



Mobiliteit.NU

Benchmark Bereikbare Zorg 2009

Toelichting op de opzet

november 2009

Inhoud

| | |
|---|---|
| 1. Achtergrond van de Benchmark Bereikbare Zorg | 1 |
| 2. Organisatie van de Benchmark Bereikbare Zorg | 3 |
| 3. Opzet van de Benchmark Bereikbare Zorg | 4 |

1. ACHTERGROND VAN DE BENCHMARK BEREIKBARE ZORG

Het belang van bereikbaarheid... Een ziekenhuis moet bereikbaar zijn, voor medewerkers en voor klanten. Dat heeft te maken met de maatschappelijke functie, maar toenemend ook met concurrentiepositie. Toch is de bereikbaarheid van ziekenhuizen is al langer een punt van zorg.

In het rapport van RWS/AVV *Bereikbare Zorg of Zorgelijke Bereikbaarheid* uit maart 2004 is het belang van de bereikbaarheid voor ziekenhuizen geschetst. 'Een goede bereikbaarheid van ziekenhuizen is (soms letterlijk) van levensbelang. Dit geldt voor ambulances in het bijzonder, maar ook patiënten, bezoekers, het personeel en leveranciers zijn gebaat bij een goede bereikbaarheid. Of dat nu met de auto is, het openbaar vervoer, de fiets, of te voet. En liefst zonder overlast voor de omgeving, zoals parkeerdruk of verkeersongevallen.¹

...en het problematisch karakter daarvan Het rapport licht toe: 'Schaalvergroting in de zorgsector, met als gevolg een ruimtelijke concentratie van gezondheidszorg voorzieningen, is er mede debet aan dat de mobiliteit van en naar ziekenhuizen toeneemt. Ziekenhuizen fuseren en worden

¹ Bereikbare zorg of zorgelijke bereikbaarheid, handleiding ziekenhuizen en mobiliteit, Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Adviesdienst Verkeer en Vervoer, maart 2004

ondergebracht op een nieuwe locatie, of er vindt uitbreiding op een bestaande locatie plaats. Voor vrijwel ieder ziekenhuis is het gebrek aan voldoende (betaalbare) parkeervoorzieningen en de hiermee samenhangende hoge parkeerdruk een herkenbaar knelpunt. Maar ook de gebrekkige bereikbaarheid voor patiënten, bezoekers, werknemers, hulpdiensten en leveranciers is veel instellingen een doorn in het oog. Problemen die met inspanning van verschillende partijen – zoals overheden, ziekenhuizen en ontwikkelaars – voorkomen kunnen worden.¹

*Nieuwe ontwikkeling:
Demand
Management...*

De zwakte van gangbare benaderingen is dat het vaak het organisaties niet lukt, de omvang van medewerkersparkeren te beperken. Een *moreel appèl* ('U staat op de plaats van uw boterham') blijkt aan de meeste collega's niet besteed. Voor draconische maatregelen is geen draagvlak. Geen wonder: de medewerkers (=de OR) beschouwen onbetaald of goedkoop parkeren als arbeidsvoorwaarde (verworven recht). Zo ontstaat een *impasse*, die soms al jaren duurt.

Bij veel instellingen wordt het parkeerprobleem voor bezoekers veroorzaakt door medewerkers die met de auto naar het werk komen. Vaak is parkeren voor medewerkers gratis, of heel goedkoop (laag bedrag/maand). Wie minder met de auto komt, wordt niet beloond. Het tarief is niet *strategisch*: het drukt niet uit, dat de organisatie minder parkeren door medewerkers op prijs stelt.

*...en toepassing
daarvan bij Bronovo*

Sinds de verschijning van het AVV-rapport is er een belangrijke nieuwe ontwikkeling: de invoering van een *flexibele parkeerregeling* voor medewerkers bij het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag.

De nieuwe regeling van Bronovo is een vorm van *Demand Management*. Demand Management pleit voor het aanbieden van variabele arrangementen in combinatie met belonen van gewenst gedrag.

Waar parkeren door medewerkers eerst plaatsvond tegen een vast maandtarief (abonnement) is sinds 1 april 2007 een gedifferentieerd tariefstelsel van kracht. In de nieuwe benadering spaart een medewerker die de auto thuis laat geld. Het verschil kan oplopen tot *honderden Euro's per jaar*. Keuzevrijheid en belonen van gewenst gedrag zijn de strategie.

Registratie van parkeergedrag en automatische koppeling aan de salarisstrook confronteert de medewerker met zijn parkeergedrag. *Differentiatie in tarief* is mogelijk op allerlei manieren: naar woon-werk afstand, % deeltijd, % parkeren, maar ook in de vorm van een persoonlijk parkeerbudget van een nader te bepalen aantal dagen/mnd.

Uit een –nog steeds doorlopende- evaluatie van de *Vrije Universiteit* is inmiddels gebleken, dat deze werkwijze *effectief* is.²

*Kwantificeren en
objectiveren van
bereikbaarheid*

Tegen deze achtergrond is het zinvol, de verdere *mogelijkheden van Demand Management bij de bereikbaarheid van ziekenhuizen* nader te verkennen.

Een eerste stap vormt de interactieve, online *Bereikbaarheidskaart van Nederland*.³ Hier kunnen belanghebbende publiekstrekkingen zich een *objectief beeld* vormen omtrent hun bereikbaarheid nu en de

¹ idem

² Zie: 09 03 03 Evaluatie invoering parkeertarieven bij Bronovo ziekenhuis in Den Haag

³ Zie: www.bereikbaarheidskaart.nl

verandering tot 2020.

Een tweede stap is het kwantificeren van de bereikbaarheidssituatie van afzonderlijke instellingen. Dit gebeurt in de *Benchmark Bereikbare Zorg* voor de bereikbaarheid van ziekenhuizen. Aspecten als bereikbaarheid, parkeersituatie, beschikbare maatregelen en concurrentiepositie worden door de benchmark in *prestatie-indicatoren en getallen* vertaald.

2. ORGANISATIE VAN DE BENCHMARK BEREIKBARE ZORG

| | |
|---|---|
| <i>Tot stand komen van de benchmark</i> | <p>De Bereikbaarheidskaart is in de loop van 2005 – 2009 tot stand gekomen als project binnen de portefeuille van <i>Transumo</i>.¹ De bereikbaarheidskaart is een initiatief van adviesbureau Montefeltro (tevens projectleider) en wordt geproduceerd door Goudappel Coffeng.</p> <p>Ook de Benchmark is in de loop van 2008 en 2009 tot stand gekomen als project binnen de portefeuille van <i>Transumo</i>. In het project werken samen Montefeltro (initiatiefnemer en projectleider), Goudappel Coffeng en de Vrije Universiteit.</p> |
| <i>Stichting Mobiliteit.NU</i> | <p>Na het verschijnen van het genoemde AVV-rapport heeft de <i>provincie Gelderland</i> initiatieven gesteund rond de bereikbaarheid van ziekenhuizen.² Deze zijn inmiddels beëindigd.</p> <p>Om te voorzien in de behoefte aan een objectief platform is de Stichting Mobiliteit.NU opgericht.</p> <p>De Stichting Mobiliteit.NU is een onafhankelijke organisatie die een slimme omvang van werkgevers en publiekstrekkingen met hun bereikbaarheid wil bevorderen. Sleutelbegrip daarbij is Demand Management: het beïnvloeden van de vraag naar verkeer en vervoer door het hanteren van nieuwe vormen van beprijzen en belonen. Dergelijke arrangementen zijn ook kansrijk voor ziekenhuizen. Zie verder: www.mobiliteit.nu</p> <p>De Stichting functioneert tevens als <i>objectief platform</i> voor de operationele organisatie van de benchmark.³</p> |
| <i>Toegang tot de data</i> | <p>De <i>openbare versie</i> van de benchmark geeft zicht op hoe instellingen scoren ten opzichte van het gemiddelde van alle andere instellingen.</p> <p>Een <i>besloten versie</i> van de benchmark geeft zicht op hoe instellingen scoren ten opzichte van het gemiddelde van de instellingen binnen 30 minuten autoreistijd.</p> <p>De openbare informatie in de benchmark is <i>vrij beschikbaar</i>, de informatie in de besloten versie tegen <i>betaling (abonnement)</i>. Uit de inkomsten kunnen de operationele uitgaven van de Stichting worden betaald.⁴</p> |
| <i>Gebruikte data: herkomst...</i> | <p>De gegevens voor de benchmark zijn ontleend aan meerdere gegevensbronnen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. het rekenmodel achter de Bereikbaarheidskaart van Nederland (zie eerder), waarop de online versie |

¹ Zie: www.transumo.nl en www.transumofootprint.nl

² Zie: www.bereikbaarziekenhuis.nl

³ Zie: www.Mobiliteit.NU

⁴ Voor meer informatie over een informatie-abonnement: info@Mobiliteit.NU.

www.bereikbaarheidskaart.nl is gebaseerd, geproduceerd door Goudappel Coffeng

2. het RIVM
3. de website www.bereikbaarziekenhuis.nl (geactualiseerd tot 1 januari 2007)
4. het rapport van Rijkswaterstaat AVV uit 2004 (zie eerder)
5. persoonlijke contacten met een aantal ziekenhuizen
6. de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
7. de Mobiliteitsapplicatie van Montefeltro die operationeel is bij een aantal ziekenhuizen.

...volledigheid...

Niet voor alle ziekenhuizen zijn alle data compleet. De gemiddelde waarden in de benchmark zijn dan ook steeds berekend op basis van het aantal *beschikbare records*.

De mate van compleetheid *verschilt* naar gelang de soort van de gegevens.

Nagenoeg compleet zijn de data omtrent aantallen *parkeerplaatsen* en die omtrent verzorgingsgebieden.

Bij de data omtrent de *omvang* van de instellingen ontbreken bij ca. 35 instellingen aantallen omtrent medewerkers, behandelingen en opnames.

De gegevens zijn compleet met betrekking tot al dan niet betaald parkeren voor *bezoekers*; maar niet geheel compleet waar het gaat om de hoogte van de bedragen. Bovendien is de actualiteit van deze data niet zeker. Van 110 vestigingen is bekend dat bezoekers betalen, maar van 52 zijn bedragen bekend.

De gegevens omtrent beleid zijn nu nog het minst compleet rond de maatregelen die ziekenhuizen treffen rond de eigen *medewerkers*. Dit heeft te maken met de sporadische registratie van deze data. Er is een steekproef van ca. 30 ziekenhuizen. Daarbij zijn voor zover mogelijk parameters bijeen gebracht, uit diverse bronnen.

Rudimentair zijn de gegevens omtrent *benutting* van parkeergelegenheid. De steekproef is hier nog erg klein.

...actualisering

Op onderdelen zal de kwaliteitsverbetering van de benchmark in de loop van de tijd van de ziekenhuizen zelf moeten komen. De benchmark is *interactief*. Dat wil zeggen dat instellingen beschikken over de mogelijkheid hun eigen data te completeren en actualiseren. Zonder inbreng van eigen data kunnen zij per definitie hun positie ten opzichte van de benchmark niet raadplegen. Dit is van invloed op de benchmark.

3. OPZET VAN DE BENCHMARK BEREIKBARE ZORG

Opzet van de benchmark:

De benchmark Bereikbare Zorg is *samengesteld* uit elementen met betrekking tot parkeren, verzorgingsgebieden en maatregelen die organisaties hebben getroffen.

De benchmark omvat informatie over de academische en algemene ziekenhuizen, inclusief de buitenpoliklinieken.

De Benchmark bestaat uit een statisch en een dynamisch deel. Het statisch deel omvat het parkeerprofiel (betreft *aantal* parkeerplaatsen), het bereikbaarheidsprofiel en de

- bereikbaarheidsmaatregelen. Het dynamisch deel geeft informatie over het *gebruik* van parkeerplaatsen.
- a. Parkeerprofiel: aantal parkeerplaatsen...*
- Voor sommigen is bereikbaarheid hetzelfde als 'het *aantal parkeerplaatsen*'. In een benchmark van bereikbaarheid mag dit aspect dan ook niet ontbreken.
- Maar het aantal parkeerplaatsen zegt op zich niet zo veel. De omvang van de instelling doet ter immers ook toe. Een kleine instelling kan met weinig parkeerplaatsen een relatief betere parkeersituatie kennen dan een grote met veel meer parkeerplaatsen.
- Daarom is de benchmark *relatief*. De omvang van instelling op verschillende manieren verdisconteerd, naar aantal bedden, aantal poliklinische behandelingen, aantal medewerkers, aantal Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en aantal opnames.
- Het *parkeerprofiel* vat het geheel samen van de hiermee corresponderende prestatie-indicatoren. Het leent zich goed tot presentatie in een zg. Radardiagram.
- ...en benutting (dynamisch)*
- In een tweede deel kijkt de benchmark ook naar de *benutting* van de parkeerplaatsen. Het gebruik van parkeerplaatsen bij ziekenhuizen wordt vooral gekenmerkt door *pieken in de tijd* – pieken over de week en over de maanden van het jaar. Verder kan het feitelijk gebruik door medewerkers worden verdeeld in *woon-werk afstanden*.
- b. Verzorgingsgebied*
- De tweede hoofdindicator vormt het verzorgingsgebied, of *Capture Area*. Dit is geheel van de herkomsten die binnen een bepaalde reistijd van de bestemming (de instelling) liggen.
- Het verzorgingsgebied kan worden uitgebeeld op een *kaart*. Daar vormt de grens van het verzorgingsgebied meestal een grillige lijn, de zg. *Isochroon*. Van alle bestemmingen binnen die lijn kan het ziekenhuis binnen de gegeven reistijd worden bereikt.
- Het verzorgingsgebied kan ook worden uitgedrukt in een getal, bijvoorbeeld het *aantal inwoners* binnen het verzorgingsgebied. Daarmee is een indicator gegeven voor de omvang van de markt van de instelling.
- Het verzorgingsgebied kan worden berekend voor verschillende modaliteiten (auto, openbaar vervoer), tijdstippen van de dag (binnen en buiten de spits), reistijden (10, 30 en 60 minuten) en ook voor de huidige en de toekomstige situatie (2020).
- Feitelijk heeft iedere locatie dus *meerdere verzorgingsgebieden*. Anders gezegd; 'de' bereikbaarheid bestaat niet. De benchmark verdisconteert dit meervoudige karakter.
- De analyse van bereikbaarheid is mede gebaseerd op de basisdata achter de online Bereikbaarheidskaart van Nederland.¹
- c. Beleid*
- De derde hoofdindicator vormen het *beleid en de maatregelen* die het ziekenhuis heeft getroffen om de bereikbaarheid te verbeteren.
- Ook hierover geeft de Benchmark informatie. Hierbij is geen volledigheid nagestreefd. Vooral is gekeken naar maatregelen waarin het prijsinstrument naar medewerkers een rol speelt, of verstrekking van arbeidsvoorwaarden via een zelfkeuzemodel.
- Zaken als fietsenstalling, overleg met de gemeente over aanpassing

¹ Zie www.bereikbaarheidskaart.nl

van de dienstregeling etc. blijven buiten beschouwing.

De maatregelen zijn de volgende:

1. Mobiliteitsvergoeding (bovenop CAO)
2. (*Gedifferentieerd*) parkeerregime voor medewerkers
3. Fietsverstrekking conform fiscale regeling
4. Belonen fietsgebruik
5. Online OV informatie op website
6. Carpoolregeling
7. Extra verhuisregeling bovenop CAO
8. Bromfiets, scooter, motorplan.

*Markt en
concurrentiepositie
...*

De omvang van het verzorgingsgebied zegt iets over de omvang van de markt per ziekenhuis. Dit is iets anders dan concurrentiepositie – die wordt immers mede bepaald door het aantal *andere ziekenhuizen* dat ook in het betreffende verzorgingsgebied actief is.

Voor juiste interpretatie van de benchmark is een onderscheid van belang. Ziekenhuizen hebben een regionale verzorgingsfunctie. Ze concurreren niet met alle andere ziekenhuizen, maar met een beperkte reeks andere instellingen. Specifieke informatie omtrent deze concurrentiepositie kan voor instellingen van belang zijn.

De *openbare versie* van de benchmark geeft zicht op hoe instellingen scoren ten opzichte van het gemiddelde van alle andere instellingen. Een *besloten versie* van de benchmark geeft zicht op hoe instellingen scoren ten opzichte van het gemiddelde van de instellingen binnen 30 minuten autoreistijd.

De openbare informatie in de benchmark is *vrij beschikbaar*, de informatie in de besloten versie tegen *betaling*. Voor meer informatie over een informatie-abonnement: info@Mobiliteit.NU.

*...instellingen met
meerdere
vestigingen*

Sommige ziekenhuizen hebben meerdere vestigingen. De benchmark bevat de meeste data op instellingniveau. De data zijn dan opgenomen onder de hoofdvestiging. Instellingen kunnen ook op vestigingsniveau een analyse uitvoeren, zij kunnen daartoe op vestigingsniveau data invoeren.