

Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2
thema 3B

Oprachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rotterdam, 17 oktober 2016



Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Ecorys
Seor

Rotterdam, 17 oktober 2016

Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profitsectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 85-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationale standaard voor milieumanagementsystemen. Onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering zijn vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen gericht op mensen, milieu en opbrengst. Zo gebruiken we 100% groene stroom, kopen we onze CO₂-uitstoot af, stimuleren we het ov-gebruik onder onze medewerkers, en printen we onze documenten op FSC- of PEFC-gecertificeerd papier. Door deze acties is onze CO₂-voetafdruk sinds 2007 met ca. 80% afgenomen.

ECORYS Nederland B.V.
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 Achtergronden taakherschikking	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Aanpak verklarende evaluatie	12
1.3 Beleidstheorie	13
2 Doeltreffendheid	17
2.1 Bereik van de maatregel	17
2.2 Indicaties voor effecten	17
3 Doelmatigheid	27
3.1 Uitgaven aan de maatregel	27
3.2 Relatie tussen uitgaven en opbrengsten van de maatregel	27
3.3 Knelpunten in de uitvoering van de subsidie (administratieve rompslomp)	28
Bijlage A Lijst geïnterviewden	29
Bijlage 2 Literatuurlijst	31

Managementsamenvatting

Doelen van de subsidiemaatregel

Taakherschikking gaat om het doelmatiger organiseren van het proces van zorgverlening door het structureel herverdelen van taken tussen zorgverleners. In dit thema richten we ons op een specifieke vorm van taakherschikking, namelijk via twee relatief nieuwe functies, de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant, die minder complexe en meer routinematige taken van artsen overnemen. De gedachte hierachter is dat de uitvoering van deze taken efficiënter kan plaatsvinden door assiserende zorgverleners en dat de arts daarmee tijd vrij krijgt voor het verlenen van meer gespecialiseerde zorg. Een tweede reden voor taakherschikking was een tekort aan capaciteit van artsen met wachtlijsten tot gevolg.

Op basis van de bovenstaande problematiek wordt in 2004 de subsidieregeling 'Opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' gestart om de zorgverleners op te leiden die taken van gespecialiseerde artsen kunnen overnemen. Deze regeling betreft een subsidie voor werkgevers die studenten van deze duale opleiding in dienst hebben. Doelen van de regeling betroffen (i) doelmatiger organiseren van de zorg (ii) verbetering van het carrièreperspectief (iii) voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt doordat taakherschikking de vraag naar (schaarse) artsen vermindert en zorgpersoneel meer doorgroeiperspectieven biedt (iv) kwaliteit van zorg. Deze elementen staan niet los van elkaar maar zijn onderling met elkaar verweven: verbetering van carrièreperspectieven maakt het werken in de zorg aantrekkelijker en draagt daarmee bij aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt. Voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt is essentieel voor de kwaliteit van zorg (beschikbaarheid, voorkomen wachtlijsten). Verhoging van de doelmatigheid in de zorg is van belang om de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ook in een context van een toenemende zorgvraag te kunnen blijven garanderen.

Conclusies over de doeltreffendheid van de subsidieregeling

Het aantal opleidingsplekken voor de VS en de PA is verdubbeld

De output van de subsidieregeling bestaat uit twee elementen:

- Inbedding van een nieuw type opleiding voor Verpleegkundig Specialist (VS'en) en Physician Assistant (PA's). In 2001 ontstaat de opleiding op zeer kleine schaal, waarna in 2003 een projectsubsidie volgt, gevolgd door de meer structurele subsidieregeling. Van de 17 hogescholen in Nederland, die HBO gezondheidszorg aanbieden, kennen 9 intussen een opleiding voor VS en/of PA.
- Instroom van studenten in deze nieuwe studierichting. De jaarlijkse instroom is verdubbeld van een kleine 200 in 2003 naar 400 in 2009. Na 2009 stabiliseert de jaarlijkse instroom zich rond deze 400.

Er is kwantitatief bewijs dat taakherschikking plaatsvindt, maar een precieze meting van de mate van taakherschikking is voornog niet mogelijk gebleken

De opgeleide zorgverleners (VS en PA) blijven grotendeels in de zorg werkzaam. Als resultaat daarvan zou verwacht mogen worden dat artsen taken overlaten aan deze zorgverleners. Er is kwantitatief onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van rond de 50 VS'en en PA's in een vieraal

ziekenhuizen (Kouwen & van den Brink, 2014). Hieruit blijkt dat van de taken, die deze zorgverleners binnen deze 4 ziekenhuizen uitvoeren ten minste 19 tot 30% als taakherschikking kan worden gekenmerkt. Dit is een onderschatting omdat ruim de helft van hun taken niet geregistreerd wordt. Deze overige taken zijn deels herschikte taken, maar ook taken die overgenomen zijn van verpleegkundigen. Daarnaast verrichten zij additionele zorg bijvoorbeeld psychosociale hulp en secretariële/logistieke taken. Een deel van hun werk bestaat uit het leveren van additionele zorg en het samenwerken met de specialist. Dit kwantitatieve onderzoek geeft dus aan dat taakherschikking plaatsvindt, maar dat door gebrek aan registratie van taken een precieze meting nog niet goed mogelijk is gebleken. Tevens geeft de schaal van het onderzoek beperkingen aan de generaliseerbaarheid van het onderzoek.

Ook kwalitatief onderzoek bevestigt dat taakherschikking plaatsvindt

Er is kwalitatief empirisch bewijs dat taakherschikking plaatsvindt. Dit komt in een breed spectrum van studies naar voren, variërend van monitors, evaluatiestudies en wetenschappelijk onderzoek. Hierbij wordt gebruik gemaakt van enquêtes, interviews, focusgroepen en ervaringen en observaties van betrokkenen in case studies. Uit enquêtes uitgezet door de NP-PA Monitor onder VS'en en PA's en hun leidinggevendenden blijkt dat deze beroepsgroepen vooral taken uitvoeren die voorheen door andere beroepen werden uitgevoerd. Dit zijn vooral taken van medisch specialisten en artsen in opleiding tot specialist. Uit diezelfde monitor blijkt dat door het inzetten van de VS en PA de arts meer tijd heeft voor complexe problematiek (Kaufmann, Schuit en Peters, 2010). Dit laatste geldt tevens ook voor de inzet van de VS en PA in de eerstelijnszorg (van der Burgt et al., 2015). In het evaluatierapport voorBIGhouden (De Bruijn e.a., 2015) komt via enquêtering voor en na de wetwijziging in de Wet BIG naar voren dat het percentage VS'en en PA's dat de voorbehouden handelingen uitvoert is toegenomen. Wallenburg et al. (2015) vinden aan de hand van negen case studies van taakherschikking in de zorg dat zowel de VS als de PA medische en organisatorische taken overnemen van medisch specialisten.

Effecten voor doelmatigheid van de zorg konden in onderzoek (nog) niet goed worden gemeten

Dat door de inzet van VS'en en PA's taakherschikking optreedt, is een noodzakelijke, maar nog geen voldoende voorwaarde dat de zorg hierdoor doelmatiger wordt. Bekend is in ieder geval wel dat hun salariskosten lager liggen. Een studie geeft aan dat deze beroepsgroepen minder dan de helft verdienen dan medisch specialisten, maar hierbij wordt niet vermeld of hierbij rekening is gehouden dat specialisten gemiddeld lange werkweken maken. Tevens is denkbaar dat zij meer tijd nodig hebben voor dezelfde handelingen in vergelijking met artsen, of meer tijd nodig hebben voor bijvoorbeeld overleg. Ook de additionele zorg die zij leveren kan tot extra kosten leiden (maar naar de toekomst toe wel weer preventief werken in het beroep van de betreffende patiënten op de gezondheidszorg). In een onderzoek bij vier ziekenhuizen is getracht om systematisch te onderzoeken of de inzet van deze beroepsgroepen in (lagere) kostprijzen tot uitdrukking komt. Dit bleek echter niet goed haalbaar, omdat de inzet van deze beroepsgroepen onvoldoende terug te herleiden was in de financiële registraties. Op dit moment wordt een hermeting uitgevoerd. Ook enkele losse ad hoc business cases geven een onvolledig beeld.

De subsidiemaatregel lijkt bij te dragen aan betere carrièreperspectieven voor HBO-gekwalificeerden

Een ander doel wat met de opleidingen VS en PA wordt beoogd is het verbeteren van de carrièreperspectieven van hbo-gekwalificeerden. Er zijn verschillende aanwijzingen dat de loopbaanperspectieven bij de gediplomeerden zijn verbeterd. Respondenten uit de interviews wijzen erop dat men in hogere inkomensschalen terechtkomt. Diverse arbeidsmarktindicatoren zijn

gunstig. Een fors deel (80-90%) werkt na afronding van de opleiding in de betreffende functie. De arbeidsparticipatie van alumni is zeer hoog; slechts enkele procenten zijn niet werkzaam.

De inzet van de VS en PA werkt mee aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt

De bedoeling is dat deze verbeterde arbeidsmarktperspectieven meewerken aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt. De deelnemers aan de opleiding blijven vrijwel allemaal na de opleiding in de zorg werken. Daarnaast wordt verondersteld dat door middel van taakherschikking extra capaciteit bij artsen wordt vrijgemaakt. Verschillende (meer kwalitatieve) studies concluderen dat artsen door de inzet van de VS en PA meer tijd hebben voor complexe problematiek en dat de werkdruk bij deze beroepsgroep afneemt. Bovendien geven werkgevers aan dat zij de VS en PA onder andere aannemen om artsen te ontlasten. Ook de eerder genoemde meer kwantitatieve studie geeft aan dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt.

Er zijn positieve aanwijzingen dat de beschikbaarheid van zorgprofessionals bijdraagt aan behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit in de zorg

Door middel van voldoende beschikbaarheid van zorgprofessionals wordt beoogd de kwaliteit van zorg te behouden (of te verbeteren). In de interviews en bestaande literatuur zijn hier diverse positieve aanwijzingen voor te vinden, zoals een hoge tevredenheid van cliënten, weinig complicaties na behandelingen, indicaties voor een vergroting van de toegankelijkheid (meer spreekuurcapaciteit) en meer aandacht voor (psychosociale) begeleiding. Wel geldt dat bij de tevredenheidsmetingen geen duidelijk referentiepunt aanwezig is. De effecten op toegankelijkheid en begeleiding zijn gebaseerd op kwalitatieve inschattingen op basis van praktijkcases en enquêtering van behandelde patiënten.

De meeste doelen van de regeling worden behaald

Concluderend kan gesteld worden dat voor drie van de vier doelen van de subsidieregeling aanwijzingen gevonden worden dat deze doelen worden behaald. Op het resterende – essentiële – punt van de effecten van de inzet van deze beroepsgroepen op de doelmatigheid van de zorg geldt dat een aantal noodzakelijke voorwaarden blijken te zijn vervuld – zoals het daadwerkelijk plaatsvinden van taakherschikking – maar dat nog geen solide financiële validatie heeft kunnen plaatsvinden door met name beperkingen in de zichtbaarheid van deze functiegroep in de registraties.

Conclusies over de doelmatigheid van de subsidieregeling

Naast de effecten van de inzet van deze beroepsgroepen voor de doelmatigheid van de zorg, is in meer enge zin de doelmatigheid van de regeling voor de effecten op het aantal opleidingsplekken van belang. Wat zouden de effecten zijn van een lagere subsidie, of zelfs de afwezigheid hiervan?

Uitgaande van de feitelijke jaarlijkse instroom van ruim 400 nieuwe opleidingsplekken en zo'n €50.000 per plek zijn de uitgaven per jaar ruim €20 miljoen. In de begroting van VWS is ruimte voor een hoger aantal nieuwe opleidingsplekken (700). De VWS-bijdrage is bedoeld als tegemoetkoming voor de werkgeverslaten. Bij het bepalen van de hoogte van de subsidie is VWS ervan uitgegaan dat de student tijdens de opleiding ook productie levert en dat daarmee ongeveer de helft van de kosten wordt gedekt. De andere helft komt uit de subsidie. Eén van de redenen die partijen in het veld aanvoeren ter onderbouwing van een dergelijke subsidie is dat voor aanpalende opleidingen werkgevers ook gecompenseerd worden. Een voorbeeld hiervan is de compensatie van werkgevers bij de opleiding van artsen die de PA en VS juist worden geacht deels te gaan vervangen. Partijen in het veld uiten dan ook de vrees dat een afname van de subsidie kan leiden

tot een afname van het aantal studenten in deze studierichting. Scholen geven aan dat in hun contacten met werkgevers de subsidie een belangrijk punt is wanneer deelname aan de orde is. Tevens blijkt dat het maximum aantal gesubsidieerde plekken in het verleden ook daadwerkelijk als maximum heeft gefungeerd en dat het ontbreken van de subsidie voor specifieke groepen als een belemmering voor deelname fungeert. Dit alles geeft indicaties dat de subsidie een rol speelt voor de deelname. Hoe hoog deze invloed van de subsidiehoogte precies is, kan echter niet worden vastgesteld.

De administratieve last in de uitvoering van de regeling ligt vooral bij de Hogescholen die dit als een forse belasting ervaren aangezien zij verantwoordelijk zijn voor het uitbetalen van de subsidie aan werkgevers. De hogescholen zijn afhankelijk van declaraties van werkgevers bij het verstrekken van de subsidie. Uit het verleden blijkt dat het nogal veel moeite kost voor de hogescholen om te zorgen dat de werkgevers alles op tijd (en juist) declareren. Dit is echter geen knelpunt om de opleiding te blijven aanbieden.

Aanbevelingen

Tijdelijke verlenging subsidie, gevolgd door afwegingsmoment voor wel of niet structurele bekostiging

Na ruim tien jaar subsidie blijkt een aantal knelpunten die bij het begin speelden nog steeds van toepassing. Er wordt bijvoorbeeld in de interviews nog steeds geklaagd over de beperkte kennis in het veld over de PA/VS en diens capaciteiten en bevoegdheden. Bovendien worden afgestudeerden geacht artsen te vervangen waarvoor de werkgever in hun opleiding ook wordt gecompenseerd. Verlies van de subsidie zou hen op dit vlak op achterstand plaatsen. Essentieel in de beoordeling blijft echter dat PA's en VS'en voldoen aan de belangrijkste doelstelling dat hun inzet leidt tot meer doelmatige zorg. Bekend is dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt, maar (nog?) niet of daarmee sprake is van een aantrekkelijke business case voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

Vanwege deze onbekendheid en onzekerheid stellen wij voor om de subsidie op korte termijn te handhaven, maar wel een duidelijke termijn te stellen waarop een structurele heroverweging plaatsvindt. In de tussentijd kan verder gewerkt worden aan bekendheid en meting van de effecten op doelmatigheid van de zorg. Bij de meer structurele afweging die daarna volgt dienen dan de volgende factoren betrokken te worden:

- Een argument om de subsidie te handhaven, is het gelijke speelveld van keuzes voor instellingen, waarbij het speelveld verstoord is doordat andere opleidingen ook subsidie krijgen. Als bijvoorbeeld de opleiding voor arts wel wordt gesubsidieerd en die voor VS en PA niet dan is dit een tegenkracht tegen taakherschikking.
- Wat bij subsidiëring bij de andere opleidingen een hoofdargument is voor structurele subsidie is het 'freeriderprobleem'. Om te bepalen of dit ook een valide argument is voor deze opleiding is van belang om te weten in hoeverre afgestudeerden regelmatig van werkgever wisselen. Over de "verspreidingsgraad" is echter weinig informatie. De indruk bestaat dat veel opgeleiden "blijven hangen", maar harde data ontbreken.
- Het argument van de 'freerider' wordt wel of niet versterkt door de uitkomsten op de vraag in welke mate zich doelmatigheidswinsten in de zorg voordoen door de beoogde taakherschikking. Als deze winsten zich daadwerkelijk voordoen, dan is het instellingsoverstijgende belang van deze opleiding bij mobiliteit nog groter.

In de komende periode dienen dus de volgende stappen gemaakt te worden.

Vergroot de bekendheid van de VS en PA bij betrokken partijen

Betrokkenen rondom de VS en PA, zoals werkgevers en verzekeraars, zijn niet altijd goed op de hoogte van de mogelijkheden die de inzet van deze beroepsgroepen biedt. Op dit punt van het vergroten van de bekendheid zijn initiatieven gestart.

Meer uitsluitel over financiële voordelen (doelmatigheid in de zorg)

Voor de beoordeling van de doelmatigheid van taakherschikking kunnen business-cases op kleine schaal de voordelen inzichtelijk maken (of aantonen dat deze zich niet voordoen). In deze business cases dienen systematisch alle relevante kosten en baten van een situatie met en zonder de inzet PA's/VS'en op een rij te worden gezet. Deze meer kleinschalige business cases dienen zodanig herkenbaar te zijn voor andere instellingen dat deze hen helpen bij hun beslissingen over de inzet van deze beroepsgroepen. Daarnaast is de meer grootschalige, lopende, poging bij meerdere ziekenhuizen om de inzet van deze beroepsgroepen terug te herleiden in de kostprijzen essentieel. Voorwaarde voor succes van dergelijk onderzoek is wel dat VS en PA daadwerkelijk de taken die zij uitvoeren op de correcte wijze registreren. Aandachtspunt bij dergelijk onderzoek is wel dat binnen dergelijke cases op meer microniveau bepaalde kosten en baten op macroniveau niet worden meegenomen. Stel bijvoorbeeld dat de additionele zorg door PA's en VS'en een preventief effect heeft, en daarmee het toekomstig beroep op de zorg vermindert, dan is dit moeilijk zichtbaar te maken in een business case op microniveau.

Benutten van arbeidsmarktonderzoek alumni voor aanvullende informatie

Onder de VS en PA wordt reeds regelmatig alumni-onderzoek uitgevoerd. Wij stellen voor om hierin bij toekomstige uitvoeringen enkele elementen mee te nemen die informatielacunes vullen. Om een inschatting van maken in hoeverre bij deze groep het 'freeriderprobleem' een rol speelt, is bijvoorbeeld van belang om te weten in hoeverre afgestudeerden wisselen van werkgever. Tevens kan aan betrokkenen een aantal inschattingen worden gevraagd om iets meer te kunnen zeggen over wat de 'nulsituatie' op een aantal terreinen is. Zo kan de alumni worden gevraagd hoe zij hun carrièrepad hadden ingeschat als de mogelijkheid van deze opleiding zich niet had voorgedaan. Tevens kan hen achteraf een oordeel worden gevraagd of de subsidie voor hun werkgever een rol heeft gespeeld om hen deze opleiding aan te bieden.

1 Achtergronden taakherschikking

1.1 Inleiding

Aanleiding

Taakherschikking is het overhevelen van taken die artsen eerst uitvoerden, naar andere zorgverleners. Het gaat hierbij om taken die routinematig worden uitgevoerd. De gedachte hierachter is dat de uitvoering van deze taken efficiënter kan plaatsvinden door deze zorgverleners en dat de arts daarmee tijd vrij krijgt voor het verlenen van meer gespecialiseerde zorg.

Aanleiding van taakherschikking waren de lange wachtlijsten, die werden veroorzaakt door een tekort aan artsen en zorgden voor een lage toegankelijkheid van de zorg. Naast de capaciteitsvraag die hierdoor ontstond, leidden maatschappelijke ontwikkelingen (o.a. vergrijzing en technologie) voor een toenemende en veranderende zorgvraag. Bovendien werd er geconstateerd dat verschillende beroepsgroepen en relevante opleidingsstelsels in ontwikkeling waren¹.

Op dat moment werd taakherschikking in Nederland al op informele schaal ingezet. Zo was taakherschikking in de mond- en oogzorg een al langer bekend fenomeen, maar ook de nurse practitioner werd destijds al in een aantal ziekenhuizen toegepast (Raad van Volksgezondheid en Zorg, 2002).

Bovendien kwamen er vanuit het buitenland positieve signalen over de inzet van taakherschikking. Zo werden in Amerika de Verpleegkundig Specialist (toen nog Nurse Practitioner genoemd) en Physician Assistant ingezet vanwege het tekort aan artsen en de lage toegankelijkheid van de zorg die daardoor ontstond. Uit buitenlands onderzoek bleek dat er onder patiënten en andere betrokkenen veel tevredenheid was (Raad van Volksgezondheid en Zorg, 2002).

Naar aanleiding van deze ontwikkelingen is de Hanzehogeschool in Groningen in 1997 gestart met de eerste opleiding Master Advanced Nursing Practice (MANP). De opleiding tot Physician Assistant (MPA) is in 2001 bij de Hogeschool Utrecht van start gegaan (Laurant et al., 2014).

Op basis van het advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg, en de rapporten de Arts van Straks en Zorg van Morgen wordt in 2004 met de subsidieregeling 'Opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' gestart, waarmee de duale masteropleidingen MANP en MPA worden gesubsidieerd. (Peters, 2014).

Doel

Met het subsidiëren van de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant wordt beoogd meer opleidingsplekken te creëren. In een brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer eind 2003² is aangegeven dat met het opleiden en inzetten van de verpleegkundig specialist en physician assistant drie doelen worden nagestreefd:

1. een betere kwaliteit van zorg;
2. een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken;
3. het opvangen van de noodzakelijke banengroei (in verband met de toenemende zorgvraag en vergrijzing van het personeelsbestand in de zorg).

¹ Dit komt o.a. naar voren in de rapporten Taakherschikking in de Gezondheidszorg (Raad van de Volksgezondheid en Zorg, 2002) en De Arts van Straks (KNMG, 2002).

² Arbeidsmarkt en opleidingen zorgsector. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 282, nr. 1.

Daarnaast is ook doelmatige zorg een beoogd doel van taakherschikking. Hoewel in de brief kosteneffectiviteit niet expliciet als doel wordt genoemd, komt dit element in de brief wel meerdere keren terug (“taken tussen zorgverleners doelmatiger verdelen”; “zorgproces doelmatiger maken”).

Wijzigingen

In eerste instantie was er sprake van twee vrijwel identieke tijdelijke regelingen voor beide opleidingen apart, maar in 2006, toen de subsidie werd verlengd, zijn beide regelingen samengevoegd tot één subsidieregeling. De opleidingen MANP en MPA worden gezamenlijk gefinancierd door het ministerie van OCW en VWS. OCW neemt daarbij de binnenschoolse kosten voor zijn rekening en VWS compenseert (een deel van) de salariskosten voor de vervanging van degene die de opleiding volgt (Peters, 2014). De subsidie van VWS van € 1.750 per student per maand (t/m studiejaar 2011-2012) is eenmalig met ingang van studiejaar 2012-2013 met 125 euro per maand verhoogd als een vorm van compensatie voor prijsstijgingen. Achter de hoogte van de VWS-subsidie zit de veronderstelling dat de deelnemers tijdens de opleiding voor 50% productief zijn. De kosten zijn in kaart gebracht door zorgwerkgevers/partijen uit het veld. Hier is volgens een betrokkene geen formeel stuk van, maar kan gezien worden als een “calculated guess”.

OCW en VWS bekostigden in totaal 250 opleidingsplaatsen per jaar voor nieuwe instromers. Op basis van de twee onderzoeken in 2007 en 2008 door KBA³ is het aantal (maximaal gesubsidieerde) opleidingsplaatsen in 2005 en 2008 verhoogd naar 325 (2005) en 400 (2008). In 2012 is het aantal opleidingsplaatsen wederom verhoogd, naar 550; en vervolgens in 2013 naar 700. Dit was naar aanleiding van signalen vanuit de Vereniging van Hogescholen, het platform NP-PA en het Capaciteitsorgaan, die aangaven dat er wachtlijsten waren bij de opleidingen MANP en MPA. Bovendien was er een toenemende behoefte aan Verpleegkundig Specialisten (VS'en) en Physician Assistants (PA's) bij zorginstellingen (Peters, 2014).

Andere belangrijke veranderingen die niet direct met de subsidieregeling te maken hebben, maar wel met de beroepsgroepen, zijn:

- Wet BIG die in 2012 is veranderd (erkenning van de beroepen en daarmee ook formalisering dat zij een aantal voorbehouden medische handelingen zelfstandig kunnen verrichten);
- Physician Assistants (PA's) en Verpleegkundig Specialisten (VS'en) kunnen zelfstandig DBC's openen (2015).

De bedoeling van beide veranderingen is dat deze de positie van de beroepsgroepen versterken en dat de beroepsgroepen zichtbaarder worden. De bedoeling is dat hiermee tegemoet gekomen wordt aan een aantal belemmeringen in hun functioneren en taakherschikking in de praktijk makkelijker wordt gemaakt.

1.2 Aanpak verklarende evaluatie

Voor de verklarende analyse is gebruik gemaakt van een literatuur-review en diepte-interviews. Bij dit thema was relatief veel literatuur beschikbaar, zoals ook blijkt uit de bijgevoegde literatuurlijst. De diepte-interviews zijn uitgevoerd bij beleidsmedewerkers van VWS die de achtergronden hebben geschetst van de beginperiode en tussentijdse ontwikkelingen (2 gesprekken), hogescholen die de opleidingen voor Verpleegkundig Specialist (VS) en/of Physician Assistant (PA) aanbieden (6 gesprekken), en vertegenwoordigers van betrokken partijen in het werkveld (6 gesprekken). Een lijst met personen die wij hebben gesproken is opgenomen als bijlage.

³ Peters, Koenraadt en Schuit, 2007). Op basis van interviews met medisch specialisten en andere betrokkenen (o.a. ziekenhuizen) werd verwacht dat de vraag naar de beroepsgroepen in de komende jaren zou stijgen.

1.3 Beleidstheorie

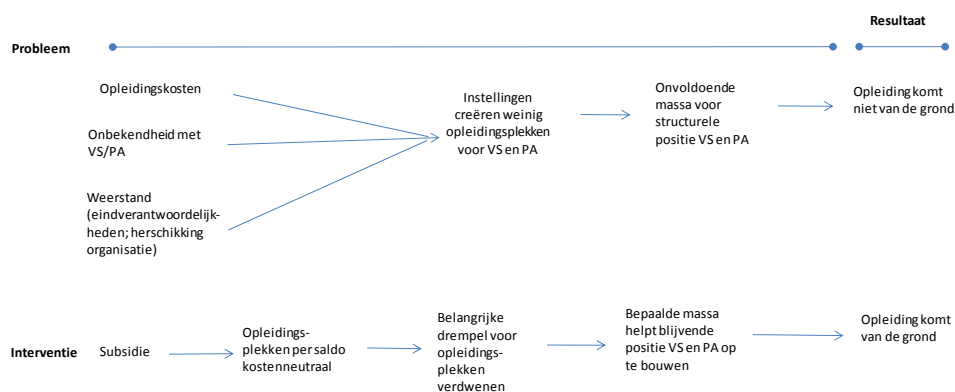
Beleidsprobleem: tekort aan artsen en onvoldoende carrièreperspectief

De aanleiding voor de subsidie voor de opleidingen tot Verpleegkundig Specialist (VS) en Physician Assistant (PA) waren de lange wachtlijsten in de zorg, veroorzaakt door een tekort aan artsen en de toegenomen vraag naar zorg. Door een inefficiënte taakverdeling voerden artsen taken uit die ook door lager opgeleide zorgprofessionals konden worden uitgevoerd. Bovendien kijken zorgprofessionals anders tegen hun beroep aan dan vroeger. Voor HBO-gekwalficeerden is het belangrijker geworden dat ze zich kunnen doorontwikkelen, maar de zorgsector bood onvoldoende carrièreperspectieven. Een mogelijke consequentie is het vertrek van zorgprofessionals uit de sector, die arbeidsmarkttekorten op dat niveau zouden versterken.

Waarom een subsidie?

Om taakherschikking van de grond te krijgen, was een forse uitbreiding van de opleidingscapaciteit van beroepsgroepen als de VS en PA noodzakelijk. Omdat werd verwacht dat instellingen hier zelf onvoldoende in zouden investeren, was enigerlei vorm van financiering gewenst. Er was onder werkgevers nog weinig bekendheid met de VS en PA en er werd verwacht dat taakherschikking de nodige weerstand in het werkveld zou opleveren (Raad van de Volksgezondheid en Zorg, 2002).

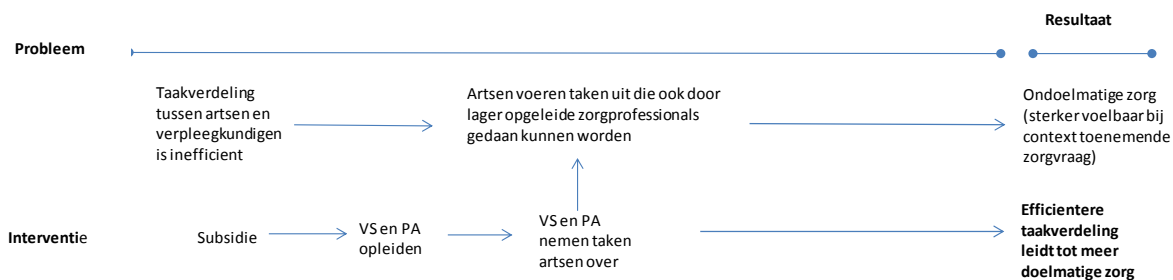
Met de subsidieregeling wordt beoogd meer opleidingsplekken te creëren. De subsidie overbrugt hierbij een zekere drempel: het opleiden wordt min of meer 'kosten neutraal'. Dit geeft de opleiding een bepaalde impuls, waardoor een bepaalde massa wordt gecreëerd en zo een blijvende positie van de VS en de PA wordt opgebouwd.



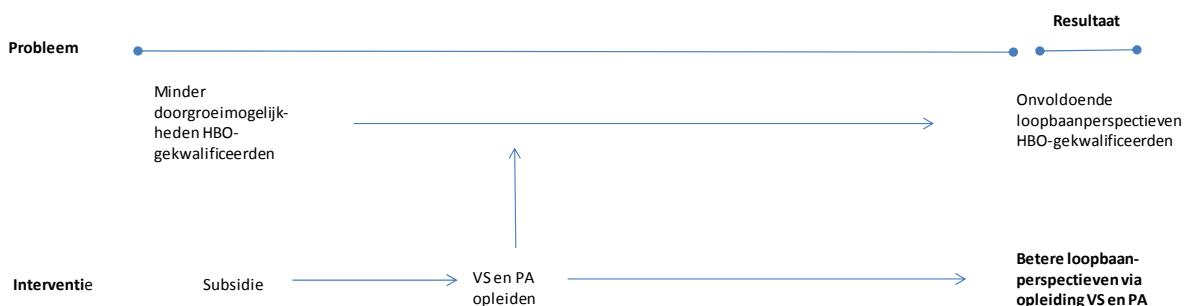
Interventiemechanismen door opleiding VS en PA

Uitgaande dat via de subsidie meer VS'en en PA's worden opgeleid, worden hiermee een viertal problemen aangepakt die hieronder schematisch worden weergegeven.

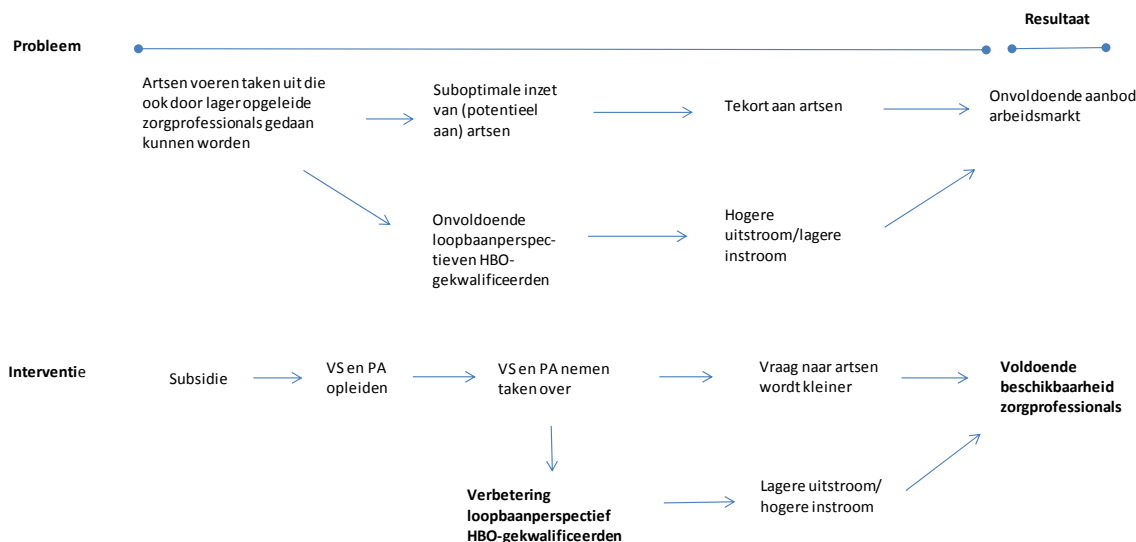
Door het opleiden van de VS en PA worden routinetaken overgenomen van artsen (substitutie), waardoor de taken tussen artsen en zorgprofessionals efficiënter worden verdeeld. Er wordt verondersteld dat dit doorwerkt in de **doelmatigheid van de zorg**. Immers, taken van artsen worden dan deels uitgevoerd door iemand met een lager salarisniveau.



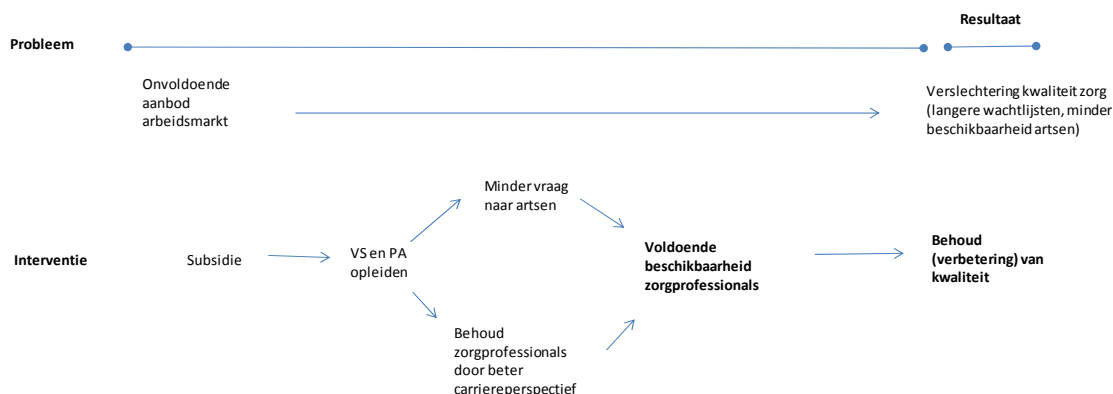
Via de opleiding voor VS en PA worden de **loopbaanperspectieven** voor HBO-gekwalificeerden in de zorg verbeterd, wat kan leiden tot bijvoorbeeld hogere baankansen, salarisgroei en hogere tevredenheid over de inhoud van het werk.



Door een beter loopbaanperspectief is de kans groter dat HBO-gekwalificeerden behouden blijven voor de sector, en dat er nieuwe zorgprofessionals instromen. Doordat de VS en PA taken overnemen van artsen, neemt de vraag naar artsen af, waardoor er ook voor deze beroepsgroep geldt dat er **voldoende zorgprofessionals** beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt.



De afgenomen vraag naar artsen en de grotere beschikbaarheid van zorgprofessionals zorgen ervoor dat er kan worden voldaan aan de toenemende vraag naar zorg. Patiënten kunnen sneller en toch goed geholpen worden, waardoor de wachtlijsten afnemen en de **kwaliteit van de zorg** wordt gegarandeerd (of zelfs wordt verbeterd).



Om een voorbeeld te geven hoe taakherschikking in de praktijk vorm krijgt, hebben we in box 2.1 een case studie opgenomen over de inzet van de VS en PA in het Scheper ziekenhuis, afkomstig uit de NP-PA Monitor door KBA (2010).

Inzet van de VS en PA in het Scheper Ziekenhuis

Een van de case studies in de NP-PA Monitor betreft de inzet van de VS (toen nog NP genoemd) en de PA op verschillende afdelingen in het Scheper ziekenhuis. De case study is opgesteld aan de hand van interviews met managers, artsen en staffunctionarissen van het ziekenhuis. Er zijn in het Scheper ziekenhuis 3 NP's werkzaam, zij worden ingezet op de afdelingen Chirurgie, Cardiologie en Interne geneeskunde. Er zijn 4 PA's werkzaam, bij de specialisaties flebologie, orthopedie en bariatricie.

Het doel van het ziekenhuis om VS'en en PA's in te zetten was het verbeteren van de kwaliteit van de zorg door efficiëntere zorgpaden en het behandelen van meer patiënten. Daarnaast werden de NP's en de PA's ingezet vanuit een financieel oogpunt, zij worden lager ingeschaald dan artsen.

De taken van de VS waren vooral herhaalbezoeken, het voorschrijven van medicatie en het voorwerk in de diagnose (samen ongeveer 50% van het takenpakket). Het overige takenpakket bestaat vooral uit vernieuwing en verbetering van de zorg, zoals een efficiëntere coördinatie van zorgpaden, het geven van (groeps-)voorlichting en het houden van een telefonisch spreekuur. De laatste twee taken zijn nieuwe taken die voorheen niet bestonden in het ziekenhuis. De PA's voeren voornamelijk artsentaken uit (90% van het takenpakket). Zij werken hoofdzakelijk zelfstandig en zijn minder afhankelijk van de arts in vergelijking met de VS.

De respondenten van het ziekenhuis merken dat door het aanstellen van de VS'en en PA's artsen op de desbetreffende afdelingen meer tijd hebben voor patiënten, waardoor er meer productie kan worden gedraaid. Er is geen cijfermatige onderbouwing van effecten op de doelmatigheid, aangezien de VS'en en PA's uit algemene middelen van het ziekenhuis worden gefinancierd. De kosten van de VS'en en PA's worden door het ziekenhuis bekostigd, en niet door de betrokken maatschappen, waardoor het lastig is een kostenbesparing in beeld te brengen.

2 Doeltreffendheid

2.1 Bereik van de maatregel

Vanaf de invoering van de regeling in 2004 is het maximum aantal opleidingsplekken een aantal keer verhoogd (van 250 in 2004 tot 700 in 2013). Tot en met instroomjaar 2012 is 97 procent van de beschikbare plaatsen bezet (zie tabel 2.1). In 2013 is het maximum aantal opleidingsplekken verhoogd naar 700, maar vooralsnog wordt er niet aan dit aantal gekomen: in 2013 en 2014 liggen de instroomaantallen rond de 400. De instroom is daarmee gemiddeld een kleine 400 in de periode 2005- 2014. Van de 17 hogescholen in Nederland die HBO gezondheidszorg aanbieden, kennen 9 intussen een opleiding voor VS en/of PA.

Het aantal werkzame VS'en is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Waar er op 1 januari 2012 nog 1298 VS'en werkzaam waren in Nederland, is dit aantal in februari 2015 toegenomen tot 2500. Voor de PA geldt dat in 2016 een kleine duizend leden aangesloten zijn bij de NAPA tegenover 487 eind 2011. Dit betreft enerzijds personen die geregistreerd zijn als PA in het kwaliteitsregister en de rest betreft PA's in opleiding. Voor beide beroepsgroepen geldt overigens dat de aantallen gebaseerd zijn op het aantal geregistreerde leden bij de beroepsorganisaties (Wallenburg, Janssen en de Bont, 2015; voor de NAPA in 2016 is gebruik gemaakt van informatie in een vacature op de website).

Tabel 2.1 Instroom in VS en PA-opleidingen

Startjaar	VS	PA	Totaal	Maximum
	Instroom	Instroom		
2001	45	5	50	
2002	44	11	55	
2003	149	28	177	
2004	216	55	271	250
2005	211	100	311	325
2006	232	75	307	325
2007	241	77	318	325
2008	278	110	388	400
2009	276	128	404	400
2010	284	132	416	400
2011	266	132	398	400
2012	349	156	505	550
2013	274	118	392	700
2014	319	114	433	700

Bron: instroomcijfers geleverd door VWS; Noot: de cijfers wijken enigszins af van de cijfers die in het rapport van Peters (2014) worden gehanteerd, waarbij als bron de HBO-raad wordt vermeld.

2.2 Indicaties voor effecten

De subsidie beoogt allereerst om te zorgen dat opleidingsplekken voor de functiegroepen VS en PA worden gecreëerd. Dit is slechts een tussenstap. De inzet van deze functiegroepen beoogt vervolgens aan een aantal (onderling samenhangende) problemen tegemoet te komen: ondoelmatige zorg, onvoldoende carrièreperspectief van werkenden in de zorg, onvoldoende

aanbod op de arbeidsmarkt en knelpunten in de kwaliteit van de zorg. Op ieder van deze punten gaan we hieronder in.

Rol van subsidie in creëren opleidingsplekken

Voor de effecten van de subsidie is geen **kwantitatieve** effectmeting verricht. Wel is sprake van een sterke stijging van het aantal deelnemers op het moment dat de subsidie is geïntroduceerd (zie ook tabel 2.1). Het startmoment van subsidiëring ligt bij 2003 en wordt meer structureel in 2004: voor het instroomcohort 2003-2004 is er een eenmalige projectsubsidie gegeven om de ontwikkeling van de grond te trekken. In de tabel is te zien dat het aantal deelnemers in 2003 is verdrievoudigd en in 2004 ook sterk is gestegen. Uit het aantal vooraanmeldingen blijkt tevens dat de vraag naar de opleidingen vanuit studenten groot is: zo bedroegen de vooraanmeldingen in 2009 654 opleidingsplaatsen, waarvan 395 uiteindelijk zijn gestart (Peters, 2014). Tot 2012 wordt de maxima gevolgd en daarna is sprake van een teruggang, ondanks dat het maximum aantal plekken is verhoogd tot 700.

Globaal gesproken betekent het gelimiteerde aantal gesubsidieerde plekken ook de bovengrens van het feitelijke aantal opleidingsplekken, wat aangeeft dat de instellingen alleen opleiden met subsidie⁴. Voor sommige groepen die voor de subsidie zijn uitgezonderd betekent dit dat zij niet in aanmerking komen voor de opleiding. Dit zijn studenten die vallen onder de zogenaamde 'stapelaarsregeling'⁵. Volgens diverse vertegenwoordigers van Hogescholen is dit mogelijk een zeer capabele groep en is dit een gemiste kans. Dat de stapelaarsregeling daadwerkelijk een belemmering is, onderstreept het belang van de subsidie. Overigens zou dit ook een substitutie-effect kunnen zijn: bij voldoende aanbod van kandidaten, kiest men voor kandidaten die voor subsidie in aanmerking komen. Al deze elementen geven dus aanwijzingen voor een positief effect van de subsidie. Op basis hiervan kan echter niet vastgesteld worden hoeveel plekken zouden zijn gevuld als er voor niemand een subsidie zou zijn geweest.

Vanuit de bestaande literatuur en de interviews kan er ook een meer **kwalitatief** oordeel gevormd worden over de (mogelijke) effecten. Uit de evaluatie van de subsidieregeling door KBA komt op basis van interviews met werkgevers, beroepsverenigingen en de voorzitter van het landelijk platform NP-PA dat de subsidieregeling noodzakelijk geweest is om voldoende Verpleegkundig Specialist (VS'en) en Physician Assistants (PA's) op te leiden (Peters, 2014). Ook tijdens de interviews met betrokkenen voor de beleidsdoorlichting is min of meer door alle respondenten aangegeven dat de subsidie noodzakelijk is om het opleiden van VS'en en PA's te kunnen financieren. Zonder de subsidie zou het huidige aantal opleidingsplekken niet tot stand zijn gekomen. Als de subsidie zou worden stopgezet, zal de opgebouwde capaciteit snel teruglopen en zouden instellingen niet meer bereid zijn op te leiden. Dit blijkt volgens opleiders uit het feit dat veel instellingen naar de subsidie vragen tijdens gesprekken tussen de werkgevers en de hogescholen.

Voortzetting subsidie

In 2017 zal formeel beslist moeten worden over verlenging waarbij een onderbouwing gevraagd zal worden. KBA komt in de evaluatie van de subsidieregeling tot de conclusie dat voortzetting van deze regeling gewenst is, omdat er zonder subsidie niet voldoende VS'en en PA's kunnen worden opgeleid (Peters, 2014). Ook in interviews met betrokkenen wordt aangegeven dat de subsidie ook voor de komende jaren nog noodzakelijk is.

⁴ De cijfers in het rapport van Peters (2014) volgen nog meer de maxima.

⁵ Deze regeling houdt in dat studenten die al een master behaald hebben binnen hetzelfde domein niet in aanmerking komen voor subsidie als zij de (master)opleiding VS of PA willen volgen. Vaak zijn dit studenten die de master bewegingswetenschappen of verplegingswetenschappen hebben gevolgd.

De voornaamste reden, blijkt uit interviews, zijn de (opleidings-)kosten voor de VS en PA. Zij kunnen in het begin van de opleiding weinig tot niets toevoegen aan de productie, terwijl de VS/PA in opleiding voor 32 uur per week in dienst moet worden genomen en ook betaald moet worden. Pas na het eerste jaar beginnen de studenten productie te draaien. Bovendien gaat de PA ook externe stages lopen, waardoor hij of zij dan ook niets bij kan dragen aan de productie op de eigen afdeling. Volgens de respondenten dekt de subsidie, die ongeveer 50 procent van de kosten bedraagt, nu nog voldoende het productieverlies. Zonder de subsidie zou het echter financieel onaanvaardbaar zijn een VS of een PA op te leiden, en dit effect wordt versterkt doordat instellingen voor aanpalende opleidingen zoals voor gespecialiseerde verpleegkundigen en voor de medisch specialisten zelf nog wel voor subsidie in aanmerking komen.

Daarnaast is ook de kennis over de PA/VS⁶ en diens capaciteiten en bevoegdheden nog een knelpunt. Dit geldt voor de bestuursraden van instellingen, zorgverzekeraars maar ook voor collega's van VS'en en PA's. De specialisten en artsen hebben soms nog steeds onvoldoende zicht op het takenpakket van de PA/VS en waarvoor ze ingezet kunnen worden. Dit kan leiden tot inefficiënte inzet van de PA/VS maar ook tot het geheel onthouden van het aannemen of opleiden van deze beroepsgroepen. Uit eerder onderzoek in 2010 door de Monitor NP-PA bleek ook al dat een veel voorkomende reden waarom instellingen geen PA of VS opleiden was dat de meerwaarde niet wordt herkend of dat er onvoldoende zicht is op de deskundigheid (Kaufmann, Schuit en Peters, 2010).

In de beleidstheorie zijn deze punten ook behandeld; zowel het kostenaspect als de onbekendheid met de VS en PA hebben een rol gespeeld bij het tot stand komen van de subsidie. Uit bestaand onderzoek en interviews met betrokkenen blijkt dus dat deze knelpunten ook nu nog een rol spelen.

Rol van de subsidie in de eerstelijnszorg

De specifieke situatie in de eerstelijnszorg benadrukt het belang van financiële factoren bij het opleiden van de VS en PA. In juli 2013 werkte van de bijna 2.000 VS'en en 900 PA's respectievelijk slechts 6 procent en 5,7 procent in een huisartsenpraktijk of bij een huisartsenpost (Van der Burgt e.a., 2015). De belangrijkste redenen die in de interviews worden genoemd zijn het werkgeversrisico en de kosten voor huisartsenpraktijken. De huisarts moet vaak extern een VS/PA aannemen en in loondienst nemen voor 32 uur. Ook hier geldt dat de subsidie ongeveer 50% van de loonkosten dekt (ongeveer €3.000). Daarnaast is er een fysiek probleem, namelijk dat er vaak geen ruimte is om een aparte werkkamer voor de PA of VS te creëren.

Bovendien is het voor een huisarts aantrekkelijker een huisarts in opleiding aan te nemen. Bij deze opleiding wordt het werkgeverschap overgenomen door SBOH (opleidingsinstituut voor o.a. huisartsen) en de vergoeding voor het opleidingsdeel is hoger (zie ook Peters, 2014). Uit de gesprekken met VWS komt naar voren dat men naar de toekomst toe de optie in beschouwing neemt voor PA's en VS'en in de eerstelijns een soortgelijke werkgeversconstructie met de SBOH te volgen.

Afname aantal opleidingsplekken

Uit bestaande studies en interviews met betrokkenen blijkt het belang van financiële afwegingen rond de opleidingsplekken en daarmee ook de rol van subsidie. De vraag is waarom er in 2013 en 2014 sprake was van een tijdelijke(?) dip, ondanks dat de subsidiehoogte niet is aangepast. Volgens respondenten heeft dit vooral te maken met veranderingen in de context, namelijk de overgang naar het nieuwe systeem van integrale bekostiging en het proces rondom het openen van DBC's. Doordat er voor de invoering van het nieuwe kostensysteem nog veel onduidelijkheid was over de uitwerking hiervan, waren de specialisten minder geneigd om risico's te nemen om te

⁶ Volgens een respondent wordt dit probleem bemoeilijkt door de diversiteit in beroepsprofielen binnen deze opleidingen.

investeren in het opleiden van nieuwe VS'en en PA's. Een andere factor die meespeelde was dat de stijging van de pensioengrens er toe heeft geleid dat meer mensen op hun plek bleven en er dus minder vraag was vanuit de instellingen naar nieuwe instroom. Naar de achtergronden van de dip in 2013 loopt overigens een onderzoek vanuit KBA voor het Platform Zorgmasters. Dit komt binnenkort beschikbaar.

Massavorming?

Dat door de subsidie een zelfversterkend proces ("massavorming") plaatsvindt, is niet direct te toetsen. Wel wordt in enkele gesprekken aangegeven dat de groei van de VS en PA voor een belangrijk deel plaatsvindt binnen dezelfde instellingen. Tevens wordt aangegeven dat uitbreiding te maken heeft met dat men zelf concreet zicht heeft op toepassingen. We hebben geen gegevens om precies te toetsen hoe de verspreidingsgraad zich ontwikkelt over bijvoorbeeld de individuele instellingen.

Conclusie is dat sinds de subsidieregeling het aantal opleidingsplekken fors is toegenomen. In 2013 is het maximum aantal plekken opgehoogd tot 700, maar dit aantal wordt nog niet behaald. De subsidie wordt door betrokkenen als noodzakelijk gezien voor het opleiden van voldoende VS'en en PA's

Rol opleiding PA en VS in doelmatiger organiseren zorg

Een noodzakelijke (maar geen voldoende) voorwaarde voor een meer doelmatige zorg via taakherschikking, is dat daadwerkelijk substitutie van taken plaatsvindt. We gaan daarom eerst in op de vraag of het opleiden van de VS en PA leidt tot het overnemen van taken van artsen.

Substitutie

Er is zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek verricht naar de mate waarin substitutie plaatsvindt. Het eerste type onderzoek betreft Kouwen & van den Brink (2014). Van 49 VS'en en PA's in 4 ziekenhuizen zijn de taken geïnventariseerd, waaruit blijkt dat 57 procent van de taken niet geregistreerd wordt. Deze overige taken zijn deels herschikte taken, maar ook taken die overgenomen zijn van verpleegkundigen. Van het geregistreerde deel behoort 19 procent van de taken van de VS en bijna 30 procent van de taken van de PA tot taakherschikking (substitutie). De overige geregistreerde taken bestaan uit additionele zorg en taakdelegatie (taken die samen met de specialist worden gedaan). Daarmee komt uit dit kwantitatieve onderzoek wel naar voren dat substitutie optreedt, maar bestaat nog geen duidelijk beeld over de mate van substitutie. Bovendien is dit onderzoek uitgevoerd in vier ziekenhuizen en daarmee niet volledig generaliseerbaar voor alle ziekenhuizen. Op dit moment loopt een nieuwe meting van dit onderzoek, waar mogelijk scherpere conclusies aan te verbinden zijn.

Daarnaast zijn er meerdere studies die meer via (kwalitatieve) inschattingen indicaties van daadwerkelijk taakherschikking geven. Uit enquêtes uitgezet door de NP-PA Monitor onder VS'en en PA's en hun leidinggevenden blijkt dat deze beroepsgroepen vooral taken uitvoeren die voorheen door andere beroepen werden uitgevoerd. Dit zijn vooral taken van medisch specialisten en artsen in opleiding tot specialist en (minder vaak) artsen niet in opleiding tot specialist. De taken zijn verhoudingsgewijs meestal medische taken (somatische anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek aanvragen en verwijzen/consult aanvragen). Daarnaast worden ook soms verpleegkundige taken uitgevoerd, voornamelijk door de VS. Uit diezelfde monitor blijkt dat door het inzetten van de VS en PA de arts meer tijd heeft voor complexe problematiek (Kaufmann, Schuit en Peters, 2010). Dit laatste geldt tevens ook voor de inzet van de VS en PA in de eerstelijnszorg (van der Burgt et al., 2015).

In het evaluatierapport voor BIG houden (De Bruijn e.a., 2015) komt via enquêtering voor en na de wetwijziging in de Wet BIG naar voren dat het percentage VS'en en PA's dat de voorbehouden handelingen uitvoert is toegenomen, wat een indicatie is dat de Wetswijziging effectief is en er daarmee dus ook vaker substitutie plaatsvindt wat betreft deze handelingen⁷. Overigens werden de handelingen ook voor de Wetswijziging al op vrij grote schaal uitgevoerd en op eigen initiatief.

Ook studies door Wallenburg et al. (2015) en Laurent et al. (2014) concluderen dat zowel de VS als de PA taken overnemen van medisch specialisten. Hierbij wordt onder meer gebruik gemaakt van interviews, observaties en enquêtes. Wallenburg et al. (2015) vinden aan de hand van negen case studies van taakherschikking in de zorg dat zowel de VS als de PA medische en organisatorische taken overnemen van medisch specialisten. Wat ook van belang is om op te merken, is dat niet alleen taken worden overgenomen, maar dat de taken ook anders worden ingevuld. Dit onderzoek gaf aan dat de VS en PA opnieuw vorm geven aan de taken die ze overnemen door hun expertise op verpleegkundig gebied in te brengen. Er komt meer accent op de zorg en er is meer aandacht voor begeleiding en de psychosociale consequenties van een aandoening.

Doelmatigheid van de zorg

Uit het voorgaande is duidelijk geworden dat de literatuur een bevestiging geeft dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt, al is de mate waarin moeilijk vast te stellen. Als door het opleiden van de VS en PA substitutie optreedt, zou dit ook tot uitdrukking moeten komen in de kosteneffectiviteit van zorg. Immers, taken worden uitgevoerd door een zorgprofessional met een lager salaris⁸. Toch hoeft dit niet per definitie zo te zijn, als de VS en PA deze taken bijvoorbeeld minder efficiënt uitvoeren doordat ze hier langer over doen of dat de afstemming met de arts nog zodanig veel tijd vergt, dat een deel van het voordeel weer verloren gaat.

Diverse studies hebben gepoogd onderzoek te doen naar de kosteneffectiviteit van de inzet van PA en VS. Om daadwerkelijk iets te zeggen over doelmatigheid in de zin van kosteneffectiviteit is noodzakelijk dat de kostenregistratie en het declaratieverkeer voor VS'en en PA's inzichtelijk zijn. Kouwen en van den Brink (2014) geven aan dat in het toenmalige systeem van verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken, de inzet van PA en VS zeer gebrekkig zichtbaar is. De Bruijn-Geraets e.a. (2015) komen tot een soortgelijke conclusie en erkennen dat daardoor een kostenbepaling in het kader van doelmatigheid niet mogelijk is. De Bruijn-Geraets e.a. (2015) geven wel indicaties van doelmatigheid van de wijziging wet BIG in 2012 doordat de tijd per handeling door VS en PA (inclusief overlegtijd) is afgenomen. Overigens is de tijd bij artsen voor deze handelingen juist weer gestegen.

Door de beperkingen in registraties is het dus lastig om op een geaggregeerd niveau uitspraken te kunnen doen over doelmatigheid. Diverse respondenten benadrukken mede daarom het belang van 'business cases' waar eventuele doelmatigheidsvoordelen wel zichtbaar gemaakt kunnen worden. Een van de weinige voorbeelden is de case study in box 2.1 naar de inzet van de VS op de spoedpost in Eindhoven, waar de doelmatigheid van de inzet van de VS wordt onderzocht (zie Wijers, van der Burgt en Laurant, 2013). De case study laat zien dat doelmatigheidsvoordelen niet automatisch optreden en mede afhangen van welke kosten wel en niet worden meegenomen. Om een meer algemene conclusie te trekken over doelmatigheid zullen echter (veel) meer van dit soort business cases beschikbaar moeten zijn, of studies op meer geaggregeerd niveau op basis van kostenregistraties. Beide ontbreken vooralsnog.

⁷ Deze stijging kan ook trendmatig zijn, waardoor een causale relatie met de Wetswijziging niet volledig kan worden gelegd.

⁸ De studie van Kouwen en van den Brink (2014) geeft aan dat deze beroepsgroepen minder dan de helft verdienen dan medisch specialisten, maar hierbij wordt niet vermeld of hierbij rekening is gehouden dat specialisten gemiddeld lange werkweken maken.

Inzet van de VS op de spoedpost in Eindhoven

De Centrale Huisartsen Posten (CHP) Zuidoost Brabant heeft besloten vijf VS'en in dienst te nemen om de toegankelijkheid van de zorg te kunnen blijven garanderen, zonder overbelasting van de huisartsen. Het experiment vindt plaats van april 2011 tot juni 2012 op de spoedpost in het Catharina ziekenhuis te Eindhoven, waar zes huisartsen op de post werken (vijf huisartsen op consultdienst, één huisarts op de visiteauto). Voor het experiment werd op één dag in het weekend het reguliere team ingezet (controlegroep) en op de andere dag werd één huisarts vervangen door één VS.

Uit de resultaten blijkt dat de VS dezelfde top drie klachten ziet als de huisarts (de ICPC groepen huid, bewegingsapparaat en luchtwegen). Tijdens de interventie werd minder medicatie voorgeschreven door de VS vergeleken met de huisarts (37,1% en 43,0% respectievelijk), de VS verwees minder vaak door naar de SEH (spoedeisende hulp), maar er was geen significant verschil in het aanvragen van röntgenfoto's door de huisarts en de VS. 93% van de consulten werd door de VS zelfstandig uitgevoerd. Patiënten zijn tevreden over de ontvangen zorg: hierin is geen verschil tussen de huisarts en de VS. Door de inzet van de VS beleven huisartsen iets minder werkdruk.

Uit het onderzoek komt dat de VS een lagere productiviteit heeft dan een huisarts: de VS besteedt gemiddeld 3 minuten meer tijd aan een consult (18 minuten tegenover 15 minuten). De kosten per consult door een huisarts en een VS zijn berekend aan de hand van het tarief van de huisarts en VS per consult, plus de kosten van een eventuele handeling (een verwijzing naar de SEH, het voorschrijven van medicatie of het aanvragen van röntgenfoto's). Een consult door de VS is gemiddeld €4,42 goedkoper dan een consult door een huisarts. Dit komt echter niet doordat de VS een lager tarief kent. Het tarief per consult van een huisarts/ waarnemer en een VS is nagenoeg gelijk (het uurloon van een VS ligt lager, maar hij of zij heeft ook een lagere productiviteit). De kostenbesparing treedt op doordat de VS minder vaak doorverwijst naar de SEH dan een huisarts.

Ontwikkelingen rondom registraties

Met de invoering van integrale prijsvorming in 2015 wordt verwacht dat het in de toekomst (beter) mogelijk is iets te kunnen zeggen over de kosteneffectiviteit. De PA's en VS'en kunnen vanaf 2015 zelfstandig DBC's openen waardoor hun inzet en de effecten ook zichtbaar kunnen worden. Daarnaast is de invoering van de integrale bekostiging in 2015 een belangrijke beleidsaanpassing omdat hiermee de transparantie over de inzet van de PA en VS vergroot kan worden (NZa, 2014). De genoemde maatregelen worden echter nog niet volledig of zelfs voldoende benut waardoor inzicht in de doelmatigheid van taakherschikking vooralsnog moeilijk identificeerbaar is.

Uit de interviews komt naar voren dat in de praktijk ondanks de verruimde mogelijkheden voor het openen van DBC's nog vaak onder de naam van de arts gedeclareerd wordt. Het gebeurt nog vaak dat de AGB-code van een specialist/arts of zelfs een algemene AGB-code van een maatschap wordt gebruikt bij het declareren⁹. Een mogelijke oorzaak is dat ICT-systemen nog niet voldoende zijn aangepast aan de nieuwe situatie waarin PA's en VS'en zelfstandig kunnen declareren. Volgens een respondent registreert slechts tien procent van de PA's hun werkzaamheden en deze tien procent declareert slechts de helft van de werkzaamheden.

Dat de werkzaamheden van de PA/VS onvoldoende geregistreerd worden heeft volgens een aantal respondenten ook te maken met de houding van verzekeraars ten aanzien van taakherschikking. Zo dienen de PA/VS een betaaltitel te krijgen van zorgverzekeraars om hun werkzaamheden te mogen registreren, maar volgens enkele betrokkenen verschillen verzekeraars in de mate van acceptatie dat de VS/PA direct declareert als hoofdbehandelaar. Volgens een andere respondent speelt hier echter een meer principieel punt: verzekeraars willen vanuit kwaliteitsoogpunt dat een

⁹ De AGB-code toont wie de betreffende behandeling heeft uitgevoerd.

medisch-specialistische behandeling gebeurt door een specialist. Aan de andere kant zijn verzekeraars verplicht te vergoeden volgens de zorgverzekeringswet en kunnen ze in principe niet weigeren. Via een inventarisatie en uitwisseling van cases wordt door diverse veldpartijen gepoogd om hierin een lijn te vinden.

Additionele werkzaamheden VS/PA

Uit de inventarisatie door Kouwen & van den Brink (2014) bleek al dat van de geregistreerde taken een groot deel bestaat uit additionele zorg en taakdelegatie. De VS en PA spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol in de begeleiding van patiënten terwijl deze taken niet (of voor een klein deel) gedeclareerd kunnen worden. Dit betekent dat de PA/VS door deze additionele zorgtaken meer tijd per patiënt kwijt is waardoor de kosten per patiënt hoger kunnen uitvallen. Dit is tegenstrijdig met de verwachting dat de inzet van de PA/VS zal leiden tot lagere kosten omdat die taken uitvoert van de specialist/arts tegen een lager honorarium. Overigens kunnen deze maatregelen wel zorgen voor een hogere kwaliteit.

Belang wijze van contractering voor effecten op doelmatigheid zorg

Hiervoor is aangegeven dat taakherschikking leidt tot additionele werkzaamheden van de VS en PA. Tevens is de gedachte dat artsen meer tijd krijgen voor complexere taken. Hoe dit alles uiteindelijk uitpakt op de doelmatigheid van de zorg, hangt naar verwachting ook af van de wijze waarop de contractering van de zorg is geregeld. Op dit moment worden vooral veel 'lump-sum' budgetten afgesproken met ziekenhuizen door verzekeraars; en bovendien gelden er sinds 2014 t/m 2017 hoofdlijnenakkoorden met een vastgesteld groeipercentage. Meer "productie" door taakherschikking betekent onder die voorwaarden meer productie voor een gegeven prijs. Of meer kwaliteit voor eenzelfde prijs, als de medisch specialist hierdoor tijd heeft om zich te richten op meer complexe verrichtingen. Bij verder toekomstig onderzoek naar de effecten van doelmatigheid in de zorg is het van belang om deze contextfactor in beschouwing te nemen.

Conclusie is dat er diverse aanwijzingen zijn dat substitutie daadwerkelijk optreedt. Op het punt van verhoging van de doelmatigheid van de zorg door taakherschikking bieden de bestaande studies echter te weinig inzicht, vooral door problemen in de zichtbaarheid in registraties.

Rol opleiding PA en VS in verbetering carrièrepatronen betrokkenen

Via de opleiding tot VS en PA wordt beoogd de loopbaanperspectieven voor hbo-kwalificeerden te verbeteren. Een eerste stap is dat men het masterdiploma daadwerkelijk behaalt (intern rendement). Een voor de hand liggende invulling van verbeterde loopbaanperspectieven met dit diploma zijn hogere baankansen, salarisgroei en hogere tevredenheid over de inhoud van het werk.

Intern rendement

Uit ons verstrekt datamateriaal blijkt dat het interne rendement hoog is. Hierbij hebben wij voor de instroomcohorten vanaf 2003 van instromers de uitvallers en gediplomeerden opgeteld en vervolgens nagegaan welk deel hiervan bestaat uit de uitvallers en gediplomeerden. Voor de PA (tot en met instroomcohort 2011) is het op deze manier berekende uitvalpercentage 13% (intern rendement 87%). Voor de VS (tot en met instroomcohort 2012) is het uitvalpercentage 14% (intern rendement 86%).

Verbeterde loopbaanperspectieven gediplomeerden

De volgende stap is dat met het diploma de loopbaanperspectieven verbeteren. Uit de interviews en bestaande literatuur valt het nodige te zeggen over de ontwikkeling van loopbaanperspectieven voor VS'en en PA's. Daarmee is echter nog niet precies vast te stellen in hoeverre deze ook toe te schrijven zijn aan de deelname aan de opleiding. Door diverse respondenten wordt benadrukt dat het bij de deelnemers om een selectieve gemotiveerde groep personen gaat. Het is denkbaar dat

deze groep ook zonder de opleiding een sterke arbeidsmarktpositie had verkregen. Wel kan men veronderstellen dat binnen de zorg de mogelijkheden tot een verdere carrière anders beperkter waren, omdat de zorg sterk gekenmerkt wordt door vaste carrièrepaden en schalen gekoppeld aan functies. Hoe dit carrièrepad zou zijn verlopen, en wat de alternatieven zonder de opleiding zouden zijn geweest is echter niet exact vast te stellen zonder een referentiegroep.

Welke informatie hebben we – met deze kanttekening – wel over het carrièrepad? Uit de interviews komt naar voren dat de PA en VS een doorgroei doormaken in inkomen. Gemiddeld komt de VS/PA in loonschaal 60-65 terecht wat meestal een verbetering is ten opzichte van hun voorgaande functie. Een respondent wijst op een uitzondering, namelijk de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die al in loonschaal 60 zit en tijdens de opleiding zelfs een stapje terug doet, om vervolgens weer op nagenoeg hetzelfde niveau te komen.

In de interviews wordt vaak genoemd dat niet alleen, of slechts in beperkte mate het inkomensperspectief een rol speelt om de opleiding te volgen. De belangrijkste redenen zijn meer verantwoordelijkheid, uitbreiding van het takenpakket en meer zelfstandigheid. Hiermee vergroot de student ook zijn kansen op de arbeidsmarkt.

Wat betreft de arbeidsmarktkansen geldt dat het overgrote deel (80-90%) na afloop van de opleiding ook de functie vervult waarvoor men is opgeleid (zie onder meer Kaufman e.a., 2010; Capaciteitsplan, 2013; Van der Velde en van der Windt, 2013¹⁰). Als men niet als VS of PA werkt, werkt men veelal nog wel in de zorg. Slechts 1% van de VS'en is niet werkzaam (3% voor PA's). De alumni geven ook in grote meerderheid aan dat zij verwachten dat de hoeveelheid werk voor VS (en PA) zal toenemen.

Concluderend kan gesteld worden dat indicatoren voor carrièreperspectieven gunstig uitpakken voor alumni van de opleidingen. Omdat een referentie ontbreekt (“wat als de opleiding niet gevolgd was?”) kan de precieze bijdrage niet bepaald worden. De cijfers voor wat betreft arbeidsmarktperspectieven zijn echter dusdanig dat moeilijk voorstelbaar is dat een referentiesituatie tot meer gunstige uitkomsten zal leiden. Een kanttekening is dat de betreffende functiegroepen niet in alle deelsectoren van de zorg even gemakkelijk een voet aan de grond krijgen. Bij de bespreking van de effecten van de subsidie is reeds gewezen op de problemen in de eerstelijnszorg, maar ook in de ouderenzorg liggen volgens diverse respondenten nog onbenutte mogelijkheden.

Rol opleiding PA en VS in voldoende arbeidsaanbod zorg

De gedachtegang achter taakherschikking is dat de VS en PA taken kunnen overnemen van artsen en specialisten waardoor de verwachte toename in patiënten kan worden opgevangen. Aan de ene kant neemt door substitutie de vraag naar artsen af. Aan de andere kant zorgt het gecreëerde loopbaanperspectief ervoor dat zorgprofessionals worden behouden voor de sector.

Uiteindelijk zou het resulterende effect op macroniveau tot uitdrukking moeten komen via afname van tekorten op de zorgarbeidsmarkt. Deze trend heeft zich inderdaad voorgedaan sinds het begin van de subsidie. Hierbij spelen echter veel factoren een rol, zoals beleidskeuzes (subsidieering opleiding andere beroepsgroepen in de zorg), verhoging van de pensioenleeftijd, bezuinigingen in de zorg, de verschuiving van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg en een beleid gericht op toenemend belang van mantelzorg. Het is vrijwel niet mogelijk een effect van de zorgmasters te

¹⁰ Het betreft hier alumni van alle cohorten. Een belangrijk deel heeft dus reeds enkele jaren geleden de opleiding afgerond. Van het cohort VS'en die 1 jaar geleden zijn gediplomeerd is ruim 80% in het beroep werkzaam. Van de cohorten voor wie dit twee en vijf jaar geleden is, is dit zelfs nog hoger, bijna 90%. Voor de PA zijn deze cijfers respectievelijk 88% (1 jaar), 91% (2 jaar) en 87% (5 jaar).

isoleren in dit grote geheel. Daarom verzamelen we – conform de methodiek van de verklarende evaluatie – een aantal indicaties van de verschillende schakels in de interventiemechanismen.

Allereerst betreft dit de effecten van het verbeterde carrièreperspectief voor de deelnemers aan de VS en PA-opleidingen op de mate waarin men in de zorg blijft werken. Uit het alumni-onderzoek van Van der Velde en Van der Windt (2013) blijkt dat minstens 97% van de VS-alumni en 95% van de PA-alumni nog in de zorg werkzaam zijn. Deze hoge percentages zijn een indicatie dat het genoemde effect optreedt. Deze alumni betreffen alle cohorten en een belangrijk deel is al een aantal jaren gediplomeerd van deze opleiding¹¹. Voor een precieze vaststelling van de omvang van het effect ontbreekt echter een referentie-situatie.

Daarnaast blijkt uit bestaande literatuur en interviews met betrokkenen dat het aannemelijk is dat substitutie optreedt: de VS en de PA voeren taken uit die voorheen door artsen werden uitgevoerd. De vraag is echter of dit nu ook leidt tot meer beschikbaarheid van artsen. Hoewel er veel onderzoek is verricht naar de taken die de VS en PA uitvoeren, is er relatief weinig bekend over de (extra) beschikbaarheid van artsen door taakherschikking. Drie studies gaan nader in op het effect van taakherschikking op de beschikbare tijd en werkdruk van artsen. Deze studies zijn echter kwalitatief van aard. In de NP-PA Monitor komt naar voren dat de voornaamste redenen van instellingen om een PA of VS aan te nemen zijn de verbetering van kwaliteit en het ontlasten van artsen. Doordat de VS en PA taken overnemen, hebben artsen en specialisten meer tijd voor de behandeling van complexe problematiek (Kaufmann, Schuit en Peters, 2010), Tevens blijkt uit het onderzoek voorBIGhouden (De Bruijn e.a., 2015) dat artsen die met VS'en en PA's werken minder werkdruk ervaren door de inzet van deze beroepsgroepen. Dit komt vooral door de zelfstandige bevoegdheid die de VS en PA hebben gekregen. Uit casestudies naar de inzet van de VS en PA in de eerste lijn wordt geconcludeerd dat huisartsen meer tijd hebben voor complexere taken en minder druk op hun spreekuur ervaren (van der Burgt et al., 2015).

Conclusie is dus dat zowel de (mogelijk verhoogde) kans op het werkzaam blijven van PA's en VS'en in de zorg en de diverse aanwijzingen voor het daadwerkelijk optreden van substitutie (plus de extra tijd die dit artsen oplevert) aanwijzingen geven dat de intrede van deze beroepsgroep daadwerkelijk bijgedragen heeft aan voldoende aanbod op de zorgarbeidsmarkt.

Rol opleiding PA en VS in kwaliteit van zorg

In de beleidstheorie is verondersteld dat door de inzet van de PA en VS er meer zorgprofessionals beschikbaar zijn. Dit verhoogt de beschikbaarheid van zorg waardoor de kwaliteit van de zorg wordt behouden of zelfs wordt verbeterd.

Zowel in de interviews als literatuur komt kwaliteit als eindresultaat nadrukkelijk naar voren. In diverse interviews wordt benadrukt dat via de inzet van VS/PA de kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd of zelfs verbeterd. Het meest genoemde voordeel is de continuïteit die de VS/PA brengt in de zorg. De basisarts(-assistent) of A(N)IOS vertrekt na een tijdje van de afdeling terwijl de VS/PA blijft. Dit is zowel voor de patiënt prettig omdat die daardoor niet telkens verschillende personen ziet, als voor de verpleegkundige op de afdeling die hierdoor een stabiel en vast aanspreekpunt heeft. Daarnaast kan de VS/PA meer aandacht geven aan patiëntenvoorlichting en begeleiding¹². Dit geeft meer duidelijkheid voor patiënten waardoor zij minder vaak terugkomen en daarmee ook zorgt voor ontlasting van de artsen en specialisten. Overigens is een respondent op dit punt wat terughoudender en vraagt zich af of het goed informeren van patiënten toch geen taak

¹¹ Het aandeel dat in het betreffende beroep werkt waarvoor men is opgeleid, is uitgesplitst naar cohort. Dit daalt nauwelijks of stijgt zelfs naarmate de diplomering verder terug ligt (zie vorige voetnoot). Verwacht mag dus worden dat ook de uitstroom uit de zorg als gehele sector bij de oudere cohorten nauwelijks hoger ligt dan bij de jongere cohorten.

¹² Aan de andere kant kunnen dit soort taken er wel voor zorgen dat de kosten per patiënt hoger uitvallen.

van artsen is die daar eenvoudigweg voldoende tijd voor moeten krijgen. Daarnaast gaf de respondent aan dat het overnemen van spreekuren of 'eenvoudige' klachten van de huisarts niet altijd gunstig hoeft te zijn. In de eenvoudige klachten schuilen soms dieperliggende medische problemen en dit benadrukt het belang van de huisarts die bekwaam genoeg is om deze problemen te herkennen.

Uit de studie van voorBIGhouden (2015) komt over het algemeen een gunstig beeld naar voren wat betreft de tevredenheid van patiënten die met de VS/PA te maken hebben gehad. Hier geldt echter dat een referentie van een situatie zonder VS en PA ontbreekt. De studie maakt (vanuit het object van deze evaluatie) weliswaar een vergelijking met een nulsituatie, maar dat is een nulsituatie waarin de VS en PA ook al werkzaam waren (maar dan voor de wijziging van de Wet BIG). In dezelfde studie wordt geconcludeerd dat na behandelingen door deze beroepsgroepen weinig complicaties zijn opgetreden. Van der Burgt e.a. (2015) hebben onderzoek gedaan naar de inzet van de PA en VS in de eerstelijnszorg door middel van twee praktijkvoorbeelden per functie. De (kwalitatieve) ervaring in de betreffende praktijken is dat de inzet van de PA en VS leidt tot meer spreekuurcapaciteit waardoor patiënten sneller geholpen kunnen worden. Ook in dit onderzoek gaven patiënten door middel van een vragenlijst aan erg tevreden te zijn over de behandelingen door de VS en PA¹³. In het rapport Staat van de Gezondheidszorg (2007) kwamen vergelijkbare conclusies naar voren. Dit blijkt uit gesprekken die plaats hebben gevonden met betrokken hulpverleners (huisartsen, medisch specialisten en VS'en en PA's zelf). Laatstgenoemde functies hebben meer tijd en aandacht voor de patiënten en zij zijn makkelijker te benaderen voor de patiënt. Bovendien zijn er aanwijzingen dat de veiligheid en effectiviteit verbetert, mede doordat complicaties sneller aan het licht kunnen komen.

Conclusie is dat voor het onderliggend mechanisme van voldoende beschikbaarheid van zorgprofessionals en daarmee behoud (of verbetering) van kwaliteit diverse aanwijzingen bestaan. De continuïteit die de VS/PA brengt in de zorg geeft op zich al een voordeel. Ook directe metingen van patiënttevredenheid zijn gunstig al geldt ook hier dat niet altijd een duidelijke referentie ter vergelijking aanwezig is.

Neveneffecten

Een vorm van verdringing die naar voren is gebracht, is de positionering ten opzichte van de POH (Praktijkondersteuner Huisartsenzorg), waarbij het onderlinge onderscheid door een respondent niet altijd even helder wordt geacht. Wel is het zo dat er mogelijkheden zijn voor de POH om opgeleid te worden tot PA/VS, en naar wat naar voren komt uit de casestudies door van Burgt e.a. (2015) kan dit ook succesvol zijn. Ook wordt door een respondent gewezen op de overlap met de nieuwe functie van ziekenhuisarts en gespecialiseerde verpleegkundigen en de daarmee toegenomen ondoorzichtigheid van het functiegebouw in de zorg.

3 Doelmatigheid

3.1 Uitgaven aan de maatregel

Vanuit VWS bedraagt de bijdrage per opleidingsplaats 56.250 euro voor de opleiding MPA en 45.000 euro voor de opleiding MANP. Deze bedragen gelden voor de nominale studieduur van de opleidingen (30 maanden voor MPA en 24 maanden voor MANP). De financiering van het onderwijsdeel van de opleiding wordt gedragen door het ministerie van OCW en bedraagt 15.150 euro bij de opleiding MPA tegenover 7.650 euro bij de opleiding MANP (per opleidingsplaats) (Peters, 2014). Uitgaande van de feitelijke jaarlijkse instroom ruim 400 nieuwe plekken per jaar waarvoor men zich committeert en zo'n 50 duizend euro per plek over de volledige looptijd hiervan, zijn de uitgaven ruim 20 miljoen. Als het maximum (jaarlijks 700 nieuwe plekken) dichter wordt benaderd, zouden de uitgaven stijgen naar maximaal zo'n 35 miljoen euro.

3.2 Relatie tussen uitgaven en opbrengsten van de maatregel

In deze paragraaf gaan we in op de vraag of (bijna) dezelfde opbrengsten ook met minder uitgaven behaald zouden kunnen worden, door te vragen naar het belang van de subsidiehoogte. Onder de geïnterviewde partijen is de vraag voorgelegd wat voor effecten een verlaging (verhoging) van de subsidie zou hebben op de huidige opleidingscapaciteit. Het blijkt dat de subsidie van groot belang is voor de groei en behoud van de huidige capaciteit en dat een verlaging van de subsidie hoogstwaarschijnlijk zal leiden tot minder opleidingsplekken. Het is niet duidelijk hoe groot dit effect precies zal zijn. Hoewel de opleidingscapaciteit zeker niet helemaal zal verdwijnen is er wel degelijk een negatief effect te verwachten bij verlaging. Veel ondervraagden gaven daarbij ook aan dat bij een verhoging van de subsidie er waarschijnlijk meer opleidingsplekken zouden komen (er van uitgaande dat het maximum aantal plekken ook stijgt). Een verlaging van de subsidie zou de opleidingen minder concurrerend maken ten opzichte van andere opleidingen die subsidie krijgen en als oneerlijk worden ervaren. Een onderscheid moet gemaakt worden tussen (grote) ziekenhuizen en huisartsenpraktijken. In het onderzoek van Peters (2014) is al opgemerkt dat er opvallend genoeg een homogene regeling is voor beide groepen terwijl de mogelijkheden om op te leiden aanzienlijk verschillen.

Tijdelijke stimuleringsregeling

Vanuit VWS is er een tijdelijke regeling voor de eerstelijnszorg die het gat tussen de subsidie voor de HAIO en VS/PA moet verkleinen. De regeling bedraagt € 800.000 voor vier cohorten. Deze regeling moet huisartsen die te weinig middelen hebben het toch mogelijk maken opleidingsplaatsen te bieden. Dit wordt per case beoordeeld door een onafhankelijke commissie. KOH zorgt voor de uitbetaling van het geld in het kader van deze regeling, die in 2016 afloopt. Er loopt momenteel een onderzoek vanuit KOH naar deze regeling.

Kosteneffectiviteit

Uit de vorige paragraaf blijkt dat de subsidie van grote invloed is op het aantal opleidingsplekken, en dat een verhoging van de subsidie naar verwachting zal leiden tot meer opleidingsplekken. Hoewel hiermee het belang van de subsidie wordt onderschreven, zou je idealiter ook willen weten of de subsidie leidt tot lagere kosten in de zorg en hoe de uitgaven voor de subsidie zich verhouden tot deze besparingen in de zorg (vorm van kosteneffectiviteit). In hoofdstuk drie is al naar voren gekomen dat het zeer lastig is om de baten van taakherschikking in de vorm van een meer doelmatige zorg zichtbaar te maken. Een aantal studies hebben gepoogd de inzet van de VS en PA

in kaart te brengen, maar uit deze studies blijkt dat de taken van deze beroepen in veel gevallen niet worden geregistreerd, waardoor de inzet van de VS en de PA in instellingen gebrekkig zichtbaar is. Door deze beperkingen in registraties is het lastig om op een geaggregeerd niveau uitspraken te kunnen doen of de inzet van de VS en de PA leidt tot lagere kosten in de zorg. Daarmee is geen direct verband te leggen tussen de subsidie en eventuele besparingen die dit in de zorg oplevert. De knelpunten die optreden in de registratie van zorgverlening betreffen overigens een breder probleem dan alleen deze functiegroepen (zie bijvoorbeeld ook Van Baalen e.a., 2016).

3.3 Knelpunten in de uitvoering van de subsidie (administratieve rompslomp)

Een mogelijke belemmering in de uitvoering ligt in de administratieve last voor hogescholen aangezien zij verantwoordelijk zijn voor het uitbetalen van de subsidie aan werkgevers. Dit laatste is een bewuste keuze van VWS geweest. Administratieve afhandeling van het ministerie met een aantal opleidingsinstellingen is makkelijker te sturen dan het werken met een veel groter aantal beschikkingen met individuele zorgaanbieders. Nu hoeft het ministerie maar een beperkt aantal accountsverklaringen en subsidieaanvragen te controleren.

De hogescholen zijn afhankelijk van declaraties van werkgevers bij het verstrekken van de subsidie. Uit het verleden blijkt dat het nogal veel moeite kost voor de hogescholen om te zorgen dat de werkgevers alles op tijd (en juist) declareren. Daarnaast is er geen vergoeding voor de kosten van de accountant voor het controleren van de aanvragen (Peters, 2014). Ook kost het volgens de betrokken Hogescholen relatief veel tijd: een controller is er tien procent van zijn tijd mee kwijt, aldus de respondent. Vooral bij de opleiding voor PA kan de administratieve last hoog zijn. De student moet meerdere externe stages volgen en de hogeschool moet er voor zorgen dat de subsidie bij de juiste werkgever terecht komt. Volgens een van de respondenten zou voor huisartsen financiering via het SBOH een goed alternatief zijn zodat het vanuit een centraal punt komt. Een suggestie vanuit de opleiding voor PA is dat er een mogelijkheid zou moeten zijn om de subsidie tijdelijk stop te zetten, bijvoorbeeld bij langdurige ziekte. Nu stopt de subsidie automatisch na 2,5 jaar. Behalve deze knelpunten is er tevredenheid over de manier waarop het nu gaat. De administratieve last nemen zij voor lief omdat ze hierdoor wel een nieuwe opleiding kunnen aanbieden en financiering hiervoor krijgen.

Bijlage A Lijst geïnterviewden

Naam	Organisatie
Jeroen Peters	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Bert Vrijhoef	Universiteit van Maastricht, Tilburg en Singapore
Irma van der Velden	Hogeschool Rotterdam
Ada van Bruchem	Hogeschool Rotterdam
Frank Peters	Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt
Belinda van de Lagemaat	Federatie Medisch Specialisten
Geert van den Brink	Radboud Universiteit, HAN en Platform Taakherschikking
Wijnand van Unen	Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)
Emmy Derckx	Stichting KOH
Geertjan Mellema	Zorgverzekeraars Nederland
Irma de Hoop	V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
Andrea van den Dool	V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland)
Hans Springer	Hogeschool Inholland Amsterdam
Luppo Kuilman	Hanzehogeschool Groningen
Roos Nieweg	Hanzehogeschool Groningen
Ester Dalmolen	Hanzehogeschool Groningen
Tom Hoogeveen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Gerlinde Holweg	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Sanneke Schepman	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Petra Engels	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bijlage 2 Literatuurlijst

Baalen, M.R. van, Van den Broek, P.H.H., Bosman, P.J. en Koopal, A.C., Compliant registreren en declareren. Van erkend probleem tot gedeelde ambitie, Berenschot, februari 2016.

Bruijn-Geraets, de D.P., Bessems-Beks, M.C.M., Eijk-Hustings, van Y.J.L. en Vrijhoef, H.J.M. VoorBIGhouden. Maastricht UMC. Maastricht, juli 2015.

Capaciteitsplan 2013. Capaciteitsorgaan. Utrecht, oktober 2013.

Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, De Zorg van Morgen, flexibiliteit en samenhang”, 2003.

Inspectie voor de gezondheidszorg, Staat van de gezondheidszorg. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag, 2007.

Kaufmann, K., Schuit, H. en Peters, F. Resultaten Monitor NP-PA 2009-2010. KBA. Nijmegen, juni 2010.

Kouwen, A. en Brink, van der G. Taakherschikking & kostprijzen. Een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie. Radboudmc. Juni 2014.

Laurant, M., van de Camp, K., Boerboom, L., Wijers, N. Een studie naar functieprofielen, taken en verantwoordelijkheden van Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten. Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) Radboudumc. Nijmegen, oktober 2014.

Meyboom-de Jong, B., De heer L.J. Schmit Jongbloed, L. J. en Willemsen, M. C. De arts van straks: een nieuw medisch opleidingscontinuüm. KNMG. 2002.

Nederlandse Zorgautoriteit ,Advies taakherschikking, Januari 2012.

Peters, F. Evaluatie van de ‘Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant’. KBA. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Nijmegen, april 2014.

Peters, F., Koenraadt, G. en Schuit, H. Arbeidsmarkt van de Nurse Practitioners en Physician Assistants. KBA. Nijmegen, 2007.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Taakherschikking in de Gezondheidszorg. Advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, 2002.

Van der Burgt, M., R., Derckx, E.W.C.C., van Roij, J. en Meulepas, M.A. De verpleegkundig specialist in de eerste lijn. In opdracht van VN&N. KOH en Meetpunt Kwaliteit. Eindhoven, februari 2015.

Van der Burgt, M., R., Derckx, E.W.C.C., van Roij, J. en Meulepas, M.A. De physician assistant in de eerste lijn. In opdracht van VN&N. KOH en Meetpunt Kwaliteit. Eindhoven, februari 2015.

Van der Velde, F., van der Windt, W. Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. KIWA. Utrecht, Maart 2013.

Van der Velde, F., van der Windt, W. Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice. KIWA. Utrecht, Maart 2013.

Wallenburg, I., Janssen, M., en de Bont, A. De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. Bestuur & Beleid van de Gezondheidszorg (HCG), februari 2015.

Wijers N, van der Burgt R, Laurant M. (2013). Verpleegkundig Specialist biedt kansen. Onderzoeksrapport naar de inzet van de verpleegkundig specialist op de spoedpost in Eindhoven. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud; Eindhoven: Stichting KOH.



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas