

Tilburg University

Een nieuw type van geïnstitutionaliseerd prijsvormend overleg

van Berkum, P.P.

Published in:
Maandschrift Economie

Publication date:
1965

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
van Berkum, P. P. (1965). Een nieuw type van geïnstitutionaliseerd prijsvormend overleg. *Maandschrift Economie*, 30(3), 168-177.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

EEN NIEUW TYPE VAN GEÏNSTITUTIONALISEERD PRIJSVORMEND OVERLEG

door

Prof. Dr P. P. VAN BERKUM

Institutionele overlegvormen zijn tegenwoordig niet zeldzaam meer. De economen onderzoeken de invloed van de hiermede verbonden groepsvorming op het economisch leven, daarbij uitgaande van het marktgebeuren. Het gehele complex van de aldaar tot uiting komende zakelijke relaties en samenhangen, de consequenties van het samenspel van naar vraag- en aanbodkant gegroepeerde marktkrachten voor de totstandkoming van de prijsvorming is vanouds kernpunt van het economisch onderzoek. In de geïstitutionaliseerde economie is het niet anders; ook daar staat de institutionele markt in het middelpunt. Hoe is zij gestructureerd, hoe gedraagt zij zich? Hoe verhoudt zij zich tot de economische wetmatigheid?

Door het opkomen van instituties aan beide kanten van de markt is het vertrouwde beeld van de open markt wel ingrijpend veranderd. Het vrije spel van vragers en aanbieders in dit markttype is vervangen door bewust ingenomen posities, die de uitkomst van het marktmechanisme kunnen beïnvloeden. Prijzen worden niet langer in een onpersoonlijk proces van massawerkingen „gevormd”; zij worden „gemaakt”. De voorheen vrije open markt is volgens een uitdrukking van Lambers¹⁾ met zetstukken gevuld: institutionele bindingen, waarbij georganiseerde belangengroepen zich tegenover andere groepen of tegenover de overheid verplichten bepaalde handelingen te doen of te laten.

Het optreden van instituties heeft ook ten aanzien van het organisatiepatroon van het overheidsbeleid een verschuiving teweeg gebracht en nieuwe perspectieven geopend. Immers, vergeleken met de situatie in een ongeorganiseerd bestel, biedt een geïstitutionaliseerde economie — naar men aanneemt — grotere mogelijkheden om door een juiste besturing van het groepsgedrag het allengs veelomvattende gamma van doelstellingen van de moderne welvaartsstaat effectiever te realiseren.

Dikwijls is in het optreden van georganiseerde belangengroepen alleen het negatieve element gezien; het streven eenzijdig economisch voordeel te behalen door druk uit te oefenen op het markt- en prijsmechanisme, op de overheid of op andere groepen in de samenleving. De benaming „druk-” of „pressiegroepen” hangt geheel met dit aspect

¹⁾ H. W. Lambers „Die industriële ondernemer in een bewegende economische orde”, in ONDERNEMEND NEDERLAND, Leiden 1959, blz. 112.

samen. Dit eenzijdige standpunt is heden ten dage wel overwonnen en heeft plaats gemaakt voor een meer constructieve benadering.

De gewijzigde beoordeling en het verder veld winnen van de institutionele economie is een der meest betekenisvolle en karakteristieke verschijnselen in de Westerse staten. In „Economic Policy in our Time”, een recent, breed opgezet standaardwerk over theoretische en toegepaste economische politiek in een aantal vooraanstaande landen, wordt de betekenis van deze ontwikkeling in de volgende bewoordingen geschetst: „It has recently become a matter of interest and concern to scholars and politicians alike, that a wide variety of channels for contact and information between government, business, labour, etc. have in fact been institutionalized; and the feeling has grown that the influence exerted through these more formal, officially recognized channels has come to be more important to decision making than the occasional pressures exerted by interest groups on politicians and administrations”¹⁾).

De Ziekenhuistarievenwet 1965

Een typisch nederlandse bijdrage tot institutionele marktforming is neergelegd in bovengenoemde wet.

Toepassing van het institutionele marktbegrip en het daarbij passende vraag- en aanbodschaema op de sector van de gezondheidszorg biedt theoretisch geen moeilijkheden. Aan de aanbodzijde in deze sector zien wij in groepsverband optredende instellingen en vakbeoefenaars, die een bepaald gekwalificeerd dienstenpakket aanbieden en daarvoor een kostendeekkende prijs of beloning verlangen; aan de vraagzijde treden eveneens in groepsverband instellingen en personen op, die al dan niet in gebundelde vorm koopkracht voor het betrekken van deze diensten beschikbaar stellen. Om een inzicht in vraag en aanbod te krijgen is heel wat meer kennis van in de praktijk voorkomende veelheid van vormen en karakteristieke details vereist dan uit de zo juist gegeven algemene aanduiding volgt. Ik moge hiervoor verwijzen naar de belangwekkende uiteenzetting van Stolte²⁾), die mij in staat stelt het volgende tot de economische aspecten van het onderwerp te beperken.

Krachtens de bepalingen van genoemde wet zal de vaststelling van ziekenhuistarieven, onverschillig of deze aan de ziekenfondsen danwel aan particuliere patiënten in rekening zullen worden gebracht, in laatste

¹⁾ Vol. I, General theory, blz. 175; 3 delen, Amsterdam 1964.

²⁾ J. B. Stolte „Vraag en aanbod van gezondheidszorg en ziekenhuisdiensten”, inaugurale rede, Tilburg 1965.

instantie berusten bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In laatste instantie, want de wet in kwestie wil juist regelen, dat de minister zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot het totstandkomen van aanvaardbare tarieven delegeert aan het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Dit orgaan is een particuliere stichting, welke in het leven geroepen is door de nationale organisatie van de ziekenhuizen en de nationale organisatie van de ziekenfondsen.

Het bestuur van het Centraal Orgaan bestaat uit 23 leden. De ziekenhuisorganisaties zijn vertegenwoordigd door 10, die der ziekenfondsen door 6, de ziekenfondsenverzekeraars door 3 leden en de Sociale Verzekeringsbank door 1 lid. Aanbieders en vragers zijn zodoende ieder door 10 leden vertegenwoordigd. Daarnaast heben 3 onafhankelijke deskundigen in het bestuur zitting. De eerste maal zijn het alle drie economen, t.w. de oud-minister De Pous (voorzitter) en de professoren Pruyt en Van de Woestijne.

In het prijs- of tariefvormend overleg zal bedoelde stichting dus een centrale plaats gaan innemen. Het zal haar taak zijn om op de scheidslijn van wat enerzijds medisch en verpleegkundig gewenst is en aangeboden wordt en wat anderzijds door de vraagzijde uit de haar ter beschikking staande middelen kan worden bekostigd, richtlijnen op te stellen, waaruit de juiste hoogte der tarieven kan worden afgeleid. Of die tarieven, welke in het overleg tussen plaatselijke ziekenhuizen en ziekenfondsen tot stand komen, „juist” zijn zal formeel in eerste aanleg aan deze richtlijnen worden getoetst.

Behalve toetsing ligt voor het orgaan de taak weggelegd de richtlijnen aan de telkens veranderende situatie en inzichten op het terrein van de ziekenhuisexploitatie aan te passen. Een tijd van onophoudelijk stijgende kostenfactoren stelt in dit verband bijzondere eisen.

In het samenspel van machten zijn als macro-economische tegenwichten een tweetal toetsingsorganen ingebouwd, nl. de Ziekenfondsraad, een publiekrechtelijke instelling, en de reeds genoemde minister, die zich nadrukkelijk de eindtoetsing van de in het overleg gevormde tarieven voorbehoudt.

Dat de ziekenfondsraad medeverantwoordelijkheid draagt is duidelijk. Zijn functie is, krachtens de Ziekenfondswet, te letten op de realisatie van een belangrijk stuk sociale zekerheid, waarop de verplicht verzekerden recht kunnen doen gelden. Uit dien hoofde wordt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid advies uitgebracht over de premiehoogte voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Binnen de speelruimte van de hieruit verkregen middelen zal dit college een opinie moeten hebben over verantwoorde besteding en behoeftevorming door te bepalen welke uitbreidingen en beperkingen van het verzorgingspak-

ket als gevolg van medische en technische vooruitgang wenselijk en mogelijk zijn. In wezen draait het uit op een politieke beslissing, want het is de minister, die de premiehoogte vaststelt, waarmede de toevloeiing van koopkracht naar deze sector van de markt wordt beheerst.

Alle overeenkomsten tussen ziekenfondsen en „medewerkers” (huisartsen, specialisten e.d.) en tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen zijn aan de goedkeuring van de ziekenfondsraad onderworpen. De toetsingsbevoegdheid bestond reeds onder het regime van het vóór 1965 bestaande systeem van overheidsprijsbeheersing. Zij werd toen echter wat de ziekenhuizen betreft niet uitgeoefend.

Volgens een tripartite verdeling, welke aan de bestuursopbouw van de Sociaal Economische Raad herinnert, telt de Ziekenfondsraad in nieuwe samenstelling een gelijk getal vertegenwoordigers van werkgevers, werknemers en overheid. In een later stadium van voltooiing van de nieuwe ziekenfondswet zijn daar nog enkele vertegenwoordigers aan toegevoegd uit de kringen van ziekenhuizen en ziekenfondsen en van de zgn. „medewerkers”. Het is duidelijk dat, evenals in het Centraal Orgaan, in de Ziekenfondsraad belangentegenstellingen tot uiting kunnen komen. De vakbeweging, die veel consumenten achter zich heeft, zal daarvoor opkomen. Deze groep heeft bovendien belang bij een zo laag mogelijke premie op het verdiende loon. De werknemers dragen mee aan de premielast en stijgende premie tengevolge van gestegen kosten van ziekenhuis- en overige gezondheidsdiensten laat minder ruimte voor loonsverhogingen. Voor de werkgevers, die voor de helft of meer voor de premie opkomen, betekent de stijging een kostenverhogend element. Anderzijds zal de gunstige invloed op de gezondheid van de werknemers tot een verbetering van de rentabiliteit bijdragen. De „medewerkers” zullen via groepsvertegenwoordigers hun aandeel in de totale „Ziekenfondspot” claimen. De overheidsvertegenwoordigers zullen de zwaarder wordende lasten van de totale gezondheidszorg moeten beoordelen op grond van de ruimte, welke de groeikracht der volkshuishouding vertoont. Bovendien zal er van die zijde op moeten worden toegezien, dat de gezondheidszorg als maatschappelijk basisgoed, ongeacht financiële draagkracht der burgers, aan een zo breed mogelijke laag van de bevolking ten goede komt.

De eindtoetsing en eindbeslissing over de in het Centraal Orgaan tot stand gekomen tarieven ligt bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zij het met deze correctie, dat ook diens ambtgenoot van Economische Zaken in zijn kwaliteit van bewaker van de algemene prijsontwikkeling niet helemaal van het toneel is verdwenen. Deze minister blijft, uit hoofde van de Prijzenwet, op de achtergrond de bevoegdheid houden om bij toespitsing van het conjunctureel of inflatoir

klimaat zo nodig in te grijpen door aan gehele bedrijfstakken en zo nodig zelfs aan afzonderlijke bedrijven bepaalde prijsgedragsregels bindend op te leggen.

De verantwoordelijkheid van genoemde ministers voor het algemeen belang is binnen het geïnstitutionaliseerde kader een gedeelde verantwoordelijkheid. Het is volgens de filosofie, welke ook aan de wet ziekenhuistarieven ten grondslag ligt, niet langer alleen de overheid, die zorgen moet, dat de dienstverlenende functie van de ziekenhuizen aan criteria — ontleend aan het algemeen welzijn — voldoet. Aan die verantwoordelijkheid dragen het georganiseerde ziekenhuis- en ziekenfondswezen hun deel bij. Naargelang zij deze opgave blijken aan te kunnen, zal de overheid meer aan de zelfordening van de maatschappelijke krachten kunnen overlaten en zich op een subsidiaire positie kunnen terugtrekken.

Het is niet gemakkelijk het subtiële samenspel van machten in een schematisch model onder te brengen. Centraal staat de driehoek Centraal Orgaan — Ziekenfondsraad — Ministerie. Daaromheen zijn de zijlijnen geprojecteerd, waarop de individuele ziekenhuizen en ziekenfondsen zijn geplaatst, die zich in hun nieuwe taak moeten inspelen op de institutionalisering. Of zij er subjectief goed afkomen hangt van het dynamisch doordenken van hun eigen, op continuïteit en groeiomogelijkheden gerichte beleidslijnen af. Binnen het gereguleerde kader blijft een aanvaardbare mate van individuele economische beslissingsvrijheid en zelfwerkzaamheid toelaatbaar. Onder aanpassing aan de instituties zullen deze perifere activiteiten op de mogelijkheden van de nieuwe situatie een individueel antwoord moeten geven.

Het prijsvormend overleg culmineert in een tariefstelling, welke langs de weg der inkomsten en bestedingen voor het zelfstandige ziekenhuis en ziekenfonds de mogelijkheid en de begrenzing van de taakvervulling impliceert. Echter ook de zelfstandige ondernemer, die onder een marktbestel werkt, waar een werkzame mededeling aanwezig is, ziet zich in zijn vrijheid evenzeer beperkt, daar deze mededinging hem op een of andere wijze in het nastreven van zijn ondernemingsdoel beperkingen oplegt.

Zoals terecht door Groot ¹⁾ is opgemerkt, zou het onjuist zijn, indien het ziekenhuiswezen, vanuit zijn machtspositie van feitelijk aanbodmonopolie op de kleine lokale en — als collectieve institutie — op de nationale markt niet op de een of andere manier door contragewicht van andere instituties, respectievelijk van de overheid, zou worden gecorrigeerd. Het is dan ook begrijpelijk, dat de vast te stellen tarieven

¹⁾ L. M. J. Groot, „Prijsvorming van ziekenhuisdiensten“, Roermond 1960, blz. 143.

voor ziekenhuisdiensten waarschijnlijk niet zonder meer hun criterium mogen vinden in de bedrijfs-economische kostprijs, doch dat zij tevens dienen te worden getoetst aan de in laatste instantie door de overheid vast te stellen totale betalingscapaciteit voor ziekenhuisdiensten en verdere gezondheidszorg binnen de grenzen, welke het algemeen belang voorschrijft.

Het vinden van de „juiste” of „aanvaardbare” prijs vormt ook voor de institutionele markt het kernprobleem.

In zekere zin begint het prijsvormend overleg van onderaf, het ontvangt daarbij richtlijnen van de zijde van het Centraal Orgaan, dat goed doet zich zelve weer op de ideeën van minister en Ziekenfondsraad te oriënteren. Er is dus wederzijdse beïnvloeding, interactie en communicatie. Voor alle partijen, ook voor minister en Ziekenfondsraad geldt echter, dat zij geen overeenkomsten kunnen sluiten of beslissingen kunnen nemen buiten het Centraal Orgaan om.

Als het Centraal Orgaan zodanig overwicht en representativiteit kan verwerven, dat zijn beslissingen en richtlijnen zonder al te grote spanningen en conflictsituaties worden aanvaard, zullen de beide andere toetsende instanties — minister en Ziekenfondsraad — nog slechts als een soort „power behind the throne” behoeven te fungeren. Minister Veldkamp heeft het aldus getypeerd: „Op het eerste bankje zitten de partijen zelf. Op het achterste bankje zit dan nog de minister”¹⁾. Voor doublures van toetsende instanties, die elkaars werk nog eens grondig gaan overdoen, behoeft dan ook bij normale functionering van het overleg geen vrees te bestaan.

Experiment of instrument?

Het Centraal Orgaan is met zijn werk gestart en daarmee is een geheel nieuw tijdvak ingegaan. Het neemt de taak over van het Directoraat-Generaal van de Prijzen van het ministerie van Economische Zaken. Gedurende een periode van 25 jaar is dit de instantie geweest, welke als een soort ambtelijk arbitrage-orgaan tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen terzake van de tariefbepaling heeft gewerkt. Wettelijke grondslag was aanvankelijk de Prijsopdrivings- en Hamsterwet van 1939, daarna de Prijzenwet 1961.

Organisatorisch gezien was de toepassing van de prijsbeheersings-techniek betrekkelijk eenvoudig. In feite was hier sprake van een éénrichtingsverkeer, waarbij het gemis aan inspraak van de ziekenhuisorganisaties bij de totstandkoming en aanpassing van de richtlijnen pijnlijk werd gevoeld.

¹⁾ Geciteerd door Luggens, Wet Ziekenhuistarieven, Ons Ziekenhuis, aug. 1965.

De balans opmakend van de periode van de „économie dirigé” kan men nochtans niet anders dan met grote waardering daarop terugzien. Van een verstikkend dirigisme kan zeker niet worden gesproken. In menig opzicht zijn grondslagen gelegd, waarop het huidige prijsvormend overleg kan voortbouwen. De na jaren ervaring met de ziekenhuisproblematiek verkregen mate van deskundigheid bij het analyseren van veel cijfermateriaal, bij het hanteren van bedrijfseconomische technieken als calculatieschema's e.d. kan uniek worden genoemd. Door deze inventaris over te nemen zijn voor het Centraal Orgaan op een aantal essentiële punten de risico's van het experiment, zoals niet weggenomen, dan toch wel sterk verminderd.

De belangrijkste verdienste is wellicht nog, dat de methoden van de prijsbeheersingsinstantie om door het voeren van een marginaal prijsbeleid de tarieven van de ziekenhuizen bewust te drukken, zodat deze wat de kostendeckering betrof niet zelden in een scheve positie kwamen, reacties hebben gewekt, die een sterke impuls tot tegenspel van de zijde der ziekenhuizen hebben uitgelokt ¹⁾. Dit heeft ertoe bijgedragen, dat het bedrijfsmatig karakter van de ziekenhuizen bij alle betrokkenen duidelijker voor ogen is komen te staan en zij zich als dienstverlenende instellingen gingen beraden over de vraag of zij gezamenlijke economische doelstellingen hebben. Het zich vormen tot een georganiseerde belangengroep moet in dit verband worden gezien als het gevolg van een innerlijke dynamiek, op gang gebracht door een strakke overheidsleiding en in een later stadium door dezelfde overheid als besturend instrument van de economische orde bewust bevorderd en gelegaliseerd. Mocht in de naaste toekomst blijken, dat het door de ziekenhuiswet ingevoerde overlegstelsel als organisatorisch-juridisch bouwwerk naar vorm en inhoud een lege formule bewijst te zijn en in de praktijk geen vertrouwen weet te wekken, dan zou het ook voor de overheid geen bruikbaar instrument opleveren. Een dergelijke ongelukkige afloop zal wellicht eindigen in de toestand, waarin de overheid de prijsvorming in deze sector opnieuw in haar greep brengt, mogelijk zelfs uitmonden in een volledige nationalisatie van de gezondheidszorg, zoals die reeds in een aantal landen bestaat.

Spelregels voor geïnstitutionaliseerd overleg.

Het eerste werk van de overlegpartners is geweest de procedure te scheppen, volgens welke tariefswijzigingen in behandeling zullen worden

¹⁾ Over de kostencontroverse: J. C. A. M. Vinken „De duurzame middelen van de ziekenhuizen als kostenfactor en als financieringsobject”, Ons Ziekenhuis, maart 1965.

genomen. De hiertoe strekkende regels zijn neergelegd in een door de organisaties van ziekenhuizen en ziekenfondsen gesloten model-overeenkomst.

In deze regeling vloeien als het ware twee krachtenvelden ineen: algemene of landelijke tariefswijzigingen zullen door het Centraal Orgaan worden afgegeven; bijzondere of individuele tariefswijzigingen kunnen door het betrokken ziekenhuis of ziekenfonds direct bij het Centraal Orgaan worden aangemeld. Aangezien het in de praktijk gaat om afzonderlijke contracten tussen een individueel ziekenhuis en een of meer plaatselijke ziekenfondsen en niet om een landelijk contract, zal het eerste overleg over tariefsveranderingen niet aan „de top” maar aan „de voet” beginnen. Het resultaat daarvan kan direct aan het Centraal Orgaan worden voorgelegd, ofwel partijen plegen op plaatselijk of regionaal niveau eerst overleg, trachten daarbij tot overeenstemming te komen en wenden zich tenslotte tot het Centraal Orgaan voor het verkrijgen van een bekrachtiging van de bereikte overeenstemming. Binnen het gestelde schema is er ruimte genoeg om het plaatselijk perifere overleg die genuanceerde gestalte te geven, welke voor een vlotte functionering van het overlegapparaat wordt vereist.

In het gedragspatroon van de plaatselijke instituties zullen puur zakelijk gezien de volgende drie elementen tot uiting moeten komen, wil het tariefgesprek aan „de voet” aan zijn functie beantwoorden: informatie, beoordeling en beleidsopbouw ¹⁾).

Zonder een ruime mate van informatie over en weer en wederzijdse opening van zaken met betrekking tot de punten van het overleg, alsmede ten aanzien van bedoelingen en motieven, zal een dialoog tussen de beide partners moeilijk kunnen slagen. De ziekenhuizen zullen hiertoe in toenemende mate bereidheid moeten opbrengen. Een enge, partijdige visie op het eigen belang strookt niet met de rolverwachting, welke instellingen, die primair het maatschappelijk belang van de gezondheidszorg dienen, is toebedeeld. Men zou het Centraal Orgaan torpederen, wanneer een te scherpe belangenstrijd wordt gevoerd. De ziekenfondsen op hun beurt zullen een eigen positieve bijdrage moeten leveren, zodat bij de partner begrip bestaat, dat de snel stijgende ziekenhuisdeclaraties uit het ter beschikking staande budget moeten worden opgebracht. Een neiging hunnerzijds in de interne beleidsvoering van de ziekenhuizen te penetreren zal verzet ontmoeten. Door ruime informatie zal een wederzijdse loyale houding het tariefgesprek betere resultaten doen opleveren.

¹⁾ De onderscheidingen zijn van L. M. J. Groot, „De verhouding ziekenhuizen - ziekenfondsen in perspectief”, Ons Ziekenhuis, aug. 1965.

Het element der beoordeling betreft de confrontatie van de tariefsafspraken aan de richtlijnen van het Centraal Orgaan. Men zal zekerder zijn van goedkeuring, wanneer de verlangde tariefswijziging in harmonie blijft met de gegeven aanwijzingen.

Het terugspelen van ervaringsinzichten en divergerende opinies vanuit de praktijksfeer naar het toporgaan draagt bij tot een dynamische beleidsopbouw. Ook de kritiek van onderaf op de belangenvertegenwoordigers in het Centraal Orgaan kan een soort terugkoppelingsfunctie vervullen. De hier tot uiting komende belangenstrijd is geenszins verwerpelijk, doch zal veeleer als constructief en voedend element tot de harmonie van de totaliteit bijdragen.

De economische achtergrond van de tariefbepaling

De inzet van het institutioneel geformaliseerde en gekanaliseerde overleg moet zijn, dat in het belang van de patiënt, als consument van gezondheidsdiensten, gezamenlijk gestreefd wordt naar een optimale dienstverlening, d.w.z. de best mogelijke en meest efficiënte voorziening, die nog betaalbaar is.

Ziekenhuizen en ziekenfondsen zullen het objectief gestelde doel vanuit eigen subjectieve visie benaderen. Een vertoon van kunstgrepen om in conflictsituaties de „op de wip” zittende scheidslieden — ministerie en Ziekenfondsraad — aan zijn kant te krijgen, zal aan de objectief gegeven economische doelstellingen weinig veranderen, daar elke actie toch weer een tegenactie uitlokt. De vraag, die de ziekenhuizen het meest interessert is of bij een evenwichtstoestand van de markt een voldoende kostendekkende prijs tot stand komt.

Het zou te ver voeren hier de problematiek van „de juiste” of de in economisch opzicht „ideale” prijs te behandelen. Met een enkele opmerking moge worden volstaan.

Dat er onder het regime der prijsbeheersing geen ideale tarievenvorming plaats vond lag niet aan het gebrek aan deskundigheid of informatie bij de ambtelijke instanties. Veeleer werkte in de tarieven een bewust toegepast element van prijspolitieke overwegingen door, waarbij middels onderwaardering van ziekenhuisdiensten een gemeenschapsbelang werd nagestreefd. Dat dit optreden voor de particuliere ziekenhuizen een zekere mate van eigenvermogensliquidatie involveerde was een der ergste grieven tegen deze discriminerende politiek.

Gehoopt mag worden dat het Centraal Orgaan erin zal slagen op dit punt een meer bevredigende tarievenstructuur te ontwerpen. Deze zal grondslag moeten vinden in de erkenning, dat de aan de taakvervulling van de ziekenhuizen verbonden offers in een kostendekkende prijs inte-

grale compensatie moeten vinden. De enige correctie hierop zal mogen zijn, dat de ziekenhuizen loyale medewerking moeten geven aan een tarievenstructuur, welke de dienstverlening tevens betaalbaar en acceptabel doet zijn voor de vraagzijde. Dit zal echter weer niet mogen betekenen, dat het tarievenniveau gemiddeld en op langere termijn voor het efficiënt geleide ziekenhuis daalt beneden de „voortbestaansprijs”. Welke prijs dat in concreto zal zijn is een vraagstuk van kostencasustiek, waarover in economische vakkringen niet altijd eenstemmig wordt gedacht. Verzoening der standpunten en het duidelijk expliciet stellen van de doeleinden van de overlegpartners zal nodig zijn, wil de in het geding zijnde overheid bij het tot gelding brengen van de algemeen belang deze doeleinden in haar afweging betrekken.

Terecht heeft Groot opgemerkt, dat de ziekenhuistariefwet beter een ziekenhuiskostenwet kan worden genoemd ¹⁾. In een situatie zoals hier te lande, waar de ziekenhuizen particuliere instellingen zijn, die geen winst nastreven, staat immers in de prijsvorming de kostprijscalculatie centraal. Vanuit dit punt wordt de relatie gelegd met de moderne bedrijfseconomische kostprijs-theorie. Het is haar specifieke functie niet slechts om grondslagen en technieken te ontwikkelen voor het meten van de in het productieproces opgeofferde waarden, teneinde van daaruit tot een aanbiedingsprijs te geraken, doch zij zal tevens, ten behoeve van de beleidsvorming en beleidsbeoordeling, het terrein moeten afbakenen, waarbinnen de rationele kostprijs wordt gehanteerd als richtsnoer voor de doelmatigheid van het handelen en een verantwoorde kostencreatie.

De moeilijkheid tot hanteerbare, voor de grote groep toepasbare tarieven te komen, is uiteraard, dat tussen de afzonderlijke ziekenhuizen aanmerkelijke kostenverschillen kunnen bestaan. Omdat de normatief te stellen tarieven op de een of andere manier gerelateerd moeten worden aan een gemiddeld goed prestatie- en efficiëncyniveau, zullen zodanige tarieven voor de minder efficiënte eenheden een taakstellend karakter krijgen, aangezien eruit blijkt op welke punten achterstand valt in te halen. Langs deze weg, die langs terreinen loopt, waarop nog veel moet worden onderzocht, zal het hoge prijsvormende orgaan tevens een goed instrument kunnen worden tot een zo economisch mogelijk werkend ziekenhuiswezen.

¹⁾ Groot, „Kostprijsberekening en ziekenhuizen”, Het ziekenhuiswezen, aug. 1965.