

Marketing in de gezondheidszorg: kans of bedreiging voor de zorgvrager

= verkenning vanuit economisch, juridisch en ethisch perspectief =

Rotterdam, december 2006

Afstudeerrichting	Master Zorgmanagement / Erasmus Universiteit Rotterdam / iBMG
Afstudeerbegeleider	Mr. dr. drs. M.A.J.M. Buijsen
Meelezer	Dr. K. Grit
Student	Ina van Wijk-Veldman
Studentnummer	292105

Samenvatting

Per 1 januari 2006 is het Nederlandse gezondheidszorgstelsel ingrijpend gewijzigd. Het van kracht worden van meerdere nieuwe wetten heeft meer marktwerking in de zorg mogelijk gemaakt. Naast de verwachting dat marktprikkels positief kunnen werken, bestaat ook ongerustheid over de positie van de zorgvrager bij marktwerking in de zorg. De mogelijk negatieve effecten van marktwerking in de zorg zijn de aanleiding voor dit onderzoek.

In dit kwalitatief onderzoek is marktwerking geconcretiseerd in marketing als instrument voor organisaties om met de markt om te gaan. Dit fenomeen is vanuit drie theoretische perspectieven benaderd. In het economisch perspectief zijn de essenties van marketing en de implicaties van marketing voor de marktparticipanten in de gezondheidszorg beschreven. Het juridisch perspectief gaat in op wetgeving en recente wetwijzigingen aangaande het stelsel van gezondheidszorg. In het ethisch perspectief tenslotte worden de maatschappelijke waarden beschreven die van belang zijn in de gezondheidszorg: solidariteit en toegankelijkheid.

Op basis van het theoretisch kader zijn interviews met diverse marktparticipanten afgenomen. Daaruit blijkt dat de paradigma's en talen van de drie theoretische perspectieven niet als vanzelfsprekend integreren vanuit de positie van de individuele zorgvrager. Het is de overheid die verplicht is de gezondheidszorg vorm te geven, maar zij heeft verantwoordelijkheden gedelegeerd naar organisaties in de zorg. Marketing helpt organisaties verantwoord te ondernemen. Maar de maatschappelijke waarden solidariteit en toegankelijkheid die aan de gezondheidszorg als geheel ten grondslag liggen, komen minder tot hun recht als organisaties in de zorg zich moeten profileren en met elkaar concurreren.

Uit het onderzoek blijkt dat de zorgvrager als individu zich in een kwetsbare positie bevindt. Om de maatschappelijke normen als algemene solidariteit en toegankelijkheid in de zorg tot hun recht te laten komen, is het gewenst dat de overheid als marktparticipant de gezondheidszorg vanuit holistisch marketingperspectief vormgeeft.

Summary

On the first of January 2006 the Dutch healthcare system did undergo a radical change. By passing several new laws more room was generated for market forces in the healthcare system. Starting point was the expectation that market forces will have positive effects on healthcare. Besides the expected pros there is also concern about the position of individuals and the attainability of their need for care when market forces are at work in healthcare. This concern gave rise to this research.

In this qualitative research market forces are specified as marketing management being the instrument for organizations to mix with market forces. This phenomenon is being approached from three theoretical perspectives. In the economic perspective the essences and implications of marketing management are described as applications for the market parties in healthcare. The legal perspective goes into legislation and recent modifications of laws according the healthcare system. And in the ethic perspective at last the social values important to healthcare are described: solidarity and accessibility.

Based on this theoretical framework interviews were held with several market parties. The findings show that paradigms and languages of the three theoretical perspectives do not integrate going from the position of the individual who needs healthcare. The government is obliged to shape the healthcare system, but has delegated responsibilities to healthcare organizations. Marketing management helps organizations to perform well-considered undertaking. But the social values solidarity and accessibility on which healthcare is grounded do not show to full advantage when organizations in healthcare have to present themselves and to compete.

This research shows that the individual who needs healthcare is in a vulnerable position. To show full advantage of solidarity and accessibility in healthcare it is desirable that the government acts as a market party and shapes the healthcare system from a holistic marketing perspective.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Theoretisch kader	8
2.1	Het economisch perspectief	8
2.1.1	Marketing	8
2.1.2	Marketing in de gezondheidszorg: marketing van diensten.....	10
2.1.3	Dienstenmarketing en de marktparticipanten	11
2.2	Juridisch perspectief.....	14
2.2.1	Het recht in de gezondheidszorg	14
2.2.2	De wet- en regelgeving.....	15
2.2.3	De positie van de zorgvrager: juridisch gezien	17
2.3	Ethisch perspectief	18
2.3.1	Solidariteit	18
2.3.2	Toegankelijkheid.....	19
3	Doelstelling van het onderzoek.....	19
3.1	De vraagstelling.....	19
3.2	De deelvragen	19
3.3	De doelstelling.....	20
4	Methode van onderzoek	20
4.1	De onderzoeksopzet	20
4.2	De dataverzameling	20
4.3	De respondenten.....	21
4.4	De betrouwbaarheid van het onderzoek	22
4.5	De validiteit van het onderzoek	22
4.6	De analyse	23
5	Resultaten.....	23
5.1	De essentie van marketing.....	24
5.2	De veronderstellingen waarvan wordt uitgegaan bij marketing.....	24
5.3	De bijdrage van dienstenmarketing in de gezondheidszorg.....	25
5.4	De verhouding cliënt / zorgvrager bij dienstenmarketing in de gezondheidszorg.	29
5.5	Dienstenmarketing en 'gelijke toegang tot noodzakelijke zorg'	31
5.6	Marketing in de gezondheidszorg en zorg aan de meer kwetsbare leden in de samenleving.	32

6	Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	33
6.1	Conclusie	33
6.2	Discussie	34
6.3	Aanbevelingen	36

Literatuur

Bijlagen:

1. interviewvragen
2. de respondenten

1 Inleiding

In een interview met de oud-bestuurder van een verpleeghuis werd de volgende uitspraak gedaan:

“Er wordt ook gesproken over marktwerking. Ik vind dat dan een vies woord in de zorg, want hoezo marktwerking waar mensen uiteindelijk eigenlijk gewoon alleen maar ‘afhankelijk zijn van’. Als je gezondheid je in de steek laat, ben je gewoon puur afhankelijk. Je wilt geholpen worden hoe dan ook ...” (De Witte 2005:8).

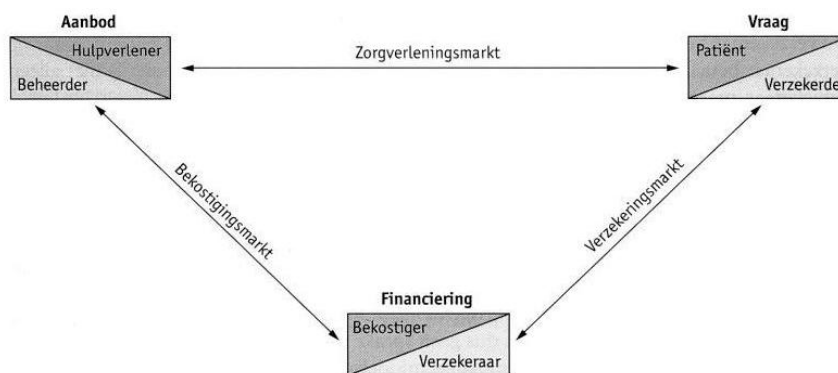
Door marktwerking een vies woord in de zorg te noemen, geeft deze oud-bestuurder te kennen dat hij marktwerking niet passend vindt voor de zorg. Marktwerking met meer ruimte voor financiële prikkels in de wisselwerking tussen vraag en aanbod is nieuw voor de gezondheidszorg. De meningen over marktwerking en marktprikkels in de gezondheidszorg lopen uiteen. Er zijn auteurs die marktwerking in de zorg resoluut afwijzen (Palm 2005), waar andere auteurs nuanceringen aanbrengen. Zo stelt Schut (2003) in zijn oratie ‘de zorg is toch geen markt?’ dat prijsprikkels economisch gezien een positieve bijdrage kunnen leveren in de gezondheidszorg, mits de invoering zeer zorgvuldig en afgewogen plaatsvindt. Volgens Van der Grinten et al. (2001) is het “niet dat gereguleerde concurrentie in de gezondheidszorg niet werkt, maar het feit dat de invoering zo traag verloopt”. Verschillende auteurs schrijven over verschillende aspecten van het fenomeen marktwerking in de gezondheidszorg. De uitspraak van het Europees Parlement dat het leveren van zorgdiensten een economische activiteit is, stemt op zijn minst tot nadenken over markt en marktwerking in de gezondheidszorg.

De realiteit anno 2006 is dat door wijzigingen in het stelsel van gezondheidszorg er ruimte is gekomen voor meer marktwerking in de zorg. Weliswaar gereguleerde marktwerking maar onmiskenbaar marktwerking. Een resolute afwijzing van marktwerking in de zorg is niet meer aan de orde. Een onderzoek naar de effecten van marktwerking, meer economisch denken en marketing als het instrument om marktwerking te hanteren, is gezien de actuele situatie meer op zijn plaats. Ook de effecten van marktwerking en marketing op de positie van zorgvragers vragen daarbij om aandacht; de positie van zorgvragers in het algemeen en die van mogelijk meer kwetsbare leden van de samenleving in het bijzonder. Hiermee zijn in het kort de aanleiding en het kader voor dit onderzoek beschreven.

Marktwerking in de zorg met meer ruimte voor financiële prikkels is mogelijk geworden door ingrijpende wijzigingen in het gezondheidszorgstelsel. De voornaamste reden voor de

overheid om het gezondheidszorgstelsel te wijzigen, was het tekort schieten van de centrale planning. Ondanks de centrale overheidsplanning en -budgettering die een beperkte groei toelieten, was de toename van de kosten van zorg onevenredig aan het aanbod. In het aanbodgestuurde systeem werd meer aanbod financieel beloond. Het gevolg was een groeiend zorgaanbod en daarmee samengaan een toename van de kosten. Dit deed de behoefte voelen aan een nieuw wettelijk kader van prijs- en gedragregulering met de overheid als bewaker van kwaliteit van en toegankelijkheid tot zorg (VWS 2001). Daarbij werd gedacht aan de invoering van een zekere mate van marktwerking. “De veronderstelling was dat als de overheid meer ruimte geeft, de decentrale beslissingen vanzelf goed worden gecoördineerd omdat alle marktparticipanten (consumenten, zorgaanbieders en verzekeraars) er belang bij hebben de juiste beslissingen te nemen tegen de laagst mogelijke kosten” (Damhuis et al. 2005:24). Dus niet marktwerking als doel op zich, maar als “een middel om de zorgsector beter te laten functioneren door inspanning van alle betrokken partijen en waarbij de overheid met regulering bijstuurt” (Damhuis et al. 2005:26): gereguleerde marktwerking.

Het gezondheidszorgstelsel wordt ook wel weergegeven als een driemarktenmodel, waarbij sprake is van een zorgverleningmarkt, een verzekeringsmarkt en een bekostigingsmarkt:



Figuur 1. Driemarktenmodel (Lapré & Van Montfort 1999)

Er is sprake van een economische kringloop “maar gegeven het specifieke karakter van de gezondheidszorg is er sprake van vele wetten en regelgeving gebaseerd op maatschappelijke normen van algemene solidariteit en toegankelijkheid” (Lapré & Van Montfort 1999:26). Binnen het kader van overheidsregels is de uitvoering van de gezondheidszorg in handen van particuliere personen en instellingen. Om in dit gemengd publiek / privaat stelsel meer ruimte te geven aan de prijsprikkels die bij marktwerking vraag en aanbod beïnvloeden, zijn nieuwe wetten en regels van kracht geworden die de onderlinge

verhoudingen tussen de verschillende marktparticipanten herschikken. De wijziging van het gezondheidszorgstelsel (Boot & Knapen 2005) zoals deze per 1 januari 2006 is ingegaan, is het uitgangspunt van deze studie over marktwerking, marktparticipanten en marketing in de zorg met specifieke aandacht voor de positie van de zorgvrager cq. zorgconsument.

In Hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader voor dit onderzoek uitgewerkt. Eerst wordt in het economisch perspectief nader ingegaan op marktwerking dat in dit onderzoek wordt geconcretiseerd in marketing als instrument om met de markt om te gaan. Er wordt nagegaan wat de essenties zijn van marketing en hoe deze zich vertalen naar de gezondheidszorg en de marktparticipanten in de zorg. Wat zijn vanuit marketingtheorie gezien de mogelijkheden en eventuele beperkingen voor deze marktparticipanten? De zorgverzekeraar en zorgaanbieder die zich in de markt moeten gaan zetten en de zorgvrager als zorgconsument. Naast dit economisch perspectief is sprake van een juridisch perspectief met wet- en regelgeving en aandacht voor recente wetgeving die meer marktwerking in de zorg mogelijk heeft gemaakt. Naast deze twee perspectieven wordt een ethisch perspectief verkend. Het gaat hier om de betekenis van een fundamentele waarde als 'recht doen', waarvan sprake is in het inleidend citaat en maatschappelijke waarden als solidariteit en toegankelijkheid waar de wet- en regelgeving in de gezondheidszorg op zijn gebaseerd (Lapré et al. 1999:26).

Na de beschrijving van het theoretisch kader in Hoofdstuk 2 volgen in Hoofdstuk 3 de vraagstelling, deelvragen en doelstelling van dit onderzoek. Vervolgens wordt in Hoofdstuk 4 de methode van het onderzoek beschreven. Het betreft hier een kwalitatief onderzoek: het gaat om een verschijnsel dat niet in aantallen en getallen is uit te drukken. De beschrijving van de methode is de verantwoording van respectievelijk het type onderzoek, de respondenten, de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek. Daarna worden in Hoofdstuk 5 de resultaten van het onderzoek beschreven. Daarbij wordt aan de meningen van de respondenten, de deskundigen vanuit de verschillende theoretische perspectieven, betekenis verleend door deze gegevens terug te koppelen naar het theoretisch kader.

Uiteindelijk volgen in Hoofdstuk 6 de conclusie, de discussie en de aanbevelingen. In de conclusie gaat het om de raakvlakken tussen juridisch, economisch en ethisch perspectief bij marketing in de zorg. Wat zijn de raakvlakken tussen de perspectieven? Kunnen deze elkaar wederzijds aanvullen en geïntegreerd worden of is er sprake van raakvlakken die elkaar niet verdragen? De aanbevelingen betreffen de raakvlakken die elkaar in meerdere of mindere mate uitsluiten. Speciaal aandachtspunt bij de uitkomsten van deze studie is de toepassing van de bevindingen op de positie van de zorgvrager cq. zorgconsument.

2 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt in de eerste paragraaf het economisch perspectief beschreven. In dit perspectief wordt marktwerking geconcretiseerd in marketing als relevant vakgebied dat zich bezig houdt met de afstemmingsproblematiek tussen organisaties en hun omgeving (Van Erp 1998:20). Eerst worden de essenties van marketing beschreven en vervolgens hoe deze zich vertalen naar marketing in de gezondheidszorg. Daarna wordt vanuit dit marketingconcept nagegaan hoe zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich bewegen op de minder gereguleerde zorgmarkt en de implicaties daarvan voor de zorgvragers op die markt. In de paragraaf die volgt, wordt vanuit juridisch perspectief het recht beschreven dat van toepassing is in de gezondheidszorg: het kader en de wet- en regelgeving die bepalend zijn voor de positie van de zorgvrager. In de derde paragraaf wordt vervolgens aandacht gegeven aan ethische aspecten bij marketing in de zorg. Dit omdat de ethiek zich net als het recht bezig houdt met fundamentele beginselen, individuele en maatschappelijke waarden en de verhouding tussen beide.

2.1 Het economisch perspectief

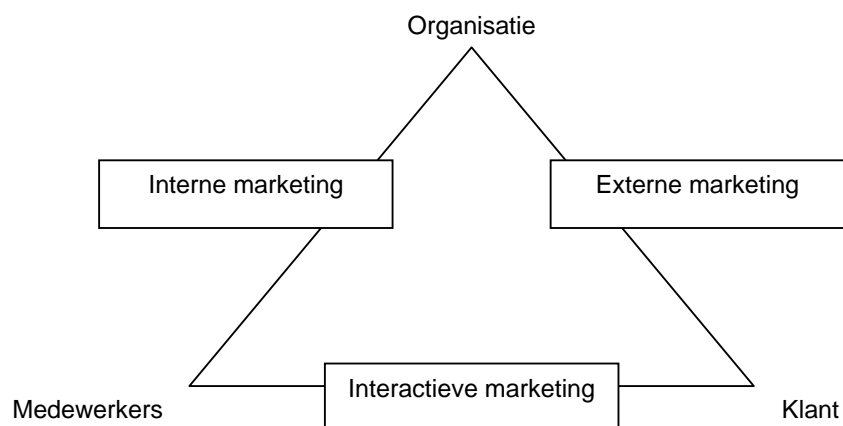
In deze paragraaf wordt marktwerking geconcretiseerd in marketing als instrument voor organisaties om met de markt om te gaan. Eerst een korte omschrijving van het concept marketing dat vervolgens nader wordt gepreciseerd voor de gezondheidszorg in marketing van diensten. Vervolgens wordt het concept dienstenmarketing geconcretiseerd voor de aanbodkant van de markt: de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder in het nieuwe gezondheidszorgstelsel. Tenslotte worden voor de vraagkant van de markt voor gezondheidszorg de implicaties voor de zorgvrager uitgewerkt.

2.1.1 Marketing

Het concept marketing is in de zeventiger jaren van de vorige eeuw geïntroduceerd in het bedrijfsleven. Oorspronkelijk bepaalden vier P's de aanbodgerichte marketingmix: product, prijs, plaats en promotie. Daarbij ging het om 'marktgetting' als een markt voor je product verwerven en 'managing demand' met de nadruk op het creëren van vraag. Door de jaren heen kwam er meer aandacht voor de klant aan wie de producten of diensten worden aangeboden. Aan de marketingmix werden drie op de vraagkant gerichte P's toegevoegd: personeel, proces en perceptie. Bij marketing als professionele discipline worden gekozen

doelen door de organisatie strategisch en logisch gerealiseerd: consumenten krijgen opties en de aanbieders vertellen wat er gekozen kan worden (Zyman 1999:233). De trefwoorden strategie en logica zijn karakteristiek voor het marketingconcept, aldus Zyman.

Kotler en Keller definiëren marketing management als “an organizational function and a set of processes for creating, communicating and delivering value to customers and for managing relationships in ways that benefit the organization and its stakeholders” (2006:6). De uitwisseling tussen klant en organisatie moet voor beide partijen value / meerwaarde creëren. Om die meerwaarde daadwerkelijk te kunnen realiseren, onderscheiden Kotler et al. (2006) interne, externe en interactieve marketing. Drie typen marketing waarmee de organisatie gericht haar functioneren en de afstemming op de klant kan analyseren respectievelijk optimaliseren.



Figuur 2. De drie typen marketing (naar Kotler 2006).

De interne marketing betreft het optimaal op elkaar afstemmen van onderdelen van de organisatie op de medewerkers en het productieproces. Bij externe marketing gaat het om de strategische afstemming van de organisatie op de externe klant: de relaties en ruilprocessen. De interactieve marketing tenslotte betreft het interactieve proces waarin een medewerker het product cq. de dienst aan de klant levert.

Volgens Kotler en Keller kan het marketingconcept zoals ontstaan in het bedrijfsleven niet als vanzelfsprekend in de dienstverlenende sector worden toegepast. Bij het aanbieden van diensten, waarvan sprake is in de gezondheidszorg, moet volgens hen sprake zijn van een holistische benadering. In die holistische benadering worden zowel de interne als de externe als de interactieve marketing geoptimaliseerd. Alleen zo kan in de dienstverlening

aan de klant sprake zijn van zowel 'high tech' als 'high touch' (Kotler & Keller 2006:426) waarbij alle elementen van de dienstverlening door de organisatie zowel optimaal gerealiseerd als optimaal geleverd worden. Tot zover over marketing als functie van organisaties cq. aanbieders. Wat volgt in de volgende paragraaf is de karakterisering van het aanbod: diensten en dienstverlening.

2.1.2 Marketing in de gezondheidszorg: marketing van diensten

Het holistisch marketing concept biedt organisaties in de gezondheidszorg handvaten om optimale dienstverlening te realiseren. Het concept 'zorg' is geen concreet, tastbaar product en dat maakt dat er gesproken wordt van diensten. "Diensten zijn van oorsprong onaantastbare en relatief snel vergankelijke activiteiten, waarbij tijdens de interactieve consumptie directe behoeftesatisfactie centraal staat en niet materiële bezitsvorming wordt nagestreefd" (De Vries & Van Helsdingen 2005:24).

Dienstenmarketing focust op 'value to customer'. Bij de beste zorg gaat het dan om kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit als aantoonbare, 'tangible' aspecten van het product zorg. Daarnaast gaat het in de uitwisseling tussen dienstverlener en klant ook om ongreepbare, zogenaamde 'intangibile' aspecten als de klantwaarden (Kotler & Clarke 1987; Cooper 1994; Damhuis et al. 2005:55; Heuvel 2005:251):

- customer need (product): cliënten willen geen producten, maar meerwaarde en oplossingen voor hun problemen,
- cost to customers (prijs): naast de kostprijs van het product spelen de kosten om het product te verwerven een rol,
- convenience (plaats): hoe snel en gemakkelijk het product beschikbaar is,
- communication (promotie): tweerichtingsverkeer tussen dienstverlener en cliënt,
- customer care (personeel),
- customer experience (proces en perceptie): ervaring en verwachting van de klant.

Uit de 'vertaling' van de product- naar klantwaarden blijkt de verwevenheid van interne en interactionele marketing, zoals Kotler et al (2006) verwoorden in hun holistische benadering van het marketingconcept. Het moet gaan om de "totality of features and characteristics of a product or service that bear on its ability to satisfy stated or implied needs" (Kotler & Keller 2006:146). Volgens meerdere auteurs draagt een goede kwaliteit van de interactieve levering van diensten door het personeel substantieel bij aan het strategisch succes van een organisatie (Norman 1991, Heskett, Sasser & Schlesinger 1997). In de volgende paragraaf wordt het theoretisch concept dienstenmarketing uitgewerkt voor de marktparticipanten in de gezondheidszorg.

2.1.3 Dienstenmarketing en de marktparticipanten

In deze paragraaf wordt eerst nagegaan wat dienstenmarketing voor de aanbieders cq. organisaties in de gezondheidszorg betekent. Daarna wordt de positie van de individuele zorgvrager nader geanalyseerd.

Voor de *zorgverzekeraar* als marktparticipant en aanbieder is met de privatisering van de ziektekostenverzekering per 1 januari 2006 het klantenbestand verruimd tot de gehele Nederlandse bevolking. Dit betekende strategische afstemming van de zorgverzekeraar op een markt met meer klanten en aanbod van nieuwe producten: de voor alle burgers verplichte basisverzekering en optioneel de aanvullende verzekering. De zorgverzekering is deels een product en deels een dienst. Een product vanwege het feit dat de verzekerde zorg en de aanspraken daarop beschreven zijn in de voorwaarden en de productinformatie van verschillende zorgverzekeraars voor de klant vergelijkbaar is. De productinformatie is mede bedoeld om nieuwe klanten te trekken en fungeert dus ook als reclamemiddel. Naast de zorgverzekering als product is ook sprake van dienstverlening. De zorgverzekeraar is de belangenbehartiger van de verzekerde klant wat betreft de inkoop van zorg bij de zorgaanbieders: verschillende diensten tegen een zo optimaal mogelijke prijs-kwaliteitverhouding.

Voor de *zorgaanbieders* betekent dienstenmarketing als strategisch omgaan met de vernieuwde zorgmarkt en de stakeholders dat zij andere dingen moeten gaan doen. Hoewel het ondernemen van zorginstellingen beperkt wordt door overheidsregels (Putters 2001) geven zorgbestuurders aan dat 'de markt' ook inspiratie biedt bij het nadenken over de toekomst van hun organisatie en hun sector (Damhuis et al. 2005:6). Bestuurders van zorginstellingen merken verder op dat de veranderende omgeving om nieuwe strategieën vraagt, waarbij het meer gaat om institutionele belangen dan om zorginhoud (Damhuis et al. 2005:34). Grit en Meurs (2005) spitsen dit toe op de nieuwe verantwoordelijkheden voor de bestuurders en de dilemma's die daaruit voortkomen. De omgeving verandert door de wijziging van het gezondheidszorgstelsel. Het systeem van te dure aanbodgestuurde zorg moet vervangen worden door systeem van naar verwachting minder dure vraaggestuurde zorg. Een economisch motief dwingt tot bezinning op uitgangspunten, missie en visie. De verantwoordelijkheid voor andere werkzaamheden en nieuwe uitgangspunten raken ten diepste de cultuur van de zorgorganisatie. De wijziging van meerdere aspecten van de organisatiecultuur plaatst de bestuurders voor dilemma's en botsende idealen. Er is sprake van botsende idealen, omdat de gezondheidszorg vanouds geworteld in werken van

liefdadigheid zich nu zowel op inhoud als organisatie moet profileren. Grit en Meurs (2005:98) duiden dit als het bestaan van verschillende talen over goede zorg. Mogelijk dat juist het marketingconcept de verschillende talen over goede zorg met elkaar kan verbinden, omdat marketing het aanbod van zorg als inhoud en interne functie van de organisatie strategisch afstemt op de vraag die vanuit de omgeving op haar afkomt. Werken met het marketingconcept vereist wel de intrinsieke overtuiging dat het om een diepgaande verandering van de organisatiecultuur gaat (Van Erp 1998:39-43) met gevolgen voor de structuur van de organisatie, de cultuur en concrete werkwijzen (Van Erp 1998:95; Johnson & Scholes 2002). Cultuur is een waardegebonden aspect dat vaak als vanzelfsprekend wordt ervaren, maar bij verandering onder druk komt te staan en expliciet aandacht moet krijgen om het veranderingsproces te kunnen sturen (Van Dartel & Van der Mheen 2002:9).

Uit het voorgaande blijkt dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder zich zowel wat betreft de inhoud van hun werk als organisatorisch op de markt moeten heroriënteren en dat het concept dienstenmarketing daarvoor handvaten biedt. Bij marketing in de zorg gaat het om een veranderingsproces dat de normen en waarden van het handelen blijkt te raken. Wat volgt is een analyse van de positie van de zorgvrager bij marketing in de zorg.

Tot nu toe is gesproken van aanbod en vraag: aanbieders in de zorg die de best passende dienst voor de *zorgvrager* cq. *zorgconsument* willen leveren en in marketingtermen de consument keuzemogelijkheden bieden. Het economisch concept 'vraag naar een bepaald goed' duidt op de hoeveelheid van dat goed die individuen wensen te kopen gegeven prijs, inkomen en voorkeur (Van Doorslaer & Schut 2001:59-60). Zo geformuleerd gaat het om een keuze die tot stand komt op basis van een rationeel keuzeprocess. Twee aspecten van het kiezen door de zorgvrager cq. zorgconsument als marktparticipant worden verder uitgewerkt: kiezen cq. het keuzeprocess in het algemeen en het kiezen in de zorg.

Kiezen cq. keuzes maken hoort volgens de psychologie bij autonomie. Autonomoom zijn of het zelf de regie over je leven kunnen voeren, is volgens sociaal-psychologisch onderzoek essentieel voor het welbevinden van een mens. Om tot een keuze te komen, onderscheidt Schwartz (2004:48-63) de volgende zes stappen:

- doel bepalen,
- informatie verzamelen
- kwaliteit en kwantiteit van de informatie,
- evaluatie van de informatie,
- beschikbaarheid van de informatie,
- en waarmee vergeleken wordt.

Met het doorlopen van deze stappen is het volgens Schwartz niet mogelijk de beste keus te maken, maar rationeel gezien wel de meest bevredigende keus.

Naast de hierboven beschreven positieve kanten van keuzevrijheid worden in de literatuur ook negatieve kanten beschreven. Steeds meer vrijheid om te kiezen, kan het kiezen zo moeilijk maken dat er geen vrijheid en autonomie meer worden ervaren, maar juist dwang (Schwartz 2004:2-3). Ook Hurenkamp ziet een negatieve kant aan keuzevrijheid. Een teveel aan keuzemogelijkheden werkt volgens hem verlamdend (2005:28).

Daarnaast kunnen zich ook negatieve effecten voordoen tijdens het proces van kiezen. Terwijl Schwartz het optimaliseren van rationele besluitvorming beschrijft, wijzen andere auteurs op mogelijk negatieve effecten van feedback learning en geheugenprocessen op besluitvorming (Betsch & Haberstroh 2005:362; Frey 2005). Daarbij gaat het om wat vroeger door ervaring is geleerd, hoe de herinnering daaraan is opgeslagen en van invloed is op de beslissingen die nu genomen moeten worden. Ook kan er sprake zijn van selectieve informatieverwerking, waarbij minder aangename informatie bewust of onbewust wordt verdraaid of genegeerd (Heuvel 2005:204).

Tenslotte het element van de cognitieve mogelijkheden van de consument om informatie te selecteren, waarbij met name de kwaliteit van de informatie een rol speelt. Daarbij gaat het om aspecten van de aangeboden informatie als helderheid, inzichtelijkheid en omvang. De inzichtelijkheid van de informatie betreft de toegankelijkheid van presentatie en bronnen. Teveel informatie is voor de consument cognitief gezien niet te verwerken. Consumenten hebben een beperkte 'cognitive space' (Kotler & Keller 2006:67;540) die in wisselwerking met de emotie en het vertrouwen een rol speelt bij het keuzegedrag van de consument (De Vries & Van Helsdingen 2005:212; Heuvel 2005:49; Betsch & Haberstroh 2005:39).

Na deze beschrijving van het keuzeproces en keuzevrijheid in het algemeen wordt nader ingegaan op het kiezen in de zorg. In marketingtermen is de vraag naar zorg een negatieve cq. latente vraag en reden om preconsumptief een zorgverzekering af te sluiten. De zorgverzekering verschaft toegang tot zorg op het moment dat er sprake is van een reële vraag, dat is behoefte aan zorg. De vraag naar gezondheidszorg is een afgeleide van de vraag naar het fundamentele goed gezondheid (Van Doorslaer et al. 2001:67). Nagegaan wordt wat dit betekent voor het kiezen in de zorg.

Op het moment dat het individu behoefte heeft aan zorg en een arts bezoekt, worden de keuzemogelijkheden voor de zorgvrager per definitie beperkt. Typisch voor de zorg is de informatieasymmetrie tussen de arts als inhoudelijk deskundige en de gemiddelde zorgvrager die per definitie minder deskundig en zodoende minder geïnformeerd is. Het is de vraag in hoeverre de zorgvrager het zorgproces kan beoordelen met de kennis die hij bezit.

De zorgvrager cq. zorgconsument wil de aanwezige onzekerheidsfactor in het contact met de arts graag elimineren of reduceren door zich te verzekeren en vertrouwen te verwerven in de dienstverlener o.a. door referenties van derden (De Vries & Van Helsdingen 2005). Gegeven de informatieasymmetrie benadrukken Betsch et al. (2005:171) het belang van goede informatieverstrekking met name in de gezondheidszorg.

Kiezen in de zorg betekent dat er sprake is van zorgvragers cq. consumenten die patiënt zijn. Vanuit patiëntenperspectief vraagt Trappenburg (2005:26) zich af of de cliënt wel wil kiezen, omdat de zorg principieel anders is dan welke sector ook (Trappenburg 2005:34). Zij komt tot de conclusie dat de cliënt graag wil kiezen als het om een auto gaat, maar niet als het zorg betreft. Daarnaast is kiezen vooral een individueel gebeuren. De invoering van keuzemogelijkheden voor individuen zet volgens Trappenburg de sociale cohesie cq. solidariteit in de zorg onder druk.

Ook Mol (2006) heeft haar twijfels bij het kiezen in de zorg. Volgens Mol wordt bij marktwerking de zieke in de patiëntrol geduwd en vooral het falen van de gezondheid benadrukt. Dit terwijl het paradigma van zorg is: steun bieden en mensen ontlasten van het gevoel van falen. Volgens Mol zijn marktwerking, marktdenken en zorg onverenigbaar. Trappenburg en Mol sluiten hiermee aan bij auteurs die de zorg als markt pertinent afwijzen (Palm 2005).

2.2 Juridisch perspectief

In deze paragraaf wordt eerst het kader van het recht in de gezondheidszorg omschreven. Daarna volgt een nadere beschrijving van de wet- en regelgeving die bepalend zijn voor de prijs- en gedragregulering in het huidige gezondheidszorgstelsel. En tenslotte volgen drie visies waarin het recht op gezondheidszorg en de betekenis daarvan voor de positie van de zorgvrager worden uitgewerkt.

2.2.1 Het recht in de gezondheidszorg

Leenen ziet het recht in de gezondheidszorg als vakgebied van het gezondheidsrecht dat hij omschrijft als “het geheel van rechtsregels dat rechtstreeks betrekking heeft op de zorg voor de gezondheid” (2000:19). Volgens Leenen (2000:16) is het doel van het gezondheidsrecht: “rechten van mensen beschermen en evenwichtige verhoudingen in en ten aanzien van de zorg voor gezondheid scheppen”.

Het recht op gezondheidszorg betreft de aanspraak die individuen kunnen maken op kwalitatief goede, betaalbare en beschikbare gezondheidszorg. Dit sociale grondrecht legt

aan de overheid de verplichting op actief zorg te dragen voor de volksgezondheid cq. de gezondheidszorg (Verheugt 2003:48). In artikel 22 van de Nederlandse Grondwet (GW) is het `recht op toegang tot noodzakelijke zorg´ vastgelegd. Leenen (1997:5) werkt dit grondrecht als volgt uit: “Gezondheidszorg berust op twee pijlers:

- a) het bevorderen van de gezondheid van mensen en het behandelen, verplegen en verzorgen van zieken,
- b) de doelmatige en rechtvaardige verdeling van de beperkte daarvoor beschikbare middelen”.

Vanuit internationaal rechtelijk perspectief is het Europees Sociaal Handvest (ESH), zoals dat door de Nederlandse regering is geratificeerd, op de gezondheidszorg van toepassing. In deel II (artikel 11) van dit Handvest staat: “een ieder heeft recht om gebruik te maken van alle voorzieningen die hem in staat stellen in een zo goed mogelijke gezondheid te verkeren”. En in deel II (artikel 13) staat: “een ieder die geen voldoende middelen van bestaan heeft, heeft recht op sociale en geneeskundige bijstand”. Eventuele vrijblijvendheid van de kant van de overheid bij het vormgeven van de gezondheidszorg wordt zo beperkt door Europese verdragen (Leenen 2000:27).

De belangrijkste sturingsinstrumenten van de overheid om haar beleid op het terrein van de gezondheidszorg vorm te geven, zijn wet- en regelgeving. Deze betreffen de inspanningsverplichting van de overheid om de gezondheidszorg vorm te geven. Na deze beschrijving van het gezondheidsrecht als kader volgt nu een nadere uitwerking van de geldende wetten die prijs en gedrag reguleren in het huidige gezondheidszorgstelsel.

2.2.2 De wet- en regelgeving

In de gezondheidszorg zijn ondergeschikt aan het internationaal recht, zowel civiel, straf- als bestuursrecht van toepassing. Dit vanwege het gegeven dat de overheid met regels het kader voor de gezondheidszorg aangeeft en de uitvoering in handen is van particuliere personen en instellingen. In deze paragraaf worden de drie rechtsgebieden uitgewerkt wat betreft de regulering in het huidige gezondheidszorgstelsel.

Het bestuursrecht richt zich op de concrete overheidsbevoegdheden in relatie tot de burger. Het algemeen gedeelte van de bestuursrechtelijke handhaving wordt geregeld in de Algemene wet bestuursrecht (AWB). Voorbeeld van een bestuursrechtelijke wet is de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWI) (Stb.1996, 80) die bij falende kwaliteit van de instelling cq. haar personeel bestuurlijk ingrijpen door de minister van Volksgezondheid mogelijk maakt.

Het strafrecht is net als het bestuursrecht onderdeel van het publiekrecht, waarbij het algemeen belang voorop staat. Het initiatief ligt in het algemeen niet bij de burger. Opsporing van strafbare feiten gebeurt door het openbaar ministerie, berechting door de onafhankelijke strafrechter (Dute et al. 2000:208).

Het civiel of privaatsrecht is met name van kracht op de zorgverleningmarkt waar het gaat om de interactie tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en zorgvrager. Er is sprake van nevenschikking en overeenkomsten tussen burgers onderling. De ziektekostenverzekering is met het van kracht worden van de Zorgverzekeringswet (Zvw) (Stb. 2005, 649) een privaatrechtelijke aangelegenheid. Met de invoering van de Zvw is een verplichte basisverzekering voor ziektekosten voor alle Nederlandse burgers ingevoerd. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de burger om een ziektekostenverzekering af te sluiten. Geen ziektekostenverzekering afsluiten, kan een boete betekenen (ND 26 april 2006, NRC 2 mei 2006). Tegelijk met de invoering van de Zvw is de Wet op de Zorgtoeslag (Stb. 2005, 649) van kracht geworden. Deze wet regelt dat via de belastingdienst de laagste inkomens een financiële tegemoetkoming krijgen voor de premie van de ziektekostenverzekering, zodat "niemand meer betaalt dan aanvaardbaar wordt geacht" (Beerepoot 2006).

Enkele wetten die specifiek patiëntenrechten regelen, zijn de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) (Stb. 1994, 837), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) (Stb. 1995, 308) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) (Stb. 1993, 655). De laatste wet betreft de kwaliteit van de geleverde zorg door solistisch werkende professionals.

Wat van de verschillende marktpartijen in de gezondheidszorg wordt verwacht, staat omschreven in de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) die op 21 maart 2006 door de Tweede Kamer is aangenomen. In de WMG zijn de bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgelegd die toeziet op het naleven van de Mededingingswet (MW). De WMG beschrijft ook de samenwerkingsrelaties van NZa met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en De Nederlandse Bank (DNB). De verdeling van taken en verantwoordelijkheden binnen de relaties zijn in samenwerkingsprotocollen beschreven. Na inzage in deze protocollen door de Eerste Kamer is de WMG op 28 september 2006 van kracht geworden (Stb. 2006, 431).

Naast de wetgeving die bestaat uit wetten in formele zin, Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) en ministeriële regelingen zijn in de gezondheidszorg beleidsregels van toepassing. Deze binden in beginsel dat wil zeggen dat in algemene zin wordt aangegeven hoe een bestuursorgaan zal handelen. Daarnaast is ook sprake van zelfregulering door

statuten en overeenkomsten passend bij de uitvoering van gezondheidszorg door particuliere personen en instellingen.

2.2.3 De positie van de zorgvrager: juridisch gezien

Hoe het sociaal grondrecht op gezondheidszorg uitwerkt voor de zorgvrager is een vraagstuk dat de verdeling van gezondheidszorg betreft. Bij dit verdelingsvraagstuk gaat het om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg, solidariteit en burgerrechten (Van Dartel & V.d. Mheen 2002:8). Het kan ook getypeerd worden als de vertaling van macro naar micro niveau: van het niveau van de overheid die verplicht is de gezondheidszorg vorm te geven naar het niveau van de individuele zorgvrager. Eerst worden de theorieën uit de twee voorgaande paragrafen doorvertaald naar de positie van de individuele zorgvrager in de gezondheidszorg en vervolgens wordt een derde visie beschreven.

In de eerste paragraaf is op basis van artikel 22 van de Grondwet de essentie van het sociaal grondrecht op gezondheidszorg beschreven. Leenen formuleert aanvullend het zelfbeschikkingsrecht als beginsel dat ten grondslag ligt aan individuele grondrechten die de patiënt, die zich in een afhankelijke positie bevindt, bescherming kunnen bieden. Zelfbeschikkingsrecht is geen bestaand juridisch geformuleerd recht. Leenen bedoelt daarmee aspecten van het zelfbeschikkingsrecht zoals die in verdragbepalingen en de Grondwet zijn vastgelegd. Individuele grondrechten als het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (GW art. 10) en onaantastbaarheid van het lichaam (GW art. 11) zijn volgens Leenen partiële positiveringen van het zelfbeschikkingsrecht. Ze stellen de individuele zorgvrager in de gelegenheid richting te geven aan het eigen bestaan en de eigen behandeling (Leenen 2000:24). Voor Leenen is het recht een instrument om de autonomie van de individuele zorgvrager te verstevigen.

In de tweede paragraaf zijn per rechtsgebied wetten beschreven die het huidige gezondheidszorgstelsel vormgeven. Anders dan Leenen ziet Sluyters het recht in de gezondheidszorg niet als het specifieke vakgebied van het gezondheidsrecht. Volgens Sluyters (1985) gaat het in de gezondheidszorg om het hanteren van bestuurs-, straf- of civiel rechtelijke beginselen die de individuele zorgvrager in het contact met een andere partij bescherming bieden. De wetten die van kracht zijn binnen de drie rechtsgebieden beogen de bescherming van de individuele zorgvrager. Volgens Sluyters is daarbij sprake van contractvrijheid tussen de partijen in de gezondheidszorg.

Naast deze twee voorgaande scholen wordt door Buijsen (2003: 7) een derde visie geponeerd. Buijsen voert als kritiek op Leenen aan dat het zelfbeschikkingsrecht geen bestaand recht is dat in wetten of verdragen voorkomt. Zijn kritiek op Sluyters is dat er gezien de aard van de contacten in de gezondheidszorg niet van contractvrijheid kan worden

gesproken. Buijsen verwoordt een derde visie betreffende het recht op gezondheidszorg en de realisatie van dat recht door de individuele zorgvrager. Het uitgangspunt voor gezondheidszorg is volgens Buijsen 'gezondheid als een primair, onmeetbaar en nergens mee te vergelijken goed'. Wettelijke rechten worden uitgedrukt in recht op gezondheidszorg, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en persoonlijke integriteit en gelijke behandeling. Ook deze visie beoogt de realisatie van het recht op gezondheidszorg door het individu. In de eerste plaats door de normstructuur van de rechtsregels die in wetten zijn vastgelegd. Wanneer er geen toepasbare regels beschikbaar zijn, moet gezocht worden naar de betekenis achter de regels terugvallend op rechtsbeginselen bv. gelijkheidsbeginsel. Een beginsel heeft geen normstructuur, maar geeft wel betekenis aan rechtsregels.

2.3 Ethisch perspectief

Het gezondheidsrecht en de -ethiek kennen een zekere mate van overlap. Beide houden zich bezig met fundamentele beginselen als gelijkheid en rechtvaardigheid en maatschappelijke normen als solidariteit en toegankelijkheid. Er is ook verschil. Het recht heeft tot taak ethische verschillen een plaats te geven en algemene geldigheid te verlenen. Ethische opvattingen kunnen via gewoonterecht en rechtspraak juridische gelding krijgen. (Leenen 2000:20-21). Rechtsnormen zijn bindend en verschillen daardoor van de ethische normen die dat niet zijn (Dute et al. 2000:25). De juridische gelding van ethische opvattingen is in het juridisch perspectief aan de orde geweest. Wat nu volgt is een uitwerking van de gezondheidsethische notie van solidariteit en toegankelijkheid.

2.3.1 Solidariteit

In beschrijvende zin duidt het woord solidariteit op verbondenheid en op wederzijdse verplichting (Kuiper 2005:8). Meer normatief wordt solidariteit gebruikt als maatstaf voor het beoordelen van intermenselijke betrekkingen. Daarbij gaat het om sociaal- en politiekethische visies met betrekking tot de institutionele inrichting van de maatschappij. Maatschappelijke solidariteit is dan de mate waarin de overheid erin slaagt burgers sociale bescherming en gelijke kansen te geven. Het recht wordt uitgewerkt in wet- en regelgeving die sociale gerechtigheid en verdelende rechtvaardigheid uitwerken (Polder 2005:32,39). Deze begrippen betreffen de menselijke waardigheid als voorwaarde voor een menswaardig bestaan, goede levensomstandigheden en gezondheidszorg. Vanuit het katholieke en protestantse denken hangt solidariteit samen met de waardigheid van de mens en naastenliefde (Blok 2005:21).

Concreet ten aanzien van de wijziging van het gezondheidszorgstelsel waarbij de overgang van een collectief naar een meer individueel systeem is gemaakt, zegt Balkenende (2005) dat er sprake is van het opnieuw definiëren van solidariteit. Dit betreft de solidariteit zoals georganiseerd door de overheid. Daarnaast is in de samenleving ook sprake van solidariteit in de zin van caritas: persoonlijke en vrijwillige liefdevolle zorgzaamheid jegens anderen.

2.3.2 Toegankelijkheid

Bij de toegankelijkheid van zorg gaat het om gelijke toegang bij gelijke behoefte oftewel medische zorg naar medische behoefte. In het gezondheidszorgstelsel is de verplichte basisverzekering de toegang tot een basispakket van medische zorg. Bij toegankelijkheid van zorg gaat het om de mogelijkheden voor het individu om passende zorg te verkrijgen.

3 Doelstelling van het onderzoek

In het voorgaande theoretisch kader zijn vanuit economisch, juridisch en ethisch perspectief marketing in de gezondheidszorg en de positie van de zorgvrager belicht. Op basis hiervan zijn de vraagstelling, deelvragen en doelstelling van het onderzoek geformuleerd.

3.1 De vraagstelling

Wat zijn de kansen en bedreigingen voor de zorgvrager bij het toepassen van marketing in de gezondheidszorg?

3.2 De deelvragen

- 1) Wat is de essentie van marketing?
- 2) Van welke veronderstellingen wordt uitgegaan bij marketing?
- 3) Wat is de bijdrage van dienstenmarketing in de gezondheidszorg?
- 4) Hoe verhouden cliënt en zorgvrager zich bij dienstenmarketing in de gezondheidszorg?
- 5) Wat zegt dienstenmarketing over 'gelijke toegang tot noodzakelijke zorg'?
- 6) Wat betekent marketing in de gezondheidszorg voor de zorg aan de meer kwetsbaren in de samenleving?

3.3 De doelstelling

Het doel van dit onderzoek is te exploreren en te beschrijven wat het marketingconcept kan betekenen in de gezondheidszorg in het bijzonder voor de zorgvrager. Wat zijn de mogelijke kansen en bedreigingen van marketing in de zorg? Het probleem ligt er nu gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg is geïntroduceerd en de 'marktgetting' daarvan zo uitmuntend is geweest, dat tegengeluiden sinds het van kracht worden van het nieuwe gezondheidszorgstelsel niet meer worden gehoord (Kant 2006).

4 Methode van onderzoek

4.1 De onderzoeksopzet

Het betreft hier een sociaal constructivistisch onderzoek waarbij het gaat om de meningen, gevoelens en betekenisverlening van de respondenten zoals die worden gevormd in gesprek en door historische en culturele normen. Het is een explorerend onderzoek omdat marketing in de zorg een nieuw fenomeen is en mogelijk nog niet alle variabelen bekend zijn. Door open vragen te stellen in semi-gestructureerde interviews ontstaat ruimte voor de gezichtspunten van de respondenten. Voor de betekenisverlening van de respondenten zijn ook de omgeving, professionele achtergrond en setting van de respondenten in het onderzoek betrokken (Creswell 2003:181-182).

De literatuur is gebruikt om het onderzoek in te kaderen. Daarnaast zijn aanvullend documenten, data en websites bestudeerd. Door steeds de data uit de interviews te vergelijken met de categorieën die in de theorieën en andere documenten naar voren zijn gekomen, worden overeenkomsten en verschillen in informatie gemaximaliseerd.

4.2 De dataverzameling

Om de vraagstelling te exploreren en te beschrijven, zijn vanuit de verschillende theoretische perspectieven respondenten gezocht. Deze respondenten (zie 4.3) zijn deels telefonisch, deels per e-mail benaderd voor een interview. Enkele respondenten waren vanwege hun drukke agenda alleen in de gelegenheid telefonisch een interview te geven.

Van de face to face interviews zijn audio-opnamen gemaakt, die vervolgens zijn getranscribeerd. Voor de telefonische interviews zijn de interviewvragen van te voren aan de betreffende respondenten toegestuurd. Tijdens de telefonische interviews zijn door de onderzoeker aantekeningen gemaakt, die direct na het gesprek zijn uitgeschreven. De

noodzaak om tijdens de telefonische interviews aantekeningen te maken, is een beperkende factor geweest wat betreft het doorvragen tijdens het interview en zodoende een zwak punt in de dataverzameling. Deze zwakte is gedeeltelijk opgeheven door de toezegging van de betreffende respondenten zonodig op een later tijdstip nog op eventuele vragen te willen reageren. Tot zover de gevolgde werkwijze wat betreft de organisatie en de uitvoering van de interviews.

4.3 De respondenten

In het juridisch perspectief lag de nadruk op recente wet- en regelgeving. De interviews zijn afgenomen met een PvdA politicus (2)¹, lid van de Eerste Kamer en een beleidsmedewerker van de Tweede Kamerfractie van de VVD (1). Respectievelijk woordvoerder en direct medewerker van de woordvoerder voor genoemde politieke partijen op het terrein van de gezondheidszorg. Als vertegenwoordigers van politieke partijen met verschillende uitgangspunten zijn zij vanuit hun eigen specifieke positie nauw betrokken geweest bij het proces van wetgeving en de invoering van het nieuwe gezondheidszorgstelsel, die nog niet geheel zijn afgerond.

Het economisch perspectief spitste zich toe op strategische marketing als het matchen van vraag en aanbod. De aanbieders binnen het gezondheidszorgstelsel zijn de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, die beide met een passend aanbod voor de zorgvrager zich moeten profileren. Voor het economisch perspectief zijn respondenten gezocht die de drie marktpartijen kunnen vertegenwoordigen.

Wat betreft de zorgverzekeraar is er contact geweest met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de branchevereniging die zorgverzekeraars ondersteunt bij het uitoefenen van hun vak. Een interview werd door de afdeling Communicatie (7) van ZN als niet relevant gezien, omdat marketing meer een zaak voor de zorgverzekeraars zou zijn. De website van ZN en de korte reactie van een medisch adviseur (8), werkzaam bij ZN, zijn wel als data gebruikt bij de beantwoording van de onderzoeksvragen. Als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar zijn interviews gehouden met een manager Strategische marketing & Business development (5) en een manager Merkenmarketing van Achmea Zilveren Kruis (6).

De tweede aanbieder binnen het gezondheidszorgstelsel is de zorgaanbieder. Dit gezichtspunt is uitgediept door telefonische interviews met een zorgbestuurder (4) en een vertegenwoordiger van Acti-z, de branchevereniging van de V & V sector (3). De V & V sector ondervindt geen directe gevolgen van de invoering van de Zvw, omdat vergoedingen voor dit type zorg onder de AWBZ vallen. De interviews zijn afgenomen, omdat beide respondenten een groep meer afhankelijke zorgvragers in de samenleving

¹ De nummers achter de respondenten verwijzen naar een nadere omschrijvingen in bijlage 2.

vertegenwoordigen. De positie en belangen van de consument zijn aan de orde geweest in een dubbelinterview met twee beleidsmedewerkers van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)(9).

Er is geen respondent bij het ethisch perspectief gezocht. Wel is alle respondenten gevraagd naar de inkleuring van de maatschappelijke waarden in de gezondheidszorg in hun visie en werkzaamheden als marktparticipant.

4.4 De betrouwbaarheid van het onderzoek

Bij betrouwbaarheid gaat het om de herhaalbaarheid van het onderzoek. (Maso & Smaling 1998:68; Baarda, De Goede & Teunissen 1995:99). Dit onderzoek is herhaalbaar omdat alle stappen zo zijn beschreven dat zij herhaald kunnen worden. Of “the extent to which the measure is consistent and minimizes random error” (Bowling 2002: 436).

De *interne betrouwbaarheid* van dit onderzoek is gewaarborgd door een consistente, systematische werkwijze. De onderzoeksgegevens en interpretaties zijn steeds zorgvuldig van elkaar gescheiden. Ook het mechaniseren van de gegevens, in dit geval de audio-opnamen van de interviews, draagt bij aan de interne betrouwbaarheid van het huidige onderzoek. Tevens is gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden over het onderzoeksproces en de motivatie van beslissingen

De *externe betrouwbaarheid* van het onderzoek wordt gewaarborgd door de analyse van de resultaten met citaten uit de interviews te onderbouwen. Bij de citaten gaat het om wat er staat, hoe het geïnterpreteerd moet worden en waarom. De externe betrouwbaarheid betreft ook de eventueel virtuele herhaalbaarheid van het gehele onderzoek. Het is mogelijk het onderzoek nogmaals uit te voeren, omdat de gekozen respondenten, de situatie en sociale context van het onderzoeksproject en de gekozen methodische en technische begrippen nauwkeurig zijn omschreven (Maso & Smaling 1998:70).

4.5 De validiteit van het onderzoek

Naast de betrouwbaarheid is ook de validiteit van het onderzoek van belang. Bij validiteit gaat het om de afwezigheid van systematische vertekening. Om de *interne validiteit* van het onderzoek te verhogen, is triangulatie toegepast ('t Hart et al. 1996: 270).

De theoretische triangulatie heeft plaatsgevonden door verschillende theoretische perspectieven te beschrijven die het kader voor dit onderzoek vormen. Datatriangulatie is toegepast door verschillende soorten data met elkaar te confronteren. De toepassing van datatriangulatie in dit onderzoek:

- Meerdere interviews zorgen voor verschillende gezichtspunten.

- De diverse schriftelijke databronnen: de literatuur, internetsites, rapporten van ministeries en overheidsadviesorganen en de getranscribeerde interviews.
- Confrontatie van verschillende schriftelijke bronnen met de uitspaken van de respondenten zoals vastgelegd in audio-opnamen en / of aantekeningen.

De werkwijze zoals beschreven en de keuzes die tijdens het onderzoeksproces zijn gemaakt, zijn steeds verantwoord in een logboek. Bij de interviews is gebruik gemaakt van een protocol. Verder zijn in de loop van de onderzoeksperiode veldnotities gemaakt van ideeën, ingevingen en twijfels ter ondersteuning van het geheugen van de onderzoeker.

Voor het verhogen van de *externe validiteit* van het onderzoek is de analyse geconfronteerd met bestaande studies. Hierbij gaat het erom of de onderzoeksconclusies generaliseerbaar zijn naar andere personen en situaties (Maso & Smaling 1998:73). Bij de externe validiteit gaat het ook om overdraagbaarheid, waarbij niet de onderzoeker maar de lezer van het onderzoeksrapport zegt of de onderzoeksconclusies van toepassing zijn op andere personen en situaties (Maso & Smaling 1998:78; Seegers & Hutjes 1999:352). Deze beoordeling van de externe validiteit valt buiten het tijdsbestek van dit onderzoek.

4.6 De analyse

Van de face to face interviews zijn de audio-opnamen getranscribeerd en van de telefonische interviews zijn de aantekeningen direct na de gesprekken uitgewerkt. Deze teksten zijn eerst doorgenomen om een indruk te krijgen van de verzamelde informatie, waarbij relevante blokken tekst betreffende de gespreksonderwerpen zijn gemarkeerd. Vervolgens is nagegaan of de teksten mogelijk nog meer informatie bevatten dan voor de directe beantwoording van de deelvragen nodig was. Ook deze informatie is in de resultaten verwerkt.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord met de bevindingen uit de literatuur, de interviews met de verschillende respondenten en de aanvullende data. De eerste twee deelvragen worden vanuit de literatuur beantwoord. Bij het beantwoorden van de daarop volgende deelvragen worden de theoretische concepten geconfronteerd met de uitspraken van de respondenten.

5.1 De essentie van marketing

Volgens Zyman (1999) wordt het fenomeen marketing management getypeerd door de trefwoorden strategie en logica. "Strategy is the boss" (1999:233): de strategie zoals door een onderneming gekozen, is het leidend principe voor alle activiteiten die vervolgens worden ontplooid. Dit ontplooiën van activiteiten vraagt om logica: alle activiteiten van de onderneming moeten steeds zijn te herleiden naar de gekozen strategie en tot meetbare (verkoop)resultaten leiden. Als de essentie van marketing management noemt Zyman de strategie die bepalend is voor alle activiteiten van een organisatie en die de klant uiteindelijk moeten aanzetten tot het maken van keuzes.

Kotler et al. definiëren marketing management als "an organizational function and a set of processes for creating, communicating and delivering value to customers and for managing relationships in ways that benefit the organization and its stakeholders" (2006:6). De begrippen *creating* en *communicating* uit het eerste deel van de definitie van Kotler et al. matchen met Zyman waar het de organisatie betreft die zich met haar activiteiten strategisch richt op de klant. Vervolgens worden in de definitie van Kotler et al. anders dan bij Zyman de activiteiten van de organisatie nader geconcretiseerd. Met de termen *value* en *benefit* wordt aangeduid dat de activiteiten van de organisatie de klant moeten baten, van meerwaarde voor de klant moeten zijn. Verder noemen Kotler et al. *relationships*: de onderlinge relaties tussen organisatie en belanghebbenden. Deze relaties moeten dusdanig worden gehanteerd dat zowel organisatie als klant er benefit oftewel voordeel bij hebben.

Geconcludeerd kan worden dat Kotler et al. meer dan Zyman de inhoud van activiteiten verbinden met de organisatie van de activiteiten en daarin value of meerwaarde voor zowel de organisatie als de klant benoemen. Dit maakt de definitie van Kotler et al. relevant voor het huidige onderzoek naar de effecten van marketing in de gezondheidszorg. Met name waar het gaat om de positie van de klant in diens relatie met de organisatie.

5.2 De veronderstellingen waarvan wordt uitgegaan bij marketing

Marketing is het instrument voor de organisatie om met de markt en marktwerking om te gaan. Markt en marktwerking veronderstellen dat er sprake is van meerdere organisaties die met elkaar concurreren om een marktaandeel te verwerven. Dat wil zeggen dat organisaties zich profileren om zich van elkaar te onderscheiden en daarmee ieder voor zich klanten aan zich te binden. Organisaties kunnen hun activiteiten onderscheidend maken door te variëren

in combinaties van de marketingmix. De marketingmix bestaat uit de zeven p-waarden: product, prijs, plaats, promotie, personeel, proces en perceptie. Het is aan de klant om die organisatie te kiezen die met haar activiteiten de persoonlijk gewenste value of meerwaarde biedt en deze zo mogelijk te verwerven.

Kotler et al. (2006) beschrijven een geïntegreerd marketingconcept vanuit het oogpunt van de organisatie als een geheel. In dit zogenaamde holistisch marketingconcept worden externe, interactieve en interactieve marketing onderscheiden waarmee de organisatie werkend vanuit drie invalshoeken optimale meerwaarde voor de klant kan realiseren. Bij externe marketing gaat het om de strategische afstemming van de organisatie op de externe klant: de relaties en de ruilprocessen. De interne marketing betreft het optimaal op elkaar afstemmen van onderdelen van de organisatie op de medewerkers en het productieproces. En de interactieve marketing tenslotte betreft het interactieve proces waarin een werknemer het product cq. de dienst aan de klant levert. Toepassing van holistische marketing door het voortdurend op elkaar van de drie typen marketing zorgt voor ultieme meerwaarde voor organisatie en klant.

Voor het huidige onderzoek betekent meer ruimte voor marktwerking in de gezondheidszorg dat voor organisaties in de zorg marketing management een onderwerp van studie is geworden. Gezien vanuit de drie typen marketing hebben zorgorganisaties zich tot nu toe met name bezig gehouden met interne marketing. Door de introductie van marktwerking in de zorg is het voor de organisaties in de zorg zaak geworden ook hun externe en interactieve marketing te ontwikkelen. Marketing helpt organisaties hun aanbod als keuzemogelijkheden aan de klanten te presenteren. Dit veronderstelt klanten die keuzes kunnen en willen maken. Door Kotler et al (2006) wordt nog aangetekend dat het marketingconcept zoals gehanteerd in het bedrijfsleven niet als vanzelfsprekend toegepast kan worden in een dienstensector als de gezondheidszorg. Dit vraagt voor het huidige onderzoek om nadere invulling van de veronderstellingen waarvan sprake is bij marketing.

5.3 De bijdrage van dienstenmarketing in de gezondheidszorg

Het marketingconcept zoals gehanteerd in het bedrijfsleven kan niet als vanzelfsprekend toegepast worden in de gezondheidszorg, omdat het in de gezondheidszorg niet gaat om de levering van concrete, tastbare producten maar om levering van diensten. “Diensten zijn van oorsprong onaantastbare en relatief snel vergankelijke activiteiten, waarbij tijdens de interactieve consumptie directe behoeftesatisfactie centraal staat en niet materiële

bezitsvorming wordt nagestreefd" (De Vries & Van Helsdingen 2005:24). Bij marketing in een dienstensector als de gezondheidszorg wordt gesproken van dienstenmarketing.

Om het concept dienstenmarketing nadere invulling te geven, zijn de p-waarden van de marketingmix in klant- of customer-waarden vertaald (Kotler & Clarke 1987; Cooper 1994; Damhuis et al. 2005; Heuvel 2005). In de omschrijving van deze c-waarden ligt de nadruk op de 'intangible' aspecten van dienstverlening. Deze 'intangible' of ontastbare aspecten zijn voor de klant bepalend voor de kwaliteit van de dienstverlening. Voor de klant zijn van belang meerwaarde en oplossingen, snelheid en gemak waarmee een dienst te verkrijgen is, de manier waarop de diensten worden verleend en de communicatie met de dienstverlener. Ook de ervaring en verwachting van de klant zijn 'intangible' aspecten in het proces van dienstverlening. Bij de verdere beantwoording van deze deelvraag gaat het om de aanbieders van zorg en de aspecten die voor de klant de meerwaarde van de dienstverlening bepalen.

Ten eerste de kanttekening van één van de geïnterviewde politici (2) dat de ruimte voor gereguleerde marktwerking wil zeggen dat slechts delen van de zorgmarkt zijn vrijgegeven. Dit maakt het volgens hem *"mogelijk dat momenteel 'de krenten uit de pap' worden gehaald"*. Waarmee hij bedoelt dat een beperkt aantal zorgvoorzieningen een snelle en lucratieve ontwikkeling kan realiseren maar tegelijkertijd het geheel van een goede gezondheidszorg mogelijk scheef wordt getrokken. Voorbeelden van zogenaamde 'krenten uit de pap' zijn staaroperaties, het werk van de diabetesverpleegkundige en knie- en heupoperaties. Dit blijken lucratieve marktsegmenten waar door particuliere initiatieven zeer effectief en efficiënt zorg wordt geleverd en er duidelijk meerwaarde wordt gerealiseerd, maar slechts voor een beperkte groep klanten. Gezien de overheidsverantwoordelijkheid voor de doelmatige en rechtvaardige verdeling van gezondheidszorg *"moet de overheid daar misschien wat aan doen"* aldus de politicus.

De medisch adviseur van ZN (8) merkt op dat marktwerking en marketing in de zorg nog weinig aan de orde zijn. *"Van een vraag- en aanbodspel is nog geen sprake, omdat het aanbod van zorg achterblijft bij de vraag. En vanwege het gegeven dat het voor de verzekeraar bij restitutiepolissen moeilijk is om te sturen en voor de natura-polissen bij alle aanbieders zorg is ingekocht"*. De meerwaarde van een natura-polis is dat de verzekerde naar de eigen vertrouwde zorgverlener kan blijven gaan. Uit onderzoek (Bal & Mastboom 2005) is gebleken dat wanneer de huisarts de zorgvrager bij doorverwijzing naar een medisch specialist de mogelijkheid geeft zelf een ziekenhuis te kiezen verschillende motieven een rol spelen. Van de respondenten in het onderzoek koos 52 % voor verwijzing naar het ziekenhuis waar zij al eerder geweest waren, terwijl 44 % van de respondenten het

belangrijk vond dat het ziekenhuis zich bij hen in de buurt bevond. In de toekomst zou de verzekeraar meer gebruik kunnen gaan maken van de ruimte voor marktwerking en ook verder van huis beter presterende medisch specialisten voor behandelingen kunnen contracteren. Dat betekent voor de klant dat de meerwaarde van het bekende ziekenhuis dat zich mogelijk in de buurt bevindt door de verzekeraar onder druk wordt gezet. Uit het onderzoek van Bal et al. bleek ook dat voor 18 % van de respondenten een korte wachttijd juist meerwaarde vertegenwoordigde. Mogelijk zijn er klanten die deze meerwaarde zwaarder vinden wegen dan het ziekenhuis dat hen bekend is en door de geboden keuzemogelijkheid meer meerwaarde weten te realiseren. Met de genoemde aspecten die in het verwijzingsproces huisarts > medisch specialist meerwaarde voor de klant kunnen betekenen, wordt nog niet door de verzekeraars gewerkt. De reden is dat de verzekeraars nog te weinig inzicht hebben in de prijs-kwaliteitverhouding van aangeboden zorg en nog niet in staat zijn daar zorg op in te kopen.

De marketingdeskundigen van de zorgverzekeraar (6,7) benadrukken het effect van de veranderende omgeving op hun organisatie die een *“grote organisatieslag”* noodzakelijk heeft gemaakt. Door de stelselwijziging is met name voor de zorgverzekeraars ruimte voor marktwerking en marketing ontstaan. De verzekeraars hebben zich niet alleen strategisch moeten heroriënteren. Ook de inhoud van hun activiteiten is veranderd nu de twee systemen van ziektekostenverzekering zijn vervangen door het ene systeem van de verplichte basisverzekering. Dit maakt voor de zorgverzekeraars een herijking van de externe, interne en interactieve marketing noodzakelijk. Ten aanzien van de relatie met de klant werd door de marketingdeskundigen opgemerkt dat *“meer vertrouwen van de verzekerde nodig is dat verdiend moet worden”*. Dit is een aspect van interactieve marketing dat nog verder ontwikkeld moet worden. In het dienstenmarketingconcept is vertrouwen in de relatie met de organisatie één van de aspecten die voor de klant de meerwaarde van de dienstverlening bepalen.

Een opmerkelijke opmerking van één van de marketingdeskundigen: *“de informatievoorziening door de overheid over het nieuwe gezondheidszorgstelsel en de Zorgverzekeringswet heeft veel onrust bij de bevolking teweeg gebracht”*. Dit betekende een marketinguitdaging voor de zorgverzekeraars om de wettelijk verplichte basisverzekering als product aan te bieden op een gecompliceerde markt met klanten van wie het vertrouwen moest worden gewonnen. De vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar toont hier dat hij zich bewust is van de relatie tussen organisatie en klant en het belang dat beide partijen bij die relatie hebben zoals in de literatuur als element van dienstenmarketing wordt geformuleerd.

Met de stelselwijziging per 1 januari 2006 werd honderd procent van de Nederlandse burgers wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Op dat moment maakte achttien procent van de verzekerden gebruik van de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te wisselen. Dit gegeven wordt door één van de politici (2) geïnterpreteerd als het gebruik maken van keuzevrijheid door de burger: *“er is gestemd met de voeten”*. De keuze om van zorgverzekeraar te wisselen is voornamelijk gebaseerd geweest op de kostprijs van de zorgverzekering, omdat er nog geen informatie over andere aspecten beschikbaar was. Het verwachte percentage overstappers voor 2007 zal met vijf procent naar verwachting even hoog zijn als het jaar voor de invoering van het nieuwe zorgstelsel (De Jong, Hendriks, Delnoij & Groenewegen 2006). Onderzoek van het NIVEL laat ook zien dat 92 % van de verzekerden bij het afsluiten van een zorgverzekering heeft gekozen door een verzekering zonder eigen (De Jong, Delnoij & Groenewegen 2006). Een groot deel van de verzekerden heeft zo gekozen voor de meerwaarde van zekerheid.

Het perspectief van de zorgvrager cq. zorgconsument wordt in dit onderzoek vertegenwoordigd door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) (9). In het nieuwe stelsel wordt de verzekeraar geacht voor de verzekerden kwalitatief hoogwaardige zorg in te kopen. De zorgverzekeraar is zo de belangenbehartiger van de klant die vanuit het oogpunt van dienstenmarketing het beste voor zijn klanten zoekt. Net als de verzekeraars (5,6) zelf wordt door de NPCF (9) geconstateerd dat de verzekeraars nog weinig zicht hebben op de kwaliteit die zorginstellingen bieden. Tegelijkertijd is volgens de politiek (2) *“kwaliteit het leidend beginsel in het nieuwe stelsel”*.

Meer ruimte voor kwaliteit als leidend beginsel kan gedeeltelijk worden gerealiseerd door het initiatief van patiëntenverenigingen, die ondersteund door de NPCF met verzekeraars onderhandelen over het verzekerde pakket. Als ervaringsdeskundigen zijn zij goed in staat hun specifieke wensen voor de behandeling van hun aandoening bij de verzekeraar kenbaar te maken.

Twee kanttekeningen bij het fenomeen ‘informatie’ en het gebruik daarvan. De verzekeraars hebben in de aanlooptijd naar het nieuwe verzekeringsstelsel veel kosten gemaakt om informatie te verstrekken en concurrerende polissen aan te bieden. Deze kostenpost voor *“informatieverstrekking cq. reclame was noodzakelijk”* volgens de politici (1,2).

Ten eerste een opmerking over de informatievoorziening door de verzekeraars in de aanloop naar het kracht worden van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De verzekeraars hebben veel geld uitgegeven aan deze informatievoorziening. Informatievoorziening was noodzakelijk om verzekerden een keuze te laten maken uit het aanbod van polissen, maar heeft onmiskenbaar de trekken van reclame. Dit omdat het de verzekeraar er ook om te

doen was aantrekkelijker over te komen dan de concurrent, meer klanten te verwerven en mogelijk meer winst te maken. Winst is nodig om als organisatie te overleven, maar het winstmotief kan het verstrekken van informatie ook minder zuiver maken. Tegelijkertijd zijn winsttopbrengsten nodig om te kunnen investeren in onderzoek bijvoorbeeld naar de effectiviteit van geneesmiddelen en behandelmethoden. Winst kan geïnvesteerd worden in kwaliteitsverbetering, maar ook in lagere verzekeringspremies. Zowel een betere kwaliteit als een lagere verzekeringspremie zijn voor de klant van meerwaarde.

Een tweede opmerking over de reclame die de verzekeraars hebben gemaakt met de acceptatie van alle mogelijke klanten ongeacht hun gezondheidstoestand. Dit was niet hun eigen idee, maar voorwaarde voor de overheid om het nieuwe verzekeringsstelsel in te laten gaan. De NPCF heeft hiervoor bij politieke partijen gelobbyd: de acceptatieplicht door de verzekeraar moet de toegankelijkheid van zorg waarborgen (9).

De overheid heeft ruimte gegeven aan marktwerking en de aanbieders spelen met hun marketing in op deze nieuwe situatie. Voor de aanbieders in de zorg is de nadruk komen te liggen op hun performance en onderlinge concurrentie in hun dienstverlening aan de klant. De politici en de NPCF benadrukken dat toezicht op de gezondheidszorg door de overheid noodzakelijk zal blijven.

5.4 De verhouding cliënt / zorgvrager bij dienstenmarketing in de gezondheidszorg.

Tegenover de aanbieders in de zorg staan de cliënten / zorgvragers. Aan de vraag naar gezondheidszorg ligt de vraag naar gezondheid ten grondslag. In marketingtermen is de vraag naar gezondheidszorg een latente cq. negatieve vraag. Een negatieve vraag wil zeggen dat zolang men gezond is de vraag niet actueel en niet aanwezig is. *“Zonder patiënten, geen gezondheidszorg”* (Uyl-de Groot 2006). Het is ook een latente vraag dat wil zeggen dat er onmiddellijk wel vraag naar gezondheidszorg is op het moment dat er gezondheidsproblemen zijn en gebruik van gezondheidszorg noodzakelijk wordt. Kiezen voor gezondheidszorg in het kader van de keuzevrijheid voor de cliënt / zorgvrager is dan kiezen voor gezondheidszorg op het moment dat de gezondheid hapert. Daarnaast is sprake van chronisch zieken als cliënten met een permanente zorgvraag. In hoeverre is bij de vraag naar gezondheidszorg ook sprake van de keuzevrijheid zoals die wordt verondersteld bij marketing?

De keuzevrijheid vanaf het moment dat er een actuele zorgvraag is en men cliënt is geworden van de gezondheidszorg komt in het onderzoek van Bal et al. (2005) aan de orde. In dit onderzoek kregen cliënten cq. zorgvragers een stem bij doorverwijzing naar de

medisch specialist in het ziekenhuis. Dit ging om een praktische vraag namelijk verwijzing naar een ziekenhuis waar men al eerder geweest was of het ziekenhuis in de buurt.

Naast procedures als doorverwijzing is bij zorgvraag ook een inhoudelijk aspect aan de orde. Vanaf het moment dat de zorgvrager een medicus consulteert, is het de medicus die als deskundige een informatievoorsprong heeft en bepaalt wat medisch-technisch noodzakelijk is, welke behandeling gegeven gaat worden. Deze informatieasymmetrie tussen arts en cliënt cq. zorgvrager wordt door sommige auteurs als een inperking van de keuzevrijheid van de cliënt gezien. Trappenburg en Mol benadrukken de kwetsbaarheid van de patiënt, omdat deze in een afhankelijke rol terecht komt. De individuele patiënt die niet wil kiezen als het om zorg gaat, maar als zorgvrager alleen de beste zorg wil. Vanuit het dienstenmarketing concept heeft de informatieasymmetrie in de relatie medicus - zorgvrager ook een andere rol. Mits er sprake is van een goede onderlinge relatie en communicatie is de informatieasymmetrie wat betreft de deskundigheid van de medicus juist van meerwaarde voor de cliënt / zorgvrager. Aangenomen dat de medicus kan voorzien in zorg van de beste kwaliteit waar medisch gezien op dat moment behoefte aan is.

Bij de introductie van gereguleerde marktwerking cq. marketingdenken in het gezondheidszorgstelsel is de overheid uitgegaan van de positieve werking van de speelruimte voor de participanten die vanzelf de beste beslissingen tegen de laagst mogelijke kosten nemen. Hierboven is uiteengezet dat de cliënt / zorgvrager ten aanzien van medische zorg naar medische behoefte afhankelijk is van de medicus. Daarnaast kan de verzekeraar als zorginkoper keuzevrijheid van de cliënt / zorgvrager inperken. Dit maakt dat de speelruimte en keuzemogelijkheden voor het individu in de praktijk (nog) kleiner dan de overheid bij de invoering van het stelsel heeft aangenomen. Dit gegeven riep in de interviews het idee op om de positie van de cliënt / zorgvrager zo mogelijk te versterken.

De NPCF (9) is van mening dat de positie van de zorgvrager versterkt moet worden en houdt zich momenteel bezig met het ontwerpen van de Zorgconsumentenwet waarin zowel de rechten en plichten van de zorgconsument worden vastgelegd. Een initiatief dat door de politici (1,2) wordt ondersteund. Het is de ervaring van de NPCF dat de positie van de zorgvrager verstevigd kan worden door deze mondiger te maken. NPCF en politici denken met de Zorgconsumentenwet die mondigheid te verankeren. Ook kan de positie van de cliënt / zorgvrager nog verstevigd door het instellen van verzekerdenraden bij de zorgverzekeraar te vergelijken met de cliëntenraden bij een zorginstelling. En tenslotte de mogelijkheid om de cliënt cq. zorgvrager meer keuzevrijheid te geven door invoeren van een Persoonsgebonden Budget (PGB) (Boekholdt 2005) (4). Een PGB dat de cliënt / zorgvrager de financiële middelen verschaft om eventueel zonder tussenkomst van de verzekeraar

eenvoudiger eigen keuzes voor zorgproducten te kunnen maken. In het interview met de zorgbestuurder is onduidelijk gebleven voor welke segmenten van de zorg hij dit bedoelde.

5.5 Dienstenmarketing en ´gelijke toegang tot noodzakelijke zorg´.

Zowel de zorgbestuurder als de politici benadrukten in de interviews dat invoering van de nieuwe geprivatiseerde zorgverzekering een onderdeel is van de stelselwijziging als een groter geheel. Teveel nadruk op de individualisering zou als te eenzijdig en negatief over kunnen komen en geen recht doen aan het gezondheidszorgstelsel als geheel dat volgens de politici goed geregeld is. *“De stelselwijziging moet niet opgevat worden alsof meer markt gelijk is aan minder overheid. De overheid is toezichthouder, toezicht blijft nodig en toezicht is essentieel. De verantwoordelijkheid van de Grondwet blijft. Het moet een toezichthoudende overheid zijn. De toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg moeten gewaarborgd blijven”*, aldus de politiek (2).

De politici (1,2) en de vertegenwoordigers van de verzekeraar (5,6) vinden alle vier dat de verplichte basisverzekering de garantie is voor gelijke toegang tot noodzakelijke zorg. Volgens de NPCF (9) is het daarbij *“erg belangrijk dat het basispakket niet wordt uitgekleeft, omdat juist voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht is. Het zou betekenen dat mensen steeds beperktere zorg kunnen afnemen. We volgen hoe verzekeraars met die aanvullende verzekeringen omgaan. In hoeverre ze gezondheidsverklaringen gebruiken om mensen wel of niet aan te nemen. Dat zullen we blijven doen, omdat het een goed beeld geeft hoe die toegankelijkheid is geregeld”*. *“Een waarborg is de breedte van het basispakket: dat daarin het meeste goed geregeld is, waardoor je minder afhankelijk wordt van het aanvullende deel. Dit blijven terugkerende principes die heel erg belangrijk zijn om juist die onaantrekkelijke groepen zorg aan te blijven bieden”*.

Met de acceptatieplicht voor de basisverzekering heeft elke verzekerde toegang tot noodzakelijke zorg, maar in het nieuwe gezondheidszorgstelsel zijn de kosten voor sommige zorgvragers structureel hoger. De zogenaamde ´no claim´ bedoeld als financiële prikkel om het gebruik van gezondheidszorg te verminderen, is voor chronisch zieken en andere zorggebruikers als gehandicapten niet aan de orde. Zij hebben vanwege hun specifieke behoefte aan zorg geen mogelijkheden om te kiezen voor het al dan niet gebruikmaken van zorg. Wel is het organiseren van een patiëntencollectief een mogelijkheid om de onderhandelingspositie van de chronisch zieke te verstevigen. *“Als de belangen van patiënten gesteund worden door een patiëntenvereniging dan blijkt deze speler veel aan*

sterkte te winnen” (Uyl-de Groot 2006). *“Veel patiëntenverenigingen hebben zich aaneengesloten om korting te bedingen voor hun leden. Op het moment dat zijzelf richtlijnen ontwikkelen, kunnen ze met de verzekeraar ook kwaliteitsafspraken maken”* (9). Voorbeeld van een sterk patiëntencollectief is de diabetesvereniging.

Tenslotte: sinds de invoering van het nieuwe gezondheidszorgstelsel is discussie ontstaan over het begrip ‘noodzakelijke zorg’. Een krantenbericht: *“Onverzekerden, onder wie veel illegalen worden door ziekenhuizen steeds vaker op straat gezet zonder dat iemand heeft beoordeeld of de patiënt dringend medische hulp nodig heeft”* (ND 20 mei 2006:4). De minister van VWS is gevraagd om een nadere omschrijving van het begrip ‘noodzakelijke zorg’ en verduidelijking van het onderscheid tussen noodzakelijke en acute zorg. Dit roept de vraag op of er sprake is van een mediahype of dat de ‘toegang tot noodzakelijke zorg’ in het nieuwe gezondheidszorgstelsel inderdaad minder vanzelfsprekend is dan voorheen.

5.6 Marketing in de gezondheidszorg en zorg aan de meer kwetsbare leden in de samenleving.

De aanleiding voor dit onderzoek was de opmerking van de oud-bestuurder van een verpleeghuis over marktwerking in de zorg. Marktwerking als niet passend voor de zorg omdat daarmee mogelijk geen recht wordt gedaan aan zorgvragers die puur afhankelijk zijn van zorg. De V & V sector is nog niet in het geding wat betreft marktwerking in de zorg als direct gevolg van de Zorgverzekeringswet. Door branchevereniging Acti-z wordt wel op marktwerking geanticipeerd met ideeën over marketingconcepten als kwaliteit, marktsegmenten en doelgroepenbeleid in de ouderenzorg.

In het inleidend citaat op dit onderzoek noemde de oud-bestuurder het ‘alleen maar afhankelijk zijn van zorg’ waarbij gedacht kan worden aan verpleeghuisbewoners van wie de meeste puur verzorging of verpleging nodig hebben. Zij zijn letterlijk afhankelijk van zorg en dus kwetsbaar te noemen. In de loop van dit onderzoek is gebleken dat de respondenten verwachten dat met name de individuele zorgvrager minder sterk staat en zich in een kwetsbare positie bevindt. Verschillende initiatieven om de positie van de individuele zorgvrager te verstevigen zijn het ontwerp van de Zorgconsumentenwet, het instellen van verzekerdenraden en de emancipatie van patiëntenverenigingen. Voor de toekomst heeft de zorgbestuurder (4) zijn bezorgdheid uitgesproken ten aanzien van de lagere inkomens als kwetsbare groep. Meer financiële verantwoordelijkheid bij de burger voor de benodigde

gezondheidszorg zou voor lagere inkomensgroepen kunnen betekenen dat er voor hen alleen schralere zorg beschikbaar is.

De positie van de individuele zorgvrager vanuit het recht op gezondheidszorg zoals beschreven in Grondwet en Europees Sociaal Handvest is geen vrijblijvendheid voor de overheid. De vormgeving van de gezondheidszorg door de overheid is gebaseerd op maatschappelijke normen van algemene solidariteit en toegankelijkheid. Daarvan zeggen Kotler en Clarke (1987:xii) dat *“The perspective of health care as a ‘right’ brings with it ethical imperatives and considerations that are not generally issues in traditional marketing thought”*. Murphy et al. (2005:13-16) beschrijven het ethisch besef ten aanzien van de bedrijfsvoering in de zorg met waarden als eerlijkheid, verantwoordelijkheid, eerlijkheid, respect, openheid en burgerschap. Tegelijkertijd merken zij op dat een ethisch concept als verdelende rechtvaardigheid niet in marketingtermen te vangen is.

6 Conclusie, discussie en aanbevelingen

Na de beantwoording van de deelvragen in het vorige hoofdstuk volgt nu als conclusie het antwoord op de vraagstelling, die als volgt was geformuleerd:

“Wat zijn de kansen en bedreigingen voor de zorgvrager bij het toepassen van marketing in de gezondheidszorg?”.

Na de conclusie volgen de discussie met kritische kanttekeningen bij het onderzoeksdesign en de uitvoering gevolgd door de aanbevelingen.

6.1 Conclusie

Marketing in de gezondheidszorg biedt zorgvragers *kansen* op een verbeterd zorgaanbod. Gezien vanuit het *economisch* perspectief zet marketing organisaties in de zorg aan om zich te profileren en zich van andere organisaties te onderscheiden. Met name de ‘tangible’ aspecten efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit van zorg waar organisaties zich aantoonbaar op profileren, zijn voor zorgvragers cq. zorgconsumenten van meerwaarde. Vanuit *juridisch* perspectief zijn het wetten die de gezondheidszorg vormgeven en specifieke aspecten als kwaliteit van zorginstellingen cq. hulpverlening waarborgen ten behoeve van de zorgvrager.

Tegenover de kansen staan de *bedreigingen* voor de zorgvrager bij marketing in de gezondheidszorg. De overheid neemt aan dat bij marktwerking in de zorg keuzevrijheid en kostenbewustzijn ervoor zorgen dat de juiste beslissingen tegen de laagst mogelijke kosten worden genomen. Deze aanname vanuit *economisch* perspectief blijkt niet vanzelfsprekend bij marktwerking en marketing in de gezondheidszorg. De keuzevrijheid van de individuele zorgvrager is minder bepalend bij behoefte aan zorg dan door de overheid wordt aangenomen. Verder is het kostenbewustzijn van de zorgvrager nauw verbonden met de wijze van zorgverlening. De zorgvrager zal adequate zorgverlening en vertrouwen in de arts laten prevaleren boven zorg tegen de laagst mogelijke kosten. Dit maakt dat marktwerking en marketing in de zorg gegeven de nadruk van de overheid op 'tangible' aspecten een bedreiging vormen voor de zorgvrager voor wie 'intangible' aspecten de meerwaarde van zorg bepalen. Hoewel de positie van de individuele zorgvrager *juridisch* gezien beschermd wordt door wetten en eventueel versterkt door patiëntenverenigingen is bij behoefte aan zorg eerder sprake van afhankelijkheid dan van een zelfstandig kiezende marktparticipant cq. burger. Vanuit *ethisch* perspectief liggen maatschappelijke normen als algemene solidariteit en toegankelijkheid aan de gezondheidszorg ten grondslag. Waar organisaties bij marketing in de zorg met elkaar concurreren en daardoor de algemene solidariteit en toegankelijkheid in de zorg beperken, is sprake van een bedreiging voor de zorgvrager.

6.2 Discussie

In deze paragraaf volgen de kritische opmerkingen over het theoretisch kader, de methode van onderzoek en de resultaten.

Ten aanzien van het *theoretisch kader* volgen twee kritische opmerkingen. In de eerste plaats een opmerking over het gebruik van het woord marktwerking dat in algemene zin is gehanteerd. In de praktijk gaat om gereguleerde marktwerking in twee betekenissen:

- marktwerking op deelterreinen in de gezondheidszorg met meer vrijheid voor organisaties om te ondernemen,
- veel overheidsregels die de marktwerking inperken.

Dat de marktwerking in de zorg gereguleerd is, heeft tot gevolg dat marketing door organisaties beperkt toepasbaar is. In de vraagstelling ging het om marketing en de zorgvrager. Daarbij heeft dit onderzoek de praktijk gevolgd: de overheid heeft organisaties in de zorg ruimte te geven om te ondernemen; dit onderzoek richtte zich vervolgens op de speelruimte van betreffende organisaties en de zorgvrager vanuit het marketingconcept. Niet besproken in het theoretisch kader van het huidige onderzoek, maar wel van belang voor het

ondernemen in de zorg is de relevantie van het concept 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' (Van Harten & Schuring 2003). In dit concept wordt optimaliseren van het functioneren als organisatie verbonden aan bredere maatschappelijke relevantie. Dit betekent dienstverlening die van meerwaarde is voor de klanten, maar ook voor de regio waar de dienstverlenende organisatie zich beweegt. Nader onderzoek naar maatschappelijk verantwoord ondernemen door zorgaanbieders en zorgverzekeraars is aan te bevelen.

De tweede opmerking betreft het theoretisch kader. In het juridisch perspectief zijn het kader en de wetten zoals van toepassing op de gezondheidszorg beschreven. Behoeft aan zorg maakt gezondheidszorg noodzakelijk. Wat de mogelijke meerwaarde is van een benadering van de gezondheidszorg vanuit 'gezondheid als primair recht' vraagt om nader onderzoek. In het ethisch perspectief zijn de begrippen solidariteit en toegankelijkheid in algemeen praktische zin aan de orde geweest. De begrippen worden wat betreft inhoud en reikwijdte door de politiek en zorgverzekeraar verschillend gebruikt. Met name voor de politiek als vormgever van de gezondheidszorg vraagt dit om nader onderzoek vanuit de filosofie. Niet besproken is de theoretisch filosofische onderbouwing van deze begrippen die een consistent gebruik en toepassing ervan kunnen bewerkstelligen. Juist in een dienstensector als de gezondheidszorg is consistentie van belang om vertrouwen zoals dat voor de klant van meerwaarde is, te bewerkstelligen. Mogelijk dat toepassing van de rechtvaardigheidstheorie van Rawls waarin verschillen alleen dan zijn gerechtvaardigd als de positie van de minst bedeelden verbetert, kan bijdragen aan de consistentie in het vormgeven van de gezondheidszorg ook op lange termijn.

Wat betreft het *onderzoekdesign* en de uitvoering van het onderzoek is sprake van drie zwaktes. Bij het maken van afspraken met de respondenten deed zich de complicatie voor dat meerdere gevraagde respondenten als politici en hoogleraren vanwege drukke werkzaamheden niet in de gelegenheid waren een interview te geven. Mogelijk dat ook de naderende vakantietijd daarbij een rol heeft gespeeld. Dit heeft ertoe geleid dat enkele interviews telefonisch zijn afgenomen: een beperkende factor bij de informatieverzameling. Ook het zich terugtrekken als respondent van een marketingmanager van een andere zorgverzekeraar is een beperking, omdat nu twee managers van dezelfde zorgverzekeraar zijn geïnterviewd.

Het afnemen van telefonische interviews heeft de mogelijkheid om de antwoorden op de deelvragen met citaten te onderbouwen ernstig belemmerd. De zwakte bij deze wijze van informatieverzameling werkt zo door in de resultaten van het onderzoek. Bij het stellen van de interviewvragen is uitgegaan van de gevolgen van de Zorgverzekeringswet. In het onderzoek als geheel is vaker een bredere focus op de gezondheidszorg en het

gezondheidszorgstelsel gehanteerd. Dit is een mogelijke inconsistentie in het huidige onderzoek.

Wat betreft de *resultaten* van het onderzoek: de overheid geeft organisaties in de gezondheidszorg meer speelruimte om te ondernemen en onderling te concurreren. Tegelijk is de overheid verantwoordelijk voor de gezondheidszorg als geheel. Komt de invoering van marktprikkels de gezondheidszorg als geheel wel ten goede als organisaties geld steken in het zich afzetten tegen elkaar? En hoe verhouden initiatieven als ketenzorg en transmurale zorg zich tot marktprikkels en onderlinge concurrentie van de zorgaanbieders? Dit zijn relevante vragen die om nader onderzoek vragen.

Kortom: de overheid is eindverantwoordelijk voor de gezondheidszorg die met schaarse middelen moet worden gerealiseerd. Bij het delegeren van haar verantwoordelijkheid naar de markt zijn er hoge verwachtingen ten aanzien van de werking van marktprikkels en marktparticipanten die de juiste beslissingen kunnen nemen. Tegelijkertijd maakt het delegeren van verantwoordelijkheden door de overheid meer toezicht noodzakelijk; toezicht dat kosten met zich meebrengt. Verder zijn organisaties genoodzaakt financiële middelen in te zetten om zich te profileren. In hoeverre dit kan samengaan met een adequate inzet van schaarse middelen is onbesproken, maar wel relevant voor de efficiëntie en effectiviteit in de gezondheidszorg.

6.3 Aanbevelingen

In deze aanbevelingen gaat het om de raakvlakken tussen economisch, juridisch en ethisch perspectief bij marketing in de zorg. Kunnen de raakvlakken elkaar wederzijds aanvullen en geïntegreerd worden of is er sprake van raakvlakken die elkaar niet verdragen?

In het economisch perspectief is geponeerd dat het marketingconcept de verschillende talen over zorg als het om de inhoud en de organisatie gaat met elkaar kan verbinden. Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van meerdere talen en betekenissen. De zorgvrager is burger, verzekerde, klant en zorgconsument. De burger is wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten en is zo ook een verzekerde. De verzekerde heeft een contract met een zorgverzekeraar. De zorgvrager is klant van de zorgverzekeraar en bij behoefte aan zorg ook klant van een zorgorganisatie. In hoeverre de klant cq. zorgconsument medische zorg naar medische behoefte kan realiseren, hangt samen met de vormgeving van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg als afgeleide van de vraag naar gezondheid raakt zowel

de drie theoretische perspectieven als de verschillende rollen van de zorgvrager. Het realiseren van de meerwaarde van optimale gezondheidszorg voor de zorgvrager vraagt om een holistische benadering om de theoretische perspectieven en de rollen van de zorgvrager te matchen. Daartoe worden de volgende aanbevelingen gedaan.

In de eerste plaats moet de overheid als vormgever van de gezondheidszorg en belangenbehartiger van 'gezondheid als primair goed' voor alle burgers ook als marktparticipant worden beschouwd. De overheid is eindverantwoordelijk voor de vormgeving van de gezondheidszorg op basis van maatschappelijke normen als algemene solidariteit en toegankelijkheid. In 2005 verscheen het rapport 'Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), waarin het begrip solidariteit in economische termen werd geformuleerd. Daar ook politici cq. wetgevers de term solidariteit herformuleren, wordt het vertrouwen van de burger in de overheid geschaad. Dit vraagt om een verkenning van de WRR van houdbare solidariteit in de gezondheidszorg vanuit de ethiek om het vertrouwen van de burger terug te winnen. Vormgeving van de gezondheidszorg vanuit 'gezondheid als primair goed' biedt ook ruimte aan preventieve zorg en gezondheidsvoorlichting en maakt een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burger cq. zorgvrager mogelijk.

Tenslotte zijn nader onderzoek en concretisering van het begrip kwaliteit nodig. Volgens de politiek is kwaliteit het leidend beginsel in de gezondheidszorg. Dit vraagt om het ontwikkelen van kwaliteitsmaatstaven voor de aspecten die de meerwaarde van dienstverlening cq. gezondheidszorg bepalen. Dit betekent onderzoek naar:

- customer need (product) door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, dat wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen ontwikkelt om zorgverleners te ondersteunen bij klinische besluitvorming;
- cost to customer (prijs) om deze te koppelen aan kwaliteitsmaatstaven;
- convenience (beschikbaarheid);
- communication: om de wijze waarop zorgverleners het tweerichtingsverkeer met de zorgvrager vormgeven te verbeteren, kan gebruik gemaakt worden van de onderzoeksresultaten van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) naar communicatie in het zorgverleningsproces;
- customer care (personeel): de wijze van dienstverlening hangt nauw samen met de persoon die diensten verleent; met de resultaten van het onderzoek naar communicatie in het zorgverleningsproces kan training on the job gerealiseerd en geëvalueerd worden;
- customer experience (proces en perceptie).

Literatuur

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen 1995. *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese / Educatieve Partners.

Bal, R. & F. Mastboom 2005. *Op weg naar transmurale samenwerking?* Eindrapportage evaluatieonderzoek ZorgDomein ZO Brabant. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Balkenende, J.P. (2005). De Volkskrant d.d. 18 maart 2005.

Beerepoot, C.C. 2006. *De zorgverzekeringswet en de wet op de zorgtoeslag*. Gezondheidswetgeving in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Betsch, T. & S. Haberstroh (red.) 2005. *The routines of decision-making*. USA / Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Blok, M. 2005. Solidariteit in christelijk-sociaal perspectief. In: Kuiper, R. & C. Visser (red.) 2005. *Over de schutting. Op weg naar nieuwe solidariteit*. Barneveld: Uitgeverij De Vuurbaak.

Boekholdt, M. 2005. *Klein pleidooi. Schep nu je toekomst. Naar burgerschap en diversiteit in de ouderenzorg*. Paul Cremerslezing 2005. Utrecht: NIZW.

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

Bowling, A. 2002. *Research methods in health*. Norfolk (Great Britain): Biddles Ltd.

Buijsen, M. 2003. The concept of health law. In: Exter, A. den & J. Sándor (red.), *Frontiers of European Health Law. Yearbook 2002*. Rotterdam: Erasmus University Press.

Buijsen, M. & E. de Jong (red.) 2005. *Solidariteit onder druk? Over de grens tussen individuele en collectieve verantwoordelijkheid*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers.

Cooper, P.D. 1994. *Health care marketing. A foundation for managed quality*. USA: Aspen Publishers, Inc.

Creswell, J.W. 2003. *Research design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches*. London: Sage.

Damhuis, G., P. Elshout, H. Huijsmans, P.Overduin, K. Verschure en G. de Vries 2005. *Als de markt binnenkomt. Effecten van marktwerking in de zorg*. 's-Hertogenbosch: DamhuisElshoutVerschure organisatieadviseurs.

Dartel, J.N. van & A.H.W. van der Mheen 2002. *De ethiek van het management. Een onderzoek naar de plaats van waarden en normen in de beleidspraktijk van het topmanagement in de zorg*. Utrecht: CELAZ / Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg.

Doorslaer, E. van & E. Schut 2001. Vraag naar gezondheidszorg. In: Lapré, R., F. Rutten & E. Schut. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Dute, J.C.J. & H.E.E.G. Hermans (red.) 2000. *Regulering van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

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

Frey, B.S. 2005. "Just forget it." Memory distortions as bounded rationality. *Mind & Society* 4:13-25.

Grinten, T. van der, J.K. Helderma & K. Patters. 2004. 'Gezondheidszorg: een stelsel van stelsels.' *Tijdschrift voor beleid, politiek en maatschappij* 31 (4):201-210.

Grit, K. & P.Meurs 2005. *Verschuivende verantwoordelijkheden. Dilemma's van zorgbestuurders*. Assen: Van Gorcum.

't Hart, H. , J. van Dijk, M. de Goede, W. Jansen & J. Teunissen 1996. *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.

Harten, W. H. van & R. W. Schuring 2003. *Ondernemers in de zorg*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Heskett, J.L., W.E. Sasser & L.A. Schlesinger 1997. *The service profit chain: how leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction and value*. New York: Free Press.

Heuvel, J. 2005. *Dienstenmarketing*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Hurenkamp, M & Kremer, M. (2005). *Vrijheid verplicht. Over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*. Amsterdam: Uitgeverij Van Gennep.

Johnson, G. & K. Scholes 2002. *Exploring corporate strategy*. USA (N.J.): Pearson Education Limited.

Jong, J.B. de , D. Delnoij & P.P. Groenewegen 2006. *Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel*. Utrecht: NIVEL.

Jong, J. de, M.Hendriks, D. Delnoij & P. Groenewegen 2006. *Massale overstap van zorgverzekeraars in 2006 lijkt eenmalig. Dit jaar wisselt 5 % van de bevolking*. Utrecht: NIVEL.

Kant, A. 2006. "Minder markt, meer solidariteit". Referaat uitgesproken op het symposium "Gelijkheid en recht op zorg" d.d. 16 juni 2006, georganiseerd door Wetenschappelijke Kring voor Recht, Ethiek en Gezondheidszorg (WKREG) / Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM).

Kotler, P. & R.N. Clarke 1987. *Marketing for healthcare organizations*. USA / Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.

Kotler, P. & K.Keller 2006. *Marketing management*. USA (N.J): Pearson Education.

Kuiper, R. (2005). Op weg naar nieuwe solidariteit. In: Kuiper, R. & C.Visser (red.) 2005. *Over de schutting. Op weg naar nieuwe solidariteit*. Barneveld: Uitgeverij De Vuurbaak.

Lapré, R.& G. van Montfort 1999. *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.

Leenen, H.J.J. 1997. *Recht op zorg voor de gezondheid*. Vereniging voor gezondheidsrecht / Jaarvergadering 25 april 1997.

Leenen, H.J.J. 2000. *Handboek gezondheidsrecht*. Rechten van mensen in de gezondheidszorg, deel I. Houten / Diegem: Bohn Stafleu Van Loghem.

Leeuwen, S. van & T. Stigter 2006. *Zorgmarketing is een bijzondere vorm van marketing*. Zorgspecial, 2006 nr. 2.

Maso, I. & A. Smaling 1998. *Kwalitatief Onderzoek: praktijk en theorie*. Meppel: Boom

Mol, A. 1995. Reisverslag, een historische zoektocht langs media, diensten en overheid. In: Rathenau Instituut (red.). *Toeval of noodzaak? Geschiedenis van de overheidsbemoeienis met de informatievoorziening*. Amsterdam: Cramwinkel.

Mol, A. 2006. *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.

Murphy, P.E., G.R. Laczniak, N.E. Bowie & T.A. Klein 2005. *Ethical marketing. Basic ethics in action series*. USA / Upper Saddle River (NJ): Pearson Prentice Hall.

Norman, R. 1991. *Service management. Strategy and leadership in Service Business*, 2nd edition. Chichester / West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Palm, I. (red.) 2005. *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven*. Rotterdam: Wetenschappelijk Bureau SP.

Polder, J. 2005. Gezonde solidariteit. Over oude en nieuwe solidariteit in de Nederlandse gezondheidszorg. In: Kuiper, R. & C. Visser (red.), *Over de schutting. Op weg naar nieuwe solidariteit*. Barneveld: Uitgeverij De Vuurbaak.

Putters, K. 2001. *Geboeid ondernemen. Een studie naar het management in de Nederlandse Ziekenhuiszorg*. Assen: Van Gorcum.

Seegers, J. & J. Hutjes 1999. De gevalsstudie. Uit: *Methoden voor maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorcum.

Schut, F.T. 2003. *De zorg is toch geen markt? : lavenen tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Schwartz, B. 2004. *The paradox of choice. Why more is less*. USA / New York: Harper Perennial.

Sluyters, B. 1985. *Geknipt verband*. Deventer: Kluwer.

The, A. 2005. *In de wachtkamer van de dood. Leven en sterven met dementie in een verkleurende samenleving*. Amsterdam: Uitgeverij Thoenes.

Trappenburg, M. 2005. *Gezondheidszorg en democratie*. Oratiereeks Erasmus MC. Leiderdorp: Demmenie Grafimedia.

Uyl – de Groot, C., A. 2006. *'Dure' kankergeneesmiddelen: de andere kant van ongelijkheid*. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Verheugt, J.W.P. 2003. *Inleiding in het Nederlandse recht*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Vries, W. de jr. & P.J.C. van Helsdingen 2005. *Dienstenmarketingmanagement*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Witte, A. de 2005: de getranscribeerde tekst van het interview met Aad de Witte, oud-bestuurder van een verpleeghuis, d.d.30 mei 2005.

VWS 2001. Nota *Vraag aan bod*. www.vws.nl

Zyman, S. 1999. *The end of marketing as we know it*. London: Harper Collins Publishers.

Bijlage 1: interviewvragen

Juridisch perspectief

- 1) *Wat zijn volgens u kansen / mogelijkheden voor de zorgvrager met het ingaan van de nieuwe Zorgverzekeringswet op 1 januari jl.?*
- 2) *Wat zijn de mogelijke bedreigingen voor zorgvragers nu de overheid door nieuwe wetgeving meer aan zorgvraag en zorgaanbod als een marktspel overlaat?*
- 3) *Art. 22 van de Grondwet betreft het sociale grondrecht op 'toegang tot noodzakelijke zorg'. Hoe verhoudt zich dat naar uw mening tot bovengenoemde wetswijzigingen?*

Economisch perspectief

Marketing management: als zorgaanbieder het beste bieden voor zorgvragers cq. zorgconsumenten (value to customer) of het creëren van de optimale match tussen vraag en aanbod.

Vanuit de zorgverzekeraar / zorgaanbieder:

- 4) *Wat is voor een zorgaanbieder de grootste uitdaging om vanuit marketingtheorie de zorgmarkt en zorgconsumenten te benaderen?*
- 5) *Wat zijn de beperkingen / grenzen van marketing in de zorg voor de zorgaanbieder? Zo zijn er volgens marketinggoeroe Kotler ook minder lucratieve markten.*

En vanuit de zorgvrager:

- 6) *Welke voordelen kan marketing in de zorg opleveren voor de zorgconsument?*
- 7) *Zijn er bij marketing mogelijk ook beperkingen / bedreigingen voor zorgconsumenten?*
- 8) *En heeft u n.a.v. de twee voorlaatste vragen nog aanvullingen?*

Bijlage 2: de respondenten

1. Mw. drs. Mechteld Bentinck, beleidsmedewerker VWS / Tweede Kamerfractie VVD.
2. Dhr. dr. Kim Putters, lid van de Eerste Kamer voor de PvdA, woordvoerder VWS.
3. Mw. drs. Henriëtte Neuteboom, senior beleidsmedewerker / team branchebeleid van Acti-z, branchevereniging voor de V&V sector.
4. Dhr. dr. Martin Boekholdt, bestuurder Zonnehuisgroep
5. Dhr. drs. Sander van der Zee, manager Strategische Marketing en Business Development bij Achmea Zilveren Kruis
6. Dhr. Olivier Gerritsen, marketing manager bij Achmea Zilveren Kruis
7. Drs. Walter Annard, medewerker afdeling Communicatie, Zorgverzekeraars Nederland
8. N.N. , medisch adviseur, Zorgverzekeraars Nederland
9. drs. Lidia Barberio en drs. Frederik Vogelzang, beleidsmedewerkers van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).