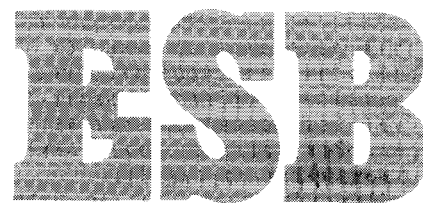


Marketing in de gezondheidszorg



Rubrieken

De voorstellen van de commissie-Dekker in het rapport *Bereidheid tot verandering* moeten onder meer leiden tot een grotere marktgerichtheid van de aanbieders in de gezondheidszorg. De belangstelling voor een grotere markt- of patiëntgerichtheid is binnen de gezondheidszorg de laatste jaren sterk toegenomen. Het vakgebied marketing heeft deze klantgerichtheid als uitgangspunt. Naast alle commentaren die er intussen op de voorstellen van de commissie verschenen zijn, is het goed na te gaan of haar voorstellen inderdaad meer mogelijkheden en wellicht zelfs stimulansen geven tot het toepassen van marketingprincipes.

Marketing

Zonder diep op de theorie in te gaan, is het zinvol de kern van marketing aan te geven. Marketing gaat uit van de afnemersoriëntatie van de aanbiederende organisatie. Zij onderzoekt de wensen en verlangens van bepaalde, door de organisatie gekozen groepen afnemers – de doelgroepen – en probeert door het op de markt brengen van bepaalde goederen of diensten zo goed mogelijk op de wensen en verlangens van afnemers in te spelen. Het marketingbeleid binnen een organisatie krijgt gestalte via strategische en operationele planning, dat wil zeggen het stellen van doelen en het proberen deze te realiseren.

Het doel van het marketingbeleid is te komen tot ruilrelaties met doelgroepen. De organisatie biedt haar goederen of diensten aan in ruil voor geld en/of niet-monetaire waarden. De betrokken partijen komen vrijwillig tot hun ruilrelaties. Vele organisaties streven ernaar de afnemer een minstens kostendekkende (monetaire) prijs te laten betalen, maar voor toepassing van marketing is dat geen voorwaarde.

Een bekende fout van ondernemers is dat zij denken zonder onderzoek te weten wat hun klanten willen. In het bedrijfsleven beseft men dat slechts enkelen dat werkelijk weten. Er wordt daarom systematisch marktonderzoek verricht om kennis over de wensen en verlangens, maar ook het koopbeslisingsproces te verwerven. Vaak blijkt dan dat de wensen en verlangens verschillen vertonen. De klanten zijn tot min of meer homogene clusters te groeperen die op grond van bij voorbeeld demografische en socio-economische kenmerken grote overeenkomsten vertonen. Deze clusters heten segmenten. Omdat aanbieders van goederen of diensten doorgaans

niet alle potentiële afnemers even goed kunnen en willen bedienen, maken zij een keuze uit de segmenten. Dit proces heet doelgroepenbepaling.

Marketing houdt tevens de bereidheid in, de organisatie om de klant heen te bouwen in plaats van de klant in te passen in de organisatie. Het beleid heeft daarom alleen dan kans van slagen als iedereen binnen de organisatie doordrongen is van de klantgerichtheid: iedere medewerker levert op de één of andere wijze een bijdrage aan het vervullen van wensen en verlangens van de afnemers. Dit wordt geïntegreerde marketing genoemd.

Geïntegreerde marketing begint bij de hoofddoelstellingen van de organisatie als geheel. De hieruit af te leiden marketingdoelstellingen moeten worden geformuleerd in termen van meetbare grootheden, zowel kwalitatief als kwantitatief. Als deze onduidelijk zijn, wordt het maken van een marketingplan wel erg moeilijk.

Toepassing

Vanuit instellingen voor gezondheidszorg gezien, bestaat de primaire markt uit huidige en potentiële patiënten – de vragers naar 'gezondheid' – en is de voornaamste 'business' ¹⁾ de gezondheidszorg. Marketing toepassen betekent dat men wil weten wat de markt wil en niet dat men er van uitgaat bij voorbaat al te weten wat goed voor de patiënten is, omdat zij onkundig zijn. Dit berust op onderschatting van de kennis en de vermogens van de afnemers.

De wensen van consumenten/patiënten verschillen van elkaar ten aanzien van de wijze waarop zij gezond willen blijven of het weer willen wor-

den. Niet iedereen heeft behoefte aan een zelfde soort zorg. De kwaliteit/prijsperceptie zou bij voorbeeld de volgende dimensies kunnen hebben:

- verpleging, verzorging, benadruking hotelfunctie: van eenvoudig tot luxueus;
- behandeling, mate van specialisatie medische functie: van goed tot uitstekend;
- bereikbaarheid, snelheid: van wachtlijsten tot snel;
- prijs: van goedkoop tot duur.

Indien de wensen en verlangens verschillen zoals geschetst, zouden de volgende daaraan gekoppelde proposities onderscheiden kunnen worden (zie schema).

Hierbij is de vraag wie als aanbieder naar de klant zal moeten optreden. Indien we aan dergelijke totaalproposities denken lijkt het voor de hand te liggen, dat het ziekenhuis als aanbieder optreedt voor zowel de verpleegfunctie als de medische functie. Men kan zich echter ook voorstellen dat medische zorg en verpleegkundige zorg als aparte producten worden aangeboden door resp. 'collectieven' van doktoren en de verpleegfunctie van het ziekenhuis. Hierbij is het denkbaar dat een ziekenhuis zich specialiseert op één van de onderscheiden proposities resp. verscheidene proposities aanbiedt. Indien de medische zorg en de verpleegkundige zorg zich profileren zal het mogelijk zijn – en nodig zijn – dat ook de

1) De vraag 'What business are we in' wordt gesteld door Derek Abell in zijn boek *Defining the business: the starting point of strategic planning*, Englewood Cliffs, 1980.

Schema. *Proposities voor het aanbod van medische zorg*

	Typering van de proposities				
	goedkoop	luxe verzorging	uitstekende behandeling	top zorg	eenvoudig maar snel
Verpleging, hotelfunctie (verzorging)	eenvoudig	luxe	eenvoudig	luxe	eenvoudig
Medische behandeling	goed	goed	uitstekend	uitstekend	eenvoudig
– subspecialismen	nee	nee	ja	ja	nee
Beschikbaarheid	wachtlijst	bepaalde wachtlijst	bepaalde wachtlijst	bepaalde wachtlijst	zeer snel
Prijsperceptie	goedkoop	redelijk	redelijk tot duur	duur	relatief goedkoop

verzekeringsmaatschappijen verschillende pakketten aanbieden. Ook verzekeringmaatschappijen kunnen zich specialiseren op een propositie dan wel verscheidene proposities aanbieden. Een modulaire opbouw van het pakket lijkt daarbij mogelijk.

Naarmate ziekenhuizen erin slagen zich beter te positioneren, zullen zij voor hun doelgroepen waardevoller worden en zullen verzekeringmaatschappijen die zich op dezelfde doelgroepen richten eerder contracten met hen afsluiten. De concurrentie tussen ziekenhuizen zal zich derhalve mede richten op de verzekeraars, die binnen de voorstellen van de commissie-Dekker de rol van intermediair tussen patiënten en aanbieders van gezondheidszorg spelen. De verzekeraars zullen op een helderder manier met elkaar gaan concurreren om verzekeren.

Het is dan de vraag op welke wijze de afstemming tussen de medische/verpleegproposities en verzekeringproposities tot stand komt. Dit kan gebeuren in onderhandeling tussen ziekenhuizen en verzekeringmaatschappij. Hierbij is het niet nodig dat partijen altijd tot overeenstemming komen. Om hun keuze te bepalen zullen de verzekeringmaatschappijen ongetwijfeld beginnen met:

- het verrichten van vergelijkend onderzoek van ziekenhuizen ('quality rating');
- het maken van calculaties ten behoeve van de kostenbewaking en voor het afsluiten of verlengen van contracten met ziekenhuizen;
- het opnemen in de contracten van prikkels die leiden tot grotere doelmatigheid bij de aanbieders van zorg.

Hierbij is het zowel in het belang van de consumenten als van de verzekeraars het kostenbewust handelen van de consumenten te bevorderen. Maatregelen op dit gebied moeten de keuzevrijheid van de consument zoveel mogelijk intact laten. Mogelijke prikkels zijn:

- polissen met een hoog eigen risico leiden tot een lage premie;
- gewenste extra voorzieningen leiden tot een hogere premie eventueel in combinatie met een hogere eigen bijdrage;
- verzekerden ontvangen zelf de rekeningen van de zorgverleners, betalen die in bepaalde gevallen ook zelf en declareren de bedragen vervolgens bij hun verzekeraar;
- substitutie van een duurdere zorgvorm door een goedkopere leidt tot een restitutie aan de consument: de verzekeraar en de consument delen het voordeel, bij voorbeeld via een verlaging van het eigen risico of van de eigen bijdragen.

Commissie-Dekker

Hoe kan men nu de voorstellen van

de commissie-Dekker beoordelen in het licht van de marketingbenadering!

De commissie-Dekker ziet de verzekeraars niet alleen als intermediair, maar zelfs als belangenbehartigers voor de patiënten. Zij kunnen beter dan de verzekeren de kwaliteit en de efficiency van de zorg beoordelen. Vanuit marketinggezichtspunt lijkt profilering van ziekenhuizen door het aanbieden van duidelijke producten en als gevolg daarvan een duidelijke differentiatie van verzekeringspakketten een beter uitgangspunt.

De commissie benadrukt in het streven naar flexibiliteit en substitutie de keuzemogelijkheden van de consument. De prijs zal als factor een grotere rol spelen. Dit past goed in het marketingdenken. Het invoeren van een restitutiestelsel 2) is een middel daartoe. Het bezwaar tegen franje of luxe 3) is echter volledig in strijd met dat denken: er wordt voorbijgegaan aan wensen en verlangens van bepaalde patiënten. Als er een voldoende groot basispakket voor iedereen beschikbaar is, bestaat er op een aanvaardbaar niveau gelijkheid. Patiënten die (extra) dienstverlening boven dit niveau verlangen, kunnen die krijgen, mits zij er een prijs voor betalen.

De commissie pleit voor hoge eigen bijdragen en een hoog eigen risico; dit kan het geval zijn bij een bepaalde verzekeringspropositie. Maar aan klanten, die dit niet willen moet dit niet worden opgelegd.

Ook bij de substitutie binnen zorgvormen en daartussen, dient zoveel mogelijk vrije keuze voor de patiënt te bestaan, mits hij uitdrukkelijk met kostenverschillen wordt geconfronteerd. De substitutie wordt bevorderd als de dekking van de verzekering hiertoe ruimte biedt. Kostenoverwegingen spelen voor de patiënt een rol als hij op de één of andere manier deelt in het kostenvoordeel van een goedkopere zorgvorm. Dit kan ertoe leiden dat een patiënt bij een langdurig herstelproces snel naar huis wordt overgebracht, omdat verpleging daar goedkoper is. Zolang de patiënt en zijn directe omgeving dat willen en hij thuis ook opgevangen kan worden, is daartegen geen bezwaar. Als echter blijkt dat een patiënt geen prijs stelt op snel ontslag uit het ziekenhuis en verdere behandeling door de eerste (nulle) lijn, dan kan dat moeilijk worden opgelegd. Patiënten zullen dan ontsnappingsroutes kiezen om zich aan een dergelijk voorschrift te onttrekken.

De door de commissie-Dekker voorgestane flexibiliteit houdt in dat het behandelen van meer patiënten leidt tot meer financiële ruimte voor voorzieningen, en andersom. Financiering van de soort hulp waarvan de patiënt gebruik maakt op basis van een functionele omschrijving van die zorg, geeft ziekenhuizen de nodige prikkels daartoe. Substitutiemogelijkheden maken de concurrentie beter zichtbaar. Echter, de beddenreductie die volgens de commissie alleen door een resolute sa-

nering door de rijksoverheid in samenwerking met de ziekenhuizen kan worden bewerkstelligd 4), gaat geheel aan deze flexibiliteit voorbij en getuigt niet van een oriëntatie op de patiënt, maar is een schoolvoorbeeld van regulering.

De commissie-Dekker stelt voor de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars gelijk te stellen en de contracterplicht te laten vervallen. Dit biedt de verzekeraars de mogelijkheid zich selectief ten opzichte van de aanbieders van gezondheidszorg op te stellen. In bijlage 9 van haar rapport bespreekt de commissie-Dekker in hoeverre het opheffen van de contracterplicht het gedrag van de verzekeraars zal beïnvloeden 5). Van belang is echter vooral dat de contracteerverplichting is omgezet in een overeenkomstenrecht. Grotere verzekeraars zullen een landelijke dekking nastreven, maar kunnen dat streven combineren met selectiviteit. De ziekenfondsen en de onderlinge ziektekostenverzekeraars kunnen regionaal blijven werken - hun sterkte ligt in hun kennis van de regio - en kunnen dat eveneens combineren met selectiviteit.

De commissie wil acceptatieplicht instellen 6) en voorkomen dat verzekeraars risicoselectie toepassen 7). De commissie stelt voor een onderscheid te maken tussen een verplicht deel en een aanvullend deel van de ziektekostenverzekering. Om principes van solidariteit te realiseren moet dit onderscheid worden gemaakt; vanuit marketinggezichtspunt is het verwarrend. Immers, hoe kleiner het verplichte gedeelte, des te groter is de keuzevrijheid van de consument.

De commissie-Dekker wil verschuiving naar de eerste lijn stimuleren. Verandering van de honoreringstructuur van zowel huisartsen als specialisten moet doorverwijzing verminderen, terwijl het terugdringen van het tweedelijnsaanbod indirect het beroep op de eerste lijn zal vergroten 8). Voorts pleit de commissie voor meer diagnostiek in de eerste lijn (hoewel de desbetreffende tekst ruimte laat voor meerdere interpretaties), omdat het daarbij in eerste instantie gaat om het afwegen van somatische, psychische en sociale factoren. Eerste lijn en medisch-specialistische geneeskunde kunnen hierbij van elkaars deskundigheden gebruik maken.

2) De medisch specialisten lopen momenteel op dit onderdeel van de plannen van de commissie vooruit, nu zij sinds 1 juli door het ontbreken van contracten met de ziekenfondsen zelf het restitutiestelsel, althans voor kleine verrichtingen, toepassen. Zie o.m. *NRC Handelsblad*, 9 mei 1987.

3) Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker), *Bereidheid tot verandering*, 's-Gravenhage, 1987, blz. 54.

4) Idem, blz. 19.

5) Idem, blz. 211 t/m 214.

6) Idem, blz. 12.

7) Idem, blz. 14.

8) Idem, blz. 75 en 76.

De patiënt is er in principe op uit gezond te blijven of het weer te worden. Hij kan niet overzien door wie dat in welk stadium het beste kan gebeuren. Als gezond worden of gezond blijven het produkt is dat hij wil, zijn huisarts-hulp, specialistenhulp, fysiotherapie enz. componenten van wat in marketingtermen genoemd wordt een systeem. Om de eerstelijnsfuncties tot een bruikbaar alternatief te maken dient volgens de commissie op een zo breed mogelijke schaal 7x24 uurs-bereikbaarheid en – waar nodig – beschikbaarheid tot stand te worden gebracht 9). Het is volgens haar denkbaar dat nieuwe vormen van samenwerking zullen ontstaan tussen bij voorbeeld ziekenhuizen en beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, bij voorbeeld bij eerstehulpverlening.

De voorstellen van de commissie-Dekker voor de eerste lijn sturen aan op meer samenwerking. Huisartsen zouden onderling moeten gaan samenwerken, maar ook aansluiting moeten zoeken bij kruisverenigingen in de vorm van groepspraktijken met EHBO-faciliteiten en beperkte mogelijkheden tot diagnosestelling. Dit lijkt te betekenen dat zij zouden functioneren als medisch-diagnostische centra of gezondheidscentra. De ziekenhuizen en medische specialisten zouden meer gebruik moeten maken van de uitkomsten van de diagnostiek van deze centra en niet zelf alles moeten overdoen. Intensievere contacten en samenwerking tussen de specialisten en de huisartsen die binnen deze centra werkzaam zijn kunnen dit bevorderen. Voor huisartsen kan de samenwerking tot kostenbesparingen bij de exploitatie van hun praktijk leiden, terwijl het dienstbetoon aan de patiënt sterk wordt verbeterd.

Om een andere reden is een goede relatie tussen ziekenhuizen en hun medische staf enerzijds en huisartsen anderzijds nog van belang. Patiënten laten zich bij verwijzing doorgaans adviseren door hun huisarts en volgen dit advies vaak op. Hoewel in de voorstellen van de commissie-Dekker de verzekeraars ook de rol van adviseur gaan spelen, blijft in het algemeen bij de patiënten/consumenten een tekort aan informatie bestaan. Als de concurrentie tussen ziekenhuizen heviger wordt, is de huisarts als 'toeleverancier' voor het zorgaanbod van ziekenhuizen des te belangrijker.

De overgang van het huidige naar het toekomstige stelsel zal volgens de commissie gefaseerd moeten plaatsvinden. Enerzijds omdat de ziekenfondsen niet gewend zijn als concurrenten van elkaar en van de particuliere verzekeraars te opereren, maar anderzijds omdat de particuliere verzekeraars niet op de nieuwe situatie zijn voorbereid. Het is dubieus of zij in de huidige situatie goed op de hoogte zijn van de wensen en verlangens van hun verzekerden op het gebied van verzekeringspolissen, maar het is wel zeker dat zij de wensen en eisen van hun ver-

zekerden op de gebied van de gezondheidszorg nog niet kennen.

Conclusie

De commissie-Dekker bewijst lip-pendienst aan het marketingdenken door marktoriëntatie voor te stellen. Zij mist echter de boot door in haar concrete voorstellen op geen enkele wijze het marketingconcept te gebruiken. Consequent marketing-denken vereist:

- het onderscheiden van marktsegmenten met verschillende wensen en verlangens met betrekking tot gezondheidszorg;
- het uitwerken van de daar onderscheiden gezondheidszorgproducten.

De commissie-Dekker heeft zich vooral gericht op de werking van het marktmechanisme als ordeningsprincipe in plaats van dat zij zich heeft afgevraagd hoe de voorkeuren van de belangrijkste marktpartij – de patiënten – liggen. Er wordt volop gespro-

ken over concurrentie, maar onduidelijk blijft op wie de concurrentie zich in feite richt. Nergens wordt in het rapport gewezen op de noodzaak tot het verrichten van marktonderzoek ten behoeve van de strategische planning door ziekenhuizen en hun medische staf.

Doordat niet consequent het marketingconcept gehanteerd wordt, devalueert het rapport van de commissie-Dekker tot een advies voor het berekenen van bezuinigingen in de gezondheidszorg. Het is in dat licht dan ook niet verwonderlijk, dat het kabinet de voorstellen van de commissie-Dekker aangrijpt om een aantal bezuinigingsmaatregelen door te voeren.

F.P. Broere

Vakgroep Commerciële Beleidsvorming, Erasmus Universiteit Rotterdam. Dit artikel is tot stand gekomen na stimulerende discussies met prof. drs. J. Bunt en R.M. Menko MBA, beide verbonden aan de vakgroep Commerciële Beleidsvorming van de Erasmus Universiteit.

9) Idem, blz . 76 t/m 78.