Barometer Maatschappelijk Vastgoed

Onderzoeken en perspectieven op maatschappelijk en financieel rendement

Jan Veuger
en 58 auteurs

Zorgvastgoed, de businesscase op z'n kop

Kansen, bedreigingen en oplossingsrichtingen

Ellen Olde Bijvank

Met de introductie van de Normatieve Huisvestingscomponent zijn zorgorganisaties per 2012 volledig verantwoordelijk geworden voor de investeringen in hun eigen vastgoed (ingroeipad tot 2018). Tijdens het eerste aanvangsjaar in 2012 wordt tegelijkertijd aangekondigd dat de komende jaren sprake is van vergaande extramuralisering. Onverwachts forse vraaguitval is daarvan het gevolg. In een periode waarin zorgorganisaties ineens zelf verantwoordelijk zijn geworden voor de vastgoedinvesteringen komt dat hard aan. De risico's zijn groter dan ooit, dat dwingt partijen om op een geheel nieuwe wijze naar hun vastgoed en zorg/-dienstverlening te gaan kijken. Dat dit niet langer meer alléén de opgave is van de zorgorganisatie is, zal eveneens verder in dit artikel blijken.

Groot verschil ´scheiden wonen zorg´ van voor en ná Rutte II

In het regeerakkoord van Rutte I werd alleen nog gesproken over het financieel scheiden van wonen en zorg voor de lichtere ZZP's. Sinds het Lente-akkoord en ook bij Rutte II is er gekozen voor het geheel doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg (extramuralisering). Dit betreft een groot verschil.

In eerste instantie zouden cliënten alléén voor de huisvesting, het gas, water, licht en onderhoud hoeven te betalen. Zij zouden nog wel aanspraak blijven houden op een verblijfsindicatie (= ZZP-indicatie). De zorgfuncties en het merendeel van de verblijfsfuncties bleven bij dit beleidsvoorstel integraal onderdeel uitmaken van het pakket en zouden daarmee volledig worden vergoed. Het Volledig Pakket Thuis is een voorbeeld dat in dit beleidsvoorstel past.

Bij het nieuwe beleid van scheiden wonen en zorg krijgen cliënten die voorheen geïndiceerd zouden worden voor een zorgzwaartepakket, géén verblijfsindicatie meer. Deze cliënten kunnen in de toekomst alleen aanspraak maken op de functies zoals die door de thuiszorg worden geleverd (extramurale zorgfuncties). Daarmee worden de lagere ZZP's de komende jaren afgebouwd[46]

1. De cliënt moet álles zelf betalen, met alleen de uitzondering van de zorgfuncties (figuur 1).
2. Concreet moet de cliënt zelf gaan betalen voor zowel de huisvesting, de schoonmaak, het onderhoud, maaltijden, de receptiefunctie, de wasverzorging en ook voor het kunnen meedoen aan activiteiten (figuur 2).

[46] Voor meer informatie, zie http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/04/25/kamerbrief-hervorming-langdurige-zorg-naar-een-waardevolle-toekomst.html

Gevolgen voor de cliënt	Gevolgen voor de zorgorganisatie
Meer zeggenschap en variatie in woonvormen	Zorgorganisaties zijn door de invoering van de NHC zelf verantwoordelijk voor vastgoed
Meer door cliënt zelf te regelen en administratieve rompslomp	Toestroom van cliënten droogt deels op met leegstand tot gevolg (afboeken op vastgoed)
Minder vrije bestedingsruimte voor cliënten met vooral de laagste inkomens	Het business model van de zorg en facilitaire dienstverlening staat onder zware druk
Stapeling van effect: thuis blijven wonen, afschaffing functie verblijf terwijl gemeente met bezuiniging in Wmo krijgt te maken	Spanningsveld: Leegkomend vastgoed versus vastgoed dat in de toekomst nog nodig is
Gevolgen voor de gemeente	**Gevolgen voor de corporatie**
Regie moeten nemen op aanbod geschikte woningen en visie op invulling zorg/welzijn	Meer zorg (intensieve) cliënten in corporatiewoningen met mogelijke consequenties voor leefbaarheid
Groter beroep op ondersteuning en hulpmiddelen, waaronder ook schuldhulpverlening	De vraag naar aangepaste woningen neemt toe
Meer zorgcliënten in de wijk stimuleert het daadwerkelijk gebiedsgerichte werken	Betaalachterstanden van cliënten
Wil/kan de gemeente een rol vervullen t.a.v. leegstand zorgcentra?	Zorgorganisaties die contracten open willen breken en/of beheerovereenkomsten willen afsluiten

Figuur : Gevolgen voor cliënt, zorgorganisatie gemeente en corporatie

Maar eigenlijk is het toch heel logisch dat iemand voor zijn eigen verblijf betaalt? Mensen hebben vaak hun hele leven gedaan, dan wordt iemand ziek, waarom zou de overheid dat verblijf dan ineens moeten betalen? Daar zit zeker wat in. Echter te beseffen dat de kostprijs van bijvoorbeeld een verzorgingshuisplaats 2.300,-- euro per maand is, maakt gelijk duidelijk dat het integrale pakket zoals we dat tot nu toe hadden georganiseerd (financieel) niet houdbaar is. De overheid kan het niet langer betalen, maar cliënten heel vaak ook niet.

Omgaan met de 'grijze gebieden'

Belangrijk aandachtspunt om mensen prettig en veilig thuis te kunnen laten wonen

Veiligheid
- Brandveiligheid;
- Inbraakveiligheid;
- Valpreventie;
- Voorkomen legionellabesmetting.

Nabijheid
- Ontmoetingsmogelijkheden
- Op lokaal niveau mee vormgeven van adequate steunsystemen.

Onplanbare zorg en domotica

Organiseren van 24-uurs onplanbare zorg en desgewenst behandeling/toezicht op afstand

Toegankelijkheid van informatie
- Transparante informatie
- Op lokaal niveau

Toegankelijkheid woning & omgeving
- Bestaande bouw (huur en koop)
- Nieuwbouw

Behoeften-hiërachie van Maslov

Figuur 2: Omgaan met grijze gebieden

Reëel beeld over de effecten van scheiden wonen en zorg

Het scheiden van wonen en zorg heeft dus flinke impact, zowel voor de cliënt, als zorgorganisatie, maar zeker ook voor de gemeente, de corporatie en bijvoorbeeld welzijnsorganisatie. In de bijgevoegde figuur wordt een niet limitatieve opsomming weergegeven.

Naast zicht te krijgen op de effecten is het belangrijk dat er een reëel beeld is over de cliëntgroepen waar het om gaat. Er is namelijk een groot verschil tussen de hulpvraag van de diverse doelgroepen en hoe hier het beste mee kan worden omgegaan. Een lagere ZZP hoeft bijvoorbeeld niet te betekenen dat het per se om een lichtere hulpvraag gaat. Iemand die weliswaar mobiel is, maar beperkt regievermogen heeft, is soms onvoorspelbaarder in gedrag en kan meer onrust of 'overlast' veroorzaken, dan iemand die zwaar lichamelijk gehandicapt is of door een bepaald psychiatrisch ziektebeeld alleen nog maar zeer passief is.

Op lokaal niveau op zoek naar geheel nieuwe arrangementen

Bij het wegvallen van de lagere ZZP's blijft een groot deel van de cliëntengroep, die nu in een verzorgingshuis of een leefgroep woont, gewoon thuis wonen. De behoefte van de cliënten aan bescherming en veiligheid verandert niet door de extramuralisering. Misschien neemt deze door het verminderde toezicht eerder toe dan af.

Er vervallen voor deze cliëntgroep echter een aantal zekerheden die tot voor kort integraal onderdeel uitmaakten van het pakket. Hierdoor zullen zogenoemde 'grijze gebieden' ontstaan, waar niet zo duidelijk van is wie daarvoor verantwoordelijkheid voor is. Denk aan het omgaan met brandveiligheid, de primaire behoefte van mensen aan contact en het adequaat vormgeven van de onplanbare zorg. Dat laatste is in Nederland nog lang niet in alle gebieden goed geregeld. Voor een deel komt dat omdat de vergoeding onvoldoende is om de kosten te dekken. Maar zeker ook omdat deze zorg vaak regionaal is georganiseerd, met lange aanrijtijden tot gevolg et cetera. Domotica zou in bepaalde situaties zeker een uitkomst kunnen bieden, maar wie betaalt de kosten die gepaard gaan met de innovatie? Dit zijn slechts een aantal voorbeelden. Het hangt dan sterk van de lokale situatie af hoe men hier als belanghebbenden mee om wil gaan en welke (on)mogelijkheden er zijn. Soms gaat het gepaard met benodigde investeringen, maar vaak ook kan er al resultaat worden bereikt als de zorg en dienstverlening niet méér, maar anders wordt vormgegeven. Gemeente en organisaties die elkaar aanvullen, burgers die actief participeren en goede informatievoorziening die er aan bijdraagt dat mensen zelf de weg weten te vinden. Er zijn voorbeelden bekend dat corporatie en/of gemeente in samenwerking met een bouwmarkt 'kant en klaar pakketten' in de winkel promoten die bijdragen aan de vergroting van het veilig en zelfstandig wonen van mensen.

Uitdaging: nieuw verdienmodel voor het verzorgingshuis

Maar wat heeft bijvoorbeeld een traditioneel verzorgingshuis aan voorgaande arrangementen? Op korte termijn niet zoveel. Zij zit met een opgave om oplossingen te bedenken voor de toenemende leegstand met minder inkomsten als gevolg. De vraag die zij zich stelt: Is er voldoende potentie voor een locatie om de business case op een andere manier rond te krijgen? (1). Kunnen we mogelijk nieuwe doelgroepen naar onze locatie toehalen (bijvoorbeeld samenwerking ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg of met RIBW)? Of (2). is het een optie om een deel van de appartementen via scheiden van wonen en zorg te verhuren? De eerste optie zullen velen naar kijken, maar er is onvoldoende 'zorgmarkt' zodat dit niet voor elke organisatie een reële optie is.

Het tweede, het gaan verhuren volgens scheiden wonen en zorg, zijn veel zorgorganisaties aan het overwegen. Dit alternatief vraagt echter om op een totaal andere manier naar het eigen vastgoed en de zorgverlening te kijken. Op het vastgoed zal de zorgorganisatie haar verlies al moeten nemen omdat bij rechtstreekse verhuur aan cliënten minder huurinkomsten zullen binnenkomen. Daar bovenop komt nog eens de verhuurdersheffing die de netto-inkomsten alleen nog maar verder doen dalen. Echter minsten zo'n grote impact is het feit dat de cliënt nu zelf moet gaan betalen voor alle verblijfscomponenten die hij/zij gaat afnemen. Afname van diensten is namelijk niet meer vanzelfsprekend. Een warme maaltijd voor 7,00 per dag met een voorafje en nagerecht is relatief goedkoop te noemen, toch gaan cliënten soms andere keuzes maken. En hoe ga je er als zorgorganisatie mee om dat de vraag van cliënten per dag kan wisselen?

Zorgorganisaties zullen na moeten gaan denken welke arrangementen cliënten bereid zijn te betalen en hoe zij cliënten kunnen verleiden om bij hen de diensten af te nemen. Vanwege de fluctuerende vraag zal zij haar organisatie veel flexibeler moeten inrichten, waarbij grote inzet van vrijwilligers onontkoombaar is. Functies als een conciërge, bemanning van een receptie of maaltijden uitserveren zijn niet langer meer functies die alleen aan betaalde krachten zijn voorbehouden. En als een

zorgorganisatie denkt dat het niet lukt de business case rond te krijgen, zal zij nog om tafel kunnen gaan met gemeente en ook burgers. Als er echter geen draagvlak is vanuit de gemeenschap om op enigerlei wijze een bijdrage te leveren aan de instandhouding van de voorziening, kan het voorkomen dat zij genoodzaakt zijn de betreffende locatie te sluiten.

Kansen voor samenwerking

Met z´n allen staan we voor grote uitdagingen. Om de transitie van de ene werkelijkheid naar een andere mogelijk te maken, zullen we alle zeilen bij moeten zetten en soms 180 graden van koers moeten veranderen. Er wordt al lang gesproken over samenwerking, tussen zorgsectoren onderling, tussen corporaties en zorgorganisaties of samenwerkend met de burger. Misschien is nu wel de tijd rijp om hierin door te pakken. Kansen liggen er volop.

- Onverwachte dwarsverbanden binnen een gemeenschap;
- Business-to-business;
- Ontstaan van nieuwe organisatievormen.

Ad 1. Onverwachtse dwarsverbanden binnen een gemeenschap

Net als bij het gedachtegoed van de woonservicezones, zullen de burger, zijn familie/buren en de lokale gemeenschap een steeds belangrijker vertrekpunt worden om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Naast de veel voorkomende samenwerking tussen zorg-/welzijnsorganisaties, corporaties en bijvoorbeeld gemeenten, ligt er nog een groot potentieel aan andere samenwerkingspartners. Zo hebben eveneens huisartsen een belangrijk signalerende en stimulerende rol. Dit is inmiddels een speerpunt van het nieuwe kabinet. Maar ook bijvoorbeeld kerken, middenstanders, zelfstandig ondernemers of studenten kunnen veel voor een gemeenschap betekenen. Nadenken over onverwachtse dwarsverbanden kan wel eens tot verrassend en doelmatig resultaat leiden.

Ad 2. 'Business-to-business'

Een andere kans is dat er meer samenwerking gaat ontstaan tussen organisaties als het gaat om de organisatie van bijvoorbeeld het vastgoed of bepaalde dienstverlening. Zo kunnen corporaties, tegen vergoeding, de verhuur, het beheer of het onderhoud van vastgoed van zorgorganisaties en/of gemeenten op zich nemen of kunnen zorgorganisaties uit twee verschillende zorgsectoren samenwerken wat betreft nachtdienst of 24-uursbereikbaarheid. Ook hier geldt dat het begrip 'business-to-business' ofwel dienstverlening tussen bedrijven, breed geïnterpreteerd kan worden. Een plaatselijke aannemer zou ook de rol kunnen vervullen ten aanzien van het onderhoud of met de slager/groenteboer kunnen afspraken gemaakt worden ten aanzien van 7 dagen per week het tegen een schappelijke prijs verzorgen van de warme maaltijd.

Ad 3. Ontstaan van nieuwe organisatievormen

Een stap verder dan business-to-business is dat er geheel nieuwe organisatievormen kunnen gaan ontstaan. Een denkbare is die van het bundelen van kennis/beheer op het gebied van zorg-/maatschappelijk vastgoed. Hier zijn succesverhalen van, bijvoorbeeld Maaslands model, maar ook mislukkingen, zoals De Zorgcoöperatie Nederland. Deze stap dient zeer weloverwogen te worden

genomen. Belangrijke aandachtspunten zijn: (1) bezint eer ge begint, (2) laat risico's daar waar ze thuishoren en (3) keep it simpel.

Een andere organisatievorm die in deze tijd zeker ook kansen biedt is die van bewonersorganisaties. Landelijk zijn er al een flink aantal voorbeelden bekend waar bewoners zelf het beheer van maatschappelijk vastgoed of activiteiten organiseren. Voorbeelden zijn onder andere Stichting kulturhus Nieuwkoop, Dr. Kruimelstaete in Garderen en bewonersorganisatie Monnikenhof in Vianen.

Als het specifiek gaat over zorgvoorzieningen zijn er meestal wel vrijwilligers actief, maar bijna altijd aangestuurd door de zorgorganisatie zelf. Misschien dat bewonerscoöperaties rond zorgvastgoed een nieuw leven kunnen betekenen voor zowel het zorgvastgoed als het dorp/de wijk zelf. We kunnen een voorbeeld nemen aan Hoogeloon. In het kerkdorp Hoogeloon (met 2.200 inwoners), hebben de inwoners in 2005 namelijk de eerste zorgcoöperatie opgericht. Deze coöperatie streeft naar behoud van voorzieningen en organiseert aanvullende diensten en zorg voor ouderen. Alles wordt daarbij bepaald door de leden zelf. De coöperatie bestaat uit een bestuur van vijf vrijwilligers, één betaalde coördinator, vier zorgverleners met 0-urencontract, 40 vrijwilligers en 230 leden

Verzorgingsstaat voorbij?

De verzorgingsstaat is verleden tijd. Nieuwe ontwikkelingen doen zich voor die zich soms paradoxaal tot elkaar verhouden. Aan de ene kant wordt naast decentralisatie van overheidstaken steeds meer een beroep gedaan op de Eigen Kracht van iedereen en wordt zoveel mogelijk lokaal georganiseerd. Dat vraagt samenwerking tussen organisaties én met burgers. Aan de andere kant staan organisaties steeds meer onder druk, is er sprake van toenemende concurrentie en moet elk van de organisaties het financieel doen met minder. Hoe kunnen wij samen meer bereiken met minder middelen? En wat is nodig om dat zo dicht mogelijk bij én met de mensen in hun eigen buurt te organiseren?

We moeten ons bewust zijn van de bril van de verzorgingsstaat waar veel bestuurders, beleidsmakers en professionals gewend zijn door te kijken. We moeten perspectief kunnen bieden en een visie hebben op hoe we met de 'grijze gebieden' om willen gaan. Door helder te communiceren, verwachtingen te delen en helder te zijn over verantwoordelijkheden kan energie ontstaan om anders naar zorg en zorgvastgoed te kijken en met oplossingen te komen die we nu misschien nog niet voor ons kunnen zien. Een boeiende tijd. Hoe zal de zorgwereld er over 10 jaar uitzien?