



Opdrachtgeverschap Wmo gemeente Emmen

Reflectie inkoopmodel gemeente Emmen Wmo en beschouwing van alternatieven

21-08-2023

Auteurs

Dr. Ir. Niels Uenk

1. Doel / aanleiding

De gemeente Emmen koopt sinds 2017 maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015 in middels een zogenaamde taakgerichte financiering bij enkele hoofdaannemers. Deze contracten lopen tot 31 december 2024 en er zijn dan geen mogelijkheden meer voor verlenging. Dit betekent dat Emmen deze maatwerkvoorzieningen opnieuw moet gaan inkopen.

Hoewel de gemeente Emmen tevreden is met de huidige wijze van inkopen van deze Wmo-voorzieningen, wil zij voor de nieuwe inkoop een gedegen afweging maken. Emmen wenst om ook alternatieve *inkoopmodellen* in ogenschouw te nemen, om de voor- en nadelen van diverse modellen af te wegen, en op basis van deze analyse een onderbouwd besluit te nemen over de koers voor 2025 en verder.

De gemeente Emmen heeft aan de onderzoekers van PPRC gevraagd om in dit kader het huidige inkoopmodel en enkele voor de hand liggende alternatieven op hoofdlijnen te beschrijven. Hierbij is de wens om van elk model de eigenschappen, voordelen en nadelen te benoemen, en om kort de impact te schetsen van een eventuele overstap naar de alternatieve modellen.

PPRC heeft meer dan tien jaar ervaring met het in kaart brengen van inkoopmodellen in het gemeentelijk sociaal domein. Al vanaf 2014 verzamelt PPRC alle inkoopdocumenten van alle gemeenten voor Wmo-ondersteuning en heeft sindsdien een nagenoeg compleet detailbeeld van de gemeentelijke Wmo-inkoop van ondersteuningsdiensten. Bovendien is een wetenschappelijke beschouwing van de diverse inkoopmodellen opgenomen in het proefschrift 'Commissioning of social care services' van dr. ir. Niels Uenk¹. Deze beknopte analyse bouwt voort op deze achtergronden en expertise.

Het volgende hoofdstuk gaat in op de huidige inkoopsystematiek van Emmen voor de Wmo-voorzieningen huishoudelijke hulp en begeleiding. Hoofdstuk drie schetst twee alternatieve 'modellen' met de voordelen, nadelen en impact van overstappen. Hoofdstuk 4 reflecteert in algemene zin op het veranderen van inkoopmodel voor sociale ondersteuning (Wmo en jeugdzorg). Hoofdstuk 5 geeft kort de conclusies en aanbevelingen weer.

¹ Commissioning of Social Care Services. Municipal Commissioning approaches for social care services – evidence from a countrywide live experiment, N. Uenk, 2019, ISBN: 978-94-6375-475-0

2. De huidige inrichting: gebiedsgerichte inkoop met hoofdaannemers

2.1. Beschrijving van het inkoopmodel

Emmen doorliep de vorige aanbesteding Wmo-voorzieningen huishoudelijke hulp en begeleiding (individuele begeleiding en groepsbegeleiding) in 2016, en de huidige contracten gingen in op 1 januari 2017. Emmen koos voor een gebiedsgerichte aanpak. De gemeente werd opgedeeld in zes gebieden: drie in het centrum en drie buitengebieden. Voor elk van deze gebieden contracteerde Emmen één zorgaanbieder die als hoofdaannemer eindverantwoordelijk werd voor het leveren van huishoudelijke hulp en begeleiding in het betreffende gebied. Emmen stond zorgaanbieders toe om op meerdere gebieden in te schrijven, met een maximum van twee. Er zouden dus tussen de drie en zes zorgaanbieders gecontracteerd worden.

Gebieden en gecontracteerde zorgaanbieders

De aanbesteding resulteerde in de gunning aan vier verschillende aanbieders: twee aanbieders met beide twee gebieden en twee aanbieders met beide één gebied. Voor het organiseren en leveren van de ondersteuning aan alle inwoners in hun werkgebied ontvangen de hoofdaannemers één *integraal budget*. De zorgaanbieders mogen voor het organiseren van de ondersteuning, vanuit hun integrale budget, naar eigen inzicht zelf onderaannemers contracteren.

Toegang en zorgtoewijzing op cliëntniveau

Emmen hanteert een onafhankelijke toegangsorganisatie waar mensen met een ondersteuningsbehoefte een aanvraag doen. Deze organisatie beoordeelt de aanvragen en wijst zorg toe die de hoofdaannemer uitvoert. De toekenning omschrijft het 'wat' en (globaal?) de omvang, de invulling (het 'hoe') is dan aan de hoofdaannemer.

Voordelen en nadelen van het model

Een model met hoofdaannemers heeft enkele uitgesproken voordelen én nadelen vanuit diverse perspectieven. De voordelen:

- De gemeente heeft één of een beperkt aantal gesprekspartners en uitvoerende organisaties voor de zorg. Het onderhouden van de relaties en managen van contracten kan zich dus concentreren.
- De hoofdaannemers kunnen schaalvoordelen realiseren en bij cliënten met meervoudige ondersteuningsbehoefte bovendien deze ondersteuning (met eventueel onderaannemers) goed afstemmen.
- Er is geen risico op versplintering van het zorglandschap (bij meer specialistische ondersteuningsvormen heeft dit nadelen).
- Bij een indeling met meerdere hoofdaannemers (zoals Emmen) met geografische verdeling houdt de gemeente de mogelijkheid om partijen te vergelijken en onderling te benchmarken.

De nadelen:

- Er is lokaal geen keuzevrijheid voor cliënten: ze hebben gedwongen winkelnering bij de hoofdaannemer

- De uitvoering van zorg komt verder op afstand te staan van de gemeente: risico dat het een black box wordt.
- De hoofdaannemers worden belangrijker voor de gemeente, er ontstaat een grotere afhankelijkheid van deze partijen. Bij één hoofdaannemer ontstaat lokaal zelfs een monopolie.
- Administratieve lasten verschuiven naar de hoofdaannemer(s) en kunnen zelfs toenemen omdat diverse hoofdaannemers allen weer onderaannemers contracteren.
- Bij overstap naar dit model en bij hercontractering via een aanbesteding ontstaan vaak grote verschuivingen van cliënten, dit levert veel onrust op.²
- Kleinere aanbieders worden afhankelijk van de hoofdaannemers, dit kan een lastige positie zijn.
- Hoe hard is het afgesproken budget? Terwijl het model vaak als beheersmaatregel voor kosten wordt gezien, ontstaan er vaak discussies over het budget en dit resulteert nogal eens in bijstelling naar boven.

2.2. Ervaringen Emmen

Vanuit de gesprekken met een beleidsadviseur Wmo en de accountmanager voor deze zorgaanbieders blijkt dat de gemeente zelf tevreden is met de wijze waarop Emmen opdrachtgeverschap voor de Wmo heeft vormgegeven. In de eerste jaren is aan diverse aspecten van de organisatie van Wmo-ondersteuning en de contractering nog geschaafd (bijvoorbeeld organisatie van de toegang en berekening van budgetten), maar op dit moment loopt het naar wens.

Met de gebiedsgerichte invulling van de inkoop van huishoudelijke ondersteuning en begeleiding samen beoogde Emmen 'de transformatie verder vorm te geven, innovatie te stimuleren en – bijvoorbeeld – aanbieders in staat te stellen om verbindingen te leggen tussen de twee zorgvormen'. Het uitgangspunt was 'dat onze inwoners zo optimaal mogelijk ondersteund worden, samenwerking en innovatie bevordert wordt en dat er een evenwichtige ontwikkeling van zorgvolumes in relatie tot krimpende financiële middelen ontstaat'³.

Uit de gesprekken komt naar voren dat de gecontracteerde zorgaanbieders 'mondjesmaat' vormgeven aan de transformatieopgave. Dit beeld komt ook naar voren uit de bevindingen van het eigen Expertise Centrum dat in 2022 onderzoek deed naar de mate waarin Emmen – en de gecontracteerde zorgaanbieders – de transformatieopgaven realiseren.⁴ Ook waren er in de eerste jaren van het contract twijfels over de passendheid van budgetten, is de financieringssysteem aangepast in aansluiting bij stijgende volumes, en is de organisatie van de toegang apart gezet. In vergelijking met

² Een recent voorbeeld betreft de aanbesteding huishoudelijke hulp voor de gemeente Borne. De zittende aanbieder bediende 77% van de cliënten, en is voor het nieuwe contract vanaf 2024 buiten de boot gevallen. Dit betekent dat 665 cliënten moeten overstappen naar een andere aanbieder, wat voor veel onrust zorgt onder zowel cliënten als personeel van deze zorgaanbieder. Zie o.a.

<https://www.borneboeit.nl/144596/nieuws/voor-veel-inwoners-verandert-aanbieder-van-huishoudelijke-hulp>.

³ Offerteaanvraag ten behoeve van de Europese openbare aanbesteding Wmo Schoonmaakondersteuning en Begeleiding (inclusief Persoonlijke verzorging en Kortdurend verblijf) gemeente Emmen, 31-03-2016, p.8.

⁴ Anders denken, anders doen, betere resultaten! Transformatie in de Wmo-domeinen schoonmaakondersteuning, Begeleiding en Beschermd wonen, Expertise Centrum gemeente Emmen, mei 2020

andere gemeenten leeft bij de gesprekspartners het beeld dat Emmen het goed doet. Betrokkenen bij de gemeente Emmen geven aan dat de gemeente qua uitgaven in de pas loopt met de begroting. Betrokken hebben zelf het beeld dat Emmen het vergeleken met andere gemeenten in financieel oogpunt goed doet.⁵

2.3. Impact van het continueren van het huidige model

Bij het continueren van het huidige inkoopmodel zal Emmen opnieuw moeten aanbesteden. De grootste impact qua veranderingen voor cliënten en eventueel voor personeel van huidige zorgaanbieders ontstaat dan als er andere zorgaanbieders als winnaar van de aanbesteding uit de bus komen.

Voor gebieden waar de huidige zorgaanbieder opnieuw het contract wint, verandert er in principe niets – tenzij de gemeente Emmen bewust andere inhoudelijke eisen stelt aan de ondersteuning.

Voor gebieden waar een andere zorgaanbieder vanaf 2025 de ondersteuning overneemt, is de vraag hoe deze nieuwe zorgaanbieder dit gaat vormgeven. Diverse zorg-cao's verplichten dat een zorgaanbieder die een aanbesteding wint zich inspant om het personeel van de verliezende zorgaanbieder over te nemen. Als dat lukt (en in de huidige arbeidsmarkt zal de winnende zorgaanbieder dit vaak wel willen), dan krijgen de hulpverleners een nieuwe werkgever, maar cliënten houden zoveel als mogelijk hun vaste ondersteuner. Als de verliezende zorgaanbieder het personeel niet (of slechts ten dele) kwijt wil, wat in de huidige arbeidsmarkt een realistisch scenario is, dan krijgen de cliënten dus (deels) nieuwe hulpverleners. Dit leidt doorgaans tot een periode van onrust. Hoe dan ook is er vaak enige periode van onzekerheid onder cliënten en hulpverleners als andere partijen de aanbesteding winnen.

⁵ Dit is een eigen observatie van betrokkenen van de gemeente, hier is niet nader onderzocht.

3. Alternatieve inkoopmodellen

3.1. Open house model

Het open house model is in veel opzichten het andere uiterste van het huidige model in Emmen met hoofdaannemers. Bij contractering volgens het open house model definieert de gemeente – eventueel in dialoog met zorgaanbieders – standaard voorzieningen (producten) en standaard eisen en voorwaarden waaronder zorgaanbieders gecontracteerd kunnen worden om deze voorzieningen aan inwoners te leveren. De gemeente contracteert vervolgens alle kwalificerende zorgaanbieders, waarbij een contract nog geen cliënten of omzet garandeert. Inwoners met een ondersteuningsbehoefte die een dergelijke voorziening toegewezen krijgen kiezen zelf uit het gecontracteerde aanbod van zorgaanbieders. De contracten met zorgaanbieders *kunnen* een productie-afspraken (budgetplafond) bevatten, maar dit hoeft niet. Tevens is het mogelijk om ook gedurende de looptijd van contracten nieuwe zorgaanbieders toe te laten tot het systeem, maar ook dit hoeft niet. De gemeente vergoedt de daadwerkelijk geleverde ondersteuning, waarbij zij de ondersteuning inspanningsgericht of outputgericht bekostigen. Bij inspanningsgerichte bekostiging vergoedt de gemeente per uur ondersteuning, per dagdeel geleverde dagbesteding, of per etmaal bij verblijfsvoorzieningen. Bij outputgerichte bekostiging staat het te bereiken resultaat centraal. Echter, de vergoeding is doorgaans gebaseerd op de gemiddelde inzet bij de cliëntgroep en periodiek – bijvoorbeeld maandelijks afgerekend.

Het open house model is het meest gehanteerde model onder Nederlandse gemeenten voor Wmo en jeugdhulpdiensten. Gemeenten hebben in dit systeem logischerwijs veel meer zorgaanbieders gecontracteerd, waarbij een deel van deze zorgaanbieders weinig tot geen cliënten hebben. Hoewel taakgerichte bekostiging in opkomst is, blijft het merendeel van de gemeentes het open house model hanteren.⁶

Voor en nadelen

De voordelen van open house:

- De cliënten hebben ruimte keuzevrijheid in aanbod en zorgaanbieders. De ‘cliëntvolgende bekostiging’ geeft de cliënt zelf regie, wat positief uitwerkt op de tevredenheid.
- Het model heeft geen ingrijpende invloed op het zorglandschap, althans niet in één ‘big bang’.
- Vanuit de aard van het model hoeven cliënten na een inkoopprocedure niet van zorgaanbieder te veranderen. Dit voorkomt onrust.
- De inkoop van open house hoeft niet via een aanbesteding en inkoopprocedures zijn doorgaans administratief veel lichter.
- Er is ook meer flexibiliteit in de contracten mogelijk, bijv. om ook tijdens de contracten bij te sturen en zelfs nieuwe aanbieders (evt. onder voorwaarden) toe te laten.
- De gemeente contracteert alle zorgaanbieders rechtstreeks en heeft daarmee het beste zicht op de organisaties die actief zijn in het zorglandschap. De noodzaak voor zorgaanbieders om met onderaannemers te werken is bij open house beperkt.

⁶ PPRC monitor gemeentelijke zorginkoop 2023.

De nadelen van open house:

- Gemeenten contracteren bij deze vorm veel zorgaanbieders waarvan een deel niet of nauwelijks cliënten heeft. Het overzicht houden, controleren van kwaliteit en eruit pikken van niet-integere partijen vergt inzet en een goed contractmanagement.
- Bij specialistische voorzieningen kan open house tot onwenselijke versnippering van het zorglandschap leiden. Dit is met name een risico bij zorgvormen met een hoge toetredingsbarrière (specialistische voorzieningen die niet eenvoudig door nieuwe organisaties op te zetten zijn).
- De toegang krijgt een nadrukkelijker rol in het beheersen van zorgvraag en -volume omdat er vaak minder harde sturingselementen in de contractering zelf aanwezig zijn (een maximum budget bijvoorbeeld).

De impact van overstappen naar open house

Door het huidige model is het lokale zorglandschap – de aanwezige zorgaanbieders lokaal in en om Emmen – waarschijnlijk stevig veranderd. Er zijn waarschijnlijk minder zorgaanbieders actief dan in ‘open house regio’s’. Dit is geen belemmering voor een overstap naar open house; een overstap naar open house is wat dit betreft eenvoudig. Zittende zorgaanbieders zullen onder de gecontracteerde partijen zijn, en cliënten hoeven dus niet van zorgaanbieder te veranderen. De impact voor cliënten is daarmee mogelijk zelfs kleiner dan bij voortzetting van het huidige model. Hierbij zal Emmen opnieuw moeten aanbesteden met de kans dat een andere combinatie van zorgaanbieders de verschillende percelen gegund krijgen. Het is goed mogelijk dat een deel van de cliënten dan van aanbieder moet veranderen.

Wel dient de gemeente nieuwe producten uit te werken. Als Emmen zou kiezen voor een open house met tussentijdse toetreding, dan is te verwachten dat nieuwe zorgaanbieders zich ook na verloop van tijd zullen vestigen. Dit gebeurt wellicht wel in mindere mate door de krapte op de arbeidsmarkt.

De grootste verandering zal plaatsvinden op het vlak van contractmanagement en het monitoren van de zorgvragen en zorgvolume. De gemeente heeft niet langer enkele grote gesprekspartners, maar een wat grotere (en afhankelijk van de keuze rondom openstelling eventueel uitdijende) groep zorgaanbieders. Emmen hecht waarde aan het strategische partnerschap met aanbieders. Het is maar de vraag is wat dit precies inhoudt (de term is een containerbegrip) en of het rechtstreeks contracteren van meer aanbieders dit partnerschap met de belangrijkste aanbieders werkelijk in de weg staat. Echter, het staat vast dat contract- en relatiemanagement van de zorgaanbieders in een open house een andere benadering vraagt dat bij enkele hoofdaannemers.

3.2. Zorgkantoren-model – een beperkt aantal zorgaanbieders in heel Emmen actief

Het inkoopmodel dat door zorgkantoren werd gehanteerd voor de AWBZ⁷ – en daarom hier aangeduid als ‘zorgkantoren-model’ – houdt het midden tussen het contracteren van enkele hoofdaannemers enerzijds en open house anderzijds.

⁷ Zorgkantoren hanteren dit model nog steeds voor de inkoop van WLZ-zorg.

In dit model contracteert de gemeente een beperkt aantal zorgaanbieders (afhankelijk van de scope van een aanbesteding tussen de vijf en de vijfentwintig). De gemeente hanteert net als in het open house model een bepaalde productenstructuur voor ondersteuning (bijvoorbeeld ‘begeleiding licht / midden / zwaar’) en cliënten hebben binnen het gecontracteerde aanbod keuzevrijheid. De keuzeruimte is dus beperkter dan bij open house, maar ruimer dan in een hoofdaannemersmodel. Echter, gebruikelijk in dit model is dat de gemeente met elke gecontracteerde zorgaanbieder een productie-afspraken maakt: een jaarlijks maximum op het totaal te leveren zorg – ook bekend als budgetplafond. Anders dan bij een taakgerichte bekostiging moeten zorgaanbieders dus wel hun geleverde zorg ‘per stuk’ declareren, en als een zorgaanbieder aan zijn jaarlijkse budgetplafond zit – krijgt deze in principe daarboven niet meer vergoed voor dat jaar. Dit is daarom ook van invloed op de keuzeruimte voor nieuwe cliënten.

Net als met taakgerichte bekostiging (een vast bedrag op jaarbasis) komt het in de praktijk voor dat gemeenten de budgetten naar boven bijstellen als het zorgvolume groter is dan vooraf verwacht.

In het zorgkantorenmodel is er sprake van een beperkt aantal zorgaanbieders. Dit leidt er toe dat gemeenten in beginsel deze contracten moeten aanbesteden⁸, met als gevolg dat onzeker is welke zorgaanbieders de opdracht winnen. Meestal zijn dit echter de gebruikelijke – wat grotere gevestigde zorgaanbieders, en zijn er daarmee weinig verschuivingen (als het vertrekpunt ook dit model was).

Voor en nadelen

De voor- en nadelen van het zorgkantorenmodel zitten logischerwijs tussen de twee uitersten in. De voordelen:

- De cliënten hebben enige keuzevrijheid in aanbod en zorgaanbieders. De ‘cliëntvolgende bekostiging’ geeft de cliënt zelf regie, wat positief uitwerkt op de tevredenheid. Wel is de keuzeruimte beperkter dan bij open house, en neemt de keuzeruimte in de loop van het jaar af wanneer aanbieders aan hun budgetplafond zitten.
- Bij het overstappen naar het zorgkantorenmodel vanuit een hoofdaannemersmodel neemt de keuzeruimte toe en ligt voor de hand dat tenminste alle zittende zorgaanbieders gecontracteerd worden. Cliënten kunnen dan hun huidige hulpverlener houden.
- Het model leidt tot een overzichtelijk aantal gecontracteerde zorgaanbieders, wat de beheersbaarheid voor de opdrachtgever ten goede komt.

Nadelen:

- Doorgaans contracteren de gemeenten de ‘gebruikelijke’ zorgaanbieders binnen het traditionele zorgsysteem. Dit beperkt de prikkels voor innovatie en vernieuwing en geeft nieuwe (en vernieuwende) zorgaanbieders minder kansen.
- Als de gecontracteerde zorgaanbieders onderaannemers inzetten, ontstaan hier de administratieve lasten en de noodzaak tot kwaliteitscontrole die bij een open house geconcentreerd bij de gemeente liggen.
- Een ‘wetmatigheid’ in de zorg is dat budgetplafonds leiden tot wachtlijsten en uitgestelde zorg. Het maakt de zorg niet efficiënter, het stelt slechts uitgaven uit.

⁸ Anders dan bij een open house model.

- Bij budgetplafonds is de vraag hoe hard de budgetten zijn. Zorgaanbieders zetten gemeenten soms onder druk om budgetten op te hogen. Soms sturen zorgaanbieders aan op de uitnutting van de totale budgetruimte (het 'opmaken' van het budget).
- Het aanbesteden laat minder ruimte voor flexibiliteit voor aanpassingen aan contracten gedurende de looptijd. Ook gaan zitten de zorgaanbieders nog wel eens de fout in bij het aanbesteden, en vissen goede zorgaanbieders achter het net.

4. Veranderen van inkoopmodel – een dure aangelegenheid

Deze rapportage reflecteert op enkele gangbare inkoopmodellen voor Wmo-ondersteuning. De gemeente Emmen is tevreden met het huidige inkoopmodel voor de Wmo met enkele hoofdaannemers, één per gebied, maar wil een zorgvuldige afweging maken voor de nieuwe inkoop.

Vanuit het PPRC-onderzoek Monitor gemeentelijke zorginkoop hebben wij al sinds 2015 zicht op alle inkoopkeuzes voor Wmo-ondersteuning van alle gemeenten. We zien daarin ook de trends: welke modellen zijn populair en welke nemen in populariteit af? Enkele jaren terug was het open house model⁹ veruit het meest gehanteerde inkoopmodel. Recenter is het taakgericht bekostigen en het contracteren van hoofdaannemers in opkomst.

Gemeenten stappen doorgaans over naar een ander inkoopmodel omdat ze denken dat het nieuwe model ze beter in staat stelt hun doelstellingen te bereiken. Hierbij gaat het bijna altijd om het beheersbaar houden van het zorgstelsel en – vooral ook – het in de hand houden van de kosten. Veel gemeenten stappen bijvoorbeeld af van open house, omdat ze denken dat een model met minder aanbieders ze beter in staat stelt te sturen op de kosten.

In 2022 deed PPRC samen met de Universiteit Twente onderzoek naar de financiële gevolgen van het overstappen naar een nieuw inkoopmodel voor jeugdzorg.¹⁰ De hoofdvraag: zijn gemeenten die overstappen van het ene naar het andere inkoopmodel inderdaad financieel beter uit?

Kort samengevat blijkt uit dit onderzoek dat het overstappen naar een ander inkoopmodel op korte termijn (enkele jaren) gemiddeld genomen niet leidt tot lagere kosten. Sterker nog, gemiddeld genomen stijgen de kosten bij het overstappen juist! De mogelijke verklaring hiervoor is dat gemeenten met een nieuw inkoopmodel opnieuw moeten uitzoeken hoe dit het beste beheerst en uitgevoerd kan worden. Een verandering gaat gepaard met frictiekosten en de gemeente betaalt opnieuw 'leergeld'.

Dit betekent niet dat gemeenten nooit van inkoopmodel moeten veranderen. De veranderingen kunnen immers ook inhoudelijke redenen hebben. Echter, als besparen op de kosten het hoofdmotief is, dan komt de gemeente waarschijnlijk van een koude kermis thuis. Doorontwikkelen van het huidige

⁹ Soms onder andere naamgeving, bijvoorbeeld 'Zeeuws model', 'Bestuurlijk Aanbesteden' of 'Dynamisch Contracteren en Beheren'.

¹⁰ Het onderzoek is gericht op jeugdzorg, maar wij zien geen reden om te veronderstellen dat de resultaten voor Wmo-ondersteuning anders zouden zijn. Zie: <https://pprc.eu/onderzoek-naar-jeugdzorg-inkoop-in-de-deal-minder-aanbieders-verlaagt-kosten-jeugdzorg-niet/>

inkoopmodel (en dus ‘incrementeel veranderen’ in plaats van inkoop over een geheel andere boeg) leidt doorgaans tot betere (financiële) resultaten.

5. Conclusie

Het werken met een inkoopmodel met hoofdaannemers heeft duidelijke voordelen en nadelen. De gemeente Emmen heeft ervaring met het model en deze ervaringen zijn vanuit gemeentelijk perspectief hoofdzakelijk positief.

In deze notitie bespreken we enkele gebruikelijke alternatieve modellen, die ook elk weer eigen voor- en nadelen hebben. Belangrijk is om te beseffen dat er niet één dominant beste model is. Bovendien blijkt uit onderzoek van PPRC en de Universiteit Twente dat juist het rigoureuus veranderen van inkoopmodel de kosten – gemiddeld genomen – verhoogt.

De vraag welk inkoopmodel voor een gemeente ‘het beste’ is, is niet te beantwoorden zonder naar de doelstellingen en prioriteiten van de gemeente te kijken. De gemeentelijke doelstellingen en prioriteiten daarin zijn bepalend welk model daar in principe het beste bij aansluit. Voor een gemeenten die de hoogste prioriteit geeft aan keuzevrijheid voor cliënten is het open house het best passende model. Een gemeente die de prioriteit wil geven aan het beperken van de kosten, moet in de regel vasthouden aan het huidige model (of dit nu open house, het zorgkantorenmodel of hoofdaannemermodel is).

Wij hebben voor deze rapportage geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de doelstellingen van de gemeente Emmen voor de Wmo. Daarom zijn we ook terughoudend met het doen van aanbevelingen ten aanzien van de keuze voor inkoopmodel. Echter, als de gemeente hoofdzakelijk tevreden is met de huidige manier van inkopen en áls dit model ook aansluit bij de inhoudelijke doelstellingen en prioriteiten van de gemeente, dan ligt het voor de hand dat de gemeente Emmen de huidige wijze van inkopen continueert.