
Regelmatigheden bij de invloedsverdeling; een empirische toetsing aan de gezondheidszorgsector

J.M. Bos

1. Inleiding

Iedereen kan zich regelmatig en met recht verbazen over de ongelijke behandeling die gelijken zich soms moeten laten welgevalen en over de gelijke behandeling die ongelijken toevalt.¹ Toegepast op de behandeling door de overheid kan dat een gevolg zijn van een verschil in invloed die men op de overheid heeft (Braam 1973; Elting en Even 1979; Alferink 1980; Bos en Braam 1980; Brand 1981). Dat mag dan indruisen tegen ons rechtvaardigheidsgevoel en onze gelijkheidsidealen, dat de één zijn belangen beter weet te behartigen dan de ander is niet in strijd met ons maatschappelijk bestel. Mits uiteraard van toelaatbare middelen gebruik wordt gemaakt. Onderzoek naar de invloedsverdeling kan de mechanismen blootleggen die tot ongeoorloofde en ongewenste maatschappelijke ongelijkheid voeren en daarmee aanknopingspunten bieden voor corrigerende maatregelen. Hoe meer inzicht wordt verkregen in de regelmatigheden bij de invloedsverdeling, met name in de relaties tussen verklarende factoren en de componenten van het invloedsproces, des te groter de kans wordt op een (nog) rechtvaardiger verdeling door de overheid.

De afgelopen vijftien jaar is in ons land met behulp van de *procesmethode* onderzoek verricht naar de invloedsverdeling en de factoren die daarmee verband houden. Om regelmatigheden op het spoor te komen en nieuwe inzichten in relaties te verkrijgen is onderzoek op een nieuw invloedsdomein geëntameerd.² In 1982/1983 zijn daartoe 85 algemene ziekenhuizen benaderd. De belangrijkste bevindingen worden hier gepresenteerd.

Dit artikel is als volgt opgebouwd. In paragraaf 2 wordt kort de *procesmethode* toegelicht. De probleemstelling is in paragraaf 3 uitgewerkt. De onderzoeksopzet volgt in paragraaf 4. In paragraaf 5 zijn de onderzoeksbevindingen opgenomen over de invloedsverdeling. De resultaten voor de invloedscomponenten staan in paragraaf 6. In paragraaf 7 worden enkele conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

2. De procesmethode in hoofdlijnen

De procesmethode, en daarin onderscheidt deze zich van de meeste andere methoden om invloed te meten (positiemethode, reputatiemethode, decissiemethode, netwerkanalyse) is een directe meetmethode. De uiteindelijke hoeveelheid invloed wordt gelijk gesteld aan het aantal effecten in een bepaalde periode bereikt. Dit uitgangspunt berust op de inzichten van Simon (1957), Bachrach en Baratz (1962) en Lazarsfeld en Rosenberg (1955). De causale toerekening vindt plaats door de oorzakelijkheid per invloedsproces te onderzoeken en een zodanige onderzoeksopzet te kiezen dat zoveel mogelijk factoren, waarin men niet geïnteresseerd is, constant worden gehouden en dus per definitie niet verstorend kunnen werken. Een voorbeeld in ons onderzoek is de beperking tot de algemene ziekenhuizen. De hoeveelheid invloed wordt nu bepaald door:

- de onderkenning van invloedsmogelijkheden;
- de durf en de kennis om invloeds pogingen te ondernemen;
- de beslissing over de invloeds pogingen.

De eerste twee invloedscomponenten weerspiegelen het gedrag van de beïnvloeder (= vrager), de derde component beschrijft het gedrag van de beïnvloede (= beslisser). Verschillen in invloed kunnen dus door beide actoren worden veroorzaakt. In dit onderzoek gaat het om de invloed verkregen na acties ondernomen door de vrager. Invloed ten gevolge van anticipatie door de beslisser blijft buiten beschouwing.

De onderkenning van de invloedsmogelijkheden wordt tot uitdrukking gebracht met de index P; het aantal onderkende problemen in de onderzoeksperiode (= latente anticipatie). De durf en de kennis om invloeds pogingen (IP) te ondernemen wordt gemeten aan het percentage onderkende invloedsmogelijkheden waarvoor een invloeds poging werd ondernomen (= manifeste anticipatie). De verhouding tussen het aantal positieve beslissingen (successen = S) en het aantal ondernomen invloeds pogingen is de getoetste invloed. Hoewel de hoeveelheid invloed dus afhangt van het gedrag van de vrager en van de beslisser is ze uiteindelijk gelijk aan het aantal behaalde successen. Dat volgt uit de relatie tussen de drie componenten van het invloedsproces.

$$S = P \times \frac{IP}{P} \times \frac{S}{IP}$$

hoeveelheid invloed = latente anticipatie x manifeste anticipatie x getoetste invloed

Opgesplitst naar het gedrag van beide actoren wordt dat:

$$\text{invloedsresultaat} = (\text{gedrag van de vrager gericht op invloedsverwerving}) \times (\text{in combinatie met gedrag beslisser})$$

We kunnen dus de hoeveelheid invloed bestuderen onafhankelijk van het gedrag van de vrager en dat van de beslisser. Daarvoor volstaat immers een analyse op het aantal successen. Dat gebeurt in paragraaf 5. Vervolgens kan onderzocht worden in hoeverre de tot stand gekomen invloedsverdeling het resultaat is van het gedrag van de vrager, van de beslisser of van beiden. Daaraan is paragraaf 6 gewijd.

Bij invloedsverschillen wordt de vraag welke invloedscomponenten verschillen te zien geven en welke factoren van belang zijn voor elk van die componenten. Slechts factoren die voorkomen in de beslissingswereld van de actor mogen daarbij in beschouwing worden genomen. Zo kunnen eigenschappen van de vrager geen rol spelen bij de beslisser als hij daar geen kennis van kan hebben.

Voor een uitgebreidere uiteenzetting en verantwoording van de procesmethode als meetinstrument voor invloed zie Braam (1973).

3. Probleemstelling

De probleemstelling welke aan het onderzoek ten grondslag ligt, luidt: zijn we met enkele relevant gebleken factoren regelmatigheden bij de invloedsverdeling op het spoor en kunnen we meer zicht krijgen op specifieke invloedsrelaties?

In dit artikel beperken we ons daarbij tot de vraagfactoren. Inventarisatie van de bevindingen uit vergelijkbaar onderzoek (Braam 1973; Elting en Even 1979; Bos en Braam 1980; Bos 1982; Bos 1984) laat zien dat dezelfde vragerskenmerken doorgaans samenhangen met – onderdelen van – het invloedsproces. Dat zijn sociale rang³, achterstand⁴, particularisme⁵ en kosmopolitisme.⁶ Sociale rang en achterstandssituatie zijn organisatiekenmerken, particularisme en kosmopolitisme zijn kenmerken van de leiding. Zien we af van nuanceringen⁷, dan mag als over-all conclusie gelden (zie overzicht 1) dat een organisatie tendeert meer invloed op de overheid te hebben naarmate haar sociale rang hoger en achterstand groter is en hun leiders particularistischer en cosmopolitischer georiënteerd zijn. Omdat de bevindingen afkomstig zijn uit onderzoek op verschillende terreinen, rijst het vermoeden dat deze verbanden algemenere geldigheid bezitten. Zo onderzocht Braam (1973) de invloed van bedrijven aan vaarwater (vooral scheepswerven) op de nationale overheid, ging het bij Elting en Even (1979) om de invloed van openbare scholen op de gemeentelijke overheid en behandelde Bos en Braam (1980) de invloed van betaald-voetbalclubs op de gemeentelijke overheid. Door het onderzoek op een nieuw terrein toe te passen kunnen de relaties op consistentie worden getoetst.

Toegepast op het invloedsdomein algemene ziekenhuizen en centrale overheid, leidt dit tot vier te toetsen hypothesen. Elke hypothese wordt van een korte toelichting voorzien.

Overzicht 1: Bevindingen uit andere onderzoeken

	Hoeveelheid invloed			Latente anticipatie			Getoetste invloed		
	Onderzoek 1	2	3	Onderzoek 1	2	3	Onderzoek 1	2	3
<i>Sociale rang</i>									
- dimensie: omvang	pt	0	+	+	0	+	0	+	+
- dimensie: groei	+	0	+	+	+	+	+	+	+
<i>Particularisme</i>									
- lid belangenorganisaties op terrein van onderzoek	+	0	nt	0	0	-	+	0	-
- lid bel.org. buiten onder-ter.	nvt	+	0	nvt	+	-	nvt	+	+
- beroepscontacten beslissers	0	0	+	-/+	0	+	0	0	+
- privé-contacten beslissers	nvt	nvt	0	nvt	nvt	0	nvt	nvt	+
- kringen Rotary e.d.	0	nvt	-	-	nvt	-	0	nvt	-
<i>Kosmopolitisme</i>	+	-	nt	+	0	pt	-	-	nt
<i>Relatieve deprivatie</i>	nvt	+	-/+	nvt	pt	-/+	nvt	pt	-/+

Onderzoek

1 = Braam (1973); 2 = Elting en Even (1979); 3 = Bos en Braam (1980)

Verklaring van de tekens:

0 = geen relatie

pt = positieve tendens

+

nt = negatieve tendens

- = negatieve relatie

-/+ = voor bepaalde categorieën positieve relatie, voor andere categorieën negatieve relatie

nvt = niet van toepassing; niet onderzocht of niet vergelijkbaar

De invloedscomponent manifeste anticipatie is hier buiten beschouwing gelaten omdat vergelijking met ons onderzoek onmogelijk is.

Hypothese 1: Algemene ziekenhuizen met een hoge sociale rang hebben meer invloed op de centrale overheid dan de algemene ziekenhuizen met een lage sociale rang.

De dimensies van sociale rang (prestige), waarop het invloedsonderzoek volgens de procesmethode zich tot nu toe vooral heeft gericht, zijn omvang en prestaties. Hypothese 1 zal voor beide dimensies worden getoetst. Grote ziekenhuizen leveren een groter aandeel in de gezondheidszorg en leveren aansprekender (spectaculairder) resultaten dan kleine. De veronderstelling is dat dit meer aanzien geeft. Ten aanzien van de sociale-rangdimensie prestaties kan worden op-

gemerkt dat de overheid in de jaren zeventig is gestart met de financiële gezondmaking van die sector. Ziekenhuizen die goed presteren zullen dan ook in haar ogen hoger scoren, meer prestige hebben, dan de minder goed presterende ziekenhuizen. Als indicatoren voor presteren⁸ kunnen gelden gemiddelde verpleegduur, verpleegprijs en bezettingsgraad in de laatste drie jaren (NZI-1980/1983). Bij de eerste twee indicatoren wordt rekening gehouden met de functie-categorie van het ziekenhuis. Dan gaat het om de afwijking ten opzichte van het gemiddelde voor die functie-categorie. Sociale rang kan zowel voor het gedrag van de vrager als van de beslisser van belang zijn. Zo kan een ziekenhuis met veel prestige denken dat ze bij de overheid veel kan bereiken hetgeen tot het ondernemen van veel invloedspogingen kan leiden (= gedrag van de vrager gericht op invloedswerving). De overheid op haar beurt kan in haar beslissingen daadwerkelijk afgaan op de sociale rang van het ziekenhuis (= gedrag van de beslisser ten aanzien van invloedstoekenning).

Hypothese 2: Algemene ziekenhuizen die zich in een achterstandsituatie bevinden hebben meer invloed op de centrale overheid dan de andere algemene ziekenhuizen.

Het tweede kenmerk van de vragende instantie dat voor toetsing in aanmerking komt, is de achterstandsituatie. In het onderzoek zijn de kenmerken adherentie en bouwjaar gekozen als indicatoren waarop de hypothese wordt getoetst. Ziekenhuizen met een lage adherentie (zij hebben relatief weinig bedden per 1.000 inwoners) en oude ziekenhuizen (qua gebouwen) verkeren in een achterstandsituatie. Ook hier geldt dat zowel een relatie met het gedrag van de vrager als met het gedrag van de beslisser verondersteld kan worden. Achtergestelde ziekenhuizen zullen hun achterstand willen inhalen. De overheid kan bij haar overwegingen een rol laten spelen dat bij voorbeeld elk ziekenhuis moderne apparatuur moet hebben. Ze deelt dan ongelijkheid toe om meer gelijkheid te bereiken door het wegwerken van achterstandsituaties, een vorm van verdelende rechtvaardigheid dus.

Wat betreft de twee relevante kenmerken van de leiding moeten, gelet op de eerdere onderzoeksbevindingen, de hypothesen als volgt luiden.

Hypothese 3: Algemene ziekenhuizen met een particularistische directeur hebben meer invloed op de centrale overheid dan de algemene ziekenhuizen zonder particularistische directeur.

Aan particularisme vallen verscheidene aspecten te onderkennen. Allereerst zijn dat de lidmaatschappen van belangenorganisaties, zowel op het gebied van de gezondheidszorg als daarbuiten.⁹ Vervolgens onderscheiden we persoonlijke contacten met overheidsfunctionarissen, zowel beroepshalve als privé. Ten slotte is er het lidmaatschap van kringen als Rotary, Lions e.d. In eerder onderzoek vertoonde weliswaar niet elke indicator een relatie met de invloedverdeling maar altijd waren er wel enkele significante verbanden. Ook particularisme kan

zowel het vraag- als het beslisgedrag beïnvloeden. Goede contacten kunnen zowel bij de vrager de verwachting wekken dat men meer kan bereiken, dus meer kan vragen, als bij de beslisser de neiging doen bestaan uit vertrouwelijk oogpunt eerder in te stemmen, dus vaker positief te beslissen.

Hypothese 4: Algemene ziekenhuizen met een kosmopoliet als directeur hebben meer invloed op de centrale overheid dan algemene ziekenhuizen met een lokalist als directeur.

Omdat de overheid doorgaans niet op de hoogte zal zijn van de mate waarin de ziekenhuisleiding kosmopolitisch is georiënteerd, zal een eventueel invloedsverschil door een verschil in gedrag van de vrager veroorzaakt moeten zijn en niet door het gedrag van de beslisser, wil kosmopolitisme daadwerkelijk relevant zijn voor de invloedsverdeling.

4. De onderzoeksofzet

De procesmethode stelt stringente eisen aan de vergelijkbaarheid van de organisaties en aan het invloedsdomein. Hoe beter de vergelijkbaarheid des te minder externe factoren verstorend kunnen werken. Het invloedsdomein dient vooraf op de aanwezigheid van invloedsruimte te worden onderzocht. Dit laatste komt er vooral op neer vast te stellen dat de beïnvloede instantie de vrijheid heeft om positief of negatief over invloedsopgingen te beslissen. Dit was hier het geval. Met de inperking tot problemen op het gebied van verbouw, nieuwbouw, apparatuur en specialismen is het invloedsdomein voor ieder ziekenhuis relevant en gelijk. We kozen voor algemene ziekenhuizen. Buiten beschouwing bleven de academische en de categorale ziekenhuizen omdat hun invloedsmogelijkheden (problemen) overeenkomstig hun takenpakket afwijken van die van algemene ziekenhuizen. De onderzoeksperiode bestreek de voorafgaande drie kalenderjaren.

Van de toenmalige populatie van 168 algemene ziekenhuizen kwamen er 24 om uiteenlopende redenen (b.v. in het vooronderzoek benaderd, sluiting op korte termijn, aanstaande fusie) niet voor het onderzoek in aanmerking. Uit de resterende 144 is een gestratificeerde steekproef getrokken. Voor deze steekproeftechniek werd gekozen om de eerste twee hypothesen optimaal te kunnen toetsen. Over de variabelen in die hypothesen kon vooraf informatie worden ingewonnen. Het zijn ziekenhuisgrootte als indicator voor de sociale-rangdimensie omvang, bouwjaar en adherentie. Ziekenhuisgrootte wordt geïndiceerd door het aantal aanwezige specialismen (Van Drunen 1982). Deze functieclassificatie staat in direct verband met het aantal ziekenhuisbedden. Er waren 26 topziekenhuizen (het grootste aantal specialismen en bijgevolg de hoogste sociale rang), 77 centrumziekenhuizen en 41 basisziekenhuizen (het kleinste aantal specialismen en dus het laagste in sociale rang). Alle topziekenhuizen werden in

het onderzoek opgenomen. Rekening houdend met de materiële mogelijkheden werden 32 basis- en 32 centrumziekenhuizen in de steekproef getrokken, evenredig verdeeld over adherentie en bouwjaar. De grens tussen oude en nieuwe ziekenhuizen werd gelegd bij 1961. Nieuwe ziekenhuizen waren dus ten tijde van het onderzoek maximaal 20 jaar oud. Van een relatief hoge adherentie spreken we als er minstens 5 bedden per 1.000 inwoners in het verzorgingsgebied zijn. De overheid had recentelijk de norm onder de 5 promile gebracht. Schema 1 laat de verdeling van de populatie en de steekproef zien.

Schema 1: Populatie en steekproef van algemene ziekenhuizen naar drie steekproefassen (tussen haakjes de steekproef aantallen)

Bouwjaar	Ziekenhuis-functieclassificatie					
	Basisadherentie		Centrumadherentie		Topadherentie	
	laag	hoog	laag	hoog	laag	hoog
≤ 1960	8 (8)	10 (8)	13 (8)	18 (8)	1 (1)	6 (6)
≥ 1962	12 (8)	11 (8)	31 (8)	15 (8)	8 (8)	11 (11)

Om verschillende redenen vielen 5 ziekenhuizen af: twee oude basisziekenhuizen met een hoge adherentie, een nieuw centrumziekenhuis met een hoge adherentie en twee nieuwe centrumziekenhuizen waarvan één met een lage en één met een hoge adherentie. Een oud centrumziekenhuis bleek een lage in plaats van een hoge adherentie te hebben. In alle gevallen werd de economische directeur geïnterviewd, omdat deze functionaris meestal is belast met de externe contacten op deze terreinen, dan wel de directeur die daarvoor het meest in aanmerking kwam. De betrouwbaarheid van de door deze sleutelfiguren verschaft informatie mag hoog worden aangeslagen (Bos 1986).

5. Onderzoeksbevindingen

In deze paragraaf worden de bevindingen gepresenteerd met betrekking tot de uiteindelijke invloedsverdeling, dus afgeleid van het aantal successen. In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de betekenis van de verklarende factoren voor de afzonderlijke invloedscomponenten latente anticipatie en getoetste invloed; op de betekenis derhalve van het gedrag van de vrager (het ziekenhuis) en dat van de beslisser (de centrale overheid) voor de invloedsverdeling. De 85 onderzochte algemene ziekenhuizen boekten 202 successen¹⁰ bij de centrale overheid in de onderzoeksperiode. Uit tabel 1 blijkt dat de algemene ziekenhuizen aanzienlijk verschillen naar de hoeveelheid invloed die ze op de

Tabel 1: Invloedsverdeling over de algemene ziekenhuizen

hoeveelheid invloed (= aantal succes- sen)	aantal ziekenhuizen
0	5
1	19
2	28
3	16
4	10
5	4
6	2
7	1
totaal	202

centrale overheid hebben. Gemiddeld werd per ziekenhuis 2,4 successen behaald.

Daar algemene ziekenhuizen verschillen in invloed op de centrale overheid wordt het mogelijk de vier hypothesen te toetsen. Tabel 2 geeft een overzicht van de verkregen resultaten.

Tabel 2: Invloedsverdeling naar de hypothesekenmerken

	aantal zieken- huizen	aantal successen (S) = hoeveelheid invloed
<i>Hyp. 1: sociale rang</i>		
a) ziekenhuisomvang		
basisziekenhuis	30	1.7
centrumziekenhuis	31	2.2
topziekenhuis	24	3.4
b) ziekenhuisprestaties		
- bezettingsgraad		
< 85%	30	2.4
85-89%	41	2.4
≥ 90%	14	2.1
- gem. verpleegduur		
boven gemiddelde	29	2.5
gemiddeld	36	2.5
onder gemiddelde	20	2.0
- verpleegprijs		
boven gemiddelde	38	2.5
gemiddeld	25	2.8
onder gemiddelde	22	1.8
<i>Hyp. 2: achterstandsituatie</i>		
- adherentie		
laag (< 5 ⁰ / ₀₀)	39	2.6
hoog (≥ 5 ⁰ / ₀₀)	46	2.2

	aantal zieken- huizen	aantal successen (S) = hoeveelheid invloed
- bouwjaar		
oud (≤ 1960)	37	2.2
jong (≥ 1962)	48	2.5
<i>Hyp. 3: particularisme</i>		
- lid belangenorganisatie gezondheidszorg		
weinig	47	2.2
veel	38	2.6
- lid belangenorganisatie buiten ge- zondheidszorg		
weinig	39	2.2
veel	46	2.5
- beroepscontacten met beslissers		
weinig	45	2.3
veel	40	2.5
- privé-contacten met beslissers		
weinig	46	2.2
veel	39	2.6
- lid Kringen Rotary e.d.		
niet	63	2.4
wel	22	2.2
<i>Hyp. 4: kosmopolitisme</i>		
niet	56	2.2
wel	29	2.6
Totaal	85	2.4

Hypothese 1, dat de hoeveelheid invloed stijgt met de sociale rang van de vrager, vindt steun in ons onderzoek voor wat betreft de dimensie omvang maar niet voor wat betreft de dimensie prestaties. Topziekenhuizen blijken, conform onze verwachting, de meeste invloed te hebben en basisziekenhuizen de minste. Daarentegen is de invloed van de goed presterende ziekenhuizen (hoge bezettingsgraad, lage gemiddelde verpleegduur en lage gemiddelde verpleegprijs) geringer dan die van de minder goed presterende ziekenhuizen. Wellicht dat het onderscheid naar de afzonderlijke actoren in het invloedsproces, i.c. vragers en beslissers, dat verderop wordt gemaakt, meer licht op deze tegenstrijdige bevindingen werpt.

Ook ten aanzien van *hypothese 2* zitten we met een soortgelijke constatering als hiervoor. De hypothese mag verworpen worden naar achterstand qua huisvesting, maar niet naar achterstand in adherentie. Dat oude ziekenhuizen niet meer invloed hebben dan nieuwe kan verband houden met de bezuinigingspolitiek van de overheid. Bouwstops, bouwplafonds en vertragingsprocedures bij ver- en nieuwbouw maakten daarvan deel uit. Dat ziekenhuizen met een lage

adherentie wel meer invloed op de overheid hebben dan ziekenhuizen met een hoge adherentie zou evenzeer toegeschreven kunnen worden aan het overheidsbeleid. Dat is er immers op gericht de beddenorm terug te dringen en dus zijn voor de overheid ziekenhuizen met een hoge adherentie de organisaties die meer in de pas moeten gaan lopen en dus minder mogen uitbreiden e.d. Verderop zullen we zien of de invloedsverschillen naar de achterstandsituatie volledig aan het gedrag van de beslisser (= de overheid) mogen worden toegeschreven.

Hypothese 3, dat ziekenhuizen met een particularistische leiding meer invloed hebben dan ziekenhuizen zonder een particularistische leiding, mag niet verworpen worden. Ook nu weer blijkt hoe belangrijk lidmaatschappen en contacten, zowel binnen als buiten beroepsverband, zijn voor het verwerven van invloed op de overheid. Ook vinden we weer dat het particularistische element 'lidmaatschap Kringen' tendeeft naar een negatief verband met de hoeveelheid invloed. Dat is overeenkomstig de bevindingen uit eerder onderzoek.

Dat ziekenhuizen met een kosmopolitische leiding meer invloed hebben dan de ziekenhuizen zonder een kosmopolitische leiding, *hypothese 4*, vindt steun in ons onderzoek. Zowel de bevinding ten aanzien van hypothese 3 als 4 blijft ongewijzigd als ze worden getoetst onder constanthouding van elk der drie steekproefassen.

Invloedsverschillen kunnen veroorzaakt zijn door het gedrag van de vrager (latente en manifeste anticipatie) en door het gedrag van de beslisser (getoetste invloed), schreven we eerder. Ze kunnen elkaar versterken of compenseren. Daarom verdient het aanbeveling zowel in het geval van het bestaan als in het geval van het ontbreken van invloedsverschillen beide gedragscomponenten afzonderlijk te bezien. Dat gebeurt in paragraaf 6.

6. Vraag- en beslisgedrag

Zowel de onderkenning van invloedsmogelijkheden (latente anticipatie) als de durf en de kennis om invloeds pogingen te ondernemen (manifeste anticipatie) bepalen het vraaggedrag. De 85 algemene ziekenhuizen onderkennen 309 problemen, hetgeen neerkomt op een gemiddelde latente-anticipatiescore van 3.6. Slechts één ziekenhuis had geen relevante problemen, vijf ziekenhuizen hadden de hoogste score van acht. Naar latente anticipatie is er dus een aanzienlijk verschil tussen de ziekenhuizen in ons onderzoek. Dat is er echter niet naar manifeste anticipatie. Voor de oplossing van 304 van de 309 problemen werd een beroep gedaan op de centrale overheid. Dit duidt erop dat de ziekenhuizen sterk afhankelijk zijn van de overheid en dat de directeuren in gelijke mate durf en kennis bezitten om die overheid te bewerken. We zullen daarom slechts nagaan in hoeverre de vier hypothesekenmerken verband houden met de perceptie van invloedsmogelijkheden (latente anticipatie).

Van de 304 ondernomen invloedspogingen werden er 202 door de centrale overheid gehonoreerd. De getoetste invloed is dus 66% (aantal successen/aantal invloedspogingen = $202/304 = .66$). De getoetste invloed bedraagt voor een aantal ziekenhuizen 0%, hetgeen betekent dat ze alle invloedspogingen zagen afgevoerd. Andere ziekenhuizen zagen alle invloedspogingen gehonoreerd. Die scoren dus op de derde invloedscategorie 100%. Het beslissinggedrag was dus variabel; een noodzakelijke voorwaarde om de analyse te kunnen voortzetten.

In tabel 3 is het vraag- en beslissinggedrag afgezet tegen de vier hypothesekenmerken. Dat levert enkele onverwachte resultaten op. De sociale rang van de vrager blijkt, tegen de verwachting in, geen rol van betekenis te spelen bij de overheid als beslissende. Invloedsverschillen ten gevolge van verschil in sociale rang moeten we hier toeschrijven aan het gedrag van de vrager. Naarmate de sociale rang hoger is, denkt men zichzelf vermoedelijk meer invloed toe. Dat uit zich door meer invloedsmogelijkheden te onderkennen en daadwerkelijke pogingen te ondernemen. Wat de dimensie omvang betreft, strookt onze bevinding met de eerdere onderzoeken (overzicht 1). Ook daar hield deze dimensie sterker verband met het gedrag van de vrager dan van de beslissende. Dat ook de dimensie prestatie in ons onderzoek dat beeld laat zien is niet in overeenstemming met de vroegere onderzoeken. Op grond van onze gegevens is hiervoor geen verklaring te geven. Het is denkbaar dat prestatie niet als indicator voor sociale rang opgevat moet worden, maar als achterstandskenmerk. Minder goed presterende ziekenhuizen zullen aanvoeren dat hun achterstand in deze toe te schrijven is aan verouderde apparatuur en bebouwing hetgeen ze beweegt meer pogingen tot verbetering te ondernemen; dus meer invloedspogingen.

Tabel 3: Vraag- en beslissinggedrag naar de vier hypothesekenmerken

	Aantal zieken- huizen	Gedrag	
		vrager (latente anticipatie; P)	beslissende (getoetste invloed; S/IP)
<i>Hyp. 1: sociale rang</i>			
a) ziekenhuisomvang			
basisziekenhuis	30	2.7	65%
centrumziekenhuis	31	3.4	65%
topziekenhuis	24	5.0	68%
b) ziekenhuisprestaties			
- bezettingsgraad			
< 85%	30	3.6	68%
85-89%	41	3.7	65%
≥ 90%	14	3.1	68%

	Aantal zieken- huizen	Gedrag	
		vragers (latente anticipatie; P)	beslissers (getoetste invloed; S/IP)
- gem. verpleegduur			
boven gemiddelde	29	3.7	68%
gemiddeld	36	3.8	66%
onder gemiddelde	20	3.1	66%
- verpleegprijs			
boven gemiddelde	38	3.7	67%
gemiddeld	25	3.9	70%
onder gemiddelde	22	3.0	59%
<i>Hyp. 2: achterstandssituatie</i>			
- adherentie			
laag ($< 5^0/00$)	39	3.7	68%
hoog ($\geq 5^0/00$)	46	3.4	65%
- bouwjaar			
oud (≤ 1960)	37	3.1	71%
jong (≥ 1962)	48	4.0	64%
<i>Hyp. 3: particularisme</i>			
- lid belangenorganisatie gezondheidszorg			
weinig	47	3.5	63%
veel	38	3.7	71%
- lid belangenorganisatie buiten gezondheidszorg			
weinig	39	3.5	62%
veel	46	3.6	70%
- beroepscontacten met beslissers			
weinig	45	3.4	68%
veel	40	3.8	66%
- privécontacten met beslissers			
weinig	46	3.3	66%
veel	39	3.9	67%
- Lid Kringen Rotary e.d.			
niet	63	3.7	65%
wel	22	3.2	67%
<i>Hyp. 4: Kosmopolitisme</i>			
niet	56	3.4	nvt
wel	29	3.9	nvt
totaal	85	3.6	66%

De overheid neigt naar een positievere opstelling voor ziekenhuizen in een achterstandsituatie (oud gebouw, lage adherentie). Verdellende rechtvaardigheids-overwegingen hebben dus zeer waarschijnlijk een rol gespeeld bij de overheid als beslisser in het invloedsproces. Dat oude ziekenhuizen toch niet meer invloed hebben dan nieuwe ligt evenwel aan het gedrag van de ziekenhuizen. De nieuwere ziekenhuizen percipiëren gemiddeld aanzienlijk meer problemen (4.0 versus 3.1) dan oudere ziekenhuizen. De verklaring daarvan is gelegen in het feit dat de oudere ziekenhuizen vaak met één groot (nieuwbouw)project komen, de nieuwe ziekenhuizen met meerdere kleine (afdelingsgewijs).

Zien we af van de uitzondering 'lidmaatschap van Kringen' dan blijkt dat het invloedsvoordeel dat particularisme oplevert, en hetzelfde geldt in feite voor kosmopolitisme, voortvloeit uit het gedrag van de ziekenhuisleiding. De particularistisch ingestelde directeur en de kosmopolitische directeur zien meer invloedsmogelijkheden en, bij gelijkblijvende manifeste anticipatie, ondernemen ze absoluut ook meer invloedspogingen. De overheid als beslisser is alleen gevoelig voor vragers die participeren in allerlei (belangen)organisaties. Persoonlijke contacten tussen vrager en beslisser leggen voor de beslisser blijkbaar niet altijd gewicht in de schaal. Ook op dit punt verschilt ons onderzoeksresultaat duidelijk van de eerdere onderzoeksbevindingen. Wellicht kan hier een rol spelen dat adviesorganen en overige intermediaire structuren op het gebied van de nationale gezondheidszorg een grote vinger in de pap hebben. Persoonlijke contacten tussen de vrager en deze adviseurs zouden dan ook wel eens belangrijker kunnen zijn dan die tussen vrager en beslisser.

Twee nevenresultaten willen we toevoegen. Dat betreft allereerst een indicator voor particularisme op het niveau van de organisatie; haar religieuze signatuur. In een verzuilde samenleving als de onze is religieuze signatuur als zodanig op te vatten. De gezondheidszorg is op ministerieel niveau de afgelopen decennia nagenoeg altijd in handen geweest van eerst KVP- en later CDA-politici. Gezien de contacten binnen een zuil tussen de elites in de diverse sectoren, zou 'bevoordeling' kunnen voorkomen. De getoetste invloed voor ziekenhuizen met een religieuze signatuur (rk, prot.chr.) ligt inderdaad iets hoger dan die voor andere ziekenhuizen. Omdat religieuze ziekenhuizen daarentegen wat minder problemen onderkennen, bestaat er geen verschil in de uiteindelijke hoeveelheid invloed met de overige ziekenhuizen. Dit wijst er nogmaals op dat particularisme een belangrijke factor is voor onderdelen van het invloedsproces, speciaal voor latente participatie.

Ten slotte mag niet onvermeld blijven dat er een relatie bestaat tussen het aantal onderkende problemen en de hoeveelheid invloed. Zoals tabel 4 laat zien heeft een ziekenhuis meer invloed naarmate ze meer mogelijkheden te baat neemt. De getoetste invloed is daar echter ongevoelig voor. Dat pleit voor de kracht van deze index. Ze is onafhankelijk van het gedrag van de vrager.

Tabel 4: Aantal invloedsproblemen en invloedsverdeling

Aantal ziekenhuizen	Aantal problemen (P)	Hoeveelheid invloed (S)	Getoetste invloed (S/IP)
1	0	–	–
9	1	0.7	67%
16	2	1.5	75%
18	3	1.8	61%
17	4	2.7	68%
11	5	3.0	60%
5	6	4.2	70%
3	7	4.3	62%
5	8	5.2	65%

7. Conclusies en aanbevelingen

Verklaring van verschillen in invloed is wetenschappelijk en maatschappelijk van grote betekenis. Voor wat betreft de wetenschappelijke kant is in voorgaand sociologisch onderzoek voor een aantal gebieden getracht factoren te vinden die verschillen in de invloedsverdeling verklaren. De gevonden factoren zijn verschijningsvormen van centrale sociologische concepten: sociale rang, sociale afstand (particularisme), de norm: verdelende rechtvaardigheid (achterstand) en kosmopolitisme. In dit onderzoek is getracht aan deze bevindingen uitbreiding te geven:

- als de theoretische duiding van de gevonden werkzame factoren juist is dan zou operationalisering van die concepten in een nieuw toepassingsgebied tot dezelfde samenhangen moeten leiden (met inachtneming van de ceteris paribusconditie). Het betreft hier dus corroboratie van ontwikkelde theorie.
- expliciet is getracht de black box waaruit de gemeten invloedsverdeling resulteert te openen. Drie componenten worden binnen de box onderscheiden: latente anticipatie, manifeste anticipatie en getoetste invloed. De werking van de verklarende factoren op elk van die componenten hebben wij getracht vast te stellen.

Wat de corroboratie van ontwikkelde theorie betreft is met het onderzoek een verdere stap in de gewenste richting gezet. Hoewel niet alle toegepaste indicatoren voor de vier onderzochte centrale sociologische concepten dezelfde uitkomsten te zien geven, komt wel vaster te staan dat die van fundamenteel belang zijn voor de invloedsverdeling. De indicator voor sociale rang 'omvang' hangt positief samen met de hoeveelheid invloed van het ziekenhuis. Dat geldt echter niet voor de indicator 'prestaties'. Ook de twee indicatoren voor verdelende rechtvaardigheid opgevat als achterstandsituatie, geven dat beeld te zien. Wel een sa-

menhang met adherentie maar niet met de ouderdom van de gebouwen. Gelijk-luidender zijn de resultaten voor de indicatoren voor sociale afstand. Ook hier vinden we weer de negatieve relatie met lidmaatschap van Kringen. Ook conform eerdere onderzoeksbevindingen is de constatering dat kosmopolitische vragers meer invloed hebben dan de lokalisten.

De black box bleek bij opening enkele verrassingen te bevatten. De eerste is het gebrek aan onderscheid in manifeste anticipatie tussen de vragers. Durf en kennis om invloedspogingen te ondernemen is bij allen in dezelfde mate aanwezig, en wel maximaal. De tweede betreft het belang van variabelen voor verschillende fasen van het invloedsproces. Sommige zijn uitsluitend belangrijk gebleken ter verklaring van het gedrag van de vrager (sociale rang, de indicatoren 'contacten' en 'lidmaatschap Kringen' voor particularisme), andere verklaren daarentegen alleen het gedrag van de beslisser (de indicator lidmaatschap belangenorganisaties voor particularisme). Ook zijn er variabelen die een tegengestelde werking hebben op het gedrag van vrager en beslisser (de indicator bouwjaar voor achterstandsituatie) en dus compenserend werken. Het is echter voorbarig nu reeds te concluderen dat regelmatigigheden zijn vastgesteld voor wat betreft het gedrag van de vrager en van de beslisser in het invloedsproces en de factoren die daarmee verband houden. Verder onderzoek is een eerste vereiste om meer zekerheid daaromtrent te verkrijgen.

Samengevat leidt het onderzoek tot de volgende conclusies en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek:

1. De verklarende factoren blijken een verschillend, soms zelfs een tegengesteld effect te hebben op de onderscheiden componenten van het invloedsproces. Voor de ontwikkeling van inzicht in het invloedsproces en het streven naar gelijke invloedschansen kan blijkbaar niet worden volstaan met de relatie tussen verklarende factoren en S te bestuderen maar verdienen de factoren die LA en MA bepalen minstens even sterk de aandacht. Invloedsonderzoek dient dus minstens op componentenniveau plaats te vinden en zowel het gedrag van de vrager als dat van de beslisser centraal te stellen.

2. In het onderzoek zijn voor de verklarende concepten voor de hand liggende alternatieve operationalisering gebruikt. Het blijkt dat de relatie met de afhankelijke variabele wisselt met de gekozen operationalisering. Een bevinding die de noodzaak aantoont van grondige bezinning op de geldigheid van operationalisering van de centrale concepten, c.q. op de condities voor de geldigheid van operationalisering.

Noten

1. Op tal van terreinen is dit het geval. In (primaire) groepen speelt de voorkeur van de leider dan een doorslaggevende rol. Het gevolg is het bestaan van oogappels en zwarte

schapen in gezinnen, families, op school en op het werk. Onderzoek naar beleidsvrijheid van ambtenaren toont aan dat ook bij de uitvoering van overheidsbeleid voorkeur voorkomt en bijgevolg ongelijke behandeling (Ringeling 1978; Bos en De Jong 1987).

2. Het onderzoeksproject stond onder leiding van prof. dr. G.P.A. Braam en dr. J.M. Bos. Zij danken de Universiteit Twente voor haar financiële steun en drs. E.A.M.A. Alferink voor diens bijdrage aan de uitvoering van het onderzoek.

3. Sociale rang, of prestige, geeft de positie van een individu of organisatie aan ten opzichte van vergelijkbare individuen of organisaties op één of meer kenmerken. Deze kenmerken hebben als eigenschap dat ze positief worden gewaardeerd.

4. Uit het onderzoek van Elting en Even (1979) kwam naar voren dat openbare scholen met relatief veel kinderen uit sociaal lagere milieus meer van de gemeentelijke overheid gedaan kregen dan scholen met relatief weinig kinderen uit sociaal lagere milieus. Bos en Braam (1980) vonden dat clubs uit grotere gemeenten die slecht presteerden een inschikkelijker gemeente tegenover zich vonden dan clubs in grote gemeenten die goed presteerden. Grote gemeenten voelden het aan hun stand verplicht, uit promotie oogpunt, een goed draaiende betaald-voetbalclub binnen hun grenzen te hebben. Het opheffen van achterstand is te zien als een vorm van verdelende rechtvaardigheid.

5. In navolging van Braam (1973) verstaan we onder particularisme de bekendheid die de persoon geniet bij de beslisser, waardoor hij bij voorbaat krediet heeft. Welke aspecten van particularisme in het onderzoek zijn meegenomen, komt bij de hypothesevorming ter sprake. Particularisme verkleint de sociale afstand tussen actoren.

6. Kosmopolitisme duidt op de mate waarin de persoon op de ruimere omgeving is georiënteerd en staat in tegenstelling tot lokalisme. We volgden Merton (1957) in zijn operationalisatie door te vragen naar de dagbladen waarop men geabonneerd is, de vakliteratuur die men bijhoudt en de beroepsmatige contacten die men met collegae heeft (congresbezoek e.d.).

7. Nuancering is noodzakelijk omdat in de genoemde onderzoeken niet steeds dezelfde operationalisering van de begrippen kon worden aangehouden, niet steeds dezelfde onderdelen van het invloedproces daarmee een samenhang vertonen en ook de sterkte van de samenhang varieert. Een opvallende uitzondering mag niet onvermeld blijven. Terwijl alle andere indicatoren voor particularisme een positief verband te zien geven, geldt voor het lidmaatschap van kringen als Rotary, Lions, doorgaans een negatief verband. Het lidmaatschap van dergelijke organisaties levert de beïnvloede organisaties eerder minder dan meer invloed op de overheid op.

8. Over ziekenhuisprestaties, zie Godfroy (1986).

9. In eerder onderzoek (Braam 1973; Bos en Braam 1980) werd hier van deskundigheid gesproken. Omdat het 'contact-element' bij deze lidmaatschappen echter een belangrijke rol speelt, pleit er ook veel voor dit tot het particularisme te rekenen.

10. We spreken van een succes als, in geld uitgedrukt, meer dan de helft werd verkregen van hetgeen werd gevraagd.

Geraadpleegde literatuur

- Alferink, E.A.M.A., 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* (1980), 483-500.
- Bachrach, P., en M.S. Baratz, Two fases of power. *American Political Science Review* 56 (1962), 947-952.

- Bos, J.M., Het rollen van bal en geld: financiële gemeentesteun aan betaald voetbalclubs. *Openbare Uitgaven* 2 (1982), 71-89.
- Bos, J.M., Gemeentelijk overheidsbeleid onder invloed; een empirische toetsing. Paper Sociologendagen Amsterdam, 1984.
- Bos, J.M., Invloedsonderzoek en intervieweffecten: informatievertekening bij het interviewen van sleutelfiguren. *Sociologische Gids* (1986), 383-399.
- Bos, J.M., en G.P.A. Braam, Invloed van voetbalclubs op de gemeentelijke overheid; een vergelijkend onderzoek bij clubs uit het betaalde voetbal. *Sociologische Gids* (1980), 456-482.
- Bos, J.M., en H.M. de Jong, Gezinshereniging en vreemdelingenrecht; een empirisch onderzoek naar beslisgedrag van vreemdelingendiensten. *Recht en Kritiek* 13 (1987), 42-58.
- Braam, G.P.A., *Invloed van bedrijven op de overheid; een empirische studie over de verdeling van maatschappelijke invloed*, Meppel 1973.
- Brand, A.M.M., H. van Goor en B.C.A.M. Poiesz, Protestacties van middenstanders tegen beleidsmaatregelen van de lokale overheid. *Acta Politica* 15 (1981), 101-119.
- Drunen, P. van, *Functieclassificatie van de algemene ziekenhuizen in 1980*, NZI, Utrecht 1982.
- Elting, L., en M. Even, Onderwijs, invloed en sociale ongelijkheid: een empirisch onderzoek naar de invloed van scholen op het (gemeentelijk) overheidsbeleid. *Info* 10 (1979), 231-304.
- Godfroy, A.J.A., Beheersing en produktiviteit in de gezondheidszorg, *Beleid en Maatschappij* (1986), 313-323.
- Lazarsfeld, P.F., en M. Rosenberg, *The language of social research*, New York 1955.
- Merton, R.K., *Social Theory and Social Structure*, Glencoe 1957.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI), *Instellingen voor intramurale gezondheidszorg*, Utrecht 1980/1983.
- Ringeling, A.B., *Beleidsvrijheid van ambtenaren*, Alphen aan den Rijn 1978.
- Simon, H.A., Notes on the observation and measurement of political power. *Models of Man* (1957), 62-78.