

Ethische aspecten van het marktdenken in de geestelijke gezondheidszorg*

Gerrit Glas

Samenvatting

Welke ethische implicaties heeft het marktdenken in de geestelijke gezondheidszorg? Het antwoord op die vraag moet beginnen met de erkenning dat het geneeskundig handelen niet primair economisch is gekwalificeerd. Vervolgens blijkt de markt meer een effectieve metafoor te zijn die het handelen van beleidsmakers structureert dan een beschrijving van wat er feitelijk gaande is. Er worden drie modellen voor de organisatie van de gezondheidszorg beschreven en de morele principes die in deze typen van organisatie de voorrang hebben. Het gaat om respectievelijk het gildesysteem, het planmatig zorgstelsel en het model van geregelde concurrentie. In de Nederlandse situatie is er sprake van een mix van deze modellen. Vervolgens wordt nagegaan wat de uitwerking is van het marktdenken op de toepassing van de morele principes in elk van de modellen. De conclusie luidt dat marktwerking de arts-patiënt relatie als vertrouwensrelatie onder druk zet; dat ze een potentiële bedreiging vormt voor principes zoals solidariteit en rechtvaardige verdeling; en dat ze daarnaast de professionele autonomie dreigt aan te tasten. Dit wordt toegevoegd aan de hand van verschillende typen markten.

Trefwoorden: markt, ethische principes, arts-patiëntrelatie, solidariteit, rechtvaardigheid, professionele autonomie.

Inleiding

In ons land is na een jarenlang debat besloten om vraag en aanbod in de gezondheidszorg ten dele over te laten aan de werking van de markt. De redenen zijn welbekend: het uit de hand lopen van de overheidskosten; de noodzaak om de zorg efficiënter te organiseren; de behoefte om prikkels in te bouwen waardoor consumenten en aanbieders van zorg spaarzamer gebruik maken van allerlei voorzieningen.

Bewerkte tekst van een lezing gehouden op de studiedag 'De GGZ als onderneming - professie of profijt' georganiseerd door de NcGv op 10 oktober 1996 te Amsterdam.

In dit artikel stellen we ons de vraag welke de ethische implicaties zijn van de introductie van de marktwerking. We beperken ons daarbij in hoofdzaak tot de geestelijke gezondheidszorg.

Om een idee te krijgen om welke vragen het hier gaat, is het nuttig de blik te richten op een land als de Verenigde Staten. In het debat over 'managed care' (een vorm van budgettering van de zorg) dat daar wordt gevoerd, liggen de tegenstellingen veel scherper dan bij ons, mede omdat de financiële marges er veel kleiner zijn dan in ons land. Volgens sommigen staat met 'managed care' niets minder dan de *professionele identiteit* van een hele beroepsgroep op het spel. Kan een psychotherapie waarvan slechts vijf zittingen vergoed worden terwijl het er vanuit het oogpunt van de professie minstens twintig zouden moeten zijn, nog psychotherapie genoemd worden? Kan en mag men zich psychiater of psychotherapeut noemen als men, contre coeur, aan zo'n vijf-zittingen therapie begint? Is het ethisch iemand een behandeling aan te bieden, waarvan men tevoren weet dat deze ofwel onvoldoende intensief maar betaalbaar is ofwel voldoende intensief maar niet betaalbaar? En dreigt er niet een *tweedeling* in de zorg, waarbij rijken het zich kunnen veroorloven een beroep te doen op dure zorg, maar arm(er)en niet?

Twee problemen dienen zich dus direct al aan: de vraag of een sterk leunen op de werking van de markt de professionele identiteit niet ondergraaft, en de vraag of introductie van het marktdenken niet leidt tot een onrechtvaardige verdeling van de zorg, c.q. een ongelijke toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen.

Eerste verkenning en standpuntbepaling

Dokters zijn zich lange tijd te weinig bewust geweest dat hun handelen ook een economische kant heeft en dat de middelen die zij aanwenden iets kosten. Het is daarom begrijpelijk dat bij politici, ziekenhuisdirecties en verzekeraars de gedachte postvatte dat artsen moet worden geleerd kostenbewust te handelen.

Zeggen dat het medisch handelen een economische zijde heeft, is echter heel wat anders dan zeggen dat het medisch handelen *primair* van economische aard is. Met zijn of haar klacht doet de patiënt uiteindelijk en ten diepste een moreel appèl, namelijk een appèl op belangeloze dienstverlening. Die dienstverlening heeft betrekking op een bepaalde nood, of op iets waar de patiënt last van heeft. Wat zich in de interacties tussen artsen en patiënten afspeelt, kan niet primair in economische termen worden geduid, ook al heeft het medisch handelen een economisch aspect.

De arts handelt op basis van het appèl dat de patiënt op hem of haar doet. Dit appèl heeft allerlei aspecten, niet alleen ethische. Het heeft bijvoorbeeld ook een emotionele kant; en het omvat daarnaast allerlei verwachtingen met betrekking tot de ambachtelijke vaardigheden van de arts. Men doet een beroep op de arts omdat deze iets kan. Maar uiteindelijk en ten diepste gaat het zoals

gezegd om een ethisch appèl. De patiënt is niet een lichaam met een gebrek, maar een mens in nood – een mens die een beroep doet op hulp en zorg door hen die daarvoor gekwalificeerd zijn.

Dat artsen gelegitimeerd zijn om op dit appèl in te gaan – en wel op specifiek medische wijze – heeft uiteraard weer wel te maken met het ambachtelijke aspect, het professioneel gekwalificeerd zijn van de arts. Deze ambachtelijke legitimatie fungeert evenwel binnen een morele context (voor een uitvoeriger toelichting, zie Jochemsen & Glas, 1997, hoofdstuk 3 en 4).

Het juist gezegde impliceert dat het eenzijdig en uiteindelijk onjuist is om de patiënt een consument te noemen en de dokter een leverancier van goederen en diensten. Het impliceert ook dat doelmatigheid en winststreven wel voorwaarden (kunnen) zijn voor goed medisch handelen, maar geen doel-in-zich. Het levert misschien winst op, bijvoorbeeld tijdwinst, om de patiënt na tien minuten weg te sturen met een recept voor antidepressiva. Maar het appèl van de patiënt is dan niet gehoord. Verkorting van de opnameduur kan uit het oogpunt van doelmatigheid en efficiëntie een lovenswaardige zaak zijn, maar ze is niet per definitie in het belang van de patiënt.

De voorbeelden zijn simpel gehouden. Natuurlijk keert de wal vaak het schip: de patiënt die met zijn klacht blijft zitten omdat niemand echt naar hem luistert, zal blijven klagen en uiteindelijk een groter beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen dan nodig is. In veel gevallen is het economischer om ethisch te handelen dan om niet-ethisch te handelen. Het morele en het economische zijn dan ook niet met elkaar in strijd.

Toch moet de vraag worden gesteld of de werkelijkheid niet vaak minder mooi is dan deze theorie. Duurt het vaak niet erg lang voor patiënten eindelijk aan het goede adres zijn en gehoord worden? En zou dat misschien te maken kunnen hebben met het feit dat hulpverleners in een marktgerichte organisatiecultuur zo opgejaagd worden dat ze nauwelijks tijd hebben om naar het werkelijke verhaal te luisteren en om achter de protocollen zelf nog voldoende mentale speelruimte over te houden om open te staan voor betekenissen die niet al (protocolfair) voorgebakken zijn?

Kortom, marktgericht denken is niet per definitie in strijd met de beroeps-ethiek, maar kan in de praktijk wel degelijk op gespannen voet staan met wezenlijke elementen van het medisch en/of psychotherapeutisch handelen.

De markt als (effectieve) metafoor

Voor ik deze verkenning en voorlopige positiebepaling afsluit, wijs ik erop dat er door gezondheidszorgeconomen nogal sceptisch wordt aangekeken tegen het hele marktdenken. Als sturingsinstrument met het oog op kostenbeheersing en verhoging van doelmatigheid is de marktwerking minder vanzelfsprekend dan vaak wordt gedacht. Bovendien is op dit moment de feitelijk invloed van marktmechanismen nog beperkt. Onder markt versta ik hier de vrije mededin-

ging op een markt met goederen met een te vergelijken waarde. Marktwerking heeft niets te maken met budgetfinanciering, die wel feitelijk een grote invloed heeft en had.

Ondanks de beperkte werking van de markt is de taal van het marktdenken inmiddels tot in de uithoeken van het medische bedrijf doorgedrongen. Werkers in de (geestelijke) gezondheidszorg zijn veel marktgerichter gaan denken en praten. De markt zit in hun hoofd. Men kan zich zelfs afvragen of de markt niet meer in hun hoofd dan in de werkelijkheid zelf zit. Kwaliteit van zorg, effectiviteit, efficiëntie en strategisch beleid zijn toverwoorden geworden. Ze worden aangedragen door managers en andere beleidsmakers. Maar de medici en andere werkers in de geestelijke gezondheidszorg hebben zich kameleontisch aangepast. Ook zij lijken de gezondheidszorg als een reusachtige supermarkt te zien, waar de consument met zijn karretje langs de schappen loopt en kostenbewust aanschaf wat van zijn of haar gading is – zonder binding met de producent of de verkoper, in casu de dokter.

We staan dus voor de paradox dat de economen zeggen dat het netto-effect van marktwerking beperkt zal zijn, terwijl de beroepsgroep zelf en het management hun handelen in toenemende mate niet alleen begrijpen in termen van de markt, maar ook legitimeren door te verwijzen naar de wetten van de markt. De markt lijkt vooral een metafoor te zijn, zij het een *effectieve metafoor*, een overdrachtelijke manier van spreken die zich zo heeft vastgezet in het denken dat werkers in de gezondheidszorg er inmiddels op grote schaal naar handelen – misschien zelfs al voordat de markt feitelijk een factor van belang kon worden.

Morele principes

Als er door het marktdenken voor de geneeskunde wezenlijke zaken in het gedrang kunnen komen, om welke morele principes gaat het dan?

Om die vraag te beantwoorden doe ik eerst een stap terug door drie manieren te beschrijven om naar de gezondheidszorg en de organisatie daarvan te kijken. Het gaat om ideaaltypen of modellen die in de praktijk niet geïsoleerd voorkomen. Feitelijk bestaat het huidige zorgstelsel uit een combinatie van drie modellen, te weten het gildesysteem, het planmatige systeem en het systeem van geregelde concurrentie (ontleend aan Polder, Hoogland & Jochemsen, 1996, 73vv.).

Het *gildesysteem* is opgetrokken rond de medische professie. Centraal in dit systeem staan het handhaven van optimale medische zorg en de handhaving van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt als uitdrukking van de beroepsethiek. Concurrentie is in dit model verboden en verzekeraars hebben een contracteerplicht. Grote nadruk ligt op de vrijheid van handelen van de arts: *deze kan zijn therapie autonoom voorschrijven*. De taak van de ziektekostenverzekeraar is marginaal en bestaat uit het innen van premies en het

vergoeden van declaraties. De taak van de overheid blijft beperkt tot het toezicht op kwaliteit van zorg, de beroepsbescherming (verschoningsrecht) en het erkennen van zorginstellingen (erkenningseisen). Een belangrijk beheersprobleem in dit model vormt de groei van de uitgaven, met name bij een snelle toename van medische mogelijkheden. Bovendien kan kwaliteitsverlies optreden als de behandelvrijheid zo groot wordt dat dit, mede door genoemde technische innovaties, tot grote verschillen in de behandelpraktijk leidt.

In een *planmatig zorgstelsel* wordt de gezondheidszorg geordend vanuit een macro-perspectief en staat de norm van rechtvaardige verdeling centraal. In dit model staat de overheid centraal: planning geschiedt door collectieve besluitvorming en financiering. Zorginstellingen zijn publiekrechtelijke organisaties waarbij artsen in loondienst zijn en voor de aanschaf van nieuwe voorzieningen afhankelijk zijn van de regionale en landelijke overheid. De beheersproblemen van deze benadering zijn kwaliteitsverlies en ondoelmatigheid vanwege de centralistische wijze van besluitvorming.

In een systeem van *geregelde concurrentie* tenslotte concurreren individuele artsen en particuliere organisaties om de gunst van verzekeraars en deze op hun beurt om de gunst van individuele verzekerden. Doelmatigheid staat in dit systeem centraal en gaat hand in hand met het streven naar winst. Omdat in dit systeem aan behoeften wordt voldaan op basis van koopkracht en niet op basis van noodzaak of rechtvaardigheid kan de norm van rechtvaardigheid hier onder druk komen te staan. Anders gezegd: in een concurrerend zorgstelsel ontbreekt een structurele basis voor solidariteit tussen mensen met een laag en mensen met een hoog gezondheidsrisico en tussen mensen met een laag en mensen met een hoog inkomen. Concurrentie kan daarnaast de poten onder de vertrouwensrelatie wegzagen: verzekeraars sluiten contracten met leden van de beroepsgroep en die contracten vertonen verschillen qua profijtelijkheid. Deze verschillen leiden tot concurrentie tussen artsen of groepen van artsen en in deze strijd om de gunst van de klant is het een kleine stap om het wat minder nauw te nemen met bijvoorbeeld de informatie aan de patiënt. En dit opportunistisch gebruik van informatie kan op den duur het vertrouwen schaden: psycho-educatie wordt dan in de eerste plaats een vorm van klantenbinding.

Na deze verkenning stel ik nogmaals de vraag van zojuist: welke ethische implicaties heeft het marktdenken? Welke normen of waarden komen er potentieel in het gedrang? Twee punten heb ik zojuist genoemd, gebrek aan solidariteit en aantasting van de vertrouwensrelatie. Ik werk dit nog wat uit.

Ik begin met een citaat uit de gedragsregels voor artsen van de KNMG uit 1994:

"III.2 Een arts houdt zijn kennis of nieuwe behandelingsmethoden niet voor zichzelf, maar stelt deze op daartoe geëigende wijze ter beschikking van zijn collegae.

V.1 Publiciteit door en voor artsen moet feitelijk, controleerbaar en begrijpelijk zijn; publiciteit mag niet wervend zijn.

V.2 Het is een arts niet toegestaan eraan mede te werken dat derden reclame voor hem maken met de kennelijke bedoeling op wervende wijze op zijn beroepsuitoefening de aandacht te vestigen.

V.3 Het is een arts niet toegestaan publiciteit te bedrijven waarbij zijn diensten worden vergeleken met die van andere tot de persoon herleidbare artsen".

Duidelijker kan het dacht ik niet: concurrentie tussen artsen is in strijd met de beroepsethiek en dient – letterlijk – tot elke prijs te worden vermeden.

Nu de markt. Wat nogal eens wordt vergeten, is (a) dat de markt alleen waarde toekent aan wat een prijs draagt en dus ongeschikt is om de betekenis van de meest waardevolle dingen in het leven te bepalen; (b) dat de markt geen behoeften waarneemt als er geen koopkrachtige vraag is; en (c) dat zorgaanbod en zorgbehoefte door de markt alleen maar zullen worden beoordeeld naar de instrumentele betekenis die ze als productiefactor resp. naar de genotswaarde die ze als consumptiefactor bezitten (Polder et al. 1996, 100; die hier Goudzwaard citeren).

Anders gezegd: hoe werkzaam de markt ook moge zijn als het gaat om het doelmatig inzetten van middelen op de plaatsen waar dit het goedkoopst is, ze is ten enen male ongeschikt om iets te zeggen over de affectieve en morele kwaliteit van de verhandelde goederen en diensten, en ze is uit zichzelf evenmin in staat de allocatie (verdeling; toewijzing) van middelen in overeenstemming te brengen met opvattingen over een rechtvaardige verdeling van deze goederen. Zorg heeft een prijs. Maar (ad a) de markt is blind voor de persoonlijke kwaliteit van zorg. Zorgbehoefte kan gemeten worden, maar (ad b) die zorgbehoefte is voor de markt slechts interessant als ze in de rug wordt gedekt door koopkracht. Zorg is uit het oogpunt van de markt een instrumenteel inzetbaar consumptiegoed met een bepaalde genotswaarde. Maar (ad c) de markt mist het zo broodnodige zintuig voor zaken als authenticiteit, meelevens en onbaatzuchtigheid – belangrijke ingrediënten van werkelijke zorg.

De markt is met andere woorden ongeschikt voor het realiseren van doelen (goederen, diensten en hun levering) waarvan de waarde primair een affectieve en/of morele is. En ze is ongeschikt om goederen en diensten toe te wijzen op basis van werkelijke behoeften, in plaats van op koopkracht. Het eerste punt laat zien dat in het marktdenken de kwaliteit van de arts-patiënt relatie, als *vertrouwensrelatie*, onder druk kan komen te staan. Het tweede punt laat zien dat de markt gemakkelijk afbreuk doet aan de principes van *rechtvaardigheid* en *solidariteit* en dat het marktdenken niet in staat is werkelijke behoeftes te meten. Een van de hoofdpunten in het debat over marktwerking in de GGZ is dan ook de vraag op welke manier en door wie *zorgbehoeften* dienen te worden vastgesteld.

Ik wil dit nu nog iets verder uitwerken. Tevens zal ik dan laten zien dat er voortdurend ook nog een derde punt in het geding is: de *professionele*

autonomie, het beginsel dat de beroepsgroep zelf dient uit te maken welke middelen er voor welke aandoeningen worden toegepast. De discussie over 'managed care' is een voorbeeld van een dergelijke discussie over professionele autonomie.

De verschillende markten

We kunnen de vraag naar de morele implicaties van het marktdenken nu nog verder uitwerken door een onderscheid te maken tussen verschillende markten. Er is immers niet één markt, maar er zijn verschillende markten. Ik baseer me hier opnieuw op Polder et al. (1996, 107-122).

Allereerst hebben we te maken met de *zorgmarkt*, de markt tussen zorgaanbieders en consumenten van zorg. Een eerste punt is hier dat op de plaats van de consument meestal niet de patiënt, maar de verzekeraar als diens belangenbehartiger zit. Eigenbelang van de verzekeraar kan hier botsen met patiëntenbelang, bijvoorbeeld wanneer de verzekeraar gaat definiëren wat de werkelijke of de meest basale behoeften zijn. Denk aan de discussie over psychotherapie: is vijftien zittingen een basale behoefte, of moeten dat er vijftig zijn? Een volgend punt is dat zorgaanbieders op deze markt gaan concurreren, hetgeen kan leiden tot opportunistisch gebruik van medische informatie. De arts zal in dat geval, als zorgaanbieder, op subtiële wijze de voorlichting aan zijn patiënten zo manipuleren dat deze informatie in zijn (financiële) voordeel uitpakt. De arts heeft in deze situatie twee petten op, die van ondernemer en die van belangeloos verlener van diensten. Hij dient zich concurrerend ten opzichte van z'n collega's op te stellen, maar dat kan afbreuk doen aan de belangeloosheid van zijn handelen. Goedkope behandelingen zijn immers niet altijd betere behandelingen. Men kan ook aan andere situaties denken, bijvoorbeeld de situatie dat verzekeraars zorg op verschillende adressen inkopen of het contract met een bepaalde aanbieder beëindigen. Het resultaat hiervan kan een gedwongen veranderen van arts zijn. Nog een andere mogelijkheid doet zich voor bij artsen die door contracten te sluiten een financieel belang krijgen in laboratoria of diagnostische centra en die hun verwijsgedrag door dit belang laten bepalen. Belangenverstremgeling treedt ook op wanneer ziekenhuizen de instroom van patiënten veilig willen stellen door artsen te gaan betalen voor hun verwijzingen; en wanneer fabrikanten artsen financieel tegemoet komen als deze gebruik maken van de door hen vervaardigde producten. Deze vormen van belangenverstremgeling bestonden natuurlijk al, maar te verwachten valt dat het marktdenken hier niet als rem, maar als gaspedaal zal fungeren. Benefit raakt dan op ongeoorloofde wijze verstrengeld met benevolentie (weldoen; welwillendheid), profijt met professie.

Naast de zorgmarkt is er ook een markt waarop verzekeraars en patiënten de primaire actoren zijn, de *verzekeringmarkt*. Ik zal hier niet te veel over

uitwijden. Risicoselectie is een veel genoemd en weinig populair voorbeeld. Risicoselectie houdt in dat verzekeraars verzekerden met een hoog risico uitsluiten en de jacht openen op een gezonde en kapitaalkrachtige cliëntèle. De slechte pers die risicoselectie ten deel is gevallen, is te danken aan het in Nederland nog steeds tamelijk krachtige besef van solidariteit. We willen hier geen Amerikaanse toestanden. Maar het blijft wel spannend. Het klimaat lijkt te kenteren.

Tenslotte is er ook de *zorginkoopmarkt*, de markt waarop verzekeraars en zorgaanbieders opereren. Hier is de professionele autonomie in het geding, bijvoorbeeld wanneer verzekeraars geen zorg meer inkopen waarvan het effect zich moeilijk leent voor kwantificering en meting, ook al wordt ze door artsen en patiënten als zinvol ervaren. In het verlengde van deze selectieve contractering ligt 'case'-selectie door de arts. Als verzekeraars selectief zorg inkopen voor die categorieën patiënten die goed behandelbaar zijn, dan zullen artsen deze patiënten voorrang geven. Hier liggen allerlei vragen met betrekking tot een genormeerd zorgondernemerschap (vgl. voor een diversiteit aan antwoorden ter zake: Boer & Kralt, 1996).

Besluit

Hoe komt het dat we met z'n allen zo in de greep zijn geraakt van het markt-denken, terwijl we intussen weten dat het zorgstelsel slechts zeer ten dele beantwoordt aan de wetten van de markt en dat bijgevolg de effecten beperkt zullen blijven? Ik heb geen afgewogen antwoord, maar doe toch een poging (zie ook Jochemsen & Glas, 1997, hoofdstuk 1).

In de eerste plaats: de markt is bedoeld als beheersingsinstrument. Wat beheerst moet worden, zijn de uitdijende kosten van de gezondheidszorg. Die uitdijende kosten zijn de resultante van twee zaken: de enorme groei van het medisch-technisch kunnen en de grote waarde die in onze cultuur aan gezondheid wordt gehecht. De achtergrond tegen welke die twee zich aftekenen is de werkelijkheid van ziekte en gebrek, afhankelijkheid en onmacht, de werkelijkheid van het zwakke, onvolmaakte en hulpeloze. Los van deze achtergrond valt onze fascinatie voor medische techniek niet te verstaan, ze is er de wortel van.

Ten tweede: de groei van de medische macht heeft een keerzijde. Medische macht betekende vrijwel automatisch paternalisme. Er was een tijd dat dit paternalisme een bedreiging vormde voor de individuele patiënt. Hiertegen richtte zich een steeds krachtiger patiëntenbeweging, die een pleidooi voerde voor een ethiek van de mondigheid en voor een fijnmazig stelsel van rechten en regels ter bescherming van de patiënt. De groei van de medische macht had niet alleen op individueel niveau effecten, maar ook op het niveau van de samenleving als geheel. Tot die effecten behoorde dat de gezondheidszorg onbetaalbaar werd en dat de planmatige beheersing uitliep op een echech.

Toen kwam, ten derde, de markt. Het marktdenken sloot naadloos aan bij een aantal ontwikkelingen: bij de behoefte aan beheersing van de kostenspiraal en bij het steeds sterkere individualisme van de inmiddels geëmancipeerde patiënt en, tenslotte, bij de collectieve behoefte om de onvermijdelijkheid van lijden, ziekte en gebrek te ontkennen of op z'n minst zoveel als mogelijk ongedaan te maken. Het ziekenhuis werd een fabriek, geen sterfhuis, maar een plaats waar geconstrueerd en geproduceerd werd. De markt bood het tafereel van een vrolijk soort bedrijvigheid waarin de werkelijkheid van het zwakke en onvolmaakte een beetje dragelijker werd. Wie denkt hier niet aan onze eigentijdse ziekenhuizen met hun pleinen en zitjes, hun winkels en bistro's?

Was de kritiek op het medisch establishment van de jaren zeventig dan niet radicaal genoeg? Ik denk het niet: de diepste wortels van het beheersingsstreven werden onvoldoende gepeild. Er werd voornamelijk een dam opgeworpen tegen de negatieve gevolgen van een uit de hand gelopen beheersingsspiraal, maar de dynamiek daarachter bleef toch te veel onbelicht. Medische macht bleef derhalve – onverbonden – staan tegenover de mondigheid van de patiënt, de medische macht werd niet van binnenuit getransformeerd.

Het marktdenken is in mijn ogen een nieuwe poging om een dam op te werpen tegen het beheersingsstreven. Maar ook die poging zal ambivalent blijven zolang niet radicaal wordt nagedacht over de intrinsieke bestemming van het medisch handelen en zolang de ontwikkeling van de medische techniek niet in de pas loopt met die bestemming. Zo loopt onze vraag over het marktdenken uit op een vraag naar de aard en de bestemming van de medische techniek.

Summary

Which moral consequences are implied in conceiving mental health care delivery as a market? It is argued that the market, as a term, does not function as a description of what actually occurs, but as a metaphor, albeit an effective one, which structures the behavior of managers and administrators. Three models of mental health care are described, including the moral principles, which prevail in each of them. In the Dutch situation there, in fact, appears to be a mix of these models. Competition between health care providers according to the principles of the free market burdens the patient-physician relationship, as relation of trust; it offers a potential threat to the principles of justice and solidarity; and to the autonomy of the medical profession. These hazards are illustrated by focusing on different types of markets.

Literatuur

- Boer, Th.A. & Kralt, T.P.G. (red.) (1996). *Christelijk zorgondernemerschap. Christelijke zorgverlening tussen markt en roeping*. Kampen: Kok.
- Jochensen, H. & Glas, G. (1997). *Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek*. Amsterdam : Buijten & Schipperheijn.
- Polder, J.J., Hoogland, J. & Jochensen, H. (1996). *Professie of profijt?* Amsterdam : Buijten & Schipperheijn.

Personalia

G. Glas is als psychiater verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Utrecht en als bijzonder hoogleraar reformatorische wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit Leiden. Adres: AZU, Afdeling Psychiatrie, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht.