



Mobiliteit.NU

Benchmark Bereikbare Zorg 2009

Analyse van de cijfers

november 2009

Inleiding

Hieronder volgt een beknopte aanzet tot een analyse van de data die in de Benchmark Bereikbare Zorg voor het eerst zijn bijeengebracht.

Het feit, dat dit materiaal nu bijeen is, maakt het mogelijk, een paar eerste conclusies te trekken. In de loop van de tijd kan een veel *genuanceerder* beeld tot stand komen.

Parkeren: grote verschillen in parkeerprofiel...

Uit vergelijking van 12 willekeurige instellingen blijkt dat de parkeerprofielen sterk *verschillen*. Het heeft kennelijk zin, de parkeersituatie per individueel ziekenhuis in beeld te brengen.

Een paar voorbeelden. De Deventer Ziekenhuisgroep scoort op alle parameters ruim boven de benchmark. Het Bronovo-ziekenhuis (Den Haag) en 't Lange Land (Zoetermeer) scoren conform benchmark. Het Reinier de Graaf ziekenhuis scoort onder de benchmark, het MCH (Den Haag) ver onder de benchmark.

Maar ook buiten de *Randstad* kunnen ziekenhuizen slecht scoren. Het MUMC (Maastricht) scoort op alle parameters ruim onder de benchmark. Het Erasmus Medisch Centrum en UMCU (Utrecht) hebben een veel gunstiger parkeerprofiel.

...er zijn pieken in de belasting...

De parkeersituatie is meestal niet steeds nijpend: er zijn pieken, vooral op maandagen, dinsdagen en donderdagen. Dan staat de parkeerruimte voor bezoekers en patiënten (=de *klant*) het meest onder druk.

Via een *gedifferentieerde beprijzing* (dure en goedkope dagen voor medewerkers) kan dit effectief worden aangepakt. Voor medewerkers hoeft dit niet duurder te zijn dan het huidige abonnement.

...en nauwelijks strategische inrichting van beprijzing

Bij 60% van de ziekenhuizen hoeven medewerkers niet te betalen voor parkeren. Bij 80% van de ziekenhuizen maakt het financieel niet uit of de medewerker 1 keer of 20 keer per maand parkeert. Met dit *arrangement* drukt de werkgever feitelijk uit dat het niet uitmaakt dat de medewerker schaarse parkeerruimte in beslag neemt.

De vraag is dan ook, of deze arrangementen *strategisch* zijn ingericht. Vaak bestaat een parkeerprobleem. Veel ziekenhuizen hebben NB. plannen tot bouw van kostbare parkeerplaatsen (*extra aanbod*). Beprijzing kan de parkeerdruk door medewerkers verlichten, zeker waar veel medewerkers relatief dichtbij wonen (*reductie van de vraag*).

Waar het ziekenhuis *bespaarde bouwkosten* kan inzetten voor een beloningsvorm van medewerkers ontstaan weer nieuwe mogelijkheden.

Verzorgings-
gebieden: *Nederland
wordt groter met de
auto en kleiner met
het openbaar
vervoer...*

De Bereikbaarheidskaart maakt een genuanceerd en gedifferentieerd beeld (tijdstip, modaliteit, jaar) mogelijk omtrent de ontwikkeling van locatiebereikbaarheid in Nederland. Tal van *analyses* zijn mogelijk nu het *basismateriaal* daartoe beschikbaar is.

Van 190 *ziekenhuislocaties* in Nederland gaat het 10-minuten verzorgingsgebied met de *auto* tot 2002 met gemiddeld 1,9% achteruit, het 30-minuten verzorgingsgebied met 4,25% en het 60-minuten verzorgingsgebied met 6,2%.

NB.: daarbij gaat de Bereikbaarheidskaart er nog van uit, dat *prijjsbeleid* in Nederland wordt ingevoerd (Anders Betalen voor Mobiliteit). Indien dit geen doorgang vindt, zal de bereikbaarheid per auto in 2020 een nog minder positief beeld tonen.

Het 10-minuten verzorgingsgebied met *openbaar vervoer* tot 2002 wordt gemiddeld 6,5% beter, het 30-minuten verzorgingsgebied 3,3% en het 60-minuten verzorgingsgebied 3,0%.

*...maar er zijn grote
verschillen...*

Er zijn 15 locaties waar het 60-minuten auto verzorgingsgebied met *meer dan 20%* achteruitgaat, en 54 waar het *meer dan 10%* achteruitgaat. Op sommige locaties krimpen óók de verzorgingsgebieden voor openbaar vervoer.

*...en concurrentie
speelt een rol*

Bij het gemiddelde ziekenhuis zijn 7 andere instellingen met een half uur rijden bereikbaar. Dit aantal kan zelfs oplopen tot 25 instellingen. In een dergelijke situatie komt het erop aan, de bereikbaarheid voor kanten en bezoekers als potentiële *concurrentiefactor* op orde te hebben.

Beleid: *aantal
maatregelen zeer
klein...*

De ziekenhuizen hebben gemiddeld 1,81 maatregelen ingevoerd uit genoemde lijst. Dat ziekenhuizen zo weinig doen, betekent dat de *kansen* en het *potentieel* voor snelle verbeteringen juist groot zijn.

*...de samenhang
met cafeteria-
systemen...*

Terwijl 83% van de ziekenhuizen inmiddels beschikt over een digitaal zelfkeuzestelsel voor arbeidsvoorwaarden, zijn mogelijkheden die dit biedt nog *nauwelijks benut*. Alleen een handvol grote instellingen leggen de relatie met mobiliteit.

...en effectiviteit

Over de effectiviteit van maatregelen bestaat nog veel *onduidelijkheid*. Überhaupt is het onderzoek dat naar mobiliteit bij ziekenhuizen is gedaan *versnipperd*.

De samenhang

Interessant is ook een *analyse per instelling* van de samenhang tussen de profielen. Hier wordt volstaan met het noemen van een paar willekeurige instellingen.

Bij de grootste instelling, het Erasmus Medisch Centrum (Rotterdam) is de parkeersituatie gemiddeld, de autobereikbaarheid tot 2020 krimpt fors, terwijl de ov-bereikbaarheid verbetert. Maar de instelling is met veel maatregelen relatief goed voorbereid. Veel instellingen doen

minder aan bereikbaarheid – terwijl hun bereikbaarheid meer onder druk staat.

Bij een instelling die zeer slecht scoort qua parkeren (MCH Den Haag) gaat de autobereikbaarheid met resp. 7, 25 en 3,5% achteruit - maar de OV-bereikbaarheid gaat met 7, 5 en 2% vooruit.

Het MUMC (Maastricht) koppelt een slechte parkeersituatie aan een uitzonderlijke krimp van verzorgingsgebieden voor het openbaar vervoer, en een krimp van het 10 minuten verzorgingsgebied per auto.