



# Monitor Taakherschikking

Physician assistants & Verpleegkundig specialisten  
in de medisch-specialistische zorg



Maart 2019

# Inhoud

<a href="#">Voorwoord</a>	3
<a href="#">Samenvatting</a>	7
<a href="#">Taakherschikking in perspectief</a>	12
<a href="#">Bevindingen</a>	20
<a href="#">Conclusies en aanbevelingen</a>	48

# Voorwoord

# Voorwoord

## Taakherschikking; 'high-way' of 'no-way'?

Inmiddels zijn we ruim 10 jaar verder sinds de invoering van taakherschikking. Wat heeft het de gezondheidszorg opgeleverd in termen van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?

Ik zie taakherschikking steeds prominenter in beeld komen als belangrijk instrument voor het bereiken van de 'juiste zorg op de juiste plek'. Het is, als het goed wordt ingezet, een succesvol instrument voor het leveren van doelmatige en kwalitatief hoge zorg. Dit zie ik terug in diverse onderzoeken, die positieve effecten aantonen in termen van toegankelijkheid, kwaliteit van zorg en patiënttevredenheid.

Op het gebied van betaalbaarheid zie ik tot op heden veel te weinig ontwikkelingen. Taakherschikking moet óók positief bijdragen aan de betaalbaarheid.

Dit is essentieel als we samen de zorg toekomstbestendig willen houden. **Sense of urgency ontbreekt!**

Door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants treedt taakherschikking op. Dit betekent echter niet automatisch dat de zorg hierdoor ook doelmatiger wordt georganiseerd. Taakherschikking moet ervoor zorgen dat kwalitatief hoge zorg tegen lagere kosten geleverd kan worden. Dan kan men spreken van doelmatige zorg. Betaalbaarheid en doelmatigheid liggen in elkaars verlengde.

Op landelijk niveau hebben we ons allen gecommitteerd aan de afspraak om de groei van zorgkosten te remmen. Echter vind ik dat taakherschikking hiervoor nog onvoldoende wordt ingezet. De productieprikkel heeft op instellingsniveau nog teveel invloed.

Ons eerdere [advies](#) onderstreept de urgentie dat de productiegerichte prikkel uit het bekostigingssysteem gehaald moet worden. Wanneer deze prikkel is weggehaald, en we ons richten op uitkomsten, krijgt ook taakherschikking de kans om maximaal bij te dragen aan de betaalbaarheid. De drang om het omzetplafond te vullen, de angst voor inkomstenderving en het 'spel' van inkomenspolitiek mag dit niet de weg staan.

Vooralsnog zie ik een toename in volume, waardoor zorguitgaven alsmaar meer in het gedrang komen. Artsen van wie taken worden overgenomen, gaan vaak niet minder werken en verdienen, maar gaan andere en complexere patiënten behandelen. De inzet van taakherschikkers komt er 'extra' bovenop. Op de langere termijn kan taakherschikking pas leiden tot een daling van de uitgaven als er minder artsen nodig blijken te zijn en dezelfde verrichtingen door taakherschikkers tegen een lager tarief worden uitgevoerd.

Essentieel is een multidisciplinaire benadering bij de raming van toekomstige capaciteit en instroom van artsen.

Hoewel de regelgeving sinds 2015 is aangepast, registreert nog steeds niet iedereen op eigen naam. Wat houdt zorgaanbieders tegen om deze inzet transparant te maken? Ik vind dat elke individuele zorgaanbieder registratie op naam moet toestaan, anders zullen de effecten van taakherschikking nooit volledig inzichtelijk worden. Zorgaanbieders die de inzet wél inzichtelijk hebben, moeten actie ondernemen. Maak financiële businesscases, verwerk het in de kostprijzen en ga het gesprek aan met verzekeraars. Commitment en beleid moet er nu komen.

Wij gaan vanaf nu monitoren dat afspraken omtrent taakherschikking gemaakt worden en dat deze ook contractueel worden vastgelegd. En is dit niet voldoende? Dan wil ik met de sector op zoek naar harde maatregelen; zij het in wet- en regelgeving, in de bekostigingssystematiek en/of landelijke richtlijnen.

We staan nu op een splitsing; nemen we de **'high-way'** en gaan we ons allen nu volledig committeren en (landelijke) afspraken maken, omdat we ervan overtuigd zijn dat taakherschikking een goed instrument is om huidige uitdagingen het hoofd te bieden?

Of wordt het **'no-way'**, en moeten we constateren dat taakherschikking ons zorgstelsel niet de impulsen heeft gebracht welke we voor ogen hadden?

De tijd van pionieren, wennen en aftasten moet nu voorbij zijn.

*Marian Kaljouw*

*Voorzitter Raad van Bestuur*

# Samenvatting

# Samenvatting

**In deze monitor onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de effecten van taakherschikking binnen de medisch-specialistische zorg (msz). Hierbij richten wij ons specifiek op de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant.**

Voor deze monitor zijn vragenlijsten ingevuld door zorgaanbieders en zorgprofessionals. Daarnaast zijn interviews gehouden met meerdere partijen, waaronder zorgverzekeraars.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Het doel van taakherschikking is om doelmatige, kwalitatief goede en toegankelijke zorg te blijven leveren zonder extra kosten. Dit staat benoemd in het [Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg](#) en het rapport van de [Taskforce 'Zorg op de juiste plek'](#).

Taakherschikking kan knelpunten binnen de medisch-specialistische zorg verminderen, zoals arbeidsproblematiek. Ook biedt dit verpleegkundigen en andere paramedici een aantrekkelijke doorgroeimogelijkheid. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars geven aan dat zij taakherschikking zullen ondersteunen en bevorderen.

Om taakherschikking te faciliteren en te bevorderen zijn in de afgelopen jaren binnen de landelijke wet- en regelgeving diverse wijzigingen doorgevoerd. In 2015 hebben de verpleegkundig specialist en physician assistant registratie- en declaratierechten gekregen. Sinds 1 september 2018 hebben beide beroepsgroepen, na een experimenteerfase, permanente zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden behandelingen op grond van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).



In 2018 waren er 3655 verpleegkundig specialisten werkzaam in Nederland. Hiervan werkt ongeveer de helft in de medisch-specialistische zorg. Van de 1200 physician assistants in 2018, was 90% werkzaam in de medisch-specialistische zorg. Het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants groeit.

Dit is een positieve ontwikkeling gezien de stijgende zorgvraag en zorgbehoefte. De verruiming van de wet- en regelgeving heeft positief bijgedragen aan de inzet van de verpleegkundig specialisten en physician assistants. Dit biedt extra onderbouwing om een dergelijke aanpassing ook te overwegen voor andere beroepsgroepen die zorgtaken van de medisch specialist kunnen overnemen.

We zien dat taakherschikking positieve effecten heeft op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De effecten van taakherschikking op betaalbaarheid blijven achter.

De volgende acties dienen doorgevoerd te worden om dit bewerkstelligen;

- **Zorgaanbieders moeten registratie op naam toestaan.** Hoewel de registratie is verbeterd, blijkt volgens onze resultaten 30% nog steeds niet op eigen naam te registreren. Zolang de inzet onvoldoende transparant is, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen onderbouwde (contract) afspraken maken over taakherschikking. Dit beperkt de aanjaagfunctie die zorgverzekeraars moeten vervullen.
- **Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten taakherschikking inzetten als middel voor het verbeteren van de betaalbaarheid van zorg.** Volgens zorgverzekeraars blijkt in de praktijk dat de inzet van taakherschikkers niet zorgt voor lagere kosten. Onderzoek bevestigt dit. Zorgaanbieders nemen de inzet van taakherschikkers weinig tot niet mee in de kostprijs. Ook maakt men geen financiële businesscases om de inzet te onderbouwen.

En waarom inzetten op taakherschikking als we naast kwaliteit en toegankelijkheid ons niet richten op de betaalbaarheid van zorg? Ook hiervoor moet inzet transparant zijn.

- **Taakherschikking moet een structureel onderdeel worden van zorginkoop.** Taakherschikking speelt nauwelijks een rol bij het inkoopproces. Dit moet anders. Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij tijdens de contractering afspraken maken over taakherschikking. Hier zullen wij op toezien via onze jaarlijkse monitor.
- **Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten organisatie-breed beleid maken ten aanzien van taakherschikking.** Het beleid en de cultuur binnen een organisatie is essentieel voor de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant. Men moet openstaan voor taakherschikkers. Dit lijkt nog niet bij iedereen het geval te zijn. Daarnaast ontbreekt bij zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars vaak een organisatie-breed beleid.

Beiden moeten op centraal niveau meer aandacht voor taakherschikking hebben. Hierbij helpt het delen van goede voorbeelden.

Uit [eerder onderzoek](#) naar de effecten van integrale tarieven blijkt dat er meer nodig is dan integrale bekostiging voor het doelmatiger inrichten van de zorg, dichtbij of rondom de patiënt en met de inzet van de juiste mensen. Taakherschikking kan een kansrijk middel zijn voor een meer doelmatige inzet van mensen en middelen, waardoor de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. Dit is ook expliciet als doelstelling opgenomen in de strategische agenda 2018-2020 van de NZa en in het huidige Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.

De eerder genoemde bevindingen zijn echter niet nieuw en werden in eerdere onderzoeken ook al geconstateerd. Commitment en inzet van alle partijen is noodzakelijk om veranderingen teweeg te kunnen brengen.

Evenals verder onderzoek naar (potentiële) taakherschikkende beroepsgroepen, de effecten (betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en risico's (versnippering en fragmentatie) van taakherschikking. In het bijzonder dient er nu aandacht te komen voor de betaalbaarheid. Dit mag niet belemmerd worden door mogelijke productieprikkelers of inkomenspolitiek.

De NZa ziet voor zichzelf een faciliterende en verbindende rol weggelegd. Deze rol gaan we vervullen door partijen met elkaar in gesprek te brengen en waar nodig belemmeringen in de regelgeving weg te nemen. Vanuit een gezamenlijke motivatie willen wij samen met alle partijen de aanbevolen acties nader uitwerken en deze in de praktijk brengen.



# Taakherschikking in perspectief

**Achtergrond**

**Wet- en regelgeving**

**Opleiding en subsidie**

**Aanleiding en opzet monitor**

# Taakherschikking in perspectief

Het beheersen van de zorgkosten zonder in te leveren op kwaliteit en toegankelijkheid is een van de grootste uitdagingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze uitdaging wordt onder andere veroorzaakt door de vergrijzing en een verbetering van behandel-mogelijkheden. Daarnaast zien we ook een trend in de verandering en complexiteit van de zorgvraag. Het aantal patiënten met chronische aandoeningen en co- of multimorbiditeit groeit. Hierdoor hebben burgers steeds vaker zorg nodig uit verschillende zorgsectoren.

De [zorgkosten](#) voor de medisch-specialistische zorg in 2019 worden geraamd op 22,8 miljard. Dit betreft bijna 30% van totale zorguitgaven.

## Achtergrond

Het ministerie van VWS heeft vanwege deze uitdagingen meer dan 10 jaar geleden [ingezet](#) op taakherschikking. [Taakherschikking](#) is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen beroepsgroepen (zie kader volgende bladzijde).

Het wordt [primair ingezet](#) om de zorg doelmatiger in te richten (de juiste zorgverlener op de juiste plek). Zo wordt de kwaliteit, toegankelijkheid, (kosten)effectiviteit en [patiënttevredenheid](#) van de zorg verbeterd. Diverse (paramedische) beroepsgroepen zijn geschikt voor taakherschikking, zoals de verpleegkundig specialist, physician assistant, klinisch technoloog en optometrist.

Recent heeft ook de [Taskforce Zorg op de Juiste Plek](#) taakherschikking als middel beschreven voor een doelmatigere inzet van zorgverleners. Dit kan van toepassing zijn binnen een specialisme of als 'linking pin' tussen verschillende specialismen. Taakherschikking maakt ook deel uit van het huidige [Hoofdlijnenakkoord van de medisch-specialistische zorg](#). Naar aanleiding van dit akkoord hebben partijen besloten zich de komende jaren in te zetten voor de realisatie van minimaal 600 opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Parallel hieraan is het Capaciteitsorgaan, op verzoek van VWS, bezig met een raming van het benodigd aantal physician assistants en verpleegkundig specialisten. Taakherschikking is mogelijk aangezien een medisch specialist niet alle zorgtaken zelf hoeft uit te voeren. Andere zorgprofessionals kunnen eenvoudige zorgtaken (zelfstandig) uitvoeren.

Zij kunnen door het vaak uitvoeren van eenvoudige en routinematige handelingen een hoge kwaliteit aan zorg leveren. Medisch specialisten worden op deze manier '[vrijgespeeld](#)' van laag-complexe zorgvragen. Hierdoor kunnen zij beter inspelen op de veranderende en meer complexe zorgvragen. Daarnaast kan taakherschikking ook sectoroverstijgend plaatsvinden.

Hierdoor levert de juiste zorgverlener de juiste zorg op de juiste plek. Alle partijen moeten gemotiveerd, gecommitteerd en bekend zijn met de mogelijkheden om taakherschikking tot een succes te maken.

**Taakherschikking** is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Zorgtaken die in het verleden alleen door, of onder eind verantwoordelijkheid van, de medisch specialist uitgevoerd werden, worden bij taakherschikking volledig overgedragen aan een andere zorgprofessional, bijvoorbeeld aan een verpleegkundig specialist of een physician assistant. Dit is anders dan taakdelegatie, waarbij taken door een zorgprofessional naar een 'lager gekwalificeerde' professional worden overgedragen. Bij taakdelegatie is er geen sprake van een structurele herverdeling van taken en vindt er geen verschuiving van verantwoordelijkheid plaats.

## Wet- en regelgeving

De afgelopen jaren zijn er binnen de landelijke wet- en regelgeving diverse wijzigingen doorgevoerd. Deze wijzigingen dragen bij aan het doel om de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants te faciliteren en te bevorderen.

Twee belangrijke wijzigingen zijn;

1. De wijziging in de Wet BIG
2. Het toekennen van registratie- en declaratierechten aan de verpleegkundig specialist en physician assistant.

De Wet BIG kent een experimenteerartikel. Dit artikel biedt de mogelijkheid om beroepen voor een periode van vijf jaar tijdelijke bevoegdheid te verlenen tot het zelfstandig uitvoeren van een aantal voorbehouden handelingen. Uit de experimentperiode moet blijken in hoeverre de beroepsgroep dit effectief en efficiënt uitvoert.

Zo bleek uit het [evaluatieonderzoek](#) dat een definitieve toekenning van enkele voorbehouden handelingen aan de verpleegkundig specialist en physician assistant bijdraagt aan een efficiënter zorgproces met de juiste inzet van professionals.

Sinds 1 september 2018 hebben de verpleegkundig specialist en physician assistant een permanente zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van de voorbehouden behandelingen op grond van de Wet BIG. Hierbij geldt dat zij alleen routinematige, beperkt complexe voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Voor de verpleegkundig specialist geldt ook dat deze handelingen afhangen van de specialisatie van de zorgprofessional.

Daarnaast startte een traject om de mogelijke financiële belemmeringen voor de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant in de medisch-specialistische zorg weg te nemen.

## Physician assistant

Het beroep physician assistant (PA) ligt volledig in het medische domein en dient (mede) ter verlichting van taken van de medisch specialist. Ook moet de PA de kwaliteit en effectiviteit van de zorg verhogen, mede dankzij een grotere continuïteit van kennis en ervaring in vergelijking met bijvoorbeeld (de vaak tijdelijke) arts assistenten. Deze aparte rol en functie-inhoud staan centraal in de opleiding die op beide aspecten veel nadruk legt. De PA wordt breed medisch opgeleid en verdiept zich in de gehele breedte van het specialisme waar hij/zij werkzaam is. De PA wordt ingezet op taken die vergelijkbaar zijn met die van de arts-assistent. ([Bron: NAPA](#))



## Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundig specialist (VS) wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij een zelfstandige en individuele behandelrelaties aangaat. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit staan hierbij centraal. Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende diagnostiek) komt de VS tot een diagnose. In aansluiting hierop past zij evidence-based interventies toe, indiceert en verricht zij voorbehouden handelingen. ([Bron: V&VN](#))





Op verzoek van het ministerie van VWS [rapporteerde](#) de NZa in 2011 twee belemmeringen binnen de regels van de bekostigingssystematiek:

- Verpleegkundig specialisten en physician assistants behoorden niet tot de groep zorgverleners die een dbc-zorgtraject mochten openen.
- Binnen een zorgtraject moest een face-to-face contact zijn met een poortspecialist.

Door bovenstaande belemmeringen was het niet mogelijk om zorg te declareren als de verpleegkundig specialist of physician assistant een patiënt zelfstandig behandelde. Deze belemmeringen zijn in 2015 weggenomen. Daarnaast bevatten de tarieven vóór 2015 een apart kostendeel voor het ziekenhuis en een honorariumdeel voor vrijgevestigde medisch specialisten. De invoering van de integrale bekostiging in 2015 loste dit knelpunt op.

### **Opleiding en subsidie**

In 2013 hebben veldpartijen samen met het ministerie van VWS het [Opleidingsakkoord](#) afgesloten. De intentie van dit akkoord is om te bezuinigen op de opleidingskosten voor medisch specialisten in opleiding (aios) voor de jaren 2018 t/m 2022. Deze bezuinigingen hebben als gevolg dat het aantal opleidingsplekken afneemt en de opleidingsduur wordt verkort. Ook ontvangen ziekenhuizen minder beschikbaarheidsbijdragen. Om tekorten voor cruciale functies te voorkomen is de beschikbaarheidsbijdrage in het leven geroepen. Deze bijdrage kan ziekenhuizen en umc's stimuleren meer personeel op te leiden voor een aantal gespecialiseerde verpleegkundige- en medisch ondersteunende functies.

Deze besluiten leiden tot een substantiële afname van de inzet van specialisten in opleiding. Door bepaalde taken te herschikken naar de verpleegkundig specialist en physician assistant kan (deels) een afname van capaciteit opgevangen worden. Om het samenstellen van een optimale formatie te ondersteunen, kunnen zorgaanbieders gebruik maken van het TOKIO-model. Het TOKIO-model is een rekenmodel dat inzicht kan geven in de optimale inzet van de diverse zorgverleners over een of meerdere specialismen. Als basis worden kwaliteitseisen gebruikt die zorgverleners stellen aan de te leveren zorg. Diverse partijen benoemden dit rekenmodel van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) tijdens onze gesprekken.

Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en het ministerie van VWS subsidiëren samen de opleidingen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Op grond van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant' worden de salariskosten voor de vervanging van degene die de opleiding volgt gecompenseerd. De subsidieregeling heeft drie doelen:

1. Een betere kwaliteit van zorg.
2. Een beter carrièreperspectief voor de mensen die in de zorg werken.
3. Het opvangen van de noodzakelijke banengroei en vergrijzing.

De subsidieregeling startte in 2004 met in totaal 250 gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor de opleidingen Master advanced nurse practitioner (MANP) en Master physician assistant (MPA). In de afgelopen jaren is het aantal opleidingsplaatsen meerdere malen verhoogd.

Momenteel zijn er 700 gesubsidieerde opleidingsplaatsen, omdat men anders niet aan de behoeften aan verpleegkundig specialisten en physician assistants op de arbeidsmarkt kon voldoen. In 2017 verlengde de minister van VWS deze subsidieregeling met vijf jaar.

### **Aanleiding en opzet monitor**

De voormalig minister van VWS gaf de NZa opdracht om de regelgeving aan te passen voor de verpleegkundig specialist en physician assistant. Dit met als doel om taakherschikking naar deze beroepsgroepen te stimuleren. Ook werd de NZa verzocht om de effecten van deze taakherschikking in beeld te brengen. In deze monitor geven wij gehoor aan dit verzoek. Hoewel meerdere beroepsgroepen ingezet kunnen worden als taakherschikkers, richt deze monitor zich op de effecten van taakherschikking door de verpleegkundig specialist en physician assistant.

De monitor is kwalitatief van aard. In de verkennende fase voerden we diverse gesprekken met zowel branchepartijen als beroepsverenigingen om opzet en invulling af te stemmen.

De beroepsverenigingen Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) leverden data aan om het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants in kaart te brengen.

Daarnaast is via beroepsverenigingen een vragenlijst uitgezet onder al hun leden. In totaal zijn ongeveer 1100 physician assistants en 2600 verpleegkundig specialisten benaderd. Respondenten die niet werkzaam zijn binnen de medisch-specialistische zorg zijn vervolgens geëxcludeerd (zie bijlage 2). Via de branchepartijen zijn medewerkers van (algemene) ziekenhuizen en universitaire medische centra benaderd voor het invullen van een vragenlijst (zie bijlage 2).

Dit waren onder andere medisch specialisten, bestuurders, managers en teamleiders van diverse afdelingen. Ook hielden we diepte-interviews met zorgverzekeraars en analyseerden we de contracten over de jaren 2013 tot en met 2016. Als laatste spraken we met Patiëntenfederatie Nederland en het Capaciteitsorgaan.

# Bevindingen

**Ontwikkelingen**

**Bijdrage aan Nederlandse gezondheidszorg**

**Inzet**

**Wet- en regelgeving**

**Contractuele afspraken**

# Bevindingen

**Dit hoofdstuk bevat de bevindingen van ons onderzoek naar taakherschikking door verpleegkundig specialisten en physician assistants binnen de medisch-specialistische zorg.**

Deze bevindingen zijn uitgesplitst naar vijf relevante thema's: ontwikkelingen, bijdrage aan de Nederlandse gezondheidszorg, inzet, wet- en regelgeving en contractuele afspraken. Onderstaande bevindingen zijn grotendeels kwalitatief van aard en beschrijven de perceptie van de respondenten. In de bijlagen bij deze monitor staat meer informatie over de gebruikte data en onderzoeksmethode.

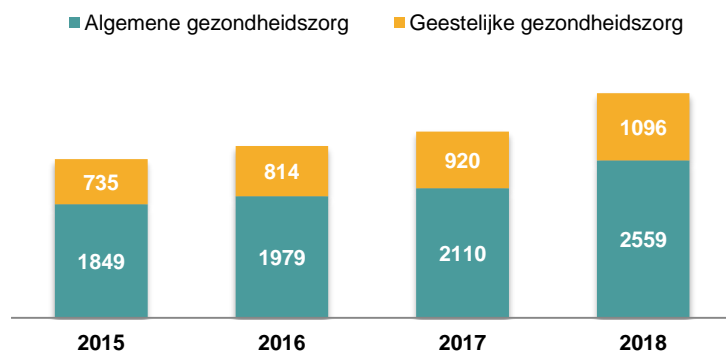


# Ontwikkelingen

## Ontwikkeling aantal verpleegkundig specialisten

Zoals te zien in onderstaande figuur is het aantal verpleegkundig specialisten werkzaam in de algemene gezondheidszorg tussen 2015 en 2018 met circa 25% gestegen. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) valt deze groei nog hoger uit, namelijk 37%. De ggz is in dit geheel meegenomen vanwege het grote aandeel dat zij vertegenwoordigen.

### Aantal werkzame verpleegkundig specialisten 2015-2018



Bron: V&VN

Op 31 december 2018 waren er 466 verpleegkundig specialisten in opleiding binnen de medisch-specialistische zorg. De figuur hieronder geeft het aantal verpleegkundig specialisten in opleiding weer tussen de jaren 2012 en 2018.

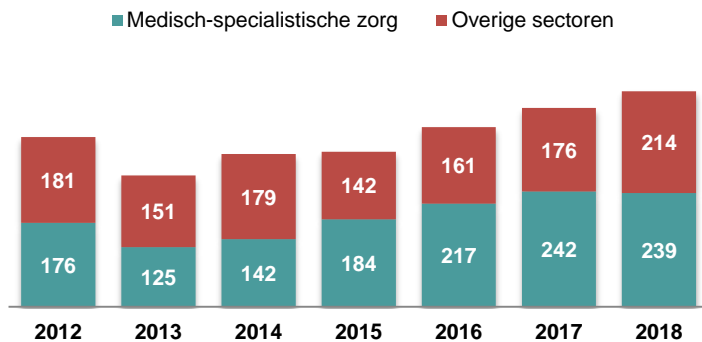
### Verpleegkundig specialisten in opleiding per 31-12-2018

Cohort	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MSZ	1	0	0	1	15	213	236

Bron: Capaciteitsorgaan

De figuur op de volgende bladzijde geeft een weergave van de jaarlijkse instroom verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg.

### Instroom verpleegkundig specialisten 2012-2018



Bron: Capaciteitsorgaan

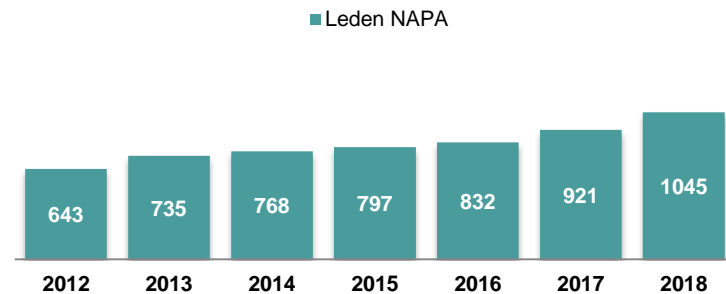
Onlangs zijn de nieuwe beroepsprofielen voor de verpleegkundig specialist gepresenteerd. Het aantal beroepsprofielen is terug gebracht van vijf naar twee; algemene gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg.

### Ontwikkeling aantal physician assistants

In 2000 is deze nieuwe beroepsgroep geïntroduceerd, als antwoord op de stijgende zorgvraag. Inmiddels zijn ongeveer 1200 physician assistants werkzaam in de eerste-, tweede en derdelijnszorg in Nederland. Dit aantal groeit gestaag door.

Physician assistants zijn nauwelijks werkzaam in de ggz-sector. In de figuur hieronder wordt het aantal leden van de NAPA in de jaren 2012 tot en met 2018 weergegeven.

### Aantal leden NAPA 2012-2018



Bron: NAPA

Aangezien verreweg de meeste physician assistants aangesloten zijn bij de beroepsvereniging geeft dit een representatief beeld van de groei van het totaal aantal physician assistants in Nederland.

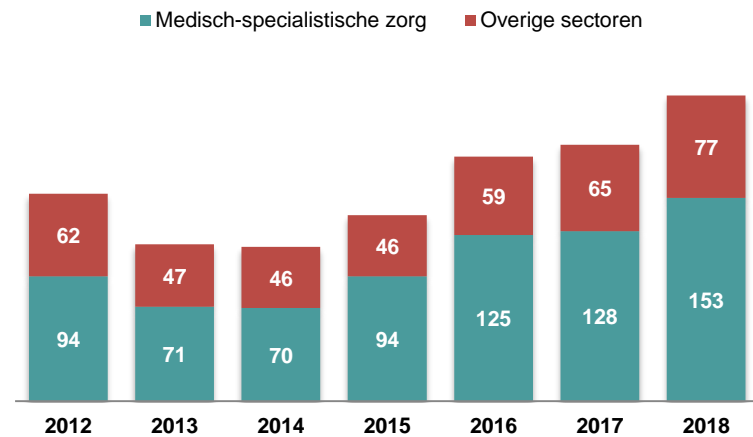
Op 31 december 2018 waren er 398 physician assistants in opleiding binnen de medisch-specialistische zorg. De figuren hieronder geven de instroom en het aantal physician assistants in opleiding weer tussen de jaren 2012 en 2018. Zorgaanbieders zijn vrij in het aantal opleidingsplekken dat zij aanbieden.

#### Physician assistants in opleiding per 1-12-2018

Cohort	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MSZ	0	0	0	3	117	125	153

Bron: Capaciteitsorgaan

#### Instroom physician assistants 2012-2018



Bron: Capaciteitsorgaan



## Sectoren

Uit de meest recente [cijfers](#) blijkt dat bijna de helft van de verpleegkundig specialisten werkzaam is in de medisch-specialistische zorg. Meer dan een kwart van de verpleegkundig specialisten is werkzaam in de ggz. Een grote vertegenwoordiging van verpleegkundig specialisten in de medisch-specialistische zorg is met name zichtbaar bij specialismen als interne geneeskunde, heelkunde, kindergeneeskunde, cardiologie en longziekten. Circa een tiende van de verpleegkundig specialisten werkt in de eerste lijn. Zij zijn voornamelijk werkzaam in de huisartsengeneeskunde.

Ook werkt ongeveer een tiende van het totaal aantal verpleegkundig specialisten op het gebied van ouderengeneeskunde. Naar verwachting zal deze laatste groep in de toekomst groter worden, om zo te kunnen anticiperen op de vergrijzing.

Een klein deel van de verpleegkundig specialisten werkt binnen deelgebieden welke over de lijnen heen opereren. Hier valt onder andere ambulancezorg onder, maar ook zorg welke gerelateerd is aan arbozorg en preventie.

De verdeling van physician assistants laat een ander beeld zien ten opzichte van verpleegkundig specialisten. We zien dat een grote meerderheid, bijna 90%, werkzaam is in de medisch-specialistische zorg. Zij zijn met name werkzaam binnen de specialismen heelkunde, cardiologie, revalidatiegeneeskunde, orthopedie, interne geneeskunde, anesthesiologie, en maag-darm-lever ziekten. Het hoge percentage physician assistants werkzaam in de medisch-specialistische zorg sluit aan bij de aard van de werkzaamheden (zie bijlage 1).

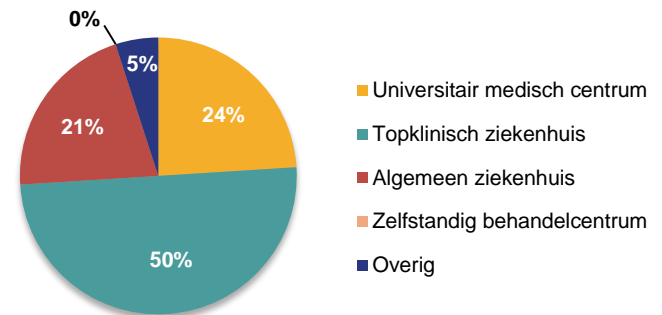
Deze heeft een meer medisch karakter in vergelijking met de verpleegkundig specialisten. Daarnaast is circa een tiende van de physician assistants werkzaam in de eerste lijn, voornamelijk binnen de huisartsengeneeskunde. Volgens de laatste cijfers (2017-2018) werken physician assistants nauwelijks in de ggz.

### Instellingstypen

Onderstaande figuren geven weer binnen welke soort instellingen voor medisch-specialistische zorg verpleegkundig specialisten en physician assistants werkzaam zijn. Dit overzicht is gebaseerd op gegevens van de beroepsverenigingen. Het overgrote deel is werkzaam in de universitaire centra, topklinische ziekenhuizen of algemene ziekenhuizen. Daarnaast werkt een klein percentage van de physician assistants in een zelfstandig behandelcentrum (zbc).

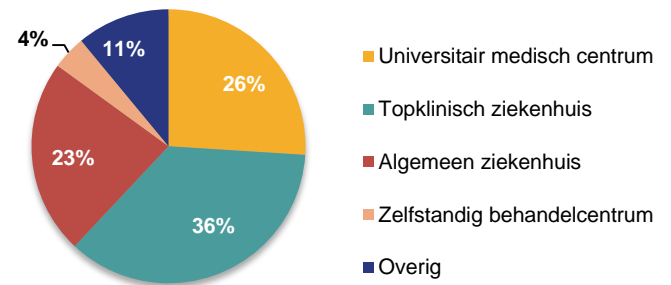
De categorie 'overig' bevat onder andere verpleegkundig specialisten en physician assistants die werkzaam zijn in een revalidatiecentrum.

### Verdeling verpleegkundig specialisten naar type instelling



Bron: V&VN

### Verdeling physician assistants naar type instelling



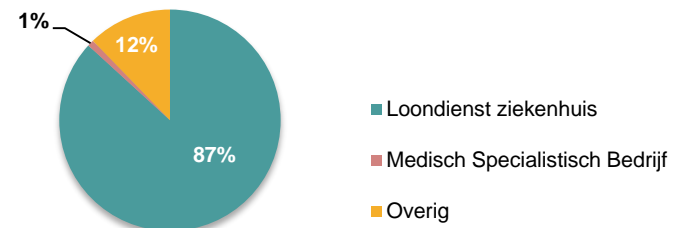
Bron: NAPA

Het merendeel van de respondenten geeft aan in loondienst van een ziekenhuis te zijn (zie onderstaande figuren). Slechts enkele respondenten geven aan in dienst te zijn van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Ook de zorgaanbieders geven aan dat de verpleegkundig specialisten en physician assistants voornamelijk in loondienst van het ziekenhuis zijn.

De groep 'overig' bevat respondenten die in loondienst zijn van een andere instelling. Voorbeelden hiervan zijn verpleeghuizen of revalidatie-instellingen. Deze groep bevat ook respondenten die aangeven dat het ziekenhuis en het MSB de kosten verdelen. Ook uit recent [onderzoek](#) blijkt dat ziekenhuizen afspraken maken met het MSB over de verdeling van de loonkosten van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Deze afspraken zijn zowel tussen als binnen ziekenhuizen zeer divers.

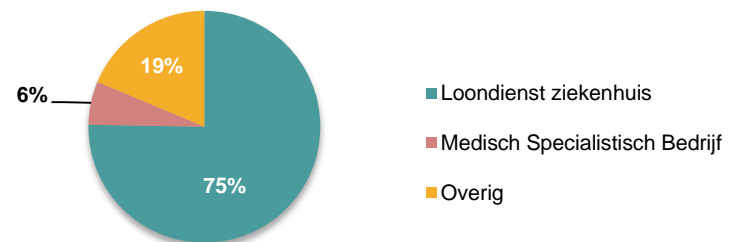
De respondenten geven aan dat hen geen keuzen werd geboden welk dienstverband men wilde aangaan. Ook was een dienstverband bij het MSB niet altijd een optie.

### Dienstverband verpleegkundigen in de msz



Bron: enquête verpleegkundig specialisten

### Dienstverband physician assistants in de msz



Bron: enquête physician assistants

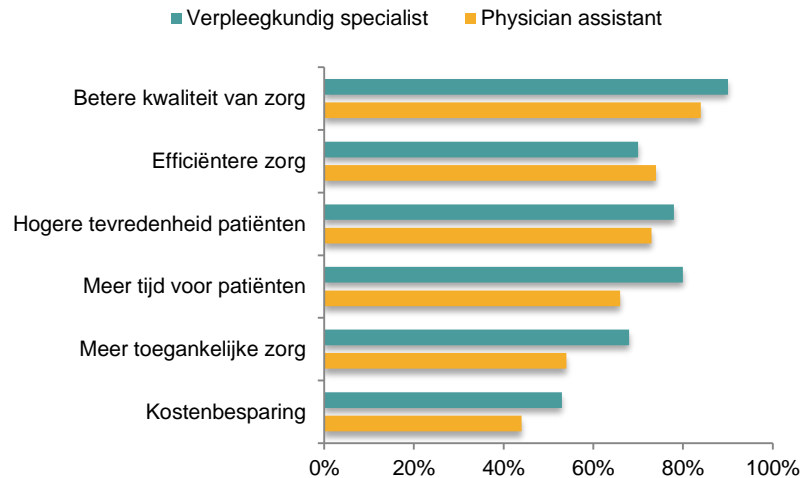
## Bijdrage aan de Nederlandse gezondheidszorg

Aan zowel physician assistants als verpleegkundig specialisten is gevraagd welke meerwaarde hun inzet heeft binnen de zorginstelling(en). Physician assistants en verpleegkundig specialisten zijn van mening dat hun inzet op meerdere vlakken een positief effect heeft. Zoals hieronder weergegeven vinden beide beroepsgroepen dat het leveren van betere kwaliteit van zorg hun grootste meerwaarde is. Ook vinden beiden dat hun inzet er toe leidt dat zorg op een efficiëntere manier ingeregeld kan worden. Daarnaast staat, zowel bij de verpleegkundig specialisten en physician assistants, de patiënttevredenheid hoog in het vaandel. Zij kunnen en willen graag meer tijd vrijmaken voor de patiënten.

Ten opzichte van de physician assistants vinden verpleegkundig specialisten vaker dat hun meerwaarde ligt bij het contact met de patiënt. De verklaring is mogelijk wederom terug te vinden in de aard van de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist.

De Patiëntenfederatie vindt de verbetering van de kwaliteit van zorg de belangrijkste bijdrage die de beroepsgroepen leveren. Door hun inzet is er meer tijd en aandacht voor de patiënt.

### Meerwaarde van de inzet volgens de beroepsgroepen



Bron: enquêtes verpleegkundig specialisten en physician assistants

Ook kunnen taakherschikkers de tijd nemen om goede en duidelijke informatie te verstrekken naar gelang de behoefte van de patiënt. De patiënt krijgt en ervaart hierdoor meer ruimte om persoonlijke wensen te uiten en vragen te stellen. De patiënt kan zodoende samen met de zorgprofessional weloverwogen keuzes maken over de in te zetten behandeling. Het [evaluatieonderzoek](#) omtrent de wet BIG beaamt deze bevindingen.

De Patiëntenfederatie benoemt als keerzijde het risico van fragmentatie en versnippering van zorg. Dit vormt met name een groot risico voor de patiënten met meerdere aandoeningen. Hoe meer zorgverleners er betrokken zijn in het proces, des te beter men moet afstemmen wie de regie heeft. Dit risico wordt ook genoemd in het rapport "[Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg](#)". Dit rapport benoemt dat één gezamenlijk dossier noodzakelijk is om het risico op fouten en overdrachten te elimineren.

**"Door taakherschikking is er meer aandacht voor de patiënt waardoor de patiënt meer ruimte heeft zijn/haar wensen te uiten. Taakherschikking heeft op die manier een toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg."** – Patiëntenfederatie

Zorgverzekeraars vinden dat de inzet van een physician assistant of verpleegkundig specialist voornamelijk bijdraagt aan de doelmatigheid van het zorgverleningsproces. Hierbij wordt vaak 'Zorg op de juiste plek' genoemd. Daarnaast kan de inzet van de beroepsgroepen de wachttijden terugdringen volgens de zorgverzekeraars. Dit sluit aan bij het [Rapport 'Wachttijdenprojecten tussenstand'](#) van de NZa. Hierin worden enkele voorbeelden genoemd waarbij taakherschikking ingezet wordt voor het verkorten van de wachttijden. Wel vindt de Patiëntenfederatie het nog onduidelijk of deze inzet de wachttijden verkort. Zorgverzekeraars zien bij nagenoeg alle specialismen mogelijkheden om physician assistants en verpleegkundig specialisten in te zetten.

De zorgverzekeraars zien vooralsnog niet dat de inzet van physician assistants of verpleegkundig specialisten een kostenbesparing oplevert. Volgens zorgverzekeraars moet de inzet van deze beroepsgroepen idealiter wel leiden tot een kostenbesparing. Volgens de onderzoekers van het [Radboudumc](#) leidt taakherschikking tot de inzet van extra personeel. Deze extra kosten worden opgevangen binnen het omzetplafond. Zij rapporteren ook dat de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant nog weinig tot niet in de kostprijs wordt meegenomen.

Enkele zorgverzekeraars wijzen ook op een toename van de kosten als een risico van taakherschikking. Zij voorzien een risico dat de kosten kunnen toenemen, doordat de physician assistant en de verpleegkundig specialist laag complexe zorg leveren die voorheen in de eerste lijn plaatsvond. Hierbij benadrukken enkelen dat men ook moet focussen op taakherschikking over de lijnen heen.

**“Doordat er veel ‘nieuwe’ beroepsgroepen in de tweede lijn zorg leveren (mede door taakherschikking) is het voor de patiënt lastig bij te houden wie wat is. Voor de patiënt is er enkel de arts en de verpleegkundige. Het is dus nodig dat de beroepsgroep een heldere uitleg geeft over zijn/haar bevoegdheden.”– Patiëntenfederatie**



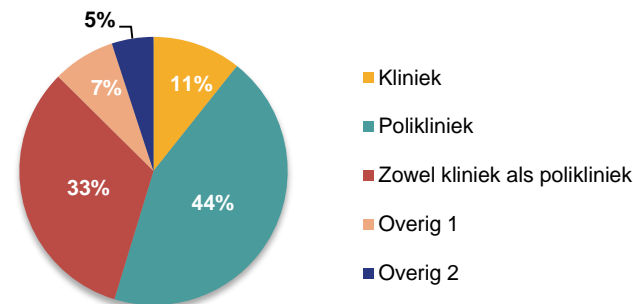
# Inzet

## Setting

Verpleegkundig specialisten en physician assistants werken vooral poliklinisch of zijn zowel op de polikliniek als in de kliniek werkzaam. Een kleine minderheid van beide groepen geeft aan enkel werkzaam te zijn in de kliniek. Dit sluit aan bij het beroepsprofiel van deze beroepsgroepen. Zij voeren met name laag complexe en repeterende handelingen uit, wat voornamelijk op de polikliniek plaatsvindt.

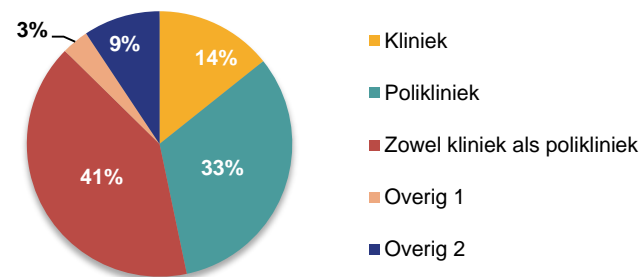
Daarnaast geeft 12% van de respondenten aan ook op andere plekken werkzaam te zijn. Deze respondenten zijn verdeeld over de categorieën "Overig 1" en "Overig 2". De eerste groep bevat taakherschikkers die niet werken op een polikliniek of in de kliniek. Zij zijn met name werkzaam in verpleeghuizen, (geriatrische) revalidatiezorg of op de spoedeisende hulp (seh). De categorie "Overig 2" bevat taakherschikkers die, naast dat zij werkzaam zijn op de polikliniek of kliniek, werkzaam zijn in bijvoorbeeld de eerste lijn, op de huisartsenpost of op de seh.

## Verdeling verpleegkundig specialisten naar setting



Bron: enquête verpleegkundig specialisten

## Verdeling physician assistants naar setting



Bron: enquête physician assistants

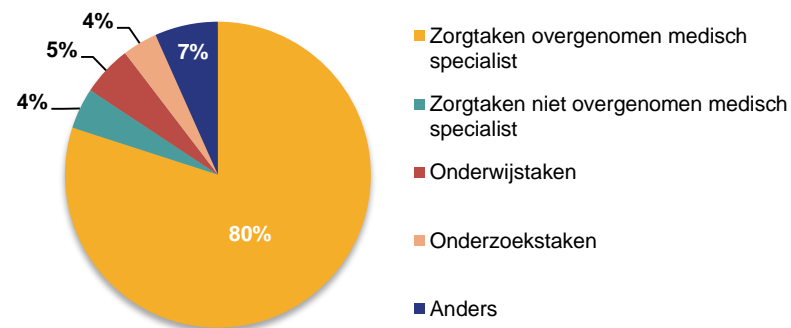
## Beroepsprofielen

De physician assistants geven aan dat zij 80% van hun tijd besteden aan patiëntenzorg welke voorheen uitgevoerd werd door de medisch specialist. Bij de verpleegkundig specialisten ligt dit percentage lager. Zij geven aan gemiddeld 58% van hun tijd te besteden aan patiëntenzorg welke zij hebben overgenomen van de medisch specialist. Dit kan met name komen door het meer medische beroepsprofielprofiel van de physician assistant. Dit in tegenstelling tot de verpleegkundig specialist. De verpleegkundig specialisten geven aan 20% van hun tijd te besteden aan reeds bestaande zorgtaken. Deze, veelal verpleegkundige zorgtaken zijn niet overgenomen van de medisch specialist. Beide beroepsgroepen geven aan dat zij een beperkt gedeelte van hun werktijd besteden aan onderwijs- en onderzoekstaken (zie onderstaande figuren).

Eerder [onderzoek](#) laat op basis van een aantal businesscases een lager percentage daadwerkelijk herschikte taken zien.

Mogelijk ligt het percentage herschikte taken volgens de perceptie van de respondenten hoger dan het percentage daadwerkelijk herschikte taken. Daarnaast vond dit onderzoek plaats bij een select aantal instellingen op andere tijdstippen. Ook dit kan de verschillen verklaren.

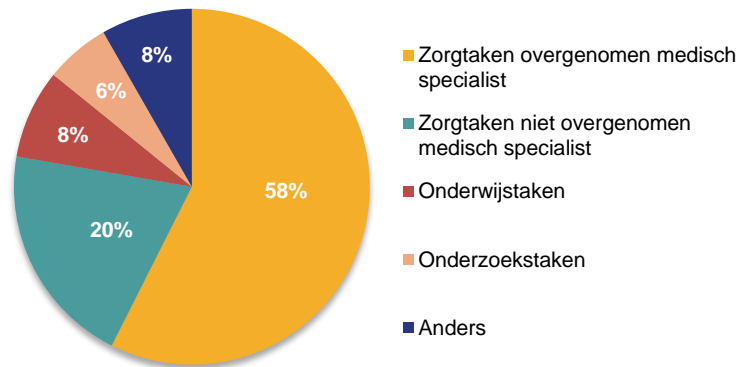
## Taakbesteding physician assistants



Bron: enquête physician assistants



### Taakbesteding verpleegkundig specialisten



Bron: enquête verpleegkundig specialisten

### Beweegredenen inzet taakherschikkers

Zoals eerder aangegeven heeft taakherschikking primair als doel het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren. Daarnaast kan taakherschikking bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Er kunnen verschillende beweegredenen zijn om over te gaan tot taakherschikking.

### Motivaties

Vijftig procent van de ondervraagde zorgaanbieders heeft zowel physician assistants als verpleegkundig specialisten in dienst. Enkele respondenten (9%) hebben enkel verpleegkundig specialisten in dienst. Vierentwintig procent heeft enkel physician assistants in dienst. Een kleine groep respondenten lichtte toe waarom zij specifiek voor één van beide beroepsgroepen gekozen hebben. Zij gaven aan dat dit afhangt van het te leveren 'soort zorg'. Zo zetten zij een physician assistant in binnen het medisch domein en de verpleegkundig specialist binnen het verpleegkundig domein.

Uit [onderzoek](#) blijkt dat de inzet van de physician assistant en/of verpleegkundig specialist door verschillende factoren bepaald wordt, zoals de wettelijke bevoegdheden, opleiding, financiering, salariëring, bekendheid, individuele voorkeuren/carrièrepaden en visie van de zorgaanbieder.

Zorgaanbieders zonder physician assistant of verpleegkundig specialist in dienst (circa een vijfde) geven hier verschillende redenen voor. Zo heeft een organisatie (vooralsnog) geen physician assistant of verpleegkundig specialist nodig gehad. Enkele respondenten geven aan nu wel te onderzoeken of ze een verpleegkundig specialist of physician assistant moeten aanstellen. Daarnaast noemen enkelen dat het inzetten van een verpleegkundig specialist of physician assistant niet past bij de afdeling. Een voorbeeld hiervan is het specialisme oogheelkunde. Hier ziet men meer een rol voor de optometrist.

Voor zorgaanbieders bestaan meerdere motieven om een physician assistant en/of verpleegkundig specialist in te zetten als taakherschikker. Het vergroten van kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van zorg en het verplaatsen van zorgzwaarte wordt het meest genoemd als motief. Dit wordt gevolgd door het vergroten van patiënttevredenheid. Het vergroten van toegankelijkheid van zorg en kostenbesparing noemden de respondenten minder vaak.

### Succesfactoren

Het optimaal kunnen inzetten van een physician assistant of verpleegkundig specialist is afhankelijk (geweest) van meerdere factoren. Aan zowel physician assistants, verpleegkundig specialisten als aan zorgaanbieders is gevraagd deze factoren te benoemen. Daarnaast hebben wij ook gevraagd welke belemmeringen zij ervaren in de dagelijkse praktijk ten aanzien van taakherschikking.

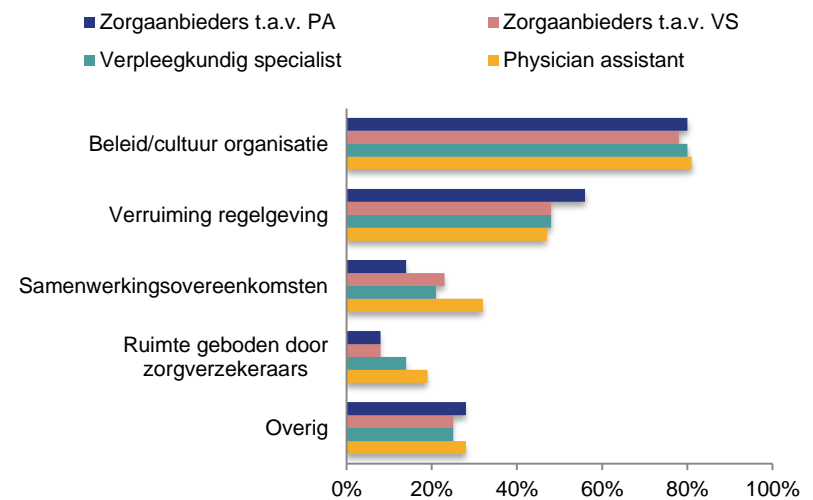
Beide beroepsgroepen liggen op één lijn als het gaat om succesfactoren voor het inzetten van deze taakherschikkers (zie volgende figuur). Zij ervaren het beleid en cultuur van de organisatie, afdeling en/of specialisten als kritieke succesfactor.

Het ontbreken van beleid in de organisatie of onduidelijkheid over de taken en bevoegdheden van de taakherschikkers stimuleert de inzet niet. Dit wordt ook door beide beroepsgroepen als grootste belemmering ervaren. Recent [onderzoek](#) ondersteunt de bevinding dat ziekenhuizen niet vaak beschikken over centraal beleid omtrent de inzet van deze taakherschikkers.

Een andere belangrijke succesfactor volgens de respondenten is de verruiming van regelgeving. In 2015 hebben physician assistants en verpleegkundig specialisten registratie- en declaratierechten gekregen. Deze rechten zijn per 2019 uitgebreid met het mogen registreren van intercollegiale consulten en medebehandelingen. De ruimte die zorgverzekeraars bieden was tot enige tijd geleden niet toereikend genoeg. Afgelopen jaar hebben alle zorgverzekeraars toegezegd verwijzingen door een verpleegkundig specialist of physician assistant naar de medisch-specialistische zorg te accepteren.

**“Blind vertrouwen en doorzettingsvermogen van de werkzame physician assistants en de ruimte die geboden wordt door de directe collega’s. Zonder dat was het nooit gelukt. De druk en veranderingen op de werkvloer hebben er ook toe bijgedragen, evenals de lobby vanuit de NAPA en hun vele goede werk ten behoeve van de positionering. Ook richting de politiek.” – Antwoord uit enquête physician assistants.**

### Succesfactoren voor de inzet



Bron: enquêtes verpleegkundig specialisten, physician assistants en zorgaanbieders

Uit een analyse van de overige antwoorden blijkt dat enkele verpleegkundig specialisten en physician assistants ook vinden dat hun eigen inzet en profilering van het beroep positief hebben bijgedragen. Een enkeling gaf aan geen succesfactoren te ervaren.

**Het personeelstekort in de zorg wordt door verpleegkundig specialisten en physician assistants ook een enkele keer benoemd als succesfactor voor de inzet van hun beroepsgroepen. - antwoorden uit enquête verpleegkundig specialist en physician assistant**

Zorgaanbieders beamen dat de grootste kritieke succesfactor bij hun zelf ligt, in de organisatie. De interne organisatie heeft een sleutelrol bij het stimuleren en faciliteren van de succesvolle inzet van taakherschikkers. Zij zien net zoals de beroepsgroepen dat een verruiming van regelgeving een faciliterende rol speelt om de inefficiëntie uit het huidige systeem te kunnen elimineren.

Zorgaanbieders zien de (rol van de) zorgverzekeraars minder als succesfactor voor de inzet van taakherschikkers.

### **Belemmeringen**

Zoals weergegeven in onderstaand figuur ervaren physician assistants en verpleegkundig specialisten meerdere belemmeringen ten aanzien van het zelfstandig uitvoeren van zorgtaken die de medisch specialist voorheen uitvoerde.

De samenwerking en/of cultuur binnen de organisatie wordt door beide beroepsgroepen als grootste belemmering ervaren. Hierna volgt tijd, inzet en verantwoordelijkheid. Ook vindt ongeveer 15% van de respondenten dat er te weinig vertrouwen is binnen het specialisme in de meerwaarde van de taakherschikkers.

Daarnaast ervaart een deel van de verpleegkundig specialisten en physician assistants de regelgeving van de NZa als belemmerende factor.

De regelgeving van de NZa wordt als belemmerend ervaren, omdat verpleegkundig specialisten en physician assistants tot en met 2018 geen intercollegiale consulten en medebehandelingen mochten registreren. Per 2019 is dit wel toegestaan, waardoor deze belemmering is weggenomen.

Uit de overige antwoorden blijkt ook dat men de organisatie en/of de medewerkers als belemmerende factor ervaart. Hierbij zijn diverse respondenten van mening dat de medisch specialisten de inzet belemmeren. Tevens benoemen enkele verpleegkundig specialisten en physician assistants dat zij financiële belemmeringen ervaren. Een voorbeeld hiervan is de discussie over de financiering van de beroepsgroepen binnen het ziekenhuis.

Zorgaanbieders ervaren met name belemmeringen op het gebied van tijd, inzet en verantwoordelijkheid.

**“In het ziekenhuis waar ik werk hangt het nog te veel af van de medisch specialist. Er is geen specifiek beleid ten aanzien van de inzet van verpleegkundig specialisten. Er zijn taken die prima zouden kunnen worden overgenomen door een verpleegkundig specialist, maar dit gebeurt niet als de medisch specialist het niet wil”- Antwoord uit enquête verpleegkundig specialist**

Dit wordt gevolgd door te weinig vertrouwen in de meerwaarde van taakherschikkers en belemmeringen in de manier van samenwerken en/of de cultuur.

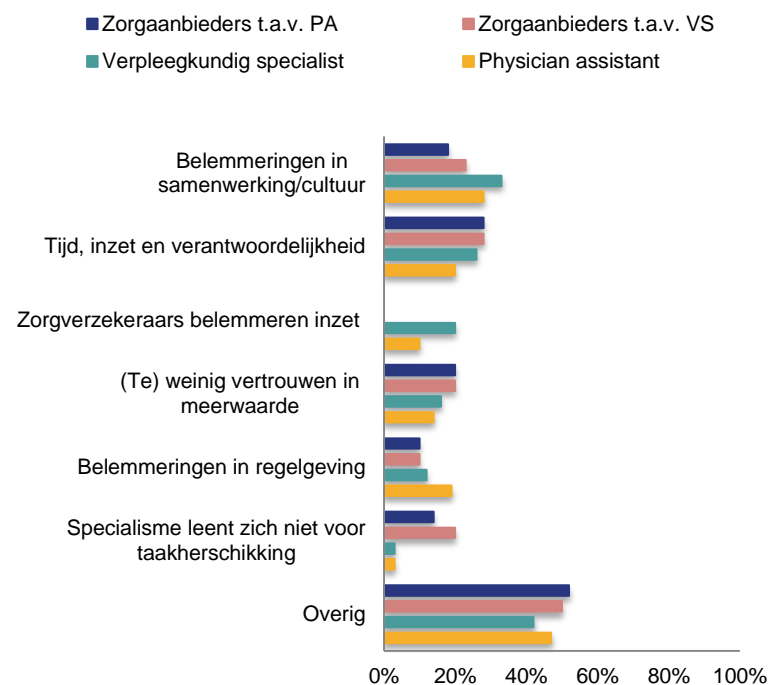
Zowel taakherschikkers als zorgaanbieders ervaren dit als één van de grootste belemmeringen. Zorgaanbieders geven vaker aan dat een specialisme zich niet leent voor taakherschikking. Dit bestempelen verpleegkundig specialisten en physician assistants nauwelijks als belemmering.

Weinig zorgaanbieders ervaren belemmeringen in de regelgeving. Geen enkele zorgaanbieder ervaart de rol van zorgverzekeraars als belemmerende factor in dit geheel.

Daarnaast blijkt uit de overige antwoorden dat voor de zorgaanbieders ook de financiële aspecten een rol spelen. Enkelens benoemen hier specifiek het opleidingsbudget voor de verpleegkundig specialist en physician assistant. Zoals eerder benoemd, is er een maximaal aantal gesubsidieerde opleidingsplekken beschikbaar voor beide opleidingen. Door deze subsidie financiert de overheid (een gedeelte van) de te maken kosten. Dit neemt niet weg dat enkelen de kosten voor het opleiden van de beroepsgroepen als belemmerend ervaren.

Uit de overige antwoorden blijkt ook dat ongeveer een vijfde van de verpleegkundig specialisten, physician assistants en zorgaanbieders geen belemmeringen ervaart in de dagelijkse praktijk.

### Belemmeringen voor de inzet

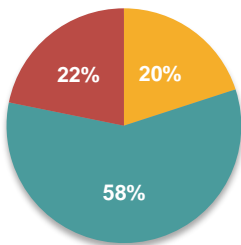


Bron: enquêtes verpleegkundig specialisten, physician assistants en zorgaanbieders. Het antwoord "Zorgverzekeraars belemmeren inzet" is door de zorgaanbieders niet ingevuld.

## Subsidierегeling

De meerderheid van de zorgaanbieders met verpleegkundig specialisten en physician assistants in dienst vindt dat de eerder genoemde subsidie de inzet van deze beroepsgroepen stimuleert. Toch vindt de meerderheid ook dat deze subsidie niet doorslaggevend is in de keuze om taakherschikkers op te leiden. Een vijfde van de respondenten geeft aan dat zij dankzij deze subsidie taakherschikkers kunnen inzetten binnen hun instelling.

### Doeltreffendheid subsidierегeling



■ Ja, dankzij de subsidie kunnen physician assistants en/of verpleegkundig specialisten worden ingezet

■ Ja, de subsidie stimuleert de inzet maar is niet doorslaggevend

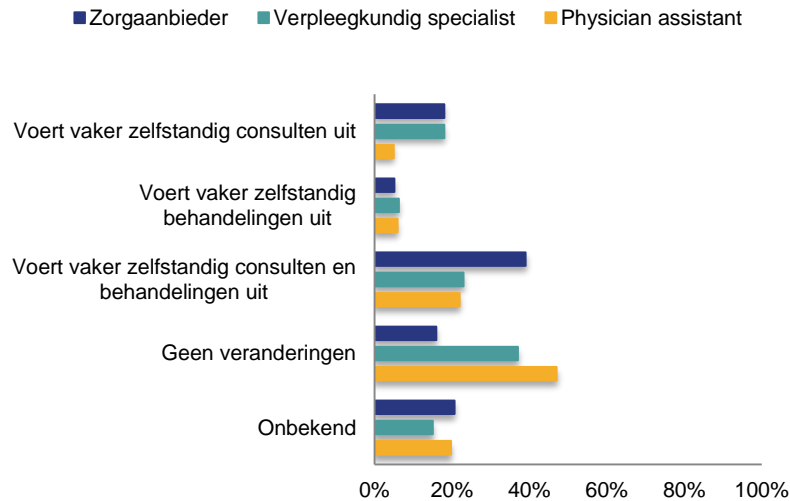
■ Nee, de subsidie is niet van invloed op de inzet

Bron: enquête zorgaanbieders

## Wet- en regelgeving

Hieronder wordt grafisch weergegeven in hoeverre de aanpassingen in registratierechten invloed gehad hebben op de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist en physician assistant. Dit is getoetst onder zowel de taakherschikkers als zorgaanbieders.

### Ontwikkelingen in zelfstandigheid



Bron: enquêtes verpleegkundig specialisten, physician assistants en zorgaanbieders

Zevenenveertig procent van de physician assistants en 37% van de verpleegkundig specialisten geeft aan dat er geen veranderingen in werkzaamheden hebben plaatsgevonden vanwege de gewijzigde regelgeving. Deze respondenten vinden dat zij al (deels) zelfstandig werkten of dat de organisatie de regelgeving tot op heden nog niet (volledig) doorvoert.

Ongeveer een derde van de physician assistants en de helft van de verpleegkundig specialisten zegt dat er wél veranderingen zijn opgetreden. Hiervan geeft het merendeel aan nu vaker zelfstandig consulten én behandelingen uit te voeren. Achttien procent van de verpleegkundig specialisten zegt vaker zelfstandig consulten uit te voeren. Dit ten opzichte van vijf procent van de physician assistants. Bij beide beroepsgroepen geeft zes procent aan nu alleen vaker zelfstandig behandelingen uit te voeren.



Van de zorgaanbieders benoemt 16% dat er geen veranderingen hebben opgetreden door de wijziging in de regelgeving.

De meerderheid geeft aan dat zij veranderingen zien in het aantal consulten en/of behandelingen dat de taakherschikkers zelfstandig uitvoeren. Hiervan zegt het merendeel dat zowel consulten als behandelingen vaker zelfstandig worden uitgevoerd.

Zowel bij de verpleegkundig specialisten, physician assistants als bij de zorgaanbieders geeft een aanzienlijk percentage aan niet te weten of er veranderingen hebben opgetreden, respectievelijk 15%, 20% en 21%.

**“Het ‘handjes-schudden- principe’ is niet meer nodig. Dit is veel werkbaarder en doet recht aan de zelfstandigheid van de functie” – antwoord uit enquête verpleegkundig specialist.**

### **Registratie door taakherschikkers**

Het merendeel van de verpleegkundig specialisten en physician assistants heeft ingevuld dat zij zowel consulten als dbc's op eigen naam registreert. Van de verpleegkundig specialisten geeft 9% aan dat ze alleen dbc's op eigen naam registreert. Vijfentwintig procent registreert alleen consulten op de eigen naam. Bij de physician assistants liggen de aantallen dicht bij elkaar. Veertien procent zegt alleen dbc's op eigen naam te registreren. Zeventien procent zegt alleen consulten op eigen naam te registreren.

Ook het merendeel van de ondervraagde zorgaanbieders (73% bij de verpleegkundig specialisten en 74% bij de physician assistants) heeft ingevuld dat zij de beroepsgroepen zelfstandig uitgevoerde activiteiten op eigen naam laten registreren. Volgens zorgaanbieders wordt door ongeveer de helft van de physician assistants en 43% van de verpleegkundig specialisten dbc-zorgtrajecten geopend op eigen naam.

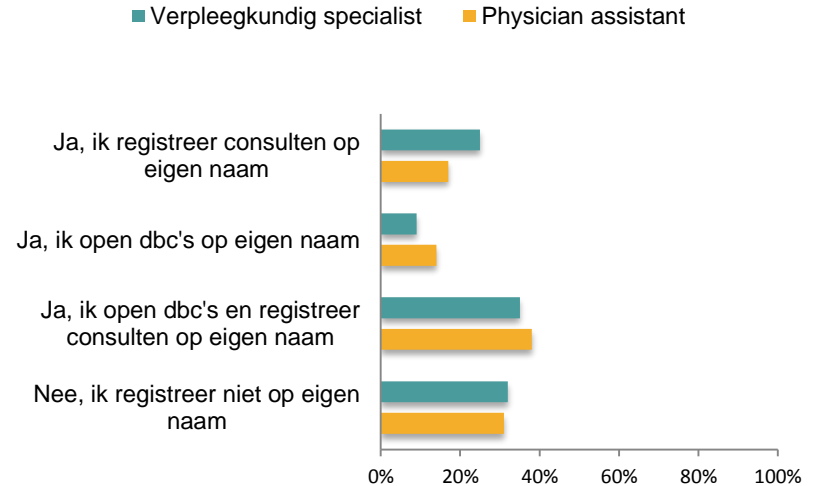
Dit aantal ligt lager dan het percentage dat zelfstandig uitgevoerde activiteiten op eigen naam registreert.

Bij beide beroepsgroepen zegt circa 30% dat zij geen consulten en dbc's op eigen naam registreert. De meest genoemde reden hiervoor is dat de organisatie het nog niet toestaat om (volledig) op de eigen naam te registreren. Op basis van de resultaten is nog onduidelijk waarom een instelling registratie op eigen naam niet toestaat. Ook geeft een aantal respondenten aan dat registratie op eigen naam niet mogelijk is in het systeem. Hierbij is het de vraag of registratie op eigen naam daadwerkelijk technisch niet mogelijk is of dat een instelling dit zelf (bewust) nog niet heeft ingericht.

Het merendeel van de verpleegkundig specialisten (45%) en physician assistants (52%) geeft aan dat er geen wijzigingen zijn doorgevoerd in het registreren van activiteiten sinds de gewijzigde registratierechten in 2015. Ook geeft bij beide groepen ongeveer 30% aan niet te weten of er wijzigingen zijn aangebracht.

De verpleegkundig specialisten (28%) en physician assistants (18%) die wel benoemen dat er wijzigingen zijn doorgevoerd, noemen als voornaamste wijziging het meer toestaan van registratie op eigen naam.

### Registratie op eigen naam



Bron: enquêtes verpleegkundig specialisten en physician assistants

### **Inzichtelijkheid werkzaamheden**

Uit recent [onderzoek](#) blijkt dat de zichtbaarheid van verpleegkundig specialist en physician assistants in de registratie verbeterd is. Uit onze resultaten blijkt dat 47% van de verpleegkundig specialisten hun werk voldoende inzichtelijk vindt binnen de registratie.

Bij de physician assistants is dit 55%. Het registreren van de eigen inzet in het elektronisch patiëntendossier wordt hiervoor als belangrijkste reden genoemd. Het niet (volledig) registreren op de eigen naam wordt als voornaamste argument genoemd door de respondenten die vinden dat hun werk *niet* inzichtelijk (genoeg) is.

Van de zorgaanbieders vindt ongeveer twee derde van de respondenten dat de inzet van de beroepsgroepen voldoende inzichtelijk is. De zorgaanbieders die de inzet onvoldoende inzichtelijk vinden geven hiervoor als reden dat intern beleid ten behoeve van de taakherschikkers ontbreekt.

Ook geven zij aan de taken en bevoegdheden van de taakherschikkers onduidelijk te vinden. Hierdoor worden zij mogelijk niet naar behoren ingezet.

### **Effecten op wijzigingen wet- en regelgeving 2015**

Het merendeel van de physician assistants (75%) en verpleegkundig specialisten (67%) vindt dat de wijzigingen in de regelgeving positief zijn geweest voor hun beroepsgroep. Zo ervaart men meer zelfstandigheid/autonomie. Ook is er meer inzicht in het werk dat de taakherschikkers uitvoeren. Daarnaast is de bekendheid en profilering van de beroepsgroepen verbeterd volgens de respondenten. Tevens vindt een aantal respondenten dat de wijzigingen hebben geleid tot een efficiëntere werkwijze, meer vertrouwen en waardering.

Een kwart van de physician assistants en 33% van de verpleegkundig specialisten geeft aan geen positieve effecten te ervaren. Het merendeel van deze groep zegt dat de instelling waar zij werken, de wijzigingen in de regelgeving nog onvoldoende doorvoert.

Hierdoor zijn (nog) geen positieve effecten waar te nemen. Ook hebben enkele respondenten ingevuld dat de wijzigingen positieve effecten hebben, terwijl uit hun argumentatie blijkt dat ze eigenlijk geen idee hebben of er positieve effecten zijn opgetreden. Dit komt bijvoorbeeld doordat zij voor 2015 nog niet in dienst waren.

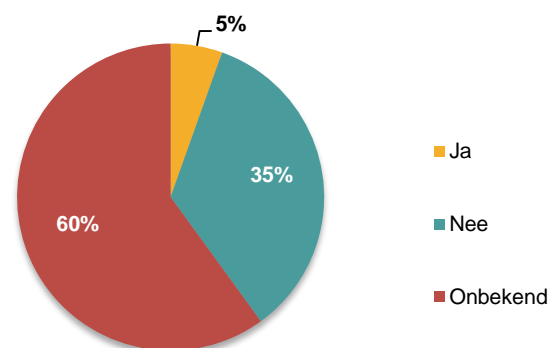


## Contractuele afspraken

Zoals uit het figuur hiernaast blijkt, is taakherschikking voornamelijk niet vaak een onderwerp tijdens contractonderhandelingen en/of kwaliteitsgesprekken. Dit komt enerzijds doordat taakherschikking bij de meeste zorgverzekeraars geen speerpunt is. Anderzijds geven zorgverzekeraars aan dat zorgaanbieders het onderwerp zelf niet (vaak)ter sprake brengen. De zorgverzekeraars waarbij taakherschikking wel onderwerp van gesprek is tijdens de contractering, bespreken dit voornamelijk als onderdeel van een breder onderwerp. Zo bespreken zij taakherschikking als mogelijke oplossing voor personeelstekorten of als voorbeeld om te komen tot substitutie in de tweede lijn.

Ook zorgaanbieders geven aan dat zij taakherschikking nauwelijks bespreken tijdens de jaarlijkse onderhandelingen. Recent [onderzoek](#) ondersteunt deze bevinding. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat zij over onvoldoende voorbeelden beschikken van taakherschikking en de mogelijke gevolgen hiervan.

*Taakherschikking in contractafspraken*



Bron: enquête zorgaanbieders

Zorgverzekeraars zeggen taakherschikking bespreekbaar te maken en in te zetten als er goede voorbeelden beschikbaar zijn. Hieruit moet blijken dat taakherschikking bijdraagt aan een verbetering van toegankelijkheid, kwaliteit en/of doelmatigheid van zorg.

Een zorgverzekeraar geeft hierbij expliciet aan dat men bij positieve resultaten eerder overweegt om meer proactief een standpunt in te nemen en/of passend beleid te formuleren.

**Zorgverzekeraars geven aan taakherschikking niet vaak te bespreken tijdens het zorginkoopproces. Dit sluit aan bij onze analyse van de inkoopcontracten, waaruit blijkt in de jaren 2013-2016 nauwelijks afspraken met betrekking tot taakherschikking in deze contracten vastgelegd zijn. Hierbij moet de kanttekening geplaatst worden dat het mogelijk is dat afspraken ook in separate contracten vastgelegd kunnen worden. Eventuele aanvullende contracten zijn geen onderdeel geweest van de contractanalyse.**

Naast het ontbreken van goede voorbeelden noemen zorgverzekeraars nog andere belemmerende factoren die zij ervaren:

- Het is voor zorgverzekeraars niet goed inzichtelijk welke zorg geleverd wordt in het kader van taakherschikking. Het is hierdoor onduidelijk voor zorgverzekeraars wie de zorg heeft geleverd. Dit bemoeilijkt het maken van afspraken rondom taakherschikking. In de enquête werd door een aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants aangegeven dat zij verwachten dat hun inzet voor zorgverzekeraars onvoldoende inzichtelijk is.
- Zorgverzekeraars met een klein percentage patiënten per zorgaanbieder zijn minder goed in staat om taakherschikking af te dwingen dan zorgverzekeraars met een groter percentage patiënten per zorgaanbieder. Zorgverzekeraars met een klein marktaandeel geven aan de zorgverzekeraars met een groter marktaandeel te volgen.

Eén van deze zorgverzekeraars met een kleiner marktaandeel geeft aan dat dit hen wel ruimte biedt om makkelijker pilots rondom taakherschikking aan te gaan.

- De schotten tussen organisaties én financierings-systematiek binnen het zorgstelsel bemoeilijkt taakherschikking over de lijnen heen. Hierbij wordt onder meer gedoeld op de regelgeving en bekostigingssystematiek die per zorgsector (lijn) verschilt. De verschillen in regelgeving en bekostiging bemoeilijken het om (financiële) afspraken te maken over de inzet van taakherschikkers. Hierdoor komt taakherschikking over de lijnen moeilijk van de grond.

Zorgverzekeraars geven aan dat men een gezamenlijke verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van het inzetten van taakherschikking. Echter vinden zorgverzekeraars dat de verantwoordelijkheid voor het inzetten van taakherschikking voornamelijk bij de zorgaanbieder zelf ligt. Initiatieven zullen vooral vanuit de zorgaanbieders en beroepsgroepen moeten komen.

Zorgverzekeraars zien zichzelf eerder in de rol van aanjager en/of facilitator. Zorgverzekeraars zijn stellig dat samenwerking essentieel is voor het kunnen stimuleren en inzetten van taakherschikking.

**“Alle partijen moeten taakherschikking stimuleren en hier zijn eigen rol in pakken. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport moet taakherschikking verplicht stellen en de Nederlandse Zorgautoriteit moet dit faciliteren op het gebied van declaratie van zorg. Zorgverzekeraars moeten taakherschikking stimuleren, er uitvoering aan geven, controleren en borgen. Zorgaanbieders moeten taakherschikking aanbieden en de kwaliteit en doelmatigheid van zorg waarborgen. Tevens moeten zij kritisch naar de inhoud van het eigen werk kijken. Men moet gezamenlijk de kosten bewaken.” – fragment uit interview zorgverzekeraar**

# Conclusies en aanbevelingen

**Ontwikkelingen**

**Bijdrage aan Nederlandse gezondheidszorg**

**Inzet**

**Wet- en regelgeving**

**Contractuele afspraken**



# Conclusies en aanbevelingen

Deze monitor kan als uitgangspunt dienen bij de nadere uitwerking van het huidige Hoofdlijnenakkoord en geeft input en handvatten. Hiermee kan op regioniveau het gesprek gevoerd worden met alle belanghebbende stakeholders. Iedere partij dient hierin zijn verantwoordelijkheid te nemen om de implementatie van taakherschikking te bevorderen en zodanig een fundamentele bijdrage te leveren aan een toekomstig zorglandschap.

Onderstaande conclusies en aanbevelingen zijn gericht op verpleegkundig specialisten en physician assistants in de medisch-specialistische zorg. Deze kunnen ook relevant zijn voor andere beroepsgroepen die potentie hebben voor taakherschikking.

Onze conclusies en aanbevelingen zijn grotendeels gelijk aan eerdere onderzoeken. Wij vragen ons dan ook af waarom eerder benoemde acties nog niet zijn opgepakt?

Beschikt men niet over de juiste handvatten? Of ziet men niet de noodzaak om deze inspanning te leveren, gezien de reeds aangetoonde positieve effecten op het gebied van toegankelijkheid, doelmatig en kwaliteit van zorg? Of spelen andere (financiële) belangen een rol? Commitment en inzet van alle partijen is noodzakelijk.

De NZa ziet voor zichzelf een faciliterende en verbindende rol weggelegd. De NZa zal naar aanleiding van onderstaande aanbevelingen met betrokken partijen in gesprek gaan om te bespreken op welke wijze gevolg wordt gegeven aan deze actiepunten.



# Ontwikkelingen

## Het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants is fors gegroeid.

Physician assistants en verpleegkundig specialisten zijn werkzaam op diverse plekken in de zorg. Zij zijn vertegenwoordigd in verschillende zorgsectoren, zorginstellingen en afdelingen. Deze brede inzetbaarheid heeft te maken met hun beroepsprofiel.

Als de trend zich doorzet, zijn er naar verwachting in 2021 bijna 4.500 verpleegkundig specialisten en circa 1400 physician assistants werkzaam. Deze trend is noodzakelijk om de beoogde doelmatige, kwalitatief goede en toegankelijk zorg te kunnen blijven leveren zonder extra kosten.

Als ook om andere knelpunten zoals de arbeidsproblematiek op te vangen. Taakherschikking biedt een alternatief voor artsentekort en doorgroeimogelijkheden voor verpleegkundigen en andere paramedici.

Gelet op de toekomstige ontwikkelingen en uitdagingen waar de zorg mee te maken heeft, is het noodzakelijk dat de trend zich doorzet. Dit is alleen mogelijk als opleidingsplekken beschikbaar blijven en benut worden. Het Capaciteitsorgaan komt eind 2019 met een raming en onderbouwing voor het aantal benodigde opleidingsplekken voor deze beroepsgroepen.



### Aanbevelingen gericht op de **ontwikkelingen van taakherschikking**

### Wie is aan zet?

Waarborg dat het aantal werkzame verpleegkundig specialisten en physician assistants verder kan toenemen. Dit kan door het uitbreiden van beschikbare (gesubsidieerde) opleidingsplekken. Echter is het aantal opleidingsplekken tot op heden nog niet geheel gevuld. Ook hier is winst te behalen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de beroepsverenigingen en de zorgaanbieders. Aan de beroepsverenigingen de taak om deze zorgberoepen zo optimaal mogelijk onder de aandacht te brengen.

NFU,NVZ, FMS, ZKN  
NAPA, V&VN

Gelet op de verandering van het zorglandschap wordt het des te belangrijker om zorg op de juiste plek te creëren. Dit houdt in dat er ook aandacht moet zijn voor domeinoverstijgend werken tijdens de opleidingen.

NAPA,V&VN, VWS

Door de ontwikkelingen naar aanleiding van het Opleidingsakkoord, is het van belang dat men de opleidingsplaatsen monitort. Eind 2019 wordt een raming van het Capaciteitsorgaan verwacht. Anticiperen op deze resultaten is essentieel om de zorg toekomstbestendig te houden. Alle stakeholders moeten samen de vervolgacties oppakken.

Alle partijen

# Bijdrage aan de Nederlandse gezondheidszorg

**Taakherschikking laat positieve effecten zien en biedt kansen om de gezondheidszorg toekomstbestendig te houden. Echter blijft volledige implementatie nog achter.**

De introductie van taakherschikking had een aantal doelen. De doelen waren het blijven leveren van kwalitatief goede zorg zonder extra kosten en het doelmatiger organiseren van de zorgverlening. De Patiëntenfederatie, verpleegkundig specialisten en physician assistants vinden dat de inzet van de beroepsgroepen vooral de kwaliteit van de zorg verbetert.

Er is meer tijd en aandacht voor de patiënt, waardoor de patiënt meer ruimte krijgt om persoonlijke wensen te uiten en vragen te stellen. De Patiëntenfederatie benadrukt hierbij wel het risico op fragmentatie en versnippering van zorg door taakherschikking. Zorgverzekeraars zien (nog) geen kostenbesparing. Terwijl taakherschikking volgens de zorgverzekeraars idealiter wel bijdraagt aan het beheersbaar houden van zorgkosten.

Vooralsnog leidt taakherschikking tot de inzet van extra personeel. Deze extra kosten worden opgevangen binnen het omzetplafond. Ook wordt de inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant nog weinig tot niet in de kostprijs meegenomen. We zien positieve effecten op het gebied van toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Inzichten in de effecten van taakherschikking op de betaalbaarheid blijven achter. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten taakherschikking inzetten als middel voor het verbeteren van de betaalbaarheid van zorg.

Zorgverzekeraars zien dat de beroepsgroepen een positief effect kunnen hebben op de doelmatigheid van de zorg en het leveren van 'zorg op de juiste plek'. Taakherschikking wordt door zorgverzekeraars ook vaker als middel genoemd om bijvoorbeeld wachttijden te verkorten. Taakherschikking kan hier een kansrijke optie voor zijn.

# Inzet

## **De inzet van de verpleegkundig specialist en physician assistant valt of staat met het beleid en de cultuur binnen de organisatie.**

Het beleid en de cultuur binnen de organisatie kan zowel een succesfactor als een belemmering zijn voor de inzet van de verpleegkundig specialisten en physician assistant. Dit wordt zowel door beide beroepsgroepen als door de zorgaanbieders erkend. Door het ontbreken van beleid en/of onduidelijkheid over het beroepsprofiel van de beroepsgroepen ontbreekt er vertrouwen in de meerwaarde van de verpleegkundig specialist en physician assistant. Bij het overdragen van zorgtaken naar andere beroepsgroepen is vertrouwen in de beroepsgroep als ook vertrouwen in de samenwerking essentieel om doelen te halen.

Het willen verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en het waarborgen van de continuïteit zijn beweegredenen om de inzet van taakherschikkers in overweging te nemen. De resultaten geven geen eenduidig beeld over de mate en het soort zorgtaken dat wordt overgenomen van de medisch specialist.

### Aanbevelingen gericht om optimale inzet van taakherschikkers te bevorderen

### Wie is aan zet?

Het [onlineplatform Zorgmasters](#) biedt een podium om informatie uit te wisselen. Het delen van goede voorbeelden op grote schaal is essentieel, dit platform kan hierin faciliteren. Uit gesprekken komen goede voorbeelden naar voren. Bijvoorbeeld de toepassing van het Tokio-model wordt meerdere malen benoemd. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) stelt dit model kostenvrij beschikbaar.

Alle partijen

Zorgaanbieders moeten bereid zijn om de bestaande taakherschikkende zorgberoepen én nieuwe beroepsgroepen in te zetten binnen de organisatie. Dit vereist inzet van alle partijen, zowel van zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. Aanvullend dienen belanghebbende beroepsverenigingen hun ambassadeursrol te nemen om dit te bewerkstelligen.

Alle partijen

Creëer duidelijkheid omtrent de beroepsprofielen van de verpleegkundig specialisten en physician assistants. Verheldering zal de inzet van taakherschikkers ten goede komen. Beroepsverenigingen en zorgaanbieders dienen dit gezamenlijk op te pakken. Hierbij is het belangrijk dat deze partijen met elkaar in gesprek gaan.

NVZ, NFU, ZKN, FMS, NAPA, V&VN

# Wet- & regelgeving

**De wijzigingen in wet- en regelgeving hebben positieve effecten. De omvang van dergelijke effecten is inherent aan het beleid en cultuur van de organisatie.**

De verruiming van de regelgeving is een succesfactor geweest. De monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018 ondersteunt deze bevinding. Met de wijzigingen in de NZa-regelgeving mogen verpleegkundig specialisten en physician assistants dbc-zorgtrajecten openen en consulten uitvoeren en registreren. Dit bevordert met name de autonomie van de taakherschikkers.

Uit recent onderzoek blijkt dat de zichtbaarheid van de verpleegkundig specialist en physician assistant in de registratie is vergroot. Toch vindt een groot deel van beide beroepsgroepen dat hun werk nog onvoldoende inzichtelijk is.

Ongeveer 30% van onze respondenten geeft aan niet op eigen naam te registreren. Zolang de inzet onvoldoende transparant is, kan de inzet onvoldoende meegenomen worden in de dbc- en kostprijsystematiek. Dit bemoeilijkt het maken van een betrouwbare financiële businesscases.

### **Aanbevelingen gericht op faciliterende werking van wet- en regelgeving**

Sta toe dat verpleegkundig specialisten en physician assistants eigen dbc's en zorgactiviteiten op eigen naam registreren. Voor de professionals de taak om dit ook uit te voeren. Een centraal beleid omtrent taakherschikking zal een positief effect teweegbrengen en de inzet van taakherschikkers optimaliseren. De branchepartijen kunnen hierbij een faciliterende rol op zich nemen. Inhoudelijke onderbouwingen kunnen door de beroepsverenigingen verstrekt worden.

### **Wie is aan zet?**

NVZ, NFU, ZKN,  
FMS, V&VN en NAPA



# Contractuele afspraken

**Zorgverzekeraars zetten vooralsnog geen stappen om taakherschikking onderdeel uit te laten maken contractuele afspraken. Dit moet nu veranderen.**

Hoewel de zorgverzekeraars aangeven de ontwikkeling te volgen, hebben zij geen of nauwelijks beleid ten aanzien van taakherschikking. Tijdens de contractonderhandeling is er geen tot minimale aandacht voor taakherschikking. Dit komt door verschillende belemmeringen, zoals het ontbreken van inzicht over wie de zorg heeft geleverd (transparantie). Zolang de inzet van taakherschikkers onvoldoende transparant is, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen onderbouwde (contract) afspraken maken over taakherschikking. Dit beperkt de aanjaagfunctie die zorgverzekeraars zouden moeten hebben.

Sommige zorgverzekeraars noemen ook de schotten binnen het zorgstelsel als belemmerend. Daarnaast geven ze aan dat zij niet beschikken over voldoende voorbeelden waaruit blijkt dat taakherschikking bijdraagt aan de betaalbaarheid, toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.

**Aanbevelingen gericht op transparantie en contractuele afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder**

**Wie is aan zet?**

Ga als zorgverzekeraar het gesprek aan met zorgaanbieders of andere zorgverzekeraars. Deel goede voorbeelden op grote schaal. Durf samen, zorgverzekeraar en zorgaanbieder, nieuwe initiatieven te omarmen, bijvoorbeeld in de vorm van een pilot.

ZN, NVZ, NFU, ZKN, FMS

Maak contractuele (financiële, kwalitatieve) afspraken over de inzet van taakherschikkers. Wij verwachten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat zij tijdens de contractering afspraken maken over taakherschikking. Hier zullen wij op toezien via onze jaarlijkse monitor contractering.

NVZ, NFU, ZKN, NZa

Zorgverzekeraars moeten visie en beleid ontwikkelen en formuleren ten aanzien van taakherschikking. Zodoende kan taakherschikking geïntegreerd worden in de reguliere gesprekken met zorgaanbieders

ZN

Uitdragen van aanjagersrol en/of facilitator door zorgverzekeraars en beroepsverenigingen om taakherschikking te stimuleren.

ZN, NAPA, V&VN

## Toekomstig onderzoek

Nader onderzoek is nodig om de effecten van taakherschikking in een breder perspectief te kunnen bekijken. De huidige monitor is hierin beperkt, omdat deze zich enkel richt op twee beroepsgroepen in de medisch-specialistische zorg. Aanbevolen wordt bovenstaande acties eerst tot uitvoering te brengen tot op de werkvloer voordat men een vervolg opzet. Doordat acties vaak een implementatietijd kennen zullen resultaten pas in een later stadium te meten zijn.

Om de vaart erin te houden adviseren wij op **korte termijn** actie te ondernemen. Een selecte groep van zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) moeten de komende maanden van start gaan met het maken van financiële business cases om te zien hoe de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten vertaald kan worden naar effecten in termen van betaalbaarheid. Essentieel is dat de inzet van deze taakherschikker(s) inzichtelijk is.

### *Wie durft?*

*Welke zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) nemen hierin het initiatief?*



Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	Wie is aan zet?
<p>Vervolgonderzoek naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwalitatieve effecten (kwaliteit, toegankelijkheid, etc.)</li> <li>• Mogelijke risico's; zowel financiële risico's (bijv. kostenstijging) als kwalitatieve risico's (o.a. fragmentatie en versnippering van zorg)</li> <li>• In kaart brengen waar taakherschikking een kansrijke oplossing is voor knelpunten (bijv. reduceren van wachttijden)</li> <li>• Registratie-ontwikkelingen</li> </ul>	VWS
<p>In andere sectoren en voor andere potentiële beroepsgroepen (seh-arts, klinisch technoloog, optometrist) en medische hulpverlener de mogelijkheden voor taakherschikking in kaart brengen.</p>	VWS
<p>Patiëntervaringen centraal stellen bij een (eventuele) vervolgmonitor in samenwerking met de Patiëntenfederatie.</p>	VWS
<p>Onderzoek naar de verschuiving van zorgzwaarte. In kaart brengen welke zorgtaken de verpleegkundig specialist en physician assistant hebben overgenomen van de medisch specialist (transparantie). Dit onderwerp is momenteel nog onderbelicht.</p>	NVZ, NFU
<p>Maak financiële businesscases; met de komst van taakherschikking en de daarbij behorende verschuiving van zorgtaken dient er nader onderzoek te komen naar de tarieven (transparantie).</p>	NVZ, NFU, ZKN, ZN



## Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

### Postadres

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

Twitter: @zorgautoriteit

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770  
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)  
E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)