionale spreiding kinderziekenhuizen(afdelingen) in Nederland

Op basis van de bevolkingsgegevens van het CBS hebben we een grove inschatting gemaakt van de omvang van de markt o.b.v. geografische ligging. Daarbij hebben wij per provincie een schatting gemaakt van welk percentage van de bevolking op welk UMC gericht is.

UMC	Groningen	Nijmegen	Maastricht	Utrecht	Rotterdam	Leiden	A'dam
Provincie							
Groningen	100%						
Friesland	100%						
Drenthe	100%						
Overijssel	30%	40%		30%			
Flevoland				20%			80%
Gelderland		70%		30%			
Utrecht				80%	10%		10%
Noord-Holland				15%		15%	70%
Zuid-Holland				10%	70%	20%	
Zeeland					100%		
Noord-Brabant		40%	20%	20%	20%		
Limburg		30%	70%				

Tabel 2.1. Schatting patiëntenstroom vanuit verschillende provincies naar academische centra

Als we deze tabel vertalen naar een verdeling van de markt van de 0 tot 20-jarigen geeft dit het volgende beeld, waarbij opgemerkt wordt dat er in Amsterdam twee academische kindercentra zijn.



Figuur 2.2. Inschatting adherentieverdeling voor 3^e lijnszorg o.b.v de bevolking van 0 tot 20 jaar (CBS - 2008)

Bij bovenstaande grafiek dient de kanttekening gemaakt te worden dat deze informatie m.n. relevant is voor de derde lijnszorg. Hiervoor zijn in de regio geen andere aanbieders beschikbaar. De geografische markten voor tweedelijnszorg geven een heel ander beeld. Hier spelen lokale bevolkingsdichtheid en de aanwezigheid van andere aanbieders een rol.

De ontwikkeling van nieuwe technologieën en de introductie van nieuwe behandelmethoden heeft ertoe geleid dat deze bedrijfstak in de afgelopen 20 jaar een geweldige groei heeft doorgemaakt. De overlevingskansen van kinderen met aangeboren afwijkingen en prematuur geboren kinderen zijn enorm toegenomen. Dit betekent wel dat er een groep van chronische, vaak multi systeem zieke patiënten is ontstaan (vaak met aangeboren afwijkingen) die veelal langdurig onder behandeling van een gespecialiseerde kinderarts in een universitair centrum is.

De totale populatie is (in vergelijking met de volwassen specialismen) klein met een breed spectrum aan ziektebeelden. De zorg voor deze kinderen vraagt uiteenlopende expertise binnen een centrum en een nauwe relatie met wetenschappelijk onderzoek.

Een ander opvallend kenmerk van de zorg voor kinderen is dat de medische zorg meer dan in andere disciplines gepaard gaat met pedagogische, psychologische en paramedische (diëtetiek, logopedie, fysiotherapie) begeleiding. Dit alles maakt de academische zorg voor kinderen tot een kostbare aangelegenheid, die op dit moment voor een groot deel gefinancierd wordt uit de zgn. academische component.

De bedrijfstak opereert traditioneel meer vanuit de inhoudelijke expertise en deskundigheid die zij te bieden heeft (aanbodgericht) dan vanuit de markt. In de regio zijn de spelers m.u.v. Amsterdam monopolisten; patiënten hebben dus feitelijk geen vrije keus in de zorgaanbieder.

De veranderende financiering van de ziekenhuiszorg en de zich ontwikkelende marktwerking is op dit moment voor de academische kindergeneeskunde nog nauwelijks concreet.

Een minimaal percentage van de geleverde zorg (<5%) valt onder het vrijgegeven deel van de DBC's (het zgn. B-segment). Wel zorgt de oprukkende marktwerking voor een groeiende onrust in de bedrijfstak. Er komt een groter kostenbewustzijn, er wordt gezocht naar niches in de markt en de verschillende centra proberen zich te verzekeren van een stevige positie binnen de eigen instelling en binnen de landelijke setting. Er is breed in de bedrijfstak ongerustheid over de kwetsbare positie van de ziekenhuiszorg voor kinderen in de huidige financieringsstructuur.

2.2.3. Concurrentie in de bedrijfstak

Concentratie

Op hoofdlijnen is er overeenstemming over de adherentiegebieden van de verschillende centra. Concurrentie vindt plaats om verwijzingen uit de perifere ziekenhuizen die zich geografisch aan de rand van een adherentiegebied bevinden. Een aantal, vaak vergunningsgebonden functies worden landelijk maar in twee, drie of vier centra uitgevoerd. De onderlinge concurrentie spitst zich vooral toe op deze specifieke superregionale functies (bijv. beenmerg transplantatie, ECMO¹⁰, hartoperaties en kinderdialyse).

Op dit moment houdt de discussie over landelijke concentratie van de kinderoncologie en de kinderhartchirurgie de bedrijfstak in haar greep. Een commissie adviseert de minister medio 2009 over concentratie van de hartchirurgie in waarschijnlijk twee, maximaal drie centra. De landelijke stichting voor kinderoncologie ontwikkelt een plan voor één kinderkankerziekenhuis.

¹⁰ Hart long machine voor neonatale kinderen

Productdifferentiatie

De productdifferentiatie verschilt per academisch centrum. De grotere centra hebben een breed pallet aan subspecialismen, waarbij de een andere speerpunten heeft dan de ander. Expliciet afstoten van activiteiten om zich te specialiseren op andere zaken is tot op heden maar minimaal gebeurd. In het vakgebied vindt wel een toenemende specialisatie binnen de verschillende deelgebieden plaats, vergelijkbaar met de ontwikkeling van de zelfstandige specialismen binnen de interne geneeskunde.

Er is wel een verschil in welke mate men zicht richt op de tweede lijns zorg. Sommige centra, m.n. Nijmegen zijn hierin tot op heden zeer terughoudend geweest. Andere academische centra opereren wel actief op deze markt.

Overcapaciteit

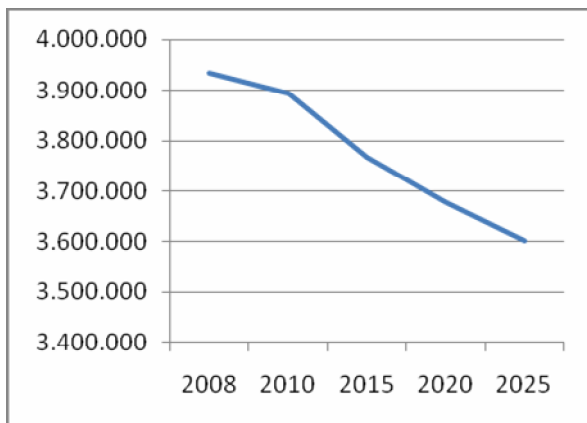
Zonder een goede definitie van overcapaciteit is het moeilijk om hier harde uitspraken over te doen. Kijken naar de adherentieverdeling in figuur 2.2., kun je daar je vragen bij stellen. De twee centra in Amsterdam en de centra in Leiden en Maastricht hebben een significant kleinere doelgroep dan de andere centra.

Bedrijfseconomisch en ook uit oogpunt van kwaliteit kun je je afvragen of hier sprake is van een doelmatige inzet van capaciteit. Fluctuaties in de zorgvraag moeten lokaal opgevangen kunnen worden en er moet voldoende medische en verpleegkundige capaciteit en expertise zijn om een 24-uurs beschikbaarheid adequaat te kunnen invullen. Ditzelfde geldt voor de aanwezige vaak dure infrastructuur.

Vanuit deze zienswijze is er landelijk wel sprake van overcapaciteit en daarmee gepaard gaande hoge vaste lasten t.o.v. de variabele kosten. Verdere concentratie zal leiden tot een kleinere noodzakelijke capaciteit en een andere verhouding tussen vaste en variabele kosten.

Ontwikkeling van de vraag

De vraag naar academische zorg voor zieke kinderen zal blijven. De ontwikkeling van het volume is moeilijk in te schatten. De CBS prognose tot 2025 laat een daling van bijna 9% zien in de leeftijdsgroep van 0 tot 20.



Figuur 2.3. Prognose ontwikkeling omvang leeftijdsgroep 0-20 jaar in Nederland tot 2025 (CBS-2008)

De ontwikkeling van deze vraag is behalve van deze demografische ontwikkeling sterk afhankelijk van de toename van behandelmogelijkheden, maar ook van ontwikkeling van een aantal ethische discussies. Enerzijds zien we dat sommige

patiënten als gevolg van de ontwikkelingen in de prenatale diagnostiek niet meer geboren worden, anderzijds is de behandelgrens voor prematuur geboren kinderen verlaagd van 26 naar 24 weken, wat leidt tot een intensieve zorgvraag. Ook ontwikkelen de mogelijkheden van de medische wetenschap zich zo, dat veel kinderen die voorheen aan hun aandoening overleden, nu de volwassen leeftijd bereiken. Dit gaat gepaard met een grote, vaak langdurige en complexe zorgvraag. Interessante vraag is hoe de zorgvraag voor de periferie zich zal ontwikkelen. De landelijke trend dat opnameduur in ziekenhuizen zo kort mogelijk moet zijn, zien we uitvergroot bij de kindergeneeskunde. Als het enigszins medisch verantwoord is wordt een kind niet opgenomen, maar in dagbehandeling of poliklinisch behandeld. Op het moment dat opname onvermijdelijk is, is in veel gevallen academische zorg nodig. We zien in de perifere ziekenhuizen dan ook een dalende vraag naar klinische zorg voor kinderen. Dit leidt tot een overcapaciteit in de perifere ziekenhuizen.

Concurrentie op de arbeidsmarkt

Het aantrekken van de veelbelovende academische kinderartsen of toponderzoekers of clinici is een belangrijke succesfactor. De rivaliteit in de bedrijfstak is hier groot en op dit terrein wordt openlijk geconcentreerd.

2.2.4 Toetreding van nieuwe concurrenten

De barrières om tot deze bedrijfstak toe te treden zijn hoog, zo niet onneembaar voor een nieuwe speler van buiten de bedrijfstak.

- Kapitaal. Een academisch (kinder)ziekenhuis vergt een dure infrastructuur. Er zijn kostbare bouwkundige voorzieningen, medische apparatuur en diagnostische faciliteiten nodig. Dit vraagt een groot startkapitaal.
- Expertise. Om academische zorg aan kinderen te kunnen aanbieden heb je zeer specifieke expertise nodig in verschillende gebieden. Deze expertise is niet in korte tijd te ontwikkelen en ook niet in de noodzakelijke omvang op de arbeidsmarkt beschikbaar. Academische zorg vraagt nabijheid en samenhang met wetenschappelijk onderzoek. Een universitaire context is onmisbaar.
- Overheidsregulering Er is een erkenning van overheidswege nodig om een ziekenhuis te beginnen. Daarnaast is een aantal specifieke behandelingen aan vergunningen gebonden.
- Schaalgrootte. Gezien de forse investeringen en de expertise die nodig is, is een bepaalde schaalgrootte vereist om de te realiseren productie betaalbaar en kwalitatief op niveau te houden. Kijkend naar de omvang van de markt (het aantal patiënten per aandoening) is het betreden van deze markt zonder een financiële bijdrage uit het academische budget uit bedrijfseconomische overwegingen niet interessant.

Toetreden van een nieuwe speler tot de bedrijfstak in de volle breedte van een kinderziekenhuis lijkt gezien de barrières zeer onwaarschijnlijk. Wel is er een aantal ontwikkelingen, dat de bedrijfstak grondig zouden kunnen veranderen.

- Als de oprichting van een landelijk kinderoncologisch ziekenhuis doorgang vindt dan zal dit een enorme impact hebben op de kinderziekenhuizen, die daarmee een essentieel onderdeel van hun core business verliezen (zie ook hoofdstuk 5). Een trend naar verschuiving van full facility kinderziekenhuizen naar mono disciplinaire behandelcentra wordt daarmee ingezet.
- Geprotocolleerde specialistische zorg die grotendeels poliklinisch te behandelen is en waar de patiëntengroep groot genoeg is (bijv. diabetes en astma) kan vrij eenvoudig vanuit aparte behandel- en expertisecentra worden geleverd. De bovengenoemde barrières gelden voor deze zorg niet. De benodigde investeringen zijn niet groot en daardoor kunnen initiatieven kleinschalig

opgestart worden. Het verkrijgen van een vergunning is relatief gemakkelijk. De juiste expertise is wel een belangrijke voorwaarde. Een blijvende relatie en back up (ook voor de klinische zorg) vanuit de universitaire centra lijkt daarmee voor de hand liggend.

- Vanuit de academische ziekenhuizen zelf verschijnen wel nieuwe spelers op deelgebieden van de kindergeneeskunde. “Volwassen” specialismen kunnen vanuit het oogpunt van schaalgrootte en kosteneffectiviteit een bedreiging vormen voor delen van de bedrijfstak. Congenitale hartafwijkingen, Intensive Care, Dialyse). Gezien de groei van het aantal adolescenten met aangeboren afwijkingen, dat de volwassen leeftijd bereikt, ligt daar ook een kans voor de kinderspecialismen om haar bereik te vergroten. De kinderspecialisten beschikken over unieke expertise, die bij de specialisten voor volwassenen ontbreekt.

2.2.5 Bedreiging door substituten

Substituten voor de door de universitaire centra geleverde zorg zijn niet echt beschikbaar. Wel zal een deel van de behandelingen naar de thuissituatie kunnen worden verplaatst (dialyse, diabetes). Dit is in mijn ogen echter meer een ontwikkeling, die plaatsvindt op initiatief en onder regie van academische centra dan een substituuut. Voor de hooggespecialiseerde academische zorg is geen substituuut beschikbaar.

2.2.6 Onderhandelingspositie van leveranciers

De leveranciers van de bedrijfstak zijn te onderscheiden in verschillende groepen:

- leveranciers van financiële middelen
- leveranciers van arbeid
- verwijzers/ketenpartners (leveranciers van patiënten)

Leveranciers van financiële middelen

De financiering van de academische zorg voor kinderen komt voor een deel van de ziektekostenverzekeraars. Binnen de huidige regelgeving waarin de productie wordt afgerekend via de genormeerde systematiek van functiegerichte budgettering is hier nog nauwelijks sprake van onderhandelingen. Het deel van de kosten dat uit productieopbrengsten wordt gefinancierd is relatief (te) klein. De bedrijfstak leunt sterk op financiering uit de academische budgetten. Daarmee is er een sterke afhankelijkheid van de besturen van academische ziekenhuizen en de waarde die zij toekennen aan het kinderziekenhuis binnen hun bedrijf.

In de nabije toekomst, waarin marktwerking een nadrukkelijker rol zal gaan spelen en ziekenhuizen tarieven voor DBC's met ziektekostenverzekeraars moeten uitonderhandelen, zal dit beeld mogelijk veranderen. In Oost Nederland en Noord Nederland zijn resp. Nijmegen en Groningen de enige aanbieders op het gebied van de academische ziekenhuiszorg voor kinderen. Het is te verwachten dat verzekeraars deze zorg aan hun klanten in de regio willen blijven aanbieden en ook bereid zijn daar voor te betalen. De overstapkosten voor de ziektekostenverzekeraar zijn dus hoog. In het westen van het land, waar in Amsterdam (zelfs 2), Rotterdam, Utrecht en Leiden verschillende centra relatief dicht bij elkaar liggen, is de onderhandelingsmacht van de verzekeraars groter en kan deze mogelijk ook sturend optreden als het gaat om concentratie van bepaalde behandelingen.

De opstelling van ziektekostenverzekeraars tegenover het initiatief voor één kinderkankerziekenhuis is uitermate interessant en mogelijk van doorslaggevend belang bij het doorgang vinden van dit initiatief. In een discussie over kwaliteit versus bereikbaarheid zal de eerste doorslaggevend zijn.

De universitaire kindercentra hebben een goede toegang tot de “fundraising”. In de samenleving blijkt er breed bereidheid te bestaan om extra middelen te doneren voor de zorg voor zieke kinderen. Dit geeft de bedrijfstak goede mogelijkheden om inkomstenbronnen uit te breiden. Wel geldt dat hier geconcentreerd moet worden met andere goede doelen en dat “deze leveranciers” eenvoudig een ander doel voor de besteding van middelen kunnen kiezen. Feitelijk is dit een ‘onbetrouwbare leverancier’, waarbij de onderhandelingsmacht van de bedrijfstak beperkt is.

Leveranciers van arbeid

De arbeidsmarkt voor de zorg is sterk conjunctuurgevoelig. De huidige krapte op de arbeidsmarkt is ook in het kinderziekenhuis merkbaar. Binnen zowel de medische als verpleegkundige arbeidsmarkt hebben de kinderziekenhuizen een goede onderhandelingspositie. Het werken met en voor kinderen blijkt een factor met aantrekkingskracht. Op het moment dat de arbeidsmarkt krappert, is deze bedrijfstak een van de laatste die daar hinder van ondervindt. Op dit moment ontbreekt het de bedrijfstak aan voldoende gekwalificeerd verpleegkundig personeel, omdat er opleidingstechnisch onvoldoende geanticipeerd is op de uitstroom. Er is echter voldoende aanbod van verpleegkundigen die opgeleid willen worden tot gespecialiseerd kinderverpleegkundige.

Verwijzers/ketenpartners

Traditioneel zijn verwijzend kinderartsen en huisartsen de belangrijkste leveranciers. Een goede relatie en voldoende beschikbare capaciteit zijn belangrijke voorwaarden om de leverancier te binden. De onderhandelingspositie van deze leveranciers is afhankelijk van de aanwezigheid van alternatieven. Perifere verwijzers die geografisch aan de rand van het adherentiegebied zitten hebben een sterkere onderhandelingspositie.

Voor kinderziekenhuizen die zich ook sterk op de 2^e lijnszorg richten, is de huisarts een belangrijke leverancier van patiënten (2^e lijns zorg). In deze situatie is de onderhandelingspositie van de leverancier sterk, omdat bij keuze tussen verschillende ziekenhuizen in bijv. dezelfde stad de overstapkosten voor de leverancier laag zijn.

In toenemende mate is de patiënt (in dit geval de ouder) aan zet; ouders informeren zich via internet en proberen te achterhalen waar zij de beste zorg voor hun kind kunnen krijgen en zullen toenemend invloed eisen op de keuze voor de instelling waar zij hun behandeld willen worden.

2.2.7 Onderhandelingspositie van afnemers

De afnemers van de bedrijfstak zijn te onderscheiden in:

- afnemers van zorg (patiënten en zorgverzekeraars)
- afnemers van expertise (kinderartsen uit de periferie)
- invloed van regelgevers/toezichthouders

Afnemers van zorg

De onderhandelingsmacht van patiënten is historisch beperkt. Het belang van de dienst voor de patiënt is groot en er zijn geen andere aanbieders in de nabije omgeving. Overstappen naar een andere zorgaanbieder betekent een grote reisafstand. Bovendien beschikken patiënten meestal niet over voldoende inhoudelijke kennis om een afgewogen keuze voor een andere zorgaanbieder te maken. Het betekent dus dat de overstapkosten voor een patiënt hoog zijn.

Wel constateren we een toenemend kritisch bewustzijn en toename van kennis en mogelijkheden. Ouders van patiënten organiseren zich in patiëntenverenigingen, benutten de kanalen om ontevredenheid te uiten en zijn bereid de publiciteit te zoeken of juridische stappen te ondernemen indien zij zich niet gehoord voelen.

Hiermee heeft de patiënt zijn onderhandelingspositie danig versterkt. Sterke voorbeelden zijn bijv. de Vereniging Kind en Ziekenhuis en de VOKK (Vereniging Ouders van Kinderen met Kanker). Kind en Ziekenhuis heeft door het instellen van zgn. Smileys een kindvriendelijkheidskeurmerk voor ziekenhuizen geïntroduceerd, waarmee ziekenhuizen zich nu actief mee profileren. De VOKK is nauw betrokken bij het initiatief voor concentratie van de kinderoncologie.

De zorgverzekeraars zijn leveranciers van kapitaal maar tegelijkertijd belangrijke afnemers. De argumenten genoemd in de paragraaf over leveranciers gaan ook hier op. De onderhandelingspositie van de zorgverzekeraars zal de komende jaren sterker worden. De verzekeraars zullen vragen om meer inzicht in de kostenopbouw en kwaliteit van geleverde zorg. Dit vraagt van de bedrijfstak meer aandacht voor transparantie over kwaliteit van geleverde zorg, kostenbeheersing, en patiënttevredenheid.

De vraag is hoe prijsgevoelig deze producten zullen blijken te zijn. Het belang van dit product is voor de klanten van de zorgverzekeraars heel groot, de vraag is niet gerelateerd aan de prijs, en er is geen direct alternatief voorhanden. Zoals boven aangegeven ziet dit veld in het westen van het land er anders uit dan in het noorden (Groningen), oosten (Nijmegen) en zuiden (Maastricht). In het westen is de onderhandelingspositie van de zorgverzekeraar sterker door de aanwezigheid van meerdere aanbieders.

Afnemers van expertise

Voor kinderartsen in de periferie is de samenwerking met de academische centra essentieel. Patiënten worden vaak in gezamenlijkheid behandeld. Kinderartsen in de periferie zijn voor hun kennisontwikkeling voor een belangrijk deel aangewezen op de academische centra. De mate waarin deze centra zich hiervoor inzetten en de kwaliteit van de geleverde diensten zal bepalend zijn voor de klanttevredenheid. Ook hier geldt dat de onderhandelingspositie sterk bepaald wordt door de aanwezigheid van alternatieven. Geografische ligging is hierbij nog altijd een bepalende factor.

Dit laatste is aan verandering onderhevig. Beschikbare expertise wordt een belangrijker argument dan geografische afstand en door de toegenomen mogelijkheden van de communicatietechnologie (o.a. teleconsultatie en videoconferencing) wordt afstand minder relevant.

Invloed van regelgevers/toezichthouders

Met name voor de academische functie is de invloed van de minister van VWS groot. Een aantal activiteiten zijn vergunningsgebonden en mogen slechts worden uitgevoerd door die instellingen waar de minister toestemming aan heeft verleend. De laatste jaren heeft bijv. rondom de vergunningen voor het verrichten van stamceltransplantaties bij kinderen en een ECMO-voorziening voor neonaten een pittige concurrentiestrijd plaatsgevonden.

Ook in het huidige concentratiedebat over de kinderoncologie, de kindercardiochirurgie en in een volgend stadium mogelijk over de kindernefrologie en de kinderchirurgie zal een ministerieel besluit verstrekken gevolgen hebben voor de bedrijfstak.

2.2.8 Conclusie

Op basis van de bedrijfstakanalyse volgens het model van Porter zijn een aantal conclusies te trekken:

- De bedrijfstak van de academische kindziekenhuizen is nog altijd een sterk gereguleerde markt, waarbij sprake is van grote overheidsinvloed en waarbinnen concurrentie op prijs en kwaliteit nog niet plaatsvindt. Het betreft een bedrijfstak, die niet kostendekkend werkt en financieel afhankelijk is van de Raden van Bestuur van de UMC's.
- De betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg zal door voortschrijdende specialisatie en voortdurende toename van de technische mogelijkheden verder onder druk komen te staan. Dit zal leiden tot concentratie en op een aantal punten mogelijk ook tot verticale integratie (overname van tweedelijns zorg uit de periferie). De discussies over kinderoncologie en cardiochirurgie beheersen op dit moment de sector
- Concurrentie binnen de bedrijfstak was historisch nauwelijks aanwezig, maar neemt door de marktontwikkelingen en concentratiebewegingen snel toe. De concurrentie spitst zich toe op het werven en binden van topprofessionals en op het verwerven cq behouden van de specialismen waar concentratie te verwachten is.
- Gezien de focus op kosten, kwaliteit en patiënttevredenheid, die op dit moment dominant is in de zorgsector wordt de onderhandelingspositie van afnemers en leveranciers, die van oudsher in deze bedrijfstak zwak was, sterker. Dit blijkt bijv. uit de invloed van patiëntverenigingen (VOKK en Kind en Ziekenhuis) en de houding van de overheid en de verzekeraars t.o.v. de concentratie-initiatieven.
- De toetredingsbarrières zijn hoog, maar op deelgebieden zullen andere zorgaanbieders zich in de markt begeven. Een voorbeeld daarvan is Diabeter, een zelfstandig behandelcentrum voor kinderen met diabetes.
- Er dienen zich nieuwe inhoudelijke (Obesitas, ADHD, Autisme, Gentherapie) en geografische (Europa) markten aan.
- De toenemende deelspecialisatie en de groei van de adolescentenpopulatie met chronische aandoeningen versterken de relaties met de specialisten voor volwassenen. Hier liggen kansen en bedreigingen.

Op basis van bovenstaande bevindingen benoemen wij een aantal determinanten die ons inziens bepalend zijn voor toekomstig succes:

- positionering tegenover de financiers en beslissers die gaan over keuzes van concentraties
- het creëren van voldoende schaalgrootte
- het binden van topprofessionals
- het binden van verwijzende kinderartsen
- het creëren van onderscheidend vermogen door profilering op behandelresultaten en patiënttevredenheid

In de volgende paragraaf zullen wij aan de hand van interviews onderzoeken hoe een viertal kindziekenhuizen zich in dit veranderende veld strategisch voorbereiden op hun positionering.

2.3 Positionering in de bedrijfstak – bevindingen uit het veldwerk

2.3.1. Inleiding

In het kader van deze thesis hebben wij het management (afdelinghoofden / managers bedrijfsvoering) van vier academische centra geïnterviewd om te onderzoeken op welke wijze de spelers in de bedrijfstak zich verhouden tot de gesignaleerde ontwikkelingen in de zorg en meer specifiek in de bedrijfstak.

Wij hebben geïnterviewd aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage 1) die is opgesteld binnen het kader van het 6 C-model. In bijlage 2 vindt u een gedetailleerde verslaglegging van de interviews. In dit hoofdstuk vatten wij de conclusies uit de interviews samen aan de hand van de volgende items:

- Is er een sterk bewustzijn van ontwikkelingen in de sector en de kansen en bedreigingen die dit met zich meebrengt.
- Wordt er bewust een marktgericht strategisch beleid gevoerd? Is er een heldere missie en zijn er strategische doelstellingen geformuleerd? Zo ja, hoe ziet dat er uit?
- Is hierbij sprake van een duidelijke basisstrategie (Treacy en Wiersema)?
- Is er voldoende aandacht voor de benodigde competenties om de ambities waar te maken?
- Is de interne organisatie voldoende toegerust om de ambities waar te maken?
- Leidt dit tot een onderscheidend profiel binnen de bedrijfstak?

2.3.2 Samenvatting bevindingen uit interviews

Ziekenhuis 1

Dit ziekenhuis is gelegen in de Randstad, heeft een groot adherentiegebied en een historisch sterke merknaam. Deze merknaam is tot op heden geen onderdeel van geplande strategie. Is de grootste speler in de bedrijfstak en biedt een breed pallet van derde en tweede lijnszorg aan. Beschikt over het grootste kinderoncologisch centrum van Nederland.

Dit ziekenhuis is zich wel bewust van de ontwikkelingen in de sector en de kansen en bedreigingen die dit met zich meebrengt, maar er is geen sterk beleid op uitgezet. Als grootste bedreiging op dit moment wordt de krimp in beschikbare budgettoewijzing vanuit de Raad van Bestuur beschouwd.

De indruk ontstaat dat men haar eigen positie in de externe markt als comfortabel inschat en overtuigd is van de sterke marktpositie. Er is dan ook geen sprake van het ontwikkelen van nieuwe activiteiten of streven naar uitbreiding van de regio.

Er is geen expliciete missie en/of strategie geformuleerd, maar er wordt aangegeven dat de nadruk zal liggen op specialisatie en samenwerking. Hoe dit geconcretiseerd gaat worden maakt men niet expliciet, maar men relateert dit wel met de concentratiediscussie voor de oncologie en de cardiochirurgie. Deze samenwerking lijkt gezocht te worden met ziekenhuis 2.

De cultuur van de organisatie is naar binnen gericht; men omschrijft het als behoudend, maar met een groot wij-gevoel. Opvallend is dat men de Raad van Bestuur (krimpende budgetten) als eerste stakeholder noemt. Men is zich ervan bewust dat communiceren van sterke punten naar buiten en het actiever gebruik maken van de sterke merknaam aandacht verdient.

Men geeft aan dat het onderscheidend vermogen de komende jaren ligt op optimalisatie van prijs en kwaliteit. Kwaliteitsinvestering zal m.n. gericht zijn op al bestaande speerpunten waarbij door allianties optimalisatie gerealiseerd kan worden.

Ziekenhuis 2

Dit ziekenhuis is gelegen in het centrum van het land, heeft eveneens een groot adherentiegebied en een historisch sterke merknaam, waarvan men zich goed bewust is. Gezien de centrale ligging zijn er wel meerdere academische centra en dus concurrenten in de nabijheid. Dit centrum biedt eveneens een breed pallet van derde en tweede lijnszorg aan.

Dit ziekenhuis is zich sterk bewust van de ontwikkelingen in de sector en geeft expliciet een aantal ontwikkelingen aan: demografisch (veel migranten met grote gezinnen en specifieke ziektebeelden, nieuwe ziektebeelden (obesitas, ADHD, autisme) en internationalisering.

Men is zich sterk bewust van de concurrentiepositie, beschouwt de ziekenhuizen in de Randstad als belangrijkste concurrenten en benoemt personeel (het hebben van de beste mensen) als cruciale succesfactor.

De missie wordt omschreven als een integraal kindvriendelijk ziekenhuis met een breed aanbod van speerpunten. De strategische doelen zijn gericht op excellente uitvoering van processen en het krijgen en behouden van de beste mensen.

De visie van dit ziekenhuis is gericht op concentratie tot enkele academische ziekenhuizen waarvan maar 1 of 2 zich kunnen meten met de Europese top. Zij willen nadrukkelijk tot deze top 2 behoren. Men wil een breed aanbod blijven houden, maar met een nadrukkelijke focus op speerpunten. Coalitievorming is daarbij een logische volgende stap.

De beschikking hebben over toptalent en de daarbij horende drive, het gestructureerd werken en het empathisch vermogen van medewerkers worden als belangrijkste kerncompetenties genoemd.

De kernwaarden van het kinderziekenhuis zijn dezelfde als die voor het hele UMC, maar wel expliciet benoemd: grenzen verleggen, zorgen voor mensen en kennis delen.

Er wordt actief gebruikt gemaakt van instrumenten om succes te meten (klanttevredenheid, verwijzer opinies etc). De behoefte bestaat om ook behandelresultaten van patiëntenzorg te meten, maar de instrumenten hiervoor zijn nog onvoldoende beschikbaar.

Het onderscheidend vermogen ligt voor dit ziekenhuis in het hebben van toptalent en het ontwikkelen van diepgaande expertise op de speerpuntgebieden.

Ziekenhuis 3

Dit ziekenhuis is gelegen in de Randstad en deelt haar adherentiegebied, dat wat kleiner is dan dat van de overige drie ziekenhuizen met een ander academisch ziekenhuis, waar ook een academische kinderafdeling is gevestigd. Heeft ook een historische merknaam en biedt eveneens een breed pallet van derde en tweede lijnszorg aan.

Dit ziekenhuis geeft in de antwoorden op vragen tijdens het interview niet de indruk sterk bezig te zijn met de ontwikkelingen breder in de sector. Druk op de budgetten en schaarste aan personeel zijn de belangrijkste veranderingen die men signaleert.

Als concurrent wordt m.n. het nabij gelegen centrum genoemd naast de andere centra in de Randstad. Inzicht in eigen marktaandeel en dat van de concurrent werd niet duidelijk tijdens het interview.

Evenals in ziekenhuis 2 wordt veel nadruk gelegd op de "battle of talent", het werven en behouden van de beste mensen, en op hop het besturen van processen.

De missie is niet expliciet geformuleerd, men is bezig met het herformuleren van de visie. De nadruk daarbij ligt naast genezen op de levenskwaliteit van chronisch zieke kinderen. Op dit moment wordt het ziekenhuis verbouwd, waarbij veel aandacht wordt geschonken aan goede faciliteiten voor kinderen en hun familie, zodat het verblijf zo aangenaam en optimaal mogelijk verloopt.

De cultuur wordt omschreven als sociaal, informeel, laagdrempelig en verantwoordelijk. Bij de vraag naar core competenties worden betrokkenheid en benaderbaarheid genoemd.

Onderscheidend is dit ziekenhuis in de wijze waarop zij haar maatschappelijke verantwoordelijkheid invult en zieke kinderen ondersteunt bij hun sociale en maatschappelijke ontwikkeling.

Ziekenhuis 4

Dit ziekenhuis is gelegen in het oosten van het land, heeft een groot adherentiegebied en heeft zich de afgelopen jaren gekenmerkt door groei. Dit ziekenhuis biedt m.n. derde lijnszorg aan en heeft in de wijde regio nauwelijks concurrentie. Het beschikt over goede faciliteiten in een nieuw gebouw. Heeft historisch geen merknaam.

Dit ziekenhuis is zich sterk bewust van veranderingen in de sector. Men signaleert een toename van het aantal chronisch zieken, een toenemend klantenbewustzijn, meer behoefte aan integrale zorg. Expliciet wordt noodzaak van concentratie van activiteiten benoemd om volume te creëren en expertise te verdiepen.

Dit centrum benadrukt het belang van samenwerking met de regionale ziekenhuizen en ziet mogelijkheden voor een sterke regierol voor de academische centra.

Men beschouwt ziekenhuis 2 het meest direct als concurrent. Als kritische succesfactor wordt ook hier excellent personeel genoemd.

Aan werving en opleiding van personeel wordt veel aandacht besteed. High potentials worden zo vroeg mogelijk gescout en er vindt selectie plaats aan de hand van competentietesten.

De visie van dit centrum is gericht op het ontwikkelen tot een internationaal vooraanstaand centrum voor excellente derdelijns zorg. Daarnaast wil men een innovatieve bijdrage leveren aan onderwijs en opleiding van toekomstige zorgverleners én wil men tot de internationale top behoren voor het onderzoek op een aantal speerpunt gebieden.

Er is een begin gemaakt met het benaderen van de Duitse markt door het opleiden van Nederlandse kinderartsen in Duitse ziekenhuizen en samenwerkingsprojecten met ziekenhuizen over de grens.

Er wordt actief gebruik gemaakt van instrumenten om succes te meten (klant,- en medewerkertevredenheid, output van onderzoek, studentevaluaties).

Onderscheidend voor dit centrum is de gunstige geografische ligging(grote regio en aan Duitse grens) en de nieuwbouw met goede faciliteiten. Men streeft ernaar zich de komende jaren te onderscheiden door het ontwikkelen van prestatie indicatoren en het transparant maken van de geleverde prestaties en door een grote klanttevredenheid.

Men streeft naar een merknaam en werkt aan een marketingplan waarmee (inter)nationale profilering gerealiseerd kan worden.

2.3.3 Conclusies

Op basis van de interviews kunnen we de volgende conclusies trekken:

- Er is een slechts een beginnend bewustzijn van marktwerving. Klantoriëntatie is bij geen van de geïnterviewde partijen heel sterk ontwikkeld. Er is in de meeste gevallen sprake van een naar binnen gerichte, sterk productgeoriënteerde cultuur. Wel is er een sterk bewustzijn van de kansen en bedreigingen van mogelijk opgelegde concentratie van activiteiten. Uit de interviews blijkt dat drie van de vier ziekenhuizen hier kansen resp. bedreigingen zien. Ziekenhuis 1 en 2 en 4 hebben een strategisch beleid gericht op samenwerking
- Strategische doelstellingen zijn in ziekenhuis 2 en 4 het meest expliciet gemaakt. Deze ziekenhuizen zijn zich bewust van noodzaak tot groei en creëren van schaalgrootte. Beiden verwoorden het streven om zich te profileren o.b.v. prestatie-indicatoren en hebben een visie op uitbreiding van hun markt.
- Het onderscheidend vermogen van de verschillende spelers in de bedrijfstak is niet groot. Alle partijen kiezen voor een breed pallet aan derde lijns zorg. Ziekenhuis 1,2 en 4 hanteren als basisstrategie die van het productleadership¹¹: alles is gericht op een effectieve behandeling van het complexe probleem van de klant. Ziekenhuis 2 onderscheidt zich hier door meer de persoon van de klant centraal te zetten: zij streven naar een totaal oplossing voor het individu.
- Uit de interviews blijkt geen focus op nieuwe producten of nieuwe geografische markten. Men gaat sterk uit van de bestaande markt en de verdeling daarvan. Er wordt wel gesproken over internationalisering, maar m.u.v. ziekenhuis 4 lijken er geen concrete acties aan gekoppeld te zijn.
- Bij alle interviews komt nadrukkelijk de concurrentie om talent naar boven. Het beschikken over toppersoneel wordt door iedereen als cruciale succesfactor genoemd. Bij de vraag naar kerncompetenties komt bij drie van de vier ziekenhuizen de vakinhoudelijke expertise als belangrijkste naar voren, direct gevolgd door kind/klant gerichtheid en empathisch vermogen. Ziekenhuis 2 benadrukt betrokkenheid en toegankelijkheid als dominante competentie.
- In hoeverre de interne organisatie van de verschillende ziekenhuizen voldoende toegerust is om de ambities waar te maken is voor ons op basis van de gehouden interviews moeilijk te beoordelen.

¹¹ Term van Treacy en Wiersema; wordt uitgewerkt in hoofdstuk 4

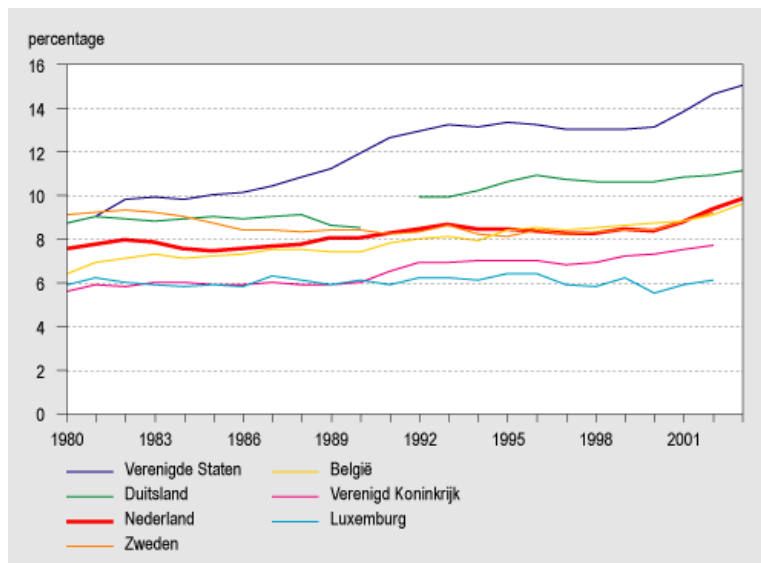
3. Kinderziekenhuizen in de Amerikaanse zorgmarkt

3.1 Omgevingsanalyse

3.1.1 Ontwikkelingen in de zorgmarkt in de VS

De Amerikaanse gezondheidszorg is al jaren zowel nationaal als internationaal een onderwerp van aandacht en zorg. Reden tot zorg zijn de hoge kosten, de beperkte toegankelijkheid en de matige kwaliteit.

Nergens ter wereld zijn de uitgaven voor gezondheidszorg zo hoog als in de Verenigde Staten (15,2% op het BNP), maar in onderzoeken als het gaat over kwaliteit van de geleverde zorg eindigt de VS slechts op de 37^e plaats, en als het gaat om de gemiddelde gezondheid van de bevolking reikt de VS niet verder dan de 72^e positie.¹²



Figuur 3.1 Aandeel van de gezondheidszorg in het bbp voor zeven landen in de periode 1980-2003 (Bron: [OECD, 2005a](#); OECD geeft geen cijfers voor Duitsland kort na 'die Wende').

Financiering

De Verenigde Staten zijn het enige westerse land dat geen universeel systeem heeft waardoor iedereen van gezondheidszorg verzekerd is. Naast de particuliere verzekeringen zijn er een aantal zorgprogramma's van overheidswege die ouderen, gehandicapten, kinderen en armen toegang geven tot de spoedeisende hulp en sommige basisvoorzieningen.

Het percentage niet verzekerden (16%) en beperkt verzekerden is hoog. De kosten voor medische verzekeringen zijn hoog en de dekking is vaak beperkt. Werkgeversverzekeringen bieden steeds minder dekking, ook omdat de kosten voor werkgevers én werknemers onacceptabel hoog worden. Dit leidt ertoe dat 80% van de onverzekerden mensen met een reguliere baan zijn en dat 38% van de onverzekerden een inkomen van \$50.000 of meer heeft!

¹² WHO assess the world's health system, Press Release WHO 44/20, June 2000

Kosten

Een analyse van de kosten voor gezondheidszorg ¹³ in de VS laat zien dat de helft van de groei gerelateerd is aan de technologische ontwikkelingen in de zorg. Met name de kosten voor ziekenhuizen hebben een grote groei doorgemaakt. Opvallend is ook dat 1% van de bevolking die de hoogste kosten voor gezondheidszorg maakt, verantwoordelijk is voor 27% van de totale kosten. De 5% grootste gebruikers verbruikt meer dan de helft van het beschikbare budget!

Onderzoek naar de kosten¹⁴ voor chronische ziekten gaf niet zozeer een relatie aan tussen gemaakte kosten en behaalde resultaten als wel een relatie tussen gemaakte kosten en het aanwezige aanbod van zorg. Aanbod en beschikbaarheid blijken meer bepalend voor de gerealiseerde zorg dan de vraag en de relatie tussen geboden zorg en de resultaten zijn niet aantoonbaar.

Toegankelijkheid

Spoedeisende hulp mag nooit geweigerd worden, maar waar het gaat om structurele medische zorg blijkt de toegankelijkheid beperkt.

De regeringsprogramma's Medicare en Medicaid zijn slechts toegankelijk voor mensen onder een bepaalde inkomensgrens. M.n. in de middeninkomens blijken velen onverzekerd te zijn als gevolg van de hoge premies.

Voor kinderen is er in 1997 een State Children's Insurance Program ingesteld m.n. om kinderen uit gezinnen boven de inkomensgrens, die zich geen verzekering kunnen permitteren, alsnog te verzekeren. Dit betekent dat de zorg voor kinderen relatief goed geregeld is.

Organisatie

De organisatie van de gezondheidszorg kent een hybride structuur, met zowel aan de kant van de financiers als wel de zorgaanbieders een mix van publieke en private organisaties.

Er zijn puur commerciële ziekenhuizen, vaak onderdeel van een concern dat meerdere ziekenhuizen exploiteert. Daarnaast zijn er non-profit ziekenhuizen, soms gerund vanuit de overheid, soms door onafhankelijke of religieuze organisaties, soms vanuit een universiteit. De eerste lijns gezondheidszorg wordt verzorgd door vrij gevestigde artsen, soms ook specialisten, die echter een minder expliciete rol in de keten vervullen dan in Nederland. Patiënten doen vaak direct een beroep op de Emergency Room van een ziekenhuis.

Kwaliteit

Waar in individuele centra state of the art topzorg geleverd kan worden, blijft de overall kwaliteit van zorg in de Verenigde Staten achter bij die van andere westerse landen. Onverzekerden en degenen die via regeringsprogramma's verzekerd zijn, blijken vaak te laat zorg te vragen, waardoor behandeling (bijv bij kanker en diabetes) minder effectief én kostbaarder is.

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de gemiddelde gezondheid minder is en de sterftcijfers hoger dan in vergelijkbare landen. Recente onderzoeken laten een beeld zien van een groeiend verschil in levensverwachting tussen verschillende bevolkingsgroepen, gebaseerd op inkomen, afkomst en opleiding.¹⁵

¹³ US Congressional Budget Office, Technological Change and the Growth of Health Care Spending, January 2008

¹⁴ J.E. Wennberg e.o., The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice: Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness, May 2008.

¹⁵ Kevin Sack, The short end of the longer life, The New York Times, April 27, 2008.

3.1.2. Politiek

De betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg is een van de grootste politieke uitdagingen. Dit wordt zowel door democraten als republikeinen onderschreven.

Voor Barack Obama, sinds januari 2009 president, was de hervorming van de gezondheidszorg een belangrijk punt in zijn verkiezingsprogramma. Zijn agenda betreft: een goede en betaalbare ziektekostenverzekering voor iedereen, het reduceren van kosten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg en het versterken van de preventieve gezondheidszorg.

In hoeverre Obama in het uitvoeren van deze plannen slaagt de komende jaren is de vraag. Te verwachten is dat de financierbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg de komende jaren nog sterker onder druk komt door de economische crisis. Dit versterkt aan de andere kant de politieke noodzaak om ingrijpende maatregelen te nemen: zonder dat ziet de toekomst voor de gezondheidszorg in de VS er uitermate somber uit.

Te verwachten is dat er uiteindelijk een systeem komt met meer overheidsbemoeienis, dat een betaalbare verzekering voor de middenklasse realiseert en dat strengere kwaliteits- en verantwoordingseisen gaat stellen aan de zorgaanbieders

3.1.3 Economisch

De belangrijkste determinant voor de ontwikkelingen in de komende jaren is waarschijnlijk de huidige financieel-economische crisis. De Amerikaanse economie is in een dermate moeilijk vaarwater gekomen dat de effecten op alle geledingen in de samenleving groot zijn. Zoals hierboven geschetst was de uitgangssituatie vóór de crisis al niet optimaal.

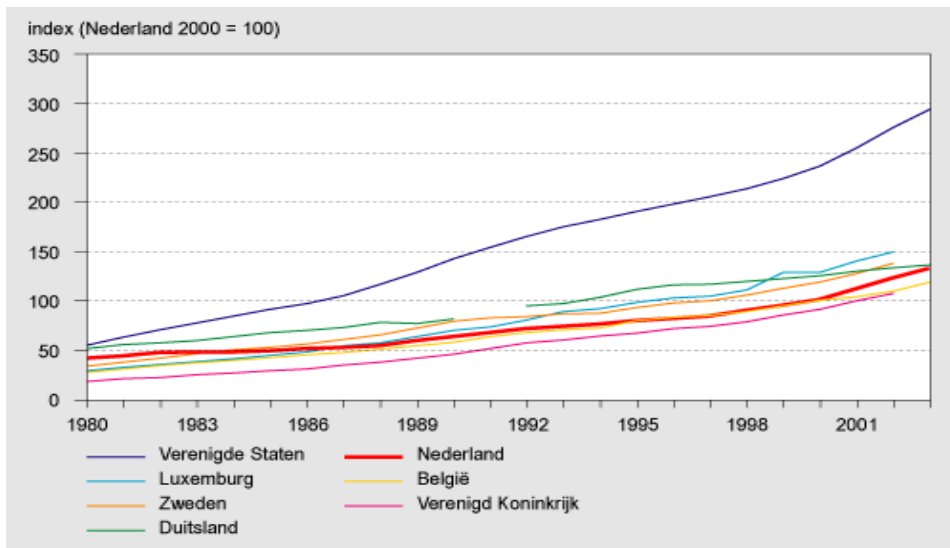
Realiteit op dit moment is dat de overheidsinkomsten teruglopen, dat de werkloosheid toeneemt, waardoor het beroep dat op Medicaid gedaan wordt groeit. Dit heeft vervolgens weer een kostenverhogend effect op de premies van de verzekeringsmaatschappijen voor de regulier verzekerden, die de verliezen op de Medicaid patiënten moeten compenseren. Bedrijven die in de problemen zijn geraakt schrappen verzekeringsbijdragen aan werknemersverzekeringen.

De zorgaanbieders ondervinden een terugval in de vraag van niet acute of niet direct noodzakelijke ingrepen (heup- en knieoperaties, plastische chirurgie), hebben veelal forse vermogensverliezen geleden door instorting van de financiële markten, ondervinden beperkingen in kredietmogelijkheden, en ondervinden druk op de financiële vergoedingen die zij ontvangen voor hun diensten (meer niet of onvolledig verzekerde patiënten).

Uit onderzoek blijkt dat 20% van de geënquêteerden problemen heeft om de rekening voor medische zorg te betalen.¹⁶

In de gezondheidszorg in de VS zijn de kosten de afgelopen 10 jaar draconisch gestegen. Er is een situatie ontstaan van een extreem groeiende branche, die diensten aanbiedt die voor de samenleving onbetaalbaar zijn geworden. Onvermijdelijk is dat de druk op kostenbeheersing deze trend zal doen afbuigen.

¹⁶ R. Gold, Financial crisis hits health care companies, Outlook, November 2008



Figuur 3.2. De ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg per hoofd van de bevolking voor zeven landen in de periode 1980-2003 (indexcijfers, Nederland 2000 = 100). (Bron: [OECD, 2005a](#); OECD geeft geen cijfers voor Duitsland kort na 'die Wende').

3.1.4 Sociaal cultureel

De in hoofdstuk 2 geschetste maatschappelijke trends die in Nederland wordenesignaleerd, zijn ook in de Verenigde Staten zichtbaar en deze hebben een vergelijkbare invloed op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Een opvallend verschil is de mate waarin religie een rol speelt in de samenleving. Waar in Nederland de secularisatie tot in de vezels van de samenleving is doorgedrongen, is de invloed van de christelijke moraal m.n. waar het gaat om ethische vraagstukken in de Verenigde Staten nog steeds groot.

Dit heeft zijn weerslag op de gezondheidszorg, zeker waar het zaken als abortus en euthanasie betreft.

3.1.5 Techniek

Ook voor de technologische ontwikkelingen geldt dat de Nederlandse situatie vergelijkbaar is met die in de Verenigde Staten.

De invloed van nieuwe technologie op de stijging van kosten in de gezondheidszorg in de VS lijkt echter veel groter te zijn¹⁷, omdat in de afgelopen decennia ziekenhuizen niet of nauwelijks financiële beperkingen kenden en zij erin geslaagd zijn de almaar stijgende kosten te financieren.

¹⁷ US Congressional Budget Office, Technological Change and the Growth of Health Care Spending, January 2008

3.2. Bedrijfstakanalyse Kinderziekenhuizen Verenigde Staten

3.2.1 Macro-omgeving

Evenals in Nederland heeft in de Verenigde Staten de bedrijfsstak de afgelopen 15 jaar een explosieve groei doorgemaakt. De medische zorg voor kinderen is voor een groot deel ondergebracht in kindziekenhuizen, die niet altijd een academische doelstelling hebben.

Ook in de Verenigde Staten zien we een forse groei van de levensverwachting van kinderen met aangeboren afwijkingen. Waar we in Nederland een daling constateren van het aantal geborenen met bepaalde afwijkingen ten gevolge van zwangerschapsonderbrekingen na prenatale diagnostiek, zien we dat in de Verenigde Staten niet. De maatschappelijke weerstand tegen dergelijke ingrepen leidt tot nieuwe medische technieken, zoals foetale chirurgie, om medisch ingrijpen zelfs voor de geboorte al te initiëren.

Opvallend is dat de kindziekenhuizen in de Verenigde Staten zich een uitstekende financiële positie hebben verworven. Zij hebben de afgelopen 20 jaar de medische zorg voor kinderen naar zich toegetrokken en daarmee vaak regionale monopolyposities verworven.

Volgens de *American Hospital Association Guide* zijn er ongeveer 50 zelfstandige kindziekenhuizen in de Verenigde Staten, die het grootste deel van de medische zorg voor kinderen verzorgen. Daarnaast zijn er gelieerd aan gewone ziekenhuizen ongeveer 100 kinderafdelingen, die zich expliciet profileren op de zorg voor kinderen.



Figuur 3.3. Overzicht van regionale spreiding van top 30 kindziekenhuizen in de VS

3.2.2. Concurrentie in de bedrijfsstak

Concentratie

De afgelopen vijftien jaar heeft een sterke ontwikkeling plaatsgevonden van verticale integratie. De kindziekenhuizen hebben de markt voor 1^e, 2^e en 3^e lijnszorg voor kinderen overgenomen van lokale ziekenhuizen en vrij gevestigde kinderartsen.

Deze ontwikkeling heeft de basis gelegd voor een geweldige groei van deze bedrijfsstak in het laatste decennium.

Een volgende ontwikkeling is waarschijnlijk landelijke concentratie van bepaalde activiteiten. De ontwikkeling van de markt is die van lokaal naar regionaal naar nationaal en zelfs internationaal.

Productdifferentiatie

Productdifferentiatie heeft in de centra maar minimaal plaatsgevonden. Wel zien we differentiatie naar locaties. De regie voor de zorg vindt plaats vanuit “de hoofdvestiging”, de eerste en tweede lijnszorg wordt waar mogelijk op andere locaties geleverd, zo dicht mogelijk bij de patiënt. De afgelopen periode kenmerkt zich door onbegrensde groei. De toekomst zou mogelijk een ander beeld kunnen gaan geven, waarbij gezien de in de vorige paragraaf geschetste problematiek een grotere nadruk enerzijds op kosten (druk vanuit financiers), anderzijds op behandelingsresultaat (druk vanuit patiënten) verwacht mag worden. Dit zou kunnen leiden tot keuze voor meer focus.

Overcapaciteit

Op dit moment lijkt er geen sprake van overcapaciteit, gezien de rigoureuze concentratie die heeft plaatsgevonden.

Ontwikkeling van de vraag

De verwachting is dat de vraag zal blijven stijgen, gezien de toegenomen technische mogelijkheden, de terughoudendheid in de VS tegenover het afbreken van zwangerschappen bij gesignaleerde afwijkingen, en de opkomst van een aantal “nieuwe” ziekten (obesitas, ADHD, autisme).

Concurrentie op de arbeidsmarkt

Ook in de Verenigde Staten geldt het aantrekken van academisch toptalent als de belangrijkste succesfactor en wordt op dit terrein de meeste concurrentie ervaren.

3.2.3 Toetreding van nieuwe concurrenten

Net als in Nederland zijn de barrières voor nieuwe toetreders tot deze bedrijfstak gezien de benodigde expertise en kapitaal groot.

De groei van de vraag a.g.v. de medisch technologische ontwikkelingen, de concentratie die binnen de bedrijfstak heeft plaatsgevonden, de voor Amerikaanse begrippen goede verzekeringsgraad van de doelgroep (SCHIP) en de relatief eenvoudige wijze om investeringskapitaal te verkrijgen heeft voor velen in de bedrijfstak een ongekennde groei mogelijk gemaakt.

Deze groei heeft explicietere profilering van kinderziekenhuizen mogelijk gemaakt, die deels ten koste is gegaan van algemene ziekenhuizen en de eerste lijn, maar ook voor een groot deel mogelijk is gemaakt door autonome groei. Overigens blijkt de medische zorg voor kinderen in veel algemene ziekenhuizen, net als in Nederland, niet kostendekkend, wat het afstoten van deze activiteit ook aantrekkelijk maakt.

Wat opvalt aan de Amerikaanse situatie, ook in het veldonderzoek, waarover in de volgende hoofdstuk meer, is dat men (in ieder geval de afgelopen jaren) in staat is sneller te schakelen dan in Nederland door de beschikbaarheid van kapitaal en uitzicht op een daadwerkelijke return on investment (ROI).

In dit licht bestaat er mogelijk in verschillende regio's nog steeds de mogelijkheid om een nieuw kinderziekenhuis te starten, waar je in eerste instantie de eerste en tweede lijns zorg concentreert. Ruimte voor nieuwe spelers in de echte expertiseczorg is onwaarschijnlijk, gezien de marktposities die daarin ingenomen zijn door inhoudelijk en financieel sterke spelers, die een historische reputatie hebben opgebouwd.

Overigens bestaat er, denkend aan de Nederlandse discussie over de concentratie van kinderoncologie, in de VS één gespecialiseerd kinderkankerziekenhuis. Dit

ziekenhuis bestaat sinds 1962 en heeft een goede reputatie, maar dit heeft opmerkelijk genoeg niet geleid tot navolging. Opvallend is dat dit ziekenhuis in de jaarlijkse ranking van US News and World Report ¹⁸ voor wat betreft de behandeling van kanker slechts een zesde plaats inneemt.

3.2.4 Bedreiging door substituten

Voor de hooggespecialiseerde zorg is zeker geen substituut beschikbaar. Substitutie is er hoogstens in de vorm van verplaatsing van zorg naar thuissituatie of het vóórkomen van bepaalde ziekten (obesitas, diabetes). Gezien de enorme marktmacht die de Amerikaanse kinderziekenhuizen in de hele keten hebben opgebouwd, vormt dit echter geen bedreiging. Alle activiteiten in de keten, van preventie tot behandeling vindt plaats binnen de bedrijfstak.

3.2.5 Onderhandelingspositie van leveranciers

Leveranciers van financiële middelen

Leveranciers van financiële middelen zijn verzekeraars, de onderzoekfinanciers en de donateurs. M.n. de positie van de verzekeraars is in vergelijking met andere bedrijfstakken in de zorg in de VS relatief zwak. De kinderziekenhuizen blijken vanuit de marktmacht die zij verworven hebben de afgelopen jaren in staat te zijn geweest om zeer goede vergoedingen voor hun diensten uit te onderhandelen.

De financiers van onderzoek (vooral NIH) hebben een meer autonome positie en leveren financiële middelen op basis van kwaliteit van het onderzoek. Onderhandeling vindt hier nauwelijks plaats, wel speelt lobbyen en netwerken een rol bij het binden van deze organisaties. Gezien de ruime financiële middelen en de goede infrastructuur waarover (zeker de top 10) kinderziekenhuizen beschikken zijn zij veelal een aantrekkelijke onderzoekspartner.

De donateurs hebben een sterke onderhandelingspositie. Het binden van deze groep financiers, die 5 tot 10% van de totale jaarlijkse inkomsten verzorgt, vraagt aandacht. De weldoeners hebben een sterke onderhandelingspositie en kunnen eenvoudig kiezen voor een andere bestemming van de liefdadigheidsgelden.

Leveranciers van arbeid

De bedrijfstak blijkt een aantrekkelijke bedrijfstak om in te werken en heeft dus geen moeite om goed personeel aan te trekken. De economische crisis zal de arbeidsmarkt nog verder verruimen. In algemene zin is de positie van de leveranciers van arbeid dus niet extreem sterk. De medische en wetenschappelijke topprofessionals daarentegen hebben een zeer sterke onderhandelingspositie. In de bedrijfstak is het beschikken over de toppers in een bepaald vakgebied de cruciale succesfactor en de concurrentie om deze mensen is groot. Zij zullen kiezen voor die werkgever waar zij in alle opzichten het best worden gefaciliteerd.

Leveranciers van patiënten

Ook in de VS zijn verwijzers traditioneel de belangrijkste leveranciers en is een goede relatie met deze verwijzers van belang. Gezien de verticale integratie die in de keten heeft plaatsgevonden, is de verwijzer echter nauwelijks nog als externe partij te beschouwen.

Daarnaast beslist in de VS de patiënt (in dit geval de ouders) in toenemende mate zelf in welk ziekenhuis men behandeld wil worden.

¹⁸ M.G. Olmsted e.a. , America's Best Children's Hospitals 2008 Methodology

3.2.6 Onderhandelingspositie van afnemers

De afnemers van de bedrijfstak zijn te onderscheiden in:

- afnemers van zorg (patiënten en zorgverzekeraars)
- afnemers van expertise (kinderartsen uit de periferie)

Afnemers van zorg

De onderhandelingsmacht van patiënten neemt sterk toe. De mogelijkheden om zich te informeren zijn sterk verbeterd en de transparantie over kwaliteit van zorg neemt toe, ook door de jaarlijkse ranglijst die per expertisegedied resultaten van de verschillende kinderziekenhuizen presenteert.

Toenemend profileren kinderziekenhuizen zich landelijk en richten zij zich daarbij direct op de patiënt. De patiënten worden als zeer belangrijke stakeholders gezien en vertegenwoordigers van de patiënt worden opgenomen in formele adviesorganen van de ziekenhuizen.

De ziektekostenverzekeraars hebben de afgelopen jaren aan marktmacht ingeboet. Gezien de financiële druk die op dit moment op de gezondheidszorg in de VS staat ligt het voor de hand te verwachten dat zij zich in deze markt herpositioneren en nadrukkelijker op kosten gaan sturen. Daar waar zowel patiënten als verzekeraars de komende jaren naar verwachting minder te besteden hebben zou de concurrentie op prijs tussen de ziekenhuizen mogelijk een rol kunnen gaan spelen .

Afnemers van expertise

Evenals in Nederland wordt specifieke expertise afgenomen door kinderartsen in andere ziekenhuizen (bijv. cardiologische service, radiologie), waarin telemedecine een steeds belangrijker rol speelt. Dit laatste beperkt de afhankelijkheid van geografische nabijheid, waardoor de onderhandelingspositie van de afnemers groter wordt.

Afnemers van expertise zijn kinderartsen in de Verenigde Staten en elders in de wereld. Technologische vernieuwingen, ontwikkelingen in genetherapie en farmacologie worden vanuit de belangrijkste kinderziekenhuizen geïnitieerd.

3.2.7 Conclusie

Op basis van de analyse van de bedrijfstakanalyse op basis van het model van Porter is een aantal conclusies te trekken:

- De bedrijfstak kinderziekenhuizen in de VS is in de afgelopen decennia een groeimarkt pur sang geweest. Er was sprake van een autonome groei van het de markt door de groei van technische mogelijkheden, daarnaast is er sprake geweest van verticale integratie. Concurrentie vond m.n. lokaal en regionaal plaats, waarbij de kinderziekenhuizen hun groei hebben gerealiseerd door overname van de eerste en tweede lijn.
- Concurrentie op nationaal terrein binnen de bedrijfstak was historisch nauwelijks aanwezig, maar neemt toe. Net als in Nederland spitst de concurrentie zich toe op het werven en binden van topprofessionals. Toenemend wordt concurrentie op indicatoren een item, o.a. door de jaarlijkse ranglijst van kinderziekenhuizen.
- Er dienen zich nieuwe inhoudelijke (Obesitas, ADHD, Autisme, Gentherapie) en geografische (nationaal en internationaal) markten aan.
- De toetredingsbarrières zijn hoog, en het is onwaarschijnlijk dat zich op de markt voor echt academische expertiseczorg nieuwe spelers aandienen, gezien de marktposities die hier zijn ingenomen door inhoudelijk en financieel sterke partners, met een historische reputatie. Net als in Nederland lijkt verdere concentratie voor deze activiteiten voor de hand liggend.
- De onderhandelingspositie van verzekeraars blijkt relatief zwak. Er is anders dan in Nederland sprake van vrije tarieven en de grote aanbieders hebben een grote marktmacht en onderhandelen winstgevende tarieven uit. Gezien de financiële druk die op het systeem van gezondheidszorg staat is te verwachten dat verzekeraars zich gaan herpositioneren en nadrukkelijker op kosten gaan sturen.
- De onderhandelingsmacht van patiënten neemt sterk toe als gevolg van toenemende transparantie over kwaliteit van zorg.
- Opvallend in het Amerikaanse systeem is de invloed van donateurs, die met vrijwillige bijdragen voor 10 tot 15% van de inkomsten zorgen. Deze hebben een sterke onderhandelingspositie, omdat zij eenvoudig een andere bestemming voor deze middelen kunnen vinden.

In de volgende paragraaf zullen wij aan de hand van interviews onderzoeken hoe een drietal kinderziekenhuizen zich in dit veranderende veld strategisch voorbereiden op hun positionering.

3.3 Positionering in de bedrijfstak – bevindingen uit het veldwerk

3.1.3 Inleiding

Net als in de Nederlandse situatie waren wij in de gelegenheid om ook in de Verenigde Staten het ziekenhuismanagement van drie kinderziekenhuizen te ondervragen over hun strategische marktpositionering. Hiervoor is dezelfde vragenlijst gebruikt. In deze paragraaf treft u een samenvatting van onze bevindingen in de VS. Doel is om te onderzoeken in hoeverre uit de Amerikaanse situatie lessen geleerd kunnen worden voor de positionering van een kinderziekenhuis in Nederland.

In deze paragraaf vatten wij de conclusies uit de interviews wederom samen aan de hand van de volgende items:

- Is er een sterk bewustzijn van ontwikkelingen in de sector en de kansen en bedreigingen die dit met zich meebrengt.
- Wordt er bewust een marktgericht strategisch beleid gevoerd? Is er een heldere missie en zijn er strategische doelstellingen geformuleerd? Zo ja, hoe ziet dat er uit?
- Is hierbij sprake van een duidelijke basisstrategie (Treacy en Wiersema)?
- Is er voldoende aandacht voor de benodigde competenties om de ambities waar te maken?
- Is de interne organisatie voldoende toegerust om de ambities waar te maken?
- Leidt dit tot een onderscheidend profiel binnen de bedrijfstak?

3.3.2 Samenvatting bevindingen uit interviews

Om onderstaande bevindingen in de goede context te plaatsen is het van belang je te realiseren dat kinderziekenhuizen in de VS i.t.t. die in Nederland een veel grotere zelfstandigheid hebben. Zij zijn veelal gelieerd aan een universiteit, maar niet aan een universiteitsziekenhuis. De omvang van de bezochte kinderziekenhuizen is vergelijkbaar met die van een Nederlands UMC. De schaalgrootte is dus vele malen groter dan die in Nederland.

Ziekenhuis 1- Hope, Care, Cure

Dit ziekenhuis is gelegen aan de westkust van de VS en heeft in de wijde regio geen concurrenten op het gebied van de 3^e lijnszorg. Lokaal is er enige concurrentie voor tweede lijnszorg. Bekleedt de 8^e positie op jaarlijkse ranglijst van US News&World Report.

Dit ziekenhuis is zich redelijk goed bewust van wat er zich in de omgeving afspeelt. Men voorziet een financiële teruggang in de hele sector die mogelijk zal leiden tot faillissementen in de bedrijfstak.

Men is zich bewust van de beperkte concurrentie in de wijde regio en ambieert een groeiscenario met een verdubbeling van de huidige capaciteit. Groei moet komen door uitbreiding van regio, uitbreiding van doelgroepen (ophogen van de behandelleeftijd naar 21) en door nieuwe aandachtsgebieden (bijv. preventie en sportgeneeskunde).

De missie van dit ziekenhuis is het voorkomen, behandelen en uitroeien/eliminieren van ziekte bij kinderen. In hun visie geven zij aan dat ze bij de top 5 van de VS willen gaan horen, de beste opleider van het land willen zijn, toptalent willen aantrekken op alle niveaus en zorgprogramma's willen neerzetten die de nationale standaard voor kwaliteitszorg vormen. Daarnaast willen zij patiënten en hun families excellente zorg bieden met betrokkenheid en respect.

Als belangrijkste kerncompetenties worden genoemd de vakinhoudelijke expertise en compassie. Dit zijn bij selectie van personeel belangrijke criteria.

Opvallend bij dit ziekenhuis is een sterke inbedding in de gemeenschap; er wordt veel gebruik gemaakt van vrijwilligers en er is een sterke netwerkorganisatie die een belangrijke bijdrage levert aan de fondsenwerving.

Opvallend is dat groei als de key strategie wordt genoemd. Men wil hofleverancier zijn van het noordwesten. Focus op speerpunten ontbreekt; men wil uitbreiden op alle mogelijke fronten, van preventie tot derde lijn. Men spreekt wel een nationale ambitie uit, maar concretiseert dit niet in speerpunten.

Men onderscheidt zich van andere centra door de grote regio die ze bedient en door de breedte van het aantal subspecialismen. Het gewenste imago is dat men hier heel competent is in alle aspecten van de gezondheid van kinderen met een zware mix van compassie en expertise.

Ziekenhuis 2 Change the Outcome

Dit ziekenhuis ligt in het centrum van de VS met in de nabije regio vijf andere kinderziekenhuizen. Dit ziekenhuis is veel groter (> 1 mld dollar) dan haar regio op basis van de bevolkingsomvang zou rechtvaardigen en is de afgelopen 10 jaar in omvang verviervoudigd. Heeft de lokale markt voor 1^e en 2^e lijnszorg geheel in handen. Bekleedt de 3^e plaats op de jaarlijkse ranglijst van US News & World Report.

Dit ziekenhuis is zich zeer bewust van ontwikkelingen in de omgeving en kansen en bedreigingen in de markt. Als grootste bedreiging ziet men de economische situatie, die zal leiden tot inkomstenreductie. Grote kansen ziet men in de ontwikkeling van technische mogelijkheden en in de nationale en internationale markt.

Er is een heldere visie geformuleerd met daarbij passende strategische doelstellingen. Men wil leidend zijn in het verbeteren van de gezondheid van kinderen en ze gaan voor de beste medische en kwaliteit van leven resultaten, de beste patiënt- en familie ervaringen, en willen de meeste "waarde" realiseren.

Men heeft een breed portfolio en wil de lokale markt breed kunnen bedienen, maar verwacht dat de trend van concentratie en specialisatie zich verder doorzet en internationaliseert. De gewenste groei moet uit de nationale en internationale markt komen.

Er is een uitgesproken visie op de benodigde competenties van medewerkers: goede professionals, innovatieve denkers, veranderingsbereid en out of the box kunnen denken. Daarnaast moeten zij communicatief en relatiegericht zijn.

Bij selectie van personeel wordt hier sterk op geselecteerd.

Men onderscheidt zich van de concurrentie door een sterk focus op outcome (sterk ontwikkeld kwaliteitsbeleid, door sterke samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen en door uniek expertise op een aantal nichegebieden te ontwikkelen, waardoor ze nationaal en internationaal een unieke service bieden.

Op de arbeidsmarkt onderscheidt men zich door het perspectief (vrijheid en groeimogelijkheden én banen voor partners) dat men kan bieden aan excellent personeel. Het gewenste imago: een organisatie die de gezondheidszorg fundamenteel verandert en daadwerkelijk voor betere behandelresultaten zorgt.

Ziekenhuis 3 – Hope lives here

Ziekenhuis met een historische reputatie, beschikt over een lang bestaande sterke merknaam. Bevindt zich in oosten van de VS en heeft een dichtbevolkt adherentiegebied, waarin ze nauwelijks concurrentie ondervindt. Heeft de lokale markt voor 1^e en 2^e lijnszorg geheel in handen. Staat in 2008 op de 1^e plaats van de ranglijst van US News&World Report.

Dit ziekenhuis opereert vanuit een zeer sterke marktpositie en gaat uit van eigen kracht. Ontwikkelingen in de markt en het eigen marktaandeel worden wel nauwlettend gevolgd om kwetsbare posities snel te signaleren en kansen effectief te benutten. Men heeft al nadelige gevolgen ondervonden van de crisis en verwacht hier in de komende jaren nog meer effecten van. Mogelijk leidt dit tot het temporiseren van ambitieuze investeringen. Kansen ziet men in technische vooruitgang en de ontwikkeling van gentherapie voor vele soorten aandoeningen. Groei zal gerealiseerd worden in de nationale en internationale markt in de expertiseczorg.

In de visie wordt de nadruk gelegd op het veroveren van de nationale en internationale markt en het doen van baanbrekend onderzoek, m.n. door toepassing van genenonderzoek op grote populaties patiënten. Om maximale toegang tot patiëntgegevens te hebben worden internationale allianties aangegaan.

Men profileert zich nadrukkelijk op het terrein van de technisch hoogstaande en soms zelfs experimentele geneeskunde. Ook zij verwachten dat concentratie en specialisatie zich verder doorzet en positioneren zich hier als belangrijke speler, bijv. op het terrein van de cardiochirurgie.

Een agressieve expansiepolitiek heeft geleid tot een absoluut monopolie in de regio en tot een sterke onderhandelingspositie met de verzekeraars. Dit leidt tot winstgevende tarieven (15%) Men biedt de volle breedte van basiszorg tot superexpertise aan, waarbij de basiszorg dienend is voor de academische zorg, waar daadwerkelijk prioriteit ligt. Speerpunten: genomics, cardiochirurgie en imaging, en foetale chirurgie.

Als cruciale succesfactor wordt ook hier het werven van academisch toptalent genoemd. De vereiste competenties: hoogwaardige patiëntenzorg-, onderwijs- en onderzoeksvaardigheden. Ook de aan de verpleging gestelde opleidingseisen zijn hoog (minimaal HBO, geen functiedifferentiatie).

Men onderscheidt zich van de concurrentie door een sterke focus op topexpertise. Men opereert vanuit marktmacht met een sterke business approach. Profileren op vooruitgang en technische expertise. Opvallens is dat outcome niet in de profilering wordt meegenomen.

Als gewenst imago wordt genoemd: hoop bieden door expertise.

3.3.3 Conclusie

Op basis van de interviews kunnen we de volgende conclusies trekken:

- Er is een sterk bewustzijn van ontwikkelingen in de sector en de kansen en bedreigingen die dit met zich meebrengt. Marktoriëntatie is bij alle drie de geïnterviewde partijen heel sterk ontwikkeld. Er is bij alle drie ziekenhuizen een sterke focus op groei. Tevens anticiperen alle drie de ziekenhuizen op de te verwachten gevolgen van de economische neergang. Opvallend is dat hier in de Nederlandse interviews niet over gesproken wordt.
- De drie bezochte kinderziekenhuizen hebben hun missie, visie en strategische doelstellingen expliciet geformuleerd en geven in de interviews aan op een aantal fronten (m.n. bouwplannen) strategische plannen voor 20 tot 40 jaar in de toekomst te maken. Er is strategisch geopereerd in de lokale en regionale markt, waardoor monopolieposities zijn verworven en de focus ligt m.n. bij ziekenhuis 2 en 3 op groei op nationale en internationale markt.
- De dominante basisstrategie is ook hier die van product leadership in de termen van Treacy en Wiersema: de patiënten komen naar hen voor de beste behandeling.
- Bij alle drie de ziekenhuizen is expliciet bewustzijn aanwezig over de benodigde competenties. Net als in Nederland ligt hier de nadruk op de professionele competenties. Opvallens is dat in ieder geval bij 2 en 3 ook expliciet hoge opleidingseisen worden gesteld aan verpleegkundig personeel.
- De drie ziekenhuizen onderscheiden zich ondanks het feit dat ze alle drie een breed portfolio hebben en nadrukkelijk groei nastreven. Het onderscheid zit in profilering op regionale verzorger voor grote regio(1), degene die kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven (changing the outcome) verandert (2), degene die de beste kennis en expertise in huis heeft (3).
Ook de productportfolio van de drie verschilt. Ziekenhuis 1 is het minst geprofileerd en wil groeien op alle niveaus en fronten. De focus lijkt meer op breedte dan op diepte. Ziekenhuis 2 focust nadrukkelijk op nichegebieden in de expertiseczorg, waardoor ze als relatief kleiner speler snel marktaandeel heeft kunnen veroveren, waarbij de focus duidelijk nationaal is. Ziekenhuis 3 heeft een sterke profilering op en ontwikkeling van superexpertise op de grotere deelgebieden, bijv. de hartchirurgie, en kiest nadrukkelijk voor nieuwe technologieën en soms bijna experimentele geneeskunde.
- In hoeverre de interne organisatie voldoende is toegerust om de ambitie waar te maken is voor ons moeilijk te overzien. Vooral ziekenhuis 2 en 3 lijken hier goed op voorbereid. De grootste uitdaging ligt de komende jaren waarschijnlijk in het maken van keuzes in tijden van economische teruggang. De bezochte kinderziekenhuizen zijn illustratief voor de hoge kosten van de Amerikaanse gezondheidszorg. De grenzen van de groei komen door de financiële druk in zicht en dit vraagt om een nieuw beleid. Het ongebreideld groeien en álles doen zal niet voor alle partijen in de branche haalbaar zijn.

Zijn er uit de Amerikaanse voorbeelden lessen te leren voor de Nederlandse bedrijfstak?

Met de nuancering dat de maatschappelijke context en de schaalgrootte onvergelijkbaar zijn, zijn er zeker lessen te leren.

De Amerikaanse bedrijfstak denkt en handelt bedrijfsmatig en heeft zich al snel de noodzaak tot groei en het creëren van schaalgrootte gerealiseerd.

De wijze waarop de kinderziekenhuizen de regio voeren over de lokale en regionale markt zou ook voor de Nederlandse markt de moeite van het exploreren waard zijn. In de VS bleek in veel algemene ziekenhuizen de zorg voor kinderen financieel niet

renderend te zijn, waardoor samenwerking cq overname een win/win voor beide partijen was. Ook in de Nederlandse ziekenhuizen is de kindergeneeskundige zorg een kostenpost. Bovendien biedt een dergelijke concentratie cq samenwerking de mogelijkheid tot het bouwen van standaarden van zorg.

Schaalvergroting leidt tot nieuwe mogelijkheden en een betere verhouding van kosten en opbrengsten. Ook in Nederland zal dit noodzakelijk zijn. Een pro-actieve houding van de spelers is hier nodig.

Profilering op indicatoren, zeker in de vorm waarin ziekenhuis 2 dit doet, biedt onderscheidend vermogen. Het ontwikkelen van deze indicatoren staat in Nederland nog in de kinderschoenen, maar gebruik maken van het Amerikaanse voorwerk in deze biedt kansen. Ook hier zal gelden dat snelheid van handelen een voorsprong biedt.

In de VS wordt uitermate pro-actief gereageerd nieuwe ziektegebieden en nieuwe geografische markten. Opvallend is dat men in Nederland wel signaleert dat dit hier mogelijk iets staat te gebeuren of zou moeten gaan gebeuren, maar geen van de partijen claimt dit actief of investeert hierin maximaal.

Concluderend kun je zeggen dat de houding in de Nederlandse bedrijfstak nog altijd een ambtelijke en poldermodel houding is. Waar marktdenken in de VS zit ingebakken in de bedrijfsvoering van de kinderziekenhuizen, is dit in Nederland nog sterk onderontwikkeld.

Binnen de huidige Nederlandse context, waarin feitelijk sprake is van een gebudgetteerde en gereguleerde markt is deze houding begrijpelijk en wordt de meerwaarde van profilering en positionering niet direct voelbaar. Gezien echter de in hoofdstuk 1 en 2 geschetste ontwikkelingen is het positioneringvraagstuk juist nu uitermate relevant. De mate waarin men zich de komende twee jaar weet te positioneren, zal van doorslaggevend belang zijn bij de het verwerven van een duurzame positie in deze markt.

4. Duurzaam positioneren

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de huidige situatie rondom kinderziekenhuizen in de Nederlandse en Amerikaanse markt uiteengezet. De omgeving- en bedrijfstakanalyses geven ons inzicht in de status quo. Aan de hand van deze modellen is duidelijk geworden dat er m.n. in Nederland weinig onderscheid is tussen de ziekenhuizen. Dit wordt ook bevestigd door de diverse veldinterviews.

Er is weinig transparantie en er zijn onvoldoende prikkels om te streven naar kwaliteitsverbetering. Door de veranderende marktkrachten wordt het nu noodzakelijk om beter en gestructureerder na te denken als organisatie hoe men zich wil onderscheiden om een duurzaam bestaan te kunnen leiden. Uit de analyse van de Amerikaanse markt blijkt dat er wel degelijk lessen te leren zijn over duurzaam onderscheiden.

In dit hoofdstuk kijken we naar de theoretische onderbouwing van het vraagstuk hoe je een duurzame positie als kinderziekenhuis kan opbouwen. Dit doen we aan de hand van theoretische kaders naar aanleiding van het waardediscipline model van Treacy en Wiersema, de ruit van klantgerichtheid van Den Engelsen en de filosofie van M. Porter.

Zoals in de inleiding is genoemd, krijgen organisaties, door het invoeren van gereguleerde marktwerking in de Nederlandse zorg, te maken met concurrentie. Doel hierbij is te komen tot scherpere prijsstellingen en daarbij betere kwalitatieve product markt combinaties. Gezien de hoge drempelwaarden zal het aantal aanbieders door deze marktwerking waarschijnlijk afnemen. De wijze waarop dit gebeurt is sterk afhankelijk van de keuzes binnen het overheidsbeleid.

Deze verwachting wordt ook onderbouwd door de ratio's in andere landen te vergelijken. Zoals eerder gemeld kent de Amerikaanse markt 50 centra op een populatie van 250 miljoen. Hanteert men deze cijfers in Nederland dan komt men tot een halvering van het aantal aanbieders van academische ziekenhuiszorg voor kinderen. Zoals al in het inleidende hoofdstuk is genoemd, is vanuit oogpunt van kwaliteit, optimalisatie en kostenbeheersing een andere indeling van het aanbod zeer wel denkbaar en ook wenselijk.

Een kinderziekenhuis met lange termijn visie moet zich nu grondig bezinnen op haar strategische keuzes om zich goed en duurzaam te positioneren en daarmee een duurzaam concurrentie voordeel op te bouwen

4.1. Positionering

Van belang is om aan te geven wat de betekenis is van dit begrip. Het begrip positionering, dat letterlijk plaatsbepaling betekent, wordt door den Engelsen et.al.¹⁹ in verschillende contexten gebruikt. Men hanteert het bij plaatsbepaling van de zorgaanbieders in de keten, bij keuze van een klantgerichtheidstrategie en bij merkstrategie.

- Positionering in de keten gaat niet zozeer om samenwerking in de keten maar meer over het bepalen van een eigen plaats en rol daarbinnen. Hierbij kan ook integratie plaatsvinden waarbij zowel voorwaartse als achterwaartse integratie voorkomt.
- In zijn model van klantgerichte positionering onderscheidt den Engelsen vier strategieën die mede gebaseerd zijn op het gedachtegoed van Treacy en

¹⁹ Marketing voor zorgverleners, B. den Engelsen, C. van Beek, G. Blijham, eerste druk 2007 (blz. 99)

Wiersema. Hij noemt dit de ruit van klantgerichtheid. Dit zal verder worden uitgewerkt in paragraaf 4.2.

- Merkstrategie als strategisch positioneringinstrument is een belangrijk onderdeel in de marketingstrategie. Het merkenbeleid (ook wel branding genoemd) wordt steeds belangrijker. Ook binnen de kinderziekenhuizen kent men sterke namen zoals Sophia, Wilhelmina en Emma. De vraag is of de naam op dit moment ook als merk wordt ingezet. Dit valt echter buiten het aandachtsveld van deze thesis.

Positionering in dit werkstuk is gericht op het creëren van een duurzaam concurrentievoordeel. D. Aaker²⁰ noemt dat duurzaam concurrentievoordeel ondersteund moet worden door bedrijfsmiddelen en bekwaamheden, toegepast in een competitieve omgeving en ingezet tegen concurrenten.

Een effectief concurrentie voordeel heeft:

- genoeg inhoud om een verschil te maken,
- is duurzaam bij veranderingen in de omgeving en mogelijke acties van concurrenten
- kan vormgegeven worden, zodat het zichtbaar is voor de doelgroep.

Dit laatste is essentieel voor de positionering van de organisatie. Voorbeelden zijn merkbekendheid (zoals Sophia, Wilhelmina en Emma kinderziekenhuis), kwaliteitsreputatie en marktaandeel (bijvoorbeeld Cystic Fibrose in Rotterdam).

Aaker noemt tevens dat de gekozen strategische positionering ook herkend en erkend moet worden door klanten, werknemers en concurrenten. Daarmee vertegenwoordigt het feitelijk de essentie van een onderneming en marktstrategie.

Uit de diverse interviews blijkt dat dit in de meeste kinderziekenhuizen nog in de kinderschoenen staat.

4.2. Positioneren op klantgerichtheid

In de vorige paragraaf refereerden wij naar klantgericht positioneren. Deze richting is vooral gebaseerd op de waardediscipline modellen van Treacy en Wiersema. Zij onderscheiden drie vormen van waardedisciplines die ook gezien kunnen worden als drie vormen van klantgerichtheid namelijk: operational excellence, product leadership en customer intimacy. Om niet te vervallen in gekunstelde vertalingen gebruiken we hier de engelse termen.

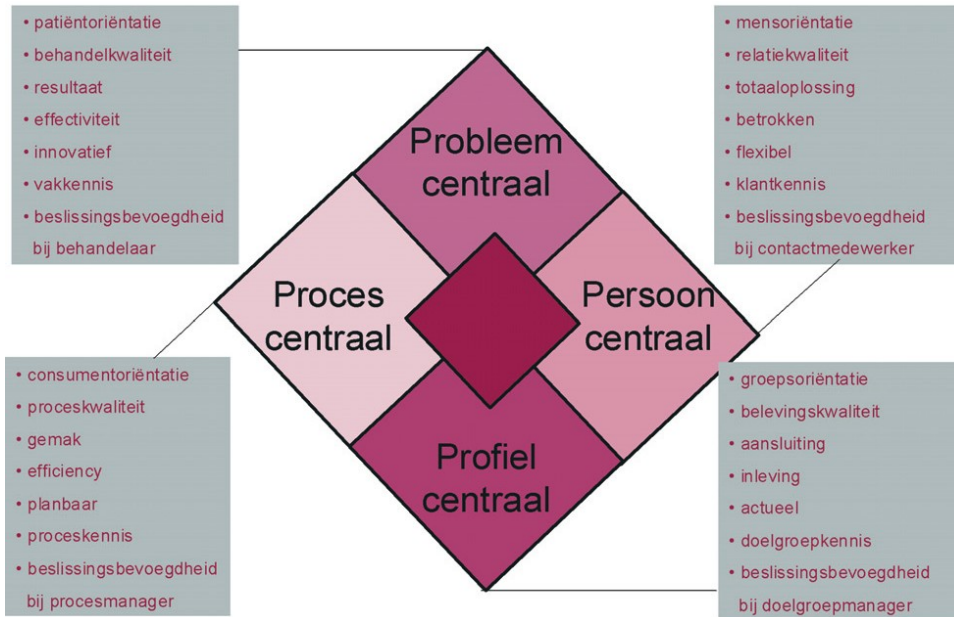
Deze drie disciplines zijn klantgericht echter de manier waarop verschilt. Volgens de auteurs kan het duurzaam onderscheidend vermogen bereikt worden indien men uitblinkt in een van deze disciplines. Hierdoor kan men een leidende positie in de markt krijgen.

De consequenties van de waarde disciplines is dat de keuze voor een van de drie disciplines ook de vormgeving van de organisatie dient te bepalen. Bij een waardediscipline hoort dus een bepaalde structuur, proces, benodigde competenties en een ondersteunende cultuur en daar waar noodzakelijk ook andere medewerkers.

Met andere woorden, de meerwaarde voor de klant ontstaat zodra de totale organisatie zich kan onderscheiden en daardoor een duurzaam voordeel kan leveren.

²⁰ Marktgericht strategisch beleid, D.A. Aaker, zesde druk 2005 (blz. 30)

Den Engelsen²¹ vertaalt de drie waardedisciplines van Treacy en Wiersema samen met een vierde element, namelijk mass customization, in een model dat toepasselijk is voor de zorg. Hij noemt dit model de ruit van klantgerichtheid.



Figuur 4.1. Ruit van klantgerichtheid

Het gaat hierbij om vier in de kern gelijkwaardige vormen van klantgerichtheid, die elk verschillend uitwerken naar enerzijds de klanten ervaring en beleving en anderzijds de interne organisatie. We zullen dat in de komende paragrafen verder toelichten.

In dit hoofdstuk bestuderen wij of deze disciplines kunnen worden toegepast binnen de kinderziekenhuizen.

4.2.1 Proces centraal

Deze waardediscipline is gebaseerd op lage prijzen en probleemloze service. Een organisatie kan zich onderscheiden door het leveren van betrouwbare diensten tegen concurrerende prijzen of met zo laag mogelijke kosten (in geld als in moeite) voor de klant. Er wordt optimale waarde geleverd zonder uitgesproken innovatief te zijn of een sterke relatie met klanten na te streven. De keuze voor deze discipline stelt de volgende eisen voor een organisatie:

- gestandaardiseerde handelingen, scherp gecontroleerd en centraal gepland
- nadruk op efficiëntie en doorloopsnelheid, gestroomlijnde bedrijfsprocessen, taakgerichte aansturing en training van medewerkers.
- uitgebreide monitoring van zowel het verloop als het resultaat van het proces, zodat voortdurend geoptimaliseerd kan worden.
- cultuur met voortdurende aandacht voor efficiëntieverbeterende maatregelen en veranderingen
- beperkt aantal, nauw omschreven standaardproducten of diensten

²¹ De ruit van klantgerichtheid. B. den Engelsen, Zorgvisie 2 / 2006

In de zorg betekent de keuze voor deze basisstrategie dat het proces van diagnose tot aan nazorg wordt afgestemd op het klantenperspectief. Standaardisatie, efficiëntie en proceskwaliteit zijn belangrijke voorwaarden waarbij het met name gaat om planbare zorg bij eenduidige behoeften en grote aantallen patiënten.

Den Engelsen noemt het in zijn ruit van klantgerichtheid de ruit waarbij het proces centraal staat in de organisatie. Gericht op grote patiënten aantallen met een nadruk op een formule-aanpak. De formule is herkenbaar en kopieerbaar en leent zich daardoor voor franchising. Indien men schaalvergroting nastreeft is dit een goede strategie.

Voor kinderziekenhuizen is een dergelijke focus op procesoptimalisatie een grote uitdaging, aangezien het hier gaat om kleine aantallen met specifieke ziektebeelden. Met name de vergevorderde specialisatiegraad laat zich moeilijk ondervangen in strakke processen en gestandaardiseerde (be)handelingen. Hoewel het maximaliseren van operational excellence altijd noodzakelijk is, verwachten wij niet dat dit een onderscheidend waardediscipline zal zijn bij kinderziekenhuizen.

4.2.2. Probleem centraal

In deze waardediscipline wil de instelling zich onderscheiden door steeds het allerbeste product of dienst aan te bieden. De keuze van deze discipline stelt de volgende eisen aan een organisatie:

- Innerlijke drang bij management en medewerkers om voortdurend voorop te lopen in de markt en diensten op een steeds hoger plan te krijgen
- Aanmoedigen van voortdurende innovatie en creativiteit
- Flexibele bedrijfscultuur die weinig formeel is en waar besluiten snel genomen kunnen worden

Den Engelsen noemt het in zijn ruit van klantgerichtheid de ruit waar het probleem centraal staat. Alles is gericht op een effectieve behandeling van het complexe probleem van de klant. Aan innovatie en vakkennis wordt grote waarde gehecht. Volgens den Engelsen is deze strategie minder geschikt voor schaalvergroting.

Deze strategie richt zich op een doelgroep die kiest voor de beste inhoudelijke oplossing van hun probleem. En daarbij gaat het om wat in hun perceptie het beste is. Men is bereid hierbij geld (kosten) en tijd (reistijd, wachttijd) op te offeren.

Deze strategie sluit nauw aan bij de topspecialisatie binnen kinderziekenhuizen. Het bijzondere is echter dat de klant vaak niet weet of het kinderziekenhuis wel degelijk de allerbeste dienst levert. Hierbij is er een groot vertrouwen in het aanbod. Wij denken dat een kinderziekenhuis dat in staat is zijn diensten transparant te maken door middel van inzicht in behandelresultaten en behandelmethoden een duurzaam concurrerend voordeel kan bewerkstelligen.

4.2.3. Persoon centraal

In deze waardediscipline kan de organisatie zich onderscheiden door nauwe relaties aan te gaan met haar klanten. Hierdoor kan de organisatie maatwerk leveren en maximaal klantentrouw genereren. Dit vereist van de organisatie de volgende criteria:

- uitgebreide beslissingsbevoegdheid voor degenen die in direct contact staan met de klant en vanwege hun relatie met die klant weten wat die belangrijk vindt.

- een bedrijfscultuur die specifieke oplossingen, klanttevredenheid en langdurige relaties met klanten belooft.
- Beschikbaarheid van een breed scala aan oplossingen voor klanten (breed producten/diensten pakket), zodat de organisatie aan elke wens kan voldoen.
- Systemen die relatieopbouw met klanten maximaal ondersteunen.

In de chronische zorg is deze strategie goed toepasbaar. Zo kennen vele ziekenhuizen specifieke afdelingen voor diabetespatiënten. Den Engelsens noemt het in zijn ruit van klantgerichtheid de ruit waar de klant/persoon centraal staat. Vergaande betrokkenheid en grote flexibiliteit staan hoog in het vaandel. Klantkennis is hierbij essentieel. Een consequentie is wel dat het geboden maatwerk vaak gepaard gaat met een meerprijs. De vraag is of iedereen die kan of wil betalen.

In de ondervraagde kinderziekenhuizen wordt deze customer intimacy bijna altijd genoemd als belangrijk onderscheidend vermogen. Men noemt hierbij bij de inrichting van de ruimte, bejegening en de zorg voor het kind. Ons inziens zijn dit generieke termen die kleine (niet onbelangrijke) onderdelen zijn van een groter geheel.

Ook is men trots op het feit dat klanttevredenheid onderzoeken plaatsvinden echter bij verdere navraag worden de uitkomsten niet naar derden gecommuniceerd, noch is het duidelijk of de geleverde feedback daadwerkelijk bijdraagt aan de strategie van de organisatie.

4.2.4 Profiel centraal

In de ruit van klantgerichtheid onderscheidt Den Engelsen nog een vierde ruit namelijk daar waar het profiel centraal staat. Het betreft hier het profiel van een bepaalde doelgroep. Hij geeft aan dat de doelgroepkennis van groot belang is en de beslissingbevoegdheid (hoe verlenen we de zorg) ligt bij de zogenaamde doelgroepmanager. De kinderziekenhuizen zou je bij uitstek als vertegenwoordiger van deze basisstrategie kunnen beschouwen.

Op dit moment lijkt de doelgroep het zieke kind zelfs leidend voor de strategische keuzes van de Nederlandse kinderziekenhuizen. In de wijze waarop men strategische doelstellingen en ambities verwoordt, profileert men zich niet zozeer op de afzonderlijke excellente “producten”, zoals je zou mogen verwachten bij een basisstrategie van product leiderschap, maar op de doelgroep “het zieke kind”.

Een spagaat dus!

4.2.5. Keuzes maken

Een organisatie moet kiezen om te excelleren op een van de boven beschreven waardedimensies, maar kan het zich niet veroorloven om de anderen te verwaarlozen.

Men moet ook op de niet gekozen waardedisciplines een minimale prestatie leveren. Deze wordt ook wel drempelniveau genoemd. Het drempel niveau is de minimum verwachting van klanten.

Overigens kan een organisatie ervoor kiezen om per segment of doelgroep een andere strategie te kiezen. Dit heeft wel vergaande consequenties voor de zorg en dienstverlening, de besturing, de logistiek et cetera. Den Engelsen vraagt zich af of de verschillende klantgerichte strategieën dan nog wel onder één merknaam passen. Dit dilemma zien we ook terug bij die kinderziekenhuizen die al een eigen naam hebben en in later stadium onder een UMC zijn geschoven. Hierbij is de uitdaging om

in de externe communicatie zowel de naam en belangen van het UMC te behartigen als de afzonderlijke merknaam van het kinderziekenhuis. Deze thesis gaat daar verder niet op in.

Uit de interviews en ook uit inventarisaties binnen NFU-verband²² komt duidelijk naar voren dat op dit moment de meeste kinderziekenhuizen van alles een beetje doen. Zolang de markt als geheel aantrekkelijk is, is dat geen probleem. De kinderziekenhuismarkt is kunstmatig aantrekkelijk. De afdelingen zijn geen van allen kostendekkend of winstgevend. Door de gereguleerde werking vanuit overheidswege wordt dit systeem in stand gehouden. Het resultaat hiervan is dat er onvoldoende prikkels zijn om te streven naar een optimale procesbeheersing met concurrerende prijzen. Ook zijn er geen marktprikkels voor optimalisatie van kwaliteit. Door het ontbreken van vergelijkbare data (benchmarking) is het vrijwel onmogelijk een goed inzicht hierin te krijgen.

Ondanks de gereguleerde marktwerking denken wij toch dat het verstandig is om keuzes te maken om te komen tot een duurzaam concurrentievoordeel. Mocht de overheid zelf geen beslissing nemen over vernieuwde indeling dan zal de bedrijfstak dit zelf moeten doen. Hierin het initiatief nemen geeft een voorsprong.

4.3. Duurzaam concurrentievoordeel

Er zijn diverse strategische concepten die het realiseren van het duurzaam concurrentievoordeel mogelijk maken. Zoals eerder gerefereerd willen wij stilstaan bij de visie van M. Porter die ons inziens een belangrijke rol gaat krijgen in de verdere positionering van ziekenhuizen.

In het boek *Redefining Healthcare*²³ constateert M. Porter samen met E. Olmsted Teisberg dat het Amerikaanse gezondheidszorgsysteem gefaald heeft, gezien de eerder genoemde geconstateerde feiten: slechte kwaliteit en toegankelijkheid tegen extreem hoge kosten.

In de analyse van de problematiek concluderen de auteurs dat er sprake is van een verkeerde concurrentie in de Amerikaanse zorgmarkt. Er is sprake van *zero sum competition*. De concurrentie richt zich op de verkeerde zaken en is te zeer gericht op negatieve aspecten: het verhalen van kosten op een andere partij in de keten, het beknotten van diensten, het verkrijgen van inkoopmacht en het beperken van keuzemogelijkheden.

De auteurs menen dat de concurrentie op datgene wat waarde biedt aan de patiënt gevoerd moet worden, d.w.z. de behandeling zelf. Door de wijze waarop de concurrentie nu gevoerd wordt blijven zorgaanbieders die slechte kwaliteit leveren tegen hoge kosten in staat om hun marktpositie te houden. Dáár waar de waardecreatie voor patiënten leidend wordt, zal kosteneffectiviteit en kwaliteit van zorg toenemen.

In de analyse geven de auteurs hiervan een aantal oorzaken:

²² Op dit moment wordt er in NFU-verband een inventarisatie gehouden van de in de verschillende UMC's aanwezige topreferente zorg voor kinderen. Wat opvalt is de behoefte van alle aanbieders om in bijna alle deelgebieden topreferente speerpunten aan te wijzen.

²³ Porter, M. E and E. Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*, Harvard Business School, Boston 2006.

- Gezondheidszorg is te lang beschouwd als een “commodity”, een standaard artikel dat zonder oog voor verschil in kwaliteit en kosten door iedereen geleverd zou moeten kunnen worden
- Een focus op het reduceren van de korte termijn kosten en kosten van de individuele deelnemer. Geen aandacht voor de totale kosten van de zorgketen.
- De aandacht is teveel op de lokale markt gericht geweest.
- De strategie van de zorgaanbieders is weinig onderscheidend geweest en alle ziekenhuis kozen voor een breedte strategie, wat heeft geleid tot fragmentatie van aanbod dat leidt tot niet efficiënte duplicaturen.
- De organisatie van de zorgaanbieders is nog steeds langs de lijnen van de disciplines i.p.v. op basis van de zorgketen. Ook dit leidt tot een gefragmenteerd aanbod van zorg.
- Het lange tijd ontbreken van goede inhoudelijke prestatie-indicatoren.
- Patiënten zijn passieve consumenten. Ze zijn vaak onvoldoende geïnformeerd en “geprogrammeerd” om zich over te geven aan professionals. Er is onvoldoende zelfmanagement.
- Perverse financiële prikkels in het systeem
- De werkgevers die ziektekostenverzekeringen aanbieden voor hun werknemers zijn, vanuit hun eigen perspectief om kosten te beheersen, ook te beperkt gefocusseerd op korte termijnkosten en beperken van diensten.

Deze analyse is mogelijk ook interessant voor de Nederlandse situatie. Porter introduceert de volgende principes van *value-based competition*:

- Focus moet liggen op waarde voor patiënten en niet eenzijdig op kosten
- Concurrentie op basis van resultaten (behandeleffecten)
- Concurrentie op totale keten van behandeling en zorg, gericht op specifieke aandoening
- Zorg van hoge kwaliteit moet minder kostbaar zijn
- Waardecreatie ontstaat door ervaring, schaalgrootte en leereffecten
- Concurrentie moet niet alleen regionaal, maar ook landelijk plaatsvinden
- Informatie over gezondheidsresultaten moet transparant en breed beschikbaar zijn.
- Innovaties die waarde toevoegen moeten bevorderd worden.

Toepassen van dit principe betekent dat de zorgaanbieder, het kinderziekenhuis, zich moet focussen op de hele keten van zorg gericht op een specifieke aandoening. Het ziekenhuis dat hier de beste resultaten weet te bereiken, wint op dat terrein de concurrentiestrijd. We werken dat in de volgende paragraaf verder uit.

J. Maljers houdt in zijn artikel *Het geprofileerde ziekenhuis*²⁴ net als Porter een vurig pleidooi voor keuzes en profilering in de zorg, omdat dit zou leiden tot betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Vanuit deze filosofie is J. Maljers betrokken bij het initiatief tot oprichting van één kinderkankerziekenhuis in Nederland.

Essentie van deze filosofie is dat concurrentie door middel van zorgmarketing moet gaan over gezondheidsresultaten en over klantwaardering.

Hier is nog veel ontwikkeling nodig bij de kinderziekenhuizen aangezien op gezondheidsresultaten zoals herstel, complicaties, pijn, kwaliteit van leven nog bar

²⁴ J. Maljers, *Het geprofileerde ziekenhuis: keuzes en consequenties, over management en kwaliteit*, in: *Op het scherp van de snede. Hoe keuzes leiden tot kwaliteit, veiligheid en rendement*, Plexus Medical Group, Haarlem 2008.

weinig wordt gecommuniceerd en ook de klantwaardering, hoewel gemeten in meeste ziekenhuizen, niet wordt ingezet als onderscheidend middel.

4.4. Toepassen van value based competitie bij kinderziekenhuizen

Om te komen tot een value based competitie is het volgens Porter van belang dat de zorgaanbieder aan een aantal voorwaarden voldoet. Hij noemt de volgende zeven stappen:

- *Herdefiniëren van de business rondom medische condities*
Om patiëntwaarde te definiëren zal men uit moeten gaan van medische ziektebeelden (niet in functies of specialisaties). Doel is om te komen tot meetbare resultaten. Het aanbod is dus niet kindergeneeskunde maar specifieke ziektebeelden zoals cystic fibrose, congenitale hartafwijkingen, neonatale kinderchirurgie, leukemie et cetera.
- *Kiezen van type aanbod*
Tot op heden richt men zich vooral op het aanbieden van een totaal pakket van diensten. Porter pleit echter voor een duidelijke keuze voor een aantal meer specifieke diensten. Hierbij noemt hij toepasselijk het voorbeeld van Fairview University Children Hospital in Minnesota alwaar men een lange termijn beleid heeft voor het aanbieden van de diensten rondom cystic fibrose. Deze dienst segmenteert men op specifieke patiënten groepen: kinderen tot 12 jaar, adolescenten tot 21 jaar en ouderen vanaf 21 jaar. Deze expertise heeft geleid tot een overlevingskans tot 46 jaar tegen een landelijk gemiddelde van 32 jaar. Door deze focus heeft het centrum zich ook gespecialiseerd op diabetes en gastro intestinale klachten, die veelal samengaan cystic fibrose. Ook hier laat men betere outcome gerelateerde data zien).
- *Organisatie structuur rondom zorgprofiel*
Porter pleit voor een organisatiestructuur rondom het zorgprofiel van een patiënt en niet vanuit een specialisme. Hij noemt dit Integrated Practice Unit (IPU). Dit stimuleert zowel het patiëntgericht als het resultaatgericht denken. Binnen kinderziekenhuizen wordt veelal volgens dit principe gewerkt, waarbij multidisciplinaire teams en multidisciplinaire spreekuren worden ingericht voor specifieke patiëntgroepen. Hierbij staat het kind centraal.
- *Creëren van onderscheidende strategie per IPU.*
Hierbij gaat het om een onderscheidende focus te creëren voornamelijk op resultaat en op kosten beheersing. Dit onderscheid kan verder worden gesegmenteerd naar de aangeboden dienst (bijvoorbeeld locatie, wachttijden, mate van deelspecialisatie, range van procedures) en naar het type patiënt (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, etniciteit, allochtone patiënten). Deze segmentatie is voor onderdelen binnen de kinderziekenhuizen zichtbaar, bijv. in een kinderhartcentrum of een kankeroncologisch centrum.
Wij pleiten voor ruimte voor verdere deelsegmentatie, bijvoorbeeld neonatologie waarbij het mogelijk is zich onderscheidend op te stellen door specifieke kennis en technologische specificaties.
- *Metten van resultaten, ervaringen en methoden per afdeling.*
Het is moeilijk om waarde te vergroten als men deze niet kan meten. Porter pleit voor informatie betreffende resultaten (outcome, kosten, prijzen), ervaring, methoden (patiënten zorg), en patiëntkenmerken. Deze gegevens zijn in eerste instantie bedoeld voor interne aansturing en daarna voor

externe doeleinden. Outcome data zijn een speerpunt binnen zijn betoog. Hierbij doelt hij op overleving, pijnreductie, functie verbetering, werkhervatting et cetera. Ook noemt hij complicaties, fouten en niet geslaagde behandelingen. Tevens noemt hij het vervolgen van patiënten om lange termijn data te registreren.

Tenslotte noemt hij de patiënttevredenheid data als een belangrijke indicator. Bij kinderziekenhuizen kan dit goed in kaart worden gebracht en zou dit een goede eerste stap zijn om meer extern te communiceren.

- *Richten op eenduidige afrekening en nieuwe methodes van prijsbepaling.*
Dit is in Nederland grotendeels gereguleerd en biedt weinig tot geen mogelijkheid om te differentiëren.
- *Marketen van diensten gebaseerd op kwaliteit, uniciteit en resultaat.*
Kinderziekenhuizen in Nederland zijn (nog) niet bewust actief met zorgmarketing. Er wordt fragmentarisch getracht het merk onder de aandacht te brengen (TV documentaires). Daar zit ons inziens echter geen gedegen merkstrategie en ontwikkeling achter (dit wordt ook bevestigd in de diverse interviews). Het is momenteel reputatiegericht terwijl meer nadruk moet liggen op waardecreatie.

Het model van Porter om te streven naar value based competitie past uitstekend binnen de huidige discussie die in de bedrijfstak kinderziekenhuizen speelt. Het is een inhoudelijke (en politiek geladen) discussie in hoeverre je voor de medisch specialistische zorg voor kinderen je op diagnosegroepen moet profileren of dat juist i.v.m. de co-morbiditeit van veel patiënten de profilering “kind” gekozen moet worden.

4.5. Conclusie

Bij positioneren gaat het om een positie te creëren die de toegevoegde waarde van de organisatie, ten opzichte van haar concurrenten, op een heldere manier duidelijk maakt. Het gaat hierbij om een duurzaam onderscheidend vermogen. Kortom een positie waardoor de doelgroep (patiënten, verwijzers, zorgverzekeraars, et cetera) voorkeur creëert. Van belang is ook dat deze positie wordt herkend door de doelgroep en als zodanig ook kan worden vastgehouden.

Uit de analyses en veldonderzoek blijkt dat de positionering door kinderziekenhuizen fragmentarisch en onvoldoende onderscheidend gebeurt. Men richt zich op het aanbieden van een volledig productportfolio met zo groot mogelijke kwaliteit die door de doelgroep zeer moeilijk in te schatten is.

Voor meer inzicht en toepassing van positionering kan men gebruik maken van diverse modellen waar onder de ruit van klantgerichtheid die is gebaseerd op de waarde discipline modellen van Treacy en Wiersema. Deze ruit bestaat uit vier deelruiten waarvan wordt gesteld dat een organisatie een specifieke moet kiezen en uitblinken om een duurzaam onderscheidend concurrentie voordeel op te doen zonder de overigen deelruiten te verwaarlozen. Opvallend is dat de Nederlandse kinderziekenhuizen zich ambivalent opstellen betreffende de keuze van een specifieke ruit. Momenteel zien we een duidelijke combinatie van het centraal stellen van zowel het probleem (aanbieden van beste product of dienst) en het profiel (het zieke kind). Om een meerwaarde te creëren en zich duurzaam te onderscheiden moet men kiezen.

Het creëren van meerwaarde is het sleutel woord. Meerwaarde is in zoverre lastig omdat het aan inflatie onderhevig is. Een eenmaal behaalde differentieel voordeel is slechts een kort leven beschoren omdat de afnemers in no time aan de toegevoegde waarde gewend raken en deze als vanzelfsprekend gaan ervaren. Meerwaarde en voortdurende innovatie gaan daarom hand in hand.

De value based competition filosofie zoals omschreven door Porter geeft mogelijkheden om duurzaam onderscheidend concurrentievoordeel in de praktijk toe te passen. De essentie ligt hem in het opbouwen, verankeren en communiceren van zowel klantwaardering (bejegening, service, informatie) als gezondheidsresultaten (herstel, kwaliteit van leven, overige outcome data). Volgens een stappenplan is dit zonder meer toe te passen op de zorginstellingen.

Deze principes moeten voortvloeien uit een duidelijke corporate strategie die kan dienen als onderscheidend en toegevoegde meerwaarde voor de organisatie. Het is een permanent proces waarbij men continue moet willen excelleren. Deze manier van denken staat bij de kinderziekenhuizen in Nederland nog behoorlijk in de kinderschoenen.

5. De casus Nijmegen

Gezien de vertrouwelijkheid van de gegevens hebben de auteurs besloten dit hoofdstuk niet publiekelijk openbaar te maken. Mocht u meer informatie willen verkrijgen dan kunt u contact opnemen met de auteurs.

5.1 Inleiding

Welke strategische opties zijn er op dit moment voor positionering van een kinderziekenhuis in de Nederlandse markt?

Wij werken deze vraag uit voor het Universitair Kinderziekenhuis in Nijmegen tegen het licht van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken. Wij zullen in dit hoofdstuk de positioneringmogelijkheden voor Nijmegen uitwerken tegen de achtergrond van Porters principes van valuebased competition, waarbij we nadrukkelijk aandacht besteden aan de kansen en bedreigingen die voortkomen uit de concentratiediscussie.

5.2 Positioneren op klantgerichtheid

In hoofdstuk 4 hebben wij al geconstateerd dat de Nederlandse kinderziekenhuizen zich in een spagaat bevinden waar het gaat over de keuze voor een basisstrategie. Feitelijk positioneren alle kinderziekenhuizen zich vanuit de basisstrategie die het profiel centraal stelt, terwijl zowel de uitgesproken ambitie als ook de medisch-inhoudelijke ontwikkelingen en de maatschappelijke behoefte zich bewegen in de richting van maximale behandelkwaliteit en superexpertise!.

5.3 Value based competitie als basis voor duurzaam concurrentievoordeel

We zetten de principes van Porter nog even op een rij:

- Focus moet liggen op waarde voor patiënten en niet eenzijdig op kosten
- Concurrentie op basis van resultaten (behandeleffecten) en informatie over gezondheidsresultaten moet transparant en breed beschikbaar zijn.
- Concurrentie op totale keten van behandeling en zorg, gericht op specifieke aandoening
- Zorg van hoge kwaliteit moet minder kostbaar zijn
- Waardecreatie ontstaat door ervaring, schaalgrootte en leereffecten
- Concurrentie moet niet alleen regionaal, maar ook landelijk plaatsvinden
- Innovaties die waarde toevoegen moeten bevorderd worden.

Op welke wijze kan Nijmegen deze principes gebruiken om een duurzaam onderscheidend vermogen te creëren?

5.4 Conclusies

6. Conclusies en aanbevelingen

De intrede van gereguleerde marktwerking en de discussie over het opstarten van gespecialiseerde kindercentra heeft er toe geleid dat alle kinderziekenhuizen zich momenteel bezig houden met het positioneringvraagstuk. In dit laatste hoofdstuk gaan we terug naar de vraagstellingen die geformuleerd zijn in hoofdstuk 1 en de beantwoording daarvan aan de hand van de bevindingen uit het onderzoek.

We hebben geconstateerd dat de positionering van kinderziekenhuizen in Nederland in de kinderschoenen staat. Men beseft mede door de toenemende gereguleerde marktwerking dat er meer ruimte moet komen voor concurrerend denken en het creëren van een duurzaam concurrerend onderscheidend vermogen.

Onze centrale vraagstelling luidde: ***Hoe verwerf je een duurzame positie als kinderziekenhuis in de Nederlandse zorgmarkt?***

In dit afsluitende hoofdstuk zullen we op basis van onze bevindingen in deze thesis aanbevelingen formuleren, waarbij we eerst onze antwoorden op de afgeleide vraagstellingen de revue laten passeren.

- *Wat zijn de marktontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland en in de VS?*

Waar we in de Verenigde Staten daadwerkelijk te maken hebben met een vrije markt met een focus op groei, zien we in Nederland een volstrekt gereguleerde en gebudgetteerde markt in deze bedrijfstak. Er is sprake van grote overheidsinvloed. Concurrentie op prijs en kwaliteit zoals in de VS vindt nog niet plaats. Het betreft een bedrijfstak die niet kostendekkend werkt en financieel afhankelijk is van de Raden van Bestuur van de UMC's. Op dit moment staat de bedrijfstak onder spanning, mede door toenemende financiële druk en dreigende concentratie van een aantal activiteiten.

In de VS is wel sprake van vrije prijsvorming en dat heeft geleid tot regionale monopolieposities, schaalvergroting en lucratieve tarieven. Ook de VS verandert de concurrentie van regionaal naar meer (inter)nationaal, maar vindt deze verschuiving meer vanuit de bedrijfstak zelf dan door regie van bovenaf plaats. De grootste uitdaging voor de Amerikaanse ziekenhuizen zal zijn om de juiste strategische keuzes te maken nu het einde van de groei als gevolg van de economische crisis in zicht is.

- *Zijn er lessen te leren van de wijze waarop kinderziekenhuizen in de VS zich in de markt positioneren?*

Met de nuancering dat de maatschappelijke context en de schaalgrootte onvergelijkbaar zijn, zijn er zeker lessen te leren.

- o De Amerikaanse bedrijfstak denkt en handelt bedrijfsmatig en heeft schaalgrootte gerealiseerd o.a. door overname van locale en regionale spelers, die geen renderende kinderafdelingen hadden. Exploreren van verdere verticale integratie zou ook voor de Nederlandse markt een interessante optie kunnen zijn.
- o Profileren op indicatoren, zeker in de vorm waarin ziekenhuis 2 dit doet, biedt onderscheidend vermogen. Het ontwikkelen van deze indicatoren staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Gebruik maken van het Amerikaanse voorwerk in deze biedt kansen. Hier geldt dat snelheid van handelen en systematisch uitvoeren een voorsprong kan bieden.

- o In de VS wordt pro-actief gereageerd op nieuwe ziektegebieden en nieuwe geografische markten. Opvallend is dat men in Nederland wel signaleert dat dit hier mogelijk iets staat te gebeuren of zou moeten gaan gebeuren, maar geen van de partijen claimt dit actief of investeert hierin.
- *Zijn er nieuwe relevante internationale inzichten over de ontwikkeling van ziekenhuiszorg voor kinderen?*
 Zowel in Nederland als in de VS worden als belangrijkste technologische ontwikkeling de gentechologie genoemd, met daarbij toekomstige mogelijkheden voor gentherapie. Daarnaast worden door beiden ook ADHD, autisme en obesitas als nieuwe groeigebieden genoemd.
 Tot slot zien we een toenemende aandacht voor kwaliteit van leven bij en omgaan met chronische ziekten.
 Dit zal van invloed zijn op de keuzes die kinderziekenhuizen maken bij de ontwikkeling van de basis strategie en de daaruit vloeiende positionering.
- *Welke strategische keuzes kunnen de positie versterken en bieden onderscheidend vermogen?*
 In hoofdstuk 4 hebben we geconcludeerd dat de academische kinderziekenhuizen ambivalent zijn in de keuze voor een basisstrategie. Waar vanuit de academische taakstelling een “probleemoriëntatie” voor de hand zou liggen, is de keuze in de praktijk meer gebaseerd op het profiel “het zieke kind”. Alle centra ambiëren een zo breed mogelijk product portfolio. Het risico bestaat dat hierdoor de aansluiting met de internationale top wordt gemist en dat de kwaliteit van academische zorg op termijn in Nederland achterblijft door versnippering van kennis en investeringen.
 - o Het versterken van de academische positie vindt plaats door een heldere keuze te maken voor academische topzorg op een aantal gebieden en ook de beschikbare resources in te zetten op deze gebieden. Internationalisering is bij deze strategische keuze een vereiste.
 - o Keuze voor de doelgroep “het zieke kind” kan ook een onderscheidende keuze zijn, maar daarbij hoort een ander profiel, met een andere doelgroep, waarbij een regionale functie de doelstelling moet zijn. Zeker voor de kindergeneeskunde, die in de perifere ziekenhuizen slechts met beperkte deelgebiedenkennis vertegenwoordigd is, kan dit een legitieme keuze zijn. Hiermee komt echter wel het academische profiel van het kinderziekenhuis onder druk te staan.
- *Wat zijn de kritische succesfactoren voor een duurzame positionering?*
 In onze optiek worden de kritische succesfactoren voor een duurzame academische positionering als kinderziekenhuis feitelijk geformuleerd in de theorie van M. Porter over value based competition. Diegene die in staat is om op basis van meetbare outcome indicatoren te laten zien dat hij de beste zorg levert en de meest tevreden klanten heeft zal een duurzaam concurrentievoordeel verwerven.

Door het ontbreken van valide outcome indicatoren en door de wijze waarop de bedrijfstak in Nederland georganiseerd is, spelen hier echter ook andere factoren een mogelijk veel belangrijker rol. Positionering tegenover

financiers (in dit geval Raden van Bestuur van UMC) en degenen die besluiten nemen over concentraties én de relaties met verwijzers zijn op dit moment belangrijke determinanten voor succes. Daarnaast kan de rol van de media zeer bepalend zijn voor het imago en de reputatie van de instelling.

- *Bestaat er een optimaal product portfolio model?*
Onze thesis geeft geen antwoord op deze vraag mede doordat we hier geen onderzoek naar gedaan hebben. Tevens moet men de vraag stellen of dit vanuit de klant of vanuit de aanbieder moet worden bekeken. Gezien de in deze thesis geschetste ontwikkelingen en de kracht van het model van Porter, vraagt een optimaal product portfolio naar onze mening om voldoende volume van de verschillende “producten” die worden aangeboden. Gezien de co-morbiditeit is maximale samenhang tussen de ‘producten’ ook van belang. Het versnipperd aanbieden van “zorg voor weesziekten” door eenmansbedrijfjes moet uit het oogpunt van kwaliteit en kosten vermeden worden.

Aanbevelingen om te komen tot een duurzame positie voor een kinderziekenhuis in Nederland

Ondanks het feit dat er in Nederland binnen de academische kindergeneeskunde feitelijk géén sprake is van marktwerking, is het ontwikkelen van een positioneringstrategie noodzakelijk. Of er nu wel of geen vrije prijsvorming komt voor deze zorg is minder relevant. Toenemend wordt vanuit de patiënt en vanuit de samenleving gevraagd om transparantie over kwaliteit, veiligheid en patiënt vriendelijkheid.

Excelleren op deze gebieden zal in de toekomst bepalend zijn voor het onderscheidend vermogen en daarmee op het succes van de onderneming. Kijkend naar de actualiteit doen wij de volgende aanbevelingen aan hen die een toekomst als academisch kinderziekenhuis ambiëren:

- o Kies als academisch kinderziekenhuis voor een primaire ruit van klantgerichtheid die verankerd moet worden in de basis strategie.
- o Wij adviseren om je als academisch kinderziekenhuis te richten op de ruit waar het probleem centraal staat. Deze is patiënt georiënteerd, resultaatgericht, innovatief, voorzien van vakkennis met een beslissingsbevoegdheid bij de behandelaar.
- o Vertaal de strategie (inclusief missie en visie) naar een doelgerichte slogan en zorg dat deze door alle medewerkers wordt gedragen.
- o Definieer de meerwaarde voor de diverse stakeholders en werk deze specifiek uit in concreet meetbaar beleid. Betrek de belangrijkste stakeholders en maak ze deelgenoot van de strategie. Voor een kinderziekenhuis zijn dit met name de patiëntverenigingen, ziektekostenverzekeraars en de Raad van Bestuur van het UMC.
- o Zorg ervoor minimaal één van de twee te concentreren activiteiten (cardiochirurgie of kinderoncologie) als onderdeel te behouden. Hiermee wordt een basisschaalgrootte gecreëerd, is er een basisinfrastructuur voor andere deelspecialismen aanwezig, én is er voldoende relatie met verwijzers in de regio om de verwijsstroom voor andere patiëntgroepen in stand te houden.

- o Koppel de keuze van de ruit aan het juiste zorgproces, georganiseerd vanuit het klantenperspectief rond specifieke aandoeningen.
- o Definieer resultaten op het gebied van klantwaardering en gezondheid en verricht permanent metingen.
- o Hanteer de uitkomsten voor interne aan- en bijsturing en gebruik de uitkomsten als onderdeel van de marketing- en communicatiestrategie. Dit past binnen het value based competitie principe.
- o Benadruk het onderscheidend vermogen op relevante gebieden door kwaliteit, innovatie en vakkennis. Neem hierbij de kwaliteit van het product als uitgangspunt.
- o Voor die ziekenhuizen die reeds een merknaam hebben zorg voor een strategische gebruik van de naam. Voor die ziekenhuizen die nog geen merknaam hebben, zorg voor een gedegen merkstrategie afgeleid van de basisstrategie en het merkportfolio. Merkpositionering, naamgeving en visuele presentatie zijn hierbij de belangrijkste speerpunten in het beleid dat een cruciale invloed kan hebben op de positionering van de instelling.
- o Blijf de gekozen en geïmplementeerde basisstrategie monitoren en waar nodig aanscherpen.
- o **Be good en tell it!!!**

Literatuur

- Aaker, D.A, Marktgericht Strategisch Beleid, 6e editie, 2005
- Bekkum, T van, Analyze this! Rationale achter het 6 C model, Positioneringsgroep, Hilversum, 2005
- Cramer, K et al, Verleidelijke merken ook binnen de zorg, ZM, augustus 2007
- Engelsen, B. den, C. van Beek, G. Blijham, Marketing voor zorgverleners, Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2007
- Johnson, G., K. Scholes, Exploring Corporate Strategy, 7th edition, 2005 Printence Hall.
- Gold, R., Financial crisis hits health care companies, Outlook, November 2008
- Kim, W.C., R. Mauborgne, De blauwe oceaan. Creatieve strategie, voor nieuwe concurrentievrije markten, Harvard Business School Publishing Corporation, 2005
- Leeuwen, S van, Zorgmarketing in de praktijk, van Gorcum, 2007
- Porter, M., Competitive Advantage, Free Press New York, 1985
- Porter, M.E., E. Olmsted Teisberg, Redefining Healthcare. Creating value-based competition on results, Harvard Business School Press, Boston 2006.
- O'Dell, G. J, American Hospital Association Environmental Scan 2009
- Olmsted, G. O. e.o, America's Best Children's Hospital's Methodology, 2008
- Treacy, M. F. Wiersema, De discipline van marktleiders. Kies uw klanten, verklein uw focus en domineer uw markt, Scriptum Books, 1995
- Shea, K.K., A. Shih, and K. Davis, Health Care Opinion Leaders' Views on the Transparency of Health Care Quality and Price Information in the United States, The Commonwealth Fund, November 2007
- Sack, K., The short end of the longer life, The New York Times, April 27, 2008.
- Uretsky, S.D, Healthcare in the United States
- Rapporten:
 - o Nationaal Kinderoncologisch Centrum Nederland, SKION/VOKK, 2008
 - o Business Case Nationaal Kinderoncologisch Centrum Nederland, Plexus, 2008
 - o Bedrijfsplan 2009-2010 afdeling kindergeneeskunde UMC St. Radboud
 - o FutureScan 2008 Healthcare trends and implications 2008-2013, Health Administration Press
 - o Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, uitgave ministerie OCW & VWS, 2007
 - o WHO assess the world's health system, Press Release WHO 44/20, June 2000
 - o US Congressional Budget Office, Technological Change and the Growth of Health Care Spending, January 2008
 - o Wennberg J.E. e.o, The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice: Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness, May 2008.

- o Sociaal Cultureel Planbureau, Het zestiende Sociaal Cultureel rapport, Den Haag, 2004
- Diverse brochures:
 - o Zorgvernieuwing in het EKZ: een toekomst voor jonge patiënten (2007)
 - o De metamorfose: van kinderziekenhuis tot kinderzieken(t)huis (EKZ, 2002)
 - o Surantidag: interculturele communicatie (EKZ, 2006)
 - o EKZ jaarverslag 2007
 - o Making dreams comes true. Child Health in UMC Utrecht (2008)
 - o Samenspel en samenklank, bedrijfsfilosofie en organisatiestructuur van het UMC Utrecht. Geert Blijham & Ernest Muter (2008)

Over de auteurs

Betty Rikken

Na het behalen van een doctoraal examen in de sociaal-economische geschiedenis in 1986 is zij enige tijd werkzaam geweest als docente maatschappijleer. Vervolgens heeft zij vier jaar als allround collectieflied gewerkt in een vrouwenboekhandel.

Na een opleiding logistiek management is zij achtereenvolgens in verschillende managementfuncties werkzaam geweest bij de Universiteit Utrecht. In 1998 heeft zij de overstap gemaakt naar het UMC St. Radboud, waar zij een functie als hoofd beheerszaken in een laboratoriumafdeling aanvaardde. Inmiddels werkt zij als bedrijfsleider van de afdeling Kindergeneeskunde met de ambitie om de komende jaren het Kinderziekenhuis van dit UMC tot volle wasdom te laten komen.

Betty woont samen met Karin en hun drie kinderen.

Michel T. Rudolphie

Na het behalen van zijn doctoraal studie Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam in 1988 is hij gaan werken bij een organisatie op het gebied van geneesmiddelen onderzoek. Na twee jaar is hij overgestapt naar de farmaceutische industrie en heeft 14 jaar bij de Zwitserse firma Novartis in diverse leidinggevende posities in binnen en buitenland gewerkt. Gedurende deze periode heeft hij ook een executive opleiding gevolgd aan de Harvard Business School in Boston. Bij zijn terugkeer in 2004 naar Nederland is hij directeur geworden van een Israëlische start up organisatie die zich bezig houdt met innovatieve medische hulpmiddelen ter ondersteuning van mensen met een neuro musculaire aandoening. In 2008 is hij gevraagd om het management team te versterken bij de Nederlandse firma Nucletron, een wereldwijde marktleider op het gebied van brachytherapie.

Michel is oprichter en voorzitter van de stichting Hersentumor.nl. Tevens is hij lid van de cliëntenraad in het Tergooiziekenhuis.

Hij is getrouwd met Mariette. Samen hebben ze een dochter; Claire.

Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst voor interviews

Gerubriceerd volgens het 6C-model.

Changes in the environment

- Which developments in society do you expect to influence you most in the next five years?
- Do you expect major developments in children's healthcare knowledge and technologies in the next five years?
- Do you see threats for your hospital? (severe budget constraints?)
- Where do you expect/see major opportunities?

Competition

- Who do you consider as your main competitors?
- How do you make a difference?
- Do you know your market share and that of your competitors for the different activities or subspecialties?
- Are you considering to start new activities or to enter new geographical markets?

Customers/Stakeholders

- Who are your most important stakeholders and how do they influence your policy?
- Who do you consider as your main customer?
- How do you measure customer satisfaction and what is done with the results of these surveys?
- How is your organization funded?
- How big is the influence of health insurance companies on the healthcare services you offer? How would you define your relation with these companies?
- What's your relation to the federal or state?
- To whom do you direct your external communication in the first place?

Corporate strategy

- What's your mission statement?
- What is your most important strategic goal for the next five years?
- How would you describe your core business?
- What's your vision towards the development of national concentration and further specialization?
- How do you cope with the pressure for cost reduction?
- What have been the most important developments (successes and disappointments) in your hospital in the last five years?
- Do you want to grow and if so, what is your strategy to realize this?
- Do you have an outspoken portfolio policy in your hospital?
- How does your children's hospital look over 10 years from now?

Core competencies

- What do you consider the three most important core competencies for your organization?
- What are the distinctive activities that are typically for your hospital?
- How do you select your employees?

Culture

- What are the central values of your hospital? How is the communication of these values to the stakeholders and employees? Is there a corporate identity felt broad in the hospital?
- How do you present the organization in public? What's the image you want to present?
- What are for you the most important indicators to measure your success?
- How do you select your employees?

Bijlage 2: Instanties en lijst van geïnterviewden

Positioneringsgroep, Hilversum

- Alexander Koene, partner
- Inga Frenay – Hillebrandt, adviseur

Plexus, Amsterdam

- Jaap Maljers, Partner

Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam

- Prof Dr. A.J. van der Heijden, Hoofd afdeling Kindergeneeskunde
- A.G. Lelieveld, RC. Manager clusterbureau

Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam

- Prof Dr. M.C. van Aalderen, plaatsvervangend hoofd afdeling kindergeneeskunde
- Drs Roos Leber, directeur bedrijfsvoering

Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht

- Drs E.C. Muter, manager bedrijfsvoering

UMC St Radboud, Nijmegen

- Prof Dr. R de Groot

Cincinnati Children's

- Dee Ellingwood, Senior Vice President Planning en Business Development
- James Anderson, CEO

Childrens Hospital of Philadelphia

- Cynthia Haines, Senior Vice President Strategic Planning and Program Development
- Steven Altschuler, President and CEO

Seattle Children's

- Bruder Stapleton, MD, Senior Vice President and Chief Academic Officer
- Sandy Melzer, Senior Vice President Strategic Planning en Business Development

Bijlage 3: Verslag veldonderzoek

1. Bevindingen in de VS

1.1. Ziekenhuis 1 – *Hope, Care, Cure*

1.Changes in the environment

- Men voorziet in de hele sector financiële teruggang als gevolg van de crisis. Zowel de overheidsbijdragen (NIH) als de inkomsten uit liefdadigheid zullen de komende jaren onder druk komen. Gezien de grote investeringen die recent gedaan zijn in m.n. de onderzoeksinfrastructuur kan dit leiden tot grote financiële druk. Mogelijk moeten groeiambities getemporeerd worden. Men verwacht dat niet alle (kinder)ziekenhuizen deze crisis overleven. Seattle Children's beschouwt haar eigen positie als stevig gezien de enorme regio die zij bedient en de minimale concurrentie. De kwetsbaarheid van anderen biedt SC kansen.
- Men beschouwt gentherapie als de belangrijkste technische ontwikkeling in het vakgebied voor de komende jaren. Groeigebieden zijn obesitas, autisme, sportgeneeskunde en preventie.

2.Competition

- Concurrentie vanuit enkele lokale centra en voor enkele zorgprogramma's vanuit andere kinderziekenhuizen in het westen van de VS (San Francisco, Portland, Salt Lake City, Denver).
- Seattle onderscheidt zich door de grote regio die ze bedient en door de breedte van het aantal subspecialismen. Academische profilering geeft een sterke positie t.o.v. de lokale concurrenten
- Focus ligt op versterking en uitbreiden van regionale positie. Doel is verdubbeling aantal bedden naar 500 door groei naar uitbreiding in regio én nieuwe doelgroepen (ophogen behandelleeftijd naar 21) en nieuwe aandachtsgebieden (preventie en sportgeneeskunde).
- Monitoren marktaandeel gebeurt niet systematisch omdat cijfers laat beschikbaar komen en onvolledig zijn.

3.Customers/stakeholders

- Volgorde van stakeholders: patiënten en hun familie, verwijzende artsen en financiers. Belangrijkste klant vindt men de patiënt en zijn ouders, maar men geeft tegelijkertijd aan dat in werkelijkheid de verwijzende arts minstens zo belangrijk is.
- Opvallend is de sterke relatie met de gemeenschap: veel vrijwilligers, veel donoren, die in een wijdverbreid netwerk van gildes georganiseerd zijn. Men beschikt over een sterke fondsenwervingorganisatie.
- Men gebruikt systematisch klanttevredenheidsonderzoek en zet op basis van resultaten verbeterprojecten in
- Men bevindt zich gezien regionaal sterke positie in een redelijk sterke onderhandelingspositie tegenover de verzekeraars.

4.Corporate Strategy

- Missie:
We believe our children have unique needs and should grow up without illness or injury. With the support of the community and through our spirit of inquiry we will prevent, treat and eliminate pediatric diseases.
- Visie:
We will be the best children's hospital.
 - o Provide patients and their families excellent care with compassion and respect
 - o Deliver superior accessible, cost-effective services
 - o Attract and retain the best talent at all levels of the organization
 - o Be one of the top five pediatric research institutions in the country
 - o Be the nation's premier pediatric educator
 - o Achieve worldwide prominence by integrating patient care, research, education and advocacy
- Strategische doelen
 1. Build programs that set national standards for quality of care
 2. Drive clinical growth by improving access and services to families and physicians
 3. Prevent, treat and eliminate pediatric disease
 4. Recruit and retain the best people
 5. Develop the next generation of pediatric health care leaders
 6. Secure Children's financial future
- Visie op concentratie en specialisatie.
Men kan dankzij de omvang regio alles blijven doen en maakt geen expliciete keuzes. Versterken van onderzoek is noodzakelijk om groei te bereiken en ook academisch mee te blijven doen. Daartoe heeft men downtown Seattle aantal prestigieuze onderzoeksgebouwen gekocht

Groei wordt als key strategie genoemd: men wil zowel uitbreiding van de regio als uitbreiding activiteiten (zie boven); Seattle wil de hofleverancier zijn van het noordwesten.

Het streven is om m.n. poliklinische activiteiten in locaties in de regio te ontwikkelen en de meer zorgintensieve en klinische activiteiten in de hoofdvestiging te lokaliseren. In de hoofdvestiging zijn nu 250 bedden; er is een geplande uitbreiding met 130 tot 180 bedden in 2012, tot 600 bedden over 15 tot 20 jaar.

- **Kostenreductie**

Men heeft de afgelopen vijf jaar veel geïnvesteerd in CPI (Continuous Performance Improvement) o.b.v. Toyota principes. Het rendement hiervan blijkt bij navraag niet goed te kwantificeren.

5. Core competencies

- Vakinhoudelijke pediatrische vaardigheden en compassie
- Bij selectie van personeel zijn bovenstaande belangrijke criteria; de aantrekkelijkheid van woon- en leefomgeving en de reputatie van het ziekenhuis geeft ruime keuze uit personeel.

6. Culture

- Core values: hope, care and cure
- Gewenste imago: heel competent in alle aspecten van de gezondheid van kinderen met een zware mix van compassie en expertise.
- Belangrijkste indicators: er wordt een balanced scorecard bijgehouden m.b.t. kwaliteit, kosten, delivery(?), veiligheid en medewerkerbetrokkenheid.

Observaties

Dit ziekenhuis bevindt zich in een regio waar zij enige hinder ondervinden van lokale spelers, maar feitelijk geen serieuze concurrentie ontmoeten. Men spreekt nationale ambitie uit, maar dit zien we niet concreet terug in specifieke nationale speerpunten.

Er is een sterke inbedding in de gemeenschap, er is een goed netwerk in de regio opgebouwd. Er is ambitie en er is (was?) veel investeringsvermogen aanwezig. Er wordt zwaar ingezet op de ontwikkeling van onderzoek. Er is een reVSchtige infrastructuur in opbouw, waarbij zwaar geleund wordt op een forse groei van onderzoeksactiviteiten. Financiëerbaarheid hiervan op de langere termijn lijkt, zeker in deze tijd van economische neergang twijfelachtig.

1.2 Ziekenhuis 2 – Changing the Outcome

1. Changes in the environment

- Financiële crisis en politieke koers zullen gezondheidszorgsector beïnvloeden. Internationalisering van de zorgmarkt.
- Ontwikkelingen in het vakgebied zullen liggen in groei van technische mogelijkheden en verbeteren van proceskant van de zorg.
- Economische situatie houdt bedreiging in; de verwachting is dat er meer patiënten moeten terugvallen op medicatie e.d. en dus minder inkomsten opleveren. Het eigen vermogen is behoudend belegd.
- Grote kansen ziet CC in de nationale en internationale markt. Veel affiliaties en samenwerkingsverbanden. Zoeken niches in 3^e en 4^e lijns markt.

2. Competition

- Belangrijkste academische concurrenten zijn Philadelphia en Boston. In de regio zijn op 200 km afstand vijf andere kindziekenhuizen. Lokaal heeft Cincinnati monopolie, maar heeft te kleine regio om haar omvang te rechtvaardigen.
- CC onderscheidt zich door sterke focus op outcome (sterk ontwikkeld kwaliteitsbeleid), door sterke samenwerkingsrelaties met andere ziekenhuizen en door op een aantal gebieden (niches) unieke expertise in huis te halen: zeldzame ziekten met relatief kleine populaties, waardoor ze nationaal en internationaal unieke service bieden.

CC onderscheidt zich op de arbeidsmarkt door perspectief (vrijheid en groei mogelijkheden) dat ze kan bieden aan excellent personeel; bovendien vaak probleemloos banen voor partners.

- Kennis van concurrentie is goed aanwezig. Op basis daarvan worden ook niches gezocht.
- Nieuwe activiteiten m.n. op gebied van internationalisering. Daartoe nieuw instituut opgericht: *Global Health Center* met als doel zichzelf te profileren als internationaal leider voor de zorg, het onderzoek en het onderwijs voor de gezondheid van kinderen.

Andere nieuwe activiteiten op gebied van omgaan met en behandeling van chronische ziekten

3. Customers and Stakeholders

- Belangrijkste stakeholders: ouders, kinderen, ziektekostenverzekeraars, subsidieverstrekken en donoren.
- Belangrijkste klant: patiënt en zijn/haar ouders.

- Er worden geen systematische klantenquêtes gehouden, er is wel een adviesraad van ouders. Ouders worden actief betrokken bij behandelproces, o.a. door aanwezigheid bij visite.
- Voor verschillende doelgroepen verschillende communicatieorganen. Opvallend is dat CC in alle publicaties haar visie en misse zeer expliciet uitdraagt. Helder profiel.
- Zij zijn er in geslaagd om tarieven bij verzekeringsmaatschappijen te verdubbelen, door transparant te zijn in kosten en outcome van henzelf en concurrenten te kwantificeren.

4. Corporate Strategy

- Visie:
To be the leader in improving child health
- Missie:
Cincinnati children's will improve child health and transform delivery of care through fully integrated globally recognized research, education and innovation.
For patients from our community, the nation and the world, the care we provide will achieve the best:
 - medical and quality of life outcomes
 - patient and family experiences
 - value
 today and in the future
- Strategische doelstellingen:
 - Create an internationally recognized medical centre based on innovation in improving child health and the training of clinical, educational and research leaders
 - Build organizational competencies that reflect our values and enable us to execute the strategic plan
 - Dramatically improve medical and quality of life outcomes
 - Dramatically improve experience of the patient, family and providers in our health care delivery system
 - Dramatically improve the value of the patientcare, education and research we deliver and aggressively seek financial resources
- Concentratie/specialisatie
Men verwacht dat deze ontwikkeling zich doorzet en ook internationaliseert. Men blijft in de breedte alles aanbieden, want acht ook de locale markt van belang. De groei moet echter komen uit landelijke en internationale markt.
- Kostenreductie
Er wordt jaarlijkse taakstelling van 1% afgegeven, maar in de groeistuijp waarin CC zich bevindt (verviervoudigd in 10 jaar) is dat nauwelijks relevant. Wel noodzakelijk om bewustzijn kosteneffectiviteit te stimuleren en continu proces- en kwaliteitsverbetering na te streven. Reduceren van waste is continue thema.
- Laatste vijf jaar
Enorme groei doorgemaakt door:
 - overname van de locale pediatrie zorg (monopoly in de stad)
 - goed personeel aan te trekken
 - goede vergoedingen te realiseren
 - sterke corporate culture neer te zetten (integraal beleid voor kerntaken en de businesskant)
- Toekomst
Doorgaan op de ingeslagen weg en blijven groeien.

5. Core Competencies

- Er is een uitgesproken visie op de benodigde kwaliteiten en het gedrag dat van medewerkers wordt verwacht. Het moeten vanzelfsprekend goede professionals zijn, maar ook innovatieve denkers, veranderingsbereid, out of the box kunnen denken. Daarnaast moeten mensen geïmmiteerd zijn aan het principe van family-centered care en in staat om zowel met patiënten, ouders en collega's goede relaties op te bouwen.
- Bij selectie van personeel wordt scherp geselecteerd op bovengenoemde criteria. Het vereiste opleidingsniveau voor verpleegkundigen is hoog (HBO).
Deze sterke innovatieve cultuur, gericht op een integraal beleid, gecombineerd met de aanwezigheid van een goede infrastructuur met ruime investeringsmogelijkheden, maakt CC ondanks de ligging tot een aantrekkelijke werkgever.

6. Culture

- Core values: Respect everyone, tell the truth, work as a team, make a difference
- Waarden en verwachtingen voor leidinggevenden zijn expliciet gemaakt en daar wordt naar zeggen ook op geselecteerd.
 - Earn the confidence and trust of patients, families and colleagues
 - Embrace a spirit of inquiry

- Execute with discipline and urgency
- Use common sense
- Gewenst imago: een organisatie die de gezondheidszorg fundamenteel verandert en daadwerkelijk voor betere behandelingsresultaten zorgt
- Belangrijkste indicators: behandelingsresultaat en groei.

Observaties

Opvallend is de zeer sterke corporate culture en de heldere visie en doelgerichtheid waarmee strategie wordt uitgezet en geoperationaliseerd. De gerealiseerde groei is extreem. Opvallend is ook hier de beschikbaarheid van vermogen om te investeren.

Succesvol voorbeeld van bouwen van een merk. Er was weinig historie om op terug te vallen, maar men is erin geslaagd om een herkenbare organisatie neer te zetten, die kijkend naar de realisatie, een behoefte in de markt vervult.

1.3 Ziekenhuis 3 – Hope lives here

1.Changes in the environment

- Men verwacht nadelige effecten van de economische crisis: minder inkomsten uit de patiëntenzorg (vergoedingen zullen omlaag gaan), voor onderzoek en uit liefdadigheid. Het vermogen is aangetast en waarschijnlijk zullen aantal ambitieuze bouwprogramma's worden getemporeerd.
- Nieuwe ontwikkeling ziet men vooral in technische vooruitgang en de ontwikkeling van gentherapie voor vele soorten aandoeningen. Verwachting is echter ook dat hier a.g.v economische crisis een vertraging gaat plaatsvinden in het investeren in onderzoek en in de implementatie van nieuwe technieken.
- Gezien de zeer sterke onderhandelingspositie verwacht men op korte termijn geen serieuze bedreigingen, al is constante waakzaamheid en een agressieve houding bij het verwerven van financiële middelen noodzakelijk
- Kansen voor zichzelf ziet men in de nationale en internationale markt in de ver door ontwikkelde expertise zorg

2.Competition

- Men gaat absoluut uit van eigen kracht en heeft historisch gezien zo'n sterke naam/ brand dat er van reële concurrentie nauwelijks sprake is. CHOP heeft zeer agressieve expansiepolitiek in de regio gevoerd, waardoor ze over een absoluut monopolie beschikt. Ook de regio over de eerste lijnszorg ligt geheel in handen van CHOP en wordt uitgevoerd in 45 locaties.
- Zeer sterke onderhandelingspositie met verzekeraars, die ook maximaal wordt uitgebuit. CHOP maakt 15% winst op patiëntenzorg; dit wordt geïnvesteerd in versterking onderzoek.
- Concurrentie vindt m.n. plaats op werven van excellent personeel
- Marktaandeel en ontwikkelingen in de markt worden wel nauwlettend gevolgd om kwetsbare posities snel te signaleren en kansen effectief te benutten.
- Om leidende positie te behouden en verder uit te bouwen is het starten van nieuwe activiteiten en betreden van nieuwe geografische markten een essentieel onderdeel van de strategie.

3.Customers and Stakeholders

- Belangrijkste stakeholders: patiënten en ouders, de gemeente, de medische en verpleegkundige staf en financiers van onderzoek. De relatie met zorgverzekeraars wordt gekenmerkt door harde onderhandelingen. CHOP opereert vanuit marktmacht en is in de lead. De positie van de zorgverzekeraar is zwak.
- Relatie met gemeenschap is wel intensief omdat ziekenhuis monopolie voor kinderzorg in handen heeft, maar vertaalt zich niet in groot aantal vrijwilligers.
- Belangrijkste klant: patiënt en ouder, echter ook verwijzende arts.
- Patiënttevredenheid wordt systematisch gemeten en o.b.v. de resultaten worden verbeteracties ingezet.
- Men beschikt over verschillende communicatieorganen voor verschillende doelgroepen. Prioriteit ligt bij communicatie naar patiënten en hun ouders.

4.Corporate Strategy

- Missie:
To advance pediatrics healthcare worldwide through exceptional patient care, breakthrough research to cure pediatric diseases and education of future generations of medical professionals.
- Strategische doelen
De komende vijf jaar heeft het behouden van financiële stabiliteit de absolute prioriteit, gezien de economische crisis.
De inhoudelijke strategische doelen staan niet expliciet beschreven, maar worden als volgt benoemd:

- Veroveren van internationale markt en doen van baanbrekend onderzoek m.n. door toepassing genenonderzoek op grote populaties patiënten.
- Profileren in technisch hoogstaande en soms zelfs experimentele patiëntenzorg (foetale chirurgie).
- Aangaan van internationale relaties om potentiële onderzoekspopulaties te vergroten en internationale verwijzingen te doen toenemen
- Concentratie en specialisatie
Verdere concentratie zal zeker plaatsvinden. Voor CHOP is dit een natuurlijk proces, zij zijn hier als vanzelfsprekend mee bezig en werpen zich hier met focus op nationale en internationale markt expliciet op als belangrijke speler.
Met name voor de cardiochirurgie is deze discussie actueel. CHOP heeft hiervoor een goede positie en manifesteerde zich hierin nadrukkelijk.
- Kostenreductie
De afgelopen 10 jaar was er pure focus op groei en investeringen. Er was veel investeringsvermogen beschikbaar en investeringen. Investeren in researchinfrastructuur heeft gewerkt als motor voor de groei en ontwikkeling.
Jaarlijks werden wel de exploitatiekosten geëvalueerd in relatie tot de geleverde diensten. Op dit moment wordt echter met het oog op de economische crisis een stevige bezuinigingsoperatie ingezet, waarbij focus ligt op procesoptimalisatie en het opnieuw bezien van niet rendabele activiteiten. Daarnaast blijft er een voortdurende zoektocht naar mogelijkheden om inkomsten te vergroten.
Er is een sterk financiële focus; alle activiteiten die worden overgenomen moeten minimaal break-even draaien.
- Portfolio
In de praktijk doet CHOP het hele spectrum van basiszorg tot super expertise (quaternary)zorg. De superspecialistische zorg vindt plaats op de hoofdlocatie, daarnaast zijn er 30 eerstelijns vestigingen en 8 ziekenhuislocaties in de regio. De primaire zorg is dienend voor de academische topzorg, waar daadwerkelijk de prioriteit ligt. Paradepaardjes op dit moment: foetale chirurgie, cardiochirurgie en-imaging, applied genomics.
- Toekomst
Verdere groei en volledig gebruik van zeer geavanceerd, ook voor onderzoek goed ingericht EPD zal deze groei faciliteren. Er zal een uitbreiding van activiteiten en locaties zijn. Ook onderzoeksinfrastructuur wordt uitgebreid.

5.1.4 Core Competencies

- Werven van academisch toptalent is cruciale succesfactor. Vereiste kerncompetenties: hoogwaardige patiëntenzorg, - onderzoek en onderwijsvaardigheden.
Er wordt nauwelijks gekozen voor functiedifferentiatie in de verpleging. Er wordt ingezet op vakkundig hoogopgeleid, dus duur personeel (HBO voor verpleging en leidinggevend kader PhD).
Alle focus is gericht op expertise en technische vooruitgang.

6. Culture

- Core values: patiënten en patiëntveiligheid boven alles, innovatie, teamwork, leiderschap, diversiteit en service,
- Gewenst imago: we geven hoop door onze deskundigheid
- Belangrijkste indicators: kwaliteit van de patiëntenzorg, mate van succes bij het werven van (inter)nationale academische toppers, géén vermijdbare fouten, behoud van personeel, de behaalde financiële marge, omvang van extern verworven onderzoekssubsidies.

Observaties

Het is een ziekenhuis dat kan bouwen op historische reputatie en een sterke merknaam heeft. Daarnaast heeft men in het afgelopen decennium ook een regionale monopoly positie verworven. Ook hier is een forse groei gerealiseerd. De organisatie straalt een sterke focus op business uit en gedraagt zich als een agressieve speler in de markt. Meer gericht op overname dan op samenwerking.

2. Bevindingen in Nederland

2.1 Ziekenhuis 1

1. Veranderingen in de omgeving

Intern voorziet men beperkingen in de beschikbare budgetten als grootste verandering. Vooral extern werden diverse factoren benoemd: toenemende vergrijzing (heeft echter geen directe gevolgen voor de afdeling), opkomst van gentherapie, toename van screening en meer nadruk op (primaire en secundaire) preventie.

Per saldo zal dit geen grote verandering brengen in het volume echter deze veranderingen hebben meer invloed op processen. Belangrijke resultante van deze veranderingen voor dit ziekenhuis is de verandering in het grootschalig denken.

2. Competitie

Belangrijkste concurrenten zijn vooral de academische centra in de Randstad. Ook wordt de tweede lijn in de gaten gehouden echter is afhankelijk van het soort aanbod. Bijvoorbeeld een ZBC ADHD bij kinderen wordt niet gezien als concurrerend.

Concurrentie wordt gevolgd a.d.h. van cijfers (Prismant), zelf bijhouden van gegevens en observeren.

Groeistrategie a.d.h. van nieuwe activiteiten en geografische uitbreiding wordt niet nodig geacht gezien het ruime aanbod in het adherente gebied van dit ziekenhuis.

Het verschil richting concurrent wordt gemaakt door te laten zien waar men goed in is. De communicatie daar over kan beter (bijvoorbeeld internet)

3. Klanten / stakeholders

Belangrijkste stakeholders zijn Raad van Bestuur (RvB) en zijn de kinderartsen. RvB is belangrijk gezien de verdeling van het budget. Het budget bestaat uit diverse elementen zoals onderwijs & onderzoek maar ook sponsorgelden. Kinderartsen in verband met de verwijzingen. Er wordt veel gedaan aan de relatie met deze doorverwijzers.

De eigen medewerkers werden genoemd als belangrijke stakeholder en als klant. Het verschil was moeilijk uit te leggen, het was meer een gevoelskwestie.

Opvallend was dat de patiënt wel als klant werd genoemd maar dat men gelijktijdig aangaf dat men niet wist hoe dit moest worden "ingeschaald".

Het communiceren naar de klant (patiënt en medewerkers) verloopt via het interne communicatie bureau van dit UMC.

4. Strategie

De zogenaamde "mission statement" is die van de gehele UMC waaronder dit kinderziekenhuis valt. Het onderscheidende vermogen ligt in de komende jaren op het gebied van optimalisatie van prijs en kwaliteit. Tevens wil men nadruk leggen op vergaande specialisatie en samenwerking met andere centra.

Men ziet nationale concentratie noodzakelijk en benoemt dit als maatschappelijk ondernemen. Daarom nadruk op specialisatie en samenwerken. De groeistrategie (zie ook 2) ligt hem vooral in het verbeteren van kwaliteit en het vergroten van financiële middelen. Deze kwaliteitsinvestering is vooral gericht op de al bestaande speerpunten van het ziekenhuis. Men onderkent dat er meer marktgericht gedacht moet worden waarbij de nadruk ligt op het vormen van allianties.

5. Core competenties

Spontaan werd genoemd de kindergerichtheid (geen specifieke voorbeelden daarvan), de diepte van het aanbod evenals de breedte. Tevens werd genoemd de bereidheid voor samenwerking.

Geholpen werd genoemd het personeel aanname die van belang wordt geacht bij het verder investeren van goede mensen. Hier speelt in het bijzonder het hoofd van de afdeling een belangrijke rol bij het selecteren van de juiste artsen en onderzoekers.

Opvallend was het niet noemen van het aanname beleid van de medewerkers die men toch als belangrijke stakeholder ziet.

6. Cultuur

Aan dit onderdeel is nog te weinig gewerkt binnen het ziekenhuis. Men omschrijft zich als binnengericht, behoudend maar met een groot wij gevoel. Het imago wordt gezien als goed, mede door de sterke merknaam van het ziekenhuis echter het is nooit onderdeel geweest van een geplande strategie. Men wil de merknaam en het imago verder gebruiken in een geplande strategie om ook de cultuur te beïnvloeden. Tot op heden worden er geen indicatoren gebruikt om dit te meten en te sturen.

Observaties

Het ziekenhuis onderkent de noodzaak van positionering echter staat nog aan het begin van de uitwerking daarvan. Een belangrijk aspect is het aankomende besluit van de toewijzing van het kinderoncologisch centrum. Dit zal leidend zijn in de verdere positionering. Men onderkent de sterkte van het ziekenhuismerk echter een uitgewerkte strategie om dit te gebruiken in de positionering is er nog niet.

Men acht de positie sterk in de regio, geen directe concurrentie maar onderkent dat men zich meer moet positioneren.

2.2 Ziekenhuis 2

1. Veranderingen in de omgeving

Belangrijkste externe ontwikkelingen werden genoemd de demografische factoren waarbij de nadruk lag op migranten met grote gezinnen met daarbij de specifieke ziektebeelden. Tevens de ontwikkelingen van grootschalige ziektebeelden zoals obesitas die bijzondere en specifieke behandelingen nodig hebben. Investeren in kennis is hierbij noodzaak. Een andere tendens is de verandering van nationaal denken naar Europees denken. Een verandering die men wel erkent maar niet weet hoe het te ontwikkelen is de arbeidsmarkt.

2. Competitie

Ook hier ziet men de bekende academische ziekenhuizen in de Randstad als directe concurrent (zie ook ziekenhuis 1). Het verschil t.o.v. de concurrentie wordt volgens dit ziekenhuis gemaakt door het hebben van de beste mensen.

Men is naar eigen zeggen op diverse terreinen dominant (markt aandeel) en beseft dat andere onderdelen minder marktaandeel heeft dan de directe concurrent. Men heeft ook duidelijk in beeld wat de huidige speerpunten zijn en waar men zich verder in wil ontwikkelen (ook hier wordt het kinderoncologisch kinderziekenhuis genoemd wat ook ter sprake komt in alle andere interviews)

3. Klanten / stakeholders

Hier heeft men de volgende volgorde als belangrijkste klanten: kinderartsen, huisartsen, patiënten en het onderzoeksveld. Bij verdere prioritering wordt het zieke kind en de wetenschap genoemd.

Het uitvoeren en opvolgen van de klanten tevredenheids onderzoeken wordt gezien als een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de bedrijfsvoering. De uitkomsten worden in het management team besproken maar worden niet gepubliceerd.

Men heeft geen direct overleg met de zorgverzekeraars en is dus afhankelijk van de onderhandelingen die de RVB voert. Dit wordt niet gezien als een nadeel.

Evenals alle andere 4 geïnterviewde ziekenhuizen heeft men geen relatie met de overheid (ministeries). Het wordt in ieder geval niet gemist.

Ook in dit ziekenhuis gaat de externe communicatie middels het staf bureau van het UMC.

4. Corporate strategie

De missie wordt omschreven als een intergraal kindvriendelijk ziekenhuis met een breed aanbod van speerpunten. De strategische doelen zijn gericht op excellente uitvoering van processen en het krijgen en behouden van de beste mensen.

De core business is gericht op onderzoek, onderwijs en zorg. Dit zijn ook de uitgangswaarden van UMC's in het algemeen.

De visie van dit ziekenhuis is gericht op een concentratie van enkele academische ziekenhuizen waarvan maar 1 of 2 zich kunnen meten met de Europese top. Enerzijds breed aanbod maar met een focus op speerpunten. Coalitievorming is daarbij een logische volgende stap.

Men verwacht meer sturing van de organisatie op basis van kostenbeheersing. Een afgeleide doelstelling is groei. Hier ziet men groei bij specifieke sub specialisaties (ook wel speerpunten) zoals kinderoncologie of cardiologie.

5. Core competenties

De drie belangrijkste competities zijn het hebben van toptalent en de daarbij horende drive, het gestructureerd werken en het emphatisch vermogen van de medewerkers. Verdere uitvoering en verantwoording liggen bij de diverse onderzoekergroepen.

Het selecteren van medewerkers gebeurt via het netwerk en middels de interne opleiding. Ook hierbij speelt het hoofd van de afdeling een belangrijke rol in de rekrutering van onderzoekers, topspecialisten en artsen.

6. Cultuur

De kernwaarden van het kinderziekenhuis is gelijk aan die van de totale UMC: grenzen verleggen, zorgen voor mensen en kennis delen. In hoeverre de medewerkers hierop worden geselecteerd is niet duidelijk. Het imago wordt gezien als betrouwbaar en serieus. Dit laatste wordt intern soms gezien als negatief omdat serieus ook vaak wordt gezien als formeel.

Het meten van succes wordt gedaan middels visitatie (zowel feedback van peers als cijfermatig), research doelstellingen, verwijzer opinies en outcome measures van patiëntenzorg. Deze laatste is nog niet goed ontwikkeld.

Observaties

De belangrijkste elementen die naar voren komen in dit ziekenhuis zijn het streven naar excellente uitvoering van processen en het streven naar het aannemen en behouden van de beste mensen. In het bijzonder dit laatste is hun ogen van belang voor het onderscheidende vermogen en een duurzame zorg t.o.v. andere ziekenhuizen. Dit ziekenhuis kent een sterk merk dat men probeert te exploiteren in diverse TV documentaires (iets wat door ziekenhuis 1 en 3 ook wordt gedaan)

2.3 Ziekenhuis 3

1. Veranderingen in de omgeving

Als belangrijkste veranderingen ziet men hier de invloed van de financiering en de schaarste van de arbeidsmarkt van goede mensen. Hierdoor is er een kans op discontinuïteit van de het zorgproces. Dit is tevens de interne uitdaging om de processen goed te managen ten einde kwalitatief goede zorg te leveren. Men beschouwt dit als een kans om zich te onderscheiden.

2. Competitie

Als directe concurrent ziet men het ziekenhuis dat geografisch in de directe omgeving is. Ook de verder gelegen ziekenhuizen ziet men als concurrent maar men beperkt zich hier alleen tot diegenen die in de Randstad gevestigd zijn.

Het verschil wat men maakt met de andere kinderziekenhuizen is de nadruk op de maatschappelijke verantwoordelijkheid bij het genezen van het kind. De filosofie hierachter is dat men steeds beter in staat is de ziekte te genezen dan wel te controleren waardoor het van belang is dat het kind (met een chronische aandoening) in staat is zichzelf sociaal en maatschappelijk te ontwikkelen ondanks de aandoening.

Inzicht in marktaandeel van eigen activiteiten en die van de concurrent werd niet duidelijk tijdens het interview. Wel worden de concurrenten in de gaten gehouden voornamelijk door intercollegiaal overleg. Het uitbreiden of starten van nieuwe activiteiten in nieuwe geografische gebieden is niet aan de orde gekomen.

3. Klanten / stakeholders

Men beschouwt alle relevante stakeholders als klant. Zowel patiënt, student, onderzoekers, medewerkers, artsen, raad van bestuur et cetera. Deze moeten op adequate wijze worden benaderd.

Er is geen direct overleg met financiers (verzekeraars) en er is ook geen direct overleg met de overheid. Dit ziet men niet als een gemis.

4. Corporate strategie

Evenals in ziekenhuis 2 wordt hier veel nadruk gelegd op het aannemen en behouden van het beste personeel ("battle of talent") en de besturen van de processen. De huidige tagline laat zich omschrijven als het streven naar het beste kinderziekenhuis ter wereld.

Het proces van herdefiniëren van de mission statement is momenteel gaande. De visie is gericht op het langer laten leven en het zo gewoon mogelijk laten leven van haar patiënten (zie ook onder 2). Hierbij wil men aan de volgende verwachtingen van de ouder/patiënt voldoen:

- excellente diagnostische en therapeutische zorg
- een zo kort mogelijk verblijf
- tijdens het verblijf een "geoliede medische machine"

5. Core competenties

Het ziekenhuis werkt momenteel hard aan een document over de verdere ontwikkeling van hun identiteit en de kernvaardigheden van het ziekenhuis. Dit wordt gedaan aan de hand van diverse interne werkgroepen.

Men ziet zich zelf als zeer betrokken, benaderbaar en een plaats waar men graag werkt. Men staat midden in de maatschappij wat mede veroorzaakt wordt door laagdrempeligheid en informeel gedrag. Tevens ziet men zich als bescheiden en op zich zelf gericht. Men wil meer de excellente resultaten onder de aandacht brengen. Dit ook om toekomstige studenten, onderzoekers en medewerkers te attenderen.

6. Cultuur

De cultuur wordt omschreven als sociaal, informeel, laagdrempelig en verantwoordelijk. Zoals eerder beschreven ziet men zich ook als bescheiden en daar door te weinig publieke exposure. De stichting "vrienden van" zijn zeer actief en dragen bij aan beeldvorming en cultuur. Men kan bedrijfsdonateur worden.

Observaties

Het ziekenhuis is actief bezig haar positie verder te definiëren waarbij nadruk wordt gelegd op de identiteit en haar kernvaardigheden. Dit zijn intern gerichte activiteiten die men eerst wil behandelen. Dit gebeurt

door interne werkgroepen zonder hulp van buitenaf. Het onderscheid t.o.v. van de concurrent ziet men in de actieve bijdrage van de maatschappelijke ontwikkeling van het kind naast de ziekte. Ook dit ziekenhuis kent een sterk merk welke men graag verder wil exploreren om zich beter te positioneren in de markt. Voornamelijk de stichting maakt hier gebruik van.

2.4 Ziekenhuis 4

1. Veranderingen in de omgeving

De verandering in de omgeving ziet men in meer chronische ziekten, meer integrale zorg, meer chronische zieken bij adolescenten en een toenemend assertief gedrag bij de klant (patiënt en naasten). Gevolg zou moeten zijn een nadruk op concentratie van kinderziekenhuizen (8 academische centra zijn te veel). Dit om meer specifieke taken te bundelen, volume te creëren en meer expertise te ontwikkelen.

Specifiek wordt genoemd de samenwerking met regionale ziekenhuizen onder een regie rol van het academische centrum. Hierdoor kan men ook een andere financiële stroom bewerkstelligen die efficiënter en kostenbesparend moet zijn.

2. Competitie

Men is uitgesproken over de directe concurrent die bestaat uit een specifieke UMC. Specifiek wordt genoemd het concurrentie model van Treacy en Wiersema.

- Product leadership is te bereiken door de beste mensen aan te nemen. Hierbij wordt gelet op zowel prestatie (wetenschappelijk) maar ook op patiëntenzorg (bejegening). Zoals in 1 beschreven wil men een focus op samenwerking modellen die ook denkbaar zijn buiten Nederland. Hierdoor kan men zich onderscheiden en tevens volume creëren.

- Operationele excellentie staat hoog in het vaandel. Dit is in ontwikkeling en men is er van overtuigd dat men hier een meer waarde kan creëren

- customer intimacy: zowel de omgeving (gebouw) als de medewerkers moeten daar aan voldoen. Hiervoor is een set met normen en waarden opgesteld die zelf bij aanname van arts assistenten worden getoetst a.d.v. een (GTP) test voordat men wordt aangenomen. Hierdoor is er meer kans de juiste mensen te selecteren.

3. Klanten / stakeholders

Stakeholders zijn specifiek genoemd als andere academische kinderziekenhuizen, niet academische kinderziekenhuizen in de regio, niet academische kindergeneeskunde in de regio, leveranciers van arbeid, leveranciers van financiële middelen en de patiënt met ouders. Ook werd de cliëntenraden genoemd als een stakeholder.

Als klant werd expliciet het kind tot 12 jaar en vanaf 12 jaar met ouders genoemd. Een tweede belangrijke klant waren de kinderartsen.

In tegenstelling tot de andere UMC's is het hoofd van de afdeling wel betrokken bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Hoewel er geen direct contact is met de overheid, wordt daar momenteel wel aangedacht om meer aandacht te besteden aan public affairs. Hiermee wil men duidelijkheid van argumenten aan beleidsbeslissers overbrengen aangezien een gemeenschappelijk standpunt van kinderziekenhuizen niet altijd de lading dekt.

4. Corporate strategie

De mission statement wordt omschreven met de tagline: unieke kinderen, unieke zorg. Men wil in de komende 3 jaar zich ontwikkelen tot een internationaal vooraanstaand full facility centrum voor excellente derdelijnszorg.

Belangrijke strategische doelstellingen zijn daarbij patiënt vriendelijkheid, kosteneffectiviteit en een top infrastructuur.

Naast de zorg wil men een innovatieve bijdrage leveren aan onderwijs en opleiding van toekomstige zorgverleners.

Tenslotte wil men behoren tot de internationale top op zowel patiënt als ziekte gebonden onderzoek.

5. Core competenties

Op medisch gebied een hoge gespecialiseerde kennis. Een toenemende klantengerichtheid. Vergaande en innovatieve onderwijs simulatie en opleiding in de regio. Men is bezig deze verder te ontwikkelen en onderdeel te laten zijn van de medewerkers DNA. Dit moet tot uiting komen in de aanname van de mensen maar ook door de inrichting en opzet van de faciliteiten.

6. Cultuur

De nadruk moet komen te liggen op het naleven van de normen en waarden die men heeft opgesteld. Men meet deze ook door veel aandacht te geven aan de patiënt tevredenheids onderzoeken, spiegelgesprekken en verzamelen van gegevens m.b.h. van IQ Health Care.

Ook wil men benchmarken met andere UMC's echter het ontbreekt aan gevalideerde data. Het ziekenhuis wil ook meer aandacht aan haar beeldmerk en naam die vorm moet geven aan het kinderziekenhuis als internationale topcentrum voor zieke kinderen. Dit zal mede van invloed zijn op de cultuur omdat de medewerkers trots zijn om daar te (willen & gaan) werken.

Observaties:

Dit ziekenhuis onderkent het positioneringvraagstuk en bereidt zich hierop voor. Het kent geen apart beeldmerk, behoudens de UMC naam. Men ziet dit als een kans om zich verder te onderscheiden en het merk in de toekomst als geplande strategie te gebruiken. Zowel de interne elementen als externe elementen worden in beschouwing genomen om zich verder te positioneren.