

ZORGSECTOR IN BEWEGING

Gezien vanuit het Krimpvraagstuk

Auteur: Auke ten Hoeve, bestuurlijk adviseur en expert Krimpvraagstuk
Datum: 23 juli 2013
Plaats: Stadskanaal

Niet alles heeft met het Krimpvraagstuk te maken. Veel ontwikkelingen speelden al, alleen deze ontwikkelingen worden geraakt door het Krimpvraagstuk. Of, het remt deze ontwikkelingen af of dat deze ontwikkelingen daardoor in een stroomversnelling komen. Of, dat de ontwikkelingen slechts in een ander daglicht komen te staan. Bijvoorbeeld, binnen de Zorgsector.

Hier zicht op hebben maakt het helder om welke zorg functies en –disciplines het gaat. En, vervolgens welke eisen gesteld kunnen of moeten worden aan maatschappelijk vastgoed, waarbij onderscheid wordt genaakt tussen structurele- en tijdelijke ontwikkelingen.

De Zorgsector is geen maatschappelijke functie, wel een veld met vele zorgfuncties en –disciplines, die elkaar binnen een ketenbenadering versterken, waarbij sommigen afwisselend deelnemen aan meerdere ketens. Deze dynamiek klinkt door in het beleid rondom maatschappelijk vastgoed binnen de Zorgsector.

1 Ontwikkelingen

1.1 *Krimpvraagstuk*

De effecten van het Krimpvraagstuk is divers en zal per discipline bekeken moeten worden. Omdat het om een langdurige structurele ontwikkeling gaat, betreft het een subtiel proces, waarbij beleid met zeer kleine stapjes plaatsvindt.

Ontgroening betekent minder zorgvraag bij geboortes, vervolgens niet lang daarna bij peuters, kinderen, jongeren en vervolgens op termijn bij ouderen en senioren. Volgens deze lijn kan er stapsgewijs bezuinigd worden bij de medische zorg.

Er zijn stapsgewijs minder faciliteiten nodig, te beginnen bij Genealogie en Consultatiebureaus, vervolgens Kindergeneeskunde etc. Met andere woorden, bij deze bezuinigingen raken niet ineens alle disciplines, maar wel volgtijdelijk in een traag tempo van een structurele demografische ontwikkeling.

Het succes van de Volksgezondheid is, dat de levensverwachting is toegenomen. De keerzijde daarvan is, dat we relatief gezien langer met een vraag naar Zorg te maken krijgen. En, is de zorgvraag bij zorgdisciplines, die een rol spelen bij ouderen, geleidelijk toegenomen.

Maar, bij de vergrijzing is meer aan de hand. Door de toegenomen levensverwachting en vitaliteit zet de zorgvraag bij senioren zich ook later in. Was vroeger het senior-zijn vanaf 50-plus, later is dat 65-plus geworden en inmiddels al 71-plus. Relatief gezien is de medische zorg voor senioren nauwelijks toegenomen. Wel dat de tijdsduur bij de periode met zorgvraag voor volwassenen is toegenomen.

1.2 *Babyboom*

Het gaat hierbij om tijdelijke ontwikkeling die om extra zorgfaciliteiten vraagt. Voorheen was hierdoor tijdelijk extra capaciteit en voorzieningen nodig bij Genealogie en vervolgens kinder- en jeugdzorg. Later extra zorg voor volwassenen en tegenwoordig en in de komende tijd extra zorgcapaciteit ten behoeve van zorgfuncties die gericht zijn op senioren. Bijvoorbeeld, in verband met palliatieve zorg en thuiszorg. In principe kan hierbij elke keer gebruik worden gemaakt van hetzelfde maatschappelijk vastgoed. Alleen de zorgfuncties daarin muteert. En, in verband hiermee zal het maatschappelijk

vastgoed hierop aangepast moeten worden. Als de babyboom voorbij is, kan dat vastgoed uit de markt worden gehaald, ook omdat het dan verouderd is.

1.3 *Medische ontwikkelingen*

'Voorheen had een academisch ziekenhuis een apart paviljoen voor Dermatologie met de nodige bedcapaciteit. In de afgelopen decennia is deze capaciteit verdwenen. Door verbeterde medicijnen en behandelmethoden, kan dat allemaal nu poliklinisch. En, zelfs dat hoeft niet uitsluitend meer in een academisch ziekenhuis. Dat kan worden opgepakt bij gezondheidscentra of regioziekenhuizen. En, is het reizen voor de patiënt niet meer nodig".

Dit voorbeeld laat zien, dat door medische ontwikkelingen zorgvoorzieningen in de positieve zin al 'uitgedund' zijn. Dat geldt ook bij het fenomeen sanatoria. Het publiek is van deze veranderingen soms nog nauwelijks bewust. En, dat deze ontwikkeling absoluut niets te maken heeft met demografische ontwikkelingen.

Daar tegenover zijn er ook medische ontwikkelingen met andere effecten. Door de ontwikkeling en implementatie van Endoscopisch onderzoek en –behandeling is er een nieuwe zorgdiscipline ontstaan, welke eigen faciliteiten en voorzieningen eisen. Maar, tegelijk is er minder operatiecapaciteit en –voorzieningen nodig. Waar vroeger nog 'gesneden' moest worden, kan nu volstaan worden met een kijkoperatie. Of, dat er op de OK, door middel van een endoscopische handeling, eerst een verkennend onderzoek inwendig plaatsvindt eer er 'gesneden' wordt. Hierdoor is de behoefte aan wat grotere OK-ruimten ontstaan.

1.4 *Epidemiologische ontwikkelingen*

Waren er in de afgelopen 100 jaar soms quarantaines, afgesloten paviljoenen en afdelingen nodig bij bepaalde (besmettelijke) ziektes, tegenwoordig gaat men hier anders mee om door voortschrijdend inzicht en verbeterde aanpak, zowel preventief als curatief. De behoefte aan faciliteiten en maatschappelijk vastgoed is hierdoor in een ander daglicht komen te staan.

Deze ontwikkelingen staan los van het Krimpvraagstuk. Sterker nog, deze sterker afname aan behoefte aan deze faciliteiten en dat maatschappelijk vastgoed heeft plaatsgevonden, terwijl er sprake van bevolkingsgroei. Deze kostenreductie heeft bijgedragen aan de opvang van de stijging van de kosten door de bevolkingsgroei en toename epidemiologie bij andere kwalen.

Bijvoorbeeld, door de bevolkingsgroei is ook het aantal mensen met een kankerbehandeling toegenomen en zal dan ook door de bevolkingsdaling ook weer afnemen. Maar, bovenop deze groei was er ook sprake van een toename aan Kankercasussen per hoofd van de bevolking. Door wetenschappelijk inzicht en verbeterde behandelmethodes wordt dit vraagstuk ook weer beheersbaarder en kunnen er andere eisen aan maatschappelijk vastgoed worden gesteld. Deze eisen kunnen dan naar beneden worden bijgesteld. En, dat zal wel gaan samenvallen met de effecten van de bevolkingsdaling.

HIV laat zien dat er uit het niets een zorgdiscipline kan ontstaan met alle daarbij behoren de faciliteiten en nadere eisen aan maatschappelijk vastgoed. Maar, inmiddels zijn er hoopvolle ontwikkelingen, waardoor op termijn de omvang van deze faciliteiten en maatschappelijk vastgoed ook weer (deels) afgebouwd kan worden. En, terwijl er dan al sprake is van een bevolkingsdaling en daarmee ook het aantal mensen met HIV ook al zal gaan dalen. Hierdoor komt de afbouw van deze faciliteiten in een stroomversnelling.

1.5 *Borging medische kwaliteit*

Specialisten moeten vaardig zijn en blijven door voldoende aantal malen de handelingen te verrichten. Er is hiervoor een minimaal aantal handelingen per jaar nodig per arts. Sommige handelingen komen weinig voor. Hierdoor is het noodzakelijk om op te schalen. Op zichzelf staat dit los van het Krimpvraagstuk, maar door dat vraagstuk kan het opschalen wel in een hogere versnelling komen.

Bijvoorbeeld, hartchirurgie bij kinderen komt weinig voor. Daarom dat deze medische handelingen toentertijd op het niveau van Academische ziekenhuizen is neergelegd. Per landsdeel was er wel een voldoende aantal casussen.

Door de ontgroening neemt ook het aantal kinderen af die dit type zorg nodig hebben. Om de kwaliteit te kunnen borgen, zal dit type zorg landelijk worden georganiseerd. De patiëntenverenigingen kunnen zich hierin vinden. Het garanderen van de kwaliteit is belangrijker dan de afstand.

Dit betekent, dat op een centrale plek in het land deze zorgfunctie wordt geconcentreerd en een daar al beschikbare voorziening wordt uitgebreid en elders alles wordt ontmanteld en het (deel van het) maatschappelijk vastgoed of over is of voor andere zorgfuncties ingezet kan worden. Deze ontwikkeling zal zowel landelijk als vooral op landsdeelniveau meer-en-meer gaan spelen ten gevolge van een bevolkingsdaling.

1.6 *Organisatorische ontwikkelingen*

Themaklinieken worden georganiseerd volgens het één-loket-principe respectievelijk Geïntegreerde Vraaggerichte Dienstverlening. Deze ontwikkeling staat los van het Krimpvraagstuk en wordt door dat vraagstuk ook niet beïnvloed. Wel dat de effecten van deze organisatorische ontwikkelingen samenvallen met de effecten van het Krimpvraagstuk.

Binnen deze klinieken wordt het primaire proces anders georganiseerd, waardoor de doorlooptijd (aanzienlijk) korter, goedkoper en kwalitatief beter is. Dit door de ketenbenadering los te laten en direct multidisciplinair te werken binnen een team binnen het primaire proces. En, daarbij ook samen te werken met leveranciers van medische hulpmiddelen. Dit wil niet zeggen, dat de kans op overleven of genezing toeneemt, wel de bejegening wel het verschil maakt voor de patiënt.

Daarmee wordt het werk van Streekziekenhuizen overgenomen en is het bestaansrecht van deze ziekenhuizen onder druk komt te staan. Daar vloeien zorgfuncties weg en kan er (subtiel) 'leegstand' ontstaan. Met andere woorden, de inkomsten vallen weg, maar de kosten vastgoed blijven hetzelfde.

Het is niet ondenkbaar, dat door het succes daarvan een themakliniek over gaat tot het stichten van filialen en daarmee – in het licht van het Krimpvraagstuk – als tijdelijk extra voorzieningen worden gerealiseerd. Daarbij zouden zij in de gelegenheid gesteld kunnen worden om gebruik te maken van de faciliteiten in de regio's. Namelijk, dat een Regioziekenhuis (tevens) fungeert als een 'bedrijfsverzamelgebouw', waarmee de positie van dat ziekenhuis wordt versterkt, maar ook dat van de Themaklinieken. Of, dat deze themaklinieken (tijdelijk) gebruik gaan maken van de locaties van de voormalige Streekziekenhuizen. Of, gebruik wordt gemaakt van de 'leegstand' binnen de Streekziekenhuizen.

Inmiddels is er landelijk een themakliniek voor Reuma en Artrose (in Nijmegen) met ook al een filiaal in een Regioziekenhuis elders (Woerden). Ook rond het thema Apneu is er een themakliniek ontstaan (Vught en ten behoeve van Zuid-Nederland) en wordt elders in het land een soortgelijk initiatief overwogen (Noord-Nederland), waarbij deze klinieken ook samen werken rondom het gezamenlijk thema. En, onlangs is het initiatief afgekondigd om een landelijk gespecialiseerde kliniek, inclusief operatiecapaciteit, te realiseren in verband met Borstkanker.

1.7 *Financieel-economische overwegingen*

Door het Krimpvraagstuk neemt het aantal mensen in het werkgebied of afzetmarkt af. Hierdoor loopt een winkelier nog eerder tegen zijn break-even point aan. En, zullen besturen van maatschappelijke voorzieningen nog eerder keuzes moeten maken. Om kostendekkend te kunnen werken, zal er voldoende populatie in het werkgebied aanwezig moeten zijn.

Door de stijging van de kosten in de loop der tijd is de noodzaak voor een grotere populatie in het werkgebied ook toegenomen. Door bevolkingsgroei kon dit deels worden opgevangen en de rest door middel van opschalen. Door de groei zijn we verward geraakt.

Nu deze groei, als buffer, wegvalt en de populatie alleen maar kleiner wordt, maar de kosten niet mee dalen, zullen ook zorgverleners door het Krimpvraagstuk nog eerder tegen het break-even point aanlopen en mogelijk daarover heen schieten.

1.8 *Politiek-bestuurlijke ontwikkelingen*

Terwijl de fase van Stagnatie al was begonnen, werden instellingen, ook in de zorg, in het begin van deze eeuw door de Tweede Kamer gedwongen hun vermogen in te zetten in het primaire proces, waaronder in de Zorgsector.

Hierdoor zijn al deze instellingen ingeteerd op hun vermogen en zullen zij nu en in de komende tijd nog eerder keuzes moeten gaan maken in het licht van het Krimpvraagstuk. En, is het tijdspad om tot deze keuzes te komen, hierdoor ook ingekort.

Belangrijk is, dat de instellingen, ook in de zorg, in de samenleving volop te ruimte krijgen om deze keuzes te maken. Maatschappelijke weerstand zal het risico voor deze instellingen verder laten toenemen.

1.9 *Marktontwikkelingen*

De veranderingen in de economie hebben nog veel verdergaande consequenties voor de (ook zorg)organisatie dan alleen de traditionele veranderingen. Het principe van *customer profit centres* is hierbij van belang geworden.

Dit lijkt een marginale wijziging ten opzichte van de bekende systemen voor 'productmanagement' en 'accountmanagement'. Er zit hier meer achter. In een aantal sectoren kan er sprake zijn van (door demografische stagnatie, -stabilisatie, -daling en -krimp) een (begin aan) overcapaciteit en overaanbod in de (zorg)markt.

Het is nu de (zorg)markt zèlf, het bestand aan afnemers (zorgvragers), die de factor geworden welke de groei van de (zorg)instelling bepaald. Of wel, de nieuwe schaarse factor in de economie is de afnemer (de zorgvrager). En, van die afnemer is niet het besteedbaar inkomen en de afstand de belemmerende factor, maar zijn dat de factoren als kwaliteit, tijd, aandacht en vertrouwen geworden.

In de praktijk zien we wel dat veel (zorg)organisaties zich druk maken over klantgerichtheid, maar weinigen (zoals de zogenaamde Themaklinieken) zijn dan ook zo consequent de klant als *profit center* te organiseren en daarop te gaan sturen.

Als gevolg van nieuwe technologieën en medische ontwikkelingen, verschuivende (zorg)consumentenvoorkeuren en wijzigende schaarste-verhoudingen, ontstaan er nieuwe winstmodellen voor (zorg)instellingen. Winstmodellen die via nieuwe *accountable* eenheden nieuwe (zorg)organisaties met zich meebrengen, juist ook in het *control model* van de (zorg)instelling. In het traditionele *management of change* werd het *control model* tot de structuur van de organisatie, sector of samenleving gerekend en daarmee niet meegenomen in het proces van de ontwikkeling.

De instelling zal niet alleen de sociaal-psychologische aspecten van deze verandering moeten kennen (kennis die bij veel van hen te oppervlakkig is), de instelling moet ook geverseerd zijn in institutioneel economische analyses (dit is van een andere orde dan de kwantitatieve analyses voor strategie tot nu toe) en *management control* in de moderne zin om de cliënt/patiënt van dienst te kunnen zijn.

Onderkent wordt dat instellingen tussen welke glazen wanden opgesloten zitten. De vraag is niet of de bestaande code bij veranderingen gebroken moeten worden, maar hoe? Dat kan alleen wanneer men binnen de instelling het blikveld verruimd tot ook de veranderingen in de economie, de implicaties daarvan voor eigendomsverhoudingen en de consequenties voor de (institutioneel) economische kant van organiseren in samenhang met demografische ontwikkelingen op lange termijn.

Met dat laatste wordt niet enkel het vraagstuk van investeringsbeslissingen bedoeld, maar veeleer de structuur van management accounting, waarbij de klant (patiënt) centraal staat, management control en eigendomsverhoudingen als parameter in *change*, zoals we dat, bijvoorbeeld, zien in de toepassing van de *franchiseformule*, bij de één-loket-gedachte en het concept Geïntegreerde

Vraaggerichte Dienstverlening¹, als instrument om *breakthroughs* in performance te realiseren. En, dan pas over te gaan op door-vertaling naar het Programma van Eisen in verband met maatschappelijk vastgoed.

1.10 Gedragsontwikkelingen

'Voor een paar schoenen rijdt men vanuit het dorp naar de stad. En, veel zaken worden via Internet geregeld'. Afstand heeft een andere betekenis gekregen door mobiliteit en Informatie- en Communicatietechnologie.

Mensen kiezen voor kwaliteit in plaats van afstand. Dit is ook mogelijk door de toename in de mobiliteit. En, de beschikbare informatie over de kwaliteit is via Internet te vinden. Door deze mobiliteit is Nederland een 'dorp' geworden. Het succes van Themaklinieken is mede hieraan te danken, zo ook dat het ene ziekenhuis meer op aandacht kan rekenen dan de andere. Mensen kiezen voor kwaliteit en snel duidelijkheid. Er is geen noodzaak dat er een Streekziekenhuis dicht in de buurt moet zijn.

Dat Streekziekenhuizen hierdoor klandizie verliezen, heeft niets met het Krimpvraagstuk te maken. Maar, dat een Streekziekenhuis hierdoor al onder druk staat en door het Krimpvraagstuk nog verder onder druk komen te staan, maakt dat de ene ontwikkeling versterkt wordt door het andere.

Als door de ontstane situatie het moeilijk is om 'het hoofd boven water te houden' en ook de kwaliteit van de zorg moeilijk staande is te houden, dan zal de 'leegloop' bij een Streekziekenhuis in een nog hogere versnelling komen en komt er een definitief einde aan het bestaan van een Streekziekenhuis nog eerder in het zicht.

Als dat samenvalt met de afwezigheid van al een Regioziekenhuis, ontstaat er een leemte voor de burgers of moet met veel geld het Streekziekenhuis gestoken moeten worden om deze tijdelijk open gehouden (in afwachting op een Regioziekenhuis). Door niet tijdig mee te werken aan de realisering van een nieuwe infrastructuur hebben betrokkenen in en rondom het fenomeen Streekziekenhuizen, waaronder ook gemeenten, 'boter op hun hoofd' door niet (samen in een regio) te anticiperen op ontwikkelingen.

Onder zware tijdsdruk moet alsnog overgegaan worden naar een Regioziekenhuis. Dat komt niet ten goede van de kwaliteit van de besluitvorming, om tot verantwoorde keuzen te komen (in de zin van permanente en tijdelijke voorzieningen en waarvoor) en om begrip te kweken bij de burgers.

2 Modellen

De beleidsmodellen per zorgfunctie en-discipline zullen toereikend moeten zijn om tijdig en adequaat te kunnen sturen. Hierdoor is het mogelijk om de Programma's van Eisen actueel te houden in verband met beheer van de portefeuille met maatschappelijk vastgoed.

Deze modellen zullen verbeterd moeten worden. Vanaf de laatste oorlog is in Nederland alle structurele en tijdelijke demografische ontwikkelingen op één hoop gegooid. En, is het groeiscenario vervolgens gaan domineren. Om tijdig en vooral adequaat te kunnen anticiperen op demografische ontwikkelingen, zal dat met terugwerkende kracht deze modellen herzien moeten worden, ook om verborgen leegstand te kunnen traceren.

Het helpt het gesprek goed te voeren wat er per zorgfunctie en –discipline moet gebeuren. En, kan vervolgens de effecten van andere ontwikkelingen meer transparant worden gemaakt. En, de effecten van de verschillende ontwikkelingen beter in samenhang worden gebracht om de consequenties beter te kunnen overzien. Door de vele lobbyactiviteiten dreigen de modellen 'vervuild' te raken. Immers, er is geen reden voor zorgfuncties en –disciplines om voorrang te wensen of te vinden dat er op de rem gestaan moet worden. Het gaat om mathematische modellen.

¹ Binnen een netwerk van allianties en affiliaties in verband met affiniteit met een bepaalde (zorg) thema of (zorg)doelgroep.

Het ongewisse zit niet in de demografische ontwikkelingen, wel in het gedrag van de zorgconsument als het gaat om afstand en kwaliteit. En, hoe de medische- en epidemiologische ontwikkelingen zullen zijn. In het algemeen reduceren deze ontwikkelingen ook het gebruik van zorgfaciliteiten. Door gedegen te monitoren kunnen de parameters in deze modellen actueel worden gehouden.

3 Re-engineering

Om de gevolgen van deze ontwikkelingen samenhangend in goede banen te leiden, is re-engineering van de zorginfrastructuur onontkoombaar. De vraag hierbij is hoe het publiek hierin meegenomen kan worden door middel van bewustwording. En, door stapsgewijs te werken en de zorgconsument kan wennen aan de veranderingen.

3.1 *Regioziekenhuis*

Door de bevolkingsdaling neemt het aantal handelingen in een Streekziekenhuis af. Om de kwaliteit te borgen, is opschaling nodig. Tussen het fenomeen Streekziekenhuis en het fenomeen Academisch ziekenhuis zit qua zorginfrastructuur niets. Hierdoor is in de loop der tijd zorgfuncties bij Academische ziekenhuizen gekomen die in feite niet daar thuis horen. Bovendien zijn deze zorgfuncties te ver van de leefomgeving van de burgers komen te staan en dat deze zorgfuncties te duur worden uitgevoerd.

Hierdoor is de behoefte ontstaan aan Regio-ziekenhuizen en dat in het licht daarvan de Streekziekenhuizen worden ontmanteld. Burgers hebben het gevoel dat daardoor de zorg verder van hen af komt te staan. De werkelijkheid is anders. Binnen de nieuwe structuur staat de zorgconsument weer centraal.

3.2 *Gezondheidscentra*

De burgers zijn inmiddels gewend geraakt aan dit fenomeen en waarderen dit positief. Dit wil niet zeggen, dat het realiseren toentertijd overal op draagvlak kon rekenen. Immers, de huisarts in het dorp of de buurt verdween. Deze zorgfunctie werd geconcentreerd. Het schaalniveau is bij deze centra anders dan bij de afzonderlijke huisartsen.

Het positieve is, dat verschillende zorgfunctie onder één dak is gebracht en de zorgvrager niet van het ene adres naar het andere moet. Wat minder bekend is, dat de meeste van deze centra ook al geschikt zijn om de lichte handelingen van de Streekziekenhuis kunnen overnemen, de zogenaamde poli-handelingen. Daarmee komt een deel van de zorg dicht bij de patiënt. In principe blijven de kosten hetzelfde van deze behandelingen, hoewel voorzichtige schattingen aangeven dat het iets goedkoper wordt. Het gaat dan vooral om de indirecte kosten bij zorg, zoals zorgvervoer.

Door het nog aanhouden van de Streekziekenhuizen worden de mogelijkheden van de Gezondheidscentra onvoldoende benut. Als het gaat om het al gerealiseerde vastgoed voor deze centra, is er sprake van een vorm van kapitaalverlies en 'onderbezetting'. In elk geval wordt niet voldaan aan de belangen van de patiënt.

3.3 *Academische ziekenhuizen*

In feite kan de Streekziekenhuis qua functies uitelkaar worden getrokken door de lichte ziekenhuishandelingen over te hevelen naar de Gezondheidscentra. En, de zwaardere ziekenhuishandelingen over te dragen naar een Regioziekenhuis. Hierbij moet aangetekend worden, dat er al een deel van enkele functies bij een Streekziekenhuis al verdwenen is richting Themaklinieken.

De toezegging is al aanwezig, dat de oneigenlijke zorgfuncties bij Academische ziekenhuizen ook overgeheveld worden naar deze Regioziekenhuizen. Daarmee komt deze zorg weer in de regio en daarmee dicht bij de burger, goedkoper en met dezelfde kwaliteit. De combinatie van Regioziekenhuis en Gezondheidscentra maakt dat de patiënt beter af is binnen een Krimpgebied.

Dit betekent, dat de Academische ziekenhuizen zich weer kunnen gaan richten op hun kerntaak en de zorgkosten beheersbaar blijven. De betekenis daarvan neemt toe als Academische ziekenhuizen vervolgens ook landelijk gaan samenwerken bij bepaalde zorgfuncties en faciliteiten gaan delen. En, dit type ziekenhuizen ten aanzien van de categorie Weinig voorkomende handelingen zich gaan specialiseren.

3.5 *Uitwerking*

De uitwerking van deze re-engineering van de zorginfrastructuur maakt, dat:

- locaties van Streekziekenhuizen her-ontwikkeld moeten worden. Soms kan het als basis gebruikt worden voor het realiseren van een Regioziekenhuis. Maar, qua bestemmingsplan zullen deze locaties een ander doel gaan vervullen.
- de omvang van het vastgoed voor Academische ziekenhuizen drastisch teruggebracht kan worden. Een beperkt deel daarvan kan ingezet worden voor landelijke zorgfuncties, de rest zal vroegtijdig afgeschreven worden en her-ontwikkeld moeten worden.
- daar waar nog geen Gezondheidscentra is, alsnog worden gerealiseerd en;
- de Regioziekenhuizen worden gerealiseerd.

Konen tot een nieuw, duurzame, toekomst- en generatiebestendig infrastructuur vraagt om een integrale aanpak op regio-niveau en een programmatische werkwijze door een task-force aan te stellen, te beginnen in de regio's waar men al met bevolkingsdaling te maken heeft gekregen.

De uitvoering van deze re-engineering kan in een hogere versnelling komen, wanneer hierbij ook gebruik wordt gemaakt van de Crisis- en Herstelwet mede in het licht van het stimuleren van de Economie door middel van bouwactiviteiten.

Het dilemma is wel, dat de kosten van deze operatie opwegen tegen de baten op termijn, zeker als er vastgoed vroegtijdig afgeschreven moeten worden en waarvoor een herbestemming gevonden moeten worden. Maar, in het licht van het stimuleren van de Economie kunnen deze keuzes in een ander daglicht komen te staan.

3.6 *Communicatie*

Veel burgers zijn nog onvoldoende van doordrongen van deze ontwikkelingen, het waarom en wat het voordeel voor hen is. Inmiddels weten zij wat het voordeel is van een Gezondheidscentrum. Dat beeld kan verder versterkt worden, door de eerste reeks kleine ziekenhuishandelingen over te hevelen vanuit de Streekziekenhuis. Deze ziekenhuizen zullen daartoe aangezet worden. Stapsgewijs kan het beeld van de nieuwe Zorginfrastructuur zichtbaar worden gemaakt en daarmee het draagvlak worden bevorderd.

4 Kansen

Re-engineering van de Zorginfrastructuur is meer dan alleen herschikking van functies. Het gaat ook om synergie tussen functies. Niet alleen binnen de zorg, maar ook tussen functies binnen verschillende sectoren. Bijvoorbeeld, rondom het thema Wonen en Zorg en het thema Zorg en Welzijn. Of, bij de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). En, de samenwerking tussen Regioziekenhuis en Awbz-instelling om faciliteiten te delen. Ook de gemeenten kunnen in het kader van de Wmo hierop inspelen door middel van gebiedsgericht werken.

De essentie van de kanteling van de Wmo is tweeledig, namelijk van aanbodgericht naar vraaggericht werken én van standaard aanbod naar maatwerk. Door enerzijds op lokaal en regionaal niveau op te schalen en anderzijds de zorgfuncties decentraliseren, zijn de mogelijkheden om vraaggericht te werken en maatwerk te leveren beter mogelijk. Dit door op één adres deze functies te concentreren door middel van allianties van verschillende partijen.

De verkenning rond gezonde wijken en wijkvoorzieningen, respectievelijk voorzieningen voor een groep dorpen, kan niet los worden gezien van de bedoelde ontwikkelingen. Daar deze aanpak komen de voorzieningen dichterbij huis, ondanks de opschaling van buurt naar wijk en van één dorp naar een groep dorpen. De spil is de Gezondheidscentrum plus de burgers in de wijk die een publieke taak voor hun rekening nemen en maatschappelijke ambities realiseren.

Dat vraagt op lokaal niveau om visie. En, dat vraagt om op een andere wijze met aloude vraagstukken om te gaan. Trefwoorden hierbij zijn 'van welvaartstaat naar zelfzorgstaat', 'van consument naar co-producent van welzijn en sociale voorzieningen' en 'van het aanspreken van de overheid op ondersteuning naar het vormgeven van je eigen leven door gebruik te maken van het eigen kwaliteiten en van de voordelen dat zorgfuncties gedecentraliseerd zijn. En, het inzetten op eigen daadkracht van burgers en hen aanspreken op hun eigen draaglast. Hierdoor kan elke burger in de wijk een bijdrage leveren op zijn niveau en binnen zijn mogelijkheden.

Deze maatschappelijke ontwikkeling is door het Krimpvraagstuk in een stroomversnelling gekomen, nu de verhouding tussen ouderen en jongeren wijzigt, dusdanig dat er tijdelijk relatief te weinig professionals zijn om aan de zorgvraag te kunnen voldoen, nu de babyboom senior is geworden.

Tot slot

Bezuinigen is een beladen term, zeker als het gaat om Zorg. Als het gaat om demografische ontwikkelingen kan het herschikken van budget per discipline beter anders verwoord worden. Dat geldt ook bij andere ontwikkelingen binnen de zorgsector. Veelal gaat het om baten van autonome ontwikkelingen, hoewel deze ontwikkelingen gestimuleerd kunnen worden om sneller deze baten te kunnen realiseren.

Door vast te houden aan een deel van de oude Zorginfrastructuur, als het gaat om de Streekziekenhuizen, kan de nieuwe infrastructuur niet worden afgerond. Hierdoor zitten we met twee gedeeltelijke structuren, die geen samenhang vertonen en is er deels sprake van dubbele kosten en onbenut faciliteiten elders. Dat werkt kostenverhogend, terwijl het wenselijk is om de kosten van de zorg beperkt te houden. Dat vraagt om een andere manier van bezuinigen door het maken van keuzes en het inzetten van een doorzettingsmacht.

Door niet tijdig en adequaat te anticiperen, betekent dat er geld wordt toeleggen en zorgverleners gaan interen op hun vermogen. En, terwijl deze middelen hard nodig zijn om de zorgvraag in de komende aan te kunnen.

© Auke ten Hoeve, 2013

Niets van deze publicatie mag worden veeleenvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming. Of, dat nadrukkelijk deze publicatie en auteur als bron wordt vermeld.

De auteur:

Auke ten Hoeve is in 2008 als Wethouder ad interim van buitenaf aangetreden naar aanleiding van de affaire rondom plannen in het dorpje Ganzedijk en om tot een oplossing te komen. De sanering van het woningbezit in dat dorp is daarmee het symbool geworden van het Krimpvraagstuk. Auke ten Hoeve adviseerde de Minister, heeft de leden van het Parlement bijgepraat en was klankbord voor Departementen en maatschappelijke organisaties.

Al in 2002 adviseerde hij het Ministerie van Financiën in verband met het verdwijnen van servicepunten van financiële instellingen op het platteland. Dit naar aanleiding van Parlementaire vragen. In eind negentiger jaren heeft hij statistici en bestuurder zien worstelen met bepaalde demografische gegevens in bepaalde regio's.

In 2010 heeft hij een rondje NL gemaakt om lagere overheden en maatschappelijke organisatie op lokaal en regionaal niveau bewust te maken van het Krimpvraagstuk en de effecten daarvan, houdt lezingen, schrijft publicaties en adviseert besturen binnen diverse sectoren om tot herijking van het beleid te komen.