
Ongelijkheid in de gezondheidszorg door invloedsverschillen bij het verdelen van ziekenhuisvoorzieningen

Johan Bos en Peter Geurts

1. Inleiding en probleemstelling

De gezondheidszorg, waaronder de verdeling van ziekenhuisvoorzieningen (Algemene Rekenkamer 1990), en dus de kans op het behoud en herstel van de gezondheid van de burgers, is in ons land ongelijk verdeeld.¹ De ongelijkheid in ziekenhuisvoorzieningen kan zijn veroorzaakt door een verschil in invloed tussen ziekenhuizen op de centrale overheid. Dat kan met invloedsonderzoek worden achterhaald. Daarmee worden tevens factoren opgespoord die de ongelijkheid veroorzaken. Ongelijkheidscorrigerend overheidsbeleid kan hierin aanknopingspunten vinden.

In een grootschalig onderzoeksproject, gestart in het begin van de jaren tachtig, staat de invloed van algemene ziekenhuizen op de centrale overheid centraal. Er is bij de ziekenhuisdirecteuren informatie ingewonnen over de invloedsprocessen en de actoren die daarbij betrokken waren. Over onderdelen van het project, bij voorbeeld over de mate van invloedsverschillen en over de visie van de ziekenhuisdirecteuren op het overheidsbeleid, is eerder gepubliceerd (Bos 1988a; Bos en Van Maanen 1989). Dit artikel concentreert zich op de vraag waardoor de – ongelijke – verdeling van ziekenhuisvoorzieningen wordt veroorzaakt.

Tot nu toe is in het hier toegepaste type invloedsonderzoek geen gebruik gemaakt van causale, multivariate verklaringsmodellen en van geavanceerde analysetechnieken. Eerst is met behulp van exploratief getint onderzoek vastgesteld welke factoren samenhangen met invloed. Nu daar enig inzicht in is verkregen (Bos 1988b), wordt modelvorming en modeltoetsing mogelijk. Dit gebeurt met Lisrel VII (Jöreskog en Sörbom 1989).² Voor deze techniek is gekozen omdat daarmee de effecten van de verklarende variabelen op de mate van invloed, zowel direct als indirect, kunnen worden gemeten en een afgewogen oordeel kan worden verkregen over het model als geheel. De onderzoeksbevindingen wijken enigszins af van en zijn genuanceerder dan de resultaten verkregen met bivariate analyses.

Vóór de presentatie van het verklaringsmodel en de analyseresultaten worden de toegepaste methode van invloedsmeting en de onderzoeksopzet kort toegelicht. In de slotparagraaf worden de belangrijkste bevindingen samengevat en van enkele kanttekeningen voorzien.

2. Invloed en invloedsmeting

Invloed is het vermogen van een actor een andere actor tot een gedrags- of houdingswijziging te brengen. Invloed manifesteert zich in de concrete gedrags- of houdingswijziging van de andere actor. Vanuit die opvatting over invloed is de *procesmethode* als directe meetmethode door Braam (1973) ontwikkeld. De procesmethode beoogt de mate van invloed te meten en verklaringen te vinden voor verschillen daarin. Een actor kan een individu, een organisatie, een groep e.d. zijn, mits 'de eenheden in een voldoende groot aantal voorkomen en dat ze duidelijk te omgrenzen en goed vergelijkbaar zijn' (Braam 1973: 59). Algemene ziekenhuizen voldoen aan die voorwaarden. Uit de toenmalige 168 algemene ziekenhuizen werd een steekproef getrokken van 90.

Invloed is een relationeel, asymmetrisch proces, gebaseerd op overreding en overtuiging (Ellemers 1981), prestige en reputatie (Parsons 1963). Dat invloedspogingen worden ingewilligd kan voortvloeien uit bij voorbeeld plichtsbetrachting, opportunisme en een kosten-en-batenafweging. Bij veel van die motieven, en dat geldt voor beïnvloedende én beïnvloede partij, speelt overwogen eigenbelang op de achtergrond. In de procesmethode wordt de hoeveelheid invloed gemeten die men (mede) voor eigenbelang verwerft. Kenmerken van de bij het invloedsproces betrokken actoren en van de overige omstandigheden vergroten of verkleinen de kans op het slagen van een poging van een actor een andere actor tot een wijziging in diens gedrag of houding te brengen. Over al deze kenmerken dient dan ook informatie te worden ingewonnen.

Invloed is het produkt van drie elkaar opvolgende processen (Braam 1973). De eerste twee betreffen het 'vraaggedrag' van de invloedsverwerfer, het derde het 'beslisgedrag' van de te beïnvloeden actor.³ Toegepast op de algemene ziekenhuizen en de centrale overheid houden die processen het volgende in.

Vraaggedrag van het algemene ziekenhuis

Proces 1: Genoemd latente anticipatie. Dit houdt in het onderkennen van een (eigen)belang door het ziekenhuis. Het ziekenhuis percipieert een probleem (*P*) waarvan oplossing in haar belang is. Het ziekenhuis heeft invloed op de overheid als deze de onderkende problemen op initiatief van het ziekenhuis (mede) gaat oplossen. De verzameling gepercipieerde problemen heet latente anticipatie.

Proces 2: Genoemd manifeste anticipatie, waaronder verstaan wordt het ontplooiën van initiatief door het ziekenhuis om de centrale overheid in te schakelen bij de probleemoplossing. Dat heet een invloedspoging (*IP*). Het ziekenhuis vraagt daarbij als het ware om een gedragsverandering van de overheid; van niets doen naar actieve probleemoplossing. Het management moet durf, kennis en vaardigheden

bezitten om gedragsverandering bij de overheid te initiëren. Voor manifeste anticipatie is de index IP gedeeld door P.

Beslisgedrag van de centrale overheid

Proces 3: Betreft de getoetste invloed. De overheid beslist, in het kader van het financieel beleid en het vergunningenbeleid, feitelijk over de verdeling van de gezondheidszorgvoorzieningen. De beslissing tot gedragsverandering, dus tot het helpen oplossen van het probleem van het algemene ziekenhuis door positief op de invloedspoging van het ziekenhuis te reageren, heet een succes (*S*).⁴ De index voor getoetste invloed is *S* gedeeld door IP.

De hoeveelheid invloed wordt nu gelijkgesteld aan het aantal successen (*S*). Deze omschrijving stemt overeen met de inzichten van Simon (1957), Bachrach en Baratz (1962) en Lazarsfeld en Rozenberg (1955). Om de beslissing van de centrale overheid aan de invloedspoging van het algemene ziekenhuis te kunnen toeschrijven, moet zijn vastgesteld dat een succes redelijkerwijs niet door andere factoren werd veroorzaakt en dat zonder invloedspoging geen succes was bereikt.

3. Het onderzoek

Bij de steekproeftrekking fungeerden de ziekenhuiskenmerken 'grootte' (= het aantal bedden), 'adherentie' (= het aantal bedden per 1.000 inwoners in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis) en 'ouderdom' als steekproeffassen met het oog op de te toetsen hypothesen (Bos 1988b). Door hun relatief geringe aantal zijn de grote ziekenhuizen allemaal in de steekproef opgenomen. De middelgrote ziekenhuizen zijn enigszins sterker ondervertegenwoordigd in de steekproef dan de kleine (Tabel 1).⁵

Uit elke cel van middelgrote en kleine ziekenhuizen zouden er acht in de steekproef worden betrokken. Om diverse redenen verleenden vijf ziekenhuisdirecteuren geen medewerking. Van één ziekenhuis stond de adherentie verkeerd geregistreerd.

Tabel 1: Populatie en steekproefverdeling in de analyse naar de drie steekproeffassen (tussen haakjes de analyseaantallen)

ziekenhuisgrootte:	klein		middelgroot		groot	
aantal ziekenhuisbedden per 1000 inwoners in de gezondheidszorgregio:	<5	≥5	<5	≥5	<5	≥5
bouwjaar ziekenhuis:						
vóór 1961	8 (8)	10 (6)	13 (9)	18 (7)	1 (1)	6 (6)
na 1961	12 (8)	11 (8)	31 (8)	15 (7)	8 (7)	11 (10)

streerd. Om redenen van optimale vergelijkbaarheid zijn voor alle ziekenhuizen uitsluitend problemen op relevante terreinen geïnventariseerd (ver-nieuwbouw, aanschaf dure apparatuur, uitbreiding specialisten/specialismen) uit de jaren 1978-1983.

De 85 respondenten noemden 309 problemen. Voor 304 problemen werd een invloedspoging ondernomen. De manifeste anticipatie is met 98% bijna maximaal. Er waren 202 successen, in ongeveer 80% van de gevallen volledig. Dat wil zeggen dat het probleem kon worden opgelost conform de – uiteindelijke – aanvraag. De getoetste invloed is 66% (202 gedeeld door 304). Het aantal problemen en het aantal invloeds pogingen varieerde van 0 tot 8 per ziekenhuis, het aantal successen van 0 tot 7.

4. Het verklaringsmodel

Omdat verklaringsmodellen altijd simplificaties en abstracties zijn die de werkelijkheid slechts partieel kunnen representeren, is de onderzoeker eraan gehouden de factoren te selecteren met de (waarschijnlijk) sterkste verklaringskracht of, naar gelang de doelstelling van het onderzoek, met de sterkste aanknopingspunten voor beleid (Ellemers 1976). Waar het, zoals hier, gaat om een eerste analyse op een algemeen verklaringsmodel, moet volstaan worden met de belangrijkste geachte factoren voor verklaring.

Maatschappelijke invloed wordt bepaald door vier hoofdelementen – het beleidsobject, de vrager, de beslisser en de maatschappelijke context – én een aantal interveniërende variabelen die weer gedeeltelijk worden verklaard door een of meer hoofdelementen.⁶ Het verklaringsmodel bevat, naast de te verklaren variabele invloed (*S*), acht verklarende variabelen. Vijf achtergrondskennmerken staan voor drie hoofdelementen in het invloedsproces: ‘positie van het beleidsobject (*B*)’ voor beleidsobject; ‘probleemoplossingscapaciteit van het management (*M*)’ voor de vrager en de afzonderlijke variabelen ‘gemeentegrootte (*G*)’, ‘centraliteit (*C*)’ en ‘verzuiling (*Z*)’ voor de maatschappelijke context. Kennmerken van de beslisser blijven hier buiten het model. De beslisser, in casu de centrale overheid, is immers voor alle ziekenhuizen dezelfde. Er zijn drie interveniërende variabelen: ‘coalitievorming (*Co*)’, ‘ziekenhuisprestaties (*Pr*)’ en uiteraard ‘vraaggedrag (*IP*)’. Voordat het theoretische verklaringsmodel wordt beschreven, volgt eerst een uiteenzetting over indicatoren die de hoofdelementen *beleidsobject* en *vrager* indiceren.

Invloedsonderzoek in de procesmethodetraditie (Alferink 1980; Braam 1973; Elting en Even 1979; Bos en Braam 1980; Brand, van Goor en Poiesz 1981) heeft een aantal kenmerken van het beleidsobject en van de vrager opgeleverd die een relatie vertonen met het vraaggedrag en met de hoeveelheid invloed. Het zijn evenwel niet in elk onderzoek steeds dezelfde kenmerken. Vooral de wijze waarop

een kenmerk (bij voorbeeld sociale rang) geoperationaliseerd is, lijkt daarmee te maken te hebben. In deze publicatie is er voor gekozen, mede uit analysetechnische overwegingen ingegeven door het relatief geringe aantal waarnemingen, de invloedsproceselementen 'beleidsobject' en 'vrager' ieder met slechts een samengestelde variabele in het verklaringsmodel op te nemen. Een variabele die dan weliswaar niet alle facetten van het element belicht maar het voor het vraaggedrag en het beslisgedrag het meest relevant gebleken facet, te weten de positie van het beleidsobject en de probleemoplossingscapaciteit van het management. Het facet van het beleidsobject en van de vrager, de betreffende indicatoren en de verkozen operationalisering waar die niet voor zich spreekt, zijn als volgt samen te vatten.

Positie van het beleidsobject (B) staat als variabele voor kenmerken van het ziekenhuis die problemen kunnen vormen en die – meestal in een andere betekenis – voor kunnen komen in de belevingswereld van de overheid bij het nemen van haar beslissing.

Ziekenhuisgrootte. Om meerdere redenen kan een groter ziekenhuis meer problemen en meer succes hebben dan een kleiner ziekenhuis. In een groot ziekenhuis moet er veel meer worden aangeschaft en vervangen. Maar dezelfde ziekenhuisgrootte kan rechtstreeks op de beslissing van de overheid inwerken als operationalisering van sociale rang (grotere ziekenhuizen hebben meer prestige, een uitgebreider netwerk van persoonlijke contacten en leveren een grotere bijdrage aan de gezondheidszorg). Al was het maar uit ruiloverwegingen (Blau 1964; Homans 1961), omdat aansprekende medische prestaties aangewend kunnen worden als illustratie van een goed gezondheidszorgbeleid.

Ouderdom ziekenhuisgebouwen. Oude ziekenhuizen zijn eerder aan verbetering toe en zullen dus meer problemen hebben dan de ziekenhuizen welke de laatste twintig jaar nieuwbouw pleegden. Uitgaande van het relatieve deprivatieperspectief (Merton 1957; Runciman 1966) en de idee van een rechtvaardig overheidsbeleid, zal de centrale overheid in haar beslisgedrag hiermee rekening (moeten) houden.

Regionale gezondheidszorgvoorzieningenindex. De gezondheidszorg in ons land is regionaal ingericht. Hoe ruimer de overige gezondheidszorgvoorzieningen in de regio zijn, des te minder het algemene ziekenhuis de functie van vangnet heeft en bijgevolg minder extra voorzieningen nodig heeft. Algemene ziekenhuizen nemen in een regio met een hoog voorzieningenniveau een minder exclusieve plaats in, hetgeen hun positie ten opzichte van de centrale overheid verzwakt. De index is samengesteld uit twee hoofdcomponenten. Allereerst is daar het aantal bedden per 1.000 inwoners in de gezondheidszorgregio in intramurale instellingen op het terrein van de gezondheidszorg anders dan in algemene ziekenhuizen. De tweede hoofdcomponent is het promillage medici in de gezondheidszorgregio.

Adherentie. De overheid heeft bij herhaling de norm voor het aantal algemene zie-

kenhuisbedden per 1.000 inwoners in het verzorgingsgebied omlaag gebracht ter beteugeling van de kosten van de gezondheidszorg. Voor de hand ligt dan dat ziekenhuizen die boven de norm zitten moeten inleveren en weinig ruimte hebben voor het formuleren van nieuwe problemen. Ze verkeren derhalve in een relatieve zwakke positie als ze iets van de overheid gedaan willen krijgen.

Probleemoplossingscapaciteit van het management (M), verder met 'capaciteit van het management' aangeduid, is de variabele waarmee de kenmerken van de vrager worden bedoeld voor zover die een rol kunnen spelen bij het vraaggedrag en bij het bespelen van de overheid. Het vraaggedrag wordt in de procesmethode afhankelijk gedacht van kennis, durf en vaardigheden van de invloedsverwerver. Het onderhandelingsresultaat hangt in niet geringe mate af van de capaciteiten van de vrager. In het onderzoek gaat het om de economisch directeur aangezien die meestal het ziekenhuis vertegenwoordigt naar de overheid op de onderzochte terreinen.

Functieduur. Oude rotten in het vak kennen doorgaans niet alleen alle formele wegen en middeltjes beter dan hun onervarener collegae, ze zijn ook beter op de hoogte van sluipwegen. Dat geldt niet alleen voor het naar voren brengen van problemen. Dat kan ook een voorsprong geven bij het 'bespelen' van de overheid als verdeler van gezondheidszorgvoorzieningen. Soms echter wordt na een positiewisseling meer invloed verworven (Van Goor 1988).

Lidmaatschappen en contacten binnen en buiten de gezondheidszorg. Particularisme wordt onontbeerlijk geacht voor het verwerven van invloed. Dat geldt zowel voor probleemperceptie en het benaderen van de overheid als voor het bevorderen van een positieve beslissing door de overheid. Beroepsmatige lidmaatschappen en contacten met politici, ambtenaren en adviseurs en het lid-zijn van intermediaire structuren als overleg- en adviesorganen en van belangenorganisaties op het terrein van de gezondheidszorg zijn tot één score gecombineerd. Hetzelfde geldt voor de niet-beroepsmatige lidmaatschappen en contacten met politici e.d.

Directieomvang. Taakverdeling binnen directies kan gekoppeld zijn aan specialisatie. Dat kan gepaard gaan met het beter op de hoogte zijn van nieuwe ontwikkelingen en de perceptie van de eigen achterstandssituatie. Maar ook met expertise in het onderhandelen met de overheid.

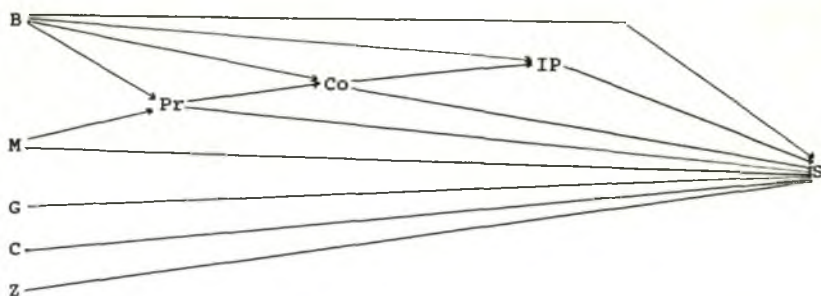
De twee samengestelde variabelen, 'positie van het beleidsobject' en 'capaciteit van het management' zijn verkregen door eenvoudige optelling van de gestandaardiseerde scores van de afzonderlijke indicatoren. Deze procedure is gevolgd omdat elke indicator, afzonderlijk van de andere indicatoren, bijdraagt aan de mate waarin een ziekenhuis problemen heeft gepercipieerd en het management beter in staat is die op te lossen. De indicatoren zijn gestandaardiseerd om te voorkomen dat schaalverschillen leiden tot gewichtsverschillen tussen de samenstellende delen van deze variabelen.

Het verklaringsmodel voor invloed ziet er nu als volgt uit. Het vraaggedrag is een noodzakelijke voorwaarde voor een succes (zie par.2). Daar het aantal invloedspogingen nagenoeg gelijk is aan het aantal problemen, de directeuren verschillen dus niet in het initiatief om de overheid in te schakelen, kan worden volstaan met het opnemen van het aantal problemen of het aantal invloedspogingen voor het vraaggedrag. Omdat een aspect als coalitievorming slechts bij invloedspogingen (*IP*) speelt, is voor het laatste gekozen. Ook worden er directe effecten verondersteld van de positie van het beleidsobject (*B*) en van de probleemoplossingscapaciteit van het management (*M*) op het vraaggedrag (*IP*). Zoals hiervoor is aangegeven, worden *B* en *M* geacht zowel op de hoeveelheid invloed (*S*) als op het vraaggedrag (*IP*) rechtstreeks in te werken.

Tussen de variabelen *B* en *M* en de hoeveelheid invloed bevinden zich, los van *IP*, nog twee verklarende variabelen: coalitievorming (*Co*) en ziekenhuisprestaties (*Pr*). Coalitievorming houdt in dat andere instellingen op het terrein van de gezondheidszorg bij de oplossing zijn betrokken. De overheid moedigt samenwerking aan (Bos 1989). Hieraan ligt de wens en wil tot kostenbeheersing ten grondslag. Ziekenhuizen die meer coalities aangaan, bereiken wellicht dan ook meer bij de overheid dan solistisch opererende ziekenhuizen. Coalities kunnen ingegeven zijn door de situatie in de gezondheidszorgregio. Door meer instellingen wordt dan een probleem ervaren. Voor de oplossing kan het management de voorkeur geven aan een gezamenlijke aanpak. In dat laatste geval kan de ziekenhuisprestatie (*Pr*) een interveniërend kenmerk zijn. Van Vught (1986) licht vanuit de interactionistische gedachtengang toe dat een instantie slechts tot coalitie bereid is als ze zich niet meer in staat acht de subjectieve beelden bij andere actoren zelfstandig te veranderen. Dat zal vooral het geval zijn als slechte resultaten van het ziekenhuis de overredingskracht van het management ondergraven. Prestaties kunnen in de praktijk moeilijk gemeten worden en worden dan ook vaak afgeleid uit globale kenmerken (Parsons 1969). Dit geldt ook voor de gezondheidszorg (Godfroy 1986). Wij doen dit hier door de gemiddelde verpleegduur en de gemiddelde bezettingsgraad over de drie voorafgaande jaren tot één score te combineren. Tussen de positie van het beleidsobject (*B*) en de ziekenhuisprestaties (*Pr*) kan eveneens een rechtstreeks verband worden gelegd, al is niet op voorhand duidelijk of dit positief of negatief is. Ziekenhuizen in achterstandssituaties zouden wel eens beter dan gemiddeld moeten presteren om hun reputatie op te kunnen houden. Maar ook kan een achterstandssituatie het leveren van goede prestaties bemoeilijken.

Een afzonderlijke cluster van verklarende variabelen is de *maatschappelijke context*. Daarin kunnen zich kenmerken bevinden waarmee de overheid in haar beslissingen rekeningen houdt. Deze kenmerken worden dus los gedacht van het vraaggedrag. Omdat de variabelen geen onderling verband vertonen, staan ze als afzonderlijke verklarende variabelen in het model. Bij gemeentegrootte (*G*) is de

Figuur 1: Het theoretische verklaringsmodel



achterliggende gedachte dat ziekenhuizen in grote gemeenten meer en prestigieuzer steun kunnen recruteran dan ziekenhuizen in kleine gemeenten. Centraliteit (C) staat voor de geografische afstand van de plaats waar het ziekenhuis is gevestigd tot de besluitvormingscentra. De literatuur laat zien dat ook voor het overheidsbestuur geldt dat 'wie het dichtst bij het vuur zit zich het best warmt' (Hoogerwerf 1988). Naast het beleidscentrum Den Haag spelen ook de nationale adviesorganen een zeer belangrijke rol in de gezondheidszorg. Die zijn in Utrecht gevestigd. Voor elk ziekenhuis is de kortste van de twee afstanden als variabele opgenomen. De veraf gelegen ziekenhuizen zijn dus in dubbel opzicht perifeer: ver van het besliscentrum én van het adviescentrum. Verzuiling (Z) kan van belang zijn omdat met name ministers en staatssecretarissen van eerst KVP-, later CDA-signatuur het departement van Volksgezondheid bestierden. Particularisme kan er hier toe leiden dat ziekenhuizen met een religieuze signatuur worden bevoordeeld.

5. Het model getoetst

In Bijlage 1 is ter informatie de matrix van enkelvoudige correlatiecoëfficiënten opgenomen. Aan de hand van de volgende zes criteria, die elk voor zich aan minimale voorwaarden moeten voldoen en die te zamen een goed beeld geven van de

Bijlage 1: Matrix van enkelvoudige correlatiecoëfficiënten (x 100)

	B	M	C	G	Z	Pr	Co	IP	S
B	*	21	28	-12	16	30	04	17	25
M		*	19	-03	36	-13	00	03	11
C			*	-38	11	16	04	-20	-08
G				*	-02	-19	01	20	10
Z					*	07	-07	-14	-01
Pr						*	-20	-10	-13
Co							*	10	-02
IP								*	84
S									*

overall fit maar die afzonderlijk niet van doorslaggevende betekenis zijn (vergeleijk Bagozzi 1988; Jöreskog en Sörbom 1989 en Verschuren 1991), is het verklaringsmodel getoetst.⁷

- De chi-kwadraattoets. Dit is hier de kans dat terecht wordt aangenomen dat model en data bij elkaar passen als het model wordt aanvaard. Als grens wordt wel 0,05 aangehouden. De kanswaarde bedraagt hier 0,180 bij een chi-kwadraat van 16,26 met 12 vrijheidsgraden. Aan dit criterium is dus voldaan.

- De 'adjusted goodness of fit'-index. Dit criterium is vergelijkbaar met de multiple correlatie gecorrigeerd voor het aantal verklarende variabelen. Deze index dient ongeveer 0,9 te zijn. Met 0,841 voor ons model is hier nagenoeg aan voldaan.

- De modelspecificatie in relatie tot de data. Die kan worden afgelezen aan het verloop van de in een plot (Q-plot) uitgezette gestandaardiseerde residuele correlaties en normale quantielen van die correlaties. Het verloop dient bij benadering lineair te zijn. Dit blijkt hier ook zo te zijn.

- De hellingshoek van het verloop. Deze dient groter of gelijk aan 45 graden te zijn. Ook aan dit criterium is hier, zij het net, voldaan.

- De proportie verklaarde variantie. Hoe hoger die is, des te beter het model. De hier bereikte waarde van 0,26 is niet bepaald hoog.

- De stabiliteit van de schattingen. Daarvoor is gekeken naar het aantal onderzochte ziekenhuizen in verhouding met de hoeveelheid geschatte parameters. Dat zijn er vijf. Dat aantal wordt als minimaal aanvaardbaar gezien.

Op grond van deze zes criteria mogen we concluderen dat de overall fit niet bijster goed is maar ook niet zo slecht dat een gedetailleerde beschouwing van de resultaten achterwege moet blijven. Eerst worden daartoe de gestandaardiseerde residuen bekeken en vervolgens het teken en de significantie van de parameters behorend bij de veronderstelde relaties in het verklaringsmodel.

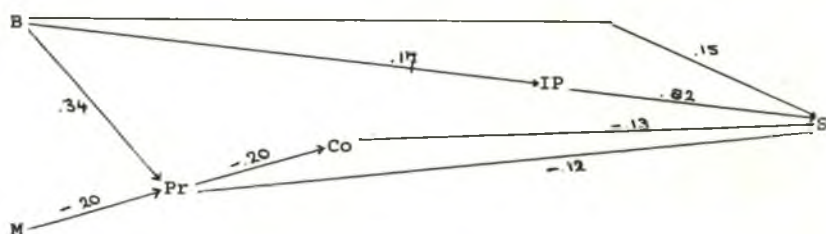
Drie residuen overschrijden de algemeen aanvaarde grens van twee standaard-scores. Die behoren bij de relaties tussen centraliteit (*C*) en invloed (*S*), gemeentegrootte (*G*) en invloed (*S*) en tussen gemeentegrootte (*G*) en vraaggedrag (*IP*). Op theoretische gronden behoren echter zeker de eerste twee relaties tot het model.

De parameters hebben, op een enkele uitzondering na, het verwachte teken. Zeven zijn niet significant (significantieniveau 5%). Daaronder behoren de drie relaties tussen maatschappelijke-contextvariabelen (centraliteit, gemeentegrootte en verzuiling) en de hoeveelheid invloed. Ook de verbanden tussen de capaciteit van het management (*M*) en invloed (*S*) en het vraaggedrag (*IP*) zijn niet significant, evenals de relaties tussen de posities van het beleidsobject (*B*) en het vraaggedrag (*IP*) en het aantal coalities (*Co*).

Als tweede stap zijn de niet-significante en de niet-(theoretisch) substantiële⁸ relaties uit het model verwijderd. Daarna is het resterende verklaringsmodel opnieuw geschat. Aan dezelfde zes criteria voor de overall fit is nu beter voldaan. De verbetering komt nog sterker naar voren in de interne fit. De gestandaardiseerde

residuen voldoen nu ruim aan de eis en de parameters zijn significant, met het juiste teken. Dit verklaringsmodel, dat als het 'zuinigste' verklaringsmodel van invloedsverschillen kan worden gezien, ziet er nu als volgt uit.

Figuur 2: Het getoetste verklaringsmodel



6. De betekenis van de bevindingen

De belangrijkste bevindingen kunnen nu als volgt worden samengevat.

Bij haar beslissing over invloedsposingen van algemene ziekenhuizen lijkt de centrale overheid nauwelijks oog te hebben voor de drie elementen die we als belangrijk zagen in het invloedsproces, te weten de 'positie van het beleidsobject (B)', de 'probleemoplossingscapaciteit van het management (M)' en de 'maatschappelijke context (C, G, Z)'. Slechts gering is de bijdrage, direct en indirect, van de samengestelde variabele 'positie van het beleidsobject'. Omdat de ernst van de positie van het ziekenhuis (B) direct zowel enigermate samenhangt met de hoeveelheid invloedsposingen (IP) als met de hoeveelheid invloed (S), lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de sociale rang van het ziekenhuis, haar ruilwaarde en achterstandssituatie, zoals die liggen ingebed in de indicering van de samengestelde variabele, meespelen bij de overheid in haar beslissing over de invloedsposiging. De bijdrage van de capaciteit van het management is te verwaarlozen, aangezien een direct effect ontbreekt en het positieve indirecte effect via prestaties weer wegvalt tegen het negatieve indirecte effect via prestaties en coalities. Het element 'maatschappelijke context' lijkt geen enkele rol te spelen in het invloedsproces. Nadere analyse van het vraaggedrag levert hier echter iets opvallends op. Daarover verder op meer.

Bezien we de rol van de drie interveniërende variabelen, dan springt in het oog dat de hoeveelheid invloed in zeer sterke mate direct wordt bepaald door de hoeveelheid invloedsposingen, dus door het vraaggedrag. Corrigerend gedrag van de overheid voor overvraging vindt nauwelijks plaats afgaande op het ontbreken van andere sterke relaties. De verdelende rechtvaardigheid van de overheid is veeleer gebaseerd op een evenredige toekenning aan allen van het gevraagde, dan op het inhalen van achterstanden en het lenigen van noden. Coalitievorming is, in overeenstemming met de theorie, een zwakgebod van vooral minder goed presterende

ziekenhuizen en gooit dan ook geen hoge ogen bij de overheid. Ten slotte verdienen de variabele ziekenhuisprestaties onze aandacht. Het zijn met name de ziekenhuizen in een situatie die tot veel problemen aanleiding geeft die beter presteren. En ook blijkt dat een grotere probleemoplossingscapaciteit van het management geen goede prestaties garandeert. Integendeel. De minder goed presterende ziekenhuizen vinden echter wel naar verhouding vaker gehoor bij de overheid voor hun problemen dan de goed presterende ziekenhuizen. Wellicht dat meespeelt dat de overheid hier op prestatieverbetering mikt bij het toekennen van voorzieningen.

De toetsresultaten geven aanleiding in het verklaringsmodel de positie van het vraaggedrag nader te analyseren. Dat vraaggedrag is immers een allesoverheersende factor die op zijn beurt nauwelijks door de veronderstelde relaties (met *B* en *M*) wordt verklaard. Ook bleek dat de maatschappelijke context niet direct de hoeveelheid invloed mede bepaalt. In het model werd alleen een relatie verondersteld met het beslissingsgedrag van de overheid. Uit de verdere analyse blijkt nu dat ten onrechte geen relatie is gelegd tussen maatschappelijke context en het vraaggedrag. De betekenis van de maatschappelijke context ligt juist in haar bijdrage aan het vraaggedrag. Ziekenhuizen dicht bij de beslissingscentra en ziekenhuizen in de grotere gemeenten ondernemen relatief meer invloedspogingen dan ziekenhuizen in de perifere gebieden en in de kleinere gemeenten. Omdat de hoeveelheid invloed voor het overgrote deel afhangt van de hoeveelheid invloedspogingen, zijn de ziekenhuizen die het dichtst bij het vuur zitten en die in de grote steden toch het beste af. Wordt de relatie tussen centraliteit (*C*) en vraaggedrag (*IP*) bij wijze van modeexploratie meegeschat, dan wordt de relatie tussen de positie van het beleidsobject (*B*) en het vraaggedrag (*IP*) sterker en duidelijk significant. Verder onderzoek, waarbij die relaties wel in het theoretisch verklaringsmodel zijn opgenomen, moet hierin meer inzicht brengen.

De multivariate analyse heeft aangetoond dat sterk dient te worden getwijfeld aan enkele bevindingen die met bi-variate analyses werden verkregen. Zo blijkt nu dat de maatschappelijke context geen directe rol speelt bij de overheid als beslisser in het invloedsproces. Toch is dat element in het invloedsonderzoek onontbeerlijk, aangezien dit direct in sterke mate het vraaggedrag bepaalt. Ook blijkt nu dat de capaciteit van het management om problemen (via de overheid) op te lossen vooral van belang is voor het stimuleren van het vraaggedrag. Eerder werd steeds aangenomen dat kenmerken van de vrager direct van invloed waren op de invloedsverdeling. In geen eerder invloedsonderzoek is zo pregnant de centrale positie van het vraaggedrag gebleken. Veel vragen leidt tot veel invloed, slechts marginaal bijgestuurd voor andere factoren. Ten slotte blijkt ook uit een nadere analyse op de samenstelling van de twee samengestelde verklarende variabelen 'positie van het beleidsobject' en 'probleemoplossingscapaciteit van het management', en ook dat in tegenstelling tot de eerder bi-variant verkregen onderzoeksbevindingen, dat de indicatoren wellicht niet cumulerend werken maar veeleer alternerend.

7. Conclusie

In eerder publicaties is het verschil in invloed tussen algemene ziekenhuizen op de centrale overheid aangetoond en toegelicht (Bos 1988b; De Vries 1989). In dit artikel wordt de ongelijkheid in de verdeling van ziekenhuisvoorzieningen verklaard vanuit de verschillen in invloed van de algemene ziekenhuizen op de centrale overheid. De hoeveelheid invloed per algemeen ziekenhuis werd gemeten met de *procesmethode*. De analyse van de invloedsverschillen werd uitgevoerd met de *Lisreltechniek*.

De invloedsverschillen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door het vraaggedrag. Hoe vaker iets door een algemeen ziekenhuis wordt gevraagd, des te vaker de overheid toestemt. De positie van het beleidsobject en de probleemoplossingscapaciteit van het management leveren, direct of indirect via coalitievorming en ziekenhuisprestaties, een geringe bijdrage aan de invloedsverwerving. Coalitievorming is een 'zwakgebod'. Een goed management van het ziekenhuis, zoals hier gemeten, garandeert geen goede prestaties van het ziekenhuis. Al deze factoren zijn op hun beurt niet bepalend voor het zo belangrijke vraaggedrag in het invloedsproces. Juist op dat niveau blijkt de maatschappelijke context van belang en niet zozeer op het niveau van de overheid als beslisser in het invloedsproces.

Door een ongelijke verdeling van ziekenhuisvoorzieningen bestaat er een ongelijkheid in kansen op gezondheidszorg onder de burgers. Deze vorm van ongelijkheid is moeilijk te rechtvaardigen en past zeker niet in een kleine, moderne samenleving als de onze. Op basis van onze onderzoeksbevindingen zou corrigerend overheidsbeleid meer de nadruk moeten leggen op het wegwerken van de achterstanden die sommige categorieën ziekenhuizen kenmerken, bij voorbeeld de oudere ziekenhuizen, en niet als uitgangspunt moeten kiezen de evenredige toewijzing van aanvragen ('verdeel en heers'?) en nog minder de mogelijkheid en bereidwilligheid van de ziekenhuizen mee te werken aan bezuinigingen in ruil voor verbetering in de voorzieningen. Een dergelijke 'ruilrelatie' houdt niet alleen oude ongelijkheden in stand, maar creëert ook nieuwe.⁹

De resultaten van dit type invloedsonderzoek reiken verder dan de vaststelling van de kenmerken die verantwoordelijk zijn voor de ongelijkheid in de gezondheidszorgvoorzieningen. Invloedsonderzoek, uitgevoerd met de *procesmethode*, blijkt zich zeer goed te lenen voor het toetsen van verklaringsmodellen voor invloedsverschillen. Deze bijdrage heeft duidelijk gemaakt dat invloedsonderzoek zich niet hoeft te beperken tot uitvoerige case-studies en bi-variate analyses zodat er meer inzicht ontstaat in het complexe invloedsproces. Zo blijkt nu bij voorbeeld dat, binnen de context van het verklaringsmodel, de probleemoplossingscapaciteit van het management geen wezenlijke bijdrage levert aan het verkrijgen van invloed op de overheid, anders dan via het ondernemen van veel invloeds pogingen. Of dit ook geldt voor andere sectoren dan de gezondheidszorg, moet vergelijkend

onderzoek leren. Dan kunnen algemene conclusies worden geformuleerd over het belang van actoren en factoren voor invloedsverwerving.

Toekomstig onderzoek moet ook de verklaringsmodellen voor invloedsverschillen verfijnen. Dit moet onder andere gaan betekenen dat categorieën indicatoren binnen een facet en/of binnen een element worden onderscheiden die, eventueel als indicator van latente variabelen, als afzonderlijke verklarende variabelen expliciet in het verklaringsmodel kunnen worden opgenomen. Daartoe is vereist dat invloedsonderzoek grootschalig wordt opgezet om niet al te zeer beperkt te worden door de eisen voor toepassing, bij voorbeeld de ratio tussen het aantal theoretisch veronderstelde relaties in het verklaringsmodel en het aantal analyse-eenheden, van causale, multivariate analysetechnieken zoals Lisrel.

Noten

1. Er zijn diverse criteria om de scheefheid van de gezondheidszorgvoorzieningen te meten. Het valt buiten het bestek van dit artikel hierop in te gaan. Zie daarvoor onder andere Mooney (1973), Rutten en Janssen (1987) en De Vries (1989).

2. Onze dank gaat uit naar A.T.J. Nooij voor zijn uitvoerige commentaar op speciaal dit onderdeel in een eerdere versie van het artikel.

3. Met deze begrippen wordt de terminologie in de procesmethode aangehouden. Gedrag van collectieve actoren, zoals een ziekenhuis, staat voor de resultante van interorganisationale processen dat door de daarvoor aangewezen verantwoordelijke actor naar buiten komt. De ziekenhuisdirecteur is dat op ons onderzoeksterrein. Hoewel de ziekenhuisdirecteuren de waarnemingseenheden zijn, blijft het ziekenhuis de analyse-eenheid. Dat persoonlijke kenmerken van de directeuren in het onderzoek worden opgenomen, berust op het feit dat in het algemeen de directeuren het beleid van de organisatie bepalen en daardoor van extra gewicht zijn in invloedsprocessen tussen actoren, zoals tussen ziekenhuizen en de overheid.

4. Het is niet noodzakelijk dat de beslissers zijn gedrag in het voordeel van de vrager verandert ten gevolge van diens invloeds poging. Er kan ook een gedragsverandering optreden zonder invloeds poging. Dan is er doorgaans sprake van anticipatie door de beslissers. Een dergelijke situatie behoort tot de hoge uitzonderingen en blijft hier verder buiten beschouwing. Ook kunnen er negatieve effecten zijn. Negatieve invloed van een ziekenhuis zou betekenen dat ten gevolge van een invloeds poging de centrale overheid juist op het punt van de invloedsuitoefening het ziekenhuis beperkingen op gaat leggen. Ook die situaties zullen tot de hoge uitzonderingen behoren. In dit onderzoek kan een invloedsactie tot geen resultaat leiden of tot een (partieel) positief resultaat.

5. Na controle is gebleken dat de niet geheel evenredige vertegenwoordiging in de steekproef van de drie ziekenhuiscategorieën naar hun omvang geen noemenswaardige vertekening van de onderzoeksbevindingen inhoudt.

6. De hoeveelheid invloed, zoals die in de procesmethode wordt gemeten, kan ook afhangen van de aard van het probleem waarvoor een invloeds poging is ondernomen. Dit aspect kan hier buiten beschouwing blijven daar Huigen (1986) heeft aangetoond dat kenmerken van het probleem niet of nauwelijks bijdroegen aan de invloedsverschillen.

7. De resultaten worden niet vertekend door multicollineariteit. De correlaties tussen de verklarende variabelen zijn niet extreem hoog (de determinant van de correlatie is van voldoende grootte). Tevens blijkt later dat er nauwelijks tot geen correlatie is tussen de parame-

ters van de geschatte modellen.

8. Een relatie wordt als substantieel aangemerkt als de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt weliswaar niet significant is maar toch minstens .15 bedraagt én op theoretische gronden de relatie onmisbaar in het verklaringsmodel lijkt. Dit is hier slechts met de relatie 'positie van het beleidsobject' (*B*) – 'vraaggedrag' (*IP*) het geval. Door het diffuse karakter van de variabele 'positie van het beleidsobject', zich manifesterend in een grote variatie, en het ontbreken van een relevante andere verklarende factor in het uiteindelijke verklaringsmodel, namelijk centraliteit (*C*), is de coëfficiënt van .17 niet significant.

9. Het blijkt ook uit de gegeven toelichtingen door de respondenten dat, wie bereid is in te leveren, bij voorbeeld ziekenhuisbedden, meer kans maakt bij de overheid zijn invloedspoging gehonoreerd te zien. Baakman (1987) vond dat ziekenhuizen, die bereid waren bedden in te leveren voorrang kregen bij nieuwbouw. In dit onderzoek gaat het om meer dan nieuwbouw.

Geraadpleegde literatuur

- Alferink, E.A.M.A. (1980), Tien jaar VARA-ombudsman. Een empirisch onderzoek naar de invloed van de TV-ombudsman en zijn coalitiepartners op het beleid van de overheid. *Sociologische Gids* 27, 483-500.
- Algemene Rekenkamer (1990), *Planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen*. 's-Gravenhage.
- Baakman, N.A.A. (1987), De veranderende legitimaties van het Nederlandse ziekenhuisbouwbeleid 1945-1985. *Mens en Maatschappij* 62, 340-357.
- Bachrach, P., en M.S. Baratz (1962), Two faces of power. *American Political Science Review* 57, 947-952.
- Bagozzi, R.P. (1988), On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Sciences* 16, 74-94.
- Blau, P. (1964), *Exchange and power in social life*. New York.
- Bos, J.M. (1988a), Overheidsbeleid en maatschappelijke instemming: Een empirisch onderzoek onder ziekenhuisdirecteuren. *Beleidswetenschap* 2, 317-331.
- Bos, J.M. (1988b), Regelmatigheden bij de invloedsverdeling: een empirische toetsing aan de gezondheidszorgsector. *Sociologische Gids* 35, 380-396.
- Bos, J.M., en D.J. van Maanen (1989), Overheidsbeleid en samenwerking bij bestuursinstellingen: Een empirisch onderzoek naar de samenwerking bij algemene ziekenhuizen. *Beleidswetenschap* 3, 145-164.
- Bos, J.M., en G.P.A. Braam (1980), Invloed van voetbalclubs op de gemeentelijke overheid: Een vergelijkend onderzoek bij clubs uit het betaalde voetbal. *Sociologische Gids* 27, 456-482.
- Braam, G.P.A. (1973), *Invloed van bedrijven op de overheid: Een empirische studie over de verdeling van maatschappelijke invloed*. Meppel.
- Brand, A.M.M., H. van Goor en B.C.A.M. Poiesz (1981), Protestacties van middenstanders tegen beleidsmaatregelen van de lokale overheid. *Acta Politica* 15, 101-119.
- Ellemers, J.E. (1976), Veel kunnen verklaren of iets kunnen veranderen; Krachtige versus manipuleerbare variabelen. *Beleid en Maatschappij* 3, 281-290.
- Ellemers, J.E. (1981), Macht. In: L. Rademaker (red.), *Sociologische Grondbegrippen 1: Theorie en analyse*, Utrecht, 276-297.
- Elting, L., en M. Even (1979), Onderwijs, invloed en sociale ongelijkheid: Een empirisch onderzoek naar de invloed van scholen op het (gemeentelijke) overheidsbeleid. Gronin-

- gen, *Info* 10, 231-304.
- Godfroy, A.J.A. (1986), Beheersing en produktiviteit in de gezondheidszorg. *Beleid en Maatschappij* 13, 313-323.
- Goor, H. van (1988), *Democratie of bureaucratie?* Assen.
- Homans, G.C. (1961), *Social behaviour; its elementary forms*. Londen.
- Hoogerwerf, A. (1988), Van groeibeleid naar beheersbeleid. *Bestuurskundige Beschouwingen* Deel 7. 's-Gravenhage.
- Huigen, J. (1986), *Invloed van algemene ziekenhuizen op de overheid: belang van probleemkenmerken voor invloedsuitoefening*, (doctoraalscriptie). Enschede.
- Jöreskog, K., en D. Sörbom (1989), *Lisrel 7, a guide to the program and application*. Chicago/Gorinchem.
- Lazarsfeld, P.F., en M. Rosenberg (1955), *The language of social research*. New York.
- Merton, R.K. (1957), *Social theory and social structure*. Glencoe.
- Mooney, G. (1973), Equality in health care: confronting the confusion. *Journal of Political Economy* 82, 251-272.
- Parsons, T. (1963), On the concept of influence, *Public Opinion Quarterly* 27, 37-62.
- Parsons, T. (1969), *Politics and social structure*. New York.
- Rutten, F.F.H., en R.T.J.M. Janssen (1987), *De ongelijke verdeling van gezondheid*. Congresverslag. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Runciman, W.G. (1966), *Relative deprivation and social justice*. Londen.
- Simon, H.A. (1957), Notes on the observation and measurement of political power, *Models of Man*, 62-78.
- Verschuren, P.J.M. (1991), *Structurele modellen tussen theorie en praktijk*. Utrecht.
- Vries, M. de (1989), *De gevolgen van regiokenmerken voor de invloed van ziekenhuisdirecties op de overheid*, (doctoraalscriptie). Enschede.
- Vught, F.A. van (1986), Op zoek naar een interactionistische sturingsconceptie: Een poging tot theorievorming. In: M.A.P. Bovens e.a. (red.), *Sturing van de samenleving*, Zwolle, 159-175.