
De financiële effecten van taakherschikking

Een hermeting gericht op de effecten van de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in financieel-economisch perspectief



3 januari 2019

Uitgevoerd door de adviesgroep Procesverbetering en Implementatie van het Radboudumc, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Petra Kleven, Radboudumc
Nicole Leferink, Radboudumc
Geert van den Brink, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Arjan Kouwen, Radboudumc

Radboudumc

Inhoud

1	Samenvatting	2
2	Inleiding.....	6
2.1	Context	6
2.2	Doelstellingen.....	7
3	Methoden	8
3.1	Projectstructuur	8
3.2	Data-analyse.....	9
3.3	Individuele interviews	9
3.4	Groepsdiscussies	10
3.5	Enquête	10
4	Resultaten	11
4.1	Formatie	11
4.1.1	Formatie PA en VS.....	11
4.1.2	Totale formatie.....	13
4.1.3	Verandering opleiding tot medisch specialist	14
4.2	Productie en registratie.....	15
4.2.1	DBC's.....	15
4.2.2	Polikliniekbezoeken.....	18
4.2.3	Kliniek	19
4.2.4	Inzet PA en VS per patiëntengroep	20
4.2.5	Sturen op productie	22
4.3	Visie en positionering.....	23
4.3.1	Positionering beroepsgroepen	23
4.3.2	Contractering.....	23
4.3.3	Ziekenhuisbeleid.....	24
4.3.4	Business cases	24
4.3.5	Kostprijzen.....	25
4.3.6	Verdeling loonkosten	26
4.3.7	Inschaling.....	26
5	Conclusies.....	27
6	Aanbevelingen.....	29
7	Bijlagen.....	32

1 Samenvatting

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stimuleert taakherschikking vanwege de bijdrage aan de kwaliteit en het betaalbaar houden van zorg¹. Taakherschikking betekent het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden, tussen verschillende beroepsgroepen. Dit onderzoek gaat over het herverdelen van taken van artsen naar physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS-en). Deze twee beroepsgroepen kunnen zelfstandig diagnoses stellen en behandelingen uitvoeren of in gang zetten. De afgelopen jaren zijn belemmeringen rondom wet- en regelgeving opgelost.

In het kader van het betaalbaar houden van de gezondheidszorg worden in dit onderzoek de financiële effecten van de inzet van de PA's en VS-en onderzocht. Dat is een vervolg op twee eerdere onderzoeken. Het eerste onderzoek ging over de relatie tussen de praktijk van taakherschikking en kostprijzen². Het tweede onderzoek ging over de effecten op kwaliteit, patiëntervaringen, toegankelijkheid en kosten en opbrengsten van zorg³. In het huidige onderzoek wordt dieper ingegaan op de effecten van de beleidsregelwijzigingen in 2015. Thema's die naar voren komen in dit onderzoek zijn: registratie, productie, formatie, (ziekenhuis)beleid, positionering, de financiële basis en de effecten op de totale zorgkosten. Dit onderzoek is een hermeting van het eerdere onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd in vijf ziekenhuizen. Formatie- en productiedata van de ziekenhuizen zijn geanalyseerd en er zijn circa vijftig (groeps)interviews uitgevoerd.

Resultaten

De resultaten van dit onderzoek zijn ingedeeld per thema: registratie, productie en formatie, en visie en positionering.

Registratie, productie en formatie

De formatie PA en VS is gestegen

In de onderzochte ziekenhuizen is de formatie PA en VS gestegen met gemiddeld 11% in 2017 ten opzichte van 2015. Het aandeel PA en VS in formatie is ten opzichte van artsen 16% in 2017. PA's en VS-en worden soms aangenomen om te voorkomen dat er extra medisch specialisten nodig zijn.

In de meeste ziekenhuizen wordt onderzocht wat mogelijke oplossingen kunnen zijn voor de afname of andere inzet van AIOS de komende jaren. De inzet van PA of VS om de verwachte productiedaling op te vangen is een veelvoorkomende oplossingsrichting.

De zichtbaarheid van PA en VS in registratie is vergroot

Het openen van DBC's door PA's of VS-en is gestegen met 64% in 2017 ten opzichte van 2015. In 2015 gaven respectievelijk 58% en 69% van de PA en VS aan dat men niet zelfstandig DBC's opent of uitvoert. In het huidige onderzoek geldt dat voor 23% van de PA's en 37% van de VS-en. Tevens was in 2015 al een forse stijging van de registratie van consulten zichtbaar, dit zet ook door in 2017.

Het aandeel van de PA en VS in productie is vergroot

In 2017 staat van alle 'eerste polikliniekbezoeken' in de onderzochte ziekenhuizen 3% geregistreerd op naam van PA of VS. In 2015 was dit 2%. Voor de 'vervolg polikliniekbezoeken' is dit aantal

¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Factsheet Taakherschikking in de Medisch Specialistische Zorg*, 2016

² Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink, *Taakherschikking & kostprijzen, een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*, 2013

³ Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink, P.J.M. Kleven, N.M. Leferink, Y.P. van Vugt, Y. Grijzen, M.J.W.M. van der Heijden, B.A.G. van Acker, *Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk, een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015*, 2016

gestegen van 4% naar 5% in dezelfde periode. Het aandeel van DBC's geopend op naam van PA of VS is gestegen van 4% naar 6% (2015 t.o.v. 2017). De geïnterviewden verklaren dit door (1) betrouwbaardere registratie, (2) meer inzet op productie en/of (3) stijging in formatie. Op afdelingsniveau varieert het aandeel in openen van DBC's en registratie van zorgactiviteiten van nul tot 41%.

Visie en positionering

De functiegroepen zijn divers gepositioneerd in ziekenhuizen

De positionering van de functiegroepen PA en VS loopt sterk uiteen. Een VS kan meestal lid worden van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) en in twee ziekenhuizen is daarvoor een eigen tak. PA's zijn in mindere mate officieel gepositioneerd. Zij zijn in drie ziekenhuizen apart georganiseerd als onofficieel orgaan. Het is de wens van deze groepen om zich formeler te positioneren, waardoor zij een goede gesprekspartner zijn voor Raad van Bestuur (RvB) en medisch specialisten. De PA en VS zijn doorgaans nog een kleine groep in ziekenhuizen, waardoor positionering moeilijk is.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bespreken de inzet van PA en VS niet

In de vorige onderzoeken gaven alle ziekenhuizen aan dat in onderhandelingen met zorgverzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking of inzet van PA en VS. Verkooprijzen worden niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA en VS. Dit is niet veranderd in 2018. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars voeren wel het gesprek over doelmatigheid in het algemeen. Taakherschikking is hierbij geen belangrijk thema. Het is aan de ziekenhuizen zelf hoe ze doelmatigheid realiseren.

Ziekenhuizen hebben weinig centraal beleid over de inzet van PA en VS

De onderzochte ziekenhuizen hebben een visie op de inzet van de PA en VS, maar die is niet omgezet naar ziekenhuisbreed beleid. Wel is de behoefte daaraan steeds groter. Het aanstellen van een PA of VS wordt veelal decentraal geïnitieerd door medici. Medici en management besluiten uiteindelijk gezamenlijk of ze iemand aannemen. HR neemt hier geen of een kleine rol in. Alle onderzochte ziekenhuizen beschikken over algemene, ziekenhuisbrede functiebeschrijvingen voor PA en VS. Sommige geïnterviewden vinden het onduidelijk wat het onderscheid is tussen de functies PA en VS en andere beroepen. De functiebeschrijvingen worden niet altijd gebruikt om te bepalen welke functionaris het beste op een bepaalde plek past. Soms is gegroeid hoe de inzet van deze beroepsgroepen is, andere afdelingen maken een bewuste keuze voor een PA of VS. Bij sommige respondenten is niet exact bekend wat de (wettelijke) bevoegdheden zijn van de PA en VS. De communicatie hierover vanuit de RvB is minimaal.

Er worden geen business cases gemaakt bij de aanname van een PA of VS

Het aanstellen van een functie PA of VS wordt veelal geïnitieerd op afdelingsniveau. Als de aanname van een nieuwe functionaris niet binnen de begroting past, wordt onderbouwd waarom de functionaris nodig is. Dit is vaak een inhoudelijke onderbouwing. Af en toe worden financiële motivaties naar voren gebracht. Door geen van de onderzochte afdelingen is bij de (overweging tot) aanname van een PA of VS een business case gemaakt waarin kosten en opbrengsten van de toekomstige functionaris worden vergeleken. Het maken van business cases bij het aannemen van nieuwe medewerkers is geen standaard werkwijze in ziekenhuizen. De geïnterviewden erkennen het belang van een goede business case wel.

Kostprijzen worden niet gespecificeerd voor zorgactiviteiten uitgevoerd door de PA en VS

De betrokken ziekenhuizen hebben de interne kostprijsystematiek niet optimaal ingericht op taakherschikking. In de onderzochte ziekenhuizen wordt beperkt gebruik gemaakt van mogelijkheden in de kostprijsystematiek voor het specifiek toerekenen van kosten van PA's of VS-en naar verrichtingen. Er is op dit gebied geen verandering zichtbaar ten opzichte van het vorige onderzoek. Ook maken de onderzochte ziekenhuizen vrijwel geen onderscheid tussen kostprijzen

voor zorgactiviteiten uitgevoerd door een PA of VS ten opzichte van zorgactiviteiten uitgevoerd door een medisch specialist. Uit het onderzoek blijkt dat medisch managers op afdelingen de kostprijzen weinig gebruiken bij het maken van keuzes. Geen van de geïnterviewden gebruikt de kostprijzen om beslissingen op het gebied van taakherschikking te maken.

De verdeling van loonkosten is een actueel onderwerp en wordt wisselend ingericht

Op het gebied van verdeling van de loonkosten tussen het ziekenhuis en het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) is discussie en verandering zichtbaar. De afspraken over het percentage dat medisch specialisten betalen aan de loonkosten van de PA en VS zijn wisselend. Vaak is het percentage loonkosten dat MSB's betalen voor de PA hoger dan voor de VS. Hierdoor zijn bepaalde functionarissen aangesteld op basis van financiële motieven. De afspraken over verdeling van loonkosten variëren binnen het ziekenhuis per vakgroep. Drie ziekenhuizen hebben recent ziekenhuisbrede afspraken gemaakt over verdeling van loonkosten, of zijn bezig met het maken hiervan. Er wordt een vast percentage afgesproken wat MSB's bijdragen aan de loonkosten van de PA en VS. Een risico is dat deze afspraak niet overeenkomt met de daadwerkelijke inzet en bijdrage aan de productie door de PA en VS.

Conclusies en aanbevelingen

Er kan geconcludeerd worden dat de inzet van PA's en VS-en niet leidt tot extra productie en daarmee niet tot extra (maatschappelijke) kosten. De inzet van PA's en VS-en leidt echter wel tot extra formatie. De formatie PA en VS stijgt en de formatie artsen stijgt ook in geringe mate. Er worden meer DBC's en zorgactiviteiten op naam van PA en VS geopend en geregistreerd en daarmee is de inzet op productie beter zichtbaar. Het aandeel van PA en VS in de totale productie is vergroot sinds 2015. De totale productie van ziekenhuizen blijft stabiel en hiermee ook de totale opbrengsten van de ziekenhuizen.

De aanbeveling aan de ziekenhuizen is om te zorgen voor een goede financiële onderbouwing van de inzet van PA en VS. Het maken van een business cases voor de inzet van een PA of VS gebeurt nog zeer beperkt. Dit wordt wel aanbevolen, zodat het potentieel van de PA of VS maximaal benut kan worden. De effecten op financiën zijn groter bij weldoordacht beleid dan bij een meer toevallige of organische introductie. Daarnaast kan aan de hand van een business case gericht gestuurd worden op productie.

Mogelijkheden om PA en VS een bijdrage te laten leveren aan het betaalbaar houden van de gezondheidszorg zijn aanwezig. Geconcludeerd kan worden dat de inzet van PA en VS op twee manieren hieraan bijdraagt. Enerzijds doordat een 'goedkopere' functionaris taken over neemt van een functionaris met een hoger uurtarief. Anderzijds kunnen de zorgkosten verlagen doordat PA en VS een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit. Denk hierbij aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten.

Belemmeringen die naar voren komen in het onderzoek zijn de arbeidsmarktkrapte en de beperkte groeimogelijkheden in ziekenhuizen qua formatie en productie. Dat stimuleert echter ook om op een juiste manier met mensen en middelen om te gaan, wat taakherschikking kan bevorderen. Veranderingen in de opleiding tot medisch specialist bevorderen taakherschikking. Hierdoor wordt kritisch gekeken naar productie en de inzet van een PA en VS is een veel genoemde oplossing. Een andere belemmering is dat de groepen PA en VS in de minderheid zijn binnen ziekenhuizen en geen formele gesprekspartner van de RvB en de medische staf. Ook de discussie over de verdeling van loonkosten tussen het ziekenhuis en het MSB belemmert de inzet. Tevens is er weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie in ziekenhuizen over de functies PA en VS en de bijbehorende bevoegdheden, dat kan de inzet van de beroepsgroepen in de praktijk belemmeren. Dit

geldt ook voor de onwetendheid en onduidelijkheid over registratie en weinig inzicht in data. Daardoor is de meerwaarde van de PA en VS op het gebied van financiën niet helder.

De aanbeveling aan Raden van Bestuur is om ziekenhuisbreed beleid over de inzet van zowel PA als VS te maken en daar duidelijk over te communiceren. Daarnaast wordt aanbevolen om samen met MSB's heldere afspraken te maken over de inzet van PA en VS en de verdeling van loonkosten. Ook is het belangrijk dat de bijdrage van de PA en VS in productie voor alle partijen helder is. Om taakherschikking te stimuleren wordt aanbevolen aan de brancheorganisaties en beroepsverenigingen om goede voorbeelden te delen en handreikingen te bieden aan ziekenhuizen en zorgprofessionals.

2 Inleiding

2.1 Context

De gezondheidszorg in Nederland staat voor een grote uitdaging. Het is financieel onhoudbaar om op dezelfde manier door te gaan. Het toenemend aantal ouderen en chronisch zieken in Nederland vraagt om een andere organisatie van zorg. Er wordt steeds meer gevraagd van zorgorganisaties op het gebied van patiëntparticipatie, kwaliteit, digitalisering en samenhangende zorg. Bovendien wordt steeds meer zorg verschoven naar 'buiten de muren' van het ziekenhuis, waardoor in ziekenhuizen meer complexe zorg wordt geleverd.⁴ Concentratie van zorg en hoge volumes kunnen zorgen voor kwaliteit en doelmatigheid. Organisatie van zorg in silo's met eigen specialismen leidt echter ook tot fragmentatie van zorg, wat maakt dat de discussie generalisatie versus specialisatie speelt in ziekenhuizen. Een andere ontwikkeling is dat zorgprofessionals, in het algemeen, een hoge werkdruk ervaren. De werkdruk stijgt onder andere door toenemende registraties, multimorbide patiënten en hogere kwaliteitseisen. Taakherschikking kan helpen bij bovenstaande uitdagingen.

Taakherschikking in de gezondheidszorg is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden, tussen verschillende beroepsgroepen. Dit onderzoek gaat over het herverdelen van taken van artsen naar physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS-en) in de ziekenhuiszorg. Deze twee beroepsgroepen kunnen zelfstandig diagnoses stellen en behandelingen uitvoeren of in gang zetten. De afgelopen jaren zijn belemmeringen rondom wet- en regelgeving opgelost. Sinds 1 januari 2015 is de beleidsregel aangepast en mogen de PA en VS zelfstandig Diagnose Behandel Combinatie-zorgtrajecten (DBC's) openen en is het face to face criterium aangepast⁵. Ook zijn de beide beroepsgroepen opgenomen in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zet in op de juiste zorg op de juiste plek door de juiste persoon en stimuleert taakherschikking vanwege de bijdrage aan de kwaliteit van zorg en het betaalbaar houden van de zorg.⁶

Om de effecten van taakherschikking in ziekenhuizen te meten zijn de afgelopen jaren verschillende onderzoeken uitgevoerd. De adviesgroep Procesverbetering en Implementatie van het Radboudumc heeft twee landelijke onderzoeken uitgevoerd naar de inzet van de PA en VS in opdracht van het ministerie van VWS. Dit is gesubsidieerd via het platform Zorgmasters. Dit platform verzamelt, creëert en deelt kennis over taakherschikking, specifiek over de PA en de VS. Het eerste onderzoek gaat over de relatie tussen de praktijk van taakherschikking en kostprijzen van DBC's.⁷ Het tweede onderzoek heeft betrekking op de effecten van taakherschikking op het gebied van kwaliteit, patiëntervaringen, toegankelijkheid en kosten en opbrengsten van zorg⁸. De conclusie van het eerste onderzoek is dat de inzet van PA en VS zeer gebrekkig zichtbaar is in het verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken. Bovendien waren er belemmeringen in het financiële systeem en de landelijke regelgeving. Het laatste onderzoek concludeert dat taakherschikking meer en zichtbaar(er) is doorgevoerd en een bijdrage levert aan kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en patiëntervaringen. De financiële effecten van de inzet van PA en VS kwamen in dit rapport minder aan bod, omdat de bijdrage van PA en VS in kosten en opbrengsten niet meetbaar was. Kostprijzen en verkoopprijzen

⁴ Rapport Taskforce, *De juiste zorg op de juiste plek*, 2018

⁵ *Beleidsregel BR/CU-2136, NR/CU-260, BR/CU-2132, BR/CU-2136*, 2015. Vanaf 1-1-2016 opgenomen in *Regeling Medisch-specialistische zorg BR/REG-1907a*, 2019

⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Factsheet Taakherschikking in de Medisch Specialistische Zorg*, 2016

⁷ Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink, *Taakherschikking & kostprijzen, een onderzoek naar de belemmeringen rondom substitutie*, 2013

⁸ Kouwen A.J., G.T.W.J. v.d. Brink, P.J.M. Kleven, N.M. Leferink, Y.P. van Vugt, Y. Grijzen, M.J.W.M. van der Heijden, B.A.G. van Acker, *Taakherschikking en kostprijzen in de praktijk, een meting gericht op de effecten van beleidsregelwijzigingen in 2015*, 2016

waren niet of beperkt aangepast door te weinig implementatietijd. In bijlage 2 zijn samenvattingen van het eerste en tweede onderzoek opgenomen.

2.2 Doelstellingen

Als vervolg op de voorgaande onderzoeken wordt in dit onderzoek dieper ingegaan op de wijzigingen in beleid van ziekenhuizen naar aanleiding van de beleidsregelwijzigingen in 2015. De volgende doelstellingen staan centraal in dit onderzoek:

1. het in kaart brengen van de ontwikkeling van kosten en opbrengsten rondom de inzet van PA en VS;
2. de huidige financiële situatie in kaart brengen ten aanzien van de inzet van PA en VS;
3. het in kaart brengen van belemmeringen en/of bevorderingen voor de inzet van PA en VS;
4. het geven van adviezen aan het ministerie van VWS in de vorm van een rapport.

Er is een financieel-economisch perspectief gebruikt. Dit rapport beschrijft achtereenvolgens de methoden, de resultaten en de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek. De eerste doelstelling komt voornamelijk in paragraaf 4.1 en 4.2 van de resultaten naar voren. De bevindingen met betrekking tot de tweede doelstelling worden in paragraaf 4.3 beschreven. Belemmeringen en bevorderingen (doelstelling 3) komen in het gehele rapport terug. In hoofdstuk 6 worden aanbevelingen gedaan aan het Ministerie van VWS en andere veldpartijen.

3 Methoden

In het vorige onderzoek is de methodiek ‘de driehoek van taakherschikking’ gebruikt. Onderdelen van deze driehoek zijn: kwaliteit, patiëntervaringen, toegankelijkheid en kosten en opbrengsten van zorg. In deze hermeting is gefocust op kosten en opbrengsten. Dezelfde opzet is gehanteerd ten aanzien van kosten en opbrengsten als in het vorige onderzoek in 2015. Er is op diverse manieren data verzameld voor een zo volledig mogelijk beeld. Het praktijkgerichte onderzoek dat is uitgevoerd, is een combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Hierbij is eerst het kwantitatieve onderdeel uitgevoerd, de data-analyse. Dit kwantitatieve onderdeel is verder uitgediept in individuele en groepsinterviews. Tevens is middels een enquête getoetst of de uitkomsten representatief zijn voor het veld. Door gebruik te maken van verschillende bronnen zijn de gevonden resultaten op verschillende manieren gevalideerd.

Het onderzoek is in de volgende vijf ziekenhuizen uitgevoerd:

- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (Nijmegen);
- Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (Tilburg);
- Isala Klinieken (Zwolle);
- LangeLand Ziekenhuis (Zoetermeer);
- Radboudumc (Nijmegen).

De keuze voor deze ziekenhuizen zijn gemaakt om twee redenen. Ten eerste een zoveel mogelijk gelijkblijvende populatie. Vier van de vijf ziekenhuizen hebben ook deelgenomen aan de vorige onderzoeken. Ten tweede omdat er veel PA's en VS-en werkzaam zijn in deze ziekenhuizen. Door te kiezen voor ziekenhuizen met meer inzet van PA's en VS-en dan gemiddeld is het beeld mogelijk minder representatief voor alle ziekenhuizen in Nederland. Hierdoor is het wel gelukt om resultaten op te halen en goede voorbeelden te presenteren.

3.1 Projectstructuur

Het project is uitgevoerd door een projectteam. Het projectteam is samengesteld uit mevr. P.J.M. (Petra) Kleven MSc (projectleider en adviseur Procesverbetering en Implementatie, Radboudumc) en mevr. N.M. (Nicole) Leferink MA (adviseur Procesverbetering en Implementatie, Radboudumc). De aanpak en uitkomsten zijn gerapporteerd aan een stuurgroep en aan een klankbordgroep. De stuurgroep bestaat uit dhr. drs. G. van den Brink (projectleider Platform Zorgmasters, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen) en dhr. drs. A.J. Kouwen (senior adviseur Procesverbetering en Implementatie, Radboudumc).

Voor het project is een klankbordgroep samengesteld waarin landelijk betrokken partijen zitting hebben (overheid, branche- en beroepsverenigingen). Deze klankbordgroep is betrokken bij en bevrraagd over de aanpak en de uitkomsten van het onderzoek. De klankbordgroep bestaat uit de volgende personen:

- dhr. drs. T.P. Hoogeveen (Ministerie van Volksgezondheid en Sport);
- dhr. J.D.S. Kappert MSc / mevr. O. Frauenfelder (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland);
- mevr. drs. M. Babović (Nederlandse Associatie Physician Assistants);
- mevr. drs. B.W.H. van de Lagemaat (Federatie Medisch Specialisten);
- mevr. J. de Graauw (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen);
- mevr. drs. J. Deggens (Nederlandse Federatie van Universitaire centra) t/m juli 2018;
- dhr. R. Heijink / mevr. D. Hoogeveen (de Nederlandse Zorgautoriteit).

De contactpersonen uit de betrokken ziekenhuizen zijn ook uitgenodigd bij de klankbordgroepbijeenkomsten.

3.2 Data-analyse

Voor deze hermeting is vergelijkbare data opgevraagd bij de ziekenhuizen als voor het vorige onderzoek. Data-analyses zijn uitgevoerd met de volgende gegevens per ziekenhuis over de periode 2015 tot en met 2017:

- Formatie:
 - o Aantal fulltime-equivalenten (FTE) en aantal medewerkers per jaar, per specialisme voor de volgende functies: medisch specialisten, artsen in opleiding tot specialist (AIOS), artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS), PA, VS, PA in opleiding (i.o.), VS i.o.
- Productie:
 - o Totaal aantal eerste polikliniekbezoeken, vervolg polikliniekbezoeken en initiële en vervolg DBC's per uitvoerder per jaar, per specialisme;
 - o Totaal aantal verpleegdagen en dagverpleging per jaar, per specialisme;
 - o Totale productie, het aandeel en de ontwikkeling van het aandeel van de PA en VS;
 - o Detail gegevens voor de afdelingen waar groepsinterviews gehouden zijn: aantallen diagnosecodes, verrichtingen, uitvoerder, geanonimiseerd patiëntnummer.
- Kostprijzen:
 - o Voor de afdelingen waar groepsinterviews gehouden zijn: kostprijs per verrichting en uitvoerlocatie.

Bij de gegevensverzameling is aandacht geweest voor gevoeligheid van kostprijsinformatie, financiën van medisch specialistische bedrijven (MSB's) en een sterke afhankelijkheid van de aangeleverde gegevens middels geheimhoudingsovereenkomsten.

Met behulp van de hierboven beschreven data is een overzichtsanalyse gemaakt per ziekenhuis. Deze analyse bestaat uit de ontwikkeling van formatie en productie van 2015 tot en met 2017, de formatie-inzet van PA en VS naar afdeling en het aandeel van de PA en VS in de productie. De data en analyse is gevalideerd door deze te bespreken met financieel experts en Human Resource (HR) experts per ziekenhuis.

Voor de afdelingen waar een groepsinterview heeft plaatsgevonden is uitgebreidere productiedata opgevraagd. Voor deze afdelingen is geanalyseerd bij welke ziektebeelden PA en VS ingezet worden, welke verrichtingen uitgevoerd worden door de PA of VS en welke kostprijs hierbij hoort, hoe de productie is per FTE (medisch specialist, PA en VS) en hoe vaak de patiënt al dan niet de medisch specialist of PA of VS ziet of beide beroepsgroepen. Dit is gevalideerd door de data en analyse met de betrokken afdelingen te bespreken.

In dit rapport is de informatie geanonimiseerd, zodat niet herleidbaar is welke informatie over welk ziekenhuis gaat. De ziekenhuizen worden aangeduid met de letters A tot en met E. Per onderwerp is de toewijzing van deze letters aan de ziekenhuizen anders.

3.3 Individuele interviews

In ieder deelnemend ziekenhuis zijn een financieel expert en HR expert geïnterviewd. In sommige ziekenhuizen hebben aanvullende interviews plaatsgevonden, bijvoorbeeld met een beleidsadviseur of voorzitter van een beroepsgroep. De ziekenhuizen hebben hiervoor zelf geschikte personen aangedragen. Per ziekenhuis hebben drie tot zes algemene interviews plaatsgevonden. In totaal zijn 28 personen geïnterviewd. In de individuele interviews is de ziekenhuisbrede data-analyse besproken en ziekenhuisbreed beleid uitgevraagd. De interviews hebben plaatsgevonden volgens een semigestructureerde vragenlijst (zie bijlage 3).

Met de financieel expert zijn de analyses van de registratie, productie en kostprijzen besproken. Daarnaast is gevraagd naar ziekenhuisbreed beleid op dit gebied: veranderingen naar aanleiding van de aanpassing van de beleidsregel; het maken van business cases; door wie de loonkosten van PA en VS betaald worden en het contracteringsproces. Voor de kostprijsmethodiek is bevraagd in hoeverre de inzet van de PA en VS hiermee zichtbaar gemaakt wordt en/of kan worden. Ook is een interview uitgevoerd met een bedrijf dat verdeelmodellen en benchmarks faciliteert.

Met de HR expert is de analyse van formatie besproken. De data is gevalideerd en er zijn verklaringen uitgevraagd over de ontwikkelingen. Daarnaast zijn open vragen gesteld over de visie op taakherschikking, welke beroepsgroepen hiervoor ingezet worden, wat het ziekenhuisbrede beleid is voor de inzet van PA en VS, de rol van HR op dit gebied, de functiebeschrijvingen en inschaling, op welke manier gestuurd wordt op de inzet, de organisatie en positionering van deze beroepsgroepen en de invloed van actuele ontwikkelingen, zoals de verandering van de opleiding van AIOS.

De gespreksverslagen van de interviews zijn tijdens het interview gemaakt door een notulist. Alle interviewverslagen zijn vervolgens open gecodeerd door één persoon. Daarna heeft met behulp van de codering analyse plaatsgevonden. Dit is gedaan in het programma Atlas.

3.4 Groepsdiscussies

De uitkomsten van alle data-analyses zijn besproken in groepsdiscussies met verschillende betrokkenen. Ook zijn in deze gesprekken vragen gesteld over beleid, argumentatie en belemmeringen. De groepsdiscussies hadden meerwaarde ten opzichte van individuele interviews, omdat de groepsdynamiek leidt tot rijkere output. Regelmatig werd door de aanwezigheid van meerdere gesprekspartners de input of mening aangescherpt na onderling overleg. Genodigden bij deze groepsdiscussies waren een PA en/of VS, een medisch specialist en een manager van een afdeling. Per ziekenhuis zijn drie of vier afdelingen gekozen voor een groepsinterview. In totaal zijn negentien afdelingen uitgebreid geanalyseerd en besproken in groepsdiscussies. Hierbij zijn in totaal zestien VS-en, acht PA's, negentien managers en vijftien medisch specialisten (voornamelijk medisch managers) geïnterviewd.

De keuze voor de afdelingen is in samenspraak tussen de contactpersoon van het ziekenhuis en de onderzoekers gebeurd. Motivaties voor de keuzes waren zowel inhoudelijk als praktisch. Er zijn zoveel mogelijk verschillende afdelingen met inzet van PA en/of VS onderzocht. De discussies hebben plaatsgevonden volgens een semigestructureerde vragenlijst (zie bijlage 3). De gespreksverslagen hiervan zijn gecodeerd en geanalyseerd op dezelfde manier als de individuele interviews.

3.5 Enquête

Tijdens een congres over taakherschikking in mei 2018 is een enquête uitgezet onder de deelnemers. De enquête bestond uit zowel open als gesloten vragen (zie bijlage 3). Bij alle gesloten vragen was mogelijkheid om toelichting te geven op het antwoord. Deze enquête was ingevuld door 87 respondenten werkzaam in verschillende ziekenhuizen. Ongeveer de helft van de respondenten was PA, een kwart VS en een kwart medisch specialist. Aan hen zijn vragen gesteld over reden van inzet van PA en VS, registratie, productie, verlagen van zorgkosten en belemmeringen. De resultaten zijn geanalyseerd en er is onderzocht of er verschil in antwoorden was tussen type respondenten. De antwoorden op de open vragen zijn gecategoriseerd. De resultaten van de enquête zijn gebruikt voor het valideren van de andere resultaten en worden indien relevant specifiek beschreven in dit rapport.

4 Resultaten

De opleiding tot VS bestaat sinds eind jaren negentig en de opleiding tot PA bestaat sinds 2002. Er zijn inmiddels duizenden afgestudeerde PA's en VS-en in Nederland. Het merendeel werkt in ziekenhuizen, zowel op de polikliniek als in de kliniek. Voor de ontwikkeling van kosten en opbrengsten is formatie, registratie en productie onderzocht. Hieronder zijn de resultaten op het gebied van formatie van deze beroepsgroepen, werkzaamheden die zij registreren en de bijdrage aan de productie van het ziekenhuis beschreven.

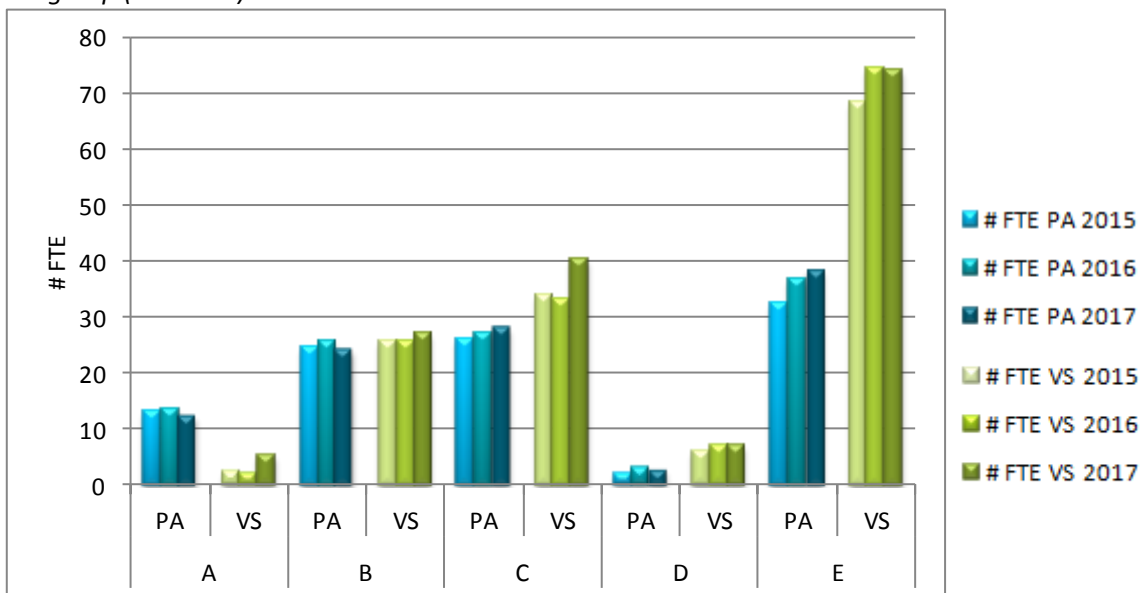
4.1 Formatie

In de vijf onderzochte ziekenhuizen zijn formatiegegevens van PA's, VS-en en artsen opgevraagd. De formatie PA en VS stijgt. Ook het aandeel in formatie van PA en VS ten opzichte van artsen is gestegen. Er worden een aantal belemmeringen en bevorderingen voor de groei van de formatie PA en VS genoemd.

4.1.1 Formatie PA en VS

Van 2017 tot 2022 worden jaarlijks 250 opleidingsplaatsen voor PA's gesubsidieerd en 450 opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten. De stimuleringssubsidie is er om het inzetten van PA en VS te bevorderen. De afgelopen jaren is sprake van groei van de vulling van het aantal opleidingsplaatsen voor PA en VS. In 2015 was 73% van de opleidingsplekken voor VS-en benut, in 2018 zijn alle plekken gevuld. Van de gesubsidieerde opleidingsplekken voor PA's was in 2015 57% gevuld. In 2018 is dit gestegen naar 92%.⁹ In alle onderzochte ziekenhuizen is een stijging van de totale formatie PA en VS zichtbaar in 2017 ten opzichte van 2015. In onderstaande grafiek wordt dat visueel weergegeven.

Grafiek 1: FTE ontwikkeling per ziekenhuis; aantal FTE per ziekenhuis (A tot en met E), per functiegroep (PA en VS)



De formatie VS stijgt in alle ziekenhuizen. De formatie PA is in twee ziekenhuizen stabiel of licht dalend in 2017 ten opzichte van 2015. In totaal is een stijging van 11% zichtbaar in de vijf onderzochte ziekenhuizen. Landelijk stijgt de formatie van de beroepsgroepen sterker. In 2017 waren 1.581 VS-en en 832 PA's werkzaam in de ziekenhuiszorg in Nederland. De formatie verpleegkundig specialisten is 17% gestegen in 2017 ten opzichte van 2015. Voor de formatie PA is de stijging in die periode 27%.

⁹ Platform Zorgmasters

De formatie VS was voor de meeste ziekenhuizen moeilijk te achterhalen, omdat deze functionarissen soms (nog) als verpleegkundige in het formatiesysteem staan. Dat geldt ook voor de functionarissen in opleiding: zij worden niet op een eenduidige manier in het systeem verwerkt. In tabel 1 wordt de formatieverdeling PA en VS van de veelvoorkomende specialismen weergegeven.

Tabel 1: Aantal PA en VS per ziekenhuis, per specialisme in 2017

	Ziekenhuis A		Ziekenhuis B		Ziekenhuis C		Ziekenhuis D		Ziekenhuis E	
	PA	VS	PA	VS	PA	VS	PA	VS	PA	VS
Anesthesiologie			8	1				1	2	2
Cardiologie	4	1		5			11	4	1	1
Dermatologie			2		2					1
Geriatric			2			2				3
Heelkunde	4	5	2	6		3	3	3	4	6
IC			2	3			3		3	
Interne Geneeskunde	1	5	6	10		1	1	4		2
Kindergeneeskunde			4	13		2		13		2
KNO			1						1	
Longgeneeskunde	2		1	5			5	4	1	
MDL	2	2	3	3					1	2
Medische Oncologie				3			1	8		4
Neurochirurgie			3	1				1	4	2
Neurologie	1			6		1			2	2
Orthopedie		2	1	3			3	1	1	1
Plastische chirurgie				1						
Psychiatrie			1	5				1		1
Reumatische ziekten								1		2
Revalidatie			2				1	1		
Urologie		2	2	8	1					1
Verloskunde & Gynaecologie				4					8	

De beroepsgroepen PA en VS worden breed ingezet. Een ontwikkeling die dit bevordert is de krapte op de arbeidsmarkt¹⁰. Dit zorgt voor een stimulans voor ziekenhuizen om hun medewerkers te behouden. De medewerkers krijgen sneller de kans om door te ontwikkelen en door te stromen naar een andere functie, omdat het ziekenhuis de medewerkers wil behouden. In veel ziekenhuizen is dan ook sprake van interne werving voor de functies PA en VS.

Quote HR-adviseur: *“De ontwikkeling van medewerkers wordt gestimuleerd. De meeste PA’s en VS-en komen intern uit het ziekenhuis. We werven altijd eerst intern.”*

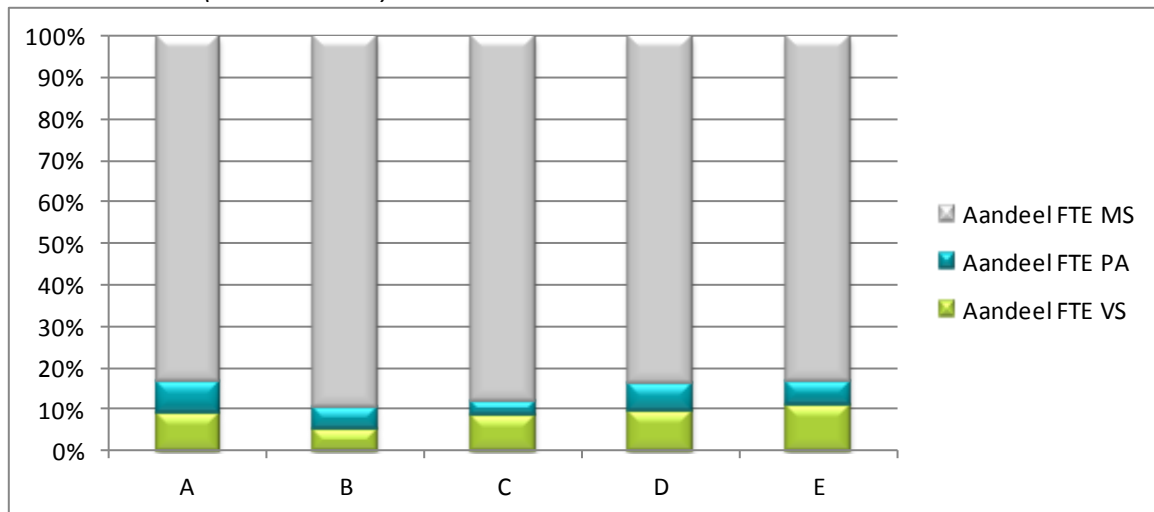
Aan de andere kant kan de krapte op de arbeidsmarkt de inzet van PA en VS ook belemmeren. Het kan ervoor zorgen dat er geen beschikbare medewerkers zijn. In vier interviews komt naar voren dat het als belemmering wordt ervaren dat er geen geschikt persoon voor de functie of opleiding gevonden kan worden. In het begin waren er veel zorgprofessionals met ambitie en capaciteit om door te groeien. Die groep is inmiddels verkleind, doordat zij al PA of VS geworden zijn. In drie interviews komt naar voren dat het moeilijk is om nieuwe medewerkers aan te stellen door de beperkte groeimogelijkheden voor ziekenhuizen. Afdelingen hebben een krappe begroting en worden veelal gevraagd om te krimpen, hierdoor kunnen zij moeilijk nieuwe medewerkers (erbij) aannemen. Dit wordt voor alle functiegroepen als belemmering ervaren en is ook van toepassing voor het aannemen van PA of VS.

¹⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Kamerbrief over aanpak arbeidsmarkt zorg*, 2017

4.1.2 Totale formatie

Het aantal PA's en VS-en dat ingezet wordt is gerelateerd aan de grootte van het ziekenhuis. De formatie PA's en VS-en wordt daarvoor vergeleken met de formatie artsen in ieder ziekenhuis. Voor de formatie artsen zijn medisch specialisten, artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en andere artsen meegenomen. Artsen in opleiding tot specialist (AIOS) zijn hierin niet meegenomen, vanwege de subsidie voor deze groep.

Grafiek 2: Verhouding in procenten formatie PA, VS en medisch specialisten en artsen (MS), per ziekenhuis in 2017 (A tot en met E)



In de grafiek hierboven is de verhouding tussen het aantal FTE medisch specialisten en artsen en PA's en VS-en zichtbaar. Het aandeel PA's ligt tussen de 3% en 7% per ziekenhuis, het aandeel VS-en varieert tussen de 5% en 12% per ziekenhuis. Gezamenlijk is het aandeel in formatie gemiddeld 16%. Dit aandeel is stijgende, in 2013 was dit 13%.

In de periode 2015 tot en met 2017 is sprake van een stijging van het aantal FTE medisch specialisten en artsen van 4%. Dit was in het eerste onderzoek in 2013 niet zichtbaar. Er is nog geen sprake van het aannemen van een PA of VS in plaats van een medisch specialist, bij het vertrek van een medisch specialist bij de negentien afdelingen waar een groepsinterview heeft plaatsgevonden. Er wordt soms wel een PA of VS aangenomen om te voorkomen dat er extra medisch specialisten aangenomen worden, bijvoorbeeld als uitbreiding nodig is om productiegroei op te vangen.

Casus 'stijging formatie'

Deze casus gaat over een specialisme waarbij de medisch specialisten in vrije vestiging zijn en onderdeel zijn van een medisch specialistisch bedrijf. Dit specialisme heeft een PA opgeleid. Aanleidingen om een PA op te leiden waren lange wachttijden op de polikliniek verminderen en productiegroei opvangen. Er is bewust voor gekozen om geen extra medisch specialist te werven. Het totale productieplafond voor de afdeling, en daarmee de opbrengsten voor het MSB, bleef gelijk. Bij toenemende formatie zou dit een daling in salaris per medisch specialist betekenen, dit wilde men voorkomen.

Het resultaat om wachttijden te verkorten is behaald. Het totaal aantal patiënten is echter ook gedaald. Dit was niet herkenbaar voor de betrokkenen. Formatiedaling, passend bij productiedaling, is volgens de afdeling niet mogelijk door stijgende registratielast en keuzes in het triageproces. Concluderend kan gesteld worden dat de kostprijzen gestegen zijn, doordat de productie van dit specialisme in de afgelopen jaren gedaald is en de totale formatie gestegen.

Een belemmering voor de inzet van PA en VS die in de interviews naar voren komt is dat zij vaak geen diensten draaien. Enerzijds omdat zij overdag moeten zorgen voor continuïteit, bijvoorbeeld op de kliniek of als aanspreekpunt voor patiënten. Anderzijds omdat zij niet voldoende kennis en ervaring hebben om spoedpatiënten te behandelen met aandoeningen die van te voren niet bekend zijn. Het komt wel voor dat PA en VS diensten draaien, bijvoorbeeld op de IC of op de kliniek. Een bevordering die in vijf van de negentien groepsinterviews naar voren komt is dat PA en/of VS helpen bij het verlichten van de werkdruk van medisch specialisten.

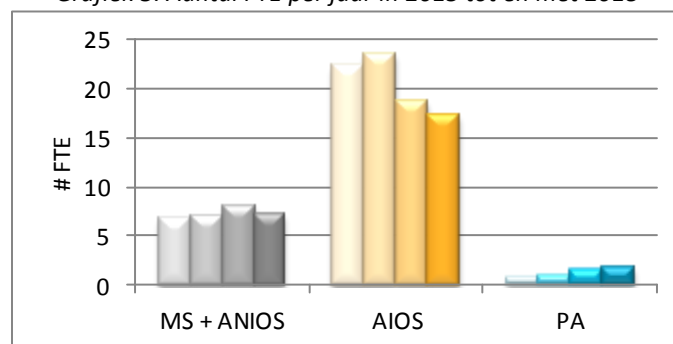
4.1.3 Verandering opleiding tot medisch specialist

Een actuele ontwikkeling is de verkorting en verandering van de opleiding tot medisch specialist en de reductie van het aantal opleidingsplaatsen. In vier van de vijf onderzochte ziekenhuizen worden artsen opgeleid tot medisch specialist. Bij circa de helft van de afdelingen waar specialisten opgeleid worden, is men bezig met oplossingen voor de reductie van AIOS en de verandering van de opleiding. Ook in de interviews met HR en financieel experts komt naar voren dat er gezocht wordt naar oplossingen voor de verandering in inzet van AIOS de komende jaren. Twee ziekenhuizen gebruiken hiervoor het TOKIO optimum model¹¹ en één ziekenhuis heeft een eigen model ontwikkeld om te komen tot scenario's. Beide modellen gaan uit van een traject waarbij op basis van productiekaders en kwaliteitseisen gezocht wordt naar mogelijke oplossingen. Een veelvoorkomende oplossingsrichting die benoemd wordt is de inzet van PA's of VS-en om de productiedaling op te vangen.

Casus 'AIOS-reductie'

Bij een specialisme is de afgelopen jaren al sprake van een afname van het aantal AIOS. Dit specialisme heeft de productiedaling door de AIOS-reductie opgevangen met inzet van PA's. Gekozen is voor de inzet van een extra PA in plaats van een medisch specialist, omdat de salarislasten van een PA lager zijn.

Grafiek 3: Aantal FTE per jaar in 2015 tot en met 2018



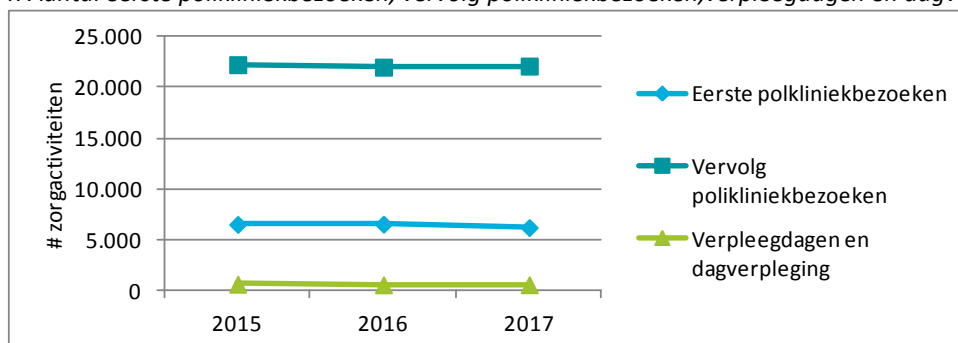
In de grafiek hierboven is een afname van 5,1 FTE AIOS zichtbaar in periode 2015 tot en met 2018. Er is in die periode 1,1 FTE PA en 0,3 FTE ANIOS bijgekomen.

Vervolg casus op pagina 15

¹¹ Federatie Medisch Specialist Medische Vervolgopleidingen, *TOKIO Traject en Model*, 2018

Vervolg casus 'AIOS-reductie'

Grafiek 4: Aantal eerste polikliniekbezoeken, vervolg polikliniekbezoeken, verpleegdagen en dagverpleging



Bovenstaande grafiek laat zien dat de productie van dit specialisme in de periode 2015 tot en met 2017 stabiel is. De afdeling is tevreden met de gekozen oplossing.

Een belemmering die naar voren komt in twee groepsinterviews heeft betrekking op de inzet van PA's en VS-en in verhouding tot ANIOS. In de interviews werd aangegeven dat opleidingsziekenhuizen werken met ANIOS om te kijken of er geschikte kandidaten bij zitten om in opleiding tot medisch specialist te gaan. Als de PA of VS werkzaamheden van ANIOS overneemt, is deze manier van selectie niet mogelijk. Ook wordt veel waarde gehecht aan diversiteit van werkzaamheden voor AIOS. Dit kan zowel positief als negatief beïnvloed worden door de inzet van PA en VS.

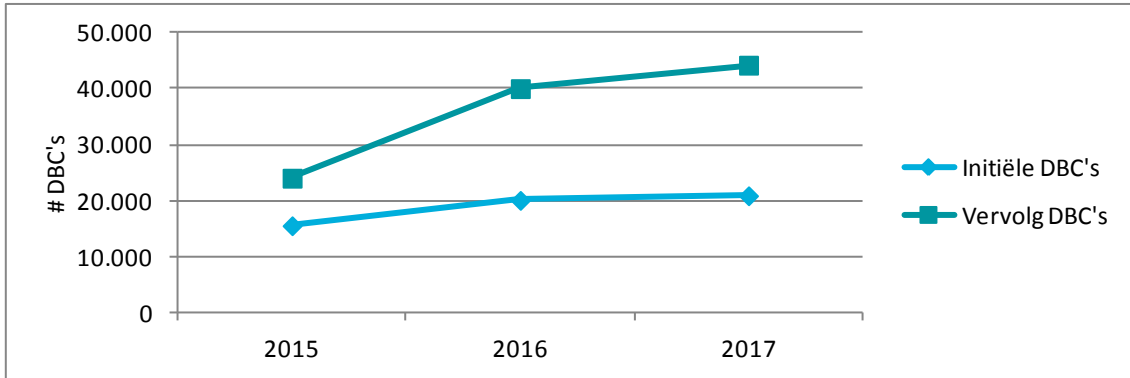
4.2 Productie en registratie

De productie van een ziekenhuis bestaat uit zorgactiviteiten die binnen DBC-zorgtrajecten vallen. Voorbeelden van zorgactiviteiten zijn polikliniekbezoeken, verpleegdagen en verrichtingen. Openen van DBC's en registratie van zorgactiviteiten op naam is belangrijk, omdat op de manier inzichtelijk is wat PA's en VS-en doen. In de vorige onderzoeken werden nog vrijwel geen DBC's op naam van PA en VS geopend. Dit is inmiddels verbeterd. Verder kwam in 2014 in het onderzoek naar voren dat de inzet van PA's en VS-en zeer gebrekkig zichtbaar is in de gehanteerde ziekenhuissystemen. In het onderzoek dat gepubliceerd is in 2016, is een stijging van registratie van consulten geconstateerd. Deze stijging zet door. Ook de registratie van verrichtingen is verder verbeterd. Hiermee is de zichtbaarheid van de inzet van PA en VS vergroot. Op basis van de registratie en de interviews is het aandeel van PA en VS in de totale productie geanalyseerd. Dit aandeel is groeiend. Ook volgen voorbeelden van inzet op patiëntengroepniveau en worden de bevindingen op het sturen van productie gedeeld. Onderstaande paragrafen geven de ontwikkeling in de periode 2015 tot en met 2017 weer.

4.2.1 DBC's

In vier van de vijf ziekenhuizen is het voor de PA en VS mogelijk om DBC's op naam te openen. In deze ziekenhuizen is de registratie van DBC's geopend op naam van de PA of VS gestegen tussen 2015 en 2017. Het openen van initiële DBC's is met 34% gestegen in drie jaar. Het aantal vervolg DBC's is met 10% gestegen in 2017 ten opzichte van 2016. Ook van 2015 naar 2016 is een stijging in vervolg DBC's op naam zichtbaar. Deze stijging wordt beïnvloed door de looptijdverkorting in 2015 en daarom is dit niet als exact percentage uit te drukken. In onderstaande grafiek zijn de stijgingen zichtbaar.

Grafiek 5: Aantal DBC's geopend op naam van PA en VS, totaal van vier ziekenhuizen



In het eerste onderzoek (enquête uitgezet in 2014) gaven respectievelijk 58% en 69% van de PA's en VS-en aan dat men niet zelfstandig DBC's opent. Dit is fors verminderd. Uit de enquête van dit onderzoek blijkt dat 23% van de PA's en 37% van de VS-en geen DBC's op naam opent.

In de interviews komt naar voren dat op de meeste plekken DBC's op naam worden geopend. In twaalf van de achttien onderzochte afdelingen staan DBC's op naam van PA en/of VS. Bij één afdeling, de Intensive Care, is dit niet van toepassing. Bij de helft van de afdelingen worden (ook) nog DBC's geopend door de PA of VS op naam van de medisch specialist. Over het algemeen kan gesteld worden dat de registratie verder verbeterd is, maar dat soms onwetendheid en/of onduidelijkheid over registratie in systemen bestaat. Het openen van DBC's op naam van PA en VS is om verschillende redenen nog steeds niet volledig. In zes van de negentien groepsinterviews komt naar voren dat zowel bij managers als bij zorgprofessionals niet duidelijk is of de registratie van DBC's op naam plaatsvindt. Enerzijds ligt dit aan de complexiteit van systemen (zorgadministratie en elektronisch patiëntendossier). Anderzijds gaat het vaak over technische keuzes die gemaakt zijn door het ziekenhuis, die niet duidelijk zijn bij gebruikers. Naar voren is gekomen dat VS-en en PA's op naam van de medisch specialist openen of dat registraties aangepast of gecorrigeerd worden door secretariaten of zorgadministratie. Redenen hiervoor zijn vaak onbekend bij de geïnterviewden of worden niet gedeeld. Op enkele afdelingen waar niet op naam geregistreerd wordt is de bewuste keuze gemaakt dat de medisch specialist altijd hoofdbehandelaar is en de DBC's daarom op naam van de medisch specialist staan.

Casus 'geen DBC-registratie op naam'

In de groepsinterviews is gevraagd of PA en VS op naam registreren en vervolgens is de data-analyse besproken. In twee van de vier interviews in één ziekenhuis gaf de PA of VS aan dat de DBC op eigen naam staat. Bij de data-opvraag kwam naar voren dat er geen DBC's op naam van PA en VS aangeleverd konden worden, dit is besproken in de groepsinterviews. De verklaringen die hiervoor gegeven worden zijn dat het technisch niet mogelijk is of dat het secretariaat de DBC's corrigeert. De zorgprofessionals zijn hiervan niet goed op de hoogte.

Het betreffende ziekenhuis gaat overstappen naar een nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD). In de interviews is gevraagd of het in het nieuwe systeem mogelijk is om op naam te registreren. De antwoorden hierop waren wisselend. Volgens de één kan het wel, volgens de ander niet. Niemand kon aangeven wat de motivatie is voor het wel of niet op naam registreren in het nieuwe systeem.

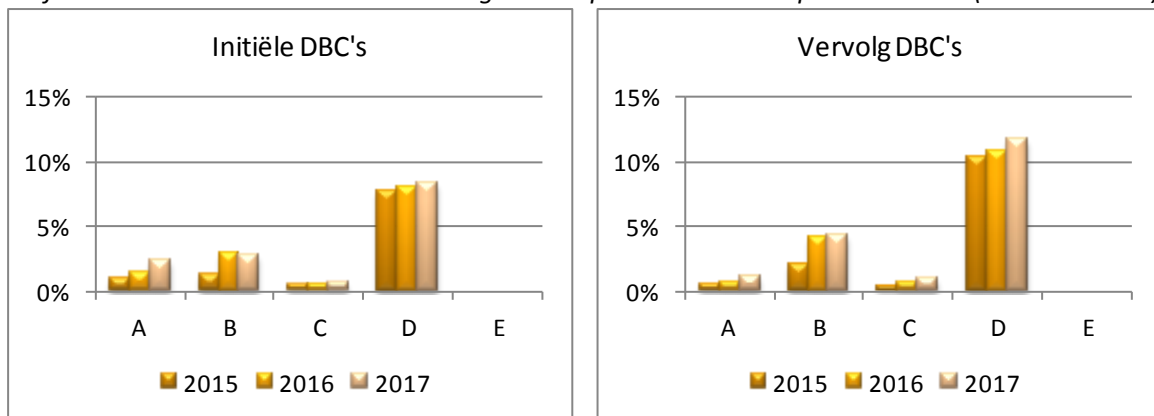
Een andere oorzaak die we in de praktijk zien is dat DBC's niet op naam van de uitvoerder, maar bijvoorbeeld op de naam van degene die triageert komen te staan (al dan niet een PA of VS). In de klankbordgroep is daarnaast naar voren gekomen dat een belangrijke reden voor MSB's om PA en VS niet op naam te laten registreren is dat productie op naam van PA en VS niet meegenomen wordt in het prestatie-model voor inkomstenverdeling van Logex. Medisch specialisten willen hierdoor niet het

risico lopen om inkomen te verliezen. Uit de interviews met financieel experts van de ziekenhuizen blijkt echter dat de productie op naam van PA of VS wel aangeleverd wordt voor het verdeelmodel en de benchmark. Ook Logex bevestigt dat productie op naam van PA en VS altijd meegenomen wordt in het model. Terughoudendheid van medisch specialisten om deze reden is dan ook ongegrond.

Zowel de productie als het aantal FTE medisch specialisten, artsen, PA's en VS-en wordt meegenomen in het verdeelmodel en de benchmark. Eén FTE PA of VS wordt hierin voor 0,15 FTE meegenomen. Voor de verdeling van het totale honorarium binnen een MSB is het niet relevant hoe deze verhouding is. De vakgroep ontvangt namelijk een honorariumdeel op basis van productie, efficiency en kwaliteit. Voor de landelijke benchmark is de verhouding wel belangrijk, omdat productie met FTE's vergeleken wordt. Tot en met 2016 werd het aantal FTE PA en VS niet meegenomen in deze benchmark. ANIOS worden bijvoorbeeld voor 0,2 FTE meegenomen. Een werkgroep van de FMS heeft advies uitgebracht voor de nieuwe uitgangspunten voor het Logex model en dit is gehonoreerd. Er is gekozen om PA en VS voor 0,15 mee te rekenen in de benchmark, omdat zij in verhouding tot een medisch specialist ongeveer 15% van de productie uitvoeren. Dat PA en VS nu in dit model meegenomen worden is een erkenning van de productie die zij doen. Het percentage van 15% is tot stand gekomen op basis van inschattingen van de werkgroep en analyses van Logex.

Ondanks de hierboven genoemde belemmeringen is een duidelijke verbetering in registratie zichtbaar. Op basis van de registratie is het aandeel van de PA en VS in de totale productie onderzocht.

Grafiek 6 en 7: Aandeel initiële en vervolg DBC's op naam PA en VS per ziekenhuis (A tot en met E)



In de grafieken hierboven is het aandeel van DBC's geopend op naam van PA en VS ten opzichte van het totaal aantal DBC's weergegeven. Dit is weergegeven voor zowel initiële DBC's als vervolg DBC's. Voor de vijf ziekenhuizen is dit gestegen van 3% naar 4% (2015 ten opzichte van 2017). Ondanks dat het aantal DBC's dat op naam van de PA of VS geopend is gestegen is en ook het aandeel DBC's op naam van PA en VS ten opzichte van totaal, is de totale productie van de onderzochte ziekenhuizen niet gestegen. De totale productie van ziekenhuizen stijgt niet doordat budgetten vooraf zijn vastgesteld of meerjarenafspraken gemaakt zijn.

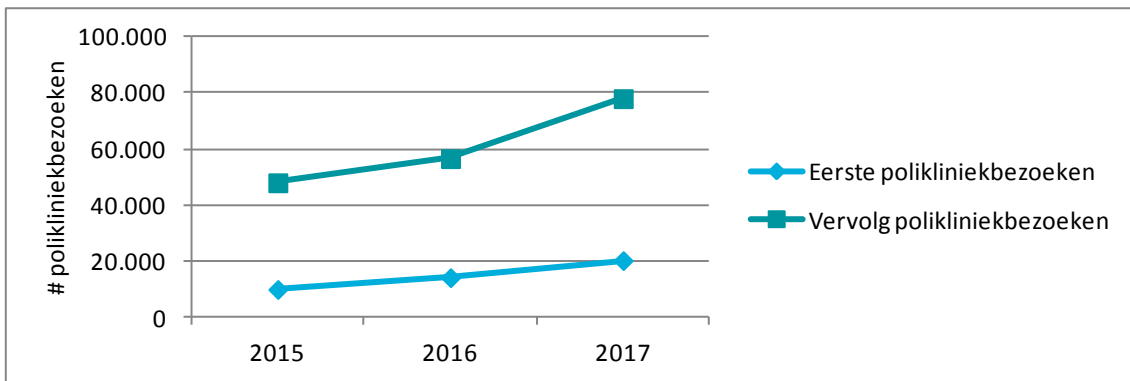
Absoluut gezien wordt meer op naam van VS geregistreerd dan op naam van PA. Per FTE is het aantal ook hoger voor VS dan voor PA. Verpleegkundig specialisten hebben dus een grotere bijdrage aan het totaal aantal DBC's dan PA's. Door één ziekenhuis is de registratie niet gespecificeerd naar PA dan wel VS. Op afdelingsniveau varieert het aandeel van PA en VS in DBC's van 0% tot 19%.

4.2.2 Polikliniekbezoeken

Veel PA's en VS-en zijn werkzaam op de polikliniek. Bij 56% van de geïnterviewde afdelingen waar PA's werkzaam zijn werken zij volledig op de polikliniek en bij 71% van de afdelingen met VS-en zijn zij volledig werkzaam op de polikliniek. Daarnaast werkt bij 33% van de afdelingen de PA zowel op de polikliniek als op de kliniek en bij 21% van de afdelingen werkt de VS op beide werkplekken.

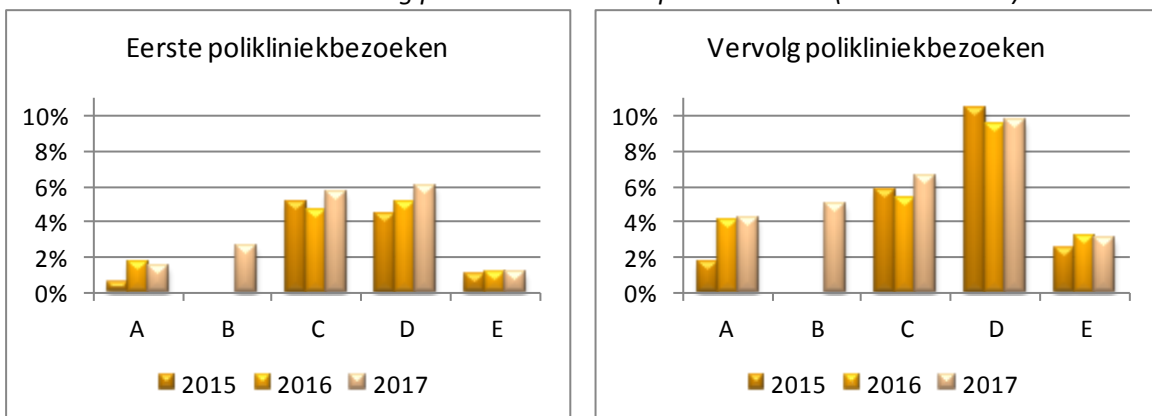
In alle onderzochte ziekenhuizen kunnen de PA en VS zorgactiviteiten (zoals polikliniekbezoeken) op naam registreren. In het vorige onderzoek was dit in twee van de vijf ziekenhuizen technisch niet mogelijk. In de onderzochte ziekenhuizen is de registratie van eerste polikliniekbezoeken op naam van PA en VS tussen 2015 en 2017 met 104% gestegen. Voor vervolg polikliniekbezoeken is dit 63%.

Grafiek 8: Aantal eerste en vervolg polikliniekbezoeken geregistreerd door PA en VS, totaal van vijf ziekenhuizen



In de grafiek hierboven is de stijging van de polikliniekbezoeken op naam van PA en VS zichtbaar in aantallen. De eerste polikliniekbezoeken zijn relatief harder gestegen, maar absoluut gezien minder dan het aantal vervolg polikliniekbezoeken. Van alle eerste polikliniekbezoeken in de vijf ziekenhuizen wordt in 2017 3% geregistreerd op naam van PA en VS. In 2015 was dit 1%. Voor de vervolg polikliniekbezoeken is dit gestegen van 3% naar 5% in dezelfde periode.

Grafiek 9 en 10: Percentage eerste en vervolg polikliniekbezoeken op naam van PA en VS ten opzichte van totaal aantal eerste en vervolg polikliniekbezoeken per ziekenhuis (A tot en met E)

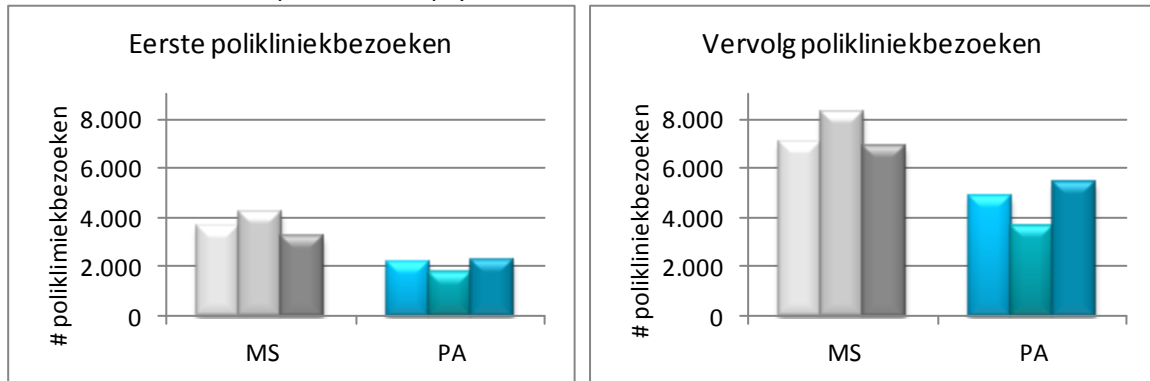


In de interviews komt naar voren dat het aantal polikliniekbezoeken in de registratie redelijk overeen komt met de werkelijkheid. Tevens is het aandeel van de PA en VS voor betrokkenen herkenbaar. De stijging van het aandeel van PA en VS in polikliniekbezoeken wordt verklaard door meer inzet ten behoeve van productie en stijging in formatie. In de interviews komt ook naar voren dat PA en VS, in tegenstelling tot een arts, vaak geen spreekuurondersteuning van doktersassistenten krijgen. Aangegeven wordt dat de verwachting is dat meer productie gedraaid kan worden -in de vorm van polikliniekbezoeken- als spreekuurondersteuning voor PA en VS wordt geregeld.

Casus 'inzet PA's op polikliniek'

Bij een specialisme in een algemeen ziekenhuis worden PA's in grote mate ingezet, zij leveren daarom ook een grote bijdrage aan de productie. De aanleiding hiervoor is doelmatigheid en verkorten van wachttijden. Er zijn op deze afdeling 2,4 FTE medisch specialisten en twee afgestudeerde PA's werkzaam. Zij werken voornamelijk op de polikliniek.

Grafiek 11 en 12: Aantal eerste polikliniekbezoeken en vervolg polikliniekbezoeken uitgevoerd door medisch specialisten en physician assistants in 2015, 2016 en 2017



In grafiek 11 en 12 is zichtbaar hoeveel polikliniekbezoeken uitgevoerd worden door medisch specialisten in 2015, 2016 en 2017 en hoeveel polikliniekbezoeken uitgevoerd zijn door een PA. In 2017 is 41% van de eerste en 44% van de vervolg polikliniekbezoeken uitgevoerd door de PA's. Het resultaat van de inzet van PA is dat de zorg goedkoper is geworden. Dit is verwerkt in de DBC-prijzen. De lagere prijzen hadden niet gerealiseerd kunnen worden zonder PA's.

Naast polikliniekbezoeken worden ook andere verrichtingen op naam geregistreerd. In één ziekenhuis was het niet mogelijk om dit uit de systemen te halen. Bij ongeveer de helft van de afdelingen is de verrichtingenregistratie betrouwbaar op basis van validatie in de groepsinterviews. In de ziekenhuizen waar de verrichtingenregistratie niet als zodanig herkenbaar was, stonden de zorgactiviteiten niet op de juiste naam.

Quote manager: "Hoe komen jullie aan deze data? Wij kunnen dit zelf niet inzien. Wat interessant!"

Voor bijna alle betrokken afdelingen was het niet mogelijk om zelf, op eenvoudige wijze, de verrichtingenregistratie op naam terug te zien. Hierdoor blijft potentie om te sturen op productie onbenut.

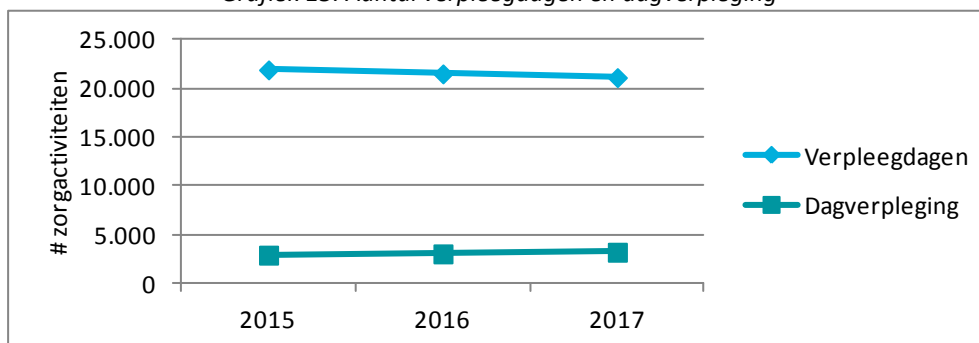
4.2.3 Kliniek

Werkzaamheden als 'zaalarts' zijn niet zichtbaar in de productie, maar leveren uiteindelijk wel een groot aandeel in productie. De belangrijkste motivatie om een PA of VS in te zetten als zaalarts in plaats van een AIOS of ANIOS is continuïteit. Een bijkomend voordeel is dat de PA of VS in de kliniek kan bijdragen aan het verhogen van het niveau van de verpleegkundigen. Dat dit niet in productie zichtbaar is, belemmert de inzet niet. De PA of VS heeft in de kliniek doorgaans dezelfde taken als de AIOS of ANIOS. De PA of VS gaat niet standaard na een paar maanden of paar jaar weg, daardoor kan hij/zij meer kennis opbouwen en zorgen voor meer continuïteit en kwaliteit in de kliniek.

Casus 'inzet PA op kliniek'

Op een chirurgische verpleegafdeling in een topklinisch ziekenhuis zijn een aantal PA's werkzaam. Zij zijn verantwoordelijk voor het begeleiden van peri-operatieve zorg. Gekozen is om hier PA's in te zetten in verband met continuïteit en kwaliteit. Eerst werd de rol van zaalarts ingevuld door AIOS. Nu worden zij veel minder ingezet als zaalarts, waardoor de AIOS ruimte krijgt voor andere taken en ontwikkeling. Zowel de medici (die bijdragen aan de loonkosten van de PA en niet aan de kosten van AIOS) als de verpleegkundigen zijn zeer tevreden met de inzet van PA's op de kliniek.

Grafiek 13: Aantal verpleegdagen en dagverpleging



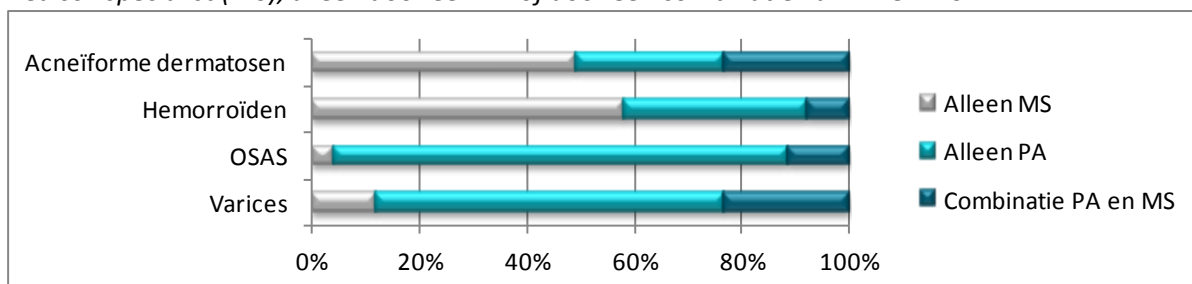
In de grafiek hierboven is de ontwikkeling van het aantal verpleegdagen en dagverpleging zichtbaar. De productie is stabiel. Verpleegdagen worden nooit geregistreerd op naam van de uitvoerder. De PA's hebben wel een grote rol in dit declareerbare product.

4.2.4 Inzet PA en VS per patiëntengroep

PA's en VS-en worden vaak ingezet op een bepaald aandachtsgebied. Hierbij zijn verschillende mogelijkheden in inzet. Per patiëntengroep is onderzocht hoeveel procent van de patiënten behandeld worden door alleen de medisch specialist, alleen de PA of VS of een combinatie van VS of PA en medisch specialist. Het betreft niet (de mate van) supervisie. Als het gaat om een combinatie van zorgverleners, betekent dit niet per definitie dat zij tegelijkertijd de patiënt zien. Gekeken is naar alle contacten van de patiënt. De scenario's zijn uitgesplitst voor PA en VS, omdat hier een verschillend beeld zichtbaar is. Ook uit eerder onderzoek blijkt dat de PA en VS ieder een eigen profiel hebben¹².

Voor de PA's is te zien dat zij soms een gehele patiëntengroep of een deel van de patiëntengroep zelfstandig behandelen. Dit betreffen vaak relatief eenvoudige aandoeningen. In onderstaande grafiek is de verdeling voor vier patiëntengroepen weergegeven.

Grafiek 14: Per patiëntengroep het percentage patiënten dat behandeld wordt alleen door een medisch specialist (MS), alleen door een PA of door een combinatie van PA en MS.



¹² Laurant M., A. v. Vugt, *Profielen Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist in de praktijk, Convergeren of divergeren?*, 2018

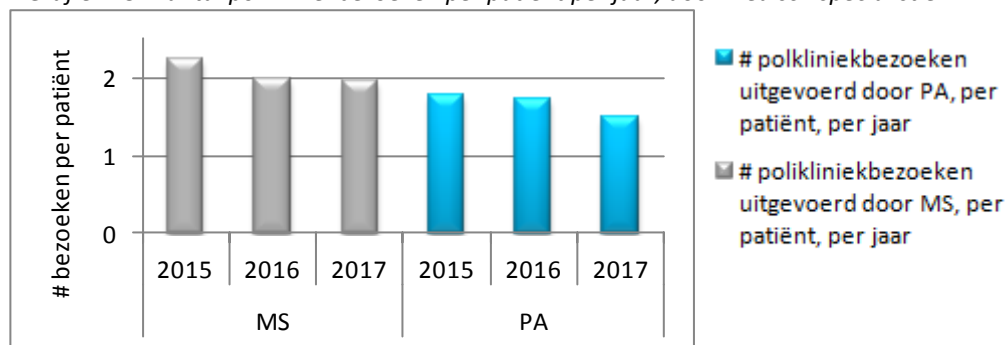
De volgende twee scenario's zijn te onderscheiden:

1. de gehele patiëntengroep wordt behandeld door de PA. Alleen bij ziekte of afwezigheid van de PA neemt een medisch specialist deze taken over. De inzet van een PA bij patiënten met obstructief slaap apneu syndroom (OSAS) of varices zijn hiervan voorbeelden;
2. ongeveer 30% van de patiëntengroep wordt behandeld door de PA, bijvoorbeeld een bepaald type patiënten of de eenvoudige patiënten. Hiervoor zijn acneïforme dermatosen en hemorroiden voorbeelden.

Casus 'inzet PA voor een bepaalde patiëntengroep'

Een voorbeeld van scenario 1 bij de PA: op een onderzochte afdeling zijn vijf PA's werkzaam. Zij worden voornamelijk ingezet op de kliniek. Om de PA meer uitdaging en afwisseling te bieden hebben alle PA's een eigen aandachtsgebied gekregen. Eén van de PA's heeft zich gericht op patiënten met hemorroiden. De PA volgt een deel van deze patiënten op de kliniek en vervolgens op de polikliniek. Deze patiënten werden op de polikliniek voorheen gezien door de AIOS.

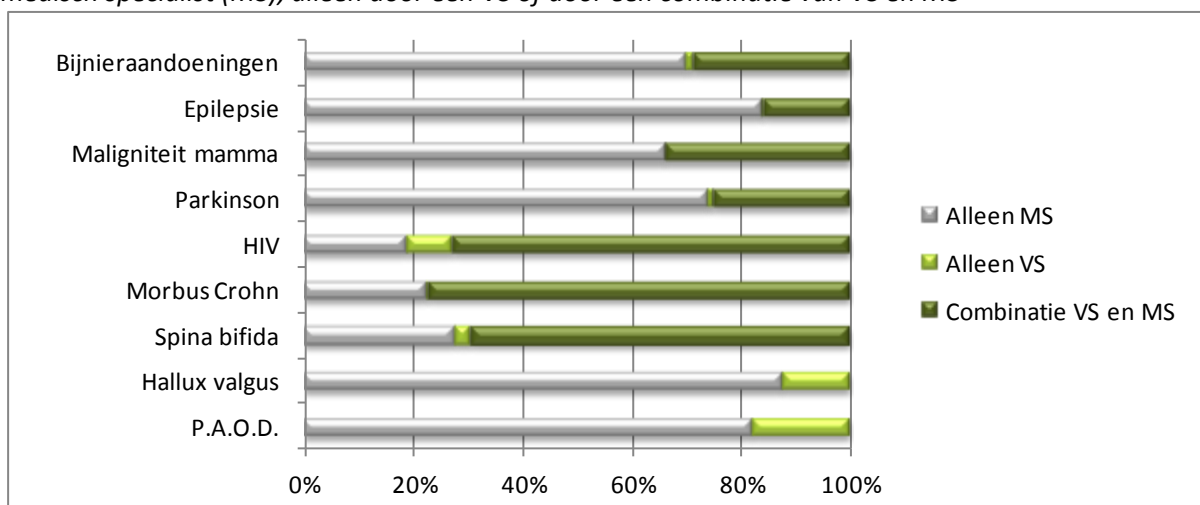
Grafiek 15: Aantal polikliniekbezoeken per patiënt per jaar, door medisch specialist en PA



Door het leveren van de zorg op deze manier is het aantal consulten per patiënt teruggebracht. Dit is zichtbaar in bovenstaande grafiek.

Bij de onderzochte afdelingen behandelt de VS doorgaans minder patiënten zonder betrokkenheid van de medisch specialist. In onderstaande grafiek worden op dezelfde manier als voor de PA de verdeling bij een aantal patiëntengroepen weergegeven.

Grafiek 16: Per patiëntengroep het percentage patiënten dat behandeld wordt alleen door een medisch specialist (MS), alleen door een VS of door een combinatie van VS en MS



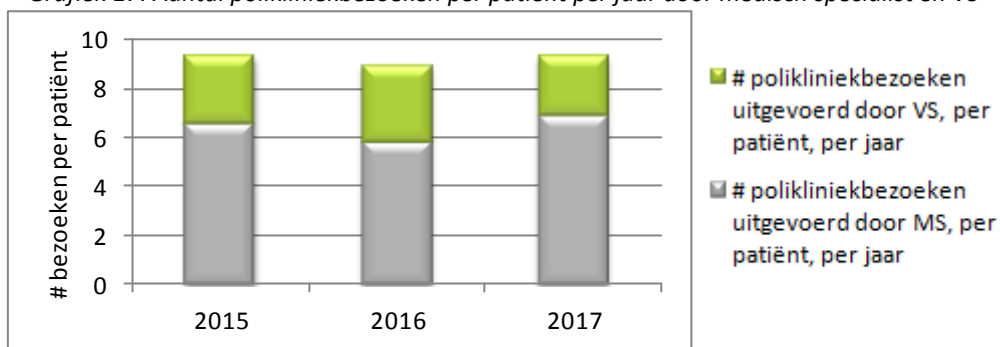
Er zijn drie scenario's te onderscheiden:

1. circa de helft van de patiëntengroep wordt behandeld door medisch specialisten. Complexe patiënten of een bepaald type patiënten worden zowel door een medisch specialist als door een VS behandeld. De VS doet bijvoorbeeld het follow-up traject. Voorbeelden zijn patiënten met parkinson, maligniteit mamma en bijnieraandoeningen;
2. ongeveer 20% van een bepaalde patiëntengroep wordt behandeld door de medisch specialist. De rest van de groep, bijvoorbeeld complexe chronische patiënten, worden door zowel de medisch specialist als de VS behandeld. Voorbeelden zijn patiënten met humaan immunodeficiëntie (HIV), morbus crohn en spina bifida;
3. ongeveer 20% van een patiëntengroep wordt door de VS behandeld. De rest wordt door de medisch specialist behandeld. Voorbeelden zijn hallux valgus en peripheral arterial occlusive disease (P.A.O.D.). Voor de behandeling van P.A.O.D.-patiënten is de taakverdeling nog suboptimaal en heeft de afdeling aangegeven de rol van de VS te willen vergroten. Er blijft altijd betrokkenheid van de medisch specialist, onder andere voor de operatie.

Casus 'inzet VS voor bepaalde patiëntengroep'

Een voorbeeld van scenario 1 bij de VS: een VS behandelt oncologische patiënten die chemotherapie krijgen en/of uitzaaiingen hebben. Dat is ongeveer 20% van de patiëntengroep. De internist is de hoofdbehandelaar en voert het eerste consult uit. In onderstaande grafieken is zichtbaar dat de medisch specialist iedere patiënt met uitzaaiingen en/of chemotherapie ongeveer zes keer per jaar ziet en de VS twee tot drie keer per jaar.

Grafiek 17: Aantal polikliniekbezoeken per patiënt per jaar door medisch specialist en VS



De consulttijd per patiënt die de medisch specialist heeft (20 minuten) is korter dan de tijd die de VS heeft (30 minuten). Hierdoor heeft de VS tijd voor psychosociale zorg. Ook al duren de consulten van de VS langer, de kostprijs per consult is lager vanwege de lagere loonkosten.

4.2.5 Sturen op productie

Uit het onderzoek in 2014 is naar voren gekomen dat de belangrijkste motivatie voor de inzet van PA en VS verhogen van de kwaliteit van zorg is. In het huidige onderzoek komt kwaliteit nog steeds als belangrijke reden terug. Daarnaast worden ook meer financiële motivaties benoemd, zoals vervangen van andere functionarissen om gelijk te blijven in productie of het opvangen van productiegroei. Dat is tevens aanleiding voor afdelingen om te sturen op de productie van PA en VS.

In de enquête geeft 18% van de respondenten aan dat er gestuurd wordt op de productie van de PA en VS. Bij 68% van de respondenten gebeurt dit niet en bij 14% is dit onbekend. In de interviews is dit aan de orde geweest. Veel managers sturen op de totale productie van de afdeling en niet op productie per medewerker. Vaak wordt een verdeling van tijd afgesproken tussen patiëntenzorg en andere werkzaamheden. Op die manier wordt op het rooster van de PA en VS gestuurd.

4.3 Visie en positionering

De financiële effecten van de inzet van PA en VS worden steeds meer zichtbaar in formatie, registratie en productie. Er zijn wel randvoorwaarden om dit te realiseren, zo moet bijvoorbeeld de financiële basis goed zijn om effecten te creëren. In het vorige onderzoek (2016) is naar voren gekomen dat Medisch Specialistisch Bedrijven, ziekenhuizen en afdelingen beter ingericht kunnen worden op taakherschikking. Het beleid en de positionering sluit niet altijd aan op de praktijk. Dit is niet op alle punten verbeterd waardoor taakherschikking deels onbenut blijft. Wel zijn een aantal belemmeringen opgeheven en zijn door de verdere implementatie nieuwe belangrijke onderwerpen aan het licht gekomen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de huidige financiële situatie. Positionering, contractering, ziekenhuisbeleid, business cases, kostprijzen, verdeling van loonkosten en inschaling komen aan de orde.

4.3.1 Positionering beroepsgroepen

In de interviews komt naar voren dat het de wens is van de beroepsgroepen PA en VS om zich formeler te positioneren in de ziekenhuizen. Hiermee willen zij een goede gesprekspartner worden voor Raad van Bestuur (RvB) en medisch specialisten. Op dit moment is dat nog niet altijd het geval, omdat PA's en VS-en doorgaans een kleine groep zijn in ziekenhuizen. De organisatiegraad en positionering van de functiegroepen PA en VS in de ziekenhuizen loopt sterk uiteen. Over het algemeen is zichtbaar dat de groep VS-en beter georganiseerd is dan de groep PA's. Per ziekenhuis is de positionering van deze beroepsgroepen als volgt:

- ziekenhuis A: gezamenlijke klankbordgroep PA en VS;
- ziekenhuis B en C: VS apart gepositioneerd binnen de Verpleegkundige Adviesraad (VAR), PA apart gepositioneerd als onofficieel orgaan;
- ziekenhuis D: VS apart gepositioneerd als onofficieel orgaan, PA apart gepositioneerd als onofficieel orgaan;
- ziekenhuis E: geen georganiseerde groepen, PA en VS kunnen lid worden van de VAR.

Op afdelingen is de groep PA en VS doorgaans ook in de minderheid, waardoor zij bijvoorbeeld aansluiten bij het team artsen of verpleegkundigen. Dit wordt minder als belemmering ervaren dan de ziekenhuisbrede positionering.

Casus positionering VS op een afdeling

Op een afdeling zijn circa 13 FTE verpleegkundig specialisten werkzaam. Zij zijn een eigen team op de afdeling. De formatie artsen is van vergelijkbare omvang. De medisch specialisten hebben behoefte aan één aanspreekpunt voor het team, net zoals dat georganiseerd is voor de medici. De afdeling is daarom bezig met het inrichten van een dagelijks bestuur voor de verpleegkundig specialisten.

4.3.2 Contractering

De geïnterviewden ervaren minder belemmeringen op het gebied van afwijzen van verwijzingen. In het vorige onderzoek kwam als belangrijke belemmering naar voren dat zorgverzekeraars verwijzingen en machtigingen van PA of VS niet accepteren. Een gevolg hiervan was dat PA en VS geen DBC's openen op hun eigen naam, omdat de verwijzing of machtiging dan ook automatisch op hun naam kwam. Inmiddels zijn er verbeteringen doorgevoerd op het gebied van accepteren van verwijzingen en machtigingen door PA of VS. Als een PA of VS een patiënt verwijst, wordt de DBC die op basis van deze verwijzing geopend wordt, geaccepteerd door de zorgverzekeraars. De beroepsverenigingen van PA en VS geven aan dat nog niet alle verwijzingen worden geaccepteerd. Er zijn nog problemen met verwijzingen naar psychiatrie, psychologische ondersteuning en voor medische hulpmiddelen.

Als (nieuwe) belemmering komt de declaratie van een intercollegiaal consult (ICC) en medebehandeling naar voren. Dit wordt per 1 januari 2019 in de beleidsregel aangepast door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zodat het declareren van medebehandeling en een ICC ook mogelijk wordt voor PA en VS.

Ziekenhuizen en zorgverzekeraars bespreken de inzet van PA en VS niet. Ook in de vorige onderzoeken gaven alle ziekenhuizen aan dat in de onderhandelingen met zorgverzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking of de inzet van de PA of VS. Verkooprijzen worden ook niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA of VS. Dit beeld is niet substantieel veranderd ten opzichte van het vorige onderzoek. Verkooprijzen worden gebaseerd op kostprijzen, die niet gespecificeerd zijn voor PA en VS, zie paragraaf 4.3.5. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars voeren wel het gesprek over doelmatigheid in het algemeen. Taakherschikking is hierbij geen belangrijk thema. Het is aan de ziekenhuizen zelf hoe ze de reductie van kosten realiseren. Eén onderzochte afdeling heeft de verkooprijzen kunnen verlagen door de inzet van PA's (zie voorbeeld casus inzet PA's op pagina 19). In het hoofdlijnenakkoord 2018 wordt taakherschikking wel benoemd. De opleidingsinspanningen voor PA en VS komen naar voren¹³.

4.3.3 Ziekenhuisbeleid

De onderzochte ziekenhuizen hebben veelal een visie op de inzet van de PA en VS, maar deze is niet omgezet naar ziekenhuisbreed beleid. Alle onderzochte ziekenhuizen beschikken over algemene, ziekenhuisbrede functiebeschrijvingen voor PA en VS. Deze functiebeschrijvingen beschrijven eenduidig de rol van de PA en VS en omvatten een vaste inschaling voor de beroepsgroepen. Sommige afdelingen hebben specifieke functiebeschrijvingen voor de PA of VS werkzaam op hun afdeling. Naast de functiebeschrijvingen is in weinig ziekenhuizen ziekenhuisbreed beleid over de inzet van PA en VS. In de interviews komt naar voren dat daar wel behoefte aan is. Het instellen van een functie PA of VS wordt veelal decentraal geïnitieerd door medici. Het uiteindelijk besluit tot aanname wordt gezamenlijk genomen door medici en management, HR neemt hier geen of een kleine rol in. Functiebeschrijvingen worden niet gebruikt om te bepalen welke functionaris (PA of VS) het beste op een bepaalde plek past. Op dertien van de negentien onderzochte afdelingen is geen bewuste keuze gemaakt om een PA of een VS in te zetten. Soms is gegroeid hoe de inzet van deze beroepsgroepen is, onder andere doordat de opleiding VS langer bestaat. Ook spelen persoonlijke wensen of vooropleiding een rol bij het inzetten van een PA of VS. Zes afdelingen kiezen wel bewust voor het werven van een PA of VS door de verschillen in de opleiding.

De communicatie over de functies en bevoegdheden van PA en VS vanuit de ziekenhuizen is minimaal. Bij vijf van de negentien betrokken afdelingen is onduidelijkheid over het onderscheid tussen de functie PA en VS en het onderscheid met andere beroepen, zoals ziekenhuisartsen, gespecialiseerd verpleegkundigen, ANIOS en AIOS. Ook weten een aantal respondenten niet exact wat de (wettelijke) bevoegdheden zijn van PA en VS. Dit wordt als belemmering ervaren. Een voorbeeld hierbij is dat onderzoeksaanvragen voor het lab afgekeurd worden, omdat deze aangevraagd zijn door een PA of VS. Terwijl zij hier wettelijk wel bevoegd toe zijn. Onduidelijkheid en onbekendheid met de functies en bevoegdheden bij medisch specialisten komt in 8% van de enquêtes naar voren als belemmering.

4.3.4 Business cases

In de enquête wordt door 30% van de respondenten aangegeven dat de PA en VS ingezet worden voor het verlagen van de totale zorgkosten, de interviews laten een vergelijkbaar beeld zien. In de interviews komt tevens naar voren dat meer mogelijkheden gezien worden om PA en VS in te zetten voor het verlagen van de totale zorgkosten. Enerzijds doordat een 'goedkopere' functionaris taken

¹³ Rijksoverheid, *Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 tot en met 2022*, 2018

over neemt van een medisch specialist met een hoger uurtarief. Anderzijds wordt aangegeven dat de zorgkosten verlagen doordat PA en VS een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit, denk aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten bij problemen. Voor beide situaties erkennen de geïnterviewden het belang om van tevoren goed na te denken over de inzet van PA en VS. Als niet goed nagedacht wordt over de inzet van PA of VS zien geïnterviewden het risico dat dit leidt tot extra zorgkosten. Bijvoorbeeld doordat meer aanbod ook meer vraag kan creëren.

In het vorige onderzoek is naar voren gekomen dat er bij het aannameproces beperkt business cases gemaakt worden voor de inzet van PA of VS. Toentertijd werd in twee ziekenhuizen aangegeven dat de verwachting was dat ze dit in de toekomst (meer) zouden gaan doen. Dit blijkt nog niet het geval. Op dit moment worden nog steeds weinig business cases gemaakt voor het besluit tot aanname van een PA of VS. Als aanname van een nieuwe functionaris niet binnen de begroting past, wordt onderbouwd waarom de functionaris nodig is. Dit is vaak een inhoudelijke onderbouwing. Af en toe komen er financiële motivaties naar voren, maar de onderzochte afdelingen maken geen vergelijking van kosten en opbrengsten. De redenen die hiervoor genoemd worden zijn als volgt:

- het maken van business cases bij het aannemen van nieuwe medewerkers is geen standaard werkwijze;
- bij aanname van een PA of VS in opleiding krijgen ziekenhuizen subsidie gedurende de opleiding;
- medewerkers stromen door vanuit bestaande posities en daardoor is er geen sprake van nieuwe formatie.

4.3.5 Kostprijzen

Ziekenhuizen moeten kostprijzen verplicht aanleveren aan de NZa. Ziekenhuizen hanteren wegingsfactoren om aan verrichtingen kosten toe te kunnen rekenen, bijvoorbeeld salariskosten. Er zijn drie basisgegevens die ten grondslag liggen aan kostprijzen: kosten, geregistreerde volumes van verrichtingen en de directe en indirecte taken. De kosten worden aan de betreffende verrichtingen toegerekend op basis van een verdichtingsmethodiek en wegingsfactoren. Ziekenhuizen kunnen ook kostprijzen vaststellen op het niveau van zorgactiviteiten of DBC's. In het vorige onderzoek kwam naar voren dat kostprijzen ieder jaar geüpdate worden. De kostprijzen zijn altijd gebaseerd op het voorgaande jaar. Ten tijde van het vorige onderzoek waren de kostprijzen gebaseerd op het jaar 2014. De beleidswijzigingen waren daarom nog niet meegenomen in de kostprijsberekening. Dit zou pas vanaf halverwege 2016 zichtbaar worden.

De ziekenhuizen hebben de interne kostprijsystematiek niet optimaal ingericht op taakherschikking. In de onderzochte ziekenhuizen wordt beperkt gebruik gemaakt van mogelijkheden in de kostprijsystematiek voor het specifiek toerekenen van kosten van PA of VS naar verrichtingen. Op dit gebied is geen verandering zichtbaar ten opzichte van het vorige onderzoek. De onderzochte ziekenhuizen maken vrijwel geen onderscheid tussen kostprijzen voor zorgactiviteiten uitgevoerd door een PA of VS ten opzichte van zorgactiviteiten uitgevoerd door een medisch specialist. Dit wil zeggen dat in de gebruikte systematiek de kostprijs voor een zorgactiviteit uitgevoerd door een PA of VS gelijk is aan de kostprijs voor dezelfde zorgactiviteit uitgevoerd door een medisch specialist. In één ziekenhuis is er de mogelijkheid om aparte kostprijzen voor de verschillende beroepsgroepen te maken en heeft dit ziekenhuis interesse om dit te gaan doen.

Een ander resultaat is dat ziekenhuizen kostprijzen slechts in geringe mate gebruiken als stuurinformatie. Uit het onderzoek blijkt dat medisch managers op afdelingen de kostprijzen weinig gebruiken bij het maken van keuzes. Alleen een aantal tactisch managers of financiële afdelingen gebruiken kostprijzen voor berekeningen en business cases. Geen van de geïnterviewden gebruikt de kostprijzen om beslissingen op het gebied van taakherschikking te maken.

4.3.6 Verdeling loonkosten

Verdeling van loonkosten is een actueel onderwerp en wordt wisselend ingericht. Op het gebied van de verdeling van de loonkosten tussen het ziekenhuis en het MSB is discussie zichtbaar en verandering ten opzichte van het vorige onderzoek. In vier van de vijf ziekenhuizen is verdeling van loonkosten aan de orde in verband met vrijgevestigde medisch specialisten. De afspraken over het percentage dat medisch specialisten betalen aan de loonkosten van de PA en VS zijn wisselend. Vaak is het percentage dat het MSB bijdraagt aan de loonkosten voor de PA hoger dan voor de VS. Hierdoor zijn bepaalde functionarissen aangesteld op basis van financiële motieven.

Quote medisch specialist ziekenhuis A: *“Voorheen werden er meer verpleegkundig specialisten aangenomen, vanwege de financiële angel. Het was voor het MSB goedkoper om een verpleegkundig specialist aan te nemen.”*

Tabel 2: Percentage betaling loonkosten PA en VS door MSB in ziekenhuis A tot en met E

% betaling door MSB	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B	Ziekenhuis C	Ziekenhuis D	Ziekenhuis E
Loonkosten PA	Voorheen 100 %, sinds kort 25%	0% - 50% - 100 %	Verschildt per afdeling, voorkeur 100 %	70 % - 100%	n.v.t.
Loonkosten VS	Voorheen 15%, sinds kort ook 25%	0 % - 50 %	Verschildt per afdeling, voorkeur 30-40 %	30 %	n.v.t.

In de tabel hierboven is per ziekenhuis zichtbaar welke afspraken gemaakt zijn over het percentage dat het MSB meebetahlt aan de loonkosten van PA's en VS-en. De afspraken variëren binnen het ziekenhuis per vakgroep. De bijdrage van medisch specialisten aan de loonkosten van een VS varieert van 0% tot 50%. De bijdrage voor de inzet van een PA varieert van 0% tot 100%. Deze percentages zijn het resultaat van een onderhandeling tussen MSB en RvB. In ziekenhuis E zijn alle medisch specialisten in loondienst, waardoor verdeling van loonkosten niet van toepassing is.

In twee interviews wordt aangegeven dat de discussie over de betaling van loonkosten van PA en VS een belemmering is bij het aannemen van een functionaris. Ook wordt de financiering van PA en VS in de enquête door 9% van de respondenten genoemd als belemmering. Veel ziekenhuizen zijn op dit moment bezig met ontwikkeling op dit vlak. Drie van de ziekenhuizen hebben recent ziekenhuisbrede afspraken gemaakt of zijn bezig met het maken hiervan. Zij spreken een vast percentage af wat medisch specialisten bijdragen aan de loonkosten van de PA en VS. Het risico is dat deze afspraak niet overeenkomt met de daadwerkelijke inzet en bijdrage aan de productie door de PA en VS.

4.3.7 Inschaling

Verpleegkundig specialisten zijn ingeschaald in functiewaardering FWG 55 of 60 of UMC schaal 10 in de onderzochte ziekenhuizen. Physician assistants zijn gelijk of hoger ingeschaald: in FWG 60 of UMC schaal 10 of 11. Er is onrust over inschaling in twee van de deelnemende ziekenhuizen. In één ziekenhuis gaat dit over beide beroepsgroepen die hogere salariëring willen. In het andere ziekenhuis gaat het met name over de PA's die een hogere inschaling wensen. Het salaris wordt onder andere vergeleken met het salaris van een ANIOS. ANIOS zijn hoger ingeschaald dan PA en VS en hebben doorgaans minder ervaring. Tevens heeft één ziekenhuis deelname aan het onderzoek afgewezen in verband met onrust over de inschaling. De beroepsgroepen PA en VS pleiten voor een hoger salaris. In de andere betrokken ziekenhuizen is dit niet aan de orde.

5 Conclusies

Dit onderzoek gaat over de financiële effecten van de inzet van PA en VS in de ziekenhuiszorg. Er worden conclusies getrokken op het gebied van kosten en opbrengsten, de financiële situatie en de belemmeringen en bevorderingen.

Ontwikkeling van kosten en opbrengsten

De eerste doelstelling is het in kaart brengen van de ontwikkeling van kosten en opbrengsten. Daarvoor is de formatie-, registratie- en productieontwikkeling onderzocht. De formatie PA's en VS-en stijgt met 11%, maar de formatie artsen stijgt ook in geringe mate (4%). Er worden meer DBC's en zorgactiviteiten op naam van PA en VS geopend en geregistreerd en daarmee is de inzet op productie beter zichtbaar. PA's en VS-en worden vaker bewust ingezet op productie dan in 2015. Het aandeel van PA en VS in de totale DBC-productie is gestegen naar 4% in 2017. De totale productie van ziekenhuizen blijft stabiel en hiermee ook de totale opbrengsten van de ziekenhuizen. Er kan geconcludeerd worden dat de inzet van PA en VS niet leidt tot extra productie en daarmee niet tot extra maatschappelijke kosten. De inzet van PA en VS leidt echter wel tot extra formatie. In de onderzochte ziekenhuizen lukt het niet om formatie PA's en VS-en in te zetten in plaats van formatie medisch specialisten. Dit leidt tot verhoogde personeelskosten, die de ziekenhuizen opvangen binnen hun budgetplafond.

De huidige financiële situatie

De tweede doelstelling van het onderzoek is om de huidige financiële situatie in kaart te brengen. Mogelijkheden om de PA en VS een bijdrage te laten leveren aan het betaalbaar en duurzaam inrichten van de gezondheidszorg zijn aanwezig. Geconcludeerd kan worden dat de inzet van de PA en VS hier op twee manieren aan bijdraagt. Enerzijds doordat een 'goedkopere' functionaris taken over neemt van een functionaris met een hoger uurtarief. Anderzijds kunnen de zorgkosten verlagen doordat PA's en VS-en een bijdrage leveren aan het verbeteren van kwaliteit. Denk hierbij aan minder heropnames en een laagdrempelig aanspreekpunt voor patiënten bij problemen. De financiële onderbouwing van de inzet van de PA en VS is echter nog niet optimaal. Er worden weinig business cases gemaakt voor de inzet van PA en VS. Ook is er weinig sturing op productie. Taakherschikking is profijtelijk, echter het voordeel wordt in de onderzochte ziekenhuizen niet in financiën uitgedrukt. De effecten op financiën zijn groter bij weldoordacht beleid dan bij een meer toevallige of organische introductie. De wisselwerking tussen Raden van Bestuur en medici kan hieraan bijdragen. Doordat MSB's ondernemerschap tonen, maken zij vaker een afweging op financiële gronden. Het kan de ontwikkeling echter ook tegenwerken, omdat beide partijen andere financiële belangen hebben. Daarnaast zorgt het ontbreken van afspraken of het niet goed onderbouwen van keuzes met betrekking tot loonkostenverdeling of inschaling voor onrust. De Raden van Bestuur kunnen door ziekenhuisbrede afspraken invloed uitoefenen op de inzet van VS en PA en kunnen een optimale financiële onderbouwing ook stimuleren.

Belemmeringen en bevorderingen

De derde doelstelling is het in kaart brengen van belemmeringen en bevorderingen voor de inzet van PA en VS. Belangrijke belemmeringen die naar voren komen in het onderzoek zijn de arbeidsmarktkrapte en de bezuinigingen en de beperkte groeimogelijkheden in ziekenhuizen qua formatie en productie. Aan de andere kant stimuleert dat ook om op een juiste manier met mensen en middelen om te gaan, wat taakherschikking kan bevorderen. Daarnaast draagt de inzet van PA en VS bij aan het verlagen van de (ervaren) werkdruk van medisch specialisten. Veranderingen in de opleiding tot medisch specialist bevorderen taakherschikking. Hierdoor wordt kritisch gekeken naar productie en taakherschikking is een veelgenoemde oplossing. Een andere belemmering is de organisatorische positie; de groepen PA en VS zijn in de minderheid binnen ziekenhuizen en geen formele gesprekspartner van de RvB en de medische staf. De discussie over de verdeling van

loonkosten tussen het ziekenhuis en het MSB belemmert de inzet. Tevens is er weinig ziekenhuisbreed beleid en centrale communicatie in ziekenhuizen over de functies PA en VS en de bijbehorende bevoegdheden, dat kan de inzet van de beroepsgroepen in de praktijk belemmeren. Op afdelingen waar weldoordacht gekozen is voor een PA óf VS is de toegevoegde waarde helder. Er is een duidelijk onderscheid gevonden in de manier waarop PA en VS ingezet worden. Onwetendheid en onduidelijkheid over registratie en weinig inzicht in data vormen nog steeds belemmeringen. Daardoor is de meerwaarde van de PA en VS op het gebied van financiën niet altijd helder.

6 Aanbevelingen

Per veldpartij zijn aan de hand van de resultaten aanbevelingen geformuleerd.

6.1 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Zorg dat taakherschikking geagendeerd blijft

De aanbeveling is om de resultaten van dit onderzoek te delen en te relateren aan het beleid, het hoofdlijnenakkoord en nieuwe verzoeken. Het Ministerie van VWS blijft de dialoog voeren over taakherschikking met onder andere zorgverzekeraars, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Naast agenderen is en blijft heldere en consistente informatie vanuit het Ministerie van VWS belangrijk.

6.2 Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Stimuleer transparantie in registratie

Voor het vergroten van de zichtbaarheid van de inzet van PA en VS is het van belang dat registratie van DBC's en zorgactiviteiten op naam gebeurt. De bijdrage van verschillende beroepsgroepen wordt op deze manier inzichtelijk.

Geef meer helderheid over de regelgeving

Er moet zo min mogelijk ruimte zijn voor interpretatie door ziekenhuizen en zorgverzekeraars in de regelgeving. Hierdoor worden misverstanden of verkeerde interpretaties voorkomen, bijvoorbeeld op het gebied van verwijzingen.

6.3 Zorgverzekeraars

Agendeer taakherschikking in onderhandelingen

In de onderhandelingen kunnen zorgverzekeraars ziekenhuizen adviseren om PA's of VS-en in te zetten in plaats van medisch specialisten in onderdelen van het zorgproces om de efficiëntie in de zorg te vergroten. Op die manier kunnen zij de ontwikkeling en groei over de jaren heen ook monitoren. Net als in het vorige onderzoek, is taakherschikking nog steeds een onderwerp dat (te) weinig aandacht krijgt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Zorg voor juiste benoeming van taakherschikking van PA en VS in de contracten

Taakherschikking dient opgenomen te worden in de ziekenhuiscontracten. De afspraken moeten voor iedereen helder zijn en nageleefd worden. Dit geldt ook voor het voorbeeld van het accepteren van verwijzingen door PA en VS.

6.4 Beroepsverenigingen voor VS en PA: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA)

Informeer de beroepsgroepen over registratie- en productieregels in ziekenhuizen

Onduidelijkheid en onwetendheid bij PA en VS over registratie en productie kan verminderd worden door informatieverstrekking. Op die manier kan bevorderd worden dat PA en VS registreren en/of melden dat systemen niet geschikt zijn voor registratie op naam bij de leiding van de afdeling of de RvB van het ziekenhuis. Het is belangrijk dat iedereen op de hoogte is van de bevoegdheden van de PA en VS.

Geef uitgangspunten voor functieomschrijving en inschaling

Door heldere uitgangspunten voor de functieomschrijving en inschaling wordt onrust bij de groepen PA en VS voorkomen.

Zorg dat goede voorbeelden op het gebied van positionering en inzet gedeeld worden

Goede voorbeelden op het gebied van positionering van de beroepsgroepen in de ziekenhuizen kunnen gedeeld worden. Ook voorbeelden van inzet van PA en VS kunnen ziekenhuizen en PA en VS zelf helpen bij het vergroten van de meerwaarde van de inzet.

6.5 Federatie Medisch Specialisten (FMS)

Informeer de beroepsgroep over de wettelijke bevoegdheden van PA en VS

Onduidelijkheid en onwetendheid over het registreren en openen van zorgactiviteiten en DBC's door PA en VS moet weggenomen worden bij medisch specialisten. PA en VS zijn wettelijk bevoegd om dit te doen. Als medisch specialisten volledig op de hoogte zijn van de bevoegdheden van PA en VS wordt inzet op de juiste manier gestimuleerd.

Geef MSB's een handreiking hoe om te gaan met de loonkostenverdeling

Goede voorbeelden op het gebied van het verdelen van loonkosten kunnen MSB's helpen in onderhandelingen met Raden van Bestuur hierover. Het is wenselijk dat deze onderhandelingen over de daadwerkelijke inzet in productie gaan.

Zorg ervoor dat het verdeelmodel dat MSB's gebruiken voor de verdeling van het honorarium geen incentives bevat die taakherschikking tegenwerken

Alle productie, ook die op naam van PA of VS, wordt meegenomen in de benchmark en het verdeelmodel, bijvoorbeeld van Logex. Ook de formatie PA en VS (in verhouding) moet meegenomen worden in de benchmark. Zorg ervoor dat MSB's goed op de hoogte zijn van de werking van het verdeelmodel en dit allemaal op dezelfde manier toepassen. Op deze manier ontstaan in de praktijk geen belemmeringen voor taakherschikking bij toepassing van een dergelijk model. Bij een doelmatige inzet van PA en VS zorgt het verdeelmodel zelfs voor incentives die taakherschikking kunnen stimuleren.

Zorg dat goede voorbeelden van de inzet van PA en VS gedeeld worden

Duurzame inzet van PA en VS kan gestimuleerd worden door medisch specialisten te informeren over wat taakherschikking kan opleveren op kwalitatief en financieel gebied. Ook is het waardevol om te laten zien wat de inzet van PA en VS kan bieden op het gebied van werkdrukverlaging van medisch specialisten.

6.6 Ziekenhuizen

Zorg voor een goede financiële onderbouwing van de inzet van PA en VS

Een goede financiële onderbouwing kan gemaakt worden door middel van een business case. De business case gaat over kosten en opbrengsten en wordt gemaakt voordat een PA of VS aangenomen wordt. Kostprijzen kunnen helpen bij het maken van een business case. De toolbox in bijlage 1 kan hiervoor gebruikt worden.

Maak ziekenhuisbreed beleid over optimale inzet van PA en VS

In het vorige rapport is ook aanbevolen om gerichte afspraken te maken binnen ziekenhuizen over de inzet van PA en VS. Dit geldt nog steeds: de visie op taakherschikking moet omgezet worden in beleid. Daarmee worden afdelingen ondersteund bij het implementeren van de functies.

Expliciteer het onderscheid tussen een PA en VS en de bijbehorende rol en taken

Het is belangrijk dat er een bewuste keuze wordt gemaakt voor een PA of een VS op basis van de opleiding, rol en werkzaamheden. Het is niet toekomstbestendig om vacatures voor PA of VS uit te zetten voor één functie. Het zijn beginnende beroepsgroepen die nog gevormd moeten worden. Dit is het moment om dat goed neer te zetten en belemmeringen, zoals onrust over inschaling, te voorkomen.

Breng de beroepsgroepen PA en VS in de gelegenheid om zichzelf neer te zetten als serieuze gesprekspartner

De groepen PA en VS moeten een eigenstandige positie krijgen binnen het ziekenhuis, bij voorkeur apart van elkaar. De groepen krijgen op die manier de mogelijkheid om als serieuze gesprekspartner het gesprek aan te gaan met de medische staf en Raad van Bestuur van het ziekenhuis.

Organisatiecultuur en een hiërarchische positionering in relatie tot de medische staf en ziekenhuisorganisatie kunnen hierbij helpen.

Maak samen met MSB's heldere afspraken over de inzet van PA en VS

Eenduidige, transparante afspraken zorgen ervoor dat de inzet en het potentieel van deze twee groepen maximaal benut kan worden. Benchmarks kunnen gebruikt worden om te komen tot ratio's voor een goede onderbouwing van de inzet van PA en VS.

Zorg voor transparante registratie

Het is belangrijk dat registratie van zorgactiviteiten altijd op naam van de uitvoerder staat. Door registratie op naam van de daadwerkelijke uitvoerder wordt inzichtelijk wie wat doet. Daarnaast moet deze registratie inzichtelijk zijn voor de zorgprofessionals en afdelingsleiding. Het faciliteren van een goed inzicht helpt bij het gebruiken van stuurinformatie. Ook kostprijzen kunnen gebruikt worden als interne stuurinformatie.

Heb aandacht voor de implementatie van de functies PA en VS in de ziekenhuizen

Het inzetten van een nieuwe beroepsgroep is een langdurig proces. Iedere nieuwe stap in het implementatieproces vraagt om een zorgvuldige aanpak. Het is en moet benaderd worden als een veranderproces met een expliciete rol voor leidinggevendenden, HR en financiën.

6.7 Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

Stimuleer de ziekenhuizen tot het optimaal inzetten van taakherschikking

Het is belangrijk dat de NFU en NVZ aandachten hebben voor de implementatie van de nieuwe beroepsgroepen PA en VS. Het inzetten van een nieuwe beroepsgroep is een langdurig proces. Dit is een veranderproces en moet stap voor stap ondersteund worden door de overkoepelende organisaties. Daarvoor kunnen de aanbevelingen die aan de ziekenhuizen gegeven worden in paragraaf 6.6 gebruikt worden.

7 Bijlagen

Bijlage 1: Toolbox voor inzet PA en VS

pagina 33

Bijlage 2: Samenvattingen eerste en tweede onderzoek

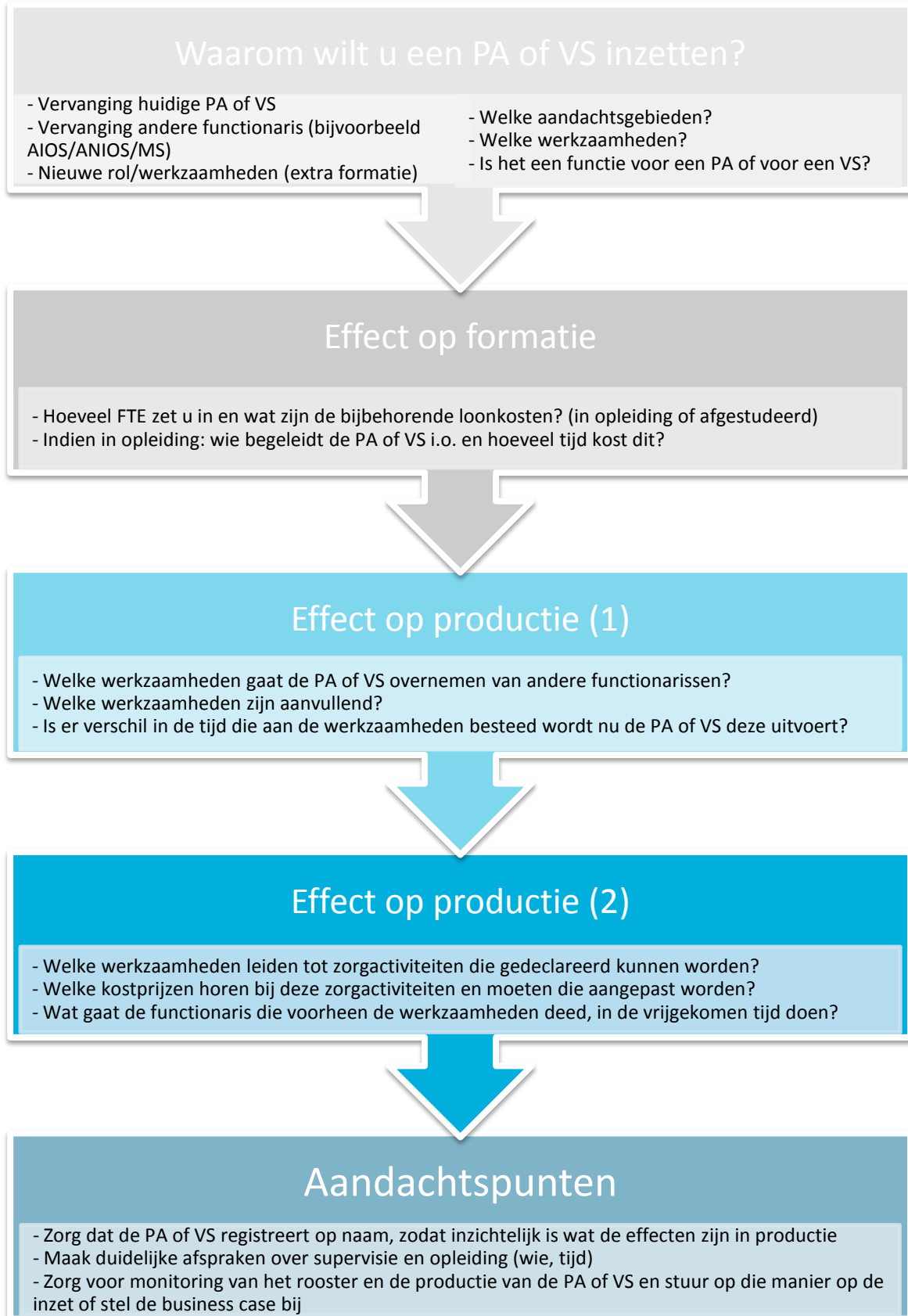
pagina 34

Bijlage 3: Vragenlijsten

pagina 38

Bijlage 1: Toolbox voor inzet PA en VS

Deze toolbox kan door ziekenhuizen gebruikt worden bij (de overweging van) het aannemen van een PA of VS. Onderstaande vragen helpen bij het maken van een business case.



Bijlage 2: Samenvattingen eerste en tweede onderzoek

Samenvatting eerste onderzoek (Taakherschikking & kostprijzen, 2014)

In juni 2013 startte het Radboudumc in opdracht van het Ministerie van VWS het onderzoek 'taakherschikking en kostprijzen'. Het doel was tweeledig: ten eerste de relatie tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijsvaststelling van DBC's in kaart te brengen en ten tweede in het verlengde daarvan de hieruit voortkomende belemmeringen voor de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants te inventariseren.

Het onderzoek

Er is een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd waarbij zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie is verzameld. Er zijn 108 interviews afgenomen bij verpleegkundig specialisten, physician assistants, medisch specialisten en bedrijfsleiders in de 4 deelnemende ziekenhuizen. Het gaat om 3 topklinische ziekenhuizen en 1 academisch ziekenhuis. Daarnaast zijn kostprijgegevens opgevraagd op verrichtingenniveau om de relatie te leggen tussen de taakherschikkingspraktijk en de kostprijvaststelling. In totaal waren bij het onderzoek 32 verpleegkundig specialisten en 19 physician assistants betrokken die bij 15 verschillende specialismen werkzaam zijn.

Resultaten onderzoek

Voor de analyse is een *toolbox* ontwikkeld, die het aandeel taakherschikking in de kostprijzen zichtbaar maakt. Geconstateerd is dat zowel de VS als PA zeer gevarieerd worden ingezet. Deze variatie wordt niet zozeer verklaard door het aantal jaren dat men is afgestudeerd, als wel door de eigen professionele ontwikkeling, het zelfvertrouwen, het specialisme waarin men is opgeleid en het vertrouwen van de medisch specialist in de kwaliteit van de zorg die VS en/of PA levert.

Beide groepen voeren veel taken uit die niet geregistreerd worden of buiten de registreerbare verrichtingen vallen (57%). De physician assistant voert meer harschikte taken uit en wordt op grond van de bredere kennisbasis meer algemeen ingezet (in de functie van zaalarts). De verpleegkundig specialist wordt vaker binnen een specialisme in een keten ingezet en verleent daar meer additionele zorg. Veel additionele zorg kenmerkt zich door de informatievoorziening naar patiënten en het voldoen aan de groeiende informatiebehoefte van wetenschappelijke beroepsverenigingen.

Conclusies onderzoek

Dit onderzoek toont aan dat de inzet van PA en VS in het gehanteerde systeem van verrichtingenstelsel en kostprijsmethodieken zeer gebrekkig zichtbaar is. Daardoor is het vrijwel onmogelijk om betrouwbare *business cases* voor de doelmatigheid van die inzet te maken. Er is bovendien vastgesteld dat het financiële systeem en landelijke wetgeving in ziekenhuizen diverse belemmeringen voor taakherschikking opwerpt. De belangrijkste zijn: het face to face criterium bij het registreren van een eerste consult, het gebrek aan transparantie in de kostprijs en verrichtingensystematiek en het feit dat VS/PA niet zelfstandig DBC's kunnen openen. Tenslotte is door middel van een sensitiviteitsanalyse vastgesteld dat de effecten van taakherschikking beperkt zichtbaar zijn in de momenteel gehanteerde kostprijsystematieken. *Integrale prijsvorming 2015* zal een aantal belemmeringen wegnemen. Tegelijkertijd creëert deze ook een nieuwe belemmering omdat zij binnen ziekenhuizen onzekerheid oproept over de financiering. Sentimenten rondom honorariuminkomsten en overheidsmaatregelen kunnen het enthousiasme voor taakherschikking temperen.

Samenvatting tweede onderzoek (De praktijk van taakherschikking, 2016)

Inleiding

Sinds 2012 mogen de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS) een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren. In 2015 zijn maatregelen getroffen om belemmeringen rondom taakherschikking in de bekostiging weg te nemen. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil hiermee het doelmatiger organiseren van de zorg stimuleren. Dit onderzoek is een vervolg op de aanbevelingen van het eerdere onderzoek 'Taakherschikking en kostprijzen' (2014). Vanuit deze aanbevelingen formuleerden we de volgende drie onderzoeksdoelen: (1) het verder ontwikkelen van hulpmiddelen voor ziekenhuizen om taakherschikking inzichtelijk te maken; (2) het verbeteren van de informatievoorziening en kennis binnen ziekenhuizen rondom taakherschikking en kostprijzen en tenslotte (3) inzicht krijgen in de effecten van de integrale bekostiging en beleidsregelwijzigingen op de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten binnen ziekenhuizen. Dit rapport is vooral gericht op de bevindingen rondom de effecten van de beleidsregelwijzigingen. Op grond van onze bevindingen bij de doelen 1 en 2 is geconcludeerd dat een volledige hermeting (nog) niet uitgevoerd kon worden. Daarom is ervoor gekozen om op basis van de reeds beschikbare gegevens (de op naam geregistreerde consulten) zichtbaar te maken.

Methode

Met behulp van de ontwikkelde methode 'de driehoek van taakherschikking' zijn gegevens geïnventariseerd (data opgevraagd en interviews gehouden). Deze methode is gericht op het in kaart brengen van taakherschikking op de deelgebieden kwaliteit, toegankelijkheid, patiëntervaring en kosten. Deze effecten van taakherschikking zijn op de praktijksituatie bij de 7 businesscases in kaart gebracht en geanalyseerd. Voor de hermeting is een data-analyse en een aanvullende diepteanalyse uitgevoerd. Vervolgens is een kwalitatieve enquête uitgevoerd onder VS, PA, Medisch Specialisten (MS) en Managers bij vier ziekenhuizen. De verkregen data zijn voorgelegd aan de zorgprofessionals en data-specialisten van de betrokken afdelingen evenals de bevindingen. Aan de hand van de reacties zijn conclusies getrokken.

Resultaten

In de eerste plaats bleek een hermeting op basis van de beperkte gegevens uit 2015 niet mogelijk. De huidige registraties (2015) zijn nog onvoldoende doorgevoerd om een volledig beeld te geven en daarnaast zijn kostprijzen bij de deelnemende ziekenhuizen met name gebaseerd op gegevens uit 2014. Om deze reden is ervoor gekozen om zichtbaar te maken welke aanpassingen wel zijn doorgevoerd en de bijdrage van de VS en PA zichtbaar te maken. De registraties, uitgesplitst naar MS, VS of PA, worden in toenemende mate door ziekenhuizen aangepast. Met name door het verruimen van het face to face criterium voeren PA en VS naast de controlebezoeken ook eerste polikliniek-bezoeken zelfstandig uit. Per saldo leidt dit tot een stijging van 120% in nieuwe consulten en 128% in herhaalconsulten in 2015 ten opzichte van 2014. Uit diepere analyses blijkt bovendien dat deze stijging niet verklaard wordt door een stijging in zorgconsumptie, maar een gevolg is van een verbeterde registratie. Bij de onderzochte ziekenhuizen zagen de medisch specialisten de patiënt minder vaak in 2015. Met name bij de patiënten die zowel door de medisch specialisten als de PA of VS gezien worden is een daling te zien. Bij de kostprijvaststelling zien we dat een beperkt aantal ziekenhuizen de kosten van de PA/VS specifiek naar verrichtingen toerekent.

Alle ziekenhuizen geven aan dat in de onderhandelingen met verzekeraars niet gesproken wordt over taakherschikking of de inzet van de PA/VS. Verkooprijzen worden niet aangepast naar aanleiding van de inzet van PA/VS.

Sommige zorgverzekeraars keuren (door-)verwijzingen, machtigingen en DBC's geopend door VS/PA af. Verschillende ziekenhuizen ervaren dat als een belemmering bij de inzet van de PA/VS. Bij navraag

is gebleken dat zorgverzekeraars hierover onderling ook verschillende contractafspraken maken. Eén zorgverzekeraar accepteert in het geheel geen verwijzingen van PA en VS, andere zorgverzekeraars juist weer wel. Twee ziekenhuizen geven aan dat dit een reden is om PA/VS niet zelfstandig DBC's te laten openen en verwijzingen uit te laten voeren. Respectievelijk 58% en 69% van de PA en VS geeft aan dat men niet zelfstandig DBC's opent of uitvoert.

De aanpassing van de beleidsregels heeft volgens de Medisch Specialisten, PA en VS een positief effect gehad. Velen vinden dat met deze aanpassingen meer mogelijkheden voor taakherschikking zijn gecreëerd. Een efficiënter werkproces wordt daarbij genoemd als positief effect. Medisch specialisten en VS/PA geven echter ook aan dat er nog steeds belemmeringen zijn. MSB's, ziekenhuizen en afdelingen zouden beter ingericht kunnen worden op taakherschikking. Zij geven aan dat het beleid niet aansluit op de praktijk van taakherschikking. Opvallend is ook dat medisch specialisten aangeven dat de financiële onduidelijkheid in de dagelijkse praktijk tot terughoudendheid over de inzet van de PA/VS bij de medisch specialist leidt.

Conclusies

We concluderen dat taakherschikking meer en zichtbaar(der) is doorgevoerd in 2015 ten opzichte van 2014: ziekenhuizen passen in toenemende mate hun registraties aan en herschikken daadwerkelijk taken zoals nieuwe consulten. Uit verdiepende analyses blijkt bovendien dat de toegenomen productie geen stijging in zorgconsumptie is, maar een gevolg is van verbeterde registratie. Toch zijn er in de praktijk nog steeds belemmeringen die een rol spelen. De afdelingen, MSB's en ziekenhuizen zouden meer en beter ingericht kunnen worden op taakherschikking. We concluderen daarnaast dat ook zorgverzekeraars en ziekenhuizen naast de inhoud van zorg meer en betere afspraken kunnen maken rondom taakherschikking. Contractuele afspraken rondom taakherschikking en afspraken rondom het accepteren van (door-) verwijzingen, machtigingen en DBC's geopend door VS/PA zouden geaccepteerd moeten worden door zorgverzekeraars. Deze wijziging zal leiden tot een groei van het aantal DBC's dat een VS/PA zelfstandig op naam opent. Discussies rondom financiële effecten als gevolg van taakherschikking leiden tot een voorzichtige houding bij de medisch specialist werkzaam in een Medisch specialistisch bedrijf (MSB). Niettemin scoren de activiteiten van VS/PA op alle facetten van de driehoek een hoge meerwaarde (gemiddelde 8). Een belangrijke conclusie luidt dan ook dat betere beleidsafspraken op dit punt tussen MSB en ziekenhuis hierin verbetering kan brengen.

Aanbevelingen

Maak gerichte afspraken over inzet, financiële dekking en positionering van VS en PA

Wij bevelen aan om gerichte afspraken binnen ziekenhuizen te maken over de inzet en positionering van deze beide beroepsgroepen. Naast het takenpakket en de keuze voor ofwel VS ofwel PA, dient ook de organisatorische positie helder te zijn. De verdeling van kosten en baten dient af te hangen van het takenpakket en niet van het soort functionaris: VS of PA. Afdelingen kunnen de effecten van taakherschikking beter sturen wanneer ze vooraf vaststellen welke doelen men wil bereiken op de assen 'kwaliteit', 'toegankelijkheid' en 'kosten'. Om de inzet van deze functionarissen vervolgens constructief te verbeteren dient men de realisatie van deze doelen periodiek te meten en te bespreken. Door registraties op naam of functie te verrichten kunnen de juiste kosten toegewezen worden. Dit vergt in veel gevallen een verbetering van de registratie en monitoring daarvan. De reeds ingezette (interne) registraties moeten daarvoor wel op orde zijn.

Zorg voor transparantie

In veel ziekenhuizen is ervoor gekozen om VS/PA niet zelfstandig DBC's te laten openen en dus niet op naam te laten registreren. Wij adviseren dit juist wel te doen om daarmee ook transparant te zijn over wie wat doet. Wanneer een VS/PA een DBC opent heeft dat beperkt effecten op de hoogte van de kosten vanwege de integrale bekostiging en de hoeveelheid zorgactiviteiten. Naast dat het in sommige gevallen niet mogelijk is om goed te registreren speelt ook een bepaald voorbehoud mee. In

dit onderzoek is wederom aangetoond dat taakherschikking een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg: met taakherschikking kan meer en betere zorg worden geleverd zonder dat dit leidt tot verhoging van zorgconsumptie. Het veld vreest dat de overheid de financiële winst zal incasseren door middel van een extra bezuiniging. Het is daarom belangrijk dat goede en consistente informatie wordt verstrekt en dat VWS de bedoeling van taakherschikking transparant en eenduidig uitdraagt.

Stem het vergoedingenbeleid en zelfstandige verwijzingen ten aanzien van VS/PA centraal af
Tertiaire (door-)verwijzingen aangevraagd door VS/PA worden wisselend geaccepteerd, afhankelijk van de betreffende zorgverzekeraar. In de contractafspraken door instellingen kunnen deze aspecten worden meegenomen en mogelijk onderdeel gaan uitmaken van de inkoopvoorwaarden. Op dit moment is taakherschikking een onderwerp dat te weinig aandacht krijgt in de onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en ziekenhuizen. Oorzaak is veelal dat partijen de effecten van taakherschikking niet goed in kaart kunnen brengen. Afspraken over zorgkwaliteit en de bijdrage van taakherschikking daaraan verhogen de transparantie.

Bijlage 3: Vragenlijsten

Format interview financieel expert

Beleid

- Ziekenhuisbrede visie en beleid m.b.t. inzet PA/VS
- Motivatie voor inzet
- Wijzigingen n.a.v. wetswijzigingen
- Wijzigingen n.a.v andere redenen
- Voor- en nadelen inzet PA/VS
- Belemmeringen inzet PA/VS
- Aannameproces PA/VS
- Mogelijkheden verlagen zorgkosten
- Ontwikkeling AIOS en mogelijke oplossingen voor reductie/verandering opleiding

Financiën

- Ziekenhuisbrede sturing op inzet en bijdrage PA/VS
- MSB of loondienst
- Afspraken tussen ziekenhuis en MSB m.b.t. inzet PA/VS (aansturing, betaling loonkosten en keuze voor aannemen)
- Business cases voor inzet PA/VS
- ANIOS en ziekenhuisarts

Registratie

- Registratie op naam
- Registratie door PA/VS op naam MS
- Wijzigingen sinds 2015
- Betrouwbaarheid en volledigheid registratie

Contracteringsproces

- Rol taakherschikking
- Verwijzingen door PA/VS
- Zorgverzekeraars
- ICC

Kostprijzen en systematiek

- Motivatie voor gekozen systematiek
- Wegingsfactoren/kostendragers/specifieke verrichtingen met betrekking tot PA/VS
- Wijzigingen ten opzichte van 2015, naar aanleiding van nieuwe bevoegdheden PA/VS en integrale bekostiging
- Gebruik kostprijzen (interne doorbelasting, onderhandelingen, benchmarking, business cases)

Bespreken data-analyse

- Ontwikkeling formatie op hoofdlijnen
- Ontwikkeling totale productie
- DBC-registratie op naam PA/VS
- Polikliniekbezoeken, totaal en op naam PA/VS

- Consulten per patiënt
- Verrichtingen
- Kostprijzen
- Verklaring opvallendheden

Format interview HR expert

Beleid

- Ziekenhuisbrede visie beleid m.b.t. taakherschikking
- Ziekenhuisbrede visie beleid m.b.t. inzet PA/VS
- Motivatie voor inzet
- Wijzigingen n.a.v. wetswijzigingen
- Wijzigingen n.a.v andere redenen
- Voor- en nadelen inzet PA/VS
- Belemmeringen inzet PA/VS
- Ziekenhuisbrede sturing op inzet en bijdrage van PA/VS
- Ontwikkeling AIOS en mogelijke oplossingen voor reductie/verandering opleiding
- Organisatie en positionering PA/VS in het ziekenhuis
- Functieomschrijving en inschaling PA en VS
- Belemmeringen
- Afspraken tussen ziekenhuis en MSB m.b.t. inzet PA/VS (aansturing, betaling loonkosten en keuze voor aannemen)

Bespreken data-analyse

- Ontwikkeling totale formatie
- Ontwikkeling formatie medisch specialisten, PA en VS per afdeling
- Ontwikkeling productie op hoofdlijnen
- Verklaring opvallendheden

Format groepsinterview afdeling

Beleid inzet PA/VS

- Motivatie voor inzet:
- Aandachtsgebieden PA/VS
- Mate van zelfstandig werken door PA/VS
- Aannameproces, functieomschrijvingen, gebruik business cases
- Positionering PA/VS
- Mogelijkheden inzet PA/VS voor verlagen totale zorgkosten
- Belemmeringen en bevorderingen voor inzet PA/VS

Beleid: productie en registratie

- Openen en uitvoeren DBC's door PA/VS
- Registratie zorgactiviteiten op naam
- Veranderingen ten opzichte van 2015, naar aanleiding van nieuwe bevoegdheden PA/VS en integrale bekostiging
- Sturing op productie

Bespreken data-analyse

- Ontwikkeling formatie
- Ontwikkeling totale productie
- DBC-registratie op naam PA/VS
- Polikliniekbezoeken, totaal en op naam PA/VS
- Consulten per patiënt
- Verrichtingen
- Kostprijzen

Enquête

Wat is uw functie?

- Physician Assistant (PA)
- Verpleegkundig Specialist (VS)
- Medisch specialist
- Anders, namelijk...

Indien medisch specialist, werkt u samen met een PA of VS?

- PA
- VS
- Beide

In wat voor instelling werkt u?

- Ziekenhuis
- ZBC
- Huisartsenpraktijk
- Anders, namelijk...

Werkt u in loondienst of vrije vestiging?

- Loondienst bij de instelling
- Loondienst bij medisch specialistisch bedrijf
- Vrije vestiging
- Anders, namelijk...

Op wat voor soort afdeling werkt u?

- Snijdend, namelijk...
- Beschouwend, namelijk...
- Ondersteunend, namelijk...
- Anders, namelijk...

Wat is de belangrijkste reden voor het inzetten van een PA of VS op uw afdeling?

Open vraag

In welke mate werkt de PA/VS zelfstandig?

- Geheel zelfstandig (onder supervisie van de medisch specialist)
- Gedeeltelijk zelfstandig (i.s.m. de medisch specialist of andere beroepsbeoefenaren)
- Onder begeleiding van de medisch specialist
- Anders, namelijk...

Worden zorgactiviteiten die zelfstandig uitgevoerd worden door de PA/VS, geregistreerd op naam van PA/VS?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Open ruimte voor toelichting

Opent en registreert de PA/VS zelfstandig DBC's?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Open ruimte voor toelichting

Wordt er gestuurd op de productie die uitgevoerd wordt door de PA/VS? Bv. een norm voor het aantal uit te voeren consulten.

- Ja
- Nee
- Onbekend

Zo ja, hoe wordt gestuurd?

Open vraag

Wordt de PA/VS ingezet voor het verlagen van de totale zorgkosten? Bv. door minder inzetten medisch specialisten, verlagen totaal aantal consulten van patiënten, inzetten E-health.

- Ja
- Nee
- Onbekend

Zo ja, hoe wordt dit gedaan?

Open vraag

Zijn er sinds de aanpassing in de beleidsregel in 2015 zaken veranderd voor de PA/VS?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Zo ja, wat is er veranderd?

- PA/VS opent zelfstandig DBC's
- PA/VS doet andere werkzaamheden
- Kostprijsystematiek is aangepast
- Andere prijsafspraken met verzekeraars
- Anders, namelijk...

Open ruimte voor toelichting

Ervaart u belemmeringen voor de inzet van de PA/VS?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Zo ja, welke belemmeringen?

Open vraag

Heeft u verder nog opmerkingen naar aanleiding van de financiële effecten van het inzetten van de PA of VS?

Open vraag

